

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

**Ošetrovatelský proces u pacienta s Alzheimerovou chorobou**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**MONIKA ČABANOVÁ**

**Praha 2017**

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

**Ošetrovatelský proces u pacienta s Alzheimerovou chorobou**

Bakalářská práce

MONIKA ČABANOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Eva Marková, Ph.D.

Praha 2017



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

Čabanová Monika  
3. C VS

**Schválení tématu bakalářské práce**

Na základě Vaší žádosti ze dne 14. 10. 2016 Vám oznamuji  
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u pacienta s Alzheimerovou chorobou

*Nursing Care of Patients with Alzheimer's Disease*

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Eva Marková, Ph.D.

V Praze dne: 1. 11. 2016

  
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 nebo titulu neakademického.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 20. 3. 2017

.....

*Podpis*

## **PODĚKOVÁNÍ**

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí práce Mgr. Evě Markové, Ph.D. za cenné rady a připomínky při vedení mé bakalářské práce.

## ABSTRAKT

ČABANOVÁ, Monika. *Ošetrovatelský proces u pacienta s Alzheimerovou chorobou*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Eva Marková Ph.D. Praha. 2017. 71 s.

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelská kazuistika u nemocné s Alzheimerovou chorobou. Úvodní část práce definuje základní pojmy týkající se Alzheimerovy choroby, která je nejčastější příčinou demence. Je zaměřena na četnost výskytu tohoto onemocnění, na jeho příčiny, diagnostiku, možnou prevenci, vliv na život nemocného a především na možnosti terapeutického ovlivnění života s touto nemocí. Kromě jiných informuje také o formách poskytované péče v České republice. Dále pojednává o specifikách ošetrovatelské péče u lidí trpících tímto onemocněním. Cílem bakalářské práce je detailní popis ošetrovatelské péče realizované metodou ošetrovatelského procesu u klientky domova pro seniory s akcentem na subjektivní a objektivní problémy nemocné dle ošetrovatelského modelu Virginie Henderson, které jsou následně zpracovány do aktuálních a potenciálních ošetrovatelských diagnóz dle NANDA I taxonomie II 2015–2017. U vybraných ošetrovatelských diagnóz je stanoven ošetrovatelský cíl a výsledná kritéria, vytvořen plán ošetrovatelských intervencí, popsána realizace ošetrovatelských intervencí a na závěr je vyhodnoceno splnění či nesplnění ošetrovatelského cíle.

Klíčová slova

Alzheimerova choroba. Demence. Neurodegenerativní onemocnění. Ošetrovatelská péče.

## ABSTRACT

ČABANOVÁ, Monika. *Nursing Care of Patients with Alzheimer's disease*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: Mgr. Eva Marková Ph.D. Prague. 2017. 71 pages.

The theme of the Bachelor thesis is nursing case report of a patient with Alzheimer's disease. The introduction defines the basic concepts related to Alzheimer's disease, which is the most common cause of dementia. It is focused on frequency of appearance this disease, its causes, diagnostics, possible prevention, influent on patient's life and mainly the options of therapeutic intervention life with this disease. Besides there are information of others available care forms in Czech Republic. Also it deals with specifics of nursing care for people suffering from this disease. The goal of the Bachelor thesis is a detailed description of the nursing care implemented by the nursing process for patient, the client in a home for the elderly, with emphasis on subjective and objective patient's problems according to the model of Virginia Henderson, which are processed to actual and potential nursing diagnoses according to NANDA I Taxonomy II 2015–2017. There is in selected nursing diagnosis established nursing goal and resulting criteria, also created plan of nursing interventions, described the implementation of nursing interventions and is evaluated in conclusion fulfillment or failure of nursing objective.

Keywords

Alzheimer disease. Dementia. Neurodegenerative disease. Nursing care.

# OBSAH

## SEZNAM TABULEK

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

## SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

<b>ÚVOD.....</b>	<b>11</b>
<b>1 ALZHEIMEROVA CHOROBA.....</b>	<b>14</b>
1.1 PŮVOD ALZHEIMEROVY CHOROBY.....	15
1.2 KLASIFIKACE A STÁDIA.....	16
1.3 DIAGNOSTIKA.....	18
1.4 TERAPIE.....	20
1.4.1 FARMAKOLOGICKÁ TERAPIE.....	21
1.4.2 NEFARMAKOLOGICKÁ TERAPIE.....	22
1.5 PREVENCE.....	23
1.6 MOŽNOSTI PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE.....	24
1.7 ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST.....	27
<b>2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE DLE MODELU</b>	
<b>V. HENDERSONOVÉ.....</b>	<b>28</b>
<b>3 KAZUISTIKA U PACIENTKY S ALZHEIMEROVOU CHOROBU.....</b>	<b>37</b>
<b>4 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....</b>	<b>63</b>
<b>5 ZÁVĚR.....</b>	<b>65</b>
<b>6 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>67</b>
<b>7 PŘÍLOHY</b>	



## SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Chronická medikace .....	40
Tabulka 2 Vitální funkce ze dne 2. 12. 2013 .....	42
Tabulka 3 Vitální funkce ze dne 28. 11. 2016 .....	42
Tabulka 4 Fyzikální vyšetření.....	43
Tabulka 5 Ošetrovatelská diagnóza deficit tělesných tekutin dle NANDA domén .....	54
Tabulka 6 Ošetrovatelská diagnóza chronická zmatenost dle NANDA domén.....	57
Tabulka 7 Ošetrovatelská diagnóza riziko pádů dle NANDA domén.....	59

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

<b>ACH</b> .....	Alzheimerova choroba
<b>CT</b> .....	Computed Tomography
<b>ČASL</b> .....	Česká alzheimerovská společnost
<b>DS</b> .....	domov pro seniory
<b>ICHS</b> .....	ischemická choroba srdeční
<b>MKN-10</b> .....	Mezinárodní klasifikace nemocí
<b>MMSE</b> .....	Mini Mental-State Examination
<b>MR</b> .....	magnetická rezonance
<b>P</b> .....	puls
<b>PET</b> .....	pozitronová emisní tomografie
<b>SPECT</b> .....	Single Photon Emission CT
<b>TEP</b> .....	totální endoprotéza
<b>TK</b> .....	tlak krve
<b>TT</b> .....	tělesná teplota
<b>WFSBP</b> .....	World Federation of Societies of Biological Psychiatry
<b>WHO</b> .....	World Health Organization

(VOKURKA a kol., 2015)

## SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

**Afázie** – porucha tvorby a porozumění řeči

**Agnózie** – neschopnost poznat a interpretovat smyslové vjemy

**Agrafie** – ztráta schopnosti psát při neporušené hybnosti ruky

**Akalkulie** – ztráta schopnosti provádět jednoduché početní úkony

**Alexie** – ztráta schopnosti číst

**Anozognozie** – neschopnost náhledu na vlastní nemoc a obtíže

**Apatie** – snížení citové reaktivity, minimální nebo žádná citová reakce na zevní podněty

**Apraxie** – neschopnost vykonávat složitější a účelné pohyby

**Mutismus** – neschopnost mluvení z psychických příčin

**Snoezelen** – multisenzoriální metoda zaměřená na stimulaci i relaxaci

(VOKURKA a kol., 2015)

## ÚVOD

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelská kazuistika o nemocnou s Alzheimerovou chorobou. Hlavním podnětem volby tohoto tématu je každodenní práce s lidmi s tímto onemocněním. Ošetřování pacientů s Alzheimerovou chorobou či jiným typem demence představuje náročnou a nikdy nekončící práci, která si vyžaduje holistický přístup s ohledem na řadu okolních faktorů a vlivů. Péče o tyto pacienty je velmi náročná, především po psychické stránce. Prvním cílem této práce je zpracování problematiky Alzheimerovy choroby s využitím rešerše, uvedení patogeneze, rizikových faktorů, klasifikace a stádií onemocnění, diagnostiky, terapie a možné prevence. Druhým cílem je uvedení specifik ošetrovatelské péče dle modelu Virginie Henderson. Souhrn specifik ošetrovatelské péče je vhodně využitelný pro ošetřující personál, který se stará o takto nemocné. Třetím cílem je detailní popis ošetrovatelské péče realizovaný metodou ošetrovatelského procesu u klientky domova pro seniory s akcentem na subjektivní a objektivní problémy nemocného dle ošetrovatelského modelu Virginie Henderson. Informace byly získány od nemocné, vlastním pozorování, z lékařské a ošetrovatelské dokumentace, od ošetřujícího personálu a od rodinných příslušníků pacientky. Na základě získaných informací byly stanoveny diagnózy dle NANDA I taxonomie II 2015–2017. U vybraných ošetrovatelských diagnóz byl stanoven ošetrovatelský cíl a výsledná kritéria, vytvořen plán ošetrovatelských intervencí, popsána realizace ošetrovatelských intervencí a na závěr bylo vyhodnoceno splnění či nesplnění ošetrovatelského cíle.

V současné době naše populace stárne rychleji než kdykoli předtím, nejpočetnější a zároveň nejrychleji přibývajícím skupinou obyvatel jsou senioři. Za práh seniorského věku je považován věk 65 let. Fenomén stárnutí populace se stává jedním z nejvýznamnějších problémů všech vyspělých států. Lidé žijí déle především díky vývoji v medicíně a proti tomu riziko onemocnění demencí narůstá s věkem. Podle posledních studií České alzheimerovské společnosti je prevalence demence v České republice již 1,36 %. Podíváme-li se na historický vývoj výskytu demence v České republice, lze konstatovat, že počet lidí trpících demencí neustále narůstá.

Demence má mnoho příčin, nejčastější příčinou je Alzheimerova choroba. Většina lidí se na seniorský věk těší, plánují si, jak se budou naplno věnovat svým vnoučatům, koníčkům a všem ostatním aktivitám, na které neměli během svého života v zaměstnání čas. Bohužel se stále častěji setkáváme s životními příběhy, do kterých nečekaně vstoupila Alzheimerova choroba a životy všech (nejen nemocných, ale i rodinných příslušníků a všech blízkých osob nemocného) museli nabrat úplně jiný směr. Onemocnění začíná nenápadně, objevují se obtíže s krátkodobou pamětí (se zapamatováním si, o čem se právě mluvilo, zapomínáním na smluvené schůzky, opakovaným zaměňováním příbuzných atd.). Poté se začíná zhoršovat orientace, vyjadřovací schopnosti, objevují se změny v náladě či chování až tyto někdy přehlédnutelné příznaky vyústí ve změny osobnosti, problémy s vykonáváním běžných činností a potřebu ošetrovatelské péče 24 hodin denně. Z toho důvodu jsou zřizovány domovy se zvláštním režimem, kde mohou být lidé trpící touto chorobou ubytováni a je jim zde poskytnuta veškerá potřebná péče, kterou jejich zdravotní stav vyžaduje.

#### Vstupní literatura:

1. Česká alzheimerovská společnost [online]. 2015 [cit. 2017-02-17]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/>
2. FRANKOVÁ, Vanda, Jakub HORT, Iva HOLMEROVÁ, Roman JIRÁK a Martin VYHNÁLEK. *Alzheimerova demence v praxi: konsenzus psychiatricko-neurologicko-geriatrický*. Praha: Mladá fronta, 2011. Aeskulap. ISBN 9788020424235.
3. JIRÁK, Roman. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Galén, 2013. ISBN 9788072628735.
4. NIKOLAI, Tomáš, Martin VYHNÁLEK, Hana ŠTĚPÁNKOVÁ a Karolína HORÁKOVÁ. *Neuropsychologická diagnostika kognitivního deficitu u Alzheimerovy choroby*. Praha: Psychiatrické centrum, 2013. ISBN 9788087142257.
5. REGNAULT, Mathilde. *Alzheimerova choroba: průvodce pro blízké nemocných*. Přeložila Daniela ŠIMKOVÁ. Praha: Portál, 2011. Rádci pro zdraví. ISBN 9788026200109.

## Popis rešeršní strategie

Vyhledávání odborných publikací, které byly následně využity pro tvorbu bakalářské práce s názvem Ošetrovatelský proces u pacienta s Alzheimerovou chorobou, proběhlo v časovém období říjen 2016 až leden 2017. Pro vyhledávání byl použit katalog Národní lékařské knihovny (Medvik), Bibliographia medica Čechoslovaca (BMČ – články) a Theses (databáze vysokoškolských kvalifikačních prací). Jako klíčová slova byla stanovena v českém jazyce: Alzheimerova choroba, demence, neurodegenerativní onemocnění, ošetrovatelská péče. V anglickém jazyce byly těmito slovy: Alzheimer disease, Dementia, Neurodegenerative Disease, Nursing care.

Hlavní kritéria pro zařazení dohledaných textů do zpracování bakalářské práce byla: odpovídající tématu a cílům bakalářské práce, odbornost publikací a vydání v časovém období od roku 2007 až po současnost. Jazykové vymezení se vztahovalo na jazyk český, slovenský a anglický. Vyřazovací kritéria byla: obsahová nekompatibilita se stanovenými cíli práce nebo duplicitní nálezy publikace. Požadován byl Harvardský zápis dohledaných zdrojů.

Pro tvorbu bakalářské práce bylo využito celkem 46 informačních zdrojů. Jsme si vědomi, že některé prameny přesáhly doporučenou hranici stáří deseti let, i přes to jsme tyto zdroje využili, neboť obsažené informace jsou stále platné a pro naši práci přínosné.

# 1 ALZHEIMEROVA CHOROBA

Na základě zprávy WHO Global Burden of Disease (2015) Alzheimerova choroba zaujímá 4. místo v pořadí zátěže jednotlivými onemocněními (za depresivní poruchou, ischemickou chorobou srdeční a cerebrovaskulárním onemocněním) na celém světě. Lze konstatovat, že Alzheimerova choroba představuje jednu z největších hrozeb moderní společnosti, neboť dle zprávy České alzheimerovské společnosti (2015) počet lidí trpících demencí neustále narůstá. V roce 2015 na území České republiky žilo 154 tisíc lidí trpících demencí. Předpokládá se, že v roce 2050 to bude již 383 tisíc, tedy více jak dvojnásobek. Stále bohužel platí, že tato situace zatím není úspěšně řešena, za posledních 15 let nedošlo k žádnému zásadnímu průlomů v léčbě Alzheimerovy choroby (WHO, 2015), (MÁTĽ a kol., 2015).

Podle 10. revize mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů vydané Světovou zdravotnickou organizací (WHO) je Alzheimerova choroba definována takto: *primární degenerativní onemocnění mozku neznámé etiologie s charakteristickými neuropatologickými a neurochemickými vlastnostmi. Tato choroba začíná obvykle nenápadně a pomalu, ale trvale progreduje během období několika let* (WHO, 2014, s. 190).

Alzheimerova choroba je plíživě a trvale progredující stav, kdy dochází k postupnému poklesu kognitivních funkcí – paměti, úsudku a myšlení. Tento pokles poznávacích funkcí se relativně brzy od propuknutí nemoci projeví ve všech oblastech běžného života a postupem času vede od schopnosti samostatného žití k závislosti nemocného na každodenní pomoci jiné osoby. V oblasti projevů onemocnění existuje nejednotnost názorů, což je zapříčiněno především tím, že zpočátku nemoci jsou projevy nenápadné, lehce přehlédnutelné a různé podle toho, které části mozku jsou nejdříve zasaženy. *Velmi často se nemocný pokouší zakrýt fakt, že už určité věci neumí dělat, změnou chování,* říká Judith Mollardová, vedoucí výzkumného projektu, který uskutečnila asociace France Alzheimer (REGNAULT, 2011, s. 15). Obecně jsou však známy příznaky, které se vyskytují u většiny nemocných – poruchy krátkodobé paměti, ztráta prostorové orientace, poruchy korových funkcí (afázie, apraxie a agnózie), postižení emocí (zpočátku onemocnění se objevuje deprese a mánie, v pokročilejších

stádiích je nejčastější apatie), zmatenost, změny osobnosti, nálad a mnohé další. Osobnost nemocného se velmi rychle mění, čímž se klinicky výrazně odlišuje Alzheimerova choroba od vaskulární demence. Nemocní trpící ACH mají narušené estetické a etické hodnoty, objevuje se u nich egocentrismus, egoismus, sobeckost, podezíravost, přestávají o sebe pečovat a stávají se zanedbanými, především po stránce hygieny. Samotné onemocnění představuje velkou zátěž pro nemocného a jeho rodinu, ale také pro zdravotnický personál a ekonomiku zdravotnického systému, neboť nemocní vyžadují dlouhodobou, komplexní péči a holistický přístup s ohledem na jednotlivá stádia funkčního poškození (PIDRMAN, 2007), (FRANKOVÁ a kol., 2011), (HOLMEROVÁ, 2013), (NIKOLAI a kol., 2013).

V odborné literatuře se často setkáváme s faktem, že Alzheimerovu chorobu poprvé popsal ve své práci, kterou publikoval v roce 1907, německý neuropatolog a psychiatr Alois Alzheimer. Svou práci postavil na případě pacientky z Královské psychiatrické kliniky v Mnichově, která trpěla depresí, halucinacemi, poruchami paměti (zejména krátkodobé) a projevovalo se u ní neobvyklé chování, například se ztrácela na jí zcela známých místech. Alzheimer po smrti této pacientky provedl pitvu, která prokázala změny na mozku (senilní plaky). Nicméně jestliže bychom za úplný počátek výzkumu Alzheimerovy choroby chápali již objev právě zmíněných senilních plak, pak vývoj pojmu Alzheimerova choroba započal v roce 1892, kdy je popsali Paul Blocq a Georges Marinesco. V této době (na rozdíl od současnosti) se jednalo o nemoc velmi vzácnou (PIDRMAN, 2007), (MÁTĽ a kol., 2015), (ALZ.ORG, 2017).

## 1.1 PŮVOD ALZHEIMEROVY CHOROBY

Dle Jiráka (2013) jsou důvody vzniku Alzheimerovy choroby zcela nejasné. V přibližně 95% případů je toto onemocnění sporadické (JIRÁK, 2013). Orel (2012, s. 95) uvádí, že Alzheimerova choroba vzniká následovně: *V mozku nemocných se objevují zrnka patologického proteinu  $\beta$ -amyloidu. V jejich okolí dochází k degeneraci a zániku neuronů, aktivují se gliové buňky a vznikají charakteristické Alzheimerovy plaky. Pravděpodobně sekundárně dochází v neuronech ke změnám tau-proteinu, který se podílí na zpevnění vláken cytoskeletu. Intracelulárně podmiňují změny tau-proteinu vznik neurofibrilárních uzlíků. Neurony, které je obsahují, degenerují a zanikají.* Dále doplňuje, že se nejedná o jediné změny v mozku, ke kterým



dochází. Mezi dalšími změnami uvádí degeneraci a zánik neuronů, deficit neuromediátorů a změny metabolických pochopů, což má za následek úbytek mozkové tkáně (OREL, 2012, s. 95).

## 1.2 KLASIFIKACE A STÁDIA

Podle 10. revize mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10) vydané Světovou zdravotnickou organizací (WHO) je Alzheimerova choroba klasifikována následovně:

*Demence u Alzheimerovy nemoci s časným začátkem – onemocnění propuká před 65. rokem života;*

*Demence u Alzheimerovy nemoci s pozdním začátkem – onemocnění propuká po 65. roce, obvykle v 70 letech a později;*

*Demence u Alzheimerovy nemoci, atypického nebo smíšeného typu;*

*Demence u Alzheimerovy nemoci NS (WHO, 2014, s. 190).*

Neboť je Alzheimerova nemoc progresivním onemocněním lze rozlišit tři základní stádia podle míry degradace kognitivních i nekognitivních funkcí, ve kterých nemocní vyžadují odlišnou péči. Každé stádium má charakteristické příznaky, zatímco některé příznaky nemoci se mohou objevit v kterémkoli jiném stádiu, jiné se nemusejí objevit vůbec. Rychlost progresu choroby, tedy přechody mezi jednotlivými stádii jsou velice individuální, závisí především na včasné diagnostice a zahájení adekvátní terapie. U jednoho nemocného přechod z prvního stádia do druhého (nebo z druhého do třetího), může trvat měsíce, u jiného může trvat i několik let (CALLONE a kol., 2008), (HOLMEROVÁ a kol., 2008).

První stádium nemoci je charakterizováno mírnými, plíživými a často přehlédnutelnými symptomy, které mohou být zaměňovány za klinicky normální stárnutí. Mezi příznaky, které se projeví v raném počátku nemoci, a měly by být vodítkem k včasné diagnostice, patří především zhoršování paměti a s tím související narušení učení se novým informacím, neboť bývá postižena převážně krátkodobá paměť (dlouhodobá paměť je zpočátku zachována). Nemocný například neustále opakuje téže otázky znovu a znovu, zapomíná na smluvené schůzky, opakovaně hledá po bytě předměty, jako jsou brýle či klíče, protože si nepamatuje, kam je odložil. Již v časných

stádiích se také projevují poruchy orientace. Objevuje se časová dezorientace, kdy nemocný není schopen vybavit si dnešní datum, popřípadě rok narození apod. Taktéž je běžná porucha prostorové orientace, nemocný se nejprve neorientuje v neznámém prostředí, později bloudí i ve známém, například po svém vlastním bytě, kde prožil celý život. K dalším symptomům tohoto stádia se řadí nesprávné užívání slov, pasivita, pokles zájmu o okolní dění, myšlení se stává méně ohebné, chudší, taktéž slovní zásoba je chudší, ztráta logických a analytických úvah, nejistota v rozhodování a mnohé další. U převážné většiny nemocných je stále ještě zachován nadhled nad kognitivními změnami. Z těchto změn jsou vystrašení, převažují pocity úzkosti či depresivní stavy. Samostatnost bývá relativně zachována, nemocní v této fázi potřebují pouze pravidelný dohled či dopomoc (CALLONE, 2008), (ČALS, 2015), (HOLMEROVÁ, 2008), (JIRÁK a kol., 2009), (JIRÁK, 2013), (REGNAULT, 2011).

Ve druhé fázi ACH dochází k prohlubování předchozích obtíží. Typické je prohlubování paměťových deficitů (zasazení i dlouhodobé složky paměti), kdy si tyto lidé nejsou schopni vybavit ani jména členů vlastní rodiny – nápověda, která ještě v prvním stádiu nemoci stačila, zůstává nyní nepochopena. Také se výrazně zhoršuje orientace, z občasné dezorientace v neznámém prostředí se nyní stává každodenní rutina, kdy se nemocní ztrácí ve svém vlastním bytě. Sami sebe zanedbávají, především v oblasti hygieny (začíná se objevovat inkontinence), odívání a stravy. Další oblastí, ve které dochází ke zhoršení, je komunikace. Nyní již není problémem pouze hledání slov či neschopnost určité věci pojmenovat, ale vyskytují se obtíže spojené s porozuměním řeči, což může vést ke konfliktům nemocného a pečujícího. Mezi nové příznaky, které se v prvním stádiu obvykle nevyskytují, řadíme akalkulii, konstrukční apraxii, agrafii a alexii. Neméně často se objevují další příznaky, které už tak psychicky náročnou péči ještě více ztěžují – poruchy spánku, bludy, halucinace, neklid či agrese, nezvladatelné afekty (ve formě ničení majetku, slovního napadání apod.), poruchy chování. Náhled nemocného na tyto změny, které s sebou onemocnění ACH nese, zcela chybí. Tito lidé vyžadují prakticky nepřetržitou přítomnost druhé osoby a pomoc ve většině běžných denních činností (CALLONE, 2008), (ČALS, 2015), (HOLMEROVÁ, 2008), (JIRÁK a kol., 2009), (JIRÁK, 2013), (REGNAULT, 2011).

Třetí stádium je poslední fází ACH, jedná se o stav, ve kterém vše postupně směřuje k terminálnímu stádiu a nevyhnutelné smrti. Zcela nevratné změny prostupující napříč všemi oblastmi života jsou: osobnostní degradace a pokročilá kognitivní deteriorace. Gradující obtíže s komunikací se stále prohlubují, až dojde k úplné neschopnosti komunikovat, někdy i k mutismu. Ke konci tohoto stádia nemocní nejsou schopni ani navázání očního kontaktu. Nastupuje úplná dezorientace, kdy nemocní nepoznávají nikoho a nic. Mezi další příznaky řadíme obtíže při příjmu potravy, inkontinenci (moči i stolice), zhoršení pohyblivosti (někdy až kompletní imobilitu), jsou přítomny bludy, halucinace a psychotické projevy. Méně často se vyskytují neurologické projevy jako epileptické záchvaty či myotické záškuby. V tomto stádiu jsou nemocní plně odkázáni na ošetrovatelskou péči (CALLONE, 2008), (ČALS, 2015), (HOLMEROVÁ, 2008), (JIRÁK a kol., 2009), (JIRÁK, 2013), (REGNAULT, 2011).

### 1.3 DIAGNOSTIKA

Alzheimerova choroba má plíživý nástup, nemocní často první symptomy bagatelizují a nevyhledávají odbornou pomoc. Obvykle navštíví lékaře až na základě doporučení či nátlaku rodiny. Diagnostika možného kognitivního deficitu začíná, jako každé diagnostické vyšetření, anamnézou pacienta. Vzhledem k tomu, že většina nemocných své obtíže popírá, trpí anozognozií či přisuzuje své obtíže okolí (schovávají mi věci) je nutná objektivizace anamnézy další osobou. Objektivní informace je vhodné, pokud možno, získat od blízkých osob nemocného, které mohou relativně spolehlivě referovat o jeho obtížích. Důležité jsou informace o začátku a průběhu obtíží. V rodinné anamnéze zjišťujeme přítomnost demence, nebo jiných psychických poruch u přímých příbuzných. V osobní anamnéze aktivně pátráme po traumatech hlavy, vaskulárních rizicích (hypertenze, hypercholesterolemie, diabetes mellitus), léčených depresích, případném abúzu alkoholu či jiných látek. Zásadní je vyloučení onemocnění, která mohou demenci připomínat, jako jsou dekompenzovaná onemocnění štítné žlázy a plic, deprese, delirium apod. Dále se zaměřujeme na pacientem užívanou medikaci, řada léků má negativní dopad na kognitivní funkce (zejména léky s anticholinergním účinkem, některá spasmolytika, léky se sedativním účinkem, steroidy, opiáty a mnohé další). V pracovní anamnéze nás zajímá stupeň vzdělání, pracovní zařazení a volnočasové aktivity. V sociální anamnéze se ptáme na to kde a s kým nemocný bydlí, pátráme po úrovni bydlení a jaké jsou vztahy v rodině. V rámci anamnézy,

při podezření na demenci provádíme vyšetření zaměřené na 3 základní oblasti demence, hodnotíme tzv. ABC demence. A – aktivity denního života, tedy poruchy soběstačnosti v každodenních činnostech. B – Behaviour (chování), pátráme po apatii, depresi, bludech či halucinacích, neklidu, úzkosti, bloudění apod. Nejčastějším zdrojem informací nám je blízká osoba nemocného. C – Cognition (kognitivní funkce), zjišťujeme poruchy vstřípivosti, výbavnosti, orientace, pozornosti, myšlení, afázie, apraxie atd. (NIKOLAI a kol., 2013), (FRANKOVÁ a kol., 2011).

Pro zhodnocení aktivit denního života je obvykle užívána škála ADL (Activity of Daily Living), která hodnotí pacientovu soběstačnost v různých oblastech každodenních činností – koupel, odívání, toaleta, přesun (z lůžka do prostoru), kontinence, příjem potravy (NIKOLAI a kol., 2013).

Pro vyšetření kognitivních funkcí se používá řada testovacích škál a metod. Celosvětově uznávaným základním testem u pacientů s Alzheimerovou demencí je MMSE (Mini-Mental State Examination). Skládá se z 30 otázek a úkonů rozdělených do 5 oblastí. Hodnotí oblasti orientace, paměti, pozornosti, výbavnosti a řeči. Oblast řeči zahrnuje komunikaci a konstrukčních schopnosti. Maximální počet bodů, které lze v tomto testu získat je 30. Pokud nemocný získá 26 a méně bodů mluvíme o kognitivní poruše (NIKOLAI a kol., 2013).

Dalším často užívaným testem k posouzení kognitivních funkcí je Test hodin (Clock drawing test), kdy nemocný na list papíru před ním má nakreslit ciferník hodin se všemi čísly a ručičky nastavit na určitý čas. Pacienti s demencí tohoto úkolu nejsou schopni, nebo v něm často chybují. V tomto testu je možné získat 5 bodů. Jeden bod za každý jednotlivý úkon – nakreslení hodinového ciferníku, zaznamenání všech čísel, zaznamenání všech čísel ve správných pozicích, nakreslení obou ručiček a správné vykreslení určeného času. Přičemž získání 4 nebo 5 bodů je považováno za normu (FRANKOVÁ a kol., 2011).

Vedle testovacích metod a škál se v diagnostice uplatňují také zobrazovací vyšetření mozku. Zobrazovací metody slouží především k vyloučení ostatních chorobných stavů nebo onemocnění, které mohou svými příznaky Alzheimerovu chorobu připomínat, jako jsou tumory, subdurální hematom, vaskulární léze a další.

Ze strukturálních zobrazovacích vyšetření se obvykle indikuje počítačová tomografie CT a magnetická rezonance MR. Při nutnosti doplnit nález z těchto vyšetření o lokalizaci mozkové dysfunkce lze provést funkční zobrazovací vyšetření jednofotonovou emisní výpočetní tomografií SPECT či pozitronovou emisní tomografií PET (FRANKOVÁ a kol., 2011), (BARTOŠ, 2012).

## 1.4 TERAPIE

Alzheimerova choroba je zatím nezvratným, tedy nevléčitelným poškozením mozku, současná medicína umí pouze modifikovat druhotné projevy a zmírnit symptomy nemoci. Jedná se o komplikovaný a dlouhotrvající proces cílený na jednotlivého člověka, který zahrnuje nastavení adekvátní farmakoterapie k ovlivnění kognitivních funkcí (především v rané fázi nemoci), farmakoterapie ovlivňující nekognitivní funkce jako jsou psychotické symptomy, poruchy spánku, neklid či poruchy emotivity. Komplexní přístup v terapii těchto nemocných dále zahrnuje neméně důležité složky, jako jsou rehabilitace a psychoterapie, které jsou závislé na individuálních potřebách jedince, rozsahu jeho postižení a přidružených nemocí. Pro co nejefektivnější terapeutické ovlivnění ACH je velmi významná spolupráce s rodinou a blízkými nemocného, především pokud se rozhodli o nemocného pečovat v domácím prostředí (CARPER, 2011), (FRANKOVÁ a kol., 2011).

Určitou nadějí v léčbě Alzheimerovy nemoci je výzkum, který nyní probíhá v britských laboratořích. Vědecký tým toxikologického oddělení pod vedením profesorky Anne Willisové, pracuje s inhibítozem enzymu známým pod označením PERK, který hraje klíčovou roli v aktivizaci obranného mechanismu mozku proti neurodegenerativním změnám. Testování probíhá na laboratorních myších, u kterých se po aplikaci léku skutečně výrazně zlepšuje stav, nicméně na druhé straně se objevuje nemalé množství významných vedlejších účinků jako je ztráta váhy či poškození slinivky břišní s následným vyvoláním diabetu mellitu. Vědci se domnívají, že v budoucnu (po odstranění vedlejších účinků) bude možné zmíněné PERK inhibitory využít v léčbě neurodegenerativních onemocnění včetně Alzheimerovy choroby (ŠERÝ, 2013), (AD CENTRUM, 2017).

### 1.4.1 FARMAKOLOGICKÁ TERAPIE

Zatímco u mnoha jiných onemocnění je hlavním účelem farmakoterapie plné uzdravení či prodloužení života nemocného, v případě ACH nemocnému napomáhá zkvalitnit průběh onemocnění a prodloužit období aktivního života. V současnosti podle evidence-based medicíny (tedy medicíny, která klade důraz na využití nejlepších současných důkazů při rozhodování o péči o pacienty) jsou k těmto účelům určena kognitiva, antidepressiva, antipsychotika, anxiolytika (při léčbě úzkostných stavů) a hypnotika (při poruchách spánku) (FRANKOVÁ a kol., 2011), (KOSOVÁ a kol., 2017).

Kognitiva, jejich hlavním efektem je oddálení progresu onemocnění, vedou k přechodnému zlepšení kognitivních funkcí (nejdéle však na dobu 12 měsíců), mají pozitivní efekt na problémové chování, a tím zlepšují spolupráci s nemocným. To vše vede k oddálení vzniku nejtěžších stádií nemocí a plné závislosti na ošetrovatelské péči. Podle aktuálně doporučených celosvětových standardů jsou k léčbě ACH používána následující farmaka: inhibitory cholinesteráz a memantin. Mezi inhibitory cholinesteráz, které jsou ordinovány v počátečních stádiích ACH, řadíme: donepezil (Aricept), rivastigmin (Exclon) a galantamin (Reminyl), který se v České republice v současné době neužívá. Memantin (Exiba) je naopak indikován v pokročilejších stádiích. Dalším farmakem, kromě inhibitorů cholinesteráz a memantinu, dle doporučení Světové federace společností biologické psychiatrie (WFSBP) je Extrakt z Ginkgo biloba EGb 761, který představuje nejrozporupnější léčivo používané v léčbě Alzheimerovy choroby. Klinický účinek EGb 761 je stále předmětem mnoha studií (FRANKOVÁ a kol., 2011), (MASOPUST, 2016).

Antidepressiva, ze skupiny SSRI (selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu) jsou indikovány k léčbě agitovanosti, dlouhotrvajícím stavům neklidu, úzkosti a depresím. Mezi nejefektivnější u ACH řadíme: escilopram, citalopram a sertralin (FRANKOVÁ a kol., 2011).

Antipsychotika, vhodná ke snížení agrese a neklidu, který je vyvolán především psychotickými symptomy, jako jsou halucinace či bludy. Nejčastěji indikovány jsou: tiapridal, melperon, risperidon, quetiapin, olanzapin, u rezistentních stavů haloperidol (KOSOVÁ a kol., 2017).

#### **1.4.2 NEFARMAKOLOGICKÁ TERAPIE**

Vedle výše zmíněných farmakologických postupů jsou v léčbě ACH používány rovněž nefarmakologické postupy, které jsou zaměřeny především na zachování soběstačnosti v denních aktivitách běžného života a zmírnění progresu úpadku kognitivních funkcí nemocného. Mezi nejčastěji používané postupy patří psychoterapie a fyzioterapie. Tyto postupy se vzájemně doplňují a prolínají (ALZHEIMERCENTRUM, 2014).

Obsahem psychoterapeutické léčby jsou verbální techniky (rozhovory s nemocným i pečujícím, sugesce apod.), ale i techniky neverbální (ergoterapie, muzikoterapie a mnohé další). Musí být individuálně uzpůsobena potřebám nemocného a využívat jeho zájmů. Cílem je podpora emočního prožívání a zvládnutí zátěže vyplývající z průběhu onemocnění. Často užívanou psychoterapeutickou metodou je reminiscenční terapie, tedy terapie vzpomínáním, dále mezi poměrně často používané postupy řadíme behaviorální terapii (návčik různých dovedností), kognitivní trénink, cvičení orientace, arteterapii (terapie výtvarnými aktivitami) a dramaterapii či canisterapii (terapie s pomocí zvířat) (ALZHEIMERCENTRUM, 2014).

Fyzioterapie se zabývá řadou fyzikálních metod, jejichž hlavním cílem je obnovení či udržení fyzické kondice, motoriky a řeči. U nemocných s Alzheimerovou chorobou, je vhodné využívat masáže, bazální stimulaci, speciální cvičení, rehabilitaci řeči atd. (FRANKOVÁ a kol., 2011).

## 1.5 PREVENCE

V současné době není etiologie onemocnění Alzheimerovy choroby objasněna, tudíž není zcela jasné, jak se tomuto onemocnění bránit. Existuje řada předpokládaných rizikových faktorů, z nichž jsou ovlivnitelné jen některé. Cílem preventivních opatření je oddálení rozvoje demence (ALZHEIMERCENTRUM, 2014).

Dle MUDr. Slavomíra Pietrucha, předního českého psychiatra a odborníka na Alzheimerovu chorobu, lze za potenciální rizikové faktory demence považovat věk (ve věku 65 let trpí demencí asi 5 % obyvatel a toto procento se každých 5 let zdvojnásobuje), genetické předpoklady (pokud se choroba vyskytne v rodině, pravděpodobnost onemocnění dalšího člena rodiny se zvyšuje asi 3,5krát, ale také se nemusí objevit vůbec), úrazy hlavy v osobní anamnéze, depresivní syndromy, hypertenze, diabetes mellitus, snížená fyzická, sociální a mentální aktivita (ANON, 2011).

Dalšími rizikovými faktory jsou: ženské pohlaví, vzdělání (lidé s nižším vzděláním mají vyšší riziko rozvoje onemocnění), zvýšená hladina cholesterolu a homocysteinu (SLOVENSKÁ ALZHEIMEROVA SPOLEČNOST, 2017).

Mezi protektivní faktory řadíme: fyzickou aktivitu (chůzi nebo cvičení alespoň 40 minut denně), dobrou mentální kondici (čtení knih, luštění křížovek či rébusů, a mnohé další aktivity zaměřené na procvičování kognitivních funkcí), aktivní trávení volného času, sociální interakce, adekvátní dietní opatření (pozitivní vliv mají vitamíny B, D a E, dále se doporučuje dostatečný příjem omega-3 mastných kyselin a flavonoidů, které jsou obsaženy například v kávě, čaji a červeném víně), pravidelné sledování cholesterolu a krevního tlaku (ANON, 2011).



## 1.6 MOŽNOSTI PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE

Podle České alzheimerovské společnosti není průběh onemocnění u každého člověka trpícího Alzheimerovou chorobou stejný. Existují stádia nemoci, které mají své charakteristické projevy, avšak ne všichni jedinci v určitém stádiu nemoci mají shodné potřeby vyžadující stejnou péči. Lidé trpící demencí mají své specifické potřeby, a proto je důležité při volbě vhodného prostředí uplatňovat holistický přístup s ohledem na stádium nemoci (ČASL, 2015).

Péče o tyto nemocné je v České republice, oproti jiným vyspělým státům, nedostatečná ve smyslu koncepčnosti a provázanosti jednotlivých odborností. Část péče je poskytována zdravotnictvím a část sociálními službami. Dlouhodobá zdravotně-sociální péče zatím v České republice neexistuje. Zařízení, která poskytují těmto nemocným adekvátní péči, jsou přeplněna. I z tohoto důvodu se o zhruba 100 tisíc lidí, které postihla demence stará rodina či přátelé (MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ, 2017).

Hlavní podmínkou pro to, aby mohl nemocný zůstat ve svém přirozeném prostředí, obklopen lidmi, které zná a věří jim, je dobré rodinné zázemí a ochota blízkých se o nemocného postarat, až toho nebude sám schopen. V počátcích onemocnění by měly být pacientovi, členům rodiny a všem ostatním pečujícím srozumitelnou formou sděleny podrobné informace o chorobě a jejím předpokládaném průběhu. Také se doporučuje již v raných fázích onemocnění nastavit vhodná opatření, která usnadní život jak nemocnému, tak pečujícím. Pokud je to nutné, lze zajistit například pečovatelskou službu v domácím prostředí, domácí zdravotní péči či respitní neboli odlehčovací péči (ČALS, 2015), (HOLMEROVÁ a kol., 2008).

V pokročilejších stádiích nemoci je obvyklé, že nemocný vyžaduje nepřetržitou péči a dohled. Vhodnou volbou pro pečující jsou denní nebo týdenní stacionáře, kde nemocnému příslušný personál poskytne adekvátní péči, zatímco rodinní příslušníci si mohou odpočinout a načerpat novou energii. Výhodou této služby je malý počet klientů, tudíž je zaručen individuální přístup k nemocnému. Stacionáře jsou vybaveny odborným personálem, který v případě potřeby může pečujícím poskytnout cenné informace a také vytváří klientům vhodný program s ohledem na jejich fyzický

a duševní stav. Tato služba v mnoha případech napomáhá oddálit umístění nemocného do ústavní péče (MALÍKOVÁ, 2011).

V některých případech, kdy nemocní nemají možnost domácí péče, či je péče o ně natolik náročná (v pokročilých a terminálních fázích nemoci), že už ji blízcí pečující nezvládají, je možné využít ústavní péči. Zdravotnická péče je těmto lidem poskytována formou hospitalizace v lůžkovém zdravotnickém zařízení, a to např. na oddělení geriatrickém, oddělení následné péče, psychiatrických nemocnicích, oddělení dlouhodobé intenzivní péče nebo na standardním interním oddělení. V těchto zařízeních je těžké přizpůsobit režim specifickým potřebám nemocných s Alzheimerovou chorobou a také pobyt bývá časově limitován. Pokud je ale situace taková, že se pacient z nějakého důvodu nemůže nebo není schopen se postarat sám o sebe a ani nemá možnost jiné péče, ale nepotřebuje již hospitalizaci, je možné využít institut sociálního lůžka, které některá nemocniční zařízení nabízejí. Umístění pacienta na toto lůžko je možné pouze na přechodnou dobu, do doby než mu bude zajištěna sociální služba trvalého charakteru (KOLÁŘOVÁ, 2015), (JIRÁK a kol., 2009).

Pobytové sociální služby jsou poskytovány v domovech pro seniory a v domovech se zvláštním režimem. Domovy pro seniory definuje v ustanovení § 49 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, takto: *V domovech pro seniory se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby* (ČESKO, 2006). Již z této definice je patrné, že tento druh pobytové sociální služby není prvotně určen pro osoby trpící Alzheimerovou chorobou. Určujícím momentem pro přijetí se tak stává samotná vstřícnost těchto zařízení péči seniorům s diagnostikovanou ACH poskytnout a do zařízení je přijmout. Určujícím momentem může být např. vydefinování pravidel pro nepřijetí do konkrétního domova seniorů, které jsou uvedeny v registru poskytovatelů sociálních služeb MPSV (MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ, 2017), (ČALS, 2015).

Druhem pobytové sociální služby přímo určeným pro osoby s diagnostikovanou Alzheimerovou chorobou, jsou domovy se zvláštním režimem, které definuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, v ustanovení § 50 takto: *V domovech se zvláštním režimem se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob* (ČESKO, 2006). Zařízení se zvláštním režimem představují ideální prostředí, neboť byly účelně zřízeny k poskytování pobytové sociální služby lidem trpícím Alzheimerovou chorobou a ostatními typy demencí. Tyto domovy poskytují komplexní služby, tak aby co nejvíce podpořily aktivní život klientů. Nabízejí pobytové služby ve spojení s celou řadou terapeutických služeb, pod vedením odborníků, kteří jsou školeni v dané problematice. Běžnou součástí praxe by tak mělo být uplatnění postupů jako je psychobiografický model péče podle E. Böhma, smyslová aktivizace podle LoreWehner, komunikační koncept integrativní validace podle Richard, dále využívání metody bazální stimulace či prvků snoezelen – MSE koncept (OCHRÁNCE, 2013), (OCHRÁNCE, 2015).

Vedle toho samozřejmě stojí poskytování sociální, pečovatelské i zdravotně ošetrovatelské péče. Celý systém služeb je doplněn, tak jako v domovech pro seniory, o organizování volnočasových aktivit, vytváří sociálně rehabilitační programů (kondiční cvičení, trénování kognitivních funkcí, dramaterapie, reminiscenční terapie atd.) a mnohdy také zajištění společenských akcí (např. návštěvy divadel, organizované výlety, či procházky po okolí), vše s ohledem na potřeby, přání a zdravotní stav klientů. Současným trendem při poskytování těchto služeb je architektonické řešení těchto institucí, a to vytvoření chráněného prostředí s využitím malých ubytovacích jednotek se speciálními orientačními prvky (ČASL, 2015), (MALÍKOVÁ, 2011).

Jedním z největších provozovatelů domovů se zvláštním režimem v České republice je Alzheimercentrum. Alzheimercentrum je skupina devíti specializovaných zařízení zaměřující se na problematiku péče o klienty s ACH ale i ostatními typy demence (ALZHEIMERCENTRUM, 2014).

## 1.7 ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST

Česká alzheimerovská společnost (dále jen ČALS) vznikla v Gerontologickém centru v Praze v roce 1996, na území České republiky působí od února 1997, kdy byla zaregistrována jako občanské sdružení. ČALS zpočátku sdružovala jen profesionály z oboru gerontologie (lékaře, sestry, sociální pracovníky, studenty a další), postupně se členy začali stávat rodinní příslušníci, neboť jich se problematika péče o lidi trpící Alzheimerovou chorobou týká nejvíce. V současné době je tato společnost členem mezinárodních organizací Alzheimer's Diseases International a Alzheimer Europe. Cílem těchto organizací je pomoc a podpora nejen lidí trpících demencí, ale také jejich rodinných příslušníků. Česká alzheimerovská společnost má v současnosti na území České republiky 25 kontaktních míst. Spolupracuje s poskytovateli sociálních a zdravotnických služeb, provozuje vzdělávací kurzy, odlehčovací služby, odborné poradenství a dále poskytuje laické i odborné veřejnosti aktuální informace o ACH a mnohé další (ČALS, 2015).

## 2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE DLE MODELU V. HENDERSONOVÉ

Pro zpracování problematiky péče o jedince trpících Alzheimerovou chorobou je z ošetřovatelské teorie nejvhodnější aplikace koncepčního modelu Virginie Henderson, neboť Alzheimerova choroba je v současnosti nevyléčitelným stavem, který má charakter progresivní, tudíž postupně směřuje ke ztrátě samostatnosti, terminálnímu stádiu a následné smrti. Základním cílem modelu Virginie Henderson je dosažení a zachování co nejvyšší možné úrovně soběstačnosti nemocného v uspokojování potřeb (biologických, sociálních, psychologických a duchovních), tento fakt vyplývá z její definice role sestry, kterou uvedla v publikaci *The Nature of Nursing* (Charakter ošetřovatelství) vydané roku 1966: *Unikátní funkcí sestry je pomáhat jednotlivci, nemocnému při plnění činností, které přispívají ke zdraví nebo jeho zlepšení (nebo klidné smrti), aby mohl vykonávat činnosti bez pomoci, pokud bude mít potřebnou moc (sílu), vůli (chtít) nebo znalost. A to takovým způsobem, aby mu pomohla získat nezávislost co nejrychleji* (HENDERSON, 1966, s. 15). Virginie Henderson stanovila 14 základních komponentů potřeb, ve kterých může být sestra nemocnému nápomocna:

- potřeba dýchat,
- příjem tekutin a potravy,
- vylučování,
- pohyb a optimální poloha,
- odpočinek a spánek,
- oblékání a svlékání,
- udržování tělesné teploty,
- udržování tělesné čistoty,
- odstraňování rizik z prostředí,
- komunikace s okolím,
- vyznání víry,
- smysluplná práce,
- zábava,
- učení (PAVLÍKOVÁ, 2006).

## **Uspokojení potřeby dýchat**

Alzheimerova choroba sama o sobě potřebu dýchání nijak neovlivňuje. Avšak ACH je nemocí především pokročilejšího věku, kdy se přirozeně snižuje funkce dýchacího systému. Bezprostřední riziko pro seniorský věk představují bronchopneumonie, jejichž průběh bývá komplikován řadou dalších faktorů, jako je horečka, dušnost, kašel a bolest při dýchání. Nejvhodnější polohou pro efektivní dýchání je poloha v polosedě či poloha na boku (DIENSTBIER, 2009).

## **Příjem potravy a tekutin**

Bezprostřední rizika v této oblasti představují dehydratace a malnutrice. Zatímco u některých jedinců je malnutrice (tedy podvýživa) způsobena odmítáním stravy, u jiných se vyskytuje v souvislosti s poruchami polykání, které jsou typické pro třetí stádium nemoci. Určitým přínosem v boji proti podvýživě mohou být potravinové doplňky. Existuje celá řada vysoce energetických, nutričně vyvážených doplňků, které jsou volně prodejné v lékárnách. Mezi nejčastěji používané k léčbě či prevenci malnutrice patří Nutridrinky a Fresubiny. Na českém trhu je také velké množství dalších preparátů, jako je například Cubitan, který svým nutričním složením napomáhá v léčbě dekubitů. Konzistence těchto přípravků je přizpůsobena lidem s poruchami polykání, proto je lze jednoduše a efektivně využívat. Na trhu jsou k dostání v tekutém stavu (určené pro sipping) a také s krémovou konzistencí. Dostatečná výživa a dobrý nutriční stav nemocného se považuje za součást kvalitní péče (JIRÁK a kol., 2009), (MLÝNKOVÁ, 2011).

Dehydratace se u lidí v pokročilejším věku vyskytuje poměrně často i přesto, že její příčiny jsou obvykle banální. Zásadním problémem je postupná ztráta žízně nemocného, která je ve stáří fyziologická. Rizikovějšími se stávají nemocní s horečkou, průjmy, pacienti užívající diuretika a projímadla. Nedostatek tekutin se projevuje apatií, bolestí hlavy, únavou nebo naopak neklidem a zmateností (především u jedinců trpících demencí), suchostí kůže a sliznic (může dojít k jejich poškození), povleklým a oschlým jazykem, koncentrovanější močí, která je tmavá, zakalená a výrazněji páchne. V důsledku nedostatku tekutin v krevním oběhu se projevuje poklesem krevního tlaku a zrychlením srdeční činnosti. Objevují se závratě, nestabilita, a tím se zvyšuje riziko pádu. Při přehlížení těchto příznaků může dojít až k selhání ledvin, poruše vědomí

a ke smrti. Zásadní je nemocného aktivně povzbuzovat v příjmu tekutin, neméně důležité je zajištění vhodných tekutin (voda, čaj, džusy, občasné zařazení minerálních vod, naopak nevhodná je káva), popřípadě dopomoc při příjmu tekutin, především v pokročilejších stádiích nemoci, kdy se objevují problémy s mobilitou. Vhodné je také do stravy zařadit polévky. K včasnému odhalení dehydratace může napomoci sledování diurézy, monitorování příjmu a výdeje tekutin je běžnou praxí na oddělení nemocnic, proto se doporučuje tento postup sledovat i v domácích podmínkách (JIRÁK a kol., 2009), (MLÝNKOVÁ, 2011).

## **Vylučování**

Zásadní problematiku v oblasti vylučování představují chronická obstipace a inkontinence. Zatímco zácpou trpí často imobilní pacienti v pokročilých stádiích nemoci, inkontinence se objevuje již v relativně brzkých počátcích onemocnění a je jedním z příznaků demence. Obstipace je často řešena indikací laxativ i přes skutečnost, že existuje šetrnější způsob, a to dostatečný přísun tekutin, strava bohatá na vlákninu a tělesná aktivita (i pasivní rehabilitace u imobilních nemocných). Inkontinence je stav, kdy u nemocného dochází k nechtěnému samovolnému úniku moči či stolice. Inkontinence představuje pro nemocného stresující skutečnost, za kterou se často stydí. Proto je nutné pátrat po jejích příčinách. Jednou z nejčastějších a zbytečných příčin jsou infekce močových cest, z toho důvodu je vhodné navštívit s nemocným specialistu (u žen gynekologa, u mužů urologa). Pokud však specialista infekci vyvrátí, je nutné pátrat dál. U jedinců trpících demencí mohou být příčiny inkontinence různorodé, avšak obvykle souvisí s poruchou kognitivních funkcí (nesprávné vyhodnocení potřeby vyprázdnit se, bloudění a nenalezení toalety, neschopnost svléknout si kalhoty a mnohé další). V těchto případech jsou nutná určitá opatření, která mohou být nápomocná v boji proti nechtěnému úniku moči či stolice. Doporučuje se označit toaletu vhodnými symboly či nápisy, vybavit toaletu madly, dostatečným osvětlením a nástavcem na mísu, aby se nemocnému lépe vstávalo, užívat vhodné inkontinenční pomůcky a nemocného nabádat v pravidelných intervalech (přibližně dvouhodinových), aby se vyprázdnil (HAŠKOVCOVÁ, 2010), (KALVACH a kol., 2008).

## **Pohyb a optimální poloha**

Ve vyšším věku se zcela běžně objevují problémy v oblasti mobility způsobené tělesným opotřebením. Obecně platí, že ve stáří dochází k úbytku svalové hmoty, a tím i ke snížení fyzické síly. Dalším faktorem, který ovlivňuje fyzickou složku člověka, mohou být léky, které jsou mnohdy nezbytnou součástí léčebného režimu. Jedná se především o léky navozující útlum (hypnotika, anxiolytika, psychotika atp.) Nemocní trpící Alzheimerovou chorobou jsou navíc znevýhodněni nestabilitou a poruchami chůze, což jsou běžné projevy pokročilejších stádií choroby. Tyto a další faktory, jako jsou nevhodně uzpůsobené prostředí (koberečky a rohožky v bytě, prahy, nesprávně umístěný nábytek, různé kabely elektrických spotřebičů, schody), nevhodná obuv a nebezpečné povrchy (kluzká podlaha, vana, sprchový kout), představují riziko pádů a zranění. Důsledky pádů seniorů jsou závažné a často podceňované, i proto bývají nejčastější příčinou geriatrické imobility a mnohdy i úmrtí. Cílem ošetrovatelské péče je nemocného udržet co nejdéle mobilního, zajistit bezpečné prostředí, vhodné kompenzační pomůcky (chodítko, rolátor, berle, pomůcky pro sebeobsluhu atd.), a tím předcházet možným zraněním, které povedou k omezení pohyblivosti (KALVACH a kol., 2008), (PIDRMAN, 2007).

## **Spánek a odpočinek**

Lidé s Alzheimerovou chorobou často trpí poruchami spánku, nejčastěji nespavostí. Obvykle bývá tato problematika doprovázena nočním neklidem a úzkostí. To představuje pro pečující značnou zátěž. Nemocní v noci bloudí a jsou ohroženi pádem. Častým, i když nejméně vhodným řešením, bývá indikace hypnotik (léky vyvolávající spánek, usnadňující usnutí). Na hypnotika vzniká velmi rychle závislost a tím se snižuje jejich účinek. Vhodnější metodou je u nemocného vybudovat stálý režim spánku a bdění tak, aby v noci spal a přes den byl bdělý. Doporučuje se určit pravidelnou hodinu, kdy půjde spát a kdy bude ráno vstávat. Po probuzení by se měl převléknout z nočního oděvu do oblečení určeného na denní nošení, které by naopak v noci mělo být odstraněno z dohledu (nejlépe schované ve skříni), aby se předešlo situacím, kdy pacient v noci vstane, oblékne se a kamsi odchází. Další důležitou intervencí je zajistit, aby nemocný přes den nespával (např. vhodnou aktivitou), odpočívat může, ale usnout by neměl. V neposlední řadě je také vhodné nemocného před uložením ke spánku aktivně nabádat, aby se došel vyprázdnit, zamezíme tím



nočnímu probuzení a následnému problému s opětovným usnutím (CALLONE a kol., 2008).

### **Vhodné oblékání a svlékání, výběr oblečení**

Již v počátečních fázích onemocnění je výběr oblečení, oblékání i svlékání ovlivněno zapomínáním, posléze se přidává i neschopnost obléci se přiměřeně ročnímu období, proto je nutné nemocnému oblečení připravovat, nejlépe v pořadí, ve kterém si je má vzít na sebe. Doporučuje se jednoduché zapínání, bez knoflíků. Nejčastějším problémem je vázání bot na tkaničky, vhodnější alternativou jsou suché zipy (VENGLÁŘOVÁ, 2007).

### **Udržování fyziologické tělesné teploty**

Během všech stádií nemoci je fyziologické udržování tělesné teploty zachováno. Podchlazení se může vyskytnout u nemocných, kteří utíkají a toulají se. V terminálních fázích onemocnění, kdy je zasažena mobilita, může být podchlazení způsobeno také extrémně nízkou teplotou v pokoji (KALVACH a kol., 2008).

### **Udržování upravenosti a čistoty těla**

Pro nemocné v pokročilejších fázích onemocnění je typické zanedbávání v oblasti hygieny a odívání. Mají tendenci zapomínat na osobní hygienu a nutnost výměny oblečení, popřípadě si nejsou schopni vybavit posloupnost kroků, které je zapotřebí vykonat. Udržovat upravenost a čistotu těchto lidí je důležité především z důvodu zachování lidské důstojnosti (CALLONE a kol., 2008), (VENGLÁŘOVÁ, 2007).

### **Odstraňování rizik z prostředí a zabraňování vzniku poškození sebe i druhých**

Projevy Alzheimerovy choroby, jako je zmatenost, dezorientace a zhoršení paměti, vyžadují speciálně upravené prostředí, které zabrání nehodám jak samotného nemocného, tak i ostatních. V první řadě je důležité si uvědomit, že zmatenost ve spojení s dezorientací vede často k nepříjemným situacím, kdy nemocný nepozorovaně opustí nějaké místo (oddělení nemocnice, ale i domácí prostředí), toulá se a nedokáže se sám vrátit zpátky. Tomuto lze předcházet celou řadou opatření, jedním

z nich je uzamykatelnost vchodových dveří (platí především pro domácí prostředí), dále se doporučuje na tyto dveře (pokud nemohou být z nějakého důvodu uzamčeny) umístit velkou ceduli STOP, neboť se ukázalo, že i velmi dezorientovaní lidé, na tento známý symbol jsou schopni zareagovat. Dalším užitečným prostředkem v boji proti nežádoucímu toulání nemocných je pořídit od alzheimerovské společnosti náramek, který pomůže zbloudilého pacienta identifikovat. V oblasti bezpečnosti prostředí je zásadní zaměřit se především na riziko požáru (např. nemocný zapne plynový sporák a zapomene jej vypnout), neméně důležité je dbát na bezpečnost nemocného, např. zajistit, aby z kohoutků netekla příliš horká voda (nemocný se může opařit, protože zapomene, že červený kohoutek obecně symbolizuje horkou vodu), taktéž je nutné z dosahu odstranit všechny chemikálie a jiné zdraví škodlivé látky, které by si mohl splést s něčím co je vhodné k pití či jídlu. Totéž platí o lécích. V neposlední řadě jsou nemocní ohroženi pády a úrazy, proto se doporučuje odstranit všechny doplňky, které nejsou s podlahou pevně spojeny (koberečky, textilie atd.), chodby a toaletu vybavit madly, schody zabezpečit brankami, poslední a první schod výrazně označit barevnou páskou, zajistit vhodné osvětlení všech využívaných prostor (ve dne i v noci), vhodně umístit nábytek, tak aby nebránil v cestě (např. z lůžka na toaletu), zajistit pevnou obuv a také vhodné kompenzační pomůcky (MALÍKOVÁ, 2010), (HOLMEROVÁ a kol., 2008).

### **Komunikace s jinými osobami, vyjadřování emocí, potřeb, obav, názorů**

Neodmyslitelnou součástí ošetrovatelské péče představuje komunikace mezi personálem a pacientem. Vedle obecných zásad pro komunikaci s pacienty existuje celá řada zásad pro správnou komunikaci s lidmi trpícími demencí. Vhodné je používat krátké a jednoduché věty. Mluvit srozumitelně, pomalu, hlasitě, ale s příjemnou intonací, abychom nemocného nerozrušili. Používat přímá pojmenování, a pokud to lze, na předmět ukázat. Taktéž je velmi důležité navázat a udržovat oční kontakt, během rozhovoru opakovaně zjišťovat, zda nám nemocný porozuměl. Vhodné je využívat papír, na který zaznamenáváme důležité informace. U pacientů trpících syndromem demence je zásadní i neverbální komunikace – mimika, dotek, gesta, které vyjadřují náš vztah k pacientovi. Pacienti s demencí jsou velmi citliví na neverbální signály a také často „zrcadlí“ chování pečujících, proto je zásadní, abychom při komunikaci s těmito jedinci byli klidní a vyrovnaní. Jakoukoli činnost,

s kterou nemocnému pomáháme, doprovázíme slovním komentářem, aby přesně věděl, co se od něj očekává. Jedním ze symptomů Alzheimerovy choroby může být afázie, pak je vhodné se ve vyšší míře zaměřit na neverbální komunikaci (FRANKOVÁ a kol., 2011), (POKORNÁ, 2010), (KALVACH, 2008).

### **Vyznání víry**

Maslow (1970) uvádí, že: *Chápe spiritualitu jako nejvyšší hodnotu, po které člověk může v životě toužit. Tato touha vrcholí v době, kdy si člověk uvědomí, že stárne* (MASLOW IN KŘIVOHLAVÝ, 2011, s. 115).

Obecně lidé v pokročilejším věku mají tendenci hodnotit svůj život, tato tendence ještě více posiluje v období nemoci. Na sklonku života pacienti bilancují, ohlíží se zpět, kladou si otázky, na které neumějí najít odpověď apod. V tuto chvíli je důležité si uvědomit, že člověk je bytost bio-psycho-sociálně-spirituální, na což mnoho lidí, a to včetně zdravotníků, zapomíná. Vhodné je, aby duchovní byl součástí multidisciplinárního týmu a spolupracoval na péči o nemocného s ostatním personálem. Nicméně v České republice je tato oblast péče zatím málo zmapovaná (bývá předmětem některých diplomových prací na teologických fakultách) a ve zdravotnických zařízeních často duchovní péče chybí úplně (KŘIVOHLAVÝ, 2011), (KISVETROVÁ, 2013).

### **Produktivní činnost, práce**

V ošetrovatelské péči o pacienty s Alzheimerovou chorobou je jedním z nejcennějších prostředků vhodný program, který by měl pacientovi dát pocit, že je ceněnou součástí společnosti. Mnoho lidí si neuvědomuje, že u těchto pacientů nestačí poskytnout pouze složky základní péče. Důležité je vytvoření denního programu a zařazení takových aktivit, které budou nemocného bavit a též u něho dokážou pozvednout náladu, snížit četnost vzdorovitých projevů či agrese a rozptýlit depresi. Těmito aktivitami může být jakákoli činnost, která je dobrovolná, společensky přijatelná a nevede k neúspěchu, od pomoci s přípravou jídla, přes produktivní práci na zahradě až po odborně vedené aktivizační činnosti. Vhodné je v denním programu dopoledne zařazovat aktivity, které pacienta příliš nevyčerpají, naopak náročnější činnosti nechat až do odpoledních hodin. Velmi často užívanou metodou aktivizační

činnosti v institucionální péči je ergoterapie, která musí být přizpůsobena potřebám a schopnostem nemocného (MALÍKOVÁ, 2010), (VENGLÁŘOVÁ, 2007).

### **Zábava, hra, odpočinkové a relaxační aktivity**

Jak je již uvedeno v předchozím odstavci, důležitou složku péče o pacienty trpících demencí, představuje vhodný program. Zejména v počátcích nemoci by tento program měl zahrnovat kromě produktivní práce také hry, kulturní vyžití, odpočinkové aktivity a mnohé další dle předchozích zkušeností a návyků pacienta. Hry přináší člověku radost, poskytují mu šanci vyhrát a také zábavnou formou procvičují paměť, orientaci v čase, prostoru a osobou, logické myšlení, schopnost řešit problémy a udržovat pozornost. K těmto účelům slouží různé kvízy, křížovky, ale i společenské hry jako je Člověče, nezlob se. Kulturní vyžití je pro člověka s demencí důležité, především v boji proti sociální izolaci, neměl by celý den strávit sám na pokoji. Vhodné může být cokoli, co měl nemocný rád před vypuknutím nemoci od návštěvy divadla, přes koncert oblíbené kapely, až po navštívení své oblíbené restaurace. Odpočinkové aktivity zahrnují široké spektrum činností, jednou z forem může být muzikoterapie, kdy se nemocný může zúčastnit aktivně i pasivně. Při pasivní účasti relaxuje u poslouchání hudby (doporučuje se výběr hudby uzpůsobit tak, aby převažovaly skladby z pacientova mládí, které si dobře vybaví), při aktivní účasti se zapojuje a zpívá s ostatními. Muzikoterapie je mezi lidmi s ACH velice oblíbená aktivita stejně jako canisterapie (BALÁTOVÁ a kol., 2010).

### **Učení, objevování nového, využití dostupných zdravotnických zařízení**

Učení a přijímání nových informací je Alzheimerovou chorobou zásadně narušeno, neboť jedním ze symptomů nemoci jsou poruchy kognitivních funkcí, tedy i paměti. Z počátku onemocnění je narušena především krátkodobá paměť, postupem času je zasažena i paměť dlouhodobá. Hlavním specifickým ošetrovatelské péče v oblasti učení a objevování nového je především ohleduplný, empatický přístup k nemocnému s vysokou dávkou trpělivosti, pokud se člověk s demencí neustále ptá na jednu a tutéž otázku, nesmíme mu to mít za zlé, zapomněl, že jsme mu odpověděli. Doporučuje se všechny důležité informace, jako je například návštěva lékaře psát nemocnému na často využívané místo. Pokud nemocný trpí halucinacemi či bludy,

nevyvracíme mu je, ale ani ho v nich nepodporujeme (ČALS, 2015), (PIDRMAN, 2007).

Lidé trpící demencí jsou extrémně citlivý na změny prostředí. V neznámém prostředí se prohlubuje jejich dezorientace, zvyšuje úzkost, neklid a zmatenost. Často v neznámém prostředí nechtějí zůstat, odcházejí a toulají se. Každé umístění do instituce je pro nemocného stresující a náročná životní situace, s kterou se neumí, vlivem narušení kognitivních funkcí, vyrovnat. Obvykle dochází ke zhoršení symptomů nemoci, tzv. Selyehovu syndromu (HAŠKOVCOVÁ, 2010).

### **3 KAZUISTIKA U PACIENTKY S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU**

Cílem této části práce je detailně popsat ošetrovatelskou péči realizovanou metodou ošetrovatelského procesu u klientky domova pro seniory s akcentem na subjektivní a objektivní problémy nemocného dle ošetrovatelského modelu Virginie Henderson. Klientka dlouhodobě (od roku 2013) žije v domově pro seniory. Pro vyhledání zařízení sociální služeb se rozhodla po smrti svého manžela, kdy zůstala v domácnosti sama. Ve stejnou dobu u klientky, také došlo především vlivem stresové situace, kterou smrt blízké osoby beze sporu je, ke zhoršení celkového zdravotního stavu, což její rozhodnutí o nástupu do domova pro seniory značně urychlilo. Alzheimerova choroba se u klientky rozvinula až při pobytu v zařízení (lékařská diagnóza byla stanovena v první polovině roku 2016). Pomocí modelu Teorie základní ošetrovatelské péče od Virginie Henderson je sestavena ošetrovatelská anamnéza, na základě zjištěných údajů jsou stanoveny ošetrovatelské diagnózy dle NANDA I taxonomie II 2015–2017, které jsou seřazené dle priorit. Vybrané ošetrovatelské diagnózy jsou dále rozpracovány, je navržen plán ošetrovatelské péče, který je realizován a následně vyhodnocen.

Pacientka je v bakalářské práci nazývána klientkou. Označení klient/ klientka je v souladu se směrnicemi zařízení (domov pro seniory). Domov pro seniory (dále jen DS), kde klientka dlouhodobě žije, je zařízení, které se svou činností zaměřuje na poskytování pobytových celoročních služeb seniorům nad 65 let, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby v každodenním životě.

Následující informace pro zhodnocení zdravotního stavu jsou získány vlastním pozorováním, zapojením se do péče o klientku, rozhovorem s klientkou, od ošetřujícího personálu, od rodiny klientky, dále jsou čerpány z lékařské, ošetrovatelské a sociální dokumentace, která byla zavedena v den příjmu klientky do DS. Veškeré informace jsou použity se souhlasem klientky.

## **IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE KLIENTKY**

Z důvodu ochrany osobních údajů ve znění zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, jsou následující identifikační údaje klientky smyšlené.

**Jméno a příjmení:** XY

**Pohlaví:** žena

**Věk:** 87 let

**Vzdělání:** středoškolské

**Adresa:** domov pro seniory, dříve žila v rodinném domku

**Státní příslušnost:** česká

**Stav:** vdova od roku 2013

**Povolání:** starobní důchod, dříve pracovala jako účetní

**Den přijetí do DS:** 2. 12. 2013

**Důvod přijetí do DS:** zhoršený celkový zdravotní stav, snížená soběstačnost ve všech denních činnostech, potřeba komplexní zdravotně-sociální péče, zhoršená pohyblivost a chůze (nutnost bezbariérových prostor).

## **MEDICÍNSKÁ DIAGNÓZA**

Medicínské diagnózy hlavní: 308 – Jiná Alzheimerova nemoc (klientka s touto diagnózou do DS nenastoupila, nemoc se rozvinula až během pobytu).

**Medicínské diagnózy vedlejší:** při nástupu do domova pro seniory již byly u klientky stanoveny níže uvedené medicínské diagnózy.

M179 – Gonartróza NS

I259 – Chronická ischemická choroba srdeční NS

E04 – Jiná netoxická struma

M169 – Koxartróza NS

I83 – Žilní městky – varices – dolních končetin

## ANAMNÉZA

Anamnestická data jsme získali ze zdravotnické dokumentace zavedené v den nástupu klientky do domova pro seniory, která je průběžně aktualizována. Poslední aktualizace dne 15. 10. 2016.

### RODINNÁ ANAMNÉZA

**Matka:** zemřela na karcinom plic v 74 letech.

**Otec:** zemřel na infarkt myokardu v 66 letech.

**Bratr:** zemřel na karcinom plic v 60 letech.

**Sestra:** dosud žije (84 let) – diabetes mellitus II. typu, hypertenze, stav po TEP levého kyčle.

**Syn:** 65 let – hypertenze, jinak zdrav.

### OSOBNÍ ANAMNÉZA

**Prodělaná onemocnění:** běžná dětská onemocnění, plané neštovice.

**Hospitalizace a operace:** v roce 2004 TEP levé kyčle, v roce 2007 laparoskopické odstranění žlučníku, v roce 2013 repozice kyčelního kloubu v celkové anestezii.

**Úrazy:** v roce 2004 zlomenina levého humeru po pádu ze židle při mytí oken, v roce 2013 luxace kyčelního kloubu.

**Očkování:** běžná očkování, každý rok od nástupu klientky do DS očkování proti chřipce.

**Nynější onemocnění:** arteriální hypertence, chronická ICHS, chronická srdeční insuficience, fibrilace síní v pooperačním období v roce 2004, dyslipidémie, chronická žilní insuficience, středně těžká senzomotorická polyneuropatie dolních končetin nejasné etiologie, koxatroza, struma nodozní, chronická thyreoiditida, alzheimerova choroba.

### ALERGOLOGICKÁ ANAMNÉZA

Klientka má alergie na léky: Augmentin (ATB) a Lipathyl (fibráty). Alergie na potraviny, chemické látky či jiné neguje.



## FARMAKOLOGICKÁ ANAMNÉZA

Stávající farmakologická anamnéza (viz tabulka 1) byla indikována lékařem 25. 10. 2016, chronická medikace je klientce připravována a podávána všeobecnými sestrami, sama toho není schopna.

Tabulka 1 Chronická medikace

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Indikační skupina
Novalgin	tbl.	500 mg	1 tbl. podle potřeby	Analgetika, spasmolytika, antipyretika
Rorendo Oro	tbl.	1 mg	0 – 0 – 1	Antipsychotika
Mictonorm Uno	tbl.	30 mg	0 – 0 – 1	Spasmolytika
Ercirdec Neo	tbl.	10 mg	1 – 0 – 0	Antidepresiva
Lozap	tbl.	50 mg	½ – 0 – ½	Antihypertenziva
Betahistin Actavis	tbl.	16 mg	1 – 1 – 1	Vazodilatancia
Buronil	tbl.	25 mg	0 – 0 – 0 – 1	Antipsychotika (neuroleptika)
Tiapridal	tbl.	100 mg	1 – 0 – 1	Antipsychotika (neuroleptika)
Vigantol	gtt.	0,5 mg/ml	8 – 0 – 0	Vitaminy
Lyrica	tbl.	75 mg	2 – 0 – 1	Antiepileptika, antikonvulziva

Zdroj: ošetrovatelská dokumentace, 2016

## ABÚZY

**Alkohol:** příležitostně bílé víno (cca jednou za měsíc).

**Kouření:** kouřila 10 cigaret denně, po smrti bratra před 25 lety (na karcinom plic) přestala, nyní příležitostně (cca jednu cigaretu za 3 měsíce).

**Káva:** ano, 1x denně.

**Léky:** 0

**Jiné návykové látky:** 0

## **GYNEKOLOGICKÁ ANAMNÉZA**

**Menarche:** ve 14 letech, pravidelný cyklus, nikdy neužívala hormonální antikoncepci.

**Porody:** 1x v roce 1951, bez komplikací.

**Potraty:** 0

**Menopauza:** v 51 letech.

**Poslední gynekologická prohlídka:** 6. 5. 2012

**Samovyšetření prsou:** neprovádí.

## **SOCIÁLNÍ ANAMNÉZA**

**Stav:** vdova od roku 2003.

**Bytové podmínky:** domov pro seniory Praha, dvojlůžkový pokoj.

**Vztahy, role, interakce:** vztahy s klientkou na pokoji dobré, vztahy s ošetřujícím personálem také dobré, kontakt s rodinnými příslušníky klientka udržuje, se sestrou si jednou týdně telefonuje, do DS za ní pravidelně jednou týdně dochází syn.

**Volnočasové aktivity:** ruční práce (především navlékání korálek, kterým stráví hodiny denně), poslouchání muziky, péče o Davídka (imaginární tříletý vnuk).

## **PRACOVNÍ ANAMNÉZA**

**Vzdělání:** středoškolské.

**Zaměstnání:** nyní důchodkyně, dříve účetní.

**Čas odchodu do důchodu, jakého:** starobní důchod, neví od kdy.

**Vztahy na pracovišti:** 0

**Ekonomické podmínky:** dobré.

## **SPIRITUÁLNÍ ANAMNÉZA**

**Religiózní praktiky:** je ateistka, dle svých slov: *v něco věří, ale v Boha ne.*

## VITÁLNÍ FUNKCE

Vitální funkce ze dne přijetí do DS 2. 12. 2013:

Tabulka 2 Vitální funkce ze dne 2. 12. 2013

<b>TK:</b> 112/65	<b>Výška:</b> 173 cm
<b>P:</b> 72/min	<b>Váha:</b> 73,8 kg
<b>D:</b> 17/min	<b>BMI:</b> 24,66
<b>TT:</b> 36,4 °C	<b>Pohyblivost:</b> částečně omezená
<b>Stav vědomí:</b> plné vědomí	<b>Orientace místem, časem a osobou:</b> orientovaná
<b>Řeč, jazyk:</b> plynulá, srozumitelná	<b>Krevní skupina:</b> A, Rh faktor +

Zdroj: ošetrovatelská dokumentace, 2013

Vitální funkce ze dne 28. 11. 2016:

Tabulka 3 Vitální funkce ze dne 28. 11. 2016

<b>TK:</b> 115/70	<b>Výška:</b> 173 cm
<b>P:</b> 70/min	<b>Váha:</b> 71,7 kg
<b>D:</b> 17/min	<b>BMI:</b> 24,1
<b>TT:</b> 36,3 °C	<b>Pohyblivost:</b> omezená, chůze s chodítkem
<b>Stav vědomí:</b> plné vědomí	<b>Orientace místem, časem a osobou:</b> dezorientovaná místem, časem, osobou
<b>Řeč:</b> nesouvislá, zadržává se, srozumitelná	<b>Krevní skupina:</b> A, Rh faktor +

Zdroj: vlastní měření, 2016

Dle výše uvedených vitálních funkcí ze dne nástupu klientky do DS (viz tabulka 2) a údajů zjištěných dne 28. 11. 2016, tj. cca 6 měsíců po stanovení diagnózy Alzheimerovy choroby (viz tabulka 3) vyplývá, že hodnoty měřených fyziologických funkcí (krevního tlaku, pulzu, dechu s tělesné teploty) klientky byly v normě. Taktéž stav vědomí, výška a váha byly bez patologických odchylek. Oproti hodnocení provedenému při nástupu klientky do DS došlo ke zhoršení v oblastech pohyblivosti, řeči a orientace. Při nástupu klientky do DS byla pohyblivost hodnocena, jako částečně omezená, z důvodu probíhajících artrotických změn, obtíže se projevovaly zejména při chůzi do schodů, i přesto klientka byla schopna samostatného pohybu, bez pomoci. Při hodnocení po třech letech od nástupu do DS nebyla schopna chůze do schodů, obtíže se projevovaly i při chůzi po rovině, kdy musela užívat kompenzační pomůcku (chodítka). Řeč byla plynulá a srozumitelná, při rozhovoru 28.11. 2016 klientka mluvila nesouvisle a často se zadržávala, srozumitelnost přetrvávala. V oblasti orientace došlo vlivem kognitivního deficitu, způsobeného Alzheimerovou chorobou, k dezorientaci. Při hodnocení po třech letech od nástupu klientky do DS byla narušena orientace místem, časem i osobou.

## **FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ VŠEOBECNOU SESTROU**

Posouzení zdravotního stavu bylo uskutečněno dne 28. 11. 2016 (viz tabulka 4). Informace byly strukturovány a získávány dle Nejedlé (2015). Před fyzikálním vyšetřením byla klientka poučena o tom, proč a jak bude vyšetření provedeno. Během vyšetření klientka spolupracovala, opakovaně se ptala, proč je vyšetření prováděno, zda je nemocná. Vyšetření bylo provázeno slovním komentářem a vše dopodrobna vysvětlováno, abychom předešli stavům zmatenosti klientky. Po vyšetření byla klientka klidná.

Tabulka 4 Fyzikální vyšetření

Hlava	Hlava normocefalická, poklep nebolestivý, bez zjevných známek deformit a defektů.
Oči	Bulby ve středním postavení, zornice izokorické, fotoreakce výbavná, skléry bílé, spojivky prokrveny.
Uši, nos	Bez výtoku.

Rty	Bez známek cyanózy.
Dásně, sliznice dutiny ústní	Bez viditelných defektů, suché, růžové.
Jazyk	Plazí ve střední rovině, bez povlaku, suchý.
Tonzily	Nezvětšené.
Chrup	Snímatelná zubní náhrada.
Krk	Souměrný, bez otoků, karotidy tepou symetricky, náplň krčních žil nezvětšená, šije volně pohyblivá.
Hrudník	Symetrický, bez deformit, poklep jasný, čistý, dýchání bez patologií, hrudník se pohybuje souměrně, axilární uzliny nezvětšené.
Plíce	Dýchání bez patologií, frekvence 17/min.
Srdce	Srdeční akce nepravidelná, frekvence 70/min, puls dobře hmatný.
Břicho	V niveau, měkké, prohmatné, bez hmatné rezistence a palpační citlivosti, peristaltika živá.
Játra	Nezvětšená, k oblouku.
Slezina	Nehmatná.
Genitál	Bez deformit, bez výtoku.
Uzliny	Nezvětšené.
Páteř	Fyziologicky zakřivená.
Klouby	Omezená pohyblivost přiměřená věku.
Reflexy	Zpomalené.
Periferní pulzace	Hmatná.
Varixy	Drobné varixy na dolních končetinách.
Kůže	Kožní turgor snížený, čistá, bez defektů, kožní integrita neporušená.
Otoky	Bez otoků.

Zdroj: vlastní měření, 2016

## POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU DLE MODELU VIRGINIE HENDERSONOVÉ

Ze dne 28. 11. 2016.

**Informační zdroje:** rozhovor s klientkou, objektivní pozorování klientky, ošetrovatelská dokumentace.

### NORMÁLNÍ DÝCHÁNÍ

**Subjektivně:** *Dýchá se mi dobře. S dýcháním mám problémy, jen když jsem nachlazená.*

**Objektivně:** Dýchání spontánní. Klientka netrpí námahovou ani klidovou dušností. Dýchání je pravidelné. Počet dechů za minutu je 16. Netrpí rýmou ani kašlem. Hloubka dechu je normální. Teplota na pokoji je 21°C, klientka často větrá. Neužívá žádné léky na podporu dýchání.

**Ošetrovatelský problém:** 0

**Použitá měřicí technika:** měření dechové frekvence.

### PŘÍJEM TEKUTIN A POTRAVY

**Subjektivně:** *S jídlem ani pitím problém nemám. Každé ráno snídám, potom obědvám, hned po obědě chodíme s holkami do cukrárny na kafičko a něco dobrého na zub. Já totiž ráda mlsám. Když se vrátíme z cukrárny, tak je zase hned večeře. Já vlastně pořád jen jím. Nejčastěji piju čaj a kávu.*

**Objektivně:** Klientka měří 173 cm a nyní váží 71,7 kg, BMI 24,1, hmotnost je v normě. Při nástupu do DS (v roce 2013) klientka vážila 73,8 kg, tedy během tří let došlo ke ztrátě hmotnosti o 2,1 kg, což je akceptovatelné. Hmotnost je kontrolována každý měsíc. Má dietu číslo 3 (racionální). Typický denní příjem stravy se skládá ze snídaně, přesnídávky, oběda, svačiny a večeře. Chuť k jídlu má normální. Ráno obvykle snídá krajíc chleba s máslem a marmeládou (i přesto, že každé ráno dostává v zařízení snídani, sama si chodí kupovat marmeládu do místní kantýny a odmítá posnídat něco jiného). Snídani si sama nachystá, potřebuje pomoc pouze s okrájením kůrek, neboť to sama nezvládne. Ke svačinám má obvykle ovoce, pokud se jedná o ovoce se slupkou, je nutné ovoce oloupat, jinak ho nesní. Nejradši má omáčky s těstovinami,

odmítá luštěniny a vepřové maso. Co se týká chrupu, klientka má snímatelnou zubní náhradu (totální protézu), která jí vyhovuje. Sama se nají, obvykle jí v pokoji u stolu, zřídka žádá ošetřující personál, zda by jí jídlo přichystali na společné jídelně. Klientka většinu stravy sní s chutí, není proto potřeba na ni nijak výrazně dohlížet.

Tekutiny jsou jí ošetřujícím personálem nabízeny při každé návštěvě pokoje, sama nepociťuje potřebu se během dne napít. Proto se u klientky sleduje příjem tekutin, na pokoji má umístěnou termosku s čajem, který jí je dle potřeby doléván či měněn. Má ráda teplý čaj – dává si do hrnku lžičku medu, předtím než si nalije z termosky čaj. Při pozorování klientka za den vypila 2 půllitrové termosky, tedy 1 litr tekutin. Kožní turgor je snížený.

**Ošetřovatelský problém:** dehydratace.

**Použitá měřicí technika:** BMI index, příjem tekutin.

**Priorita:** střední.

## VYLUČOVÁNÍ

**Subjektivně:** *Na velkou chodím jednou denně, nemám s tím problém jako moje spolubydlící, ta má pořád zácpu a musí pít nějaký sirup, to já naštěstí ne. S čůráním je to horší, často se mi stává, že mám mokré spodní prádlo.*

**Objektivně:** Klientka nemá s vyprazdňováním stolice problém, na stolicí chodí pravidelně 1krát denně, obvykle po snídani, bez použití projímadel. Stolica je hnědé barvy, bez patologických příměsí. Klientka močí asi 10krát denně, vymočí asi 1 litr moči (snížený výdej moči). Trpí inkontinencí moči I. stupně. Tento problém vnímá a velmi se za něj stydí. Někdy se kvůli tomu nechce zúčastňovat kulturních akcí či jiných aktivit, neboť má strach, že bude cítit močí. Klientka je schopna dodržovat zvýšenou hygienu, která se provádí ráno při ranní toaletě, před obědem, před večeří a před uložením ke spánku. Tuto potřebu si klientka uspokojuje sama, potřebuje jen částečnou pomoc při hygieně. Žádné inkontinentní pomůcky nepoužívá.

**Ošetřovatelský problém:** inkontinence moči.

**Použitá měřicí technika:** příjem a výdej tekutin.

**Priorita:** nízká.

## POHYB A OPTIMÁLNÍ POLOHA

**Subjektivně:** *S chůzí nemám problém, chodím sama. Jen občas zavrávám.*

**Objektivně:** Klientka je chodící, využívá kompenzační pomůcky, chodítka. Často však zapomíná, že musí chodítka užívat a pohybuje se bez něj. Proto je u klientky riziko pádu, neboť stabilita bez chodítka není dostačující. Dle škály k vyhodnocení rizika pádu získala 6 bodů, tedy nejvyšší možný počet (užívání kompenzační pomůcky, užívání léků ze skupiny antihypertenziv a psychotrofik, smyslový deficit, historie inkontinence, historie demence a vyšší věk než 75 let). Klientka dále nemá vhodnou obuv, obvykle chodí po DS v pantoflích. Podlaha je protiskluzová bez kobereců, chodby jsou široké a opatřeny madly. Nábytek v pokoji klientky je vhodně umístěn, tak aby nebránil chůzi. Pokoj je také vybaven malou lampou umístěnou nad postelí klientky, aby si v noci mohla dle potřeby rozsvítit, např. při cestě na toaletu. Polohování u klientky není zapotřebí, sama dokáže změnit polohu těla.

**Ošetrovatelský problém:** riziko pádu, zhoršená chůze.

**Použitá měřicí technika:** zhodnocení rizika pádu za užití jednoduchého „screeningového“ nástroje pro určení rizika pádu (viz příloha A).

**Priorita:** střední.

## ODPOČINEK A SPÁNEK

**Subjektivně:** *Spím dobře od té doby, co mi pan doktor dal ty prášky.*

**Objektivně:** Klientka spí denně 9 hodin, trpí poruchami spánku a večerní úzkostí, proto je jí pravidelně každý den ve 20 hod. podáván lék naordinovaný lékařem. Po podání trvalé medikace klientka spí klidně, ráno se obvykle budí kolem sedmé hodiny, jen v neděli vstává z postele až v osm hodin, neboť na to byla zvyklá z dřívějšíka. Klientka dodržuje určité rituály před uložením ke spánku, nejprve si vyndá zubní náhradu, pečlivě si ji vyčistí a uloží do nádobky určené k těmto účelům, poté na pár minut otevře dveře na balkón, nerada totiž spí v přetopené místnosti, nakonec zkontroluje kalendář (kam si poznamenává své „povinnosti“ – povětšinou smyšlené) a čeká na „prášek na spaní“. Přes den klientka odpočívá v křesle na společné místnosti, má své vybrané křeslo, a pokud v něm sedí někdo jiný, je rozrušená. V těchto



situacích, chodí opakovaně za ošetřujícím personálem a dožaduje se „svého“ křesla, do té doby než je ji křeslo uvolněno.

**Ošetřovatelský problém:** 0

## **VHODNÉ OBLÉKÁNÍ A SVLÉKÁNÍ, VÝBĚR OBLEČENÍ**

**Subjektivně:** *Ráda se parádím, jen mi to všechno dlouho trvá.*

**Objektivně:** Klientka je schopna se sama obléknout i svléknout. Velice dbá na to, aby byla upravená, ale nesmí se na ni spěchat. Velký důraz klade na své vlasy, několikrát denně si sama připevňuje natáčky. Pokud jede k lékaři mimo DS, vždy si s sebou do kabelky zabalí hřeben, občas se stane, že ho zapomene, poté je velmi neklidná a jakákoli komunikace s ní není možná. Ošetřující personál jí musí dopomoci s výběrem oblečení, také musí kontrolovat, zda je oblečení čisté, to klientka sama nepozná. Jinak je v této potřebě plně samostatná. V hodnotící škále dle Barhelové získala 70 bodů, tedy lehká závislost.

**Ošetřovatelský problém:** deficit sebek péče.

**Použitá měřicí technika:** Barhelové test základních všedních činností (viz příloha B).

**Priorita:** nízká.

## **UDRŽENÍ FYZIOLOGICKÉ TĚLESNÉ TEPLoty**

**Subjektivně:** *Je tady pořád teplo, nemůžu usnout, když je mi teplo.*

**Objektivně:** Klientka není schopna se sama přiměřeně obléknout, oblečení jí připravuje ošetřující personál. Je bez zvýšené tělesné teploty, teplotu měříme jednou denně nebo dle potřeby.

**Ošetřovatelský problém:** 0

**Použitá měřicí technika:** měření tělesné teploty digitálním teploměrem

## UDRŽENÍ ČISTOTY TĚLA A UPRAVENOSTI

**Subjektivně:** *Koupu se sama, jen s vlasy mi někdo musí pomoci. Chodím ke kadeřnici, ale ne moc často. Ráda bych chodila častěji.*

**Objektivně:** Klientka je schopna celkovou hygienu provést sama, ale je nutný dohled ošetřujícího personálu, aby se pořádně umyla a osušila. Celková koupel se provádí s klientkou jednou za dva dny, vlasy si klientka myje jednou za týden. Pokud se jde sprchovat a nemyje si vlasy, vždy si vyžádá pomoc ošetřujícího personálu při nasazování koupací čepice. Klientce je před koupelí potřeba pomoci s nachystáním hygienických potřeb, při sprchování je důležitý slovní komentář (např. *ted' si vezměte ručník a osušte si obličej*). Zuby si klientka čistí dvakrát denně, opět je nutný dohled personálu. Vlasy si upravuje během celého dne sama (češe se, připevňuje si natáčky). Jednou měsíčně chodí ke kadeřnici v DS. Pokaždé když opouští pokoj je řádně upravená. Dle hodnotící škály Barthelové je lehce závislá v základních denních činnostech.

**Ošetrovatelský problém:** deficit sebepéče v oblasti hygieny.

**Použitá měřicí technika:** Barthelové test základních všedních činností (viz příloha B).

**Priorita:** nízká.

## ZABRÁNIT POŠKOZENÍ SEBE I DRUHÝCH A ODSTRANIT RIZIKA Z PROSTŘEDÍ

**Subjektivně:** *Nevím.*

**Objektivně:** Klientka je při vědomí. Neorientovaná místem, časem ani osobou. Klientka má dvojlůžkový pokoj, který je vybavený polohovacími lůžky s postranicemi. Polohovací lůžko klientka umí ovládat, ale někdy zapomene, jak se to dělá, poté se obrací na ošetřující personál. Na dosah od lůžka má signalizační zařízení, kterým může přivolat ošetřující personál, někdy také zapomene, k čemu signalizační zařízení slouží a nepoužívá ho. Proto ošetřující personál často provádí kontrolu na pokoji klientky. Pokoj je vhodně vybaven nábytkem, který nebrání chůzi. Velmi nutný je dohled nad používáním kompenzační pomůcky, neboť bez chodítka se u klientky zvyšuje riziko pádu (dle škály pro zhodnocení rizika pádu získala 6 bodů).

Klientka nemá dostatečný náhled na poruchy paměti. Vyžaduje zvýšený dohled, bývá často zmatená.

**Ošetrovatelský problém:** riziko pádu.

**Použitá měřicí technika:** zhodnocení rizika pádu za užití jednoduchého „screeningového“ nástroje pro určení rizika pádu (viz příloha A).

**Priorita:** střední.

## **SCHOPNOST VYJÁDŘIT EMOCE, POTŘEBY, OBAVY, NÁZORY A KOMUNIKACE S JINÝMI OSOBAMI**

**Subjektivně:** *Pořád si s někým povídám, nejradši ale s Davidkem. Dnes za mnou měl přijít na návštěvu syn, ale ještě nepřišel, tak na něho čekám a už jsem z toho unavená.*

**Objektivně:** Řeč je srozumitelná, často se zadržává, přeskakuje z tématu na téma. Klientka si ráda povídá, jak s personálem, tak s ostatními spolubydlíci. S personálem komunikuje otevřeně a je schopna si říci o pomoc, popřípadě se svěřit se svými obavami. Často se u klientky objevují stavy zmatenosti, kdy je potřeba zvýšený dohled. Při těchto stavech hledá svého vnuka Davidka (smyšleného), kterého dostala na hlídání, a on jí utekl. Bloudí tedy po chodbách DS a hledá ho, někdy celé hodiny. Bývá velmi neklidná a nelze ji přivést k jiné činnosti, popřípadě konverzaci. Klientka udržuje vztahy se svou rodinou, jednou týdně si telefonuje se svou sestrou a pravidelně jednou za týden ji navštěvuje syn, který se většinou zdrží jen krátce, protože s maminkou neumí komunikovat. Snaží se klientku přesvědčit o absurdnosti jejích příběhů o Davidkovi a klientka většinou pláče. Dle hodnotící škály zmatenosti získala 2 body, přičemž je-li počet nižší než 7 bodů, jedná se o zmatenost (správně odpověděla pouze na otázku kolik jí je let a poznala dvě osoby, které o ni pečují, nicméně jména si nevybavila).

**Ošetrovatelský problém:** zhoršená verbální komunikace, zmatenost, potulka.

**Měřicí technika:** odhad zmatenosti dle Dr. Gainda (viz příloha D).

**Priorita:** střední.

## VYZNÁNÍ VÍRY

**Subjektivně:** *Nejsem věřící, do kostela jsem chodívala, když jsem byla malá, pak už ne. V něco věřím, ale Bůh to není.*

**Objektivně:** Klientka nevyznává žádnou víru. Bohoslužby pořádané v DS nenavštěvuje, i přesto, že jí je tato možnost jednou měsíčně nabízena.

**Ošetrovatelský problém:** 0

## PRODUKTIVNÍ ČINNOST, PRÁCE

**Subjektivně:** *Nuda tu není, pořád s holkami něco děláme.*

**Objektivně:** Klientka se ráda účastní aktivizačních činností pořádaných v DS (např. zpívání, trénink paměti, cvičení atp.). K návštěvě těchto aktivit či kulturních akcí, které taktéž pořádá DS, musí být klientka personálem pobízena, neboť často zapomíná i přesto, že zejména aktivizační činnosti probíhají pravidelně ve stejný den, čas i na stejném místě. Klientka také často navštěvuje ostatní klienty, je velmi přátelská. Dle škály určené k vyhodnocení duševního stavu získala 8 bodů, kdy je za normu považováno skóre 24 a vyšší.

**Ošetrovatelský problém:** zhoršená paměť.

**Měřicí technika:** Mini vyhodnocení duševního stavu (viz příloha C).

**Priorita:** nízká.

## ODPOČINKOVÉ A RELAXAČNÍ AKTIVITY

**Subjektivně:** *Musím se starat o Davidka, tak na odpočinek nemám moc čas.*

**Objektivně:** Klientka má ráda procházky se „svým vnukem Davidkem“. Při častých stavech zmatenosti malého Davídka dlouhé hodiny obléká, krmí, kreslí si s ním a tehdy ji nelze přesvědčit, aby šla např. k lékaři, protože klientka argumentuje tím, že tu přece nemůže nechat kluka samotného. Tyto situace jsou pro ošetřující personál velmi náročné a často končí neutěšitelným pláčem klientky. Dle hodnotící škály zmatenosti získala 2 body, přičemž je-li počet nižší než 7 bodů, jedná se o zmatenost (správně

odpověděla pouze na otázku kolik jí je let a poznala dvě osoby, které o ni pečují, nicméně jména si nevybavila).

**Ošetrovatelský problém:** zmatenost.

**Měřicí technika:** odhad zmatenosti dle Dr. Gainda (viz příloha D).

**Priorita:** nízká.

## **OBJEVOVÁNÍ NOVÉHO, UČENÍ, VYUŽITÍ DOSTUPNÝCH ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ**

**Subjektivně:** *Někdy zapomínám, od té doby co jsem zestárla, tak si vše píšu do kalendáře.*

**Objektivně:** Dříve klientka žila doma s rodinou, po zhoršení zdravotního stavu je nutný dohled 24 hodin denně, proto nyní využívá služby DS, je zde spokojená. Zná své ošetřující lékaře, klíčového pracovníka i ostatní členy ošetřujícího personálu. Problém nastává ve chvíli, kdy do DS nastoupí nový pracovník, trvá dlouho, než si k němu vybuduje důvěru. Nerada DS opouští. Krátkodobá paměť klientky je narušená, svoji nemoc si neuvědomuje. Často zapomíná a během dne se opětovně chodí ptát ošetřujícího personálu na jednu a tu samou věc. Často se stává, že odpověď zapomene ještě dříve, než se stačí vrátit do pokoje. Ve svém kalendáři má klientka spoustu poznámek na co nesmí zapomenout – většinou smyšlené události, popřípadě nečitelné řady písmen a čísel. Dle škály určené k vyhodnocení duševního stavu získala 8 bodů, kdy je za normu považováno skóre 24 a vyšší.

**Ošetrovatelský problém:** zhoršená paměť.

**Použitá měřicí technika:** Mini vyhodnocení duševního stavu (viz příloha C).

**Priorita:** nízká.

## **SITUAČNÍ ANALÝZA ze dne 28. 11. 2016**

Žena, 87 let, dlouhodobě žijící v domově pro seniory, trpící Alzheimerovou chorobou. Klientka je při vědomí, zmatená, neorientovaná místem, časem ani osobou. Klientce byly dnes naměřeny tyto fyziologické funkce: TK: 115/70, P: 70/min, D: 17/min, saturace krve kyslíkem: 98%, TT: 36,3 °C. Klientka se cítí unavená, má špatnou náladu (měl jí dnes navštívit syn, ale nepřišel). Dopoledne se zúčastnila cvičení s ostatními klienty pod vedením aktivizační pracovnice, odpoledne strávila v pokoji a čekala na syna. Příjem stravy vyvážený. Příjem tekutin snížený (1 litr), sliznice suché, kožní turgor snížený, snížený výdej moči – projevy dehydratace. Klientka vyžaduje pomoc při osobní hygieně, celkové toaletě a při příjmu tekutin – dle Barthelové testu získala 70 bodů, tedy lehká závislost. Trpí stresovou inkontinencí moči – sleduje se příjem a výdej tekutin. Klientka je ohrožena rizikem pádu v souvislosti se zhoršenou chůzí a pohyblivostí, zapříčiněnou probíhajícími artrotickými změnami a neužíváním kompenzační pomůcky (chodítka) – dle testovací škály pro riziko pádu získala 6 bodů, tedy vysoké riziko pádu. Další obtíže se projevují v oblasti verbální komunikace, kdy je schopna srozumitelně vyjádřit své potřeby, ale řeč je nesouvislá a často se při projevu zadržává, také zapomíná, co chtěla říci. Nemá zavedeny žádné invazivní vstupy.

## **OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY**

Jsou zde uvedeny ošetřovatelské diagnózy strukturované podle Herdman, Kamitsuru (2016), které byly u klientky stanoveny dne 28. 11. 2016 (cca půl roku po propuknutí Alzheimerovy choroby), realizaci po dobu 5 dnů prováděla autorka této práce, ostatní všeobecné sestry, které měly klientku v péči, a ošetřovatelský personál z oddělení domova pro seniory. Hodnocení probíhalo po pěti dnech, tj. 2. 12. 2016. Ošetřovatelské diagnózy jsou zde uspořádány dle priorit a jsou rozděleny na aktuální ošetřovatelské diagnózy a potenciální ošetřovatelské diagnózy. Dále jsou rozpracovány první dvě aktuální ošetřovatelské diagnózy (00027 Snížený objem tekutin a 00129 Chronická zmatenost) a jedna potenciální ošetřovatelská diagnóza (00155 Riziko pádu). Pro zpracování zmíněných diagnóz jsme se rozhodli na základě nutnosti zkvalitnění péče v těchto oblastech.

## AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY:

00027 Snížený objem tekutin  
00129 Chronická zmatenost  
00088 Zhoršená chůze  
00154 Potulka  
00017 Stresová inkontinence moči  
00131 Zhoršená paměť  
00108 Deficit sebepéče při koupání  
00127 Porušená interpretace okolí  
00051 Zhoršená verbální komunikace

## POTENCIÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY:

00155 Riziko pádu  
00022 Riziko urgentní inkontinence moči

## AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

### I. Snížený objem tekutin (00027)

Tabulka 5 Ošetrovatelská diagnóza deficit tělesných tekutin dle NANDA domén

Doména: 2. VÝŽIVA	
Třída: 5. HYDRATAČE	
<b>Definice</b>	Snížení intravaskulárních, intersticiálních nebo intracelulárních tekutin. Vztahuje se k dehydrataci, samotná ztráta vody je beze změn sodíku.
<b>Ošetrovatelská diagnóza</b>	<b>Číselný kód</b>
Deficit tělesných tekutin	00027

Zdroj: NANDA, (2016), vlastní zpracování

**Určující znaky:** snížený výdej moči, změna kožního turgoru, suché sliznice, suchá kůže.

**Související faktory:** změny v příjmu tekutin – nemá pocit žízně.

**Priorita:** střední.

**Cíl krátkodobý:** Klientka nejeví známky dehydratace – 24 hodin.

**Cíl dlouhodobý:** U klientky nedochází k dehydrataci – během pobytu v DS.

**Interval hodnocení:** každých 24 hodin.

**Očekávané výsledky:**

- Klientka má příjem a výdej tekutin v normě – do 24 hodin;
- Klientka vypije 1,5-2 litry tekutin denně – do 24 hodin;
- Klientka má přiměřený kožní turgor – do 48 hodin;
- Klientka nemá suché sliznice – do 48 hodin.

**Plán intervencí:**

1. Zjisti příčinu dehydratace – do 1 hodiny – všeobecná sestra;
2. Nabízej klientce tekutiny per os – každou hodinu – všeobecná sestra, pečovatelka;
3. Zajisti, aby měla klientka dostatek tekutin na pokoji – vždy – všeobecná sestra, pečovatelka;
4. Dbej na vhodný výběr tekutin – vždy – všeobecná sestra, pečovatelka;
5. Sleduj projevy dehydratace – jednou za 24 hodin – všeobecná sestra;
6. Sleduj příjem a výdej tekutin za 24 hodin – denně – všeobecná sestra;
7. Pečuj o dutinu ústní a oči, aby nedošlo k poškození v důsledku suchosti sliznic – dvakrát denně – všeobecná sestra;
8. Prováděj pravidelně zápis do ošetrovatelské dokumentace – denně – všeobecná sestra.

**Realizace:**

Ráno po probuzení jsme klientce pomohli s hygienou dutiny ústní, sama si pak nasadila zubní protézu. Ke snídani vypila hrnek bílé kávy (250 ml), po snídani ji byla na pokoji naplněna termoska s ovocným čajem (500 ml), kterou během dopoledne vypila (při každé návštěvě pokoje ošetřujícím personálem bylo klientce připomínáno, aby se napila). K obědu vypila hrnek čaje (250 ml), polévky klientka nemá ráda a nikdy je nejí i přesto, že jí jsou každý den servírovány. Po obědě šla klientka na kávu do kantýny (250 ml). Odpoledne, kdy se klientka zdržovala většinou na pokoji, ji byla opět doplněna termoska s ovocným čajem (500 ml), tu do večera vypila. Po večeri



již klientka tekutiny odmítla s tím, že by v noci musela na toaletu. Před spaním si s naší pomocí provedla hygienu dutiny ústní a umístila zubní náhradu na obvyklé místo na svém nočním stolku. Během dne byla sledována bilance tekutin. Příjem tekutin jsme zaznamenávali každou hodinu do příslušného tiskopisu v rámci ošetrovatelské dokumentace. Výdej tekutin byl sledován za pomoci toaletní židle, která byla umístěna vedle toalety. Při měření množství moči jsme si všímali barvy, případného zakalení a zápachu moči. Při vyhodnocení denní bilance tekutin jsme u klientky zkontrolovali kožní turgor, požádali jsme ji, aby vyplázla jazyk, kvůli zhodnocení stavu sliznic, všímali jsme si dostatečné vlhkosti sliznic, barvy sliznic a pátrali jsme po případném povlaku jazyka. Na závěr jsme klientce změřili TK a P (kdy snížený TK a zvýšený P mohou být projevem dehydratace). O všem jsme provedli záznam do ošetrovatelské dokumentace. Následující dny jsme postupovali obdobně.

### **Hodnocení:**

Krátkodobý cíl byl splněn. Klientka nejevila po 24 hodinách známky dehydratace. Kožní turgor byl v normě. Sliznice byly růžové a vlhké, jazyk nebyl povleklý. Klientka za 24 hodin přijala 1750 ml tekutin per os, vyloučila 1800 ml moči. Moč byla světle žluté barvy, bez patologických příměsí, bez zákalu, bez patologického zápachu. Příjem i výdej tekutin byl v normě. TK: 119/71, P: 72. Krevní tlak a puls také v normě. Přestože krátkodobý cíl byl splněn, je nutné v naplánovaných intervencích (2, 3, 4, 5, 6, 7 a 8) pokračovat i nadále. Klientka nepocítuje během dne pocit žízně. Každou hodinu ji musí být připomínáno, aby se napila. Sama není schopna si tuto potřebu plně uspokojit.

## II. Chronická zmatenost (00129)

Tabulka 6 Ošetrovatelská diagnóza chronická zmatenost dle NANDA domén

Doména: 5. PERCEPCE/ KOGNICE	
Třída: 4. KOGNICE	
<b>Definice</b>	Nevratná, dlouhotrvající nebo 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.
<b>Ošetrovatelská diagnóza</b>	<b>Číselný kód</b>
Chronická zmatenost	00129

Zdroj: NANDA, (2016), vlastní zpracování

**Určující znaky:** poruchy krátkodobé i dlouhodobé paměti, progresivní kognitivní poruchy.

**Související faktory:** Alzheimerova nemoc.

**Priorita:** nízká.

**Cíl krátkodobý:** Klientka je schopna se orientovat bez problémů ve svém přirozeném domácím prostředí (pokoj, oddělení) – do 72 hodin.

**Cíl dlouhodobý:** Klientky soběstačnost v denních činnostech je zachována co nejdéle – během pobytu v DS.

**Interval hodnocení:** každou neděli, při změně zdravotního stavu, při změně medikace.

**Očekávané výsledky:**

- Klientky soběstačnost v denních činnostech je zachována co nejdéle – do 72 hodin;
- Rodina akceptuje projevy zmatenosti – do 72 hodin.

### **Plán intervencí:**

1. Posud' stupeň poruchy orientace a paměti – do 1 hodiny – všeobecná sestra;
2. Udržuj orientaci klientky v realitě – vždy – všeobecná sestra;
3. Zajisti klidné prostředí bez nadměrné stimulace – vždy – všeobecná sestra;
4. Informuj rodinu o důležitosti pravidelného styku s klientkou – do 72 hodin – všeobecná sestra;
5. Prováděj pravidelně zápis o stavu klientky do ošetrovatelské dokumentace – denně – všeobecná sestra.

### **Realizace:**

Dne 28. 11. 2016 jsme provedli posouzení poruchy orientace a paměti klientky dle Mini vyhodnocení duševního stavu (viz příloha C), klientka získala 17 bodů, tedy rozhraní lehké a středně těžké demence. Pro posílení orientace v čase byl na pokoj (proti posteli) umístěn speciální kalendář (viz příloha H). Hodiny na pokoji již měla. Taktéž byla vedle postele umístěna nástěnka, na kterou jsme klientce psali všechny potřebné informace, např. kdy se konají aktivizační činnosti, kdy jde k lékaři a tak dále (viz příloha G). Vhodně jsme označili často používané prostory (toaletu a koupelnu) – obrázkem s nápisem, o kterou místnost se jedná (viz příloha F). Dle rozhovoru s personálem bylo zjištěno, že klientka má problém s toaletními potřebami a často tápe, který se na co používá. Proto byly vytvořeny štítky s názvy (např. šampón, mýdlo, zubní pasta) a lepicí páskou připevněny na jednotlivé produkty (viz příloha E). Při pokusu o edukaci syna klientky, který stavům zmatenosti své matky plně nerozumí a klientka většinou při jeho návštěvách pláče, syn odmítl. Záznam do ošetrovatelské dokumentace o zhodnocení této oblasti se provádí každou neděli, při změně zdravotního stavu a při změně medikace. My jsme provedli zápis do dokumentace po realizaci naplánovaných intervencí.

### **Hodnocení:**

Krátkodobý cíl byl splněn. Klientka trpí středně těžkou demencí, často se u ní objevují stavy zmatenosti a je nutný zvýšený dohled ošetrojícího personálu. Vhodně označená toaleta a koupelna napomohly k lepší orientaci klientky, která byla po dobu naší ošetrovatelské péče, schopna si potřeby (potřeba vyprazdňování a potřeba hygieny) plnit téměř samostatně, pouze za dohledu a slovního komentáře ošetrojícího personálu. Taktéž se velmi osvědčily štítky na produktech osobní hygieny, zejména na zubní pastě.

Dříve se každé ráno a každý večer chodila personálu ptát, co je zubní pasta. Důležité je pokračovat v naplánovaných intervencích: 2, 3, 4 a 5, neboť se vzhledem k prognóze onemocnění předpokládá progresivní zhoršování klientčina stavu. Neméně důležité je se zaměřit na edukaci syna, pokud bude v budoucnu ochotný spolupracovat.

## POTENCIÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

### I. Riziko pádů (00155)

Tabulka 7 Ošetřovatelská diagnóza riziko pádů dle NANDA domén

Doména: 11. BEZPEČNOST – OCHRANA	
Třída: 2. TĚLESNÉ POŠKOZENÍ	
<b>Definice</b>	Náchylnost k pádům, které mohou způsobit fyzickou újmu, což může ohrozit zdraví.
<b>Ošetřovatelská diagnóza</b>	<b>Číselný kód</b>
Riziko pádů	00155

Zdroj: NANDA, (2016), vlastní zpracování

**Rizikové faktory:** pozitivní anamnéza pádu v minulosti, užívání kompenzační pomůcky (chodítka), vyšší věk (65 let a více), porucha chůze, zmatenost, demence.

**Priorita:** střední.

**Cíl krátkodobý:** Klientka se pohybuje v bezpečném prostředí (preventivní opatření snižující riziko pádu a zranění) – do 72 hodin.

**Cíl dlouhodobý:** U klientky nedojde k pádu a nezraní se – během pobytu v DS.

**Interval hodnocení:** každou neděli, při změně zdravotního stavu, při změně medikace, po pádu.

#### Očekávané výsledky:

- Klientka má na dosah signalizační zařízení na přivolání ošetřujícího personálu – vždy;
- Klientka má vhodnou obuv – do 72 hodin;
- Klientka má vhodné polohovací lůžko, v období nočního klidu má nasazeny postranice – každou noc;

- Prostředí v okolí klientky je bezpečné, doplněné vhodnými protiskluzovými pomůckami – do 72 hodin;
- Klientka při pohybu užívá kompenzační pomůcku (chodítka) – vždy.

#### **Plán intervencí:**

1. Zhodnot' riziko pádu u klientky – do 1 hodiny – všeobecná sestra;
2. Zhodnot' prostředí pokoje, oddělení z hlediska bezpečnosti – do 24 hodiny – všeobecná sestra;
3. Zkontroluj vhodnost obuvi klientky, popřípadě zajisti vhodnou obuv – do 24 hodin – všeobecná sestra;
4. Snaž se naučit klientku používat signalizační zařízení – do 24 hodin – všeobecná sestra;
5. Dbej na bezpečnost a prevenci pádu klientky – vždy – všeobecná sestra;
6. Nauč klientku bezpečné užívání kompenzační pomůcky (chodítka) – do 72 hodin – fyzioterapeut, všeobecná sestra;
7. Prováděj průběžně záznamy o stavu klientky do zdravotnické dokumentace – především při změně stavu, při pádu – všeobecná sestra.

#### **Realizace:**

Dne 28. 11. 2016 jsme zhodnotili riziko pádu u klientky dle jednoduchého „screeningového“ nástroje pro určení rizika pádu (viz příloha A), s celkovým skóre 6, tedy u klientky riziko pádu je. Zhodnotili jsme rizika prostředí, ve kterém klientka žije - má dvojlůžkový pokoj, který je vybaven polohovacími lůžky (zabrzdili jsme kolečka u lůžka) s postranicemi a signalizačním zařízením (signalizační zařízení jsme umístili na dosah k lůžku). Klientka umí polohovací lůžko i signalizační zařízení ovládat, někdy ovšem zapomene, jak se to dělá, proto jsme klientce na nástěnku umístěnou vedle postele vypsali postup, jak obě zařízení ovládat (viz příloha G). Pokoj je vhodně vybaven nábytkem, který nebrání chůzi. Věci klientky jsme uklidili do skříně, aby nebránily bezpečnému pohybu. Klientka měla nevyhovující obuv, staré pantofle. Proto jsme požádali syna, zda by mohl opatřit pevné, pohodlné boty, pro běžné používání. Druhý den syn přinesl pevné pantofle s páskem přes patu. Klientce nová obuv vyhovuje. Na noc jsme klientce snížili postel a nasadili postranice. Klientce jsme každodenně pomáhali s úkony, které nebyla sama schopna zvládnout. Každý všední den za ní v odpoledních hodinách docházel fyzioterapeut, který s ní individuálně cvičil,

zaměřoval se především na chůzi a správné užívání kompenzační pomůcky (chodítka). Také jsme se snažili, ve spolupráci s fyzioterapeutem, klientce vysvětlit nutnost používání chodítka, při každém opouštění lůžka jsme klientku slovně nabádali k užití této kompenzační pomůcky. Někdy se ovšem stalo, že klientka např. po obědě zapomněla chodítko ve společné jídelně a šla na pokoj bez něj. Denně jsme posuzovali její stav a prováděli zápis do dokumentace.

### **Hodnocení:**

Krátkodobý cíl byl splněn. Od 28. 11. 2016 do 2. 12. 2016 u klientky nedošlo k pádu a zranění. Instrukce k ovládání signalizačního zařízení i k ovládání polohovacího lůžka umístěné na nástěnce vedle lůžka klientky se osvědčily, během těchto pěti dnů klientka užívala signalizační zařízení v adekvátních případech a nechodila se na vše ptát přímo na pracovní ošetrujícího personálu, jako tomu bylo doposud. Taktéž sama zvládala ovládat polohovací lůžko. Interval používání kompenzační pomůcky (chodítka) se zlepšil, avšak je nutný neustálý dohled a slovní komentář personálu, aby na chodítko klientka nezapomínala. Nadále je nutné pokračovat v naplánovaných intervencích: 3 (kontrolovat zda má klientka vhodnou obuv), 5 a 7.

### **CELKOVÉ ZHODNOCENÍ PÉČE**

Zdravotní stav 87leté ženy, dlouhodobě žijící v domově pro seniory, u které před 6 měsíci došlo k propuknutí Alzheimerovy demence, byl sledován po dobu pěti dnů. Při plánování péče se vycházelo ze stěžejního problému klientky – chronická zmatenost. Další problematiku představovaly obtíže v oblasti soběstačnosti, kdy k hodnocení efektivnosti naplánovaných intervencí byla využita hodnotící škála Barhelové - test základních všedních činností ADL. Výsledné skóre první den činilo 70 bodů, po realizaci naplánovaných ošetrovatelských intervencí (pátý den naší péče) získala 75 bodů v důsledku zlepšení v oblasti používání WC. Především díky vhodně označeným dveřím toalety (viz příloha F), klientka při hledání toalety nebloudila a byla schopná si samostatně uspokojit potřebu vyprazdňování. Mírné zlepšení se také projevilo při koupání a při hygieně dutiny ústní, kdy vhodně označené hygienické potřeby (viz příloha E) napomohly k lepší orientaci klientky, nadále byl však nutný dohled a slovní komentář ošetrujícího personálu při těchto činnostech, sama si nebyla

a není schopna tuto potřebu uspokojit. Vzhledem k pokročilosti onemocnění a častým stavům zmatenosti se ostatní oblasti sebekpěče ovlivnit nepodařilo.

K hodnocení duševního stavu klientky byla využita škála Mini vyhodnocení duševního stavu (viz příloha C), kdy klientka první den naší péče získala 8 bodů, při opakování tohoto testu pátý den získala již 12 bodů. Zlepšení se projevilo v oblasti orientace (díky umístění kalendáře na pokoji klientky), byla schopna říci co je za den, měsíc, rok, jaké je datum a také správně odpovědět na otázku jaké je roční období. Při prvním testování odpověděla správně pouze na to jaké je roční období. Ovlivnění ostatních kategorií, které škála Mini vyhodnocení duševního stavu obsahuje, se nezdařilo. Často působila zmateně a dezorientovaně. V rámci ošetrovatelské péče se stav klientky nepatrně zlepšil, některé činnosti zvládá samostatněji než před realizací naplánované péče. Vzhledem k diagnóze klientky je péče o ni zaměřena na uspokojování fyzických a psychických potřeb. Cesta k plné soběstačnosti není možná.

Cílem péče je stabilní stav a zpomalení progresu onemocnění. V plánu dlouhodobé péče bude klientce poskytována péče stávajícím způsobem. Také se vzhledem k nepříznivé prognóze tohoto onemocnění dá očekávat, že se stav klientky bude nadále zhoršovat a bude pravděpodobně potřeba ještě intenzivnější péče. Dají se očekávat problémy s výživou a mobilitou. Proto bude zapotřebí plán ošetrovatelské péče pravidelně upravovat a přizpůsobovat aktuálnímu stavu. Z pohledu ošetřujícího personálu je poskytovaná péče kvalitní a efektivní.

## 4 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Alzheimerova choroba, stejně jako jiné typy demence, je nevléčitelným stavem, kdy v průběhu nemoci dochází ke ztrátě různých schopností (paměť, myšlení, orientace) v takové míře, která omezuje soběstačnost. Jak již bylo uvedeno, jedná se o nevléčitelný stav, kde lze předpokládat chronický nebo progresivní ráz, tudíž i přes vysoce kvalitní a komplexní péči můžeme ovlivnit pouze kvalitu života včasnou detekcí nemoci, adekvátní farmakoterapií a nemocného udržovat v dobré psychické i fyzické kondici pomocí nefarmakologických metod. V tomto případě je myšlen pojem nefarmakologické metody v širším slova smyslu, jako psychologické a fyzioterapeutické působení, kdy nelze opomenout ani důraz na dostatečnou edukaci rodinných příslušníků a blízkých přátel, kteří zaujímají v péči o nemocné významnou roli i pokud jsou zmínění nemocní v institucionální péči.

Ošetrovatelská péče u lidí trpících Alzheimerovou chorobou je velmi náročná, vyžaduje velkou dávku empatie a trpělivosti, kdy musí být důraz kladen na holistický přístup k nemocnému. Důležité je si uvědomit, že Alzheimerova choroba mění celou osobnost nemocného, a proto bychom měli za projevy onemocnění hledat člověka, kterým býval než u něj nemoc propukla. Všeobecná sestra by měla především sledovat celkový stav nemocného, informovat lékaře o případných změnách ve zdravotním stavu a být nemocnému pokud možno nejbližší osobou při získávání informací, které povedou k uspokojení jeho potřeb.

Specifické ošetrovatelské zásady u lidí trpících demencí:

Obecné zásady: zajímat se o nemocného, vnášet klid do všech situací, podporovat dobrou náladu, předcházet a vyhýbat se konfrontacím, být empatictí a laskavý, komunikovat srozumitelně, konkrétně a jednoznačně, projevovat kladné emoce, pokládat otázky, na které lze odpovědět ANO/NE, mluvit nižším tónem hlasu, při rozhovoru udržovat oční kontakt, nepřesvědčovat, nekritizovat, nekřičet, neurážet, nevychovávat.



Podpůrné jednání: chválit a oceňovat všechny i sebemenší úspěchy, podporovat sebedůvěru, soběstačnost, oslovovat nemocného příjmením nebo titulem (nepřeje-li si jinak), ctít jeho návyky a rituály, zajistit programové aktivity, zavést pravidelnost v činnostech, předcházet sociální izolaci, zajišťovat kontakt s rodinou a přáteli, využívat neverbální prostředky (pohlazení, dotek).

Léčebný program: zajistit podávání farmakoterapie, využívat nefarmakologické terapie (bazální stimulace, reminiscenční terapie, canisterapie, aromaterapie, terapie tancem, ergoterapie apod.), zajistit trénink kognitivních funkcí (luštění křížovek, sudoku, spojování číslic, vymalovávání), podporovat fyzickou aktivitu, nenutit do terapií nebo jiných činností, zachovávat denní rytmus.

## 5 ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se zaměřila na Alzheimerovu chorobu. V úvodu práce s názvem Ošetrovatelský proces u pacienta s Alzheimerovou chorobou byly stanoveny tři cíle. Cílem teoretické části bylo komplexně popsat problematiku Alzheimerovy choroby na základě rešerše literatury. Z dostupné literatury vyplývá, že incidence tohoto onemocnění stále stoupá a stává se problémem v celosvětovém měřítku. Dalším cílem teoretické části bylo uvedení specifik ošetrovatelské péče u lidí trpících Alzheimerovou chorobou, k čemuž byl pro lepší přehlednost využit teoretický model ošetrovatelské péče Virginie Henderson. Tento souhrn specifik ošetrovatelské péče je vhodně využitelný pro všechny, kteří o takto nemocné pečují.

Stěžejní část práce si kladla za cíl detailní popis ošetrovatelské péče realizovaný metodou ošetrovatelského procesu u klientky domova pro seniory s akcentem na subjektivní a objektivní problémy nemocné vycházející z teoretického modelu ošetrovatelské péče dle Virginie Henderson. Na základě získaných informací z ošetrovatelské dokumentace, od klientky a od ošetrujícího personálu byly strukturovány ošetrovatelské diagnózy dle NANDA I taxonomie II 2015–2017. Dále byly rozpracovány tři diagnózy, ve kterých jsme se zaměřili na problematiku, kterou představuje zmatenost a dezorientace klientky, na riziko pádu a na problematiku spojenou se sníženým příjmem tekutin. Uvedené ošetrovatelské diagnózy vyplývají z vysokého věku klientky a základní lékařské diagnózy Alzheimerova choroba. Efekt poskytované ošetrovatelské péče všeobecnými sestrami v oblasti chronické zmatenosti se u klientky projevil především zvýšenou úrovní orientace. Z důvodu úspěchu v této oblasti jsme se chtěli zaměřit i na edukaci syna, kdy podpora blízkých osob nemocného je velmi důležitou součástí komplexní péče. Nicméně při snaze realizovat tuto intervenci, syn opakovaně odmítl. Další zásadní problematiku v ošetrovatelské péči představoval snížený příjem tekutin, neboť klientka během dne nepociťovala potřebu se napít. Proto bylo při pravidelných návštěvách pokoje klientce připomínáno, aby dodržovala pitný režim. Za velmi krátkou dobu se příjem a výdej klientky pohyboval v mezích normy. Další rozpracovanou oblastí bylo riziko pádu. Pády u seniorů představují závažný problém, který významně ovlivňuje kvalitu života.

Proto je třeba věnovat pozornost prevenci těmto pádům. Během naší péče u klientky nedošlo k pádu ani zranění. Všechny uvedené cíle v úvodu této práce byly splněny.

Zavedená ošetrovatelská péče u klientky i nadále pokračuje. Naší snahou je především udržení stabilního zdravotního a duševního stavu klientky a zachování sebedpěče v nejvyšší možné míře vzhledem k přepokládané progresi onemocnění.

Zachovat kvalitu života u osob trpících Alzheimerovou chorobou je prvořadým úkolem všech pečujících profesí. Jen včasnou diagnostikou a multidisciplinárním přístupem je možné progresi tohoto „onemocnění 21. století“ ovlivnit a zpomalit. Je důležité si uvědomit, že kvalita života osoby s demencí je často odvislá od nastavení v první fázi onemocnění, kdy si sám člověk stížený touto nemocí a jeho blízcí mohou ve spolupráci s odborníky vydefinovat, o jaké onemocnění se jedná, jaké budou projevy a tím se připravit na individuální potřeby a přání, tak aby byl závěr života naplněný.

## 6 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- AD CENTRUM: Centrum pro výzkum, diagnostiku a léčbu Alzheimerovy nemoci. *Výzkum*. [online]. 2017 [cit. 2017-02-18]. Dostupné z: <http://www.nudz.cz/adcentrum/vyzkum.html>
- ALZ.ORG: *alzheimer's association* [online]. 2017 [cit. 2017-02-17]. Dostupné z: <http://www.alz.org/>
- ALZHEIMERCENTRUM: *Špičková péče o dlouhodobě nemocné* [online]. 2014 [cit. 2017-02-18]. Dostupné z: <http://www.alzheimercentrum.cz/>
- ANON. MedNEWS: Medical information services. *Ve zdravém těle zdravý duch – prevence Alzheimerovy chorobymoci a dalších demencí*. [online]. 2011 [cit. 2017-02-18]. Dostupné z: <http://www.mednews.cz/cz/aktuality/10493/ve-zdravem-tele-zdravy-duch-prevence-alzheimerovy-choroby>
- BALÁTOVÁ, Jana a HAVLÍČKOVÁ Táňa. *Ergoterapie u pacientů s demencí a Alzheimerovou nemocí*. Diagnóza v ošetrovatelství. Praha 2010, roč. 5, č. 3, s. 9. ISSN 1801-1349.
- BARTOŠ, Aleš a Daniela ŘÍPOVÁ. *Vaskulární demence a vaskulární kognitivní porucha* [online]. 2012 [cit. 2017-02-17]. AD centrum, Psychiatrické centrum, Praha, Univerzita Karlova v Praze, 3. LF a FN Královské Vinohrady, Neurologická klinika, Praha. Dostupné z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2012/02/04.pdf>
- CALLONE, Patricia R., Connie KUDLACEK, Barbara C. VASILOFF, Jananaan MANTERNACH a Roger A. BRUMBACK. *Alzheimerova nemoc: 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*. Přeložil Jitka KLINKEROVÁ. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 9788024723204.
- CARPER, Jean. *100 jednoduchých věcí, které můžete udělat proti Alzheimerově nemoci a úbytku paměti*. V Praze: Vyšehrad, 2011. ISBN 9788074291944.
- Česká alzheimerovská společnost [online]. 2015 [cit. 2017-02-17]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/>

- ČESKO. *Zákon č. 108/2006 Sb. ze dne 14. března 2006 o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.* In: Sbíрка zákonů České republiky. 2006, částka 37, s. 1257-1289. ISSN 1211-1244. Dostupný také z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/>
- DIENSTBIER, Zdeněk. *Průvodce stárnutím, aneb, Jak ho oddálit.* Praha: Radix, 2009. ISBN 9788086013880.
- FRANKOVÁ, Vanda, Jakub HORT, Iva HOLMEROVÁ, Roman JIRÁK a Martin VYHNÁLEK. *Alzheimerova demence v praxi: konsenzus psychiatricko-neurologicko-geriatrický.* Praha: Mladá fronta, 2011. Aeskulap. ISBN 9788020424235.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří.* Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 9788087109199.
- HENDERSON, Virginia. *The nature of nursing.* New York: National League for Nursing Press, 1966. ISBN 0887374948.
- HOLMEROVÁ, Iva a Eva JAROLÍMOVÁ a Helena NOVÁKOVÁ. *Alzheimerova choroba v rodině* [online]. 2008 [cit. 2017-02-17]. Praha: Pfizer. Dostupné na: <http://www.vzpominkovi.cz/data/files/alzheimerova-nemoc-v-rodine.pdf>
- HOLMEROVÁ, Iva. *Strategie České alzheimerovské společnosti P-PA-IA* [online]. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2013 [cit. 2017-02-17]. Dostupné z: <http://www.medvik.cz/bmc/link.do?id=MED00183801>
- JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče.* Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 9788024724546.
- JIRÁK, Roman. *Gerontopsychiatrie.* Praha: Galén, 2013. ISBN 9788072628735.
- KALVACH, Zdeněk. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient.* Praha: Grada, 2008. ISBN 9788024724904.
- KISVETROVÁ, Helena. Podpora rodinných příslušníků v rámci ošetrovatelské intervence *Péče o umírající* [online]. Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd, Ústav ošetrovatelství. 2013 [cit. 2017-02-17]. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/clanky/1-2014/1098-podpora-rodinnych-prislusniku-v-ramci-oseetrovatelske-intervence-ipece-o-umirajici-i>

- KOLÁŘOVÁ, Zdenka. Péče o lidi s demencí: pro dosažení evropského průměru bychom museli ztrojnásobit kapacity [online]. Zdravotnický deník. 2015 [cit. 2017-02-17]. Dostupné z: <http://www.zdravotnickydenik.cz/2015/07/pece-o-lidi-s-demenci-pro-dosazeni-evropskeho-prumeru-bychom-museli-ztrojnásobit-kapacity/>
- KOSOVÁ, Jiřina a Pavel KOSTLUK. *Doporučení Světové federace společností biologické Psychiatrie (WFSBP) pro farmakoterapii Alzheimerovy nemoci a dalších demencí* [online]. 2017 [cit. 2017-02-17]. Psychiatrické centrum, Praha, Edukafarm, Praha. Dostupné z: [http://www.edukafarm.cz/data/soubory/casopisy/17/28\\_alzheimer.pdf](http://www.edukafarm.cz/data/soubory/casopisy/17/28_alzheimer.pdf)
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie: možnosti, které čekají*. Praha: Grada, 2011. Psyché (Grada). ISBN 9788024736044.
- MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 9788024731483.
- MASOPUST, Jiří. Farmakoterapie poruch chování u demencí [online]. Česká neuropsychofarmakologická společnost. 2016 [cit. 2017-02-17]. Dostupné z: [http://www.tigis.cz/images/stories/psychiatrie/2016/1\\_2016/masopust.pdf](http://www.tigis.cz/images/stories/psychiatrie/2016/1_2016/masopust.pdf)
- MÁTL, Ondřej a Martina MÁTLOVÁ. *Zpráva o stavu demence 2015: Jaký názor má veřejnost a co prezentují média?* [online]. 2015 [cit. 2017-02-17]. Česká alzheimerovská společnost, o. p. s. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/res/data/002/000331.pdf>
- MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Registr poskytovatelů sociálních služeb* [online]. 2017 [cit. 2017-03-04]. Dostupné z: [http://iregistr.mpsv.cz/socreg/vitejte.fw.do;jsessionid=14C2D465E35579F6DF26DB9C46ED9E1D.node1?SUBSESSION\\_ID=1488624692594\\_1](http://iregistr.mpsv.cz/socreg/vitejte.fw.do;jsessionid=14C2D465E35579F6DF26DB9C46ED9E1D.node1?SUBSESSION_ID=1488624692594_1)
- MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany*. Praha: Grada, 2011. ISBN 9788024738727.
- HERDMAN, T. Heather a Shigemi KAMITSURU (eds.). 2016. *Ošetrovatelské diagnózy: definice a klasifikace 2015-2017*. 10. vydání, 1. české vydání. Přeložil Pavla KUDLOVÁ. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-5412-3.
- NEJEDLÁ, Marie. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada, 2015. Sestra (Grada). ISBN 9788024744490.

- NĚMCOVÁ, Jitka a kol., 2016. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. Čtvrté doplněné vydání. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. ISBN 978-80-905728-1-2.
- NIKOLAI, Tomáš, Martin VYHNÁLEK, Hana ŠTĚPÁNKOVÁ a Karolína HORÁKOVÁ. *Neuropsychologická diagnostika kognitivního deficitu u Alzheimerovy choroby*. Praha: Psychiatrické centrum, 2013. ISBN 9788087142257.
- OCHRÁNCE: Veřejný ochránce práv OMBUDSMAN. *Domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem: Zpráva ze systematických návštěv veřejného ochránce práv* [online]. 2015 [cit. 2017-03-06]. Dostupné z: [http://www.ochrance.cz/fileadmin/user\\_upload/ochrana\\_osob/ZARIZENI/Socialni\\_sluzby/2015\\_Zprava\\_domovy\\_pro\\_seniory.pdf](http://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/ochrana_osob/ZARIZENI/Socialni_sluzby/2015_Zprava_domovy_pro_seniory.pdf)
- OCHRÁNCE: Veřejný ochránce práv OMBUDSMAN. *Zaostřeno na péči o seniory* [online]. 2013 [cit. 2017-03-06]. Dostupné z: <http://www.ochrance.cz/aktualne/tiskove-zpravy-2015/zaostreno-na-peci-o-seniory/>
- OREL, Miroslav. *Psychopatologie*. Praha: Grada, 2012. Psyché (Grada). ISBN 9788024737379.
- PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada, 2006. ISBN 9788024712116.
- PIDRMAN, Vladimír. *Demence*. Praha: Grada, 2007. Psyché (Grada). ISBN 9788024714905.
- POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*. 1. vydání. GRADA Publishing, Praha 2010. ISBN 978-80-247-3271-8.
- REGNAULT, Mathilde. *Alzheimerova choroba: průvodce pro blízké nemocných*. Přeložila Daniela ŠIMKOVÁ. Praha: Portál, 2011. Rádci pro zdraví. ISBN 9788026200109.
- Slovenská Alzheimerova spoločnosť: Nadácia MEMORY a Centrum MEMORY n.o. *O Alzheimerovej chorobe*. [online]. 2017 [cit. 2017-02-18]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.sk/informacie/alzheimerova-choroba/o-alzheimerovej-chorobe.aspx>

- ŠERÝ, Omar. Alzheimerova choroba a vývoj nových léčiv [online]. Praha: Masarykova Univerzita, Ústav biochemie. 2013 [cit. 2017-02-17]. Dostupné z: <https://www.online.muni.cz/vite/4036-alzheimerova-choroba-a-vyvoj-novych-leciv>
- VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory*. Praha: Grada, 2007. ISBN 9788024721705.
- VOKURKA, Martin a Jan HUGO. *Velký lékařský slovník*. 10. aktualizované vydání. Praha: Maxdorf, 2015. Jessenius. ISBN 9788073454562.
- Vyšší odborná škola zdravotnická a Střední zdravotnická škola: *Multimediální trenážer plánování ošetrovatelské péče Nursing Care Planning Multimedia Simulator* [online]. Hradec Králové, 2010 [cit. 2016-02-12]. Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/vyuka/hodnotici-skaly.aspx>
- WHO, 2014. Mezinárodní klasifikace nemocí. [online]. Ženeva. [cit. 17. 1. 2017]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/seznam.html> ISBN 92-4-154649-2.
- WHO. *The Epidemiology and Impact of Dementia: Current State and Future Trends*. [online]. 2015 [cit. 2017-02-17]. Dostupné z: [http://www.who.int/mental\\_health/neurology/dementia/dementia\\_thematicbrief\\_epidemiology.pdf?ua=1](http://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/dementia_thematicbrief_epidemiology.pdf?ua=1)



## 7 PŘÍLOHY

Příloha A - Posouzení rizika pádu ze dne 28. 11. 2016 dle jednoduchého „screeningového“ nástroje	I
Příloha B - Posouzení stavu 28. 11. 2016 dle Barthelové testu základních všedních činností ADL	II
Příloha C - Mini vyhodnocení duševního stavu	III
Příloha D - Odhad zmatenosti	IV
Příloha E - Použití štítků na hygienických prostředcích	V
Příloha F - Označení toalety a koupelny	VI
Příloha G - Nástěnka klientky, návod pro ovládání lůžka a signalizačního zařízení	VII
Příloha H - Kalendář umístěný na pokoji klientky	VIII
Příloha I - Čestné prohlášení studenta k získání podkladů	IX
Příloha J - Průvodní list k řešerši z NLK	X

Příloha A - Posouzení rizika pádu ze dne 28. 11. 2016 dle jednoduchého „screeningového“ nástroje

<b>Aktivita</b>		<b>Skóre</b>
<b>Pohyb</b>	Neomezený	0
	<u>Používání pomůcek</u>	1
	Potřebuje pomoc k pohybu	1
	Neschopen přesunu	1
<b>Vyprazdňování</b>	Nevyžaduje pomoc	0
	<u>Historie nokturie/inkontinence</u>	1
	Vyžaduje pomoc	1
<b>Medikace</b>	Neužívá rizikové léky	0
	<u>Užívá léky ze skupiny:</u>	1
	- diuretik	
	- antikonvulziv	
	- antiparkinsonik - antihypertenziv - psychotropní léky nebo benzodiazepiny	
<b>Smyslové poruchy</b>	Žádné	0
	<u>Vizuální, sluchové, smyslový deficit</u>	1
<b>Mentální stav</b>	Orientován	0
	Občasná/noční dezorientace	1
	<u>Historie dezorientace/demence</u>	1
<b>Věk</b>	18-75	0
	<u>75 a výše</u>	1
<b>Celkové skóre:</b>		<b>6</b>

Zdroj: Vyšší odborná škola zdravotnická a Střední zdravotnická škola Hradec Králové, 2010

Příloha B - Posouzení stavu 28. 11. 2016 dle Barthelové testu základních všedních činností ADL



Barthelův test základních všedních činností ADL  
(activity daily living)

- slouží ke zhodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech

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

HODNOCENÍ:

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


**celkem: 70 bodů**

Zdroj: Vyšší odborná škola zdravotnická a Střední zdravotnická škola Hradec Králové, 2010

## Příloha C - Mini vyhodnocení duševního stavu



### Mini vyhodnocení duševního stavu

Úkol	Instrukce	Způsob vyhodnocení	Body
Orientace v čase	„Kolikátého je dnes?“ Zeptejte se na chybějící údaje	Jeden bod za správný: den, měsíc, rok, datum a sezóna	5
Orientace v prostoru	„Kde jste?“ Zeptejte se na chybějící údaje	Jeden bod za správný: stát, okres, město, budova a poschodí	5
Zapamatování 3 předmětů	Jmenujte pomalu a jasně 3 předměty. Požádejte pacienta, aby je opakoval.	Jeden bod za každý správně pojmenovaný předmět	3
Série 7	Pacient odečítá od 100 sedmičky nebo hláskuje pozpátku slovo „racek“ (5 pokusů)	Jeden bod za každou správnou odpověď nebo písmeno	5
Vybavení 3 předmětů	Požádejte pacienta o vybavení 3 předmětů uvedených ve třetí otázce	Jeden bod za každý zapamatovaný předmět	3
Pojmenování předmětů	Ukažte pacientovi hodinky a tužku a požádejte jej, ať tyto předměty pojmenuje	Jeden bod za každou správnou odpověď	2
Opakování fráze	Požádejte pacienta, aby po vás opakoval větu: „Máš pas? Snad. Sám si jej vezmi!“	Za správnou odpověď na první pokus jeden bod	1
Verbální příkaz	Řekněte pacientovi: „Vezměte si tento papír do pravé ruky, přeložte jej napůl a položte.“	Za korektní splnění každého ze tří úkolů jeden bod	3
Psaný příkaz	Ukažte pacientovi kartu s příkazem: „Prosím, zavřete oči.“	Jeden bod, jestliže pacient zavře oči	1
Psaní	Požádejte pacienta, aby napsal krátkou větu.	Jeden bod, jestliže má věta předmět, sloveso a dává smysl	1
Kreslení	Požádejte pacienta, aby nakreslil následující obrázek: 	Jeden bod, má-li kresba 10 rohů a dvě protínající se linky	1
<b>vyhodnocení</b>	<b>Skóre 24 a vyšší je považováno za normální</b>		<b>30</b>

Zdroj: Vyšší odborná škola zdravotnická a Střední zdravotnická škola Hradec Králové, 2010



## ODHAD ZMATENOSTI

(vyvinuto Dr. R. Gaird - Guy's Hospital, 1981)

**ZKRÁCENÝ MENTÁLNÍ BODOVACÍ TEST** pro ošetrovatelské zhodnocení  
(Jeden bod za každou správnou odpověď. Je-li počet nižší než 7 bodů, jedná se o zmatenost.)

Zeptejte se nemocného na:

1. Věk
2. Čas do nejbližší hodiny
3. Adresu (pro připomenutí: Na konci testu by měla být adresa pacientem zopakována, abychom se ujistili, že pacient dobře slyšel.)
4. Rok
5. Jméno nemocnice
6. Poznání alespoň dvou osob (např. sestra, lékař)
7. Datum narození
8. Rok první světové války
9. Jméno současného prezidenta
10. Odečítat zpět od 20 do 1 nebo vyjmenovat zpětně měsíce v roce prosinec - leden

Zdroj: Vyšší odborná škola zdravotnická a Střední zdravotnická škola Hradec Králové, 2010

Příloha E - Použití štítků na hygienických prostředcích



Zdroj: vlastní zpracování, 2016

Příloha F - Označení toalety a koupelny



Zdroj: vlastní zpracování, 2016

Příloha G - Nástěnka klientky, návod pro ovládání lůžka a signalizačního zařízení



Zdroj: vlastní zpracování, 2016



Příloha H - Kalendář umístěný na pokoji klientky



Zdroj: vlastní zpracování, 2016

## ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

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

V Praze dne 30. 3. 2017

.....  
Čabanová Monika

## PRŮVODNÍ LIST K REŠERŠI

**Jméno:** Monika Čabanová, DiS.

**Název práce:** Ošetrovatelský proces u pacienta s Alzheimerovou chorobou

**Jazykové vymezení:** čeština, slovenština, angličtina

**Klíčová slova:** Alzheimerova choroba – Alzheimer disease. Demence – Dementia. Neurodegenerativní onemocnění – Neurodegenerative disease. Ošetrovatelská péče – Nursing care.

**Časové vymezení:** 2007 – 2017

**Druhy dokumentů:** knihy (=monografie), sborníky, články, popř. kapitoly knih či články ze sborníků, kvalifikační (bakalářské a diplomové práce), elektronické zdroje

**Počet záznamů:** 71 (kvalifikační práce: 8, knihy: 26, články a sborníky: 12, elektronické zdroje: 25)

**Použité prameny:**

Katalogy knihoven systému Medvik – knihy (=monografie)

Bibliographia medica Českoslovaca (BMČ – články)

Theses - registr vysokoškolských kvalifikačních prací

Internet

**Použitý citační styl:** Harvardský, ČSN ISO 690-2:2011 (česká verze mezinárodních norem pro tvorbu citací tradičních a elektronických dokumentů)

Vypracoval:

Mgr. Klára Koldová, OISS NLK

koldova@nlk.cz