

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA SE  
STAŘECKOU DEMENCÍ**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**NATALIA WOJNAROVÁ**

**Praha 2016**

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA SE  
STAŘECKOU DEMENCÍ**

Bakalářská práce

NATALIA WOJNAROVÁ, DiS.

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Ivana Talandová

2016



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

**Wojnarová Natalia**  
**3. VSV**

**Schválení tématu bakalářské práce**

Na základě Vaší žádosti ze dne 23. 10. 2015 Vám oznamuji  
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetřovatelský proces u pacienta se stařeckou demencí

*Nursing Process for Patients with Senile Dementia*

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Ivana Talandová

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

V Praze dne: 11. 11. 2015

  
doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.  
rektorka

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu literatury a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze 28. prosince 2016

Podpis .....

## **PODĚKOVÁNÍ**

Děkuji vedoucí mé bakalářské práce PhDr. Ivaně Talandové za její pomoc a čas, který mi věnovala při odborných konzultacích v průběhu zpracování závěrečné práce.

## ABSTRAKT

WOJNAROVÁ, Natalia. *Ošetrovatelský proces u pacienta se stařeckou demenci*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Ivana Talandová. Praha. 2016.

Tématem bakalářské práce je. Ošetrovatelský proces u pacienta se stařeckou demencí při respektování biopsychosociálních potřeb pacienta. Teoretická část práce charakterizuje demenci, následně se zabývá její problematikou včetně prevence, příčin, příznaků, diagnostiky a léčby s využitím specifických přístupů vzhledem k onemocnění.

V praktické části využiji u vybraného klienta všechny fáze OSEP: posouzení, diagnostiku, plánování, realizace a hodnocení. Hodláme vytvořit výstupní materiál o stařecké demenci, jenž poskytneme potenciálním pacientům, rodinám i zdravotnickému personálu.

Klíčová slova:

Demence. Ošetrovatelské diagnózy. Ošetrovatelská péče. Ošetrovatelský proces. Pacient.

## ABSTRACT

WOJNAROVÁ, Natalia. *Nursing process for the patient senile-dementia*. College of health, o. p. s. The Level of qualification: BA (Bachelor). The head of the work: PhDr. Ivana Talandová. Prague. 2016.

The topic of the bachelor work is Nursing process for the patient with senile-dementia while respecting the biopsychological needs of the patient. The theoretical part of the thesis, characterizes the dementia subsequently deals with its issues including the prevention, causes, symptoms, diagnosis and treatment with the use of specific approaches regarding to the disease. In the practical part I will use for a selected client, all phases OSEP: assessment, diagnosis, planning, implementation and evaluation. I am going to create the output material – the informative leaflet about senile-dementia, which will be offered to potential patients, their families and medical staff.

Keywords:

Dementia. Nursing diagnoses. Nursing care. The nursing process. The patient.

# PŘEDMLUVA

Bakalářská práce vznikla ve snaze přiblížit odbornou problematiku demencí. Výběr tohoto tématu byl pro mě jednoznačný, protože pracuji jako všeobecná diplomovaná sestra v domově se zvláštním režimem.

Je na čase věnovat této problematice dostatečnou pozornost. Demencí je postižen nejen samotný nemocný, ale i jeho rodina. A rovněž nemůžeme opomíjet fakt, že přináší i problém zdravotní, sociální a ekonomický.

Práce je určena studentům ošetrovatelství, ale i laické veřejnosti, také všeobecným sestřím v praxi k získání nových poznatků. Může být také podnětem pro rodiny, které pečují o svého nejbližšího, který onemocněl demencí.

Nejdůležitějšími informačními zdroji, mimo studia, byla především moje odborná a „lidsky hřejivá“ práce v domově se zvláštním režimem, kterou jsem si sama vybrala. Dále pak odborné knihy, přednášky, webové stránky, odborná dokumentace a především odborná péče- včetně komunikace se samotným nemocným.

Cílem mé bakalářské práce je přiblížit demenci a její problematiku, včetně ošetrovatelského procesu u nemocných v domově se zvláštním režimem.



# OBSAH

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

## SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

|   |           |
|---|-----------|
| ÚVOD .....  | 18        |
| <b>1 HISTORIE DEMENCE.....</b>  | <b>19</b> |
| <b>2 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ.....</b>  | <b>21</b> |
| 2.1 BIOLOGICKÉ ZMĚNY .....  | 23        |
| 2.2 PSYCHOSOCIÁLNÍ ZMĚNY .....  | 24        |
| <b>3 GERIATRIE A DEMENCE.....</b>   | <b>27</b> |
| 3.1 TYPOLOGIE DEMENCÍ .....   | 29        |
| 3.1.1 Demence u Alzheimerovy choroby.....   | 29        |
| 3.1.2 Demence u Parkinsonovy choroby .....  | 30        |
| 3.1.3 Demence alkoholová.....   | 30        |
| 3.2 STÁDIA DEMENCE.....   | 31        |
| 3.2.1 První stádium demence .....   | 31        |
| 3.2.2 Druhé stádium demence.....  | 31        |
| 3.2.3 Třetí stádium demence .....   | 32        |
| 3.3 PŘÍČINY.....  | 33        |
| 3.4 PŘÍZNAKY .....  | 35        |
| 3.5 DIAGNOSTIKA .....   | 36        |
| 3.6 BIOLOGICKÉ ZMĚNY .....  | 39        |
| 3.6.1 Farmakologická léčba .....  | 39        |
| 3.6.2 Nefarmakologická léčba .....  | 40        |
| 3.7 PREVENCE.....   | 42        |
| 3.8 PROGNÓZA .....  | 43        |
| <b>4 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA SE STAŘECKOU DEMENCÍ.....</b>                 | <b>44</b> |
| 4.1 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA SE STAŘECKOU DEMENCÍ V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ ..... | 44        |
| 4.2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE V DOMOVĚ SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM .....                       | 45        |
| <b>5 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA SE STAŘECKOU DEMENCÍ....</b>                          | <b>48</b> |
| 5.1 STANOVENÍ AKTUÁLNÍCH A POTENCIONÁLNÍCH DIAGNOZ.....                                     | 63        |
| 5.2 DOPORUČENÍ PRO PRAXI .....  | 72        |
| <b>ZÁVĚR .....</b>  | <b>75</b> |
| <b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>  | <b>76</b> |
| <b>SEZNAM PŘÍLOH</b>  |           |

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

|               |  |
|---------------|--|
| <b>ALT</b>    | alaninaminotransferáza (enzym)           |
| <b>AST</b>    | aspartátaminotransferáza (enzym)         |
| <b>BIL</b>    | bilirubin (metabolit, žlučové barvivo)   |
| <b>BMI</b>    | Body Mass Index (Index tělesné hmotnost) |
| <b>°C</b>     | celsia                                   |
| <b>CDT</b>    | test kresby hodin                        |
| <b>CMP</b>    | cévní mozková příhoda                    |
| <b>CT</b>     | počítačová tomografie                    |
| <b>ČALS</b>   | Česká alzheimerová společnost            |
| <b>DKK</b>    | dolní končetiny                          |
| <b>DTD</b>    | dotazník soběstačnosti                   |
| <b>EEG</b>    | elektroencefalograf                      |
| <b>g/l</b>    | gram na litr                             |
| <b>K</b>      | draslík (iont)                           |
| <b>Kg</b>     | kilogram                                 |
| <b>kreat</b>  | kreatinin (metabolit)                    |
| <b>l</b>      | litr                                     |
| <b>LDK</b>    | levá dolní končetina                     |
| <b>ml</b>     | mililitr                                 |
| <b>Mm Hg</b>  | milimetr rtuťového sloupce               |
| <b>mmol/l</b> | milimol na litr                          |

|                   |  |
|-------------------|--|
| <b>MMSE</b>       | Mini Mental State Examination (test kognitivních funkcí) |
| <b>MR</b>         | magnetická resonance                                     |
| <b>Na</b>         | sodík (iont)   |
| <b>NIP</b>        | neuropsychiatrický dotazník                              |
| <b>NS</b>         | nervová soustava   |
| <b>per os</b>     | perorální podání (ústy)                                  |
| <b>PET</b>        | pozitronová emisní tomografii                            |
| <b>P-PA-IA 1</b>  | počínající demence                                       |
| <b>P-PA-IA 2</b>  | stádium rozvinutého syndromu bez komplikací              |
| <b>P-PA IA 3</b>  | pokročilá či komplikovaná demence                        |
| <b>RHB</b>        | rehabilitace   |
| <b>SPECT</b>      | Jednofotonová emisní tomografie                          |
| <b>st. p.</b>     | stav po  |
| <b>TK</b>         | tlak krve  |
| <b>VAS páteře</b> | vertebrogenní algický syndrom, bolesti páteře            |
| <b>WHO</b>        | Světová zdravotnická organizace                          |
| <b>x</b>          | krát   |
| <b>μkat/l</b>     | mikrokatal na litr                                       |
| <b>μmol/l</b>     | mikromol na litr   |

(VOKURKA a kol., 2015)

## SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

|                            |   |
|----------------------------|---|
| <b>Abusus alkoholu</b>     | závislost na nadměrné konzumaci alkoholu  |
| <b>Adaptace</b>            | přizpůsobení se   |
| <b>Amyloidní plak</b>      | Extracelulární depozita amyloid-beta- peptidu   |
| <b>Arteriální</b>          | tepenný, týkající se tepny arterie  |
| <b>Atribut</b>             | vlastnost   |
| <b>Atrofovat</b>           | zmenšit   |
| <b>Benigní</b>             | nezhoubný nádor   |
| <b>Bilirubin</b>           | žlučové barvivo   |
| <b>Bradylogie</b>          | zpomalená řeč   |
| <b>Deficit</b>             | nedostatek  |
| <b>Dekubit</b>             | proleženina   |
| <b>Delirium</b>            | kvalitativní porucha vědomí, pozornosti, vnímání, myšlení, paměti, organický mozkový syndrom s prudkým průběhem blouznění, zmatenost s halucinacemi |
| <b>Diferencovat</b>        | odlišovat   |
| <b>Dilatace</b>            | rozšíření   |
| <b>Dysfagie</b>            | poruchy polykání  |
| <b>Eliminace</b>           | vyločit   |
| <b>Erudovaný pracovník</b> | vzdělaný pracovník v oboru  |
| <b>Erytrocyty</b>          | červené krvinky   |
| <b>Femoropopliteální</b>   | týkající se stehna a podkolenní jamky, např. příslušných tepen  |
| <b>Figurální paměť</b>     | nemocný si má představit dvě dříve načrtnutá lidská těla  |
| <b>Flebotrombóza</b>       | zánět hlubokých žil   |

|                             |   |
|-----------------------------|---|
| <b>Geriatricie</b>          | Je to samostatný lékařský obor, který se zabývá studiem změn lidského organismu ve stáří. |
| <b>Gerontologie</b>         | obor zabývající se problémy stárnutí organismu a chorob stáří.                            |
| <b>Glykémie</b>             | hladina cukru v krvi  |
| <b>Halucinace</b>           | vidina, přelud, blouznění   |
| <b>Hematokrit</b>           | laboratorní hodnota popisující podíl erytrocytů na celkovém objemu krve                   |
| <b>Hemoglobin</b>           | červené krevní barvivo  |
| <b>Hepatopatie</b>          | obecné označení pro jaterní chorobu   |
| <b>Hypertenze</b>           | zvýšený krevní tlak   |
| <b>Hypovitaminóza</b>       | chorobný stav vyvolaný nedostatkem vitaminů   |
| <b>Chronický</b>            | dlouhotrvající, vleklý  |
| <b>Interkurentní nemoci</b> | přidružené nemoci   |
| <b>Intravenózně</b>         | do vény (žíly)  |
| <b>Kognitivní funkce</b>    | poznávací funkce (vnímání, pozornost, paměť, představy, myšlení)                          |
| <b>Komorbidity</b>          | současný výskyt více nemocí   |
| <b>Komplexní</b>            | celkový   |
| <b>Kontext</b>              | souvislost  |
| <b>Kontinence</b>           | udrží moč i stolici   |
| <b>Kreatinin</b>            | látka vznikající ve svalech z kreatinu, její koncentrace v krvi odráží funkci ledvin      |
| <b>Kumulovat</b>            | hromadit  |
| <b>Letální nemoc</b>        | smrtelné onemocnění   |
| <b>Leukocyty</b>            | bílé krvinky  |
| <b>Lucidní</b>              | jasný, s jasným vědomím   |

|                                |   |
|--------------------------------|---|
| <b>Majorita</b>                | většina   |
| <b>Maligní</b>                 | zhoubný   |
| <b>Malnutrice</b>              | špatná výživa, podvýživa  |
| <b>Medikamenty</b>             | léky  |
| <b>Mortalita</b>               | úmrtnost  |
| <b>Obstipace</b>               | zácpa   |
| <b>Ošetrovatelská diagnóza</b> | pacientovy potřeby či problémy, je to závěr na základě sběru informací o nemocném |
| <b>Ošetrovatelský proces</b>   | proces, ve kterém sestry poskytují pacientům péči                                 |
| <b>Polyartróza</b>             | mnohočetná artróza  |
| <b>Postgraduální studium</b>   | studium navazující na ukončené vysokoškolské vzdělání                             |
| <b>Pregraduální studium</b>    | bakalářské a magisterské studium na vysokých školách                              |
| <b>Prognóza</b>                | předpověď, odhad dalšího vývoje   |
| <b>Progrese</b>                | vzestup, růst, zhoršení   |
| <b>Reduplikace</b>             | zmnožení buňky  |
| <b>Reisbergová škála</b>       | diagnostická pomůcka ke zjišťování stádií kognitivního deficitu                   |
| <b>Relevantní</b>              | podstatný, závažný, důležitý  |
| <b>Retence moče</b>            | zadržení moči v močovém měchýři při nemožnosti se vymočit                         |
| <b>Svalová rigidita</b>        | svalová ztuhlost  |
| <b>Trombocyty</b>              | krvní destičky  |
| <b>Urea</b>                    | močovina  |
| <b>Varixy</b>                  | městky, „křečové žíly“  |

(VOKURKA a kol., 2015)

# ÚVOD

Stárnutí populace je téma, se kterým se v dnešní době velmi často setkáváme. Stáří se stává a „ještě dlouho bude“ častým a ožehavým tématem. Proto jsem si tuto problematiku vybrala a chci se věnovat ošetrovatelskému procesu u pacienta se stařeckou demencí.

Pracuji v Domově se zvláštním režimem Českém Těšíně a setkávám se s takto nemocnými i jejich příbuznými téměř každý den. Domnívám se, že daná problematika je velmi aktuální a zaslouží si pozornost „nás všech“. Řekneme-li o někom, že je „dementní“ mohlo by se stát, že větší část naší populace si tento výraz vyloží spíše špatně nebo dokonce ho „s nadsázkou“ bere jako „nadávku“. Avšak tito lidé si nedokážou představit, jak Stařecká demence dokáže převrátit život naruby jak nemocnému, tak jeho rodině, která o něj pečuje. Nevědomují si, že je to závažná diagnóza, která může potkat i je. Toto onemocnění nedokáže naše současná medicína vyléčit, ale dovedeme zpomalit a hlavně zkvalitnit život lidem trpícím tímto degenerativním onemocněním.

Bakalářská práce je určena diplomovaným všeobecným sestřám, všem studentům se zdravotnickým i sociálním zaměřením, pečujícím osobám a rovněž i laické veřejnosti.

Práce je rozdělená do dvou částí na teoretickou a praktickou. Teoretická část se zabývá problematikou stáří a stárnutí, řeší pojem demence, její rozdělení, příčiny, příznaky, léčbu, diagnostiku, prevenci a prognózu. V posledních kapitolách teoretické části je věnována pozornost specifice péče v domově se zvláštním režimem.

Praktickou část tvoří ošetrovatelský proces u konkrétního pacienta postiženého Stařeckou demencí, kterého jsem ošetřovala. Dle získaných informací byly sestavené ošetrovatelské diagnózy podle NANDA taxonomie I. a následně byl vypracován plán ošetrovatelské péče.

S naší rešeršní strategií se hodláme obrátit na Moravskoslezskou vědeckou knihovnu v Ostravě.

# 1 HISTORIE DEMENCE

Uvádí se, že průměrná délka lidského života v dopadu na vyšší kojeneckou mortalitu a morové epidemie byla kolem 30 let, byla demence cizím neprozkoumaným jevem.

Slovo *demenita* se datuje od roku 40 našeho letopočtu, kdy římský badatel Aulus Cornelius Celsus (kolem 25 př. n. l. - 50 n. l.) užil ve svých lékařských dokumentech toto pojmenování, z latinského *de* = „ pryč od“ a *mens* „rozum“ pro stav nepřetržité iluze smyslů a rovněž široce popsal fakt, že u starších lidí paměťové schopnosti vyhasínají.

Francouzský lékař a psychiatr Philippe Pinel vymezil do dnes platnou definici a tímto dal základ pro další práce (EHRENFREUCHTER, 2014).

Arnold Pick vylíčil kontext mezi krněním mozku a poruchami řeči či chování, které do jisté míry souvisí s demencí. Právě v tom čase Alois Alzheimer začal bádát po anatomických a fyziologických odlišnostech po smrti pacientů.

Augusta Deterová, žena, která natolik zaujala Aloise Alzheimera, že její nemoc chtěl podrobně prozkoumat. Tenkrát vrchní lékař Městského ústavu pro choromyslné ve Frankfurtu nad Mohanem, vstoupil do dějin lékařství. Zdokumentoval průběh nemoci u A. Deterové, jenž byla ve svých relativně mladých 51 letech. Při nástupu do ústavu už prakticky nedokázala odpovídat na otázky, nedokázala se orientovat a chovala se mimořádně neklidně. A. Alzheimer prvně si všiml příznaků typických pro tuto chorobu. Konstatoval, že pacientka ztrácí paměť, nesmyslně chodí po bytě, nejspíš se neorientuje, nechápe některé otázky a při psaní vypouští písmenka (EHRENFREUCHTER, 2014).

Jenom o pět let později tato žena takřka „úplně zpitoměla“ a následně umírá. Po její smrti německý psychiatr a neurolog zkoumá zemřelé mozek a udělal jasný závěr. Na celém povrchu mozkové kůry došlo k vymizení miliardy nervových buněk. Ze začátku o onemocnění mozkové kůry tu nikdo nejevil zájem. Teprve několik let po smrti Aloise Alzheimera jeho poznatky vzbudily pozornost veřejnosti. Rita



Hayworthová v sedmdesátých letech 20. století zapříčinila, že se titulky opět objevily v tisku a také u ní se projevily první příznaky „Alzheimerovy nemoci“. Nemoc pojmenovala po zakladateli, Alzheimerova choroba opět byla aktuální. S 80% je diagnostikována jako nejčastější forma demence (VÁGNEROVÁ, 2008).

## 2 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ

*„Stáří je přirozené období lidského života, které vztahujeme také k ostatním životním obdobím: k dětství, mládí, k době zralosti“ (HAŠKOVCOVÁ, 2012, s. 37).*

*„Podle definice Světové zdravotnické organizace „ Stařecký věk neboli senescence je obdobím života, kdy se poškození fyzických či psychických sil stává manifestní při srovnání s předešlými životními obdobími“ (HAŠKOVCOVÁ, 2012, s. 20).*

Stárnutí je fyziologický proces, který probíhá už od narození, projeví se sníženou fyzickou a psychickou výkonností. Odráží se zejména v mimice, v gestech, držení těla i v chůzi. Otopují se smysly, člověk začíná hůř slyšet, vidět, vnímat a ztrácí chuť k jídlu a pohotovou reakci. Svalstvo ochabuje, snižuje se pružnost, začínají se vytvářet pigmentové skvrny. Kůže ztrácí svoji pružnost a elasticitu, začínají se objevovat „první vrásky“. Pohyby se zpomalují, postava zmenšuje a pomalu se začínají objevovat problémy s prostorovou orientací, nejdříve ve vnějším prostředí, později i ve vnitřním prostředí (FRANKOVÁ, 2011).

Existuje velké množství definic stáří. Obecně můžeme říct, že je poslední etapou lidského života. Je obtížné určit, kdy tato etapa začíná, jelikož každý pátý člověk jinak rychle stárne. Někteří jedinci jsou vitální a svěží do pozdního věku, jiní naopak vykazují projevy stárnutí mnohem dříve. Záleží, v jakých podmínkách jedinec žije. Někdo vnímá stáří a stárnutí velmi negativně. Stáří je přirozenou součástí našeho života, a proto by se každý jedinec měl připravovat a hledat v něm jenom to dobré. Když se nad tím zamyslím a pomínu některé negativní projevy, které stáří přináší, je to krásné období života. Člověk má za sebou pracovní kariéru, bohaté zkušenosti, děti většinou odešly z domu a založily si vlastní rodiny a s tou změnou můžeme začít novou „životní roli prarodičů.“ V tomto období má člověk opět možnost využít svůj volný čas podle svých potřeb a představ, věnovat se svým koníčkům, na které mu dříve nezbyval čas (HAŠKOVCOVÁ, 2012).

Pro seniora je tedy velmi důležité zůstat duševně i fyzicky mladý a hlavně „být stále aktivní“. Neustálou aktivitou si může udržet mladistvou svěžest až do vysokého věku.

K výše uvedenému vřele všem doporučujeme „být připraven a pozvat stáří dál“ Existuje mnoho dělení, jak můžeme rozdělit stáří. Jedná se o individuální involuční nevratný proces. Názory na stáří se různí:

- **WHO v 60. letech minulého století stanovila:**

- Rané stáří. 60 - 74 let

- Vlastní stáří. 75 - 89 let

- Dlouhověkost. 90 let a více

- **V české literatuře uvádí Příhoda jednotlivá období:**

- 60 - 74 let - senescence, počínající, časné stáří

- 75 - 89 let - kmetství, vlastní stáří

- 90 let a více - dlouhověkost

- **V poslední době se stále častěji užívá následující dělení:**

- 65 – 74 mladí **senioři** - zde vévodí překážka ztížené adaptace na penzionování, volného času

- 75 - 84 let **staří senioři** - dochází ke změně určitých dovedností, specializovaná medicína zaměřená na problémy a vývoj chorob

- 85 a více let **velmi staří senioři** (důležitou roli hraje sledování soběstačnosti a zabezpečení) (HOLMEROVÁ, 2014).

- **Dále můžeme dělit stáří na:**

- Chronologický (kalendářní) věk - což je věk jedince od narození

- Biologický věk - funkční zdatnost jedince

- Sociální věk - změna rolí, životního způsobu i ekonomického zajištění

- Subjektivní věk - jak se člověk sám cítí (HALOVÁ, 2010),

- [www://wikisofia.cz/wiki/](http://www://wikisofia.cz/wiki/).

## 2.1 BIOLOGICKÉ ZMĚNY

Biologický věk je tzv. objektivní stav fyzického vývoje jedince s postupnou degenerací organismu. Obecně je tento pojem užíván volně k vyjádření stavu organismu. Někdy se užívá konkrétnější určení biologického věku. Patří mezi ně anatomický věk, je to fyzický růst jedince ve vztahu k statistickému průměru na základě chronologického věku (LUŽNÝ, 2012).

Fyziologický věk se tedy rovná stavu fyziologických pochodů v organismu. Lidské buňky nejsou nesmrtelné, přibližně v sedmiletém období umírají a jsou vyměněny buňkami novými. Buňky v centrální nervové soustavě není možno nahradit. Počet buněčných výměn není zdaleka neomezený. Leonard Hayflick zkoumal lidské buňky a došel k závěru, že živé buňky vyjmuté z těla a pěstované in vitro způsobí, že před zánikem dojde ke zmnožení jenom omezeného určitého počtu. Čím je jedinec starší, tím se snižuje počet reduplikací před zánikem buňky. Tento jev se nazývá podle svého objevitele Hayflickův jev, rovněž maximální množství reduplikací před smrtí buňky je nazváno dle výše uvedeného objevitele – tedy Hayflickův limit (HOLMEROVÁ et al., 2008).

Za další negativní vlivy fyzické degenerace můžeme označit znečištěné prostředí, nevhodnou stravu, autoimunitu organismu, tj. když vlastní buňky napadají tkáň sobě vlastní. Mluvíme tedy o autoimunní teorii stárnutí, degeneraci vyvolané volnými radikály, vznikajícími během některých častých metabolických pochodů. Nedávno byl zveřejněn názor, jehož zastáncem je dvojnásobný laureát Nobelovy ceny Linus Pauling, který říká také, že tento průběh lze zastavit vydatnými dávkami vitamínu C., Avšak tento názor o volných radikálech nemá nouzi o kritiky. Jiní výzkumníci si všimli, že buňky mají sklon k produkci volných radikálů a také vytvářejí velkou řadu odpadních látek, které přetrvávají uvnitř buňky a stávají se jejími znečišťovateli (teorie buněčného odpadu). Nicméně znaky mezi výskytem odpadních látek, jako je lipofuscin, a stupněm zestárnutí byla rovněž dosti nepřesvědčivá.

Musíme si však uvědomit, že úpadek funkcí nenastává ve stáří, nýbrž v rané dospělosti, protože většina tělesných systémů vykazuje po třicátém roku snížení funkce zhruba o 0,8 až 1 procento. Proces tohoto úpadku je velmi pomalý, a protože je větší část tělesných soustav značně předimenzovaných, nezaregistruje obyčejný člověk až do šesté etapy života žádnou změnu. Botwinick podotknul, že tento úbytek je větší v souhrnu více soustav než v samostatných systémech. To je zapříčiněno patrně tím, že určité funkce oslabí pouze nepatříčně, ale mají-li fungovat jako celek, poškození je pak větší. Tenhle nerovnoměrný úbytek určitých funkcí se projevuje jak ve stárnoucím těle, tak i v mysli (TOPINKOVÁ, 2005).

Dále musíme zvážit fakt, zda změny, které proběhly, u starého člověka jsou projevem stáří či nemoci. Je prakticky nemožné, aby člověk v průběhu svého života neměl nějakou chorobu, a z toho důvodů nemůžeme vyloučit, že změny úzce souvisí se stárnutím a jsou přinejmenším zapříčiněné kumulovanými důsledky nemocí a infekcí v prodělaném životě (HOLMEROVÁ et al., 2008), (LUŽNÝ, 2012), (TOPINKOVÁ, 2005).

## **2.2 PSYCHOSOCIÁLNÍ ZMĚNY**

Velmi významný atribut, dnešní doby, který mnoho mladých lidí přehlíží a nepovažují ho za důležitý. Avšak příprava na stáří je již v mladém věku nesmírně důležitá. Jsou mezi námi lidé, kteří zdárně realizují své stáří a rozumně se k němu staví. Umí si vážit sami sebe a tím si zachovají duševní svěžest a rovnováhu až do vysokého věku. Dobře vědí, že mohou ovlivnit kvalitu stárnutí hlavně kvalitním životním stylem a pozitivním přístupem ke stáří (FRANKOVÁ, 2011).

Postoje psychologů na tuto problematiku psychosociálního stárnutí se liší. Tudiž je velmi podstatné porozumět stáří v jeho souvislostech pohledem biopsychosociálním.

Medicína pořád podceňuje „somatizaci“ psychických potíží a hledá je tam, kde nejsou - v tělesných orgánech, vůbec se nezabývá psychosociální anamnézou.

Změny psychiky se mohou projevit zvláště v poznávacích dovednostech. Mnohdy dochází k omezené možnosti přizpůsobit se novým životním situacím. Snížené vnímání poškozenými smysly může navodit strach, úzkost i nejistotu. Senior přestane chodit ven, bojí se přijít do kontaktu s jinými lidmi, stává se ostražitý a nedůvěřivý. V pokročilejším věku se mohou objevit poruchy paměti a poruchy osobnosti. Stoupá procento duševních chorob a rovněž přibývají demence, zejména Alzheimerova choroba.

Klasifikujeme změny duševních funkcí, zaměřujeme se, na jakém stupni probíhají a jak je senior pociťuje. Vyskytují se s přibývajícím věkem a mohou se nabalovat na chronická onemocnění, která přispívají ke zhoršení soběstačnosti. Zhoršená soběstačnost a změna sociální role mají významný vliv ve společenském životě. Senior se najednou nachází v sociální izolaci, je pro něj těžké přijmout skutečnost závislosti, uzavírá se do sebe, většina si netroufne říct si o pomoc. Senior špatně zvládá i sebemenší zátěž, natož měnění zaběhnutých zvyků či životních stylů (BUDSON, 2011).

Velmi těžká situace nastane, když odejde jeden z partnerů a pozůstalý začne ztrácet smysl života. Brzo se dostaví samota, osamělost, je pro něj velmi těžké smířit se s osudem a přijmout novou roli „vdovy – vdovce“. To všechno má obrovský vliv na psychiku jedince a pochopitelně výraznou mírou ovlivňuje kvalitu života seniora.

Tato situace zapříčiní, že senior přehodnotí žebříček hodnot, potřeb a cílů. Nastávají změny v oblasti citového života, které jsou individuální. Starý člověk je mnohem vnímavější, situace prožívá hodně emotivně a lehce podlehne dojetí.

Některé rysy se mohou, ve stáří ještě více prohlubovat a jsou viditelnější, například hašteřivý člověk ještě více vyhledává hádky, šetrivý se stává lakomý. Není to pravidlo. Většina starých lidí je lehce citově zranitelná a zneužitelná, mají větší sklon k sympatiím, předpokládají taktnost a pochopení (BUDSON, 2011).

Každý jedinec má rád projevy úcty a porozumění, ale ve stáří se tyto vlastnosti výrazně prohlubují. Vyšší věk s sebou nese změnu psychomotorického tempa, která se projeví pomalými pohyby zejména při chůzi. To se projeví opatrností, nejistotou,

snižuje se soustředění. Senior vyžaduje k provedení normálních činností více času. Nicméně tento nedostatek může být vykompenzován systematičností, zásadovostí, pečlivostí v komunikaci.

Životní situace mohou přispět k uvažování a také zvyšujícímu se zájmu o informovanost a širší rozhled a kulturu řeči.

Odchodem do penze jedinec ztrácí pracovní zařazení, pracovní kolektiv, s tím související kontakt s lidmi, vztahy v rodině začnou nabírat jiný směr. Obvyklým fenoménem dnešní doby bývá „touha stát se a užívat si“ nové životní role „být“ babičkou či dědečkem. Avšak ne všichni mají tu možnost si tuto touhu naplnit.

Snižování možností a neochota přijímat nové věci v důsledku vedou k sociální izolaci a neochotě navazovat či oslovovat nové lidi. Dominuje potřeba soukromí a komfortu. Nejhorší představa pro seniora je, že bude odkázán na pomoc druhých. To nejvíce zatěžuje psychosociální stárnutí (BUDSON, 2011), (FRANKOVÁ, 2011).

### 3 GERIATRIE A DEMENCE

**Geriatricie** - etymologicky je pojem odvozen od řeckého gerón – starý člověk a iátro – léčím, z anglického geriatrics se překládá jako geriatrická medicína. Je to samostatný lékařský obor a v České republice je již od roku 1983. Specializuje se na zdravotní péči a na pacienty ve vyšším věku nad 65 let, častěji však nad 75 let. Vychází ze specifiky znalostí diagnostiky a terapie chorob ve stáří, rozeznává geriatrická rizika a snížené funkční rezervy, klade důraz na zachování sebe obslužnosti, psychiku a tělesnou zdatnost (PIDRMAN, 2007).

Geriatrická medicína je diferencovaná a zaměřuje na problematiku:

- akutní
- chronickou
- paliativní

Geriatrická péče je typicky týmová, vychází z komplexního geriatrického hodnocení pacienta (*comprehensive geriatric assessment, CGA*).

Zvláštní pozornost je věnována stařecké demenci:

- multimorbiditě
- disabilitě
- křehkosti
- geriatrickým syndromům
- kognitivnímu deficitu
- demenci

Nedílnou součástí geriatricie je dlouhodobá péče (long-term care), komplexní zdravotní péče o nemocné s funkčně závažným chronickým zdravotním postižením (disabilitou). Samostatně je vyčleněna gerontopsychiatrie, k jejímž hlavním okruhům zájmů, mimo jiné patří demence (HOLMEROVÁ et al., 2008).



**Demence** je definována jako závažné onemocnění, jež vzniká na podkladě degenerativních změn v mozkové tkáni.

Která se především projevuje:

- chýtráním duševních funkcí
- poruchami paměti
- poruchami orientace v prostoru
- poruchami orientace v čase
- výrazným úpadkem celého intelektu

Demence může postihovat především starší lidi, hovoříme pak o stařecké – senilní demenci – populace nad 65 let, která vzniká nejčastěji na podkladě neurodegenerativních onemocnění, patří sem Parkinsonova choroba a Alzheimerova choroba. Dále pak můžeme rozlišovat demenci presenilní, která je typická časným výskytem do 60 let. Demence se může také vyvinout na podkladě ischemicko- vaskulárního poškození mozku. Poměrně vzácnou příčinou demence v senilním věku je Pickova choroba – neurologické onemocnění postihující čelní a spánkový lalok mozku (PIDRMAN,2007).

Je velmi důležité si uvědomit a počítat s tím, že se může demence projevovat mnoha způsoby a ne všichni pacienti mají stejné příznaky.

Kognitivní poruchy narušují postupně pracovní společenské začlenění nemocného. Ze začátku nemoc postihuje komplexní složitější dovednosti jako je, (řízení motorového vozidla, ovládaní mobilního telefonu), v pozdějším stádiu jsou zasaženy specifické dovednosti, nejsou schopni provádět základní běžné činnosti a jsou odkázáni na péči druhých lidí. Pro správnou diagnostiku je nezbytné, aby příznaky trvaly nejméně 6 měsíců (LUŽNÝ, 2012), (PIDRMAN, 2007).

Mezi časné příznaky demence, které by nás měly varovat, řadíme:

- zapomínání základních věcí
- obtížné rozhodování
- ztížená komunikace - s postiženým se nelze domluvit

- problémy s orientací v čase i v prostoru – bloudění na místech, které dobře znal/a
- popírání vlastních problémů – s pamětí, s orientací
- změny chování – vztahovačnost, podezřívavost, agresivita
- změny nálad – deprese, úzkost, ztráta zájmů o koníčky
- změny osobnosti – sobeckost, egocentrismus

(BUDSON, 2011), [www://uzdravim.cz/starecka-demence.html](http://www://uzdravim.cz/starecka-demence.html)

### 3.1 TYPOLOGIE DEMENCÍ

V průběhu času se dělení demencí měnilo podle autorů, psychiatrických směrů a v neposlední řadě i podle současných poznatků vědy. Rovněž názvosloví není jednotné, některé termíny se překrývají, jiné jsou uváděny na různých úrovních, avšak pro každodenní praxi je závazné dělení dle Mezinárodní klasifikace nemocí.

Z hlediska anatomicko-patologického procesu a z pohledu etiopatogenetického můžeme „velmi stručně“ rozdělit demence na dvě skupiny:

- demence atroficko-degenerativní
- demence symptomatické -sekundární (KUČEROVÁ, 2006).

#### 3.1.1 DEMENCE U ALZHEIMEROVY CHOROBY

Alzheimerova demence je nejběžnějším ze všech typu demencí, která tvoří až 60% všech demencí. Poprvé byla popsána německým psychiatrem Aloisem Alzheimerem. Je to závažné, chronické progredující onemocnění. Projeví se zcela plíživě a nenápadně. Pod zástěrkou zapomínání, - nemoc s přibývajícím věkem progreduje, dochází ke zhoršování poruch paměti, ale i ostatních kognitivních funkcí.

Terminální stádium znamená úplnou ztrátu soběstačnosti, nedokážou rozpoznat i nejbližší osoby jemu blízké. Dochází k nástupu problému celkové ošetrovatelské péče tj. inkontinence, problémy přijímají tekutinu a stravy, péče o hygienu a k celkové imobilizaci nemocného. Alzheimerova demence je kvůli svým dopadům na zdravotní stav pacienta považována za letální onemocnění. Nemocní v terminálním stádiu umírají

hlavně na přidružené somatické choroby (bronchopneumonie, imobilizační syndrom, urosepse, nutriční deficit).

Alzheimerova nemoc je pátou nejčastější příčinu smrti, dle světové zdravotnické organizace (HOLMEROVÁ, 2014), (PIDRMAN, 2007).

### **3.1.2 DEMENCE U PARKINSONOVY CHOROBY**

Demence se vykytuje v pozdních fázích Parkinsonovy choroby u 10 až 20% pacientů. Někteří mají jenom malé poškození kognitivních funkcí, ostatní se dostávají do stádia demence. Pro Parkinsonovu nemoc je charakteristický nízkofrekvenční třes, svalová ztuhlost s hypokinezi, šouravá pomalá chůze, zvýšená zranitelnost k pádům v rámci zvýšeného tonusu svalu a s tím související i špatné stability. Dále pak zvýšená salivace, nadměrné vylučování kožního mazu, potíže s mikcí, mikrografie, v těžších stavech jsou dysfagické poruchy. Psychiatrické příznaky doprovázejí zejména pozdní stádia Parkinsonovy choroby, mnohdy je přítomná deprese, úzkost či zhoršení psychomotorických činností různého stupně. Typické pro Parkinsonovu demenci jsou příznaky zpomalení psychického výkonu - bradypsychismus, společně se zpožděnou řečí - bradylogie, problémy v seberealizaci a rozhodování, zapamatování i rozpomínání. Do jisté míry mohou být přítomná nabalující se deliria nebo halucinace (EHRENFREUCHTER, 2014), (PIDRMAN, 2007).

### **3.1.3 DEMENCE ALKOHOLOVÁ**

Alkohol je toxin vztahující se k nervové soustavě a podporující činnost nervového systému s možností rovnou narušit mozek. Vedlejší poškození mozku u notorických alkoholiků vychází ze špatné výživy. Deficit zejména thiaminu, může být příčinou iontové dysbalance, změny vnitřního prostředí, následně dochází k poškození jater tzv. alkoholické hepatopatie. Na souboru příčin alkoholické demence se také podílejí následky úrazu a s tím související kraniocerebrální traumata.

Z pohledu psychiatra jsou alkoholové demence zjevné poruchy vstřípivosti paměti i obtíže s krátkodobou pamětí. V relevantních případech se setkáváme i s poruchami staropaměti. Dochází k celkovým změnám osobnosti z důvodu ethylické degenerace

(LIŽNÝ, 2012), (PIDRMAN, 2007), (VÁGNEROVÁ, 2008).

## **3.2 STÁDIA DEMENCE**

Demenci můžeme rozdělit do několika stádií, podle průběhu neuro progresivních změn v mozku nebo podle výsledku vyšetření. Řídíme se podle České alzheimerovské společnosti a aplikujeme strategii P-PA-IA a v nich popisovaná určitá stádia demence, která se mohou v rámci mezi shodovat s používanými běžnými zásadami (např. MMSE, Reisbergová škála). Za důležité považujeme členění P-PA-IA-, protože odráží potřeby nemocných, případně i členů rodiny. Musíme zprostředkovat péči s ohledem na multidisciplinární přístup (EHRENFREUCHTER, 2014).

### **3.2.1 PRVNÍ STÁDIUM DEMENCE**

Popisujeme, kdy je pacient docela soběstačný především v základních každodenních činnostech, nicméně potřebuje dohled či pomoc při složitějších úkonech, jako jsou užívání léků, nakupování, cestování mimo domov, finanční transakce.

Důležité je stanovit správnou diagnózu - je to významné pro další řešení situace. Zde již nestačí obvodní lékař, klíčové je včas objednat schůzku s odborníkem - psychiatrem. Největší chybou je se domnívat, že demenci zvládneme sami bez cizí pomoci. A platí to zejména i pro blízké nemocného (EHRENFREUCHTER, 2014).

### **3.2.2 DRUHÉ STÁDIUM DEMENCE**

Dochází k výraznému omezení soběstačnosti v instrumentálních aktivitách, postupně nastává nesoběstačnost v základních denních potřebách běžného života. Tato fáze je charakterizována jako „stav, kdy lidé s touto diagnózou přestávají rozumět návodům k použití a rychle zapomínají“.

Postupem času vymizí dovednost orientovat se v užívání běžných domácích zařízení, např.: mixér, šlehač, rychlovarná konvice. Hrozí velké nebezpečí, že svévolně opustí byt a už se zpět nevrátí, nastává zde velké nebezpečí požáru s následným výbuchem plynu nebo vytopení souseda, jestliže bydlí sami. Ohrožují nejen sami sebe, ale i ostatní lidi

v jejich bezprostřední blízkosti. Pacienti v tomto stádiu demence, již nemohou žít sami, vyžadují neustálou péči. Mají prospěch z určitých aktivit, a to nejen v domácím prostředí, ale i v zařízení k tomu určeném. Život seniora může být mnohem kvalitnější, jsou-li zachovány a respektovány jeho bio-psycho-sociální potřeby.

V tomto stádiu se můžeme setkat s poruchami chování, které však jde zvládnout. Ovlivňování psychiky není vhodné, neboť v posledních vědeckých výzkumech vědci vyvracejí pozitivní účinek antipsychotik. S postupem léčby a ošetřováním je seznámena rodina a sociální zařízení. Ve kterém je poskytována péče pomocí erudovaných pracovníků, kteří dovedou správně reagovat na určité situace či změny v chování.

Dovolujeme si udělat ještě jednu nezbytnou připomínku týkající se poruch chování, které se vyskytují u většiny nemocných. U nestandardního chování lékař musí klasifikovat nejenom, o jakou potíž jde, ale také komu vadí. Jestliže daná situace pro nemocného je nesnesitelná a nejde provést ani určitá interpretační opatření, která by mu ulevila, je zcela na místě naordinovat antidepresiva.

Shodné jsou i psychické příznaky, musíme zvážit, že nemocní mají nevléčitelnou chronickou nemoc, která má progresivní charakter. Realitu vnímají značně jinak než zdraví jedinci, nemůžeme však očekávat, že správnou medikací dosáhneme fyziologického stavu (EHRENFREUCHTER, 2014), (VÁGNEROVÁ, 2008).

### **3.2.3 TŘETÍ STÁDIUM DEMENCE**

Je to stádium, kdy nemocní potřebují nepřetržitou péči. Využíváme takzvaný flexibilní harmonogram dne „kde je vymezen čas na dané aktivity“- tím předcházíme strachu z neznáma, úzkosti a dalším nepříjemným pocitům.

Nemocní i v tomto stádiu mohou být doma, rodina musí být dostatečně schopná a ochotná vzít na sebe tak „těžké břemeno“. Dobře edukována rodina velmi kladně reaguje na požadavky nemocného. Tato péče je vzácná a týká se jen nejbližších, ne moc často se s ní setkáváme běžně v praxi. Jelikož péče o nemohoucího nemocného s demencí je značně vyčerpávající, jak po fyzické tak po psychické stránce.

Třetí fáze demence přechází do terminálního stádia a smrti. V průběhu nemoci dojde postupem času k situaci, kde již laická péče nestačí. Je tedy na místě, aby veškerou péči obstaral vysoce erudovaný a v problematice demence obeznámený zdravotní tým, ve spolupráci s rodinnými příslušníky, jednak v domácím ošetřování anebo ve vysoce erudovaném zařízení, které je k tomu určeno. V poslední fázi dochází ke komplikacím, nemoc je v konečném stádiu – mluvíme o terminálním stádiu, které trvá individuálně „různou dobu.“ - jedná se o tzv. paliativní léčbu (EHRENFREUCHTER, 2014), (HOLMEROVÁ, 2014).

### 3.3 PŘÍČINY

Demence jsou obvyklé ve vyšším věku jedince. Na vznik a vývoj této degenerativní poruchy mozku má vliv spousta faktorů, jak už ovlivnitelných či neovlivnitelných. Například: bílkovinné usazeniny v mozku, neurotransmitery v nerovnováze, nedostatek vitamínu B12, nadměrná konzumace alkoholu, mozkové nádory a poranění mozku, zvýšená krevní srážlivost, ischemická choroba srdeční či špatně prokrvený mozek. Dochází k poškození mozku, což zapříčiní zhoršenou orientaci v prostou, sníženou schopnost učit se, vnímat dění kolem sebe, nemocní zapomínají komunikovat, nezvládají základní každodenní činnosti (VÁGNEROVÁ, 2008).

#### **Demenci dle vzniku příčiny dělíme na primární a sekundární.**

O **primární degenerativní demenci** hovoříme, je-li primárně postižen mozek, vzniká na základně nervové degenerace. V dnešní době můžeme pouze potlačit příznaky nemoci, jelikož je neléčitelná. Nejvyskytovanějším druhem demencí je Alzheimerova choroba.

Druhým hojně se vyskytujícím druhem je Ischemicko- vaskulární demence, která je navozená zhoršeným až nedostatečným prokrvením mozku.

Při **sekundární demenci** není původ v mozku, ale je to zapříčiněné jinou nemocí, např. podvýživa, dehydratace, nedostatek vit B12, rozvrat metabolismu, nádor na mozku. Tyto nemoci mají negativní vliv na činnost mozku a dochází k vývoji demence. Základní

onemocnění lze vyléčit, ale demence je neléčitelná, můžeme jí pouze potlačit medikamenty (VÁGNEROVÁ, 2008).

**Bílkovinné usazeniny a plaky v mozku** se tvoří zejména v hipokampu a v čelních lalocích. Hipokampus je část mozku, která vysílá informace do zbylých částí mozku. Čelní lalok zodpovídá za naše chování a stanovuje typické znaky osobnosti. Při odbourávání velkých bílkovin vznikají bílkovinné částice, které jsou téměř nerozpustné a usazují se mezi nervovými buňkami. Tvoří se takzvané amyloidní plaky, které zapříčiní postupné odumírání mozkových buněk a dojde k zániku funkce.

**Nedostatek vitamínu B12** není-li dostatečně vstřebán vitamín B12 v tenkém střevě, je zde velké riziko propuknutí prvních příznaků demence. Za vstřebání vitamínu v žaludku odpovídá takzvaný vnitřní faktor. Při nemocech žaludku máme nedostatek vnitřního faktoru, vitamín B12 se nám nevstřebá, i když ho přijmeme v potravě v dostatečném množství. Nedostatek vitamínu B12 může být i způsoben vegetariánskou stravou či malnutricí, je to častý jev u starých lidí (EHRENFREUCHTER, 2014).

**Nadměrná konzumace alkoholu** konzumace nadměrného množství alkoholických nápojů, která je kontinuální a trvá více let, má takřka vždy negativní dopad na organismus, zejména na mozek. Jestliže je mozková aktivita značně snížena, jedná se o alkoholickou encefalopatii, tudíž o onemocnění mozku. Projeví se příznaky podobající se Alzheimerovy nemoci. Příčina deliria může souviset i s nedostatkem vitamínu B1, která nemocným často chybí.

**Příliš nízká hladina hormonu štítné žlázy** dojde-li k poškození funkce štítné žlázy, dochází ke snížení tvorby hormonu, což má za následek zpomalené reakce, lhostejnost, přibírání na váze, zpomalený růst vlasů, nehtů. Dodáním hormonu chrupavce štítné můžeme potlačit příznaky demence nebo je i zcela vyeliminovat (EHRENFREUCHTER, 2014).

**Mozkové nádory a poranění lebky a mozku** každý nádor, ať už benigní či maligní, může vést k demencí, zvláště takové, které se pomalu zvětšují. Dalším rizikovým faktorem jsou závažná poranění mozku, například: traumata, těžké úrazy hlavy s krvácením do mozku (EHRENFREUCHTER, 2014), (VÁGNEROVÁ, 2008).

### 3.4 PŘÍZNAKY

Příznaky této zákeřné nemoci, jako je demence se mohou projevit u každého jedince jinak. Průběh je ovlivněn postiženou oblastí v mozku a také tím „co destrukcí neuronů způsobuje“. Velký význam hraje psychická i fyzická pohoda jedince, která souvisí s tělesnou konstitucí a hlavně s věkem.

Občasné zapomínání zná každý z nás, bez rozdílu věku. Dojde-li však k tomu, že si nedovedeme vzpomenout dlouhodobě, měli bychom vyhledat odbornou pomoc. Zhoršená krátkodobá paměť působí velmi kontraproduktivně na získávání nových informací i na učení se novým věcem. Nemocní se nedokážou na delší dobu soustředit, co jim je říkáno, a pořád se ptají na totéž.

Častokrát odkládají věci na nestandardní místa, vzápětí neví, kam danou věc položili, a nemohou ji najít ani po delší době hledání. Oproti tomu dokáží si vzpomenout na chvíli, informace z dlouhodobé paměti, které jsou hluboko uložené v mozku, které vymizí v pozdějším stádiu nemoci.

Následujícím projevem je zhoršená schopnost se vyjádřit. Jejich projev je velmi nesrozumitelný. Postupem času se začne jejich slovní zásoba snižovat a jejich řeč bude ještě více chudá. Dále se přidávají potíže s časovou orientací, kterou následuje prostorová orientace.

Najednou se ocitnou v neřešitelné situaci, kdy jsou odkázaní na pomoc druhé osoby. Tato situace je vyvede z míry, obávají se, že přijdou o svoji nezávislost, a snaží se situaci skrýt anebo jí zlehčují a svádí ji na stáří a nemoc (BUDSON, 2011), (EHRENFREUCHTER, 2014), (VÁGNEROVÁ, 2008).



### 3.5 DIAGNOSTIKA

Pro diagnostiku demence není žádný důvěryhodný test. Diagnóza se určuje na podkladě mnoha klinických a laboratorních dat či různých vyšetření a testů, které umožní stanovit diagnózu (JANEČKOVÁ et al., 2010).

**Test Mini- Mental State (MMSE)** Mini- Mental- State Examination - je test mentálních funkcí, obsahuje 30 úloh, které se zabírají časovou a prostorovou orientací jedince, schopnosti si zapamatovat, vzpomenout, spočítat a soustředit se. Dotazovaného se například ptá: jaké je roční období, jaký je rok, kde teď jsme. Pojmenovává předměty denního užitku. Tento test nám umožnil udělat první předpoklad nadcházející demence. Délka testu je 15 minut. Hodnotící škála je od nuly do třiceti. Čím je menší počet bodů, tím je větší postižení. Konkrétně u demence hodnoty testu bez léčby klesají přibližně až o tři body ročně (VÁGNEROVÁ, 2008).

**Testy pro vyloučení deprese** máme zde spoustu testů na potvrzení či vyvrácení demence. Z Německa nám přišel jeden z testů, který dokáže rozpoznat demenci ve včasném stádiu s eliminací deprese. Účel testů je opakování seznamů slov nejdříve ihned a následně z časovou pauzou. Tento test nám umožní diferencovat demence a deprese. Máme desetistupňové rozmezí, které vyhodnotí mentální rozpoložení mezi těmito krajnostmi. V ČR se můžeme setkat také s obdobnou variantou tohoto testu zaměřeného na starší osoby (GDS - Geriatric Depression Scale) (VÁGNEROVÁ, 2008).

**Testy kresby hodin (CDT)** při tomto testu má pacient za úkol namalovat hodiny s ručičkami, aby znázorňovaly zadaný čas. Nemocný s demencí čas označí špatně. Bodové hodnocení je od jednoho bodu - žádné omezení až po šest bodů těžké postižení. Kresba hodin nám pomůže odhadnout počínající demenci za relativně krátký čas, s minimem nákladů (KUČEROVÁ, 2006).

**Test ADAS-cog** test trvá asi 45 min, testuje paměť, vyjadřování a orientaci u nemocného. Maximální počet bodů je od nuly do 70 bodů. Čím vyšší je číselné hodnocení, tím je větší omezení kognitivních funkcí (TOPINKOVÁ, 2005).

**Test DemTect** chceme-li v rané fázi zachytit rozvíjející se demenci, je nejvhodnější pro to tento test. Skládá se z pěti částí: tří testů na procvičení paměti slov a čísel, jednoho zadání, při kterém jsou čísla nahrazena za číslovky a obráceně, a jednoho úkolu zaměřeného na souvislou slovní formulaci, při níž má vyjmenovat sortiment v hypermarketu. Délka testu je sedm až deset minut, maximální bodové ohodnocení je 18, musíme vzít v potaz věk. Mladší nebo starší 60 let. Test můžeme rozlišit: na přiměřený věku, s lehkým kognitivním omezením, nebo předpoklad k demenci (TOPINKOVÁ, 2005).

**Testy CERAD** skládá se ze série sedmi testů uspořádaných komisí CERAD (takzvaná baterie CERAD). Testy nám pomáhají k brzkému rozeznání charakteristických příznaků poškození kognitivních funkcí u demence vyvolané Alzheimerovou chorobou.

Testy probíhají asi hodinu a mají odlišné složky. Mezi ně se můžeme zařadit například: zkouška slovní paměti, zkouška vizuálně prostorového myšlení, zkouška jazykové rychlosti, zkouška figulární paměti, zkouška plyného řečového proslovu, udělat Mini-Mental- State Examination (TOPINKOVÁ, 2005).

**Dotazník soběstačnosti (DAD)** test dělá blízká osoba, doprovázející nemocného. Otázky o každodenních činnostech, které pacient zvládá. Zahrnují otázky ohledně hygieny, stravování, vaření, orientace ve známém prostředí, telefonování. Bodové hodnocení je od nuly do 41 bodů. Čím vyšší bodové hodnocení, tím je to lepší (HOLMEROVÁ et al., 2008).

**Neuropsychiatrický dotazník (NPI)** dotazník NPI ( Neuropsychiatric Inventory), hlavní princip dotazníku je, že rodinní příslušníci pečují o svého rodinného příslušníka. Mají za úkol vyplnit dotazník související s jeho psychickými změnami (agrese, nezájem, netečnost, halucinace). Bodové hodnocení: nula – nic nápadného až 144 - nejtěžší

poruchy. Dotazník také pomáhá zjistit míru zátěže pečující osoby (EHRENFREUCHTER, 2014), (HOLMEROVÁ et al., 2008).

**Laboratorní a přístrojové vyšetřovací postupy** zásluhou anamnézy na kvalitně odvedených testů na demenci je lékař schopen vytvořit si určitou představu o nemocném, jak na tom je po stránce paměťové či kognitivních funkcí. Pokud jsme jisti, že má poruchu kognitivních funkcí, musíme zapojit do procesu laboratorní přístrojové techniky. Analýza krve a slin potvrdí či vyloučí možné genetické příčiny (LUŽNÝ, 2006).

**Elektroencefalogram (EEG)** vyšetřuje elektrickou aktivitu mozku tím, že snímá mozkové potenciály, které pořád vytvářejí mozkovou činnost. Na kůži hlavy po očištění aplikujeme menší množství gelu pro lepší přenos informací. Lékař tak může sledovat elektrickou aktivitu mozku. Vyšetření je neinvazivní, znázorní se možné poruchy mozkových funkcí, například porucha způsobená úrazem s následkem krvácení do mozku, nádorem či zánětem (ŠRAMKA, 2014).

**Zobrazovací metody** speciální roli v diagnostice demence mají zobrazovací metody, například počítačová tomografie (CT), magnetická rezonance (MRT).

**Počítačové tomografie** užívá rentgenového záření, díky kterým vidíme individuální vrstvy mozku a může tak odhalit případné patologie. Kvalita CT je dostačující na zviditelnění krvácejícího místa v mozku, či počínající cévní mozkové příhody. Může zde vidět i dilataci mozkových komor v důsledku velkého množství mozkomíšního moku, atrofii mozku nebo zánětlivé procesy.

**Magnetická rezonance** pracuje, na podkladě magnetického pole, zajišťuje trojrozměrné vyšetření orgánů. Používá kontrastní látku gadolinun, díky které se část mozku zvýrazní. Může odhalit různé patologie související s Alzheimerovou chorobou, ale až v pozdějším stádiu, kdy jsou určité části mozku, jako je spánkový lalok a hypotalamus, atrofovány. Naproti tomu se mozek zdravého jedince zmenšuje v jiných částech.

**Pozitronová emisní tomografie (PET)** vyšetření o metabolické aktivitě mozku. Identifikuje, jak rychle tkáň spotřebuje radioaktivní izotopy. Během vyšetření používáme radioaktivní plyny či intravenózně glukózu nebo jiné biochemické látky, které jsou označovány jako nosiči.

**Jednofotonová emisní tomografie (SPECT)** je to zobrazovací metoda, která zobrazuje rozložení určité látky v těle. Aplikace radioaktivní látky radiofarmaka intravenózně. Tyto diagnostické postupy nám znázorní prokrvení a metabolismus v celém mozku a může z toho vydedukovat určitý závěr daného onemocnění (EHRENFREUCHTER, 2014), (ŠRAMKA, 2014), [www:// vysetreni.vitalion.cz/spect/](http://www.vysetreni.vitalion.cz/spect/).

### 3.6 LÉČBA

Čím dříve je stanovena diagnóza, tím dříve začneme s léčbou a může se tak ovlivnit další průběh nemoci. Léčebný přístup k pacientovi s demencí by měl být navržen komplexně, nemůžeme spoléhat pouze na farmakologickou terapii. Nesmíme podceňovat psychosociální přístup k jedinci. Doporučujeme vést nemocné k přiměřené fyzické aktivitě a zapojit je do smysluplných činností.

V dnešní době máme celou řadu pomáhajících organizací usilujících o podporu rodinám postižených a osobám, jenž o ně pečují, a také nemocným, aby se snáz vyrovnali s realitou (JIRÁK et al., 2009), (LUŽNÝ, 2012).

#### 3.6.1 FARMAKOLOGICKÁ LÉČBA

Během léčby demence mají farmaka nezastupitelnou roli, dokáží zlepšit výkonnost a psychické zvládání každodenního života. Potlačují poruchy chování a mohou předejít následným poruchám mozku. Je však velmi důležité „zajisti, aby nemocný léčivo správně a včas užil“!

U sekundární demence jí můžeme vyléčit tak, že se zaměříme na prvotní onemocnění, a u Alzheimerova to tak není. Zatím není žádný lék, který by vyléčil tuto zákeřnou nemoc. Na trhu máme podpůrné léky, jako jsou kognitiva, která jsou klíčová

pro to, aby nemocný mohl mít kvalitní život. Jelikož každý jedinec má jiné příznaky nemoci, reaguje na léčbu a na léky jinak, musí se léčba ordinovat takzvaně individuálně, každému jedinci na míru, je nutno brát v úvahu souvislosti v jeho dalších diagnózách. S léčbou by měl souhlasit nemocný jedinec a měla by být také obeznámena jeho rodina.

Léky proti demenci mohou snížit základní příznaky demence, jako jsou ztráta paměti, poruchy pozornosti, zhoršená orientaci, psychické problémy a další nestandardní chování. Navzdory běžným výzkumům zaměřeným na účinek těchto přípravků však chybí důkaz, že tyto preparáty mohou zamezit biologickému rozvoji demence, a tedy slouží pouze k potlačení příznaků (FRANKOVÁ, 2011), (TOPINKOVÁ, 2005).

### **3.6.2 NEFARMAKOLOGICKÁ LÉČBA**

Při léčbě je důležité využívat rovněž nefarmakologické metody. Sem řadíme „rehabilitační psychoterapii“ pacientů s demencí, jenž obsahují dle MUDr. Kučerové pět okruhů terapie: fyzikální, léčebnou tělesnou výchovu a sport, pracovní, uměleckou výchovnou a zábavnou (KUČEROVÁ 2006).

#### **Zde uvádíme nejčastější z nich, které využíváme v našem domově:**

**Ergoterapie** nemocný, který ztratil přehled o každodenních běžných úkonech, má nyní potíže s běžným fungováním v domácnosti, zde nám může pomoci ergoterapie - léčba prací. Postižení cvičí dokola stejné pohyby, díky kterým se jim vrátí zapomenuté denní činnosti. Ergoterapie se hlavně specializuje na nácvik sebe obslužnosti v různých oblastech denního života (příprava jídla, oblékání, svlékání), ale také na (hry, ruční práce) a v neposlední řadě na (úklid domácnosti, mytí oken či péči o zahradu). Ergoterapie je nesmírně důležitá součást v životě postiženého, jelikož mu dává takzvanou druhou šanci se o sebe postarat sám a být do jisté míry nezávislý.

Terapie může probíhat individuálně nebo skupinově, kde se procvičuje například, škrábání brambor, krájení zeleniny. Snažíme se, o obnovení již zapomenutých dovedností.

Studie potvrzují, že nemocní, kteří se věnovali ergoterapii, postačí jen ambulantní léčba (MLÝNKOVÁ, 2011).

**Práce se vzpomínkami** lidé s demencí žijí v minulosti. Nepamatují si, co měli včera na oběd, ale mají bohaté vzpomínky na události a přátele z dávné doby. Práce se vzpomínkami je na tom postavená. Paměť kladně podporují fotografická alba, ať už rodinné fotografie, obrázky či historky od rodičů. K cestě do minulého století může upotřebit staré, zežloutlé fotografie. Během konverzace o fotografii, bychom se měli vyptávat na tu dobu, název školy, města, a jména dětí na fotografii. Díky návaznosti informací starý člověk neztratí pomyslnou nit' (VÁGNEROVÁ, 2008).

**Validace** v průběhu vědomě vedené konverzace bychom měli nemocnému dát najevo úctu a pochopení a brát ho vážně. Odborný ekvivalent je validace. Takové jednání k nemocnému žádá velkou trpělivost a možnost empatie. Můžeme, zjistit jak postižený vnímá okolí kolem sebe (EHRENFREUCHTER, 2014).

**Terapie prostředím** v průběhu této metody je důležité vzpomenout si na své schopnosti a začít je rozvíjet. Terapie prostředím by měla podporovat každodenní volnočasovou činnost nemocného a co nejefektivnější začlenění do všedního života rodiny a vytvoření harmonického vztahu mezi pečujícími lidmi (HOLMEROVÁ, 2014).

**Taneční, hudební a kulturní terapie** o příjemné zpestření dne se nám postará takzvaná arterapie. Nemocní s omezenými vyjadřovacími schopnostmi, se mohou se projevit v arteterapii. Hraním divadla si leckdy mohou připomenout dávno zapomenuté vlohy, jako je řeč, zpěv, pohyby a podobně, mohou i zavzpomínat na „staré časy“ i na příjemné chvíle v jejich životě (HOLMEROVÁ et al., 2008).

**Pohybové terapie** během léčby demence je i velmi důležitý zdravý pohyb a sport. Vykonávají-li nemocní lidé nějaký sport pravidelně, může jim to pomoci k lepšímu zvládnání denních aktivit, jako je ranní hygiena, oblékání. Lékaři poskytují možnost lidem s počínající i pokročilou demencí realizovat specifické sportovní plány. Obsahují pokyny

pro ranní vstávání, jak účelně se protáhnout či cvičení rovnováhy (HOLMEROVÁ et al., 2008).

Fyzioterapeuti musí být obeznámeni pro práci s demenčními pacienty, jelikož složitě vysvětlování dalšího cviku se mívá účinkem. Mnohem účinnější je cvik názorně ukázat. Jízda na rotopedu patří mezi oblíbené sportovní aktivity u demenčních, nebo také procházky. Některé studie udávají, že sportování a zdravý pohyb mohou značně zpomalit rozpad osobnosti způsobený demencí (EHRENFREUCHTER, 2014).

**Senzorická terapie** z důvodu stále zhoršující se demence, kdy je dorozumívání s nemocným čím dál obtížnější. Můžeme vyzkoušet jiné metody, díky kterým zachováme náš kontakt s nemocným, například bazální stimulace je takzvaný cílený dotek pomocí masáže s použitím vonných olejů, relaxační hudby, při kterém se pacient uvolní, uklidní, nabývá pocitu bezpečí, klidu a vnímá jen libé pocity (EHRENFREUCHTER, 2014), (HOLMEROVÁ et al., 2008).

**Arteterapie** byla to původně široká oblast – léčba uměním. V současnosti se jedná o léčebný postup, který využívá výtvarný projev jako hlavní prostředek poznání a ovlivnění lidské psychiky a mezilidských vztahů. Jde o tvořivou činnost s výtvarným materiálem. Můžeme rozlišovat arteterapii „jako léčbu“ od artefiletiky, což je vzdělávání a výchova prostřednictvím výtvarných prvků. Arteterapie bývá vnímána jako součást tzv. kreativních terapií. V domovech pro seniory ji hojně využíváme v aktivizaci seniorů (HALOVÁ, 2010), [www://remedia.cz/](http://www://remedia.cz/), [www://zdravi.ceskyprehled.cz/](http://www://zdravi.ceskyprehled.cz/).

### **3.7 PREVENCE**

Duševní poruchy v poslední době přibývají a ani Česká republika není výjimkou. Jednou z možností, jak snížit jejich riziko „kromě fyzické aktivity“, je kupodivu „dlouhodobá zdravá strava.“ O tom je přesvědčen i psychiatr Jiří Raboch, který společně s Evou Filipovou radí ve své knize lidem, jak jídlom bojovat proti demenci. Při výběru se ve své knize „Jezte chytře“, se zaměřují na suroviny podporující dobrou náladu, paměť a jasnou mysl.

Jiří Raboch tvrdí, že pokud se lidé dlouhodobě stravují podle těchto jednoduchých zásad, mohou výrazně snížit riziko onemocnění depresí, nebo dokonce demencí. Právě tato onemocnění jsou na špici duševních potíží současnosti (FILIPOVÁ, RABOCH, 2015).

Základem primární prevence demence se tedy stávají dva nejjednodušší a nejdůležitější faktory, o „zdravém pohybu a zdravé dlouhodobě pestré stravě“, jež uvádíme již na začátku naší práce.

Stravou lze tedy ovlivnit nejen duševní pohodu, ale i možnost vzniku nemocí, mezi které „taktéž patří demence“ : (viz Příloha I).

### **3.8 PROGNÓZA**

Stařecká demence je velice závažné chronické progresivní onemocnění. Prognóza není příznivá, jelikož je to smrtelné onemocnění a průměrná doba života je osm let od projevů prvních symptomů. Postupně dochází k značnému omezení jedince v každodenních činnostech ale i v rozhodování, jednání, paměti. Nemocný je odkázán na pomoc pečující osoby, která musí překonat velkou fyzickou i psychickou zátěž. Toto onemocnění s sebou nese vysoké finanční náklady.

Dnes máme již mnoho výzkumů, které se zabývaly stařeckou demencí. Vědci probádali například kmenové buňky z lidských embryí. Stále se vyvíjí nová léčiva proti demencím i jejím dalším druhům (JIRÁK et al., 2009), (KUČEROVÁ, 2006).



## **4 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA SE STAŘECKOU DEMENCÍ**

### **4.1 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA SE STAŘECKOU DEMENCÍ V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ**

Každý, kdo již přišel do styku s demencí, už velmi dobře ví, že jmenované onemocnění doprovází dlouhodobá a velmi náročná „domácí péče“, která může s postupem času vyžadovat nezbytné úpravy bytu. Je ale velmi žádoucí, aby mohl nemocný být „co nejdéle v domácím prostředí“. V případě zhoršení nemoci rodinní příslušníci mohou využít služeb, které jsou na vysoké úrovni a rovněž disponují speciálně školeným týmem.

Domov je pro každého z nás takzvané útočiště, kde se cítíme v bezpečí a máme kolem sebe rodinu, která nám pomáhá a podporuje nás.

Lidé se stařeckou demencí „kterým mozek ještě nevyprávěl úplně službu, vnímají svou nemoc mnohem hůř, než ti jež si už neuvědomují vážnost své diagnózy“.

Nemocní se stařeckou demencí vyžadují dvaceti čtyř hodinovou „vysoce erudovanou péči“. Potřebují mít svůj „pravidelný denní harmonogram“, aby měli povědomí „co bude následovat“. Měli by být ve známém prostředí a navzájem mít „pozitivní vztah nemocný + pečující a naopak“.

Rozhodneme-li se pečovat o rodinného příslušníka se stařeckou demencí, je nezbytné, abychom byli o jmenovaném onemocnění „dostatečně edukováni“ a mohli tak zajistit nemocnému se stařeckou demencí „takzvaný bezpečný domov“.

#### **Zde uvádíme pár rad:**

- Mluvíme-li o pohyblivém jedinci se sklony k častým útekům, pořídíme mu na „bezpečné viditelné místo“ identifikační údaje. Můžeme si opatřit

infračervené čidlo u vchodových dveří či kamerové zařízení Nejúčinnější v tomto případě bude monitorovaný náramek s technologií GPS.

- Nastává zde riziko, že se nemocný zamkne na záchodě či v domě, je vhodné vyměnit zámek a vložit místo něj vložku tak, aby dveře šly odemknout z obou stran.
- Mnoha pádům lze předejít nočními orientačními světly, používáním kompenzačních pomůcek například hůlka, francouzské hole. Instalace zábrany na schodišti.
- Velké riziko číhá v kuchyni. Měli bychom zabezpečit elektrické sporáky bezpečnostním spínačem automatického vypnutí. Evidentně je zde nutné pořídit kouřový senzor. Nebezpečné spotřebiče, jako jsou tyčový mixér, rychlovarná konvice, raději schovejte. Je-li rodinný příslušník lucidní, naučte ho pracovat s mikrovlnou troubou, jelikož je to mnohem bezpečnější než plynový sporák.
- Zabezpečte všechny zásuvky, nejlépe chráničkou, nenechávejte volně přístupné kabely, mohl by si s nimi začít hrát.
- Zavěste na stěnu velké hodiny a velký přehledný kalendář a denní harmonogram pro zlepšení časové i denní orientace.
- Je vhodné opatřit si termostatickou baterii do koupelny i kuchyně a zabránit tak opaření teplou vodou.

Je na místě vypůjčit si polohovací lůžko s antidekubitální moderací, jako prevenci dekubitů (EHRENFREUCHTER, 2014), <http://www.alzheimer.cz/cals/>.

V případě zhoršení nemoci rodinní příslušníci mohou využít služeb, které jsou na vysoké úrovni a rovněž disponují speciálně školeným týmem. Mohou využít možnosti, kdy přijede „odborník“ k nim do domácího prostředí, anebo máme možnost nemocného umístit do domova se zvláštním režimem.

## **4.2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE V DOMOVĚ SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM**

Ve většině případů nastávají neřešitelné situace, kdy rodinní příslušníci či jiné pečující osoby již nezvládnou pečovat o svého rodinného příslušníka. Jelikož je to psychicky i fyzicky velmi vyčerpává. Proto se uchylují k návštěvě odborníka.

Mnohé domovy pro staré lidi nabízejí odlehčovací služby, aby si pečující osoba odpočinula a načerpala nové síly.

Mezi pobytové služby sociální péče patří domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, domovy s pečovatelskou službou, domovinky, denní a týdenní stacionáře a také pečovatelská služba.

V mé bakalářské práci se budeme věnovat nemocnému v domově se zvláštním režimem. Takové zařízení je podobné domovům pro seniory, ale jsou tam uplatněna daná specifika. Pobyt v domově není časově omezen a je zde větší počet „vyškoleného“ personálu (MLÝNKOVÁ, 2011).

Je to síť zařízení poskytující neustálou péči seniorům postihnutým některým typem demence. Podstatná je dobrá spolupráce s lékařem, aby určil daný druh demence, a jaký typ zařízení bude nejvhodnější. Potřebuje-li senior nepřetržitou a stále více časově náročnou péči, je nutno zvážit umístění do domova se zvláštním režimem. Umístění rodinného příslušníka není vždy jednoduché, a proto se umístění odsouvá do doby, kdy už není jiné východisko.

Osoba pečující o seniora s demencí bývá na prahu vyčerpání a mnohdy se projeví příznaky deprese či syndromu vyhoření. Mimo to přicházejí pocity viny, spojené s umístěním seniora v ústavu.

Podle Kopecké (2012) si stručně připomeneme cíle služby v Domově se zvláštním režimem. (viz Příloha J).

Nyní bych stručně uvedla nejnovější **příklady moderních postupů uplatnitelných u jednotlivých stádií demence dle „P-PA-IA“ :**

**P-PA-IA 1 (Počínající a mírná demence)**

- Stanovení a sdělení diagnózy
- Zavedení farmakoterapie

- Předem vyslovená přání ohledně dalšího života, léčby a péče osobou, ke které má pacient důvěru
- Řešení právních otázek
- Poradenství, podpora
- Adekvátní léčba komorbidit

#### P-PA-IA 2 (stadium rozvinutého syndromu demence bez komplikací)

- PROGRAMOVANÉ AKTIVITY
- Denní režim (stacionář nebo místnost v zařízení)
- Relativně dobrá kvalita života
- Psychosociální intervence s cílem podpory normálního života – soběstačnost, jídlo, komunikace....
- „Sociální charakter“ péče
- Podpora pečujících
- Léčení komorbidit, modifikovaná rehabilitace...

#### P-PA-IA 3 (Pokročilá či komplikovaná demence)

- INDIVIDUALIZOVANÁ ASISTENCE
- Šetrná aktivizace, pokud pacientovi vyhovuje
- Návrh denního režimu (ale netrvání na něm)
- Mobilizace, polohování dle možností pacienta
- Klidný přístup, podpora
- Detekce bolesti a dalších trýznivých příznaků
- Potřeba kvalifikované ošetrovatelské péče
- Paliativní péče

(KOPECKÁ, 2012)

## 5 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA SE STAŘECKOU DEMENCÍ

Ošetrovatelský proces probíhal v Senior domy Pohoda Český Těšín u pacienta s diagnózou stařecká demence. Domov se zvláštním i běžným režimem patří pod sociálních služby, kde nemocný pobýval, od 12.1 2016 Rodinní příslušníci jsou dvě děti, které se s nemocným nenavštěvují. Pacient má sestru, ale ta ho navštěvuje jen dvakrát za rok, protože žije v zahraničí.

Všechny získané informace, které se týkaly pacienta, byly získány z chorobopisu pacienta, rozhovorem s pacientem, jeho sestrou a z anamnestického dotazníku, potvrzeným ošetřujícím lékařem. Na podkladě nezbytných údajů a informací byl vytvořen ošetrovatelský proces „přizpůsobený pracovišti se zvláštním režimem“.

### IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

|   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| <b>Jméno a příjmení:</b> Ď. D.              | <b>Pohlaví:</b> muž                  |
| <b>Datum narození:</b> 1947                 | <b>Věk:</b> 67                       |
| <b>Adresa bydliště a telefon:</b> XXX       |                                      |
| <b>Adresa příbuzných:</b> XXX               |                                      |
| <b>RČ:</b> 47...                            | <b>Číslo pojišťovny:</b> 111         |
| <b>Vzdělání:</b> středoškolské              | <b>Zaměstnání:</b> důchodce          |
| <b>Stav:</b> rozvedený                      | <b>Státní příslušnost:</b> ČR        |
| <b>Datum přijetí:</b> 12.1 2016             | <b>Typ přijetí:</b> plánované        |
| <b>Oddělení:</b> Domov se zvláštním režimem | <b>Ošetřující lékař:</b> MUDr. R. E. |

#### Důvod přijetí udávaný pacientem:

„Nevím, proč jsem tady.“

#### Medicínská diagnóza hlavní:

F 019 Demence smíšená v. s. lehká až středně těžká

#### Medicínské diagnózy vedlejší:

I 10 Arteriální hypertenze III st.

F 064 Organická afektivní porucha

## VITÁLNÍ FUNKCE PŘI PŘIJETÍ

|   |  |
|---|--|
| <b>TK:</b> 150/90 mm Hg   | <b>Výška:</b> 178 cm                     |
| <b>P:</b> 80/min.   | <b>Hmotnost:</b> 109 kg                  |
| <b>D:</b> 18/min.   | <b>BMI:</b> 34,3 – obezita 1. st.        |
| <b>TT:</b> 36,7°C   | <b>Pohyblivost:</b> mobilní- neklidný    |
| <b>Stav vědomí:</b> občas orientován osobou, místem, časem s nepřesností. Někdy je úplně zmatený, agresivní, utíká, | <b>Krevní skupina:</b> B, Rh faktor plus |

### Nynější onemocnění:

Dne 12. ledna 2016 byl přijat pan Ď. D, pacient je rozvedený, má dvě děti, které se s ním nestýkají. (pro dřívější nadměrné užívání alkoholu). Po dohodě a šetření naší sociální pracovnice a Bc. vedoucí všeobecné sestry našeho zdravotnického zařízení, pacienta k nám doprovodila jeho sestra, která žije mimo naši republiku. Pacient byl sám v bytě ve 4. patře s výtahem, v každodenních úkonech soběstačný. S postupující progresí nemoci docházela za bratrem občas sestra, která o něho pečovala. Bohužel sestra se později odstěhovala do Vídně. Vzhledem k diagnóze již nebyla jiná možnost, než umístit rodinného příslušníka do domova se zvláštním režimem. Nedokázal se sám o sebe postarat, byl zmatený, několikrát se ztratil a nebylo možné zajistit bezpečnost pacienta. Jeho děti ho nenavštěvují, nestýkají se. Proto bylo nutné zajistit dvacet čtyřhodinovou péči. Proběhlo sociální šetření, na které byla pozvána i sestra, která souhlasila s umístěním bratra do zařízení. Posléze proběhlo vyšetření u lékaře v našem zařízení, lékař se mu snažil vysvětlit situaci, poučil ho a pacient byl přijat. Ošetřující personál se panu Ď. D. představil a převzal na oddělení, kde ho posadil, nabídl mu čaj a začal postupovat podle stanovených standardů. Při přijetí byly provedeny odběry, neurologické vyšetření a psychiatrické vyšetření. (Rodina je jeho sestra - spolupracuje, avšak bydlí v zahraničí - možný telefonický kontakt, syn a dcera - zatím nespolupracují, nestýkají se s otcem, budeme je kontaktovat – sociální pracovnice.)

### Informační zdroje:

- chorobopis pacienta,
- rozhovor s pacientem a se sestrou,
- anamnestický dotazník, potvrzený ošetřujícím lékařem,

## ANAMNÉZA

### **Rodinná anamnéza:**

*Matka:* Zemřela v 78 letech, neví to ani jeho sestra, bydlí ve Vídni.  
*Otec:* Zemřel v 70 letech, na co - neví.  
*Sourozenci:* Sestra má 67 let, zdravá.  
*Děti:* Dcera 35 let, zdravá.  
Syn: 40 let, zdrav.

### **Osobní anamnéza:**

*Překonané a chronické onemocnění:* Demence smíšená v. s. lehká až středně těžká, Povšechná ateroskleróza, Arteriální hypertenze IIIst., Organická afektní porucha, Obezita, Abusus alkoholu, st. p. CPM NS, CT I/11: postmalatické ložisko staršího data, st. p. femoropopliteální flebotrombóze LDK IV, Hepatopatie chronická, Melanom PHK, VAS LS páteře, Chronické onemocnění ledvin, Hypovitaminóza B12, Polyartróza nosných kloubů.

*Hospitalizace a operace:* V roce 2012 prodělal operaci melanomu na PHK.  
*Úrazy:* Nepamatuje si.  
*Transfúze:* Nepamatuje si.  
*Očkování:* Pouze povinné v dětství.

### Léková anamnéza

| Název léku  | Forma | Síla   | Dávkování    | Skupina                          |
|-------------|-------|--------|--------------|----------------------------------|
| FURON       | tbl.  | 40 mg  | 1/2 – 0 - 0  | diuretikum                       |
| ISIOPTIN SR | tbl.  | 240 mg | 1 – 0 - 0    | antiarytmikum, antihypertenzivum |
| TIAPRID     | tbl.  | 100 mg | 2 – 2 - 1    | antipsychotika                   |
| ZALASTRA    | tbl.  | 10mg   | 1 – 0 – 1/2  | antipsychotika                   |
| WARFARIN    | tbl.  | 5 mg   | 0 – 1,1/2- 0 | antikoagulancia                  |

### Alergologická anamnéza:

*Léky:* Neguje.

*Potraviny:* Neguje.

*Chemické látky:* Neguje.

*Jiné:* Neguje.

### Abúzy:

*Alkohol:* Má v anamnéze. 4 piva týdně (Plzeň)

*Kouření:* Neguje.

*Káva:* Pije 1 až 2 kávy během dne. (velmi slabou)- personál informován.

*Léky:* Závislost neguje.

*Jiné drogy:* Neguje.

### Sociální anamnéza:

*Stav:* Rozvedený.

*Bytové podmínky:* V manželství žil v rodinném domě po rozvodu, děti zůstaly s matkou a pacient se přestěhoval do pronajaté bytové jednotky.



*Vztahy, role a interakce v rodině:* Vztahy v rodině nejsou velmi vřelé. Se sestrou není moc v kontaktu, žije v zahraničí. Častěji si telefonují, než se vidí. Má dvě vnučky, na pokoji má jejich fotografie, které získal od své sestry. Návštěvy domů se zatím neuskutečnily. Děti nespolupracují, byly kontaktovány sociální pracovníci, ale nadále se s otcem nechtějí stýkat (na vině je alkohol).

*Vztahy, role a interakce mimo rodinu:* Je desorientovaný má problémy s pamětí často se opakuje: „několikrát za sebou se ptá na stejnou věc“. Občas je agresivní, neklidný, má tendenci utíkat.

*Záliby:* Nechápal, na co se ptáme, jeho sestra sdělila, že se rád dívá na televizi, rád plaval. Příliš často navštěvoval hospodu, utíkal z domova.

*Volnočasové aktivity:* Rád a často byl s přáteli a popíjeli, setra připomíná „že se stalo“, „že se nevrátil“. Sousedé ho museli hledat. Dříve cestoval a četl.  
Pacient bude zavzat do volnočasových aktivit hned první den a seznámí se spolubydlícími.

### **Pracovní anamnéza:**

*Vzdělání:* Středoškolské.  
*Pracovní zařazení:* Dříve pracoval jako technik v železárnách, na Válcovně, nyní je v důchodu.  
*Čas odchodu do důchodu:* Nepamatuje si.  
*Vztahy na pracovišti:* Byly velice dobré.  
*Ekonomické podmínky:* Po této otázce, začal pacient několikrát dokola opakovat .....„zda už mu přišel důchod“?

### Spirituální anamnéza:

Pacient je věřící, katolík. Dříve chodil na pravidelné bohoslužby. Tato možnost mu bude u nás poskytnuta.

### POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU ve dnech od 12.1- 14.1 2016

#### POPIS FYZICKÉHO STAVU 12.1 2016

| Popis fyzického stavu    |   |   |
|--------------------------|---|---|
| SYSTÉM                   | SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE                                   | OBJEKTIVNÍ ÚDAJE  |
| Hlava a krk              | „Já to nepřežiji.“                                  | Hlava pohmatem a poklepem nebolestivá. Zornice izokorické – stejně velké a reagují na osvit.<br>Obličej zduřelý rudý, hlava nebolestivá.<br>Rty mírně nafialovělé.<br>Zornice reagující na světlo a jsou izokorické (stejně velké).<br>Chrup sanován.<br>Na krku oboustranně hmatná krkavice- a. karotis.<br>Krk krátký a silný, štítná žláza nezvětšená. |
| Hrudník a dýchací systém | „No...dýchám.“                                      | Hrudník souměrný bez zjevných deformit.<br>Při námaze se zadýchává.<br>Poslech čistý sklípkové dýchání.<br>Počet dechů 19/min - fyziologické.   |
| Srdcově – cévní systém   | „Břicho mám veliké, po opakování otázky nereaguje“. | Srdce bez šelestu, palpitace-<br>bušení srdce, akce pravidelná.   |

|                                 |   |   |
|---------------------------------|---|---|
|                                 |   | <p>Pulz je plný dobře hmatný, 84/min-fyziologický.</p> <p>TK je 145/95 mmHg-hypertenze.</p> <p>Dolní končetiny mírné otoky oboustranně, bez zjevného poranění, kůže suchá- popraskané paty. Bez klinických známek trombózy. Periferie je teplá a prokrvená.</p>                               |
| <b>Břicho a GIT</b>             | <p>„Břicho mě nebolí a zvracet se mi nechce a zácpu nemám.“</p>     | <p>Břicho objemné bez stríd- pajizévky, je měkké, klidné, bez známek bolesti.</p> <p>Peristaltika je fyziologická.</p> <p>Játra zvětšena hmatná na dva až tři prsty pod žeberním obloukem slezina nezvětšená.</p> <p>Pacient je kontinentní. Vyprazdňování stolice pravidelné, 1x za den.</p> |
| <b>Močově – pohlavní systém</b> | <p>„Ano chodím.“</p> <p>„Ztratily se mi boty, volejte policii.“</p> | <p>Podbříšek nebolestivý, bez známek zvýšené stagnace -hromadění moče, je kontinentní močí s ohledem na přísun tekutin a léků.</p> <p>Častější močení je v noci, často bloudí a občas nestačí „pro zmatenost“ dojít na WC a zpět-pomočí se.</p>   |

| <b>SYSTÉM</b>                    | <b>SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>                  | <b>OBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>  |
|----------------------------------|---|--|
| <b>Kostrovo – svalový systém</b> | <p>„Nic mě nebolí, rád se procházím.“</p> | <p>Nosné klouby postiženy mnohočetnou artrózou. Hůře se mu zvedá z lůžka. Bolestivost kloubu neudává. Chůze je pomalá, těžkopádná.</p> |

|                                  |  |   |
|----------------------------------|--|---|
|                                  |  | Hodnocení rizika pádů – 3 body – bez rizika (viz Příloha E).  |
| <b>Nervově – smyslový systém</b> | „Slyším vás.“<br><br>„Paměť vážne.“                                  | Pacient je při vědomí, občas orientován osobou, místem, časem s nepřesností. Někdy je úplně zmatený, agresivní. Výrazné poruchy staropaměti i novo- paměti.<br><br>Pacienta navštěvuje psychiatr.<br><br>MMSE – 21 bodů – demence mírného až středně těžkého stupně viz Příloha C.)<br><br>Několik let používá brýle na dálku.                            |
| <b>Endokrinní systém</b>         | „Nevím, co mám říci.“  | Štítná žláza je eufunkční – fyziologická.<br><br>Speciálně nevyšetřovaný.   |
| <b>Imunologický systém</b>       | „Nevím co to je.“  | Alergie v dokumentaci není uvedená.   |
| <b>Kůže a její adnexa</b>        | „Nepochopil otázku.“<br><br>„ Po delší době odpověděl, nemám jizvu.“ | Kůže je bledá, na některých částech rudá a mírně nafialovělá, suchá, bez ikteru- žloutenka či anémie- chudokrevnost. Někdy přítomen studený pot.<br><br>Vlasy krátké a čisté, nehty upravené.<br><br>Na PHK patrná jizva - stav po operaci melanomu.<br><br>DKK- drobné metličkové varixy- křečové žíly.<br><br>Mírně snížený kožní turgor (napětí kůže). |

**Poznámky z tělesné prohlídky:**

Pacient je při vědomí, občas byl orientovaný a někdy úplně desorientován. Nechápal otázky, byl z toho trochu nervózní, ale snažil se spolupracovat. Odpovědi nebyly vždy adekvátní. Dělali jsme přestávky, po odpočinutí a objasňování jsme pokračovali. Následně necháme pacienta odpočinout a pokračovat budeme. 13.1 2016

**AKTIVITY DENNÍHO ŽIVOTA 13.1 2016**

| <b>Aktivity denního života</b> |                             |   |  |
|--------------------------------|-----------------------------|---|--|
|                                |                             | <b>SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>                    | <b>OBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>  |
| <b>Stravování</b>              | <b>Doma</b>                 | „Dříve vařila moja.“<br><br>„Nevařil jsem.“ | Zatím bez redukční diety.<br><br>BMI- 34,3 – obezita 1. st.  |
|                                | <b>V domově pro seniory</b> | „ Já rád jím.“                              | Dieta č. 3 – racionální.<br>Dostává menší porce, vzhledem k obezitě 1. st.<br><br>Výživa per os. Nají se sám, není potřeba porcovat stravu. Poruchy polykání neudává.  |
| <b>Příjem tekutin</b>          | <b>Doma</b>                 | „Mám rad pivo.“                             | Nelze hodnotit.  |
|                                | <b>V domově pro seniory</b> | „Nahlas Čaj nechcu!“<br><br>„Mám rád pivo.“ | Mírně snížený turgor- napětí kůže- nabízíme mu neperlivou vodu, občas i trochu čaje (má lahev s vodou a do konvice střídáme různé druhy čajů).<br><br>Pacient vypije přibližně 1 500 až 2000 ml tekutin denně. Po 17h už méně tekutin. |
| <b>Vylučování moče</b>         | <b>Doma</b>                 | „Čůral jsem.“                               | Nelze hodnotit.  |

|                           |                             |                    |   |
|---------------------------|-----------------------------|--------------------|---|
|                           | <b>V domově pro seniory</b> | „Už jsem to řekl.“ | Pacient je plně kontinentní, chodí si na WC. V noci chodí častěji, na záchod a pak bloudí po chodbě, neví kam se vrátit.<br><br>Pomočí se.<br><br>Je monitorován. |
| <b>Vylučování stolice</b> | <b>Doma</b>                 | „Nebyl jsem doma.“ | Nelze hodnotit.   |
|                           | <b>V domově pro seniory</b> | „Já to nevím.“     | Pacient je kontinentní. Poslední stolice byla 13.1 2016   |

| <b>Aktivity denního života</b> |                             |                                       |  |
|--------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------|--|
|                                |                             | <b>SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>              | <b>OBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>  |
| <b>Spánek a bdění</b>          | <b>Doma</b>                 | „Rád spím.“                           | Nelze hodnotit.  |
|                                | <b>V domově pro seniory</b> | „Chodím na záchod.“                   | Pacient se minimálně 2x za noc vzbudí, je dezorientován, bloudí po chodbě a neví, kde je. Monitorujeme ho.   |
| <b>Aktivita a odpočinek</b>    | <b>Doma</b>                 | „Nereaguje.“                          | Nelze hodnotit.  |
|                                | <b>V domově pro seniory</b> | „Rád si povídám se svojí kamarádkou.“ | Během dne využívá společenskou místnost, polehává na pokoji, sleduje TV.<br><br>Pravidelně se účastní všech pořádaných aktivit v domově, v rámci socializace- AK si sedá |

|                     |                                 |                                       |   |
|---------------------|---------------------------------|---------------------------------------|---|
|                     |                                 |                                       | vedle něho a říká,<br>že je jeho kamarádka.   |
| <b>Hygiena</b>      | <b>Doma</b>                     | „Doma jsem<br>hygienu zvládl<br>sám.“ | Nelze hodnotit.   |
|                     | <b>V domově<br/>pro seniory</b> | „Pořád se myju.“                      | Pacient samostatně provede<br>hygienu obličeje, dutiny<br>ústní a učesání. Celkovou<br>hygienu v koupelně provádí<br>pracovníci v sociálních<br>službách. |
| <b>Samostatnost</b> | <b>Doma</b>                     | „Doma jsem<br>byl sám.“               | Nelze hodnotit.   |
|                     | <b>V domově<br/>pro seniory</b> | „Ujde to.“                            | Dle posouzení péče o vlastní<br>osobu a soběstačnost<br>je pacient hodnocen 100<br>body nezávislý (viz Příloha<br>D).                                     |

### POSOUZENÍ PSYCHICKÉHO STAVU 14.1 2016

| Posouzení psychického stavu |                              |  |
|-----------------------------|------------------------------|--|
|                             | <b>SUBJEKTIVNÍ<br/>ÚDAJE</b> | <b>OBJEKTIVNÍ<br/>ÚDAJE</b>  |
| <b>Vědomí</b>               | „No, vím o sobě.“            | Pacient je při vědomí. Často<br>dezorientován, místem, časem,<br>hodinou. Pořád něco hledá, ptá<br>se opakovaně na to samé.  |
| <b>Orientace</b>            | „Neodpovídá.“                | Pacient žije momentální<br>přítomností. Za chvíli už neví,<br>zda byl na snídani.<br>Je částečně dezorientován<br>časem, osobou, místem<br>i situací. Umí být agresivní. |

|  |                    |  |  |
|--|--------------------|--|--|
| <b>Nálada</b>                                      |                    | „Dobrá.“   | Pacient je dnes usměvavý a komunikativní. Není tomu tak vždy.  |
| <b>Paměť</b>                                       | <b>Staropaměť</b>  | „Málo si pamatuju.“  | Staropaměť je porušena.  |
|  | <b>Novo- paměť</b> |  | Novo- paměť je výrazně porušena. Nové informace velmi rychle zapomíná.   |
| <b>Myšlení</b>                                     |                    | „Myslí mi to jak kdy, nevím.“                                | Pacient se snaží odpovídat na otázky, nerozumí všemu, na co se dotazujeme a rovněž nenalézá správná slova. Většinou dotazům nerozumí a odpovídá zmateně. |
| <b>Temperament</b>                                 |                    | „Nerozumí otázce i po vysvětlení.“                           | Nemocný je extrovert.  |
| <b>Sebehodnocení</b>                               |                    | „Jsem v pohodě, nic mi není.“                                | Nelze hodnotit.  |
| <b>Vnímání zdraví</b>                              |                    | „Neodpovídá.“  | Nelze hodnotit.  |
| <b>Vnímání zdravotního stavu</b>                   |                    | „Nic mi není.“   | Informace ohledně zdravotního stavu byly nemocnému opakovaně sděleny, on si je však nepamatuje.  |
| <b>Reakce na onemocnění a prožívání onemocnění</b> |                    | „Já nejsem nemocný.“   | Nemocný má stařeckou demenci v pokročilém stádiu. Onemocnění neguje.   |
| <b>Reakce na domov pro seniory.</b>                |                    | „Je tu dobře, ale už by chtěl jít domů.“                     | Pacient je, úplně dezorientován.   |
| <b>Adaptace na onemocnění</b>                      |                    | „Nejsem nemocný, už mám důchod? Jdu na pivko. „Mrká na nás.“ | Adaptace bude asi dlouhá, pacient hned první a druhý den opakovaně utíkal. Zlom nastal, když si ho druhý den v domově u večeře našla AK .                |



|  |   |  |
|--|---|--|
| <b>Projevy jistoty a nejistoty (úzkost, strach, obavy, stres)</b>                | Vulgární výrazy:<br>„křičí, někdo mi ukradl peněženku!“<br><br>„Já si to s vámi vyřídím.“ | Pacient někdy projevívá známky nervozity, úzkosti ale i agrese.  |
| <b>Zkušenosti z předcházejících hospitalizací (iatropatogenie, srororigenie)</b> | „Já nevím.“   | Pacient nemá negativní zkušenosti z předcházejících hospitalizací. Dělal opakovaně nevhodné návrhy ženskému personálu, „nespolupracuje“. |

### POSOUZENÍ SOCIÁLNÍHO STAVU

| Posouzení sociálního stavu |                             |   |   |
|----------------------------|-----------------------------|---|---|
|                            |                             | SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE                       | OBJEKTIVNÍ ÚDAJE  |
| <b>Komunikace</b>          | <b>Verbální</b>             | „Rád si povídám.“                       | Pacient mluví srozumitelně - ale ne vždy je adekvátní obsah, nenachází správná slova, jelikož jeho slovní zásoba se ztenčuje. |
|                            | <b>Neverbální</b>           | „Neusmívat se, to něco není v pořádku.“ | Při rozhovoru byl udržován oční kontakt. Pacient používal mimiku i gesta.   |
| <b>Informovanost</b>       | <b>O onemocnění</b>         | „Já jsem zdravý.“                       | Pacient byl opakovaně informován.   |
|                            | <b>O diagnost. metodách</b> |   | Nelze hodnotit.   |
|                            | <b>O léčbě a dietě</b>      | „Vím, že jím léky a jsem tlustý.“       | Dieta č. 3. – racionální, menší dávky z důvodu 1. st.   |

|   |  |   |  |
|---|--|---|--|
|   |  |   | obezity. Personál informován.  |
|   | <b>O délce pobytu</b>  | „Nevím, ale za chvíli půjdu domů.“  | Nemocný byl informován.  |
| <b>Sociální role a jejich ovlivnění nemocí, hospitalizací a změnou životního stylu v průběhu nemoci a hospitalizace</b> | <b>Primární (role související s věkem a pohlavím)</b>              | „Jsem muž.“<br>„Ešče su fest chlap.“<br>„Směje se a dělá nemravná gesta.“ | Nemocný je 67 letý muž. Sociální role je ovlivněna věkem a onemocněním. Nekomunikuji s ním děti.                                   |
|   | <b>Sekundární (související s rodinou a společenskými funkcemi)</b> | „Mám rodinu.“   | Nemocný je otcem, bratrem a dědečkem. Role je nenaplněná vzhledem k místu pobytu a přístupem rodiny. Setra je mimo naší republiku. |
|   | <b>Terciární (související s volným časem a zálibami)</b>           | „Těší se, že půjde do Billy, na pivo se sousedem.“                        | Nemocný se rád socializuje, sleduje TV, účastnil se aktivit s kamarádkou.  |

## **MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT:**

### **Ordinovaná vyšetření:**

- pravidelné psychiatrické vyšetření 1x za měsíc, při potížích ihned,
- kontrolní laboratorní vyšetření krve.

### **Výsledky:**

- kontrolní laboratorní vyšetření krve – urea, kreatinin, Na, K, BIL, AST, ALT, glykemie, kyselina močová,
- krevní obraz (viz tab. 1. a tab. 2. v Příloze G).

### **Konzervativní léčba:**

**Dieta:** č. 3 – racionální (snížené porce)

**Pohybový režim:** volný, ale omezený, monitorován

**RHB: 0**

**Výživa:** per os, dieta č. 3 – racionální, menší porce z důvodu 1. st. obezity. Častěji a menší porce.

**Medikamentózní léčba:****per os:**

- Furon 40 mg, tbl., - ½ tablety ráno
- Isoptin SR 240 mg, tbl., - 1 tableta ráno
- Tiaprid 100 mg, tbl., - 2 tablety ráno, 2 tablety odpoledne, 1 tableta večer
- Zalastra 10 mg, tbl., - 1 tableta ráno, ½ tablety na noc
- Warfarin 5 mg, tbl., - 1 ½ tablety odpoledne

V našem režimu je nutné pacientovi léky připravit, podat a následně zkontrolovat dutinu ústní, zda léky spolkl. Vždy musíme potvrdit užití léků v programu Cygnus. Nemusíme se podepisovat, protože záznam zapisujeme do programu Cygnus na své jméno a heslo.

**Chirurgická léčba: 0****SITUAČNÍ ANALÝZA:**

Pacient ve věku 67 let byl doveden v doprovodu své sestry, dne 12.1 2016 do Domova se zvláštním režimem v Českém Těšíně pro využití pobytových služeb z důvodu horšící se demence. Je rozvedený a jeho děti s ním nekomunikují! Při přijetí byly nemocnému provedeny odběry. Následně byl vyšetřen praktickým lékařem a proběhlo také neurologické a psychiatrické vyšetření stavu nemocného. Následně byl umístěn na pokoj, kde mu jeho sestra spolu s pomocným zdravotnickým personálem pomohla zabydlet se.

Při rozhovoru udržován oční kontakt a snaží se spolupracovat. Je mírně nervózní a na kladené dotazy občas nedovede odpovědět. Nové informace rychle zapomíná. Vzhledem k diagnóze bývá agresivní, občas je částečně orientován osobou, časem, místem i situací. Je nutný zvýšený dohled, nebezpečí útěku. Pacient už druhý den odešel

z domova. Je nutné ho monitorovat z důvodu útěku. Je schopný samostatné chůze. Bylo provedeno hodnocení rizika pádů, pacient dosáhl 3 bodů - bez rizika pádu (viz Příloha E). Udělán kontrolní test MMSE- 21 bodů, demence mírného až středně těžkého stupně. (viz Příloha C). Také bylo u nemocného provedeno hodnocení rizika vzniku dekubitů s celkovým počtem 26 bodů – není riziko vzniku dekubitů (viz Příloha F). V oblasti stravování není nutná dopomoc při porcování stravy. Nemocný má obezitu 1. st. je nutné mu nabízet menší porce, pomocný personál byl informován - odpovídající potřebám dietního stravování.

Pitný režim je dodržován, někdy si rád dá pivo - nealko. V oblasti vylučování moče a stolice je kontinentní, chodí si sám na toaletu, někdy to, ale nestihne, obzvláště v noci. Hygienickou péči zvládá sám, pouze sprchování v dopomoci personálu. Pacient spí v noci, někdy se v průběhu noci probudí a bloudí po chodbě, neví kam se vrátit, pomočí se, je nutné ho zavést na pokoj. Monitorujeme ho.

Rád se účastní volnočasových aktivit, ale vždy tomu tak není. Někdy je úplně zmatený až agresivní. Křičí: „*Já chci jít domů!*“ „*Tady nechci být!*“. Je potřeba zajistit společnost a vhodné aktivity během dne a také je potřeba trénovat kognitivní funkce. Dále je nutné zachovat maximální soběstačnost a přizpůsobit tempo nemocného při úkonech i v komunikaci. Je nutná pomoc při adaptaci na nové prostředí, podporujeme socializaci v rámci domova- „*našla si ho přítelkyně.*“

## **5.1 STANOVENÍ AKTUÁLNÍCH A POTENCIÁLNÍCH OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ**

### **Aktuální ošetřovatelské diagnózy**

1. Chronická zmatenost 00129  
v důsledku progresivního rozvratu intelektu a osobnosti, který se projevuje hrubou poruchou paměti, orientace a chování.
2. Zhoršená verbální komunikace 00051

související s demencí projevující se pocíťování stresu z obtížného vyjadřování se, nefungující verbalizací - neschopnost vyjádřit myšlenky slovy.

3. Úzkost 00146

související s nepříjemným prožitkem a duševním emočním stavem doprovázeným předtuchou nejasného nebezpečí – které není schopen určit.

4. Porušený spánek 00095

související se stařeckou demencí a věkem, projevující se častým nočním močením.

5. Nadměrná výživa 00001

související se stavem, kdy příjem živin převyšující metabolickou potřebou člověka.

6. Deficit sebeděče při koupání a hygieně 00108

Související s poruchou schopnosti provádět nebo dokončit osobní hygienu-samostatně se vykoupat.

### **Potencionální diagnózy**

7. Riziko potulky 00154

z důvodů bezcílného nebo opakujícího se pohybu z místa na místo.

8. Riziko osamělosti 00054

z důvodů subjektivního stavu, který je charakterizován pocitem rozladění.

9. Riziko nevyváženého objemu tělesných tekutin 00025

z důvodů ohrožení sníženým, zvýšeným či rychlým přesunem intravaskulárních, intersticiálních nebo intracelulárních tekutin.

10. Riziko pádu 00155

z důvodů pohybu, který může navodit zranění.

11. Riziko přetížení pečovatele 00062

z důvodů zvýšené zranitelnosti v souvislosti s pocíťovanými obtížemi v roli pečovatele (osoba poskytující péči je zvýšeně zranitelná).

### Ošetrovatelská diagnóza č. 1

Chronická zmatenost 00129

v důsledku rozvratu intelektu a osobnosti, který se projevuje poruchou paměti, orientace a chování.

#### Cíl:

**Krátkodobý:** Zachovávat lidskou důstojnost, nabízet kontakty s ostatními.

**Dlouhodobý:** U nemocného nedojde ke zhoršení zmatenosti do následující plánované kontroly.

**Priorita:** střední

#### Výsledná kritéria:

- Pacient je ochráněn před poškozením sebe nebo jiných osob – nepřetržitě 24 hodin. Podporujeme socializaci.
- Pacient má zajištěnou bezpečnost – ihned a každý den 24 hod.
- Pacientova soběstačnost v denních činnostech je zachována co nejdéle.
- Personál akceptuje projevy zmatenosti, dodržuje lidskou důstojnost-personál informován, jeho sestra rovněž.

#### Plán intervencí:

- Posuď výsledky diagnostických vyšetření při každé kontrole – *lékař, všeobecná sestra.*
- Posuď stupeň poruchy orientace, paměti a osobnosti – *všeobecná sestra*
- Zajisti klidné a důstojné prostředí bez nadměrné stimulace – *všeobecná sestra, pracovník v sociálních službách, aktivizační pracovník.*
- Sleduj změny v chování pacienta - *všeobecná sestra, pracovník v sociálních službách, aktivizační pracovník.*
- Dbej na bezpečnost pacienta – *všeobecná sestra, pracovník v sociálních službách.*
- Odpovídej pacientovi na veškeré dotazy – *všeobecná sestra, pracovník v sociálních službách.*
- Naslouchej, měj trpělivost a povzbuzuj v každé situaci – *všeobecná sestra, pracovník v sociálních službách, aktivizační pracovník.*
- Pokus se získat jeho dospělé děti! pro spolupráci, - *všeobecná sestra, sociální pracovníce, vedoucí zdravotní péče a ředitel.*

**Realizace:** 16.1 2016

- Sledováno chování včetně změn nemocného během dne i v noci – *všeobecná sestra N. W., pracovník v sociálních službách, aktivizační pracovník.*
- Nemocný je pod dohledem personálu přes den i v noci – je monitorován – *všeobecná sestra N. W., pracovník v sociálních službách.*

- Nemocný se orientuje pomocí obrázkových piktogramů, používá hodiny i kalendář pro lepší orientaci – *aktivizační pracovník*.
- V průběhu dne navazován rozhovor s nemocným, naslouchání, aktivizujeme dle rozpisu, udržujeme pozitivní ladění a pozitivní socializaci – *všeobecná sestra N. W., pracovník v sociálních službách a aktivizační pracovník*.

**Hodnocení:**

- Nemocný je částečně orientovaný ve svém pokoji, společenské místnosti a využívá piktogramy.
- Zmatenost, poruchy paměti i osobnosti, nadále trvají.
- Zachovááme lidskou důstojnost, byly nabízeny kontakty s pacienty.
- Pacient se snažil odejít a dělal pracovníkům „nemravné návrhy“.
- Pacienta je nutné monitorovat celých 24 hodin. *Natalia Wojnarová, DiS.*

**Celkové hodnocení:**

- Cíl krátkodobý se nám dařil plnit, avšak budeme v něm i nadále pokračovat.
- Cíl dlouhodobý byl splněn částečně, ke zhoršení zmatenosti nedošlo, ale stále trvá.
- Zatím nelze předvídat, jak bude pacient reagovat.
- V plánovaných intervencích je třeba i nadále pokračovat.

*Natalia Wojnarová, DiS.*



## Ošetrovatelská diagnóza č. 2

Zhoršená verbální komunikace 00051

související s demencí projevující se obtížným vyjadřováním, nedokáže vyjádřit myšlenky slovy – verbalizací.

**Cíl krátkodobý:** Pacient je schopen pojmenovat některé předměty

**Cíl dlouhodobý:** Pacient si uvědomuje problém s pamětí.

Nemocný používá různé techniky k zapamatování si základních věcí – pojmenované předměty využíváme ve větách.

**Priorita:** střední

### Výsledná kritéria:

- Pacient prokazuje pochopení potřeby změnit způsob komunikace.
- Pacient sděluje potřeby personálu s minimální frustrací
- Nemocný se pravidelně zapojuje do aktivizačních činností.
- Nemocný trénuje paměť pomocí různých pomůcek.
- Pacient vyjadřuje uspokojení s alternativními způsoby komunikace.
- Pacient prokazuje zvyšující se pochopení mluveného slova a gest.
- Nemocný, trénink paměti vnímá, pozitivně.

### Plán intervencí:

- Sleduj snahu a chování nemocného při aktivizacích – *aktivizační pracovník*.
- Ujistí pacienta, že frustrace a zlost jsou v jeho situaci normální a očekávané reakce – *všeobecná sestra*.
- Povzbuzuj pacienta, aby se nějakým způsobem vyjadřoval, aby poskytl informace, zda jsou jeho potřeby uspokojovány – *všeobecná sestra, pracovník v sociálních službách*.
- Posiluj paměť nemocného pomocí fotek, obrázků, hádanek, různých her apod. – *aktivizační pracovník*.
- Využij u pacienta somatickou stimulaci (zklidňující či stimulující) prováděj prvky bazální stimulace – *všeobecná sestra, masér*.
- Dokumentuj pacientovu reakci na dotek, prostorová vzdálenost – *všeobecná sestra*.
- Dbej na prevenci neklidu, úzkosti a stresu při posilování paměti – *všeobecná sestra*.
- Zajisti dostatek odpočinku – *všeobecná sestra, pracovník v sociálních službách*.
- Podporuj a povzbuzuj nemocného – *všeobecná sestra, pracovník v sociálních službách, aktivizační pracovník*.
- Podávej léky, dodrž kontrolu užití a následně sleduj účinky léků ovlivňující psychiku pacienta do 30 minut – *všeobecná sestra*.

**Realizace:** 17.1 2016

- Sledování psychického stavu, chování nemocného během dne – *všeobecná sestra N. W., pracovník v sociálních službách, aktivizační pracovník.*
- Nemocný trénuje pravidelně paměť pomocí různých technik a činností v dopoledních i odpoledních hodinách dle vypracovaného harmonogramu-*aktivizační pracovník.*
- Nemocný je klidný, bez známek agrese – *všeobecná sestra N. W.*
- Zajištěn odpočinek, podpora během aktivizací kolem 14:00 až 16:00 hodiny-*všeobecná sestra N. W., pracovník v sociálních službách.*
- Podány léky s kontrolou užití a sledovány účinky léků po 30 minutách. Stav nemocného se zlepšil- *všeobecná sestra N. W.*

**Hodnocení:**

- Nemocný se snažil vyjádřit své myšlenky slovy – ne vždy jsou orientované na současné dění. Je ale důležité, že s námi komunikuje a zapojuje se do „individuálních“ i „společenských“ aktivizačních činností.
- Trénuje paměť s použitím pomůcek, dle vypracovaného harmonogramu (bylo využito fotografií, obrázků, hádanek, artherapie a muzikoterapie.) *Natalia Wojnarová, DiS.*

**Celkové hodnocení:**

- Cíl krátkodobý - nemocný byl klidný, pozitivně laděný, nejevil známky agrese, ale podařilo se mu pojmenovat jen některé předměty.
- Cíl dlouhodobý - byl splněn částečně, ty předměty, které se pacientovi podařilo pojmenovat, jsme se společně snažili použít ve větách. V této činnosti je třeba pokračovat.
- V plánovaných intervencích je třeba i nadále pokračovat.

*Natalia Wojnarová, DiS.*

### Ošetrovatelská diagnóza č. 3

Úzkost 00146

související s nepříjemným prožitkem a duševním emočním stavem doprovázeným předtuchou nejasného nebezpečí – které není schopen určit.

#### **Cíl:**

**Krátkodobý:** Zajistit klid, pacient má dostatek informací a spolupracuje.

**Dlouhodobý:** U pacienta dojde ke snížení stupně úzkosti na zvladatelnou únosnou míru.

**Priorita:** střední

#### **Výsledná kritéria:**

- Pacient je klidný a spolupracuje.
- Pacient má přiměřený dostatek informací.
- Pacient se snaží vyjádřit své pocity.
- U pacienta je snížena úzkost na únosnou míru, převedením na konkrétní obavy.
- Pacient umí rozlišit úzkost a konkrétní strach.
- Pacient efektivně využívá všechny druhy pomoci a podpory.
- Pacient ví, na koho se má obrátit se svým dotazem.

#### **Plán intervencí:**

- Zjistí stupeň úzkosti – *lékař, všeobecná sestra.*
- Sleduj projevy úzkosti a změny chování pacienta – *všeobecná sestra, pracovník v sociálních službách.*
- Komunikuj s pacientem klidně, nespěchej, používej krátké věty – *všeobecná sestra, pracovník v sociálních službách, aktivizační pracovník.*
- Umožni pacientovi popsat jeho pocity – *všeobecná sestra, pracovník v sociálních službách.*
- Umožni mu v klidném a bezpečném prostředí vyjádřit emoce (pláč, hněv, podrážděnost)- *všeobecná sestra, pracovník v sociálních službách.*
- Umožni pacientovi různé aktivity, které by mohly odvést pozornost od určitého problému – *aktivizační pracovník, pracovník v sociálních službách.*
- Nauč pacienta techniky ke zvládnání úzkosti (dechová gymnastika, aktivizační činnosti apod.) – *všeobecná sestra.*
- Podej léky dle ordinace lékaře, zkontroluj užití a sleduj jejich účinky do 30 minut a veď, záznamy v zdravotnické dokumentaci pacienta – *všeobecná sestra.*

**Realizace:** 18.1 2016

- V dopoledních hodinách provedeno zjištění stupně úzkosti (střední) a zároveň sledováno chování pacienta – *všeobecná sestra N. W., pracovník v sociálních službách.*
- Rozhovor veden v klidném prostředí a beze spěchu a cizího rušení, pacient spolupracoval – *všeobecná sestra N. W.*
- V 12:30 hodin podány léky dle ordinace lékaře, kontrola užití a účinku v 13:00 hodin - u pacienta došlo ke snížení stupně úzkosti (mírná)- *všeobecná sestra N. W.*
- V 14:00 hodin aktivizační činnosti s aktivizačním pracovníkem- *aktivizační pracovník.*

**Hodnocení:**

Pacient spolupracuje, s naší pomocí zvládá relaxační techniky na úzkost. (dechová gymnastika, aktivizační činnosti, muzikoterapie – poslech, zpěv, hra na nástroj a opakované využití artherapie). Nelze ještě specifikovat, který druh relaxační techniky mu nejvíc vyhovuje – krátká doba. *Natalia Wojnarová, DiS.*

**Celkové hodnocení:**

- Cíl krátkodobý se nám podařil splnit, pacient spolupracoval.
- Cíl dlouhodobý byl splněn částečně, u pacienta došlo ke zmírnění úzkosti ze středního stupně na mírnou úzkost.
- V plánovaných intervencích je třeba i nadále pokračovat.

*Natalia Wojnarová, DiS.*

**CELKOVÉ HODNOCENÍ:**

Pacient D. Ď. byl, přijat 12.1 20 16 do Domova se zvláštním režimem pro horšící se stařeckou demenci. Byl z počátku velmi zmatený, až agresivní pořád chtěl jít domů. Ptal se, kdy půjde domů, jak dlouho tu bude. Utíkal z domova – byl 24 hodin monitorován- monitorování stále trvá.

Nemocný má výrazné poruchy staropaměti i novo- paměti, někdy si nepamatuje, že už byl na snídani a dožaduje se jí... opakovaně se ptá, kdy bude důchod za sebou

i 20x. Velmi pozitivně reaguje na muzikoterapii a arterapii. Spolupráce nemocného je ovlivněna mnoha faktory, avšak mezi nejdůležitější patří jeho psychické rozpoložení. Byly stanoveny ošetrovatelské dg. č.: chronická zmatenost 00129, zhoršení verbální komunikace 00051 a úzkost 00146. U všech jmenovaných ose. dg. byl cíl splněn jen částečně, v plánovaných intervencích budeme i nadále pokračovat.

Pacient projevuje snahu spolupracovat. Během pobytu v zařízení je nutné pana Ď. D co nejvíce zaměstnávat, aktivní účastí na „cíleně vybraných aktivizačních postupů“, které máme vypracované na vysoké úrovni a vždy k dispozici. Jsou plánované i procházky, výlety a návštěvy obchodu za účelem zakoupení nealko piva, které má tak rád.

Můj pacient má obezitu 1. st. je pro to nutné mu podávat menší porce odpovídající potřebám dietního stravování, pacient byl poučen, ale nepamatuje si to, nestěžuje si, že má menší porce, nevyžaduje přídavek.

Je nutný zvýšený dohled a pomáhat mu adaptovat se na nové prostředí. Našel si v domově přítelkyni („spíše ona jeho“), se kterou tráví společně čas. Pacientovi pomáhá v psychické oblasti udržet či zlepšit náladu právě ona. Rodina i přes opakované naše intervence o něho i nadále nejeví zájem. I přesto se snažíme zachovat kvalitu jeho života na nejvyšší možné úrovni. Zprostředkováváme telefonické rozhovory s jeho sestrou, která žije ve Vídni. Sociální pracovníce mají dlouhodobý úkol „i nadále kontaktovat“ jeho „dospělé děti“ k pozitivnímu přehodnocení vztahu ke svému nemocnému otci.

## **5.2 DOPORUČENÍ PRO PRAXI**

Demence je hrozbou naší moderní společnosti, naše populace stárne a bude stárnout. Musíme tedy počítat s tím, že v budoucnu bude počet nemocných s demencí neustále přibývat, což musíme chápat jako celkový problém osobnosti a naší společnosti. Budeme stále častěji volit terapie „dle typu demence“ a stále častěji zajišťovat a zdokonalovat ošetrovatelskou péči u nemocných s tímto onemocněním.

U demence je důležité „diagnostikovat a začít léčit včas“. Ale je rovněž velmi nutné se aktivně připravovat na stáří a vůbec nejdůležitější je včasná prevence, kterou uvádíme

v mé práci. V případě, že senior už onemocní demencí je na nás, abychom mu i jeho rodině i zdravotnickému týmu pomohli „tuto etapu života prožít důstojně“.

#### **Doporučení pro pacienta:**

- U potencionálního a preklinického pacienta dodržovat prevenci včetně aktivní přípravy na stáří.
- Minimalizovat všechny rizikové faktory, být pracovně aktivní, dobře jíst, smát se, milovat, dostatečně spát a hýbat se.
- Zajistit vhodnou soustavnou lékařskou péči, dbát na doporučení lékaře.
- Být informován o své chorobě.
- Nebýt sám, žít v bezpečném a srozumitelném prostředí.
- Těšit se z každodenních činností - dává smysl životu.
- Být ošetřován osobami, které jsou edukované v péči o osoby s demencí.
- Trénovat paměť, mozek je „sval a dá se cvičit“.
- Využívat sešity „Cvičte si svůj mozek“, jsou v různých úrovních obtížnosti.
- Využívat nabízené aktivizační programy a nabízenou „kvalitní pomoc“.

#### **Doporučení pro rodinu:**

- Zajistit služby, aby příbuzný s demencí mohl žít „co nejnornálnější život ve svém domácím prostředí.“ Důležité je, aby vykonávat určitou pracovní činnost.
- Nechat nemocného s demencí postupovat svým tempem, chválit ho a povzbuzovat.
- Neopomíjet potřeby nemocného, být komunikativní a respektovat jeho onemocnění.
- Motivovat ho a aktivizovat k přímé činnosti.
- Minimalizovat všechny „rizikové faktory“.
- Spolupracovat s ošetřujícím lékařem, všeobecnou sestrou a sektorem sociální péče.
- Obrátit se na edukační sestru – k získání informací, postupů a vzdělání za účelem „ošetřování člena v domácí péči u příbuzného s demencí“.
- Být informován, že pečující člen rodiny, má nárok na odpočinek a pomoc ve využití „odlehčovací služby“.

### **Doporučení pro zdravotníky:**

- Pozitivně přistupovat k práci, vzájemně spolupracovat s „erudovaným týmem“.
- Zabezpečit dostatečné personální obsazení v zařízení se zvláštním režimem.
- Celoživotně se „ve svém oboru dostatečně vzdělávat“.
- Neopomíjet potřeby nemocných s demencí.
- Být komunikativní, osvojit si „umění naslouchat“.
- Zajistit individuální přístup k nemocnému s demencí.
- Pozitivně působit na rodinu nemocného a vzájemně spolupracovat ve prospěch postiženého.
- Zvyšovat vědomostní úroveň a „ odbornou kvalifikaci všeobecných sester ve zvláštním režimu“.
- Usilovat o vytvoření domácího prostředí v domově se zvláštním režimem.
- Dostatečně dbát na aktivní a pasivní odpočinek předcházet „syndromu vyhoření“.

## ZÁVĚR

Demence (F 00 – F03) je syndrom způsobený onemocněním mozku, kde dochází k porušení mnoha vyšších nervových kortikálních funkcí. Celkově se zhoršují duševní schopnosti a ve svém důsledku zasahují celou osobnost, včetně její tělesné součásti. Můžeme tedy konstatovat, že se jedná o vážnou nemoc, která je velmi náročná pro postiženého i pro jeho okolí. Mnohdy je těžké rozlišit, pro koho více. Hodně záleží na kritičnosti pacienta, jak své potíže prožívá, jestli spíše depresivně nebo naopak obvinuje své příbuzné. Velmi důležitou roli hraje premorbidní osobnost, předchozí vzdělanost a informovanost nemocného. Nelze opomenout přístup jeho rodiny a rovněž celého ošetrovatelského týmu.

Cílem teoretické části bylo upozornit na velmi vážnou problematiku stařecké demence. Přibližujeme v ní typologii, jednotlivá stádia, příčiny, příznaky, diagnostiku, léčbu, prevenci a také prognózu. Čímž byl stanovený cíl splněn.

Dále stručně specifikujeme ošetrovatelskou péči u nemocných se stařeckou demencí v domácím prostředí a v domově se zvláštním režimem. Specifikace není jednoduchá, je třeba si uvědomit, že ke každému nemocnému musíme přistupovat individuálně. Individuální přístup k nemocnému je nezbytný ke splnění cíle „k dosažení co nejlepší kvality života nemocného, včetně dodržování lidské důstojnosti.“

V rámci ošetrovatelského procesu bylo stanoveno 6 aktuálních a 5 potencionálních ošetrovatelských diagnóz. Vypracovali jsme tři aktuální ošetrovatelské diagnózy, následně byly stanoveny cíle, priority, výsledná kritéria, intervence, které jsme zrealizovali a zhodnotili. U pacienta bylo nezbytně nutné i nadále pokračovat v naplánovaných intervencích. Cílem praktické části bylo aplikovat ošetrovatelský proces u pacienta se stařeckou demencí, což se nám podařilo splnit.

Vzhledem k nízké informovanosti o stařecké demenci, uvádíme v závěru této bakalářské práce nejdůležitější doporučení určené pro potencionální pacienty, rodiny i zdravotnický personál. Vypracovali jsme edukační leták „Jak zdravou stravou můžeme předejít demenci“ (viz Příloha CH). Cíle bakalářské práce byly splněny.



## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

### Tištěné monografické publikace:

ANON. *Chci zůstat doma*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2015. ISBN 978-80-906320-0-4.

BUDSON, Andrew E (ed.) a Neil W KOWALL (ed.). *The handbook of Alzheimer's disease and other dementias*. Malden, Mass.: Wiley Blackwell, c2011, xiv, 629 s., [16] s. obr. příl. Wiley Blackwell handbooks of behavioral neuroscience. ISBN 9781405168281.

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

FILIPOVÁ Eva, RABOCH Jiří. *Jezte chytře*. Praha: Exempla, 2015. ISBN 978-80-904436-2-4.

FRANKOVÁ, Vanda. *Alzheimerova demence v praxi: konsenzus psychiatricko-neurologicko-geriatrický*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2011. s. 70. Aeskulap. ISBN 978-80-204-2423-5.

HALOVÁ, Miroslava. *Nemocný v domácí péči*. Bouzov: VEF Enterprises, 2010. s. 157. ISBN 978-80-904611-0-9.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Sociální gerontologie, aneb, Seniori mezi námi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2012. s. 194. ISBN 978-80-7262-900-8.

HAUKE, Marcela. *Zvládání problémových situací se seniory: nejen v pečovatelských službách*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014. s. 128. ISBN 978-80-247-5216-7.

HOLMEROVÁ, Iva. *Průvodce vyšším věkem: manuál pro seniory a jejich pečovatele*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2014. s. 206. Lékař a pacient. ISBN 978-80-204-3119-6.

JANEČKOVÁ Hana, VACKOVÁ Marie. *Reminiscence*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-581-3.

- JIRÁK, R., I, HOLMEROVÁ, C., BORZOVÁ a kol., *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. s. 29. ISBN 978-80-247-2454-6.
- KUČEROVÁ, Helena., 2006. *Demence v kazuistikách*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1491-4.
- LUŽNÝ, Jan. *Gerontopsychiatrie*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2012. s. 159. ISBN 978-80-7387-573-2.
- MLÝNKOVÁ Jana. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. 1 vydání Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3872-7.
- NĚMCOVÁ, Jitka a kol. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. Praha 5: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5, Duškova 7, 150 00, 2015. ISBN 978-80-904955-9-3.
- PIDRMAN, Vladimír. *Demence*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. s. 183. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1490-5.
- SLEZÁKOVÁ Lenka a kol. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty 1: Interna*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1775-3.
- SYSEL Dušan, BELEJOVÁ Hana. *Teorie a praxe ošetrovatelského procesu*. Brno: Tribun EU, 2011. ISBN 978-80-263-0001-4.
- ŠRAMKA Miron. *Vybrané kapitoly z neurologie pro studující ošetrovatelství*. Bratislava: Samosato, 2014. ISBN 978-80-89464-24-1.
- TOPINKOVÁ, Eva. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, c2005. xviii, s. 270 ISBN 80-7262-365-6.
- VÁGNEROVÁ Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2008. ISBN 7367-414-9.
- VOKURKA, M., J. HUGO a kol., 2015. *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-456-2.

## **Příručka:**

HOLMEROVÁ, Iva a kol. Alzheimerova nemoc v rodině: [příručka pro ty, kteří o nemocné pečují.] Opr. vyd. [Praha]: Pfizer, 2008. s. 114.

## **Internetové zdroje:**

Česká Alzheimerovská Společnost. Česká alzheimerovská společnost o.p.s. Czech alzheimer society. 2016 [online].[cit. 2016-03-20]. Dostupné z: [www://alzheimer.cz/cals/](http://www://alzheimer.cz/cals/)

KOPECKÁ, Ruth, 2012. Veřejný závazek: Domov se zvláštním režimem. Valašské Meziříčí: hospic Citadela. Dostupné z: [www://citadela.cz/nase-sluzby/domov-se-zvlastnim-rezimem/verejny-zavazek/](http://www://citadela.cz/nase-sluzby/domov-se-zvlastnim-rezimem/verejny-zavazek/)

MUDr. Zbyněk Mlčoch. Test, zkouška na Alzheimerovu chorobu, nemoc – test malování hodin. 2012-2014. [online]. [cit. 2016-03-21]. Dostupné z: [www://zbynekmlcoch.cz/](http://www://zbynekmlcoch.cz/)

Rehabilitace info. magazín o zdraví. Prevence stařecké demence- jak na ní? 2015. [online].[cit. 2016-03-20]. Dostupné z: [www://rehabilitace.info/nemoci/prevence-starecke-demence-jak-na-ni/](http://www://rehabilitace.info/nemoci/prevence-starecke-demence-jak-na-ni/)

Remedia. Farmakoterapie demencí – pokroky v léčbě a aktuální doporučení. 2015.[online].[cit. 2016-03-20]. Dostupné z: [www://remedia.cz/](http://www://remedia.cz/)

Úplné znění.cz. Zákon o sociálních službách. 2016. [online]. [cit. 2016-03-29]. Dostupné z: [www://uplnezneni.cz/](http://www://uplnezneni.cz/)

Uzdravim.cz magazín o zdraví, nemocí a životním stylu. Stařecká demence. 2015.[online].[cit. 2016-03-21]. Dostupné z: [www://uzdravim.cz/starecka-demence](http://www://uzdravim.cz/starecka-demence).

Vyšetření.2016.[online].[cit.2016-03-20]. Dostupné z:[www://vysetreni.vitalion.cz/spect/](http://www://vysetreni.vitalion.cz/spect/)

Stáří. 2016.[online].[cit. 2016-03-20]. Dostupné z: [www://wikisofia.cz/wiki/](http://www://wikisofia.cz/wiki/)

Druhy demencí. 2012-2016. [online].[cit.2016-03-21]. Dostupné z: [www://zdravi.ceskyprehled.cz](http://www://zdravi.ceskyprehled.cz)

## SEZNAM PŘÍLOH

|  |      |
|--|------|
| <b>Příloha A</b> – Rešerše   | I    |
| <b>Příloha B</b> – Protokol k provádění sběru podkladů pro zpracování bakalářské práce                       | II   |
| <b>Příloha C</b> – MMSE (Mini-Mental State Examination) test kognitivních funkcí<br>ze dne 12. 1.2016        | III  |
| <b>Příloha D</b> – Barthelův test základních všedních činností datum ze dne 12.1.2016                        | IV   |
| <b>Příloha E</b> – Zjištění rizika pádu ze dne 12. 1. 2016   | V    |
| <b>Příloha F</b> – Hodnocení rizika dekubitů – Norton score ze dne 12. 1. 2016                               | V    |
| <b>Příloha G</b> – Kontrolní laboratorní vyšetření krve  | VII  |
| <b>Příloha H</b> – Práva seniorů v sociálních službách   | VIII |
| <b>Příloha CH</b> – Edukační leták Jak zdravou stravou můžeme předejít demenci                               | IX   |
| <b>Příloha I</b> – Blahodárný vliv zdravého pohybu a zdravé pestré stravy na organismus                      | X    |
| <b>Příloha J</b> – Podle Kopecké (2012) si stručně připomeneme cíle služby v Domově<br>se zvláštním režimem. | XI   |
| <b>Příloha K</b> – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů pro zpracování<br>bakalářské práce          | XII  |



## Moravskoslezská vědecká knihovna v Ostravě, příspěvková organizace

---

**Číslo rešerše:** 7899  
**Název rešerše:** Ošetrovatelský proces u pacienta se stařeckou demencí  
**Jazykové omezení:** čeština  
**Časové omezení:** 2005-2016



---

U knih, které jsou k vypůjčení v MSVK v Ostravě, je uvedena signatura. Knihy bez signatury jsou k dispozici v jiných knihovnách ČR (viz [http://aleph.nkp.cz/F/CA5179II3RXK8Q16H9VKA5QU532X3FRTG9214CXE8FI5M2HDAI-18714?func=file&file\\_name=find-b&local\\_base=SKC](http://aleph.nkp.cz/F/CA5179II3RXK8Q16H9VKA5QU532X3FRTG9214CXE8FI5M2HDAI-18714?func=file&file_name=find-b&local_base=SKC) Tyto knihy je možno objednat prostřednictvím meziknihovni výpůjční služby v naší knihovně).  
U článků je nutné vyhledat celý časopis.

---

## Protokol k provádění sběru podkladů pro zpracování bakalářské práce

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.

Duškova 7, 150 00 Praha 5



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

|   |  |              |
|---|--|--------------|
| Příjmení a jméno studenta   | Wojnarová Natalia  |              |
| Studijní obor   | Všeobecná sestra   | Ročník 3.VSV |
| Téma práce  | Ošetrovatelský proces u pacienta se stařeckou demenci  |              |
| Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů   | Senior Domy Pohoda Český Těšín<br>Domov se zvláštním režimem   |              |
| Jméno vedoucího práce   | PhDr. Ivana Talandová  |              |
| Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci ošetrovatelského procesu | Ošetrovatelský proces<br><input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště<br><input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště |              |
| Souhlas vedoucího práce   | <input checked="" type="radio"/> souhlasím<br><input type="radio"/> nesouhlasím<br>podpis PhDr. Talandová  |              |
| Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči   | <input checked="" type="radio"/> souhlasím<br><input type="radio"/> nesouhlasím<br>podpis MARIOLA NOŽICKOVÁ<br>VEDOUČÍ ZDRAV. ÚSEKU  |              |

V Českém Těšíně dne 1. 1. 2016

Wojnarová N.  
podpis studenta

MMSE (Mini-Mental State Examination) – test kognitivních funkcí ze dne 12.1  
2016



Jméno a příjmení, datum \_\_\_\_\_

## Mini - Mental State Examination ( MMSE )

Za každý správně provedený úkol zatrhněte  tj. 1 bod.

**1./ ORIENTACE** - odpověď do 10s

Které je roční období?  
 Který máme nyní rok?  
 Kolikátého je dnes?  
 Který den v týdnu je dnes?  
 Který je měsíc?  
 Ve kterém jsme městě?  
 Ve kterém jsme okrese ( kraji )?  
 V jaké jsme zemi?  
 Jak se jmenuje toto zdravotní zařízení kde jsme?  
 V kolikátém jsme poschodí?

**2./ ZAPAMATOVÁNÍ**

„Nyní vyjmenuji tři věci. Až je všechny vyjmenuji, budu chtít, aby jste je zopakovali. Dobře si je zapamatujte! Za několik minut se Vás na tyto předměty znovu zeptám.“  
 Bod přidělte za každou správnou odpověď. Pořadí je libovolné. Pokud pacient schopen splnit úkol, opakujte výrazy dokud si je nezapamatuje, maximálně však ještě pětkrát. Je to podmínka pro úkol číslo 4, tj. Vybavování.

LOPATA     ŠÁTEK     VÁZA

„A nyní prosím tato slova opakujte.“

**3./ POZORNOST A POČÍTÁNÍ**

„Nyní odečtete od 100 vždy 7, až odečtete pětkrát za sebou, skončete.“ Jestliže udělá pacient chybu a od chybné hodnoty dál odečítá správně, počítejte pouze tuto chybu.

93 - 86 - 79 - 72 - 65

Pokud pacient nechce počítat, vyzvěte jej:  
 „Hláskujte pozpátku slovo POKRM.“  
 Dejte vždy bod za každé správné písmeno,  
 např. M - R - K - O - P = 5

**4./ VYBAVOVÁNÍ**

„A teď, prosím zopakujte slova, která jsem Vám před chvílí říkal.“  
 Za každou správnou odpověď přísluší jeden bod.

LOPATA     ŠÁTEK     VÁZA

**5./ POJMENOVÁNÍ PŘEDMĚTU**

„Co je to?“ (uкажите hodinky)  
 „Co je to?“ (uкажите tužku)

**6./ OPAKOVÁNÍ**

Za odpověď celou větou přidělte pacientovi jeden bod. Ale jen je-li odpovězeno bezchybně na první pokus.

Opakujte!: „První pražská paroplavba.“

**7./ STUPŇOVANÝ PŘÍKAZ**

Dejte pacientovi do ruky čistý papír a dejte mu tento úkol:  
 „Nyní vezměte do pravé ruky tento papír, přeložte jej na půl a dejte ho na zem.“

1. stupeň - uchopení papíru do pravice  
 2. stupeň - přeložení papíru na polovinu  
 3. stupeň - položení papíru na zem

**8./ ČTENÍ A PLNĚNÍ PŘÍKAZU**

Pacientovi ukažte kartičku s nápisem: **ZAVŘETE OČI.** Zároveň ho vyzvěte:

„Přečtete co je tady napsáno a udělejte to!“

Jeden bod přidělte pacientovi za splnění příkazu do 10 sekund, maximálně na tři pokusy.

**9./ PSANÍ**

Dejte pacientovi psací potřeby a papír a vyzvěte jej:

„Napište libovolnou větu.“

Věta může obsahovat pravopisné chyby, musí ale mít smysl a musí obsahovat podmět a přísudek.

**10./ OBKRESLOVÁNÍ**


Dejte pacientovi bílé papíry a psací potřeby, vyzvěte jej aby namaloval níže uvedený obrázek. Úkol může plnit na několik pokusů, ale v limitu **jedné minuty**. Nevaďí zrotování ani rozřezanost. Musí být ale zachovány všechny strany a všechny úhly. Průnik obou pětiúhelníků musí tvořit **čtyřúhelník**.

Dosažené skóre 21

**HODNOCENÍ**  
 Maximální počet - 30 bodů

|               |   |
|---------------|---|
| 27 - 30 bodů  | normální stav                             |
| 25 - 26 bodů  | hraniční nález, možnost demence           |
| 10 - 24 bodů  | patologický nález                         |
| 6 - 9 bodů    | demence mírného až středně těžkého stupně |
| 6 a méně bodů | demence těžkého stupně                    |

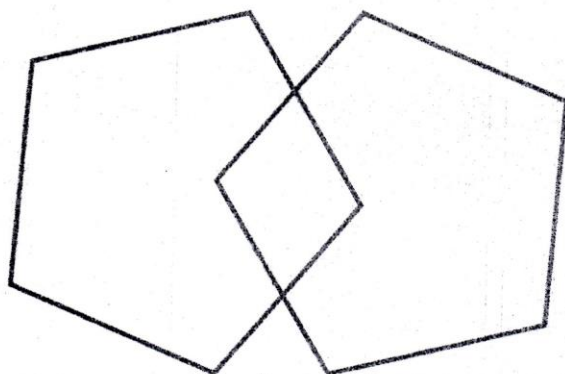
---



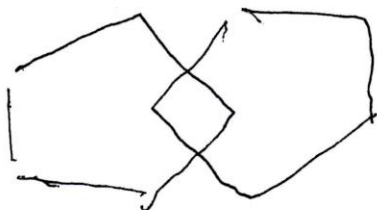
**JANSSEN-CILAG**  
myšlím na vaše zdraví

Na Radosti 399, 155 25 Praha 5-Zličín, Tel.: +420/2/330 12 222, Fax: +420/2/330 12 195  
 www.janssen-cilag.cz

**Příloha C**



*To je stil*





## Barthelův test základních všedních činností datum ze dne 12.1 2016

| Barthelův test základních všedních činností                   |                          | přij. | prop. |
|---|--------------------------|-------|-------|
| najedení, napití  | samostatně bez pomoci    | 10    | 10    |
|   | s pomocí                 | 5     | 5     |
|   | neprovede                | 0     | 0     |
| oblékání  | samostatně bez pomoci    | 10    | 10    |
|   | s pomocí                 | 5     | 5     |
|   | neprovede                | 0     | 0     |
| koupání   | samostatně nebo s pomocí | 5     | 5     |
|   | neprovede                | 0     | 0     |
| osobní hygiena  | samostatně nebo s pomocí | 5     | 5     |
|   | neprovede                | 0     | 0     |
| kontinence moči   | plně kontinentní         | 10    | 10    |
|   | občas inkontinentní      | 5     | 5     |
|   | trvale inkontinentní     | 0     | 0     |
| kontinence stolice  | plně kontinentní         | 10    | 10    |
|   | občas inkontinentní      | 5     | 5     |
|   | trvale inkontinentní     | 0     | 0     |
| použití WC  | samostatně bez pomoci    | 10    | 10    |
|   | s pomocí                 | 5     | 5     |
|   | neprovede                | 0     | 0     |
| přesun na lůžko - židli                                       | samostatně bez pomoci    | 15    | 15    |
|   | s malou pomocí           | 10    | 10    |
|   | vydrží sedět             | 5     | 5     |
|   | neprovede                | 0     | 0     |
| chůze po rovině   | samostatně nad 50 m      | 15    | 15    |
|   | s pomocí 50 m            | 10    | 10    |
|   | na vozíku                | 5     | 5     |
|   | neprovede                | 0     | 0     |
| chůze po schodech   | samostatně bez pomoci    | 10    | 10    |
|   | s pomocí                 | 5     | 5     |
|   | neprovede                | 0     | 0     |
| Celkové bodové hodnocení:                                     |                          | 100   |       |
| Hodnocení:      vysoce závislý                      0-40 bodů |                          |       |       |
| závislost středního stupně      45-60 bodů                    |                          |       |       |
| lehká závislost                      65-95 bodů               |                          |       |       |
| nezávislý                                      96-100 bodů    |                          |       |       |

Zdroj: Senior Domy Pohoda – Český Těšín, 2016. Domov se zvláštním režimem.

**Příloha E**  
**Zajištění rizika pádu ze dne 12.1 2016**

V

| Zjištění rizika pádu                  |  |                  |                                      |
|---------------------------------------|--|------------------|--------------------------------------|
| Aktivita                              | skóre                                    | smyslové poruchy | žádné                                |
| pohyb                                 | neomezený                                | 0                | vizuální, sluchové, smyslový deficit |
|                                       | používá pomůcky                          | 1                | orientován                           |
|                                       | potřebuje pomoc k pohybu                 | 1                | občasná noční desorientace           |
|                                       | neschopen přesunu                        | 1                | historie desorientace / demence      |
| vyprazdňování                         | nevyžaduje pomoc                         | 0                | věk                                  |
|                                       | v anamnéze nokturie / inkontinence       | 1                | 18 - 74                              |
|                                       | vyžaduje pomoc                           | 1                | 75 a výše                            |
| medikace                              | neužívá rizikové léky                    | 0                | pád v anamnéze                       |
|                                       | užívá léky ze skupiny:                   |                  |                                      |
|                                       | diuretik, antiepileptik, antiparkinsonik |                  |                                      |
|                                       | antihypertenziv                          | 1                |                                      |
| psychotropní léky nebo benzodiazepiny |  |                  |                                      |
|                                       |  | Celkové skóre:   | 3                                    |
|                                       |  | Stupeň rizika:   | bez rizika 0 - 3 bodů                |
|                                       |  |                  | střední 4 - 7 bodů                   |
|                                       |  |                  | vysoký 8 a více bodů                 |

Zdroj: Senior Domy Pohoda – Český Těšín, 2016. Domov se zvláštním režimem

## Hodnocení rizika vzniku dekubitů – Norton score ze dne 12.1 2016

| Hodnocení rizika vzniku dekubitů - Norton skóre          |         |              |                       |                              |             |            |                 |                 |  |
|--|---------|--------------|-----------------------|------------------------------|-------------|------------|-----------------|-----------------|--|
| schopnost spolupráce                                     | věk     | stav pokožky | přidružené nemoci     | tělesný stav                 | stav vědomí | aktivita   | pohyblivost     | inkontinence    |  |
| úplná (4)  | do 10 4 | normální 4   | žádné 4               | dobrý 4                      | bdělý 4     | chodí (4)  | úplná (4)       | není (4)        |  |
| malá 3   | do 30 3 | alergie 3    | DM, TT 3              | zhoršený (3)                 | apatický 3  | doprovod 3 | částečně        | občas 3         |  |
| částečná 2   | do 60 2 | vlhká 2      | anemie, kachexie      | špatný 2                     | zmatený (2) | sedačka 2  | omezená 3       | převážně        |  |
| žádná 1  | 60+ (1) | suchá (1)    | tromboza, obezita (2) | velmi špatný 1               | bezvědomí 1 | leží 1     | velmi omezená 2 | močová 2        |  |
| Zvýšené nebezpečí dekubitů je při skóre méně než 25 bodů |         |              |                       | Celkové bodové hodnocení: 25 |             |            | žádná 1         | stolice i moč 1 |  |

Zdroj: Senior Domy Pohoda – Český Těšín, 2016. Domov se zvláštním režimem.

## Kontrolní laboratorní vyšetření krve

Tabulka 1 Biochemické vyšetření krve

| Název           | Výsledek         | Referenční meze       | Hodnocení |
|-----------------|------------------|-----------------------|-----------|
| Urea            | 7,9 mmol/l       | 3,5-8,1 mmol/l        | norma     |
| Kreatinin       | 101 $\mu$ mol/l  | 64-104 $\mu$ mol/l    | norma     |
| Na              | 142 mmol/l       | 137-145 mmol/l        | norma     |
| K               | 4,6 mmol/l       | 3,6-4,6 mmol/l        | norma     |
| Bilirubin       | 11,3 $\mu$ mol/l | 3-21 $\mu$ mol/l      | norma     |
| AST             | 0,21 $\mu$ kat/l | 0,00-0,70 $\mu$ kat/l | norma     |
| ALT             | 0,25 $\mu$ kat/l | 0,17-1,10 $\mu$ kat/l | norma     |
| Glykemie        | 4,3 mmol/l       | 3,5-5,6 mmol/l        | norma     |
| Kyselina močová | 237 $\mu$ kat/l  | 230-480 $\mu$ mol/l   | norma     |

Zdroj: dokumentace klienta, 2016.

Tabulka 2 Hematologické vyšetření krve – krevní obraz

| Název      | Výsledek                | Referenční meze              | Hodnocení |
|------------|-------------------------|------------------------------|-----------|
| Erytrocyty | $3,43 \times 10^{12}/l$ | 4,00-5,80 $\times 10^{12}/l$ | vyšší     |
| Leukocyty  | $6,5 \times 10^9/l$     | 4-10 $\times 10^9/l$         | norma     |
| Trombocyty | $218 \times 10^9/l$     | 150-350 $\times 10^9/l$      | norma     |
| Hemoglobin | 126 g/l                 | 136-175 g/l                  | vyšší     |
| Hematokrit | 0,36 l                  | 0,40-0,50 l                  | vyšší     |

Zdroj: dokumentace klienta, 2016.

**Práva seniorů v sociálních službách**

Dle ustanovení zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách se v domovech pro seniory poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

**Služba obsahuje dle prováděcího právního předpisu tyto základní činnosti:**

- právo ubytování, tj. ubytování, úklid, praní a drobné opravy ložního a osobního prádla a ošacení, žehlení
- právo na poskytnutí stravy, tj. zajištění celodenní stravy odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování, minimálně v rozsahu tří hlavních jídel
- právo na pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, tj. pomoc při oblékání a svlékání, včetně speciálních pomůcek, pomoc při přesunu na lůžko nebo vozík, pomoc při vstávání z lůžka, ulehání, změna poloh, pomoc při podávání jídla a pití, pomoc při prostorové orientaci, samostatném pohybu ve vnitřním a vnějším prostoru
- právo na pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, tj. pomoc při úkonech osobní hygieny, pomoc při základní péči o vlasy a nehty, pomoc při použití WC
- právo na zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, tj. podpora a pomoc při využívání běžně dostupných služeb a informačních zdrojů, pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začlenění osob
- právo na sociálně terapeutické činnosti, tj. socioterapeutické činnosti, jejichž poskytování vede k rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování osob

- právo na aktivizační činnosti, tj. volnočasové a zájmové aktivity, pomoc při obnovení .nebo upevnění kontaktu s přirozeným sociálním prostředím, nácvik a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností
- právo na pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí, tj. pomoc při komunikaci vedoucí k uplatnění práv a oprávněných zájmů

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění.

## Edukační leták s názvem Jak zdravou stravou můžeme předejít demenci



## JAK ZDRAVOU STRAVOU MŮŽEME PŘEDEJÍT DEMENCI



Zdroj: www.doma.nova.cz

### CO JEŠTĚ STOJÍ ZA ZMÍNKU:

**ryby** – omega 3 mastné kyseliny, které se v rybách nacházejí, poskytují nezastupitelné živiny mozku. Výzkumníci tvrdí, že lidé, kteří konzumovali více ryb, docílili lepší výsledky v paměťových testech.

Doporučujeme především lososa, tuňáka, či makrelu a to minimálně 1 – 2 krát do týdne.

**špenát** – obsahuje 15 druhů flavonoidů, které zapříčiní pomalejší stárnutí mozku. Krom toho obsahují i vitamín A, K, železo a kyselinu listovou

**káva** – Američtí vědci tvrdí, že až tři šálky kávy denně mohou pomoci ochránit váš mozek.

Edukační leták vznikl na základě Bc. práce „Ošetrovatelský proces u pacienta se stařeckou demencí“

Autor: Wojnarová Natalia 3. VSV

Duševní poruchy v poslední době přibývají a ani Česká republika není výjimkou

Jednou z možností, jak snížit jejich riziko „kromě fyzické aktivity“, je kupodivu „dlouhodobá zdravá strava.“ O tom je přesvědčen i psychiatr Jiří Raboch, který společně s Evou Filipovou radí ve své knize lidem, jak jídlem bojovat proti demenci.

Při výběru ve své knize „Jezte chytré“, se zaměřují na suroviny podporující dobrou náladu, paměť a jasnou mysl.

([www.zdravy-senior.cz](http://www.zdravy-senior.cz))  
([zdravi.ceskyprehled.cz](http://zdravi.ceskyprehled.cz))  
(Bc. práce)

Pokud se lidé budou dlouhodobě stravovat podle těchto jednoduchých zásad, mohou výrazně snížit riziko onemocnění depresí, nebo dokonce demencí. Právě tato onemocnění jsou na špičce duševních potíží současnosti.

Základem primární prevence demence se tedy stávají dva nejjednodušší a nejdůležitější faktory, o „zdravém pohybu a zdravé dlouhodobě pestré stravě“. Stravou lze tedy ovlivnit nejen duševní pohodu, ale i možnost vniknutí nemocí, mezi které „taktéž patří demence“ :

### **Prevence je tedy základ, skládá se hlavně ze zdravého pohybu a zdravé pestré stravy.**

- Každodenní procvičování kloubů a cvičení zaměřené na udržení stability.
- Přestat kouřit, snažit se omezit.
- Nastolit zdravé stravovací návyky, tzn. omezení tuků, dostatek bílkovin, dostatek minerálů a stopových prvků.
- Účastni se pravidelných lékařských prohlídek.
- Udržovat se v dobré fyzické i psychické kondici a dbát na své zdraví.

- Čtení knih a časopisů, luštění sudoku, návštěvy kin, divadel a koncertů, aktivní sledování dění ve světě.

- Aktivně se zapojovat do dění kolem nás, nedovolit sociální izolaci.

- Kvalitní strava, má podstatnou roli ve výživě vašeho těla a mozku, který se vám ve stáří velkoryse odvděčí.

- Vitaminy přijímat v přírodní formě, jsou mnohem lépe využity v organismu. Chcete-li, ochránit svůj mozek, měli bychom zvýšit přísun vitamínu B, C, E a D.

- Dostatečné množství těchto vitamínů ochrání náš centrální nervový systém.

- Ze skupiny vitamínů B je významný vitamin B9 – kyselina listová (nachází se v listové zelenině a fazolích) a vitamin B1 – thiamin, který najdete například v celozrnných výrobcích, líbovém mase, těstovinách, rybách, fazolích, hrachu.

- Vitamin C je důležitým pro správné fungování metabolismu a úspěšně také chrání před demencí.

- Dostatečná hladina vitamínu E dokáže snížit riziko vzniku demencí, co jakož i demence.

- Do jídelníčku si proto zakomponujte potraviny, které obsahují tyto vitamíny, např. citrusy, pomeranče, rajčata, papriku, brokolici, ale i ořechy a avokádo.

- Podstatný význam má při prevenci vzniku demence i vitamín D.

- U starších lidí, kteří trpí nedostatkem vitamínu D, je riziko vzniku demence podstatně vyšší.



**Blahodárný vliv zdravého pohybu a zdravé pestré stravy na organismus.**

- Každodenní procvičování kloubů a cvičení zaměřené na udržení stability.
- Přestat kouřit, snažit se omezit.
- Nastolit zdravé stravovací návyky, tzn. omezení tuků, dostatek bílkovin, dostatek minerálů a stopových prvků.
- Účastnit se pravidelných lékařských prohlídek
- Udržovat v dobré fyzické i psychické kondici a dbát na své zdraví.
- Čtení knih a časopisů, luštění sudoku, návštěvy kin, divadel a koncertů, aktivní sledování dění ve světě.
- Aktivně se zapojovat do dění kolem nás, nedovolit sociální izolaci.
- Kvalitní strava, má podstatnou roli ve výživě vašeho těla a mozku, který se vám ve stáří velkoryse odvděčí.
- Vitaminy by se měly přijímat v přírodní formě, jsou mnohem lépe využity v organismu.
- Chcete-li, ochránit svůj mozek, měli byste zvýšit přísun vitamínu B, C, E a D.
- Dostatečné množství těchto vitamínů ochrání náš centrální nervový systém.
- Ze skupiny vitamínů B je významný vitamin B9 – kyselina listová (nachází se v listové zelenině a fazolích) a vitamin B1 – thiamin, který najdete například v celozrnných výrobcích, libovém mase, těstovinách, rybách, fazolích, hrachu.
- Vitamin C je důležitým pro správné fungování metabolismu a úspěšně také chrání před demencí.
- Dostatečná hladina vitamínu E dokáže snížit riziko vzniku demencí, což jakož i demence.
- Do jídelníčku si proto zakomponujte potraviny, které obsahují tyto vitamíny, např. citrony, pomeranče, rajčata, papriku, brokolici, ale i ořechy a avokádo.
- Podstatný význam má při prevenci vzniku demence i vitamín D.
- U starších lidí, kteří trpí nedostatkem vitamínu D, je riziko vzniku Alzheimerovy choroby podstatně vyšší. [www://zdravy-senior.cz/](http://www.zdravy-senior.cz/).

### Co ještě stojí za zmínku:

- **ryby** – omega 3 mastné kyseliny, které se v rybách nacházejí, poskytují nezastupitelné živiny mozku. Výzkumníci tvrdí, že lidé, kteří konzumovali více ryb, docílili lepší výsledky v paměťových testech. Doporučujeme především lososa, tuňáka, či makrelu a to minimálně 1 – 2 krát do týdne
- **špenát** – obsahuje 15 druhů flavonoidů, které zpříčiní pomalejší stárnutí mozku. Krom toho obsahují i vitamín A, K, železo a kyselinu listovou
- **káva** – Američtí vědci tvrdí, že až tři šálky kávy denně mohou pomoci ochránit váš mozek. [www://rehabilitace.info/](http://www://rehabilitace.info/).

**Podle Kopecké (2012) si stručně připomeneme cíle služby v Domově se zvláštním režimem.**

- pacient má zajištěno ubytování v bezbariérovém prostředí,
- má zajištěnu celodenní stravu dle individuálních potřeb,
- má zajištěnu péči o sebe, nebo dle svých schopností se na péči o sebe podílí (např. osobní hygiena, pohyb a orientace v prostoru apod.),
- tráví svůj volný čas aktivně,
- udržuje či rozvíjí kontakty s vrstevníky, rodinou, i s jinými lidmi ve společnosti,
- udržuje nebo rozvíjí své rozumové i fyzické schopnosti a dovednosti.

Následně si vyjmenujeme priority služeb v pobytovém zařízení se zvláštním režimem, kterými jsou:

- vytvářet přirozené prostředí, ve kterém se pacient bude cítit bezpečně a jistě,
- vytvářet příjemné prostředí, ve kterém se pacient i jejich blízcí budou cítit příjemně,
- tolerovat tempo pacienta, umožnit mu vyjadřovat se a pohybovat se svým tempem,
- podporovat pacienta v samostatnosti,
- respektovat přání pacienta. Pokud rodina bude chtít něco jiného, než by si přál sám pacient, budeme respektovat přání pacienta,
- ke všem pacientům se chovat rovně, bez ohledu na jejich minulost, finanční situaci, víru, bez ohledu na společenské prostředí, ze kterého k nám přišli (KOPECKÁ, 2012).

**Čestné prohlášení studenta k získání podkladů pro zpracování bakalářské práce**

**ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem „**Ošetrovatelský proces u pacienta se stařeckou demencí**“ v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne 12.1. 2016

*Kepmenová Natálie*

Jméno a příjmení studenta

---