

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

VERONIKA TRLICOVÁ

Praha 2017

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
S ALZHEIMEROVOU CHOROBU**

Bakalářská práce

VERONIKA TRLICOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Miroslava Kubicová

Praha 2017



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

Trlicová Veronika
3VS1

Schválení tématu bakalářské práce

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

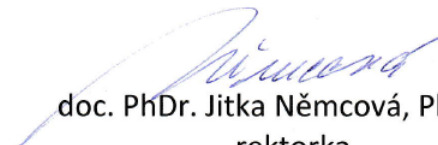
Ošetrovatelský proces u pacienta s Alzheimerovou chorobou

Pflegeprozess bei den Alzheimer – Krankheit Patienten

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Miroslava Kubicová

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí práce PhDr. Miroslavě Kubicové za její čas, který mi věnovala při odborných konzultacích v průběhu zpracování bakalářské práce.

ABSTRAKT

TRLICOVÁ, Veronika, *Ošetrovatelský proces u pacienta s Alzheimerovou chorobou*.
Vysoká škola zdravotnícká o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář. Vedoucí práce: PhDr.
Miroslava Kubicová.

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces u pacienta s Alzheimerovou chorobou. Tato práce je rozdělena na dvě části. Na část teoretickou část praktickou. Teoretická část je zaměřena na charakteristiku Alzheimerovy choroby, její historii, příčiny, rizikové faktory, vyšetřovací metody, klinický obraz a stádia. Dále se zaměřuje na terapii farmakologickou a nefarmakologickou. Součástí teoretické části jsou také specifika ošetrovatelské péče v domácím prostředí a v domově se zvláštním režimem. Praktická část je zaměřena na metodě ošetrovatelského procesu u pacientky s Alzheimerovou chorobou s následným stanovením a vypracováním jednotlivých ošetrovatelských diagnóz. V závěru práce jsou navržena doporučení pro praxi.

Klíčová slova:

Alzheimerova choroba. Pacient. Ošetrovatelský proces.

ABTEILUNG

TRLICOVÁ, Veronika. *Pflegeprozess bei den Alzheimer – Krankheit Patienten.*

Vysoká škola zdravotnická o.p.s. . Qualifikationsniveau: Bakalář. Supervisor: PhDr.

Miroslava Kubicová.

Das Thema dieser Bachelorarbeit ist der Behandlungsprozess bei Alzheimerpatienten. Die Arbeit besteht aus zwei Teilen. Den theoretischen und praktischen Teil. In der Theorie befindet sich die Charakteristik der Alzheimer Krankheit, ihre Historie, Ursachen, Risikofaktoren, Untersuchungsmethoden, Klinisches Bild und ihre Stadien. Dieser Teil orientiert sich weiter an farmakologische und nicht farmakologische Therapien. In diesem Teil finden sich auch die spezifische Behandlungspflege der 24-Stunden Pflege und der Pflege im Pflegeheim mit dem Sonderbetrieb. Der praktische Teil ist fokussiert an einer Alzheimerpatientin mit anschließender Bestimmung und Ausbearbeitung einzelnen Pflegediagnosen. Am Ende der Arbeit sind vorgeschlagene Empfehlungen für die Praxis.

Schlüsselwörter:

Alzheimer Krankheit. Behandlungsprozess. Patient.

OBSAH

SEZNAM ZKRATEK	VIII
SEZNAM ODBORNÝCH VÝRAZŮ	IX
ÚVOD.....	10
1 ALZHEIMEROVA CHOROBA	11
1.1 HISTORIE	11
1.2 CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ.....	11
1.3 INCIDENCE A PREVALENCE.....	12
1.4 PŘÍČINY	12
1.5 RIZIKOVÉ FAKTORY	13
1.6 KLINICKÝ OBRAZ	14
1.6.1 STÁDIA ALZHEIMEROVY CHOROBY.....	14
1.7 VYŠETŘOVACÍ METODY	17
1.7.1 TESTOVÉ A ŠKÁLOVÉ METODY	18
1.8 TERAPIE	20
1.8.1 FARMAKOLOGICKÁ TERAPIE	20
1.8.2 NEFARMAKOLOGICKÁ TERAPIE.....	21
2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU	28
2.1 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA S ALZHEIMEORVOU CHOROBOU V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ .	28
2.2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE V DOMOVĚ SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM	29
3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU	34
SEZNAM PŘÍLOH	69
PŘÍLOHY	

SEZNAM ZKRATEK

CMP – cévní mozková příhoda

CT – computed tomography

D - dech

EEG - elektroencefalografie

GDS – global deterioration scale

GPS – global positioning system

MMSE – mini mental state exam

MR – magnetická rezonance

P - pulz

RHB - rehabilitace

SPECT – singel-photon emission computed

T3 – trijodthyronin

T4 - thyroxin

TK – tlak krve

TSH – thyreotropin hormon

VAS – vizuální analogová škála

WAB – western aphasia battery

(VOKURKA a kol., 2010)

SEZNAM ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Apoprotein E - bílkovina, která po spojení sprostetickou skupinou vytvoří plně funkční bílkovinu

Atrofie - regresivní změna postihující normálně vyvinutý orgán nebo tkáň

Bronchopneumonie - je typ povrchového zápalu plic bakteriálního původu

Cytosin - heterocyklická sloučenina

Degenerace - patologické změny vedoucí postupně k úpadku struktury nebo funkce

Dekubit – místní odúmrť tkáně

Dezorientace – porucha orientace

Diabetes mellitus – onemocnění štítné žlázy

Enzym - jednoduchá či složená bílkovina s katalytickou aktivitou

Extracelulárně – tekutina uložena mimo buňku

Incidence - podíl počtu nově hlášených nemocných jedinců za dané časové období (nových případů) a počtu všech jedinců ve sledované populaci.

Ireverzibilní -nevratný

Neurodegenerace – stav - úbytek specifických neuronů

Neuroprotektivnost – ochrana nervových buněk

Prevalence - je podíl počtu jedinců trpících danou nemocí a počtu všech jedinců ve sledované populaci

Progrese - šíření

Prosopagnozie – neurologická porucha, kdy postižený nerozeznává známe tváře

(VOKURKA a kol., 2010)

ÚVOD

Alzheimerova choroba je tématem stále aktuálním. Téma jsme zvolili z důvodu stále čtenějšího výskytu tohoto onemocnění v naší populaci. V současné době žije v České republice přibližně 120 tisíc lidí s Alzheimerovou chorobou. V zemích EU nyní žije asi 7 miliónů lidí s demencí a předpokládá se, že toto číslo se do roku 2040 zdvojnásobí. Tato choroba může postihnout kohokoliv z nás. Nezasahuje jen do života pacienta, ale především do života jeho rodiny a blízkých přátel. Postupem času si pacient neuvědomuje své chování a jednání, ale jeho blízcí ano (ALZHEIMER, 2016).

Komplexní problematikou péče o pacienty s Alzheimerovou chorobou je náročná po mnoha stránkách. Vyžaduje kooperaci péče zdravotní i sociální. Pro rodinné pečovatele a zdravotního personálu je zátěží psychickou i fyzickou. Péče o pacienty trpící Alzheimerovou chorobou vyžaduje informovanost pečujících, ale i existence denních stacionářů, znalost verbální a neverbální komunikace a hlavně znalost paliativní péče u pacientů s Alzheimerovou chorobou.

Také obsahuje:

Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Charakterizovat Alzheimerovu chorobu

Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Posoudit současný stav pacientky s Alzheimerovou chorobou

Cíl 2: Stanovit aktuální a potencionální ošetrovatelské diagnózy

Cíl 3: Vypracovat aktuální ošetrovatelské diagnózy

1 ALZHEIMEROVA CHOROBA

Alzheimerova choroba je definována jako primárně degenerativní ireverzibilní onemocnění šedé kůry mozkové a trvale progresivním, plíživým průběhem a typickými klinickými a patofyziologickými příznaky (PIDRMAN, 2007).

1.1 HISTORIE

Alzheimerovu chorobu poprvé popsal německý psychiatr Alois Alzheimer (1864-1926) v roce 1907. Ovšem Alois Alzheimer se za objevitele této nemoci nepovažoval a jeho objev zpopularizoval až německý profesor psychiatrie Emil Kaepelin. Tuto formu demence popsal už před 14 lety Arnold Pick, ale Alois Alzheimer je světově známý a na Arnolda Picka se zapomíná, zvláště v laických kruzích. V odborné literatuře se dříve užíval název Pickův – Alzheimerův syndrom. Později došlo k diferenciálně diagnostickému rozlišení demencí a z tohoto důvodu se dnes setkáváme s Alzheimerovou i Pickovou chorobou. (HAŠKOVCOVÁ, 2010), (KANTORKOVÁ, 2011).

1.2 CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ

„Alzheimerova choroba je závažné neurogenerativní onemocnění, vedoucí k úbytku některých populací neuronů což vede k mozkové atrofii. Následkem toho vzniká syndrom demence“ (JIRÁK, HOLMEROVÁ, BORZOVÁ a kol., 2009).

„Demence je syndrom obvykle chronického nebo progresivního rázu, zahrnující postupnou degeneraci korových funkcí (paměť, orientace, chápání, konkrétní i abstraktní myšlení, počítání, porozumění slyšenému a psanému slovu, úsudek apod.), dále pak degenerace v emoční oblasti (otupení emocí, výskyt panických nálad i afektů, v motivaci, zhoršení fungování v sociální oblasti)“ (LUŽNÝ, 2012, s. 36).

1.3 INCIDENCE A PREVALENCE

Alzheimerova choroba je nejčastěji se vyskytující demence v lidské populaci. Výskyt této nemoci se zvyšuje věkem. V lidské populaci občanů ve věku 81 – 90 let je prevalence této choroby 25 – 30 % někdy i vyšší, protože mnoho případů není diagnostikováno a léčeno. Odhad počtu pacientů v České republice je minimálně 70 000. Jelikož se výrazně prodlužuje lidský věk, tak dochází k výraznému počtu případů. Alzheimerova choroba je tak označována jako tichá epidemie (RABOCH, 2012).

Alzheimerova choroba postihuje ve větších případech spíše ženy než muže. Muži jsou naopak ohroženi spíše demencí cévního typu. Projevuje se spíše u lidí starších 65 let, ale může se stát, že onemocní i člověk ve věku mezi 30. až 50. rokem života.

Odhaduje se, že v současné době je na světě 36,5 milionů lidí trpících demencí a za 20 let se toto číslo zdvojnásobí (MAVRODARIS, 2013), (HOLMEROVÁ, 2012).

1.4 PŘÍČINY

Příčina vzniku Alzheimerovy choroby je úbytek neuronů, který je způsoben ukládáním bílkovin B-amyloidu. Tato bílkovina je produkována z transmembránového amyloidového prekurzorového proteinu, který je tělu vlastní. Tento protein je extracelulárně štěpen enzymy na několik fragmentů. U Alzheimerovy choroby je amyloidový prekurzor proteinu štěpen enzymy na jiných místech a tím vznikají jiné fragmenty. Tyto fragmenty se následně spojují a vznikají tak silně neurotoxické oligomery. Poté dochází ke koagulaci, spojení dlouhých vláken B-amyloidů a vznikají alzheimerovské plaky. Tyto plaky představují okrsky neurodegenerace. V těch okrscích pak probíhá zánětlivá reakce, uvolňují se volné kyslíkové radikály, cytosiny a dochází k dalšímu poškození centrální nervové soustavy. V neuronech dochází také k degradaci dalších důležitých proteinů, ze kterých se utvářejí neuronální uzlíčky a to má za následek postižení acetylcholinergního systému, velmi důležitého pro kognitivní funkce (RAMBOCH, 2012).

1.5 RIZIKOVÉ FAKTORY

Příčina, proč člověk onemocní Alzheimerovou chorobou, jednoznačně není. Na onemocnění se podílí určité rizikové faktory demence, které ale nezpůsobí toto onemocnění samostatně.

Věk - mezi nejvýznamnější rizikové faktory Alzheimerovy choroby patří věk. Vzácně se dostavuje před 60 rokem života, ale u 85letých lidí se tato nemoc vyskytuje až v 24%.

Genetika - dalším významným faktorem je genetika. Blízcí příbuzní lidí, trpící Alzheimerovou chorobou mají třikrát až čtyřikrát větší pravděpodobnost, že touto nemocí onemocní také. Jeden z genů, který kóduje apoprotein E může zvyšovat riziko vzniku této choroby.

Pohlaví - Alzheimerova choroba postihuje častěji ženy než muže. Muže postihuje spíše demence cévního typu

Vzdělání - Alzheimerova choroba je méně častá u lidí, kteří mají vyšší úroveň vzdělání. Zřejmě z důvodu úrovně psychické aktivity po celý život.

Léky - hormonální a substituční léčba ovlivňuje riziko vzniku Alzheimerovy choroby. Lidé, kteří užívají protizánětlivé léky na artrózu, revmatoidní artritidu a podobně mají nižší riziko výskytu Alzheimerovy choroby. Ženy, které užívají hormonální substituční terapii mají taktéž nižší riziko vzniku tohoto onemocnění. Ovšem tyto výsledky jsou stále předmětem výzkumu.

Další - možnými rizikovými faktory mohou být též úrazy hlavy, některá cévní onemocnění, kouření, požívání nadměrného požívání alkoholu. Dále literatura uvádí, že starší lidé trpící depresemi mají 3 – 4 x vyšší riziko vzniku demence (SLEZÁKOVÁ a kol., 2012).

1.6 KLINICKÝ OBRAZ

Z počátku se Alzheimerova choroba nedá diagnostikovat. První příznaky tohoto onemocnění bývají nemocným a rodinou mylně připisovány stárnutím. Hlavním příznakem je ztráta paměti, zejména krátkodobé, nazývanou též epizodická.

První známky nemoci ukazují rodině nemocného, že něco není v pořádku. Zejména časté a náhlé změny nálad, lhostejnost a ztráta zájmu o věci, které nemocného dříve bavily. Dotyčný je podrážděný nebo nečekaně přátelský, někdy až plně uzavřený. U nemocného se dostavuje deprese s klasickými příznaky, jako je ztráta chuti k jídlu až hubnutí, porucha spánkového režimu (nespavost se střídá s přílišnou spavostí), ztráta energie, pocit méněcennosti až zbytečnosti a myšlením na sebevraždu. Tyto změny nálad jsou zapříčiněny chemickými změnami v mozku (CORLISS, 2009).

Poměrně brzy se objevují poruchy orientace v prostoru i v čase. Postupně se nemocný stává dezorientovaný, což vede k bloudění v prostředí, které nezná, pak v prostředí, které zná a postupem času i ve vlastním bytě či domě. Logické myšlení a soudnost se postupně snižuje, až zaniká. Dochází k poruše paměti ve všech jejích složkách a není schopen si zapamatovat něco nového.

Pacient postupně zapomíná jména, pojmy, snižuje se jeho slovní zásoba, nepamatuje si známé tváře – prosopagnozie. Snižuje se intelekt a myšlení se zpomaluje. Někdy dochází k poruchám fatických funkcí.

U většiny případů se jedná o 7 - 10 let života od objevení prvních příznaků. Obvykle však pacienti umírají z jiných příčin jako např. pády s následným krvácením do mozku, bronchopneumonie nebo komplikace dekubitů. I když lze Alzheimerovu chorobu označit za základní diagnózu, nelze ji označit za příčinu smrti (JIRÁK, HOLMEROVÁ A BORZOVÁ, 2009).

1.6.1 STÁDIA ALZHEIMEROVY CHOROBY

Většina autorů rozděluje Alzheimerovu chorobu do tří stádií – rané, střední a pozdní. Smyslem dělení této nemoci na stádia je uvědomit si, že řada dovedností a schopností zůstává v daném stadiu stále funkční. Díky tomu můžeme využít možnosti pacienta a máme také šanci chránit jeho důstojnost.

Alzheimerova choroba postihuje tři základní oblasti – kognitivní schopnosti, behaviorální schopnosti a aktivity denního života. Tyto oblasti v sobě zahrnují celou škálu příznaků, které se projevují pouze v některém stádiu. Další se mohou objevovat ve všech stádiích.

V bakalářské práci uvádíme informace od autorů o stádiích Alzheimerovy choroby, kteří ji člení na tři stadia a to na **počáteční, střední a pozdní**.

Počáteční stádium bývá často přehlíženo, protože je mylně považováno za projev stárnutí. Alzheimerova choroba ničí postupně různé funkce mozku, proto je důležité trénovat funkce, které jsou ještě stále aktivní. Alzheimerova choroba zpočátku postihuje oblast paměti. Zejména postihuje krátkodobou paměť, takže pacient má problém zapamatovat si nové poznatky. Logické myšlení a sociální schopnosti jsou v počátečním stádiu zcela v pořádku, a tak je pacient schopný si vytvořit způsob, jak se s občasnou ztrátou paměti vyrovnat. Postupem rozvoje Alzheimerovy choroby se zhoršuje porozumění slov. Pacient hovoří plynule bez zadržování, ale většinou bez obsahu. Z toho důvodu se může pacient izolovat sám do sebe. Dochází k poruchám aktivit denního života, zejména profesních a vykonávání složitějších činností. Pacienti jsou stále schopni luštit křížovky, hrát hry a podobně. Objevují se poruchy orientace v místě, zejména toho, které pacient příliš dobře nezná a tím bloudí. Ojedinele se objevují i poruchy orientace časem. Mohou se objevit první behaviorální příznaky, zejména deprese, pocit úzkost, která plynou z toho, že si pacient je sám vědom své nemoci a úpadku. Další behaviorální příznaky, které se objevují v počátečním stádiu je apatie, strach, smutek, ztráta zájmu k činnostem. Pacienti lžou a vymlouvají se, aby oklamali sami sebe i své okolí. Nemají chuť si uvědomovat vlastní onemocnění (anozognozie). Hybnost v tomto období není nijak narušena. Smysly, zejména hmat, sluch a zrak bývají nejdéle neporušeny. Postupně se ale zhoršují. Může být zhoršeno i více smyslů najednou. V počátečním stádiu je pacient ještě stále soběstačný (CALLONE a kol., 2008), (JIRÁK, HOLMEROVÁ, BORZOVÁ, a kol., 2009), (MATOUŠKOVÁ, 2011), (DIBLÍKOVÁ, 2008).

Ve **středním** stádiu přicházejí nemocní s podezřením k lékaři. Toto období je nejdelším a nejzávažnějším stádiem Alzheimerovy choroby. Může trvat 2 – 10 let. Protože se jedná o takto dlouhé období, bývá velice náročné zejména pro pečovatele. Paměť je výrazně poškozena. Pacient není schopen zapamatovat si myšlenky na

takovou dobu, aby je vyjádřil slovy, čímž se zhoršuje i schopnost komunikace. Ačkoliv to vypadá, že si pacient nic nepamatuje, dlouhodobá paměť je v tomto období zachována. Pacient bývá velmi často frustrovaný, protože při komunikaci nemusí všemu rozumět, nebo nedokáže vyjádřit své myšlenky. Velmi často se objevují poruchy pozornosti, dochází ke snižování schopnosti číst a psát. Stává se, že se pacient straní společnosti a stahuje se do stále větší izolace. Projevuje se dezorientace nejen v neznámém prostředí, ale také v prostředí, které pacient zná, nebo ve kterém sám žije. Dezorientace se také objevuje v čase a prostoru. Aktivita denního prostředí jsou narušeny ve větší míře. Pacient už zapomíná, k čemu se používají některé předměty. Potřebuje dopomoc při oblékání či hygieně, neboť ji sám nezvládne. Nedokáže řídit automobil. Často se objevují i poruchy sexuálních funkcí. Objevuje se inkontinence moče a stolice. Pacienti jsou schopni v tomto stádiu ještě stále pohybovat se sami, ale je třeba myslet na jejich bezpečnost. Narušena je i jemná motorika. V tomto období dochází ke spánkové inverzi. Většinou přes den spí a v noci jsou bdělí, což klade velké nároky na pečovatele, který musí zajistit bezpečnost pacienta. Může se stát, že pacient začne utíkat a vrací se na místa, které dobře zná, například kde dříve bydlel. Může také zažívat bludy či halucinace. Blud je mylné přesvědčení, které se blíží pravdě, je většinou nelogický a nesystematický. Halucinace je abnormální sensorický vjem nejčastěji zrakový nebo sluchový. Pacient trpí depresemi nebo úzkostí. V tomto stádiu se už nedokáže rodina o pacienta s Alzheimerovou chorobou starat celých 24 hodin a hledá pomoc. Lze využít různých služeb, jako jsou například denní stacionáře, centra denních služeb, pečovatelská služba (JIRÁK, HOLMEROVÁ, BORZOVÁ a kol., 2009), (CALLONE, 2008), (ČERVENKA, 2008), (MATOUŠKOVÁ, 2011).

Posledním stádiem Alzheimerovy choroby je **pozdní** stádium. Poškození mozku se šíří do čelního laloku. V tomto případě není pacient už schopen přiměřeně jednat. V tomto stádiu jsou prakticky zničeny všechny nervové buňky mozkové hemisféry, kromě té části mozkové kůry, která má na starosti motorickou činnost a zrakové funkce. Paměť je už poškozena ve všech složkách, to znamená, že je porušena i dlouhodobá paměť. Je ale stále možné u pacienta vyvolat příjemné vzpomínka pomocí fotografií. Dezorientace se dostavuje v místě, čase i v osobě. Pacient již nedokáže poznat ani své blízké, což je psychicky náročné pro pečovatele. Komunikace je velmi obtížná. Narušena je i schopnost úsudku, logického uvažování a sociálních dovedností. Častá potřeba spánku je spojena se spánkovou inverzí. Objevuje se také porucha příjmu

potravy, což vede k úbytku na váze. V tomto stádiu je již pacient plně upoután na lůžku, proto je potřeba dbát na prevenci vzniku proleženin, zápalu plic a infekce močových cest. Pacient je již zcela nesoběstačný, proto potřebuje pomoc ve všech činnostech. Objevuje se inkontinence moči a stolice. Není schopen dodržovat osobní hygienu. Chová se nepřijatelně a ztrácí schopnosti civilizovaného chování. Vydává stereotypní ječivé zvuky. Některé předměty vydává za jiné. V tomto konečném stádiu se snažíme zejména o uspokojování základních fyziologických potřeb a o ošetrovatelskou péči. Objevují se další onemocnění. V tomto období obvykle rodina využívá řadu služeb. Většinou to rodina nezvládá, jak po fyzické, tak po psychické stránce, a proto pacienta umísťuje do zařízení, která se mohou, nebo nemusí specializovat na Alzheimerovu chorobu. Toto období trvá většinou 1 – 3 roky. Pacienti nejčastěji umírají bronchopneumonií či komplikace dekubitů (JIRÁK, HOLMEROVÁ, BORZOVÁ a kol., 2009), (CALLONE, 2008).

1.7 VYŠETŘOVACÍ METODY

Diagnóza Alzheimerovy choroby nebo jiného typu demence se v dnešní době stále podceňuje. Rodina nebo zdravotníci hodnotí příznaky demence jako příznaky stárnutí.

Každá změna stavu nebo příznak připomínající demenci nebo jinou duševní chorobu je třeba vyhodnotit zkušeným lékařem, zejména specialistou. Určit diagnózu demence nejde jen tak „ode dveří“.

Při diagnostice Alzheimerovy choroby je nezbytné fyzikální vyšetření a odebrána anamnéza. Lékař na pacienta nesmí spěchat. Velmi důležitá je trpělivost a vymezení času na člověka s demencí.

Z anamnestických údajů pátráme po úrazech hlavy, CMP, diabetes mellitus, onemocnění srdce a cév, porucha metabolismu tuků, užívání léků nebo výskytu demence nebo jiných psychiatrických poruch v rodině. Anamnézu je nutné vždy zjišťovat u osoby, která o pacienta pečuje. Pacienti trpící Alzheimerovou chorobou nebo jinou demencí si často neuvědomují své potíže.

K vyšetřovacím metodám patří testování jednotlivých složek poznávacích funkcí, k tomu slouží testové a škálové metody, které s pacientem provádí psycholog nebo psychiatr. Tyto metody samostatnou diagnózu neurčí, ale mohou nám určit stupeň postižení.

Mezi zobrazovací metody patří CT a MR, které upozorňují na morfologické změny – změny prokrvení mozku, úbytek mozkové tkáně nebo přítomnost patologických změn v mozku jako jsou nádory, metastázy nebo cysty.

Informace o kvalitě mozkového metabolismu a přítomnosti a kvalitě přenašečů vzruchu v mozku nás informuje SPECT (single photon emission computerised tomography). EEG může být významné pro organickou změnu typu demence (JIRÁK, HOMEROVÁ, BORZOVÁ a kol., 2009).

Z laboratorních vyšetření je třeba odebrat biochemický soubor, který tvoří krevní vyšetření Na, glukózy, osmolarity séra, Ca, T3, T4, TSH a také krevní obraz. Mezi doplňující vyšetření je odebrání mozkomíšního moku, genetické vyšetření a biopsie mozku. Důležité je též vyloučit somatické onemocnění, které se mohou projevovat poruchami kognitivních funkcí, například endokrinní onemocnění, dehydratace, zánětlivá onemocnění a diabetes mellitus (HORT, JIRÁK, 2007), (LUŽNÝ, 2012).

1.7.1 TESTOVÉ A ŠKÁLOVÉ METODY

Mezi další vyšetřovací metody lze zařadit testovací škály. Tyto testy kognitivních funkcí zahrnuje vyšetření pozornosti, výkonnosti motorického a sensorického systému, krátkodobé a dlouhodobé paměti, procedurální paměti, jazyka a řeči, exekutivních a vizuospeciálních funkcí. K vyšetření se používá řada neuropsychologických testů.

Mezi nejznámější testy patří **MMSE** (Mini Mental State Examination), který je v dnešní době jeden z nejčastěji používaných a nejdostupnějších. Používají ho jak odborníci, tak i rodina nebo pečovatelé. Tento test posuzuje míru kognitivních funkcí. Skládá se z orientace času, prostoru a osobě, schopnosti zapamatovat a vybavit si tři slova, zkoušky kreslení a počítání (nejčastěji odečítání čísla 7 od čísla 100), řečové zkoušky – opakování vět, pojmenovávání předmětů. Dále musí pacient splnit zadaný úkol. Bodová škála tohoto testu je 0 – 30 bodů a je rozdělena do pěti výsledných

kategorií. Se zhoršujícím se stavem pacienta se skóre získaných bodů v tomto testu snižuje. Při neléčené demenci dochází ke ztrátě 3 – 4 bodů za rok. Výsledky tohoto testu mohou být ovlivněny pacientovými subjektivními faktory, jako například věkem, náladou, únavou či strachem. Ovšem výsledky tohoto testu nám určí jen, zda se jedná, či nejedná o demenci, nikoli přímo o demenci Alzheimerovu (MICHALOVÁ, 2010), MATOUŠKOVÁ, 2011), (JIRÁK, HOLMEROVÁ, BORZOVÁ a kol., 2009), (FRANKOVÁ, 2010).

Test hodin je další známý test. Spočívá v tom, že pacient má nakreslit ciferník hodin se všemi čísly, které mu přísluší. Pak musí zaznačit ručičky na ciferníku na danou hodinu. Hodnotí se správnost nakresleného ciferníku, pořadí čísel a postavení ručiček na předem určenou hodinu. V tomto testu lze dosáhnout maximálně 10 bodů (FRANKOVÁ, 2010).

Dalším testem, je **test řečové flance nebo řečové plynulosti**. Pacientovi je zadáno, aby vyjmenoval co nejvíce slov, například začínající na stejné písmeno. Vyjmenování těchto slov musí v určitém časovém intervalu. V tomto testu se hodnotí pohotovost, motivace a slovní paměť.

Wechslerova škála paměti je test, který poskytuje informace o zrakové a slovní paměti. Tento test testuje orientaci, zapamatování si slov, tváří, logickou paměť, zrakovou reprodukci, uspořádávání čísel a písmen.

Využívají se také **testy řečových funkcí** – WAB, který je rozdělen na dvě části. První část zkoumá spontánní řeč, pojmenování, opakování a porozumění. Druhá část se skládá z testů hodnotící čtení, psaní a počítání. Dále hodnotí vykonávání úkolů a doplnění obrazce do logické série.

Resibergova škála GDS (Global Deterioration Scale) určuje míru postižení kognitivních funkcí. Tato sedmistupňová škála určuje strategii (P-PA-IA), kterou sestavila Česká alzheimerovská asociace. Tato strategie je založena na jednotlivých stádiích demence, která usnadňuje pacientovi i pečujícím řešit formální záležitosti. Písmeno „P“ je znakem pro podporu / poradenství potřebné hlavně v prvním stadiu demence. „PA“ označuje programované aktivity u druhého stadia demence. A „IA“ označuje individuální asistenci charakteristickou pro třetí stadium demence (HOLMEROVÁ, 2013).

Test kreslení dráhy je dalším testem, který hodnotí schopnost plánování, zrakově – pohybovou koordinaci, zrakové vyhledávání, pozornost a schopnost přizpůsobit se. Dále sleduje psychomotorické tempo pacienta (JIRÁK, HOLMEROVÁ, BORZOVÁ a kol., 2009).

1.8 TERAPIE

V dnešní době ještě neznáme komplexně etiologii Alzheimerovy choroby. Z tohoto důvodu ji nedokážeme vyléčit, ale můžeme zmírňovat příznaky a oddalovat těžká stádia (JIRÁK a kol., 2013).

1.8.1 FARMAKOLOGICKÁ TERAPIE

V současné době pro léčbu Alzheimerovy choroby vycházíme z medicíny založené na důkazech (evidence-based medicine). To znamená, že jsou testovány rozsáhlými klinickými studiemi, tzv. dvojité slepými a placebem kontrolovanými, které objektivně potvrzují účinnost těchto léčivých přípravků (JIRÁK a kol., 2009).

Dodnes neexistuje žádná účinná terapie Alzheimerovy choroby. Podávají se pouze léky, které ovlivňují průběh onemocnění. Farmakoterapii Alzheimerovy choroby rozlišujeme na léčbu kognitivních a nekognitivních funkcí. Kognitivní ovlivňuje zejména porušené poznávací funkce a nekognitivní funkce ovlivňuje přidružené poruchy nálad a afektů, spánku a chování (LUŽNÝ, 2012), (JIRÁK, HOLMEROVÁ, BORZOVÁ a kol., 2009).

V současné době jsou základními léčivy u lehkých a středních forem Alzheimerovy choroby tzv. inhibitory acetylcholinesteráz. Tyto léčiva jsou enzymy, které odbourávají jeden z významných přenašečů vzruchu – acetylcholin. U lidí trpících Alzheimerovou chorobou, se tato látka tvoří a uvolňuje v mozku mnohem méně. Právě tato látka je velice důležitá na paměť. Pokud se tedy zablokuje v mozku enzymy cholinesterázy, dosáhne se tím zvýšení acetylcholin a tím pádem se zlepší paměť. V České republice se používají tři inhibitory cholinesteráz. Je to Donepezil, Rivastigmin a Galantamin.

U těžších forem Alzheimerovy choroby se používá látka, která působí přes jiný systém mozkových přenašečů vzruchu, jsou to tzv. excitační aminokyseliny. Jedná se o Memantin, který částečně blokuje enzymy. Působí neuroprotektivně. To znamená, že chrání některé nervové buňky před škodlivými látkami a zlepšuje proces učení se a zapamatování si.

V léčbě Alzheimerovy choroby se dále používá celá řada dalších farmakologických přístupů. Tyto přístupy však nejsou dostatečně prozkoumány. Jedná se o látky, které likvidují volné kyslíkové radikály. Za normálního zdravotního stavu dochází k rovnováze mezi tvorbou a spotřebou těchto radikálů. Slouží jako stavební jednotka pro nově vznikající látky a slouží jako přenašeče informací. U člověka trpící Alzheimerovou chorobou však dochází ke zvýšené tvorbě a tělo je nestačí spotřebovat. Dochází k jejich nadbytku. Navazují se na stěny nervových buněk, na enzymy nebo na další tkáň a poškozují je.

Ve farmakoterapii u Alzheimerovy choroby se dále užívá E-vitamín, C-vitamín nebo Retinol. Jsou to spíše doplňkové prvky.

Do nekognitivní farmakoterapie řadíme např. antipsychotika II. generace. Tyto léky slouží při tišení neklidu či deliria. Nemají mnoho nežádoucích účinků. Dále se používají moderní antidepresiva nebo moderní anxiolytika. Tyto léčiva jsou látky proti úzkosti. Nekognitivní farmakoterapie působí na poruchy chování, změny nálad, nebo poruchám spánku (JIRÁK, HOLMEROVÁ, BORZOVÁ a kol., 2009).

1.8.2 NEFARMAKOLOGICKÁ TERAPIE

K terapii pacienta s Alzheimerovou chorobou musíme přistupovat komplexně. To znamená, že je důležité k farmakoterapii připojit také nefarmakoterapii, tedy nefarmakoterapeutické přístupy. Základem je tedy správný přístup k pacientovi s Alzheimerovou chorobou.

Při práci s pacientem s Alzheimerovou chorobou je nejdůležitější jej motivovat, což není vždy tak snadné. Obecně staří lidé se nedokážou nadchnout pro určitou činnost, dochází k apatii či naprostému nezájmu. Motivaci můžeme zvýšit tím, že vymyslíme nějakou činnost, která jim přinese užitek, nebo nějakou hmotnou věc, kterou

si mohou odnést a vystavit si ji nebo ji někomu darovat. Zajištění aktivity pacienta s Alzheimerovou chorobou přispívá k jejich sebevědomí, jelikož jim dodává smysl a účel života a také jim aktivita určuje mezníky času a strukturuje den.

Cílem aktivity je udržení nebo také zlepšení stávajících dovedností. Aktivita u pacientů také zajišťuje smysluplnost využití volného času a tím eliminuje nežádoucí poruchy chování jako např. neklid nebo bezcílné bloudění. Aktivity mají také pozitivní vliv na pacientův emoční stav – zvyšují jeho sebevědomí a sebedůvěru a zajišťují komunikaci mezi pacienty či mezi terapeutem a pacientem.

Jestli-že se pacient účastní nějaké aktivity poprvé, tak je nejdůležitější mu vše vysvětlit, věnovat se mu a upozornit ho na to, že rozhodně není povinná a může být tato činnost kdykoliv ukončena. Aktivita by měla být vedena s humorem, ovšem s ohledem na jednotlivé pacienty. Terapeut musí ukázat, že i on není neomylný, tím pádem by se pacient neměl bát být neúspěšný. Aktivita nesmí být příliš dlouhá a vyčerpávající a poté by měla být nahrazena aktivitou, která rozvíjí jinou část pacientovy osobnosti. Příliš aktivit najednou může pacienty vyčerpat jak fyzicky tak i psychicky (zhoršit jejich behaviorální projevy). Základem úspěšné aktivity pacienta je terapeutovo zaujetí dané činnosti, a by znal jednotlivé pacienty (HOLMEROVÁ, JAROLÍMOVÁ, SUCHÁ a kol., 2007).

Reminiscenční terapie

Jednou z nejznámějších aktivit pro pacienty trpící Alzheimerovou chorobou je reminiscenční terapie. Její základy položil v 60. letech 20. století Dr. Robert Butler, který ji původně nazýval „life review“ neboli „rekapitulace života“ (KONVRZKOVÁ, 2008).

Jedná se o proces, při kterém dochází ke vzpomínání na příjemné okamžiky života. Lze ji pokládat za velmi dobrou terapii v praxi v jakémkoliv prostředí a to proto, že se jedná o účinnou, levnou a snadno aplikovanou metodu. Je vhodná pro lidi v raném či středním stádiu Alzheimerovy choroby či jiné demence. Terapie má vliv na faktory jako je katarze (osvobození se od vnitřních zážitků), sebeodhalení, větší otevřenost při komunikaci s ostatními účastníky terapie, pocit přijetí skupinou, porozumění sebe samému, učení se nápodobou, zvýšení naděje apod. (ŠPATĚNKOVÁ, BOLOMSKÁ, 2011).

Reminiscenční terapie má dvě dělení. První dělení ji rozděluje na terapii obecnou a specifickou. Obecná reminiscenční terapie je předem plánovaná a je při ní využívána celá řada reminiscenčních pomůcek, které vyvolávají vzpomínky z minulosti. Specifická reminiscenční terapie využívá cílené pomůcky, které většinou pacienti sami vlastní, nebo jsou s nimi úzce spjatí. Druhé dělení ji rozděluje na individuální a skupinovou, kterou dále rozdělujeme na formální a neformální. Neformální skupinová terapie probíhá spontánně a nenuceně. Většinou se jedná o rozhovor při běžných denních činnostech pacienta. Měla by být součástí každodenní interakce. Formální skupinová terapie je cílená a předem plánovaná. Často se ovšem dochází k prolínání formální a neformální skupinové terapie.

Před zahájením reminiscenční terapie by měl proběhnout individuální rozhovor mezi pacientem a terapeutem a s jeho rodinou. V tomto rozhovoru budeme zjišťovat informace, zda pacient preferuje spíše individuální nebo skupinovou terapii, jak pacient rozumí mluvenému slovu, jak se umí vyjadřovat nebo jaký způsob komunikace preferuje, dále budeme zjišťovat sociální anamnézu a zdravotní stav. Po rozhovoru následuje už samotná terapie, která může být buď individuální, nebo skupinová. Terapeut by měl na závěr shrnout, čeho se bude terapie týkat a zdůraznit to, čeho se budou snažit společnými silami dosáhnout. Měl by dát také pacientům prostor k vyjádření, co pro ně setkání znamenalo a co jim přineslo.

Skupinová terapie s pacienty s Alzheimerovou chorobou by měla splňovat určité podmínky. Skupina by měla mít zhruba 2 – 4 osoby. Setkání by měly mít kratší dobu, ale měly by bývát častěji než 1x týdně. Pacienti by se měli setkávat ve stejnou časovou dobu, na stejném místě a podobným způsobem. Důležité pro terapeuta je získat co nejvíce informací o životě každého člena skupiny. Terapeut by měl volit vhodné reminiscenční pomůcky a také stanovit realistické cíle, aby nepřetěžoval pacienty. Při reminiscenční terapii využíváme řadu témat z minulosti, například dětství, svatba a rodičovství, cestování, hospodářství, hudba, práce, kultura atd.

Je potřeba dodržovat určitá pravidla, aby byla reminiscenční terapie úspěšná. Těmito pravidly je pozorné naslouchání, zapamatování si významných událostí z pacientova života, dále je důležité být empatický, citlivý, projevovat zájem o pacienta a jeho rodinu. Důležité je aby terapeut uměl zvládnout negativní emoce ze strany pacienta nebo jeho rodiny.

Reminiscenční terapie využívá mnoho zdrojů. Jsou to komunitní zdroje (místa, která můžeme navštívit – knihovna, škola nebo muzeum) a lidské zdroje (lidé, kteří mohou spolupracovat – dobrovolníci, umělci a rodinní příslušníci). Dále využíváme reminiscenční pomůcky například staré fotografie, starší knihy, kalendáře, starší předměty, které člověk běžně využívá i dnes (starý mlýnek na kávu, starý váha, staré pero, staré dřevěné hračky), smyslové pomůcky (čaj, hudba, pečivo). Výběr těchto pomůcek a zdrojů záleží na kreativitě terapeuta a zvyklostech pacientů. Reminiscenční skupina si může vytvořit knihu vzpomínek, básní, fotografií s příběhy dané fotografie, což má stimulační účinek. Tuto knihu mohou mít pacienti buď společnou, nebo může mít každý člen reminiscenční skupiny svou vlastní. Při tvorbě této knihy velmi často pomáhají rodinní příslušníci. Další reminiscenční aktivitou může být tanec na starou hudbu, poslech hudby, čtení knih, vyprávění příběhů dramatizace příběhů atd.

Reminiscenční terapie se využívá s různými skupinami lidí a její vliv je nesporný také u osob s Alzheimerovou chorobou. Ačkoliv lidé s Alzheimerovou chorobou mají problém s krátkodobou pamětí, jejich dlouhodobá paměť je ještě nějakou dobu funkční, tím pádem si tyto lidé mohou vybavovat své vzpomínky z dětství, dospívání, mateřství apod. Výhoda této terapie je, že ukazuje na nedostatky člověka s Alzheimerovou chorobou, nedočká se neúspěchu, který by pro něj mohl být demotivující.

Reminiscenční terapie není prospěšná jen pro pacienty s Alzheimerovou chorobou, ale také pro zdravotní sestry, pečovatele, rodinnými příslušníky a všemi lidmi co přijdou do kontaktu s tímto pacientem (HOLMEROVÁ, JAROLÍMOVÁ, SUCHÁ, 2007), (ŠPATENKOVÁ, BOLOMSKÁ, 2011).

Orientace realitou

Člověk s Alzheimerovou chorobou nedokáže rozumět nebo se orientovat ve stále měnícím se prostředí a okolí světa. Je proto velice důležité, abychom člověka s Alzheimerovou chorobou orientovali v realitě a tím mu poskytl možnost porozumět okolnímu prostředí a cítit se lépe a jistěji. Někdy je možné, že nesprávná orientace realitou může vyvolat některé behaviorální příznaky.

Orientace realitou je terapie umožňující klientovi s kognitivní poruchou porozumění a lepší orientování v okolním světě po co nejdelší dobu. Cílem této terapie je zlepšit celkovou orientaci, zmenšit zmatenost a zvětšit samostatnost a nezávislost člověka s Alzheimerovou chorobou.

Důležité je, aby orientace realitou byla každodenní součástí každého kontaktu s danou osobou. Takže začíná hned ráno, kdy pacientovi s Alzheimerovou chorobou řekneme, že je ráno, kolik je hodin kde se nachází, co se právě bude dělat a co se bude dělat dál. Dále představíme osoby, se kterými se pacient bude potkávat. Velmi důležité je oslovení pacienta. Vždy oslovujeme pane či paní, popřípadě titulem, jménem či příjmením. V žádném zařízení by se nemělo pacientovi tykat, pokud si to sám nepřeje, ale nedoporučuje se to. Pokud si pacient přeje oslovení jménem, mělo by být zachováno vykání. Pacientovi s Alzheimerovou chorobou sdělujeme informace pouze ty, které jsou pro něj a jeho orientaci nezbytně nutné abychom ho zbytečně nestresovali a nezatěžovali. Informace by měly být sdělovány pozitivně a neměly by mít negativní sdělení. Také je sdělujeme pozitivním způsobem, neměly by mít negativní sdělení. Informace podáváme jako v běžném rozhovoru. Každá komunikace by měla vedena citlivě a klidně. Jestli-že pacient hovoří nesouvisle nebo překotně, je potřeba mu dát najevo náš zájem o informace, které chce říct a komunikovat s ním co nejjednodušším způsobem. Jakmile mu porozumíme, je třeba mu dát zpětnou vazbu a tím pacienta motivovali k další konverzaci. Musíme mít na paměti, že orientace realitou není dohadování se o realitě, či konfrontace s realitou. Nikdy se nesmíme dohadovat s pacientem, i když víme, že nemá pravdu. Když dojde ke zneklidnění pacienta, musíme tuto terapii orientace realitou přerušit, a vyměnit ji za jinou, vhodnější metodu, například za validaci.

Orientace realitou může být uskutečňována formě individuální nebo skupinové. Individuální provádíme při jakémkoliv kontaktu s pacientem. Skupinová terapie se uskutečňuje ve skupině lidí, kteří jsou na tom podobně v poznávacích schopnostech, zejména proto, aby nedocházelo k velkým rozdílům mezi jednotlivými osobami, a také aby neměli pacienti pocit, že nestačí na ostatní pacienty, což přináší frustraci. Skupina by měla mít 3 – 6 pacientů a scházet se přibližně 5x týdně. Jedno sezení trvá asi půl hodiny až hodinu. Skupinová terapie je zahájena zmapováním, zjištěním stupně orientovanosti pacientů a upřesněním (jaký je den, datum měsíc, roční období, rok, kdo má svátek atd.) Tato skupinová terapie se může zabývat jednotlivými tématy, jako jsou např. diskuze o počasí, o zprávách, o pacientech atd. Skvělou pomůckou jsou noviny časopisy, televizní program či samotná televize. Pacienti pak mohou o nabytých informacích diskutovat.

Součástí orientace realitou je úprava prostředí, ve kterém se jedinec a Alzheimerovou chorobou pohybuje. Hlavně se jedná o barevně rozlišení jednotlivých místností, dále pak vyznačení šipkami směru k pokoji pacienta. Orientaci v prostředí musíme pacienta naučit. Dalšími pomůckami mohou být třeba velké hodiny na stěně, závěsný kalendář, nástěnka s datem, měsícem rokem a ročního období. Dále musíme věnovat prostředí v noci, tím pádem tlumit pouličního osvětlení žaluziemi. Naopak je vhodné mírné osvětlení cesty např. na WC pomocí malých světelných bodů v elektrických zástrčkách (HOLMEROVÁ, JAROLÍMOVÁ, SUCHÁ a kol., 2007).

Kognitivní rehabilitace

Pro aktivizaci zdravých seniorů se používá zejména trénink paměti (kognitivní trénink). Skládá se z různých cvičení, která slouží ke zlepšení fungování jednotlivých kognitivních funkcí (pozornost, soustředěnost, paměť, myšlení). Cílem je zlepšit jednotlivých funkcí zamezit možného vzniku problémů, které by v důsledku těchto poruch mohly vzniknout. Ovšem kognitivní trénink a trénink paměti, se pro pacienty trpící Alzheimerovou chorobou nehodí, využívá se metoda zvaná kognitivní rehabilitace.

Při kognitivní rehabilitace se nepracuje na čas. Tato aktivita není založena na soutěžním charakteru, aby pacientům nezpůsobovala stres. V kognitivní rehabilitaci se klade důraz na procvičování funkcí, které jsou stále v dané fázi Alzheimerovy choroby zachovány. Dále klade důraz na zvyšování sebevědomí pacienta a zvyšování motivace k činnosti. Aktivita by měly probíhat formou hry a měly by být zaměřeny na dlouhodobou paměť, která bývá ještě dlouho zachována.

Kognitivní rehabilitaci můžeme provádět individuální nebo skupinovou formou. Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol. ve své knize „Péče o pacienty s kognitivní poruchou“ uvádějí, že se osvědčilo provádět skupinovou kognitivní rehabilitaci hned po kinezioterapii, protože se domnívají, že cvičením se prokrví mozek a člověk je poté soustředěný a lépe pracuje. Skupina pacientů při kognitivní rehabilitaci by měla mít 5 – 10 členů. Terapeut musí terapii provádět klidně, citlivě a měl by umět reagovat na individuální problémy jednotlivých členů. Je třeba volit cvičení, která jednotliví členové zvládnou. Cvičení by mělo být zaměřeno na využití jednotlivých smyslů. Pokyny při cvičení by měly být zadány jasně, jednoduše a krok za krokem. Důležité je, aby bylo cvičení pro členy zábavné.

Kognitivní rehabilitaci lze zaměřit přímo na jednotlivá témata. Například téma cestování, kdy pacienti procvičují paměť a hádají vlajky a hlavní a ostatní města států. Je možnost začlenit i reminiscenční terapii, kdy pacienti vzpomínají, která místa navštívili, nebo muzikoterapii, při které mohou pacienti zazpívat píseň, ve které se dané město objevuje. Dalším tématem může být povolání nebo příroda.

U pacientů trpících lehčím stadiu Alzheimerovy choroby můžeme požívat cvičení, která procvičují krátkodobou paměť (pexeso, jazykolamy, zapamatování si předmětů), u pacientů se středním nebo těžkým stadiem procvičujeme paměť dlouhodobou (doplňování přísloví a pranostik, říkání říkanek, zpívání písniček apod.) (HOLMEROVÁ, JAROLÍMOVÁ, SUCHÁ a kol., 2007).

Ergoterapie

Ergoterapie by měla být součástí komplexního přístupu k pacientovi s Alzheimerovou chorobou. U těchto pacientů používáme ergoterapii pro zachování a posilování a vedení k sebeobslužným činnostem. Spousta lidí si myslí, že ergoterapie je „léčba prací“. Ergoterapie je léčebná disciplína.

Jejím cílem je dosáhnout maximální samostatnosti a soběstačnosti. K dosažení cíle pomáhají terapeutických prostředků, které pomáhají k obnově postižených funkcí.

Ergoterapeut jako první provede s pacientem ergoterapeutické vyšetření a na jeho základě stanoví krátkodobý, střednědobý nebo dlouhodobý plán, který by měl navazovat na komplexní plán pacienta. Krátkodobý plán se stanovuje na týdny až měsíce. Dlouhodobý plán je stanoven na několik měsíců až let s ohledem na progresi onemocnění. V rámci terapie se provádějí samotné aktivity (činnosti, které zvyšují svalovou sílu nebo zlepšují kloubní pohyblivost atd.). Nacvičují se běžné denní aktivity, komunikační schopnosti, kognitivní schopnosti atd. V rámci ergoterapie se provádí nácvik práce s kompenzačními a technickými pomůckami, ale také zajišťuje poradenské služby v oblasti úpravy domácího prostředí.

Pacienty s Alzheimerovou chorobou je ovšem problém provést nácvik používání kompenzačních a technických pomůcek, protože kognitivní funkce u těchto pacientů jsou natolik porušeny, že se již většinu nenaučí pomůcky používat (HOLMEROVÁ, JAROLÍMOVÁ, SUCHÁ a kol., 2007).

2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU

V následující kapitole přiblížíme specifika ošetrovatelské péče u pacienta s Alzheimerovou chorobou. Tuto péči lze rozdělit na péči v domácím prostředí a v domově se zvláštním režimem.

2.1 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ

Péče ze strany rodiny a také v rodinném prostředí je považována za nejefektivnější. V podstatě se pro pacienta nic nemění (PIDRMAN, 2007).

Vlivem domácího prostředí a blízkostí rodiny příznivě působí na psychiku pacienta a ovlivňuje jeho celkový zdravotní stav. Podle sociologů stále není vyřešena úloha a postavení jednotlivých členů v moderní rodině. Je mnoho rodin, které žijí a pečují o své nemocné členy.

Ne každému pacientovi je ale umožněno žít v pozdním stádiu či dokonce ani ve středním stadiu Alzheimerovy choroby ve svém domácím prostředí. Na rodinu jsou kladeny vysoké nároky, jak po fyzické, psychické nebo sociální stránce, tak i po časové a finančně náročné stránce. Jestli-že se podaří vytvořit harmonické prostředí a péči rozdělíme mezi několik pečujících, může nemocný prožít ve svém domácím prostředí i několik dalších let (KLEVETOVÁ, DLABALOVÁ 2008).

Jestli-že se rodina rozhodne pečovat o rodinného příslušníka, který trpí Alzheimerovou chorobou, je potřeba být o této nemoci dostatečně edukován a vytvořit pacientovi s Alzheimerovou chorobou „bezpečný domov“. Jestli-že je pacient pohyblivý, který má sklony k útěkům, pořídíme mu na viditelném místě identifikační údaje. Na vchodových dveřích můžeme nainstalovat infračervené čidlo nebo kamerových systém. K monitorování pacienta nejčastěji používáme náramek s technologií GPS. U pacienta s Alzheimerovou chorobou hrozí riziko, že se zamkne na záchodě nebo jiné místnosti, za vhodné se považuje vyměnit zámek a vložit místo něj vložku tak, aby se daly odemknout z obou stran. Dále by se měly zabezpečit všechny

zásuvky, nejlépe chráničkou. Na stěnách by měly být veliké hodiny, velký nástěnný kalendář a denní harmonogram pro zlepšení orientace. Vhodné je pořídit si termostatickou baterii do koupelny i kuchyně z důvodu zabránění opaření horkou vodou. Některé organizace zapůjčují polohovací lůžko s antidekubitní matrací, která slouží k prevenci dekubitů. Největší riziko číhá v kuchyni. Měli bychom zabezpečit elektrický sporák bezpečnostním spínačem automatickým vypínáním. Vhodné je mít v kuchyni kouřový senzor (EHRENFREUCHTER, 2014).

2.2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE V DOMOVĚ SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM

Zařízení jako je domov pro seniory nebo domov se zvláštním režimem by měl pacientovi nahrazovat domov a domácí prostředí. Registrované zařízení sociálních služeb má povinnost, poskytnou pacientovi odbornou sociální péči, ale také odbornou zdravotní ošetrovatelskou péči na náležité úrovni. Vzhledem ke zdravotnímu stavu pacientů, ubytovaných v těchto zařízení je zdravotní péče nezbytná. Součástí pečujícího týmu v zařízení by proto měla být vždy i všeobecná sestra, která se bude věnovat prevenci a řešení problémů zejména malnutrice, dekubitů, bolesti a deprese.

Prevence malnutrice

Pacienti v domovech se zvláštním režimem jsou často upoutaní trvale na lůžko a jejich komunikativní schopnosti jsou omezené, proto jsou plně odkázáni na péči ošetřujícího personálu. Ta musí zahrnovat i zajištění základní výživy a nutriční péči. Nedostatečná nutriční péče může vést k malnutrice, která může zapříčiňovat k zhoršení zdravotního stavu, zvýšení rizika dekubitů a zhoršení soběstačnosti.

Při příjmu nového pacienta by zařízení mělo zaznamenat údaje o váze, výšce, boddy mass indexu a příjmu potravy. U pacientů, kteří nejsou schopni se postavit, se zaznamenává obvod paže místo tělesné váhy. Na základě těchto vstupních informací se vyhodnocuje riziko vzniku malnutrice. Tento postup a vyhodnocování možného rizika by sestra měla opakovat v pravidelných intervalech.

Ošetřující personál by měl včas rozpoznat snížení zájmu pacienta o jídlo, pravidelně sledovat hmotnost a svalovou sílu, mít objektivní přehled o skutečné konzumaci stravy, motivovat a zapojit pacienta do přípravy jídla a stolování.

Zdravotní personál by měl věnovat pozornost systematickému sledování příjmu stravy a tekutin. Zejména u pacientů, kteří si s ohledem na svůj zdravotní stav nejsou schopni pitný režim zajistit sami, nebo patří k ohroženým z hlediska vzniku malnutrice. K zaznamenávání lze využívat standardizovaný formulář, ve kterém se příjem stravy monitoruje zaškrťováním příslušných políček (snědl čtvrt, půl, celou nebo tři čtvrtiny porce).

U sledování příjmu tekutin můžeme postupovat podobně. Nemusíme zaznamenávat každé napití, ale můžeme připravit nápoj do vhodné nádoby a na konci směny objektivně změřit, kolik tekutiny pacient vypil. Měla by se stanovit kritéria, u kterého pacienta se bude příjem tekutin sledovat, a zadat personálu pokyny, v jaké formě tak má činit. Ošetřující personál by pak u vybraných pacientů měl mít k dispozici údaj, jaké množství tekutin má pacient během dne vypít.

Pacienti, kteří trpí Alzheimerovou chorobou, mají vyšší energetickou potřebu, měla by jim být tedy podávána strava nutričně a energeticky odpovídající strava reflektující aktuální fázi onemocnění. Tito pacienti by také měli mít neustálý přístup k jídlu. U pacientů, kteří mají potíže s polykáním nebo rozmělnění potravy v ústech je potřeba stravu upravit. Toto rozhodnutí by mělo být zaznamenáno v dokumentaci pacienta spolu s informací o tom, kdo, kdy a z jakého důvodu tak učinil. Přejít na mechanicky upravenou stravu je pro pacienta velmi zásadní změnou. Vnímá tak ztrátu svých schopností a soběstačnosti a přichází o plný zážitek z jídla. Upravenou stravu můžeme tak podávat v krájené, mleté nebo mixované formě.

Prevence dekubitu

Někteří pacienti v domově se zvláštním režimem trpí omezenou pohyblivostí a tráví většinu času na lůžku. Součástí péče musí tedy zahrnovat riziko vzniku dekubitu a postup jejich předcházení. Problematika prevence vzniku dekubitů nesmí být řešena intuitivně. Toto riziko musí být systematicky vyhodnocováno. Musí být znám počet pacientů ohrožených rizikem vzniku dekubitu. Dokumentace musí zahrnovat, v jakých časových intervalech probíhá polohování ležících pacientů. V dokumentaci pacienta

s již narušenou kožní integritou musí být zaznamenán stav rány, její velikost, průběh hojení a provádění převazů.

Zásadou prevence vzniku dekubitu je individuální vyhodnocování vznik dekubitu, polohování a vhodná strava, vedení dokumentace s dostatečnou výpovědní hodnotou.

Sledování bolesti

U pacientů s Alzheimerovou chorobou, zejména v těžkém stádiu, není vždy snadné rozpoznat bolest. Neléčená bolest zásadně zhoršuje kvalitu pacientova života, může být i přehlédnutelným signálem závažnějšího onemocnění, které zůstává nepovšimnuto. Může vést i k poruchám chování jako je neklid nebo agrese, a následnému zbytečnému nasazení psychofarmak.

V rámci poskytování služeb je potřeba věnovat dostatečnou pozornost bolesti a její léčbě. Zejména tedy v pokročilém stádiu demence, kdy pacient už není schopen verbalizovat své pocity. Je proto potřeba aby schopnost detekovat bolest zvládnul i pečující personál.

Deprese

Průvodním jevem demence bývá z velké části deprese. Často bývá opomíjena a zaměňována s počátečními příznaky Alzheimerovy choroby. Deprese tak mohou být přehlíženy a neřešeny, což se negativně projevuje na kvalitě života pacienta. Proto je třeba, aby si zařízení bylo vědomo těchto rizik a zavedlo standardizovaný systém sledování příznaků deprese, v němž budou stanoveny postupy a povinnosti jednotlivých pracovníků.

Hygiena

Povinností pracovníku v sociálních službách je zajistit pomoc při hygieně. Provádění hygieny by měla probíhat individuálně dle potřeb pacienta, celková hygiena by však měla být prováděna alespoň jednou za týden. Při provádění hygieny je nezbytné respektovat a zajistit soukromí pacientů. Rovněž je povinností poskytovatele, vést záznamy o poskytnutých úkonech u pacientů, kteří potřebují pomoc s osobní hygienou. Jedině tak, je možné doložit, že byla pacientovi poskytnuta péče v této oblasti.

Mikční režim

Dalším projevem Alzheimerovy choroby je inkontinence. Prioritou péče v této oblasti je snaha udržet pacienta co nejdéle kontinentní. Tím lze dosáhnout díky

správnému režimu, včetně režimu mikčního. Pacient by měl možnost se v cca 2hodinových intervalech, nebo i častěji, možnost se spontánně vymočit. Tento režim může minimalizovat spotřebu inkontinentních pomůcek, které mohou sloužit jen pro pojistku.

Ošetřovatelky (pracovníci v sociálních službách) by měly mít zadání, koho z klientů a jak často vysazovat na přenosné WC, komu dopomáhat dojít si na toaletu a jak často. Komunikační bariéra by měla být důvodem pro ukončení dopomáhaní na toaletu. Mikční režim by měl vycházet z individuálních potřeb jednotlivého pacienta. Důležitostí mikčního režimu je jeho odraz v dokumentaci, včetně záznamů a průběhu péče v této oblasti. (VEŘEJNÝ OCHRÁNCE PRÁV, 2015).

Prevence pádu

Pád představuje pro seniora velmi vážné následky (zlomeniny, poranění hlavy, deprese). Proto je potřeba věnovat dostatečnou pozornost prevenci pádu. Až u 50 % osob nad 85 let dochází k pádům. U pacientů se vyskytuje ranní hypotenze poté, co ráno rychleji vstane z lůžka. Jedním z rizikových faktorů je užívání léků (antidepresiva, psychofarmaka, antihypertenziva, myorelaxancia, analgetika, hypnotika), některé z nich mohou mít tlumící účinek i v denních hodinách. Dalším rizikovým faktorem patří narušená chůze a svalová slabost. Většina pacientů s Alzheimerovou chorobou trpí na bolestivost kloubů, která může být zapříčiněna používáním nevhodné kompenzační pomůcky (MLÝNKOVÁ, 2011).

Dostatečnou pozornost je třeba věnovat prevenci a hodnocení rizika pádů u každého pacienta. Riziko pádu je třeba zaznamenat a pravidelně aktualizovat. Jestli-že k pádu dojde, je třeba hledat příčiny a zaznamenat okolnosti pádu (stav pacienta, místo, čas). Příčiny pádu je třeba analyzovat a hledat způsoby, jak příště pádu předejít.

U pacientů, kteří mají značné riziko pádu, je třeba nastavit preventivní opatření. Nábytek by měl být stabilní, lůžko snížené, obuv uzavřená, stěny pokoje a koupelny by měly být vybaveny madly.

Důležité je vést celkovou evidenci pádů, z důvodu vysledování nejčastějších příčin jejich vzniku pádu, případně míst a denní doby. Pravidelná evidence umožní identifikovat rizikové faktory a místa, kde k pádu nejčastěji dochází (VEŘEJNÝ OCHRÁNCE PRÁV, 2015).

3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU

Ošetřovatelský proces probíhal v Domově pro seniory Karolinka u pacientky s diagnózou Alzheimerovy choroba. Domov pro seniory spadá pod sociální služby Vsetín.

Pacientka zde plánovaně nastoupila 28. 5. 2013, v doprovodu svého syna a snachy, na oddělení A s organickou depresivní poruchou a demencí mírného stupně, kde klinický obraz odpovídal Alzheimerově chorobě. Dne 14. 2. 2017 byla přeložena na oddělení B z důvodu stanovení diagnózy: Alzheimerova choroba, středně těžká.

Individuální ošetřovatelská péče pacientky byla prováděna ve dnech od 15. 2. 2017 do 16. 2. 2017 od 6:00 do 18:00 hodin. Získané informace, týkající se zdravotního a sociálního stavu pacientky byly získány z lékařské, sesterské a sociální dokumentace a z osobního rozhovoru s pacientkou.

Z nezbytných informací byl vypracován ošetřovatelský proces a ošetřovatelské diagnózy podle NANDA taxonomie II. Následně byl taktéž vypracován plán ošetřovatelské péče.

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Jméno a příjmení: B. K.	Pohlaví: žena
Datum narození: 29. 12. 1919	Věk: 97
Adresa bydliště a telefon: XXX	
Adresa příbuzných: XXX	
RČ: 196229/XXX	Číslo pojišťovny: XXX
Vzdělání: středoškolské	Zaměstnání: důchodkyně
Stav: vdova	Státní příslušnost: ČR
Datum přijetí: 15. 2. 2017	Typ přijetí: plánované
Oddělení: B	Ošetřující lékař: MUDr. Lehnert M.

Důvod přijetí udávaný pacientkou:

„Potřebuji celodenní dohled.“

Medicínská diagnóza hlavní:

G301 Alzheimerova choroba s pozdním začátkem

Medicínská diagnóza vedlejší:

I259 Chronická ischemická choroba srdeční NS

M169 Koxartróza NS

M549 Dorzalgie

VITÁLNÍ FUNKCE PŘI PŘIJETÍ

TK: 140/80 mm Hg	Výška: 150 cm
P: 74/min	Hmotnost: 58 kg
D: 15/ min	BMI: 25,7
TT: 36,4	Pohyblivost: III. Stupeň (těžká závislost)
Stav vědomí: Orientovaná osobou, místem, situací, časem občas dezorientovaná.	Krevní skupina: B

Nynější onemocnění:

Dne 15. 2. 2017 probíhá adaptace pacientky na oddělení B Domova pro seniory v Karolince.

Informační zdroje:

Pacient

Dokumentace

Zdravotní a ošetřující personál

ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza:

Matka: Léčila se srdcem (přesněji neví), zemřela v 72 letech

Otec: Léčil na DM, zemřel v 87 letech

Sourozenci: Měla 2 bratry. Jeden z nich zemřel v 45 letech na tu mozku, druhý v 83 letech na CMP

Děti: Má 2 syny, pouze atrofické obtíže

Osobní anamnéza:

Překonané a chronické onemocnění:

Chronická ICHS se symptomem AP, stp. non IM spodní a boční stěny 7/98

Hypertenze III. Stupně dle WHO

Chronická bronchitis

Stp. TEP obou kolen (pravé 1997, levé 2002)

Str. CMP ischemi. S levostr. Later 6/10

Skolióza Th/L páteře ve v.s. osteoporotickém terénu

Cataraccta senilis o.u.

Hospitalizace a operace:

V roce 1997 TEP pravého kolene

V roce 2002 TEP levého kolene

V roce 2008 hospitalizovaná na in. odd. pro alergickou reakci na Zinnat

V červnu roku 2010 hospitalizovaná na interním oddělení pro CMP ischemickou s levostrannou lateralizací následně do 8/2010 rehabilitace na odd. LDN

V lednu roku 2013 hospitalizovaná na chir. odd. s enterorrhagie, divertikulóza sigmatu

Úrazy: Nepamatuje si

Transfuze: Nepamatuje si

Očkování:

Povinné v dětství

Tetanus (18. 12. 2013)

Pneumo (12. 6. 2013)

Chřipka (21. 9. 2016)

Léková anamnéza:

Název léku:	Forma:	Síla:	Dávkování:	Skupina:
Afonilum	tbl.	125 mg	1-0-1	antiastmatika
Asentra	tbl.	50 mg	1-0-0	antidepresiva
Cortimaxazol	tbl.	960 mg	1-0-1	chemoterapeutika
Doreta	tbl.	75/650 mg	1-0-1	analgetika
Furon	tbl.	40 mg	1-0-0	diuretika
Godasal	tbl.	100 mg	0-1-0	antikolagulancia
Kalnormin	tbl.	1 g	1-0-1	solí a ionty
Monotab SR	tbl.	100 mg	1/2-0-0	vazodilanty
Neurol	tbl.	0,25 mg	0-0-1/2	anxiolytika
Prenessa	tbl.	4 mg	1-0-0	hypotenziva
Tiapro	tbl.	100 mg	0-0-1/2	antipsychotika

Alergologická anamnéza:

Léky: Zinnat v.s.

Potraviny: Neguje

Chemické látky: Neguje

Jiné: Prach, peří

Abúzy

Alkohol: Někdy si dá po obědě. Cca 3 za týden (Birel)

Kouření: Neguje

Káva: Pije pouze ke koláči (1 až 3 za týden)

Léky: Neguje

Jiné drogy: Neguje

Sociální anamnéza

Stav: Vdova

Bytové podmínky: Pochází z vesnice jménem Bedihošť, kde žila se svou rodinou v domě. Po smrti manžela se přestěhovala ke svému synovi a snaše na Vsetín do bytu.

Vztahy, role a interakce v rodině: Vztahy v rodině jsou vřelé. Pravidelně ji navštěvuje syn s manželkou. Někdy na víkend přijedou i vnoučata a pravnoučata.

Vztahy, role a interakce mimo rodinu: Pacientka je velmi komunikativní. Ráda si povídá s personálem. V domově pro seniory si našla i kamarádky. Často navštěvovala kamarádku na jiném oddělení, se kterou se stýkala před nástupem do domova.

Záliby: Sledování TV, pletení.

Volnočasové aktivity: Ráda vzpomíná a povídá si s personálem o vesnici, kde se narodila a jak se žilo v minulosti. Vzpomíná i na práci a opakuje si těsnopis, který ovládala dokonale

Pracovní anamnéza:

Vzdělání: Středoškolské

Pracovní zařazení: Dříve jako sekretářka, nyní důchodkyně

Čas odchodu do důchodu: Nepamatuje si

Vztahy na pracovišti: Byly vřelé, vzpomíná na kolegyně z práce.

Ekonomické podmínky: Nyní pobírá důchod

Spirituální anamnéza

Religiozní praktiky: Ateistka

POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU ze dne 14. 2. 2017

SYSTÉM:	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE:	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE:
Hlava a krk:	„Hlava mě nebolívá, ale občas zapomínám.“	<p>Hlava normocefalická, pohmatem i poklepem nebolestivá.</p> <p>Oči jsou ve středním postavení, zornice reagují na světlo a jsou izokorické – stejně velké. Spojivky růžové, bez známek zánětu. Skléry jsou bílé. Používá brýle na blízko.</p> <p>Jazyk vlhký, bez povlaku a poranění. Bez zápachu z úst.</p> <p>Uši i nos bez deformit a výtoku.</p> <p>Chrup sanován, má dolní zubní protézu.</p> <p>Tváře bledé, souměrné rty.</p> <p>Krk je krátký štíhlý, volně pohyblivý, štítná žláza nezvětšená.</p> <p>Lymfatické uzliny jsou nehmatné, pulzace karotid hmatné, náplň v normě.</p>
Hrudník a dýchací systém:	„Při delší chůzi se občas zadýchám.“	<p>Hrudník je souměrný, bez známek poranění, palpačně pevný, nebolestivý.</p> <p>Dýchání fyziologické, při zhoršení aplikace spreje podporující dýchání.</p> <p>Počet dechů: 15/min</p>
Srdečně - cévní systém	„Mám anginu pectoris.“	<p>Diagnostikována Chronická ischemická choroba srdeční NS.</p> <p>Pulz je plný, hmatný.</p> <p>TK 140/80 mmHg</p> <p>Pulz 74/ min</p>

Břicho a GIT	„Břicho mě nebolívá a na stolicí chodím denně.“	Břicho bez strií, měkké, bez známek bolesti. Poklep bubínkový. Peristaltika fyziologická. Nauzeou netrpí, nezvrací. Stolice pravidelná – poslední dnes.
Močový a pohlavní systém:	„Na záchod si zajdu, ale pro jistotu mám plenu“	Ženský genitál. Inkontinence moči, přes den používány plenkové kalhotky, na noc lepící inkontinentní pomůcka (plena). Ledviny palpačně nebolestivé.
Kosterní a svalový systém:	„Při chůzi mě bolí kolena a kyčle.“	Omezen pohyb pro pokročilou coxartrózu a genartrózu. Bolestivost kloubů v důsledku artrózy nosných kloubů, užívá 2x denně analgetika. Mobilní za pomoci chodítka v rámci pokoje, mimo pokoj pouze na invalidním vozíku za pomoci druhé osoby. Bathelové test - 50 bodů Hodnocení rizika pádu – 17 bodů.
Nervový systém a smysly:	„Paměť už občas vážne.“ „Na čtení mám brýle a špatně slyším.“	Pacientka je orientovaná osobou, situací. Časem a místem dezorientovaná. Pravidelné návštěvy psychiatra. Neuromentální index 75 bodů. Používá brýle na blízko Nedoslýchavost (bez kompenzačních pomůcek)-komunikace přizpůsobená.

Endokrinní systém	„Neléčím se ani se štítnou žlázou ani s cukrovkou“	Štítná žláza eufunkční.
Imunologický systém	„Mám alergii na peří a nějaká prášek.“	Základní dětská očkování, Tetanus (18. 12. 2013) Pneumo (12. 6. 2013) Chřipka (21. 9. 2016) Alergie – prach, peří, Zinnat.
Kůže a její adnexe	„Kůži mám občas suchou jako každý starý člověk, ale mažu se Indulonou.“	Kůže bledá, suchá. Jizvy na levém i pravém koleně po TEP obou kolenních kloubů. Defekt (1x1 cm, bez zápachu, sekrece a infekce, hloubka 2 mm) v oblasti hýždí. Vlasy krátké, čisté, nehty zastříhnuté.

Poznámky z tělesné prohlídky:

Pacientka je při plně vědomí. Komunikace se zájmem. Odpovídá na všechny položené otázky. Orientovaná osobou, situací. Místem a časem - dezorientovaná. Poruchy novopaměti i staropaměti.

AKTIVITY DENNÍHO ŽIVOTA

OBLAST ZÁJMU:		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE:	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE:
Stravování	Doma	„Doma jsem vařila každý den já.“ „Jak jsem bydlela u našich mladých na Vsetíně, vařila snacha.“	Nelze hodnotit
	V domově pro seniory	„Jídlo mi tady chutná.“ „Někdy jsou ty porce na mě až moc veliké.“	Výživa per os BMI 25,7 Dieta č. 3/mletá (racionální) BMI: 25,7 (nadváha)
Příjem tekutin	Doma	„Doma jsem pila většinou vodu.“ „Po obědě si dám ráda pivo.“	Nelze hodnotit
	V domově pro seniory	„Donáší mi tu každý den konvičku s teplým čajem. Když je teplo, mám ráda hodně studenou vodu. Když mi rodina koupí pivo dám si ho ráda po dobrém obědě.“	Pacientka dostává každé ráno dvoulitrovou konvičku s čajem. Denně vypije 2000-2500 ml tekutin.
Vylučování moče	Doma	„Chodila jsem na WC“	Nelze hodnotit
	V domově pro seniory	„Někdy nestihnu dojít na WC, proto mám přes den i v noci plenu.“	Pacientka je inkontinentní. Přes den využívá plenkové navlékací kalhotky a na noc má inkontinentní plenu. Výměnu inkontinentní

			pomůcky zajišťuje personál dle potřeby.
Vylučování stolice	Doma	„Chodila jsem na WC.“	Nelze hodnotit
	V domově pro seniory	„Chodím pravidelně každý den.“	V oblasti vylučování stolice je pacientka plně kontinentní. Stolice pravidelná (poslední stolice dnes).
Spánek a bdění	Doma	„Doma jsem spávala dobře.“	Nelze hodnotit
	V domově pro seniory	„Spím celou noc.“	Pacientka ulehá ke spánku cca 18:30. Preferuje zvýšenou polohu.
Aktivita a odpočinek	Doma	„Když jsem byla doma, chodila jsem na návštěvy za kamarádkami.“ „Po obědě jsem si vždycky zdřímla.“	Nelze hodnotit
	V domově pro seniory	„Tady mám zas jiné kamarádky. Dopoledne mě vezou do dílny, kde něco společně děláme, na oběd jsem zpět na pokoji a po obědě mám pravidelný odpočinek.“	Pacientka je velice aktivní. Ráda tráví čas ve společnosti. Účastní se aktivit a společenských akcí pořádaných zde v domově. Po obědě odpočívá při otevřeném okně.
Hygiena	Doma	„Doma jsem se umývala sama.“	Nelze hodnotit
	V domově pro seniory	„Teď už potřebuju dopomoc.“	Pacientka provede ranní i večerní toaletu sama

			<p>v koupelně u umyvadla. Dokáže si sama umýt obličej, dutinu ústní a učesat se. Při celkové koupeli je nutný dohled personálu z důvodu rizika pádu.</p>
Soběstačnost	Doma	„Doma jsem byla samostatná, co jsem nezvládla, pomohl mi syn nebo snacha.“	Nelze hodnotit
	V domově pro seniory	„Hodně věcí už sama nezvládnou, ale snažím se, co to jde.“	Dle Barthelové testu je pacientka hodnocena středního stupně závislosti (50 bodů)

POSOUZENÍ PSYCHICKÉHO STAVU

		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Vědomí		„Jsem při vědomí.“	Pacientka je plně při vědomí
Orientace		„Jsem v domově pro seniory“.	Pacientka je orientovaná osobou a situací, Dezorientovaná časem a místem.
Nálada		„Mívám dobrou náladu, dobře se tu o mě staráte.“	Pacientka má klidnou povahu.
Paměť	Staropaměť	„Z mládí si ještě něco pamatuju.“	Dokáže si vybavit spoustu věcí z mládí, v době manželství, i to, že když zde nastoupila, bydlela na jiném oddělení.
	Novopaměť	„V poslední době něco už zapomenu.“	Nové poznatky velmi rychle zapomene.
Myšlení		„Sestřičko, já už jsem stará a často zapomínám.“	Pacientka odpovídá na veškeré položené otázky.
Temperament		„Co to je?“	Pacientka je extrovert
Sebehodnocení		„Už nedokážu udělat tolik věcí jak dřív. Klouby mě bolí, špatně chodím, ale snažím se, co jen to jde.“	Nelze hodnotit
Vnímání zdraví		„No úplně zdravá nejsem, vždyť mám už přes devadesát let.“	Nelze hodnotit
Vnímání zdravotního stavu		„No mám anginu pectoris, když mám pootevřené okno, je mi dobře.“	Zdravotní stav byl pacientce sdělen. Alzheimerovu chorobu si nepřipouští.
Reakce na onemocnění a		„Občas se mi špatně	Pacientka Alzheimerovu

prožívání onemocnění	dýchá.“	chorobu vylučuje. Tvrdí, že zapomínání je lidské.
Reakce na domov pro seniory	„Bydlím tu chvíli. Syn zde za mnou pravidelně jezdí.“	Pacientka ví, že bydlí v domově pro seniory, ale neví kde..
Adaptace na onemocnění	„Zvykla jsem si, ale těžce nemocná nějak nejsem.“	Adaptace na onemocnění nedokončena.
Projevy jistoty a nejistoty (úzkost, strach, obavy, stres)	„Když mi něco vypadne z hlavy, jen se tomu směju.“	Ujištění jistoty a podpory od personálu je klidná.
Zkušenosti z předcházejících hospitalizací (iatropatogenie, sorrorigenie)	„To už si nepamatuju.“	Nelze hodnotit

POSOUZENÍ SOCIÁLNÍHO STAVU

		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Komunikace	Verbální	„Povídám si ráda.“	Pacientka je velmi komunikativní. Je ráda ve společnosti. Když poví něco špatně, sama sobě se směje.
	Neverbální	„Nevnímám to.“	Oční kontakt
Informovanost	O onemocnění	„Jsem stará a tak zapomínám.“	Pacientka byla informovaná o onemocnění, ale nepřipouští si ho.
	O diagnostických metodách	„Navštěvují mě dva lékaři. Většinou se mě ptají, co mě trápí a jak se mám“	Nelze hodnotit.
	O léčbě a dietě	„Musím mít mletou stravu.“	Pacientka má dietu č. 3/mletou (racionální).
	O délce pobytu	„Asi už tu dožiju.“	Pacientka byla informovaná.
Sociální role a jejich ovlivnění nemocí, hospitalizací a změnou životního stylu v průběhu nemoci a hospitalizaci	Primární (role související s věkem a pohlaví)	„Je mi myslím 95 let.“	Pacientka má 97 let Sociální role je ovlivněna onemocněním a věkem.

	Sekundární (související s rodinou a společenskými funkcemi)	„Rodinu mám. Mám syna a snachu, kteří za mnou jezdí.“	Pacientka je matkou, babičkou, prababičkou. Pravidelně ji navštěvuje každý týden její syn se snachou. Za pěkného počasí s nimi ráda sedává venku na čerstvém vzduchu.
	Terciální (související s volným časem a zálibami)	„Míváme tu různé akce dole v dílně.“	Pacientka je velmi společenská. Ráda se účastní všech společných akcí konané zde v domově. Dále má ráda procházky po parku (na invalidním vozíku za pomoci druhé osoby).

MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

Ordinované vyšetření:

Kontrolní psychiatrické vyšetření

Výsledky: viz příloha A

Konzervativní léčba:

Dieta: č. 3/ML (racionální)

Pohybový režim: volný

RHB: 0

Výživa: per os

Medikamentózní léčba:

Per os:

Název léku:	Forma:	Síla:	Dávkování:	Skupina:
Afonilum	tbl.	125 mg	1-0-1	antiastmatika
Asentra	tbl.	50 mg	1-0-0	antidepresiva
Cortimaxazol	tbl.	960 mg	1-0-1	chemoterapeutika
Doreta	tbl.	75/650 mg	1-0-1	analgetika
Furon	tbl.	40 mg	1-0-0	diuretika
Godasal	tbl.	100 mg	0-1-0	antikolagulancia
Kalnormin	tbl.	1 g	1-0-1	solí a ionty
Monotab SR	tbl.	100 mg	1/2-0-0	vazodilanty
Neurol	tbl.	0,25 mg	0-0-1/2	anxiolytika
Prenessa	tbl.	4 mg	1-0-0	hypotenziva
Tiagra	tbl.	100 mg	0-0-1/2	antipsychotika

Chirurgická léčba: 0

SITUAČNÍ ANALÝZA

Pacientka B. K. narozena 29. 12. 1919 byla přijata na oddělení B s diagnózou Alzheimerova choroba. Při rozhovoru byl udržován oční kontakt. Pacientka je orientovaná situací a osobou, časem a místem dezorientovaná. Značná porucha novopaměti – nedokáže si zapamatovat nové poznatky. Trpí urgentní inkontinencí moči. Ve dne používá plenkové kalhotky a v noci plenu (možné riziko infekce močových cest). Z důvodu vlhkosti působící na kůži má defekt v oblasti hýždí (1x1 cm, hloubka 2 mm, bez zápachu, sekrece a infekce).

Pacientka trpí chronickou bolestí při chůzi z důvodu pokročilé artrózy nosných kloubů. Je mobilní pouze v rámci pokoje a to za pomoci chodítka a příslušných madel po stěnách. Hodnocení rizika pádu – 17 bodů (značné riziko pádu). Neuromentální index – 75 bodů (lehká závislost). Barthelové index – 50 bodů (závislost středního stupně).

V oblasti stravování nutná dopomoc při porcování (dieta 3/ mletá). Pitný režim je optimální 2000-2500ml /den. Ranní a večerní toaletu zvládá sama. Nutná dopomoc při celkové koupeli z důvodu rizika pádu. Pacientka používá brýle na blízko. Nedoslýchá, ale nepoužívá kompenzační pomůcku.

Stanovení ošetřovatelských diagnóz a jejich uspořádání dle priorit:

Aktuální ošetřovatelské diagnózy:

1. Chronická zmatenost (00129)

Chronická zmatenost z důvodu Alzheimerovy choroby, projevující se dezorientací časem a místem

2. Chronická bolest (00133)

Chronická bolest nosných kloubů při chůzi z důvodu pokročilé coxartrózy a genartrózy, projevující se mimikou v obličeji při chůzi

3. Narušená integrita kůže (00046)

Defekt v oblasti hýždí související s působením vlhkosti na kůži, projevující se dekubitem

4. Urgentní inkontinence moče (00019)

Inkontinence moči z důvodu zmatenosti projevující se neschopností dojít si včas na toaletu

5. Poškozená paměť (00131)

Porucha paměti z důvodu Alzheimerovy choroby projevující se neschopností si zapamatování nových poznatků

6. Porušená interpretace okolí (00127)

Porušená interpretace okolí z důvodu Alzheimerovy choroby projevující se chronickou zmateností

7. Zhoršená schopnost se přemístit (00090)

Zhoršená schopnost se přemístit z důvodu pokročilé artrózy nosných kloubů projevující se mimikou v obličeji při chůzi

8. Deficit soběstačnosti v oblasti koupání a hygieně (00108)

Deficit soběstačnosti v oblasti sprchování z důvodu rizika pádu projevující se neschopností provedení celkové koupele

Potencionální ošetřovatelské diagnózy:

9. Riziko pádu (00155) z důvodu artrózy nosných kloubů

Chronická zmatenost (00129)

Chronická zmatenost z důvodu Alzheimerovy choroby, projevující se dezorientací časem a místem

Doména 5: Vnímání - poznání

Třída 4: Poznávání

Definice: Nevratný, dlouhodobý a (nebo) progresivní rozvrat intelektu a osobnosti, charakterizovaný sníženou schopností interpretovat podněty ze zevního prostředí a sníženou kapacitou myšlení, který se projevuje hrubou poruchou paměti, orientace a chování.

Určující znaky:

- dezorientace časem a místem
- porucha krátkodobé paměti
- neschopnost udržet v paměti nové poznatky

Související faktory:

- Alzheimerova choroba

Priorita: Střední

Cíl krátkodobý: Pacientka se orientuje ve svém pokoji a v čase do 2 hod

Cíl dlouhodobý: Pacientka je v denních činnostech soběstačná po dobu pobytu

Očekávané výsledky:

Soběstačnost pacientky v denních činnostech je zachována co možná nejdéle

Pacientka se orientuje ve svém pokoji a okolí

Pacientka se orientuje v čase pomocí kalendáře a hodin

Ošetřovatelské intervence:

1. Posuď spolupráci pacientky – všeobecná sestra, pracovník v sociálních službách
2. Posuď úroveň udržení pozornosti – všeobecná sestra, pracovník v sociálních službách

3. Udržuj orientaci v realitě (hodiny, kalendář, osobní věci) - všeobecná sestra, pracovník v sociálních službách
4. Aktivně zapojuj pacientku do sebeděče - všeobecná sestra, pracovník v sociálních službách
5. Pozoruj změny v chování a proved' záznam do dokumentace - všeobecná sestra, pracovník v sociálních službách
6. Prováděj posilování paměti - všeobecná sestra, pracovník v sociálních službách
7. Edukuj rodinu o nutnosti udržení stálého kontaktu s pacientkou - všeobecná sestra, pracovník v sociálních službách
8. Sleduj adaptaci pacientky na nové prostředí a zaznamenej do dokumentace - všeobecná sestra, pracovník v sociálních službách

Realizace:

(15. 2. 2017)

- 6:10 posouzení spolupráce pacientky k provedení ranní toalety a sebeobsluže - všeobecná sestra, pracovník v sociálních službách
- 6:50 nabídnutí pacientky o vytvoření map k napomáhání orientace v odpoledních hodinách - všeobecná sestra, pracovník v sociálních službách
- 13:30 ověření zda si pacientka pamatuje nabídku k vytváření map, které napomáhají k orientovanosti - všeobecná sestra, pracovník v sociálních službách
- 13: 35 vytváření map paměti – kalendář na stěnu, umístění hodin na vybranou stěnu, tabulka s časy podávání stravy, kalendář na noční stoleček, vedení osobního deníčku k zaznamenávání si nových poznatků - všeobecná sestra, pracovník v sociálních službách
- 16:10 zjištění orientace pacientky a provedení záznamu do dokumentace - všeobecná sestra, pracovník v sociálních službách

(16. 2. 2017)

- 6:10 posouzení spolupráce pacientky k provedení ranní toalety a sebeobsluže - všeobecná sestra, pracovník v sociálních službách
- 6:12 zjištění orientace pacientky a provedení záznamu do dokumentace - všeobecná sestra, pracovník v sociálních službách

Hodnocení:

Po dobu dvou dnů pacientka nejevila známky úzkosti ani neklidu. Uvědomuje si poruchu paměti. V denních činnostech je soběstačná. Za pomoci kalendáře a hodin je schopna zjistit který je den a jaký je čas. V průběhu druhého dne (16. 2. 2017) objevila v nočním stolku osobní deníček (zpočátku nevěděla co to je). Po přečtení osobního deníku si vzpomněla na některé poznatky z předešlého dne. Po kontrole deníku pacientky bylo zjištěno, že si do něj předešlý den psala poznatky i bez ošetřujícího personálu.

Chronická bolest (00133)

Chronická bolest nosných kloubů při chůzi z důvodu pokročilé coxartrózy a genartrózy, projevující se mimikou v obličeji při chůzi

Doména 12: Komfort

Třída 2: Tělesný komfort

Definice: Nepříjemný smyslový a emoční prožitek způsobený skutečným nebo potenciálním poškozením tkání nebo popisovaný v pojmech takového poškození. Nástup je náhlý nebo pomalý, intenzita od mírné po závažnou, výskyt konstantní nebo recidivující, nelze předpokládat nebo předvídat odeznění – trvání bolesti přesahuje šest měsíců.

Určující znaky:

- omezená schopnost vykonávat předchozí činnosti
- omezení pohybového režimu
- slovní projevy a popis projevů
- klasifikace bolesti

Související faktory:

- chronická tělesná i psychosociální nezpůsobilost

Priorita: Střední

Cíl dlouhodobý: Pacientka má udržen rozsah pohybu po dobu pobytu

Cíl krátkodobý: Pacientka udává zmírnění bolesti po podání analgetik do 45 minut

Očekávané výsledky:

Pacientka zná příčiny bolesti ihned

Pacientka umí využívat kompenzačních pomůcek pro odlehčování nosných kloubů (nízké chodítko, madla) ihned

Pacientka dodržuje farmakologický režim od 1. dne nástupu na oddělení B

Ošetrovatelské intervence:

1. Vysvětlí pacientce využití a způsob hodnocení VAS – všeobecná sestra
2. Posuď ve spolupráci s pacientkou bolest (lokalizace, intenzitu a změnu bolesti během dne) – všeobecná sestra
3. Vezmi v úvahu věk pacientky a příčiny bolesti – všeobecná sestra
4. Podej pravidelná analgetika dle ordinace lékaře a zaznamenej do dokumentace – všeobecná sestra
5. Sleduj účinky medikamentů – všeobecná sestra
6. Podpoř pacientku k využívání odlehčujících kompenzačních pomůcek – všeobecná sestra, pracovník v sociálních službách, fyzioterapeut
7. Zhodnoť znalost pacientky o využívání odlehčujících kompenzačních pomůcek – všeobecná sestra

Realizace:

(15. 2. 2017)

- 6:10 podpoření pacientky k využívání kompenzačních pomůcek ulehčující zátěž nosným kloubům – všeobecná sestra
- 8:00 seznámení pacientky s VAS a zjištění intenzity bolesti – udává VAS 7 při chůzi – všeobecná sestra
- 8:05 podány analgetika dle ordinace lékaře a zaznamenáno do dokumentace - všeobecná sestra
- 12:45 kontrola změny intenzity bolesti dle škály – VAS 6 při chůzi – všeobecná sestra
- 13:00 zaznamenáno do dokumentace – všeobecná sestra
- 17:00 hodnocení bolesti dle škály – VAS 6 při chůzi – všeobecná sestra
- 17:05 podány analgetika dle ordinace lékaře a zaznamenáno do dokumentace – všeobecná sestra
- 17:45 kontrola změny bolesti dle škály – VAS 5 při chůzi – všeobecná sestra
- 17:50 zaznamenání do dokumentace – všeobecná sestra

(16. 2. 2017)

- 6:10 podpoření pacientky k využívání kompenzačních pomůcek ulehčující zátěž nosným kloubům – všeobecná sestra
- 8:00 ověření znalosti pacientky VAS – neznalost – všeobecná sestra
- 8:01 seznámení s VAS a zjištění intenzity bolesti – VAS 6 při chůzi – všeobecná sestra

- 8:05 podání analgetik dle ordinace lékaře a provedení záznamu do dokumentace – všeobecná sestra
- 12:50 kontrola změny intenzity bolesti dle škály – 5 při chůzi – všeobecná sestra
- 13:00 provedení záznamu do dokumentace – všeobecná sestra
- 17:00 hodnocení bolesti dle škály – VAS 5 při chůzi – všeobecná sestra
- 17:05 podání analgetik dle ordinace lékaře – všeobecná sestra
- 17:45 kontrola změny bolesti dle škály – VAS 4 při chůzi -všeobecná sestra – všeobecná sestra
- 17:50 provedení záznamu do dokumentace – všeobecná sestra

Hodnocení:

Pacientka dokáže na stupnici zhodnotit bolest. Udává zmírnění bolesti po podání analgetik (o 2 stupně). Pacientka si uvědomuje příčinu bolesti a také dokáže využívat a manipulovat s kompenzačními pomůcky pro odlehčení nosných kloubů.

Narušená kožní integrita (00046)

Defekt v oblasti hýždí z důvodu vlhkosti působící na kůži projevující se dekubitem o velikosti 1x1 cm

Doména 11: Bezpečnost - ochrana

Třída 2: Tělesné poškození

Definice: Stav, při kterém dochází k porušení nebo ohrožení celistvosti kůže.

Určující znaky:

-dekubit

Související faktory:

- zvýšená citlivost místa
- vlhkost působící na kůži

Priorita: Střední

Cíl krátkodobý: Hojení rány per primam

Cíl dlouhodobý: Pacientka má prokrvenou a hydratovanou kůži po zhojení rány

Očekávané výsledky:

- pacientka pociťuje bolest na hranici únosnosti v oblasti rány do 1 hodiny
- pacientka má dostatečně prokrvenou a hydratovanou kůži po zhojení rány
- defekt se hojí pomocí vlhkého hojení ran a bez komplikací po dobu hojení

Ošetrovatelské intervence:

1. Popiš kožní lézi (velikost, tvar, hloubka, bolest, okolí rány, sekrece, zápach, přítomnost infekce) – všeobecná sestra
2. Kontroluj stav kůže hlavně v postiženém místě – všeobecná sestra
3. Pečuj o ránu dle ordinace lékaře – všeobecná sestra
4. Zachovej zásady asepsy při ošetřování – všeobecná sestra
5. Podkládej predilekční místo – všeobecná sestra, pracovník v sociálních službách

Realizace:**(15. 2. 2017)**

9:00 informování o výkonu – všeobecná sestra

9:05 posouzení stavu pokožky (velikost, tvar, hloubka, okolí rány, sekrece, zápach, přítomnost infekce) – všeobecná sestra

9:10 provedení převazu rány dle ordinace lékaře – všeobecná sestra

9:20 proveden záznam do dokumentace – všeobecná sestra

(16. 2. 2017)

9:00 informování o výkonu – všeobecná sestra

9:05 posouzení stavu pokožky (velikost, tvar, hloubka, okolí rány, sekrece, zápach, přítomnost infekce) – všeobecná sestra

9:10 provedení převazu rány dle ordinace lékaře – všeobecná sestra

9:20 proveden záznam do dokumentace – všeobecná sestra

Hodnocení:

Rána se hojí per primam. Pacientka spolupracuje při převazu rány.

Urgentní inkontinence moče (00019)

Inkontinence moči z důvodu zmatenosti projevující se neschopností dojít si včas na toaletu

Doména 3: Vylučování a výměna

Třída 1: Vyprazdňování moči

Definice: Neovladatelný odchod moči, ke kterému dochází brzy po nástupu potřeby se vymočit.

Určující znaky:

-zhoršená schopnost přemístit se včas na toaletu

Související faktory:

-omezení tělesné hybnosti

-stavy zmatenosti

Priorita: Střední

Cíl dlouhodobý: Pacientka má čistou, neporušenou integritu kůže v oblasti perineální-genitální po dobu pobytu

Cíl krátkodobý: Pacientka akceptuje doporučení a pomoc personálu o nutnosti výměny inkontinentní pomůcky a pravidelnosti chůze na toaletu do 1 hodiny

Očekávané výsledky:

Pacient akceptuje doporučení a pomoc zdravotnického a ošetrovatelského personálu do 1 hodiny

Pacient má čistou a neporušenou kůži v perineální a genitální oblasti po dobu pobytu

Ošetrovatelské intervence:

1. Udržuj příjem tekutin mezi 1 500 – 2 500 ml denně – všeobecná sestra, pracovník v sociálních službách
2. Zjistí obtíže, které mohou inkontinenci ovlivnit (porucha tělesné hybnosti, užívání sedativ nebo hypnotik) – všeobecná sestra

3. Poskytni dle potřeby pomoc nebo pomůcky (signalizaci, klozetové křeslo) – všeobecná sestra, pracovník v sociálních službách
4. Zajisti soukromí při konání potřeby – všeobecná sestra pracovník v sociálních službách
5. Seznámení pacientku s pomůckami pro inkontinenci – všeobecná sestra, pracovník v sociálních službách
6. Zdůrazni nutnost dodržování hygieny po vymočení a výměny inkontinentních pomůcek – všeobecná sestra, pracovník v sociálních službách

Realizace:

(15. 2. 2017)

- 6:15 podpoření pacientky k provedení vykonání potřeby na toaletě
- 6:20 provedena hygiena perineální-genitální oblasti s následnou výměnou inkontinentní pomůcky (plenkové kalhotky za plenu) a kontrolou stavu kůže, aplikování kožního ochranného krému pro prevenci opruzenin perineální-genitální oblasti
- 10:00 podpoření pacientky pro provedení konání potřeby na toaletě
- 13:00 podpoření pacientky pro provedení vykonání potřeby na toaletě a kontrola inkontinentní pomůcky, případná výměna, omytí perineální-genitální oblasti a aplikace ochranného krému pro prevenci opruzenin této oblasti.

(16. 2. 2017)

- Pacientka si před ranní toaletou přejde na WC k vykonání potřeby
- Pečující personál zajistí hygienu perineální-genitální oblasti, aplikování kožního ochranného krému k prevenci opruzenin a následně vymění inkontinentní pomůcku
- V intervalech po 3 hodinách podporuje ošetřující personál pacientku si dojit na toaletu k vykonání potřeby a kontroluje inkontinentní pomůcku

Hodnocení:

Pacientka akceptuje doporučení a provedení pečujícího personálu pro výměnu inkontinentní pomůcky a nutností omytí perineální-genitální oblasti. Po 3hodinových intervalech pacientka chodí na doporučení personálu vykonat potřebu na toaletu. Z důvodu použití pleny na noc a tím působení vlhkosti na pokožku vytvořen defekt v oblasti hýždí (1x1cm, 2mm hluboký, bez sekrece, zápachu a infekce).

Celkové hodnocení

Pacientka byla přeložena z oddělení A na oddělení B, v rámci stejného Domova pro seniory, z důvodu Alzheimerovy choroby. Adaptaci na oddělení zvládala dobře. U pacientky jsme shledali několik ošetrovatelských diagnóz.

Prioritní ošetrovatelská diagnóza chronická zmatenost. U této diagnózy se nám podařilo zlepšení orientace pomocí nástěnného kalendáře, hodin a vedení si osobního deníčku k zaznamenávání si nových poznatků. Další ošetrovatelskou diagnózou byla chronická bolest, u které se nám podařilo splnit cíl, a to zmírnit bolest. Defekt v oblasti hýždí se hojil dle plánu per primam. U diagnózy inkontinence moči se nám nepodařilo splnit cíl právě z důvodu defektu na hýždí. Pacientka akceptovala doporučení o nutnosti použití WC. Po dobu dvou dnů pacientka nejevila známky úzkosti nebo neklidu. Pacientka si také začala vést osobní deník o nově nabytých poznatků.

Doporučení pro praxi

- Informovanost zdravotnického personálu o Alzheimerově chorobě
- Možnost účastnit se školení a seminářů s tematikou Alzheimerovy choroby a její specifika
- Vytvoření si pro pacienty s touto chorobou dostatek času na péči
- Individuální přístup ke každému pacientovi s Alzheimerovou chorobou zvláště
- Informovat pacienta o nových poznatcích jasně, srozumitelně
- Informovat rodinu pacienta o této nemoci a kompenzačních pomůckách
- Uplatnit ošetrovatelský proces jako metodu práce a s jeho pomocí poskytnou kvalitní péči
- Využívání sociálních dávek (příspěvek na péči, invalidní důchod)

ZÁVĚR

Bakalářská práce na téma Alzheimerova choroba měla objasnit problematiku Alzheimerovy choroby. V první kapitole jsme se zaměřila na Alzheimerovu chorobu jako takovou, její stádia, diagnostiku a léčbu. V druhé kapitole jsme se zabývali specifikacemi ošetrovatelské péče u lidí Alzheimerovy choroby v domácím prostředí a v domově se zvláštním režimem. Důležitou kapitolou byl ošetrovatelský proces u pacientky s Alzheimerovou chorobou, kde jsme stanovili aktuální a potencionální ošetrovatelské diagnózy. Následně pokračovalo vypracování několika ošetrovatelských diagnóz s celkovým hodnocením péče.

Stanovené cíle pro tuto práci byly splněny.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ALZHEIMER, 2016. *Alzheimerova choroba*. [online]. [citované: 2016-22-12].

Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/alzheimerova-choroba/>

CALLONE P., KUDLACEK C., VASILOFF B., MANTERNACH J., BRUMBACK R.: *Alzheimerova nemoc: 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*. Praha: Grada Publishing 2008, ISBN 978-80-247-2320-4

CORLISS, Julie a Susane GILBERT. *A Guide to Alzheimer's Disease*. Boston, Mass: Harvard Health Publications, 2009. ISBN 978-193-3812-625.

ČERVENKA, V.: *Diagnostika a léčba pacientů s demencí*. Praha: Univerzita Karlova 2008. Rigorózní práce

DIBLÍKOVÁ, H.: *Projevy osob s demencí v komunikačním procesu (v různých fázích ACH)*. Praha: Univerzita Karlova 2008, Diplomová práce

EHRENFREUCHTER Calaudia, FERNHOLZ Dagmar. *Když se paměť vytrácí*. Praha: Tarsago Česká republika, 2014. ISBN 978-80-7406-248-3.

FRANKOVÁ, Vanda. *Alzheimerova demence v praxi: konsenzus psychiatricko-neurologicko-geriatrický*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2010, 70 s. Aeskulap. ISBN 978-802-0424-235.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 2. vyd. Praha: HBT, 2010. 369 s. ISBN 978-80-87109-19-9.

HOLMEROVÁ, Iva (ed.) a Martina MÁTLOVÁ (ed.). *Dopisy České alzheimerovské společnosti*. 2., rozš. vyd. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2012. ISBN: 978-80-86541-31-0.

HORT, J., JIRÁK, R., *Alzheimerova choroba a jiné demence aneb co v učebnicích 20. století nebylo*, Praha: MediMedia Information, 2007, ISBN 978-80-86336-07-7.

JIRÁK, Roman et al, 2013. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-873-5.

JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C., A KOL., *Demence a jiné poruchy paměti*, Praha: Grada Publishing, a.s., 2009, ISBN 978-247-2454-6

KANTORKOVÁ, M. Demence-vývojová stádia a doporučení. *Sestra*. Praha: 2011, roč. 21, č. 2, s. 71-74. ISSN 1210-0404

KLEVETOVÁ, D.; DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2169-9.

KONVRZKOVÁ, M.: *Dopad Alzheimerovy choroby na osobu s demencí a rodinného pečovatele*. Praha: Univerzita Karlova 2008, Diplomová práce

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

MATOUŠOVÁ, M.: *Stáří a demence*. Praha: Univerzita Karlova 2011. Bakalářská práce

MAVRODARIS, Angelique. Prevalences of dementia and cognitive impairment among older people in sub-Saharan Africa: a systematic review. In: *World health organization* [online]. 2013 [cit. 2016-11-16]. Dostupné z: <http://www.who.int/bulletin/volumes/91/10/13-118422/en/>

MICHALOVÁ, J.: *Péče o osoby s Alzheimerovou chorobou v rodině*. Brno: Masarykova univerzita 2010. Diplomová práce

MLÝNKOVÁ, J.: *Péče o staré občany*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3872-7.

RABOCH, Jiří a Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum, 2012, 466 s. ISBN 978-802-4619-859.

SLEZÁKOVÁ, Lenka.: *Ošetřovatelství pro střední zdravotnické školy I- interna*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2012, 224+4 s. ISBN 978-80-247-3601-3

ŠPATENKOVÁ, N., BOLOMSKÁ, B.: *Reminiscenční terapie*. Praha: Galén 2011,
ISBN 978 -80-7262-711-0

VEŘEJNÝ OCHRÁNCE PRÁV, *Domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem*,
2015, ISBN 978-80-87949-11-5

Dostupné z:

https://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/ochrana_osob/ZARIZENI/Socialni_sluzby/2015_Zprava_domovy_pro_seniory.pdf

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Zpráva z psychiatrického vyšetření.....	70
Příloha B – Hodnocení rizika pádu.....	71
Příloha C – Neuromentální index.....	72
Příloha D – Čestné prohlášení.....	73
Příloha E – Žádost o umožnění sběru dat.....	74
Příloha F - Rešeršní protokol.....	75

Příloha A – Zpráva z psychiatrického vyšetření

Jméno pacienta : K _____ iB'
Rodné číslo : _____
Zdravotní pojišťovna: 111
Adresa : DPS KAROLINKA - I

14.02.2017 11:01

Kontrolní vyšetření

Nynější onemocnění - dle pacienta

cítí se nyní dobře, nááúdaú má celkem dobrou, jen si říká, jak dlouho tu ještě bude na světě, ale nepřemýšlí o tom, v noci psává dobře, to jí vyhovuje...

dlke oš. perosnálu - pád nebyl, jen sporadicky odpoledne po odpoledním spánku mírná desorientace. noční aktivita není referována
SPS polékový útlum není, od minule není zhoršení motoriky či mobility, není zahleněnost, pád nezanamenám

SPP lucidní, orientace osobou správně, jinak spíše mlhavě, spolupráce dobrá, odpovědi adekvátní, po kratší latenci, rozvitě, ochotně, myšlení obsahově chudší, bludy ani halu aktuálně nejsou. nálada se jeví euthymní, emotivita živá, sociální fasáda zachována, PMT mírně zpomalené, jsou středně těžké poruchy paměti, spánek nyní uspoojivý, o delirantních stavech opět nejsou záznamy, příjem potravy v normě, suic. myšlenky nejsou.
Příslušné informace byly pacientovi poskytnuty ve vyžádaném rozsahu, včetně přiměřené edukace.

Diagnóza Alzheimerova nemoc, středně těžká
delirantní stavy pominuly,

KO za 8 týdnů

Provedené výkony: DG:G30.1, Výkony :35023.09543

MUDr. _____

Vytištěno 14.02.2017

Příloha B -Hodnocení rizika pádu

Sociální služby Vsetín, p.o.
Domov pro seniory Karolinka ICO: 49562827 tel: 571450731
Pod Obecníci 308
756 05 Karolinka

HODNOCENÍ RIZIKA PÁDŮ

Rodné číslo: xxxxxx/xxxx Nástup k pobytu: 28.5.2013 Středisko: 501 DS Karolinka
Datum narození: 29.12.1919 Ukončení pobytu: Oddělení: B
Pokoj:

1. Úroveň vědomí / duševní stav	orientovaný	0
2. Výskyt pádů (v posledních 3 měsících)	1 - 2 pády	2
3. Chůze (samostatnost)	nepravidelně samostatná	4
4. Vizus	špatný	2
5. Chůze - rovnováha	vyžaduje použití pomůcky, opory	1
6. Systolický krevní tlak	bez snížení (normotenze)	0
7. Léky	užívá 3 - 4 léky během posledních 7 dnů	4
8. Predispoziční faktory pádů (závratě, hypotenze, CMP, M.P., ztráta končetiny, záchvaty, artritida, fraktury, osteoporóza)	3 nebo více	4
CELKEM:		17

Podpis:

Vyhodnocení:	
0 - 10 bodů	bez rizika
11 a více bodů	značné riziko pádu

Příloha C – Neuromentální index

Sociální služby Vsetín, p.o.
 Domov pro seniory Karolinka IČO: 49562527 tel: 571450731
 Pod Obecní 305
 796 05 Karolinka

NEUROMENTÁLNÍ INDEX

Rodné číslo: xxxxxx/xxxx Nástup k pobytu: 28.5.2013 Středisko: 501 DS Karolinka
 Datum narození: 29.12.1918 Ukončení pobytu: Oddělení: B
 Pokoj:

1. Vědomí	vědomí zachováno	15
2. Schopnost kontaktu	kontakt zachován	15
3. Orientace (čas, místo, osoba, situace)	ve více bodech nesouhlasí	0
4. Paměť	vybavení vzpomínek běžného dne	10
5. Emoce	porucha emocí (např. deprese)	5
6. Chování/pravidla	normální chování / úsudek	10
7. Komunikace	normální	10
8. Vnímání	porušené (zraku, sluchu, ...)	0
9. Řešení problému	porušené (potřebuje pomoc)	0
10. Noční kříd	normální denní / noční rytmus	10
CELKEM:		75

Podpis:

Vyhodnocení:	
0 - 40 bodů	vysoce závislý
45 - 60 bodů	závislost středně
65 - 95 bodů	lehká závislost
100 bodů	nezávislý

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem: Ošetrovaelský proces u pacientky s Alzheimerovou chorobou“ v rámci studia odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova7, Praha 5.

V Praze dne

Příloha E - Žádost o umožnění sběru dat

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



**PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ
PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

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

Příjmení a jméno studenta	Trlicová Veronika	
Studijní obor	Všeobecná sestra	Ročník 3VSI
Téma práce	Ošetrovatelský proces u pacienta s Alzheimerovou chorobou	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	Domov pro seniory Karolinka	
Jméno vedoucího práce	PhDr. Miroslava Kubicová	
Vyjádření vedoucího práce k 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...*Veronika*..... dne *4.1.2017*.....

.....*Veronika*.....
podpis studenta

REŠERŠE

Číslo rešerše:	2/2017
Objednavatel:	Veronika Trlicová
Název:	Ošetrovatelský proces u pacienta s Alzheimerovou chorobou
Klíčová slova:	ošetrovatelství, ošetrovatelská péče, ošetrovatelský proces celkové onemocnění mozku, atrofie mozku, Alzheimerova choroba, demence domov pro seniory, specifika péče, domovy se zvláštním režimem Behandlung, die Medizin, die Heilkunde, die Krankenschwester Alzheimer Krankheit, Alzheimer Morbus, alzheimer demenz das Altenheim
Jazykové vymezení:	čeština, němčina
Časové vymezení:	2007–2017
Geografické vymezení:	nevymezeno
Uspořádání rešerše:	Rešerše je uspořádána dle druhu dokumentu a následně dle příjmení autora dokumentu.
Počet záznamů:	Celkem: 34 Akademické práce: 4 Články a elektronické články: 17 Monografie: 10 Sborníky a příspěvky ve sbornících: 2 Webové zdroje: 1
Informační zdroje:	<i>Google Scholar</i> [online]. © 2011 [cit. 2017-05-25]. Dostupné z: http://scholar.google.cz/ <i>Katalog der Deutschen Nationalbibliothek</i> [online]. [cit. 2017-05-25] Dostupné z: https://portal.dnb.de/ <i>Medvik</i> [online]. Národní lékařská knihovna, 2010 [cit. 2017-05-25]. Dostupné z: http://www.medvik.cz/bmc/index.do <i>Souborný katalog ČR</i> [online]. [cit. 2017-05-25]. Dostupné z: http://sigma.nkp.cz/F/?func=file&file_name=find-b&local_base=skc <i>Vysokoškolské kvalifikační práce</i> [online]. 2008 [cit. 2017-05-25]. Dostupné z: http://theses.cz/
Zpracoval:	Mgr. Jana Vaculíková jvaculikova@mvk.cz 575 755 149
Datum dokončení rešerše:	25. května 2017