

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U KLIENTA
S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

TATJANA VOPÁLECKÁ

Praha 2016

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U KLIENTA
S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU**

Bakalářská práce

TATJANA VOPÁLECKÁ

Stupeň kvalifikace: Bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

Praha 2016



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

Vopálecká Tatjana
3. B VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 7. 4. 2015 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u klienta s Alzheimerovou chorobou

Nursing Process in Patients with Alzheimer Disease

Vedoucí bakalářské práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

V Praze dne: 1. 9. 2015


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne:

Podpis:

PODĚKOVÁNÍ

Tímto bych ráda poděkovala své vedoucí bakalářské práce paní doc. PhDr. Jitce Němcové, PhD., že i přes svou časovou vytíženost si našla čas, který mi věnovala. Velké díky patří také Domovu se zvláštním režimem v Dřevčicích, o. p. s. za svolení nahlídnout do dokumentace klienta a standardu ošetrovatelské péče.

ABSTRAKT

VOPÁLECKÁ, Tatjana. *Ošetrovatelský proces u pacienta s Alzheimerovou chorobou*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD. Praha 2016. 76 s.

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces u pacienta s Alzheimerovou chorobou. Práce je rozdělena do dvou částí. V teoretické části práce je charakterizován vznik demence, její druhy, diagnostika, průběh tohoto onemocnění, léčba, komunikace s nemocným a popsána jsou i specifika ošetrovatelské péče. V části praktické je zpracován ošetrovatelský proces u pacientky s diagnostikovanou Alzheimerovou chorobou. V rámci zpracování ošetrovatelského procesu jsou rozpracovány 3 nejdůležitější diagnózy s intervencemi a s popisem jejich realizace. Bakalářská práce obsahuje dále i doporučení pro praxi.

KLÍČOVÁ SLOVA

Alzheimerova choroba. Demence. Ošetrovatelský proces.

ABSTRACT

VOPÁLECKÁ, Tatjana. *Nursing Process in Patients with Alzheimer Disease*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD. Prague. 2016. 76 p.

The topic of the Bachelor thesis is nursing process patients with Alzheimer's disease. The thesis is divided into two parts. Theoretical part of the thesis covers causes and types of dementia. We further describe the sources of Alzheimer's disease, diagnostics, communication with patient, treatment, and nursing care. Practical part of the thesis describes nursing care of a woman patient with diagnosed Alzheimer's disease. We analyzed three most important diagnoses and their intervention and realization. We further refer to literature and give recommendations to prevent the burnout syndrome.

KEY WORDS

Alzheimer's disease. Dementia. Nursing process.

OBSAH

SEZNAM GRAFŮ

SEZNAM TABULEK

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ÚVOD	13
1 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ	15
1.1 Stárnutí.....	15
1.2 Stáří.....	16
2 DEMENCE	18
2.1 Patofiziologie onemocnění	19
2.2 Rizikové faktory	19
2.3 Atroficko-degenerativní procesy	21
2.3.1 Vaskulární demence.....	22
2.3.2 Ostatní symptomatické demence	22
3 EPIDEMIOLOGIE DEMENCÍ.....	23
4 ALZHEIMEROVA CHOROBA	24
4.1 Alzheimerova choroba ve stádiích.....	25
4.2 10 varovných příznaků	26
5 DIAGNOSTIKA ALZHEIMEROVY CHOROBY	29
5.1 Anamnéza	29
5.1.1 Anamnéza zaměřená na nepaměťové schopnosti	30
5.2 Orientační diagnostika poznávacích funkcí.....	30
5.3 Hodnotící a měřící škály podle Pidrmana.....	31
5.4 Zobrazovací vyšetření metody.....	32
5.5 Speciální vyšetření.....	32
6 LÉČBA ALZHEIMEROVY CHOROBY	33
7 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU	35
7.1 Domácí péče	36

7.2	Ústavní péče.....	37
8	KOMUNIKACE S PACIENTEM S ALZHEIMEROVOU CHOROBU.....	38
9	PREVENCE PROTI DEMENCI.....	40
10	ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST.....	41
11	OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY S ALZHEIMEROVOU CHOROBU.....	43
11.1	Identifikační údaje.....	43
11.2	Anamnéza.....	44
11.3	Fyzikální vyšetření.....	47
11.4	Utřídění informací dle domén Nanda I Taxonomie II.....	52
11.5	Medicínský management.....	58
11.6	Situační analýza.....	59
11.7	Stanovení ošetrovatelských diagnóz a jejich uspořádání podle priorit dne: 9. 7. 2015.....	60
11.8	Celkové zhodnocení péče.....	69
11.9	Doporučení pro praxi.....	69
	ZÁVĚR.....	71
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	72
	PŘÍLOHY	

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Procentuální zastoupení populace	19
Graf 2: Četnost příčin demence	I
Graf 3: Zajištění péče v jednotlivých zemích v procentech	II

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Léková anamnéza	45
Tabulka 2: Medikamentózní léčba	59

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ACH	alzheimerova choroba
ADL	activities of daily living (test denní činností)
APP	amyloidový prekursorový protein
BMI	body mass index, index tělesné hmotnosti
CT	počítačová tomografie
ČALS	česká alzheimerovská společnost
D	dech
EEG	elektroencefalogram
HIV	virus lidského imunodeficitu
ICHS	ischemická choroba srdeční
KO	krevní odběry
MMSE	mini-mental state examination
MR	magnetická rezonance
P	puls
PET	pozitronová emisní tomografie
PM	poslední menstruace
RTG	rentgen
SPECT	tomografická scintigrafi
TK	tlak
TT	teplota
UZ	ultrazvuk
WAB	western aphasia battery

(VOKURKA a kol., 2009)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Abúzus – nadměrné užívání

Antidepresiva – skupina léků užívaná k léčbě deprese

Antihypertenziva – skupina léků užívaná k léčbě hypertenze

Antipsychotika – skupina léků užívaných k léčbě psychóz

Anxiolytika – skupina léků odstraňujících úzkost

Dehydratace – snížení objemu tělesné vody

Demence – chronický, trvalý úbytek duševních funkčních a schopností

Inkontinence – neschopnost udržet moč nebo stolice

Izokorická – stejná velikost zornic

Kognitivní – poznávací, týkající se vnímání a myšlení

Neuroleptika – skupina léků užívaná zejména k léčbě psychóz

Per os – ústy

Syndrom – seskupení několika typických příznaků

(VOKURKA a kol., 2008), (MAXDORF, 2008)

ÚVOD

Alzheimerova choroba, jinak známá jako choroba nového tisíciletí, začíná být často probíraným tématem. O tomto tématu se začíná mluvit v médiích a vede se řada debat, ale stále přetrvává nedostatek informací o nemoci samotné a její zátěži pro okolí klienta.

Téma bakalářské práce jsme si vybrali z několika důvodů. Domníváme se, že této aktuální problematice není věnována dostatečná pozornost. Během svého studia na střední zdravotnické škole, ale i na Vysoké škole zdravotnické, jsme v rámci studia, dále i v rámci své aktivity – formou brigády, absolvovali několik zajímavých praxí, kde byla poskytována nepřetržitá ošetrovatelská a sociální péče několika osobám s Alzheimerovou chorobou i jinými druhy demence.

Bakalářská práce je rozdělena do dvou hlavních částí. První část je teoretická, ve které se zabýváme pojmem demence a jejími druhy a stádii. Alzheimerova choroba je zde rozepsaná do vývoje, příznaků, diagnostiky, léčby a prevence. Rámcově poukazujeme na psychologickou a sociální stránku onemocnění. Tato část dále obsahuje způsob, jak správně komunikovat a přistupovat k lidem, kteří trpí demencí.

Praktická část bakalářské práce tvoří ošetrovatelský proces u klientky s Alzheimerovou chorobou, kde je zpracována stručná anamnéza. Posuzujeme zde stav potřeby pacientky dle funkčních vzorců zdraví, je vypracován plán individuální ošetrovatelské péče, bylo provedeno zhodnocení ošetrovatelské péče, edukace pacientky a rodinných příslušníků. Dle získaných informací od pacientky, rodinných příslušníků, ze zdravotnické dokumentace a od členů ošetrovatelského týmu jsme stanovili ošetrovatelské diagnózy a vypracovali plán, realizaci a hodnocení ošetrovatelské péče.

Cílem práce je předložit dohledané publikované poznatky o vlivu fyzikálních nefarmakologických intervencí na Alzheimerovu chorobu u dospělé populace a aplikovat ošetrovatelský proces v rámci péče o konkrétní pacientku.

Vyhledávání odborných publikací pro tvorbu bakalářské práce s názvem Ošetrovatelský proces u klienta s Alzheimerovou chorobou, proběhla v časovém období červen 2015 až ledna 2016. Pro vyhledávání bylo použito elektronických databází Medik (Bibliographia medica Českoslovac – BMČ), Theses, Google v Národní

lékařské knihovně, které jsou zařazeny v seznamu recenzovaných periodik vydávaných v České republice. Jako klíčová slova byla zvolena v jazyce českém: Alzheimerova choroba, demence a ošetrovatelský proces. Tato databáze vyhledala 186 záznamů, z toho 12 knih a 102 plných textů.

1 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ

Švingalová (2006) uvádí, že gerontologie je věda o stáří. Název vznikl z pojmu geront, který pochází z řeckého slova gerón, tj. starý muž nebo stařec. Lékařský obor, který je zaměřený na stáří, se nazývá geriatrie. V latině se geront řekne senex, z toho odvozuje latinský název senilní, senilita. Období stáří a stárnutí se nejčastěji vnímá negativně. Ve stáří se již lidé nevěnují budování vlastního života nebo organizaci životní dráhy, ale především organizaci současného žití. Počet stárnoucích a starých lidí se zvyšuje a každý člověk má samozřejmě právo na důstojné stáří. Ve stále více spěchající mladší společnosti bývá starý člověk vnímán jako překážející, zdržující, což u nich často vyvolává obranné až agresivní reakce. Osobnost starého člověka je ovlivněna celým jeho předchozím vývojem, životními zkušenostmi a naučenými způsoby vyrovnávání se s náročnými situacemi.

Stárnoucí lidé se nejčastěji soustředí na sebe a svoji osobu. Staří lidé bývají často přecitlivělí, někdy hypochondričtí nebo jsou konfliktní ve společnosti, proto se často dostávají do společenské izolace. Díky konfliktnosti se často rozcházejí i s rodinnými příslušníky. Je známo, že s věkem klesá vitalita a energie, s čímž jsou spojené i poruchy paměti. Staří lidé se více uzavírají do sebe a zároveň se vrací do minulosti, vybavují si, co bylo pro ně důležité. Dalo by se říci, že žijí ve svém vlastním světě (HAŠKOVCOVÁ, 2010).

Stárnoucí lidé se nejčastěji soustředí na sebe a svoji osobu. Staří lidé bývají často přecitlivělí, někdy hypochondričtí, nebo jsou konfliktní ve společnosti, proto se často dostávají do společenské izolace. Díky konfliktnosti se často rozcházejí i s rodinnými příslušníky. Je známo, že s věkem klesá vitalita a energie s čímž jsou spojené i poruchy paměti. Staří lidé se více uzavírají do sebe a zároveň se vrací do minulosti, vybavují si, co bylo pro ně důležité. Dalo by se říci, že žijí ve svém vlastním světě (HAŠKOVCOVÁ, 2010).

1.1 STÁRNUTÍ

Stárnutí je přirozený biologický proces, který trvá od početí po smrt. Je přirozený a nevratný. V průběhu stárnutí jsou rozdíly, každý z nás stárne

individuálně. Stárnutí patří mezi závěrečné fáze lidského života. Nedá se jednoznačně určit doba, kdy se člověk definitivně stane starým. Rozdělujeme dva typy stárnutí, fyziologické a patologické.

Fyziologické stárnutí - probíhá přirozeně, tvoří součást života. Tento druh stárnutí je zákonitá epocha vývoje od oplození až po zánik.

Patologické stárnutí – se projevuje jako předčasné stárnutí či nepoměr mezi kalendářním a funkčním věkem, tj. kalendářní věk je nižší než věk funkční. Jeho projevy jsou různého typu, nejčastější je spojeno se sníženou soběstačností osob (MALÍKOVÁ, 2011).

1.2 STÁŘÍ

Stáří si vysvětlujeme jako pozdní fázi ontogenetického vývoje člověka. Toto je období involučních změn, jak funkčních, tak i morfologických. Přesné stanovení hranice stáří a určení, že po překročení této hranice se člověk stává starým, je velmi těžké a složité. Nejčastěji se rozdělují do tří klasifikací stáří, kterými jsou kalendářní, biologické a sociální.

Kalendářní stáří

Kalendářní věk se určuje prožitým časem bez ohledu na stav organismu. Pojem stáří je velmi zjednodušené a poskytuje nám jen číselné vyjádření věku jedince a vůbec se nezabývá osobností člověka jakožto individuální bytosti. Periodizace kalendářního věku se u některých autorů liší (ŘÍČAN, 2010).

Říčan (2010) uvádí, že podle Světové zdravotnické organizace je členění stáří následující:

45–59 let – střední věk, interevium

60–74 let – rané stáří, senescence

75–89 let – vlastní stáří, pokročilý stařecký věk, senium

90 let a více – dlouhověkost, patriarchium

Biologické stáří

Dienstbier (2009) popisuje biologické stáří, které je specifické hlavně tím, že postihuje celý organismus. Projevuje se především tím, že je omezena výkonnost jednotlivých orgánů a zhoršují se možnosti myšlení a smyslových orgánů. V podstatě se dá říct, že se jedná o zhoršení zdravotního stavu jedince. Projevuje se poklesem tělesné hmotnosti a výšky, nastává celková atrofie orgánů a tkání. Ztrácí se elasticita orgánů a tkání, také ubývá svalová výkonnost, snižuje se motorika jedince a funkce vnitřních orgánů.

Oproti kalendářnímu věku se biologický velmi složitě hodnotí, přestože u kalendářního věku je jednoznačné pouze datum narození. Biologický věk je možné definovat jako souhrn všech souvisejících příznaků, podle nichž hodnotíme celkovou zdatnost jedince. Na organismus má velký vliv zevní prostředí, životní styl a životospráva.

Sociální stáří

Ondrušová (2011) uvádí, že sociální stáří je charakterizováno rolí, kterou představuje člověk ve společnosti. Počátek sociálního stáří začíná vznikem nároku na starobní důchod. Současná doba poskytuje představu, že starý člověk je neužitečný. Dnes se nabízí spousta příležitostí pro seniora, kdy se může seberealizovat, vzdělávat a hlavně se osobně rozvíjet.

Viditelné je, že lidé nestárnou stejně, proto vznikají rozdíly i ve stáří. Nejen z hlediska biologického, zdravotního či psychologického, ale také z hlediska sociálního. Přesto existují charakteristiky, které jsou pro dané období typické. Pro osoby, které právě dosáhly seniorského věku, je to především problém týkající se penze, tedy jak naplnit volný čas a seberealizovat se. Pro vlastní stáří je charakteristická nižší adaptabilita a tolerance zátěže. Dále přibývají onemocnění a postupná osamělost v průběhu života, postupem času vzniká závislost na druhých osobách.

2 DEMENCE

Demence jsou poruchy, u kterých dochází k úbytku paměti i dalších kognitivních funkcí. Mezi tyto funkce patří kromě paměti pozornost, vnímání a řečové funkce. Celková úroveň kognitivních funkcí se často nazývá jako inteligence. K poruše kognitivních i dalších funkcí dochází poruchou mozku, nejčastěji chronickým onemocněním. U demencí dochází k postižení i jiných funkcí, nejen kognitivních (JIRÁK, HOLMEROVÁ, BORZOVÁ, 2009).

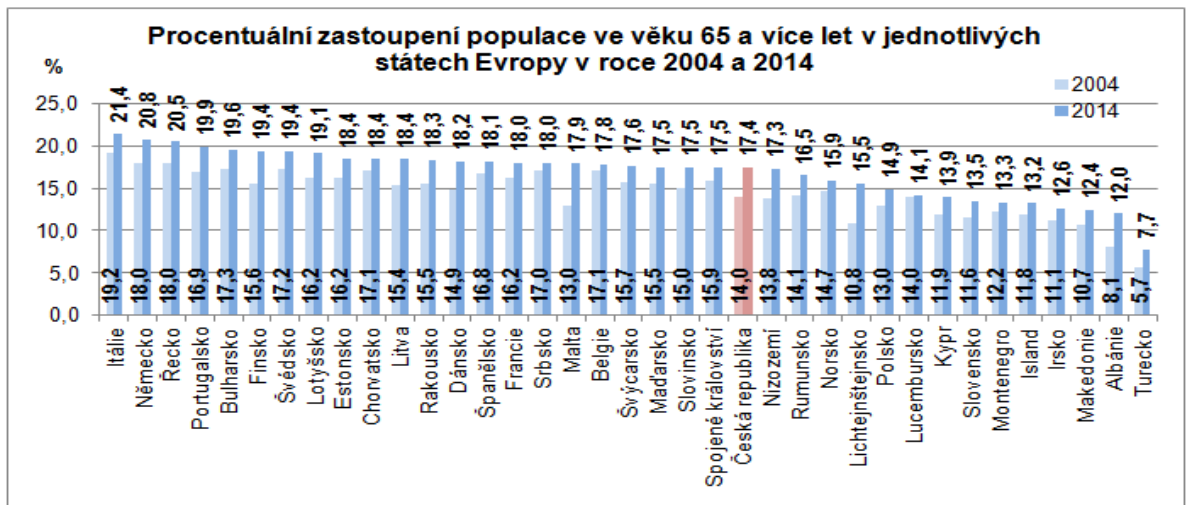
Podle Holmerové, Jarolímové, Suché (2007) demence můžeme také řadit mezi organická mozková onemocnění. Jedná se o degenerativní proces, který se vyskytuje u Alzheimerovy choroby, a který vzniká jako důsledek vaskulárních, metabolických, traumatických změn a podobně. Kvůli kognitivním a dalším poruchám dochází k problémům ve společenském i pracovním životě postiženého pacienta, a tyto poruchy postupně progredují.

Demence se velmi vzácně vyskytne již v dětství, může vzniknout například jako důsledek agresivní cytostatické léčby, nejčastěji u hematologických onemocnění. Pokud se projeví porucha intelektu důsledkem vrozené poruchy, nehovoříme v tomto případě o demenci, ale o oligofrenii (HOLMEROVÁ, JAROLÍMOVÁ, SUCHÁ, 2007).

Zde si ukážeme tabulky se statistickými údaji, které porovnávají rozvoj demence v postupu let. Ukážeme si vývoj demence v České republice, ale i v dalších zemích. V porovnání s ostatními zeměmi, Česká republika nepatří mezi ty nejvíce postižené země. Jak jsme si všimli, nárůst pacientů trpících demencí velmi výrazně stoupl a i nadále se zvyšuje, a to i přesto, že máme výbornou péči a diagnostiku.

Česká Alzheimerovská společnost na svých internetových stránkách uvádí, že počátkem roku 2015 žilo v ČR pravděpodobně skoro 153 tisíc lidí s demencí, 103 tisíc žen a 50 tisíc mužů, tedy o 10 tisíc lidí více než v roce 2013. Nejvíce lidí s demencí žije nadále v Praze (téměř 20 tisíc lidí), Prahu následuje Jihočeský kraj s 18 tisíci lidmi s demencí a třetí je Středočeský kraj se 17,5 tisíci obyvateli s demencí. (www.alzheimer.cz/tiskove-zpravy/zprava-o-stavu-demence, 2015).

Graf 1: Procentuální zastoupení populace



Zdroj: www.czso.cz

2.1 PATOFIZIOLOGIE ONEMOCNĚNÍ

Progresivní onemocnění mozku, periferních nervů či míchy je heterogenní skupina chorob, které mají společný znak neurodegenerace. Neurodegenerace je proces, při kterém dochází k předčasnému stárnutí nervového systému, což vede až k zániku neuronů, které se časem nahrazují gliovou jizvou. Mohou to být onemocnění získaná i dědičná (NOVOTNÁ, 2012).

2.2 RIZIKOVÉ FAKTORY

Holmerová, Jarolímová, Suchá (2007) publikují, že nemoci vytvářející demenci v současné době jsou velmi kvalitně prozkoumány. Byly zjištěny procesy, které se na jejich vzniku podílejí. Ve většině případů nenalzáme příčinu vzniku.

Věk - rizikové faktory se vyskytují v jakémkoli věku, ale výjimečně se projeví před 60 rokem. Není přesně dáno, zda je věk samostatným rizikovým faktorem, nebo zda s věkem pouze narůstá možnost výskytu jiných rizikových faktorů.

Pohlaví - nebylo jednoznačně prokázáno, že by propuknutí Alzheimerovy choroby mělo spojitost s jedním či druhým pohlavím. Některé studie přesto prokázaly, že ženy jsou více ohroženy Alzheimerovou chorobou než muži, kteří jsou naopak více ohroženi chorobami cévního původu.

Rodinný výskyt a genetické faktory - pokud nemoc propukne před 60. rokem života, jedná se většinou o nemoc dědičného původu. Lidé narození s Downovým syndromem trpí v dospělosti Alzheimerovou chorobou v důsledku genetických změn. Pokud se v blízké rodině diagnostikovala ACH, je třikrát až čtyřikrát větší pravděpodobnost výskytu této nemoci u daného jedince než u lidí bez této zátěže.

Vzdělání - neprokázalo se jednoznačně, jestli lidé s vyšším vzděláním trpí demencí či Alzheimerovou chorobou méně. Zároveň není přesně dáno, zda je to inteligence přirozená nebo socioekonomický statut.

Cévní mozkové příhody a vaskulární onemocnění - po cévní mozkové příhodě se demence rozvine přibližně u třetiny lidí. U lidí s vaskulárním onemocněním následuje dřívější manifestace demence Alzheimerova typu, tedy ti, co trpí hypertenzí, cukrovkou či onemocněním srdce, jsou náchylnější k výskytu demence.

Kouření - obecně je známo, že kouření je škodlivé, podílí se na vyšším riziku kardiovaskulárních onemocnění a některé studie také zveřejňují, že se podílí na vyšším riziku vzniku demence.

Poranění hlavy - poraněním hlavy si vysvětlujeme tak, že poraněný bude v bezvědomí několik minut. Opakovaná poranění hlavy prokázaná v minulosti mají za následek 2x častější diagnostiku Alzheimerovy choroby a demence. Proto jsou profesionální boxeři v důsledku častých poranění hlavy náchylnější k výskytu demence (dementia pugilistica).

Protizánětlivé léky a hormonální substituční léčba - studie zveřejňují, že užíváním protizánětlivých léků a HRT, se snižuje riziko vzniku Alzheimerovy choroby. Prozatím jsou tyto studie stále předmětem výzkumu.

Deprese - lidé, kteří trpí depresemi v pokročilém věku, jsou 3-4x náchylnější ke vzniku demence. Doposud se neví, zda je deprese samostatným rizikovým faktorem, nebo jedním z jejích symptomů.

Další faktory - infekční onemocnění má podíl na vzniku demence (syfilis, AIDS a podobné), kvůli deficitu vitamínů (B 12, thiamin nebo kyselina listová). Léčba a odstranění těchto příčin, vede ke zvýšení mentálních funkcí.

Tělesná i duševní aktivita - ze studií vychází, že lidé, kteří se pravidelně účastní společenských aktivit, si tím zároveň procvičují paměť, a proto jich méně trpí demencí. Doporučuje se proto učit se novým věcem, řešit nové problémy, vést bohatý kulturní a společenský život, luštit křížovky či hlavolamy a věnovat se zahradničení a jiným fyzickým aktivitám (HOLMEROVÁ, JAROLÍMOVÁ, SUCHÁ a kolektiv, 2007).

2.3 ATROFICKO-DEGENERATIVNÍ PROCESY

Atroficko-degenerativní procesy jsou procesy, které vedou k postupnému ubývání nervových buněk, ubývání počtu spojení nervových buněk, k přerušení funkce nervových buněk i pomocných nervových buněk, k vytváření a ukládání patologických bílkovin, u nichž probíhá řada dalších degenerativních dějů.

Apoptóza je důležitý děj, ve kterém je geneticky naprogramovaná buněčná smrt. Lidský mozek obsahuje několik enzymů, které volné kyslíkové radikály zabíjejí. Pokud se tyto látky vyskytují v nadbytku a nejsou dostatečně likvidovány, začínají se vázat na různé tělesné tkáně, kupříkladu na stěny nervových buněk, a tyto napadené tkáně ničí. Zároveň se vážou na enzymy a další důležité látky.

U demence dochází k degradaci některých bílkovin a zároveň k tvorbě a ukládání patologických bílkovin. U neurodegenerace je poškozen přenos buněčné informace v různých stupních. Dochází k úbytku tvorby a uvolnění některých neurotransmiterů (látek uvolňovaných z nervových zakončení) a zároveň se vážou na další nervová vlákna v místech, která nazýváme receptory.

Díky této vazbě dochází k přenosu vzruchu mezi jednotlivými nervovými buňkami. Vezmeme si jako příklad Alzheimerovu chorobu, kde je již v časných fázích poškozena tvorba, výdej a receptorová vazba neurotransmiteru acetylcholinu. Neurodegenerativních mechanismů se zde nachází o mnoho více. V důsledku neurodegenerace dochází k poškození funkce mozku, což vede ke vzniku syndromu demence (JIRÁK, HOLMEROVÁ, BORZOVÁ a kolektiv, 2009).

2.3.1 VASKULÁRNÍ DEMENCE

Vznikají na základě poškození mozkové tkáně cévními poruchami. Nejčastěji se jedná o mozkové infarkty, což je odumření určité části mozkové tkáně proto, že tato část nebyla prokrvena v důsledku uzávěru vyživující tepny. Demence vznikají nejčastěji v důsledku mnohočetných mozkových infarktů, ale vznikají i při jednom rozsáhlejší mozkovém infarktu v oblasti důležité pro paměť. Můžeme zde zpozorovat emoční labilitu, záchvatovitý smích nebo pláč, dále zde hraje roli deprese. Zde uvedeme nejčastěji se vyskytující demence vaskulárního původu, které jsou Kortikálně vaskulární demence (multiinfarktová), Subkortikální demence, onemocnění malých cév, Binswangerova choroba, demence z hypoperfuze, demence v důsledku hemoragické mozkové příhody a Hereditární formy vaskulární demence (například CADASIL), (HOLMEROVÁ, JAROLÍMOVÁ, SUCHÁ a kolektiv, 2007), (JIRÁK, HOLMEROVÁ, BORZOVÁ a kolektiv, 2009).

2.3.2 OSTATNÍ SYMPTOMATICKÉ DEMENCE

Demence těchto typů vznikají v důsledku celkových onemocnění organismu postihujících také mozek, v důsledku intoxikací, infekcí a zánětů, úrazů mozku, nádorů mozku a dalších souvisejících faktorů ovlivňujících činnost centrálního nervového systému. Mezi tyto demence můžeme zařadit infekční demence, prionové, metabolické, traumatické etiologie a další (HOLMEROVÁ, JAROLÍMOVÁ, SUCHÁ a kolektiv, 2007).

3 EPIDEMIOLOGIE DEMENCÍ

Současným celosvětovým trendem, který se projevuje jak v naší republice, tak ve světě, je stárnutí populace. Se stárnutím přicházejí i zdravotní, sociální a ekonomické problémy. Jedním z kompletních zdravotních problémů s velkými zdravotními i společenskými důsledky je demence.

Demence se stává jednou z nejčastějších součástí onemocnění - převyšuje výskyt diabetes mellitus a cévních mozkových příhod. V průběhu let se zvyšuje výskyt demence. U lidí starších než 65 let se objeví demence přibližně u 5 %, vyskytuje se přibližně 10 nových případů na 1000 lidí za rok. V letech nad 85 let trpí demencí 30 - 50 % jedinců. Celkem se objevuje přibližně 90 případů na 1000 jedinců za rok.

Část pacientů trpících demencí má zpočátku příznaky tzv. mírné kognitivní poruchy, která se vyskytuje u 1-5 % celkové populace, z toho 11 % u lidí nad 90 let. Z výše zmíněných informací vyplývá, že věk je hlavním rizikovým faktorem demencí (JIRÁK, HOLMEROVÁ, BORZOVÁ a kolektiv, 2009).

4 ALZHEIMEROVA CHOROBA

„Moje paměť je prázdná, nedokážu myslet na jediné slovo.“

(BUIJSSEN, 2006, s. 43)

„Jsem pořád jako v mlze, jako v těžkém polospánku.“

(BUIJSSEN, 2006, s. 43)

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

Alzheimerova choroba je nejčastěji diagnostikovanou demencí. Jedná se o závažné neurodegenerativní onemocnění, které vede k úbytku některých skupin neuronů, což v důsledku vede k mozkové atrofii. To vše má za následek vznik syndromu demence.

Alzheimerova choroba je progredientní onemocněním, které se projevuje charakteristickými klinickými a patofyziologickými příznaky. Tato choroba je primárním onemocněním šedé kůry mozkové. Onemocnění Alzheimerovou chorobou trvá v průměru 9 let, dělíme ji do tří stádií: časné, střední a těžké.

Alzheimerova choroba se vyvíjí nenápadně a nejčastěji plíživě, zároveň však pomalu a trvale progreduje. Choroba postihuje psychické funkce difúzně. U této choroby dochází brzy k poruše osobnostních rysů a charakteristik. Nemocní lidé ztrácejí základní etické a estetické zásady, návyky a zvyklosti, proto jsou svým jednáním a chováním nápadní. Takto nemocní lidé dále postupně ztrácejí své zájmy, jsou zde narušeny dlouholeté vazby a vztahy, což často vede k tomu, že se stávají podezřívými a hašteřivými. Často dochází také k narušení krátkodobé paměti. Postupně dochází k poruchám dalších kórových funkcí, jako je afázie, apraxie, agnózie, více je postižena prostorová orientace. Pacienti postupně přestávají zvládat péči o sebe sama, bez pomoci se tyto nemocní stávají zanedbanými, jak po stránce hygieny, tak oblékání. Objevují se zde poruchy emocí, kterou je nejčastěji emoční plochost. V počátcích onemocnění se můžou vyskytnout paranoidní syndromy, ale bludy bývají spíše vágní a měnlivé, halucinatorní symptomy bývají rovněž přechodné a bývají méně časté.

Existují dvě podoby Alzheimerovy choroby, které se nazývají familiární forma a sporadická forma (JIRÁK, HOLMEROVÁ, BORZOVÁ a kolektiv, 2009).

Familiární forma ACH

Je to forma velmi vzácná, vyskytuje se i u jedinců mladších 65 let, proto podezření klademe v případě rodinného výskytu. Tato forma se liší genetickou změnou a dobou očekávaného počátku onemocnění, u mutací APP genu je to 40-65 let, u mutací PS1 genu 35-55 let a u mutací PS2 genu 45-80 let. Tato forma se v populaci vyskytuje v 5-10 % případů.

Sporadická forma ACH

Naopak, tato forma se vyskytuje v populaci v 90-95 % případů. Vyskytuje se ve vysokém věku života, ale ne ve všech případech je tato forma dědičná (LUŽNÝ, 2012), (HOLMEROVÁ, JAROLÍMOVÁ, SUCHÁ a kolektiv, 2007).

4.1 ALZHEIMEROVA CHOROBA VE STÁDIÍCH

Holmerová, Jarolímová, Suchá a kolektiv (2007) popisují Alzheimerovu chorobu tak, že může být rozdělena do tří stádií. Pro každé stádium je popsán jiný typický charakter problémů.

První stádium

Je to syndrom mírné nebo počínající demence. Pacient postižený tímto stádiem, dokáže žít relativně samostatně, ale potřebuje pomůcky v podobě návodu, upomínky a cedulky, kontrolní telefonát, také připomenout návštěvu lékaře či jiné. Pacient je ještě schopen dobře vyjádřit, co si přeje nebo nepřeje.

Do prvních příznaků řadíme poruchu tzv. krátkodobé paměti. To znamená, že nemocný zapomene, co chtěl před krátkou chvílí, ale naopak zážitky z minulosti se mu vybavují docela snadně. Nemocný si začne všimnout, že mu paměť neslouží, jak by měla, a reakce na to může být různá: úzkost, strach, smutek nebo vztek. V průběhu času záleží, jestli choroba začne postihovat oblasti mozku, ve kterých je řízena řeč. Dojde-li choroba do této oblasti, nastane porucha řeči.

Potom následuje to, že nemocný začne hledat obtížně slova, pojmy, a tak se nemůže vyjádřit. Dále přichází i porucha orientace.

Druhé stadium

V tomto stádiu se jedná o syndrom rozvinuté demence. Nemocný už vyžaduje nepřetržitý dohled a dopomoc při sebeobslužných aktivitách. Toto stádium je nejtěžší, trvá přibližně 2 až 10 let. Nemocný potřebuje dohled a péči téměř 24 hodin denně po celý rok. Pacient potřebuje radit v denních aktivitách i při orientaci v čase a v prostoru, ve kterém žije. Dalším příznakem může být inkontinence částečná nebo úplná, pacienti potom mohou být neklidní až agresivní. Dochází zde k izolování se od světa proto, že mají strach z neúspěchu. V důsledku probíhající nemoci se mění osobnost a temperament pacientů.

Třetí stadium

Demence je v tomto stádiu pokročilá. Zde se věnujeme hlavně ošetrovatelské péči. Ve třetím stádiu dochází k rozpadu celé osobnosti, tím se nemocní stávají závislími na svém okolí, většina z nich už je upoutána na lůžko. Pacient má v tomto stadiu omezenou až vymizelou verbální komunikaci, a zároveň trpí ztrátou osobní identity (HOLMEROVÁ, JAROLÍMOVÁ, SUCHÁ a kolektiv, 2007).

Progrese demence

Všechna stadia demence jsou progresivní. V průběhu let se struktura a chemie mozku mění a poškozuje stále víc. Na každém pacientovi závisí, jak rychle bude nemoc postupovat. Informace o nemoci jakožto o sérii fází může být užitečným způsobem, jak se s nemocí seznámit a pochopit ji. Musíme si hlavně uvědomit, že poskytuje obecný návod na vývoj stavu (SCHULER, 2010).

4.2 10 VAROVNÝCH PŘÍZNAKŮ

Bartoš, Hansalíková (2010) píší o varovných příznamech, které by nás měly varovat. Tyto příznaky, které budou dále zmíněny, nám umožní zaměřit se na danou osobu a sledovat ji.

1. Ztráta paměti, která ovlivňuje schopnost plnit běžné pracovní úkoly

To, že lidé jednou za čas zapomenou své pracovní úkoly, jména svých kolegů či telefonní čísla spolupracovníků, ale vzpomenou si na ně později, je normální. Nemocní trpící duševní chorobou, jako je například Alzheimerova choroba, však zapomínají velmi často a nevzpomenou si ani později.

2. Problémy s vykonáním běžných činností

Vytížení lidé jsou často roztržití, tím pádem se může stát, že nechají dušenou zeleninu stát na sporáku a vzpomenou si na ni, až když dojedí. Lidé, kteří trpí Alzheimerovou chorobou, si připraví jídlo, ale už ho zapomenou dát na stůl nebo že ho vůbec uvařili.

3. Problémy s řečí

Každý z nás má někdy problém najít správné slovo, ale lidé s Alzheimerovou chorobou zapomenou i jednoduchá slova nebo je nahradí slovem nesprávným, takže jejich věty nedávají smysl.

4. Časová a místní dezorientace

Každý z nás někdy zapomene, jaký je den, nebo kam vlastně jede, to vše je normální. Lidé s Alzheimerovou chorobou se ale ztrácejí ve své ulici a nevědí, kde se nacházejí, jak se tam dostali ani, jak se dostanou domů.

5. Špatný či zhoršující se racionální úsudek

Lidé se často zaberou do práce tak, že na chvíli zapomenou na děti, které mají na hlídání. Člověk s Alzheimerovou chorobou úplně zapomene na to, že nějaké dítě vůbec existuje. Těmto lidem se také stává, že si obléknou několik vrstev košil či kalhot najednou.

6. Problémy s abstraktním myšlením

Vyplnit složenku může někoho velmi vyvést z míry, když je komplikovanější než obvykle. Pacientovi s ACH se může stát, že úplně zapomene, co čísla znamenají a co s nimi má dělat.

7. Základní věci na nesprávné místo

Určitě se každému z nás někdy stalo, že někam založil peněženku či klíče. Člověk trpící ACH dává věci na zcela nesmyslná místa: žehličku do ledničky či hodinky do cukřenky.

8. Změny v náladě či chování

Každý z nás má někdy špatnou náladu. Lidé s ACH více podléhají náhlým změnám nálady. Náhle a nečekaně propuknou v pláč či velkému hněvu, i když k tomu není žádný důvod.

9. Změny osobnosti

Lidské povahy se v průběhu let částečně mění. Člověk s ACH se může změnit velmi výrazně. Stává se občas velmi zmateným, podezíravým či ustrašeným.

10. Ztráta iniciativy

Člověk je občas znechucen domácími pracemi, zaměstnáním či společenskými povinnostmi, to je normální. Chuť do práce se brzy vrátí. Člověk s ACH může propadnout naprosté pasivitě a často potřebuje podněty, aby se vůbec do něčeho zapojil (BARTOŠ, HASALÍKOVÁ, 2010).

5 DIAGNOSTIKA ALZHEIMEROVY CHOROBY

Franková a kolektiv (2011) uvádějí ve své publikaci, že v dnešní době je velké množství vyšetřovacích metod a přístrojů, kterými dokážeme zachytit začínající chorobu rychle a kvalitně, ale i přes to stále nelze včas podchytit a diagnostikovat počátek Alzheimerovy choroby. Neplatí to v případě, pokud je provedena biopsie mozku nebo diagnóza post mortem.

Diagnóza se sestavuje na podkladě klinických a laboratorních vyšetření. Z počátku se provádí kompletní laboratorní vyšetření, současně se stanovením hormonů štítné žlázy, vitamínu B12 a také kyseliny listové k vyloučení sekundární příčiny demence. Vyhodnocují se sérologické testy, které napomáhají k vyloučení lues, HIV nebo Lymeské boreliózy. Z odebraného likvoru je patrné zvýšení tau-proteinu a snížená koncentrace beta-amyloidů. Nejčastěji se provádí vyšetření neuropsychického stavu pomocí testů, které provádí většinou psychiatr, neurolog či psycholog. V testech se stanoví úroveň kognitivních schopností pacienta (paměť, pozornost, logické myšlení, schopnost provádět motorické úkony). Do dalších důležitých diagnostik řadíme vyšetření mozku za pomoci CT a MR, abychom mohli vyloučit přítomnost jiných nemocí, které se mohou projevovat podobnými příznaky.

5.1 ANAMNÉZA

Franková a kolektiv (2011) popisují, že je u anamnézy důležité, aby blízká osoba či rodinný příslušník přivedl nemocného k lékaři co nejdříve po zjištění, že se vyskytují nějaké obtíže. Nemocný si většinou není problémů sám vědom. Upřesníme časové období, od kterého se problémy objevily, charakter progresu a omezení v každodenní aktivitě. Dále se budeme informovat o prodělaných nemocech, současných nemocech, užívané medikace, rodinné anamnézy a dosaženého vzdělání.

Specifickou anamnézou - zaměříme se na tři oblasti, jejichž poruchy vytváří syndrom demence:

A) Activities of living - aktivity denního života

B) Behaviour - chování a nálada

C) Cognition - kognitivní funkce (BARTOŠ, HASALÍKOVÁ, 2010).

5.1.1 ANAMNÉZA ZAMĚŘENÁ NA PAMĚŤOVÉ SCHOPNOSTI

Někteří pacienti potíže s pamětí popírají, jiní si na ně sami stěžují. Je dobré, pokud tyto názory potvrdí blízká osoba, která pacienta zná velmi dobře. Paměťové poruchy můžeme zjišťovat cílenými dotazy podle tří základních druhů paměti.

Epizodická paměť

Anterográdní porucha paměti - nemocní opakovaně pokládají dotazy na tytéž informace, také neustále hledají nějaké předměty (brýle, peněženku apod.), nebo si nepamatují čerstvé osobní a rodinné události. Nemocní si dále nevybavují termíny schůzek a společenských příležitostí, neudrží pozornost při sledování děje ve filmu či v knihách, nedokážou zpracovat a vyřídít vzkaz nebo si nedokážou vzpomenout a popsat cestu do ordinace.

Retrográdní porucha paměti - projevuje se ztrátou údajů o důležitých událostech z minulosti pacienta. Pacient tedy trpí tím, že bloudí i ve známých prostorách.

Pracovní paměť

Pacient prokazuje ztrátu souvislostí a zaráží se při vyjadřování myšlenek, také často zapomíná původní účel cesty na určité místo.

Sémantická paměť

V tomto případě si nemocný jen stěžuje, že vybaví či vůbec nevybaví některá slova, výrazy a termíny. Projevuje se zhoršením či ztrátou významu slov (FRANKOVÁ, 2011), (JIRÁK, HOLMEROVÁ, BORZOVÁ a kolektiv, 2009).

5.2 ORIENTAČNÍ DIAGNOSTIKA POZNÁVACÍCH FUNKCÍ

Zde se jedná o narušení neurologicko-psychiatrických funkcí, proto zde použijeme neuropsychologické testy. Testy zde hodnotí paměť, výkonné funkce, poznávací funkce, řečové schopnosti, vizuospeciální funkce a praxi. Musíme také zjistit, zda si pacient nemoc uvědomuje či nikoli. U těchto pacientů je častá

nozognozie, tedy neuvědomění si poruchy. Výš uvedené testy jsou pouze orientační, jsou sice schopné přesně popsat poškozené funkce, ale nesmíme očekávat, že stanoví přesnou diagnózu. Pacient testy vypracovává s psychologem, neurologem či psychiatrem. Tyto testy jsou pro pacienta stresující, proto na to musíme pacienta připravit. Nejčastější test, který se používá, je MMSE. Dále se také často provádí test hodin. V MMSE vyšetřujeme orientaci, zapamatování, počítání, poznávání, splnění úkolu, překreslení obrazců, nebo opakování věty (FRANKOVÁ, 2011), (JIRÁK, HOLMEROVÁ, BORZOVÁ a kolektiv, 2009).

5.3 HODNOTÍCÍ A MĚŘÍCÍ ŠKÁLY PODLE PIDRMANA

Pidman (2007) uvádí následující hodnotící a měřicí škály:

Wechslerova škála paměti - tato škála poskytuje detailní informace o slovní i zrakové paměti, testuje okamžité i oddálené vybavení. Zde se testuje orientace, logická paměť, zapamatování slov a tváří, uspořádání čísel a písmen.

WAB - testy se zaměřují na řečové funkce. Testuje se zde spontánní řeč, pojmenování, opakování a porozumění. Ve druhé části se zabývá názorovými testy, které hodnotí čtení, psaní, počítání a vykonání úlohy.

Test řečové plynulosti - pacient musí v tomto testu ve stanoveném časovém intervalu vyjmenovat co nejvíce slov podle zadání, například slov začínajících na stejné písmeno, co nejvíce zvířat, jmen apod. V tomto testu hodnotíme pohotovost, motivaci, pracovní a slovní paměť.

Testy funkcí prostorové paměti Bender-Gestaltův - u pacienta testujeme schopnost obkreslit obrazce se stoupající náročností.

Test kreslení dráhy - pacient zde prokazuje schopnost plánování, zrakovou a pohyblivou koordinaci, pozornost, schopnost přizpůsobit se.

Strokův test - slouží k posouzení míry pozornosti, mentální pružnosti a adaptace na zátěž.

U pacientů hodnotíme dále i nekognitivní projevy jako jsou chování, míra deprese, stupeň celkové integrity, škála ADL - jsou to aktivity z denního života.

5.4 ZOBRAZOVACÍ VYŠETŘOVACÍ METODY

Franková a kolektiv (2011) doporučují, že by se měl každý pacient nechat vyšetřit CT či MRI. Toto vyšetření má více účelů a to nejen vyloučení demence (např. vaskulární demence, demence při normotenzním hydrocefalu atd...). Vyšetření MRI umožňuje pozitivní diagnostiku díky typické lokalizaci mozkové atrofie. Dále můžeme také pacienta vyšetřit pomocí SPECT vyšetření, které nám může pomoci doplnit údaje o lokalizaci mozkové dysfunkce. PET test se běžně nedělá a není běžně dostupný, proto se indikuje jen při složitějších diferenciálních diagnostických případech nebo pro výzkumný projekt.

5.5 SPECIÁLNÍ VYŠETŘENÍ

Ke speciálnímu vyšetření se obracíme z důvodu bližší diferenciální diagnostiky, pokud je z předchozích vyšetření nejednoznačný nálezn. Provádíme specializované neurologické, interní či psychiatrické vyšetření, neuropsychologické vyšetření, dále EEG, které provádíme u atypického obrazu (např. při podezření na záchvatové onemocnění, toxicko-metabolická onemocnění). Dále se vyšetřuje likvor a provádí se genetické testování. V případě vaskulární demence se doplňkově dělá vyšetření extrakraniálních tepen UZ. Uvedená vyšetření se ordinují ve spolupráci s neurologem (FRANKOVÁ, 2011).

6 LÉČBA ALZHEIMEROVY CHOROBY

Franková (2010) udává, že i přes modernost doby se bohužel pořád nenašla léčba na ACH, nicméně několik výzkumů po celém světě se objevením tohoto léku stále zabývá. Současná léčba ovlivňuje nervové funkce, zbavuje depresí, tlumí úzkost či odstraňuje agresivitu. O kombinaci preparátu rozhoduje pouze lékař na základě podrobného vyšetření.

Farmakologická léčba

Franková (2010) popisuje ve své literatuře, že v léčbě se nejvíce využívají inhibitory acetylcholinesteráz, které ovlivňují acetylcholinergní systém mozku, který je velmi důležitý pro paměť a další tzv. kognitivní funkce. Nejčastěji se používají 3 preparáty ze skupiny inhibitorů acetylcholinesteráz: *Donepezil (Aricept)*, což je látka, která má nejnižší výskyt nežádoucích účinků. Další preparát, který tam zařadíme je *Rivastigmin (Exelon)*, u kterého je indikace u pokročilejších stádií. Dále *Mmemantin (Ebixa)*, u něhož studie prokázaly, že efekt léčby nastává u ACH s hodnocením podle MMSE 19 bodů, ale v České republice je tento lék hrazen pojišťovnou až při MMSE od 17 bodů. Další součástí farmakologické léčby je pouze symptomatická léčba, která se zaměřuje především na poruchy chování.

Nefarmakologická léčba

Franková (2010) píše ve své publikaci, že z neúčinnějších metod se prokázala terapie orientovaná na realitu. Tuto terapii se snažíme zajistit pacientům trpícím demencí známým prostředím, ve kterém se orientovali před propuknutím demence. Velmi důležité je také pravidelný denní režim, který musí být sestaven tak, aby pacienta trpícího demencí stimuloval k psychické a fyzické aktivitě. Pacienta trpícího demencí je důležité aktivizovat, na což využíváme ergoterapeutické metody, jako např. arteterapie, muzikoterapie, canisterapie. Dobré je také často procvičovat paměť. Pokud již nemocný ve svém okolí nepoznává objekty a předměty, měly by být zřetelně označeny. V případě hospitalizace pacienta trpícího demencí do ústavního zařízení je dobré přinést označené fotografie a jeho oblíbené věci. Pro orientaci pacienta je také dobré, aby měl na stolečku kalendář, do kterého bude rodina psát své návštěvy, aby nemocný věděl, kdy za ním chodí.

Takovéto podobné pomůcky a asistence mohou velmi pomoci k tomu, aby mohl být nemocný co nejdéle umístěn v domácí péči, a také aby i v počátečních stádiích nemoci mohl být alespoň částečně nezávislý ve svém bytě.

7 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU

Holmerová, Mátlová (2010) a Dušková, Hasalíková (2010) se věnovaly ošetrovatelské péči, vydaly publikace, kde píší, jak pečovat o pacienta trpícího Alzheimerovou chorobou. Péče o pacienta trpícího ACH je jednou z nejtěžších věcí, která může člověka v životě potkat. Pečující je vystaven obrovskému emočnímu vypětí a námaze. Jak se ACH postupem času zhoršuje, tak i nemocný projevuje neschopnost se o sebe postarat. Pro rodinu z toho vyplývá, že část své energie a hlavně času bude muset obětovat právě nemocnému.

Pečující mají možnost využít denní stacionáře. Denní stacionář je v provozu v době, kdy si pečující osoba chce odpočinout od nemocného či chodí do zaměstnání, a pečující má jistotu, že nemocný je bezpečně zajištěn po celou tu dobu. Další možností pro pečujícího je domácí zdravotní péče neboli home care, právě tato služba zajišťuje zdravotní péči v pohodlí domova. Tuto službu může vykonávat pouze zdravotní sestra na doporučení praktického lékaře. Zdravotní sestra provádí doma úkony, kterými jsou aplikace injekcí, různé odběry biologického materiálu, péči o stomie a další. Často se zdravotní stav nemocného zhorší natolik, že už o něj doma nelze pečovat nebo pečující nezvládá tuto péči. Proto existují domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem, kde o nemocného se starají. Tato pobytová zařízení nabízejí sociální služby pro trvalé umístění klienta. V těchto zařízeních je zajištěna 24 hodinová sociální a zdravotní péče. Zařízení se zvláštním režimem je přizpůsobeno specifickým potřebám osob trpících ACH a jinými typy demencí. V tomto zařízení je proškolený personál, zaměstnanci mají specifický přístup ke klientům, je zde přizpůsoben denní režim a prostory zařízení.

Dál se zaměříme hlavně na rodinnou a ústavní péči. Rodinné péči se věnovala Ondřiová a kolektiv (2014) odkud jsme čerpali, zahrnuli jsme to do kapitoly 7.1, do kapitoly 7.2 jsme uvedli ústavní péči, které se věnovali a odkud jsme čerpali je Bartoš a Hasalíková (2010).

7.1 DOMÁCÍ PÉČE

Alzheimerova choroba má u každého pacienta odlišné nároky a potřeby, jednoznačně je není možné definovat, a proto se řeší postupně, když se projevují. Pečující osoby, kterými jsou nejčastěji nejbližší příbuzní, by měly znát příčiny chorobných jevů a způsoby jak jim předcházet a zvládat je. Pečující by měli znát, že postupný vývoj onemocnění nutí neustále přizpůsobovat se měnícímu se zdravotnímu stavu nemocného.

Rodinná role v životě nemocného s ACH je nezastupitelná, už jen proto, že je zdrojem informací, dále se aktivně podílí na přímé péči nemocného, kde mohou ovlivnit kvalitu péče. Rodinu ovlivňuje několik faktorů při rozhodování, zda se starat o nemocného v domácím prostředí, Jako první faktor z pohledu rodiny se jedná o materiální stránku (ekonomické zdroje, zaměstnání a bydlení), duševní stránka rodiny (kulturní tradice, rozdělení rolí) a dále sociální síť a oblast péče (intenzita péče, rozdělení úloh v rámci péče). Druhým faktorem v rozhodování je z pohledu nemocného, kdy hraje roli lékařská diagnóza, psychický stav a schopnost přijmout péči. Třetí faktor ovlivňující rozhodování je z pohledu pečujícího, kam řadíme vědomosti a zručnost i vztah k nemocnému.

Z hlediska intenzity a naléhavosti potřeb, které nemocný potřebuje, rozdělíme péči na tři stupně. První stupeň se zabývá podpůrnou péčí, kde se poskytuje finanční péče, doprovod k lékaři či opravy v domácnosti. Tento stupeň péče je méně náročný, nejen časově, ale i psychicky i fyzicky, než druhý stupeň. Tento stupeň spíše hovoří o neosobní péči. Zde jde hlavně o činnost, která se zabývá péčí o domácnost. Třetí stupeň se zajímá o osobní péči. Zde se považuje rodina jako základní článek společnosti, sestavuje bezpečnou platformu pro život seniorů, napomáhá jim udržet si samostatnost a nezávislost.

Neformální složka domácí péče ukazuje na péči v rodině. Rodinní příslušníci poskytují přímo zdravotní péči nemocnému, který má chronicky vážný zdravotní stav. Pokud se rodina rozhodne pečovat o nesoběstačného klienta, potom zde rozhodují okolnosti, kterými jsou míra soběstačnosti seniora a obava rodiny, zda odborně dokáže o seniora pečovat. Významnou složkou v podpoře a pomoci rodině s péčí o nemocného

s Alzheimerovou chorobou přináší poskytování sociálních a zdravotních služeb v domácím prostředí.

7.2 ÚSTAVNÍ PÉČE

Pokud rodina není schopna dopřát dostatečnou péči nemocnému v domácím prostředí, potom volí variantu ústavní péče. Rodina by se měla dostatečně informovat o těchto zařízeních, dále by měla v čas podat žádost. Pečující si většinou jsou jistí, že péči o nemocného zvládnou. Bohužel jsou i situace, kdy pečující péči o nemocného není schopen zvládnout, potom často dochází v rodině ke konfliktům. Pečujícím často chodí odmítavá vyjádření od oslovených institucí a tím jim komplikují situaci. Rodina by měla být informována ohledně volné kapacity v zařízeních se zvláštním režimem, protože v těchto zařízeních bývají místa jen výjimečně volná. Také by měli sdělit, že pro takový pobyt ve specializovaných zařízeních, které pečují o lidi s demencí, je vyžadována různě vysoká finanční spoluúčast, což pro rodinu může být finančně náročné.

Rodina se rozhodne a umístí nemocného do ústavní péče, ale po umístění nemocného do takového zařízení se stav nemocného může zhoršit. Častou reakcí u nemocných jsou stavy letargie či naopak agrese a utíkání. Nemocný velmi těžce nese ztrátu důvěrně známého prostředí. Je dobré pohovořit s personálem, co může pomoci ke zlepšení v adaptaci nemocného. Poskytovatele těchto speciálních služeb pro nemocné s demencí lze rozpoznat pomocí označení – Vážka. Vážka je speciální certifikát, který zařízením propůjčuje Česká alzheimerovská společnost a garantuje tím speciální úroveň péče pro nemocné trpící demencí.

8 KOMUNIKACE S PACIENTEM S ALZHEIMEROVOU CHOROBU

Bartoš, Hasalíková (2010), píší ve své literatuře, že komunikace patří k životu, kdy nás doprovází životem. Komunikace patří k navazování a udržování vztahů a k začlenění do sociálního prostředí. Lidé, kteří mají Alzheimerovu chorobu, trpí narušenou komunikací, proto je důležité předávat a přijímat sdělení.

Pro snadnější komunikaci s nemocným je dobré, aby se pečující osoba naučila a osvojila si stručné a jasné vyjadřování v krátkých větách obsahujících pokud možno jednu informaci. V okolí nemocného není dobré vytvářet rychlé pohyby a rychlý způsob řeči, kterému nerozumí. Pokud je nemocný podezřívavý, tak není vhodné šeptat. Dobré je mluvit příjemně a klidně, použijeme vhodný tón hlasu. Při komunikaci by nemělo rušit nic jako televize, rádio nebo další hlasy, které můžou nemocného mást. Při komunikaci s nemocným sedíme nebo stojíme v jeho zorném poli a díváme se mu do obličeje. Řeč můžeme utvrdit třeba stiskem ruky nebo pohlazením. Není vhodné klást několik otázek najednou nebo stavět nemocného před složitá rozhodnutí. Zkušené pečující osobě velmi napoví neverbální projevy nemocného, například z tváře a polohy těla i končetin můžeme vyčíst bolest, úlevu či agresivní náladu.

Z publikace Jiráka (2009) a Minibergerové (2006), vychází všeobecné zásady komunikace, jednoduchý a stručný návod jak správně komunikovat s demenčním pacientem:

- Přesvědčíme se, že pacient nás vnímá a udržuje oční kontakt, tím si získáváme pozornost.
- Při komunikaci odstraníme všechny rušivé vlivy na minimum, protože mohou způsobit neklid a zmatenost, proto chráníme pacienta před přemírou zrakových či sluchových podnětů.
- Poskytujeme dostatek času, nasloucháme a dáme prostor na rozhovor. Používáme přiměřený tón hlasu, mluvíme pomalu a v jednoduchých větách, zjistíme, jak pacient vnímá realitu.

- Sledujeme řeč těla, díky tomu můžeme lépe porozumět, pokud je roztržitý pohyb nebo napjatý výraz tváře sestry nebo pečující, tak u nemocného to může vyvolat podrážděnost a úzkost.
- Fyzický kontakt vyžaduje každý člověk jinak, je to velice individuální, ale u většiny pacientů s demencí je tento kontakt nedostatečný. Fyzický kontakt, například doteková komunikace velmi uklidňuje a zmírňuje agresivitu. Dotek je velmi důležitý stimul, který zintenzivníme tím, že budeme hovořit.
- Pokud dáváme pacientovi pokyny, měly by být krátké, přesné a jednoznačné. Je velmi efektivní držet se jednoho tématu, to co říkáme i děláme.

Pacienti, kteří trpí demencí, mají jiný úsudek, proto reagují na určité věci nepřiměřeně v důsledku nemoci. Naším úkolem je se snažit mu porozumět a respektovat každého jako jedinečné a důstojné lidské bytosti.

9 PREVENCE PROTI DEMENCI

Kučerová (2006), doporučuje ve svém výtisku, to že prevencí se myslí zdravý způsob života. Tím je myšleno hodně spánku, tělesného pohybu, procházky v přírodě a snížit zátěžové situace. Tento životní styl vede malá část populace. Většina část populace žije ve stresu a spěchu, který potom má dopad na zdraví.

Prvním faktorem je naučit se zvládat zátěžové životní situace. Během života nás doprovází několik chorob, jako jsou infekce horních cest dýchacích, drobné poruchy imunity aj., proto je důležitá jejich kvalitní léčba.

Pro pacienty, kteří trpí demencí, je moc důležité, aby dodržovali zdravý životní styl a pravidelný režim. Důležité je dbát na dostatek spánku v noci a aktivní zapojení přes den, ale ne naopak, což zajistíme podle stádia demence, protože v pokročilejším stádiu je to tak, že žijí nočním životem. Vhodné jsou pro pacienty procházky venku na čerstvém vzduchu, ti, kteří zvládnout pečovat, tak jim pořídíme pejska, který se musí pravidelně venčit. Vhodné je také práce na zahradě, pokud zvládají číst a slyší, tak mohou číst různé knihy, časopisy, noviny či luštit křížovky. Dále mohou poslouchat hudbu, rádio nebo se dívat na televizi.

Jak již víme, tak staří lidé nemají chuť k jídlu ani nepocítují žízeň. Tím více by se mělo u lidí trpících demencí dbát na to, aby byl dostatečný příjem tekutin, a to hlavně v teplých měsících. Tito pacienti zapomínají se napít a tím dochází k dehydrataci a je tu velké riziko zdravotních komplikací. Také nesmíme zapomínat na dostatečně vyváženou stravu a pravidelnost. Staří lidé mají sklon k stereotypnímu jídelníčku nebo si jídlo nedokážou připravit. Zapomínají si uvařit a i do konce se najíst.

Nejdůležitější věcí je dohlédnout na to, aby pravidelně užívali předepsané léky, bohužel často je problém s užíváním. Nepravidelným či nesprávným dávkováním mohou vzniknout různé komplikace.

10 ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST

„Česká alzheimerovská společnost už od svého vzniku v roce 1996 (zaregistrována byla jako občanské sdružení v únoru 1997) sídlí v Gerontologickém centru v pražských Kobylisích. Úzká spolupráce s poskytovatelem služeb na pomezí zdravotnických a sociálních služeb komunitního typu byla vždy důležitá pro směřování naší činnosti. Podobně podstatná je spolupráce s našimi kontaktními místy- s dalšími zařízeními, která poskytují kvalitní služby pro lidi s demencí v celé ČR. Nechceme poskytovat „akademické“ rady, chceme znát současnou situaci nemocných, jejich rodin, ale také poskytovatelů služeb a z těchto zkušeností vycházet.“

„Naším cílem už našeho vzniku stále zůstává pomoc a podpora lidí postižených demencí, mezi které řadíme jak samotné nemocné, tak jejich rodinné příslušníky, protože demence postihuje stejně těžce obě skupiny“ (www.alzheimer.cz/cals/).

Česká alzheimerovská společnost nabízí dvě registrované sociální služby. Prvními jsou konzultace (poradenství) určené lidem postiženým demencí a jejich rodinným příslušníkům nebo přátelům a respitní péče (odlehčovací služba) v domácnosti.

Tato společnost nabízí lidem s demencí a jejich rodinným pečujícím pomoc a podporu také v rámci svépomocných skupin. Pro lidi s demencí jsou určeny skupiny s názvem Toulky paměti a duší, pro blízké pečující pak Čaje o páté.

Toulky paměti a duší se pravidelně scházejí, jsou to členové podpůrné a svémocné skupiny. Scházet se začali od června 2010, tato skupina se zaměřuje na pacienty se začínající fází demence, tato skupina pomáhá vyrovnat se s příznaky i důsledky nemoci. Dále tato skupina pomáhá vyrovnávat a udržet si náhled a dále poskytuje psychosociální podporu. Tato skupina se schází jednou za tři týdny, ve středu od 14:00. Pokud by měli zájem tak můžou kontaktovat PhDr. Evu Jarolímovou e-mailem, nebo můžete telefonicky na 283 880 346.

Čaj o páté je sraz svépomocné skupiny pro rodinné pečující. Setkání rodinným pečujícím nabízejí příjemné místo, kde získají celou řadu informací, často do skupiny docházejí odborníci, kteří odpovídají na konkrétní otázky o tom, jak lépe pomáhat člověku s demencí. Zde dávají rady jak pečovat o své blízké i o sebe a zároveň

jsou bezpečným prostorem pro sdílení nelehkých zkušeností, které s sebou přináší život s člověkem postiženým demencí. Setkání se koná jednou za 14 dní, každý čtvrtek od 17:00 v sídle ČALS.

11 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU

Ošetřovatelský proces u pacientky s Alzheimerovou chorobou byl vypracován během praxe v sociálním zařízení Dřevčický Park na oddělení se zvláštním režimem. Pacientka byla přijata 6. 8. 2013, pro velkou dezorientaci místem, časem a prostorem, dále podezření z týrání ze strany pečující osoby a nedostatečnou péči, kdy o pacientku pečuje manžel. Z důvodu ochrany osobních údajů pacienta neudáváme jméno, příjmení, rodné číslo atd. Údaje pro ošetřovatelský proces jsem získala ze zdravotní dokumentace, od zdravotnického personálu, pacientky a rodinných příslušníků. Posouzení aktuálního stavu potřeb pacientky jsme provedli za využití koncepčního modelu Marjory Gordon. Dále jsme formulovali ošetřovatelské diagnózy dle priorit pacienta a navrhli jsme individuální plán ošetřovatelské péče, který jsme pravidelně vyhodnocovali a aktualizovali.

11.1 IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Jméno a příjmení: XY	Vzdělání: vyučena na programátorku
Datum narození: 1948	Stav: vdaná
Věk: 67 let	Číslo pojišťovny: XXX
Pohlaví: žena	Zaměstnání: dříve pracovala jako programátorka
Adresa bydliště a telefon: Dřevčický Park	Státní příslušnost: česká
Adresa příbuzných: XXX	Datum přijetí: 8. 7. 2015
RČ: XXX	

Typ přijetí: pro velkou dezorientaci v místě, čase a prostoru, dále také pro podezření pro týrání a nedostatečnou péči.

Oddělení: zvláštní režim

Ošetřující lékař: MUDr. X.Y.

Důvod přijetí udávaný pacientem:

Pacientka nepocítuje obtíže.

Medicínská diagnóza hlavní:

Jiná Alzheimerova nemoc - G308

Medicínské diagnózy vedlejší:

Autoimunní thyreoiditis, Dysgamaglobulinemie, arteriální hypertenze

HODNOTY A ÚDAJE ZJIŠŤOVANÉ PŘI PŘÍJMU dne: 9. 7. 2015

TK: 110/70

Stav vědomí: při plném vědomí

P: 80'

Pohyblivost: samostatná

D: 15'

Orientace místem, časem, osobou:
dezorientovaná místem, časem a osobou

TT: 36,5 °C

Řeč, jazyk: čeština

Výška: 166 cm

Krevní skupina: nevyšetřováno

Hmotnost: 58 kg

BMI: 21,05

Nynější onemocnění:

Jiné duševní poruchy, způsobené poškozením mozku, jeho dysfunkcí a somatickou nemocí

Informační zdroje: pacient, rodinní příslušníci (sestra), zdravotní pracovníci a dokumentace

11.2 ANAMNÉZA**Rodinná anamnéza:**

Matka: zemřela v 93 letech na ICHS

Otec: zemřel v 73 letech na demenci s rychlým průběhem

Sourozenci: 1 sourozenec, sestra je zdravá, bez obtíží

Děti: dokumentace uvádí syna a dceru, pacientka ale si pamatuje jen na dceru

Osobní anamnéza:

Překonaná a chronická onemocnění: klasická dětská onemocnění

Hospitalizace a operace: hospitalizace byla v Psychiatrické léčebně v Bohnicích v roce 2013

Úrazy: neudává

Transfúze: neudává

Očkování: běžná očkování

Léková anamnéza:**Tabulka 1: Léková anamnéza**

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Ebixa	Tbl.	10 mg	1-1-0	Psychostimulancium
Oxazepam Léčiva	Tbl.	10 mg	1-1-1	Anxiolytika (benzodiazepiny)
Elicea	Tbl.	10 mg	1-0-0	Antidepresiva
Quetiapin Mylan	Tbl.	25 mg	1-0-2	Antipsychotika (neuroleptika)
Buronil	Tbl.	25 mg	0-1-0-1	Neuroleptika
Accupro	Tbl.	10 mg	0-1-0	Antihypertenziva

Zdroj: vlastní zpracování na základě zdravotnické dokumentace

Alergická anamnéza:

Káva: 1x denně ráno k snídani

Léky: po PNC mykózy vagin- dle dokumentace

Léky: neudává

Jiné návykové látky: neudává

Potraviny: neudává

Chemické látky: neudává

Jiné: neudává

Abúzy:

Alkohol: dříve příležitostně

Kouření: nekuřačka

Gynekologická anamnéza:

Menarché: ve 14 letech

Cyklus: pravidelný

Trvání: 4 dny

Intenzita, bolesti: střední a bolesti první dva dny

PM: neudává

A: neudává

UPT: neudává

Antikoncepce: neužívá

Menopauza: přibližně v 53 letech

Potíže klimaktéria: návaly horka

Samovyšetření prsu: neprovádí

Poslední gynekologická prohlídka: před šesti lety

Sociální anamnéza:

Stav: vdaná

Bytové podmínky: umístěna do sociálního zařízení

Vztahy, role a interakce: jsou dobré

Záliby: ráda pracovala na zahradě, pečovala o svého psa, poslouchala hudbu

Volnočasové aktivity: poslech hudby, venčení psa

Pracovní anamnéza:

Vzdělání: vystudovala programátorku

Pracovní zařazení: dříve pracovala v UJP jako programátorkou

Čas působení, čas odchodu do důchodu, jakého: starobního

Vztahy na pracovišti: dobré

Ekonomické podmínky: dobré

Spirituální anamnéza:

Religiózní praktiky: pacientka nevyznává žádnou víru.

11.3 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ

Hlava

Subjektivní údaje: rozhovor s pacientkou

Otázka číslo 1 - Máte bolesti hlavy? „Nemám.“

Otázka číslo 2 - Měla jste někdy úraz hlavy? „Nevím, nepamatuji se.“

Otázka číslo 3 - Máte potíže se zrakem? „Nemám.“

Otázka číslo 4 - Máte potíže se sluchem? „Nemám.“

Údaje od rodiny: „Nevzpomínám si, že by sestra naříkala na bolest hlavy. Hlavou pohybuje bez obtíží a bolesti. Nezpůsobovala jsem, že by měla problémy se sluchem či se zrakem.“

Objektivní údaje:

Hlava - symetrická, na pohled bez známek zranění a na poklep nebolestivé

Oči - bulvy jsou ve středním postavení, zornice izokorické, skléry bílé

Uši, nos - slyší dobře bez obtíží, nos se sekrecí

Rty - jsou symetrické a růžové

Sliznice dutiny ústní - bez porušení, sliznice lehce suché

Jazyk - plazí ve střední čáře, mírně povleklý, lehce oschlý

Tonzily - malé a růžové

Chrup - kariézní, viditelné kazy a špatná hygiena

Krk - krční páteř pohyblivá, pohyb hlavou bez obtíží

Uzliny - nezvětšené

Ošetřovatelský problém: 0

Použitá měřicí metoda: 0

Hrudník a dýchací systém

Subjektivní údaje: rozhovor s pacientkou

Otázka číslo 1 - Bolí Vás něco? „Žádné bolesti nemám.“

Otázka číslo 2 - Dýchá se Vám dobře? „Asi ano.“

Otázka číslo 3 - Kouřila jste někdy? „Nevím, nerozumím.“

Údaje od rodiny: „Sestra si nikdy nestěžovala, že by měla potíže s dýcháním nebo, že by ji bolelo na prsou. Nikdy jsem sestru neviděla kouřit.“

Objektivní údaje:

Hrudník - hypersonický, bez patologických změn

Dýchání- sklípkové, bez vedlejších fenoménů, nikdy nekouřila

Páteř - bez známek vychýlení, na poklep nebolestivá

Dechová frekvence - 17 dechů za minutu, dýchání normální, pravidelné

Poklep na plíce - plně jasný

Ošetřovatelský problém: 0

Použitá měřicí metoda: měření dechu, pozorování, rozhovor

Srdeční a cévní systém

Subjektivní údaje: rozhovor s pacientkou

Otázka číslo 1 - Měla jste někdy obtíže se srdcem? „Nevím, asi ne.“

Otázka číslo 2 - Měla jste někdy obtíže s krevním tlakem? „Nevzpomínám si, že bych byla někdy nemocná.“

Údaje od rodiny: „Sestra má diagnostikovanou arteriální hypertenzi. Sestra srdce má v pořádku.“

Objektivní údaje:

Srdce - akce srdeční pravidelná, ozvy ohraničené, bez známek vedlejších fenoménů

Dolní končetiny - bez známek otoků

Na dolních končetinách - jsou viditelné varixy

Srdeční krajina - bez vyklenutí

Krevní tlak - 110/70 mm/Hg, pulsů 80', pravidelný a dobře hmatný

Ošetrovatelský problém: 0

Použitá měřicí metoda: měření TK a P, pozorování, rozhovor,

Břicho a GIT

Subjektivní údaje: rozhovor s pacientkou

Otázka číslo 1 - Máte bolesti břicha? „Ne.“

Otázka číslo 2 - Máte potíže po jídle? „Ne.“

Otázka číslo 3 - Chodíte pravidelně a bez potíží na stolicí? „Ano.“

Otázka číslo 4 - Máte nějaké obtíže po snědení některých potravin? „Jím všechno.“

Údaje od rodiny: „Sestra nikdy si nestěžovala na bolest nebo nevolnost od žaludku. Vždy jedla dobře a měla ráda sladké. V poslední době se zvýšila chuť k sladkému jídlu. Na stolicí chodila dobře, nikdy jsem nezjistila, že by měla potíže.“

Objektivní údaje:

Břicho - je souměrné, bez vyklenutí, na pohmat měkké, nebolestivé, peristaltika přítomná

Játra - na pohmat nezvětšená

Slezina - nehmatná

Ošetrovatelský problém: 0

Použitá měřicí metoda: 0

Močovo - pohlavní systém

Subjektivní údaje: rozhovor s pacientkou

Otázka číslo 1 - Máte nějaké obtíže s močením? „Ne.“

Otázka číslo 2 - Jak často chodíte přes den močit? „Hodně často.“

Otázka číslo 3 - Nemáte gynekologické obtíže? „Menstruaci už nemám.“

Údaje od rodiny: „Sestra je plně inkontinentní, tak nevím, jak často chodí. Natahovací kalhotky se jí mnějí 4x za den, když se posadí na WC tak si někdy dojde. Jestli má obtíže při močení, tak nevím nevypozorovala jsem. Gynekologické obtíže neměla.“

Objektivní údaje:

Pacientka je plně inkontinentní, přes den nosí natahovací kalhotky a na noc plena.

Moč - má světle žluté barvy, bez zápachu.

Ošetřovatelský problém: snížený výdej moči, inkontinentní pomůcky (natahovací kalhotky)

Použitá měřicí metoda: příjem a výdej tekutin

Kosterní a svalový systém

Subjektivní údaje: rozhovor s pacientkou

Otázka číslo 1 - Máte bolesti rukou, nohou či zad? „Někdy nohy.“

Otázka číslo 2 - Měla jste někdy úraz? „Neměla.“

Údaje od rodiny: „Sestra si v dětství vymkla několikrát levý kotník, tak někdy ji pobolívá. Když ji pobolívá, tak na levou nohu kulhá.“

Objektivní údaje:

Držení těla - je lehce nakloněná na levou stranu

DK - kotníky jsou lehce oteklé, jsou viditelné varixy

Klouby - jsou ztuhlé

Chůze - je lehce nestabilní, pro poraněný kotník

Ošetřovatelský problém: riziko soběstačnosti

Použitá měřicí metoda: zhodnocení soběstačnosti, dle Barthelové 45 bodů – 2 střední závislost

Nervový a smyslový systém

Subjektivní údaje: rozhovor s pacientkou

Otázka číslo 1 - Máte obtíže se zrakem? „Nemám.“

Otázka číslo 2 - Máte problémy se sluchem? „Slyším dobře.“

Otázka číslo 3 - Víte co je dnes za den a rok? „Srpen, 1975.“

Údaje od rodiny: „Sestra vždycky viděla i slyšela dobře. Problémy s pamětí se začaly projevovat před 3 lety, kdy jsem poprvé začala mít podezření, že jí manžel fyzicky ubližuje. Sestra nemá pojem o čase, místě ani prostoru, velmi zmatená, ale agresivní

není. Sestra si pamatuje již jen mě, manžela a dceru, ale syna dlouho neviděla, tak ani neví, že má i syna.“

Objektivní údaje:

Sluchové ústrojí - šepot pacientka neslyší, jinak sluchové smysly jsou zachovány.

Zrakové ústrojí - je v pořádku, knížku čte bez brýlí.

Komunikace - je velmi obtížná, otázky jsou pokládány jen s odpovědí ano nebo ne.

Pacientka je dezorientovaná místem, časem a prostorem.

Reflexy - jsou přítomné

Ošetrovatelský problém: 0

Použitá měřicí metoda: 0

Endokrinní systém

Subjektivní údaje: rozhovor s pacientkou

Otázka číslo 1 - Měla jste někdy obtíže se štítnou žlázou? „Nejsem nemocná.“

Otázka číslo 2 - Prokázala se vám v minulosti cukrovka? „Nevím.“

Údaje od rodiny: „Sestra měla v minulosti autoimunitní zánět štítné žlázy. Cukrovku v naší rodině nikdo neměl, u sestry se nikdy neobjevila.“

Objektivní údaje:

Štítná žláza - nehmatná, nezvětšená, na pohmat nebolestivá

Cukrovka – neprokázaná

Ošetrovatelský problém: 0

Použitá měřicí metoda: 0

Imunologický systém

Subjektivní údaje: rozhovor s pacientkou

Otázka číslo 1- Trpěla jste často nemocemi? „Ne.“

Otázka číslo 2- Máte na něco alergie? „Nevím.“

Údaje od rodiny: „Nepamatuji si, že by sestra byla často nemocná, nikdy neměla angínu. U sestry se alergie na nic neprokázala.“

Objektivní údaje:

Alergii - dle sestry žádnou nemá

Angína či chřipka - nikdy na ni netrpěla, dle sestry

Ošetrovatelský problém: 0

Použitá měřicí metoda: 0

Kůže a její adnexa

Subjektivní údaje: rozhovor s pacientkou

Otázka číslo 1 - Trpěla jste někdy vyrážkou na kůži? „Nevím.“

Otázka číslo 2 - Mýváte suchou, popraskanou kůži či nějakou vyrážku? „Nevím.“

Údaje od rodiny: „Sestra někdy mívá suchou kůži po koupání. Jinak o jiných problémech s kůží u sestry nevím. Pokud se sestra někdy zranila, tak rána se hojila dobře.“

Objektivní údaje:

Kůže - je suchá, bez patologických změn, žádné jizvy či prasklinky nemá

Turgor - snížený

Barva – bledá

Ošetrovatelský problém: 0

Použitá měřicí metoda: 0

11.4 UTŘÍDĚNÍ INFORMACÍ DLE DOMÉN NANDA I TAXONOMIE II

POSOUZENÍ ZE DNE: 9. 7. 2015

1. Podpora zdraví

Subjektivní údaje: rozhovor s pacientkou

Otázka číslo 1 – Víte, jak pečovat o zdraví? „Ne.“

Otázka číslo 2 - Jak vypadá podpora zdraví? „Nevím.“

Údaje od rodiny: „Sestra nikdy nebyla vážně nemocná. Nikdy nehleděla na zdraví ani o něj nepečovala.“

Objektivní údaje:

Pacientka nezná techniky, jak pečovat o zdraví.

Pacientka neumí techniky pro podporu zdraví.

Ošetřovatelský problém: Pacientka nezná a nemá osvojenou péči o zdraví.

Priorita: střední

Použitá měřicí technika: rozhovor

2. Výživa

Subjektivní údaje: rozhovor s pacientkou

Otázka číslo 1 - Kolikrát denně jíte? „Ano, jím.“

Otázka číslo 2 - Zvládnete si uvařit? „Ano.“

Otázka číslo 3 - Které jídlo máte nejradši? „Nevím.“

Údaje od rodiny: „Sestra si nezvládne uvařit ani čaj, neví jak ho uvařit. Dále se jí třesou ruce a nezvládne udržet hrneček dlouho v ruce.“

Objektivní údaje:

Pacientka dříve ráda vařila.

Pacientka již za dvě minuty si nic nepamatuje.

Ošetřovatelský problém: Pacientka prokazuje dehydrataci, váhový úbytek, nechutenství.

Priorita: vysoká

Použitá měřicí technika: příjem stravy, BMI Index 21,05.

3. Vylučování a výměna

Subjektivní údaje: rozhovor s pacientkou

Otázka číslo 1 - Měla jste někdy problémy s močením nebo se stolicí? „Ne.“

Otázka číslo 2 - Jak často chodíte na stolicí? „Často.“

Otázka číslo 3 - Míváte problémy s vylučováním? „Nevím.“

Otázka číslo 4 - Jak často chodíte močit? „Často.“

Údaje od rodiny: „Sestra je inkontinentní a nosí natahovací kalhotky, na noc se dávají pleny. Nezpozorovala jsem, že by měla nějaké obtíže při vyprazdňování. Stolicí má formovanou a pravidelnou.“

Objektivní údaje:

Vylučování stolice - stolici má pravidelnou a je inkontinentní.

Vylučování moče - snížený výdej moči, žluté barvy.

Ošetřovatelský problém: Pacientka má snížený výdej moči.

Priorita: vysoká

Použitá měřicí technika: záznam o příjmu a výdeji tekutin.

4. Aktivita- odpočinek

Subjektivní údaje: rozhovor s pacientkou

Otázka číslo 1 - Jaké záliby máte ve volném čase? „Sedět venku.“

Otázka číslo 2 - Jak ráda odpočíváte? „Spaním.“

Údaje od rodiny: „Sestra ráda pracovala na zahradě a venčila svého pejska. Nikdy moc nespala a velmi brzy vstávala. V poslední době neustále spala, ráno jsem ji musela budít. Sestra také ráda poslouchá hudbu a audio knihy.“

Objektivní údaje:

Pacientka během dne několikrát usnula a velmi dlouho spala. Vždy po probuzení se cítila unavená. Každý den se doprovázela na denní aktivity určené pro pacienty. Sestra ji navštěvovala jednou za čtrnáct dní, kdy se s ní snažila jít ven na procházku.

Ošetřovatelský problém: Časté a dlouhé spaní přes den, které nepřináší odpočinek a energii.

Priorita: střední

Použitá měřicí technika: rozhovor s pacientkou.

5. Percepce/kognice

Subjektivní údaje: rozhovor s pacientkou

Otázka číslo 1 - Máte obtíže se sluchem? „Nemám.“

Otázka číslo 2 - Používáte nějakou kompenzační pomůcku? „Nevím.“

Otázka číslo 3 - Rozumíte otázkám které pokládám? „Některým.“

Údaje od rodiny: „Sestra má někdy světlé chvílky, dá se s ní normálně mluvit, ale jinak moc nerozumí a odpovídá většinou jednoslovně. Slyší velmi dobře, ale je dezorientovaná a tak nemá pojem o čase, místě a odpovídá zmateně.“

Objektivní údaje:

Pacientka nejeví potíže se sluchem, dále kompenzační pomůcky neužívá. Pacientka se snaží komunikovat, ale komunikace je zmatená.“

Ošetrovatelský problém: Komunikace je zhoršená, porušené myšlení, je zde i chronická zmatenost.

Priorita: střední

Použitá měřicí technika: rozhovor s pacientkou a rodinnými příslušníky.

6. Sebepercepce

Subjektivní údaje: rozhovor s pacientkou

Otázka číslo 1 - Potřebujete s něčím pomoci? „Ne.“

Údaje od rodiny: „Sestra se nezvládne o sebe postarat v žádných denních činnostech. Potřebuje pomoc druhých lidí.“

Objektivní údaje:

Pacientka prokazuje zcela závislost na pomoci a péči druhých osob.

Ošetrovatelský problém: 0

Priorita: vysoká

Použitá měřicí technika: Zhodnocení soběstačnosti, dle Barthelové 45 bodů – 2 stupeň, střední závislost.

7. Vztahy mezi rolemi

Subjektivní údaje: rozhovor s pacientkou

Otázka číslo 1 - Vycházíte s manželem? „Ne.“

Otázka číslo 2 - Máte dobré vztahy s rodinou? „Nevím.“

Údaje od rodiny: „Sestra je od manžela fyzicky týraná. Díky tomu se její nemoc v poslední době zhoršila. Se zbytkem rodiny se moc nestýká, ale my máme dobrý vztah.“

Objektivní údaje:

Pacientka byla velmi rozrušená, když přijel na návštěvu manžel. Pacientka se snaží zapojit do společnosti. Pacientka se sestrou velmi dobře vychází.“

Ošetrovatelský problém: 0

Priorita: střední

Použitá měřicí technika: rozhovor.

8. Sexualita

Subjektivní údaje: rozhovor s pacientkou

Otázka číslo 1 - Máte děti? „Ano.“

Otázka číslo 2 - Kolik máte dětí? „Mám dceru.“

Otázka číslo 3 - Žila jste aktivním sexuálním životem? „Ne.“

Údaje od rodiny: „Sestra má dceru a syna, bohužel se synem se dlouho neviděli, a tak si na něj již nepamatuje. Co se týče sexuálního života, tak to nevím nic.“

Objektivní údaje:

Pacientka má dvě děti a s dcerou se ráda stýká. V přítomnosti manžela se necítí dobře.

Ošetřovatelský problém: Nedostatek zájmu o pacientku.

Priorita: střední

Použitá měřicí technika: rozhovor.

9. Zvládání/tolerance zátěže

Subjektivní údaje: rozhovor s pacientkou

Otázka číslo 1 - Jak zvládáte obtíže se stresem? „Nevím.“

Otázka číslo 2 - Jak se cítíte v tomto zařízení? „Dobře.“

Údaje od rodiny: „Sestra v životě moc stresové situace nezvládala. Vždycky ze stresu měla migrénu a padala do deprese.“

Objektivní údaje:

Pacientka při větší psychické zátěži začíná být nervózní, začne koktat, potom přestane komunikovat.

Ošetřovatelský problém: Zde je velké riziko vzniku deprese či migrény ze stresu.

Priorita: střední

Použitá měřicí technika: rozhovor.

10. Životní principy

Subjektivní údaje: rozhovor s pacientkou

Otázka číslo 1 - Jste spokojena s tímto životem? „Nevím.“

Otázka číslo 2 - Máte představu jaká bude budoucnost? „Nevím.“

Údaje od rodiny: „Sestra si vždycky přála žít až do smrti doma, bohužel já se o i nedokážu postarat a manžel ji za zmatenost bije. Manžel nerozumí, tomu, že je nemocná, on to bere jako lenost a její neschopnost. Sestra často řekne, že je to tady hezké, že se jí to tu líbí.“

Objektivní údaje:

Pacientka v zařízení prokazuje zlepšení a změny k lepšímu.

Ošetrovatelský problém: 0

Priorita: střední

Použitá měřicí technika: rozhovor.

11. Bezpečnost- ochrana

Subjektivní údaje: rozhovor s pacientkou

Otázka číslo 1 - Cítíte se doma v bezpečí? „Ne.“

Otázka číslo 2 - Cítíte se tady v zařízení v bezpečí? „Nevím, asi ano.“

Údaje od rodiny: „Sestra se doma moc bála, často v noci telefonicky volala nebo z domu utíkala ven, kde se ztratila a domů ji vodila policie.“

Objektivní údaje:

Pacientka je spokojena, neprojevuje známky nebezpečí nebo, že by se něčeho bála.

Ošetrovatelský problém: 0

Priorita: střední

Použitá měřicí technika: rozhovor.

12. Komfort

Subjektivní údaje: rozhovor s pacientkou

Otázka číslo 1 - Zvládáte práci doma? „Ano.“

Otázka číslo 2 - Hygienu zvládáte také sama? „Nevím.“

Údaje od rodiny: „Sestra se nedokáže o sebe postarat. Hygienu nezvládá, vůbec neví jak si čistit zuby nebo jak si umýt vlasy.“

Objektivní údaje:

Pacientka nepoznává základní hygienické pomůcky. Je plně závislá na druhé osobě, nevládne jíst přiborem ani lžící. Pacientka jí hlavně rukama, nerozpozná lžící od vidličky.

Ošetrovatelský problém: riziko nedostatečné hygieny a péče o sebe sama.

Priorita: střední

Použitá měřicí technika: Barthelové test soběstačnosti.

13. Růst/vývoj

Subjektivní údaje: rozhovor s pacientkou

Otázka číslo 1 - Máte zájem o nějaké vzdělávání? „Nevím.“

Otázka číslo 2 - Bavily by vás aktivity zaměřené na trénování paměti? „Nevím.“

Údaje od rodiny: „Sestra ráda luštila křížovky a sledovala kvízy v televizi. Nejraději měla pořad: chcete být milionářem.“

Objektivní údaje:

Pacientka si svou nemoc neuvědomuje. Velmi dobře spolupracuje při trénování paměti, dobře si pamatuje historii a pořekadla.

Ošetrovatelský problém: pacientka má poruchu krátkodobé i dlouhodobé paměti.

Priorita: střední

Použitá měřicí technika: orientační paměťový test MMSE.

11.5 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

Ordinovaná vyšetření: RTG, TK, MMSE, KO

Výsledky:

RTG- bez nálezu

TK- 110/70

KO- krev v normě

MMSE- Výsledky kognitivního testu vyšli na 13 bodů.

Konzervativní léčba:

Dieta: 3- racionální

Výživa: normální

Pohybový režim: volný

Rehabilitace: denně, větší zaměření na horní končetiny, ztuhlost v ramenním kloubu

Medikamentózní léčba:**Tabulka 2: Medikamentózní léčba**

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Ebixa	Tbl.	10 mg	1-1-0	Psychostimulancium
Oxazepam Léčiva	Tbl.	10 mg	1-1-1	Anxiolytika (benzodiazepiny)
Elicea	Tbl.	10 mg	1-0-0	Antidepresiva
Quetiapin Mylan	Tbl.	25 mg	1-0-2	Antipsychotika (neuroleptika)
Buronil	Tbl.	25 mg	0-1-0-1	Neuroleptika
Accupro	Tbl.	10 mg	0-1-0	Antihypertenziva

Zdroj: vlastní zpracování na základě zdravotnické dokumentace

Chirurgická léčba: 0**11.6 SITUAČNÍ ANALÝZA**

Pacientka, 67 let, byla přijata dne 8. 7. 2015 na zvláštní režim do Dřevčického Parku. Pacientka byla přijata pro velkou zmatenost, dehydrataci, nechutenství a pro neschopnost se o sebe postarat, provedli jsme Barthelové test v soběstačnosti, který vyhodnotil 45 bodů a řadí se do 2 stupně – střední závislosti. V průběhu vyšetření bylo zjištěno zhoršení kognitivních funkcí. Pacientka nezvládá sebeděči v koupání, oblékání a stravování, kdy se pacientka musí krmit, dále také se musí doprovázet na WC, sama to nezvládá a je inkontinentní. Pacientce jsme provedli orientační paměťový test, kdy test MMSE vyšel s výsledkem 13 bodů, kdy pacientka je na hranici středně těžké až těžké demence. Pacientka prokazuje velkou zmatenost v místě, prostoru a čase, pamatuje si část své minulosti. Komunikace je obtížnější,

protože odpovídá převážně jednoslovně, plete si význam slov a nerozumí některým tázaným otázkám. Pacientka v noci je zmatená a dezorientovaná, při rozhovoru vykazovala strach a plachost. Znamky těžké deprese nejevila.

11.7 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ PODLE PRIORITY DNE: 9. 7. 2015

Akutní ošetrovatelské diagnózy seřazené dle priority:

1. Chronická zmatenost (00129)
2. Snížený objem tekutin v organizmu (00027)
3. Nevyvážená výživa: méně, než je potřeba organizmu (00002)
4. Zhoršená verbální komunikace (00051)
5. Deficit sebepéče při koupání (00108)
6. Deficit sebepéče při oblékání (00109)
7. Deficit sebepéče při stravování (00102)
8. Narušený vzorec spánku (00198)
9. Deficit sebepéče při vyprazdňování (00110)
10. Inkontinence stolice (00014)

Potenciální diagnózy:

1. Riziko pádů (00155)
2. Riziko stresového syndromu z přemístění (00149)

Vybrala jsem první tři nejdůležitější aktuální ošetrovatelské diagnózy, které jsme dále zpracovala.

Aktuální ošetrovatelská diagnóza č. 1

Chronická zmatenost (00129)

Doména 5: Percepce/kognice

Třída 4: Kognice

Definice: *Nezvratná, dlouhotrvající anebo progresivní deteriorace intelektu a osobnosti charakterizovaná sníženou schopností interpretovat podněty z okolí a sníženou kapacitou myšlenkových procesů; což se projevuje poruchami paměti, orientace a chování.*

Určující znaky:

- Změněná reakce na podněty
- Klinicky podložená organická porucha
- Poškození dlouhodobé paměti
- Poškození krátkodobé paměti
- Poškození socializace

Související faktory:

- Alzheimerova choroba

Priorita: vysoká

Cíl:

- Dlouhodobý cíl - pacientka se seznámí se svou nemocí, bude se snažit procvičovat paměť, aby byla co nejméně závislá na pomoci druhých – do 3 měsíců.
- Krátkodobý cíl - pacientka se zapojí do péče – do 14 dnů.

Očekávané výsledky:

- Pacientka se seznamuje se svou nemocí - do 14 dnů.
- Pacientka se snaží zapojit do denních aktivit a procvičovat paměť - do 7 dnů.
- Pacientka bude klidná, spolupracovat a v rámci orientovaná - do 5 dnů.

Plán intervencí:

1. Posuď výsledky diagnostických vyšetření (například paměti, orientace, udržení pozornosti) - do 2 dnů, všeobecná sestra.
2. Posuď schopnost rozumět sdělenému slovu a účinně komunikovat - do 3 dnů, všeobecná sestra.

3. Povšimni si zhoršení či změn v osobní hygieně a chování - do 2 dnů, všeobecná sestra a ošetřovatel.
4. Promluv s blízkými osobami pacientky o jejím dřívějším chování, délce trvání/progresi změn - do 3 dnů, všeobecná sestra či ošetřovatel.
5. Udržuj orientaci v realitě - denně, všeobecná sestra, ošetřovatel.
6. Posuď charakter a stav rodiny, možnost a ochotu přispívat k uspokojování potřeb pacienta - do 7 dnů, všeobecná sestra, ošetřovatel.
7. Zajisti klidné prostředí bez nadměrného hluku - denně, všeobecná sestra, ošetřovatel.
8. Naplánuj spolu s rodinou péči tak, aby byly pokryty potřeby pacienta i individuální nároky jeho blízkých - vždy, všeobecná sestra a ošetřovatel.

Realizace:

9. 7. 2015

- 8:00 Pacientka nekomunikuje a jen se dívá - všeobecná sestra.
- 9:00 Pacientka netuší, jak má postupovat při ranní hygieně. Při snaze o zapojení pacientky do činnosti pacientka reaguje tím, že si začne tiše špitat, kdy jí není rozumět. V průběhu hygieny popisujeme jednotlivé činnosti, které se provádí - všeobecná sestra.
- 10:15 Pacientka začala lehce komunikovat, byly to jednoslovné odpovědi - všeobecná sestra.
- 11:00 Pacientka se účastní kolektivního cvičení – rehabilitační sestra.
- 12:00 Pacientka se snažila navázat komunikaci se spolubydlíci, kdy ostatní spolubydlíci odpovídali zmatečně - všeobecná sestra.
- 15:00 Pacientka a rodinný příslušník se zapojil do aktivity, které se dělají každý den v sociálním zařízení - ergoterapeutka.
- 18:00 Pacientka tráví čas se svým rodinným příslušníkem v klidném prostředí - všeobecná sestra.
- 19:30 Pacientka uložena ke spánku, komunikace byla velmi zmatená a nesrozumitelná - všeobecná sestra.

10. 7. 2015

- Pacientka po probuzení nekomunikovala. Během ranní hygieny se snažila pacientka odpovídat na tázané otázky, odpovědi byly jednoslovné.
- V průběhu dopoledne se účastnila ranních aktivit a kolektivního cvičení. Pacientka spolupracovala při denních činnostech, pořád neví, jaké pomůcky k čemu se používají.
- Pacientka na odpolední aktivitě, kde se trénovala paměť, se snažila spolupracovat, ale odpovědi byly zmatené a nejednoznačné.
- Večer pacientka odmítala jít spát, neustále chtěla sledovat televizi. V pozdních hodinách byla uložena ke spaní, ale po půl hodinách vycházela z pokoje a bloudila po chodbě. Po dvou hodinách se pacientka unavila, a usnula v křesle u televize.

Hodnocení (2. den):

Efekt: částečný

Pacientka pocítuje zlepšení.

Pacientka se snaží odpovídat na otázky a spolupracovat. Dále má obtíže vzpomenout si na některé věci z minulosti a přítomnosti. Pacientku je velmi důležité nadále povzbuzovat a motivovat k neustále aktivitě a činnosti, důležité je také zapojit rodinné příslušníky. Po zjištění změn v chování a v osobní hygieně byly naplánovány další postupy. Dále budeme pokračovat v intervencích číslo 1., 4., 9.

Aktuální ošetřovatelská diagnóza č. 2

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 bez [koncentrace] sodíku.

Určující znaky:

- Snížený kožní turgor
- Snížený výdej moči
- Náhlá ztráta tělesné hmotnosti
- Slabost

Související faktory:

- Aktivní pokles objemu tělesných tekutin

Priorita: střední**Cíl:**

- Dlouhodobý cíl - pacientka po dodržování pitného režimu, nebude prokazovat dehydrataci do 2 dnů.
- Krátkodobý cíl - pacientka vypije 1,5-2 litry do 24 hodin.

Očekávané výsledky:

- Pacientka je poučena a seznámena se zaznamenáváním příjmu tekutin - do 2 hodin.
- Pacientka se zlepší v pitném režimu do 24 hodin, dodržuje pitný režim - do 2 dnů.

Plán intervencí:

1. Zjistí příčinu dehydratace – do 2 hodin, všeobecná sestra.
2. Sleduj příjem a výdej tekutin, každý den po celou dobu v sociálním zařízení - každý den, všeobecná sestra či ošetřovatel.
3. Zajisti dostatek tekutin pacientce v zařízení - do 1 hodiny zajistí všeobecná sestra či ošetřovatel.
4. Sleduj stav sliznice a kůže - každý den provede všeobecná sestra či ošetřovatel.
5. Zhodnot' základní fyziologické parametry - každý den, všeobecná sestra.
6. Dbej na vhodný výběr tekutin - vždy, všeobecná sestra, ošetřovatel.
7. Ponechej nápoje pacientce na dosah a neustále pobízej pacientku k pití - do 1 hodiny, všeobecná sestra, ošetřovatel.
8. Kontroluj vlhkost a teplotu v pokoji - každý den, všeobecná sestra či ošetřovatel.
9. Prodiskutuj komplikace související s vývojem dehydratace – každý den provede všeobecná sestra.

10. Nauč pacientku či rodinné příslušníky, jak sledovat a zaznamenávat příjem + výdej tekutin - do 2 dnů, všeobecná sestra.

Realizace:

9. 7. 2015

- 8:15 Pacientka vypila 250 ml kávy ke snídani - všeobecná sestra.
- 9:00 Při ranní hygieně se zkontrolovala kůže a sliznice u pacientky - Všeobecná sestra či ošetřovatel.
- 9:20 Pacientka vypila s připomenutím a dohledem 250 ml čaje - všeobecná sestra.
- 10:40 Kontrola pacientky jestli vypila další hrnek a zároveň dolítí, pacientka ráda pije ochucenou perlivou vodu, pacientka vypila s dohledem 250 ml vody – všeobecná sestra.
- 11:45 Pacientce byly změřeny fyziologické funkce (TK: 115/70, P: 75', D: 16', TT: 36,7 °C) - všeobecná sestra.
- 13:00 Po obědě pacientka vypila 500 ml ochucené vody - všeobecná sestra.
- 15:00 Pacientka a rodinný příslušník byli poučeny o správném zapisování pití - všeobecná sestra.
- 16:00 Pacientka poučena o sníženém pocitu žízně u starých lidí - všeobecná sestra.
- 17:00 Pacientka vypila 650 ml ochucené vody za odpoledne.
- 18:15 Pacientka vypila 250 ml po večeři - všeobecná sestra.

10. 7. 2015

- Pacientka spolupracuje při dodržování pitného režimu, pravidelné kontroly po 1 hodině, zaznamenáváno do dokumentace o příjmu a výdeji tekutin. Pacientka je pobízena k dalšímu pití a kontrola pití zda je v dosahu.
- V průběhu dne se sama snažila pít nebo po příchodu personálu již brala hrnek a pila sama.
- Všeobecná sestra několikrát za den připomněla dodržování pitného režimu a zároveň vysvětlila, proč je důležité dodržovat pitný režim.
- Rodinní příslušníci jsou informováni o stavu pacientky a snaží se spolupracovat.

Hodnocení (2. den):

Efekt: částečný

Nastalo u pacientky viditelné zlepšení, kdy hlava se jí už nemotá, dále se snaží dodržovat pitný režim sama. Pacientka vypije denně alespoň 1,5-2 litry, kdy i rodinní příslušníci byli informováni o zapisování a dodržování pitného režimu. Pacientka sama prociťuje zlepšení. Dále budeme pokračovat v intervencích číslo 1., 4., 5., 8., 10.

Aktuální ošetrovatelská diagnóza č. 3**Nevyvážená výživa: méně, než je potřeba organismu (00002)**

Doména 2: Výživa

Třída 1: Příjem potravy

Definice: Příjem živin nepostačuje k uspokojení potřeb metabolismu.

Určující znaky:

- Odpor k jídlu
- Nezájem o jídlo
- Vnímaná neschopnost přijímat potravu
- Chabý svalový tonus

Související faktory:

- Biologické faktory
- Ekonomické faktory
- Psychogenní faktory

Priorita: střední

Cíl:

- Dlouhodobý cíl- u pacientky nedojde k dalšímu snížení váhy, neprojeví se příznaky malnutrice - do 1 měsíce.
- Krátkodobý cíl- pacientka sní alespoň tři jídla denně - do 5 dnů.

Očekávané výsledky:

- Pacientka poučena o komplikacích souvisejících s velkým snížením váhy – do 24 hodin.

- Pacientka se stravuje pomocí ošetrovatelského personálu - do 24 hodin.
- Pacientka neubývá na hmotnosti do 1 měsíce.
- U pacientky nejsou viditelné příznaky malnutrice - do 14 dnů.
- Pacientka změní vztah k přijímání potravy, a sní alespoň tři jídla denně – do 5 dnů.

Plán intervencí:

1. Při podávání stravy buď trpělivá, dej pacientce dostatek času a prostoru na každé sousto - vždy, všeobecná sestra, ošetrovatel.
2. Zjistí, jaká hmotnost odpovídá věku pacientky - do 3 hodin, všeobecná sestra.
3. Konzultace s nutriční sestrou o sestavení jídelníčku - do 24 hodin, všeobecnou sestrou.
4. Provádět kontrolní váhu a zaznamenávat do ošetrovatelské dokumentace – 1 týdně, všeobecná sestra.
5. Sleduj, zda strava je dostatečně výživná - každý den, všeobecná sestra.
6. Prodiskutuj stravovací návyky pacientky, zároveň co je ovlivňuje - do 24 hodin, všeobecná sestra.
7. Sleduj celkový příjem tekutin a výživy - každý den, všeobecná sestra.
8. Snaž se u pacientky změnit vztah k jídlu - do 5 dnů, všeobecná setra, lékař.

Realizace:

9. 7. 2015

- 8:00 Pacientka snědla čtvrtku krajíce chleba s medem a máslem - všeobecná sestra.
- 9:30 Pacientce se přinesla svačina, bohužel nesnědla ani sousto pro sytost - všeobecná sestra.
- 10:00 Pacientka poučena o správné výživě a dostatečném příjmu potravy, zároveň s komplikacemi s rychlou ztrátou váhy - všeobecná sestra.
- 11:00 Nutriční terapeutka s pacientkou sestavuje jídelníček - nutriční terapeut.
- 12:00 Pacientka zvážená a zaznamenána váha do ošetrovatelské dokumentace - všeobecná sestra.
- 13:00 Pacientka při obědě krmena, kdy snědla dvě lžíce vývarové polévky, dále z druhého jídla také dvě lžíce kaše a dva malé kousky mletého řízku,

pacientka pociťuje sytost a dále odmítá jíst, strava ponechána na později - všeobecná sestra a ošetřovatel.

- 13:30 Pacientce byl znovu ohřát oběd, kdy byla krmena a snědla stejné množství jídla jako poprvé - všeobecná sestra.
- 14:00 Pacientce a její setře je vysvětlena důležitost správného a dostatečného stravování - všeobecná sestra.
- 15:15 Pacientka dostala jablečnou přesnídávku, snědla tři lžičky a dále ji už plivala ven, byla nabídnuta později, ale bohužel opět ji odmítla jíst - všeobecná sestra.
- 17:30 Pacientce byla přinesena večeře, při které odmítala otvírat ústa a jíst, pacientka přemlouvána až po 10 minutové přestávce začala pacientka spolupracovat a snědla čtvrtku talíře krupicové kaše - všeobecná sestra.

10. 7. 2015

- Pacientka spolupracuje při snídani, housku s máslem a paštikou snědla půlku sama, bez jakékoli pomoci.
- Svačinu odmítala jíst, neustále ji plivala ven. Nutriční sestra pacientce přinesla nutridrinky, kdy pacientka jeden vypila ihned, bylo vidět, že nutridrink chutnal.
- Pacientka vyžadovala k obědu nutridrink, odmítla jíst, normální stravu, po přemlouvání a slíbení že když sní, alespoň půlku oběda, dostane nutridrink, poté pacientka snědla necelou půlku hlavního jídla a tři lžíce polévky, potom dostala nutridrink, který vypila ihned - všeobecná sestra.
- Pacientka k večeři snědla jeden borůvkový jogurt - všeobecná sestra.
- Příbuzní pacientky jsou informováni o stavu pacientky, snaží se zapojit a maximálně spolupracovat - všeobecná sestra.

Hodnocení (2. den):

Efekt: částečný

Pacientka aktivně spolupracuje při jídle, velmi dobře ji zachutnaly nutridrinky, které mají být jako doplněk stravy. Pacientku je třeba krmit po částech, protože celou porci nesní na jednou. Rodinní příslušníci nosí pacientce oblíbená jídla a zákusky. Dále pokračujeme v intervencích 1., 2., 4., 6.

11.8 CELKOVÉ ZHODNOCENÍ PÉČE

Celkový zdravotní stav pacientky v rámci ošetrovatelské péče se částečně zlepšil. Pacientka v novém prostředí se hůře adaptovala, byla v noci dezorientovaná a bloudila. V průběhu péče v sociálním zařízení byla občas smutná a velmi často unavená. Pacientka si není vědoma, že by měla nějaké problémy s pamětí. Pacientka si myslí, že je na rekreaci, kde si má odpočinout. Nebere v potaz, že je nemocná a v sociálním zařízení, i když byla informována o svém problému. Pro Alzheimerovu chorobu se již některé problémy nedají odstranit, kdy bude muset být nepřetržitá 24 hodinová ošetrovatelská péče. Porucha paměti se bude v průběhu času zhoršovat. Zde je nutná spolupráce a informovanost rodinných příslušníků, kteří jsou poučeni o onemocnění Alzheimerovou chorobou. Pacientka se zlepšila v příjmu potravy, i když je krmena, tak zvládne sníst víc než tři chody denně, dále se zlepšila i v pitném režimu, kdy vypije 1,5 litru denně tekutin. Při denních aktivitách se pacientka zapojuje, ale bohužel velké pokroky neudělala. Při ranní hygieně pořád neví, co má dělat, nepamatuje si, jaké hygienické pomůcky potřebuje. Dále budeme pacientku podporovat a povzbuzovat k aktivitě. Dále budeme pokračovat v intervencích, které jsme uvedli v rámci hodnocení realizovaných ošetrovatelských diagnóz.

11.9 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Na základě osobních zkušeností získaných z odborné praxe, kde byla prováděna péče o pacientku s Alzheimerovou chorobou. Zde jsme zjistili, že tento druh péče je velmi náročný jak fyzicky, tak i psychicky. V této péči je velmi důležité se dále vzdělávat a využívat nejnovější postupy v péči o pacienty trpící Alzheimerovou chorobou. Důležité je střídat ošetrovatelský personál, aby nedošlo k vyhoření a tím k nekvalitní péči. Úkolem ošetrovatelského a zdravotního týmu je pomoc pacientovi, respektovat všechny jeho potřeby a porozumět jeho bio-psycho-sociální potřebě. Dále bychom měli pacienta motivovat, umět vždy dobře poradit a umět pacientovi naslouchat.

Sestra či pečující by také měl myslet na sebe. Tato práce je velmi náročná a vyžaduje dostatek trpělivosti, síly a energie, proto je nutné se vyvarovat syndromu vyhoření. Ve volném čase by se mělo dělat to, co nás baví. Pokud se projeví syndrom

vyhoření, potom hrozí nekvalitní péče a různé problémy. Pracovníci v sociálních službách a hospicové péči jsou více náchylní k syndromu vyhoření, proto by měli dbát více na dodržování psychosociální hygieny.

Syndrom vyhoření popisuje několik autorů. Zde bychom doporučili některé autory, jako jsou Maroon Istifan v knize „*Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků*“ vydané v roce 2012. Priëß Marriam v publikaci „*Jak zvládnout syndrom vyhoření*“ publikované v roce 2015, dále bychom doporučili Stocka Christiana v knize „*Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*“ publikované v 2010. Pracovníci na těžkých pracovištích by měli mít dostupnou literaturu nebo školení ohledně rizika syndromu vyhoření, aby včas poznali riziko syndromu a předcházeli.

ZÁVĚR

Člověk trpící Alzheimerovou chorobou, jak již víme, vyžaduje kompletní ošetrovatelskou péči. Také, jak již je nám známo, tak tato choroba je do této doby stále nevyhléditelná, i přes to, že se po celém světě provádí různé studie. Včasné zachycení choroby a farmakologická léčba může chorobu zpomalit. Péče o takto nemocného pacienta je velmi náročná pro všechny, zasahuje do života pacienta, dále také i pečujícímu. Pro mnoho rodin je tento druh domácí péče nemožný, hlavně se to týká finanční stránky, kdy pečující přistupují k variantě umístit blízkého trpícího Alzheimerovou chorobou do specializovaných center.

Cílem bakalářské práce na téma Ošetrovatelský proces u pacienta s Alzheimerovou chorobou bylo sestavení ošetrovatelského procesu, ve kterém ukazujeme na důležitost včasného rozpoznání a diagnostiku. V práci jsou popsány různé vyšetřovací metody a terapie, kde lze využít nefarmakologické terapie. Dále byl navržen a realizován plán ošetrovatelské péče.

Cíle práce stanovené v Úvodu byly splněny.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

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

BUIJSSEN, Huub, 2006. *Demence: průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Vyd. 1. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-081-X.

CALLONE, Patricia R., Connie KUDLACEK et al., 2008. *Alzheimerova nemoc. 300 tipů a rad, jak ji zvládnout lépe*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2320-4.

ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST, 2016a. *ČALS*. [online]. [cit. 2016-16-02]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/cals/>.

ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST, 2016b. *Sociální služby ČALS*. [online]. [cit. 2016-18-02]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/socialni-sluzby-cals/>.

ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST, 2016c. *Čaj o páté*. [online]. [cit. 2016-18-02]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/socialni-sluzby-cals/caje-o-pate/>.

ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST, 2016d. *Toulky paměti a duší*. [online]. [cit. 2016-11-03]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/socialni-sluzby-cals/toulky/>.

ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST, 2016e. *Zpráva o stavu demence 2015*. [online]. [cit. 2016-10-03]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/tiskove-zpravy/zprava-o-stavu-demence-2015/>.

ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST, 2014f. *Na pomoc pečujícím*. Praha 8, Česká alzheimerovská společnost.

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, 2015. *Senioři*. [online]. [cit. 2016-10-03]. Dostupné z: <http://www.czso.cz/csu/seniori>.

DIENSTBIER, Zdeněk, 2009. *Průvodce stárnutím, aneb, Jak ho oddálit*. Vyd. 1. Praha: Radix. ISBN 978-80-86031-88-0.

DUŠKOVÁ, Kateřina a Martina HASALÍKOVÁ, 2010. *Sociální aspekty péče o nemocného s Alzheimerovou chorobou*. [online]. Praha: Pfizer. [cit. 2016-10-02]. Dostupné z: <http://www.psychiatr.org/files/socialni-aspekty-pece-o-nemocneho-s-alzheimerovou-chorobou.pdf>.

DOENGES Marilynn E., Mary Frances MOORHOUSE, 2000. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Vyd. 7. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-0242-8.

FRANKOVÁ, Vanda, 2010. *Alzheimerova demence v praxi: konsenzus psychiatricko-neurologicko-geriatrický*. Vyd. 1. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-2042-423-5.

FRANKOVÁ, Vanda, Jakub HORT, Iva HOLMEROVÁ a kolektiv, 2011. *Alzheimerova demence v praxi*. Vyd. 1. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2423-5.

HEDRMAN Heather T., překladatel: KUDLOVÁ Pavla, 2013. *Ošetrovatelské diagnózy, definice a klasifikace 2012-2014*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4328-8.

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2010. *Fenomén stáří*. Vyd. 2. podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team. ISBN 978-80-87109-19-9.

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

HOLMEROVÁ, Iva a Martina MÁTLOVÁ, 2010. *Dopisy České alzheimerovské společnosti*. Praha: Česká alzheimerovská společnost. ISBN 978-80-8654-130-3.

JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ, Claudia BORZOVÁ a kolektiv, 2009. *Demence a jiné poruchy paměti*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2454-6.

KOLEKTIV AUTORŮ, 2016. *Velký lékařský slovník*. [online]. [cit. 2016-09-02]. Dostupné z: <http://lekarske.slovníky.cz>.

KUČEROVÁ, Helena, 2006. *Demence v kazuistikách*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, Psyché. ISBN 978-80-247-1491-4.

LUŽNÝ, Jan, 2012. *Gerontopsychiatrie*. Vyd. 1. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-573-2.

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

MÁTĽ Ondřej, Iva HOLMEROVÁ a Martina MÁTLOVÁ, 2014. *Zpráva o stavu demence 2014*. [online]. [cit. 2016-11-03]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/res/data/001/000188.pdf>.

MINIBERGEROVÁ, Lenka a Jiří DUŠEK, 2006. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. Vyd. 1. Brno: NCO NZO. ISBN 978-80-701-3436-4.

NĚMCOVÁ, Jitka a kolektiv, 2015. *Skripta k předmětům Výzkumu v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. ISBN 978-80-904-9559-3.

NOVOTNÁ, Martina, 2012. *Neurologie pro všeobecné praktické lékaře*. Ediční řada pro všeobecné praktické lékaře. Praha: Raabe. ISBN 978-80-875-5331-2.

ONDRUŠOVÁ, Jiřina, 2011. *Stáří a smysl života*. Vyd. 1. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1997-2.

ONDRIOVÁ, Iveta, 2014. *Rodinná péče o nemocného s Alzheimerovou chorobou*. In: *Sestra*. [online]. [cit. 2016-03-10]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/rodinna-pece-o-nemocneho-s-alzheimerovou-chorobou-473724>.

PIDRMAN, Vladimír, 2007. *Demence*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1490-5.

REGNAULT, Mathilde, 2011. *Alzheimerova choroba: průvode pro blízké nemocných*. Z angl. orig. přel. Iva Holmerová. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0010-9.

ŘÍČAN, Pavel, 2010. *Psychologie osobnosti: obor v pohybu*. 6. rev. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3133-9.

SCHULER, Mitthias a Peter OSTER, 2010. *Geriatric od A do Z*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3013-4.

ŠVINGALOVÁ, Dana, 2006. *Kapitoly z psychologie*. Vyd. 2. upr. Liberec: Technická univerzita. ISBN 978-80-737-2043-4.

VOKURKA, Martin a Jan HUGO, 2008. *Kapesní slovník medicíny: výkladový slovník lékařských termínů pro širokou veřejnost*. Vyd. 2. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-163-9.

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

VLÁŠKOVÁ, Dana, 2013. Alzheimerova choroba s rychlou progresí. *Sestra*. **23(4)**, 58-59. ISSN 1210-0404.

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., 2014a. *Ošetřovatelská dokumentace - geriatrické oddělení: rozšířená verze*. [online]. [cit. 2014-13-04].

Dostupné z: <https://www.sharepoint.vszdrav.cz/Poklady%20k%20vuce/3%20Ošetřovatelské%20dokumentace%20podle%20typů%20oddělení.aspx>.

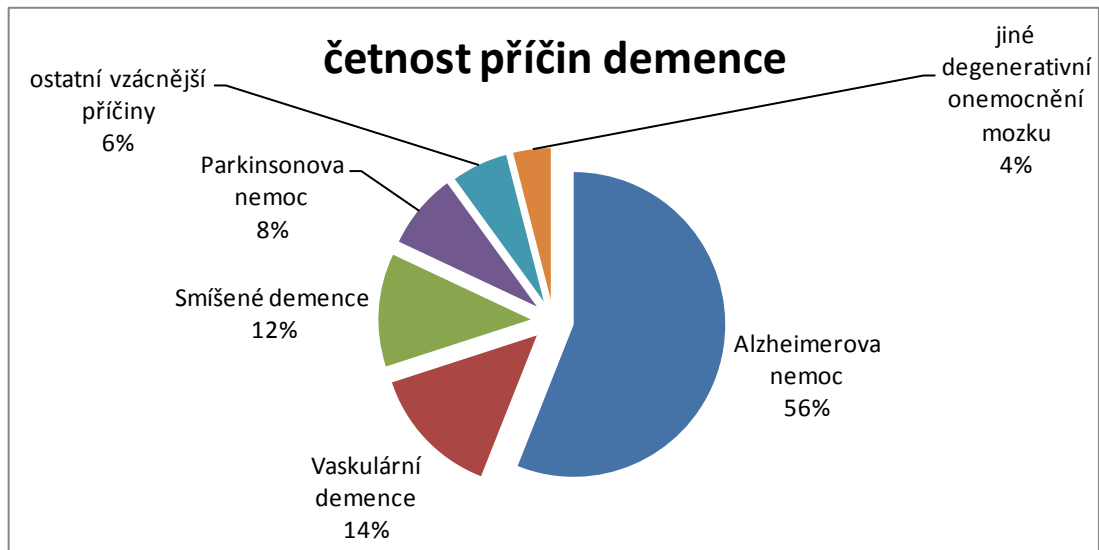
VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., 2015b. *Ošetřovatelská dokumentace Marjory Gordon*. [online]. [cit. 2015-26-12]. Dostupné z: <https://www.sharepoint.vszdrav.cz/Poklady%20k%20vuce/1%20Ošetřovatelské%20dokumentace%20podle%20vybraných%20konceptních%20modelů.aspx>.

PŘÍLOHY

Příloha A: Četnost příčin demence	I
Příloha B: Četnost příčin demence.....	II
Příloha C: Barthelové test	III
Příloha D: Folstenův test kognitivních funkcí	IV
Příloha E: Zkrácený mentální bodovací test, Test hodin	V
Příloha F: Čestné prohlášení	VI
Příloha G: Průvodní list k rešerši	VII

Příloha A: Četnost příčin demence

Graf 2: Četnost příčin demence

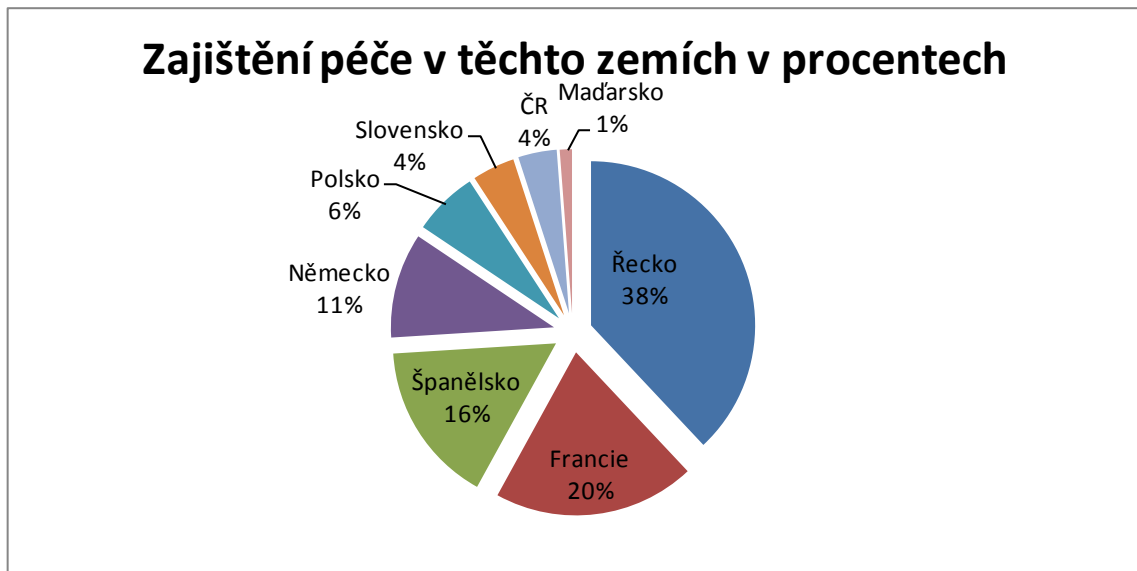


Zdroj: www.alzheimer.cz, 2016

Příloha B: Četnost příčin demence

Expresivní odhad podílu osob trpících demencí, kterým jsou poskytovány služby.

Graf 3: Zajištění péče v jednotlivých zemích v procentech



Zdroj: www.alzheimer.cz, 2016

Příloha C: Barthelové test

Barthelove test vsednich cinnosti a test instrumentalnich cinnosti

BARTHELOVÉ TEST VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ

vysledky skaly:

2-40 bodů vysoká závislost
45-60 bodů závislost středního stupně
65-95 bodů lehká závislost
100 bodů nezávislost, soběstačnost

TEST INSTRUMENTÁLNÍCH ČINNOSTÍ


Výsledky škály:

0-40 bodů závislost
45-75 bodů částečná závislost
80 bodů nezávislost (samostatnost)

Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre	Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre
najedení se napítí se	samostatně, bez pomoci	10	telefonování	vyhledá samostatně číslo, vytočí je	10
	s pomocí	5		zná několik čísel, odpovídá na	5
	neprovede	0		zavolání	0
oblékání	samostatně, bez pomoci	10	transport	nedokáže použít telefon	0
	s pomocí	5		cestuje samostatně dopravní prostředkem	10
	neprovede	0		cestuje, je-li doprovázen	5
koupání	samostatně nebo s pomocí	5	nakupování	vyžaduje pomoc druhé osoby,	0
	neprovede	0		speciálně upravený vůz apod.	10
	dojde samostatně nakoupit	10		dojde samostatně nakoupit s doprovodem a radou	5
osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5	vaření	druhé osoby	0
	neprovede	0		neschopen nakoupit bez podstatné pomoci	0
	uvaří samostatně celé jídlo	10		uvaří samostatně celé jídlo	10
kontinence stolice	plně kontinentní	10	domácí práce	jídlo ohřeje	5
	občas inkontinentní	5		jídlo musí být připraveno druhou osobou	0
	trvale inkontinentní	0		udržuje domácnost s výjimkou	10
kontinence moči	plně kontinentní	10	práce kolem domu	tezkých prací	10
	občas inkontinentní	5		neudrží přiměřenou čistotu	5
	trvale inkontinentní	0		potřebuje pomoc při většině prací	0
použití WC	samostatně, bez pomoci	10	užívání léků	nebo se práce v domácnosti neúčastní	10
	s pomocí	5		provádí je samostatně a pravidelně	10
	neprovede	0		neprovede je nad dohledem	5
Přesun lůžko - židle	samostatně, bez pomoci	10	finance	vyžaduje pomoc, neprovede	0
	s malou pomocí	5		samostatně užívá v určenou dobu	10
	vydrží sedět	5		správnou dávku, zná názvy léků	5
chůze po rovině	neprovede	0	chůze po schodech	užívá léky, jsou-li připraveny	5
	samostatně nad 50 m	15		léky musí být podávány druhou osobou	0
	s pomocí 50m	0		spravuje je samostatně, platí účty,	10
chůze po schodech	na vozíku 50 m	5	skóre celkem	zná příjmy a výdaje	5
	neprovede	0		zvládne drobné výdaje, potřebuje	5
	samostatně, bez pomoci	10		pomoc se složitějšími operacemi	0
skóre celkem	s pomocí	5	skóre celkem	neschopen bez pomoci zacházet	0
	neprovede	0		s penězi	0
	skóre celkem			skóre celkem	

Zdroj: www.sharepoint.vszdrav.cz, 2016

Příloha D: Folstenův test kognitivních funkcí

MINI-MENTAL- STATE TEST (MMS), FOLSTEINŮV TEST KOGNITIVNÍCH FUNKCÍ (modifikace Topinková E., Mellanová A. 1993)				
Kognitivní funkce	Úkon	Za každou správnou odpověď získá nemocný	Maximální počet bodů	Dosažený počet bodů
Orientace	Jaký je rok, měsíc, den v týdnu, datum?	1 bod	5 bodů	
	Kde nyní jste - země, oblast, město, ulice, č. domu, event. v nemocnici - podlaží, číslo pokoje	1 bod	5 bodů	
Paměť	Vyšetřující jmenuje 3 předměty během 3 vteřin, (např. strom, okno, kniha) a vyzve nemocného, aby je opakovl	1 bod	3 body	
Pozornost a počítání	Sečítejte 7 000 čísla 100 Ukončit po 5 odpovědích	1 bod	5 bodů	
Krátkodobá paměť	Vybavte si a jmenujte 3 různé uvedené předměty	1 bod	3 body	
Jazyk	Vyšetřující ukáže 2 předměty (tužka, hodinku) a vyzve pacienta, aby je pojmenoval	1 bod	2 bodů	
	Opakujte následující: „ale, avšak, a přece“	1 bod	1 bod	
	Proveďte po sobě tyto úkony: vezměte papír do pravé ruky, přeložte jej na polovinu a polozte na stůl Přečtěte a proveďte tento příkaz: (nemocný dostane postupně lístky s výzvami) 1) zavřete oči 2) napište větu obsahující podmět a přísudek 3) namalujte podle předlohy tento obrazec 	3 body 1 bod 1 bod 1 bod	6 bodů	
Celkem:				

Počet bodů	Hodnocení
0–10 bodů	těžká kognitivní porucha
11–20 bodů	kognitivní porucha středního stupně
21–23 bodů	lehká porucha
24 a více bodů	norma

Zdroj: www.sharepoint.vszdrav.cz, 2016

Příloha E: Zkrácený mentální bodovací test, Test hodin

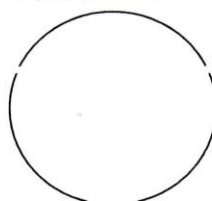
ZKRÁCENÝ MENTÁLNÍ BODOVACÍ TEST (hodnocení psychického stavu podle Gainda)			
1.	věk	1	0
2.	kolik je asi hodin	1	0
3.	adresa*	1	0
4.	současný rok	1	0
5.	kde je hospitalizován	1	0
6.	poznání alespoň dvou osob	1	0
7.	datum narození	1	0
8.	jméno současného prezidenta	1	0
9.	odečíst zpět od 20 do 1 nebo vyjmenovat, pozpátku měsíce	1	0
	zpracováno od prosince 1970		
Celkem			

*na konci testu by měla být adresa nemocným zopakována, abychom se ujistili, že nemocný dobře slyší.

Vyhodnocení testu: Test slouží k ošetřovatelskému zhodnocení. Za každou správnou odpověď má nemocný 1 bod. Nedosáhne-li ani 7 bodů, jedná se o zmatenost.

TEST HODIN

Test hodin je používán jako relativně citlivý test pro Alzheimerovu chorobu a jiné typy demence, které se zejména v počátečních stádiích projevují poruchami prostorového citění. Test je jednoduchý - požádejte pacienta, aby nakreslil do vyznačeného kruhu ciferník hodin a vyznačil určitou hodinu (například tři čtvrtě na tři).



Bodové hodnocení v tomto případě není nutné, protože normou je správný ciferník a správně vyznačená hodina. Jakékoli odchylky, které nebyly pacientem opraveny, je třeba považovat jako minimálně hraniční, ale spíše již patologický nálezn. Významné je zejména sledování vývoje tohoto testu.

Příloha F: Čestné prohlášení

Čestné prohlášení studenta k získání podkladů pro zpracování bakalářské práce

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem zpracovala podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem Ošetrovatelský proces u klienta s Alzheimerovou chorobou, v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne: 18. 3. 2016

Tatjana Vopálecká

Příloha G: Průvodní list k rešerši

Téma rešerše: Ošetrovatelský proces u klienta s Alzheimerovou chorobou

Žadatel: Tatjana Vopálecká

Jazykové vymezení: Čeština

Klíčová slova v češtině:

MeSH: Alzheimerova nemoc; MeSH: EXP demence;

MeSH: EXP ošetrovatelský proces;

Časové vymezení: V českých zdrojích: 2004-2015

Druhy dokumentů: Knihy, články z časopisů a sborníků, abstrakta, kvalifikační práce

Počet záznamů:

České zdroje: 186 záznamů, z toho 12 knih/plné texty: 102

Základní prameny: Medvik (knihovny Medvik+Bibliographia medica Českoslovaca-BMČ), Theses, Google

Zpracoval: PhDr. L. Golanová, NLK, 8. 6. 2015