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

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

JONÁŠ HICKL, DiS.

Praha 2017

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

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU

Bakalářská práce

JONÁŠ HICKL, DiS.

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Jarmila Verešová

Praha 2017

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

Hickl Jonáš
3VS2

Schválení tématu bakalářské práce

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

Ošetřovatelský proces u pacienta s Alzheimerovou chorobou

The Nursing Process in a Patient with Alzheimer´s Disease

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Jarmila Verešová

V Praze dne: 25. 10. 2016

doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 31. 5. 2017

.....

PODĚKOVÁNÍ

Rád bych touto cestou poděkoval vedoucí práce PhDr. Jarmile Verešové za metodické a odborné vedení mé bakalářské práce, za poskytování cenných rad a pomoc při hledání materiálových podkladů.

ABSTRAKT

HICKL, Jonáš. *Ošetřovatelský proces u pacienta s Alzheimerovou chorobou.* Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Jarmila Verešová. Praha. 2016. 66 s.

Tématem bakalářské práce je ošetřovatelský proces o pacienta s Alzheimerovou chorobou. První a klíčovou částí bakalářské práce je odborně a medicínsky popsaná demence, se kterou jsou spojené i její příznaky, se kterými se setkáváme stále častěji. Také jsou vysvětleny metody, které se pojí s demencí. Choroba, postihuje především seniory, procentuálně více ženy než muže. Dále se zabýváme popisem a vysvětlením Alzheimerovy choroby. Její příznaky, ke kterým patří nejčastěji zapomínání, změny nálad a špatná orientace v čase, místě a prostoru.

Důležitou částí je praktická část, která je zaměřena na ošetřovatelský proces u dané nemoci pacienta.

Klíčová slova

Alzheimerova demence. Ošetřovatelská péče. Ošetřovatelský proces. Pacient. Všeobecná sestra.

ABSTRACT

HICKL, Jonáš. *The nursing process for a patient with Alzheimer´s disease.* Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Jarmila Verešová. Praha. 2016. 66 s.

The theme of the thesis is the nursing process of a patient with Alzheimer's disease. The first and crucial part of the thesis is professionally and medically described dementia with which they are associated and its symptoms, we encountered more frequently. Also they explain the methods that are associated with dementia. This disease mainly affects the elderly, the percentage of women more than men further description and explanation of Alzheimer's disease. Its symptoms, which include most forgetfulness, mood swings and poor orientation in time, place and space.

The important part is the practical part, which focuses on the nursing process in the disease.

Keywords

General nurse. Nursing care. Midwife. Pain. Patient.

PŘEDMLUVA

Cílem mé bakalářské práce je přiblížit ošetřovatelský proces u pacienta s Alzheimerovou chorobou, s kterou se stále častěji setkáváme. Já osobně se s těmito lidmi setkávám v rámci mého zaměstnání na gerontopsychiatrickém oddělení v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži. Dále pak pomáhám s ošetřovatelskou péčí o matku mé sousedky, která trpí Alzheimerovou demenci již 6 let diagnostikovanou. Obecně se jedná většinou o geriatrické polymorbidní pacienty, kteří potřebují vhodný a individuální přístup. Tato nemoc začíná nenápadně, poprvé ji zachytí rodina nebo blízké okolí. Právě oni by neměli vyčkávat a svého příbuzného vzít k lékaři. Často během krátkého času následuje nesoběstačnost se dříve běžnými věcmi a poté invalidita. Je potřeba, aby se onemocnění zachytilo včas a dostupnými léky se podařilo zpomalit a zkvalitnit poslední roky života. Toto vše mě inspirovalo k napsání bakalářské práce. Chci Vám přiblížit, jak tato nemoc vzniká, jaké má příznaky, jak se diagnostikuje a léčí.

OBSAH

SEZNAM ODBORNÝCH ZKRATEK 11
SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ 12
ÚVOD 13
1 DEMENCE 16
1.1 PŘEHLED DEMENCÍ 17
1.1.1 ATROFICKO-DEGENERATIVNÍ PROCESY 17
1.1.2 VASKULÁRNÍ DEMENCE 17
1.2 OSTATNÍ SYMPTOMATICKÉ DEMENCE 18
2 ALZHEIMEROVA CHOROBA 19
2.1 AKTUÁLNÍ SITUACE VÝSKYTU ALZHEIMEROVY CHOROBY V EVROPĚ A VE SVĚTĚ 21
2.2 PŘÍZNAKY ALZHEIMEROVY CHOROBY 21
2.2.1 KOGNITIVNÍ SYMPTOMY U DEMENCE 22
2.2.2 PORUCHY EMOTIVITY 23
2.2.3 BEHAVIORÁLNÍ SYMPTOMY-PORUCHY CHOVÁNÍ 23
3 DIAGNOSTIKA ONEMOCNĚNÍ 24
3.1 SCREENINGOVÉ METODY 25
3.2 TEST HODIN 25
3.3 MINI MENTAL SCORE EXAMINIATON 25
4 LÉČBA ALZHEIMEROVY CHOROBY 27
4.1 FARMAKOLOGICKÁ LÉČBA 27
4.2 INHIBITORY CHOLINESTERÁZ 27
4.3 LÉČIVA TLUMÍCÍ EXCITOTOXICITU 28
4.4 NEFARMAKOLOFICKÉ POSTUPY V PÉČI O NEMOCNÉ S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU 29
4.5 OBECNÉ ZÁSADY PSYCHOTERAPIE PACIENTA U DEMENCÍ 29
4.6 TYPY PSYCHOTERAPIE/PSYCHOTERAPETICKÝCH POSTUPŮ A JEJICH ÚČINNOSTÍ 29
5 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O PACIENTA S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU 31
5.1 OBLAST ADAPTACE 31
5.2 OBLAST SPÁNKU A ODPOČINKU 32
5.3 STRAVA A HYDRATACE 32

5.4 OBLAST SOBĚSTAČNOSTI 32
5.5 VYPRAZDŇOVÁNÍ 32
5.6 OBLAST HYGIENICKÉ PÉČE A PÉČE O KŮŽI 33
6 PÉČE O NEMOCNÉHO S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ 34
7 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU 36
DOPORUČENÍ PRO PRAXI 63
ZÁVĚR 64
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY 65
PŘÍLOHY I

SEZNAM ODBORNÝCH ZKRATEK

CT - computerová tomografie

MR - magnetická resonance

PET - pozitronová emisní tomografie

SPECT - tomografová scintigrafie

CNS - centrální nervová soustava

ICHE - inhibitory cholinesteráz

(VOKURKA, 2015).

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Computerová tomografie – vyšetření, které kombinuje klasické rentgenové vyšetřením s počítačovým systémem, který informace zpracovává.

Mini- Mental State Examination – krátký test kognitivních funkcí, je celosvětově používaný pomocný test pro zjištění kognitivních funkcí a záchyt demence.

Screeningové metody – programy které jsou zaměřeny na časnou diagnostiku.

Kognitiva – látky zlepšující prokrvení mozku a paměť.

Inhibitory cholonesteráz – jsou obecně používány jako symptomatické léky první volby u pacientů s lehkou až středně těžkou Alzheimerovou chorobou.

Paralogické myšlení – jednotlivé myšlenky na sebe navazují podle povrchních podobností a náhodných asociací.

Gerontopsychiatrie – (psychiatrie pro seniory) se zabývá především léčbou psychických poruch, které vznikají ve stáří, po 65. roce života.

(VOKURKA, 2015).

ÚVOD

Ve zdravotnických zařízeních, ale i v osobním životě se stále více setkáváme s nemocnými, kteří trpí Alzheimerovou chorobou. Tuto nemoc v dnešní době umíme diagnostikovat a zpomalit její průběh a tak těmto lidem můžeme dopřát delší život než dřív, ale nejsme schopni ji vyléčit. Vzhledem k tomu, že se posouvá hranice života, je v populaci čím dál víc takto nemocných a nadále jich bude přibývat. Tito nemocní potřebují citlivý a individuální přístup jak zdravotnického personálu, tak laické veřejnosti a právě v této práci bychom si měli shrnout jak teoretické tak praktické informace o této chorobě, abychom byli schopni takto nemocným lidem co nejefektivněji pomoci v posledních letech života.

Také obsahuje:

Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Zpracovat obecnou problematiku demence, převážně Alzheimerovu chorobu a poskytnout teoretické informace.

Cíl 2: Popsat rizikové faktory, které se podílí na vzniku Alzheimerovy choroby.

Cíl 3: Popsat příčiny, příznaky, diagnostiku a léčbu Alzheimerovy choroby.

Cíl 4: Popsat typy a klasifikace Alzheimerovy choroby.

Cíl 5: Popsat specifika ošetřovatelské péče u pacientů s Alzheimerovou chorobou.

Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Zpracovat ošetřovatelský proces u konkrétního pacienta s Alzheimerovou chorobou, hospitalizovaného na gerontopsychiatrickém oddělení.

Těžisková literatura:

1. BURDA, Patrik a Lenka ŠOLCOVÁ. *Ošetřovatelská péče.* Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-5333-1.

2. JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 164 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2454-6.

3. KALVACH, Zdeněk. 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2490-4.

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

Popis rešeršní strategie

O rešeršní protokol jsem zažádal elektronicky knihovnu Vysoké školy zdravotnické v Praze a to paní Mgr. Turečkovou. Během týdne mi vyhotovila kompletní rešerši, která se ke mně dostala v podobě tištěné i elektronické. V rešerši našla celkem 38 záznamů a to 5 vysokoškolských prací, 14 knih a 19 článků a příspěvků. Tyto záznamy jsou od roku 2007 do současnosti a to ve slovenském, českém a anglickém jazyce.

1 DEMENCE

Slovo demence pochází z latinského slova „mens“, což znamená „mysl“, a předpony „de-“, která značí „od-“. Slovo „demens“ tedy znamená „šílený“, tedy něco, co mysli pozbylo, odchylku od rozumového jednání. Jako první v medicíně tento termín použil Aurelius Cornelius Celsus ve své knize „De medicína“ v prvním století našeho letopočtu.

Do moderní psychiatrické klasifikace jej zavedl Dominique Esquirol v roce 1814. Definice demence podle 10. decenální revize mezinárodní klasifikace nemoci zní Demence (F00-F 03) je syndrom způsobený chorobou mozku (KUČEROVÁ, 2006). Demence jsou poruchy, u kterých dochází k podstatnému snížení úrovně paměti i dalších kognitivních funkcí. Mezi tyto funkce patří kromě paměti pozornost, vnímání, řečové funkce (schopnost tvorby řeči a schopnost porozumění řeči) (JIRÁK, 2009).

Zhoršení uvedených funkcí je doprovázeno někdy dokonce zhoršením kontroly emocí, sociálního chování nebo motivace. Diagnózu demence lze tudíž stanovit na základě klinického obrazu – psychiatrického (neuropsychiatrického) a psychologického vyšetření. K jejímu určení nestačí pouze patologický nález zobrazovacích technik (CT – computerová tomografie, MR – magnetická resonance, PET – pozitronová emisní tomografie, SPECT – tomografová scintigrafie), neboť míra atrofie či funkčního postižení nemusí zákonitě korespondovat se stupněm demence. CT a MR může odhalit atrofické změny, v některých i v časných stádiích. Metody PET a SPECT mohou prokázat funkční změny, např. snížení metabolizmu v určitých regionech CNS – centrální nervová soustava. Ani tyto změny však nelze považovat za specifické. Demenci můžeme chápat, jako získanou poruchu kognitivních funkcí, která je natolik závažná, že má zásadní vliv na další funkce a tím i život pacienta (PIDRMAN, 2007).

Často jde v pokročilých stádiích o bodovou existenci. Schopnost úsudku se postupně zhoršuje, logika myšlení mizí. Mohou se objevit bludy, později dochází k fragmentaci myšlení, které se stává bezobsažným a inkoherentním. V řeči se může objevit porucha syntaxe, nominální afázie nebo dysfázie. V pokročilých stadiích pacient může vydávat bezobsažné zvuky nebo se stává mutistickým. Změny nálady mohou být bezdůvodné, bývá úzkost, podrážděnost, deprese, častá je emoční inkontinence. Demence způsobuje snížení intelektu. Přítomná je porucha amnestických funkcí s neschopností učit se novým obsahům. Poruchy paměti se týkají zejména čerstvých zážitků. Pacienti se mohou snažit maskovat

poruchy paměti pomocí konfabulací. Poruchy paměti se týkají zejména čerstvých zážitků. Porucha

kognitivních funkcí interferuje s běžnými životními aktivitami – nejprve s profesními dovednostmi, postupně i s jednoduššími aktivitami, jako je schopnost manipulace s penězi, telefonování, nebo obsluha jednotlivých elektrospotřebičů. Při těžké demenci selhává i bazální péče o osobní hygienu (PRAŠKO, 2011).

Zhoršení klinického obrazu může také souviset se změnami v sociální oblasti, stresem, ale také s únavou, změnou prostředí, časem den, noc apod.

Nástup nemoci je plíživý, změny chování provází emoční labilita, narůstá porucha paměti, zvlášť pro nové poznatky, objevují se nepřesnosti při běžných prácích, dochází ke ztrátě úsudku, později nastupuje časově-prostorová dezorientace (SEIDL, 2008).

1.1 PŘEHLED DEMENCÍ

Demence lze podle příčin dělit do dvou skupit. První jsou demence, které mají za podklad atroficko-degenerativní proces mozku. Dále jsou to demence symptomatické, které mají za podklad celková onemocnění, infekce, intoxikace, úrazy, nádory, cévní poruchy, metabolické změny a jiné poruchy postihující mozek. Třetí jsou symptomatické demence a lze ještě dělit do dvou podskupin a to demence vaskulární (na podkladě poruchy mozkových cév a mozkového krevního zásobení).

1.1.1 ATROFICKO-DEGENERATIVNÍ PROCESY

Atroficko-degenerativní procesy jsou procesy, které vedou ke snížení počtu nervových buněk, snížení počtů spojů (synapsí), nervových buněk k poruše funkce nervových buněk (neuronů) i pomocných nervových buněk (neurologie), k tvorbě a ukládání patologických bílkovin, u nichž probíhá řada dalších degenerativních dějů (SEIDL, 2008).

1.1.2 VASKULÁRNÍ DEMENCE

Vzniká na podkladě poškození mozkové tkáně cévními poruchami. Jsou to především mozkové infarkty – odumření určitého okrsku mozkové tkáně proto, že tento okrsek nebyl prokrven v důsledku uzávěru vyživující tepny. Demence vznikají častěji na podkladě mnohačetných drobných mozkových infarktů. Často se setkáváme s progresí onemocnění skokem v důsledku vaskulárních lézí (TOPINKOVÁ, 2005).

1.2 OSTATNÍ SYMPTOMATICKÉ DEMENCE

Vznikají na podkladě celkových onemocnění organismu postihujících také mozek, na podkladě intoxikací, infekce a zánětu. Úrazu mozku, nádorů mozku a dalších příčinných faktorů ovlivňujících činnost centrálního nervového systému. Mezi tyto demence náleží například demence infekční, prionové, metabolické, traumatické etiologie a další (JIRÁK, HOLMEROVÁ, BORZOVÁ, 2009).

2 ALZHEIMEROVA CHOROBA

V roce 1907 popsal Alois Alzheimer první příznaky u tehdy 51. leté Augusty Deterové. Onemocnění, které se vyskytovalo již ve středním věku kolem padesáti let, mělo rychlý průběh, byla zjišťována výrazná dědičnost a postihovalo především ženy (DUŠEK, VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2010). V České republice se uvádí až 120 000 postižených touto chorobou (PFEIFFER, 2007). Alzheimerova nemoc je primární atroficko-degenerativní onemocnění mozku nejasné etiologie, jejímž průvodním znakem je postupný rozvoj demence. Objevuje se úbytek korových buněk (korová atrofie), amyloidóza stěn mozkových tepen. Alzheimer objevil tzv. neuronální klubka, která se v mikroskopu jeví jako chomáče hrubších vláken, která prostupují cytoplazmu neuronu. Dále jsou to senilní plaky, nepravidelné okrouhlé útvary, které obsahují patologickou bílkovinu amyloid (jako ve stěnách tepen. V současnosti se řadí mezi nejčastější příčinu demencí na světě (je udáváno, že tvoří přibližně 65-75 % všech demencí). Její diagnostika vyžaduje interdisciplinární přístup, opírá se zejména zobrazovací a neurologické metody magnetická resonance, počítačová tomografie, neuropsychologické, psychiatrické laboratorní, histopatologické, případně genetické vyšetření (PFEIFFER, 2007).

Mimo běžných diagnostických kritérií stanovených MKN-10 a DSM-IV pro diagnostiku demence u Alzheimerovy nemoci jsou mezinárodně užívaná a uznávaná diagnostická kritéria NINCDS-ADRDA (National Institute of Neurological and Communicative disordersandstroke-Alzheimersdisease and relateddisordesassociation). S výrazně vyšší pravděpodobností až jistotou lze diagnózu Alzheimerovy nemoci verifikovat na základě histopatologických nálezů (biopsií mozku posmrtně). Histopatologickými nálezy bývá klasicky zjišťována přítomnost neuritických plaků a neuro-fibrilárních klubek a zobrazovací metody přináší obraz atrofie zejména mezi temporálních kortikálních oblastí mozku (především v hipokampu a entorginálním kortexu). Pro efektivní léčbu demence je optimální komplexní přístup tvořený jak farmakologickou léčbou, tak i psychologickou a rehabilitační péčí (PFEIFFER, 2007).

Z neuropsychologického pohledu je demence u Alzheimerovy choroby charakteristická pozvolna progredující deteriorací kognitivních schopností (zejména amnestických a kortikálních – afázie, apraxie, agnozie) a behaviorálními alteracemi. Celý proces směřuje posléze k terminálnímu stádiu spojenému s degradací osobnosti, ztrátou náhledu a základní soběstačností (včetně hygienických návyků). Proto i mezi hlavní kognitivní oblasti, na které

se neuropsycholog při vyšetření v této souvislosti zaměřuje, řadíme: paměťové schopnosti, řečové schopnosti, zrakově-prostorové schopnosti, exekutivní funkce a intelektové schopnosti. Ze samotného charakteru onemocnění je také zřejmý jeho zásadní dopad na kvalitu života člověka, která bývá hodnocena škálami posuzujícími zvládání každodenních aktivit.

Při zvažování diagnózy demence při Alzheimerově nemoci je nutné pomýšlet diferenciálně diagnosticky zejména na přítomnost tzv. pseudodemence, demence a Lewyho tělísky, fronto-temporální a vaskulární demence. Demence u Alzheimerovy choroby bývá klasifikována nejčastěji podle doby počátku vzniku onemocnění. Rozlišujeme tak demenci u Alzheimerovy choroby:

S časným začátkem (tzn. před 65. rokem věku). První z typů bývá charakterizován poměrně rychlým nástupem a progresí onemocnění, druhý z typů je pozvolnější, postupný nástup a průběh a jako jedno z diagnostických kritérií bývá též udávána převaha zhoršení paměti nad zhoršením intelektových schopností. Někteří autoři, hovoří o tzv. rané formě Alzheimerovy nemoci (nástup příznaků do 60. roku věku) a pozdní formě (nástup příznaků po 60. roce věku).

S pozdním začátkem je jednoznačně častější. Diagnostikujeme ji po 65 roce a označuje se také jako senilní forma (OREL, 2012). Jako velmi pozdní formu Alzheimerovy nemoci vyčleňuji ty varianty, které propukají až po 85. roce věku.

Klasifikace MKN-10 vymezuje také demenci u Alzheimerovy choroby atypického nebo smíšeného typu pro demence, které mají významné atypické rysy nebo nesplňují časové kritérium délky trvání symptomů demence. Pod tuto diagnostickou kategorii řadíme též smíšenou Alzheimerovu a vaskulární demenci.

Dle MKN-10 diagnosticky klasifikujeme:

Demence u Alzheimerovy choroby

Demence u Alzheimerovy choroby s časným začátkem

Demence u Alzheimerovy choroby s pozdním začátkem

Demence u Alzheimerovy choroby, atypický nebo smíšený typ (DUŠEK, VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2010).

2.1 AKTUÁLNÍ SITUACE VÝSKYTU ALZHEIMEROVY CHOROBY V EVROPĚ A VE SVĚTĚ

V současné době žije v České republice podle kvalifikovaných odhadů 110–130 lidí trpících nějakou formou demence. Tento počet se do poloviny století zdvojnásobí (Alzheimer Europe, 2009). Bude se tedy jednat o čtvrt milionu lidí – občanů České republiky, kteří budou mít zcela specifické potřeby a budou potřebovat péči. Významná je také socioekonomická zátěž Alzheimerovy choroby a dalších onemocnění způsobujících demenci. V zemích Evropské unie se jednalo v roce 2007 v průměru o 21 tisíc euro za rok, vzhledem k tomu, že tyto náklady souvisejí s poskytováním péče, byly nejvyšší v zemích „staré“ EU a poněkud nižší v nových zemích Unie. Projekt Euro CoDe (European Collaboration on Dementia), jenž koordinovala evropská asociace alzheimerovských společností Alzheimer Europe prokázal, že počet lidí postižených demencí v Evropě představuje v současné době více 7 milionů lidí v zemích Evropské unie a 8,5 milionu ve všech evropských zemích. Celkové náklady byly jen v zemích evropské sedmadvacítky odhadnuty na 130 miliard euro v roce 2007. Z toho byla více než polovina (56 %) vynaložena na neformální, rodinnou péči (Alzheimer Europe, 2009).

2.2 PŘÍZNAKY ALZHEIMEROVY CHOROBY

V lehkém stádiu Alzheimerovské demence dochází k poruchám paměti ve všech složkách. Poměrně časným příznakem je porucha prostorové a časové paměti. Pacienti začínají bloudit nejprve v místnostech, které znají málo, ale později i v místech dobře známých. Brzy ztrácejí soudnost a schopnost logického uvažování. Dochází k poruchám běžných denních životních aktivit – ztrácejí nejprve své profesní dovednosti, prostupně dochází i k poruchám aktivit takového typu, jako jsou běžné domácí práce a starost o sebe sama. Poměrně brzy dochází (na rozdíl od pacientů s ischemicko-vaskulárními demencemi) k degradaci osobnosti. Brzy také ztrácejí náhled choroby.

Ve středním stadiu demence se poruchy paměti podstatně zhoršují, dochází k výrazné deterioraci intelektu. Poruchy paměti mohou vést až k amnestické dezorientaci – nemocní si v důsledku poruch krátkodobé paměti nevštípí, kde se nacházejí, a proto se chovají dezorientovaně. Velmi často, avšak vždy, se objevují přidružené výpadové korové jevy typu afázií, agnózií či apraxií. Poruchy v oblasti denních životních aktivit dosahující takového stupně, že nemocní přestávají být soběstační a stávají se plně závislými na péči svého okolí.

Velmi často se objevují příznaky, kterým se říká behaviorální a psychologické příznaky demence. Mezi tyto příznaky patří poruchy chování, přidružené psychotické symptomy, přidružené afektivní poruchy, poruchy spánek u bdění (KALVACH, 2011).

V těžkém stadiu alzheimerovské demence jsou přítomny poruchy kognitivních funkcí dosahující takového stupně, že postižení často nepoznávají své okolí, nejbližší příbuzné, bývají dezorientovaní místem a časem. Aktivity denního života jsou postiženy v instrumentální a neinstrumentální složce natolik, že nemocní bývají plně závislí na péči okolí. Behaviorální a psychologické příznaky demence, především poruchy chování, tak vystupují do popředí, že se často stávají nejobtížnějším příznakem z hlediska pečovatelů pacientů. Alzheimerova choroba trvá od objevení se prvních příznaků do smrti průměrně 7-10 let, nyní se přežití (hlavně díky léčbě a dobré práci pečovatelů) prodlužuje.

Jsou však i rychleji progredující případy, především tam, kde je familiární výskyt. Bezprostřední příčinou smrti bývají většinou hypostatické pneumonie nebo bronchopneumonie, úrazy (pří pádech) aj., Alzheimerova choroba je základní příčina smrti (RABOCH, PAVLOVSKÝ, JANOTOVÁ, 2012).

2.2.1 KOGNITIVNÍ SYMPTOMY U DEMENCE

Poruchy paměti se mohou projevovat různými potížemi se získáváním nových informací, špatnou orientací, opakování dotazů, konfabulace neboli vymýšlení si, a také úzkostlivostí.

Poruchy řeči se pojí s problémy v komunikaci, nedorozuměním, neporozuměním myšlence. Mohou se vyskytnout chybějící slova v kontextu, rozsáhlé opisování, špatné řazení vět. Chybí i možnost předem naplánovat a vyhodnotit činnost či situaci.

Poruchy pozornosti souvisí s neschopností začít a ukončit úkol, nebo činnost. Fixuje se na nepodstatnou část úkolu (lpění). Snaží se vytěsnit rušivé podněty, dochází ke snížení schopnosti reagovat a s tím spojené zmatené reakce.

Poruchy vnímání znamená v konkrétním příkladě neschopnost poznávat věci a osoby, může mít mylný výklad podnětů (iluze). Dále tito lidé mají potíže s nalezením cesty, kterou dříve běžně používali a k tomu všemu se váže úzkosti a nejistota.

Poruchy úsudku se mnohou projevovat odmítání pomoci (špatně hodnotí situaci, nevnímá realitu), lidé trvají na starých vzorcích chování, ztrácejí zábrany, nepředvídají důsledky svého jednání a chybí jim představa o abstraktních věcech (VENGLÁŘOVÁ, 2007).

2.2.2 PORUCHY EMOTIVITY

K poruchám emotivity patří poruchy nálad – nejčastěji se setkáváme s depresivní poruchou. Může mít původ v organických změnách CNS. Stejně závažná je depresivní reakce na životní změny způsobené onemocnění. V počátku si nemocný silně uvědomuje, že ztrácí své dosavadní schopnosti. Deprese je pak reakční, mohou se objevit i úvahy o sebevraždě.

Oploštělá emotivita – zvláště rodinu překvapí vymizení přiměřených emočních reakcí u nemocného. Může to připomínat nezájem, neochotu citově se zapojit do života rodiny. Vymizení citových reakcí doprovází snížení neverbálních projevů. Takový člověk se stává pro své okolí nesrozumitelným.

Emoční labilita – opakem oploštělých emocí je emoční labilita. Vyjadřované city jsou nepřiléhavé situace, rychle se střídá pláč a smích. Jde o stavy, které vídáme u dětí. V očích ještě slzy, ale už zní smích.

Ve vyšších stádiích nemoci dochází ke **ztrátě vyšších citů** – tento projev je často zdrojem devalvujících postojů okolí. Nemocný ztrácí představu o základních lidských postojích a hodnotách. Pokud má hlad, vezme si jídlo a nepřemýšlí, zda není někoho jiného. Chybí stud, rozpadají se společenské zábrany (VENGLÁŘOVÁ, 2007).

2.2.3 BEHAVIORÁLNÍ SYMPTOMY-PORUCHY CHOVÁNÍ

Poruchy chování se u nemocných AD projevují i agresivním chováním, které začíná verbálními projevy a může vyústit až ve fyzické napadaní. Roste verbální naléhavost a stálé opakování dotazů. Dále převládá agitovanost – zvýšená aktivita. Pacienti odmítají a nedodržují osobní hygienu, při naléhání můžou přejít do verbální a fyzické agrese. Pacienti jsou často zpomalení, mají sníženou vůli a ztrácí zájmy. Na veřejnosti projevují nezdrženlivé chování, jako jsou sexuální projevy, vyprazdňování, obnažování (VENGLÁŘOVÁ, 2007).

3 DIAGNOSTIKA ONEMOCNĚNÍ

Často prvotní diagnostiku provádí neurolog nebo psychiatr, kam pacienta odešle praktický lékař. Vyšetření pacienta má stejnou strukturu jako každé jiné psychiatrické vyšetření, pouze věnujeme větší pozornost paměti, úsudku a dalším příznakům, které s demencí bývají spojeny (smutek, úzkosti, únavnost, nesoustředivost, nespavost, hučení v uších, točení hlavy). Nejlepší je, když je pacient vyšetřován tak, že si ani neuvědomuje, že je vyšetřován. Lidé totiž nebývají rádi vyšetřováni, ale rádi si příjemně popovídají s lékařem. A je dobře, když lékař při tom příjemném popovídání vede rozhovor tak, že zjistí všechny potřebné informace vedoucí k diagnóze. Již při navázání kontaktu a odebírání anamnézy si všímáme, jak pacient mluví. Jak formuluje věty, zda snadno, nebo obtížně, rychle, nebo pomalu, zda hledá slova, zda je opakuje, zda opakuje celé věty a není schopen se posunout v tématu, zda je možno otázkami jeho řeč odklonit, zda odpovídá přiléhavě, k věci, zda vybavuje z paměti rychle a snadno, nebo dlouho vzpomíná, neví běžné údaje o sobě a své rodině. Zda je řeč rozvláčná a zabíhavá, zda musíme některé otázky opakovat, zda pacient chápe, na co se ptáme, nebo zda je třeba otázky klást zkříženě a vysvětlovat některé pojmy.

Někdy pacient sám řekne, že si špatně pamatuje, jindy to sdělí jeho příbuzní. Pokud má pacient halucinace většinou zrakové nebo sluchové, často to jsou paranoidní bludy. Jsou i všeobecně známé případy, kdy se dědicové skutečně chtějí starého rodiče zbavit odložením do ústavu, kdy chtějí manipulovat s jeho penězi apod., a proto pouhé sdělení pacienta, že ho např. chce rodina okrást, může být pravda. Vždy je třeba zvážit okolnosti, posuzovat příznaky ve vztazích navzájem a nečinit jen paušální závěry. „Jedna vlaštovička jaro nedělá“ a jeden příznak nedělá diagnózu. A když si nejsem jista, raději počkám, čas ukáže. To se samozřejmě netýká situací, kde je nebezpečí z prodlení, ale tam už je vždy příznaků více a je možné se o ně opřít. Paranoidní syndrom bývá často spojen také s halucinatorním syndromem, kde nemocný slyší různé hlasy, popř. vidí různé postavy, které tam nejsou, což činí diagnostiku jasnější. Značným problémem bývají stavy zmatenosti, tedy amence, popř. amentně delirózní stavy, tedy stavy kvalitativně porušeného vědomí ve smyslu vědomí obluzeného. Při nich je pacient dezorientovaný, někdy i neklidný až agresivní (KUČEROVÁ, 2006). Neuropsychologická diagnostika mírná kognitivní porucha, je založena na výsledcích použitých testů v neuropsychologické bakterii, ale i na analýze dalších informací z anamnézy pacienta a z dalších klinických metod, jako je rozhovor a pozorování. Kromě vyšetření pacientka je důležité získat anamnézu od nejbližšího okolí, jako jsou příbuzní, pečovatelé

apod. Dalším úkolem neuropsychologického vyšetření je identifikace pacientů s vyšším rizikem přechodu do demence při Alzheimerově nemoci, tedy pacientů s kognitivním profilem nesoucím známky typické alzheimerovské patologie.

Základní neuropatologické nálezy u Alzheimerovy choroby jsou: atrofie mozku (nejvýraznější mediální temporální struktury), selektivní zánik především acetylcholinergních neuronů a tvorba beta-amyloidu a formace plaků (FIŠAR, 2009).

3.1 SCREENINGOVÉ METODY

Přestože pro diagnostiku mírně kognitivní poruchy při Alzheimerovy choroby je nezbytné komplexní neuropsychologické vyšetření, v klinické praxi se relativně často setkáváme se situací, kdy kvalitní komplexní neuropsychologické vyšetření není k dispozici. V takovém případě je nutné se spolehnout alespoň na výsledky screeningových metod, které na určité pravděpodobností úrovni mohou odhalit počínající kognitivní deficit, Screeningové metody jsou užitečné i pro první orientační odhad kognitivní výkonnosti a mohou také lépe než komplexní neuropsychologické vyšetření sledovat případné fluktuace v rámci krátkodobých časových úseků (dny, týdny). Mini- Mental State Examination (MMSE), test hodin – to jsou dva základní (FIŠAR, 2009).

3.2 TEST HODIN

Oblíbená screeningová metoda rozšířená mezi neurology, psychiatry a praktickými lékaři. Používán je pro svou jednoduchost administrace, časovou náročnost a praktičnost použití. Je pokládán za dostatečně komplexní metodu, protože pokrývá oblast sémantické paměti, vizuospaciální a exekutivní funkce, pozornost a porozumění jazyku. Úkolem vyšetřovaného je obvykle nakreslit hodiny, vepsat do nich čísla a pak zakreslit ručičky podle stanoveného času. Pro hodnocení kresby existuje velké množství skórovacích systémů.
V mnoha studiích byla prokázána přesnost testu hodin pro detekci úbytku kognitivních funkcí u demence pro populaci s MCI (ŠTĚPÁNKOVÁ, 2014).

3.3 MINI MENTAL SCORE EXAMINIATON

Mini mental score examiniaton (MMSE), max. 30 bodů, lehká demence leží mezi 24-27 body. Test MMSE se často používá jako test posuzující demenci. Je ale nutno vzít v úvahu, že MMSE je málo citlivý u počínající demence (například u vzdělaných lidí) a u demence

s důrazem na frontální kognitivní výpadky. U Alzheimerovy choroby se MMSE ročně snižuje zpravidla o 3 body (MUMENTHALER, 2008). Test je součástí přílohy A.

4 LÉČBA ALZHEIMEROVY CHOROBY

V léčbě Alzheimerovy choroby je důležitá jak léčba farmakologická tak i nefarmakologické postupy, které se dají velmi dobře aplikovat u nemocných s Alzheimerovou chorobou a jsou součástí medicíny a ošetřovatelství.

4.1 FARMAKOLOGICKÁ LÉČBA

Před zahájením farmakologické léčby by diagnóza Alzheimerovy choroby nebo jiné demence měla být adekvátně potvrzena podle současných doporučených postupů. Léčba je zaměřena především na zlepšení nebo stabilizaci (nehoršení) kognitivní poruchy. Proto se takto působící skupina léků označuje jako kognitiva. Pro širší značení celé skupiny se v ATC klasifikaci používá název antidemencia (N06DA). Do této skupiny jsou v současnosti zařazeny (a v ČR registrovány) inhibitory cholinesteráz a látky tlumící excitotoxicitu (VLČEK, FIALOVÁ, 2010).

4.2 INHIBITORY CHOLINESTERÁZ

Užití ICHE v léčba demence vychází z prokázaného deficitu acetylcholinu (ACH) v mozku u nemocných s Alzheimerovou chorobou, ale i u jiných demencí. Léčiva této chemicky heterogenní skupiny ICHE inhibují acetylcholinesterázu, event. i butyrylcholinesterázu, a tím snižují odbourávání acetylcholinu. Zvyšuje se tak nabídka ACH v neuronální štěrbině a upravuje se cholinergní transmise na nervových synapsích v CNS. Bylo též prokázáno, že inhibice cholinesteráz snižuje toxicitu i tvorbu beta amyloidu a zasahuje do neurodegenerativních mechanismů Alzheimerovy choroby. Působení ICHE je tedy komplexní (symptomatická úprava neuromediátorového deficitu, ale i zásah do patogeneze Alzheimerovy nemoci).

Účinnost léčby UCHE u Alzheimerovy choroby byla prokázána řadou studií a ICHE tak představují léky první volby především u mírných až středně těžkých forem onemocnění, kde byl efekt léčby nejvýraznější. Dochází ke zpomalení progrese nemoci asi o 1 rok, podle otevřených studií přetrvává tento efekt až 4 roky (galantamin). Účinnost léčby byla prokázána i u těžších forem demence s hodnotami MMSE pod 12 bodů. Efekt léčby ICHE je komplexní – zpomaluje pokles kognitivních funkcí, prodlužuje období soběstačnosti v aktivitách denního života a zmírňuje i behaviorální a psychologické příznaky u demence (poruchy chování).

Léčbu zahajujeme iniciální dávkou a podle tolerance postupně po 2-4 týdnech zvyšujeme do dosažení doporučené účinné udržovací dávky. Pomalejší titrace (rivastigmin a galantamin) zlepšuje snášenlivost léčby a snižuje NÚ na GIT. Jejich výskyt snižuje i podávání léků spolu s jídlem, je třeba dohlížet na dostatečný příjem tekutin. Nemocného kontrolujeme pravidelně 3 měsíce – monitorujeme kognitivní funkce, soběstačnost, behaviorální symptomy a compliance s lékovým režimem. V léčbě pokračujeme, pokud je prokazatelný efekt, tj. pokud MMSE neklesá o 3 a více bodů mezi hodnoceními a celkové nepoklesne pod 12 bodů.

Pacienti, kteří neodpovídají na léčbu jedním ICHE nebo u nichž léčba ztratila účinnost, mohou profitovat ze záměny za jiný přípravek této skupiny.

Léčba je v případě prokázané účinnosti obvykle dlouhodobá, u většiny respondentů i několik let při včasném zahájení léčby. Její vysazení zpravidla vede k rychlé deterioraci. Léčbu ukončujeme, pokud nemocný progreduje do těžké demence (MMSE klesá pod 12 respektive 10 bodů)

Donepezil – Aricept, Donepezil-Teva, Donpethon

Rivastigmin – Exelon, Prometax

Galantamin – Reminyl, Apo-Galant, Flashemel, Galamed, Galantamin-sandoz, Oxygal (VLČEK, 2010).

4.3 LÉČIVA TLUMÍCÍ EXCITOTOXICITU

Pro léčbu těžších demencí je určen memantin. Jde o látku nekompetitivně blokující NMDA-receptory, které jsou u dementních pacientů nadměrně aktivovány nadbytkem excitotoxicky působící glumátu. Tím je usnadněn synaptický přenos a zlepšuje se funkce neuronu. Výsledky klinických hodnocení z posledních let naznají, že i tato léčba vede k udržení kognitivních funkcí a ke zpomalení progrese Alzheimerovy choroby i vaskulárních demencí. Efekt léčby je prokazatelný i u pokročilých fází onemocnění. Dochází především ke zlepšení a prodloužení období soběstačnosti, a to v oblasti sebeobsluhy a jednoduchých činností v domácnosti pod vedením pečovatele. Při léčbě memantinem bylo pozorována i zmírnění poruchy chování. (memantin – Ebixa, Axura, Memantine-rhatiopharm) (VLČEK 2010).

4.4 NEFARMAKOLOFICKÉ POSTUPY V PÉČI O NEMOCNÉ S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU

Psychoterapie je záměrné a cílené používání psychoterapeutických prostředků kvalifikovaným odborníkem – psychoterapeutem v souladu s vědeckými poznatky. Psychoterapie směřuje k dosažení, obnovení, rozvoji či udržení kvality života klientů tak, aby mohli žít život subjektivně spokojený.

4.5 OBECNÉ ZÁSADY PSYCHOTERAPIE PACIENTA U DEMENCÍ

Terapeut se musí přizpůsobit pacientovým senzorickým a kognitivním deficitům a stupni jeho frustrační tolerance.

Současná léčba psychoterapií a psychofarmaka (kognitiva, antidepresiva, antipsychotika) bude spíše pravidlem než výjimkou.

Zdárný průběh psychoterapie vyžaduje nejen navázání vztahu důvěry a dobrého pracovního spojenectví s pacientem, ale i s jeho rodinou a případně dalšími pečujícími osobami.

Časové omezení terapie si pravděpodobně vyžádá omezení počtu stanovených cílů a promyšlené zaměření.

Terapeut musí počítat s tím, že větší procento času bude muset věnovat diskutování o minulosti než o přítomnosti a že tento důraz nemusí odrážet obranné vyhýbání se momentálním rozhodnutím, jak by se to mohlo u mladších pacientů, ale žádoucí revidování a zvažování minulé zkušenosti.

Terapeut může poskytovat více grafikace bez rizika, že způsobí potíže, které by mohly nastat u mladších pacientů.

Terapeut bude muset věnovat víc pozornosti environmentální podpoře, plánování těchto událostí během sezení a povzbuzování pacienta ke společné aktivitě (PETR, MARKOVÁ, 2014).

4.6 TYPY PSYCHOTERAPIE/PSYCHOTERAPETICKÝCH POSTUPŮ A JEJICH ÚČINNOSTÍ

Behaviorální postupy – jsou afektivní ve zmenšování nebo odstraňování problematického chování (agresivita, bloudění, křik atd.). Výchozím bodem je pečlivý a důkladný popis problému (kdy, kde a jak často to vyskytuje), dále zjištění příčin a

konsekvencí chování. Analýza vede ke specifickým strategiím intervence – např. odstranění nežádoucích událostí nebo snížení frekvence jejich výskytu, změně okolností nezbytných činností tak, aby se minimalizovaly negativní důsledky událostí, zjednodušení činností apod. Intervence musí být přizpůsobeny možnostem pacienta.

Emočně orientované psychoterapeutické přístupy – reminiscenční terapie jako stimulace autobiografické paměti a ovlivnění nálady prostřednictvím vzpomínek na životní příběh pacienta (PETR, MARKOVÁ, 2014).

Kognitivní terapie – realitní orientace a trénink dovedností – cílem je zmírnění kognitivního deficitu. Realitní orientace vede ke zlepšení verbální orientace. Kognitivně behaviorální terapie je časově omezená, zaměřená na konkrétní cíl. Přenos se nepodporuje, od klienta se očekává kooperace a ochota k zaměření na přítomnost. Teorie terapie vychází z teorie učení např. I.P. Pavlov, a pracuje s pojmy podmíněný reflex, klasické podmiňování, operantní podmiňování a s dvou faktorovým modelem strachu. Např. Post hypnotická sugesce – hlavním činitelem při využití v psychoterapii. Při navozené amnézii může pociťovat kompulzy, při vysvětlení se jedinec snaží své jednání racionalizovat. To může mít rysy paralogického myšlení (DUŠEK, 2015).

Přístupy zaměřené na stimulaci – zahrnují aktivity a rekreační terapie – hry, kontakt se zvířaty, muzikoterapie, taneční terapii, výtvarné aktivity. Stimulace a obohacené prostředí mobilizuje dostupné kognitivní zdroje pacientů. Výsledky léčby podporují přesvědčení, že tyto postupy zmírňují behaviorální problémy a zlepšují náladu.

Zooterapie – název canisterapie se vžil jako označení způsobu terapie, který využívá pozitivního působení psa na zdraví člověka. Jinak lze canisterapii definovat jako zvířecí asistenční aktivitu a zvířecí asistenční léčbu prováděnou s jedním konkrétním živočišným druhem. Canisterapie klade důraz především na řešení problémů psychologických, citlivých a sociálně-integračních, působení na fyzické zdraví člověka je u ní druhotné. Uplatňuje se především jako pomocná (podpůrná) psychoterapeutická metoda. Poskytuje příležitost pro motivační, výchovný, odpočinkový nebo terapeutický prospěch zaměřený na zvýšení kvality života dementního pacienta. Odehrává se v různých terapeutických prostředích a je vedena speciálně vyškoleným odborníkem nebo dobrovolníkem za využití speciálně vybraného psa (PETR, MARKOVÁ, 2014).

5 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O PACIENTA S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU

Seniorům s Alzheimerovou chorobou poskytujeme takovou ošetřovatelskou péči, která vychází z jejich individuálních potřeb a směřuje k zajištění co nejvyšší kvality života. Péče nemůže být univerzální jako u jiné kategorie pacientů. Je to péče o zranitelné a křehké pacienty. O tyto pacienty se stará celý ošetřovatelský tým, který zastřešuje všeobecná sestra s registrací (DOBROVODSKÁ, 2011). Tito nemocní jsou nejčastěji směřování na rozhodnutí praktického lékaře, psychiatra nebo neurologa do ústavní péče, což jsou nemocnice, léčebny dlouhodobě nemocných, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem nebo psychiatrická lůžka, nejčastěji se jedná o gerontopsychiatrie. Dále tito nemocní můžou využívat denních stacionářů nebo domácí péče, kam často na pomoc vyráží charita. Právě všeobecné sestry charitní služby provádějí u těchto nemocných odborné výkony jako jsou aplikace injekcí, inzulinů, převazy, chystání léků a jiné. Všeobecná sestra na odděleních musí znát zásady ošetřování o pacienty s diagnózou Alzheimerovy demence.

Všeobecná sestra pomáhá s orientací, mohou to být piktogramy nebo opakování informací, bezpečné prostředí, fotografie a podobně. Při poskytování ošetřovatelské péče je nutná velká trpělivost, empatie a vlídnost. Pro poskytování vhodné péče musí mít ošetřovatel dostatek znalostí o demenci a vědět jak s těmito lidmi pracovat.

Všeobecná dodržuje zásady komunikace a to znamená, že hovoří zřetelně a přímo na pacienta, nekřičí na něj, užívá vhodné pomůcky jako velké hodiny, velký kalendář (BURDA, 2016).

5.1 OBLAST ADAPTACE

Změna prostředí je pro seniora jedna z nejzásadnějších změn v životě. Proces adaptace na nové prostředí trvá několik měsíců a pří nevhodně vedené práci se seniorem může dojít k tomu, že nastává porucha adaptace (maladaptace) na nové prostředí, které může vést až ke zhoršení celkového zdraví nemocného.Všeobecná sestra musí své činnosti směřovat tak, aby adaptace na nové prostředí probíhala s co nejmenšímu problémy (např. možnost mít při hospitalizaci své věci, dodržování důstojnosti, možnost pravidelných návštěv, pokud to jde, neměnit navyklé rituály apod.) (BURDA, 2016).

5.2 OBLAST SPÁNKU A ODPOČINKU

Obecně u seniorů se mění fyziologie spánku a typicky usíná v dřívějších hodinách a budí se v ranních hodinách. Mohou se objevit poruchy chování ve spánku (především ve spojení se změnou prostředí s demencí apod.) Obecně onemocnění i množství léku, které senior užívá se mohou odrazit na kvalitě spánku a jeho poruchách. Všeobecná sestra sleduje projevy nespavosti a informuje lékaře. Dále aktivizuje nemocného přes den, pomůže se spánovými rituály. Pokud dochází k nespavosti, zvýšeně sleduje pacienta, aby v rámci noční zmatenosti nedošlo k pádu nebo jinému poranění (BURDA, 2016).

5.3 STRAVA A HYDRATACE

Při podávání stravy je motivujeme, popřípadě popíšeme chuť a volíme správné pokrmy nutričně vyvážené po poradě s nutričním terapeutem. Senior je ohrožen podvýživou a dehydratací, ve stáří se mění chuť k jídlu, často se objevuje nechutenství. Dochází také ke ztrátě pocitu žízně, takže aktivně nabízíme tekutiny. U Alzheimerovy demence je typické problémy s polykáním (zpomaluje se a zhoršuje, opoždění polykacího reflexu, strava zůstává v ústech aniž by pacient něco dělal), opakovaná dušení kašlání, vysoké riziko aspirace. seniorů, nikoliv potřebám provozu zařízení. Při poskytování hygienické péče se nesmí opomenout zajištění initimity, musí se dbát na to, aby pacient neprochladl, aby nedošlo k pádu, k poranění kůže apod. Součástí hygienické péče je péče o kůži vhodnými přípravky, ve většině zařízení dlouhodobé péče je k dispozici kaděřník a pedikér. Dále dbáme na čistou a suchou kůži, předcházíme vzniku opruzenin a dekubitů (BURDA, 2016).

5.4 OBLAST SOBĚSTAČNOSTI

Cílem péče o osobu s Alzheimerovou chorobou musí být co nejdéle udržitelná soběstačnost v základních činnostech. V praxi se jedná o zajištění takových podmínek a prostředí, aby nemocný měl podporu právě v samostatnost péče o svou osobu a okolí. U pacientů v posledních stádiích Alzheimerovy demence často zavádíme nazogastrickou sondu (BURDA, 2016).

5.5 VYPRAZDŇOVÁNÍ

Vzhledem k demenci podáváme stravu a tekutiny, dodržujeme hygienické návyky, zajistíme seniorovi bezpečnou cestu na toaletu, bezpečné prostředí. Pravidelně aktivně nabízíme možnosti vyprázdnění na toaletě nebo pravidelně vyměňovat pleny a další pomůcky

pro inkontinenci. Dbáme o správnou motilitu střev, jak cvičením tak pestrostí stravy na podporu pravidelné stolice. Dále všeobecná sestra sleduje a zapisuje stolici a dbá o prevenci zácpy nebo průjmu (BURDA, 2016).

5.6 OBLAST HYGIENICKÉ PÉČE A PÉČE O KŮŽI

Uspokojování potřeb v oblasti hygienické péče patří mezi základní činnosti péče o nemocného. Zásadní je udržet seniora v čistotě a čistém prostředí (nejen z důvodu společenského, psychického, ale taky z důvodu zdravotního, jako prevence vzniku dalších stavů). V dlouhodobé péči v zařízení by se hygienická obsluha měla individuálně podřídit potřebám (BURDA, 2016).

6 PÉČE O NEMOCNÉHO S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ

Péče je dynamický proces, kterého se účastní minimálně dvě osoby, kdy každý z nich má své potřeby a přání. Právě z toho důvodu hraje důležitou roli otázka, proč vlastně pečující pečuje, proč v péči pokračuje až do konce nebo se naopak péče vzdává. Nezřídka je péče v rámci rodiny nebo partnerství vnímána jako samozřejmost. Za rozhodnutím pečovat mohou stát různé motivy, které ovlivňují psychické rozpoložení pečujícího. Může to být láska a náklonost k nemocnému, povinnost nebo reciprocita, sociální tlak, finanční zajištění a další (ŠTĚPÁNKOVÁ, 2014).

Německý gerontopsycholog Lang, popisuje motivační proces jako rozdělený na několik fází. Při práci s klientem pečující o blízkého s onemocněním demence může hrát důležitou roli, ve které fázi se klient právě nachází. První fází označuje Lang jako před-rozhodovací, kdy hrají roli hlavně potřeby a cíle klienta ve vztahu k budoucnosti, a poznamenává, že nezřídka je rozhodnutí učiněno zprvu nevědomě. Post-rozhodovací fázi tvoří zaprvé plánování a rozhodování, jak bude pečovatelský proces probíhat, zadruhé je zde aktuální již probíhající péče, jejichž součástí je i regulace vztahu pečujícího s nemocným, jeho naděje a obavy, standardy a strategie. Poslední fáze je fáze ukončení péče. Zde je největší výzvou pro pečující zpracovat minulé zkušenosti a orientovat se na budoucnost. To spočívá hlavně ve zhodnocení předchozí pečovatelské zkušenosti a integrace těchto zkušeností do budoucího jednání. Pro psychosociální pomoc je důležité, v jaké motivační fázi se rodinný pečující, který pomoc vyhledal, právě nachází. Pro úspěšné ukončení pečovatelského vztahu je rozhodující zpracování prožitku (ŠTĚPÁNKOVÁ, 2014).

Claudia Freyová uvádí ve své publikaci o rodinných příslušnících pacientů s demencí řadu výzkumů, které také poukazují na to, že se ve stadiu rozhodování ne vždy jedná o vědomé a svobodné rozhodnutí pečujícího. Často dochází nepozorovaně k přebírání drobných úkolů, jejichž počet postupně narůstá. Nizozemský výzkum Van Daala (2004) například uvádí, že tři čtvrtiny dotazovaných dcer, které pečující o svého rodiče s demencí, si uvědomují, v jakém okamžiku vlastně začaly pečovat. Jedna čtvrtina z nich uvedla dokonce, že pečuje, aniž by si to přála. Rodinní pečující se mohou dostat do své role z nejrůznějších biografických důvodů, aniž by si uvědomili, že je čeká náročná dlouholetá péče. Není-li rozhodnutí pečovat vědomé a svobodné, můžeme vycházet z toho, že následky zátěže, kterou s sebou péče o rodinné pečující přináší, mohou být ještě výraznější (ŠTĚPÁNKOVÁ, 2014).

Co se týče ukončení péče umístěním pacienta do specializovaného zařízení, ukazujeme, že péčí stále ještě ve větším množství případů ukončuje nikoli vědomé rozhodnutí, ale krizová situace, která vychází ze zhoršeného zdravotního stavu nemocného nebo pečujícího.

Po stanovení diagnózy Alzheimerova choroby je nutné, aby se členové rodiny a ostatní pečovatelé co nejlépe seznámili s průběhem onemocnění, s příznaky, s možnostmi pomoci a způsoby péče. Tyto informace mohou jim i postiženému péči značně ulehčit. Základní informace získá rodina pravděpodobně od lékaře, který stanoví diagnózu. Ten by měl mít také přehled o tom, kde a jakou pomoc je možné získat. Pro snížení finanční náročnosti péče o osobu s demencí je možno získat i finanční příspěvky, které jistě mnoho rodin ocení, protože péče vyžaduje nemalé finanční výdaje. Okresní správa sociálního zabezpečení umožňuje získat příspěvek na péči o osobu blízkou a také zvýšení důchodu pro bezmocnost. Stupeň bezmocnosti, podle kterého je dávka vyplácena, určuje lékař (ŠTĚPÁNKOVÁ, 2014).

Stupně bezmocnosti:

Částečná bezmocnost – zvýšení důchodu o 472,- Kč měsíčně.

Převážná bezmocnost – zvýšení důchodu o 944,- Kč měsíčně.

Úplná bezmocnost – zvýšení důchodu o 1 770,- Kč měsíčně.

7 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU

Ošetřovatelský proces byl vypracován u pacienta, který byl hospitalizován na gerontopsychiatrickém oddělení Psychiatrické nemocnice v Kroměříži s hlavní diagnózou Alzheimerovy demence. Hospitalizace trvala od 3.3. 2017 do 20.4. 2017. Kvůli ochraně osobních údajů záměrně neuvádíme jméno, příjmení, rodné číslo a adresu bydliště. Cílem této práce bylo vypracování individuálního ošetřovatelského plánu a jeho realizace v rámci ošetřovatelského procesu. K získání všech použitých informací byla použita sesterská a lékařská dokumentace, rozhovor s pacientem, rozhovor s rodinou pacienta, informace od ošetřovatelského personálu a vlastním pozorováním.

Identifikační údaje

Jméno a příjmení: K.H.	Pohlaví: Muž
Datum narození: 1947	Věk: 70
Adresa bydliště a telefon:XXX	
Adresa příbuzných: XXX	
RČ: 47XX	Číslo pojišťovny: 111
Vzdělání: středoškolské s maturitou	Zaměstnání: starobní důchodce
Stav: rozvedený	Stav příslušnosti: ČR
Datum přijetí: 3. 3. 2017	Typ přijetí: akutní
Oddělení: gerontopsychiatrické mužské	Ošetřující lékař: MUDr. Navrátilová

Důvod přijetí udávaný pacientem:

„V noci někdy nemůžu spávat, tak mě zavezli do nemocnice“.

Medicínská diagnóza hlavní:

F.001 – Demence u Alzheimerovy choroby s pozdním začátkem

Medicínské diagnózy vedlejší:

Hypertenze

DM 2 typu

Vitální funkce při přijetí

TK: 140/95 mmHg

P: 85/min.

D: 17/min.

TT: 36,7°C

Stav vědomí: zmatenost

Výška: 178 cm

Hmotnost: 78 kg

BMI: 24,6

Krevní skupina: nezjištěna

Nynější onemocnění:

Dne 3. 3. 2017 odpoledne byl pacient přivezen v doprovodu syna na centrální příjem Psychiatrické nemocnice v Kroměříži. Syn sděluje službu konajícímu lékaři postupné zhoršení stavu, projevující se zmateností, převážně v noci, nepředvídatelným chováním, nesamostatností, strachem a úzkostí. Včera večer upadl v přízemí domu a odmítal vstát.

Informační zdroje:

Syn pacienta, zdravotnická dokumentace

ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza:

Matka: neví

Otec: umřel stářím

Sourozenci: je jedináček

Děti: má dva syny, jsou zdraví, na psychiatrii se nikdo z nich neléčí

Osobní anamnéza:

Má problém s vysokým tlakem a užívá léky na diabetes

Hospitalizace a operace: neguje

Úrazy: 0

Transfúze: doposud nikdy nepodány

Očkování: běžná povinná očkování

Léky užívané doma:

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Tiapridal	TBL	100 mg	1-1-1	antipsychotikum
Concor	TBL	2,5 mg	1-0-0	antihypertenzivum
Zocor	TBL	100mg	1-0-0	hypolipidemikum
Siofor	TBL	500mg	1-0-0	antidiabetikum

Alergická anamnéza:

Léky: penicilin

Potraviny: neguje

Chemické látky: neguje

Abúzy:

Alkohol: pouze pivo, dříve ob den, teď už málo

Kouření: na vojně, poté ne

Káva: rozpustná 1x denně

Léky: závislost neguje

Jiné drogy: neguje

Sociální anamnéza

Stav: rozvedený

Bytové podmínky: bydlí v rodinném domě ve městě

Vztah, role, interakce v rodině: žije sám v 1. patře, v přízemí syn s rodinou

Záliby: teď už nic, dříve sport

Volnočasové aktivity: pouze sleduje televizi

Pracovní anamnéza:

Vzdělání: střední ekonomická škola s maturitou

Pracovní zařazení: starobní důchodce, dříve v kanceláři

Vztahy k pracovišti: dobré

Ekonomické podmínky: dobré

Spirituální anamnéza:

Je pokřtěný, svatbu měli v kostele. Poslední roky chodí pouze na půlnoční mši.

ROZŠÍŘENÁ STUPNICE NORTONOVÉ – 15. 3. 2017

Schopnost spolupráce	malá	2 body
Věk	nad 60	1 bod
Stav pokožky	normální	4 body
Přidružené onemocnění	diabetes	3 body
Fyzický stav	zhoršený	3 body
Stav vědomí	zmatený	2 body
Aktivita	chodí	4 body
Pohyblivost	úplná	4 body
Inkontinence	není	4 body

Hodnocení rizika vzniku dekubitů – 27 bodů

ZJIŠTĚNÍ RIZIKA PÁDU – 15. 3. 2015

Pohyb	nepotřebuje pomoc k pohybu	0 bodů
Vyprazdňování	nevyžaduje pomoc	0 bodů
Medikace	užívá	1 bod
Smyslové poruchy	žádné	0 bodů
Mentální status	zmatený	1 bod
Věk	nad 65 let	1 bod
Pád v anamnéze	ano	1 bod

Hodnocení rizika pádu – 4 body – riziko pádu

BARTHELOVÉ TEST ZÁKLADNÍCH VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ – 15. 3. 2017

Najedení, napití	sám	10 bodů
Oblékání	s pomocí	5 bodů
Koupání	sám nebo s pomocí	5 bodů
Osobní hygiena	sám nebo s pomocí	5 bodů
Kontinence moči	kontinentní	10 bodů
Kontinence stolice	kontinentní	10 bodů
Použití WC	kontinentní	10 bodů
Přesun lůžko – židle	sám	15 bodů
Chůze po rovině	sám nad 50 m	15 bodů
Chůze po schodech	s pomocí	5 bodů
Celkové hodnocení stupně závislosti – lehká závislost		**90 bodů**

ZJIŠTĚNÍ RIZIKA MALNUTRICE PACIENTA – 15. 3. 2017

Věk	nad 65 let	2 body
BMI	20-35	0 bodů
Ztráta hmotnosti (nechtěná)	žádná	0 bodů
Jídlo za poslední 3 týdny	beze změn v množství	0 bodů
Projevy nemoci	žádné	0 bodů
Faktor stresu	žádný	0 bodů
Celkové hodnocení rizika malnutrice –		**2 body – bez rizika**

TEST KOGNITIVNÍCH FUNKCÍ - Mini Mental State Exam (MMSE) – 15. 3. 2017

1. Orientace	5 bodů
2. Paměť	3 body
3. Pozornost a počítání	3 body
4. Krátkodobá paměť	3 bodů
5. Řeč, komunikace a konstrukční schopnosti	6 bodů

Hodnocení: **20 bodů – středně těžká kognitivní porucha**

POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU ze dne 15. 3. 2017

Popis fyzického stavu		
SYSTÉM	**SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE**	**OBJEKTIVNÍ ÚDAJE**
Hlava a krk	„Hlava ani krk mě nebolí.“	Hlava normocefalická, poklepově a palpačně nebolestivá, bez zevních známek poranění. Zornice izokorické, reagující, spojivky růžové, bez zánětu, oči ve středním postavení, pohyblivé, skléry bílé. Uši, nos bez deformit a bez výtoku. Jazyk vlhký, bez povlaku a poranění, plazí středem, horní zubní protéza, dolní zuby bez patologií. Kůže na tvářích bledá, rty souměrné, ústa bez zápachu. Krk volně pohyblivý, souměrný, šíje neoponuje. Štítná žláza nezvětšena, lymfatické uzliny nehmatné, Pulzace karotid hmatné oboustraně.

Hrudník a respirační systém	„S dýcháním v klidu potíže nemám, jenom se rychleji zadýchávám při rychlejší chůzi nebo při chůzi do schodů.“	Hrudník symetrický bez deformit a kožních eflorescencí. Prsa bez patologických změn. Dýchání oboustranné čisté, alveolární, pravidelné. Počet dechů 18/minutu, saturace kyslíků 97%.
Kardiovaskulární systém	„Nemám se srdcem žádný problém, jenom se léčím s vysokým krevním tlakem, ale beru na to léky a je to v pořádku.“	Akce srdeční pravidelná, frekvence 86/minutu. TK 130/75 mm/Hg. Bolesti na hrudi neguje. Pulzace na dolních končetinách je dobře hmatná, končetiny s varixy, bez otoků. Akra DKK prokrvená, pulzace bilaterální. Horní končetiny jsou bez otoků, bez paréz.
Břicho a gastrointestinální trakt	Břicho mě nebolí, nemám žádné potíže ani s trávením, ani s vyprazdňováním.“	Břicho je měkké, prohmatné, palpačně nebolestivé, poklep bubínkový, peristaltika slyšitelná, odchod plynů normální, poslední stolice byla dnes ráno. Nemá nauzeu, nezvrací.

Urogenitální systém	„S močením potíže nemám.“	Genitál nevyšetřován. Moč čirá, bez příměsí. Bilance tekutin neměřena. Během dne si pacient dochází močit na wc, v noci má u lůžka močovou lahev.
Kosterní a svalový systém	„Nedělám žádný sport, dřív jsem hodně chodil na procházky, ale teď už na to nemám ani sílu, ani náladu.“	Poloha aktivní. Hrubá a jemná motorika v normě. Páteř bez patologických změn. Svalový aparát – normotonus. Klouby bez patologie, bolestivost kloubů přiměřená. Kostní aparát bez deformit. Pacient je téměř soběstačný.
Nervový a smyslový systém	„Nosím brýle, jenom na čtení někdy, ale teď už skoro nečtu. Nebaví mě to.“ „Se sluchem, no někdy špatně slyším, ale to je v tom věku normální“	Při vědomí. Orientován místem, časem relativně, osobou a prostředím. Tremor a tiky nepřítomné. Čich a sluch bez patologií. Nosí brýle na čtení, krátkozrakost. Krátkodobá paměť zhoršena.

		Smyslová citlivost v normě. Reflexy v normě.
Endokrinní systém	„Žádné potíže nemám.“	Štítná žláza nehmatná.
Imunitní systém	„O žádné alergii nevím, problémy nemám.“	Lymfatické uzliny nebolestivé, nezvětšené. Očkování základní. Tělesná teplota 36,6°C.
Kůže a její adnexa	„Na zádech mám více mateřských znamének.“	Kůže i akra bez známek cyanózy, bez ikteru. Kožní turgor v normě, bez erytému nebo známek poruchy prokrvení. Na zádech větší výskyt menších mateřských znamének, bez známek patologie. Ochlupení přiměřené mužskému pohlaví. Vlasy krátké, čisté.

Poznámky z tělesné prohlídky:

Pacient je komunikativní, během mé spolupráce s ním je ochotný, odpovídá. Dle personálu zhoršení komunikace a spolupráce večer a v noci.

AKTIVITY DENNÍHO ŽIVOTA ze dne 15. 3. 2017

	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	**OBJEKTIVNÍ ÚDAJE**
Stravování a pitný režim	„Jím normálně tak 5x denně, snídani větší a po zbytek dne spíše menší porce. Piju kolem 1,5 vody za den.	Stav výživy přiměřený. BMI: 24,6
Vylučování moče a stolice	„Nemám problém s vylučováním.“	Během dne chodí na WC. V noci má u lůžka močovou lahev.
Spánek a bdění	„Večer nemůžu usnout a v noci se často budím.“	Pacient večer na oddělení usíná kolem 21 hodin, po půlnoci zmatený, chodí po chodbě, odmítá jít do lůžka.
Aktivita a odpočinek	„Sleduju televizi, po obědě si jdu lehnout.“	Pacient sleduje televizi v denní místnosti.
Hygiena	„Zatím zvládám sám.“	Hygienu si zvládne udělat sám.
Samostatnost	„Cítím se samostatný.“	Dle testu Barthelové všedních denních činností je pacient nezávislý.

.

POSOUZENÍ PSYCHICKÉHO STAVU ze dne 15. 3. 2017

	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	**OBJEKTIVNÍ ÚDAJE**
Vědomí	„Vědomí mám dobré.“	Pacient je při vědomí.

Orientace		„Jsem v Kroměříži na psychiatrii na oddělení. Dneska je 15. 3. 2017.“	Pacient je orientovaný místem, časem a osobou.
Nálada		„No je to lepší, už jsem si tady zvykl. Když mě syn přivezl, bylo to horší, ale stejně už bych šel domů.“	Pacient působí příjemně, spolupracuje se mnou. Náladu mu kazí delší typ hospitalizace. Není na to zvyklý.
Paměť	**Staropaměť**	„Nemám s tím problémy.“	Pacient nemá problémy se staropamětí.
	Novopaměť	„Někdy si hůř zapamatuju nové věci, ale nic tak hrozného.“	Pacient má problémy s novopamětí, hůře si pamatuje a zapomíná nové informace.
Myšlení		„Myslí mi to naštěstí ještě dobře.“	Pacient je mírně bradypsychický a na otázky někdy odpovídá s latencemi.
Temperament		„Vždycky jsem byl v dobré náladě a s úsměvem. Poslední dobou jak jsem starší a přidávají se nemoci už to tak jednoznačné není. Někdy mě rozčílí maličkosti.“	Pacient odpovídá temperamentu zčásti sanguinika a zčásti cholerika.
Sebehodnocení		„Vždycky jsem se nerad hodnotil. Nemám to rád.“	Pacient se nechce sebehodnotit. Umí ale uznat i své vlastní chyby.
Vnímání zdraví		„Dřív jsem to nějak neřešil, ale poslední dobou vím jak je to důležité. Budu se snažit	Pacient si uvědomuje, že zdraví je velmi důležité. Bude se snažit dodržovat

	brát léky, abych byl fit a nemusel být nikomu na obtíž.“	léčebný režim, aby byl soběstačný.
Vnímání zdravotního stavu	„No poslední dobou to nestojí za nic. Trápí mě, že jsem nemocný a musím tady být. Jenže stáří je tady a přináší to s sebou problémy.“	Pacient má obavy z nemoci, snaží se s tím smířit a léčit se.
Reakce na onemocnění a prožívání onemocnění	„Vadí mi, že tady musím být, jenže asi to jinak nejde. Těžko se to někomu vysvětluje, ale když už jsem starý, občas mě něco bolí, nemám náladu, tak už ten život není tak veselý jako dřív. Navíc teď ta paměť zlobí, jde to tak pomalu, ale horší se to s rokama.“	Pacient má obavy a strach, obává se zhoršení situace postupujícím věkem.
Reakce na hospitalizaci	„Byl jsem proti jít sem, ale syn se neptal a odvezl mě. Takže jsem byl na něj naštvaný. Tady jsou ale všichni příjemní a snaží se, abych se měl dobře. Snad už tady dlouho nebudu.“	Na začátku hospitalizace byla spolupráce horší, nyní však pacient spolupracuje lépe, vnímá empatii personálu.
Adaptace na onemocnění	„Nevím, co bych k tomu řekl.“	Pacient není úplně smířen s diagnózou.
Projevy jistoty a nejistoty (úzkost, strach, obavy, stres)	„Teď je to lepší, ale vůbec jsem nevěděl co bude. Tady na tom oddělení jsou různí lidé s různýma nemocema.	Pacient nyní strach a stres neguje. Vypadá uvolněně.

	Takže strach a tak, to už je pryč.“	
Zkušenosti z předcházejících hospitalizací (iatropatogenie, sorrogenie)	„Nebyl jsem nikdy hospitalizovaný, takže zkušenosti nemám.“	Pacient nemá předchozí zkušenosti.

POPIS SOCIÁLNÍHO STAVU ze dne 15. 3. 2017

		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	**OBJEKTIVNÍ ÚDAJE**
Komunikace	Verbální	„Myslím si, že jsem komunikativní a vyjadřuju se dobře.“	Pacient občas mluví s drobnými latencemi, jinak komunikace s okolím je srozumitelná a bez problémů.
	Neverbální	„Občas se přistihnu, že při rozhovoru rozhazuju rukama kolem.“	Pacient používá úměrně mimiku i jiná gesta při komunikaci.
Informovanost	O onemocnění	„O onemocnění mi všechno řekli, informovaný jsem dobře.“	Pacient je ze stran personálu plně informován o onemocnění, avšak informace často

			zapomíná.
	O diagnostických metodách	„Mám za sebou nějaké vyšetření, mluvil jsem s psychologem, výsledky vím.“	Pacient je informován o diagnostických metodách a jejich výsledcích.
	O specifických ošetřovatelské péče	„Vím, že se o mě starají sestry a ošetřovatelé, mám třeba prášky později než ostatní.“	Pacient je o specifících informován, nevšímá si však všech.
	O léčbě a dietě	„Dietu mám diabetickou, o té vím už dlouho, ale tady mi řekli zase nové informace, za to jsem rád.“	Pacient je seznámen s dietou a dalším léčebným postupem.
	O délce hospitalizace	„No řekli mi, že je to tak na měsíc.“	Pacient ví a je průběžně informován o délce léčby a pobytu na oddělení.
Sociální role **A jejich ovlivnění nemocí, hospitalizací a změnou životního stylu v průběhu nemoci a hospitalizace**	Primární role (související s věkem a pohlavím)	„Jsem muž v důchodu, je mi 70 let.	Pacient je vyrovnaný svou primární rolí.
	Sekundární role (související s rodinou a společenskými funkcemi)	„Jsem otec, bratr, děda.“	Pacient si je vědom svých sekundárních rolí.
	Terciální role (související s volným	„Ve volném čase jsem s dětmi a	Pacient je vyrovnaný s vlivem

	časem a zálibami)	vnuky. Dívám se na televizi nebo listuju časopisem, novinama.“	hospitalizace na jeho životní styl.

MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT:

- Krevní odběry (biochemie, krevní obraz, moč+sediment)
- Interní vyšetření
- Psychologické vyšetření
- EKG
- Vstupní RTG srdce a plic

Výsledky:

Krevní odběry: 4.3.2017

Krevní obraz	**Hodnoty**	**Referenční meze Psychiatrická nemocnice v Kroměříži**
Hemoglobin (Hgb)	125	135-175 g/l
Hematokrit (HTC)	0,45	0,40-0,50
Erytrocyty (RBC)	5,1	4,0-5,8 x 10/l
Leukocyty (WBC)	5	3,9-9,0 x 10/l
Trombocyty (PLT)	195	150-400 x 10/l
Biochemie	**Hodnoty**	**Referenční meze Psychiatrická nemocnice v**

		Kroměříži
Natrium	140	137-144 mmol/l
Kalium	4,3	3,9-5,6 mmol/l
Chloridy	105	95-110 mmol/l
Urea	3,9	2,8- 8,0 mmol/l
Kreatinin	100	63-110 ummol/l
ALT	1,12	0-0,8 ukat/l
AST	0,70	0-0,8 ukat/l
CRP	3	0-8 mg/l
Glukóza	7,5	3,5-5,6 mmol/l

EKG:

SR 81/min., PQ 0,16, QRS 0,08, ST isoel., T neg V1

RTG srdce a plic:

Na snímku plic vstoje – kresba vnitřní přiměřená, hily cévní, horní mediastinum štíhlé, stén srdeční nerozšířen, bránice hladké, kf. úhly volné.

Interní vyšetření:

Subj.: bez potíží, KP komp., afebrilní, stabilní, dech dobrý, arytmie orthopnoea a oprese neg. Git a dysurie sine, ulcus GD a pyrosis neguje, kontientní.

Obj.: pac. spolupracuje, orient., klidová eupnoe, hydratace přiměřená, váhá a BMI v normě.

Hypertenze II. 145/90 v léčbě, medikace idem. DM II., lehká hyperglykemie, nutno sledovat glykemie 3xD, medikace idem, int. kontrola za týden.

Léčba:

Dieta: 9 (diabetická), výživa: per os

TK, P 3xD 1xT so

Dohled nad přijmem stravy, tekutin a léků!

Zapisovat chování

Medikamentózní léčba:

Per os: Tiapridal 100mg 1 – 1 – 1

Concor 2,5 mg 1 – 0 – 0

Zocor 100 mg 1 - 0 – 0

Siofor 500 mg 1 – 0 - 0

Donpethon 10 mg 1 – 0 – 0

Jiné: Haloperidol gtt. při neklidu 15 gtt. p.os.

Dormicum 7,5 mg při nespavosti 1 tbl. p.os.

SITUAČNÍ ANALÝZA ZE DNE 15. 3. 2017

Pacient byl od 3. 3. 2017 do 20. 4. 2017 hospitalizován na gerontopsychiatrickém oddělení Psychiatrické nemocnice v Kroměříži. Dne 3.3.2017 v odpoledních hodinách pacienta přiváží syn na centrální příjem psychiatrické nemocnice. Syn pacienta uvádí postupné zhoršování stavu, hlavně noční nespavost a zmatenost. Po posouzení stavu a na doporučení ambulantního psychiatra byl pacient hospitalizován na uzavřené gerontopsychiatrické oddělení.

Pacient je na pokoji pro soběstačné pacienty, nyní potíže popírá, v noci však nespí, obtížně spolupracující, zmatený. Nutné sledování stavu a nastavování medikace. Výsledky glykemie jsou mírně vyšší. Krevní tlak 140/95 mmHg. Glykémie vyšší 7,5 mmol/l.

Pacient je během dne na denním sále, komunikuje s personálem i spolupacienty. V noci však amentní stavy, nespavost. Pacient má také hypertenzi a hyperglykemii. Hygienickou péči zvládá sám pod dohledem ošetřovatelského personálu.

Ošetřovatelské diagnózy byly stanoveny dle Nanda International, Inc. Ošetřovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2015 – 2017, dle priorit:

Aktuální ošetřovatelské diagnózy:

1. **Akutní zmatenost 00128**

Akutní zmatenost z důvodu Alzheimerovy choroby, projevující se opakovaným nočním blouděním a nespoluprácí.

2. **Nespavost 00095**

Nespavost z důvodu nemoci a změny prostředí, projevující se noční insomnií.

3. **Riziko nestabilní glykemie 00179**

Riziko nestabilní glykemie z důvodu úplavice cukrové, projevující se zvýšenými hodnotami.

4. **Riziko stresového syndromu z přemístění 00149**

Riziko stresového syndromu z přemístění z důvodu hospitalizace na uzavřeném oddělení, projevující se nervozitou a stresem.

Potencionální ošetřovatelské diagnózy:

1. **Riziko násilí vůči jiným 00138**

Riziko násilí vůči jiným vzhledem k noční zmatenosti a nespolupráci.

2. **Riziko bezmocnosti 00152**

Riziko bezmocnosti vzhledem k onemocnění a věku.

Ošetřovatelské diagnózy u pacienta s Alzheimerovou chorobou dle NANDA Taxonomie I.

Ošetřovatelská diagnóza č. 1

Akutní zmatenost 00128

Doména: 5, percepce/kognice

Třída: 4, kognice

Definice: Náhlý začátek reverzibilních poruch vědomí, pozornosti, kognice a percepce, které se vyvinou za krátké časové období.

Určující znaky:

- halucinace
- kolísání hladiny vědomí
- kolísání kognice
- kolísání psychomotorické aktivity

Související faktory:

- demence
- věk nad 60 let

Akutní zmatenost z důvodu Alzheimerovy choroby, projevující se opakovaným nočním blouděním a nespoluprácí.

Cíl: u pacienta dojde ke zmírnění stavu noční zmatenosti

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

- Pacientovy stavy noční zmatenosti se zmírní.
- Pacient se cítí bezpečně.
- Pacient rozumí rizikům noční zmatenosti.

Plán intervencí:

- Informuj pacienta o jeho nočním chování – všeobecná sestra
- Podávej psychofarmaka a hypnotika dle ordinace lékaře – všeobecná sestra
- Sleduj a zapisuj účinek podaných léků – všeobecná sestra
- Sleduj a zapisuj chování pacienta – všeobecná sestra
- Odstraň nebezpečné předměty v okolí pacienta – ošetřovatelka, všeobecná sestra
- Aktivizuj pacienta během dne – všeobecná sestra, ošetřovatelka

Realizace:

- 7:00 informuju pacienta o proběhlé noci, informuju lékaře – všeobecná sestra
- 7:30 podám ranní medikaci – všeobecná sestra
- 12:30 podám polední medikaci – všeobecná sestra
- 14:00 aktivizuji pacienta, pobyt na zahradě, cvičení – ošetřovatelka, ergoterapeutka
- 19:00 podám večerní medikaci, odstraním nebezpečné předměty na ložnici pacienta – všeobecná sestra
- 21:00 podám hypnotika, sleduji stav pacienta – všeobecná sestra
- 7:00 pacient udává, že spal celou noc, cítí se lépe

Hodnocení:

- Pacient byl poučen o svém nočním chování.
- Pacient užíval ordinované léky pod dohledem personálu.
- Pacient byl během dne aktivizován a večer unaven.
- Pacient během noci netrpěl stavem zmatenosti a spal.

Cíl byl splněn.

Ošetřovatelská diagnóza č. 2

Nespavost 00095

Doména: 4, aktivita/odpočinek

Třída: 1, spánek/odpočinek

Definice: Narušení množství a kvality spánku poškozující funkci.

Určující znaky:

- pacient uvádí aktuální nespokojenost se spánkem
- pacient uvádí nedostatek energie
- pacient uvádí potíže s usínáním

Související znaky:

- aktuální nevhodná spánková hygiena
- stres
- úzkost

Nespavost z důvodu nemoci a změny prostředí, nedostatečné denní aktivity, projevující se noční insomnií.

Cíl: u pacienta dojde ke zlepšení noční nespavosti.

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

- Pacient zná problematiku nespavosti a její následky.
- Pacient je během dne aktivizován a zapojen do činnostní terapie na oddělení.
- Pacient ulehá do lůžka až kolem 22 hodiny.

Plán intervencí:

- Edukuj pacienta o problematice nespavosti, nabídni mu edukační materiál – všeobecná sestra.
- Sděl lékaři pacientovi problémy, udělej zápis do dokumentace – všeobecná sestra.
- Zapoj pacienta do denních prací na oddělení, nabídni mu možnost činnostní terapie na oddělení. – všeobecná sestra, ošetřovatelka, ergoterapeut.
- Vezmi pacienta na zahradu oddělení, na vycházku v doprovodu po areálu – všeobecná sestra, ošetřovatelka.
- Podej pacientovi ordinované léky, v případě nespavosti předepsaná hypnotika –

všeobecná sestra.

- Sleduj a zapisuj účinek podaných léků. – všeobecná sestra.

Realizace:

- 9:00 Pacient je edukován o problematice spojené s nespavostí – všeobecná sestra.
- 10:00 Pacient je zapojen do drobných prací na oddělení, spolu s ergoterapeutkou cvičí, kreslí strom života. – ošetřovatelka, ergoterapeut, všeobecná sestra.
- 14:00 Pacient je na vycházce v doprovodu personálu po areálu nemocnice. – ošetřovatelka, všeobecná sestra.
- 19:00 Pacient užije léky pod dohledem personálu. – všeobecná sestra.
- 22:00 Pacient ulehá do lůžka, je pod dohledem personálu – všeobecná sestra.
- 7:00 Pacient udává zlepšení, ráno se cítí odpočatý.

Hodnocení:

- Pacient po proběhlé denní aktivitě a užití léků pod dohledem personálu, ulehá do lůžka v pozdějších hodinách. I bez podání hypnotik usíná, ráno se cítí odpočatý.

Cíl byl splněn.

Ošetřovatelská diagnóza č. 3:

Riziko nestabilní glykemie 00179

Doména: 2, výživa

Třída: 4, metabolismus

Definice: Riziko změny koncentrace glukózy v plazmě žilní krve oproti normálnímu rozmezí.

Rizikové faktory:

- duševní stav
- nedostatečné monitorování glykémie
- nedostatek znalosti o léčbě diabetu

Riziko nestabilní glykemie z důvodu úplavice cukrové, projevující se zvýšenými hodnotami.

Cíl: Hodnoty glykemie se upraví k normě.

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

- Pacient nemá hypo nebo hyperglykemii.
- Pacient zdá důležitost dodržování diety a užívání medikace.
- Pacient má základní znalosti o diabetu.

Plán intervencí:

- Sleduj hodnoty glykemie dle ordinace nebo dle potíží pacienta. – všeobecná sestra
- Informuj lékaře o zjištěných hodnotách. – všeobecná sestra
- Edukuj pacienta o nutnosti dodržení diabetické diety. – všeobecná sestra, nutriční terapeut
- Podávej léky dle ordinace lékaře. – všeobecná sestra
- Informuj pacienta o diabetu mellitu, o možnosti hyper a hypoglykemie, příznacích a opatření při nich. Poskytni mu edukační materiál. – všeobecná sestra, lékař.

Realizace:

- 7:00 – Měření glykémie a zapisování hodnot – všeobecná sestra.
- 8:00 – Podána ranní medikace včetně Sioforu – všeobecná sestra.
- 10:00 – Pacient je poučen nutriční terapeutkou o dietních opatřeních při diabetu, má potřebné materiály – nutriční terapeut, všeobecná sestra.
- 12:00 – Měření glykemie – všeobecná sestra
- 18:00 – Měření glykemie – všeobecná sestra

Hodnocení:

- Pacient zná výsledky glykemie a je poučen o nutnosti dietních opatření.
- Pacient zná účinky léků a umí rozpoznat hypo a hyperglymii.
- Pacient dodržuje dietu stanovenou nutriční terapeutkou.

Cíl byl částečně splněn. V naplánovaných intervencích je potřeba i nadále pokračovat pro fyziologické hodnoty.

Ošetřovatelská diagnóza č.4

Riziko stresového syndromu z přemístění (00149)

Doména: 9, zvládání/tolerance zátěže

Třída: 1, posttraumatické reakce

Definice: Riziko fyziologického anebo psychosociálního narušení po přesunu z jednoho prostředí do druhého.

Rizikové faktory:

- nedostatečné poradenství před odjezdem
- zhoršení zdravotní stav
- střední až vysoký stupeň změny prostředí

Riziko stresového syndromu z přemístění z důvodu hospitalizace na uzavřeném oddělení, projevující se nervozitou a stresem.

Cíl: Pacient se cítí na oddělení dobře a bezpečně.

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

- Pacient udává snížení stresu.
- Pacient se cítí na oddělení bezpečně, zná chod oddělení.

Plán intervencí:

- Sleduj verbální i neverbální projevy stresu a nervozity pacienty – ošetřovatelka, všeobecná sestra, lékař.
- Vyslechni pacienta, promluv si s ním, naslouchej jeho obavám – všeobecná sestra.
- Poskytni pacientovi možnost dotazů na chod oddělení – všeobecná sestra.
- Zaktivizuj pacienta, nauč ho relaxovat – všeobecná sestra.

Realizace:

- 10:00 Sledovány verbální i neverbální projevy pacientova stresu – všeobecná sestra.
- 11:00 Empatický rozhovor s pacientem o chodu oddělení, stavu ostatních pacientů,

nabídnutí možnosti drobných úprav na ložnici pacienta – všeobecná sestra. - 13:00 Pohovor s psychologem o stresu, nabídnuty možnosti relaxace – psycholog, všeobecná sestra. - 14:00 Relaxační techniky, muzikoterapie – ergoterapeutka, všeobecná sestra.
Hodnocení: - Pacient přizná stres a mluví o něm. - Pacient verbalizuje snížení stresu, na oddělení se cítí lépe. Cíl byl splněn.

Celkové hodnocení:

Pacient K. H. byl přijatý na gerontopsychiatrické oddělení Psychiatrické nemocnici v Kroměříži dne 3. 3. 2017. Vzhledem ke stanované diagnóze Alzheimerovy choroby byl umístěn na uzavřené oddělení k dalšímu sledování stavu a nastavení potřebné medikace.

První den byl pacient na oddělení nenápadný, spolupracující. Během noci však zvýšeně aktivní, zmatený, dezorientovaný časem, místem a osobou. U pacienta byl nutný 24 hodinový dohled kvůli jeho bezpečnosti. Také jeho výsledky glykemie byly zvýšeny. Ošetřovatelským personálem a psychiatrem mu byly poskytnuty potřebné informace k onemocnění a následné hospitalizaci. Po podání ordinovaných léků a celkové aktivizaci pacienta bylo docíleno zlepšení zdravotního i psychického stavu, včetně noční zmatenosti a nespavosti.

20. 4. 2017 byl pacient ve zlepšeném stavu propuštěn v doprovodu syna do domácího ošetřování. Pacient i rodina byli poučeni o nutnosti užívání nastavané medikace a dodržování diabetické diety. Další kontroly a léčbu zajistí pacientův psychiatr, kterého navštíví do 3 pracovních dnů.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Doporučení pro sestry:

- znát diagnózu Alzheimerovy choroby, její projevy, léčbu a specifika ošetřovatelské péče
- zajistit dostatek edukačního materiálu pro pacienty i rodinné příslušníky
- přistupovat k pacientům empaticky s velkou trpělivostí
- znát možnosti aktivizace pro nemocné v různých stádiích onemocnění
- naučit se spolupracovat s rodinou
- zvyšovat si kvalifikaci v oboru

Doporučení pro pacienta:

- důvěřovat ošetřovatelskému týmu a nebát se obrátit s různými dotazy a požadavky
- užívat stanovou medikaci
- cvičit a aktivizovat tělo i mozek
- pravidelně navštěvovat praktického lékaře a lékaře specialisty (preventivní prohlídky)
- dodržovat spánkový režim

Doporučení pro rodinu:

- sledovat stav příbuzného, při zhoršení doporučit lékařská vyšetření
- motivovat ho v léčbě, podporovat ho a být mu na blízku
- dopomáhat v běžných činnostech, které přestává zvládat, ale stále ho zapojovat
- aktivně hledat nové informace o nemoci a o možnostech léčby
- naučit se specifika přístupu k příbuznému, který trpí Alzheimerovou chorobou

ZÁVĚR

Pacient s Alzheimerovou chorobou vyžaduje jistá specifika v ošetřovatelské péči. Cílem této práce bylo zvýšit informovanost o této diagnóze a přiblížit ji odborné veřejnosti, abychom těmto nemocným mohli poskytnout co nejefektivnější a nejlepší možnost péče v jejich posledních letech života. Dnes již moderními postupy, léky, aktivizací a přístupem celého ošetřovatelského týmu jsme schopni prodloužit život a zpomalit tak postup nemoci. Důležitá je i spolupráce s rodinou a blízkými nemocného a jejich podpora.

Práce byla rozdělena na dvě části a to teoretickou, kde jsme si přiblížili již známá fakt o tomto stále častějším onemocnění, diagnostiku, farmakologické i nefarmakologické postupy a následně specifika ošetřovatelské péče. V praktické části jsme mohli vidět ošetřovatelský proces u takto nemocného pacienta, na uzavřeném gerontopsychiatrickém oddělení Psychiatrické nemocnice v Kroměříži.

Cíl 1 byl splněn – tato práce má poukázat na problém Alzheimerovy demence a osvětlit odborné veřejnosti a příbuzným problematiku.

Cíl 2, 3 a 4 byl splněn – v práci byly popsány příznaky, rizikové faktory, které se u této nemoci objevují. Byla zde popsána také diagnostika a léčba, popsány stupně a typy demencí.

Cíl 5 byl splněn – byla zde popsána specifická ošetřovatelská péče u pacienta s Alzheimerovou chorobou. Práce by měla také sloužit ke zlepšení ošetřovatelské péče o pacienty s Alzheimerovou chorobou, jako informační zdroj pro zdravotnický personál a dále také jako studijní materiál pro zdravotnické obory.

Cíl 1 z praktické části byl splněn – v praktické části byl zpracován ošetřovatelský proces u pacienta s Alzheimerovou chorobou.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BURDA, Patrik a Lenka ŠOLCOVÁ. *Ošetřovatelská péče.* Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-5333-1

DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, 632 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1620-6

DOBROVODSKÁ, Libuše. 2011. Péče o pacienty s demencí. Florence, 7(4), 5. ISSN 1801-464X.

ELIŠKOVÁ, Z., 2011. *Přehled anatomie*. Druhé vydání. Praha: Galén, Karolinum. ISBN 978-80-7262-612-0.

FIŠAR, Zdeněk. *Vybrané kapitoly z biologické psychiatrie*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2009, 383 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2737-0.

JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 164 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2454-6.

KALVACH, Zdeněk. *Geriatrie a gerontologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2004.

Klinická psychiatrie. 1. vyd. Editor Ján Praško. Praha: Tigis, 2011, 515 s. ISBN 978-80-87323-00-7.

KUČEROVÁ, Helena. *Demence v kazuistikách*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 109 s. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1491-4.

MUMENTHALER, Marco, Claudio L BASSETTI a Christof J DAETWYLER.*Neurologická diferenciální diagnostika*. 1. české vyd. Praha: Grada, 2008, 369 s. ISBN 978-80-247-2298-6.

NANDA INTERNATIONAL, *Ošetřovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2015–2017*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4328-8.

NĚMCOVÁ, J. a kol., 2015. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetřovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci.* Třetí vydání. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. ISBN 978-80-904955-9-3.

OREL, Miroslav. *Psychopatologie* 1.vyd. Praha: Grada, 2012, 263 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3737-9.

PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014, 295 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4236-6.

PFEIFFER, Jan. *Neurologie v rehabilitaci: pro studium a praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 351 s. ISBN 978-80-247-1135-5.

PIDRMAN, Vladimír. *Demence*. vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 183 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1490-5.

PREISS, Marek a Hana PŘIKRYLOVÁ KUČEROVÁ. *Neuropsychologie v neurologii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 362 s. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0843-4.

RABOCH, Jiří, Pavel PAVLOVSKÝ a Dana JANOTOVÁ. *Psychiatrie: minimum pro praxi*. 5. vyd. Praha: Triton, 2012, 239 s. ISBN 978-80-7387-582-4.

SEIDL, Zdeněk. *Neurologie pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 168 s. ISBN 978-80-247-2733-2.

ŠTĚPÁNKOVÁ, Hana, Cyril HÖSCHL a Lucie VIDOVIĆOVÁ. *Gerontologie: současné otázky z pohledu biomedicíny a společenských věd*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2014, 288 s. ISBN 978-80-246-2628-4.

TOPINKOVÁ, Eva. *Geriatrie pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, c2005, xviii, 270 s. ISBN 80-7262-365-6.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.

VLČEK, Jiří a Daniela FIALOVÁ. *Klinická farmacie I.* 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 368, s. ISBN 9788024731698.

VOKURKA, Martin a Jan HUGO. *Praktický slovník medicíny*. 11. aktualizované vydání. Praha: Maxdorf, 2015. ISBN 978-80-7345-464-7.

PŘÍLOHY

Příloha A – Test hodin vyplněný pacientem s Alzheimerovou chorobou

Příloha B – Test kognitivních funkcí první list

Příloha C – Test kognitivních funkcí druhý list

Příloha D – Test kognitivních funkcí třetí list

Příloha E – Rešeršní protokol

Příloha F – Protokol o sběru dat

Příloha G – Čestné prohlášení

Příloha A, zdroj: Vipharm reklamní tiskopis

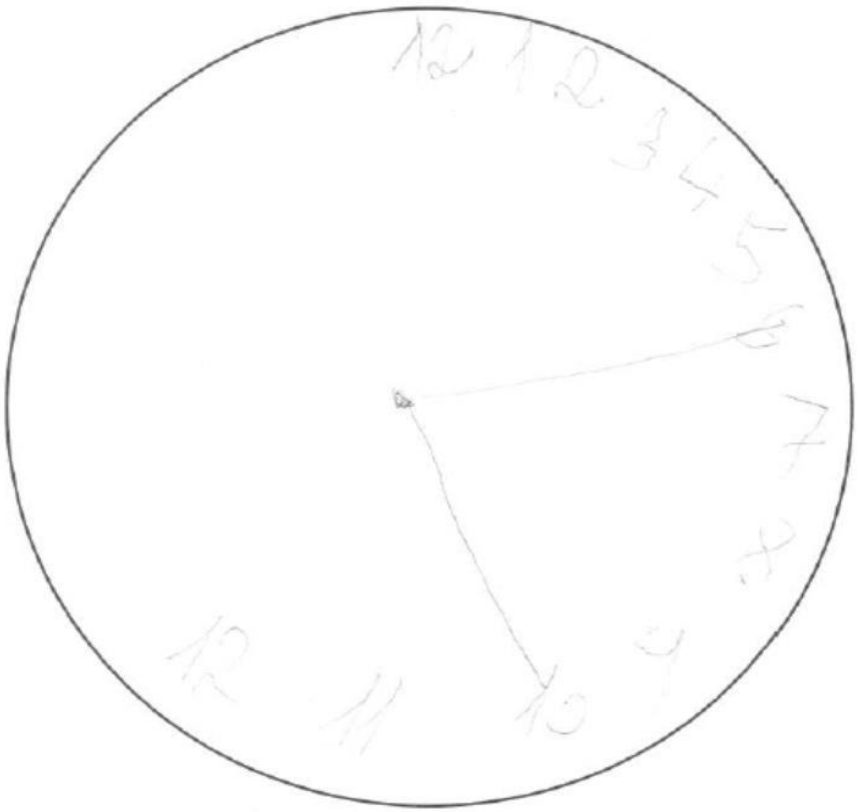
HODINKOVÝ TEST:

Jméno pacienta: H. K.

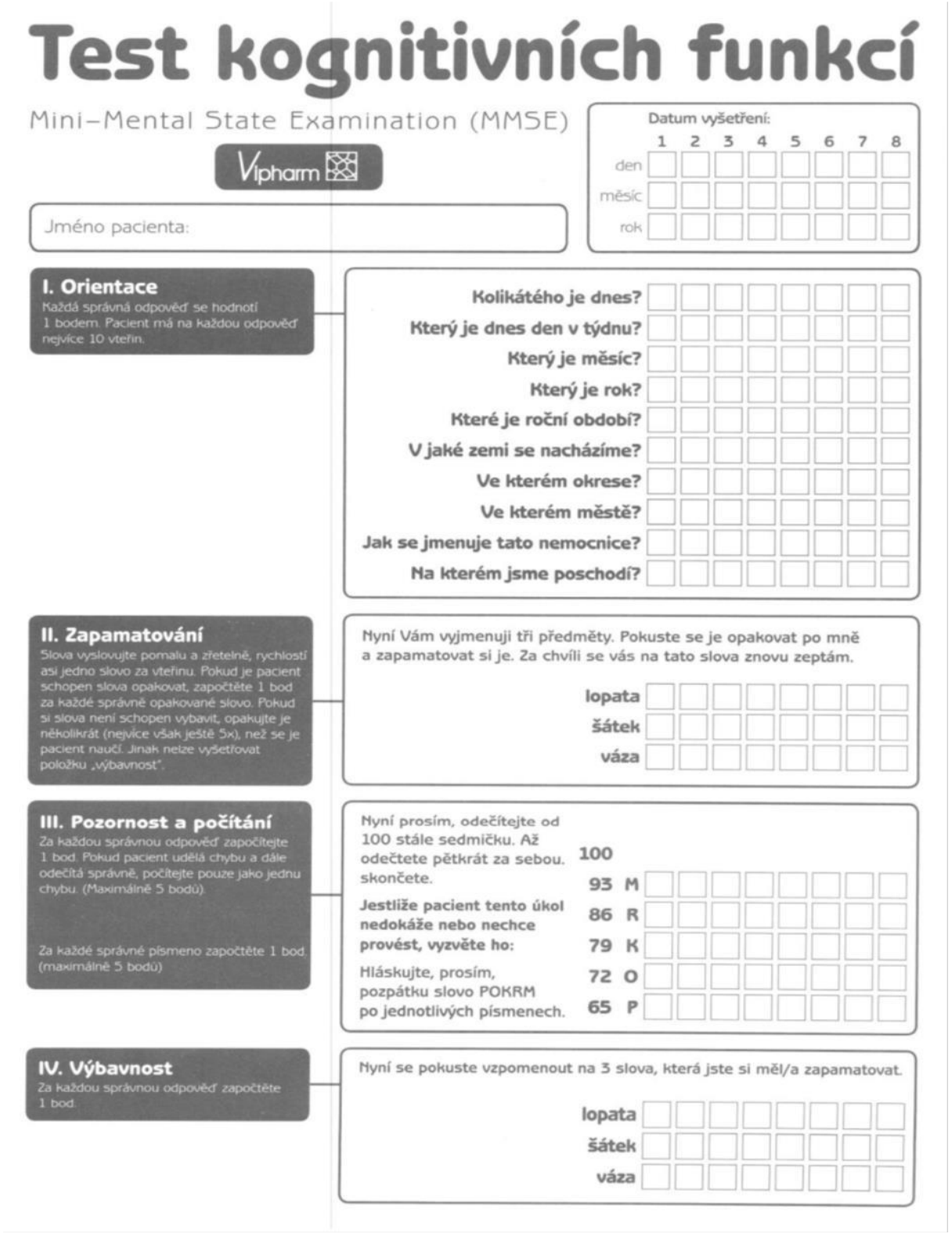
Číslo vyšetření: 1 Datum vyšetření: 5. 3. 2015

1 Do předkresleného kruhu, prosím, vpište čísla jako na hodinkách (1-12)

2 A teď, prosím, zaznačte na hodinkách čas: deset minut po jedenácté hodině.



Příloha B, zdroj: Vipharm reklamní tiskopis



Test kognitivních funkcí

Mini–Mental State Examination (MMSE)

Vipharm

Jméno pacienta:

Datum vyšetření:

	1	2	3	4	5	6	7	8
den								
měsíc								
rok								

I. Orientace

Každá správná odpověď se hodnotí 1 bodem. Pacient má na každou odpověď nejvíce 10 vteřin.

Kolikátého je dnes?								
Který je dnes den v týdnu?								
Který je měsíc?								
Který je rok?								
Které je roční období?								
V jaké zemi se nacházíme?								
Ve kterém okrese?								
Ve kterém městě?								
Jak se jmenuje tato nemocnice?								
Na kterém jsme poschodí?								

II. Zapamatování

Slova vyslovujte pomalu a zřetelně, rychlostí asi jedno slovo za vteřinu. Pokud je pacient schopen slova opakovat, započtěte 1 bod za každé správně opakované slovo. Pokud si slova není schopen vybavit, opakujte je několikrát (nejvíce však ještě 5x), než se je pacient naučí. Jinak nelze vyšetřovat položku „výbavnost".

Nyní Vám vyjmenuji tři předměty. Pokuste se je opakovat po mně a zapamatovat si je. Za chvíli se vás na tato slova znovu zeptám.

lopata								
šátek								
váza								

III. Pozornost a počítání

Za každou správnou odpověď započítejte 1 bod. Pokud pacient udělá chybu a dále odečítá správně, počítejte pouze jako jednu chybu. (Maximálně 5 bodů).

Za každé správné písmeno započtěte 1 bod. (maximálně 5 bodů)

Nyní prosím, odečítejte od 100 stále sedmičku. Až odečtete pětkrát za sebou, skončete.

Jestliže pacient tento úkol nedokáže nebo nechce provést, vyzvěte ho:

Hláskujte, prosím, pozpátku slovo POKRM po jednotlivých písmenech.

100									
93	M								
86	R								
79	K								
72	O								
65	P								

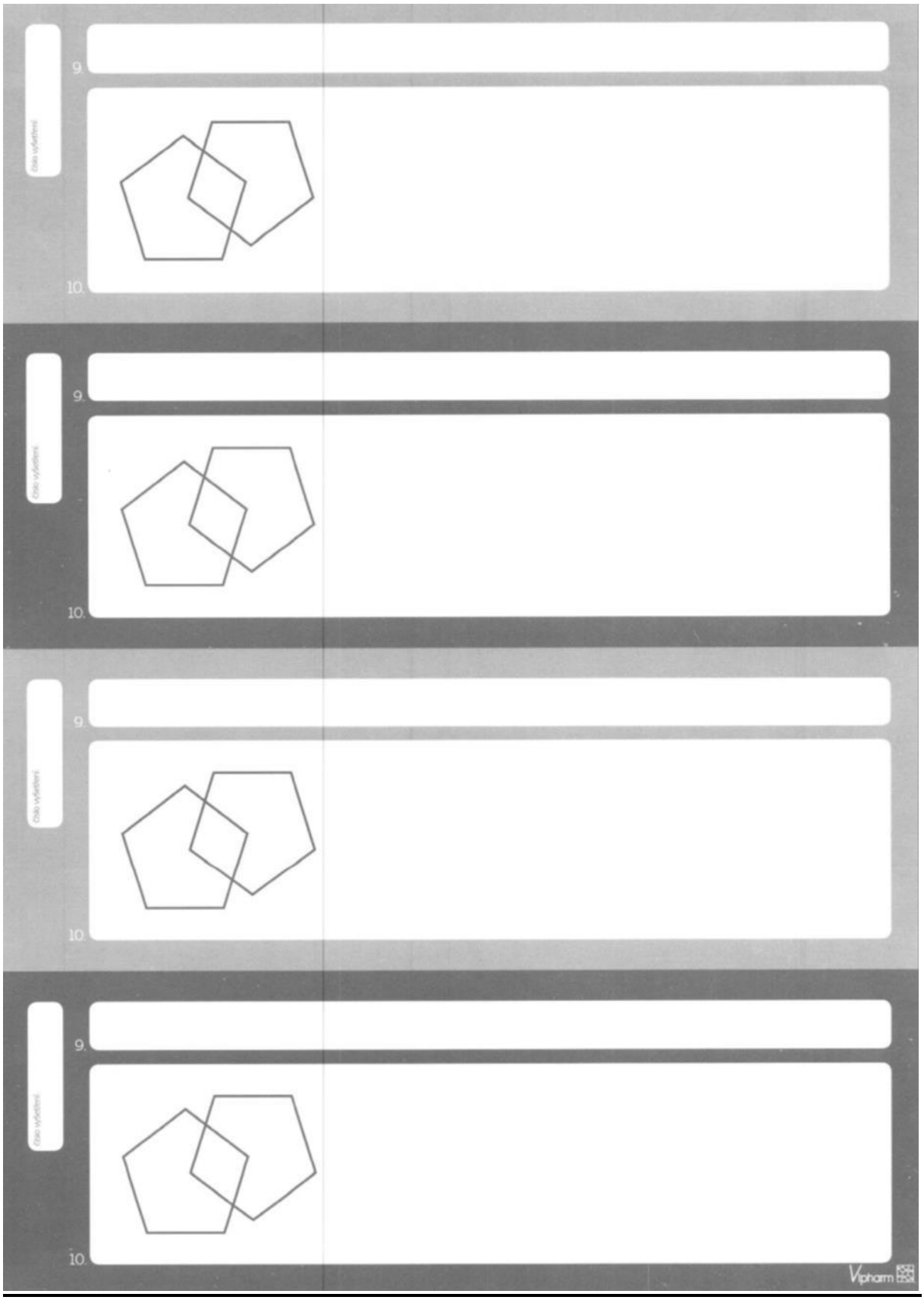
IV. Výbavnost

Za každou správnou odpověď započtěte 1 bod.

Nyní se pokuste vzpomenout na 3 slova, která jste si měl/a zapamatovat.

lopata								
šátek								
váza								

Příloha C, zdroj: Vipharm reklamní tiskopis



Příloha D, zdroj: Vipharm reklamní tiskopis

V. Pojmenování předmětu
Za správnou odpověď započtěte 1 bod.

Ukažte náramkové hodinky **Co je to?**
Ukažte tužku **Co je to?**

VI. Opakování
Za správnou odpověď započtěte 1 bod, přípustný je pouze jeden pokus.

Opakujte, prosím, po mně:
„První pražská paroplavba"

VII. Třístupňový příkaz
Položte před pacienta list papíru a dejte mu následující pokyn:

Za každou správně provedenou činnost započtěte 1 bod.

Nyní vezměte tento papír do pravé ruky, přeložte ho na polovinu a položte na zem.

Pravá ruka
Přeložení na polovinu
Položení na podlahu

VIII. Čtení a vykonání psaného příkazu
Ukažte pacientovi spodní část tohoto testu s nápisem: „Zavřete oči" a vyzvěte ho:
Nechte pacientovi 10 vteřin na provedení. Instrukci můžete opakovat nejvýše 3x. Započtěte 1 bod pouze, pokud pacient skutečně zavře oči.

Přečtěte, prosím, co je zde napsáno a udělejte to.

IX. Psaní
Dejte vyšetřovanému tužku a papír a vyzvěte jej:
1 bod započítejte, pokud má věta podmět (i nevyjádřený) a přísudek a dává smysl. V textu mohou být pravopisné chyby.

Napište, prosím, jakoukoliv větu.

X. Obkreslení obrazce
Dejte vyšetřovanému tužku a papír a vyzvěte jej:
Započtěte 1 bod, pokud pacient nakreslí obrazec v časovém limitu do 1 minuty a jestliže jsou zachovány správně strany, počet úhlů a překřížení. Třes ani rotace nevadí.

Nakreslete obrázek co nejpřesněji podle předlohy.

Celkem:

ZAVŘETE OČI!

Vipharm

Příloha H, rešeršní protokol

Ošetřovatelský proces u pacienta s Alzheimerovou chorobou

Klíčová slova:

Alzheimerova choroba, demence, ošetřovatelský proces
Alzheimer disease, dementia, nursing process

Rešerše č. 74/2016

Bibliografický soupis

Počet záznamů:	**celkem 38 záznamů**
	(vysokoškolské práce – 5, knihy – 14, ostatní – 19)
Časové omezení:	2007 – současnost
Jazykové vymezení:	čeština, slovenština, angličtina
Druh literatury:	vysokoškolské práce, knihy, články a příspěvky ve sborníku
Datum:	30. 11. 2016

Základní prameny:

- katalog Národní lékařské knihovny (www.medvik.cz)
- Jednotná informační brána (www.jib.cz)
- Souborný katalog ČR (http://sigma.nkp.cz)
- Databáze vysokoškolských prací (www.theses.cz)
- Online katalog NCO NZO

VYSOKOŠKOLSKÉ PRÁCE:

1. GAJDOVÁ, Lenka. 2013. *Ošetřovatelský proces v péči o pacienta s Alzheimerovou chorobou* [online]. Ostrava [cit. 2016-11-30]. Bakalářská práce. Ostravská univerzita. Lékařská fakulta. Dostupné z: <http://theses.cz/id/bm5idy/>.

2. KREJČÍŘOVÁ, Martina. 2012. *Specifika ošetřovatelské péče u pacientů s Alzheimerovou chorobou v Alzheimercentru* [online]. České Budějovice [cit. 2016-11-30]. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita. Zdravotně sociální fakulta. Dostupné z: <http://theses.cz/id/spsrmr/>.

3. NYKLOVÁ, Kateřina. 2015. *Ošetřovatelská péče o pacienty s Alzheimerovou chorobou* [online]. Ostrava [cit. 2016-11-30]. Bakalářská práce. Ostravská univerzita. Lékařská fakulta. Dostupné z: <http://theses.cz/id/bwcrkl/>.

4. PUTÍRKOVÁ, Miluška. 2013. *Ošetřovatelský proces v péči o pacienta s demencí* [online]. Ostrava [cit. 2016-11-30]. Bakalářská práce. Ostravská univerzita. Lékařská fakulta. Dostupné z: <http://theses.cz/id/npuwkz/>.

5. VENCOVÁ, Pavlína. 2016. *Problematika ošetřovatelské péče o klienta s Alzheimerovou demencí* [online]. Jihlava [cit. 2016-11-30]. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava. Dostupné z: <http://theses.cz/id/1n5ats/>.

KNIŽNÍ ZDROJE:

5. BÖHM, Erwin. 2015. *Psychobiografický model péče podle Böhma.* Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-3197-4.

6. BURDA, Patrik a Lenka ŠOLCOVÁ. 2015. *Ošetřovatelská péče: pro obor ošetřovatel.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5333-1.

7. GUISSET-MARTINEZ, Marie-Jo. 2007. *Care and support for people with dementia: a new deal : refernce points for professional practices.* Paris: Foundation Médéric Alzheimer. ISBN 2-9517312-9-9.

8. JIRKOVSKÝ, Daniel a Marie HLAVÁČOVÁ. 2012. *Ošetřovatelské postupy a intervence: učebnice pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Fakultní nemocnice v Motole. ISBN 978-80-87347-13-3.

9. KALVACH, Zdeněk. 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2490-4.

10. *Když se paměť vytrácí... : život s Alzheimerovou chorobou a jinými typy demence z pohledu pacientů i pečujících.* 2014. Praha: Tarsago. ISBN 978-80-7406-248-3.

11. KUBEROVÁ, Helena. 2010. *Didaktika ošetřovatelství*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-684-1.

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

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

14. POKORNÁ, Andrea. 2010. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3271-8.

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

16. TÓTHOVÁ, Valérie. 2014. *Ošetřovatelský proces a jeho realizace.* Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-785-9.

17. TRACHTOVÁ, Eva, Gabriela TREJTNAROVÁ a Dagmar MASTILIAKOVÁ. 2013. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu.* Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-553-2.

18. VENGLÁŘOVÁ, Martina. 2007. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2170-5.

OSTATNÍ ZDROJE:

1. BÁŇOVÁ, Marie. 2014. Individuální přístup ke klientům trpícím syndromem demence. In: *Ochrana práv seniorů v instituci s důrazem na osoby s demencí.* Brno: Kancelář veřejného ochránce práv, [2014], s. 76-83. ISBN 978-80-87949-03-0.

2. DLUGOŠOVÁ, Anna a Ľubomíra TKÁČOVÁ. 2010. Komplexní ošetřovatelská péče o pacienta s demencí. *Sestra*, **20**(12), s. 50-51. ISSN 1210-0404.

3. DOBROVODSKÁ, Libuše. 2011. Péče o pacienty s demencí. *Florence*, **7**(4), 5. ISSN 1801-464X.

4. FRIEDLOVÁ, Karolína. 2012. Uplatnění konceptu Bazální stimulace v geriatrii. *Sestra*, **22**(9), 58-59. ISSN 1210-0404.

5. HOLMEROVÁ, Iva, Mihcaela BAUMANOVÁ, Hana VAŇKOVÁ a Božena JURAŠKOVÁ. 2011. Deprese u pacientů s demencí. *Psychiatrie pro praxi*, **12**(2), 62-64. ISSN 1213-0508.

6. SIVEROVÁ, Jarmila a Radka BUŽGOVÁ, Radka. 2016. Reminiscence v péči o seniory s demencí. *Česká a slovenská psychiatrie*, **112**(2), 88-93. ISSN 1212-0383.

7. KARLOVÁ, Markéta a Petra ČAVNICKÁ. 2014. Geriatrická pacientka s DM 2. typu. *Sestra*, **24**(1), 42-44. ISSN 1210-0404.

8. KOŇAŘÍK, Marcel a Hana KUBEŠOVÁ. 2016. Přístup profesionálních pečovatelů k pacientům s demencí. *Medicína pro praxi*, **13**(2), 93-95. ISSN 1214-8687.

9. KOPECKÁ, Ester. 2012. Psychobiografický model péče. *Sestra*, **22**(11), 20-21. ISSN 1210-0404.

10. LUKASOVÁ, Marie. 2014. Autonomy of will in clients with dementia. In: *Ochrana práv seniorů v instituci s důrazem na osoby s demencí.* Brno: Kancelář veřejného ochránce práv, [2014], s. 92-98. ISBN 978-80-87949-03-0.

11. MARTINKOVÁ, Jana a Andrea BOTÍKOVÁ. 2013. Komunikácia s agresívnym pacientom s demenciou. *Diagnóza v ošetřovatelství*, **9**(1), (Supplementum), 3-4 příl. ISSN 1801-1349.

12. NOVOTNÝ, Tomáš. 2014. Kvalita v zdravotně-sociální péči je reálným cílem. *Medical tribune*, **10**(24), A8. ISSN 1214-8911.

13. ONDRIOVÁ, Iveta a Terézia FERTAĽOVÁ. 2014 Psychická a fyzická zátěž při péči o nemocné s demencí. *Sestra*, **24**(2), 24-25. ISSN 1210-0404.

14. ONDRIOVÁ, Iveta, Elenóra KLÍMOVÁ a Ludmila MAJERNÍKOVÁ. 2014. Rodinná péče o nemocného s Alzheimerovou chorobou. *Sestra*, **24**(1), 27-29. ISSN 1210-0404.

15. PROCHÁZKOVÁ, Eva. 2015. Psychobiografický model péče prof. Erwina Böhma. *Florence*, **11**(11), 19-21. ISSN 1801-464X.

16. SHEARDOVÁ, Kateřina. 2010. Alzheimerova nemoc a zapojení pečovatele do boje o kvalitu života. *Neurologie pro praxi,* **11**(3), 172-176. ISSN 1213-1814.

17. STARÁ, Š. a Radka BUŽGOVÁ. 2012. Měření kvality života u seniorů s demencí. *Praktický lékař*, **92**(8), 460-464. ISSN 0032-6739.

Příloha F, protokol o sběru dat

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.
Duškova 7, 150 00 Praha 5

PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

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

Příjmení a jméno studenta	**Hickl Jonáš**	
Studijní obor	Všeobecná sestra	Ročník 3VS2
Téma práce	**Ošetřovatelský proces u pacienta s Alzheimerovou chorobou**	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	**Psychiatrická nemocnice Kroměříž, gerontopsychiatrické oddělení**	
Jméno vedoucího práce	**PhDr. Jarmila Verešová**	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum ○ bude spojen s finančním zatížením pracoviště ⊗ nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	⊗ souhlasím ○ nesouhlasím podpis	
Souhlas náměstkyně pro ošetřovatelskou péči	⊗ souhlasím ○ nesouhlasím podpis	

V Kroměříži dne 1.3.2017

.....
podpis studenta

Příloha G, čestné prohlášení

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

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

V Praze dne 31. 5. 2017

.....

Jonáš Hickl, DiS.