

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

LUCIE PAVLÍKOVÁ

Praha 2014

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU**

Bakalářská práce

LUCIE PAVLÍKOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: MUDr. Lidmila Hamplová, PhD.

Praha 2014



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

Pavlíková Lucie
3. A VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 23. 9. 2013 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u pacienta s Alzheimerovou chorobou

Nursing Process for Patients wit Alzheimer's Disease

Vedoucí bakalářské práce: MUDr. Lidmila Hamplová, PhD.

V Praze dne: 23. 9. 2013

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.
rektor

PROHLÁŠENÍ

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne:

Podpis:

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala mé vedoucí práce MUDr. Lidmile Hamplové, PhD., za cenné rady, připomínky a trpělivost při psaní této bakalářské práce.

ABSTRAKT

PAVLÍKOVÁ, Lucie. *Ošetrovatelský proces u pacienta s Alzheimerovou chorobou*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: MUDr. Lidmila Hamplová, PhD. Praha. 2014. 59 s.

Tématem bakalářské práce je problematika demencí se zaměřením na Alzheimerovu chorobu. Počet nemocných s touto chorobou v populaci stoupá a je třeba péči o tyto nemocné věnovat velkou pozornost jak v rámci komunitní zdravotní péče, tak i péče v kruhu rodiny. Teoretická část práce se zaměřuje na definice, rozdělení demencí, příčiny, prevenci a léčbu těchto onemocnění. Dále je zde začleněna kapitola edukace a péče o nemocné s demencí, kde jsou uvedeny zásady rodinné péče a správné komunikace s takto nemocným pacientem. Praktická část obsahuje ošetrovatelský proces u pacienta s Alzheimerovou chorobou sestavený dle modelu V. Hendersonové.

Klíčová slova

Alzheimerova choroba. Demence. Pacient. Ošetrovatelská péče.

ABSTRACT

PAVLÍKOVÁ, Lucie. Nursing Process for patients with Alzheimer's Disease. Medical College of Nursing, o. p. s. Dušková 7, Prague 5. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: MUDr. Lidmila Hamplová PhD. Prague. 2014. 59 p.

The topic of the thesis is the issue dementia with a focus on Alzheimer's Disease. The number of patients with this disease in the population is rising and it is necessary to care of these patients pay great attention both in community health care and care within the family. The theoretical part focuses on the definition, classification of dementia, causes, prevention and treatment. There is also the additional chapter about advice and care for patients with dementia. Here are also the principles of family care and proper communication with such a sick patient. The practical part contains the nursing process for the patients with Alzheimer's disease established by V. Henderson's model.

Key words

Alzheimer's disease. Dementia. Patient. Nursing care

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ÚVOD	12
1 POJEM A CHARAKTERISTIKA STÁŘÍ	14
1.1 POJEM STÁŘÍ	14
1.2 ROZDĚLENÍ STÁŘÍ	15
2 DEMENCE	16
2.1 STÁDIA DEMENCÍ	16
2.1.1 LEHKÁ DEMENCE	16
2.1.2 STŘEDNĚ TĚŽKÁ DEMENCE	17
2.1.3 TĚŽKÁ DEMENCE	18
3 ALZHEIMEROVA CHOROBA	19
3.1 OBJEV A VÝVOJ	19
3.2 PATOFYZIOLOGIE	20
3.3 DIAGNOSTIKA	21
3.4 TERAPIE	22
3.4.1 TERAPIE FARMAKOLOGICKÁ	23
3.4.2 TERAPIE NEFARMAKOLOGICKÁ.....	23
4 PREVENCE	25

5	EDUKACE V RÁMCI PÉČE O NEMOCNÉHO S ALZHEIMEROVOU CHOROBU	26
5.1	RODINNÁ PÉČE	27
5.2	ÚSTAVNÍ PÉČE	29
6	KOMUNIKACE S PACIENTEM S ALZHEIMEROVOU NEMOCÍ A JINÝMI DRUHY DEMENCE	30
7	ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST	31
8	OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S ALZHEIMEROVOU CHOROBU	32
8.1	ZÁKLADNÍ ÚDAJE O PACIENTCE	32
8.2	ANAMNÉZA	34
8.3	POSOUZENÍ CELKOVÉHO STAVU PACIENTKY ZE DNE 12.4.2013.....	37
8.4	UTŘÍDĚNÍ INFORMACÍ PODLE TEORIE VIRGINIE HENDERSONOVÉ ZE DNE 12. 4. 2013.....	38
8.5	MEDICÍNSKÝ MANAGMENT	42
8.6	SITUAČNÍ ANALÝZA	44
8.7	STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGÓZ DLE NANDA TAXONOMIE II (S POUŽITÍM NANDA INTERNATIONAL, OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY. DEFINICE A KLASIFIKACE 2009 – 2011).....	44
8.8	CELKOVÉ HODNOCENÍ.....	55
8.9	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	55
	ZÁVĚR	56

SEZNAM LITERATURY	57
--------------------------------	-----------

PŘÍLOHY

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

BMI	Body Mass Index
CT	Počítačová tomografie
D	Dechová frekvence
MMSE	Mini Mental State Examination (test kognitivních funkcí)
MR	Magnetická rezonance
P	Srdeční pulz
PET	Pozitronová emisní tomografie
SPECT	Ednofotonová emisní výpočetní tomografie
TK	Krevní tlak
TT	Tělesná teplota
WHO	Světová zdravotnická organizace

(VOKURKA a kol., 2009)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Acetylcholinesteráza – enzym působící hydrolytickou aktivitou

Afázie – porucha myšlení, chápání a nacházení slov

Agnózie – ztráta znalostí

Apoptóza – hlavní typ programované buněčné smrti

Apraxie- ztráta schopnosti vykonávat pohyby i přesto, že pacient má fyzickou schopnost

Atrofie- regresivní změna postihující normální vyvinutý orgán nebo tkáň

Beta – amyloid – degenerativní protein

Degenerace – zeslabení, úpadek schopnosti

Dekubit - proleženina

Difuzní - rozptýlený

Enzymy - bílkoviny

Excitační - vybuzení

Extracelulární - mimobuněční

Femur – kost stehenní

Inhibitory – látka zpomalující nebo zcela zastavující reakci

Intracelulární - nitrobuněční

Kauzální - příčinný

Korelovat – vzájemný vztah

Kognitivum – látka působící na poznávací funkce

Neurofyziologický – zabývající se neurologií

Neurodegenerace – postižení svalstva

Neuron – nervová buňka

Nozologická jednotka – třídění nemocí

Screening – metoda vyhledávání časných forem nemocí

Respitní péče- krátkodobý odlehčovací pobyt

ÚVOD

V současné době se populace na celé zemi, ale i v České republice stále dožívá vyššího věku a tím i logicky přibývají počty lidí, kteří ve stáří onemocní Alzheimerovou chorobou. V České republice se odhaduje, že touto nemocí je postiženo zhruba 125 tisíc osob. Jedná se o zákeřnou nemoc, kde dochází k pozvolnému snižování kognitivních schopností člověka. Lidé s touto chorobou z počátku ztrácejí pojem o čase a místě a postupem doby pak ztrácejí i zájem o činnosti, které dělali rádi a nepoznají ani své blízké osoby. Člověk nemocný Alzheimerovou chorobou je postupem času zcela závislý na péči rodiny nebo na pečovateli v zařízeních pro osoby s demencí. Jedná se o zařízení jak pro dlouhodobé pobyty, tak i o centra pro krátkodobé, tzv. respitní pobyty, respitní péče v domácím prostředí aj. Jedná se o nemoc, kterou nejsme stále schopni vyléčit i přes nesmírný pokrok v medicíně, proto je důležitá včasná diagnostika a nasazení vhodné léčby. Z toho lze odvodit, že se jedná o velmi zákeřnou nemoc, která se řadí mezi čtyři nejzávažnější onemocnění, kterými trpí starší populace.

Téma bakalářské práce jsme si vybrali z jednoho důvodu. Během svého studia na střední zdravotnické škole, ale i na Vysoké škole zdravotnické jsme v rámci studia, ale i v rámci své osobní aktivity – formou brigády, absolvovali několik zajímavých praxí, kde byla poskytována nepřetržitá ošetrovatelská a sociální péče o několik osob s Alzheimerovou chorobou.

Bakalářská práce se dělí na teoretickou a praktickou část. V teoretické části se zabýváme pojmu demence a její stádia. Ve třetí kapitole je popsána Alzheimerova nemoc, její vývoj, příznaky, diagnostika, léčba a prevence. Dále obsahuje edukaci osobám, které o nemocného pečují a správnou komunikaci s lidmi, kteří trpí demencí.

Praktická část tvoří ošetrovatelský proces u pacientky s Alzheimerovou chorobou, kde je zpracována stručná anamnéza, posouzení stavu dle V. Hendersonové. Sestavili jsme individuální plán ošetrovatelské péče a její hodnocení.

Cílem bakalářské práce je zpracovat ošetrovatelský proces u pacienta s Alzheimerovou chorobou, přínos pro praxi a získání nových poznatků o tomto onemocnění.

1 POJEM A CHARAKTERISTIKA STÁŘÍ

„Stáří a stárnutí je přirozený a nezvratný biologický proces, který trvá od početí až po smrt jedince. V tomto smyslu tedy není nutné vymezovat žádné hranice ani životní etapy, stárnutí se týká všech a stejným způsobem“ (DVOŘÁČKOVÁ, 2013, s. 21).

1.1 POJEM STÁŘÍ

V této kapitole se budeme zabývat pojmy stárnutí a stáří.

Stáří je „přirozený a předvídatelný proces změn, ale vyznačuje se značnou variabilitou v typech a rychlosti. Týká se našeho fyzického vzhledu, energetického stavu, duševních schopností a společenského života“ (TOŠNEROVÁ, 2009, s. 14).

V průběhu lidského života je stáří poslední etapou. I v této poslední etapě se jednotliví staří lidé liší svým chováním, aktivitou i soustředěním na životně důležité věci. Lze však konstatovat, že intelektové schopnosti bývají zachovány i do pokročilejšího stáří.

„Mezi hlavní charakteristiky stáří a procesu stárnutí totiž patří značné individuální rozdíly závislé na aktuálním zdravotním a psychickém stavu jednotlivce, jeho rodinném a hodnotovém a postojevém vybavení. Dalšími faktory jsou také vývoj jeho života životní styl. Obecně taky můžeme říct, že stárnutí je série změn, která se specificky projevuje na těle i duši. Stáří proto můžeme chápat jako pozdní fázi vývoje života člověka s řadou přirozených degenerativních procesů, které se projevují poklesem výkonu určitých funkcí. Dochází zde k výskytu a rozvoji chronických onemocnění. Snižuje se funkčnost paměti, kognitivní výkon a nakonec celková soběstačnost“ (DVOŘÁČKOVÁ, 2013, S. 21).

S hlediska věku je stáří špatně definovatelné, neboť často dochází k rozdílům mezi stářím kalendářním (věkem člověka) a stářím biologickým (jeho zdatnosti a mírou involuce).

1.2 ROZDĚLENÍ STÁŘÍ

„Ve stáří je důležitým pojmem slovo věk. Lidský život je limitován časem. V souvislosti s věkem máme termíny jako kalendářní a biologické stáří. Kalendářní stáří je dáno dosažením určitého dohodnutého věku, který vychází z empirie obvyklého průměrného průběhu života a biologického stárnutí.

V dnešní době je podle grafů Světové zdravotnické organizace (WHO) definován starý člověk starší 60 let. Od tohoto věku jsou dané následující kategorie:

- Třetí věk 60 – 74 let.
- Čtvrtý věk 75 – 89 let.
- Vysoký věk 90 – 99 let.
- Století více než 99 let.

Biologické stáří není dnes stanovitelné. Neexistují přesná kritéria, procesy stárnutí jsou navíc prohnuty s chorobnými změnami. Jedna ze změn jsou vlivy na individuální výkonnost, vnímání, soustředění. Dochází i k duševní a fyzické poruše“ (ČEVELA, KALVACH, ČELEDOVÁ, 2012, s. 25).

2 DEMENCE

„Dementia (lat. *De od, z, mens* mysl) znamená úbytek intelektových schopností oproti předchozí úrovni. Tento pokles se projevuje obtížnějším zvládnutím sociálních, pracovních a běžných činností života“ (BARTOŠ, HASALÍKOVÁ, 2010 s. 20).

„Dementia je syndrom, který vznikl následkem onemocnění mozku, obvykle chronického nebo progresivního charakteru. Dochází zde k narušení vyšších kórových funkcí, včetně paměti, myšlení, orientace, schopnosti řeči a učení. Diagnózu demence lze stanovit na základě klinického obrazu – psychiatrického a psychologického vyšetření. Dále pomocí zobrazovacích technik CT (počítačová tomografie), MR – (magnetická rezonance), PET – (pozitronová emisní tomografie), SPECT – (jednofotonová emisní výpočetní tomografie)“ (PIDRMAN, 2007, s. 9).

Důležité je včasné určení této choroby, neboť možnost a úspěšnost závisí na včasné zachycení.

2.1 STÁDIA DEMENCÍ

Alzheimerova choroba vzniká pozvolně a nenápadně. Rodina či přátelé si u nemocného všimnou problémů ve chvíli, kdy nemocný závažně selže v běžném životě. S tím je spojena poškozená funkce mozku. Dochází ke zhoršení paměti, řeči, nálad a povahy. Zhoršování příznaků je u každého nemocného individuální.

2.1.1 LEHKÁ DEMENCE

„V lehkém stádiu demence dochází k poruchám paměti ve všech složkách. Poměrně časný příznak je porucha prostorové a časové paměti. Pacienti začínají bloudit nejprve v místech, která znají málo, později i v místech dobře známých. Ztrácejí schopnost logického uvažování.

Dochází k poruchám běžných denních životních aktivit. Nejprve ztrácejí své profesionální dovednosti a postupně i k poruchám jako jsou běžné domácí práce, péče

o sebe. Vyskytují se snížené schopnosti vyjadřování i první poruchy chování např. deprese, poruchy vnímání“ (KALVACH a kol., 2004, s. 548).

PŘÍZNAKY:

- Zapomínání.
- Podezíravost, vztahovačnost.
- Popírají problém, porucha paměti.
- Dezorientace v čase.
- Změna osobnosti.
- Obtížné dorozumění.

2.1.2 STŘEDNĚ TĚŽKÁ DEMENCE

„Ve středním stádiu demence se poruchy paměti zhoršují. Dochází zde k poruše soustředění, výraznému výpadku paměti, běžných slov a neschopnost pojmenovat své známé věci. Přicházejí poruchy časové a prostorové orientace. Zhoršuje se také schopnost číst, psát a počítat. Přesto je zachována schopnost vést společenskou konverzaci.

Nemocný je z velké části odkázán na pomoc okolí. Dopomáhají nemocnému s dodržováním hygieny, oblékáním“ (KALVACH a kol., 2004, s. 548-549).

PŘÍZNAKY:

- Ztráta paměti.
- Poruchy soudnosti.
- Prohlubování změn osobnosti.
- Neschopnost vykonávat běžné aktivity.

2.1.3 TĚŽKÁ DEMENCE

V těžké demenci je nemocný zcela dezorientován, nepoznává svůj byt, své blízké, později ani sám sebe. Paměť pro nové a starší události je ztracena a schopnost komunikace je omezena na pár slov nebo na jednoduché věty.

Pacient se není schopen se samostatně najíst, dodržovat hygienu a obléct se. V pozdní fázi se ztrácí i schopnosti motorických stereotypů, například chůze. Nemocný je zcela upoután na lůžko, neudrží moč ani stolici a vyžaduje stálou ošetrovatelskou péči (KALVACH a kol., 2004).

PŘÍZNAKY:

- Poruchy příjmu potravy.
- Nerozpoznávání blízkých.
- Nechápaní okolního dění.
- Poruchy vylučování moči, stolice, inkontinence.
- Těžké duševní i tělesné chátrání.
- Úplná ztráta soběstačnosti.

3 ALZHEIMEROVA CHOROBA

Alzheimerovu chorobu poprvé popsal německý psychiatr Alois Alzheimer v roce 1906.

Alzheimerova choroba je závažné neurodegenerativní, progresivní a ireverzibilní onemocnění, které zasahuje do života celé pacientovy rodiny. Jde o nejtěžší formu demence. V současnosti se celosvětový výskyt Alzheimerovy choroby odhaduje na 25 miliónů osob. S rostoucím počtem nemocných stoupá i počet rodinných příslušníků, kteří o pacienta bezprostředně pečují. Více než 80% seniorů, kteří jsou závislí na pomoci druhých, je v České republice zajišťováno rodinou (JEDLINSKÁ, HLÚBIK, LEVCOVÁ 2009).

Alzheimerova choroba je nenápadná. Dochází k primárnímu onemocnění šedé kůry mozkové. Zde se postupně rozvíjí proces, kde dochází k poruše a destrukci nervových buněk. U každého nemocného jsou projevy a příznaky individuální. Dochází zde ke zhoršení paměti, pozornosti a soustředění. Pacient zjednodušuje řeč, často mění své nálady a chování. Ztrácí své zájmy, narušuje denní aktivity, dlouholeté vztahy a stává se podezřivým. U nemocného nastává celková porucha osobnosti, charakteru, základních pravidel, návyků a zvyklostí.

Objevují se další poruchy korových funkcí, jako afázie, apraxie, agnózie. Zde výrazně trpí prostorová orientace. Nemocný již není schopen se postarat sám o sebe. (PIDRMAN 2007).

3.1 OBJEV A VÝVOJ

Alzheimerovu chorobu poprvé popsal na počátku 20. století profesor Alois Alzheimer, který byl zaměstnán, jako psychiatr a neuropatolog. Tuto nemoc pozoroval a poté popsal na své pacientce, která trpěla symptomy, jejichž soubor vytvořil nozologickou jednotku, která byla později pojmenována po něm jako Alzheimerova choroba (HÁTLOVÁ, SUCHÁ, 2005).

Dříve se tato choroba vyskytovala zcela výjimečně. V dnešní době je Alzheimerova choroba spojována hlavně s vyšším věkem. Najde se, ale výjimka, kde demence postihne mladého člověka. V průměru toto onemocnění trvá 9 let.

STÁDIA ALZHEIMEROVY CHOROBY:

Vývoj Alzheimerovy choroby lze rozdělit do tří stádií. Pro každé stádium je typický jiný charakter problémů.

- První stádium – postižení mívají mírné příznaky, které jsou často přehlédnutelné. Patří mezi ně zhoršování paměti, prostorová dezorientace, obtížné hledání slov a ztráta iniciativy.
- Druhé stádium – zde se vyskytují již výraznější příznaky, které brání nemocnému vykonávat běžné denní aktivity jako například zhoršování řeči, významnější výpadky paměti, dezorientace, problémy se sebe péčí.
- Třetí stádium – člověk se stane plně závislý na své okolí, dochází až k rozpadu osobnosti, nedokáže sám přijímat potravu, neudrží moč či stolici, mívá potíže s chůzí, nerozezná své známé (HOLMEROVÁ, 2007).

Za posledních 20 let genetický výzkum zjistil, že Alzheimerova choroba je v určité části a míře případů neurofyziologickým a neuropatickým vyústěním několika druhů genových poruch.

3.2 PATOFYZIOLOGIE

„Výskyt Alzheimerovy choroby, která bývá nejčastější příčinou senilní demence je u 70% podporován genetickou predispozicí“ (SILBERNAGL, LANG, 2012 s. 370).

Alzheimerova nemoc jako progresivní primárně degenerativní onemocnění centrální nervové soustavy se projevuje kortiko-subkortikální atrofií. Rozsah této atrofie nemusí korelovat s tíží demence. Makroskopicky nalézáme ztenčené mozkové kůry, rozšířené shluky, rozšířené jsou i komory mozkové. Mikroskopicky nalézáme extracelulární a intracelulární změny.

„Základní a nejdůležitější extracelulární změnou je ukládání beta – amyloidu. Uložená depozita tvoří shluky, kolem kterých vzniká komplex dalších neurodegenerativních procesů. Tímto způsobem vznikají plaky, kterým říkáme Alzheimerovské plaky. Platí úměra mezi počtem plaků a funkčním postižením, tedy tíží demence. V okolí dále dochází k apoptóze neuronů“ (PIDRMAN,2007 s 42).

Hlavní intracelulární změna je degenerace tau proteinu, vázaného na neuronální mikrotubuly. To pak vede k vzniku neuronálních uzlíků – tangles. Takto postižené neurony rovněž podléhají apoptóze. V oblasti plaků také dochází ke vzniku sterilního zánětu (KALVACH, JIRÁK, ROMAN, 2004).

3.3 DIAGNOSTIKA

Alzheimerova choroba je onemocnění, kterému se v současné době věnuje velká pozornost. Včasné poznání příčin může průběh Alzheimerovy choroby zpomalit. Dochází zde k velkému pokroku. Dříve toto onemocnění nebylo možné diagnostikovat, i když se jedná o častou projevující se demenci. Tato choroba je jedna z příčin, která vede k demenci. Jak už je uvedeno na začátku práce, výskyt této choroby souvisí také na věku člověka, která souvisí s úrovní zdravotní péče. Nejen Alzheimerova choroba může být příčinou demence. Zde se můžou podílet jiná onemocnění jako alkohol, návykové látky, některé těžké úrazy a stavy, kde dochází k poruše krevního zásobení mozku.

Je patrné, že k demenci, jako chorobě takové, může vést i více příčin a výsledný stav bývá podobný. Vývoj psychických změn bývá pomalý. Rozpoznání těchto změn je zpravidla brzy patrné pro okolí postiženého, přesná diagnostika však závisí na lékaři. Důležité je včasné určení nemoci, neboť možnosti léčby závisí právě na včasném zachycení této choroby. U většího počtu pacientů je Alzheimerova choroba odhalena osobou, která o nemocného pečuje. (KUČEROVÁ, 2006).

Při diagnostice Alzheimerovy choroby je velice důležité provést vyšetření mozku a za pomoci různých testů vyšetřit funkce či vyloučit jiná onemocnění, která vyvolávají poškození paměti.

Dnes existují různé testy, s kterými lze časně a přesně diagnostikovat Alzheimerovu chorobu. Například: Ischemické skóre, Hachinského test kreslení podle hodin Schulmana. Neznámější a nejvíce užívaný je test MMSE (Mini-Mental State Examination).

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

„MMSE je krátká screeningová zkouška umožňující orientační a rychlé zhodnocení kvality kognitivních schopností. Její administrace trvá 5 – 10 minut. Bývá udáváno, že senzitivní zejména pro deteriorace kognitivních schopností středního až závažného stupně, méně pro lehké kognitivní deficity. Obsahuje subtesty hodnotící kvalitu orientace pacienta, krátkodobou paměť, konstrukčně - praktické schopnosti, čtení, psaní, početní schopnosti a pozornost. Svým obsahem je vhodná tedy pro screening jedinců, u nichž přepokládáme Alzheimerovu chorobu“ (KUČEROVÁ, 2006 s. 158).

U zobrazovacích metod je přínosné CT mozku a MR. Tyto zobrazovací metody nám odhalí mozkovou atrofii postihující hipokampus a temporální rohy postranních komor. Metodami SPECT a PET lze prokázat snížení metabolismů difúzně v šedé hmotě mozkové. Použitím zobrazovacích metod můžeme vyloučit jiné poruchy demence (RŮŽIČKA, 2003), (PIDRMAN 2007).

3.4 TERAPIE

Některé demence jsou při současném stavu vědění léčitelné, a dokonce plně reverzibilní (vyléčitelné bez následku). Většina demencí však zatím vyléčitelná není, např. Alzheimerova choroba. Je však již možno vhodnou léčbou dosáhnout zpomalení průběhu demencí, oddálení těžkých stádií demencí a zlepšení kvality života postižených.

Léčebné přístupy lze zhruba rozdělit na biologické a nebiologické, přičemž nutno oba přístupy kombinovat a vhodně doplňovat.

Z biologických léčebných přístupů je nejpoužívanější farmakoterapie (JIRÁK, HOLMEROVÁ, BORZOVÁ, 2009).

3.4.1 TERAPIE FARMAKOLOGICKÁ

„Kognitivní farmakoterapie je blíže ke kauzální léčbě. U většiny demencí však není příčina objasněna a proto ovlivňujeme známé mechanismy, například mechanismy neurodegenerace. U lehkých až těžkých forem Alzheimerovy choroby jsou v současnosti základními léčivy tzv. inhibitory acetylcholinesteráz. Cholinesterázy jsou enzymy, které odbourávají významný přenašeč vzruchu- acetylcholin. Tato látka se méně tvoří a je méně uvolňována v mozku u pacientů trpící Alzheimerovou chorobou. Má význam pro paměť. Při zablokování enzymů cholinesteráz v mozku dosáhneme zvýšení obsahu mozkového acetylcholinu a tím zlepšíme paměťovou funkci. Dnes jsou používány tři inhibitory mozkových cholinesteráz. Donepezil, rivastigmin a galantamin.

V těžších stádiích Alzheimerovy choroby užíváme látku působící přes jiný systém mozkových přenašečů vzruchů, tzv. excitační aminokyseliny. Tato látka se nazývá memantin a částečně blokuje receptory. Memantin působí jednak neuroprotektivně. Znamená to, že chrání nervovou buňku před některými škodlivinami, jako je nadměrné množství kalcia a také zlepšuje schopnost učení, tudíž zapamatování.

Nootropní farmaka a příbuzné látky jsou léčiva, která zlepšují mozkovou látkovou proměnu, využitelnost glukózy a dalších živin, působí proti nedostatku kyslíku. Patří mezi ně piracetam nebo pyritinol. Některá ovlivňují mozkové cévy a krevní průtok, jako například nicergolin, vinpocetin nebo naftidroful. Nootropní farmaka jsou používána jako přídatná farmaka Alzheimerovy choroby.

Nekognitivní farmakoterapie ovlivňuje poruchy chování, změny nálad a afektů, poruchy spánku u demencí. K tišení neklidů, někdy i přidružených delirií se používají moderní látky tzv. antipsychotika II. generace, které mají minimum nežádoucích vedlejších účinků. Jsou zde používané i moderní antidepresiva a moderní anxiolytika“ (JIRÁK, HOLMEROVÁ, BORZOVÁ, 2009 s. 88 - 90).

3.4.2 TERAPIE NEFARMAKOLOGICKÁ

„Cílem nefarmakologické léčby je:

- Zachování, popřípadě zlepšení úrovně jednotlivých dovedností, jako je hrubá a jemná motorika, chůze, soběstačnost, kognitivní funkce.
- Smysluplné vyplnění volného času.
- Ovlivnění behaviorálních a psychologických příznaků demence a aktivit denního života.
- Zlepšení verbální i nonverbální komunikace pacienta s příbuznými.

Aktivity, které volíme, musí být přiměřené stavu nemocného. Měly by být komplexní, adekvátně ovlivňovat psychickou i fyzickou stránku, psychosociální kontakty, saturovat sensorické funkce. Aktivity mají vždy podporovat pacientovy silné stránky (a nezdůrazňovat ty slabé), důležité je, aby probíhaly v pacientovi známém prostředí, kde se dobře orientuje. Důležitý je již samostatný proces aktivit, nepovedený výsledek neznamena prohru. Máme - li mít naději v úspěch, musí se taková léčba stát pravidelnou součástí denního režimu pacientů s demencí“(PIDRMAN, 2007 s. 93-94).

4 PREVENCE

Prevenčí máme na mysli zdravý způsob života, tedy hodně spánku, tělesného pohybu, pobytu v přírodě a minimum zátěžových situací. Jenže tento životní styl vede málokdo. Většina lidí mívá stresový život, který má pak dopad na naše zdraví.

Jedním z faktorů prevence demence je tedy naučit se co nejlépe překonávat zátěžové situace. Dalším důležitým faktorem je kvalitní léčba tělesných chorob, které se během života vyskytnou, počínaje takzvaně obyčejnými infekcemi horních cest dýchacích, drobnými poruchami imunity aj.

V každém případě u pacienta s demencí doporučujeme dodržovat zdravý životní režim. Jeho náročnost závisí na pokročilosti demence. Je třeba dbát na spánek v noci a činnost ve dne, nikoli naopak, jak to někteří pacienti dělávají. Zařazujeme pobyt venku, na vzduchu, pro mnoho lidí je vhodná péče o pejska (pokud jsou schopni), se kterým se musí několikrát denně za každého počasí. Dále vhodnou náplní dne je práce na zahrádce. Pokud pacienti slyší a vidí, mohou si číst, poslouchat hudbu, rádio či se dívat na televizi.

Jiným preventivním opatřením je dostatek tekutin, zejména v létě nebo v přetopených prostorách. Starší lidé nemají dostatečný pocit žízně a často si nevzpomenou, že se mají napít, a vzniká tak dehydratace a rizika zdravotních komplikací. Důležitým preventivním činitelem je také kvalitní strava. U dementních pacientů je potřeba na jídelníček dohlédnout. Mají sklon k stereotypnímu jídelníčku, neumějí si jídlo připravit. Zapomínají, co mají jíst a dokonce i zapomínají jíst.

V neposlední řadě je důležité pravidelné užívání léků, což je někdy značný problém. Nepravidelným užíváním mohou vzniknout různé komplikace (KUČEROVÁ, 2006).

5 EDUAKCE V RÁMCI PÉČE O NEMOCNÉHO S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU

„Existuje řada odborných rad a postupů, jak pečovat o nemocného s Alzheimerovou chorobou, které je možno shrnout zkráceně do 10 obecných rad.

1. Diagnózu potřebujete co nejdříve

Symptomy Alzheimerovy choroby se projevují postupně, a pokud je člověk fyzicky zdravý, podivné chování je možné snadno přehlédnout. Až budete vědět, o co se jedná, budete lépe zvládat současný stav a také mít možnost připravovat se na budoucnost.

2. Zajistěte si pomoc

Zjistěte si možné zdroje pomoci a služby, které jsou ve Vašem bydlišti dostupné. Je to ve Vašem vlastním zájmu i v zájmu člověka, o kterého pečujete.

3. Informujte se, jak o nemocného pečovat

Postupy a rady, jak ošetřovat nemocného poskytované Českou Alzheimerovou společností Vám pomohou lépe chápat výkyvy v chování a změny osobnosti, které často tuto nemoc doprovázejí.

4. Neodmítejte pomoc

Pokud budete chtít všechno zvládat sám/sama, rychle se vyčerpáte. Opora přátel, rodiny Vám může mnohé ulehčit.

5. Nezapomínejte na sebe

Ošetřující se často zcela obětují péči o nemocného a pak zapomínají na sebe a zanedbávají své vlastní potřeby. Nezapomínejte na správnou výživu, pohyb a dostatek odpočinku.

6. Nepodléhejte stresu

Stres může způsobit zdravotní problémy (nestabilitu v prostoru, zažívací potíže, bolest krční páteře, vysoký krevní tlak), a změny v chování (vznětlivost, špatné soustředění, ztráta chuti k jídlu). Pamatujte, že i Vy potřebujete odpočívat.

7. Přijměte změny

Lidé s Alzheimerovou chorobou se mění. Zároveň se mění i jejich potřeby. Často potřebují péči, kterou jim doma zajistit nemůžeme. Podrobně sledujte všechny možnosti další péče, která se ve Vašem okolí nabízí. A pokud ji bude pacient potřebovat, usnadní Vám to správný výběr.

8. Zvažte situaci i z hlediska finančního a právního

Je-li to možné a vhodné, udělejte si společně s nemocným i členy jeho rodiny představu o tom, jak budete postupovat v budoucnosti.

9. Bud'te realisté

V současné době již existují léky, které mohou zpomalit rozvoj Alzheimerovy choroby. Neumějí ji však vyléčit a nemoc bude přes veškerou terapii postupovat. Nebraňte se zármutku, který Vám tato ztráta přináší, ale také se radujte z pozitivních chvil a pěkných vzpomínek.

10. Važte si sami sebe a neobviňujte se

Člověk, o kterého pečujete, potřebuje pomoci. Vy mu ji poskytnete. Za to si můžete vážít sami sebe. Kdyby Vám blízký mohl poděkovat, určitě by to udělal“ (www.alzheimercentrum.cz).

5.1 RODINNÁ PÉČE

Nároky a potřeby jednotlivých lidí s Alzheimerovou chorobou se liší, nelze je jednoznačně definovat, řeší se postupně, jak vznikají. Pečující osoby (nejčastěji

nejbližší příbuzní) proto musí znát příčiny chorobných jevů a způsoby, jak je zvládnout, respektive jak jim předcházet. Měli by vědět, že vývoj onemocnění přinutí neustále se přizpůsobovat měnícímu se zdravotnímu stavu nemocného.

Role rodiny v životě chronicky nemocného je nezastupitelná. V rámci laické či odborné péče je rodina jednak zdrojem informací, které mohou ovlivňovat kvalitu péče, jednak může být účastníkem přímé péče (rodinní příslušníci se aktivně podílejí na péči nemocného). Zda se rodina rozhodne starat o nemocného v domácím prostředí, ovlivňuje řada faktorů: 1. z pohledu rodiny: materiální stránka rodiny (ekonomické zdroje, zaměstnání bydlení), duševní stránka rodiny (kulturní tradice, rozdělení rolí), sociální síť a oblast péče (intenzita péče, rozdělení úloh v rámci péče). 2. z pohledu nemocného: lékařská diagnóza, psychický stav, schopnost přijmout péči. 3. z pohledu pečujících: vědomosti a zručnosti, vztah k nemocnému.

Z hlediska intenzity a naléhavosti potřeb, které nemocný vyžaduje, lze rozdělit na tři stupně péče. Jedná se o podpůrnou péči, kde je poskytována např. finanční péče, doprovod k lékaři, opravy v domácnosti. Představuje časově, psychicky i fyzicky méně náročnou péči než druhý stupeň. Zde hovoříme o neosobní péči. Jde o činnost, která souvisí nejvíce s péčí o domácnost. Třetí stupeň je osobní péče. Rodina, jako základní článek společnosti, vytváří bezpečnou platformu pro život seniorů, pomáhá jim udržet si nezávislost, samostatnost.

Péče v rodině představuje „neformální“ složku domácí péče. Členové rodiny poskytují přímo zdravotní péči člověku, který je vážně nemocný nebo invalidní. Pokud má rodina zájem starat se o nesoběstačného seniora jsou zde rozhodující okolnosti, jako např. míra soběstačnosti seniora a obava rodiny, zda se dokáže o svého seniora odborně postarat. Významnou podporu a pomoc rodině při péči o nemocného s Alzheimerovou chorobou představuje poskytování sociálních a zdravotních služeb v domácím prostředí“ (ONDŘIOVÁ a kol., 2014).

5.2 ÚSTAVNÍ PÉČE

„Není – li v možnostech příbuzných poskytnout nemocnému péči v domácím prostředí, volí se možnost ústavní péče. Je potřeba zajistit informovanost o těchto zařízeních a zejména včasné podání žádosti. Řada pečovatелů si je jista, že péči o nemocného zvládnou. Jsou ale situace, kdy péči nezvládají a v rodinách se vyskytují konflikty. Odmítavá vyjádření ze strany oslovených institucí prohlubují vystupňovanou zátěž a komplikují situaci pečovatелů. Ty by měli být informováni, že volné kapacity v zařízeních se speciálním režimem bývají spíše výjimkou, že pobyt v soukromém zařízení pro lidi s demencí je nákladný a bývá vyžadována různě vysoká finanční spoluúčasť.

Po umístění do ústavní péče se stav nemocného může zhoršit. Častou reakcí jsou stavy letargie či naopak agrese a utíkání. Ztráta důvěrně známého prostředí je velice zátěžová. Je vhodné pohovořit s personálem, co by mohlo zlepšit adaptaci nemocného. Poskytovatele kvalitních služeb pro nemocné s demencí lze rozpoznat pomocí označení „Vážka“. Toto je certifikát, kterým zařízení propůjčuje Česká alzheimerovská společnost a garantuje tak speciální úroveň služeb pro nemocné s demencí“ (BARTOŠ, HASALÍKOVÁ, 2010 s. 115).

6 KOMUNIKACE S PACIENTEM S ALZHEIMEROVOU NEMOCÍ A JINÝMI DRUHY DEMENCE

Komunikace je základní životní dovednost, která nás doprovází celý náš život, a využíváme ji každý den, taktéž slouží k navazování a udržování vztahů a k úspěšnému začlenění člověka do sociálního prostředí. Bez existence komunikace by si lidé nebyli schopni mezi sebou vyměňovat důležité a základní informace. U osob s Alzheimerovou nemocí je tato důležitá schopnost, kterou nazýváme komunikace velmi silně narušena a to jak předávání svých sdělení tak i v přijímání.

ZÁSADY:

„Při komunikaci s dementním pacientem omezíme rušivé a rozptylující vlivy prostředí. Ujistíme se, zda nemocný dobře slyší, popřípadě mu nastavíme kompenzační pomůcky.

Mluvíme srozumitelně, klidně, pomalu a v krátkých větách. K dalšímu tématu přejdeme po ujištění, že sděleným informacím nemocný rozumí.

V hovoru s dementním pacientem se vyhýbáme odborným výrazům, používáme výrazy známé a přiměřené. Používáme přímé pojmenování, a pokud je to možné, tak na předměty, osoby, části těla, o nichž hovoříme, ukazujeme. Pokud osoba s postiženým něco správně nepochopila, použijeme jinou formulaci a neopakujeme stejná slova.

Udržujeme stále oční kontakt a průběžně ověřujeme, zda nemocný informacím dobře rozuměl. Poradíme nemocnému, aby si důležité údaje zapisoval na papír. Také využíváme nonverbální komunikaci. Zapojujeme dotek, mimiku atd.

Při odchodu dáme jasně nemocnému najevo, že odcházíme a jednání skončilo“ (HAUKE, 2011, S. 38-39).

7 ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST

Česká alzheimerovská společnost vznikla v roce 1997. Příčinou jejího vzniku byl pocit některých profesionálů i rodinných příslušníků, že problematice demence není u nás věnována dostatečná pozornost. Během desetileté činnosti Česká alzheimerovská společnost zaznamenala úspěchy. Jedná se zejména o prosazení kognitiv do úhrady z veřejného zdravotního pojištění, ke kterému došlo až po mnoha intervencích společnosti.

V roce 2004 pořádala mezinárodní kongres a výroční kongres evropské asociace Alzheimer Europe. Dnes se podílí na činnosti skupiny pro paliativní péči o lidi s demencí a dalších aktivitách (JIRÁK, 2009).

Česká alzheimerovská společnost nabízí pečovatelské služby v domácnostech, péči v denním stacionáři, pomoc pečujícím osobám formou poradenství nebo pomocí setkávání rodinných příslušníků tzv. čaj o páté. Zde si sdělují problémy a zkušenosti s péčí o pacienta s demencí.

Dále se jedná o respitní péči. Ta probíhá v domácím prostředí nebo formou přijetí k respitnímu pobytu do zařízení po smlouvenou dobu. V této době rodinný příslušník vyřizuje své nezbytné povinnosti nebo odjíždí na dovolenou. Nemocný zůstává ve svém prostředí, na které je zvyklý a je o něj po celou dobu postaráno nebo mu je poskytována veškerá péče v rámci respitního pobytu (MLÝNKOVÁ, 2011).

8 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU

Ošetrovatelský proces u pacienta s Alzheimerovou chorobou je zpracován na oddělení geriatric v Thomayerově nemocnici u 73leté pacientky s diagnózou Alzheimerovy choroby s pozdním začátkem a se zlomeninou femuru. Ke zpracování ošetrovatelského procesu jsme použili zdravotnickou dokumentaci, informace od zdravotnického personálu a informace od samotné pacientky. Vybrali jsme si model Teorie základní ošetrovatelské péče od V. Hendersonové.

8.1 ZÁKLADNÍ ÚDAJE O PACIENTCE

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Jméno a příjmení: X. Y

Datum narození: 1942

Věk: 73 let

Pohlaví: žena

Adresa bydliště a telefon: XX

Adresa příbuzných: X

Rodné číslo: XXXXXX/ XXXX

Číslo pojišťovny: 211

Vzdělání: středoškolské

Zaměstnání důchodkyně

Stav: vdova

Státní příslušnost: česká

Datum přijetí: 2. 4. 2013

Typ přijetí: akutní

Oddělení: LDN - Geriatrie A2C

Ošetřující lékař: MUDr. D. Br

Důvod přijetí udávaný pacientem:

„Chtěla jsem někam jít, myslím, že za synem a spadla jsem doma v předsíni.“

Medicínská diagnóza hlavní:

Alzheimerova choroba s pozdním začátkem

Medicínské diagnózy vedlejší:

Morbus ischaemicus cordis, osteoporosis, pseudoarthrosis femoris dist. I dx, status post fracturae femoris

Vitální funkce při přijetí:

TK (krevní tlak): 115/70

P: (pulz): 82´

D: (dechová frekvence): 16

TT: (tělesná teplota): 36,4 °C

Výška: 167 cm

Hmotnost: 51 kg

BMI (Body Mass Index): 19, podváha

Pohyblivost: omezená

Krevní skupina: AB

Nynější onemocnění:

Na RTG je vidět patrné nalomení kosti stehenní.

8.2 ANAMNÉZA

RODINNÁ ANAMNÉZA:

Matka: zemřela v 75 letech na ca prsu

Otec: otec zdrav, zemřel v 81 letech

Sourozenci: nemá

Děti: syn- trpí na hypertenzi

OSOBNÍ ANAMNÉZA:

Překonané a chronické onemocnění: běžná dětská onemocnění

Hospitalizace a operace: 2011 – Pacientka hospitalizována na interní klinice kvůli dehydrataci

Úrazy: 0

Transfúze: 0

Očkování: běžná očkování

LÉKOVÁ ANAMNÉZA:

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Ebixa	Tbl.	10mg	0-0-0-1	Psychostimulancium
Mirtazapin	Tbl.	15mg	0-0-1-0	Antipsychotikum

ALERGOLOGICKÁ ANAMNÉZA:

Léky: 0

Potraviny: 0

Chemické látky: 0

Jiné: 0

Abúzy

Alkohol: příležitostně

Kouření: dříve 10 cigaret denně, nyní je ex

Káva: 2x denně

Léky: 0

Jiné drogy: 0

GYNEKOLOGICKÁ ANAMNÉZA:

Menarché: v 15 letech

Cyklus: pravidelný

Trvání: 7 dní

Intenzita, bolesti: 0

PM: pacientka si nepamatuje

UPT: 0

Antikoncepce: 0

Menopauza: pacientka si přesně nepamatuje,

Potíže klimakteria: neudává

Samovyšetřování prsou: neprovádí

Poslední gynekologická prohlídka: 2003

SOCIÁLNÍ ANAMNÉZA:

Stav: vdova

Bytové podmínky: žije sama v bytě, často ji navštěvuje syn

Vztahy, role a interakce v rodině: dobré, vídá se často se synem

Vztahy, role a interakce mimo rodinu: dobré

Záliby: čtení, procházky, luštění křížovek

PRACOVNÍ ANAMNÉZA:

Vzdělání: středoškolské

Pracovní zařízení: důchodkyně

Čas odchodu do důchodu, jakého: nepamatuje si od kdy

Vztahy na pracovišti: není aktuální

Ekonomické podmínky: „mohly by být lepší“.

SPIRITUÁLNÍ ANAMNÉZA:

Religiózní praktiky: Pacientka není věřící

8.3 POSOUZENÍ CELKOVÉHO STAVU PACIENTKY ZE DNE

12.4.2013

CELKOVÝ NÁLEZ:

Hlava: lebka mezocefalická, pokleповě a na pohmat nebolestivá. Deformity nepřítomné. Výstupy trigeminu nebolestivé. Kůže bez patologického nálezu.

Oči: oční štěrby souměrné, bulby ve středním postavení, zornice okrouhlé, izokorické, skléry bílé, spojivky růžové, klidné.

Dutina ústní: rty souměrné, růžové bez cyanózy. Jazyk plazí ve střední čáře, povleklý, bez zánětu. Tonzily klidné, bez zánětu. Chrup sanován.

Uši, nos: bez výtoku

Krk: souměrný, šije volná, neopouje. Pulzace karotid hmatná, symetrická, bez hmatných virů a šelestů. Štítná žláza na pohled a pohmat nezvětšena. Lymfatické uzliny nezvětšeny.

Hrudník: symetrický, bez změn tvaru a postavení. Dýchací pohyby symetrické. Poklep nad plícemi jasný, nezvučný.

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

Břicho: měkké, nebolestivé, poklep diferencovaně bubínkový. Ascites nepřítomný. Povrchová i hluboká palpance bez hmatné rezistence, bez známek peritoneálního dráždění. Peristaltika přítomna. Játra nepřesahují pravý oblouk žeberní. Slezina nenaráží.

Reflexy: výbavné

Varixy: 0

Kůže: prokrvená, turgor snížený

Otoky: 0

8.4 UTŘÍDĚNÍ INFORMACÍ PODLE TEORIE VIRGINIE HENDERSONOVÉ ZE DNE 12. 4. 2013

1. Dýchání

Subjektivně: „Nemyslím si, že bych měla problém s dýcháním“.

Objektivně: Frekvence dechů 16/min. Dýchání je v normě a pravidelné. Dýchací šelesty zde nejsou přítomny. Pacientka zaujímá polohu na zádech.

Ošetrovatelský problém: 0

Použita měřicí technika: měření dechu, pozorování, rozhovor

2. Přijímání jídla a pití

Subjektivně: „Poslední dobou nemám vůbec chuť k jídlu. Když už do sebe něco dostanu, tak je to nejčastěji polívka. Pitný režim taky moc nedodržuji. Piju čaj tak 1, 5 l denně“.

Objektivně: Pacientka odmítá poslední dobou stravu. Má dietu 3G, polotuhou stravu. Je zde potřeba dohlížet na stravu pacientky. Pacientka také málo pije. Je potřeba na ní dohlížet a donutit jí hodně pít. Dále sledujeme příjem a výdej tekutin. Pacientka je ke svému věku a výšce podvyživená. Pacientka váží 51 kg a měří 167 cm.

Ošetrovatelský problém: dehydratace, váhový úbytek

Použitá měřicí technika: příjem a výdej tekutin

Priorita: střední

3. Vylučování

Subjektivně: „ S vylučováním nemám problém. Chodím pravidelně na malou i na velkou“.

Objektivně: Pacientka nechodí sama na záchod, neboť je kvůli zlomenině připoutána na lůžko. Umí sama říct o mísu. Chodí jednou denně na stolicí, která je bez patologických příměsí. Vymočí asi 1,5 l tekutin denně.

Ošetrovatelský problém: Snížený výdej moči

Použitá měřicí technika: příjem a výdej tekutin

4. Pohyb a udržení žádoucího držení těla při chůzi, sezení, ležení a změně polohy

Subjektivně: „Chodím strašně ráda na procházky nebo pracuju na zahrádce. Ale jak, už jsem stará tak už to moc nejde. Občas se opřu i o hůlku“.

Objektivně: Pacientka je nyní kvůli zlomenině femuru upoutána na lůžko. Pacientka má vhodnou postel na polohování dle potřeby. Je zde daná matrace proti dekubitům. Pacientka se polohuje každá dvě hodiny.

Ošetrovatelský problém: riziko dekubitů

Použitá měřicí technika: zhodnocení rizika dekubitů, dle Nortnové 20b.

Priorita: střední

5. Odpočinek a spánek

Subjektivně: „Spím ráda a bez problému. Když je venku ošklivo, klidně bych prospala celý den“.

Objektivně: Pacientka žádné problémy neudává. V noci spí dobře. Přes den se pacientka také prospí, nejčastěji po obědě. Žádné hypnotika neužívá. Každý večer před spaním provádí osobní hygienu s pomocí ošetrovatelského personálu.

Ošetrovatelský problém: 0

Použitá měřicí technika: rozhovor

6. Výběr oblečení, oblékání a svlékání

Subjektivně: „Doma jsem se zvládla obléct, i když mi to někdy dělalo problém. Teď díky té sádře potřebuji občas pomoci. Nešáhnu si na chodidla“.

Objektivně: Pacientka se snaží být soběstačná. Občasná dopomoc s oblékáním. Pacientka je čistá, upravená.

Ošetrovatelský problém: dopomoc s oblékáním

Použitá měřicí technika: Barthelův test soběstačnosti, 40b.

Priorita: nízká

7. Udržování tělesné teploty v rámci normálních hodnot

Subjektivně: „Je mi fajn. Občas se víc přikryju nebo zase deku odhodím. Podle toho, jak mi právě je“.

Objektivně: Pacientka si nestěžuje na zimu či návaly. Okolní prostředí toleruje. Pacientce měříme teplotu jednou denně, je afebrilní. Pacientka má 36,4 °C

Ošetrovatelský problém: 0

Použitá měřicí technika: měření tělesné teploty

8. Udržování čistoty, úpravy těla a ochrana pokožky

Subjektivně: „Mám ráda, když jsem v čistotě. V tomhle mi hodně pomáhá syn“.

Objektivně: Pacientka potřebuje dopomoc při hygieně. Horní část těla zvládá sama, na dolní končetiny si nedosáhne. Pacientka je každé ráno umyta na lůžku, jednou týdně jde do vany.

Ošetrovatelský problém: snížená schopnost péče o sebe sama

Použitá měřicí technika: Barthelův test soběstačnosti, 40b.

Priorita: střední

9. Odstraňování rizik z okolí, ochrana před násilím, nákazou

Subjektivně: „V dnešní době se pořád bojím. Po tom světě běhá spousta násilníků a vrahů“.

Objektivně: Pacientka je při vědomí. Občas jí dělá problémy se zorientovat časem, a dobou Pacientka nedodrhuje žádné náboženské zvyky. Je potřeba občasný dohled.

Ošetrovatelský problém: 0

Použitá měřicí technika: rozhovor

10. Komunikace

Subjektivně: „Ráda si povídám a vyprávím o svém životě“.

Objektivně: Pacientce nedělá problém s lidmi komunikovat. Občas si nemůže vzpomenout na slovo, které chtěla říct. Vzhledem k jejímu zdravotnímu stavu je potřeba pacientce věci opakovat, připomínat.

Ošetrovatelský problém: mírně zhoršená komunikace

Použitá měřicí technika: rozhovor

Priorita: nízká

11. Vyznání náboženské víry, přijímání dobra a zla

Subjektivně: „Nejsem nábožensky založená“.

Objektivně: Duchovní praktiky pacientka v nemocnici nevyžaduje.

Ošetrovatelský problém: 0

Použitá měřicí technika: rozhovor

12. Práce a produktivní činnost

Subjektivně: „Jak jsem říkala, ráda dělám na zahrádce a čtu“.

Objektivně: Pacientka se snaží v lůžku cvičit. Každý den cvičí s fyzioterapeutem. Pacientka jinak v lůžku čte, luští křížovky.

Ošetrovatelský problém: riziko dekubitů

Použitá měřicí technika: měření vzniku dekubitů, dle Nortnové 20b.

13. Odpočinkové (rekreační) aktivity

Subjektivně: „Ráda spím, to snad relaxuju nejvíce. Taky odpočívám na zahrádce“.

Objektivně: Pacientka si po obědě ráda prospí. Každý den čte, kouká na televizi, snaží se komunikovat s ostatními pacienty. Pacientka má každý druhý den pravidelné návštěvy syna a vnoučat.

Ošetrovatelský problém: 0

Použitá měřicí technika: rozhovor

14. Učení

Subjektivně: „Na to už jsem stará. Mě už do té hlavy nic neleze, spíš ubývá“.

Objektivně: Pacientky paměť je krátkodobá, díky postupující demenci. Pacientka má problém si občas vybavit některá slova. Pacientka je informovaná o svém onemocnění a zdravotním stavu.

Ošetrovatelský problém: porucha paměti

Použitá měřicí technika: Orientační paměťový test MMSE

Priorita: střední

8.5 MEDICÍNSKÝ MANAGMENT

Ordinovaná vyšetření: RTG, TK, TT, MMSE

Výsledky:

MMSE test – 21 b

Tělesná teplota – 36,4 °C

Krevní tlak – 115/ 70

Konzervativní léčba:

Dieta: 3 G

Výživa: plnohodnotná

Pohybový režim: klid na lůžku

Rehabilitace: 0

Medikamentózní léčba:

- **PER OS:**

EBIXA – TBL. 10mg 0-0-0-1/2 psychostimulancium

MITRAZAPIN – TBL. 15mg 0-0-1-0 antidepresivum

NOVALGIN – TBL. 500mg dle bolesti analgetikum

- **INTRAVENÓZNÍ:** 500 ml 10% glukózy

- **PER RECTUM:** 0

- **JINÁ:** 0

Chirurgická léčba:

Dne 12. 4. 2013 bylo pacientce provedeno RTG vyšetření, kde bylo zjištěno nalomení kosti stehenní. Pacientka bylo naordinováno zafixování pravé končetiny.

8.6 SITUAČNÍ ANALÝZA

Pacientka 73 let přijata na oddělení geriatric v Thomayerově nemocnici v Praze kvůli pádu. Došlo k lehkému nalomení kosti stehenní. Během vyšetření bylo zjištěno zhoršení kognitivních funkcí. Byl zde proveden orientační paměťový test MMSE, kde je pacientka na hranici lehké až středně těžké demence. Pacientka má občasné výpadky slov, nemůže si vybavit, co nám chtěla vlastně říct. Staré vzpomínky z dětství si vybavuje, ale občas je nedokáže správně popsat. Chybí dostatečný náhled na poruchy paměti. Pacientka na svůj věk a výšku trpěla známkou podváhy. Poslední dobou měla nechuť k jídlu a jídlo odmítala. Byl zde i problém s dodržováním pitného režimu. Z důvodu dehydratace byl zaveden PŽK, kde byly podávány infuzní terapie. Pacientka byla občas smutná. Chtěla domů, za svým synem. Znamky těžké deprese nejevila.

8.7 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ DLE NANDA TAXONOMIE II (S POUŽITÍM NANDA INTERNATIONAL, OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY. DEFINICE A KLASIFIKACE 2009 - 2011)

Aktuální diagnózy:

1. Snížený objem tekutin v organismu 00027
2. Nevyvážená výživa: méně než je potřeba organismu 0002
3. Narušená integrita kůže 00046
4. Zhoršená paměť 00131
5. Chronická zmatenost 00129

Potencionální diagnózy:

1. Riziko infekce 00004

2. Riziko porušení kožní integrity 00047

3. Riziko zácpy 00015

U pacientky byly rozpracovány tři aktuální diagnózy a dvě diagnózy potencionální.

AKTUÁLNÍ DIAGNÓZY

Ošetrovatelská diagnóza č. 1: Snížený objem tekutin v organismu (00027)

Doména 2: Výživa

Třída 5: Hydratace

Definice: Snížený intravaskulárních, intersticiálních anebo intracelulárních tekutin. Vztahuje se k dehydrataci, samostatné ztrátě vody beze [koncentrace] sodíku.

Určující znaky:

- snížený kožní tugor
- snížený tugor jazyka
- snížený výdej moči
- suchá kůže
- suchá sliznice

Související faktory:

- aktivní pokles objemu tělesných tekutin

Priorita:

- střední

Cíl:

- Krátkodobý cíl – pacientka alespoň vypije 2 l/do 24 hodin
- Dlouhodobý cíl – pacientka nejeví známky dehydratace / po dobu hospitalizace

Výsledná kritéria:

- Pacientka má příjem a výdej tekutin v normě/do 24 hodin
- Pacientka je dostatečně hydratována/po dobu hospitalizace
- Pacientka má dostatek tekutin u lůžka/do 1 hodiny
- Pacientka zná informace o pitném režimu/do 2 hodin

Plán intervencí:

1. Sleduj a měř příjem a výdej tekutin/po dobu hospitalizace - všeobecná sestra, ošetřovatelka
2. Zajisti dostatek tekutin pacientce u lůžka/po dobu hospitalizace – všeobecná sestra, ošetřovatelka.
3. Podávej infuzní terapie dle ordinace lékaře - všeobecná sestra.
4. Měř vitální funkce/po dobu hospitalizace- všeobecná sestra.
5. Sleduj stav sliznic a kůže/po dobu hospitalizace – všeobecná sestra, ošetřovatelka
6. Edukuj pacientku o snížení pocitu žízně u starších osob/okamžitě – všeobecná sestra.

Realizace: 12. 4. 2013

- 8:15 pacientka vypila 400 ml čaje ke snídani - všeobecná sestra.
- 10:15 podána infuze 500 ml glukózy dle ordinace lékaře – všeobecná sestra.

- 12:15 změřeni všechny fyziologické funkce – všeobecná sestra.
- 13:30 pacientka vypila 500 ml čaje během dopoledne – všeobecná sestra
- 17:00 pacientka edukována o sníženém pocitu žízně u starých lidí - všeobecná sestra.
- 19:00 pacientka vypila 450 ml čaje během celého odpoledne

Hodnocení:

Efekt: částečný

Krátkodobý cíl: cíl byl splněn, pacientka vypije denně 2 l tekutin do 24 hodin.

Dlouhodobý cíl: cíl byl částečně splněn, pro splnění cíle doporučuji plán intervencí 1, 2, 3,4,5

Ošetrovatelská diagnóza č. 2: Nevyvážená výživa: méně, než je potřeba organismu (0002)

Doména 2: Výživa

Třída 1: Příjem potravy

Definice: Příjem živin nepostačuje k uspokojení potřeb metabolismu.

Určující znaky:

- nasycení okamžitě po příjmu potravy
- nezájem o jídlo
- odpor k jídlu

Související faktory:

- biologické faktory

Priorita:

- střední

Cíl:

- Krátkodobý cíl – Pacientka má odpovídající váhu ke své výšce a věku / při propuštění hospitalizace
- Dlouhodobý cíl – Pacientka dosáhne požadovaného přírůstku na váze/do 3 měsíců

Výsledná kritéria:

- Pacientka má správnou vyživující potravu/po dobu hospitalizace
- Nutriční sestra dohlíží na stravovací režim/po dobu hospitalizace.
- Pacientka je dostatečně hydratován/po dobu hospitalizace.
- Pacientka jí pravidelně tři jídla denně/po dobu hospitalizace.

Plán intervencí:

1. Konzultuj s nutriční sestrou o sestavení jídelníčku během hospitalizace - všeobecná sestra.
2. Pobízej pacientku k pravidelnému příjmu tekutin - všeobecná sestra.
3. Važ pacientku dle ordinace lékaře - všeobecná sestra, ošetřovatelka.
4. Kontroluj příjem i výdej tekutin/po dobu hospitalizace - všeobecná sestra.
5. Dokumentuj průběžně stav pacienta - všeobecná sestra.

Realizace: 12. 4. 2013

- 7:00 pacientka snědla housku a vypila 250 ml čaje – všeobecná sestra

- 9:15 edukována ke správným stravovacím návykům s cílem dosáhnout váhového přírůstku - všeobecná sestra.
- 12:30 pacientka snědla porci polévky - všeobecná sestra.
- 13:15 změření fyziologických funkcí - všeobecná sestra.
- 15:00 podána infuze 500 ml glukózy dle ordinace lékaře – všeobecná sestra.
- 18:00 pacientka snědla půlku porce večeře – všeobecná sestra.
- Vše pravidelně zaznamenáváno do příslušné dokumentace (chorobopis, ošetrovatelská dokumentace) – všeobecná sestra.

Hodnocení:

Efekt: částečný

Krátkodobý cíl: pro splnění dlouhodobého cíle nadále doporučuji pokračovat ve stanoveném plánu intervencí. Pokračující intervence: 1, 2, 3, 4

Dlouhodobý cíl: pro splnění dlouhodobého cíle nadále doporučuji pokračovat ve stanoveném plánu intervencí. Pokračující intervence: 1, 2, 3, 4

Ošetrovatelská diagnóza č. 4: Zhoršená paměť (00131)

Doména 5: Percepce/kognice

Třída 4: Kognice

Definice: *Neschopnost zapamatovat si nebo vybavit informace anebo dovednosti týkající se chování.*

Určující znaky:

- neschopnost uchovat si nové poznatky
- neschopnost uchovat si nové informace

Související faktory:

- neurologické poruchy

Priorita: střední**Cíl:**

- Krátkodobý cíl – Pacientka si uvědomí problémy s pamětí / do 24 hodin
- Dlouhodobý cíl – Zlepšení dosavadního výsledku MMSE / po dobu hospitalizace

Výsledná kritéria:

- Pacientka zná svoji prognózu / do 2 hodin
- Pacientka je povzbuzována k trénování paměti / po dobu hospitalizace
- Pacientka má dostatek informací o svém onemocnění / po dobu hospitalizace

Intervence:

1. Posuď stupeň poruchy orientace, paměti, úroveň pozornosti (viz. MMSE, 20 bodů) /do 3 hodin – všeobecná sestra
2. Zhodnot' stupeň dovednosti včetně péče o sebe /do 3 hodin – všeobecná sestra
3. Zaved' vhodné techniky trénování paměti /po dobu hospitalizace – všeobecná sestra,
4. Pochval pacientku při sebemenším pokroku/po dobu hospitalizace – všeobecná sestra
5. Posuzuj celkový psychický a fyzický stav pacientky/po dobu hospitalizace
6. Dokumentuj průběžně stav pacientky – všeobecná sestra

Realizace: 12. 4. 2013

- 8:00 pacientka edukována o svém zdravotním stavu a poruše paměti – všeobecná sestra
- 10: 15 pacientka zvládla MMSE test na 21b. – všeobecná sestra
- 11:20 trénování paměti a získávání informací o pacientce – všeobecná sestra
- 13:45 pacientka informována o možných aktivitách na oddělení – všeobecná sestra
- Vše pravidelně zaznamenáváno do příslušné dokumentace (chorobopis, ošetrovatelská dokumentace) – všeobecná sestra

Hodnocení:

Efekt: částečný

Krátkodobý cíl: cíl byl splněn částečně, pro splnění cíle doporučuji nadále pokračovat v plánu intervencí 1,2,3,4,5.

Dlouhodobý cíl: cíl byl splněn částečně, pro splnění cíle doporučuji nadále pokračovat v plánu intervencí 1,2,3,4,5.

POTENCIONÁLNÍ DIAGNÓZY

Ošetrovatelská diagnóza č. 1 : Riziko infekce (00004)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 1: Infekce

Definice: Zvýšené riziko napadení patogenními organizmy.

Rizikové faktory:

- farmaka

- nedostatečná primární obrana, porušení kůže invazivním vstupem (PŽK)
- prostředí se zvýšeným výskytem patogenů

Priorita:

- nízká

Cíl:

- Krátkodobý cíl – Pacientka zná všechna rizika infekce / do 3 hodin
- Dlouhodobý cíl - Pacientka nejeví známky katérové infekce / po dobu hospitalizace

Plán intervencí:

1. Edukuj pacientku o zavedení PŽK - všeobecná sestra.
2. Sleduj místo vpichu/po dobu zavedení PŽK - všeobecná sestra.
3. Pečuj o PŽK a oblast zavedení každý den – všeobecná sestra.
4. Sleduj potencionální známky infekce / po dobu hospitalizace – všeobecná sestra.
5. Zhodnot' stav funkčnosti PŽK každý den – všeobecná sestra.
6. Kontroluj pitný režim pacientky/po dobu hospitalizace - všeobecná sestra.
7. Dokumentuj průběžně stav pacientky - všeobecná sestra.

Realizace: 12. 4. 2013

- 10:45 pacientka edukována o důvodu zavedení PŽK, seznámena s možnými příznaky infekce - všeobecná sestra.
- 11:15 převaz PŽK, dodržen aseptický postup – všeobecná sestra

- 12:00 kontrola místa vpichu a proplach PŽK, levá horní končetina nebolestivá - všeobecná sestra.
- Vše pravidelně zaznamenáváno do příslušné dokumentace (chorobopis, ošetrovatelská dokumentace) – všeobecná sestra.

Hodnocení:

Efekt: částečný

Krátkodobý cíl: cíl splněn, pacientka zná rizika infekce po zavedení PŽK

Dlouhodobý cíl: cíl částečně splněn, po dobu hospitalizace pacientky nadále pokračovat v intervencích 3,4,5,6

Ošetrovatelská diagnóza č. 2: Riziko narušení integrity kůže (00047)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 2: Fyzické poškození

Definice: Riziko narušení kůže

Rizikové faktory:

- nevyvážená výživa
- změny kožního turgoru

Priorita:

- střední

Cíl:

- Krátkodobý cíl – Pacientka je dostatečně polohována/do 2 hodin.

- Dlouhodobý cíl – Pacientka nejeví známky proleženin/po dobu hospitalizace.

Plán intervencí:

1. Zhodnot' vzhled kůže/po dobu hospitalizace – všeobecná sestra.
2. Edukuj pacientku o rizikových faktorech vzniku dekubitů/do 30 minut – všeobecná sestra.
3. Zhodnot' stav pitného režimu a výživy/po dobu hospitalizace.
4. Posuď riziko vzniku dekubitů dle škály (Nortonová)/do 2 hodin – všeobecná sestra
5. Dokumentuj průběžně stav pacientky – všeobecná sestra.

Realizace: 12. 4. 2013

- 9: 00 pacientka je polohována na LB – všeobecná sestra.
- 10:00 kontrola povrchu kůže – všeobecná sestra, ošetřovatelka
- 11:00 pacientka polohována na PB – všeobecná sestra
- 13:00 pacientka edukována o rizicích vzniku dekubitů – všeobecná sestra.
- Vše pravidelně zaznamenáváno do příslušné dokumentace (chorobopis, ošetřovatelská dokumentace) – všeobecná sestra.

Hodnocení:

Efekt: částečný

Krátkodobý cíl: cíl splněn, pacientka je dostatečně polohována každé dvě hodiny.

Dlouhodobý cíl: pro splnění dlouhodobého cíle nadále doporučuji pokračovat ve stanoveném plánu intervencí. Pokračující intervence: 1, 3, 4.

8.8 CELKOVÉ HODNOCENÍ

Celkový zdravotní stav pacientky v rámci lékařské terapie a ošetrovatelské péče se mírně zlepšil. Pacientka byla občas smutná. Přála být si ve svém bytě. Pacientka si není vědoma, že by měla problémy s demencí. Myslela si, že leží v nemocnici jen díky zlomené kosti stehenní, i když byla o svém onemocnění poučena. Díky Alzheimerově chorobě se již některé dané problémy nedají odstranit. Bude nutná stálá ošetrovatelská péče, když poruchy paměti budou intenzivněji stoupat. Zde je nutná neustálá edukace rodinných pečovatелů, kteří jsou poučeni o onemocnění Alzheimerovou chorobou.

8.9 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Během praxe, kde bylo pečováno o pacientku s Alzheimerovou chorobou, jsme zjistili, že ošetrovatelská péče je náročná jak fyzicky i psychicky. Je nutné se dále vzdělávat v tomto oboru a využívat nejnovější postupy v péči o pacienty s Alzheimerovou chorobou. Úkolem sestry je pomoci pacientovi, respektovat všechny jeho potřeby a chápat jeho psycho - sociální složku. Dále bychom měli pacienta motivovat, umět vždy správně poradit a umět mu naslouchat.

Sestra by měla myslet i na sebe. Práce sestry je velmi náročná. Je nutné se vyhnout syndromu vyhoření. Chodit po práci odpočívat a dělat to, co nás baví. Syndrom vyhoření má pak jako důsledek poskytování nekvalitní péče a možné problémy na pracovišti.

ZÁVĚR

Cílem této bakalářské práce na téma Ošetrovatelský proces u pacienta s Alzheimerovou chorobou bylo sestavení ošetrovatelského procesu, přínos pro praxi a získat nové poznatky.

Člověk trpící Alzheimerovou chorobou vyžaduje kompletní ošetrovatelskou péči. Jak je známo, tato choroba je doposud nevyléčitelná. Farmakologická léčba a včasné zachycení této nemoci může chorobu zpomalit. Péče o nemocného je velmi náročná. Zasahuje do života nejen pacientovi, ale i do celé pečující rodiny. Pro některou rodinu je tato péče po finanční stránce nemožná a nemocného umístí do domova důchodců nebo do specializovaných center.

Práce nám dala spousta nových poznatků a informací týkajících se onemocnění Alzheimerovou chorobou a péče o pacienta s tímto onemocněním. Cíl, který se stanovil, byl splněn.

SEZNAM LITERATURY

BARTOŠ, Aleš, Martina, HASALÍKOVÁ. *Poznejte demenci správně a včas: příručka pro klinickou praxi*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2010. ISBN: 978-80-204-2282-8.

BOROŇOVÁ, Jana. 2010. *Kapitoly s ošetrovatelství I*. Plzeň: Maurea, 2010. ISBN: 978-80-902876-4-8.

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

ČEVELA, Rostislav, Zdeněk, KALVACH a Libuše ČELEDOVÁ. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN: 978-80-247-3901-4.

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar, Vladimíra HOLCZEROVÁ. *Volnočasové aktivity pro seniory*. Vyd. 1. Praha: Grad, 2013. ISBN: 978-80-247-4697-5.

HAUKE, Marcela. *Pečovatelská služba a individuální plánování: praktický průvodce*. 1. vyd. Praha: Grada, 2001. ISBN: 978-80-247-3849-9.

HLUŠTÍK, Petr, Jan, BARTUŠEK. Demence. *Současná klinická praxe*, 2005, Roč. 4, č.3, s. 22-24. ISSN: 1213-7790.

HOLMEROVÁ, Iva, Eva JAROLÍMOVÁ a Jitka SUCHÁ. 2007. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: Pro Gerontologické centrum vydalo EV public relations, 2007. Vážka. ISBN: 978-80-254-0177-4.

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

KALVACH, Zdeněk. *Geriatric a gerontologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2004. ISBN: 80-247-0548-6.

KUČEROVÁ, Helena. 2006. *Demence v kazuistikách*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009. Psyché (Grada). ISBN: 80-247-1491-4.

Listy České Alzheimerovské společnosti [online]. [cit. 2014-03-11] Dostupné z: <http://www.alzheimercentrum.cz/poradna/rady-pecujicim/jak-komunikovat>

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

NANDA International., 2010. *NANDA – ošetrovatelské diagnózy – definice a klasifikace 2009 – 2011*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 456 s. ISBN: 978-80-247-3433-1.

NĚMCOVÁ Jitka a kol. *Manuál k úpravě písemných prací: text pro posluchače zdravotnických studijních oborů*. Plzeň: Maurea, 2013. ISBN: 978-80-902876-9-3.

PIDRMAN, Vladimír. 2007. *Demence*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, Psyché (Grada Publishing). ISBN: 978-802-4714-905.

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

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

ONDŘIOVÁ, Iveta. 2014. *Rodinná péče o nemocného s Alzheimerovou chorobou*. In: [online]. [cit. 2014-02-24]. DOI: chorobou. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/rodinna-pece-o-nemocneho-s-alzheimerovou-chorobou-473724>

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

SILBERNAGL Stefan, Florian LANG. *Atlas patofyziologie*. 2. vyd. Praha: Grada 2012. ISBN: 978-80-247-3555-9.

TOŠNEROVÁ, Tamara. *Jak si vychutnat seniorská léta*. Vyd. 1. Brno: Computer Press, 2009. ISBN: 978-80-251-2104-7.

VLČEK, Jiří, Daniela FIALOVÁ. *Klinická farmacie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN: 978-80-247-3169-8.

VOKURKA, Martin, Jan, HUGO, a kol., 2009. *Velký lékařský slovník*. 8. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN: 978- 80-7345-166-0.

ZGOLA, Jitka M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003. ISBN: 80-247-0183-9.

PŘÍLOHY

Příloha A – Prohlášení o sběru informací.....	I
Příloha B – Orientační paměťový test MMSE.....	II
Příloha C –Barthelův test základních činností.....	III
Příloha D – Test kreslení hodin.....	IV
Příloha E - Dotazník pro poruchy chování u Alzheimerovy choroby.....	V
Příloha F - Rychlý screening demence – dotazník určený pro rodinu a přátele.....	VI

**Příloha A – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů pro zpracování
bakalářské práce**

Čestné prohlášení

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

V Praze dne:

.....

Příloha B – Orientační paměťový test MMSE

Test kognitivních funkcí-Mini Mental State Exam (MMSE)

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



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

Příloha C – Barthelův test základních činností

Barthelův test základních všedních činností ADL (activity daily living)

- slouží ke zhodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech

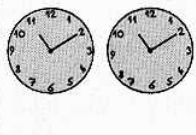
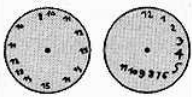
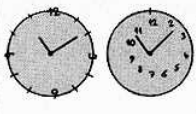

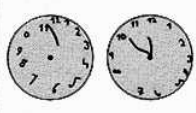
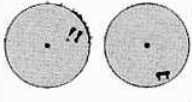
činnost	provedení činnosti	bodové skóre
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
3. koupání	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
5. kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
6. kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
8. přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
	s pomocí 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0

HODNOCENÍ:

0-40 bodů	vysoce závislý
45-60 bodů	závislost středního stupně
65-95 bodů	lehká závislost
100 bodů	nezávislý

Zdroj: <http://ose.zshk.cz/media/p5811.pdf>

Příloha D – Test kreslení hodin

Test kreslení hodin		Jméno pacienta:	
		Datum vyšetření:	
<p>Pokyny pro provedení:</p> <p>1. Dejte pacientovi čistý list papíru s předkresleným kruhem. Ukažte mu, kde je horní a spodní část. Pak dejte pacientovi pokyn: „ Toto mají být hodiny. Doplňte, prosím, všechna chybějící čísla a zaznamenejte čas 10 hodin a 10 minut.“</p> <p>2. Poznamenejte si provádění (pořadí, opravy, trvání). Zhodnoťte výsledek podle níže uvedeného návodu a zaznamenejte ho spolu se jménem pacienta a datem a provedení na kresbu.</p> <p>3. Validizovaná hranice mezi normální a patologickou kresbou ve smyslu přítomnosti kognitivní poruchy/demence leží mezi 2 a 3 body. To znamená, že skóre 3 a více bodů je již patologické.</p>			
<p>1. Bezchybné provedení</p> <ul style="list-style-type: none"> ▲ číslce 1-12 ve správném pořadí i místě ▲ dvě ručičky ve správné poloze 		<p>4. Střední stupeň prostorové dezorganizace, takže zaznamenání času není možné</p> <ul style="list-style-type: none"> ▲ nepravidelné mezery ▲ zapomenutí číslce ▲ perseverace: opakování kruhu, číslce na jednu stranu od 12 ▲ záměna pravý-levý (číslce proti směru) ▲ dysgrafie - chybějí čitelné číslce 	
<p>2. Lehká prostorová chyba ciferníku hodin</p> <ul style="list-style-type: none"> ▲ vzdálenost mezi číslcemi nerovnoměrné ▲ číslce mimo kruh ▲ otočení papíru s otočením číslce ▲ použití pomocných čar pro lepší orientaci 		<p>5. Těžká prostorová dezorganizace</p> <ul style="list-style-type: none"> ▲ jako u skóre 4, ale silněji vyjádřeno 	
<p>3. Chybné zaznamenání času, zachované prostorové uspořádání hodin</p> <ul style="list-style-type: none"> ▲ pouze jedna ručička ▲ čas zaznamenan slovně „10 hodin 10 minut“ ▲ čas vůbec nezaznamenan 		<p>6. Chybí zakreslení hodin (CAVE: vylučte depresi/delirium)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▲ žádný pokus zakreslit hodiny ▲ ani vzdálená podobnost s hodinami ▲ napsáno slovo nebo jméno 	

Zdroj: http://klimes.mysteria.cz/clanky/psychologie/test_kresleni_hodin.gif

Příloha E - Dotazník pro poruchy chování u Alzheimerovy choroby

Multimediální тренаžer plánování a ošetrovatelské péče

Dotazník pro poruchy chování u Alzheimerovy choroby (a jiných demenci)

Jméno pacienta:

Datum:

Test provedl:

Vyznačte, co odpovídá stavu pacienta

A. Detekce bludů a paranoidního chování

I. „Lidé mi kradou věci“

- 0 b - nikdy se neobjevuje
- 1 b - domnívá se, že mu/jí lidé naschvál ukrývají věci
- 2 b - domnívá se, že někdo přichází k němu domů a skrývá věci
- 3 b - s těmi, co přicházejí, hovoří a/nebo je slyší

II. „Tady nejsem doma“

- 0 b - nevyskytuje se
- 1 b - je přesvědčen/a, že není doma, a chová se podle toho (chystá se k odjezdu, balí si věci, žádá „vezměte mě domů“...)
- 2 b - pokusy o odchod „domů“
- 3 b - neklid nebo agresivita při snaze mu/jí v těchto pokusech zabránit

III. „Manžel/ka je cizí, neznám jej/ji“

- 0 b - nevyskytuje se
- 1 b - pacient je přesvědčen, že je to cizí člověk
- 2 b - zlost na něj/ni, protože je cizí a obtěžuje
- 3 b - agresivita z tohoto důvodu

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

- 0 b - nevyskytuje se
- 1 b - přesvědčení, že se jej snaží v tomto podvést
- 2 b - zlost na blízké
- 3 b - agresivita z tohoto důvodu

V. Podezřavost / paranoidní chování

- 0 b - nepřítomno
 - 1 b - podezřavost (schovávání věcí, „stejně ti nevěřím“...)
 - 2 b - výrazné paranoidní chování, zlost, vztek
 - 3 b - agresivita z důvodů podezírání okolí
- Popište.....

VI. Ostatní bludy (neparanoidní)

- 0 b - nepřítomné
 - 1 b - přítomné bludné myšlení
 - 2 b - zlost a vztek jako důsledek bludů
 - 3 b - násilné a agresivní chování z důvodů bludů
- Popište.....

(A celkem bodů.....)

Skórujte jednotlivě, po skupinách i celkově. Skóre podává informace o stavu pacienta a jeho případném zhoršování a napomáhá rozhodování o volbě intervence (nefarmakologické, farmakologické).

B. Halucinace

I. Vizuální halucinace

- 0 b - nepřítomny
- 1 b - nevýrazné, přesně nedefinovatelné
- 2 b - zcela jasné a zřetelné halucinace věcí nebo osob
- 3 b - verbální, fyzická nebo emoční reakce na tyto halucinace

II. Sluchové halucinace

- 0 b - nepřítomny
- 1 b - nevýrazné, přesně nedefinovatelné
- 2 b - jasné definované halucinace slov, vět, určitých zvuků
- 3 b - verbální, fyzická nebo emoční reakce na tyto halucinace

III. Čichové halucinace

- 0 b - nepřítomny
- 1 b - nejasné, nepřesně definovatelné
- 2 b - jasné definované („pach koufe“, „něco hoří“)
- 3 b - verbální, fyzická nebo emoční reakce na tyto halucinace

IV. Taktilní halucinace

- 0 b - nepřítomny
- 1 b - nejasné, nepřesně definovatelné
- 2 b - jasné definované („někdo na mě sahá“)
- 3 b - verbální, fyzická nebo emoční reakce na tyto halucinace

V. Ostatní halucinace

- 0 b - nepřítomny
- 1 b - nejasné, nepřesně definovatelné
- 2 b - jasné definované (např. „někdo na mě sahá“)
- 3 b - verbální, fyzická nebo emoční reakce na tyto halucinace

(B celkem bodů.....)

C. Poruchy chování

I. Odchází z domova

- 0 b - ne
- 1 b - někdy, ale nejsou nutná zvláštní opatření
- 2 b - dosti časté, takže jsou nutná zvláštní opatření (zamykání, dohled)
- 4 b - nespokojenost, agresivita, jiné poruchy chování v souvislosti s pokusem odejít, ničení překážek

II. Bezcílné činnosti

- 0 b - nevyskytují se
- 1 b - opakované neúčelné aktivity (opakované dotazování, přesouvání věcí, zapínání a rozepínání, ...)
- 2 b - toto chování je výrazné a překážející, vyžaduje určitá opatření

(C celkem bodů.....)

Příloha F - Rychlý screening demence – dotazník určený pro rodinu a přátele

Multimediální тренаžér plánování a ošetrovatelské péče

Rychlý screening demence – dotazník určený pro rodinu a přátele

- slouží ke kvantifikaci obtíží s pamětí

Jak často nebo v jaké míře Váš blízký:

1. Opakuje se a ptá se znovu a znovu na to samé
2. Zapomíná více než dříve zejména věci, které se staly nedávno, před chvílí
3. Zapomíná brát léky, nakoupit najednou více věcí a podobně
4. Zapomene na schůzku, svátek, rodinnou oslavu
5. Je smutnější nebo bezradnější než dříve
6. Má problémy s počítáním, vedením účtu a podobně
7. Nemá již takový zájem o dřívější záliby a koníčky
8. Potřebuje pomoc nebo alespoň radu při jídle, oblékání či hygieně
9. Je vznětlivější, podezřívavý, neklidný, mluví nesmyslně nebo vidí a slyší to, co ve skutečnosti neexistuje
10. Zhoršila se jeho schopnost řídit automobil
11. Hledá slova, mluví méně plynule, zapomíná jména

Hodnoťte následujícím způsobem

- 0 – ano, často
- 1 – někdy
- 2 – ne

Výsledek:.....

Maximum 22 bodů odpovídá normě