

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

DENISA TKÁČOVÁ

Praha 2017

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU**

Bakalářská práce

DENISA TKÁČOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Hana Belejová, PhD.

Praha 2017



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

Tkáčová Denisa
3VS2

Schválení tématu bakalářské práce

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

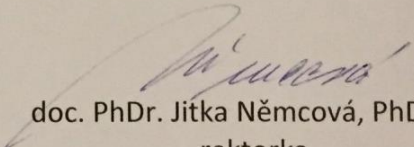
Ošetřovatelský proces u pacienta s Alzheimerovou chorobou

The Nursing Process in a Patient with Alzheimer's Disease

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Hana Belejová, PhD.

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

V Praze dne: 25. 10. 2016


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 31. 5. 2017

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí práce PhDr. Haně Belejové, PhD. za její pomoc, a poskytnutí cenných rad při psaní této práce. Poděkování patří také občanskému sdružení Hvězda za umožnění zpracování ošetřovatelského procesu.

ABSTRAKT

TKÁČOVÁ, Denisa. *Ošetrovatelský proces u pacienta s Alzheimerovou chorobou*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Haně Belejová, PhD. Praha. 2017. 67 s.

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces u pacienta s Alzheimerovou chorobou. Práce se skládá ze dvou částí, z teoretické a praktické.

Teoretická část zahrnuje informace o demenci a jejich rozdělení, historii Alzheimerovy choroby, charakteristiku, klinický obraz, diagnostiku a terapii Alzheimerovy choroby. V závěru teoretické práce jsme se zaměřili na specifika ošetrovatelské péče v určitých stádiích a v případě problému na jaké organizace se obrátit.

Praktická část se zabývá zpracováním ošetrovatelského procesu u jednoho konkrétního pacienta, který trpí Alzheimerovou chorobou. Na základě zjištěných ošetrovatelských problémů byly sestaveny ošetrovatelské diagnózy dle Taxonomie II NANDA International 2015–2017. Dále byl stanoven plán ošetrovatelské péče, popsána realizace ošetrovatelských intervencí a provedeno jejich hodnocení.

Klíčová slova

Alzheimerova choroba. Ošetrovatelská péče. Pacient. Všeobecná sestra.

ABSTRACT

TKÁČOVÁ, Denisa. *The Nursing Process in a Patient with Alzheimer disease.* Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: PhDr. Haně Belejová, PhD. Praha. 2017. 67 pages.

The theme of thesis is the nursing process in a patient with Alzheimer disease. The thesis consists of two parts: theoretical and practical.

The theoretical part includes informations about dementia and it's different kinds, history of Alzheimer's disease, characteristic, clinical part, diagnosis and therapy of Alzheimer's disease. In the end of theoretical part we focused on specifications of medical caring process of Alzheimer's disease in it's different escalating stages and organisations with which we can cooperate in case of any problems.

The practical part covers a case report of caring of patient diagnosed with Alzheimer's Disease. Based on known medical care problems diagnosis was completed by Taxonomy II NANDA International 2015-2017. Based on these facts the nursing care was planned, the realisation of medical interventions was described and the survey was done.

Keywords:

Alzheimer's disease. Nursing Care. Patient. General nurse.

PŘEDMLUVA

Téma bakalářské práce „Ošetrovatelská péče u pacienta s Alzheimerovou chorobou“ jsme si zvolili, protože po nástupu do zaměstnání jsem se setkala s lidmi, kteří trpí Alzheimerovou chorobou.

V domě služeb seniorům „Hvězda“, kde pracuji, jako všeobecná sestra jsem měla možnost nahlédnout do problematiky této nemoci podrobněji. A jelikož mě tato problematika začala zajímat více, tak jsem se rozhodla, že se o této nemoci budu snažit dozvědět, co nejvíce. Z toho důvodu jsem chtěla zjistit, jak o nemocné, co nejlépe pečovat, abych jim usnadnila, co nejvíce jejich nelehký život s touto nemocí, a to i proto, že počet nemocných s touto chorobou neustále přibývá.

Práce je určena pro pacienty s Alzheimerovou chorobou, kteří by měli znát možná rizika vzniku tohoto onemocnění a její průběh a následně jak žít s tímto onemocněním, všeobecné sestry, který by měly vědět jak správně pečovat a vykonávat odborné výkony s těmito pacienty a pro rodinu, která pečuje o své příbuzné s tímto onemocněním, aby věděli správná specifika ošetrovatelské péče.

Podklady pro práci jsme čerpali jak z knižních pramenů, tak i z internetových zdrojů.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

| | |
|---|----|
| ÚVOD..... | 14 |
| 1 DEMENCE | 17 |
| 1.1 DĚLENÍ DEMENCÍ..... | 18 |
| 2 HISTORIE ALZHEIMEROVY CHOROBY..... | 20 |
| 2.1 CHARAKTERISTIKA ALZHEIMEROVY CHOROBY | 21 |
| 2.1.1 DĚLENÍ ALZHEIMEROVY CHOROBY..... | 22 |
| 2.2 KLINICKÝ OBRAZ ALZHEIMEROVY CHOROBY | 23 |
| 2.2.1 RIZIKOVÉ FAKTORY ALZHEIMEROVY CHOROBY..... | 24 |
| 2.3 DIAGNOSTIKA ALZHEIMEROVY CHOROBY | 25 |
| 2.4 TERAPIE ALZHEIMEROVY CHOROBY | 29 |
| 3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU..... | 31 |
| 3.1 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE V PRVNÍM STÁDIU NEMOCI . | 31 |
| 3.2 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE V DRUHÉM STÁDIU NEMOCI | 32 |
| 3.3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE VE TŘETÍM STÁDIU NEMOCI | 33 |
| 3.4 ORGANIZACE POMÁHAJÍCÍ OSOBÁM S PORUCHAMI PAMĚTI | 34 |
| 4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU..... | 36 |

| | |
|---------------------------------------|-----------|
| 4.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI..... | 60 |
| ZÁVĚR | 62 |
| SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY..... | 63 |
| SEZNAM PŘÍLOH | |

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

- ADAS – cog** – Alzheimer’s disease assesement scale - cognitive
ADL – Activity of Daily Living (test základních všedních činností)
ACH – Alzheimerova choroba
CDT – Clock drawing test (česky – test kreslení hodin)
CNS – Centrální nervová soustava
CT – počítačová tomografie
ČALS – Česká alzheimerovská společnost
EEG - Elektroencefalografie
GDS – Global Deterioration Scale
HACH - Ischemické skóre Hachinského
IADL – Instrumental activities of daily living
MMSE – Mini – Mental State Examination
MR – Magnetická rezonance
NMDA – N – methyl – D- asparát
ORL - Otorinolaryngologie
PET – Pozitronová emisní tomografie
SPECT - Jednofotonová emisní výpočetní tomografie
(KAŠÁKOVÁ, VOKURKA, HUGO, 2015)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Acetylcholin - látky přenášející vzruchy v nervové soustavě

Acetylcholinesterázy – enzym, který rozkládá acetylcholin

Afázie – porucha tvorby a porozumění řeči

Agnozie – neschopnost poznat a interpretovat smyslové vjemy

Alterace – změna, poškození

Antidepresiva – skupina léků užívaných k léčbě deprese

Apraxie – neschopnost vykonávat složitější a účelné pohyby

Aterosklerotický – podílející se na ateroskleróze

Atrofie – zmenšení normálně vyvinutého orgánu

Beta – amyloid – bílkovina

Cerebrovaskulární – týkající se mozkových cév

Cytokin – látka bílkovinné povahy

Degenerace – úbytek, ztráta

Demence – chronický, trvalý úbytek duševních funkcí a schopností

Diabetes mellitus – cukrovka, úplavice močová

Dialýza – léčebná metoda nahrazující základní funkci ledvin

Endokrinní – týkající se vnitřní sekrece

Expanzivní – označuje se tak růst určitého útvaru, který utlačuje okolní struktury

Extracelulární – mimobuněčný, vně buňky

Fatické funkce – funkce týkající se řeči

Frontotemporální – čelně - týlní

Glutamát – sůl glutamátové kyseliny, významný budivý přenašeč

Hipokampus – obloučkový závit ve spodní části mozku

Hydrocefalus – patologicky zvýšené množství mozkomíšního moku v CNS

Hypertenze – vysoký tlak

Incidence – počet nově vzniklých případů daného onemocnění

Inkontinence – neschopnost udržet moč

Karence – nedostatek určité živiny nebo jiné důležité látky

Kognitivní – poznávací, týkající se vnímání a myšlení

Koronární – týkající se koronárních (věnčitých) tepen

Kortex - kůra

Kvantitativní – popisující jev z hlediska jeho kvantity (tj. množství či četnosti)

Kyslíkové radiály – aktivní formy kyslíku

Lewyho tělíska – histopatologický mikroskopický obraz vyskytující se v mozku

Mediální - střední

Mentální – myšlenkový, rozumový, duševní

Morfologický – týkající se tvaru

Mutace – změna genetické (dědičné) informace

Neuritický – týkající se zánětu nervu

Neurofibrila – mikroskopické vlákno v nervových buňkách (neuronech)

Neurotransmitter – chemická látka uvolňovaná z nervového zakončení na synapsi

Posttraumatický - poúrazový

Premorbidní – před onemocněním

Presenilní – vztahující se k preseniu, demence ve věku do 65 let

Prevalence – počet všech případů určitého onemocnění

Progredientní – postupující, vyvíjející

Protein - bílkovina

Screening – postup, metoda

Sporadický – vyskytující se ojediněle

Substituční - náhradní

Symptomy - příznaky

Temporální - spánkový

Traumata – úraz, poranění

Tumor - nádor

Vaskulární - cévní

(KAŠÁKOVÁ, VOKURKA, HUGO, 2015)

ÚVOD

Problematika Alzheimerovy nemoci a demence je oblastí, která dlouho stála mimo hlavní pozornost médií, politické i široké veřejnosti. Tomu odpovídá i dlouhodobá neexistence přehledových informací o problematice demence, která zasahuje jak do oblasti zdravotnictví, tak do sektoru sociálního (MÁTĽ a MÁĽOVÁ, 2015).

Stále platí, že o této nemoci, jejích příčinách a dopadech, lidech, kteří tímto onemocněním trpí, poskytovatelích, kteří se snaží pomoci s péčí a o celkovém prostředí, toho víme velmi málo. Přitom mezinárodní srovnání ukazují, že jde o velmi závažné onemocnění, které patří mezi hlavní příčiny úmrtí, a jehož výskyt v souvislosti se stárnutím populace neustále narůstá (MÁTĽ a MÁĽOVÁ, 2015).

Jak jsme dozvěděli, ze statistických údajů, nejvíce se chronická demence vyskytuje v populaci nad 60 let. Celková prevalence stoupá ve stáří s věkem. Různé statistiky, ale ve výskytu demencí značně liší. Ve věku 65 let se obvykle uvádí, že demencí trpí minimálně 5 % populace, z toho alespoň polovina Alzheimerovou nemocí. Toto procento výrazně stoupá s věkem, obvykle každých 5 let dojde ke zdvojnásobení počtu postižených. Alzheimerova nemoc představuje 50 – 60% všech demencí. Ve věku 65 let trpí přibližně 2 – 3 % populace Alzheimerovou nemocí. Incidence v Evropské unii je 5,6 – 7,2 %. Současný celosvětový odhad incidence Alzheimerovy nemoci je 17 – 25 milionů lidí (VÖRÖSOVÁ, SOLGAJOVÁ, ARCHALOUSOVÁ, 2015, s. 103).

Na celém světě žilo v roce 2015 odhadem 46,8 miliónu lidí s demencí. Počet lidí s demencí se přitom nejspíš každých dvacet let zdvojnásobí – lze tedy očekávat, že v roce 2030 bude na Zemi 74,7 miliónu lidí s demencí a v roce 2050 dokonce 131,5 miliónu lidí s demencí. Počet lidí s demencí v roce 2015 tak zhruba odpovídá počtu obyvatel Španělska, v roce 2030 se přiblíží počtu obyvatel Turecka a v roce 2050 pak přesáhne aktuální počet obyvatel Japonska. Alzheimer's Disease International na základě těchto údajů odhaduje, že se letos objeví nový případ demence každé tři sekundy (celkem přibude 9,9 miliónu lidí s demencí) (MÁTĽ a MÁĽOVÁ, 2015).

Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Zaměřit se na specifiku ošetrovatelské péče u pacientů s Alzheimerovou chorobou.

Cíl 2: Přiblížit více problematiku Alzheimerovy choroby.

Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Popsat průběh ošetrovatelského procesu u pacienta s Alzheimerovou chorobou.

Cíl 2: Sestavit a realizovat individuální plán ošetrovatelské péče o pacienta s Alzheimerovou chorobou.

Vstupní literatura

DUŠEK, Karel a VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, Alena, 2015. *Diagnostika a terapie duševních poruch. 2.*, přepracované vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4826-9.

JIRÁK, Roman a kol., 2009. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče.* 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2454-6.

MÁTĽ, Ondřej a MÁTĽOVÁ, Martina, 2015. *Zpráva o stavu demence...* Praha: Česká alzheimerovská společnost, o.p.s. ISBN 978-80-86541-45-7.

VÖRÖSOVÁ, Gabriela, SOLGAJOVÁ, Andrea a ARCHALOUSOVÁ, Alexandra, 2015. *Ošetrovatelská diagnostika v práci sestry.* 1. vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5538-0.

Popis rešeršní strategie

Nejprve jsme si zvolili vhodnou knihovnu, která by nám zhotovila rešerši na téma bakalářské práce „Ošetrovatelský proces u pacienta s Alzheimerovou chorobou“. Zvolili jsme Krajskou knihovnu Františka Bartoše ve Zlíně. Časové období k vyhledávání odborných publikací proběhlo v období v říjnu 2016 až do března 2017.

Zdroje, použité pro vyhledání odborných publikací byly www.kfbz.cz, Anopress (www.anopress), Jednotná informační brána (www.jib.cz), Medvik (www.medvik.cz), Souborný katalog ČR (www.caslin.cz), Theses.cz (theses.cz/) Google Books, Google

Scholar, EBSCOhost, PubMed (www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed), pocházely od roku 2006 po současnost.

Klíčovými slovy v českém jazyce byly zvoleny slova Alzheimerova choroba, ošetrovatelská péče, pacient, všeobecná sestra.

V jazyce anglickém byly použity klíčová slova Alzheimer's Disease, nursing care, patient, general nurse.

Celkem zdrojů v českém jazyce bylo vyhledáno 27 článků a kapitol v knihách, 16 monografií, 13 vysokoškolských kvalifikačních prací, 4 online zdroje a 10 článků.

V anglickém jazyce byly vyhledány celkem 4 monografie, 10 článků a 4 online zdroje

1 DEMENCE

Pojem „demence“ pochází z latiny a doslova znamená „bez myslí“ (BUIJSSEN, 2006).

Demence je syndrom, který vznikne v důsledku organického poškození mozku včetně některých metabolických změn mozku, a to bez výrazných morfologických změn. Demence je porucha, jejíž počet se výrazně zvyšuje s věkem, a proto věk je nejvýznamnějším rizikovým faktorem demencí (RABOCH a kol., 2012).

U demence dochází k podstatnému snížení úrovně paměti i dalších kognitivních (poznávacích) funkcí (funkce, které zajišťují adaptaci na zevní prostředí, komunikaci se na zevní prostředí, komunikaci se zevním prostředím, cílené chování). Mezi tyto funkce náleží kromě paměti pozornost, vnímání, řečové funkce (schopnost tvorby řeči, ale také schopnost porozumění řeči), tzv. výkonné funkce – schopnost být motivován k určité činnosti, tuto účelnou naplánovat, provést a zpětně hodnotit – funkce zajišťující účelné jednání a další. Celková úroveň kognitivních funkcí se obvykle označuje jako inteligence. Vědomí není u demencí zadrženo (myslí se kvalitativní úroveň vědomí, uvědomění si sama sebe i správné uvědomění si situace, nikoli kvantitativní úroveň, kde porucha znamená ospalost, bezvědomí (JIRÁK a kol., 2009).

Postupně vážně logické i abstraktní myšlení a soudnost, klesá výkonnost. Dochází k narušení až ztrátě orientace (dotyčný zabloudí ve známém městě, později také i ve vlastním bytě). Mění se motivace člověka, činnosti mohou být bezcílné. Objevují se poruchy emocí, je narušeno chování s možností neadekvátní reakcí či agrese (OREL, 2012).

Demence se dají také stručně definovat jako poruchy, u kterých dochází k podstatnému úpadku inteligence od premorbidní úrovně. Úpadek se projevuje ve složce pracovní, ve schopnosti provádět běžné denní aktivity a v sociální oblasti (RABOCH a kol., 2012).

Jak demence postupuje, a příznaky se zhoršují, ztrácí daný člověk schopnost sebezpeče, zanedbává sebehigienu. Doprovodem mohou být i přechodné poruchy vnímání a poruchy spánku (v noci nespí a ve dne ano). V pokročilé demenci se objevují inkontinence moči, později stolice (OREL, 2012).

To pak vede k tomu, že se postižený stává nesoběstačným, závislým na rodině, nemocnici, ústavu sociální péče (JIRÁK a kol, 2009).

U demence se vyskytují tři základní okruhy postižení, přičemž se tyto okruhy navzájem prolínají, nazýváme je A – B – C:

Postižení kognitivních (rozumových) funkcí (C – cognition)

Postižení aktivit denního života (A – activities of daily life)

Behaviorální (týkající se chování) a psychologické příznaky (B – behavior) (PIDRMAN, 2007); (HAUKE, 2014).

1.1 DĚLENÍ DEMENCÍ

Demence by se měla nejprve správně diagnostikovat, a poté se pokusit určit její etiologii, což je důležité z hlediska našeho poznání i následné léčby.

Primárně degenerativní demence

- Alzheimerova nemoc (nejčastější demence, představuje 60 % všech demencí),
- Demence s Lewyho tělísky,
- Frontotemporální demence.

Sekundární a smíšené demence

Sekundární demence jsou nesourodá skupina nemocí, na jejichž vzniku se podílí řada příčin. Jsou to např. demence v souvislosti s traumatem, tedy posttraumatické demence, dále infekční, metabolické při poruchách jater, respiračního systému, ledvin (i při dialýze), demence při karencích vitamínů, dále při endokrinních onemocněních, při tumorech, epilepsii a v celé řadě dalších případů. Bylo popsáno více než 70 skupin sekundárních demencí. Mezi nejzávažnější a nejčastější patří:

- Vaskulární demence (představuje do 20% všech demencí),
 - Multiinfarktová
 - Mikroangiopatická (Binswangerova choroba),
- Metabolické demence,
- Toxické demence,
- Demence při Parkinsonově chorobě,
- Traumatické demence,
- Demence při normotenzním hydrocefalu,
- Demence při nádorech CNS,

- Demence při infekcích (sem náleží např. i demence syfilitická a demence při HIV infekci).

Smíšené demence (přibližně 10-15 % všech demencí):

- smíšená Alzheimerova/vaskulární,
- smíšená Alzheimerova/jiné primárně degenerativní demence, ostatní smíšené (PIDRMAN, 2007, s. 31 až 32).

2 HISTORIE ALZHEIMEROVY CHOROBY

Historie Alzheimerovy choroby a demence při této chorobě je spojena se jménem Aloise Alzheimera. Tento německý neuropatolog a psychiatr se narodil 14.6. 1864 v Marktbreit (Bavorsko) a zemřel 19. 12. 1915 v Breslau (nyní Wroclaw, Polsko).

Lékařská studia ukončil na univerzitě v Berlíně v roce 1887, ve stejném roce obhájil svou doktorandskou tezi, která byla založena na experimentálním laboratorním výzkumu. V následujících letech se vzdělával v psychiatrii a začal se hlouběji věnovat neuropatologii. V tomto období spolupracoval s neurologem Franzem Nisslem (1860 – 1919).

V roce 1902 pozval Emil Kraepelin (1856 – 1926) Alzheimera ke spolupráci na Psychiatrickou kliniku v Heidelbergu a v roce 1903 přešli společně na Psychiatrickou kliniku v Mnichově (PREISS a kol., 2006). Během let práce na této klinice Alzheimer popsal onemocnění (v současnosti má jeho jméno), které se vyskytovalo již ve středním věku kolem padesáti let, mělo rychlý průběh, byla zjišťována výrazná dědičnost a postihovalo především ženy. Choroba se po stránce klinické vyznačovala rychle probíhající demencí (DUŠEK a VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2010).

V roce 1906 přednesl Alois Alzheimer na 37. schůzi jihoněmeckých psychiatrů přednášku o 51 leté ženě s demencí, známé jako Augusta D (HOSÁK a kol., 2015).

U ženy se začaly asi 5 let před její smrtí objevovat příznaky kognitivních deficitů, které později progredovaly. Tato žena byla nesoběstačná, nedovedla se o sebe postarat a její stav vyžadoval péči od okolí. Během hospitalizace byla dezorientovaná, měla deficit paměti, problémy se psaním a čtením. Symptomy se postupně zhoršovaly, přidávaly se halucinace a celková ztráta mentálních schopností (PREISS a kol., 2006).

Alzheimer provedl patologicko – anatomickou pitvu jejího mozku a popsal typické neuropatologické změny. Při autopsii mozku našel neuritické plaky, neurofibrilární klubka a arteriosklerotické změny (HOSÁK a kol., 2015).

Pro tyto abnormality se začalo používat označení „presenilní demence“, protože poškození mozku bylo nejdříve pozorováno u pacientů mladších šedesáti pěti let (GLENNER et al., 2012).

Veřejné publikace o této kazuistice byly vzácné. Přesto do značné míry zásluhou Kraepelina, dostalo toto onemocnění pojmenování Alzheimerova chorob (PREISS a kol., 2006).

V roce 1911 publikoval Alzheimer druhou kazuistiku, která již byla výrazně podrobnější. Jednalo se o muže, který měl padesát šest let (Johann F.), jehož symptomy byly podobné, jako u případu Auguste D., stejně tak jako mozkové nálezy (PREISS a kol., 2006).

V rodině tohoto pacienta se dala vystopovat genetická zátěž pro tento typ onemocnění anebo jiná mentální alterace (PREISS a kol., 2006).

V roce 1968 tři britští patologové zjistili, že Alzheimerova nemoc není žádná vzácná choroba postihující mladší pacienty, ale že se ve skutečnosti jedná o to, co se tehdy označovala jako senilita (GLENNER et al., 2012).

2.1 CHARAKTERISTIKA ALZHEIMEROVY CHOROBY

Alzheimerova choroba je nejčastější ze všech demencí. Představuje asi 50 % – 60 % všech demencí a dalších minimálně 10 % demencí (spíše více) je smíšené etiologie (FIŠAR, 2009).

Velmi častá je tzv. smíšená forma, tedy alzheimerovská – vaskulární forma demence, u které se na rozvoji demence podílí jak Alzheimerova choroba, tak cévní změny mozku. Další překrývání může nastat u Alzheimerovy choroby a demencí s Lewyho tělísek, nebo u Alzheimerovy a Parkinsonovy choroby (RABOCH a kol., 2012).

Alzheimerova choroba je závažné neurodegenerativní onemocnění, vedoucí k úbytku některých populací neuronů (nervových buněk) a v důsledku toho k mozkové atrofii. To má pak za následek vznik syndromu demence (LUŽNÝ, 2012).

V mozkové tkáni nemocných trpících Alzheimerovou chorobou dochází v prostorách mimo nervové buňky k ukládání chorobně vzniklé bílkoviny, která se nazývá beta – amyloid (JIRÁK a kol., 2009).

Beta – amyloid poškodí výběžky nervových buněk. Amyloidový prekurzorový protein z níž vzniká amyloid je běžnou součástí membrán nervových buněk (FIŠAR, 2009).

Beta - amyloid tvoří krystalky, kolem nichž dochází k řadě dalších neurodegenerativních dějů. Vznikají tak útvary, kterým se říká neuritické plaky. Čím více je plaků v určité oblasti mozkové kůry, tím více je tato mozková oblast postižena funkčně (JIRÁK a kol., 2009).

Druhou základní neuropatologickou změnou u Alzheimerovy choroby, jež se odehrává přímo v neuronech, kdy dochází k degeneraci bílkoviny tzv. tau – protein. Tento protein vytváří vlákna, která jsou pak podkladem útvarů, které se nazývají neurofibrilární klubka. Neurony, které obsahují tyto neurofibrilární klubka, neplní svoji funkci a postupně zanikají (JIRÁK a kol., 2009).

2.1.1 DĚLENÍ ALZHEIMEROVY CHOROBY

Rozlišují se dva podtypy: **forma s časným začátkem** a **forma s pozdním začátkem**. V praxi toto dělení nemá moc velký význam, neuropatologie i klinický obraz jsou shodné (RABOCH a kol., 2012).

Demence u **Alzheimerovy nemoci s časným začátkem (F00.0)** je častá méně, nazývá se také presenilní forma. Začíná před 65. rokem života. Vznik, rozvoj a průběh této formy bývá zpravidla rychlejší (OREL a kol., 2012).

Je zde zastoupeno více pacientů s familiárním výskytem, u kterých demence často postupuje rychleji než u ostatních (RABOCH a kol., 2012).

Demence u **Alzheimerovy choroby s pozdním začátkem (F00.1)** je jednoznačně častější a diagnostikujeme ji po 65. roce a označuje se také senilní forma. Průměrná doba trvání tohoto závažného onemocnění je 5 – 8 let (OREL a kol., 2012).

Většina pacientů ze skupiny s pozdním začátkem trpí tzv. sporadickou formou Alzheimerovy choroby, kde nebývají zjišťovány genetické mutace (RABOCH a kol., 2012).

Alzheimerova choroba končí smrtí. Samostatné onemocnění může být přímou příčinou smrti nebo pacienti umírají na přidružené komplikace, úrazy, nemoci apod. (OREL a kol., 2012).

2.2 KLINICKÝ OBRAZ ALZHEIMEROVY CHOROBY

Demence se rozvíjí nenápadně, plíživě. Průběh je plynule progredientní, bez větších výkyvů v kratších časových intervalech (RABOCH a kol., 2012).

Ze začátku se zpravidla projevuje a diagnostikuje jako mírná porucha poznávacích funkcí. Mezi první příznaky řadíme poruchu paměti. V průběhu rozvoje demence se poměrně brzy objevují poruchy orientace v prostoru i čase. S postupným prohlubováním demence v důsledku toho začnou pacienti bloudit, a to nejdříve dále od svého bydliště anebo v místech, která znali, ale nebyli jimi navštěvováni příliš často. S postupující demencí pak bloudí i blíže svého bydliště a v těžkých stádiích demence nakonec i ve vlastním bytě. V důsledku poruchy orientace v čase mohou jít například nakupovat v noci (JIRÁK a kol., 2009).

Relativně brzy dochází k postižení osobnostních rysů a charakteristik, nemocní ztrácejí základní etická a estetická pravidla, návyky a zvyklosti, stávají se podezřivými a hašteřivými. Objevuje se postižení emocí, nejčastěji je emoční plochost, avšak hlavně v počátku onemocnění se může objevit deprese, nezřídka i mánie, bludy (PIDRMAN, 2007).

Poměrně časně je sníženo až zánik logického uvažování a soudnosti. Rozvíjí se postupně porucha paměti ve všech složkách, která může vést v těžkých stádiích demence až k amnestické dezorientaci – nemocní jsou kompletně dezorientováni, protože si již nic nového nemohou zapamatovat. V průběhu vývoje Alzheimerovy choroby dochází k zapomínání jmen, pojmů a k podstatnému snížení slovní zásoby. Nemocný zapomíná jména, tváře, poznání objektů je celkově ztížené (JIRÁK a kol., 2009).

Nemocní přestávají zvládat péči o sebe sama, bez pomoci se stávají zanedbanými i po stránce hygieny či oblékání (PIDRMAN, 2007).

Dochází k podstatnému snížení intelektu, myšlení se zpomaluje. Mohou se objevit poruchy fatických funkcí, tedy všechny typy afázií (JIRÁK a kol., 2009).

V klinické praxi se setkáváme s dělením průběhu choroby na 3 stadia:

Počáteční stadium – vyznačuje se poruchami paměti, je postiženo zapamatování si nových informací. Dochází k počínajícím poruchám aktivit denního života, hlavně profesních a složitějších aktivit. Mohou nastat poruchy orientace,

především ve vzdálenějších a pacientem méně navštěvovaných místech. Rovněž se mohou objevit poruchy nálady např. deprese (JIRÁK a kol., 2009).

Nemocný je většinou plně soběstačný, není nebezpečný sobě ani svému okolí. V této fázi může potřebovat určitou podporu, připomínky či rady. Neuropsychologické vyšetření obsahuje screeningovou metodu a baterii testů (NIKOLAI a kol., 2013).

Střední stadium – se projevuje výrazným zhoršováním paměti ve všech složkách. Dezorientace v času i prostoru bývají časté (JIRÁK a kol., 2009).

Soběstačnost je vážně narušena. Nemocný potřebuje pomoc a dohled. V této fázi postačí ověření kognitivního stavu pomocí jednoduchého screeningového testu MMSE (NIKOLAI a kol., 2013).

Těžké stadium – se vyznačuje těžkými poruchami paměti ve více složkách. Nemocní nejsou schopni si zapamatovat nové informace, a proto bývají aktuálně dezorientovaní místem i časem (JIRÁK a kol., 2009).

Nepoznává ani blízké osoby a je zcela nesoběstačný a potřebuje péči. Neuropsychologické vyšetření z běžného klinického hlediska postrádá smysl (NIKOLAI a kol., 2013).

2.2.1 RIZIKOVÉ FAKTORY ALZHEIMEROVY CHOROBY

Věk – nejvýznamnější rizikový faktor nemocného, ve věku nad 65 let dochází každých 5 let zdvojnásobnění případů demence (PIDRMAN, 2007).

Rodinný výskyt a genetické faktory – výskyt demencí před 60. rokem věku pravděpodobně souvisí s výskytem demence v rodině (MLÝNKOVÁ, 2011).

Vzdělání – mnozí vědci se domnívají, že se demence vyskytují méně u osob s vyšší úrovní vzdělání (MLÝNKOVÁ, 2011).

Lidé trpící onemocněním ovlivňujícím cirkulaci - (hypertenze, diabetes mellitus, onemocnění srdce) mají vyšší náchylnost ke vzniku demence (SLEZÁKOVÁ, 2007).

Kouření – zvyšuje riziko Alzheimerovy choroby (SLEZÁKOVÁ, 2007).

Alkohol – při dlouhodobé nadměrné konzumaci alkoholu může dojít vlivem toxického působení alkoholu ke zničení mozku korových buněk (MLÝNKOVÁ, 2011).

Protizánětlivé léky a hormonální substituční léčba – lidé, kteří užívají protizánětlivé léky na artrózu, revmatoidní apod. mají nižší riziko vzniku Alzheimerovy choroby. Také ženy, které užívají hormonální substituční terapii, mají nižší riziko

Alzheimerovy choroby. Tyto výsledky jsou dále předmětem výzkumu (SLEZÁKOVÁ, 2007).

Deprese – u seniorů trpících depresí je vyšší riziko vzniku demence (MLÝNKOVÁ, 2011).

Tělesná a duševní aktivita – je prokázáno, že pravidelná mentální a fyzická aktivita představuje ochranný faktor vzniku demence (MLÝNKOVÁ, 2011).

Další faktory – demenci mohou vyvolat také některá infekční onemocnění – syfilis, AIDS, apod. Demence je také součástí klinického obrazu jiných onemocnění mozku – Parkinsonovy či Huntingtonovy choroby. Creutzfeld – Jakobovy choroby či roztroušené sklerózy. Také onemocnění jiných systémů mohou vést k obrazu identickému demenci: srdeční a jaterní selhání, pokročilá onkologická onemocnění (SLEZÁKOVÁ, 2007).

2.3 DIAGNOSTIKA ALZHEIMEROVY CHOROBY

Včasná a správná diagnóza Alzheimerovy choroby je základním a nezbytným předpokladem pro zahájení včasné a účinné farmakologické terapie a zachování uspokojivého funkčního stavu (HOLMEROVÁ a kol., 2007).

Pro diagnózu Alzheimerovy choroby musí být kromě poruchy paměti (krátkodobá nebo dlouhodobá paměť) přítomna ještě alespoň jedna další porucha s důsledky pro každodenní život, např.: porucha abstraktního myšlení (definice slov, smysl přísloví atd.), omezená soudnost, porucha orientace, porucha jiných vyšších kognitivních funkcí jako afázie, apraxie, agnózie nebo změna osobnosti (HOLMEROVÁ a kol., 2007).

ANAMNÉZA

Pomocí anamnézy si všímáme na počátku poruch paměti, věku, ve kterém se první příznaky objevily, ptáme se na rodinnou anamnézu (výskyt Alzheimerovy demence u příbuzenstva), sledujeme a objektivizujeme fungování pacienta v aktivitách všedního dne, všímáme si průběhu dalšího horšení paměti, ale i úsudku, logického uvažování, abstraktního myšlení, ptáme se na poruchy chování např. bloudění, útekové tendence, nežádoucí manipulace s penězi, elektřinou, plynem, agresivita, dále to jsou

poruchy spánku např. nespavost, zvýšená aktivita během noci s denním pospáváním (LUŽNÝ, 2012).

ŠKÁLOVÉ METODY A TESTY

Mini – Mental State Examination (MMSE)

MMSE je efektivní diagnostický nástroj pro rozpoznání zejména při středně těžké a těžké demenci Alzheimerova typu. Zároveň MMSE může poskytnout první informaci, na základě které je možné vyslovit podezření na počínající demence bez rozlišení typu (PREISS, 2006).

Test je často zadávaný v rámci běžné návštěvy psychiatra, neurologa či geriatra. Výsledek bývá využíván jako podklad pro započetí a další průběh léčby kognitiva, jelikož se tímto řídí zdravotní pojišťovna při financování farmakoterapie → donepezil, rivastigmin, galantamin při MMSE 20 - 13 bodů, mentamin při MMSE 17- 6 bodů (HOSÁK a kol., 2015).

Skládá se z 30 bodů, které hodnotí 10 funkcí: orientaci, zapamatování, pozornost a počítání, vybavnost paměti, pojmenování předmětů, opakování věty, třístupňový příkaz, čtení a vyhovění příkazu, psaní, obkreslování dle předlohy (KALVACH a kol., 2008).

Test kreslení hodin (Clock drawing test - CDT)

Test kreslení hodin, se jedná o stručný screeningový test odhalující narušení kognitivních funkcí (PETR a kol., 2014).

V jednoduchém testu má pacient nakreslit kulatý ciferník hodin s číslicemi a hodinové ručičky umístit podle pokynů vyšetřujícího nejčastěji „za 10 minut 2 hodiny“ (nebo čísla a ručičky doplnit do předkresleného kruhu). Test hodnotí správnost zakreslení: souměrnost kruhu (pokud není předkreslený), umístění číslic, délku a polohu ručiček. Bodové skóre dle Watsona se běžně pohybuje od 1-6 bodů (POKORNÁ, 2013).

Clinical dementia rating (CDR)

Jde o hodnotící schéma kognitivních funkcí, které slouží ke zjištění přítomnosti jak demence, tak pouze mírné poruchy kognitivních funkcí. Jde o strukturované vyšetření prováděné rozhovorem jednak s pacientem, jednak s pečovatelem, s nejbližšími rodinnými příslušníky (KALVACH a kol., 2008).

Hodnotí se následující domény: paměť, orientace, soudnost a řešení problémů, společenský život, práce doma a koníčky, péče o sebe sama (KALVACH a kol., 2008).

ADAS – cog. (Alzheimer's disease assessment scale – cognitive)

ADAS je screeningová posuzovací škála, která byla vyvinuta s ohledem na specifickou kognitivních a nekognitivních (behaviorálních) změn charakteristicky doprovázející Alzheimerovu chorobu. Skládá se z 21 položek (KALVACH a kol., 2008).

Barthelové test základních činností, Test ADL (Activity of Daily Living)

Jde o mezinárodně nejužívanější test pro hodnocení soběstačnosti pacientů, také nazýván jako Barthelové index osobní nezávislosti (POKORNÁ a kol., 2013).

Pacient je posuzován v 10 základních oblastech běžného života: najedení, napití, oblékání, osobní hygiena, koupání, kontinence moči, kontinence stolice, použití WC, chůze po rovině, chůze po schodech. Každá oblast je skórována buď 0, 5, 10 či 15 body (POKORNÁ a kol., 2013).

Bodová škála testu je v rozmezí 0 až 100 bodů. Nejvyšší počet bodů znamená nezávislost seniora, 0 až 40 bodů vyjadřuje vysokou závislost (MALÍKOVÁ, 2011).

Test instrumentálních všedních činností, Test IADL (Instrumental activities of daily living)

IADL je citlivější u lehkých stádií demence. V IADL je hodnocena např. schopnost používání telefonu, nakupování, příprava jídla, údržba domácnosti, praní, cestování, užívání léků, schopnost zacházení s penězi (KALVACH a kol., 2008).

Ischemického skóre Hachinského (HACH)

Tento test byl vytvořen jako pomůcka k odlišení demence primárně degenerativního původu Alzheimerova typu a demencí vaskulárních (HOLMEROVÁ a kol., 2007).

Skóre 0-4 bodů svědčí spíše pro Alzheimerovu chorobu, skóre ≥ 7 bodů pro vaskulární demenci, skóre 5 – 6 bodů je nediferencující a může se vyskytovat např. u smíšených demencí (KALVACH a kol., 2008).

Reisbergova škála GDS (Global Deterioration Scale)

Jedná se o často používanou škálu, která umožňuje posoudit, zda a do jaké míry je pacient postižen kognitivní poruchou. Po přiřazení k jednotlivému stupni škály je zapotřebí zjistit informace od pacienta i jeho rodinných příslušníků a upřesnit si je dle charakteristiky jednotlivých stupňů škály (HOLMEROVÁ a kol., 2007).

Pacient se zařazuje dle úrovně kognitivních funkcí do jednoho ze sedmi stadií:

1. bez kognitivní poruchy, 2. kognitivní porucha subjektivní, objektivně neměřitelná,

3. subjektivní stížnosti na poruchy paměti i objektivně měřitelná porucha, nedosahující však tíže demence, 4. mírná demence, 5. střední demence, 6. těžká demence, 7. demence v terminálním stadiu (KALVACH a kol., 2008).

LABORATORNÍ VYŠETŘOVACÍ METODY

Laboratoř

Provádí se kompletní krevní obraz, sedimentace, parametry funkce štítné žlázy, elektrolyty v séru, glykemie, parametry funkce ledvin a jater, při neobvyklém průběhu: vyšetření na neuroboreliózu, Creutzfeld – Jakobovo onemocnění při konkrétním klinickém podezření: vitamin B₁₂, kyselina listová, neurotropní infekce, syfilis, HIV (SCHULER, 2010).

Vyšetření likvoru

Toto vyšetření je vhodné zejména u atypicky a rychle probíhajících demencí v rámci diferenciální diagnostiky – stanovení proteinu 14 – 3 – 3 u prionóz včetně Creutzfeld – Jakobovy nemoci (LUŽNÝ, 2012).

ZOBRAZOVACÍ METODY

CT mozku, které může prokázat nespecifickou všeobecnou mozkovou atrofii, případně intracerebrální léze, které jsou dokladem koincidence s cerebrovaskulárním onemocněním (PIDRMAN, 2007).

Magnetickou rezonanci (MR) mozku lze na koronárních řetězcích nalézt atrofii mediálního temporálního laloku (PIDRMAN, 2007).

EEG u Alzheimerovy choroby je nález EEG nespecifický, i když není zcela specifický, napomáhá k diagnostice časných stádií Alzheimerovy choroby (KALVACH a kol., 2008).

PET, SPECT můžeme diagnostikovat proces degenerace, kdy dochází ke snížení metabolismu v neuronech (PIDRMAN, 2007).

Konziliární vyšetření žádáme v případě složitějších diagnostických rozvah (internista, kardiolog, endokrinolog, diabetolog, neurolog, onkolog, dermatovenerolog, ORL, chirurg, gynekolog apod.). Od vyšetření očního pozadí očekáváme vyloučení městnání na terči zrakového nervu, svědčícího pro nitrolební hypertenzi při expanzivním procesu v mozku (LUŽNÝ, 2012).

2.4 TERAPIE ALZHEIMEROVY CHOROBY

V současné době nelze Alzheimerovu chorobu vyléčit, ale včasnou léčbou se může podstatně zpomalit její průběh, především zachovat déle lehká stadia demence, oddálit těžká stadia spojená s nesoběstačností a institucionalizací (RABOCH, 2012).

Léčebné přístupy lze zhruba rozdělit na biologické a nebiologické, přičemž je nutno oba přístupy kombinovat a vhodně doplňovat (JIRÁK a kol., 2009).

Z biologických léčebných přístupů je nejpoužívanější farmakoterapie, tu můžeme zhruba rozdělit na kognitivní farmakoterapii, ovlivňující především porušené poznávací funkce, a na nekognitivní farmakoterapii, ovlivňující přidružené poruchy nálad a afektů, chování, spánku (JIRÁK a kol., 2009).

Cílem kognitivní farmakoterapie je alespoň zlepšit nebo na určitý čas stabilizovat průběh choroby (FIŠAR a kol., 2009).

ACETYLCHOLINERGNÍ SYSTÉM

K ovlivnění acetylcholinergního systému je užíváno několik níže uvedených terapeutických strategií (FIŠAR a kol., 2009).

Prekurzory acetylcholinu

Jsou používány různé druhy lecitinu, především sojový lecitin (Buerlecitin, Vitalecitin). Je nutno užít vysoké dávky, řádově v desítkách gramů denně. Z lecitinu se pomalu uvolňuje cholin jako prekurzor pro tvorbu acetylcholinu (FIŠAR a kol., 2009).

Inhibitory acetylcholinesterázy

Podáváme u lehkých až středních forem Alzheimerovy choroby. Cholinesterázy (acetylcholinesterázy a butyrylcholinesterázy) jsou enzymy, které odbourávají jeden z významných přenašečů vzruchu (neurotransmiterů) – acetylcholin (JIRÁK a kol., 2009).

Jsou to např. některé karbamátové deriváty - rivastigmin, alkaloidy – galantamin nebo piperidinové deriváty - donepezil (FIŠAR a kol., 2009).

LÁTKY BLOKUJÍCÍ NMDA GLUTAMÁTOVÝ RECEPTOR

(antagonisté NMDA – N- methyl – D- aspartátových glutamátergních receptorů)

U Alzheimerovy choroby dochází k excitotoxicitě – nadměrnému uvolnění excitačních aminokyselin, které pak na NMDA – receptorech ruší mechanismus

dlouhodobé potenciace, jeden ze základních mechanismů paměti. Z této skupiny se používá jediná látka – memantin (RABOCH, 2012).

VOLNÉ KYSLÍKOVÉ RADIKÁLY

Volné kyslíkové radikály vznikají u neurodegenerativních onemocnění Alzheimerovy choroby nadměrně (FIŠAR a kol., 2009).

U Alzheimerovy choroby i jiných poruch manifestujících se syndromem demence jsou volné kyslíkové radikály v nadbytku, organizmus je nestačí odbourávat. Pak se tyto látky vážou na stěny nervových buněk, některé enzymy a další tkáň a působí jejich poškození (JIRÁK a kol., 2009).

V léčbě jsou používány látky, které volné kyslíkové radikály vychytávají a likvidují např. E – vitamin (alfa – tokoferol), retinol, betakaroten, C – vitamin, selen a další. Tato farmaka jsou spíše doplňková (JIRÁK a kol., 2009).

NOOTROPNÍ FARMAKA A PŘÍBUZNÉ LÁTKY

Jsou léčiva, která zlepšují především mozkovou látkovou přeměnu, využitelnost glukózy a dalších živin, působí proti nedostatku kyslíku např. Piracetam, Pyritinol (JIRÁK a kol., 2009).

Určitý význam má užití i extrakt z listů *Ginkgo biloba* (jinan dvojlaločnatý), který obsahuje celou řadu farmakologicky aktivních látek (JIRÁK a kol., 2009).

NEKOGNITIVNÍ FARMAKOTERAPIE

Ovlivňují poruchy chování, změny nálad a afektů, poruchy spánků u demencí (JIRÁK a kol., 2009).

Při výskytu behaviorálních a psychologických příznaků demence je často nutné použít antipsychotika (např. Melperon, Tigrid, Haloperidol) nebo antidepresiva (RABOCH, 2012).

3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU

Péče o nemocného pacienta se odvíjí od toho, v jakém stadiu je nemoc. Pečovatel poskytuje klientovi jinou pomoc v prvním stadiu nemoci, jinou pomoc ve třetím stadiu (MLÝNKOVÁ, 2011).

3.1 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE V PRVNÍM STÁDIU NEMOCI

V prvním stadiu nemoci nepotřebuje pacient stálý dohled. Pravděpodobně nemusí být nezbytně nutná přítomnost pečovatele v domácím prostředí. Rodina by, ale měla být schopna zajistit dostatečnou péči (MLÝNKOVÁ, 2011).

První věc, kterou si musí pečovatel uvědomit, je váhání mezi tím, co pečovatel vykoná a co kterou činnost nechá na pacientovi (CALLONE et al., 2008).

Pečovatel však může pomáhat při hygienické péči, převlékání seniora. Vítanou pomocí může být zajišťování nákupů, procházky s nemocným, doprovázení seniora k lékaři nebo na úřady. Pečovatel by měl vždy využívat každé chvíle k trénování paměti seniora, vzpomínání, popisování uplynulého dne apod. (MLÝNKOVÁ, 2011).

V prvním stadiu onemocnění je nejlepší, aby se věnoval tomu, čím se zabýval doposud. Nutno bude udělat drobná opatření, aby nedošlo k nebezpečí, ale v zásadě ve svých koníčcích a obvyklých činnostech může pokračovat, díky tomu může trénovat paměť, například může malovat, luštit křížovky, sbírat známky, chodit na procházky. Na procházky by neměl chodit sám, jestliže někdy ztrácí orientaci, podobně je to také u některých koníčků, kdy si může ublížit, je zde nutný dohled (REGNAULT, 2011).

Rodina musí být dostatečně poučena, aby byla zajištěna bezpečnost domova. Vchodové dveře bychom pokud možno zamykat, schovat za závěs anebo nainstalovat alarm, který signalizuje otevřené dveře, aby senior nemohl odejít z bytu a ztratit se. Dále je důležité uschovat peníze, klíče, cenné věci a listiny na bezpečné místo (MLÝNKOVÁ, 2011).

V prvním stadiu nemoci se doporučuje, aby si nemocný vykonal osobní hygienu co nejvíce sám, kdy pouze pečovatel zkontroluje, zda všechno probíhá tak jak má.

Vhodná je také instalace madel a používání kompenzačních pomůcek (REGNAULT, 2011).

K bezpečí patří také péče o elektrické spotřebiče, ostré předměty, kabely na zemi. Vhodné je také odstranit koberečky a prahy, protože senioři mají šouravou chůzi a o předměty na zemi mohou snadno zakopnout (MLÝNKOVÁ, 2011).

Rodina nemocného by se měla připravit na změny chování seniora, kdy senior je bezdůvodně neklidný, nervózní, podrážděný nebo také agresivní. V také situaci je třeba seniora zklidnit, kdy u seniora navodíme uklidňující atmosféru například pomocí klasické hudby (REGNAULT, 2011).

3.2 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE V DRUHÉM STÁDIU NEMOCI

V této fázi Alzheimerovy choroby potřebují lidé prakticky trvalý dohled. Přípomínky a návody, které byly dříve užitečné, již zpravidla nepomáhají. Zhoršuje se soběstačnost nejprve ve složitějších, později i jednodušších úkonech sebeobsluhy. Při dobré péči a smysluplných každodenních aktivitách může být kvalita života dobrá. Péče je však náročná, a proto by měl pečující myslet na rozdělení péče. Vhodnou formou pomoci lidem v této fázi demence je například denní stacionář (HOLMEROVÁ, 2014).

Při vyprazdňování je potřeba vyzvat klienta, aby se šel vymočit. Někteří rodinní příslušníci jsou schopni se postarat i o vyprazdňování stolice, pokud se defekace objevuje pravidelně. Žádné činnosti nedělají násilím a proti vůli nemocného. V mnoha situacích nám nezbývá nic jiného, než ustoupit nemocného přání, nebo senior odmítá hygienu, jít na toaletu, do koupelny, odmítá jíst, převléknutí lůžka apod (MLÝNKOVÁ, 2011).

Vždy bychom, ale měli být pozorní, do jaké míry snaha o aktivizaci a podporu soběstačnosti pacientům vyhovuje a kdy již začíná být problematická, provokuje nežádoucí chování, neklid, agresivitu a podobně (JIRÁK a kol, 2009).

V tomto stadiu dochází k výraznému omezení komunikace a postupně s progresí do terminální fáze i k vyhasnutí složky verbální, přesto je však možné komunikovat s pacientem nonverbálně. Pacient zpravidla nepoznává své blízké, nebo je poznává, ale nedokáže je pojmenovat (JIRÁK a kol, 2009).

Pacient po bytě bezcílně bloudí v denních i nočních hodinách a v noci stává s tím, že musí do zaměstnání, a proto není vhodné nechávat oblečení přes noc

na židli nebo na křesle, protože senior se oblékne a je těžké jej pak přemluvit, aby se zpět převlékl a do pyžama a ulehl do lůžka. Také se doporučuje zamykat skříň s oblečením a uschovat klíč, protože se seniorovi tím zamezíme vstupu do skříň s prádlem a oděvy (MLÝNKOVÁ, 2011).

Vstávání z lůžka se dá zamezit použitím zábran – postranic podél ložné plochy. Může být otázkou, jestli senior zábrany nepřeleze, protože tímto hrozí riziko pádu a může dojít ke zranění. Použití omezujících prostředků je někdy nezbytné pro udržení bezpečí, na druhou stranu představují způsob omezování svobodného pohybu jedince (MLÝNKOVÁ, 2011).

Dáváme pozor, abychom klientovi při ošetřování nezpůsobili bolest, protože klient nemusí být schopen sdělit, že jej něco bolí, kde ho bolí, jak moc to bolí. Neumí to vyjádřit. Proto by si měl pečovatel všimnout neverbálních projevů bolesti – různých grimas, neobvyklých pohybů, senior odstrkuje ruku pečovatele z místa, kde pociťuje bolest. Může vydávat i neobvyklé zvuky, sykat bolestí, plakat. Ke stanovení bolesti se používají různé škály (MLÝNKOVÁ, 2011).

3.3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE VE TŘETÍM STÁDIU NEMOCI

Nemocný je zcela odkázán na pomoc okolí a pro rodinného příslušníka může být péče tak náročná, že se rozhodne umístit svého nemocného do zdravotnického nebo sociálního zařízení (MLÝNKOVÁ, 2011).

V tomto stadiu ztrácí význam kognitivní terapie, neboť mozkové funkce jsou už nenávratně ztraceny. Prioritní je komplexní ošetřovatelská péče a vlídný přístup k seniorovi (MLÝNKOVÁ, 2011).

V tomto stadiu většinou je senior imobilní, schopnost chůze však může zůstat dlouho zachována. Vyskytují se další poruchy, zejména porucha polykání, podle povahy onemocnění křeče i záškuby, projevy aspirace, poruchy vyprazdňování a podobně (JIRÁK a kol., 2009).

Senior pak bloudí bez cíle po bytě. Zpravidla se nemusí dařit vyprazdňování na toaletu, i když je pečovatel aktivní a pravidelně klienta vysazuje na mísu nebo pokojové WC (MLÝNKOVÁ, 2011).

Při možné poruše polykání, hrozí nebezpečí aspirace (vdechnutí) sousta. Nutné je připomínat klientovi dostatečný pitný režim, protože to je stále oblast péče, na kterou se často zapomíná (MLÝNKOVÁ, 2011).

Musíme sledovat možný neklid seniora. Stává se, že imobilní senior opouští lůžko a vzniká velké riziko pádu a poranění. Pak můžeme využít postranice lůžka, které zpravidla nedovolí klientovi lůžko opustit. Někdy je nezbytné použít se souhlasem lékaře omezovací prostředky (MLÝNKOVÁ, 2011).

Pečovatel poskytuje komplexní ošetrovatelskou péči podle svého svědomí tak, aby nedocházelo ke komplikacím z nedostatečné ošetrovatelské péče (MLÝNKOVÁ, 2011).

3.4 ORGANIZACE POMÁHAJÍCÍ OSOBÁM S PORUCHAMI PAMĚTI

Důležitou organizací, která pomáhá osobám s poruchami paměti a jejím rodinným příslušníkům nabízí Česká alzheimerovská společnost s hlavním sídlem v Praze (MLÝNKOVÁ, 2011).

Česká alzheimerovská společnost vznikla v roce 1997, podnětem k jejímu vzniku byl pocit některých profesionálů i rodinných příslušníků, že problematice demencí, a to zejména praktickým aspektům péče, není u nás věnována dosud dostatečná pozornost (JIRÁK, 2009).

Podnětem Česká alzheimerovská společnost nabízí seniorům pečovatelské služby v domácnostech klientům, péči v denním stacionáři, pomoc pečujícím osobám formou poradenství nebo vzájemného setkání svépomocných skupin. Účelem těchto je vzájemné setkávání rodinných příslušníků (tzv. čaje o páté), během nichž si např. sdělují své problémy a zkušenosti s ošetřováním seniora s poruchami paměti (MLÝNKOVÁ, 2011).

Zaškolení pracovníci kontaktního a informačního centra ČALS podávají osobní i telefonické informace a sjednávají osobní konzultace s odbornými pracovníky České alzheimerovské společnosti. Kontaktní centrum je v provozu denně od 8:00 – 20:00. Zaškolený pracovník je jednak schopen poskytnout základní informace o problematice demencí a služeb, je také schopen zodpovědět základní otázky nebo nasměrovat klienta na další vhodný zdroj informací (JIRÁK, 2009).

Další významnou pomocí je úlevová (respitní) péče. Může probíhat v domácím prostředí nebo formou přijetí k respitnímu pobytu do zařízení po smluvenou dobu (MLÝNKOVÁ, 2011).

Cílem této služby je poskytnout oddech právě rodinným pečujícím, kteří se o pacienta starají (JIRÁK, 2009).

Senior zůstává buď ve svém prostředí, na které je zvyklý a je o něj postaráno, nebo je mu poskytována veškerá péče v rámci respitního pobytu, více informací na stránkách České alzheimerovské společnosti <http://www.alzheimer.cz> (MLÝNKOVÁ, 2011).

4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU

Cílem bakalářské práce je zpracování ošetrovatelského procesu u 84letého pacienta s diagnózou Alzheimerovy choroby, který byl přijat na žádost manželky do Domu služeb seniorů. Důvodem byla neschopnost a pracovní vytížení manželky starat se o nemocného manžela postiženého touto chorobou.

Informace k napsání této práce byly získány od pacienta, rodinných příslušníků, z dokumentace, poznáváním, pozorováním a z lékařských a psychiatrických zpráv.

Na základě těchto poznatků jsme zpracovali ošetrovatelský proces a stanovili ošetrovatelské diagnózy. Na základě zjištěných ošetrovatelských problémů byly sestaveny ošetrovatelské diagnózy dle Taxonomie II NANDA International 2015–2017 a byly rozděleny na aktuální a potencionální.

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Jméno a příjmení: G. A.

Pohlaví: muž

Datum narození: 19. 8. 1932

Věk: 84

Adresa bydliště a telefon: X. Y.

Adresa příbuzných: X. Y.

Vzdělání: vysokoškolské

Číslo pojišťovny: 111

Stav: ženatý

Zaměstnání: důchodce

Datum přijetí: 12. 11. 2016

Státní příslušnost: ČR

Zařízení: Dům služeb seniorům

Typ přijetí: dobrovolný

Dorozumivací jazyk: český

Ošetřující lékař: X. Y.

Důvod přijetí udávaný pacientem:

„Nastoupil jsem zde z důvodu toho, že potřebuju odbornou pomoc a manželka to se mnou nezvládá.“

Medicínská diagnóza hlavní:

F001 Demence u Alzheimerovy choroby s pozdním začátkem (G30.1⁺)

Medicínské diagnózy vedlejší:

I482 Chronická fibrilace síní

I119 Hypertenzní nemoc srdce bez (městnavého) srdečního selhání

N40 Zbytnění prostaty – hyperplasia prostatae

N390 Uroinfekt – Pseudomonas aeruginosa

H911 Presbyakuze – stařecká nedoslýchavost

Z904 stp. op. žaludku pro vředovou chorobu duodena 1982

VITÁLNÍ FUNKCE PŘI PŘIJETÍ

TK: 120/80

Výška: 168 cm

P: 70/min

Hmotnost: 54,2 kg

D: 18/ min

BMI: 19

TT: 36,5°C

Pohyblivost: dobrá, soběstačný

Stav vědomí: při vědomí

Krevní skupina: 0, Rh pozitivní

Nynější onemocnění:

84- roční pacient přijat do sociálních služeb z důvodu zhoršení paměti, inkontinenci, stařecké nedoslýchavosti a nemožnosti rodinných příslušníků se o nemocného postarat.

Informační zdroje:

Informace získány od lékaře, pacienta, zdravotnické dokumentace, rodinných příslušníků.

ANAMNÉZA

RODINNÁ ANAMNÉZA:

Matka: zemřela v 65 letech na karcinom prsu.

Otec: zemřel v 89 letech na zápal plic.

Sourozenci: nemá.

Děti: 2 dcery, jedna se léčí s roztroušenou sklerózou a druhá je zdravá, prodělala pouze běžné nemoci.

OSOBNÍ ANAMNÉZA:

Překonané a chronické onemocnění: benigní hyperplazie prostaty, cholecystolithiasa, hypertenzní nemoc srdce bez srdečního selhání, inkontinence, hyperbilirubinémie, Gilbertův syndrom.

Hospitalizace a operace: Stp. op. žaludku pro vředovou chorobu duodena – 1982.

Úrazy: zlomenina krčku kosti stehenní vlevo, zavřená, řešeno osteosyntézou Gamma hřebem 23. 12. 2011.

Transfuze: žádná

Očkování: absolvoval běžná dětská očkování.

LÉKOVÁ ANAMNÉZA:

| Název léku | Forma | Síla | Dávkování | Skupina |
|------------|-------|-------|-----------|--|
| Emzok | Tbl. | 50 mg | ½ - 0 - 0 | Antihypertenzivum |
| Memantin | Tbl. | 10 mg | 1 - 0 - 1 | Antagonisté NMDA-glutamátergních receptorů |
| Monopril | Tbl. | 20 mg | ½ - 0 - 0 | Hypotenziva |
| Finex | Tbl. | 5mg | 1 - 0 - 0 | Varia |

| | | | | |
|------------|------|--------|-----------|---|
| Omic Tocas | Tbl. | 0,4 mg | 0 – 0 – 1 | Antagonistéalfa- adrenergních receptorů. |
| Yasnal | Tbl. | 10 mg | 0 – 0 – 1 | Inhibitory acetylcholinesterázy |
| Betmiga | Tbl. | 50 mg | 1 – 0 – 0 | Spasmolytika |
| Anopyrin | Tbl. | 100 mg | 0 – 1 – 0 | Antitrombotika |
| Donpethon | Tbl. | 10 mg | 0 – 0 – 1 | Inhibitor cholinestererázy |

ALERGOLOGICKÁ ANAMNÉZA:

Léky: Neguje.

Potraviny: Neguje.

Chemické látky: Neguje.

Jiné: Neguje.

ABÚZY:

Alkohol: Víno příležitostně na oslavách, ostatní alkohol nepije.

Kouření: Nekuřák.

Káva: 1x denně bílá káva.

Léky: Neguje.

Jiné návykové látky: Neguje.

UROLOGICKÁ ANAMNÉZA:

(u mužů)

Překonané urologické onemocnění:

Benigní hyperplazie prostaty na terapii.

Poslední návštěva u urologa: 10/2015.

Samovyšetřování varlat: Pravidelně každý měsíc.

SOCIÁLNÍ ANAMNÉZA:

Stav: Ženatý.

Bytové podmínky: Žil s v rodinném domě se svou manželkou. Při rodinných příležitostech si ho manželka bere.

Vztahy, role a interakce v rodině: S manželkou mají vynikající vztah, z důvodu pracovního vytížení manželka nezvládala péči o svého manžela a musela ho dát do péče sociálních služeb. Každý druhý den si ho vyzvedává na hodinové procházky po obědě. Obě dcery žijí v zahraničí, otci posílají dopisy anebo ho kontaktují telefonicky. Sourozence nemá, je jedináček.

Vztahy, role a interakce mimo rodinu: Mívá občas návštěvy od bývalých kolegů z práce.

Záliby: Rád si listuje ve svých knihách, které napsal. Sleduje soutěžní a kriminální pořady, dokumenty o zvířatech a přírodě. Čte rád noviny a chodí na procházky.

Volnočasové aktivity: Ve volném čase chodí s manželkou na procházky nebo spí.

PRACOVNÍ ANAMNÉZA:

Vzdělání: Vysokoškolské.

Pracovní zařazení: Děkan na Vysoké škole.

Čas působení, čas odchodu do důchodu, jakého: Předčasný důchod od 60 let.

Vztahy na pracovišti: Pracoval v dobrém kolektivu.

Ekonomické podmínky: Dobré.

SPIRITUÁLNÍ ANAMNÉZA:

Religiózní praktiky: Katolík.

POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU ze dne 15. 1. 2017

| Popis fyzického stavu: | | |
|----------------------------------|---|--|
| SYSTÉM: | SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE: | OBJEKTIVNÍ ÚDAJE: |
| Hlava a krk: | „Nemívám bolesti hlavy“. | Hlava na poklep nebolestivá, výstupy n. V. nebolestivé, inervace n. VII, sym., bulby ve středním postavení, volně pohyblivé, bez nystagmu, zornice miotické, reagují na osvit. Skléry anikterické, spojivky prokrvené, hrdlo klidné, jazyk plazí středem. Oči, uši, nos bez sekrece. Lymfatické uzliny nehmatné, štítná žláza nehmatná, pulzace karotid symetricky hmatná, bez šelestů, náplň krčních žil nezvětšena, šíje neopouje. |
| Hrudník a dýchací systém | „Dýchá se mi dobře, v krku mě nebolí“. | Hrudník bez derfomit. Mammy bez rezistence. Pulmo: poklep plný, jasný. Dýchání alveolární, čisté, bez vedlejších fenoménů. D: 18 /min. |
| Srdečně cévní systém: | „Občas mívám bušení srdce, když vstávám v noci na WC, jiné problémy nemám“. | Cor: akce nepravidelná 70/ min., úder hrotu normální, ozvy ohraničené, bez šelestů, TK 120/80 mm/Hg. |
| Břicho a GIT: | „Břicho mě nebolí“. | Pod niveau, měkké, prohmatné, nebolestivé, bez hmotné patologické rezistence, peristaltika normálních tónů, hepar v oblouku, lien nehmatný, tapottment bilat negativní, jizvy klidné. |
| Močový a pohlavní systém: | „Mám problémy s únikem moči, v noci chodím skoro pořád na WC“. | Hy prostatae – subjektivně obstipace lepší, nykturie 3 – 4x, urgence zlepšeny, při medikaci spokojen. SONO: I. ledvina s ureterolity vícečetně ve |

| | | |
|--|--|---|
| | | spodním CEK, 7 mm nejvíce, cysta simplex laterálně idem ledvina bez dilatace KPS, bez lithiasy, drobná korová cysta, mm bez rezidua, prostata zvětšená. |
|--|--|---|

| SYSTÉM: | SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE: | OBJEKTIVNÍ ÚDAJE: |
|-----------------------------------|---|---|
| Kosterní a svalový systém: | „Sem tam mě píchne v zádech, když jdu po pokoji, musím jít s francouzskou holí nebo se držet stěn“. | DKK bez otoků, varixů, bez flebitidy, arteriální pulzace bilat. hmatná do periferie, lýtka nebolestivá. Homans bilat. negativní. Stp. osteosyntéza fraktury pravého femuru hřebem DHS. Fixační materiál ve správné pozici. Postavení správné, bez zřetelné dislokace fragmentů. HK tonus s lehkou rigiditou. Páteř nebolestivá, rozvíjí dobře. Stoj o lehké širší basi, flekční držení chůze, chůze brachybasická, nejistá. |
| Nervový systém a smysly: | „Mám brýle na čtení, špatně slyším“. | Lucidní, parciální časoprostorová desorientace, řeč pomalá, myšlení lehce zabíhavé, pomalé psychomotorické tempo. Poruchy recentní paměti. |
| Endokrinní systém: | „Nemám problémy“. | Bez patologických změn, glykemie 5,6 mmol/l. |
| Imunologický systém: | „Sem tam se cítím slabý a unavený“. | Lymfatické uzliny nehmatné. Tělesná teplota 36,4°C. |
| Kůže a její Adnexa | „Dělají se mi modřiny, také mám kůži jako papír“. | Kožní turgor v normě, kůže anikterické, bez cyanózy, pergamenová, četné hematomy. |

Poznámky z tělesné prohlídky: Po dobu rozhovoru pacient spolupracuje, je mírně zmatený a dezorientovaný, kvůli jeho nedoslýchavosti a zhoršení paměti se otázky musely opakovat a některé vysvětlit.

| Aktivity denního života | | | |
|--------------------------------|-----------------------|--|--|
| | | SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE | OBJEKTIVNÍ ÚDAJE |
| Stravování: | Doma | „Domácí strava od manželky byla vynikající“. | Váha 54,2 kg. BMI 19. |
| | v sociálních službách | „Chutná mi jen něco. Manželka mi zde nosí občas oběd“. | Příjem stravy per os je dostatečný. Pacientovi se musí připomínat, že má stravu na stole nebo ho doprovázet přímo ke stolu. Pro lepší konzumaci se pacientovi jídlo krájí na kousky. Dieta č. 3 - racionální, BMI 19. |
| Příjem tekutin: | Doma | Nelze hodnotit. | Nelze hodnotit. |
| | v sociálních službách | „Nejradši piju džusy. Čaj jen když jsem nemocný“. | Přes den vypije 1,5 -2 l. Pití se mu dává do kojeneckého pítka z důvodu lepšího držení. Pití se musí také pacientovi připomínat. U pacienta se sleduje bilance tekutin, kvůli zhoršování paměti, kdy pacient zapomíná pít. Má zavedený pitný list. |
| Vylučování moče: | Doma | Nelze hodnotit. | Nelze hodnotit. |
| | v sociálních službách | „Chodím často na WC, někdy to nestihnu, nosím pleny.“ | Pacient je částečně inkontinentní, přes den a na noc nosí pleny. Jinak hodí na WC, ale někdy to nestihne. |

| | | | |
|--------------------------------|-----------------------|---|---|
| Vylučování stolice: | Doma | Nelze hodnotit. | Nelze hodnotit. |
| | v sociálních službách | „Já nevím, chodím asi na záchod“. | Pacient je kontinentní, chodí na stolicí na WC. |
| Aktivity denního života | | | |
| | | SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE | OBJEKTIVNÍ ÚDAJE |
| Spánek a bdění: | Doma | „Doma jsem spal spíše přes den“. | Nelze hodnotit. |
| | v sociálních službách | „Cítím se unavený, spím skoro pořád“. | Pacient většinou spí přes den nebo jen leží a odpočívá. V noci pak nemůže spát a dívá se někdy i do rána na televizi, listuje si v knihách, které napsal nebo čte noviny. Bývá také plačtivý, že chce jít domů. Několikrát se pokusil odejít ze zařízení v noci pryč. |
| Aktivita a odpočinek: | Doma | „Doma jsem si rád četl knihy a díval jsem se na televizi“. | Nelze hodnotit. |
| | v sociálních službách | „Cítím se osamělý, chci domů. Chodím každý den někde, kde je moc lidí“. | Během dne odpočívá, spíše pospává nebo čte noviny. Zajímá se zejména o politiku. Několikrát do týdne si ho manželka bere na procházky. Každý den dochází na ergoterapii do společenské místnosti, kde si procvičuje motoriku a kognitivní funkce. |

| | | | |
|------------------------------------|-----------------------|---|--|
| Hygiena: | Doma | Nelze hodnotit. | Nelze hodnotit. |
| | v sociálních službách | „Hygienu zatím zvládám“. | Pacientovi se musí ráno i večer připomnět hygiena, po té ji provede sám. Sprchování je prováděno s dopomocí a také kvůli hrozícím riziku pádu. |
| Soběstačnost: | Doma | Nelze hodnotit. | Nelze hodnotit. |
| | v sociálních službách | „Někdy potřebuji pomoct vstát z postele“. | Pacient potřebuje dopomoc při určitých denních činnostech. Činnost, kterou provede sám, potřebuje buď připomenout, nebo menší dopomoc. |
| Posouzení psychického stavu | | | |
| | | SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE | OBJEKTIVNÍ ÚDAJE |
| Vědomí: | | „Vím, kdo jsem“. | Pacient je plně při vědomí. |
| Orientace: | | „Venku je chladno?“ | Pacient je orientovaný pouze osobou, částečně časem, místem a situací. |
| Nálada: | | „Mám se dobře“. | Pacient má dnes dobrou náladu a cítí se dobře. Občas mívá depresivní nálady a stýská se mu po domovu. |

| | | | |
|---|------------|---|--|
| Paměť: | Staropaměť | „Z minulosti mám nějaké záblesky“. | Staropaměť je narušena. Pacientovi se ukazují předměty z minulosti, ke kterým má vztah a tímto se snaží vzpomenout na událost spojenou s předměty. Diagnostický test MMSE konaný 30. 11. 2016 měl hodnotu 14 bodů. |
| | novopaměť | „Myslím si, že mám problém“. | Novopaměť je zcela narušena. Nové informace s postupem krátkého času zapomíná. |
| Myšlení: | | „Často si nemůžu vzpomenout“. | Pacient se snaží odpovídat na otázky, ne všem rozumí, proto se mu musí zopakovat a některé vysvětlit. Pacient odpovídá na některé otázky zmateně. |
| Temperament: | | „Vyházím s lidmi dobře, jsem nekonfliktní“. | Pacient je spíše uzavřený, pocity nedává najevo. Společnost nevyhledává, raději tráví čas sám na pokoji než s ostatními pacienty. |
| Sebehodnocení: | | „Cítím se dobře“. | Nelze hodnotit. |
| Vnímání zdraví: | | „Myslím si, že jsem zdravý“. | Nelze hodnotit. |
| Vnímání zdravotního stavu: | | „Jsem v pořádku“. | Pacientovi byly zodpovězeny jeho problémy ohledně zdravotního stavu, ale nepamatuje si je. |
| Reakce na onemocnění a prožívání onemocnění: | | „Jsem zdravý ne?“ | Pacient si nepamatuje svá onemocnění. |
| Reakce na hospitalizaci: | | „Proč tady jsem? Chci být doma“. | Pacient je neklidný, chtěl by jít domů. Je zmatený. |

| | | | |
|--|------------|--------------------------|--|
| Adaptace na onemocnění: | | Nedokáže odpovědět. | Nelze hodnotit. |
| Projevy jistoty a nejistoty (úzkost, strach, obavy, stres): | | „Nic takového nemám“. | Pacient je neklidný, má problémy si zvyknout na nové prostředí. |
| Zkušenosti z předcházejících hospitalizací (iatropatogenie, srororigenie): | | „Já jsem někdy byl?“ | Pacient je zmatený, nepamatuje si žádnou hospitalizaci. |
| Posouzení sociálního stavu | | | |
| | | SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE | OBJEKTIVNÍ ÚDAJE |
| Komunikace: | Verbální | „Nejsem upovídaný“. | Pacient je spíše tichý, uzavřený do sebe, svoje pocity spíše projevuje pomocí úsměvu nebo zamračení. Pacient není společenský typ, když si chce popovídat tak jediná se svojí manželkou anebo po telefonu s jeho dcerami. Na slovní podnět odpoví. Kvůli nedoslýchavosti komunikace vážně. Naslouchadla odmítá, vadí mu. |
| | Neverbální | „Usmívám se pořád“. | Pacient je skoro pořád usměvavý, má dobrou náladu. Poděkování někdy také projevuje pohlazením po ruce anebo po rameni. Špatná nálada se u něj dostavuje pouze při bolesti nebo při nemoci, kterou signalizuje zamračením. |

| | | | |
|--|--|--------------------------------|---|
| Informovanost: | O onemocnění | „Nejsem nemocný“. | Pacient si nepamatuje svá onemocnění. |
| | o diagnostických metodách | „Nevím“. | Nelze hodnotit. |
| | o specifikách ošetrovatelské péče | Nedokáže odpovědět. | Pacient si nepamatuje specifika ošetrovatelské péče. |
| | o léčbě a dietě | „Nosí mi prášky. Jím všechno“. | Pacient má dietu č. 3. Léky jsou mu podávány všeobecnou sestrou a pod dohledem užity. |
| | o délce hospitalizace | „Netuším“. | Pacient je informován. V sociálním zařízení je od 12. 11. 2016. |
| 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. Je mi 84 let“. | Pacientovi je 84 let. Je orientován osobou. |
| | sekundární role (související s rodinou a společenskými funkcemi): | „Mám rád svoji rodinu“. | Pacient je otcem, má manželku. Dcery bydlí v zahraničí. Velmi je fixován na manželku. |
| | terciální role (související s volným časem a zálibami): | Nedovede odpovědět. | Pacient si rád čte, dívá se na televizi. Rád chodí na procházky. |

MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT:

Ordinovaná vyšetření:

- Vyšetření psychiatrem 1x za měsíc, jinak dle potřeby
- Laboratorní vyšetření krve (kontrola)

Výsledky: Laboratorní vyšetření krve

Biochemické vyšetření krve

| Název | Výsledek | Norma |
|----------|--------------|-------------|
| Urea | 5,2 mmol/l | (1,7-8,3) |
| Kreat. | 77 umol/l | (59-104) |
| Na | 141,2 mmol/l | (136-145) |
| K | 4,1 mmol/l | (3,5-5,1) |
| Cl | 105 mmol/l | (98-107) |
| BIL | 18,5 mmol/l | (2-21) |
| AST | 0,29 umol/l | (0,17-0,85) |
| ALT | 0,38 umol/l | (0,17-0,85) |
| Glykemie | 5,6 mmol/l | (3,9-5,6) |
| CRP | 4,6 mg/l | (0-8) |

Hematologické vyšetření krve

| Název | Výsledek | Norma |
|-------------|---------------------------|------------------------------|
| Erythrocyty | $4,60 \times 10^{12} / l$ | $3,8-5,2 \times 10^{12} / l$ |
| Leukocyty | $6,9 \times 10^9 / l$ | $4-10 \times 10^9 / l$ |
| Hemoglobin | 137 g / l | 120-160 g / l |
| Hematokrit | 0,419 l | 0,35 – 0,47 l |
| Trombocyty | $309 \times 10^9 / l$ | $140 – 440 \times 10^9 / l$ |

Konzervativní léčba:

Dieta: 3

Pohybový režim: volný

Fyzioterapie: pohyb končetin, cvičení s míčky

Výživa: per os, dieta č. 3

Medikamentózní léčba:

- per os:

| | | | | |
|------------|------|--------|-----------|--|
| Emzok | Tbl. | 50 mg | ½ - 0 - 0 | Antihypertenzivum |
| Memantin | Tbl. | 10 mg | 1 - 0 - 1 | Antagonisté NMDA- glutamátergních receptorů |
| Monopril | Tbl. | 20 mg | ½ - 0 - 0 | Hypotenziva |
| Finex | Tbl. | 5mg | 1 - 0 - 0 | Varia |
| Omic Tocas | Tbl. | 0,4 mg | 0 - 0 - 1 | Antagonisté alfa-adrenergních receptorů. |
| Yasnal | Tbl. | 10 mg | 0 - 0 - 1 | Inhibitory acetylcholinesterázy |
| Betmiga | Tbl. | 50 mg | 1 - 0 - 0 | Spasmolytika |
| Anopyrin | Tbl. | 100 mg | 0 - 1 - 0 | Antitrombotika |
| Donpethon | Tbl. | 10 mg | 0 - 0 - 1 | Inhibitor cholinestererázy |

Chirurgická léčba: 0

SITUAČNÍ ANALÝZA:

Pacient ve věku 84 let, který byl přijat na žádost manželky 12. 11. 2016 do Domu služeb seniorům Hvězda, jehož důvodem byla neschopnost a pracovní vytížení manželky starat se o nemocného manžela postiženého Alzheimerovou chorobou.

Pacient je orientovaný pouze osobou, částečně časem a místem. Je zmatený, nemůže se stále zvyknout na nové prostředí, chtěl by jít domů. Při kontrole psychiatrem, která proběhla 30.11.2016 byla naměřena hodnota MMSE 14 bodů. Pacient většinou přes den spí, v noci po té sleduje televizi nebo si čte.

Během rozhovoru pacient udržuje oční kontakt a má snahu spolupracovat. Na některé kladené otázky nedokáže odpovědět a některé se musí znovu opakovat z důvodu pacientovi nedoslýchavosti. V důsledku zhoršení pacientovi paměti se musí některé otázky podrobně vysvětlit.

Pacient potřebuje dopomoc při určitých denních činnostech. Při činnosti, kterou provádí sám, potřebuje buď připomenout, nebo menší pomoc. Při chůzi používá francouzskou hůl nebo pomocí druhé osoby. U pacienta bylo provedeno hodnocení rizika pádů, kdy dosáhl počtu 13 bodů, Barthelův test 45 bodů a Neuromental test 65 bodů.

Příjem stravy per os je dostatečný. Pacientovi se musí připomínat, že má stravu na stole nebo ho doprovázet přímo ke stolu. Pro lepší konzumaci se pacientovi jídlo krájí na kousky.

Přes den vypije 1,5 -2 l. Pití se mu dává do kojeneckého pítka z důvodu lepšího držení. Pití se musí také pacientovi připomínat. U pacienta se sleduje příjem tekutin, který se zapisuje, kvůli zhoršování paměti, kdy pacient zapomíná pít.

Hygienu provádí pod dohledem zdravotnického personálu, kdy se na ní aktivně podílí. Sprchování je prováděno s dopomocí.

Pacient většinu dne prospí nebo jen polehává, v noci pak nemůže, ale spát a proto se někdy i do rána na televizi, listuje si v knihách, které sám napsal nebo čte noviny. Někdy bývá také plačtivý, že chce jít domů, kdy se několikrát pokusil odejít ze zařízení v noci pryč. Každý den navštěvuje ergoterapii, která se koná ve společenské místnosti. Tady si procvičuje pomocí různých her motoriku a kognitivní funkce. Zároveň si udržuje společenské vztahy s ostatními pacienty.

Snahou zdravotnického personálu je pomoci pacientovi adaptovat se na nové podmínky a prostředí, na které si zatím těžce zvyká.

Stanovení ošetřovatelských diagnóz a jejich uspořádání podle priorit:

AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY:

- Chronická zmatenost (00129) v důsledku základního onemocnění projevující se s postupnou ztrátou paměti a dezorientací v v čase, místě nebo osobách.
- Zhoršená paměť (00131) spojená se základním onemocněním v souvislosti se zapomínáním a neschopností vybavit si nedávné události, konkrétní informace, známé osoby, místa a předměty projevující se neschopností provést naučenou dovednost.
- Zhoršená verbální komunikace (00051) v důsledku zhoršení kognitivních funkcí a z důvodu stařecké nedoslýchavosti projevit své pocity a problémy.
- Deficit sebeděže při koupání (00108), při oblékání (00109), při stravování (00102) a při vyprazdňování (00110) z důvodu zhoršující se pohyblivosti a paměti projevující se nedostatečnou činností vykonávat tyto běžné potřeby během dne samostatně.
- Zhoršená tělesná pohyblivost (00085) spojená se zhoršující se rovnováhou a s věkem projevující se strachem z pádu.
- Potulka (00154) z důvodu základního onemocnění spojená s bezcílným opakujícím se pohybem z místa na místo a projevující se zmateností, dezorientací a hrozícím nebezpečím.
- Funkční inkontinence moči (00020) z důvodu zhoršování kognitivních funkcí spojená s únikem moči před dosažením toalety v důsledku neschopnosti rychle vyhledat toaletu.
- Nedostatek spánku (00096) z důvodu zmatenosti a dezorientace v čase projevující se posunutím spánkové fáze a únavou.
- Strach (00148) v souvislosti se zhoršujícím postupem nemoci projevující se nejistotou, obavami, špatnými náladami z budoucnosti.

POTENCIONÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY:

- Riziko pádů (00155) v důsledku vyššího věku a zhoršení rovnováhy.
- Riziko sníženého objemu tekutin (00028) v důsledku zhoršení kognitivních funkcí.
- Riziko osamělosti (00054) v souvislosti z pocitu osamocení spojené s touhou kontaktu s rodinou.

Ošetřovatelská diagnóza:

Chronická zmatenost v důsledku základního onemocnění (Alzheimerova choroba) projevující se s postupnou ztrátou paměti a dezorientací v čase, místě, situaci nebo osobách.

Název, kód: 00129

Doména: Percepce/kognice

Třída: 4 Kognice

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

Určující znaky:

- Poškození dlouhodobé paměti
- Poškození krátkodobé paměti
- Změny osobnosti
- Pozměněná interpretace
- Změněná reakce na podněty

Související faktory: Alzheimerova choroba

Rizikové faktory:

- Demence
- Zhoršení kognice
- Mužské pohlaví
- Věk nad 60 let

Priorita: střední

Cíl:

Dlouhodobý: Orientace pacienta v novém sociálním prostředí.

Krátkodobý: Posílení orientace v realitě pacienta v jeho pokoji.

Očekávané výsledky:

- Pacient se orientuje ve svém sociálním prostředí (jídlna, pokoj, WC aj.) po celý den.
- Pacient nemá známky úzkosti a neklidu po celý den.
- Pacient má zajištěnou bezpečnost po celý den.

- Pacient je chráněn před poškozením (úprava činností a prostředí) při zachování jeho maximální možné nezávislosti po celý den.
- Pacient užívá pravidelně léky dle ordinace lékaře pod dohledem všeobecné sestry ráno, v poledne a večer.
- Rodina se zapojuje do péče o pacienta a napomáhá mu k dosažení maximální nezávislosti a zachování jeho bezpečnosti alespoň 2h třikrát týdně.

Plán intervencí (posuzovací, provádějící, vedoucí ke zdraví, dokumentace):

- 1) Zajisti bezpečnost pacienta – všeobecná sestra, ošetřovatel.
- 2) Aplikuj léky dle ordinace lékaře – všeobecná sestra.
- 3) Sleduj projevy chování u pacienta – všeobecná sestra, rodina.
- 4) Informuj rodinu o důležitosti stálého styku s pacientem – všeobecná sestra.
- 5) Zapoj pacienta do péče, umožni mu samostatnost v sebeobslužných činnostech, dopomáhej v potřebách, které nedokáže sám naplnit – všeobecná sestra, ošetřovatel.
- 6) Orientuj pacienta v realitě pomocí umístění hodin, kalendáře, osobních předmětů pacienta do jeho blízkosti, včetně sezónních nebo dobových dekorací (fotografie, obrázky, výzdoba pokoje) – všeobecná sestra.
- 7) Pomáhej pacientovi překonávat pocity bezmocnosti a bezradnosti – všeobecná sestra, rodina.
- 8) Zajisti pacientovi informace prostřednictvím rádia a televize – všeobecná sestra.
- 9) Udržuj stálé a neměnné prostředí pacienta – všeobecná sestra, ošetřovatel.
- 10) Zajisti optimální hydrataci (minimálně 1500 – 2000 ml tekutin/ 24 hodin) – všeobecná sestra, ošetřovatel.

Realizace:

- Podávání léků dle ordinace lékaře pod dohledem všeobecné sestry.
- Zajištěna bezpečnost pacienta (instalace madel v koupelně, odebrání kobereců z pacientova pokoje).
- Sledováno chování pacienta během dne.
- Byla posílena orientace v realitě pomocí umístění hodin a fotografií ze života pacienta na stěny jeho pokoje.
- Pacientovi se pravidelně pouští televize nebo rádio.

- Pacient má sledovaný příjem tekutin.

Hodnocení:

Pacient se začal orientovat po týdnu ve svém pokoji, díky umístění hodin, fotografií, kalendáře. Pacient nemá známky úzkosti a neklidu a má zajištěnou dostatečnou bezpečnost. Po dvou měsících se pacient začal orientovat v sociálním zařízení, kdy dokáže sám vyhledat místa, kde nalezne potřebnou odbornou pomoc. Krátkodobý i dlouhodobý cíl byl splněn. V intervencích je třeba dále pokračovat.

Ošetrovatelská diagnóza:

Zhoršená verbální komunikace v důsledku zhoršení kognitivních funkcí a z důvodu stařecké nedoslýchavosti projevit své pocity a problémy.

Název, kód: 00051

Doména: Percepce/kognice

Třída: 5 komunikace

Definice: *Snížená, zpožděná nebo neexistující schopnost přijímat, zpracovat, vysílat anebo využívat systém symbolů.*

Určující znaky:

- Potíže verbálně vyjádřit myšlenky (např. dysfázie, apraxie, dyslexie)
- Deorientace místem
- Deorientace časem

Související faktory:

- Nepřítomnost důležitých blízkých osob
- Změny vnímání
- Obtížné vyjadřování

Rizikové faktory:

- Demence
- Zhoršení kognice
- Věk nad 60 let

Priorita: střední

Cíl

Dlouhodobý: Pacient používá kompenzační pomůcky.

Krátkodobý: Udržet nynější stav pacienta.

Očekávané výsledky:

- Pacient sděluje své potřeby personálu a rodině během dne.
- Pacient si uvědomuje dané smyslové poruchy a nadměrnou smyslovou zátěž během dne.
- Pacient využívá kompenzačních pomůcek (naslouchadla) během dne.
- Pacient neodmítá kompenzační pomůcky během dne.
- Pacient přiměřeně a účinně využívá všechny zdroje podpory po celý den.

Plán intervencí (posuzovací, provádějící, vedoucí ke zdraví, edukační, dokumentace):

- 1) Mluv pomalu, zřetelně s ohledem na pacienta, aby mohl současně odezírat – všeobecná sestra, rodina, ošetřovatel.
- 2) Povzbuzuj pacienta, aby se nějakým způsobem vyjadřoval, aby mohl poskytnout informace, zda jsou jeho potřeby uspokojovány všeobecná sestra, rodina, ošetřovatel.
- 3) Kontroluj funkčnosti kompenzační pomůcky (naslouchadla) – všeobecná sestra.
- 4) Edukace pacienta o možných rizicích při nepoužívání nebo nesprávném používání kompenzační pomůcky – všeobecná sestra.
- 5) Zajisti bezpečného prostředí pacienta - všeobecná sestra, ošetřovatel.
- 6) Zajisti plánované kontroly u odborného lékaře – staniční sestra, všeobecná sestra.
- 7) Aplikuj léky dle ordinace lékaře – všeobecná sestra.
- 8) Sleduj projevy chování pacienta – všeobecná sestra, rodina, ošetřovatel.
- 9) Zajisti místní a časové orientace pacienta – všeobecná sestra.
- 10) Zajisti smyslové stimulační pacienta – všeobecná sestra.

Realizace:

- Edukace pacienta o možných rizicích při nepoužívání kompenzačních pomůcek.
- Zajištěno bezpečné prostředí pacienta.
- Pravidelné kontroly lékařem jsou zajištěny.
- Sledování projevů chování pacienta.

Hodnocení:

Po 14 dnech pacient začal využívat kompenzační pomůcky a přestal je odmítat, ale musí se mu používání těchto pomůcek připomínat ošetřujícím personálem. Verbální komunikace se zlepšila a po jednom měsíci začal sdělovat své potřeby personálu a rodině, uvědomuje si smyslové poruchy. I nadále se musí dohlížet na využívání kompenzačních pomůcek a v případě nutnosti připomínat jejich používání ošetřujícím personálem. V intervencích je třeba dále pokračovat. Krátkodobý cíl se podařilo splnit, stav pacienta se nezhoršil.

Ošetrovatelská diagnóza:

Zhoršená paměť spojená se základním onemocněním v souvislosti zapomínám a neschopností vybavit si nedávné události, konkrétní informace, známé osoby, místa a předměty projevující se neschopností provést naučenou dovednost.

Název, kód: 00131

Doména: 5 Percepce/ kognice

Třída: Kognice

Definice: *Neschopnost zapamatovat si nebo vybavit si informace či behaviorální dovednosti.*

Určující znaky:

- Poškození dlouhodobé paměti
- Poškození krátkodobé paměti
- Změny osobnosti
- Pozměněná interpretace
- Změněná reakce na podněty

Související faktory: Alzheimerova choroba

Rizikové faktory:

- Demence
- Zhoršení kognice
- Mužské pohlaví
- Věk nad 60 let

Priorita: střední

Cíl:

Dlouhodobý: Pokusit se zpomalit probíhající zhoršování ztráty paměti pomocí činností, které posilují paměť pacienta.

Krátkodobý: Pokusit se zlepšit stávající stav pacientovi paměti.

Očekávané výsledky:

- Pacient užívá pravidelně léky dle ordinace lékaře pod dohledem všeobecné sestry ráno, v poledne a večer.
- Aktivní zapojení rodinných příslušníků při zmírňování poruchy paměti při každé návštěvě.
- Pacient vykonává činnosti, které pomohou snížit zhoršování ztráty paměti (luštění křížovek, hraní her, atd.) alespoň 2h denně.
- Pacient vykonává činnosti za asistence zdravotnického personálu a je veden k samostatnějšímu vykonávání běžných činností každý den.

Plán intervencí (posuzovací, provádějící, vedoucí ke zdraví, dokumentace):

- 1) Zjistí faktory související s poruchou paměti – všeobecná sestra.
- 2) Zhodnot' psychický stav pacienta a úroveň schopností pečovat (postarat se) o sebe – všeobecná sestra.
- 3) Zjistí, jaký je názor pacienta a jeho blízkých na problém – všeobecná sestra.
- 4) Posiluj paměť pacienta pomocí používání kalendáře, diáře, křížovek, her, práce s počítačem, která klade zvýšené nároky na paměť - všeobecná sestra.
- 5) Zajisti setkání pacienta s rodinou, na kterých se budou opakovat osobní údaje, vzpomínat a vyvolávat zážitky z minulosti – všeobecná sestra, rodina.
- 6) Podporuj pacienta v oblastech, v nichž je úspěšný – všeobecná sestra, rodina.
- 7) Zajisti, aby pacient dostatečně odpočíval – všeobecná sestra.
- 8) Nauč pacienta techniky ke zmírnění stresu – všeobecná sestra.
- 9) Pomáhej pacientovi překonávat pocity bezradnosti – všeobecná sestra.
- 10) Sleduj chování pacienta – všeobecná sestra, ošetřovatel.
- 11) Pomoz pacientovi dosahovat maximální možnou nezávislost – všeobecná sestra, ošetřovatel.
- 12) Sleduj účinky léků podávaných pro zlepšení pozornosti, koncentrace, paměti – všeobecná sestra.

Realizace:

- Na základě zhodnocení psychického stavu pacienta a jeho úrovně soběstačnosti o sebe se postarat, byl zajištěn pravidelný dohled nad ním.
- Každodenní posilování paměti pacienta pomocí používání kalendáře, diáře, zápisů, křížovek, her, práce s počítačem, tj. činností, které kladou zvýšené nároky na paměť.
- Byly zajištěny co nejčastější kontakty pacienta s rodinou, na kterých mu jsou opakovány osobní údaje, vyvolávány zážitky a vzpomínky z minulosti.
- Podpora pacienta v oblastech, ve kterých se mu daří.
- Je zajištěn dostatečný odpočinek pro pacienta.
- Učení pacienta technikám, které zmírňují stres.
- Pomoc pacientovi při překonávání pocitů frustrace a bezradnosti.
- Sledování chování pacienta.
- Pomoc pacientovi dosáhnout maximální možnou míru nezávislosti.
- Sledování účinky léků podávaných pro zlepšení pozornosti, koncentrace a paměti všeobecnou sestrou.

Hodnocení:

Pacient pravidelně užívá léky dle ordinace lékaře, rodina se aktivně zapojuje do léčby, kdy pacienta navštěvuje minimálně 3x za týden, pacient se snaží sám vykonat potřeby každý den a rád hraje hry v ergoterapii, kde dochází každý den v dopoledních hodinách. Pacientovi se díky těmto aktivitám paměť nezhoršuje. Cíl byl splněn, ale všechny tyto intervence i nadále pokračují.

Celkové hodnocení stavu pacienta

Pacient byl přijat do Domu služeb seniorům na žádost manželky z důvodu zhoršující se Alzheimerovy choroby. Pacient je orientovaný pouze osobou, částečně časem, místem a situací, má snahu spolupracovat. Během pobytu v zařízení je většinou usměvavý, ale také mnohdy plačtivý z důvodu stýskání se po rodině. Pacient se snaží se účastnit aktivizačních činností a adaptovat se na nové prostředí. Nutný je zvýšený dohled a pomoc pacientovi při běžných denních činnostech, kdy pacientovi se musí připomínat příjem stravy a tekutin. Pacientovi hodně pomáhá manželka, která ho navštěvuje pokaždé, když jí to dovolí čas.

4.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Doporučení pro všeobecné sestry:

- Zdokonalovat se v nejnovějších lékařských postupech v poskytování péče a léčbě pacientů s Alzheimerovou chorobou.
- Vhodně využívat tyto nejmodernější lékařské postupy v praxi.
- Poskytovat specifickou péči pacientům s Alzheimerovou chorobou.
- Vhodně aktivizovat pacienta ke spolupráci a k zapojení do léčebného procesu.
- Pomocí jemu známých předmětů se pokusit zmírnit poruchy kognitivních funkcí (např. pomocí starých fotografií).
- Vhodným způsobem zamezit vzniku imobilizačního syndromu.
- Přizpůsobit prostředí tak, aby nedošlo k riziku pádů a poranění.
- Sledovat psychický stav pacienta spolu s jeho chováním.
- V co největší míře plnit potřeby nemocného.
- Pokusit se u pacientů navodit nějaký druh seberealizace.
- Mít respekt k lidské důstojnosti nemocného.
- Zapojit rodinné příslušníky do ošetrovatelského procesu nemocného.

Doporučení pro pacienta:

- Být aktivní se účastnit léčebného režimu.
- Pomocí známých předmětů podporovat aktivizaci kognitivních funkcí.
- Pokusit se provádět co nejvíce činností bez pomoci druhých.
- Pravidelně užívat léky dle ordinace lékaře a zúčastňovat se pravidelných lékařských prohlídek.
- Vyhledat sdružení nebo organizaci, které pomáhají nemocným s Alzheimerovou chorobou (např. Česká alzheimerská společnost,...).
- Při vzniku psychiatrických problémů navštěvovat psychiatra.

Doporučení pro rodinu:

- Seznámit rodinné příslušníky s aktuálním zdravotním stavem pacienta.
- Spolupracovat se zdravotníky, ošetřujícím lékařem.
- Pravidelnými návštěvami pacienta posilovat jeho psychický stav.

- Podporovat ho co v největší míře v jeho soběstačnosti.
- Dostatkem trpělivosti posilovat jeho duševní zdraví.
- Podle potřeby pacientovi zajistit odbornou pomoc.
- Zajistit vhodné a bezpečné podmínky pro poskytnutí ošetrovatelské péče v domácím prostředí.
- V případě péče o nemocného v domácím prostředí využívat možnosti respitní péče.
- Navrhnout, ošetřujícím příslušníkům navázání kontaktů se sdruženími, které jim mohou pomoci pochopit novou situaci.

ZÁVĚR

Téma bakalářské práce „Ošetrovatelská péče u pacienta s Alzheimerovou chorobou“ jsme si zvolili, protože po nástupu do zaměstnání jsem setkala s lidmi, kteří trpí Alzheimerovou chorobou

Práce je určena pro pacienty s Alzheimerovou chorobou, kteří by měli znát možná rizika vzniku tohoto onemocnění a její průběh a následně jak žít s tímto onemocněním. Práce je určena i pro všeobecné sestry, které by měly vědět jak správně pečovat a vykonávat odborné výkony s těmito pacienty a pro rodinu, která pečuje o své příbuzné s tímto onemocněním, aby znali správnou činnost při ošetrovatelské péči.

Cílem teoretické části bylo se zaměřit na specifiku ošetrovatelské péče u pacientů s Alzheimerovou chorobou a přiblížit problematiku Alzheimerovy choroby.

Teoretická část zahrnuje informace o demenci a její dělení, historii Alzheimerovy choroby, charakteristiku, klinický obraz, diagnostiku a terapii Alzheimerovy choroby. V závěru teoretické části bakalářské práce jsem se zaměřila na ošetrovatelskou péči v určitých stádiích nemoci a v případě problému na jaké organizace se obrátit.

Cílem praktické části bylo sestavit a realizovat individuální plán ošetrovatelské péče o pacienta s Alzheimerovou chorobou a popsat průběh ošetrovatelského procesu u pacienta s Alzheimerovou chorobou.

Ošetrovatelský proces byl vypracován u pacienta trpící Alzheimerovou chorobou, kterého jsem si vybrala, v důsledku nasbíraných informací byly stanoveny ošetrovatelské diagnózy, kdy jsme si zvolili určující znaky, související faktory, rizikové faktory, prioritu, krátkodobý a dlouhodobý cíl, očekávané výsledky, realizaci a následně hodnocení.

Cíle bakalářské práce byly splněny.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ALZHEIMER Europe [online]. 2013 [cit. 2016 – 12 – 20]. Dostupné z: <http://www.alzheimer-europe.org/>

ALZHEIMER'S ASSOCIATION. *alz.org* [online]. [cit. 2016 – 12 – 19]. Dostupné z: <http://www.alz.org/>

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

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

CARPER, Jean, 2011. *100 jednoduchých věcí, které můžete udělat proti Alzheimerově nemoci a úbytku paměti*. Vyd. 1. V Praze: Vyšehrad. ISBN 978-80-7429-194-4.

Česká alzheimerovská společnost [online]. 2015 [cit. 2016 – 11 – 13]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/>

DAHLKE, Rüdiger, 2014 *Nemoc jako řeč duše: [význam a naděje chorobopisů]*. 1. vyd. Brno: CPress. ISBN 978-80-264-0368-5.

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

DUŠEK, Karel a VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, Alena, 2015. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4826-9.

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

FRANKOVÁ, Vanda et al., 2011. *Alzheimerova demence v praxi: konsenzus psychiatricko-neurologicko-geriatrický*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2423-5.

GAUTHIER, Serge, BALLARD, Clive, LOVESTONE, Simon, 2009. *Management of dementia*. 2nd ed. New York: Informa Healthcare. ISBN 978-1-84184-672-9.

GLENNER, Joy A. et al., 2012. *Péče o člověka s demencí*. Vyd. 1. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0154-0.

GOETZ, Christopher G., 2007. *Textbook of clinical neurology*. 3. vydání. Philadelphia: Saunders Elsevier. ISBN 1416036180

HAUKE, Marcela, 2014. *Zvládání problémových situací se seniory: nejen v pečovatelských službách*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5216-7.

HERDMAN, T. Heather a Shigemi KAMITSURU, ed., 2016. *Ošetrovatelské diagnózy: definice a klasifikace 2015-2017*. 10. vydání, 1. české vydání. Přeložila Pavla KUDLOVÁ. Praha: Grada. ISBN 9788024754123. ISSN 20152017.

HILLESTAD, Steven G., BERKOWITZ, Eric N., 2013. *Health care market strategy: from planning to action*. 4th ed. Burlington, Mass.: Jones & Bartlett Learning. ISBN 978-0-7637-8928-2.

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

HOLMEROVÁ, Iva a kol., 2014. *Na pomoc pečujícím: příručka pro pečující rodinné příslušníky a další blízké lidí s demencí*. 10. vyd. Praha: Česká alzheimerovská společnost. ISBN 978-80-86541-33-4.

HOSÁK, Ladislav a kol., 2015. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Vydání první. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-2998-8.

HUGHES, Julian, LLOYD – WILLIAMS, Mari, SACHS, Greg, 2010. *Supportive Care for the person with Dementia*. Oxford: Oxford university Press. ISBN 978-0-19-955413-3.

JIRÁK, Roman a kol., 2009. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2454-6.

KALVACH, Zdeněk et al., 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2490-4.

KAŠÁKOVÁ, Eva, VOKURKA, Martin a HUGO, Jan, 2014. *Výkladový slovník pro zdravotní sestry*. Praha: Maxdorf, ©2015. viii, 431 s. ISBN 978-80-7345-424-1.

KOUKOLÍK, František. *Metuzalém: o stárnutí a stáří*. Vyd. 1. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2464-8.

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

KUČEROVÁ, Helena, 2013. *Psychiatrické minimum*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4733-0.

LEBLANC, Gary Joseph, 2013. *Managing Alzheimer's and dementia behaviors: common sense caregiving*. Denver: Outskirts Press. ISBN 9781478718239.

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

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

MÁTL, Ondřej a MÁTLOVÁ, Martina, 2015. *Zpráva o stavu demence... Praha: Česká alzheimerovská společnost, o.p.s.* ISBN 978-80-86541-45-7

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

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

NIKOLAI, Tomáš et al., 2013. *Neuropsychologická diagnostika kognitivního deficitu u Alzheimerovy choroby*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum. ISBN 978-80-87142-25-7.

Oficiální stránky Multimediální trenážer plánování ošetrovatelské péče. [online]. [cit. 10 - 4 - 2017] Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/info/uvod.aspx>

OREL, Miroslav a kol., 2009. *Člověk, jeho mozek a svět*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2617-5.

OREL, Miroslav a kol., 2012. *Psychopatologie*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3737-9.

Ošetrovatelská péče. *Alzheimercentrum* [online]. 2014 [cit. 2016 – 10 – 19]. Dostupné z: <http://www.alzheimercentrum.cz/poskytovana-pece/osetrovatelska-pece/>.

PETR, Tomáš a kol., 2014. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4236-6.

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

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

POKORNÁ, Andrea et al., 2013. *Ošetrovatelství v geriatrii: hodnotící nástroje*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4316-5.

PREISS, Marek a kol., 2006. *Neuropsychologie v neurologii*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 80-247-0843-4.

RAVDIN, Lisa D. a Heather L. KATZEN, ed., 2013. *Handbook on the neuropsychology of aging and dementia*. New York: Springer. ISBN 9781461491408.

RABOCH, Jiří a kol., 2012. *Psychiatrie*. Vyd. 1. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1985-9.

REGNAULT, Mathilde, 2011. *Alzheimerova choroba: průvodce pro blízké nemocných*. Vyd. 1. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0010-9.

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

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

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

VOKURKA, Martin a kol., 2012. *Patofyziologie pro nelékařské směry*. 3., upr. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2032-9.

VÖRÖSOVÁ, Gabriela, SOLGAJOVÁ, Andrea a ARCHALOUSOVÁ, Alexandra, 2015. *Ošetrovatelská diagnostika v práci sestry*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5538-0.

SEZNAM PŘÍLOH

| | |
|--|------|
| Příloha A – Alois Alzheimer | I |
| Příloha B – Barthelův test základních všedních činností | II |
| Příloha C – Ischemické skóre podle Hachinského..... | IV |
| Příloha D – Škála celkové deteriorace podle Reisberga (GDS) | V |
| Příloha E – Čestné prohlášení..... | VI |
| Příloha F – Protokol k provádění sběru podkladů | VII |
| Příloha G – Rešerše..... | VIII |

Příloha A - Alois Alzheimer



Zdroj: https://en.wikipedia.org/wiki/Alois_Alzheimer

Příloha B - Barthelův test základních všedních činností (ADL-activity daily living)

| | Činnost: | Provedení činnosti: | Bodové skóre |
|------------|---------------------------|----------------------------|---------------------|
| 01. | Najedení, napití | Samostatně bez pomoci | 10 |
| | | S pomocí | 05 |
| | | Neprovede | 00 |
| 02. | Oblékání | Samostatně bez pomoci | 10 |
| | | S pomocí | 05 |
| | | Neprovede | 00 |
| 03. | Koupání | Samostatně nebo s pomocí | 05 |
| | | Neprovede | 00 |
| 04. | Osobní hygiena | Samostatně nebo s pomocí | 05 |
| | | Neprovede | 00 |
| 05. | Kontinence moči | Plně kontinentní | 10 |
| | | Občas inkontinentní | 05 |
| | | Trvale inkontinentní | 00 |
| 06. | Kontinence stolice | Plně kontinentní | 10 |
| | | Občas inkontinentní | 05 |
| | | Inkontinentní | 00 |
| 07. | Použití WC | Samostatně bez pomoci | 10 |
| | | S pomocí | 05 |
| | | Neprovede | 00 |
| 08. | Přesun lůžko-židle | Samostatně bez pomoci | 15 |
| | | S malou pomocí | 10 |
| | | Vydrží sedět | 05 |

| | | | |
|------------|--------------------------|-------------------------|----|
| | | Neprovede | 00 |
| 09. | Chůze po rovině | Samostatně nad 50 metrů | 15 |
| | | S pomocí 50 metrů | 10 |
| | | Na vozíku 50 metrů | 05 |
| | | Neprovede | 00 |
| 10. | Chůze po schodech | Samostatně bez pomoci | 10 |
| | | S pomocí | 05 |
| | | Neprovede | 00 |

Hodnocení stupně závislosti

| Hodnocení: | Závislost | Body |
|-------------------|----------------------------|---------------|
| | Vysoce závislý | 00 – 40 bodů |
| | Závislost středního stupně | 45 – 60 bodů |
| | Lehká závislost | 65 – 95 bodů |
| | Nezávislý | 96 – 100 bodů |

Zdroje: <http://docplayer.cz/3736013-Hodnotici-a-merici-skaly-pro-nelekarske-profese.html>

Příloha C - Ischemické skóre podle Hachinského

| | Klinický příznak: | Body: |
|-----|---|-------|
| 1. | Náhlý začátek | 2 |
| 2. | Postupující deteriorace kognitivních schopností | 1 |
| 3. | Fluktuující průběh | 2 |
| 4. | Noční zmatenost | 1 |
| 5. | Relativně zachovalá osobnost | 1 |
| 6. | Deprese | 1 |
| 7. | Somatické potíže | 1 |
| 8. | Emoční labilita | 1 |
| 9. | Hypertenze v anamnéze či současnosti | 1 |
| 10. | Cévní mozková příhoda v anamnéze | 2 |
| 11. | Jiné známky (extracerebrální) aterosklerózy | 1 |
| 12. | Ložiskové neurologické příznaky (motorické, fatické) | 2 |
| 13. | Ložiskový neurologický nález (patologické reflexy, hemianopsie) | 2 |
| | Celkové skóre | |

Hodnocení:

| | |
|---------------|---|
| Hodnocení: | |
| 0 – 4 body | Pravděpodobně jde o Alzheimerovu demenci |
| 5 – 6 bodů | Nediskriminující skóre, může jít o smíšenou demenci |
| 7 a více bodů | Pravděpodobně jde o demenci vaskulárního typu |

Zdroje: <http://docplayer.cz/3736013-Hodnotici-a-merici-skaly-pro-nelekarske-profese.html>

Příloha D - Škála celkové deteriorace podle Reisberga - Global Deterioration Scale (GDS)

| Stadium | Klinické znaky |
|----------|---|
| 1 | Bez postižení kognitivních funkcí: Preklinické stadium, nejsou přítomny žádné subjektivní ani objektivní potíže. |
| 2 | Počínající postižení kognitivních funkcí: Pouze subjektivní potíže (zapomnětlivost, roztržitost) objektivní vyšetření bez patologie. |
| 3 | Lehké postižení kognitivních funkcí: Potíže při vykonávání pracovních povinností, při řeči, řízení automobilu, v neznámém prostředí. Při objektivním vyšetření pouze mírné poruchy paměti. |
| 4 | Středně těžké postižení kognitivních funkcí: Neschopnost samostatně provádět některé komplexní činnosti (finanční záležitosti, plánování složitějších aktivit-dovolená, vaření). Vyšetření prokazuje poruchu krátkodobé paměti, řeči a konstrukčních schopností středního stupně. |
| 5 | Pokročilé postižení kognitivních funkcí: Neschopnost vykonávat bez dohledu nebo pomoci například: osobní hygienu, vybrat si vhodné oblečení-částečná ztráta soběstačnosti. Objevuje se dezorientovanost v čase a prostoru, pacient zapomíná jména členů rodiny. Pokročilé poruchy paměti, apraxie, agnozie. |
| 6 | Těžké postižení kognitivních funkcí: Vyžaduje pomoc při oblékání, při jídle a osobní hygieně. Později dochází i k inkontinenci. Dezorientovanost všemi kvalitami i vlastní osobou. Časté iluze a misidentifikace, poruchy chování. |
| 7 | Velmi těžké postižení kognitivních funkcí: Těžká porucha až ztráta řeči a jakékoliv komunikace, ztráta schopnosti chůze a volní motoriky, trvalá inkontinence. Neurologické příznaky (rigidita, pseudobuklární syndrom). |

Zdroje: <http://docplayer.cz/3736013-Hodnotici-a-merici-skaly-pro-nelekarske-profese.html>

**PŘÍLOHA E - Čestné prohlášení studenta k získání podkladů pro zpracování
bakalářské práce**

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem „Ošetrovatelský 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

Denisa Tkáčová

Jméno a příjmení studenta

PŘÍLOHA G – Protokol k provádění sběru podkladů pro zpracování bakalářské práce

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



PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

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

| | | |
|--|---|-------------|
| Příjmení a jméno studenta | Denisa Tkáčová | |
| Studijní obor | Všeobecná sestra | Ročník 3VS2 |
| Téma práce | Ošetrovatelský proces u pacienta s Alzheimerovou chorobou | |
| Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů | Hvězda z.ú. – Dům služeb seniorům Zarámí 4077, Zlín 76001 | |
| Jméno vedoucího práce | PhDr. Hana Belejová, PhD. | |
| Vyjádření vedoucího práce finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu | Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště | |
| Souhlas vedoucího práce | <input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis | |
| Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči | <input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis | |

V. VAL. KLOBOUKÁČ dne 12. 12. 16
podpis studenta

Dům služeb seniorům, Zarámí 4077, Zlín
podpis

Příloha E – Rešerše



ALZHEIMEROVA CHOROBA

Rešerše

Klíčová slova:

alzheimerova choroba, ošetrovatelská péče, pacient, všeobecná sestra
Alzheimer's Disease, nursing care, patient, general nurse

Jazykové vymezení:

český jazyk, anglický jazyk

Časové vymezení:

od r. 2006–2016

Zdroje:

www.kfbz.cz, Anopress(www.anopress.cz), Jednotná informační brána (www.jib.cz), Medvik (www.medvik.cz), Souborný katalog ČR (www.caslin.cz), Theses.cz (www.theses.cz), Google Books, Google Scholar, EBSCOhost, PubMed (www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed)

Seřazeno podle:

typu dokumentu, jazyka

Datum vyhotovení:

26. 10. 2016