

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U KLIENTA
S ALZHEIMEROVOU NEMOCÍ**

Bakalářská práce

LADISLAVA BĚLOHRADOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D

Praha 2018



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

BĚLOHRADOVÁ Ladislava
3CVS

Schválení tématu bakalářské práce


Na základě Vaší žádosti Vám oznamuji schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u klienta s Alzheimerovou nemocí

Nursing Care of Patients with Alzheimer's Disease

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D.

V Praze dne 1. listopadu 2017



doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 21. 3. 2018

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí práce Mgr. Haně Tošnarové, Ph.D za odborné vedení, za velmi užitečnou pomoc, kterou mi poskytla při zpracování mé bakalářské práce, bez které by práce nemohla vzniknout. Také děkuji za cenné rady, trpělivost a ochotný přístup.

ABSTRAKT

BĚLOHRADOVÁ, Ladislava. *Ošetrovatelský proces u klienta s Alzheimerovou nemocí*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D. Praha. 2018. 70 s.

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces u klientky s Alzheimerovou nemocí. Teoretická část práce je zaměřena na přiblížení druhů demencí se zvláštním zřetelem ke specifikaci Alzheimerovy nemoci. Popis problematiky demence zahrnuje její příčiny, rizikové faktory, vyšetřovací metody, možnost léčby, způsob prevence a terapie nemocného.

V druhé části je popsána samotná ošetrovatelská péče podle modelu Virginie Henderson. Ošetrovatelské diagnózy jsou zpracovány dle NANDA I taxonomie II 2015-2017. Ošetrovatelský proces se týká péče o vybranou klientku s Alzheimerovou nemocí a zpracování ošetrovatelského procesu. U vybraných diagnóz byl stanoven ošetrovatelský cíl, sestaven plán ošetrovatelských intervencí a popsána jejich realizace. Závěr obsahuje vyhodnocení, do jaké míry se podařilo splnit ošetrovatelský cíl.

Klíčová slova

Alzheimerova nemoc. Demence. Kognitivní funkce. Ošetrovatelská péče. Virginia Henderson.

ABSTRACT

BĚLOHRADOVÁ, Ladislava. *Nursing Care of Patients with Alzheimer's disease*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: Mgr. Hana Tošnarová, PhD. Prague. 2018. 70 pages.

The topic of the bachelor thesis is the nursing case of a client with Alzheimer's disease. The theoretical part of the thesis is focused on the approach types of dementia with special regard to the specification of Alzheimer's disease. The description of dementia includes its causes, risk factors, investigation methods, treatment options, prevention methods and patient therapy.

In the second part the nursing care is described itself according to Virginia Henderson model. Nursing diagnoses are processed according to NANDA I Taxonomy II 2015-2017. The case interpretation is concerning the care of a selected patient with Alzheimer's disease and the treatment of the nursing process. The nursing goal was established for selected diagnoses, a plan of nursing interventions was prepared and their realization was described. The conclusion includes an evaluation of the extent to which the nursing goal was fulfilled.

Keywords:

Alzheimer's disease. Dementia. Cognitive functions. Nursing Care. Virginia Henderson.

PŘEDMLUVA

Téma mé bakalářské práce je mi blízké z více důvodů. Jedním z nich je skutečnost, že více jak deset let pracuji v Domově se zvláštním režimem a problematika pacientů s AN je náplní mé každodenní práce. Proto bych chtěla, aby moje bakalářská práce pomohla těm, kteří pracují v podobných zařízeních, aby si uvědomili, že péče o tyto nemocné, i když je obtížná, je spíše než zaměstnáním službou a posláním. Je třeba vědět, že sloužíme lidem, kteří mají duševní chorobu a žijí ve svém světě. Proto se tyto klienty nesnažím nějak převychovat, poučovat je, nebo jim dokonce něco přikazovat. Tito lidé potřebují především empatii a dotek, což ovšem není vždy lehké.

Pokud mohu mluvit jenom z mých zkušeností a za můj úsek domova, jsem přesvědčena, že každý zdejší pracovník se snaží mít nejen empatii, slušné chování a pokoru, ale také ochotu dát něco ze sebe nad rámec pracovních povinností. Praxe a každodenní realita jsou ovšem tvrdou prověrkou, z níž vyjdou vítězně jen ti, kteří jsou ve zdravotnictví na pravém místě.

Dnešní společnost se charakterizuje jako postmoderní společnost, zaměřuje se více na materiální hodnoty, kariéru, módu, značkové oblečení, značková auta, vydělávání peněz. Ale tváří v tvář stáří, nemoci, demenci je najednou bezradná, nejistá. Lidé by chtěli žít dlouho, ale nikdo nechce být starý. Vyspělost společnosti se však hodnotí podle toho, jak se dokáže postarat o své nejslabší a bezbranné příslušníky.

Proto pojďme a pokusme se něco změnit. I když je to často těžké, návod je jednoduchý: Buďme k sobě ohleduplní a odpouštějme sobě i těm druhým, i když se to někdy napoprvé nepodaří. Snažme se pochopit, proč se člověk v našem okolí chová tak, jak se chová. Dobře vím, že není vždy lehké některým jedincům porozumět. Věřím ale, že v každém člověku je kapka dobra, v níž se třpytí duše malého, nevinného, v nitru šťastného a přitom zcela bezbranného dítěte. Smutné je však, že v některých lidech ta kapka vyschla nebo z ní zbývá už jen nepatrná krůpěj. Snažme se těmito lidem vrátit tuto léčivou kapičku dobroty. Na začátku této nelehké cesty může být úsměv, pomoc (často i nepatrná), vstřícnost, někdy jen obyčejné podání ruky. Cílem této cesty je proměna dotyčného, který pak možná sám pocítí to pravé štěstí.

Přála bych si, aby má práce alespoň maličko přispěla k obohacení každého, kdo ji bude číst, přiblížením, specifikováním a nastavením kvalitní a odborné péče o klienty trpící Alzheimerovou nemocí.

Nechci nikomu vnucovat své mínění, chtěla bych pouze, aby mé názory posloužily jako inspirace nebo pohled z jiné strany.

OBSAH

SEZNAM TABULEK

SEZNAM ZKRATEK

SEZNAM ODBORNÝCH VÝRAZŮ

OBSAH.....	9
ÚVOD.....	16
1 DEMENCE.....	19
1.1 Symptomy demence	19
1.2 Rozdělení demencí.....	21
1.3 Alzheimerova nemoc	23
Amnestický typ lehké poruchy poznávacích funkcí.....	24
Lehká alzheimerovská demence.....	25
Střední alzheimerovská demence.....	25
Těžká alzheimerovská demence.....	26
1.4 Rizikové faktory Alzheimerovy nemoci	26
1.5 Diagnostika Alzheimerovy nemoci.....	28
Makroskopické změny u Alzheimerovy nemoci.....	28
Mikroskopické změny u Alzheimerovy nemoci.....	29
1.6 Moderní vyšetřovací metody u Alzheimerovy nemoci.....	29
1.7 Terapie Alzheimerovy nemoci.....	32
1.8 Péče o pacienty postižené Alzheimerovou nemocí.....	36
2 SPECIFICKÁ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE DLE MODELU VIRGINIE HENDERSON.....	38
3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U KLIENTKY S ALZHEIMEROVOU NEMOCÍ.....	42

3.1 Základní údaje o klientce.	43
DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	.65
ZÁVĚR.....	.67
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	.69
PŘÍLOHY.....	.72

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Chronická medikace	45
Tabulka 2 Vitální funkce	48
Tabulka 3 Fyzikální vyšetření ze dne 15. 12. 2017	49
Tabulka 4 Aktuální ošetrovatelské diagnózy ke dni 15. 12. 2017	50

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

AIDS – *acquired immunodeficiency syndrome* (syndrom získané ztráty imunity)

AN – Alzheimerova nemoc

APOE ε4 – varianta genu pro apolipoprotein E

BPSD – *Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia*

BSE – bovinní spongiformní encefalopatie

CAG – označení repetitivní sekvence (cytosin – adenin – guanin)

CJD – Creutzfeldt-Jakobova demence

CMP – cévní mozková příhoda

CNS – centrální nervový systém

CT – výpočetní tomografie

ČALS – Česká alzheimerovská společnost

DLB – *Difuse Lewy body Disease*

DNA – *deoxyribonucleic acid* (deoxyribonukleová kyselina)

DS – domov pro seniory

EEG – elektroencefalografie

FTLD – frontotemporální lobární degenerace

HD – gen, kódující protein huntingtin

HIV – *human immunodeficiency virus* (virus vyvolávající AIDS)

MMSE – *Mini-Mental State Examination*

MR – magnetická rezonance

NMDA – N-methyl-D-aspartát

PET – pozitronová emisní tomografie

PN – Parkinsonova nemoc

(VOKURKA a kol., 2010)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Afázie – ztráta schopnosti řeči.

Amygdala – jedno z mozkových jader, řadících se k limbickému systému.

Apraxie – ztráta naučených nebo vžitých stereotypů.

Atrofie – zmenšení, ztenčení orgánu, tkáně, buňky.

Behaviorální – týkající se chování (anglicky *behavior* = chování).

Beta-amyloid – protein tvořící tzv. senilní (též amyloidní) plaky v mozku osob postižených Alzheimerovou nemocí. Název „amyloid“ byl zaveden již v polovině 19. století Rudolfem Virchowem, který tuto látku mylně pokládal za druh škrobu (latinsky *amylum* = škrob).

Deteriorace – postupující zhoršení, úpadek.

Dysexekutivní syndrom – závady a poruchy volní a reálné praktické činnosti, složitějších aktivit, plánování, určování priorit, rozhodování, abstraktního uvažování, motivace chování

Encefalitida – zánět mozku vyvolaný zpravidla viry, bakteriemi nebo prvoky.

Fluorodeoxyglukóza – monosacharid (derivát glukózy) s navázaným fluorem. V lékařské praxi se jako radiofarmakum používá nejčastěji fluorodeoxyglukóza obsahující radioaktivní izotop fluoru ^{18}F . Aplikuje se zejména při tzv. pozitronové emisní tomografii (PET), jejímž prostřednictvím je možno sledovat distribuci a ukládání fluorodeoxyglukózy v tkáních. Lze tak identifikovat přítomnost, resp. rozsah tkání s abnormálním metabolismem glukózy, což jsou především tkáně nádorové, ale také patologicky změněná mozková tkáň u některých chorob postihujících centrální nervový systém.

Fosfoepitopy – struktury obsahující fosfátové skupiny (PO_4^{3-}) rozpoznávané specifickými protilátkami. Za epitop obecně považujeme jakoukoliv součást antigenní struktury, která je rozpoznávána protilátkou.

Glutamátergní – týkající se synaptického přenosu nervového vzruchu pomocí glutamátu. Tato aminokyselina (resp. anion od ní odvozený) patří k hlavním excitačním neurotransmiterům (= přenašečům vzruchu) v centrální nervové soustavě.

Hippokampus – součást mozku. Hipokampus spolu s amygdalou (viz samostatné heslo) a dalšími strukturami tvoří tzv. limbický systém a hraje klíčovou roli při krátkodobém uchování informací, resp. při prostorové orientaci.

Cholinesterázy – enzymy, které katalyzují hydrolytické štěpení různých esterů cholinu. Pro funkci nervového systému má zásadní význam acetylcholinesteráza. Látky snižující aktivitu cholinesteráz (inhibitory – viz též samostatné heslo) se používají při léčbě Alzheimerovy nemoci.

Inhibitor – látka nebo přísada zpomalující, popř. zcela zastavující chemickou reakci nebo biologický proces, popř. zpomalující či zastavující aktivitu určité biologické struktury, enzymu apod.

Intravenózní – způsob aplikace farmaka, popř. jiné látky do krevního oběhu.

Ionotropní – mající afinitu k určitým iontům.

Kognitivní – poznávací.

Malnutrice – špatný stav výživy, podvýživa.

Mikronutrient – součást lidské výživy (nutrice), která nemá energetickou hodnotu, ale je nezbytná pro zachování správné funkce organismu (např. pro udržení aktivity některých enzymů). Potřebná množství mikronutrientů pro denní příjem jsou zpravidla velmi nízká. Patří sem zejména vitaminy a stopové prvky.

Neurodegenerativní – provázený degenerací nervového systému, resp. některé jeho části.

Neurofibrily – vlákna v nervových buňkách, popř. v jejich výběžcích. Lze je pozorovat pod optickým mikroskopem při použití speciálních barvicích technik.

Neuronální klubka – též neurofibrilární klubka. Jde o abnormální útvary vyvolané akumulací tau proteinu (viz samostatná hesla). Jde o typický nález u Alzheimerovy nemoci.

Otorinolaryngologie – lékařský obor, který se zabývá výhradně diagnostikou a léčbou nemocí ucha, nosu a krku. V přeneseném významu též oddělení ve zdravotnickém zařízení specializované na otorinolaryngologii (ušní – nosní – krční).

Parafázie – závada či porucha řeči, nesprávná stavba vět, komolení slov.

Parahipokampální – ležící poblíž hipokampu (viz samostatné heslo).

Parietotemporální – týkající se kosti temenní (*os parietale*) a kosti spánkové (*os temporale*).

Post mortem – po smrti

Realimentace – obnovení výživy.

Reminiscenční terapie – vzpomínková léčba, poznávání starých fotografií, sledování starých filmů apod.

Respitní péče – krátkodobá úlevová péče pro rodinné příslušníky a opatrovníky, kteří trvale pečují o vážně duševně nebo tělesně postiženou osobu.

Tau-protein – protein (= bílkovina), který se váže na vlákna zvaná mikrotubuly v nervové tkáni. Vazbou tau proteinu jsou mikrotubuly stabilizovány. Při Alzheimerově chorobě dochází k nadměrnému hromadění tau proteinu v mozku.

Validační – týkající se kontroly platnosti zadaných, resp. vstupních údajů (z latinského *validus* = statný, silný, zdravý).

Volumetrické – týkající se měření objemu (latinsky *volumen*, anglicky *volume* = objem). V medicíně hovoříme např. o volumetrii mozkových struktur, popř. jater (tedy měření objemu mozkových struktur, popř. kapacity jater). Přesné zjištění objemu daného orgánu, popř. jeho části umožňuje počítačová tomografie.

(VOKURKA a kol., 2010), (ABZ.cz: slovník cizích slov, 2016)

ÚVOD

Pro zpracování bakalářské práce byl vybrán ošetrovatelský proces u klientky s Alzheimerovou nemocí. Jedním z hlavních důvodů volby tohoto tématu je fakt, že již desátým rokem autorka pracuje v Domově se zvláštním režimem, kde většina klientů má nějakou formu demence, přitom Alzheimerova nemoc převažuje. Tato problematika byla vybrána proto, aby autorka o této nemoci získala a utřídila nové informace a mohla je předávat jak svým spolupracovníkům, tak i rodinným příslušníkům pacientů trpících Alzheimerovou nemocí. A dalším důvodem je, že Alzheimerova nemoc má vzrůstající výskyt, kdy odborníci hovoří o tiché epidemii 21. století.

Téma práce je velmi aktuální zejména proto, že v současnosti dochází k dramatickému nárůstu počtu osob trpících Alzheimerovou nemocí. V roce 1960 bylo osob trpících demencí 50 tisíc. V roce 2015 se tento počet zvýšil na 156 tisíc osob s diagnostikovanou demencí. Více než dvě třetiny tvoří ženy. *Veřejnost zároveň hodnotí Alzheimerovu nemoc stejně závažnou jako vybraná rakovinná onemocnění a závažnější než klíčovou encefalitidu či žloutenku typu B* (MÁTL a kol., 2016, str. 43). Tato práce by měla také pomoci pochopit zpočátku nenápadně vyhlížející nemoc, která postupně může vést až k úplnému rozpadu lidské osobnosti.

V teoretické části autorka přiblížila druhy demencí, specifikovala Alzheimerovu nemoc a stručně seznámila i s ostatními typy demence. Při popisu Alzheimerovy nemoci se zaměřila na její příčiny, rizikové faktory, vyšetřovací metody, léčbu, prevenci a terapii u nemocného.

Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Stručně seznámit s problematikou onemocnění Alzheimerovy nemoci.

Cíl 2: Seznámit všeobecné sestry, studenty zdravotních oborů a laickou veřejnost s druhy demencí, specifikovat Alzheimerovu nemoc, její příčiny, rizikové faktory, vyšetřovací metody, léčbu, prevenci a terapie u klientů.

V praktické části bakalářské práce byla specifikována ošetrovatelské péče dle modelu Virginie Henderson. Cílem bylo sestavit ošetrovatelský plán tak, aby saturoval potřeby klientky, která byla vybrána pro tuto práci během praxe. V sestaveném plánu

byla popsána ošetrovatelská péče realizovaná metodou ošetrovatelského procesu u klientky v domově se zvláštním režimem. Na základě posouzení byly stanoveny ošetrovatelské diagnózy dle NANDA I taxonomie II 2015-2017. Byl vytvořen individuální ošetrovatelský plán. U vybraných ošetrovatelských diagnóz byl stanoven ošetrovatelský cíl a plán ošetrovatelských intervencí. Hlavním cílem ošetrovatelství bylo udržet klientku maximálně soběstačnou, nezávislou. V závěru bylo vyhodnoceno splnění či nesplnění ošetrovatelského cíle.

Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Seznámit s koncepčním modelem Virginie Henderson.

Cíl 2: Specifikovat ošetrovatelskou péči dle modelu Virginie Henderson.

Cíl 3: Popsat a realizovat ošetrovatelský plán u klientky dle koncepčního modelu Virginie Henderson tak, aby saturoval potřeby klientky. Ošetrovatelské diagnózy byly zpracovány na akutní a potenciální dle NANDA I taxonomie II 2015-2017.

Vstupní literatura

CALLONE, P., KUDLACEK, C., VASILOFF, B. *Alzheimerova nemoc 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 120 s. ISBN 978-80-247-2320-4.

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

JIRÁK, Roman a kol., 2013. *Gerontopsychiatrie*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-873-5.

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

MÁTĽ, Ondřej, Martina MÁTĽOVÁ a Iva HOLMEROVÁ, 2016. *Zpráva o stavu demence 2016*. 1. vyd. Praha: ČALS. ISBN 978-80-86541-50-1

NANDA INTERNATIONAL, 2016. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2015 – 2017*. 10. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-86541-50-1

ZVĚŘOVÁ, Martina, 2017. *Alzheimerova demence*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0561-8

Popis rešeršní strategie

Rešerše byla vypracována na žádost k datu 13. 12. 2017 v Lékařské knihovně Nemocnice Nové Město na Moravě p. o., Žďárská 610, Nové Město na Moravě, paní Bejblovou. Rešerše byla rozpracována na základě klíčových slov, která se vyskytují v bakalářské práci s názvem Ošetrovatelský proces u klienta s Alzheimerovou nemocí, klíčová slova v českém jazyce Alzheimerova nemoc. Demence. Kognitivní funkce. Ošetrovatelská péče. Virginia Henderson. (v anglickém jazyce Alzheimer's disease. Dementia. Cognitive functions. Nursing Care. Virginia Henderson.).

Časové rozmezí knižních zdrojů bylo od roku 2008 až do současnosti. Do rešeršní strategie bylo zadáno i jazykové rozmezí, byly požadovány knižní zdroje v českém, slovenském a anglickém jazyce.

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

Pro tvorbu bakalářské práce bylo využito celkem 52 informačních zdrojů. Jsme si vědomi, že některé prameny přesáhly doporučenou hranici stáří deseti let, i přesto jsme tyto zdroje využili, neboť obsažené informace jsou stále platné a pro naši práci přínosné.

Základní parametry:

- katalog Národní lékařské knihovny (www.medvik.cz)
- jednotná informační brána (www.jib.cz),
- souborný katalog ČR (<http://sigma.nkp.cz>)
- databáze vysokoškolských prací (www.theses.cz)
- online katalog NCO NZO
- druhy vyhledané literatury byly vysokoškolské práce, knihy a články.

1 DEMENCE

Demence patří mezi organické duševní nemoci, které vznikají na podkladě makroskopického či mikroskopického poškození mozku. Demence zahrnují komplexní poškození psychických funkcí a aktivit, nejde tedy jen o pouhou poruchu paměti (ZVĚŘOVÁ, 2017).

Demence jsou poruchy, při nichž dochází k podstatnému snížení úrovně paměti i dalších kognitivních funkcí – tj. funkcí, které zajišťují adaptaci na zevní prostředí, komunikaci se zevním prostředím a cílené chování. Mezi tyto funkce patří paměť, pozornost, vnímání, schopnost tvorby řeči i schopnost porozumění řeči, schopnost být motivován k určité činnosti a schopnost tuto účelnou činnost naplánovat, provést a zpětně zhodnotit. K poškození kognitivních funkcí dochází nejčastěji následkem postupujícího onemocnění mozku. Demence sama o sobě představuje syndrom – určitý charakteristický soubor příznaků, který může mít různé příčiny. Při slově demence si vybavíme člověka postiženého poruchami paměti, poznávání a jednání, ale nejsme ještě schopni říci, která patologická změna jeho demenci vyvolala (JIRÁK, 2009).

Demence se rozvíjí následkem různých chorobných stavů, zejména neurodegenerativních a vaskulárních změn. Nejčastější z nich je Alzheimerova nemoc, která patří k těžkým neurodegenerativním onemocněním mozku (LUKASOVÁ, 2014).

Demence je vždy důsledkem určité choroby, nikdy není pouhým důsledkem stárnutí. Termín „stařecká demence“ by se neměl používat, neboť takový patologický stav fakticky neexistuje. I když demence není součástí normálního stárnutí, pozorujeme ji daleko častěji u lidí ve vyšším věku. V žádném případě však nelze každého geriatrického pacienta považovat za demenčního jen proto, že je starý. Takové označení je neodůvodněné z faktického i etického hlediska (HOLMEROVÁ, 2003).

1.1 Symptomy demence

Roman Jiráček (2013), významný český neurolog, uvádí tyto základní příznaky syndromu demence:

- poruchy paměti;
- deteriorace intelektu;
- poruchy orientace;

- poruchy soudnosti a abstraktního myšlení;
- poruchy chápání;
- poruchy korových funkcí typu apraxií, afázií apod.;
- poruchy pozornosti a motivace.

V různém stupni se vyskytují následující poruchy:

- poruchy chování;
- poruchy emotivity;
- poruchy osobnosti (degradace), (JIRÁK, 2013)

Přední česká specialista v oboru gerontologie a členka správní rady Alzheimerovské společnosti MUDr. Iva Holmerová (2003) uvádí tyto symptomy demencí:

a) Kognitivní poruchy – poruchy paměti, soustředění, orientace, myšlení.

b) Poruchy chování a psychické příznaky (*Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia* – BPSD), které často předcházejí kognitivním poruchám. Může se jednat o nevhodné či nepřiměřené chování, „odbržděnost“, netaktnost a podobně. Ty se vyskytují zejména u frontotemporální lobární degenerace (Pickovy nemoci). Může jít také jen o úzkost, depresivitu, poruchy spánku a podobné zdánlivě lehké problémy. V pokročilejších fázích onemocnění se vyskytují závažnější BPSD: zejména neklid, halucinace a bludy, agresivita, bloudění, inkontinence. Tyto komplikace (zejména agresivita, útky z domova a jiné poruchy chování) jsou často důvodem umístění pacienta do ústavní péče.

c) Sociální změny přicházejí rovněž velmi záhy po nástupu prvních příznaků choroby. Nemocní se straní společnosti více, než by to odpovídalo jejich zdravotnímu stavu, někteří si znepřátelují okolí svým chováním. V pozdějších stádiích onemocnění se zhoršuje také soběstačnost pacienta, a to nejprve v instrumentálních aktivitách denního života, později i v základních aktivitách denního života (HOLMEROVÁ, 2003).

1.2 Rozdělení demencí

Demence rozdělujeme podle etiologie, lokalizace a kurability.

Podle etiologie:

a) demence neurodegenerativního původu

Atroficko-degenerativní demence (Alzheimerova nemoc, demence u Parkinsonovy choroby). U těchto demencí je hlavním etiopatogenetickým činitelem atrofie mozku. Tuto atrofii doprovází další patogenetické změny, a to zejména degenerace proteinů, anebo tvorba a ukládání patologických proteinů:

- beta-amyloidu (Alzheimerova nemoc, demence s Lewyho tělísky)
- tau-proteinu (frontotemporální demence, Alzheimerova nemoc, demence s Lewyho tělísky)
- alfa-sinukleinu (demence u Parkinsonovy choroby, demence s Lewyho tělísky)
- huntingtinu (Huntingtonova chorea)

b) demence sekundární (symptomatické):

Tyto demence vznikají na podkladě různých systémových onemocnění, traumat, intoxikací a dalších chorob postihujících mozek. Tyto demence dále dělíme na:

- demence ischemicko-vaskulární, které vznikají při mozkových infarktech, nejčastěji při vícečetných malých infarktech, které snižují množství mozkové tkáně
- metabolicky podmíněné (Wilsonova nemoc)
- infekčního původu (lymská borelióza, AIDS)
- prionového původu (Creutzfeldtova – Jakobova nemoc)
- způsobené intoxikací: alkoholové, farmakogenně navozené, způsobené otravou oxidem uhelnatým, při užívání drog
- posttraumatické
- na podkladě různých systémových onemocnění (kolagenózy aj.)

- působením chorobných procesů postihujících mozek (tumory, normotenzní hydrocefalus aj.), (ZVĚŘOVÁ, 2017).

- c) vaskulární
- d) metabolicky podmíněné
- e) infekčního původu
- f) prionového původu

Podle lokalizace:

a) kortikální demence

U těchto demencí dochází k poškození mozkové kůry. Zahrnují se zde Alzheimerova nemoc, demence s Lewyho tělísky, frontotemporální lobární demence aj.

Hlavní příznaky:

- vážné zapamatování si nových informací
- přítomnost afázie, agnózie, apraxie
- poruchy orientace v prostoru a čase

b) subkortikální demence

U subkortikálních demencí je poškozena převážně bílá hmota, thalamus a bazální ganglia. Řadí se zde demence u Parkinsonovy choroby, vaskulární Binswangerova nemoc, demence u Huntingtonovy nemoci.

Hlavní příznaky:

- porucha výkonných (exekutivních) funkcí – tzv. dysexekutivní syndrom
- vážné výbavnost ze zásobní paměti
- motivace
- schopnost rozhodování se
- nápadně zpomalené psychomotorické tempo
- vážné schopnost rozdělit si činnost na dílčí úkoly a pak je vykonávat správně za sebou

- přidružená depresivní symptomatika
- extrapyramidové syndromy

c) kortikosubkortikální demence

U řady demencí je různou měrou postižena jak kortikální, tak subkortikální složka. K těmto demencím řadíme Alzheimerovu nemoc s vaskulární složkou, kortikosubkortikální vaskulární demence.

Příznaky jsou kombinace příznaků kortikálních a subkortikálních demencí (ZVĚŘOVÁ, 2017).

Podle kurability:

- léčitelné
- neléčitelné

(ZVĚŘOVÁ, 2017)

1.3 Alzheimerova nemoc

Alzheimerova nemoc je nejčastější příčinou demencí. Tvoří 50 % všech případů demencí, dalších 10-20 % jsou demence smíšené, alzheimerovsko-vaskulární. Nemoc dostala jméno po německém psychiatrovi Aloisovi Alzheimerovi, který v roce 1907 objevil v šedé hmotě mozkové kůry neboli ve vnější vrstvě mozku abnormální plak a neurofibrilární klubka. Podle některých údajů pozoroval poprvé příznaky choroby na své služebné Dorotě, u níž se již ve věku necelých 60 let projevíly první známky syndromu demence (GLENNER, 2012), (KANTORKOVÁ, 2011).

Není bez zajímavosti, že ve stejném roce jako Alois Alzheimer popsal stejné onemocnění s charakteristickými senilními plaky také Oskar Fischer, rodák ze Slaného, později lékař, který působil v Praze a v Pardubicích. Ve své práci dokonce dokumentoval více pacientů než samotný Alzheimer. Shodou nešťastných okolností však jeho jméno na dlouhou dobu zapadlo. K dlouhodobému „vymazání“ jeho jména

z historie medicíny přispěl i fakt, že Fischer byl jako žid pronásledován nacisty a v roce 1942 zemřel za nejasných okolností v malé pevnosti v Terezíně (VOGNER, 2015).

Stejně jako u většiny ostatních demencí dochází i u Alzheimerovy nemoci k narušení části mozku a k poklesu kognitivních funkcí (myšlení, paměti, soustředění, úsudku). Pacient je postupně čím dál tím více závislý na každodenní pomoci jiného člověka. Nástup choroby je pozvolný, i když rychlost, kterou postupuje, se u každého postiženého liší. Nejdříve se u nemocného zhoršuje krátkodobá paměť a není schopen se postarat o některé věci v domácnosti. Později má nemocný čím dál větší problémy s vyjadřováním, rozhodováním, nedokončuje myšlenky, je zmatenější. Mění se celá jeho osobnost. V posledních stádiích nemoci už vůbec není schopen se sám o sebe postarat (HOLMEROVÁ, 2003).

Prvními příznaky alzheimerovské nemoci jsou poruchy paměti. Postižení kognitivních i nekognitivních funkcí bývá podle stupně degradace funkcí děleno do několika stupňů – zpravidla tří. Těmto třem stupňům předchází ještě amnestická forma lehké poruchy poznávacích funkcí (JIRÁK, 2013).

U Alzheimerovy nemoci se demence rozvíjí plíživě, nenápadně, Mezi první příznaky se řadí poruchy paměti. Postižení kognitivních i nekognitivních funkcí bývá podle stupně degradace děleno do několika stupňů, jimž předchází ještě amnestická forma lehké poruchy poznávacích funkcí. (JIRÁK, 2013)

Amnestický typ lehké poruchy poznávacích funkcí

Paměť je postižena zpravidla jen ve složce epizodické (autobiografické) paměti. Porucha paměti je jak subjektivního charakteru – pacienti si na poruchu paměti stěžují, obtěžuje je to, tak objektivního charakteru – je měřitelná testy. Postižení však není tak těžké jako při demenci, zůstává zachována soběstačnost, schopnost vykonávat běžné aktivity denního života. Amnestický typ lehké poruchy poznávacích funkcí lze ve většině případů označit za subklinickou formu Alzheimerovy nemoci. Jako rizikový faktor přestupu do Alzheimerovy nemoci se jeví hipokampární atrofie zjištěná volumetrickými metodami při použití magnetické rezonance. Hodnoty MMSE se zpravidla pohybují v rozmezí 27–26 bodů (JIRÁK, 2013).

Lehká alzheimerovská demence

Dochází již k výraznějším poruchám epizodické paměti. Je porušena pracovní paměť – zejména zapamatování si nových informací, nemocní se opakovaně ptají na totéž. Ztrácejí své osobní věci, stále něco hledají, ukládají předměty na nepatřičná místa. Postižení jsou v této fázi schopni si dopodrobna vzpomenout na to, co dělali před dvaceti lety, ovšem nedávné události se jim vybavují obtížně nebo vůbec (HOLMEROVÁ, 2010).

Někdy již v tomto stádiu zapomínají jména a tváře svých příbuzných a známých. Objevují se již i poruchy orientace v prostoru, dělá jim problém zorientovat se na pro ně známém místě. Zhoršuje se logické myšlení a soudnost, začínají se objevovat i poruchy aktivit denního života, např. kuchařka zapomene, co má dát do jídla. Snižuje se také schopnost učit se novým aktivitám. Dochází k ochuzení zájmů, k celkovému snížení aktivity, někdy se také zpomaluje psychomotorické tempo a mohou se objevit behaviorální a psychologické příznaky demence, především deprese, úzkost, afektivní labilita. Hodnoty MMSE se pohybují zpravidla v rozmezí 25-18 bodů (JIRÁK, 2013).

Střední alzheimerovská demence

Poruchy kognitivních funkcí progredují, zhoršuje se orientace v prostoru i čase, takže pacienti často již nemohou bez doprovodu druhé osoby vycházet z domova, hrozí riziko bloudění. Dochází k dalšímu úpadku logického myšlení a soudnosti. Někdy se objevují fatické poruchy – expresivní parafázie až afázie, sensorická a amnestická afázie a také gnostické a praktické poruchy. Výrazně se zmenšuje rozsah slovní zásoby, zhoršuje se komunikace s okolím. Pacienti mají obtíže i s aktivitami běžného denního života, jako např. s oblékáním. Postižení se často oblékají neadekvátně, zapomínají vypínat domácí spotřebiče, včetně plynových hořáků. Snižuje se péče o sebe sama, zaniká schopnost osobní hygieny. Objevuje se i inkontinence moči, především v noci. Časté jsou poruchy chování typu agitovanosti, někdy se zvyšuje afektivní labilita s afekty vzteku. Mohou se objevit i nesystematické bludy, poruchy vnímání. Pacienti přestávají být soběstační a potřebují dohled i pomoc druhé osoby. Velmi trpí obtížemi s komunikací: neschopnost porozumět řečenému a sám něco sdělit zvyšuje sociální izolaci, což často vede k projevům vzteku nebo smutku. Hodnoty MMSE se obvykle pohybují mezi 17-11 body (JIRÁK, 2013).

Těžká alzheimerovská demence

Dochází k dalšímu úpadku kognice. Nemocní již nepoznávají své nejbližší nebo zapomínají jejich jména. Jsou dezorientováni časem i místem, a to i ve svém velmi dobře známém prostředí – ve svém bytě hledají toaletu, své lůžko apod. Zhoršují se fatické poruchy, zpravidla se objevuje také agrafie a alexie. Často se již sami ani neobléknou, potřebují pomoc s výběrem a vrstvením oblečení, v nejtěžších stádiích potřebují pomoc s podáváním jídla a pití. Bývají inkontinentní, často plně inkontinentní (týká se moče i stolice). V pokročilých stádiích se objevují motorická postižení – sklon k pádům, apraxie chůze. Někteří pacienti se stávají imobilními, pak jsou ohroženi dekubity, hypostatickou pneumonií a dalšími komplikacemi vyplývajícími z imobility. Mohou se prohlubovat závažné poruchy chování, jako je agitovanost, vydávání neartikulovaných zvuků, ničení předmětů. Lidé v těžkém stádiu alzheimerovské demence jsou plně odkázáni na péči okolí – především rodiny nebo instituce. Hodnoty MMSE se zpravidla pohybují u těžkých demencí v rozmezí 10-6 bodů a u velmi těžkých demencí 5-0 bodů (JIRÁK, 2013).

Alzheimerova nemoc končí smrtí. Příčinou úmrtí pacientů jsou většinou interkurentní choroby typu hypostatické pneumonie, dekubitálních sepsí, vážných úrazů, které by si člověk netrpící Alzheimerovou nemocí nepřivodil, dehydratací apod. Pacienti trpící Alzheimerovou nemocí přežívají od výskytu prvních příznaků průměrně 7-15 (výjimečně až 20) let. V současnosti se vlivem zavádění nových léčebných a ošetrovatelských postupů a technik délka života zvolna prodlužuje. U familiárních forem Alzheimerovy nemoci naopak může dojít k rychlému, malignímu průběhu choroby, která končí za 3-5 let od prvních příznaků (JIRÁK, 2013).

1.4 Rizikové faktory Alzheimerovy nemoci

Primární příčina úbytku nervových buněk u Alzheimerovy nemoci zatím není zcela jasná. Epidemiologické studie však upozorňují na některé rizikové faktory, které mohou hrát roli při vzniku tohoto onemocnění. Jisté je, že Alzheimerova nemoc je způsobena kombinací více různých rizikových faktorů, které, pokud se kumulují a pak překročí určitou hranici, naruší přirozené samoregulační a opravné mechanismy mozku, čímž dojde k nástupu choroby.

K nejvýznamnějším faktorům patří zajisté **věk nemocného**. Nejčastější věk nástupu onemocnění je 65 až 74 let, přičemž pravděpodobnost vzniku Alzheimerovy nemoci se každých 5 let zhruba zdvojnásobuje.

Často diskutovaná je také role **genetických faktorů**. Většina případů Alzheimerovy nemoci (asi 95 %) nemá typický monogenní model dědičnosti, ale přesto zde hraje značnou úlohu jistá genetická predispozice zděděná od předků. Z tohoto hlediska lze klasické formy Alzheimerovy nemoci zařadit mezi tzv. multifaktoriální onemocnění – znamená to, že jde o chorobu s polygenním základem, v jejíž etiologii se kromě genetických faktorů významně uplatňují i vlivy vnějšího prostředí. Z genů hraje významnou roli varianta genu APOE (apolipoprotein E) označovaná jako APOE ε4, jejíž nosiči mají zvýšené riziko rozvoje Alzheimerovy nemoci. Zjednodušeně lze říci, že pozitivní rodinná anamnéza (tj. výskyt Alzheimerovy demence v rodině, zejména u blízkých příbuzných) zvyšuje u daného jedince riziko vzniku choroby až čtyřikrát, zejména jde o osobu ve věku nad 80 let. (GULAŠOVÁ, 2011), (ILIEV, 2010), (KRAMLOVÁ, 2013).

Rozvoj Alzheimerovy nemoci je typický také u všech pacientů s Downovým syndromem, kteří se dožijí věku 40 let a více. V tomto případě vznik onemocnění zřejmě souvisí s chromozomovou vadou – trizomií 21 (nadpočetným chromozomem 21), která je pro Downův syndrom charakteristická. (KOČÁREK, 2007)

Mezi další rizikové faktory pak řadíme opakované úrazy hlavy, kardiovaskulární onemocnění, cukrovku (zejména diabetes druhého typu), vysoký krevní tlak, vysoké hladiny cholesterolu, nezdravý životní styl, kouření cigaret a nízký stupeň vzdělání.

Studie také ukazují, že Alzheimerova nemoc postihuje častěji ženy než muže. Příčinou toho může být nejen změna hladiny estrogenů u žen po menopauze, ale také skutečnost, že se ženy dožívají v průměru vyššího věku než muži, takže zde hraje roli i riziko vztažené k věku. Mezi možné další rizikové faktory patří podle posledních, zatím nepotvrzených výzkumů i tzv. perinatální faktory – porodní váha, nitroděložní vývoj fetu, počet sourozenců, pořadí narození. Také faktory, které ovlivňují růst a vývoj mozku v raném dětství. Výsledky stále ještě probíhajících výzkumů naznačují, že ti jedinci, kteří mají větší lebku a delší nohy, mají v pozdním věku nižší prevalenci demence. Smrt rodičů v dětství je také spjata s vyšším rizikem výskytu Alzheimerovy nemoci (GULAŠOVÁ, 2011), (ZVĚŘOVÁ, 2017).

1.5 Diagnostika Alzheimerovy nemoci

Dosavadní postupy nám umožňují diagnostikovat pouze „pravděpodobnou Alzheimerovu nemoc“, jistou diagnózu může stanovit až patolog *post mortem*.

V posledních letech byla ustanovena moderní diagnostická kritéria, která diagnostiku Alzheimerovy demence výrazně zpřesňují. Jsou založena na prokázání základních markerů AN. K těmto kritériím náleží:

Zjištění poruchy epizodické paměti

- Změna koncentrací proteinů v mozkomíšním moku. U pacientů s Alzheimerovou nemocí nacházíme ve srovnání se zdravými, věkově odpovídajícími osobami nižší likvorový obsah beta-amyloidu a naopak vyšší obsah tau-proteinu, resp. fosforylovaného tau-proteinu.
- Již na začátku choroby lze metodou magnetické rezonance prokázat selektivní atrofii mediálních temporálních struktur – hippocampů, amygdal, parahippokampálních oblastí – zjišťováno. V současnosti jsou vypracovány volumetrické metody, přesně zjišťující (na obrazu z magnetické rezonance) objemy uvedených struktur.
- Při použití metody pozitronové emisní tomografie (PET) s aplikací radioaktivně značené fluorodeoxyglukózy je zjišťována snížená úroveň metabolismu v temporálních a parietálních lalocích (JIRÁK, 2013).

Makroskopické změny u Alzheimerovy nemoci

Míra korové atrofie vyjádřená nejvíce ve spánkové a temenní kůře, méně v ostatních korových oblastech, je kolísavá. Onemocnění s časným začátkem doprovází globální atrofie mozku. Onemocnění s pozdním začátkem charakterizuje zejména postižení parietotemporální. Nápadně širší bývá Sylviova rýha. V některých případech je dobře patrná atrofie hippocampu a amygdaly. Postižení ostatních částí mozku zpravidla nebývá nápadné. Korová atrofie je doprovázena rozšířením postranních komor (JIRÁK, 2013).

Mikroskopické změny u Alzheimerovy nemoci

Charakteristickými a diagnostickými změnami při Alzheimerově nemoci jsou Alzheimerovy změny neurofibril neboli neuronální klubka a amyloidové plaky společně s uloženinami beta-amyloidu.

Neuronální klubka (*tangles*) se dají prokázat stříbřením, specifičtěji protilátkami proti fosfoepitopům tau-proteinu, který je hlavní složkou těchto klubek. Tvar klubek je velmi rozmanitý, někdy připomínají plaménky, jindy tenisovou raketu nebo větévku. V obrazu elektronové mikroskopie jsou klubka tvořena 10 nm silnými vlákny tvořícími spirálu, která se každých 80 nm zaškrucuje. Mikroskopie atomárních sil prokazuje dvě otáčející se stuhy. Klubka se nejdříve objevují v amygdale, parahipokampálním závitě, poté v hippocampu a spánkové asociační kůře (ILIEV, 2010).

Amyloidové plaky jsou útvary velké několik desítek až stovek mikrometrů, obsahující dystrofické neurity a další složky spolu s amyloidovým beta-proteinem (JIRÁK, 2013).

Patogeneze vzniku Alzheimerovy nemoci není prozatím zcela objasněna. Dochází při ní jednak k úbytku neuronů, jednak ke snížení synaptické plasticity. Předpokládá se, že stěžejním mechanismem, který vede ke jmenovaným dějům, je tvorba a ukládání beta-amyloidu. Mikroskopicky jsou patrné extracelulární a intracelulární změny. V mozkové tkáni zemřelých nemocných nalézáme dva významné morfologické jevy: extracelulární amyloidní plaky (složené především z nerozpustného beta-amyloidu) a intraneuronální neurofibrilární klubka obsahující nerozpustný tau-protein (ZVĚŘOVÁ, 2017, str. 33).

1.6 Moderní vyšetřovací metody u Alzheimerovy nemoci

Diagnostika syndromu demence je proces, na kterém se významně podílí několik rovnocenných složek – pacientem a pečovatelem počínaje a lékařem, který shrne všechny výsledky a vysloví diagnózu, konče. Člověk trpící demencí si své problémy často neuvědomuje, s různou intenzitou je bagatelizuje, popř. si je vůbec nepřipouští. Je proto velmi důležitý popis příznaků další osobou – zejména rodinným příslušníkem nebo pečovatelem. Anamnestická data poskytují informace, z nichž jsou pro stanovení syndromu demence významné zprávy o úrazech hlavy, mozkových příhodách,

onemocněních srdce, cukrovce, léčených depresích a jiných psychických změnách. Kromě toho je také důležité zjistit, jaké léky pacient užíval, popř. užívá. Některá farmaka mohou zhoršovat paměť. Významným údajem v anamnéze je přítomnost demence u přímých příbuzných.

V rámci diagnostiky demence testujeme neurologicko-psychiatrické funkce, které jsou v těchto procesech narušené:

- paměť ve všech svých formách,
- schopnost řeči,
- tzv. vizuospeciální funkce a praxi – schopnost orientovat se v prostoru, schopnost obsluhovat televizi, mobilní telefon, domácí spotřebiče, schopnost naplánovat a vykonat smysluplnou aktivitu,
- poznávací funkce,
- tzv. frontální exekutivní (výkonné) funkce – plánování dokončení úkolu, zvládání zaměstnání,
- změny chování a osobnosti – agresivita nebo apatie.

Ke zjišťování úrovně jednotlivých složek poznávacích funkcí se používají testy, které s pacientem provádí psycholog, neurolog či psychiatr. Klinicky nejpoužívanějším testem ve světě je test **MMSE** (*Mini-Mental State Examination*), který testuje:

- orientaci osobou, místem i časem,
- zapamatování tří slov hned a po jisté latenci,
- počítání – odečítat od stovky sedmičku,
- poznávání – pojmenování předmětu,
- splnění úkolu,
- překreslení obrázku,
- opakování věty.

Dalšími častěji užívanými metodami jsou:

- **Wechslerova škála paměti** – poskytuje detailní informace o slovní i zrakové paměti, zvláště testuje okamžité i oddálené vybavení.

- **WAB** – testy řečových funkcí. Testuje spontánní řeč, pojmenování, opakování a porozumění. Ve druhé části jsou názorové testy, které hodnotí čtení, psaní, počítání.
- **Test řečové plynulosti** – pacient musí v určitém časovém intervalu vyjmenovat co nejvíce slov podle zadání (např. co nejvíce zvířat, slova začínající na stejné písmeno apod.). Hodnotí se pohotovost, iniciace, motivace, pracovní a slovní paměť.
- **Stroopův test** – vhodný k posouzení míry pozornosti, mentální pružnosti, psychomotorického tempa a adaptace na zátěž.
- **Zobrazovací metody**, zejména výpočetní tomografie (CT) a magnetická rezonance (MR) ukazují na morfologické odchylky – úbytek mozkové tkáně, změny prokrvení, přítomnost patologických útvarů.

Jednofotonová emisní tomografie (SPECT) a (pozitronová emisní tomografie) PET podávají informace o kvalitě mozkového metabolismu, mozkového krevního průtoku, přítomnosti a aktivitě přenašečů vzruchů (neurotransmiterů) v mozku.

Elektroencefalografie (EEG) upozorňuje na změnu mozkové aktivity ve smyslu zpomalení – difúzního či ložiskového, které může být významné pro organickou změnu typu demence (JIRÁK, 2009).

Diagnóza demence je založena na chování a jednání, a není tudíž možné ji jednoznačně stanovit výlučně pomocí CT, popř. magnetické rezonance, ani jiné laboratorní či přístrojové techniky. Přínos zobrazovacích metod spočívá především v tom, že mohou prokázat jinou organickou příčinu, např. mozkové nádory, tepenné výdutě, stav po cévní příhodě apod. Zobrazovací metody jsou dále významným nástrojem umožňujícím sledování pacientů se suspektní demencí (JIRÁK, 1998).

Přes velký pokrok ve vývoji nových laboratorních i zobrazovacích metod nejsou doposud známé dostatečně citlivé a selektivní testy, které by pomohly k včasné diagnostice Alzheimerovy nemoci. Stále zůstává hlavním diagnostickým nástrojem klinické pozorování, psychiatrické a neuropsychiatrické vyšetření spolu s vyhodnocením informací od blízkých pacienta (ZVĚŘOVÁ, 2017).

1.7 Terapie Alzheimerovy nemoci

Farmakoterapie

Dnes, kdy ještě neznáme komplexně etiologii Alzheimerovy nemoci, ji nedokážeme vyléčit. Můžeme pouze zmírňovat příznaky a oddalovat nástup těžkých stádií demence.

Základní farmakoterapeutické postupy spočívají v **ovlivnění neurotransmiterových systémů**. V současnosti existují dva možné způsoby tohoto typu léčby Alzheimerovy nemoci, které jsou založeny na důkazech. Jde o využití inhibitorů mozkových cholinesteráz a slabých kompetitivních inhibitorů glutamátergních ionotropních receptorů typu NMDA.

Acetylcholinergní systém, nezbytný pro mechanismy paměti, je postižen již v raných fázích Alzheimerovy nemoci. Je snížena tvorba i uvolnění acetylcholinu z nesynaptických zakončení. **Inhibitory mozkových cholinesteráz** – kognitiva – zlepšují acetylcholinergní přenos tím, že zablokují enzymy odbourávající acetylcholin. Používán je donepezil, galantamin a rivastigmin. Jak již bylo naznačeno, kognitiva Alzheimerovu nemoc nevyléčí, ale zpomalí její průběh a přechod do těžších stádií. Tato farmaka jsou kontraindikována u těžších srdečních převodních poruch a u aktivní gastroduodenální vředové choroby.

Použití slabých kompetitivních inhibitorů glutamátergních ionotropních receptorů typu NMDA je vhodné zejména v těžších stádiích Alzheimerovy nemoci, kdy je postižen glutamátergní systém. Dochází mimo jiné k excitotoxicitě – tj. k nadměrnému uvolňování glutamátu a také ke zpětnému vychytávání glutamátu v některých oblastech mozku, důležitých pro paměť. Proto se v těchto případech podává memantin, což je inhibitor ionotropního glutamátového NMDA (N-methyl-D-aspartátového) receptoru. (JIRÁK, 2013)

Alzheimerova nemoc stále ještě patří mezi nevyléčitelné choroby. Včasnou terapií lze však zpomalit jejich průběh a udržet pacienty v lehčích stádiích demence. Terapeutickým cílem je zmírňovat příznaky a oddálit těžké fáze onemocnění. V průběhu nemoci je nezbytná komedikace antipsychotiky, zejména v případě, kdy v klinickém obrazu převládají BPSD. Při léčbě Alzheimerovy nemoci se nesmí

zapomínat také na důslednou terapii všech přidružených onemocnění a rehabilitaci somatických funkcí. (ZVĚŘOVÁ, 2017)

Nefarmakologické postupy v léčbě Alzheimerovy nemoci

Cílem péče o pacienta s demencí je jeho spokojenost. Proto je nutné zajistit jemu pocit bezpečí a sociálně ho začlenit. Především jde o kompenzaci ztrát kognitivních funkcí a stimulaci k využívání stávajících schopností s cílem co nejdelšího uchování funkčních dovedností.

Existují psychoterapeutické směry, které vznikly přímo pro práci se seniory s demencí (reminiscenční terapie, validační terapie apod.) V každodenní praxi se nejvíce osvědčuje dodržování určitého denního režimu, kde se musí zapojit i tělesné aktivity – cvičení zaměřená na rovnováhu, posilování, tanec, chůzi apod. (JIRÁK, 2013).

Terapie zaměřená na orientaci v realitě

Vznikla na konci 50. let 20. století v USA jako jedna z prvních psychoterapeutických technik zaměřených na pacienty s demencí. Vychází z předpokladu, že opakovaným podáváním informací o objektivní realitě dochází i u pacientů i se středně těžkou demencí ke zlepšení orientace a sociální interakce, ke zlepšení sebeuvědomění a chování. Má dvě základní složky:

1. skupinová RO (*reality orientation*)

Provádí se v malých skupinkách (3-6 lidí) po dobu 30-60 minut 3x-5x týdně. Aktivity jsou zaměřené na kognitivní funkce. Pacientům se opakovaně podávají informace o čase, místě, situaci, povídáme si s nimi o aktuálních událostech, počasí apod. RO zahrnuje i různé hry a aktivity a senzorickou stimulaci (zrakovou, sluchovou, hmatovou, cvičení rovnováhy apod.). K dotváření sociální atmosféry se podává občerstvení.

2. 24hodinová RO

Každý, kdo přijde do kontaktu s pacientem, jej informuje o čase, místě, situaci. Součástí je přizpůsobené prostředí: nástěnné hodiny s velkým ciferníkem a arabskými číslicemi, kalendář s jasně viditelným datem, aktuální nástěnka s ročním obdobím a aktuálními událostmi, označení místností (WC, jídelna) a směrů k nim. Využívají se názorné pomůcky, klienta obklopují známé předměty z jeho života. Důležité je zachování pravidelného denního režimu.

RO lze použít i u pokročilé demence, při nichž se podává již jen základní informace jako je jméno pacienta, jméno pečujících. RO se doporučuje jako součást komplexního přístupu k pacientům s demencí (JIRÁK, 2013).

Reminiscenční terapie

Stala se oblíbenou technikou v péči o seniory s demencí v 80. letech 20. století. Tyto postupy zahrnují práci se vzpomínkami, povídání si o událostech, zkušenostech a aktivitách z minulosti (většinou z dětství a mládí). Reminiscenční terapie vychází ze skutečnosti, že i u osob s Alzheimerovou nemocí je do jisté míry zachovaná dlouhodobá paměť. Tato terapie se zaměřuje na pozitivní vzpomínky a snaží se vyhnout konfliktním tématům. Velmi oblíbená je práce s vlastním albem, kde jsou kromě fotografií uspořádané i dobové dokumenty nebo obrázky, o nichž si terapeut s pacientem vypráví. Některá zařízení pro seniory vytvářejí reminiscenční místnosti, kde jsou vystaveny dobové předměty, dobový nábytek a jiné věci, které mohou vyvolat emoční vzpomínky seniorů (JIRÁK, 2013).

Validační terapie

Je to metoda komunikace se seniory s demencí. Její principy vytvořila Naomi Feilová v USA v letech 1963 – 1980 v důsledku frustrace z používání terapie striktně zaměřené na orientaci v realitě a z jejího negativního vlivu na některé klienty s demencí. Teoretické podklady validační terapie vycházejí z humanistické, analytické a behaviorální psychologie. Základní myšlenkou je předpoklad, že člověk na konci života potřebuje vyřešit nedokončené problémy, aby mohl uzavřít svou minulost a v pokoji odejít. Nevyřešené problémy a potlačené emoce mohou působit na mozek toxicky a vést k poruše chování. Člověk s demencí má narušené intelektové schopnosti, přetrvává však emoční prožívání. Validační terapie znamená porozumění pocitům

a chování člověka, přijetí jeho tématu a práce s ním s cílem nikoliv korigovat jeho chování, ale vytvořit vstřícný vztah a pohodu v péči. Například tvrdí-li nemocný, že musí jít do práce, nevysvětlujeme mu, že už je dávno v důchodu, ale začneme s ním mluvit o jeho práci. Při komunikaci klademe důraz na neverbální techniky (oční kontakt, vlídný hlas, dotek, objetí, pohlazení), které by měly stimulovat příjemné zážitky, vést ke zklidnění nemocného. Pojem „validace“ lze v tomto kontextu přeložit jako potvrzení, stvrzení, z němčiny lze uvedený termín přeložit i jako „úcta k člověku“ (JIRÁK, 2013).

Nutriční terapie

Velkým problémem u Alzheimerovy nemoci je i progresivní rozvoj malnutrice, který se projevuje postupným poklesem tělesné hmotnosti, úbytkem tukové tkáně a ztrátou svalové hmoty. Malnutrice pak zhoršuje rehabilitaci, zvyšuje riziko infekčních komplikací, výskytu dekubitů a zpomaluje hojení.

Rozvoj malnutrice a pokles tělesné hmotnosti u Alzheimerovy nemoci může mít několik příčin:

- snížený příjem potravy v důsledku poklesu kognitivních funkcí,
- vzestup základního energetického výdeje,
- nejasné metabolické změny, částečně podobné nádorové kachexii,
- postižení metabolismu některých mikronutrientů.

U nemocných s Alzheimerovou nemocí bývá většinou chuť k jídlu poměrně dobrá, řada nemocných má dokonce značný apetit. Avšak navzdory skutečnosti, že perorální příjem je uspokojivý, dochází u mnoha pacientů ke ztrátám hmotnosti. Přestože názory odborníků na metabolické změny způsobující hubnutí pacientů s Alzheimerovou nemocí nejsou dosud jednotné, příjem energie nutný pro udržení tělesné hmotnosti je jednoznačně vyšší než u zdravé populace.

Jednou z možností, jak zabránit ztrátám tělesné hmotnosti, je dodávat mezi hlavními jídly vyváženou dietu s akcentem na proteiny a všechny nezbytné mikronutrienty. Celkové množství energie, cukrů, tuků a bílkovin potřebné k udržení nutričního stavu je možno zvyšovat zařazováním malých jídel mezi jídla hlavní. Přidavky by měly mít výraznou chuť a dobrý vzhled, aby byly pro nemocné lákavé. Studie provedené ve Fakultní nemocnici Brno prokázaly pozitivní vliv podávání

kompletních přípravků obsahujících všechny složky výživy ve vyrovnaném poměru (Nutridrink, Fresubin, Renutryl apod.). Nutriční podpora nemocných formou nutričních doplňků dokonce zpomalila postupné zhoršování mentálních funkcí. Výživu je možno doplnit o proteinové, popř. sacharidové moduly, které se přidávají do hotových jídel. Dále je možno přidávat do potravy i vitamínové doplňky – zejména vitamín C, vitamín E a vitamíny skupiny B.

Cílem realimentace a nutrice u Alzheimerovy nemoci je zpomalení mentální deteriorace, a tedy co nejdéle udržení dobré kvality života, nikoliv pouhé prodloužení života nemocného v jeho terminální fázi (LUKASOVÁ, 2014).

1.8 Péče o pacienty postižené Alzheimerovou nemocí

Pro Alzheimerovu nemoc je charakteristické progresivní odumírání nervových buněk v mozkové hemisféře. I když toto onemocnění má určité shodné projevy a rysy, každá postižená osoba je pociťuje individuálně a nemoc postupuje svým vlastním tempem (CALLONE, 2008).

Péče o pacienta s demencí se odvíjí od jednotlivých stádií progresu tohoto onemocnění. V první fázi bývají lidé prakticky soběstační a potřebují spíše podporu a radu, jsou konfrontováni s oznámením závažné diagnózy a rozhodují se o budoucnosti. V další fázi demence dochází k omezování soběstačnosti a k dezorientaci. Tito lidé již potřebují dohled a dopomoc v různých činnostech denního života, ale jejich život může při dobré péči zůstat ještě několik let nadále kvalitní. Ve fázi těžké demence a ve fázi terminální potřebují pacienti ošetřování a pomoc ve všech samoobslužných aktivitách, stávají se na péči plně závislí. Proto postižení v těchto fázích již vyžadují nepřetržitý 24hodinový dohled (LUKASOVÁ, 2014).

Většina péče se alespoň v raných fázích nemoci odehrává v rodinném prostředí a je zajišťována rodinnými příslušníky, kteří potřebují podporu a pomoc, aby mohli tuto důležitou roli vykonávat co nejdéle. Blízcí člověka s demencí jsou nemocí postiženi také, i když jinak než samotný pacient, a to v důsledku změn rodinných rolí a kompetencí, finanční náročnosti péče i následkem dalších problémů. Vzniká tak výrazná zátěž pečujících, kteří také potřebují podporu a pomoc profesionálního týmu odborníků (LUKASOVÁ, 2014).

Velká část příbuzných chce péči o svého blízkého zvládnout sama v domácím prostředí. Důležitou roli zde hrají informace o nemoci, o možnostech pomoci pečujícím osobám.

V České republice existuje od roku 1997 Česká alzheimerovská společnost (ČALS). Podnětem k jejímu vzniku byl pocit některých profesionálů i příbuzných pacientů, že problematice demence není u nás věnována dostatečná pozornost. ČALS je obecně prospěšná společnost, která poskytuje hlavně poradenství, vydává brožury a letáky určené zejména laické veřejnosti, pořádá školení a konference. Kromě této vzdělávací činnosti poskytuje ČALS také respitní péči. Jedná se o převzetí péče, resp. pohlídání pacienta trpícího demencí, o kterého pečují jeho rodinní příslušníci, po několik hodin či dnů v týdnu. Cílem této služby je poskytnout rodinným pečujícím především oddech a čas k načerpání sil (JIRÁK, 2009).

Péče o pacienta trpícího Alzheimerovou nemocí je velmi náročná, a čím déle trvá, tím větší nároky na pečujícího jsou kladeny. Důležité je zvážit, zda v pokročilejších fázích nemoci není vhodné vybrat pro svého blízkého zařízení, kde se věnují profesionální péči o lidi postižené demencí. V České republice jsou ze zákona o sociálních službách zřizovány domovy se zvláštním režimem, které jsou určeny především pro nemocné s těmito diagnózami a kde se o ně stará a odborně pečuje školený personál. Ani v této situaci se však rodinní příslušníci nemusí úplně vzdát opatrování svého blízkého a kontaktů s ním. Naopak úzká spolupráce domova s rodinou velmi přispívá ke zlepšení péče o pacienta a ke zkvalitnění jeho života.

2 SPECIFICKÁ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE DLE MODELU VIRGINIE HENDERSON

Pro zpracování ošetrovatelské péče byl vybrán koncepční model Virginie Henderson, protože základním cílem modelu je uspokojování potřeb klienta a udržení a zachování jeho soběstačnosti a nezávislosti. Jeho charakteristickým rysem je úcta, empatie, soucit a svoboda jedince. Ke klientce bylo přistupováno holistickým způsobem jako k nezávislé celistvé bytosti, tvořeným 4 složkami (bio-psycho-soc-spirituální), které jsou souhrnem 14 elementárních potřeb. Alzheimerova nemoc má progresivní charakter s postupnou degradací lidské osobnosti a ztrátou její soběstačnosti a samostatnosti. Poté přichází sestra a identifikuje rozsah nesoběstačnosti v oblasti 14 elementárních potřeb, při kterých potřebuje pomoc. Není-li to možné, provází ho na cestě ke klidné smrti (PAVLÍKOVÁ, 2006).

Obsah modelu:

1. *Normální dýchání.*
2. *Dostatečný příjem potravy a tekutin.*
3. *Vylučování.*
4. *Pohyb a udržování vhodné polohy.*
5. *Spánek a odpočinek.*
6. *Vhodné oblečení, oblékání a svlékání.*
7. *Udržování fyziologické tělesné teploty.*
8. *Udržování upravenosti a čistoty těl.*
9. *Odstraňování rizik z životního prostředí a zabraňování vzniku poškození sebe i druhých.*
10. *Komunikace s jinými osobami, vyjadřování emocí, potřeb, obav, názorů.*
11. *Vyznání vlastní víry.*
12. *Smysluplná práce.*
13. *Hry nebo účast na různých formách odpočinku a rekreace.*
14. *Učení, objevování nového, zvědavost, která vede k normálnímu vývoji a zdraví a využívání dostupných zdravotnických zařízení (PAVLÍKOVÁ, 2006, str. 46).*

Fáze poskytování základní ošetrovatelské péče

Podle V. Henderson poskytování základní ošetrovatelské péče probíhá ve třech fázích: (PAVLÍKOVÁ, 2006, s. 48).

1. **fáze:** sestra zjišťuje, ve kterých oblastech klient nemá dostatek sil, vůle, vědomostí, a následně plánuje a poté tento plán realizuje.
2. **fáze:** sestra poskytuje pomoc klientovi, která se projeví zlepšením zdraví a soběstačnosti. Poté vše zaznamená do plánu péče.
3. **fáze:** sestra se zabývá edukací klienta a jeho rodiny (PAVLÍKOVÁ, 2006).

1. Pomoc klientce s dýcháním

Klientka problémy s dýcháním neudává, jen při zvýšené aktivitě je patrný problém s dušností. Po ukončení aktivity se stav během chvílky upraví. Nyní je bez známek kašle, dýchání čisté bez vedlejších fenoménů.

2. Pomoc klientce při jídle a pití

Klientka je přiměřené výživy. Váha 65kg, výška 162cm, BMI – 24,77. Dieta č. 9 z důvodu DM II. typu na dietě. Chuť k jídlu je mírně zhoršená, je potřeba klientce se stravou pomáhat, případně klientce podávat stravu do úst. Dále je potřeba aktivně nabízet dostatek tekutin. Strava je podávána 5x denně, z důvodu diabetické diety je nutná kontrola dostatečného příjmu stravy a tekutin.

3. Pomoc klientce při vyměšování

Klientka je plně inkontinentní 3 st., na toaletu je schopna dojít s ošetřujícím personálem, ale není schopna vykonat potřebu. Nutná asistence a nutný dohled při hygienické péči, z důvodu, aby nedocházelo k opruzeninám v oblasti genitálu. Stolice je 1x za dva dny, potřeba sledovat a zapisovat frekvenci z důvodů možné obštipace.

4. Pomoc klientce při udržování tělesné polohy

Klientka se po DS pohybuje pomocí vysokého chodítka za pomoci ošetřujícího personálu. Její chůze je nestabilní, proto je nutná asistence. V lůžku si polohu upravuje klientka sama. Objevují se potíže v prostorové orientaci. V rámci bezpečí pohybu mimo

oddělení je nutný doprovod. Klientka má ráda procházky v zahradě se svými příbuznými.

5. Pomoc klientce při odpočinku a spánku

Klientka během dne pobývá ve společenské místnosti. Po obědě je většinou uložena k odpočinku. V noci trpí nespavostí a je často neklidná. Z tohoto důvodu byla naordinována lékařkou medikace, která se klientce podává, a ta do hodiny usíná.

6. Pomoc klientce s výběrem oděvu s oblékáním a svlékáním

Klientka se již není schopna sama obléci, při oblékání i svlékání je nutná asistence a pomoc. Klientka není schopna vrstvit oblečení na sebe. Vhodné je oblečení jednoduchého střihu, aby zbytečně nenastával problém se zapínáním.

7. Pomoc klientce při udržení tělesné teploty v normálních mezích

Klientka je bez zvýšené teploty. Prokrvení periferie je v normě. Při pocitu chladu nosí klientka svetr.

8. Pomoc klientce při udržení čistoty a upravenosti těla a při ochraně pokožky

Klientka není schopna si zajistit péči o svoji osobu. Po nasměrování je schopna si umýt s dopomocí pouze obličej a vyčistit horní protézu. Intimní partie jsou bez známek opruzenin. Celkovou koupel a mytí vlasů provádí personál 1x týdně. Nehty na ruce stříháme 1x týdně. Nehty na nohou stříhá a ošetřuje pedikérka.

9. Pomoc klientce s odstraněním rizik a zabránění vzniku poškození sebe i druhých

Pro klientku s Alzheimerovou nemocí je největší riziko ve zmatenosti, dezorientaci, zhoršení paměti a ve ztrátě prostorové orientace. Proto nutná častá kontrola přítomnosti na oddělení.

10. Pomoc klientce při komunikaci s ostatními při sledování jejich potřeb a pocitů

Klientka již není schopna komunikace s personálem i s ostatními klienty. Občas má sklony k agresivnímu chování. Velice dobře reaguje na svoji rodinu. Při aktivizační terapii má nejraději písničky, které si ráda brouká. Nezvládá procvičování paměti a nedokáže se soustředit. Při větším nátlaku má sklony k agresi.

11. Pomoc klientce při vyznání náboženské víry

Klientka je věřící a dříve chodila každou neděli do kostela. V DS se účastní mše svaté a při modlitbě se dokáže uklidnit. Do DS dochází katolický kněz 1x týdně a klientka na jeho návštěvy reaguje pozitivně.

12. Pomoc klientce při práci a produktivní činnosti

Klientka se aktivně nezapojuje do pracovní terapie, ale ráda je ve společnosti ostatních klientů v pobytové místnosti. Také se ráda dívá během dne na televizi.

13. Pomoc klientce s poskytováním odpočinkové a relaxačních činností

Klientka je spíše samotářská, ale na návštěvy rodiny se velmi těší, příbuzní s ní chodí na procházku do zahrady nebo mimo areál DS. Klientka je po návratu více komunikativní. Nutný dohled přítomnosti na oddělení. Po obědě odpočívá ve svém pokoji.

14. Pomoc klientce při učení

Klientka má středoškolské vzdělání, v současné době již nepracuje. V rámci pobytu v DS se ji snažíme začlenit do aktivizační skupinky. Klientka již není schopna aktivizaci sama navodit. Do cvičení se klientka zapojuje velmi zřídka, ale nelze klientku nutit, pokud sama nechce. Musíme být trpěliví, ohleduplní s empatickým přístupem.

3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U KLIENTKY S ALZHEIMEROVOU NEMOCÍ

Cílem práce bylo sestavení plánu dle ošetřovatelského modelu Virginie Henderson. Byla sestavena ošetřovatelská anamnéza a na základě zjištěných informací byly stanoveny ošetřovatelské diagnózy dle NANDA I taxonomie II 2015 – 2017. Byl vytvořen individuální ošetřovatelský plán, jehož součástí byl plán intervencí a nakonec zhodnocení poskytnuté ošetřovatelské péče.

Veškeré informace byly získány v rámci vlastního pozorování, rozhovorem s klientkou, s ošetřujícím personálem, od dcery klientky a dále zapojením do péče o klientku. Další zdravotní a sociální informace byly získány z lékařské, ošetřovatelské a sociální dokumentace, při příjmu klientky do DS. Veškeré informace byly použity se souhlasem klientky.

Klientka X. X. byla vybrána na pracovišti Domov pro seniory Nopova – domov se zvláštním režimem (dále jen DS). Klientka byla přijata do DS Nopova 26. 5. 2014 z důvodu stále se zhoršující paměti, kdy péči sama o sebe doma již nezvládá. Z tohoto důvodu bylo požádáno o poskytnutí sociální služby v DS Nopova pro snížení soběstačnosti, poruchy paměti, chování a orientace. U klientky byla potřeba celodenní specifická péče a dohled, aby neohrožovala svůj život a byl dodržován léčebný režim.

Klientka bydlela s manželem, ale již nebyla schopna se o rodinu postarat. Nebyla schopna vařit. K rodičům docházela dcera, ale nemohla se starat celodenně. Klientka celý den chodila po domě, ale nevěděla z jakého důvodu. Vše si zapisovala do deníčku a nakonec obviňovala všechny členy rodiny, že ji berou věci a peníze. Klientka ztratila schopnost se přiměřeně a vhodně oblékat. V domě nezvládala udržovat pořádek a čistotu, nebyla schopna zvládat základní hygienickou péči o svoji osobu. Strava byla zajišťována pečovatelskou službou, ale klientka již nezvládala stravu ohřát a umýt nádobí. Manžel tuto péči nebyl schopen poskytovat.

Klientka při nástupu do DS Nopova jevila známky zmatenosti, byla orientována osobou a částečně časem, místem orientovaná nebyla. Klientka byla adekvátně oblečená. Klientku do DS přivezla dcera, která se snažila mamince s adaptací na nové prostředí pomoci.

3.1 Základní údaje o klientce

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

Jméno a příjmení: XY

Pohlaví: žena

Datum narození: x. x. xxxx

Věk: 83 let

Vzdělání: střední s maturitou

Adresa: domov pro seniory, dříve žila v rodinném domku

Státní příslušnost: česká

Stav: vdaná

Povolání: starobní důchod, dříve pracovala jako geodet v KÚ BRNO

Datum přijetí: 26. 5. 2014

Typ přijetí: plánovaný

Důvod přijetí do DS:

Klientka přijata pro stále se zhoršující stav soběstačnosti a celkové zmatenosti. Klientka orientovaná osobou, částečně časem, místem orientována nebyla. Z důvodu zmatenosti byla nutná asistence a 24hodinová péče pro potenciální nebezpečí ohrožení svého zdraví, života a dodržení léčebného režimu.

Medicínská diagnóza hlavní

G309 - Alzheimerova nemoc NS

Medicínské diagnózy vedlejší: klientka má stanoveny vedlejší medicínské diagnózy

I10 - Esenciální (primární) hypertenze

I259 - Chronická ischemická choroba srdeční NS

R55 - Mdloba - synkopa a zhroucení - kolaps

N394 - Jiná určená inkontinence moči

E119 - DM II. typu nezávislý na inzulinu bez komplikací

Anamnéza

Anamnéza byla získána z lékařské, ošetrovatelské a sociální dokumentace, dále z rozhovoru s klientkou a rodinou při příjmu klientky do DS v den nástupu. Poslední aktualizace dne 15. 12. 2017.

Rodinná anamnéza

- Matka: zemřela na CMP v 84 letech.
- Otec: zemřel na karcinom plic v 72 letech.
- Dcera: 51 let - zdráva.

Osobní anamnéza

- Prodělané běžné dětské nemoci.
- Děti - 1 dcera.
- Hospitalizace a operace: Cholecystektomie 1999.
- Očkování: každý rok očkování proti chřipce již před nástupem klientky do DS.
- Nynější onemocnění: Alzheimerova nemoc, hypertenze, chronická ischemická choroba srdeční NS, mdloba, inkontinence, DM II. typu na dietě.

Alergologická anamnéza

- Klientka alergie neudává, v dostupných zdrojích nejsou údaje o alergiích.

Farmakologická anamnéza

- Nynější farmakologická léčba (viz tabulka 1) byla nastavena praktickým lékařem a psychiatrickým lékařem v DS 15. 12. 2017, chronická medikace je klientce připravována a podávána všeobecnými sestrami, sama toho není schopna.

Tabulka 1 Chronická medikace

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Indikační skupina
Memantin	tbl.	20 mg	1-0-0	Psychostimulancia
Mirtazapin	tbl.	15 mg	0-0-0,5	Antidepresiva
Promemore	tbl.	10 mg	0-0-1	Nootropní léčiva
Nolpaza	tbl.	40 mg	0-0-1	Antacida
Vasopirin	tbl.	100 mg	0-0-1	Antikoagulancia
Xyzal	tbl.	5 mg	1-0-1	Antihistaminika
Questax	tbl.	25mg	0-0-1	Antipsychotikum
Zaldiar	tbl.	37,5 mg	1-0-1	Analgetikum

Zdroj: (ošetřovatelská dokumentace klientky, 2017)

ABÚZY

- Alkohol: dříve bílé víno (při oslavě).
- Kouření: ne.
- Káva: ano, 2x denně.

- Jiné návykové látky: neužívá.

GYNEKOLOGICKÁ ANAMNÉZA

- Menarche: ve 13 letech, nepravidelný cyklus, nikdy neužívala hormonální antikoncepci.
- Porod: 1x v roce 1967 bez komplikací.
- Potraty: 1 v roce 1983.
- Menopauza: v 53 letech.
- Poslední gynekologická prohlídka: 6. 5. 2013.
- Samovyšetření prsou: neprovádí.

SOCIÁLNÍ ANAMNÉZA

- Stav: vdaná.
- Bytové podmínky: DS Brno, dvojlůžkový pokoj.
- Vztahy, role, interakce:
 - Vztahy s rodinou dobré - 1x za 14dní návštěva dcery.
 - Vztah se sestrou - navštěvuje 1x týdně.
 - Vztahy s klientkou na pokoji dobré.
 - Vztahy s pracovníky v přímé péči občas konfliktní vzhledem k základní diagnóze, ale jinak dobré.
- Volnočasové aktivity:
 - Klientka již není schopna žádné samostatné aktivity. Pouze ráda pobývá v pobytové místnosti s ostatními klienty.
 - Poslouchání muziky a sledování TV.

PRACOVNÍ ANAMNÉZA

- Vzdělání: střední s maturitou.
- Zaměstnání: nyní důchodkyně, dříve pracovala v katastrálním úřadu v Brně.
- Čas odchodu do důchodu, jakého: starobní důchod, neví od kdy.
- Vztahy na pracovišti: velmi dobré – klientku navštěvuje spolupracovnice v DS.
- Ekonomické podmínky: dobré.

SPIRITUÁLNÍ ANAMNÉZA

- Věřící, 1x za 14dní navštěvuje mši svatou, pořádanou v DS.

VITÁLNÍ FUNKCE

Tabulka 2 Vitální funkce

Při přijetí do DS 26. 5. 2014:	dne 15. 12. 2017:
TK: 125/85	TK: 110/65
P: 68/min	P: 66/min
D: 16/min	D: 17/min
TT: 36,2 °C	TT: 36,6 °C
Výška: 165 cm	Výška: 165 cm
Váha: 70 kg	Váha: 65 kg
BMI: 25,71	BMI: 24,77
Stav vědomí: plné vědomí	Stav vědomí: plné vědomí
Pohyblivost: neomezená	Pohyblivost: značně omezená
Řeč, jazyk: plynulá, srozumitelná	Řeč, jazyk: nesrozumitelná
Orientace místem - ne časem - ano osobou - ano	Orientace místem - ne časem - ne osobou - ne

Zdroj: (ošetřovatelská dokumentace a vlastní měření 2017)

FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ SESTROU

Fyzikální vyšetření bylo provedeno dne 15. 12. 2017 (viz tabulka 3). Klientka byla před vyšetřením poučena o vyšetření a o tom, co bude následovat. Klientka byla během vyšetření klidná a spolupracovala. Z důvodu zmatenosti jen nechápala důvod vyšetření. Po ukončení vyšetření byla klientka bez známek neklidu.

Tabulka 3 Fyzikální vyšetření ze dne 15. 12. 2017

Hlava	Hlava normocefalická, bez zjevných deformit, na poklep nebolestivé. Držení hlavy s mírným předklonem.
Oči	Oči ve středním postavení, oční štěrby symetrické, spojivky prokrvené, zornice izokorické. Volně pohyblivé všemi směry.
Uši, nos	Uši i nos bez sekrece.
Rty	Růžové, hladké bez známek defektu, suché.
Dásně, sliznice	Dásně i sliznice bez povlaku a krvácivých projevů. Růžové. Bez poruchy polykání.
Jazyk	Plazí středem, povrch vlhký, růžový.
Tonzily	Nezvětšené, růžové, hladké bez známek zánětu.
Chrup	Vlastní chrup – sanován. Zubní náhrada snímatelná.
Krk	Štítná žláza a lymfatické uzliny nezvětšené. Krční žíly nezvětšené, pulzující symetrické karotidy Krční páteř pohyblivá, palpačně bolestivá. Mírný předklon hlavy.
Hrudník	Hrudník bez deformit, pohybuje se souměrně, poklep jasný, dýchání bez projevů dušnosti.
Plíce	Dýchání spontánní, poslechově čisté, sklípkové. Saturace v normě 97% až 99%. Poklep plný, jasný. Frekvence 16/ min.
Srdce	Akce srdeční pravidelná, frekvence 72/ min. ozvy ohraničené
Břicho	Břicho na pohmat nebolestivé, měkké, peristaltika slyšitelná.
Játra	Nezvětšená, nepřesahují pravý lalok žeberní.
Slezina	Nehmatná.
Genitál	Bez výtoků a zduření. Inkontinence 3. stupně.
Páteř	Fyziologicky zakřivená.
Klouby	Snížená hybnost kloubů vzhledem k věku.
Reflexy	Zpomalené.
Kůže	Kožní turgor snížený, kůže bez ikteru, bez defektů a otoků Periferní pulzace hmatné. Varixy nepřítomny.

Zdroj: (vlastní měření 2017)

UTŘÍDĚNÍ INFORMACÍ DLE DOMÉN NANDA I taxonomie II dne 15. 12. 2017

Tabulka 4 Aktuální ošetřovatelské diagnózy ke dni 15. 12. 2017

<p>DOMÉNA: 1. Podpora zdraví Uvědomování si zdraví Management zdraví</p>	<p>Posouzení: Klientka se již není schopna sama obléci, při oblékání i svlékání je nutná asistence a pomoc. Klientka není schopna vrstvit oblečení na sebe. Vhodné je oblečení jednoduchého střihu, aby zbytečně nenastával problém se zapínáním. Dynamický stav nestálé rovnováhy, jenž ovlivňuje starší jedince, kteří zažívají zhoršování jedné nebo více oblastí zdraví (fyzické, funkční, psychologické či sociální).</p> <p>Ošetřovatelský problém:</p> <p>Tř. 2 - 00257 syndrom křehkosti ve stáří</p> <p>Použitá měřicí technika: rozhovor s klientkou Priorita: vysoká</p>
<p>DOMÉNA: 2. Výživa Příjem potravy Trávení Vstřebávání Metabolizmus Hydratace</p>	<p>Posouzení: Chuť k jídlu zhoršená, klientce je potřeba pomoci s podáváním stravy. Dále je potřeba aktivně nabízet dostatek tekutin. Kontrola příjmu stravy a tekutin.</p> <p>Ošetřovatelský problém:</p> <p>Tř. 2 - 00002 Nevyvážená výživa Tř. 4 - 00179 Riziko nestabilní glykemie Tř. 5 - 00028 Riziko sníženého objemu tekutin</p> <p>Použitá měřicí technika: BMI Index, příjem a výdej tekutin Priorita: střední</p>
<p>DOMÉNA: 3. Vylučování a výměna Funkce močového systému Funkce gastrointestinálního systému Funkce kožního systému Funkce dýchacího systému</p>	<p>Posouzení: Klientka je plně inkontinentní 3 st. Na toaletu je schopna dojít, ale není schopna vykonat potřebu. Nutná asistence a nutný dohled při hygienické péči, z důvodu, aby nedocházelo k opruzeninám v oblasti genitálu. Stolice je 1x za dva dny, potřeba sledovat a zapisovat frekvenci z důvodů možné obstipace.</p> <p>Ošetřovatelský problém:</p> <p>Tř. 1 - 00018 reflexní inkontinence moči Tř. 2 - 00015 Riziko zácpy</p> <p>Použitá měřicí technika: příjem a výdej tekutin Priorita: střední</p>
<p>DOMÉNA: 4. Aktivita – odpočinek Spánek, odpočinek Aktivita, cvičení</p>	<p>Posouzení: Klientka v noci trpí nespavostí a je často neklidná. Z tohoto důvodu byla naordinována lékařkou medikace, která se klientce podává a ta do hodiny usíná. Klientka se již není schopna sama obléci, při oblékání i svlékání</p>

<p>Rovnováha energie Kardiovaskulární- pulmonální reakce Sebepéče</p>	<p>je nutná asistence a pomoc. Klientka není schopna vrstvit oblečení na sebe. Vhodné je oblečení jednoduchého střihu, aby zbytečně nenastával problém se zapínáním.</p> <p>Ošetřovatelský problém:</p> <p>Tř. 1 - 00198 Narušený vzorec spánku Tř. 2 - 00085 Zhoršená tělesná pohyblivost Tř. 2 - 00088 Zhoršená chůze Tř. 5 - 00108 Deficit sebepéče při koupání Tř. 5 - 00109 Deficit sebepéče při oblékání Tř. 5 - 00102 Deficit sebepéče při stravování Tř. 5 - 00110 Deficit sebepéče při vyprazdňování</p> <p>Použitá měřící technika: zhodnocení rizika pádu u klientky, Barthelové test soběstačnosti Priorita: vysoká</p>
<p>DOMÉNA: 5. Vnímání – poznávání Pozornost Orientace Kognice Komunikace</p>	<p>Posouzení: Klientka má středoškolské vzdělání, v současné době již nepracuje. V rámci pobytu v DS se snažíme začlenit do aktivizační skupinky. Klientka se do aktivizace již sama nezapojuje. Do cvičení se klientka zapojuje velmi zřídka, ale nelze klientku nutit, pokud sama nechce. Musíme být trpěliví, ohleduplní s empatickým přístupem.</p> <p>Nezvratná dlouho trvající nebo progresivní deteriorace intelektu. Snížená schopnost interpretovat podněty z okolí. Porucha paměti, orientace a chování. Snížená, zpožděná či neexistující schopnost přijímat, zpracovat či komunikovat.</p> <p>Ošetřovatelský problém:</p> <p>Tř. 4 - 00129 Chronická zmatenost Tř. 5 - 00051 Zhoršená verbální komunikace</p> <p>Použitá měřící technika: rozhovor s klientkou, MMSE test Priorita: vysoká</p>
<p>DOMÉNA: 6. Vnímání sebe sama Sebepojetí Sebeúcta Obraz těla</p>	<p>Posouzení: Nedostatečná kvalita sociální interakce z důvodu neochoty se zapojit do aktivizace. Klientka již není schopna komunikace s personálem i s ostatními klienty. Občas má sklony k agresivnímu chování. Velice dobře reaguje na svoji rodinu. Při aktivizační terapii má nejraději písničky, které si ráda brouká. Nezvládá procvičování paměti a nedokáže se soustředit. Při větším nátlaku má sklony k agresi.</p> <p>Ošetřovatelský problém:</p> <p>Tř. 3 - 00052 Zhoršená sociální interakce</p>

	<p>Použitá měřicí technika: rozhovor s klientkou, MMSE test</p> <p>Priorita: střední</p>
<p>DOMÉNA: 7. Vztahy Role pečovatелů Rodinné vztahy Plnění rolí</p>	<p>Posouzení: Klientka je spíše samotářská, ale na návštěvy rodiny se velmi těší, příbuzní s ní chodí na procházku do zahrady nebo mimo areál DS. Klientka je po návratu více komunikativní. Nutný je dohled přítomnosti na oddělení. Po obědě odpočívá na svém pokoji.</p> <p>Ošetřovatelský problém: Nebyl zjištěn ošetřovatelský problém.</p> <p>Použitá měřicí technika: rozhovor s klientkou</p> <p>Priorita: 0</p>
<p>DOMÉNA: 8. Sexualita Sexuální funkce Reprodukce</p>	<p>Posouzení:</p> <p>Ošetřovatelský problém: Nebyl zjištěn ošetřovatelský problém.</p> <p>Použitá měřicí technika: rozhovor s klientkou</p> <p>Priorita: 0</p>
<p>DOMÉNA: 9. Zvládání/ tolerance zátěže Posttraumatické reakce Reakce na zvládání zátěže Neurobehaviorální stres</p>	<p>Posouzení:</p> <p>Ošetřovatelský problém: Nebyl zjištěn ošetřovatelský problém.</p> <p>Použitá měřicí technika: rozhovor s klientkou</p> <p>Priorita: 0</p>
<p>DOMÉNA: 10. Životní principy Hodnoty Přesvědčení</p>	<p>Posouzení: Klientka je věřící a dříve chodila každou neděli do kostela. V DS se účastní mše svaté a při modlitbě se dokáže uklidnit. Do DS dochází katolický kněz 1x týdně a klientka na jeho návštěvy reaguje pozitivně,</p> <p>Ošetřovatelský problém: Nebyl zjištěn ošetřovatelský problém.</p> <p>Použitá měřicí technika: rozhovor s klientkou a rodinou</p> <p>Priorita: 0</p>
<p>DOMÉNA: 11. Bezpečnost – ochrana Infekce Fyzické poškození Násilí Environmentální rizika Obranné procesy Termoregulace</p>	<p>Posouzení: Klientka se po DS pohybuje pomocí vysokého chodítka za pomoci ošetřujícího personálu. Její chůze je nestabilní, proto nutná asistence. V lůžku si polohu upravuje klientka sama. Objevují se potíže v prostorové orientaci. V rámci bezpečí pohybu mimo oddělení je nutný doprovod.</p> <p>Klientka má ráda procházky v zahradě se svými příbuznými. Náchylnost k pádům, které mohou způsobit fyzickou újmu, což může ohrozit zdraví.</p> <p>Pro klientku s Alzheimerovou nemocí je největší riziko ve zmatenosti, dezorientace, zhoršení paměti a ve ztrátě prostorové orientaci. Proto nutná častá kontrola přítomnosti na oddělení.</p>

	<p>Ošetrovatelský problém:</p> <p>Tř. 2 - 00155 Riziko pádu Tř. 2 - 00247 Riziko poškození sliznice ústní</p> <p>Použitá měřicí technika: rozhovor s klientkou, zhodnocení rizika pádu u klientky Priorita: střední</p>
<p>DOMÉNA: 12. Komfort Tělesný komfort Komfort prostředí Sociální komfort</p>	<p>Posouzení: Klientka během dne pobývá ve společenské místnosti. Po obědě je většinou uložena k odpočinku. V noci trpí nespavostí a je často neklidná. Z tohoto důvodu byla naordinována lékářkou medikace, která se klientce podává, a ta do hodiny usíná. Nepříjemný smyslový a emoční zážitek vycházející z akutního poškození tkáně od mírné po silnou bolest.</p> <p>Ošetrovatelský problém:</p> <p>Tř. 1 - 00132 Akutní bolest</p> <p>Použitá měřicí technika: rozhovor s klientkou, měřicí obličejová škála bolesti Priorita: vysoká</p>
<p>DOMÉNA: 13. Růst, vývoj Růst Vývoj</p>	<p>Posouzení:</p> <p>Ošetrovatelský problém: Nebyl zjištěn ošetrovatelský problém.</p> <p>Použitá měřicí technika: rozhovor s klientkou Priorita: 0</p>

Zdroj: (vlastní sestavení 2017 dle NANDA INTERNATIONAL, 2015)

SITUAČNÍ ANALÝZA

Situační analýza ke dni 15. 12. 2017

Klientka 83letá X. Y. přijata 26. 5. 2014 do DS pro nezvládnání péče o sebe a svou rodinu.

Nyní klientka již dlouhodobě žije v DS. Klientka s Alzheimerovou nemocí při vědomí s projevy zmatenosti. V dnešní době již není orientována osobou, místem ani časem. U klientky dochází k progresi Alzheimerovy nemoci těžkého stupně. Dnes 15. 12. 2017 byly klientce naměřeny fyziologické funkce: TK: 110/70, P: 76/min., D: 16/min., saturace krve kyslíkem 98%, TT: 36,8°C. Klientka afebrilní, bez dušnosti,

oběhově i tlakově stabilní. Spolupracuje, i když má občas sklony k agresivnímu chování vzhledem k základnímu onemocnění. Není schopna odpovídat adekvátně a srozumitelně na otázku. Chůze je schopna pouze ve vysokém chodítku a v doprovodu ošetřujícího personálu. Klientka nespolupracuje, cítí se unaveně, veškerou péči o klientku musí provádět všeobecná sestra.

Klientka nezvládá péči o sebe. Ve všech denních činnostech potřebuje pomoc ošetřujícího personálu.

Dle hodnotících škál má klientka:

- Mini - Mental State Examination (MMSE) 4 body – těžká demence.
- Bartelové test 15 bodů – vysoká závislost.
- MNA 8 bodů - riziko podvýživy.
- Riziko pádu 19 bodů – značné riziko pádu.
- Bolest dle škály vyjádření obličeje – intenzivní 5/5.

STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ

Ošetřovatelské diagnózy byly stanoveny dle NANDA INTERNATIONAL, 2015. *Ošetřovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2015-2017.* Byl vytvořen individuální ošetřovatelský plán. U vybraných ošetřovatelských diagnóz byl stanoven ošetřovatelský cíl a plán ošetřovatelských intervencí. Hlavním cílem ošetřovatelství bylo udržet klientku maximálně soběstačnou, nezávislou. V závěru bylo vyhodnoceno splnění či nesplnění ošetřovatelského cíle (NANDA INTERNATIONAL, 2015).

Ošetřovatelské diagnózy byly stanoveny dne 15. 12. 2017, v době, kdy klientka pobývala v DS více než 3 roky. Realizace byla prováděná po dobu jednoho týdne, kdy autorka této práce vykonávala praxi v DS. Péče o klientku byla realizována od 15. 12. 2017 do 22. 12. 2017. Hodnocení probíhalo po týdnu, tj. 22. 12. 2017. Ošetřovatelské diagnózy byly uspořádány dle priorit a byly rozděleny na aktuální a potenciální ošetřovatelské diagnózy. Dále byly rozpracovány první dvě aktuální a jedna potenciální ošetřovatelská diagnóza.

Aktuální ošetrovatelské diagnózy seřazeny dle priorit:

00129 Chronická zmatenost

UZ (určující znak): změna osobnosti, chronická kognitivní porucha

SF (související faktor): Alzheimerova nemoc, poškození mozku

00132 Akutní bolest

UZ: výraz bolesti v obličeji, důkazy o bolesti zaznamenané pomocí škály bolesti

SF: pohmoždění, poškození svalu nebo skeletu, únava

00257 Syndrom křehkosti ve stáří

UZ: intolerance aktivity, zhoršená paměť, únava

SF: chronické onemocnění, psychiatrická porucha

00108 Deficit sebedpěče při koupání

UZ: zhoršená schopnost umýt si tělo, osušit tělo

SF: poruchy percepce, alterace kognitivních funkcí

00109 Deficit sebedpěče při oblékání

UZ: zhoršená schopnost obléci nebo svléknout oděv

SF: poruchy percepce, alterace kognitivních funkcí

00102 Deficit sebedpěče při stravování

UZ: zhoršená schopnost přijímat jídlo, manipulovat s jídlem

SF: poruchy percepce, alterace kognitivních funkcí

00002 Nevyvážená výživa

UZ: příjem živin nepostačuje k uspokojení potřeb metabolismu

SF: neschopnost přijmout dostatečně pestrou potravu, psychogenní faktory

00110 Deficit sebedpěče při vyprazdňování

UZ: zhoršená schopnost manipulovat s oblečením za účelem vyprazdňování

SF: poruchy percepce, alterace kognitivních funkcí

00085 Zhoršená tělesná pohyblivost

UZ: omezený rozsah pohybu, posturální nestabilita

SF: poruchy percepce, alterace kognitivních funkcí

00088 Zhoršená chůze

UZ: zhoršená schopnost zdolávat schody, nerovný povrch

SF: poruchy percepce, alterace kognitivních funkcí, zhoršená rovnováha

00051 Zhoršená verbální komunikace

UZ: potíže s vyjadřováním, s tvorbou slov, verbálně vyjádřit myšlenky

SF: změny percepce, psychotické poruchy

00198 Narušený vzorec spánku

UZ: změna normálního vzorce spánku

SF: okolní bariery, dlouhodobý diskomfort

00018 reflexní inkontinence moči

UZ: neschopnost vědomě zahájit nebo ukončit močení

SF: poruchy percepce, alterace kognitivních funkce

Potenciální ošetřovatelské diagnózy:

00179 Riziko nestabilní glykemie

RF (rizikové faktory): nedodržení diety

00028 Riziko sníženého objemu tekutin

RF: nedostatečný přísun tekutin, nedostatečný pocit žízně

00015 Riziko zácpy

RF: dehydratace, farmaka, zmatenost

00155 Riziko pádu

RF: farmaka, zhoršená mobilita, ortostatická hypotenze

00247 Riziko poškození sliznice ústní

RF: alterace kognitivních funkcí, nedostatečná ústní hygiena

00052 Zhoršená sociální interakce

RF: narušení společenského fungování

Z těchto stanovených ošetřovatelských diagnóz jsem vypracovala 2 aktuální a 1 potenciální ošetřovatelskou diagnózu.

OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA 1

Chronická zmatenost (00129)

Doména 5: Percepce/ kognice

Třída 4: Kognice

Definice: *Nezvratná dlouhotrvající nebo progresivní deteriorace intelektu a osobnosti charakterizovaná sníženou schopností interpretovat podněty z okolí a sníženou kapacitou myšlenkových procesů, což se projevuje poruchami paměti, orientace a chování (NANDA INTERNATIONAL, 2015, s. 227).*

Určující znaky:

- změna reakce na podněty
- chronická kognitivní porucha
- organická porucha mozku
- pozměněná interpretace

Související faktory:

- Alzheimerova nemoc

Krátkodobý cíl: Klientka se bude orientovat ve svém pokoji a nebude jevit známky úzkosti. Zapojuje se a orientuje se ve svém pokoji a v pobytové místnosti – do 7 dnů.

Dlouhodobý cíl: Klientka se aktivně zapojuje do péče o svoji osobu. V rámci oddělení se cítí být v bezpečí – po dobu pobytu.

Priorita: střední

Očekávané výsledky:

- Klientka poznává známé prostředí, kde má své osobní věci – do 7 dnů.
- Klientka nejeví známky úzkosti. Reaguje na personál pozitivně – do 7 dnů.
- Klientka se zapojuje do péče o sebe – do 7 dnů.
- Rodina klientky chápe projevy zmatenosti – průběžně se zapojuje.

Plán intervencí:

- Komunikuj s klientkou v jednoduchých větách – všeobecná sestra, pracovník přímé péče – několikrát denně.

- Kontroluj, zda ti klientka porozuměla – všeobecná sestra – několikrát denně.
- Snaž se udržet orientaci v realitě – všeobecná sestra, pracovník přímé péče – průběžně několikrát denně.
- Zapoj klientku do péče o svou osobu – všeobecná sestra, pracovník přímé péče – několikrát denně.
- Snaž se zapojit rodinu do komunikace s klientkou – všeobecná sestra – 1x týdně.
- Zapoj klientku do aktivizační terapie – všeobecná sestra, aktivizační pracovník – denně.
- Zapoj klientku do trénování paměti – všeobecná sestra, pracovník přímé péče – denně.
- Podej léky klientce dle ordinace lékaře – všeobecná sestra – několikrát denně.
- Pečlivě vše zaznamenávej do zdravotní dokumentace – všeobecná sestra – průběžně.
- Edukuj rodinu o zavedené terapii a komunikaci – všeobecná sestra – průběžně.

Realizace 15. – 20. 12. 2017:

- Pravidelně jsem se snažila klientce pomoci se orientovat na oddělení – několikrát denně.
- Klientka v rámci aktivizace byla postupně zapojována do trénování paměti – průběžně během dne.
- Snažila jsem se klientku zapojit do péče o svoji osobu – několikrát denně.
- Při klidném slovním hovoru se u klientky neobjevovaly sklony k agresi – průběžně.
- Při muzikoterapii se klientka zapojila i zpěvem a nejevila známky neklidu – denně.
- Při realizaci jsem se snažila vyhovět přání klientky při maximálním zachování její intimity a soukromí – během dne.
- Pravidelně jsem se snažila dbát na bezpečnost klientky – během dne.
- Všechny úkony byly zaznamenány do zdravotní dokumentace – průběžně.

Hodnocení:

Klientka se více snaží zapojit do péče o sebe. S malou slovní dopomocí je schopna si umýt oči a zuby. Dopomoc potřebuje s hygienickou péčí, nezvládá výměnu

inkontinenčních pomůcek, při zachování její důstojnosti a intimity nemá projevy agrese. Klientka více spolupracuje, když je jí péče vysvětlena a ponechán dostatek času na prováděnou hygienu. Je potřeba dostatek komunikace ke zklidnění klientky, kdy klientce jsou veškeré pomůcky připraveny do její blízkosti na umyvadlo. Krátkodobý cíl se podařilo splnit. Klientka při komunikaci více naslouchá a nemá stavy zmatenosti. Dlouhodobý cíl nelze hodnotit, zatím se daří plnit, ale vzhledem k progresi Alzheimerovy nemoci je tento stav jen dočasný. Klientka za nějaký časový úsek již nebude schopna se o sebe postarat a její zmatenost se bude prohlubovat.

OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA 2

Akutní bolest (00132)

Doména 12: Komfort

Třída 1: Tělesný komfort

Definice: Nepříjemný smyslový a emoční zážitek vycházející z aktuálního nebo potenciálního poškození tkáně či popsany pomocí termínu pro takové poškození (Mezinárodní asociace pro studium bolesti); náhlý nebo pomalý nástup libovolné intenzity od mírné až po silnou, s očekávaným či předvídaným koncem (NANDA INTERNATIONAL, 2015, s. 404).

Určující znaky:

- slovní vyjádření bolesti
- bolest
- expresivní chování
- výraz bolesti v obličeji

Související faktory:

- fyzikální původci zranění

Krátkodobý cíl: Klientka nejeví známky bolesti a dojde ke zmírnění či odstranění bolesti. Na škále vyjádření obličeje z intenzity 5/5 na intenzitu 3/5 – do 72 hodin.

Dlouhodobý cíl: Klientka je bez známek bolesti na škále vyjádření obličeje 1/5 - do 14dnů.

Priorita: vysoká

Očekávané výsledky:

- U klientky nejsou známky bolesti.
- Klientka určí intenzitu bolesti.
- Klientka v lůžku vyhledá sama úlevovou polohu.

Plán intervencí:

- Sleduj klientku a zaznamenávej projevy a lokalizace bolesti – všeobecná sestra – průběžně během dne.
- Podej léky klientce dle ordinace lékaře – všeobecná sestra – dle rozpisu.
- Sleduj účinky po podání medikace dle ordinace lékaře a zapiš do zdravotnické dokumentace – všeobecná sestra – po podání analgetik.
- Sleduj neverbální projevy klientky při bolesti – všeobecná sestra – průběžně.
- Monitoruj chování klientky a její změny zaznamenej do ošetrovatelské dokumentace – všeobecná sestra – vždy.
- Vždy pečlivě vše zaznamenej do zdravotní dokumentace – všeobecná sestra – průběžně.

Realizace 15. – 20. 12. 2017

- Podala jsem analgetika dle ordinace lékaře – dle rozpisu.
- Sledovala jsem efekt podaných analgetik – průběžně.
- Prováděla jsem monitoraci intenzity bolesti – průběžně.
- U klientky jsem sledovala neverbální projevy bolesti a změny fyziologických funkcí – během dne.
- Klientce jsem pomáhala najít úlevovou polohu v lůžku – v případě potřeby.
- Všechny úkony jsem zaznamenávala do zdravotní dokumentace – průběžně.

Hodnocení:

Klientka po podání analgetik pocítila do hodiny úlevu. Její neverbální projevy bolesti se zmírnily. Klientka dodržovala léčebný režim a více se zapojovala do dění na oddělení. Akutní bolest se podařilo snížit z intenzity škály z 5/5 na 3/5. Krátkodobý cíl se podařilo splnit. Dlouhodobý cíl se bude dále naplňovat a bude se pokračovat v zavedené medikaci.

POTENCIÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA 1

Riziko sníženého objemu tekutin v organismu (00028)

Doména 2: Výživa

Třída 5: Hydratace

Definice: Náchylnost ke snížení objemu intravaskulárních, intersticiálních nebo intracelulárních tekutin, které může vést k oslabení zdraví (NANDA INTERNATIONAL, 2015, s. 154).

Rizikové faktory:

- Alzheimerova nemoc
- klientka nemá pocit žízně

Krátkodobý cíl: Klientka nemá známky dehydratace, a je schopna vypít 1,5 až 2 litry tekutiny – do 48 hodin.

Dlouhodobý cíl: U klientky nedochází k dehydrataci, její příjem tekutin je 1,5 až 2 litry denně – po celou dobu pobytu DS.

Priorita: střední

Očekávané výsledky:

- Klientka má příjem a výdej tekutin v normě – do 48 hodin.
- Klientka nemá suché rty a sliznice – 24 hodin a dále.

- Klientka má přiměřený kožní turgor – do 48 hodin.

Plán intervencí:

- Podávej dostatek tekutin klientce a tekutiny vždy na dosah – všeobecná sestra, pracovník přímé péče – à 2 hodiny.
- Podej léky klientce dle ordinace lékaře – všeobecná sestra – dle rozpisu.
- Dbej na dostatek a výběr tekutin na pokoji a oddělení – všeobecná sestra, pracovník přímé péče – à 2 hodiny.
- Sleduj kožní turgor a projevy dehydratace – všeobecná sestra – denně.
- Aktivně nabízej tekutiny klientce a dohlédni, aby vše vypila – všeobecná sestra, pracovník přímé péče – à 2 hodiny.
- Sleduj známky zmatenosti a dehydratace – všeobecná sestra – denně.
- Pečuj denně o dutinu ústní - všeobecná sestra – 2x denně.
- Sleduj příjem a výdej tekutin – všeobecná setra – denně.

Realizace 15. – 20. 12. 2017

- Klientce jsme od rána aktivně nabízeli dostatek tekutin – všeobecná sestra, pracovník přímé péče – 0,2 litru à hodinu.
- Sledujeme, zda klientka vše vypila, snažíme se o přátelskou atmosféru, při pocitu nátlaku klientka tekutiny odmítá – všeobecná sestra, pracovník přímé péče – průběžně.
- Klientka tekutiny přijímá, pokud se s ní zastavíme a povídáme si. Pak necítí nátlak a v klidu tekutiny vypije – všeobecná sestra, pracovník přímé péče – během dne.
- Sledujeme příjem tekutin 24hodin – všeobecná sestra, pracovník přímé péče – zapisujeme průběžně.
- Sledujeme výdej tekutin za 24hodin – všeobecná sestra, pracovník přímé péče – pomocí indikace na inkontinentních pomůckách.
- Sledujeme psychický stav klientky během hovoru – všeobecná sestra, pracovník přímé péče – během dne.
- Při pravidelném přijímání tekutin má klientka již během dne kožní turgor v normě.

Hodnocení:

Klientka má kožní turgor v normě a při pravidelném aktivním nabízení tekutin se u klientky nevyskytují těžké stavy zmatenosti. Rodina se také aktivně zapojuje a přináší klientce různé druhy tekutin, aby byla klientka dostatečně hydratována. U klientů s Alzheimerovou nemocí se nejvíce projeví dehydratace těžkou zmateností až sklony k agresi. Klientka je během dne usměvavá a v dobré psychické pohodě. Klientka se byla sama schopna večer napít jen s malou asistencí pracovníka přímé péče. Klientka je schopna s pomocí pečovat o dutinu ústní. Nutná je stálá kontrola prováděných činností. U klientky nejsou projevy dehydratace a sníženého kožního turgoru. Krátkodobý plán byl splněn. Dlouhodobý plán bude nadále naplňován, aby u klientky nenastalo riziko dehydratace.

Celkové zhodnocení péče:

U 83leté klientky byl při nástupu proveden Barthelové test denních činností (viz příloha č. A) a nutriční screening z důvodu rizika vzniku malnutrice pro nedostatečnou pestrost a množství stravy (viz příloha C). Dále byla klientka vyšetřena testem kognitivních funkcí *Mini-Mental-State* (viz příloha č. B), s výsledkem 16 bodů, což značí středně těžkou demenci. Tyto testy se opakují každého půl roku. Drobné denní činnosti si provedla klientka sama, ale byl nutný slovní doprovod a dohled nad jejich provedením.

Nyní, po více jak 3 letech pobytu v DS, je vidět značný úpadek intelektu a prohloubení demence ze středně těžké demence na těžkou formu demence. Klientka již není schopna se sama o svoji osobu postarat. Nevládne provádět samostatně hygienu, i se stravou musí pomáhat klientce personál. Dochází k úplné degradaci lidské osobnosti a celkově lze říci, že klientka je zcela odkázána na pomoc personálu. Během období, po které jsem se o klientku starala, nedošlo u ní k výraznému zlepšení. Byla podpořena její lidská důstojnost. Při těžké formě demence již není možné čekat zlepšení na úroveň, kterou bychom si všichni přáli. V době, po kterou jsem se o klientku starala, došlo k dostatečné hydrataci a nebyly přítomny znaky dehydratace. Základem byla téměř nikdy nekončící péče o klientku při zachování její maximální důstojnosti. Přitom byl kladen důraz na častou kontrolu stavu klientky a na stálé povzbuzování klientky k dostatečné soběstačnosti. Důležité je také, že došlo ke zmírnění akutní bolesti a klientka nevykazovala sklony k agresi.

Cílem péče je zpomalení progresu demence a zachování soběstačnosti klientky po co nejdelší dobu. V dlouhodobém plánu bude poskytována péče zaměřující se na uspokojování psychických a fyzických potřeb. Vzhledem k nevratným změnám, které progredující demenci provázejí, je cesta k plné soběstačnosti nemožná. V péči se zaměříme na zachování úcty a maximálnímu respektu k lidské důstojnosti. Dříve či později veškerou péči bude vykonávat pracovník přímé péče, protože stav se bude nadále zhoršovat. Plán ošetrovatelské péče se bude pravidelně upravovat, aby saturoval potřeby klientky. Poskytovaná péče ošetřujícího personálu je kvalitní a efektivní při zachování maximální důstojnosti klientky.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Problematika Alzheimerovy nemoci je velmi rozsálá, proto vytvořit doporučení pro praxi je obtížné. Klientů s Alzheimerovou nemocí přibývá a vědci je tato nemoc přirovnávána k tiché epidemii 21. století. Ošetrovatelská péče o klienty trpící jakoukoli formou demence je velmi náročná, jak po stránce psychické, tak i fyzické. Dalším problémem je komunikace z důvodu často těžké zmatenosti, kdy není možné se s klientem domluvit. Pak záleží na nás, všeobecných sestřách, jak tuto situaci zvládneme. Doporučení vycházejí z dlouholetých zkušeností a studia odborných článků a odborné literatury.

Doporučení pro všeobecné sestry a zdravotní personál:

- Empatický přístup ke klientům trpící demencí.
- Individuální přístup ke každému klientovi.
- Trpělivost při péči o klienty trpící demencí.
- Hovořit s klientem v jednoduchých větách.
- Mluvit s klientem v klidném přátelském prostředí.
- Dodržet přesné podávání medikace.
- Předcházet konfliktům jak mezi personálem, tak i mezi klienty.
- Vzdělávat se a využívat nejnovější postupy a trendy v péči.
- Nacházet uspokojení v poskytované péči.
- Předcházet syndromu vyhoření.
- Edukovat rodinu o zavedené terapii.

Doporučení pro rodinu:

- Snažit se aktivizovat svého blízkého podle edukací ošetřujícího lékaře, všeobecných sester, ergoterapeutů, fyzioterapeutů.

- Časté návštěvy rodiny.
- Pozitivní přístup a podpora klienta trpící demencí.
- Být oporou pro klienta.
- Empatický přístup, trpělivost a nevyvolávání konfliktů.
- Komunikovat s klientem v jednoduchých větách

ZÁVĚR

Bakalářská práce je věnována komplexní ošetrovatelské péči o klientku s Alzheimerovou nemocí.

V teoretické části práce byly popsány typy demencí se zvláštním zřetelem k problematice Alzheimerovy nemoci. Popis této formy demence uvádí její příčiny, rizikové faktory, vyšetřovací metody, možnosti farmakologické i nefarmakologické léčby a konečně i způsob prevence.

V praktické části se práce zaměřuje na samotný ošetrovatelský proces podle modelu Virginie Henderson. V jeho rámci byly stanoveny aktuální a potenciální ošetrovatelské diagnózy, vypracován, zrealizován a zhodnocen plán péče.

Byl popsán koncepční model Virginie Henderson a podle něho byla specifikována ošetrovatelská péče o pacientku s Alzheimerovou nemocí. Na závěr byl navržen, sestaven a realizován ošetrovatelský plán u této klientky podle NANDA I taxonomie II tak, aby saturoval její potřeby.

Cíle praktické části bakalářské práce byly splněny. Z ošetrovatelského procesu vyplynulo, jak je péče o klienta s demencí náročná, jak zasahuje do všech složek lidské osobnosti a jak je důležitý respekt k důstojnosti postiženého jedince.

Alzheimerova nemoc je velmi náročná jak pro pacienta, tak pro personál i pro rodinu. Pacient postupně ztrácí orientaci v prostoru i v čase a přestává být orientován také svojí osobou, což mu přináší pocity ztráty bezpečí a jistoty a často vede i ke strachu a úzkosti, resp. k depresivním náladám. Personál pečující o klienty s demencí by měl mít na paměti, že vše, co se v ranější fázi nemoci ještě pacient zvládl naučit, vše, co doposud zvládá v péči o svoji osobu, bude následkem prohlubující se demence postupně ztrácet, takže v konečné fázi bude zcela závislý na péči poskytované ošetrujícím personálem. Z důvodu progresu nemoci klienta se jeho celkový zdravotní stav bude zhoršovat, až může dojít k degradaci lidské osobnosti. Komplexní péče je pak na nás pečujících. Musíme nacházet uspokojení z naší práce v malých pokrocích klientů, a to jen na omezenou dobu.

Všichni, kdo se starají o klienty trpící demencí, by měli důsledně a za všech okolností respektovat jejich důstojnost a zachovávat úctu ke stáří. Měli by se chovat zdvořile a co nejcitlivěji vnímat potřeby svých klientů. Je smutnou skutečností, že ne každý pečovatel v současných zařízeních pro seniory se takto chová. Přitom maximální vstřícnost ke klientovi je alfou i omegou naší práce. Z vlastní zkušenosti vím, že pokud se chováme ke klientovi eticky a s úctou, neprojeví zpravidla sklony k agresi. Jedno staré české přísloví praví: *Jak se do lesa volá, tak se z lesa ozývá*. Mám vlastní zkušenost, že i klienti s prokázanými sklony k agresivitě nebývají při vlídném a uctivém přístupu útoční, což následně usnadňuje i práci personálu.

Při práci s klienty je třeba také reflektovat situaci a názory jejich rodinných příslušníků. Skutečnost, že se jim téměř před očima rozpadá osobnost blízkého člověka, s nímž dlouhá léta sdíleli společný domov i společné zážitky, je značně traumatizující a může být ve svých důsledcích příčinou různých konfliktů a nedorozumění (např. osočení personálu z nedostatečné péče, z nevědomého či záměrného poškozování klienta, z nedostatečné komunikace s rodinou atd.). Proto je v zájmu úspěchu ošetrovatelského procesu nutné i v tomto směru zachovávat maximální empatii vůči rodinným příslušníkům a citlivě s nimi konzultovat způsob i cíle péče o jejich blízkého.

Jako společnost, která bude stárnout, bychom se měli více zaměřit na zdokonalování systému péče o gerontologické pacienty a především o pacienty s demencí. Je třeba dbát na velmi pečlivý výběr personálu, který se bude o pacienty s demencí starat. Důležitý je však nejen kvalitní personál, ale také jeho dostatek. Většina naší populace, zejména ti, kteří nemají osobní zkušenost s blízkou osobou trpící demencí, si myslí, že dementní lidé již nemají city, a proto je jedno, jak se k nim ošetrovatelský personál chová. Pravdou je ovšem pravý opak. I lidé s pokročilou demencí velmi citlivě vnímají, jak k nim pečovatelé přistupují, zda s úctou, anebo jen jako k jednomu z mnoha obtěžujících a náročných klientů.

Přála bych si, aby má bakalářská práce alespoň malou měrou přispěla k obohacení každého, kdo ji bude číst. Její význam vidím především v přiblížení, ve specifikaci a v nastavení kvalitní odborné péče o klienty trpící Alzheimerovou nemocí. Doufám, že tato práce pomůže nejenom všeobecným sestřám, ale i ostatnímu ošetrovatelskému personálu a studentům zdravotnických škol, kteří budou uvažovat o možném uplatnění v domovech pro seniory a v podobných zařízeních.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

a) knihy

1. CALLONE, Patricia et al, 2008. *Alzheimerova nemoc 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2320-4.
2. GLENNER, Joy, 2012. *Péče o člověka s demencí*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0154-0.
3. HOLMEROVÁ, Iva., Božena JURAŠKOVÁ a Květa ZIKMUNDOVÁ, 2003. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 2. vyd. Praha: ČALS. ISBN 80-86541-12-6.
4. JANÁČKOVÁ, Laura a Petr WEIS, 2008. *Komunikace ve zdravotnické péči*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-477-9.
5. JIRÁK, Roman a kol., 2013. *Gerontopsychiatrie*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-873-5.
6. JIRÁK, Roman a Jiří OBENBERGER a Marek PREISS., 1998. *Alzheimerova choroba*. 1. vyd. Praha: ČALS. ISBN 80-85800-88-8.
7. JIRÁK, Roman a kol., 2009. *Demence a jiné poruchy paměti*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2454-6.
8. KOČÁREK, Eduard, 2007. *Molekulární biologie v medicíně*. 1. vyd. Brno: NCONZO. ISBN 978-80-7013-450-4
9. LUKASOVÁ, Marie a Alena HRADILOVÁ, 2014. *Ochrana práv seniorů v instituci s důrazem na osoby s demencí*. 1. vyd. Brno: Kancelář veřejného ochránce práv. ISBN 978-80-87949-03-0
10. MÁTL, Ondřej, Martina MÁTLOVÁ a Iva HOLMEROVÁ, 2016. *Zpráva o stavu demence 2016*. 1. vyd. Praha: ČALS. ISBN 978-80-86541-50-1
11. NANDA INTERNATIONAL, 2016. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2015 – 2017*. 10. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-86541-50-1
12. NĚMCOVÁ, Jitka a kol., 2017. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. 5. doplněné vyd. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. ISBN 978-80-88249-00-9
13. PAVLÍKOVÁ, Slavomíra, 2006. *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1211-3.
14. REGNAULT, Mathilde, 2011. *Alzheimerova choroba*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0010-9

15. ZVĚŘOVÁ, Martina, 2017. *Alzheimerova demence*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0561-8

b) odborné časopisy

16. FRANKOVÁ, Vanda. – KRAUSOVÁ, Martina, 2008. *Lidské prionové nemoci*. *Psychiatrie pro praxi*, ročník 9, č. 3, s. 116 – 119. ISSN 1803-5272.

17. GULÁŠOVÁ, Ingrid, 2011. *Alzheimerova choroba – Rizikové a protektivní faktory*. *Kontakt: vědecký časopis Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity* [online]. s. 484-488. ISSN 1212-4117. [Cit. 2016-09-23] Dostupné z URL: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/clanky/4~2011/959-alzheimerova-choroba-%E2%80%93-rizikove-a-protektivne-faktory>

18. HOLMEROVÁ, Iva, 2010. *Alzheimerova choroba v primární péči*. *Medical Tribune*, ročník 6, č. 30, B6 – B7. ISSN 1214-8911.

19. KANTORKOVÁ, Marie, 2011. *Demence – vývojová stadia a doporučení*. *Sestra*, ročník 21, č. 2, s. 71 – 74. ISSN 1210-0404. [Cit. 2016-09-23] Dostupné z URL: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/demence-vyvojova-stadia-a-doporuceni-458228>

20. MATĚJ, Radoslav – RUSINA, Robert, 2013. *Neurodegenerativní onemocnění*. *Lékařské listy*, ročník 10, s. 6. [Cit. 2016-09-20] Dostupné z URL: <http://zdravi.euro.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/neurodegenerativni-onemocneni-472915>,

21. MICHALIK, Jozef, ČIERNY, Daniel, LEHOTSKÝ, Ján, KURČA, Egon, 2014. *Vybrané biologické a biochemické markery sclerosis multiplex*. *Neurologie pro praxi*, ročník 15, číslo 2, s. 68 – 70. ISSN 1803-5280

22. REKTOROVÁ, Irena, 2006. *Frontotemporální lobární degenerace – diagnóza z neuropsychiatrického pomezí*. *Neurologie pro praxi*, ročník 4, s. 199 – 202. ISSN 1803-5280

23. RUSINA, Robert – MATĚJ, Radoslav, 2012. *Prionová onemocnění*. *Neurologie pro praxi*, ročník 13, č. 2, s. 78 – 82. ISSN 1803-5280

24. VOGNER, Martin, KALVACH, Pavel, 2015. *Oskaru Fischerovi in memoriam*. *Psychiatrie*, ročník 19, číslo 4, s. 223 – 225. ISSN 1212-6845

c) bakalářské a absolventské práce

25. BĚLOHRADOVÁ, Ladislava. 2016. *Ošetrovatelský proces u klienta s Alzheimerovou nemocí*. Absolventská práce Střední zdravotnické školy a Vyšší odborné školy zdravotnické, Žďár nad Sázavou, 79 str. Vedoucí práce Mgr. Silvie Kočárková

26. ILIEV, Robert. 2010. *Alzheimerova choroba z pohledu molekulární biologie*. Bakalářská práce Přírodovědecké fakulty Masarykovy univerzity v Brně, Brno, 33 str. Vedoucí práce Doc. RNDr. Omar Šerý, Ph.D.

27. KOZÁKOVÁ, Kateřina. 2016. *Ošetrovatelský proces u pacienta s deficitem alfa 1-antitrypsinu (kazuistika)*. Absolventská práce Střední zdravotnické školy a Vyšší odborné školy zdravotnické, Žďár nad Sázavou, 58 str. Vedoucí práce MUDr. Václav Derner

28. KRAMLOVÁ, Michaela. 2013. *Pacient s Alzheimerovou chorobou – Případová studie*. Bakalářská práce 1. LF UK, Praha, 63 str. Vedoucí práce Mgr. Eva Marková, Ph.D.

d) internetové zdroje

29. LACZÓ, Jan. *Časná Alzheimerova choroba – prostorová navigace a gen APOE*. 2. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Praha. [Cit. 2016-09-23]. Dostupné z URL: <http://www.lf2.cuni.cz/fakulta/vyznamne-publikace/casna-alzheimerova-choroba-prostorova-navigace-a-gen-apoe>

30. ABZ.cz: slovník cizích slov – on-line hledání [Cit. 2018-03-18]. Dostupné z URL: <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/>

31. NÁRODNÍ RADA OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM ČR. Desatero komunikace s pacienty se syndromem demence. [Cit. 2018-03-18]. Dostupné z URL: <http://www.nrzp.cz/poradenstvi-sluzby/desatero-pro-komunikaci-s-ozp/354-desatero-komunikace-s-pacienty-se-syndromem-demence.html>

PŘÍLOHY

Příloha A - Barthelové test základních všedních činností	73
Příloha B - Mini – Mental State Examination (MMSE).....	74
Příloha C - Hodnocení nutričního stavu	76
Příloha D - Etický kodex zaměstnance DS Nopova	79
Příloha E - Desatero komunikace s pacienty se syndromem demence.....	80
Příloha F - Práva uživatelů.....	81
Příloha G - Čestné prohlášení studenta k získání podkladů.....	82
Příloha H - Průvodní list k rešerši z NNM.....	83

Příloha A - Barthelové test základních všedních činností

Jméno pacienta:.....V. N.....

Datum narození pacienta (věk): ...XX.....

	Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre*
1.	Příjem potravy a tekutin	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
2.	Oblékání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
3.	Koupání	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
4.	Osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
5.	Kontinence moči	plně kontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
6.	Kontinence stolice	plně kontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
7.	Použití WC	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
8.	Přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci s malou pomocí vydrží sedět neprovede	15 10 5 0
9.	Chůze po rovině	samostatně nad 50 m s pomocí 50 m na vozíku 50 m neprovede	15 10 5 0
10.	Chůze po schodech	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
Celkem			15

Hodnocení stupně závislosti: **

ADL 4 0 – 40 bodů **vysoce závislý**
ADL 3 45 – 60 bodů **závislost středního stupně**
ADL 2 65 – 95 bodů **lehká závislost**
ADL 1 96 – 100 bodů **nezávislý**

* zaškrtněte jednu z možností

** zaškrtněte stupeň závislosti dle výsledku

zdroj: (vlastní dokumentace DS Nopova)

Příloha B - Mini – Mental State Examination (MMSE)

Mini - Mental State Examination (MMSE)

Za každý správně provedený úkol zatrhněte

x	tj. 1 bod
---	-----------

Příjmení, jméno: V. N.
DS NOPOVA p.o.

R.Č.: XX

odd.:

1./ ORIENTACE - odpověď do 10s.

vyšetření

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 zařízení?
V kolikátém jsme poschodí?

	1	2	3	4	5
Které je roční období?	x	-			
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/?	x	X			
V jaké jsme zemi? Jak se jmenuje toto zařízení? V kolikátém jsme poschodí?	x	-			
	-	-			
	-	-			

2./ ZAPAMATOVÁNÍ

"Nyní vyjmenuji tři věci. Až je všechny vyjmenuji, budu chtít, aby jste je zopakoval. Dobře si je zapamatujte! Za několik minut se Vás na tyto předměty znovu zeptám."

Bod přidejte za každou správnou odpověď. Pořadí je libovolné. Pokud není pacient schopen splnit úkol, opakujte výrazy dokud si je nezapamatuje, maximálně však ještě 5x. Je to podmínka pro úkol č.4, tj. VYBAVOVÁNÍ

LOPATA

ŠÁTEK

VÁZA

"A nyní prosím tato slova opakujte."

X	-			
X	-			
x	-			

5./ POJMENOVÁNÍ PŘEDMĚTU

"Co je to?" (ukážte hodinky)

"Co je to?" (ukážte tužku)

6./ OPAKOVÁNÍ

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

Opakujte: "První pražská paroplavba."

vyšetření

1	2	3	4	5
x	X			
x	X			

x	-			
---	---	--	--	--

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

X	-			
X	-			
X	-			

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 přidejte za splnění příkazu do 10 sekund, maximálně na 3 pokusy.

-	-			
---	---	--	--	--

9./ PSANÍ

3./ POZORNOST A POČÍTÁNÍ

"Nyní odečtěte od 100 vždy 7, až odečtete 5x za sebou, skončete." Jestliže udělá pacient chybu a od chybné hodnoty dál odečítá správně, počítejte pouze

93	x	-			
86	-	-			
79	-	-			
72	-	-			
65	-	-			

Dejte pacientovi psací potřeby a papír a vyzvěte jej:

"Napište libovolnou větu!"

-	-				
---	---	--	--	--	--

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

10./ OBKRESLOVÁNÍ

Dejte pacientovi bílé papíry a psací potřeby, vyzvěte jej aby

namaloval al níže uvedený obrázek. Úkol může plnit na několik pokusů, ale v limitu 1 minuty. Nevadí zrotování ani roztřesenost. Musí být zachovány všechny strany a všechny úhly. Průnik obou pětiúhelníků musí tvořit čtyřúhelník

tuto chybu.

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

M					
R					
K					
O					
P					

-	-				
---	---	--	--	--	--

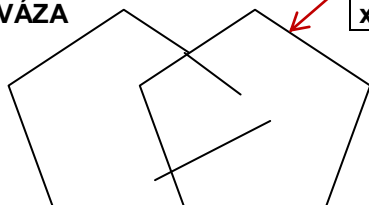
4./ VYBAVOVÁNÍ

"A teď prosím zopakujte slova, která jsem Vám před chvílí říkal." Za každou správnou odpověď je 1 bod

LOPATA

ŠÁTEK

VÁZA



x	-				
-	-				
x	-				

HODNOCENÍ: /maximální počet - 30 bodů/podle Topinkové/

27 - 30 - bez poruchy kognitivních funkcí

25 - 26 - hraniční nálezh, doporučeno další sledování pac., u pac.

nad 75let a s méně než 8lety šk. doch. jsou tyto hodnoty v normě

18 - 24 - lehká demence

6 - 17 - středně těžká demence

méně než **6** bodů - těžká demence

dosažené skóre:

	1.vyšetření	2.vyšetření	3.vyšetření	4.vyšetření	5.vyšetření
16		4			
datum:	2014 26.5.	2017 15.12			
podpis:					

Příloha C - Hodnocení nutričního stavu

Jméno pacienta:

Datum:

Test provedl:

Nejdříve proveďte screening, dále postupujte dle jeho výsledku

Screening:

A. Jíte méně v posledních 3 měsících?

(například pro menší chuť k jídlu, zažívací potíže, potíže s kousáním či polykáním)

- 0 - ano, výrazně méně
- 1 - ano, trochu méně
- 2 - ne, jím pořád stejně

B. Zhubnul jste v posledních měsících? O kolik kilogramů?

- 0 - více než o 3 kg
- 1 - nevím
- 2 - úbytek mezi 1-3 kg
- 3 - žádný úbytek na váze

C. Stav hybnosti

- 0 - upoutaný na lůžko nebo invalidní vozík
- 1 - schopen vstát, ale většinu dne tráví na lůžku či vozíku
- 2 - samostatně se pohybuje

D. Prodělal jste v posledních 3 měsících nějaké akutní onemocnění nebo výrazný stres?

- 0 - ano
- 1 - ne

E. Neuropsychologický stav pacienta

- 0 - deprese nebo těžká demence
- 1 - mírná a střední demence (pacient je schopen komunikovat, může být dezorientovaný, ale není agresivní či neklidný, v noci převážně spí)
- 3 - bez těchto problémů

F. BMI – Body Mass Index

- 0 - BMI méně než 19
- 1 - BMI 19 až méně než 21
- 2 - BMI 21 až méně než 23
- 3 - BMI 23 či vyšší

Výsledek screeningu (maximální počet bodů 14)

12 bodů a více - PACIENT NENÍ OHROŽEN MALNUTRICÍ (není třeba pokračovat ve vyšetření)

11 bodů a méně - **RIZIKO MALNUTRICE** – (pokračujte ve vyšetření)

Doplňující vyšetření

G. Žije samostatně v domácím prostředí (není nikde dlouhodobě umístěn či hospitalizován)

- 0 - ne
- 1 - ano

H. Užívá více než tři druhy léků denně (dlouhodobá medikace)

- **0** - ano
- 1 - ne

I. Dekubity či jiné výrazné kožní defekty

- 0 - ano
- **1** - ne

J. Kolik plnohodnotných jídel sní pacient za den?

- 0 - jedno
- 1 - dvě
- **2** - tři

K. Zhodnoťte následující indikátory příjmu proteinů

alespoň jedenkrát denně mléčný pokrm (mléko, sýr jogurt) **ano** – ne

alespoň dvakrát v týdnu vejce nebo luštěniny **ano** - ne

maso, ryba nebo drůbež každý den **ano** – **ne**

- 0 bodů - do jedné pozitivní odpovědi
- **0,5** bodu - při dvou pozitivních odpovědích
- 1 bod - při třech pozitivních odpovědích

L. Jí pacient alespoň dvě porce čerstvé zeleniny nebo ovoce za týden?

- **0** - ne
- 1 - ano

M. Kolik tekutin pacient vypije? (voda, džus, káva, čaj, mléko...)

- 0 - méně než tři šálky
- 0,5 - tři až pět šálků
- **1** - více než 5 šálků

N. Jak pacient jí:

- **0** - musí být krmen, sám se nenají
- 1 - jí sám, ale s potížemi
- 2 - bez problémů sám

O. Jak sám posuzuje svůj nutriční stav

- 0 - domnívá se, že je podvyživený
- **1** - neví
- 2 - domnívá se, že podvyživený není a potíže s výživou nemá

P. Jak posuzuje pacient svůj zdravotní stav, když jej srovnává s většinou lidí svého věku?

- 0 - horší než většina vrstevníků
- **0,5** - neví
- 1 - asi tak stejný jako většina vrstevníků
- 2 - lepší

Q. Střední obvod paže v centimetrech

- 0 - méně než 21 cm
- **0,5** - 21-22 cm
- 1 - 22 cm a více

R. obvod lýtky

- 0 - méně než 31 cm
- **1** – 31 cm a více

Výsledek doplňujícího vyšetření (maximální počet bodů 16)

Výsledek screeningu: **7**

Výsledky doplňujícího vyšetření: **8,5**

Celkové skóre: 15,5 (max. 30 bodů)

HODNOCENÍ

24 a více bodů

17-23,5 bodů

méně **než 17 bodů**

- není riziko malnutrice

- z pohledu nutričního stavu se jedná o rizikového pacienta (je vhodné, aby sestra dohlédla na příjem a doporučila eventuálně sipping)

- podvýživa (vhodná konzultace s lékařem)

zdroj: (vlastní dokumentace DS Nopova)

Příloha D - Etický kodex zaměstnance DS Nopova

1. Péči poskytuje bez ohledu na národnost, rasu, víru, věk, pohlaví a sociální postavení klienta.
2. Je odpovědný za kvalitu poskytované péče a za obnovování odborných znalostí dalším vzděláváním.
3. Chová se v souladu s morálními zásadami a dodržuje pravidla slušného chování.
4. Respektuje individualitu klientů, jejich soukromí a lidskou důstojnost.
5. Nese odpovědnost za svá rozhodnutí.
6. Problémy pracovních interpersonálních vztahů nepřenáší na klienty.
7. Je diskrétní a taktní při nakládání s důvěrnými informacemi, zachovává mlčenlivost o zdravotním stavu klientů.
8. Spolupracuje s ostatními pracovníky DS a respektuje přínos jednotlivých členů týmu.
9. Svým klidem, pochopením a laskavostí vytváří atmosféru domova pro uživatele a vlídnou pracovní atmosféru pro spolupracovníky.
10. Nebere úplatky.
11. Je loajální ke svému zaměstnavateli.

(kol. soc. pracovníků DS Nopova, 2017)

Příloha E - Desatero komunikace s pacienty se syndromem demence

1. Při komunikaci omezujeme rušivé a rozptylující vlivy prostředí (například rozhlasové vysílání), ujistíme se, že pacient dobře slyší, že má správně nastaveny kompenzační pomůcky (naslouchadla) a že netrpí komunikační poruchou ve smyslu afázie.
2. Pacienta povzbuzujeme vlídným zájmem, usilujeme o klidné chování a pozitivní výraz, omezujeme prudké pohyby a přecházení, zůstáváme v zorném poli pacienta.
3. Mluvíme srozumitelně, pomalu a v krátkých větách.
4. V hovoru se vyhýbáme odborným výrazům, žargonu, ale i frázím či ironicky míněným protimluvům. Používáme výrazy pacientovi známé a přiměřené. Používáme přímá pojmenování, vyhýbáme se zájmenům, a pokud je to možné, tak na předměty, osoby nebo části těla, o nichž hovoříme, ukazujeme. Pokud pacient něco správně nepochopil, použijeme jinou formulaci a neopakujeme stejná slova.
5. Aktivně navazujeme a udržujeme oční kontakt a průběžně ověřujeme, zda pacient našim informacím správně porozuměl, důležité údaje píšeme navíc na list papíru. Pro získání pozornosti, případně pro zklidnění používáme dotek.
6. Využíváme neverbální komunikaci, mimiku, dotek a tyto projevy sledujeme a umožňujeme i u pacienta. Jsme vnímaví k projevům úzkosti, strachu, deprese, bolesti.
7. Dáme jasně najevo, když odcházíme, a zopakujeme, zda jen na chvíli (vrátíme se, komunikace či zdravotnická procedura neskončila), nebo zda konzultace skončila.
8. Pacienta nepodceňujeme, komunikaci neomezujeme, ale přizpůsobujeme jeho schopnostem. Právě nemocné se syndromem demence pečlivě informujeme o povaze a důvodu vyšetření či léčebného výkonu, jimž se mají podrobit. Během výkonu s nimi komunikujeme, uklidňujeme je, vše komentujeme.
9. Aktivně chráníme důstojnost lidí trpících syndromem demence, bráníme jejich ponižování, posilujeme jejich autonomii a možnost rozhodování o sobě.
10. Při komunikaci posilujeme orientaci pacienta osobou, místem i časem, oslovujeme jej důstojně jménem nebo tak, jak si sám přeje či vyžaduje.

Zdroj: (NÁRODNÍ RADA OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM ČR ČR, 2017)

Příloha F - Práva uživatelů

- 1.** Klient má právo na volbu Domova, ve kterém chce prožít svůj život.
- 2.** Klient má právo na soukromí a důstojnost.
- 3.** Klient má právo na odbornou zdravotnickou, ošetrovatelskou a rehabilitační péči zajišťovanou kvalifikovanými pracovníky.
- 4.** Klient má právo na sociální a právní poradenství a na pomoc s finančními a administrativními úkony.
- 5.** Klient má právo přijímat návštěvy v průběhu celého dne při respektování nočního klidu a soukromí spolubydlících.
- 6.** Klient má právo volného pohybu ve společenských prostorách Domova i mimo areál Domova v souladu s pravidly stanovenými Domácím řádem.
- 7.** Klient má právo si vybrat různé zájmové aktivity, které zlepšují jeho kondici a kvalitu života.
- 8.** Klient má právo na informovanost.
- 9.** Klient má právo se vyjadřovat k věcem, které se ho týkají.
- 10.** Klient má právo zemřít v klidu a důstojně.

zdroj: (kolektiv soc. pracovníc Ds Nopova metodika)

Příloha G - Čestné prohlášení studenta k získání podkladů

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

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

V Praze dne

.....

Jméno a příjmení studenta

Příloha H - Průvodní list k rešerši z NNM



Nemocnice Nové Město na Moravě, příspěvková

organizace

Lékařská knihovna

Žďárská 610, 592 31 Nové Město na Moravě

ALZHEIMEROVA NEMOC

Rešerše 48/2017

Žadatel: Ladislava Bělohradová

Zpracovatel: Taňa Bejblová, BBus(Hons) knihovna@nm.cz

Datum zpracování: 13. 12. 2017

Celkový počet záznamů: 52

Analytický list

Jazykové vymezení: čeština, angličtina

Klíčová slova: Alzheimerova demence. Virginie Hendrson. Kognitivní funkce. Ošetrovatelská péče.

Časové vymezení: 2009 - 2018

Druhy dokumentů: knihy, články, abstrakta, kvalifikační práce, elektronické zdroje

Počet záznamů:

- **České zdroje:**
- **Zahraniční zdroje:**

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

Základní prameny:

- katalog Národní lékařské knihovny (www.medvik.cz)
- jednotná informační brána (www.jib.cz),
- souborný katalog ČR (<http://sigma.nkp.cz>)
- databáze vysokoškolských prací (www.theses.cz)
- online katalog NCO NZO
- druhy vyhledané literatury byly vysokoškolské práce, knihy