

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
S ALZHEIMEROVOU CHOROBU**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

BEATA PIENTOKOVÁ

Praha 2018

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU**

Bakalářská práce

BEATA PIENTOKOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH

Praha 2018



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

PIENTOKOVÁ Beata
3VSV

Schválení tématu bakalářské práce

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

Ošetrovatelský proces upacienta s Alzheimerovou chorobou

Nursing Process for the Patient with Alzheimer Disease

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

V Praze dne: 31. října 2017


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

rektorka

PROHLÁŠENÍ

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 31.5.2018

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH, za odborné vedení mé bakalářské práce, sdělení podstatných námětů, ochotu a trpělivost. Rovněž děkuji mé mamince za podporu a čas, kterou mi věnovala při psaní této práce.

ABSTRAKT

PIENTOKOVÁ, Beata. *Ošetrovatelský proces u pacienta s Alzheimerovou chorobou*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Dušan Sysel PhD., MPH, Praha. 2018. 71 s.

Bakalářská práce se zabývá Ošetrovatelským procesem u pacienta s Alzheimerovou chorobou a specifikami péče. Cílem práce je zpracovat ošetrovatelský proces u pacienta s Alzheimerovou chorobou. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části jsou zpracovány poznatky o Alzheimerově chorobě, prevence, možné příčiny choroby, rizika vzniku, diagnostika nemoci a možnosti léčby. Dále se práce zabývá specifikami ošetrovatelské péče o pacienta s Alzheimerovou chorobou. Představuje možnosti sociální péče o pacienta. Praktická část je zaměřená na podrobné zpracování ošetrovatelského procesu u pacienta s Alzheimerovou chorobou, zpracování ošetrovatelských diagnóz a jejich intervence. Závěrem zhodnocuje stanovené cíle práce a nastiňuje doporučení pro praxi.

Klíčová slova:

Alzheimerova choroba. Ošetrovatelská péče. Ošetrovatelský proces. Pacient. Všeobecná sestra.

ABSTRACT

PIENTOKOVÁ, Beata. *The nursing proces in a patient with Alzheimer disease.* Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: PhDr. Dušan Sysel PhD., MPH. Prague. 2018. 71 pages.

The bachelor thesis engages in Nursing process concerning the patient with Alzheimer's disease as well as in the specifics of the care. The aim of the thesis is to process the nursing process concerning the patient with Alzheimer's disease. The thesis is divided into the theoretical and practical part. The theoretical part contains findings about Alzheimer's disease, prevention, possible causes of the disease, risks, diagnosis of the disease and treatment options. Further, the thesis deals with the specifics of nursing care concerning the patient with Alzheimer's disease. It introduces the possibilities of social care for the patient. The practical part is focused on the detailed processing of the nursing process concerning the patient with Alzheimer's disease. Processing of nursing diagnoses and their interventions. Conclusion of the thesis presents the evaluation of the stated aims as well as recommendations for practice.

Key words:

Alzheimer's disease. Nursing care. Nursing process. Patient. General nurse.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ÚVOD	11
1 ALZHEIMEROVA CHOROBA	13
1.2 KLINICKÉ PROJEVY NEMOCI.....	14
1.3 STÁDIA CHOROBY	15
1.4 DIAGNOSTIKA CHOROBY	17
1.4.1 HODNOTÍCÍ ŠKÁLY	18
1.4.2 KRITÉRIA PRO KLINICKOU DIAGNÓZU	18
1.5 LÉČBA ALZHEIMEROVY CHOROBY.....	19
1.5.1 FARMAKOTERAPEUTICKÝ PŘÍSTUP	20
1.5.2 NEFARMAKOLOGICKÝ PŘÍSTUP.....	21
1.6 PREVENCE	22
1.7 PROGNOZA	22
2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA S ALZHEIMEROVOU CHOROBU	23
2.1 BOLEST	23
2.2 VÝŽIVA	24
2.3 SPÁNEK.....	24
2.4 VYPRAZDŇOVÁNÍ	25
2.5 BEZPEČNOST	26
2.6 SPECIFIKA V PÉČI O PACIENTA S ALZHEIMEROVOU CHOROBU	26
2.6.1 KOGNITIVNÍ TRÉNINK.....	27
2.6.2 ERGOTERAPIE	27
2.6.3 REMINISCENCE	28
2.6.4 BAZÁLNÍ STIMULACE	28
3 SOCIÁLNÍ PÉČE O PACIENTA S ALZHEIMEROVOU CHOROBU .	29
3.1 PÉČE O PACIENTA S ALZHEIMEROVOU CHOROBU V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ.....	29
3.1.1 DOMÁCÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE	30
3.1.2 TERENNÍ A AMBULANTNÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY	31
3.2 PÉČE O PACIENTA S ALZHEIMEROVOU CHOROBU V INSTITUCI.....	31

3.2.1	ÚSTAVNÍ ZAŘÍZENÍ.....	32
3.2.2	POBYTOVÉ A SOCIÁLNÍ SLUŽBY.....	32
3.3	SPOLEČNOST PRO POMOC PACIENTOVI S ALZHEIMEROVOU CHOROBU	33
3.4	KOMUNIKACE S PACIENTEM S ALZHEIMEROVOU CHOROBU	34
4	OŠETŘOVATELSKÝ PROCES	36
5	OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S ALZHEIMEROVOU CHOROBU	39
5.1	STANOVENÍ AKTUÁLNÍCH A POTENCIÁLNÍCH OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ	56
5.2	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	68
	ZÁVĚR.....	69
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	71
	PŘÍLOHY	

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

BPSD	Behavioural and psychological symptoms of dementia
CNS	Centrální nervová soustava
CT	Počítačová tomografie
ČALS	Česká Alzheimerová společnost
MR	Magnetická rezonance
MMSE	Mini Mental State Examination
NINCDS-ADRDA	National Institute of Neurological and Communicative Disorders – Alzheimer’s Disease and Related Dementias Association
NMDA	Parciální inhibitory ionotropních receptorů
PET	Pozitronová emisní tomografie
PAINAD	Pain Assessment in Advanced Dementia
SSRI	Selektivní vychytávání serotoninu a noradrenalinu
VAS	Vizuální analogová škála bolesti

(VOKURKA a kol., 2015)

ÚVOD

Mezi rozvíjející se onemocnění řadíme i demence. Demence se projevuje poruchami, které se navzájem prolínají, jedná se o poruchy psychologické a behaviorální, poruchy kognitivní, poruchy chování, poruchy péče o sebe sama. Tyto poruchy následně ovlivní kvalitu života člověka, a to především ve způsobu zvládnání každodenních aktivit.

V situaci, kdy náš blízký nezvládá péči o sebe sama, se může ocitnout každý z nás. Demence mění způsob života a rozvíjí postupnou závislost člověka na péči druhé osoby. Demence Alzheimerovy choroby ovlivní všechny běžné zvyklosti a rituály. Porucha orientace v prostoru a čase, bloudění, snížená pozornost, porucha schopnosti plánovat, nepamatovat si věci ve správném pořadí, hledání slov, postupná ztráta zájmu a apatie, to jsou příznaky Alzheimerovy choroby, choroby, o které se v dnešní době stále více hovoří. Toto onemocnění přináší a ještě dlouho bude přinášet, spoustu nezodpovězených otázek.

V rámci bakalářské práce popisujeme ošetrovatelský proces u pacienta s Alzheimerovou chorobou. Změna způsobu života, ztráta vazeb, snížené vyjadřování, dezorientace a další deficity, mají vliv na sociální fungování člověka s onemocněním Alzheimerovou chorobou.

V teoretické části bakalářské práce poukazujeme na vznik a průběh Alzheimerovy choroby, rizika vzniku, diagnostiku této choroby a možnosti léčby. V další kapitole představujeme specifika ošetrovatelské péče o pacienta s Alzheimerovy choroby prevenci. Zvláštní pozornost budeme věnovat také sociální péči o pacienta s Alzheimerovou chorobou. Pro tuto část bakalářské práce jsou stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Popsat problematiku Alzheimerovy choroby na základě odborné literatury z provedené rešerše literatury.

Cíl 2: Uvést specifika ošetrovatelské a sociální péče u pacienta s Alzheimerovou chorobou na základě rešerše literatury.

V praktické části bakalářské práce je vypracovaný ošetrovatelský proces u pacienta s Alzheimerovou chorobou. Pro praktickou část jsou vymezeny dva cíle:

Cíl 1: Vypracovat ošetrovatelský proces u pacienta s Alzheimerovou chorobou.

Cíl 2: Navrhnout doporučení pro praxi.

Popis rešeršní strategie:

Vyhledávání odborných publikací bylo zpracováno Moravskoslezskou vědeckou knihovnou v Ostravě a následně využity pro tvorbu bakalářské práce s názvem Ošetrovatelský proces u pacienta s Alzheimerovou chorobou. Vyhledávání probíhalo v časovém období říjen 2017 až leden 2018. Pro vyhledávání bylo použito několik elektronických databází EBSCO, PubMed. Jako klíčová slova byla zvolena v českém a anglickém jazyce: Alzheimerova choroba, Demence, Ošetrovatelská péče, Ošetrovatelský proces, Pacient, Všeobecná sestra.

Vstupní literatura:

HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ, J. a kol., 2009. Péče o pacienty s kognitivní poruchou. 2. vyd. Praha: ČALS a Gerontologické centrum. ISBN 978-80-86541-28-0.

LUŽNÝ, J., 2012. Gerontopsychiatrie. 1. vyd. Praha: Triton. ISBN: 978-80-7387-573-2.

SYSEL, D., BELEJOVÁ, H. MASÁR, O., 2011. Teorie a praxe ošetrovatelského procesu. 1. vyd. Brno: Tribun EU s. r. o. ISBN- 978-80-7399-289-7.

NĚMCOVÁ, J. a kol., 2017. Skripta k předmětu Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci. 2. dopl. vyd. Praha: Vysoká škola zdravotnická. ISBN: 978-80-904955-9-3.

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

1 ALZHEIMEROVA CHOROBA

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

Demence je obecně zařazena mezi skupinu duševních poruch, u nichž můžeme prokázat jejich etiologii. Etiologie demencí je dána onemocněním, úrazem nebo jiným poškozením mozku, které vedou ke stálé nebo přechodné mozkové dysfunkci.

Nejčastější příčinou demence středního a vyššího věku je Alzheimerova choroba. Dříve byla pozornost Alzheimerovy choroby věnována pouze případům, které přicházely v mladším věku. Na demenci, která se objevovala v pozdějším věku, nebyl kladen tak velký důraz. Byla považována za projev stáří a nazývána sklerózou. O Alzheimerově chorobě s výskytem u starších lidí se začalo mluvit až později, také se ukázalo, že výskyt této choroby s věkem narůstá (BATSCH, MITTELMAN, 2012).

Demence se stává jedním z nejčastějších onemocnění, kdy riziko nemoci u jedinců starších 65 let je 5%, na 10% stoupá u lidí v 75 letech, 20% je u lidí osmdesátiletých a 50% nemocných nalezneme v souboru nad 90 let, kteří trpí zcela jasnými příznaky demence. Nejčastější příčinou demencí je Alzheimerova choroba, dále se objevují smíšené demence, Alzheimerovo-vaskulární demence, vyskytuje se Alzheimerova choroba, tak i vaskulární změny CNS. Výskyt demence má vliv na kvalitu života nemocného a také na fungování života celé jeho rodiny (JIRÁK et. al., 2013).

1.1 RIZIKOVÉ FAKTORY

Procesy, které se podílí na vzniku onemocnění demencí, jsou v dnešní době dobře prozkoumány, ale příčiny onemocnění, jež vedou k demenci, především u onemocnění degenerativní jako je Alzheimerova choroba, jsou neznámé. Nejde také určit přesně, které faktory tuto chorobu způsobují, ale v současnosti máme mnoho poznatků o rizikových faktorech (HOLMEROVÁ, JAROLÍMOVÁ, SUCHÁ a kol. 2009).

Mezi nejvýznamnější rizikové faktory patří věk a pohlaví, Alzheimerova choroba se může vyskytnout v jakémkoli věku, ale výskyt této choroby stoupá od věku 65 let. Ženské pohlaví je rizikovější pro rozvoj Alzheimerovy choroby než mužské pohlaví, kde je častější vznik spíše demence z cévního poškození.

O dědičně podmíněné onemocnění se jedná velmi často v případě výskytu demence před 60. věkem života. Osoba s výskytem Alzheimerovy choroby u přímého příbuzného má třikrát až čtyřikrát větší pravděpodobnost, že se onemocnění vyskytne u dalších generací. Také opakované úrazy hlavy, jsou považovány za rizikový faktor, kdy je prokázáno, že úrazy hlavy u pacienta s ACH jsou častější než u běžné populace.

Lidé trpící onemocněními jako je cukrovka, hypertenze, kardiovaskulární onemocnění jsou také rizikovými faktory. Mezi další faktory patří kouření a alkohol. Je prokázáno, že kouření zvyšuje riziko vzniku demence. Lidé, kteří konzumují větší množství alkoholu delší dobu, mohou onemocnět demencí, a to v důsledku přímého toxického působení alkoholu, ale také nedostatkem živin a vitamínů u dlouhodobých pijáků. Tři až čtyřikrát větší riziko demence mají starší lidé s depresí (ZVĚŘOVÁ, 2017).

1.2 KLINICKÉ PROJEVY NEMOCI

U Alzheimerovy choroby mluvíme o onemocnění, které postihuje mozkovou tkáň. Onemocnění řadíme mezi neurodegenerativní, kdy dochází k úbytku neuronů a následně k úbytku mozkové tkáně. Patří mezi nejčastější choroby stáří, její vývoj je nenápadný a přichází plíživě. Zpočátku dochází pouze k zdánlivě mírné poruše poznávacích funkcí, mezi první příznaky řadíme poruchu krátkodobé paměti, epizodní paměti. Také se brzy objevují poruchy orientace v prostoru i v čase. Což vede k dezorientaci a následnému bloudění, tam kde to neznají a postupně i bloudí tam kde je jim to blízké. Postupným vývojem Alzheimerovy choroby dochází k zániku logického uvažování a soudnosti. Často se jim vybavují vzpomínky z dětství nebo z minulosti, ale nejsou schopni si vzpomenout, co se stalo včera. Dochází k porušení ve všech složkách paměti, a nedokážou si zapamatovat něco nového. Postupným rozvojem upadá intelekt a zpomaluje se myšlení (JIRÁK, HOLMEROVÁ A BORZOVÁ, 2009).

Příznaky demence můžeme rozdělit do třech oblastí, které se vzájemně prolínají:

Soběstačnost a mobilita

Dochází k postupnému snížení soběstačnosti a sebeobslužných dovedností (např. schopnost nakládat s penězi, obléknout se, používat telefon, udat správně čas, cestovat bez doprovodu, používat domácí spotřebiče), u pokročilých demencí jsou dále postiženy bazální aktivity denního života (např. ulehání a vstávání, koupání, oblékání, stravování, následně dochází k inkontinenci moči a stolice), (ZVĚŘOVÁ, 2017).

Behaviorální a psychologické příznaky (BPSD)

Zahrnují psychopatologické symptomy, které se mohou v průběhu demence vyskytnout. Může se jednat o nevhodné či nepřiměřené chování (např. vznětlivost, změny nálad, nadávání, přesvědčení o okradení, prosazování bludných představ, porucha kontaktu s realitou), vyskytuje se úzkost, deprese, afekty vzteku, porucha spánku, netaktnost, jedná se o nápadné a významné změny v životě člověka.

Kognitivní změny (vnímání)

U všech přítomných symptomů bývají nejnápadnější a jsou zřejmé od začátku. Zde zahrnujeme poruchy orientace, úsudku, paměti a pozornosti, myšlení, řeči, abstrakce, vyskytují se bludy či halucinace. Tyto příznaky vyvolávají podezření na možnost výskytu onemocnění demencí. Kognitivní změny můžeme také změřit různými testy, mezi nejznámější patří Mini mental state examination (KALVACH, 2008).

Velmi brzy se také začne měnit osobnost člověka. Nemocný ztrácí motivaci a zájem o dosavadní činnosti, „chová se nepřiměřeně, nespolečensky, jeho chování připomíná řadu schválností a budí přinejmenším rozpaky, o okolí ztrácí zájem a navíc potřebuje pomoc a dohled“, proto je velmi důležitá podpora a pomoc rodinným příslušníkům ze strany odborníků zabývajících se demencí. Zpravidla se syndrom demence rozvíjí v období, kdy očekáváme klid a pohodu po naplněném životě (HOLMEROVÁ, JAROLÍMOVÁ, SUCHÁ a kol. 2009).

1.3 STÁDIA CHOROBY

Definovat stádia závažnosti demence jsou důležité pro potřeby péče a poskytování služeb. Alzheimerovou chorobu jde rozdělit na tři základní stádia:

První stádium - mírná demence

Jako první příznaky jsou poruchy krátkodobé paměti, kdy dochází k ovlivnění aktivit denního života. Nemocný si nepamatuje události, které se staly před krátkou chvílí (např. co udělal či řekl). Složitější je pro něho si zapamatovat nové informace. Mohou také nastat poruchy orientace, kdy nemocný si nedokáže zapamatovat nová místa či obtížně reaguje na neočekávané situace. Objevují se také poruchy nálad, kdy si nemocný všimá, že paměť mu neslouží tak, jak by měla. Projevuje se úzkostí, strachem a také se vyskytuje deprese. Toto stádium, lze charakterizovat tak, že člověk je soběstačný a dokáže se o sebe relativně postarat sám. Potřebuje jen určité návody a pomůcky, které mu připomenou důležité věci. Poruchy paměti nemusí být nijak nápadné a často nemají vliv na schopnost vést normální život. Často jsou první příznaky dávány do souvislosti s věkem pacienta (HOLMEROVÁ, JAROLÍMOVÁ, SUCHÁ a kol. 2009).

Druhé stádium - syndrom rozvinuté demence

Toto období je jedno z nejdelších, trvá 2 až 10 let. Je charakterizováno potřebou nepřetržitého dohledu a dopomoci při samoobslužných činnostech. Pacient není schopen vést soběstačný život, špatně se orientuje v čase i prostoru, který dobře zná. Není schopen vařit, uklízet a nakupovat, dochází k zhoršení vyjadřovacích schopností, vyžaduje pomoc s osobní hygienou, dochází k pomočování. Pacient se stahuje sám do sebe, přestává mít zájem o své koníčky, nevychází z domu. Vyskytnout se můžou halucinace či bludy (HOLMEROVÁ, JAROLÍMOVÁ, SUCHÁ a kol. 2009).

Třetí stádium - syndrom pokročilé demence

Ve třetím stádiu je důležitá ošetrovatelská péče. Přítomná je omezená schopnost komunikace a porozumění mluvenému slovu, obtížné je polykání, nemocný nepoznává své blízké a přátele, zhoršuje se chůze, dochází k upoutání na vozík nebo lůžko. V tomto stádiu potřebují pacienti především ošetrovatelský přístup, který je kvalitní a laskavý a dopřává jim schopnost prožívat pocity štěstí a spokojenosti (CALLONE, 2008)

V terminálním stádiu demence je postižena celá osobnost. Pacient je závislý na 24 hod. péči. Je upoután na lůžko a je inkontinentní, verbální komunikace je omezená. V konečném stádiu pacient nedokáže umírání zpracovávat kognitivně, avšak dochází k zpracování na úrovni pocitové. Proto je také důležité pro pacienta

s demencí vytvořit klidné a důstojné prostředí. Alzheimerova choroba končí smrtí. Pacienti trpící touto chorobou se dožívají průměrně od prvních příznaků 7 – 15 let (JIRÁK, HOLMEROVÁ, BORZOVÁ a kol. 2009).

1.4 DIAGNOSTIKA CHOROBY

V dnešní době pacient musí podstoupit celou řadu vyšetření, pro zjištění a potvrzení diagnózy Alzheimerovy choroby. Je vypracováno několik diagnostických postupů, avšak zpracování této diagnózy je pouze pravděpodobné, jistou diagnózu dokáže určit biopsie či histopatologické vyšetření mozku po smrti. Na diagnostice se podílí několik osob, jelikož sám pacient si často svůj problém nepřipouští či bagatelizuje. Je důležité proto pohled druhé osoby - rodinný příslušník či pečovatel, kteří objektivně popíší příznaky.

Prvním krokem pro určení diagnózy je stanovení lékařské anamnézy, která se provádí v klidném prostředí pro soustředění pacienta na lékařem kladené otázky. Lékař se především zaměřuje na věk, výskyt prvních příznaků, kdy nastaly poruchy paměti. Zjišťuje osobní, rodinnou, medikamentózní, pracovní, sociální anamnézu. Zaměřuje se na klinický obraz, možnost genetického přenosu v rodině, průběh nemoci a výskyt příznaků. Dále se zaměřuje na zvládání aktivit denního života, jestli pacient vyžaduje dopomoc či je soběstačný (LUŽNÝ, 2012).

Dalším krokem pro určení Alzheimerovy choroby a vyloučení jiných příčin demence (vaskulárních, tumorů, aj.) můžou být zobrazovací techniky, které pomáhají u stanovení diagnózy. Pacient podstupuje vyšetření CT a MR, které upozorňují na morfologické odchylky, jako je úbytek mozkové tkáně, změny prokrvení a přítomnost patologických nálezů. PET podává informace o kvalitě mozkového metabolismu, krevního průtoku a přítomnost a aktivitu neurotransmiterů v mozku. (JIRÁK, 2009)

Specialisté se často zaměřují i na **diferenciální diagnostiku**, která se zabývá popsáním jiných kognitivních poruch, jenž mohou mít podobné příznaky jako demence. Jejich včasné odlišení může vést ke správnému léčebnému ovlivnění. Především se zaměřuje na nejčastější psychickou poruchu ve stáří, která může mít rysy začínající demence – deprese. Její rozlišení bývá obtížné, zvláště pokud se objeví ve vyšším věku anebo když se demence a deprese objeví současně. Pacient si stěžuje na poruchy paměti, vyskytuje se úzkost a snížení motivační úrovně, poruchy pozornosti, převažuje stesk a obavy o tělesný stav.

1.4.1 HODNOTÍCÍ ŠKÁLY

Pro hodnocení poškození kognitivních funkcí se využívá několik testů, které s pacientem provádí neurolog či psychiatr. Testy s pacienta také provádí sestra, která se s ním setkává na oddělení či ambulantní návštěvě. Níže popsané testy najdeme v příloze.

V začáteční diagnostice a kvalifikaci závažnosti demence se používá škála Mini Mental State Examination neboli MMSE. Hodnotící kognitivní poškození pacienta. Skládá se z několika otázek zaměřených na orientaci, zapamatování a pozornost. Používanou metodou je také Test hodin, slouží k posouzení stádia nemoci. Pacient má za úkol podle předlohy nakreslit hodiny a vyznačit čas: 11 hodin a 10 minut. Hodnotí se provedení, vyznačení, prostorové uspořádání. Další používanou škálou je Hachinského ischemické skóre, které slouží k diagnostice rozdílu mezi Alzheimerovou chorobou, vaskulární demencí a smíšenou demencí. Zkoumá 13 příznaků a následně vyhodnotí pravděpodobnost (POKORNÁ a kol, 2013).

Sedmiminutový test slouží k screeningu Alzheimerovy choroby. Skládá se ze čtyř neuro-kognitivních subtestů, které hodnotí dentální orientaci v čase, paměť, vizuo-konstrukční schopnosti a řeč. Název tohoto testu nevyznačuje jeho délku, často splnění testu trvá kolem 30 minut. Addenbrodský kognitivní test se skládá se z upraveného MMSE testu, testu kresby hodin a kopie krychle. Zaměřuje se na poruchy orientace, paměti, řeči, vizuálních schopností a pozornosti. Je senzitivnější pro časná stádia demence a rozlišuje jednotlivé typy demencí (BUDSON, SOLOMON., 2016).

1.4.2 KRITÉRIA PRO KLINICKOU DIAGNÓZU

Nejčastěji používanou a platnou diagnostikou kritérií Alzheimerovy choroby jsou kritéria **NINCDS-ADRDA**, která rozlišují diagnózu na pravděpodobné, možné a jisté Alzheimerovy nemoci.

Diagnóza pravděpodobné Alzheimerovy choroby: zjištěna klinickým a neuropsychologickým vyšetřením. Dochází k deficitu minimálně ve dvou oblastech poznávacích funkcí a progresivnímu zhoršení paměti. Není přítomná primární porucha vědomí ani jiná systémová či mozková onemocnění. Dále je podporována: progresivním poškozením specifických kognitivních funkcí (řeč, motorika, percepční schopnosti). Dochází k narušení denních aktivit života. Rodinná anamnéza a laboratorní výsledky jsou pozitivní (ZVĚŘOVÁ, 2017).

Znaky, které činí diagnózu Alzheimerovy choroby nepravděpodobnou: náhlý začátek, neurologické nálezy (hemiparéza, senzorycké deficity, porucha pohybové koordinace), epileptické záchvaty či porucha chůze časně v průběhu nemoci.

Kritéria možné diagnózy Alzheimerovy choroby: mohou být stanovena na základě syndromu demence s atypickým začátkem, bez přítomnosti jiných neurologických, psychiatrických či systémových poruch. Jsou stanovena při sekundárních systémových nebo mozkových poruchách, které jsou schopné vyvolat demenci, bez pokládání za příčinu demence.

Definitivní diagnóza Alzheimerovy choroby: určují klinická kritéria pro pravděpodobnou demenci a histopatologický nález, získán biopticky či nekropticky (JIRÁK, 2013).

1.5 LÉČBA ALZHEIMEROVY CHOROBY

Demence je zpočátku plíživý a postupně progredující proces, zpravidla se rozvíjející v poruchách kognitivních funkcí, začíná nenápadně, a proto je velmi potřebné včas vyhledat odborníky a stanovit, o jaké onemocnění se jedná.

Alzheimerova choroba se vyskytuje ve dvou podobách:

- a) Familiární (vrozená) forma Alzheimerovy choroby. Výskyt této formy je velmi vzácný. Formy familiární Alzheimerovy choroby se liší od sebe genetickou změnou a dobou počátku onemocnění. Tato forma postihuje jedince starší 50 let.
- b) Sporadická (občasná) forma Alzheimerovy choroby. Zapadá zde většina všech případů, řadí se mezi typické onemocnění vyššího věku.

V současné době pro léčbu Alzheimerovy choroby není dostupná žádná kauzální léčba, jelikož etiologie není zatím kompletně vyřešená. Proto hlavním cílem léčby je zmírňovat příznaky, oddálit narušení kognitivních funkcí, zpomalit zhoršování stavu a rychlého nástupu těžké demence. Dnes je také hlavním úkolem umožnit pacientovi setrvat co nejdéle v domácí péči, prodloužit období soběstačnosti a kvalitu provádění běžných denních aktivit. Léčbu můžeme rozdělit na dvě skupiny, které se vzájemně prolínají, a to na farmakoterapeutický a nefarmakologický přístup, jež zahrnuje psychosociální složku, behaviorální trénink, práci s rodinou a pečovateli (LUŽNÝ, 2012)

1.5.1 FARMAKOTERAPEUTICKÝ PŘÍSTUP

Farmakoterapie kognitivních funkcí

- I. Inhibitory acetylcholinesterázy – zlepšují různými mechanismy centrální acetylcholinergní transmise. Acetylcholinergní systém, nezbytný pro paměť a další kognitivní funkce, je výrazně postižen v již v lehkých stádiích. Dochází k snížené tvorbě, uvolňování acetylcholinu z presynaptických zakončení a k menší tvorbě enzymů syntetizujícího acetylcholin. Inhibitory acetylcholinesterázy (kognitiva) zablokují enzymy odbourávající acetylcholin, a tím se zvětší acetylcholin v synaptické štěrbině a acetylcholinergní transmise. Navíc u Alzheimerovy choroby jsou nadměrně tvořeny enzymy butyrylcholinesterázy, které odbourávají acetylcholin, a tím zhoršují acetylcholinergní transmise. Jejich aktivita je přímo úměrná progresi Alzheimerovy choroby. V současné době se používají 3 druhy inhibitorů acetylcholinesteráz: Donepezil – má čistý účinek inhibující acetylcholinesterázy, Galantamin - je inhibitor acetylcholinesterár a zároveň alosterický modulátor nikotinových receptorů, Rivastagmin – který inhibuje acetylcholinesterázy i butyrylcholinesterázy. „*Kognitiva Alzheimerovu nemoc nevyлéčí, ale zpomalí její průběh a přechod do těžších stádií.*” (JIRÁK, 2013, s. 111). Kontraindikace inhibitorů jsou těžší převodní poruchy srdeční a gastroduodenální vředová choroba. Mezi nejčastější nežádoucí účinky se řadí nauzea, zvracení, průjmovitá stolice (ČECHOVÁ, 2011).
- II. Parciální inhibitory NMDA ionotropních receptorů – v těžších stádiích Alzheimerovy choroby dochází k postižení systému exitačních aminokyselin (Glutamátergní systém) ionotropních receptorů. Zástupcem inhibitoru ionotropních glutamátových NMDA receptorů je memantin, který svým působením brání excitotoxicitě – kdy dochází k nadměrnému uvolňování glutamátu a také ke zpětnému vychytávání glutamátu v různých oblastech mozku, které jsou důležité pro paměť. Toto vede k neuroprotekcii a stabilizaci nervových buněk. Látka je dobře snášena a obecně se vyskytuje minimum nežádoucích účinků, které mohou být halucinace, zmatenost či jiné psychotické symptomy (JIRÁK, 2008).

Farmakoterapie nekognitivních funkcí

V léčbě jsou brány ohledy i na farmakoterapeutické přístupy ovlivňující nekognitivní (behaviorální a psychologické) symptomy demence, např. spánek, nálada, chování, neklid.

Dělení kognitivních a nekognitivních funkcí nemusí být vždy striktní, jelikož zlepšení nekognitivních funkcí může mít pozitivní vliv na kognitivní funkce.

Deprese je častý doprovodný příznak demence. V léčbě jsou farmakem první volby antidepressiva ze skupiny SSRI – selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu. Mezi zástupce např. patří citalopram, fluoxetin, sertralin. Používáme pouze léky, které nemůžou poškodit kognitivní funkce.

U poruch **neklidu a agresivity nebo poruch vnímání – halucinace a myšlení – bludy** užíváme antipsychotika 2. generace tzv. atypická neuroleptika. Zástupci jsou risperidon, quetiapin a další.

Spánek je také častým projevem demence. Vyskytuje se porucha délky spánku, narušení cyklu spánek – bdění, která může vést k plné spánkové inverzi, někdy dochází i k fragmentaci spánku. Používají se antipsychotika s malým antipsychotickým účinkem, která však působí na uvedené příznaky, ale mají malý výskyt nežadoucích efekt - melperon, tiaprid. (JIRÁK, 2008)

1.5.2 NEFARMAKOLOGICKÝ PŘÍSTUP

Nefarmakologická léčba zahrnuje především psychoterapii, socioterapii a rehabilitaci. Podporuje se stálá aktivizace a stimulace pacienta.

Při psychoterapii je nutné si uvědomit, že pomoc v této oblasti nepotřebuje samotný pacient, ale i jeho nejbližší okolí – partneři, rodina, pečovatelé.

Rehabilitační programy jsou zaměřené na udržování a rozvíjení dosud zachovaných kognitivních funkcí a na udržování vykonávat základní aktivity denního života. K těmto programům jsou využívány metody tzv. aktivizace, jejichž cílem je udržení zachovaných schopností a jejich zdokonalení. Využívají se např. počítačové programy reedukace a paměťového tréninku, hraní společenských her – šachy, karetní hry, sledování televizních programů a následné sdělování osob, které v programu vystupovaly, reprodukce obrázku, trénink počítání matematických příkladů, každý den se pacienta ptát, jaké je datum, čas, co měl k jídlu, co dělá. Důležitý je pocit

jistoty, bezpečí a laskavý přístup, který může snížit hladinu úzkosti, strach ze selhání či nejistoty a může vést k lepší výkonnosti pacienta a zlepšit jeho koncentraci.

Léčba demence je komplexní činnost zahrnující jak farmakologickou, tak i nefarmakologickou léčbu, která je u každého pacienta individuálně variabilní.

1.6 PREVENCE

Dnešní populace stárne a výskyt Alzheimerovy choroby u starší populace je častější a stává se nedílnou součástí. V návaznosti na to vznikají stále nové výzkumy, které zkoumají mozek, myšlení a geny, které souvisí s výskytem Alzheimerovy choroby. I když správná etiologie není zcela jasná a léčbou můžeme Alzheimerovy choroby pouze zpomalit, je zde stále možnost vyvarovat se dopadu demence či Alzheimerovy choroby správnou prevencí a oddálit příznaky Alzheimerovy choroby. Člověk by neměl odkládat čas, kdy začne s prevencí, ale může se už teď vrhnout do akce proti rizikům zhoršení kognitivních funkcí a ubývání duševních schopností. Může začít žít aktivní život, změnit životosprávu a trénovat mysl, všechno toto směřuje k nejdůležitější věci, podporování fyzické i psychické aktivity života. Alespoň toto může vést k zajištění si dnů, měsíců či roků, kdy výskyt příznaků se neukáže nebo ho oddálíme až za hrob.

Prevence není vždy stoprocentní a především nemůže na všechny fungovat stejně, i když se člověk bude celý život správně stravovat, sportovat a vzdělávat se, může u něho ve stáří propuknout demence (CARPEROVÁ, 2011).

1.7 PROGNÓZA

Alzheimerová choroba je velmi specifická a progresivní onemocnění, které má individuální průběh u každého pacienta. Jeho prognóza se odvíjí od několika faktorů: věk ve kterém byla choroba diagnostikována, pohlaví a funkce kognitivních schopností v průběhu diagnostiky. Podle výzkumů pacienti diagnostikování ve věku 60- 70 let, přežívají 7-10 let. Pacienti diagnostikování s Alzheimerovou chorobou kolem 90 let a starší, přežívají kolem 3 let. Je třeba poznamenat, že některá organizace odhadují, že doba přežití se pohybuje od 2 do 20 let, a to se stává součástí rozhovorů s pacienty a jejich rodinami. Jelikož některé rodiny očekávají obvykle delší dobu trvání života s demencí, přestože průměrná délka choroby je kratší než tyto odhady (MAST, YOCHIM, 2017)

2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU

Projevy chování pacienta a postupné změny v jednání člověka s onemocněním jsou často reakcí na určitou situaci, např. ztráta schopností, neléčená bolest, osamělost, neuspokojené potřeby aj. Péče o tyto pacienty je zpravidla velmi těžká a zodpovědná, vyžaduje trpělivost, porozumění a především znalost psychosomatického stavu a péče o něj.

2.1 BOLEST

Bolest je důležitou oblastí u pacientů s Alzheimerovou chorobou, v první fázi pacient bolest dokáže popsat, avšak vývojem stavu dochází k snížení schopnosti bolest charakterizovat, až schopnost úplně vymizí. Vnímání bolesti u pacienta s demencí má svá specifika, která jsou ovlivněna utlumením receptorů a zvýšeným prahem vnímání bolesti (reakce na dlouhodobou bolest). Je nutností cíleně pátrat po projevech bolesti, jelikož neléčená bolest způsobuje úzkost, deprese, problémy se spánkem a výživou, omezení sociálních interakcí. Proto je důležité vnímání ošetřovatelského personálu, aby si všiml a mapoval projevy při zajišťování hygieny, oblékání, rehabilitace, aktivizace pacienta a odhalit známky bolesti. U křehkých seniorů a pacientů s onemocněním Alzheimerovy choroby neléčená bolest skrývá riziko – bolest může vést k poruchám chování a následnému užívání psychofarmak. (POKORNÁ, 2010)

V ošetřovatelském procesu je využívána vizuální analogová škála bolesti VAS. Tato škála hodnotí intenzitu bolesti, lokalizaci, začátek a dobu trvání bolesti, změny bolesti. Bolest dle VAS můžeme hodnotit u pacientů, kteří jsou schopni odpovědět na intenzitu bolesti a lokalizovat bolest. U pacientů s demencí s různým stupněm, se především zaměřujeme na výraz obličeje v klidu a při vykonávání činností sebeděče a ošetřování. Hodnotíme: výraz a sevření očí, bolestivé stažení úst, hlasový projev, napětí dolních a horních končetin. Pro měření bolesti u pacientů s demencí se využívá stupnice PAINAD, je spolehlivá a lze s ní pracovat v praxi. Stupnice hodnotí dýchání, bolestivá vokalizace, výraz obličeje, řeč těla a utěšování. (KLEVETOVÁ, 2009).

2.2 VÝŽIVA

Pro všechny, i pro pacienta s Alzheimerovou chorobou, je jídlo důležitou součástí denních rituálů a stereotypů života. Výživa je důležitý prostředek při léčbě, prevence vzniku komplikací spojených s malnutricí.

Samotné onemocnění nevyžaduje užívat nějakou speciální dietu, má však vliv na oblast stravy, obyčejné „najíst se“ je pro člověka s onemocněním obtížné a tuto skutečnost způsobuje několik faktorů. Ztráta chrupu, porucha žvýkání, porucha polykání, zhoršená hybnost jazyka, pocit knedlíku v krku a pocit nasycenosti ovlivňují příjem potravy u seniora. Pacient zapomíná sníst připravenou stravu, zapomíná, jak se drží příbor, zapomíná, že nejedl, či naopak již jedl, zapomíná přijímat tekutiny. Nejčastější projevem je zadržování stravy v ústech, pacient není schopen se na příjem potravy soustředit a nedokáže polknout. Tento problém lze řešit jediné úpravou stravy např. na kašovitou formu, ale také je potřebné upoutání pozornosti pacienta a jeho soustředění se na pohyb stravy v dutině ústí. Dalším problémem může být odmítání stravy, kdy dochází, že pacient stravu vyplivuje nebo nechce otevřít ústa. Proto je důležité umožnit pacientovi vybrat si potravu podle chuti a podávat dostatek informací o nutnosti příjmu potravy. Je potřebné pacienta pravidelně vážit a odchylky konzultovat s lékařem a nutričním terapeutem. Cílem ošetrovatelské péče je také zachování jeho samostatnosti, která podporuje soběstačnost a nezávislost, kdy pacient je s vývojem choroby stále více závislý na druhé osobě. Do komplexní péče také patří dostatečný příjem tekutin, kdy pacient zapomíná na tekutiny, jelikož ztrácí pocit žízně a nenapije se ani, když vidí hrnek s nápojem před sebou. Je nutné dostatečně a často nabízet tekutiny a jejich příjem zaznamenávat (CALLONE, 2008).

To, co ohrožuje dostatečnou výživu pacienta a vede k poruchám dehydratace a malnutrice, je právě kognitivní porucha zapomínání. Proto pacient tak stále více potřebuje podporu, pomoc a radu při jídle ze strany druhé osoby (CARPEROVÁ, 2011).

2.3 SPÁNEK

Porucha spánku je častým příznakem demence, nejčastěji se vyskytuje ve středním stádiu. Poruchu spánku doprovází mnoho faktorů, jako je dezorientace, užívání léků, výskyt deprese a úzkosti. Dochází k posunu cyklu spánku - bdění. Která se

může projevit spánkovou inverzi, ve dne je pacient ospalý a v noci čilý, také se projevuje insomnií a nespavostí. Pacient se v průběhu noci často budí a často se taky projevuje v noci nadměrná aktivita, kdy je běžné že pacient prohledává skříně, obléká se, bloudí po pokoji či chodbě a ruší své okolí. Pacient chodí brzy spát a brzo usíná, během noci se probudí a už neusne. Vliv na spánek má, také že pacient s demencí tráví více času v lůžku a má více denních zdřímnutí. Obvykle jsou tyto stavy spojené s přiměřenou fyzickou aktivitou nemocného přes den, kdy hraje významnou roli dostatek pohybu. Důležité pro pacienta je správné nastavení pravidelného denního režimu, kdy pacient ve stejnou dobu vstává a ve stejnou dobu jde spát. Dbát na přiměřenou

a pravidelnou aktivizaci během dne, fyzicky náročnou, ale také kognitivní stimulaci. Zpříjemnit pacientovi usínání v noci, najít zvyklosti, které mu jsou blízké, teplá koupel před spaním, omezení tekutin (RUSINA, HOLMEROVÁ, 2014).

2.4 VYPRAZDŇOVÁNÍ

Vyprazdňování, je další oblastí, která hraje velkou roli u pacienta s demencí. Především je spojována s inkontinencí moče i stolice. Inkontinence se objevuje u pacientů relativně časně a u některých až v pokročilejším stádiu. Důležité je hledat příčinu inkontinence, komunikovat a řešit tento problém s lékaři, jestli není způsobená užíváním možných léků, častou příčinou je také infekce močových cest, která může být neřešená a způsobuje inkontinenci u pacientů s Alzheimerovou chorobou.

Inkontinence moče, se nejčastěji objevuje jako první a to ve středním či pozdním stádiu choroby. Často je způsobená různými příčinami: pacient nemůže najít záchod, pacient necítí nucení na močení, neví jak se svléct, zapomene na to, špatně vyhodnotí nucení na močení. Především se inkontinence projevuje ve spojení s poruchou kognitivních funkcí a chováním pacienta. Při neklidu či nervozitě, pacient cítí častější nucení na moč. Pro pacienta je následně velmi těžké nést skutečnost, že se pomočili, berou to jako prohru, jsou neklidní, plačtiví a může se projevovat i agresivita. V těchto situacích bychom měli projevit pochopení a chovat se taktně, v situacích, které se jim nepodaří zvládnout. Pro pacienta s demencí je důležité vytvořit takový režim, který vede, aby k těmto příčinám inkontinence docházelo co nejméně. Klíčové je nastavení pravidelného denního rytmu, kdy pacient chodí na záchod, a jsou spojené s dalšími aktivitami dne, aby mu to vyhovovalo a bylo příjemné (např. mikce při ranní hygieně,

následně před snídaní, při dopoledních aktivitách, před obědem a pokračovat dál celý den). Cílem ošetrovatelského procesu je co nejdéle udržet pacienta s demencí plně kontinentního, právě díky nastavení správného denního režimu (HOLMEROVÁ, JAROLÍMOVÁ, SUCHÁ a kol. 2009).

Inkontinence stolice se projevuje většinou až v pokročilém stádiu demence. Příčinou často bývá neklid, který umocňuje fakt, že starší lidé trpí zácpou. Proto je nutné úprava složení stravy, dbát na dostatek příjmu vlákniny aby nebylo potřeba používat laxantiva. Také aktivizace pacienta.

2.5 BEZPEČNOST

Bezpečnost pacienta při chůzi a přesunech ve vyšším věku, je jedna z důležitých priorit aby se zamezilo pádu. Chůze je věkem i přidruženým onemocněním ovlivněna, kdy dochází k úbytku svalové hmoty a tím také k ubývání fyzické síly. U pacientů s Alzheimerovou chorobou je chůze s vývojem stádia choroby nejistá, dochází ke ztrátě rovnováhy, může být ovlivněna v rámci kognitivního poškození a pacient si neuvědomuje nedostatek fyzické síly pro přesun, dochází k snížené schopnosti adaptace na měnící se a ztížené podmínky chůze, při vstávání z lůžka, chůze ze schodů, nerovný povrch a lehce může dojít k pádu. Pacienti jsou také ovlivňováni medikací, kterou dostávají (např. hypnotikum, psychotika). Důležitým faktorem při chůzi je především nevhodně uspořádané prostředí v pokoji (koberečky u postele, nesprávně ustavený nábytek, schody, eklektické kabely). Pád u seniora může způsobit vážné následky, proto je důležité věnovat pozornost pro správné zabezpečení, dbát na prevenci, používání kompenzační pomůcek a hodnotit riziko pádu. Zaznamenávat a analyzovat možnosti vzniku pádu, kterému můžeme předcházet správným zabezpečením (KALVACH a kol., 2008)

2.6 SPECIFIKA V PÉČI O PACIENTA S ALZHEIMEROVOU CHOROBU

Pro vytváření odpovídajícího, ppřirozeného prostředí, pro využití různých technik a činností práce je důležitá znalost stavu člověka s onemocněním Alzheimerovy choroby, znalost stavu kognitivních funkcí a celé jeho symptomatologie.

Za jednu ze základních věcí se považuje udržovat svůj mozek stále aktivní, nabízet mu stále nové aktivity. Zaplnit svůj volný čas aktivitami, které váš mozek podpoří jako je hraní karet, videohry, návštěvy vzdělávacích akcí, učení se nového jazyka. Dochází tím k tvoření nových mozkových buněk a k posilování nervových spojení. Carperová (2011, s. 276) ve své knize o přístupech k Alzheimerově chorobě uvádí: „*Jde hlavně o to, abychom nacházeli nové a zábavné způsoby, jakými procvičovat a stimulovat stárnoucí mozkové buňky, právě to je klíčem k vybudování odolnosti vůči Alzheimerově chorobě.*”

Níže jsou uvedeny vybrané nástroje technik aktivizace a terapie.

2.6.1 KOGNITIVNÍ TRÉNINK

Zaměřuje se na posilování psychomotoriky, na pozornost, orientaci (zrakově-prostorové schopnosti), paměť, jazykové a řečové schopnosti, myšlenkové operace a exekutivní funkce. Kognitivní trénink „*vyjadřuje procvičování kognitivních schopností u zdravých osob, které se touto činností aktivizují, a činí tak prevencí kognitivních poruch ve smyslu involučních změn.*” (KLUCKÁ, VOLFOVÁ, 2009, s. 19).

Kognitivní trénink tedy není jen prevencí, ale i způsob léčby Alzheimerovy choroby. Hlavní výhodou je, že tento trénink probíhá zábavnou a odlehčovací formou, která by pacienta měla bavit a motivovat. Tento trénink je vhodný do domova pro seniory, kde se senioři aktivně setkávají a komunikují, tím dochází ke zpomalení oslabení kognitivních funkcí a snížení pocitu osamělosti.

2.6.2 ERGOTERAPIE

Ergoterapie je součástí komplexní péče o člověka s demencí. Zejména se zabývá posilováním soběstačnosti a vedením k sebe obslužným činnostem. Maximálně podporuje jedince v běžném životě a plně respektuje jeho osobnost a možnosti. Jako terapeutické prostředky jsou v ergoterapii využívány činnosti a postupy, které pomáhají k obnově postižených funkcí.

Cílem ergoterapie je dosažení maximální soběstačnosti a nezávislosti člověka, naplňování jeho sociální role a zvýšení kvality jeho života.

Mezi ergoterapii řadíme další terapie, které napomáhají k možnému zachování soběstačnosti: arteterapie, muzikoterapie, pohybové terapie, pet terapie (SUCHÁ, 2009)

2.6.3 REMINISCENCE

Pojem reminiscence znamená vzpomínku, vzpomínání, vzpomínat. Reminiscenční přístup je založen „na něčem, co děláme všichni a většina z nás s potěšením – vzpomínání je sdílení příběhů o věcech, které jsme dělali, místech, která jsme navštívili, a o lidech, kteří pro nás byli v minulosti důležití.“ (JANEČKOVÁ, VACKOVÁ, 2010, s. 78).

Při vzpomínání pacient zaměstnává své myšlení a paměť, procvičuje mozek, vzpomínání pomáhá se vyrovnávat se závažnými životními událostmi a změnami, vzpomínání uvolňuje emoce, přináší pocity např. lásky, lehkosti, vůně, humoru, taky smutku, stesku, trapnosti. Senior uspokojuje potřebu předání zkušeností, posiluje své vlastní sebevědomí, důstojnost a předává životní moudrost. Vzpomínání stimuluje kontakty, usnadňuje vzájemnou komunikaci, překonává izolaci, ovlivňuje mezilidské vztahy. V reminiscenci usilujeme o vybavení vzpomínek a prožitků u člověka (JANEČKOVÁ, VACKOVÁ, 2010).

2.6.4 BAZÁLNÍ STIMULACE

Bazální stimulace je metoda využívána ve stádiu pokročilé demence a v terminální fázi. Snaží se nahradit nedostatek motorických zkušeností a vjemů. Umožňuje lidem s postiženým myšlením, vnímáním a poruchami hybnosti zlepšovat svůj stav pomocí cílené stimulace smyslových orgánů. Zaujímá holistický přístup k těžce nemocným prostřednictvím somatických, vibračních, vestibulárních, smyslových, komunikačních a sociálně emocionálních podnětů.

Cílem bazální stimulace je podpora vnímání vlastní identity, usiluje o zlepšení komunikace s okolím, zvládnutí orientace a času a k podpoře celkovému zlepšení všech funkcí organismu (HOLMEROVÁ, JAROLÍMOVÁ, SUCHÁ a kol. 2009)

3 SOCIÁLNÍ PÉČE O PACIENTA S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU

Pečovat a starat se o člověka s Alzheimerovou chorobou představuje obtížnou práci. Častokrát se pečující seznamuje s náročnou péčí a těžkostmi za pochodu, a musí se s ní vyrovnat sám. V současnosti existuje mnoho organizací, na které se pečující osoby mohou, obrátit, jak v rámci pomoci péče nebo které sociální služby využít, poskytování kompenzačních pomůcek (jednorázové hygienické pomůcky a inkontinentní pomůcky, kolečkové křeslo, mobilní WC, chodítko, vozík, sedátko do vany, polohovací postel atd.) nebo řešení příspěvku na péči. Poskytování sociální služeb se řídí zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, a prováděcí vyhláškou č. 505/2006 Sb., kterou provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

Nárok na příspěvek na péči mají lidé s omezenou soběstačností v důsledku chronického onemocnění, také lidé s onemocněním způsobující demenci. Podle stupně závislosti na pomoci jiné osoby a stanovení lékařského posudku se stanoví výše příspěvku. Pro přiznání je také rozhodující základní životní potřeby: mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, osobní aktivity a péče o domácnost (RYCHLÍKOVÁ, VOJTÍŠKOVÁ, 2017).

3.1 PÉČE O PACIENTA S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ

Senior bydlí často ve vlastním domě nebo bytě a tuto skutečnost si přeje zachovat, neboť rodinné zázemí je jednou z nejdůležitějších jistot starého člověka a stává se hlavním zdrojem očekávané péče. Vytrvání seniora v domácím prostředí za podpory a péče rodiny je zároveň považováno za nejlepší způsob péče o seniora. Péče v domácím prostředí, zejména v případě seniora se specifickými potřebami, klade nároky na poskytnutí péče a vyžaduje provedení úpravy prostředí pro zajištění přirozeného a bezpečného prostředí.

Přirozené prostředí je nutné chápat jako životní prostor, který kromě bydlení zahrnuje i rodinné vazby a síť sociálních kontaktů vázaných na danou komunitu.

Pokles osobnosti, ztráta sociálních rolí pacienta s Alzheimerovou chorobou a následná péče přináší velkou zátěž pro rodinu. Tato zátěž se projevuje především v přijetí změny osobnosti člověka s onemocněním a v náročnosti péče o něj. Péče o takového člověka přináší a vyvolává v pečujících osobách pocity marnosti, a to z důvodu uvědomění si skutečnosti, že se jedná o neměnný a trvalý zdravotní stav našeho blízkého. Projevy Alzheimerovy choroby jako bezohlednost, bludné představy, soustředění se na sebe, obviňování druhého a situace, kdy člověk s demencí Alzheimerovy choroby již nepoznává svého blízkého, vnášejí do života pečujících osob častou frustraci a bezmoc.

Poskytování péče v přirozeném prostředí seniora rodinnými příslušníky zároveň přináší i různé překážky. Mezi tyto překážky řadíme nevyhovující bydlení, kdy při nastěhování seniora do rodiny dospělých dětí a velikosti bytu dochází ke ztrátě soukromí, dále to je ekonomická závislost pečujících na zaměstnání, povinnosti vůči vlastní rodině, velká vzdálenost bydliště seniora a dospělých dětí, vyčerpání a únava rodinných příslušníků při péči o seniora (HAUKE, 2014).

Dlouhodobá péče o seniora je fyzicky i psychicky velmi náročná a představuje pro pečujícího rodinného příslušníka vysokou zátěž, a proto je důležité nabídnout rodinám jiné alternativy. Zajištění důstojné a odpovídající péče patří k povinnostem každé společnosti a nabídka zdravotní a sociální péče musí vycházet z individuálních potřeb člověka, odpovídat rozdílným životním situacím a reagovat na poptávku po službě (DVOŘÁČKOVÁ, 2012).

3.1.1 DOMÁCÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE

Nedílnou součástí moderního systému péče o pacienta s Alzheimerovou chorobou je poskytování domácí zdravotní péče v rámci zdravotního pojištění. Poskytování a úhrada domácí zdravotní péče plyne z prostředků veřejného zdravotního pojištění a je dána platnými právními předpisy a je dána platnými právními předpisy. Domácí péči můžeme rozdělit na několik forem: domácí hospitalizace, dlouhodobá domácí péče, preventivní domácí péče a hospicová (paliativní) domácí péče.

„Cílem domácí péče je udržení, podpora či navrácení zdraví, rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení, zajištění klidného umírání nevyлéčitelně nemocných v přirozeném prostředí, v němž dlouhodobě žijí, a snížení potřeby ústavní péče zdravotní i sociální.“ (MISCONIOVÁ, 2011, s. 184)

Tato péče je poskytována všeobecnými sestrami s platnou registrací v přirozeném prostředí pacienta na základě indikace lékaře. Všeobecná sestra poskytuje výkony péče, např. odběr biologického materiálu, ošetření stomií, aplikace medikace, ošetření ran, převazy aj. (MISCONIOVÁ, 2011).

3.1.2 TERENNÍ A AMBULANTNÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY

Tyto sociální služby umožňují pacientovi s Alzheimerovou chorobou zůstat ve svém obvyklém prostředí, ve vlastním domě či bytě, a zároveň přispívají k lepšímu zvládnutí každodenní situace, které se pro seniora stávají obtížnější.

Terénní sociální služby se poskytují bez časového omezení v přirozeném sociálním prostředí pacienta a při činnostech, které osoba potřebuje. Patří zde: osobní asistence, pečovatelská služba, odlehčovací služba (par. 39, 40, 44 zákona o sociálních službách).

Ambulantní sociální služby se poskytují osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Mezi tyto služby řadíme centra denních služeb, denní stacionáře, odlehčovací služby, poradny pro pečující (par. 44, 45, 46 zákona o sociálních službách).

Zmíněné sociální služby se snaží zajistit fyzickou a psychickou soběstačnost pacienta a jsou podporou pro rodinu, která pečuje o pacienta s Alzheimerovou chorobou. Nabízejí různé alternativní možnosti, pokud se rodina nemůže o seniora postarat v určitých dnech nebo daném období. Poskytují služby celý den a jsou individuálně závislé na potřebách pacienta a rodinných příslušníků.

3.2 PÉČE O PACIENTA S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU V INSTITUCI

V případě, že služba nemůže být poskytována v jeho domácím prostředí, přicházejí na řadu služby pobytové. V České republice jsou pobytové sociální služby zastoupeny domovy pro seniory v počtu 515 zařízení s kapacitou cca 40 tisíc lůžek, což představuje 48% podíl všech pobytových sociálních služeb (MPSV, 2012).

V souvislosti se stárnutím lze předpokládat, že v budoucnu bude přibývat výskyt onemocnění typických pro vyšší věk, mezi které patří degenerativní onemocnění, zejména Alzheimerova choroba, a tímto vznikne nárůst požadavků na sociální

a zdravotní péči, a proto při poskytování potřebné péče seniorům sociální služby představují významnou pomoc (MPSV, 2012).

3.2.1 ÚSTAVNÍ ZAŘÍZENÍ

Nevýhodou umístění pacienta s Alzheimerovou chorobou ve zdravotnickém zařízení je časový limit a přeplněnost těchto míst. S touto chorobou jsou pacienti především na oddělení neurologie, psychiatrie nebo bývají umístěni do léčeben dlouhodobě nemocných, psychiatrických léčeben a oddělení následné péče. V těchto zařízeních není vždy jednoduché vyjít vstříc potřebám pacientů s onemocněním.

Po celou dobu léčby by měl mít pacient svého lékaře, který jej bude psychicky podporovat, pochopí jeho situaci, udělá si čas na jeho zdravotní problémy nebo odkáže na další odborníky (GLENNER, 2012).

3.2.2 POBYTOVÉ A SOCIÁLNÍ SLUŽBY

Sociální služby pobytového charakteru pro pacienta s Alzheimerovou chorobou jsou domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem, tyto služby poskytují komplexní péči o seniory v rozsahu sociální, ošetrovatelské a zdravotní péče. Služby v těchto zařízeních jsou poskytovány kvalifikovanými pracovníky, odborným personálem, kteří poskytují profesionální a odbornou pomoc a péči na základě sestavení plánu péče daného člověka.

Paragraf 50 zákona č. 108/2006 Sb. vymezuje poskytování služby v domovech se zvláštním režimem, které poskytují pobytové služby osobám se sníženou soběstačností z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje 24 hodinovou pomoc jiné fyzické osoby. Systém rozvržení dne v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob.

Domovy se zvláštním režimem jsou specializovaná zařízení určena pro osoby s chronickým duševním onemocněním, včetně demencí, kde za předem a jasně definovaných okolností mohou pohyb pacienta omezit tak, aby byla zajištěna jeho bezpečnost (MALÍKOVÁ, 2011).

3.3 SPOLEČNOST PRO POMOC PACIENTOVI S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU

Česká Alzheimerova společnost vznikla v roce 1997 jako občanské sdružení. U jejího zrodu stáli lékaři, sociální pracovníci stejně jako rodinní pečující, kteří se zajímali o problematiku demence. „Podnětem k jejímu vzniku byl pocit některých profesionálů i rodinných příslušníků, že problematice demencí, a to zejména praktickým aspektům péče, není u nás věnována dosud dostatečná pozornost.” (JIRÁK, HOLMEROVÁ, BORZOVÁ a kol. 2009).

Během své působnosti zaznamenala ČALS mnoho úspěchů a pokroků v péči o nemocné s demencí. V současnosti je Česká Alzheimerova společnost členem několika organizací - Alzheimer's Europe a Alzheimer's Disease International.

Cílem ČALS je pomáhat lidem postiženým demencí, mezi které patří jak samotní nemocní, tak jejich rodinní příslušníci. Informace o ČALS lze najít na internetových stránkách www.alzheimer.cz a také na stránkách www.gerontologie.cz, kde se nacházejí kontaktní místa a informační centra a také je zde zveřejněna databáze služeb pro seniory. ČALS provozuje kontaktní a informační centrum, které lze navštívit nebo zavolat, a zdejší pracovník je schopen podat základní informace o problematice demencí a služeb nebo nasměřovat člověka na další zdroje. Dále vydává brožurky a příručky k danému problému pro širokou veřejnost, poskytuje odborné poradenství (lékaři, psychologové, sociální pracovníci). Organizuje různé přednáškové činnosti – semináře, školení, kurzy.

Projekty ČALS

Dny paměti – projekt, který je organizován ČALS, se zaměřuje na včasnou diagnostiku Alzheimerovy choroby. Zájemce může navštívit kontaktní místa, kde si nechá vyšetřit paměť a v případě potřeby mu je předán kontakt na specialistu, který provede potřebná vyšetření.

Bezpečný přístav je další projekt, který slouží rodinám, jejichž příslušník odchází z domu, bloudí a ztrácí se.

Čaj o páté je významný a první projekt této společnosti. Svépomocné skupiny rodinných příslušníků se scházejí za koordinace pracovníka k výměně svých zkušeností a k sdílení emočních prožitků.

Za zmínku také stojí respitní péče, která umožňuje a poskytuje oddych rodinným pečujícími, kteří se o pacienta starají. Dochází k převzetí péče o pacienta postiženého demencí na několik hodin týdně spolupracovníky ČALS (JIRÁK, HOLMEROVÁ, BORZOVÁ a kol. 2009).

3.4 KOMUNIKACE S PACIENTEM S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU

Komunikace je proces, který dává pocit spojení s okolím. Použitím verbálního a neverbálního jazyka dochází k odesílání a přijímání sdělovaných informací, předávání pocitů a citů k druhým. Každý člověk má určitý typ komunikace, vrozené tempo řeči a slova, která často používá při komunikaci s druhými. Je známkou profesionality naučit se znát a používat slova a termíny, které náš pacient přijímá a rozumí jim.

Do procesu komunikace vstupujeme s určitými představami o druhých, o jejich dovednostech, jejich motivaci a vůli. Tyto informace mohou být do určité míry objektivní nebo dokonce zcela mylné. Pacient se může domnívat, že se s ním hovoříme pouze na určité téma, např. o zdravotních problémech. Pacient také s námi nemusí komunikovat, obává se, že téma rozhovoru nebude dostatečně závažné a my odejdeme (JIRÁK, HOLMEROVÁ, BORZOVÁ a kol., 2009).

Pro pacienta s Alzheimerovou chorobou je velmi významná neverbální komunikace. Pro efektivní komunikaci je potřebné se přizpůsobit danému rozpoložení pacienta, míře pozornosti, jeho schopnosti vnímat a fungovat. Měli bychom k pacientovi přistupovat s takovou technikou, která uzpůsobí porozumění sdělovanému navzdory symptomům. U pacienta s Alzheimerovou chorobou je jako jeden ze základních symptomů neschopnost pozornosti, porucha paměti, myšlení a vyskytuje se i porucha řeči. Při neverbální komunikaci je možné využívat několik nástrojů, které usnadňují dorozumění mezi pacienta a ošetrovatelským personálem. Mezi tyto pomůcky patří piktogramy, kdy pacienta má při sobě fotografie a alby svých nejbližších, kousky nábytku, který mu připomínají domov nebo zázemí ve kterém žil, pro snadnější orientaci v prostoru má barevně vyznačený pokoj, dále mu také orientaci mohou usnadňovat zvýrazněné čáry na zemi, které vedou do místností, které využívá nejčastěji, např. koupelna, jídelna a záchod. (GLENNER, 2012).

K pacientovi je třeba přistupovat trpělivě, být pozorný, empatický, stále kontrolovat jeho stav, komunikovat nonverbálně, taktlně, snažit se nespěchat. Ponechat mu dostatek času na promyšlení odpovědi. Je potřeba chovat se tak, aby nedošlo k uražení pacienta a abychom vždy respektovali jeho jedinečnost a důstojnost. Je-li to nemocnému příjemné, dokazujte mu lásku a pochopení dotykem, objetím či pohlazením, zjišťujme, co potřebuje a co si přeje. Jak správně komunikovat s pacientem s Alzheimerovou chorobou je uvedeno v příloze A (HOLMEROVÁ, MATLOVÁ, 2014).

4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

Moderní ošetřovatelství využívá metodu ošetřovatelského procesu, což popisuje způsob, jakou sestra péči o člověka vykonává. Tato péče není intuitivní, ale je položena na uváženém a řízeném uspokojování potřeb a řešení problémů (TÓTHOVÁ a kol., 2014).

V současnosti bylo popsáno několik definicí ošetřovatelského procesu. „*Ošetřovatelský proces je systematická, racionální metoda plánování a poskytování ošetřovatelské péče. Jeho cílem je zhodnotit zdravotní stav pacienta, reálné a potenciální problémy péče o zdraví, stanovit plány pro splnění stanovených cílů, poskytnout specifickou ošetřovatelskou intervenci a zhodnotit jejich účinnost.*“ (SYSEL, BELEJOVÁ, MASÁR, 2011, s. 34). Sestra přistupuje k pacientovi individuálně a ošetřovatelskou péči provádí ve prospěch ošetřovaného samostatně nebo za aktivního zapojení pacienta. Úspěch ošetřovatelského procesu se odvíjí od otevřené, smysluplné komunikace a navázání vztahu mezi sestrou a pacientem.

Ošetřovatelský proces se skládá z 5 fází, které se vzájemně ovlivňují, jsou systematické a úzce spolu souvisí. Tyto fáze umožňují sestře, samostatné rozhodování pro co nejvhodnější způsob péče, dosažení vymezených cílů a hodnocení pokroku, kterého pacient dosáhl. Tyto fáze jsou označeny následovně: posuzování, diagnostika, plánování, realizace, vyhodnocení (TÓTHOVÁ a kol., 2014).

Posuzování – 1. fáze, jehož cílem je založení databáze, která je sestavena z odpovědí či reakcí pacienta na dané onemocnění, která se prolíná na jeho potřebu ošetřovatelské péče. Sestra především používá holistický přístup k pacientovi a sbírá informace, které se týkají tělesné, emocionální, vývojové, společenské, kulturní, intelektuální a duševní stránku pacienta. Sběr informací je systematický a nepřetržitý, protože jedině tak jde zjistit všechny potřebné údaje vzhledem k měnícímu se zdravotnímu stavu pacienta. Posuzování a sběr dat, je součástí všech fází ošetřovatelského procesu. Proto je nutné zajistit, zda sesbírané údaje souvisí se zdravotním stavem pacienta, jsou přesné a úplné, vytváří počáteční obraz o možném problému a sestra se snaží sbírat další informace, které jsou potřebné pro pochopení daných spojitostí a přesné identifikaci problému. Při posuzování lze využít metody: pozorování, rozhovor a vyšetření.

Diagnostika – druhá fáze, kde probíhá analýza získaných dat a cílem je určit zdravotní problémy pacienta. K určení diagnózy dochází diagnostickým procesem což je rozpoznání a zhodnocení lidské reakce na nemoc. Tyto reakce se liší vzhledem k nemoci, jsou individuální a mají rozmanitý vývoj. Díky tomu jak pacient reaguje na nemoc, vzniká daný problém, který má vliv na uspokojování potřeb pacienta a diagnostika tyto problémy identifikuje ve všech souvislostech a má za úkol rozpoznat a zhodnotit jeho potřeby. Je nutné vědět, že se potřeby v průběhu nemoci mění, a jsou ovlivněny tím, jak pacient na nemoc reaguje. Podstatné je určení jejich pořadí důležitosti a plánování činností, které vedou k zmírnění či odstranění problémů.

Plánování – třetí fáze, která je významnou částí ošetrovatelského procesu. Zde dochází k určení cílů a plánování ošetrovatelské strategie. Sestra si vytýčí priority a stanoví pořadí ošetrovatelských strategií, v jakém se budou problémy pacienta řešit. Pořadí ošetrovatelských diagnóz není určeno jen podle vážnosti, ale také jsou respektovány přání, potřeby a bezpečnost pacienta. Nutné je také věnovat pozornost problémům, které potřebují okamžitý zásah. Dalším krokem je stanovení očekávaných výsledků a cílů, které měří realizaci plánu péče, určují ošetrovatelské zásahy a podněcují činnost. Stanovení cílů vždy vychází z ošetrovatelských diagnóz. Cíl může být krátkodobý a dlouhodobý. Výsledkem plánování je vytvoření plánu ošetrovatelské péče, který obsahuje ošetrovatelské diagnózy, stanovené cíle a výsledná kritéria, ošetrovatelské intervence a vyhodnocení. Plán ošetrovatelské péče sděluje informace o zdravotním stavu pacienta v logickém celku, které jsou předávány v rámci multidisciplinárního týmu. „*Tento proces je uvážený, systematický a je nevyhnutelný k dosažení kvalitní ošetrovatelské péče.*“ (TÓTHOVÁ a kol., 2014, s. 25).

Realizace – čtvrtá fáze, kde dochází k realizaci naplánovaných ošetrovatelských intervencí, které pomáhají k dosažení stanoveného cíle. Nezbytností je, aby pacient, je-li to možné byl aktivním účastníkem realizace plánu ošetrovatelské péče. Dobrá příprava, ručí za efektivní realizaci plánu péče. Během procesu realizace dochází k opakovanému posouzení stavu pacienta, kontrolu plánu péče, zajištění pomůcek a personálu k realizaci plánu, příprava pacienta a předcházení komplikací. Nutné je zhodnotit jakou pomoc pacient od ošetrovatelského personálu vyžaduje k dosažení stanoveného cíle. Sestra pozoruje pacienta a vykonává ošetrovatelské intervence, při realizaci využívá různé metody k dosažení cílů a v případě potřeby a změny stavu pacienta vhodným způsobem upraví postup.

Vyhodnocení – v poslední fázi dochází k hodnocení stanovených cílů podle poskytnutí individuálního plánu pacienta, zda byla ošetrovatelská péče efektivní či naopak. Vyhodnocení ukazuje reakci pacienta na dané intervence, zhodnocení získaných údajů a vymezení daných kritérií, porovnání sbíraných údajů se stanovenými kritérii a posouzením, porovnání ošetrovatelských činností a výsledků pacienta, zda je pacient splňuje nebo intervence něco narušilo a musí dojít k přehodnocení. Sestra sbírá subjektivní a objektivní údaje v souvislosti s vyhodnocení stanovených cílů. Existují tři možné způsoby hodnocení: cíl je splněn – ošetrovatelský proces je ukončen, cíl je splněn částečně anebo cíl je nesplněn a dochází k přehodnocení, změně a navrhnutí nového plánu péče. V této fázi se sestra stává zodpovědnou za svou činnost, nepokračuje v činnostech, které jsou neúčinné, ale hledá činnosti účinné. (TÓTHOVÁ a kol., 2014, SYSEL, BELEJOVÁ, MASÁR, 2011).

5 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU

Ošetřovatelská proces byl zpracovaný v nemocnici v Českém Těšíně na oddělení následné péče s pacientem s diagnózou Alzheimerova choroba. Pacientka na oddělení pobývala od 26. 2. 2018, kde byla hospitalizována z důvodů udržení soběstačnosti a rehabilitace po erysipelu pravé dolní končetiny. O hospitalizaci žádal syn, který zároveň po rehabilitaci a zlepšení soběstačnosti má zájem pečovat o maminku opět v domácím prostředí.

Veškeré získané informace, které se týkaly pacienta, byly získané z chorobopisu, zdravotní dokumentace, rozhovorem s pacientem a také rozhovorem se synem pacientky. Na základě získaných údajů, byl sestaven ošetřovatelský proces.

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Jméno a příjmení: E. C.	Pohlaví: žena
Datum narození: 26. 5. 1931	Věk: 87
Adresa bydliště a telefon: XXX	Rodné číslo: 31...
Adresa příbuzných: XXX	Číslo pojišťovny: 111
Vzdělání: středoškolské	Zaměstnání: aranžérka
Stav: vdova	Státní příslušnost: česká
Datum přijetí: 15. 2. 2018	Typ přijetí: hospitalizace
Oddělení: Oddělení následné péče	Ošetřující lékař: MUDr. C
Dorozumívací jazyk: polština, čeština	

Důvod přijetí udávaný pacientem:

“Abych se měla dobře.”

Medicínská diagnóza hlavní:

Erysipel pravého bérce

Chronická žilní insuficience

Demence pokročilého stupně při Alzheimerově chorobě

ICHS chronická

Medicínské diagnózy vedlejší:

Operace halux valgus

Primární gonartróza

VITÁLNÍ FUNKCE PŘI PŘIJETÍ

TK: 125/75 mmHg

Výška: 168 cm

P: 68' min

Hmotnost: 75 kg

D: 18/min

BMI:

TT: 36,4 °C

Pohyblivost: omezená

Stav vědomí: dezorientovaná osobou, místem, časem. Projevy občasného odchodu bez návratu, projevy agresivity.

Nynější onemocnění:

Pacientka přijata 26. 2. 2018 k rehabilitaci a ošetrovatelské péči pro zhoršení soběstačnosti pohyblivosti po prodělaném erysipelu pravé dolní končetiny. Paní E. C., je vdova 10 let, má dvě děti, syna a dceru, kteří ji často navštěvovali s rodinami a jsou si velmi blízcí, po hospitalizaci, péče o pacientku bude zjištěna v domácnosti syna. Dříve, žila sama v bytě v přízemí, po diagnostice Alzheimerovy choroby, měla zajištěnou péči, prostřednictvím agentury domácí péče, jejíž pracovníci za pacientkou docházeli a pečovali o ni, kdy již nebyla schopna se sama o sebe postarat, byla zmatená a nebylo možné zajistit pacientce bezpečnost. Vzhledem k diagnostice už není možné, aby pacientka zůstávala doma sama a docházela jen domácí péče, proto syn pacientky je rozhodnutý pečovat o svou matku ve svém vlastním domácím prostředí, tzn. u sebe doma.

Při přijetí byly provedeny odběry, lékařské vyšetření, neurologické a také psychiatrické vyšetření.

Informační zdroje:

- Zdravotní dokumentace pacientky
- Rodina - syn
- Pacientka

ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza:

Matka: bezvýznamná, zemřela v 76 letech

Otec: hypertenze, Diabetes Mellitus 2. typu, zemřel v 69 letech

Sourozenci: bratr, 88 let, zdravý. Sestra, 85 let, neví, co bylo

Děti: syn 45 let, zdravý, dcera 43 let, zdravá

Osobní anamnéza:

Překonané a chronické onemocnění: Erysipel pravého berce, Chronická žilní insuficience, recidivující erysipely, Demence pokročilého stupně v.s. Při Alzheimerově chorobě, ICHS chronické, Klidová plicní hypertenze, HN II. St., primární gonartróza, oboustranná III.st., TEP levého kolene.

Hospitalizace a operace: V roce 2001 operace halux valgus., V roce 2008 prodělala operaci TEP levého kolene.

Úrazy: Nevzpomíná si.

Transfuze: Nevzpomíná si.

Očkování: Povinná dětská očkování.

Léková anamnéza:

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Paralen	tbl.	500 mg	1-0-1	analgetikum
Furorese	tbl.	40 mg	1-0-0	diuretikum
Verospiron	tbl.	25 mg	1-0-0	antihypertenzivum, diuretikum
Anopyrin	tbl.	100 mg	0-1-0	antikoagulancia

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Tiaprid	tbl.	100 mg	1-1-1-1	antipsychotika

Alergologická anamnéza:

Léky: Intolerance Tramadolu

Potraviny: Neguje

Chemické látky: Neguje

Jiné: Neguje

Abúzy:

Alkohol: dříve příležitostně na oslavách, nyní vůbec

Kouření: Nekuřák

Káva: káva 2x denně, nyní kávu nepije

Léky: Neguje.

Sociální anamnéza:

Stav: Vdova.

Bytové podmínky: V manželství žila v rodinném domě, po smrti manžela se přestěhovala do malé bytové jednotky. Po hospitalizaci se bude stěhovat k synovi na rodinný dům.

Vztahy, role a interakce v rodině: Vztahy v rodině jsou velmi dobré. Častokrát se navštěvovali celá rodina, sestra, bratr, i s jejich dětmi jsou v kontaktu dodnes, když nemohli, aspoň si volali. Navzájem s dcerou a synem mají velmi dobré vztahy, dětem na mamince záleží, často za ní docházeli, i když se ji stav zhoršoval.

Vztahy, role a interakce mimo rodinu:

Záliby: „Mám ráda všechno.“ Pacientka nerozeznala, na co se ptám. Syn sdělil, že kdysi ráda přestavovala nábytek doma a doplňovala interiér domu. Ráda také pracovala na zahradě. Nyní ráda sleduje v TV polské kreslené pohádky/animované filmy.

Volnočasové aktivity: Dříve, když toho byla ještě schopná, se navštěvovala s přáteli a rodinou. Rovněž docházela do klubu seniorů.

Pracovní anamnéza:

Vzdělání: středoškolské.

Pracovní zařazení: Nevzpomíná si.

Čas působení, čas odchodu do důchodu, jakého: Nepamatuje si.

Vztahy na pracovišti: Nepamatuje si.

Ekonomické podmínky: „Jsem v důchodě.“

Spirituální anamnéza:

Pacientka je aktivně věřící člověk, dříve každou neděli navštěvovala kostel a další náboženská setkání. Se zhoršením stavu nebyla schopná se těchto aktivit účastnit.

POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU ze dne 26.2.2018

Popis fyzického stavu:		
SYSTÉM:	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE:	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE:
Hlava a krk:	„Hlava mě nebolí.“	Hlava poklepem a pohmatem nebolestivá. Bulby v středním postavení, zornice izokorické, skléry bílé, spojivky růžové. Jazyk nepovlečen. Krční žíly bez kongesce, uzliny nehmatné, štítná žláze nezvětšená.
Hrudník a dýchací systém:	„Dobře se mi dýchá.“	Hrudník pokleповě jasný. Dychání sklípkové bvf. Plíce poslechově bazální bilatelární oslabení.

Popis fyzického stavu:		
SYSTÉM:	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE:	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE:
Srdečně cévní systém:	„Nereaguje, neumí odpovědět.“	Srdce: akce pravidelná, kladná, ozvy ohraničené, bez šelestů. Funkce obou komor je správná. TK: 125/75 mmHg Pulzace dobře hmatná, 68/min.
Břicho a GIT:	„Břicho mě nebolí.“	Břicho volně prohmatné, nebolestivé, bez hmatné rezistence, Játra nezvětšená. Slezina nehmatná, tapott. oboustranně negativní. Vyprazdňování je nepravidelné co 2 dny, max. 1x za den.
Močový a pohlavní systém:	„Nereaguje.“	Podbříšek nebolestivý. Moč je kontinentní, především záleží na přísunu tekutin a léků.
Kosterní a svalový systém:	„Bolí mě tady ruka a toto vidíte, to mě taky bolí.“	Těžko se občas zvedá z lůžka, nutná dopomoc. Chůze je nejistá a pomalá. Může dojít k pádu. Udává bolesti na zápěstí PHK. Vzhledem po

Popis fyzického stavu:		
SYSTÉM:	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE:	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE:
		<p>gonartróze a operaci TEP je předpokládána bolest kloubu, avšak pacientka si na žádnou další bolest nestěžuje.</p> <p>Riziko pádu: hodnocení - 6 bodů. (viz. Příloha D)</p>
Nervový systém a smysly:	<p>Nereaguje.</p> <p>Později se ptá: „Kde to jsem.“</p>	<p>Pacientka při vědomí, dezorientovaná časem i místem, orientovaná pouze svými nejbližšími (syn a dcera).</p> <p>Přes den je zmatená, v noci nahlas vykřikuje.</p> <p>Občas je agresivní.</p> <p>Výrazné poruchy paměti.</p>
Endokrinní systém:	„Nepochopila otázku.“	Štítná žláza nezvětšená, fyziologická.
Imunologický systém:	„Nic mi není.“	Alergie pouze na Tramadol. Jiná alergie či jiné obtíže v dokumentaci nejsou uvedeny.

Popis fyzického stavu:		
SYSTÉM:	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE:	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE:
Kůže a její adnexa:	„Tady mě bolí.“ „Nepochopila otázku.“	Kůže je bledá, bez cyanóz, bez ikteru. Vlasy jsou světlé, krátké. Nehty upravené. Na LDK viditelný větší kardiální otok. Na DKK křečové žíly. Kožní turgor dostatečný.

Poznámky z tělesné prohlídky:

Pacientka dezorientovaná, na některé otázky se snažila odpovědět, ale většinu nechápala. Odpovědi nebyly vždy přijatelné. Snažila se spolupracovat. Po chvilkách byla nervózní, bylo proto nutné dělat pauzy na odpočínutí.

Aktivity denního života			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Stravování:	doma	Vařila si sama, později připravovaná snídaně pracovníky pečovatelské služby, obědy dováženy.	BMI – 26,6. Pacientka má mírnou nadváhu, proto jsou ji doporučené podávat menší porce jídla a častěji.
	v nemocnici	„Dobré jídlo jím.“	Racionální dieta č. 3/mletá Výživa per os. Nají se

Aktivity denního života			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
			sama, stravu je potřeba naporcovat a připravit. Někdy nutný dohled aby snědla dostatečný přísun potravin. BMI: 26,6
Příjem tekutin:	doma	Nelze hodnotit.	Syn sděluje, že má raději sladší vody.
	v nemocnici	„Ještě mi dejte napít.“	Pacientka vypije přibližně kolem 1200 až 1500 ml tekutin denně. Pacientce je nabízíme různé druhy čajů, má také sladké neperlivé vody.
Vylučování moče:	doma	„Chci jít na WC. “	Nelze hodnotit.
	v nemocnici	„Chci jít na WC. “	Pacientka je inkontinentní moč i stolice, používá inkontinenční pomůcky - pleny. Výměna inkontinentní pomůcky je zajišťována personálem.
Vylučování stolice:	Doma	Nelze hodnotit.	Nelze hodnotit.

Aktivity denního života			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
	v nemocnici	Nedokáže odpovědět. „Bolí mě tady ruka, vidíte.“	Pacientka je inkontinentní, proto používá inkontinenční pomůcky. Někdy chce na stolicí, proto je vysazována na WC vozík. Poslední stolice byla 24.2.2018
Spánek a bdění:	doma	„Dobře, půjdu spát.“	Nelze hodnotit.
	v nemocnici	„Tady spím.“	Během noci je pacientka dezorientovaná, vylézá z lůžka, nahlas volá. Spíše polospánek. Monitoring pacientky.
Aktivita a odpočinek:	doma	„Neví, jak na tuto otázku odpovědět.“	Nelze hodnotit.
	v nemocnici	„Toto je moje kamarádka.“	Během dne polehává na pokoji v lůžku a sleduje TV. Pravidelně probíhá rehabilitace na oddělení nebo v aktivizační místnosti.
Hygiena:	doma		Nelze hodnotit.
	v nemocnici	Usmívá se. Říká: „Dobré, dobré.“	Pacientka si sama umyje obličej žínkou. Dopomoc

Aktivity denního života			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
			personálem o celkovou hygienu v koupelně včetně dutiny ústní a úprava vlasů.
Soběstačnost:	doma	„Jsem tu sama.“	Nelze hodnotit.
	v nemocnici	„Jsem tu sama.“	Pacientka je nesoběstačná, potřebuje pomoc jak u pohybu, v péči o vlastní osobu, tak i u stravování. Pacientka v testu podle Barthelové vyšla ve vysoké závislosti: 25 bodů. (Viz. Příloha C)

Posouzení psychického stavu		
	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Vědomí:	Neodpovídá.	Pacientka je při vědomí. Dezorientovaná osobou, časem i místem. Když personál vstoupí do pokoje hned se ptá, ráda si uklízí v nočním stolku a schovává věci. MMSE test: 12 bodů (viz.

Posouzení psychického stavu		
	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
		Příloha B)
Orientace:	Neodpovídá.	Pacientka je dezorientovaná. Žije současnou přítomností, nepamatuje si, co měla k obědu. Pokud přijde rodina na návštěvu, ráda je potom zmiňuje celý den. Občas bývá i agresivní.
Nálada:	„Dobře se mám.“	Pacientka se občas usmívá a je komunikativní. Bývá také agresivní a podrážděná, při rozdávání léků nebo na základě požadavků personálů.
Paměť:	„Všechno si pamatuji.“	Paměť vykazuje známky poškození. Když přijde syn na návštěvu - pozná ho podle obličeje a objeví se úsměv na její tváři. Nedokáže slovně vyjádřit své vzpomínky.

Posouzení psychického stavu		
	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Myšlení:	„Pamatuji si to.“	Pacientka se snaží odpovídat na dané otázky, avšak odpovědi nejsou vždy srozumitelné a odpovědi jsou zmatené, nenalézá správná slova pro vyjádření. Některým věcem nerozumí.
Temperament:	Neodpovídá.	Nelze hodnotit.
Sebehodnocení:	„Bolí mě tady ruce.“ - ukazuje na zápěstí PHK.	Nelze hodnotit.
Vnímání zdraví:	Neodpovídá.	Nelze hodnotit.
Vnímání zdravotního stavu:	„Všechno je dobré.“	Informace ohledně zdravotního stavu jsou sdělovány jak pacientce, tak i rodinným příslušníkům. Pacientka si je nepamatuje.
Reakce na onemocnění a prožívání onemocnění:	„Jsem nemocná.“	Pacientka má demenci při Alzheimerově chorobě.
Reakce na hospitalizaci:	Neodpovídá.	Pacientka je dezorientovaná.

Posouzení psychického stavu		
	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Adaptace na onemocnění:	„Dobře mi je.“	Adaptace je zdlouhavá, pacientka utíkala z lůžka a z pokoje.
Projevy jistoty a nejistoty (úzkost, strach, obavy, stres):	„Nechte mě. Už mi nic nedávejte.“	Pacientka jeví projevy strachu, úzkosti a je nervózní.
Zkušenosti z předcházejících hospitalizací (iatropatogenie, srororigenie):	„Nemám problém.“	Pacientka nejeví žádné známky negativní zkušenosti z předchozí hospitalizace.

Posouzení sociálního stavu		
	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Komunikace:	verbální	<p>„Dobře, dobře budu s vámi mluvit.“</p> <p>Pacientka mluví srozumitelně, ale odpovídá nesouvisle a odpovědi nedávají smysl. Nevzpomíná si na správné vyjádření a jak poskládat slova.</p> <p>Příklad zjištění: ptám se jaký je den (pátek),</p>

Posouzení sociálního stavu			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
			odpovídá pondělí. Ptám se na rok, odpovídá 2018.
	neverbální		Při rozhovoru pacientka používá gesta a je udržován oční kontakt.
Informovanost:	onemocnění		Pacientka je informovaná o svém zdravotním stavu.
	o diagnostických metodách		Nelze hodnotit.
	o léčbě a dietě		Racionální dieta č. 3.
	o délce hospitalizace	„Jsem tady už dlouho. “	Pacientka je informovaná o délce hospitalizace a dalším průběhu, kde bude bydlet.
Sociální role a jejich ovlivnění	primární role (související s věkem		Pacientka má 87 let, sociální role je ovlivněna chorobou.

Posouzení sociálního stavu			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
nemocí, hospitalizací a změnou životního stylu v průběhu nemoci a hospitalizace:	a pohlavím):		
	sekundární role (související s rodinou a společenskými funkcemi):		Pacientku pravidelně navštěvuje syn a dcera s rodinou. Berou ji sebou do bufetu nebo ven a rádi si povídají.
	terciální role (související s volným časem a zálibami):		

MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT:

Ordinovaná vyšetření: pravidelné psychiatrické vyšetření, pravidelná fyzioterapie

Výsledky: kontrolní laboratorní vyšetření krve

Konzervativní léčba:

Dieta: č. 3 - racionální

Pohybový režim: omezený, dopomoc a doprovod při pohybu, monitoring

Fyzioterapie: pravidelné rehabilitační cvičení

Výživa: per os, dieta č. 3 - racionální, nesní toho moc, menší porce, jídlo častěji.

Medikamentózní léčba:

a) per os:

- i. Paralen 500 mg 1 tableta ráno a večer
- ii. Furorese 40 mg 1 tableta ráno
- iii. Verospiron 25 mg 1 tableta ráno
- iv. Anopyrin 100 mg 1 tableta odpoledne
- v. Tiaprid 100 mg 1 tableta, ráno, odpoledne, večer a v 21.hod

Pacientce je léky nutno připravit, podat a zkontrolovat dutinu ústní, zda jsou léky polknuty.

b) per rectum: při obstipaci podávaná medikace laxativa max. 1x denně.

Chirurgická léčba: 2 - TEP levého kolene 2008, operace halux valgus

SITUAČNÍ ANALÝZA:

Pacientka ve věku 87 let, byla přijata na oddělení následné péče, kde je hospitalizována pro zlepšení soběstačnosti a rehabilitaci po prodělaném erisypelu PDK s diagnózou demence při Alzheimerově chorobě. Přijela v doprovodu syna. Pacientku je vdova, žila sama v bytě po hospitalizaci bude žít u svého syna, který se chce o svou maminku starat.

Pacientka je dezorientovaná osobou, místem i časem. Je při vědomí, komunikativní, mnohdy těžko nalézá slova, nedokáže odpovědět spontánně, až na cílený dotaz kývne hlavou. Při dlouhých rozhovorech bývá nervózní a ztrácí zájem.

Nutný zvýšený dohled u pacientky, jelikož se snaží sama vylézt z lůžka a utíkat z pokoje. Chůze samostatná je nejistá a může dojít k pádu. V hodnocení rizika pádu pacientka dosáhla 8 bodů - riziko pádu.

Byl také vyhodnocen kontrolní test MMSE - 13 bodů - středně těžká kognitivní porucha. U pacientky bylo provedeno hodnocení vzniku dekubitů - celkové skóre 20 bodů - střední riziko.

V oblasti příjmu potravy je nutné pouze porcování stravy a dohled aby pacientka snědla dostatek potravin. Pitný režim dodržován, tekutiny nabízeny. V oblasti vylučování pacientka je inkontinentní moč i stolice, na stolici si někdy řekne a je vysazována na WC vozík. Pacientka hygienu zvládá pouze s dopomocí personálu, obličej si s ústním návodem umyje sama, ostatní části těla je nutné umýt. Pacientka

v průběhu dne spíše polehává a odpočívá, přes noc je spánek trhaný a v průběhu noci se budí, vylézá z lůžka, nahlas vykřikuje a sundává si inkontinenční pomůcky.

V průběhu dne poskytována fyzioterapie, posedává v křesle, sleduje TV nebo si listuje časopisy, které jsou pacientce nabízené. Vzhledem ke všem popsaným skutečnostem a v souvislosti poskytování kvalitní péče je potřebné u pacientky zachovávat a udržovat soběstačnost, pokud jen to je možné přizpůsobovat pacientce průběh dne na oddělení potřebám pacientky. Zároveň je nezbytné věnovat čas a prostor při komunikaci s pacientkou.

5.1 STANOVENÍ AKTUÁLNÍCH A POTENCIÁLNÍCH OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ

Ošetřovatelské diagnózy byly stanoveny dle NANDA International 2015 – 2017.

Aktuální ošetřovatelské diagnózy:

1. Chronická zmatenost 00129
(Z důvodů poškození dlouhodobé paměti, projevující se dezorientací osobou, časem a místem.)
2. Narušený vzorec spánku 00198
(Z důvodů změny prostředí a zmatenosti, projevující se noční nespavostí, buzením a voláním během noci.)
3. Zhoršená paměť 00131
(Z důvodů poškození paměti Alzheimerovou chorobou, projevující se neschopností provést naučené dovednosti.)
4. Zhoršená tělesná pohyblivost 00085
(Z důvodů ztráty rovnováhy a nejistoty po předchozích pádech, projevující se nejistou chůzí a přesunech na pokoji.)
5. Zhoršená verbální komunikace 00051
(Z důvodů potíží verbálně vyjádřit myšlenek, projevující se neschopností najít správná slova a poskládat je do vět.)
6. Deficit sebepéče při koupání 00108
(Z důvodů poškození kognitivních funkcí, projevující se neschopností umýt si tělo.)
7. Deficit sebepéče při oblékání 00109

(Z důvodů zhoršení kognice, projevující se neschopností svléknout si a obleknout si oblečení.)

8. Deficit sebeděče při vyprazdňování 00110

(Z důvodů zhoršené pohyblivosti, projevující se neschopností se vyprázdnit.)

9. Chronická bolest 00133

(Z důvodů dřívějších onemocnění, projevující se neklidem a podrážděností.)

10. Úzkost 00146

(Z důvodů zmatenosti a snížení kognitivních funkcí, projevující se bezmocností a pocitem strádání.)

11. Funkční inkontinence moči 00020

(Z důvodů zhoršení kognice a pohyblivosti, projevující se únikem moči.)

12. Inkontinence stolice 00014

(Z důvodů poškození kognitivních funkcí, projevující neuvědomění si jít se vyprázdnit.)

Potenciální ošetřovatelské diagnózy:

13. Riziko pádu 00155

14. Riziko sníženého objemu tekutin v organizmu 00028

Ošetřovatelská diagnóza:

Chronická zmatenost z důvodů poškození dlouhodobé paměti, projevující se dezorientací osobou, časem a místem.

Název, kód: Chronická zmatenost (00129)

Doména 5: Percepce/Kognice

Třída 4: Kognice

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

Určující znaky:

- Změny osobnosti
- Poškození krátkodobé paměti
- Poškození dlouhodobé paměti
- Progresivní zhoršení kognice

Související faktory:

- Alzheimerova choroba

Rizikové faktory:

- Ztráta kognice
- Demence

Priorita: Střední

Cíl dlouhodobý: Pacientka je adaptovaná a orientována v novém sociální prostředí (místem, časem, osobou) – do 2 týdnů hospitalizace.

Cíl krátkodobý: Pacientka se bez problémů orientuje na pokoji – do 24 hodin.

Očekávané výsledky:

- Pacientka neprojevuje pocity zmatenosti a neklidu během dne – do 72 hodin.
- Pacientka má zajištěnou dostatečnou bezpečnost při přesunech na pokoji během celého dne – do 24 hodin.
- Pacientka se orientuje v novém sociálním prostředí – do 24 hodin.
- Rodina pacientky přijme projevy zmatenosti a nutná opatření, která její stav

vyžaduje – do 72 hodin.

- Rodina je zapojena do péče a seznámení pacientky v novém prostředí – do 72 hodin.
- Pacientka rozumí a akceptuje chod oddělení – do 24 hodin.

Plán intervencí:

1. Sleduj projevy pocitu zmatenosti a změny nálad pacienta. (Všeobecná sestra)
2. Posud' stupeň poruchy projevů orientace a paměti. (Všeobecná sestra)
3. Zajisti dostatečnou bezpečnost při přesunech na pokoji. (Všeobecná sestra, Ošetřovatel)
4. Podporuj udržení soběstačnosti pacientky v daných výkonech, pomáhej ve výkonech, které pacient nezvládá. (Všeobecná sestra)
5. Podporuj orientaci pacienta umístěním hodin, kalendáře na pokoji. Udržuj jeho pozornost a předávání informací pomocí televize. (Všeobecná sestra)
6. Informuj rodinu o důležitosti udržení pravidelného kontaktu s pacientkou. (Všeobecná sestra)
7. Udržuj stále a neměnné prostředí pokoje. (Všeobecná sestra, Ošetřovatel)
8. Aplikuj léky dle ordinace lékaře. (Všeobecná sestra)

Realizace: ze dne 25. 5. 2018

- 6.30 – informování pacientky o nadcházejícím dni. (Všeobecná sestra B. P.)
- 6.30 – hygiena pacientky – obličej si návodem umyje sama žínkou, umytí těla, výměna inkontinenční pomůcky, výměna ložního prádla. (Všeobecná sestra B. P.)
- 7.00 – kontrola orientace a paměti pacientky – posouzení dle MMSE, kontrola hodin, umístění kalendáře. (Všeobecná sestra – B. P.)
- 7.30 – podání ranní medikace dle ordinace lékaře. (Všeobecná sestra – B. P.)
- 9.30 – aktivizace pacientky, dechové cvičení, procvičování dolních končetin, chůze v chodítku. (Ergoterapeutka – J. S.)
- 12.30 – podání odpolední medikace (Všeobecná sestra B. P.)
- 14.00 - vysazení pacientky do křesla v televizní místnosti
- 16.00 – kontrola orientace pacientky na pokoji. (Všeobecná sestra B. P.)
- 18.30 – podání večerní medikace (Všeobecná sestra S. M.)
- 19.00 – příprava pacientky na spánek, odstranění nebezpečných předmětů z blízkosti pacientky (Všeobecná sestra S. M.)
- 21.00 – podání hypnotikum – sledování stavu a spánku pacientky (Všeobecná sestra S.

M.)

6.30 – kontrola pacientky na pokoji. (Všeobecná sestra B. P.)

Hodnocení: 26. 2. 2018

Stanovené cíle přetrvávají. Pacientka dle vyhodnocení kontrolního testu MMSE má středně těžkou kognitivní poruchu. Z tohoto důvodu je nutný zvýšený dohled a častější kontroly pacientky na pokoji. Osvědčily se hodiny a kalendář u pacientky na pokoji. Dále vyznačení barevně a štítky všech důležitých míst na pokoji, umyvadlo, okno, zrcadlo, televize, ovladač pro zapamatování pacientky. Důležité je také zapojit rodinu do spolupráce k udržování paměti a orientace pacientky. Především je nutné pokračovat v intervencích 3., 4., 5. a 8. neboť vzhledem k prognóze může dojít k zhoršování stavu pacientky.

Hodnocení: 11. 3. 2018

Dlouhodobý cíl, byl splněn. Po uplynutí 2 týdnů, pacientka je adaptovaná v novém prostředí. Je klidnější, orientovaná časem a místem.

Ošetrovatelská diagnóza:

Zhoršená verbální komunikace z důvodů potíží verbálně vyjádřit myšlenky, projevující se neschopností najít správná slova a poskládat je do vět.

Název, kód: Zhoršená verbální komunikace (00051)

Doména 5: Percepce/Kognice

Třída 4: Komunikace

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

Určující znaky:

- Potíže verbálně vyjádřit myšlenky (např. afázie, dysfázie, apraxie, dyslexie)
- Potíže s tvorbou vět
- Potíže udržet běžný komunikační vzorec
- Dezorientace osobou, místem, časem

Související faktory:

- Pozměněné vnímání sama sebe
- Změny vnímání

Rizikové faktory:

- Ztráta kognice
- Alzheimerova choroba

Priorita: Střední

Cíl dlouhodobý: Pacientce je poskytnut dostatečný čas na vyjádření svých myšlenek a používá alternativní způsoby komunikace (obrázky, symboly) – během 1 týdne hospitalizace.

Cíl krátkodobý: Pacientka sděluje své potřeby personálu bez známek neklidu a frustrace – do 72 hodin.

Očekávané výsledky:

- Pacientka sděluje své potřeby ošetřujícímu personálu – do 72 hodin.
- Pacientka rozumí mluvenému slovu a gestům – do 72 hodin.
- Pacientka používá alternativní komunikační způsoby (obrázkové karty, symboly) – do 1 týdne.
- Pacientka neodmítá pomůcky při komunikaci – do 1 týdne.
- Pacientka projevuje pochopení mluveného slova personálem – do 1 týdne.
- Pacientka nereaguje agresivně a je spokojená při komunikaci s rodinou a personálem – do 72 hodin.

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

1. Posuď stav komunikace pacientky s ošetřujícím personálem a rodinou. (Všeobecná sestra)
2. Zdokumentuj schopnost pacientky mluvit, psát a rozumět. (Všeobecná sestra)
3. Poskytni dostatečný prostor a povzbuzuj pacientku, aby vyjádřila své potřeby. (Všeobecná sestra, Ošetřovatelka)
4. Mluv srozumitelně, pomalu, klidně. (Všeobecná sestra, Ošetřovatelka)
5. Používej obrázkové karty, symboly při komunikaci s pacientkou. (Všeobecná sestra)
6. Zapoj rodinu ke stimulaci a rozvoje komunikace. (Všeobecná sestra)
7. Zapisuj do dokumentace projevy komunikace, reakci na dotek. (Všeobecná sestra)

Realizace:

8:00 Edukace pacientka o používání alternativních způsobů při komunikaci (obrázkové karty, gesta, dotyk). (Všeobecná sestra B. P.)

8.30 Poskytnut dostatečný prostor pro vyjádření pocitů pacientky, sdělení svých potřeb, a zda jsou tyto potřeby uspokojeny. (Všeobecná sestra B. P.)

10:00 Sledování projevů chování pacientky, podpora k využívání obrázkových karet při komunikaci. (Ergoterapeutka Š. J.)

14:00 Informování rodiny o zapojení se stimulace a rozvoje komunikace. (Všeobecná sestra B. P.)

Hodnocení: 28. 2. 2018

Krátkodobý cíl byl splněn, pacientka je klidná při sdělování svých potřeb a myšlenek, někdy ji ruší okolní prostředí a nechá se unést k jiným myšlenkám, věty nedávají vždy smysl. Při komunikaci není agresivní. Dlouhodobý cíl stále přetrvává, pacientka akceptovala při komunikaci používat obrázkové karty, avšak používání těchto pomůcek se musí stále připomínat personálem. Verbální komunikace se zlepšila především s rodinou, kdy pacientka je uvolněnější. V intervencích je nutné stále pokračovat.

Ošetřovatelská diagnóza:

Narušený vzorec spánku z důvodu změny prostředí a zmatenosti, projevující se noční nespavostí, buzením a voláním během noci.

Název, kód: Narušený vzorec spánku (00198)

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 1: Spánek/odpočinek

Definice: *Časově omezená narušení množství a kvality spánku vlivem vnějších faktorů.*

Určující znaky:

- Nespokojenost se spánkem
- Změna normálního vzorce spánku

Související faktory:

- Neznámé prostředí

Priorita: Střední

Cíl dlouhodobý: Pacientka má zlepšený spánek během noci – do 2 týdnů.

Cíl krátkodobý: Během hospitalizace pacientka spí v noci minimálně 4 hodiny – do 72 hodin.

Očekávané výsledky:

- Pacientka během noci spí – do 72 hodin.
- Pacientka je dostatečně unavená a nemá problém s usínáním – do 72 hodin.
- Pacientka dokáže vyjádřit své pocity při nedostatku a špatném spánku – do 2 týdnů.
- Pacientka má přizpůsobený denní režim – do 72 hodin.
- Personál zná návyky pacientky při spaní – do 1 týdne.
- U pacientky došlo k zlepšení spánu, celkové pohody a odpočinku – do 1 týdne.

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

1. Aktivizuj pacientku během dne - rehabilitační cvičení. (Všeobecná sestra, Ošetřovatel, Ergoterapeutka)
2. Podávej léky dle ordinace lékaře, v případě nespavosti aplikuj hypnotikum. (Všeobecná sestra)
3. Sleduj účinek léků, zapisuj do dokumentace, hlas lékaři. (Všeobecná sestra)
4. Sleduj spánek během noci a zapisuj do dokumentace. (Všeobecná sestra)
5. Edukuj pacientku o nespavosti a možnostech zlepšení spánku. (Všeobecná sestra)
6. Zajisti klidné a nerušené prostředí pro spánek. (Všeobecná sestra)

Realizace:

6:30 – Pacientka je informovaná o předešlé noci, nespavosti a průběhu dne. (Všeobecná sestra B. P.)

10:00 – Aktivizace pacientky, dechové cvičení, posílené dolních končetin, nácvik chůze v chodítku. (Ergoterapeutka J. S.)

12:00 – Chůze v chodítku na pokoji, přesednutí do křesla k obědu. (Ošetřovatelka J. M.)

14:00 – Aktivizace pacientky hrou, opakování a pojmenování nábytku na pokoji, skládání puzzle. (Všeobecná sestra B. P.)

15:00 Zapojení rodiny do aktivizace pacientky, rodina si vzala pacientku do

nemocničního parku na vozíku.

17:30 Vysazení pacientky do křesla k večeři. (Ošetřovatelka J. M)

19:00 Eliminace prostředí a rušivých předmětů na pokoji.(Všeobecná sestra R. G.)

21:00 Kontrola pacientky na pokoji – pacientka nespí, podání hypnotikum, sledování účinku a zapsání do dokumentace. (Všeobecná sestra R. G.)

24:00 Kontrola pacientky na pokoji – pacientka spí. (Všeobecná sestra R. G.)

2:00 Kontrola pacientky na pokoji – pacientka nespí, hledá něco v noční stolku. Pacientce nabídnutí tekutin, změna polohy. (Všeobecná sestra R. G.)

4:00 Kontrola pacientky na pokoji – pacientka opět spí. (Všeobecná sestra R. G.)

6:00 Zapsání do dokumentace o proběhlé noci a účinku hypnotikum, informování lékaře. (Všeobecná sestra R. G.)

Hodnocení: 27. 2. 2018

Krátkodobý cíl byl splněn, pacientka po aktivizaci během dne je unavenější. Přes noc spí minimálně 4 hodiny. Na pokoji jsou eliminované rušivé předměty před spánkem, zatažení žaluzií, vypnutí TV, odstranění nebezpečných prostředků do dostatečné vzdálenosti. Pacientka je během noci klidnější. Dlouhodobý cíl byl splněn, pacientka po 2 týdnech během noci spí minimálně 4 hodiny. Spánek je klidnější, neprobouzí se během noci tak často a nevykřikuje.

Ošetřovatelská diagnóza:

Zhoršená tělesná pohyblivost z důvodů ztráty rovnováhy a nejistoty po předchozích pádech, projevující se nejistou chůzí a přesunech na pokoji.

Název, kód: Zhoršená tělesná pohyblivost (00085)

Doména 4: Aktivita/Odpočinek

Třída 2: Aktivita/cvičení

Definice: *Omezení nezávislého cíleného tělesného pohybu těla či jedné nebo více končetin.*

Určující znaky:

- Nahrazení pohybu jinými činnostmi (např. Zvýšená pozornost k aktivitám druhých, kontrola chování, zaměření na postižení/aktivitu před onemocněním)
- Změny chůze (např. Zpomalené tempo chůze, obtížný začátek chůze, malé krůčky, šouravá chůze, přehnané kymácení do stran)
- Zpomalené pohyby
- Nekoordinované pohyby

Související faktory:

- Kognitivní poškození
- Snížení svalové síly
- Ztráta kondice

Priorita: Střední

Cíl dlouhodobý: Chůze pacientky je jistější a nedojde k pádu během hospitalizace – do 1 týdne.

Cíl krátkodobý: Pacientka používá kompenzační pomůcky při pohybu – do 72 hodin.

Očekávané výsledky:

- Pacientka používá kompenzační pomůcky při pohybu – do 1 týdne
- Pacientka je ochotná se zapojit do aktivizace – do 72 hodin.
- Chůze pacientky je jistější – do 72 hodin.
- U pacientky nedojde k poškození kožní tkáně a pádu – do 1 týdne.
- Pacientka má zachovanou sílu při chůzi – do 1 týdne.

- Rodina je zapojena do rehabilitace a udržení funkčnosti pohybu pacientky – do 72 hodin.

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

1. Posoudit chůzi pacientky a naplánovat rehabilitační cvičení. (Všeobecná sestra, Fyzioterapeutka)
2. Zajisti bezpečné prostředí pro pacientku během dne. (Všeobecná sestra)
3. Aktivizace pacientky - dechová cvičení, posilňování dolních končetin, nácvik chůze. (Fyzioterapeutka)
4. Zajisti dostatečné kompenzační pomůcky pro pacientku - pevná obuv, madla na pokoji, v koupelně a na chodbě, chodítko. (Všeobecná sestra, Ošetřovatel, Rodina)
5. Vybízet a podporovat pacientku k aktivitě. (Všeobecná sestra, Fyzioterapeut, Rodina)
6. Pobízet pacientku v péči sama o sebe, umytí obličeje, příjem potravy k získání energie. (Všeobecná sestra, Ošetřovatel)
7. Zapisovat rehabilitační cvičení do dokumentace. (Všeobecná sestra)

Realizace:

6:30 Ranní hygiena, pobízení pacientky k zapojení do sebe péče, s mluveným návodem si umyla obličej. (Ošetřovatelka R. T.)

7:00 Kontrola pokoje, odstranění překážek na pokoji, zajištění bezpečnosti. (Všeobecná sestra B. P.)

7:30 Zhodnocení chůze a funkční úrovně pacientky. (Všeobecná sestra B. P.)

7:30 Edukace pacientky o používání kompenzačních pomůcek při chůze, informování o signalizačním zařízení a jeho použitím, nácvik použití. (Všeobecná sestra B. P.)

8:00 Aktivizace pacientky, přesezení do křesla k snídání s dopomocí personálu. (Všeobecná sestra B. P., Ošetřovatelka R. T.)

9:00 Rehabilitační cvičení – dechové cvičení, posílení horních a dolních končetin. (Fyzioterapeutka B. M.)

12:00 Přesezení k obědu do křesla, povzbuzení pacientky k příjmu potravy aby ho snědla sama. (Ošetřovatelka R. T.)

14:00 Rodina se zapojila do aktivizace pacientky, chůze v chodítku. (Rodina, Všeobecná sestra B. P.)

17:00 Zhodnocení funkčního aparátu pacientky, zapsání do dokumentace. (Všeobecná sestra B. P.)

Hodnocení: 4. 3. 2018

Krátkodobý cíl byl splněn, chůze pacientka po pravidelných cvičeních a nácvičce chůze s doprovodem v chodítku je jistější. Pacientka umí používat kompenzační pomůcky. Používání signalizačního zařízení je nutné stále připomínat, pacientka na to zapomíná. Rodina se zapojila do aktivizace pacientky, pacientka se poté raději zapojuje do aktivizačních cvičení. Dlouhodobý cíl stále přetrvává. Chůze pacientky s chodítkem a doprovodem je jistější, k pádu během hospitalizace nedošlo. V oblasti sebe péče si pacientka umyje obličej slovním návodem, výměna inkontinenčních pomůcek a ložního prádla je prováděna personálem. Při jídle se pacientka nají sama, je nutný dohled pouze, aby pacientka snědla dostatečně velkou porci. Tekutiny jsou pacientce pravidelně nabízeny.

Celkové hodnocení stavu pacientky

Pacientka hospitalizovaná na oddělení následné péče na žádost syna pro zlepšení soběstačnosti a rehabilitaci po prodělaném erysipelu dolní končetiny, s pokročilým stádiem Alzheimerovy choroby. U pacientky jsme stanovili několik ošetrovatelských diagnóz. Pacientka adaptaci na oddělení každým přibývajícím dnem zvládala lépe. Ovšem občas byla zmatená a nevěděla kde je, žádala jít zpátky domů, vylézala sama z lůžka. U pacientky došlo k zlepšení v oblasti orientace časem, díky umístění kalendáře a nástěnných hodin na viditelné místo v pokoji, v úrovni očí. Rovněž je stále u pacientky zachovaná soběstačnost v oblasti jídla, kdy pacientka připravené a naporcované jídlo sní sama, příjem tekutin je nutno připomínat. V oblasti pohyblivosti, pacientka zvládá chůzi ve vysokém chodítku na krátké vzdálenosti s doprovodem, při delších trasách je unavená a potřebuje si sednout. Pacientka měla častěji dobrou náladu, snažila se spolupracovat s ošetrujícím personálem. V oblasti spánku po 2 týdnech, došlo u pacientky k ustálení denního režimu, přes den probíhaly dostatečné aktivity, aby pacientka byla unavená a v noci spala minimálně 4 hodiny. Po 2 týdnech hospitalizace na oddělení byla méně agresivní, vypadala klidnější a nejevila známky úzkosti. Rodina za pacientkou pravidelně pokud jim čas dovolil, docházela a podílela se na rehabilitacích pacientky a také adaptaci v novém prostředí. U pacientky

je stále nutný zvýšený dohled a častější kontroly na pokoji, aby se předcházelo pádu a dalším poškozením.

5.2 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Doporučení pro Všeobecné sestry:

- Znat nejnovější postupy v péči o pacienta s Alzheimerovou chorobou.
- Účastnit se seminářů a konferencí, které poskytují informace k zlepšení péče o pacienta s Alzheimerovou chorobou na daných odděleních.
- Přistupovat k pacientovi individuálně, a povzbuzovat ho k zapojení do aktivizace, která je spojena s léčebným procesem.
- Zajímat se o pacienta, být empatický, podporovat jeho dobrou náladu.
- Komunikovat srozumitelně, jednoznačně v rámci pacientových schopností.
- Podporovat pacienta v procvičování kognitivních funkcí.
- Aktivizací pacienta zabránit vzniku imobilizačního syndromu.
- Bezpečně přizpůsobit prostředí tak, aby nedošlo k pádu.
- Sledovat a zaznamenávat psychický stav pacienta, jeho chování, změny nálad.
- Komunikovat s rodinou o možnostech zapojení se do ošetrovatelského procesu.
- Respektovat lidskou důstojnost pacienta.

Doporučení pro rodinu:

- Podporovat pacienta. Být mu nablízku, motivovat ho v léčbě.
- Spolupracovat se zdravotníky a lékaři.
- Zajímat se o jeho psychický a duševní stav.
- Poskytnout dostatečnou a bezpečnou péči v domácím prostředí.
- Vyhledat možné podpůrné skupiny zabývající se Alzheimerovou chorobou a zařízení, které mohou pomoci v péči o svého blízkého s Alzheimerovou chorobou.

ZÁVĚR

Předkládána bakalářská práce, Ošetrovatelský proces u pacientky s Alzheimerovou chorobou, poukazuje na změnu v životě člověka způsobenou onemocněním Alzheimerovy choroby.

Alzheimerova choroba, onemocnění, které má rozšiřující se zastoupení v dnešní populaci. Mnoho se o ní hovoří, zpracovávají se různé průzkumy, avšak lék na tuto chorobu stále neznáme, díky však, dnešním moderním postupům, správné a odborné ošetrovatelské péči je možné délku života, i s touto chorobou, výrazně prodloužit a průběh choroby zpomalit. Řádné nastavení ošetrovatelské péče, posílení soběstačnosti pacienta, práce s emocemi pacienta, vhodná motivace a podpora, zapojení rodiny do celého ošetrovatelského procesu, to vše mě vedlo k výběru daného tématu této práce.

Bakalářská práce byla rozdělena na dvě části, teoretickou část a praktickou část. Pro teoretickou i praktickou část jsem si stanovila vždy dva cíle.

Teoretický celek obsahuje čtyři kapitoly a pro jejich zpracování byla použita odborná literatura. Prvním cílem v teoretické části této práce je popis problematiky Alzheimerovy choroby. V této části jsem mapovala a popisovala fakta na základě odborné literatury, jedná se o kapitoly, jako jsou rizikové faktory tohoto onemocnění, popsání jednotlivých stádií choroby, diagnostika choroby, postup moderní farmakologické a nefarmakologické léčby Alzheimerovy choroby. Pro dosažení druhého cíle uvádím specifika ošetrovatelské péče o pacienta s Alzheimerovou chorobou. Tato specifika jsou podstatnou součástí v udržitelnosti soběstačnosti pacienta, zajištění jeho bezpečnosti, dostatečné výživy a správného vyprazdňování. Zároveň představuji možnosti sociálního zabezpečení, jak v domácím prostředí, tak v instituci.

V praktické části se zaměřuji na zpracování ošetrovatelského procesu pacientky, která byla hospitalizována na oddělení následné péče. Podrobné popsání stanovených ošetrovatelských diagnóz směřuje k udržení soběstačnosti v té nejpotřebnější míře v životě pacienty. Zpravidla šlo o trénink kognitivních funkcí (opakování slov, vyslovování), pozitivní motivace pacientky k rehabilitaci.

V samém závěru této práce nastiňuji několik doporučení, které jsou důležité pro práci všeobecných sester na oddělení, kde se setkávají především s pacienty s Alzheimerovou chorobou.

Práce všeobecné sestry, pečující o pacienty s Alzheimerovou chorobou, je náročnou a zodpovědnou činností vyžadující správné vnímání, neustálé všímání si, přehodnocování, trpělivost a porozumění.

Stanovené cíle bakalářské práce byly splněny.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- BATSCH, N. L., MITTELMAN, M. S., 2012. World Alzheimer Report 2012, Overcoming the Stigma of dementia. London: Alzheimer's Disease International., s. 6 - 13. [Online]. [Citace: 26. ledna 2017.] Dostupné z: <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2012.pdf>
- BUDSON, A. E., SOLOMON, P. R., 2016. Memory Lost, Alzheimer's Disease, and Dementia. 2. vyd. Elsevier Inc. ISBN: 978-0-323-28661-9.
- CALLONE, P. R., 2008. Alzheimerova nemoc: 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-2320-4.
- CARPER, J., 2011. 100 jednoduchých věcí, které můžete udělat proti Alzheimerově nemoci a úbytku paměti. 1. vyd. Praha: Vyšehrad. ISBN 978-80-7429-194-4.
- ČESKO. Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách. In Sběrka zákonů České republiky. 2006, část 3, s. 15 – 22. [Online]. [Citace: 4. ledna 2017.] Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf
- DVOŘÁČKOVÁ, D., 2012. Kvalita života seniorů v domovech pro seniory. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-4138-3.
- GLENNER, A. J., 2012. Péče o člověka s demencí. 1. vyd. Praha: Portál, ISBN 978-80-262-0154-0.
- HAUKE, M., 2014. Zvládání problémových situací se seniory nejen v pečovatelských službách. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-5216-7.
- HOLMEROVÁ, I, MÁTLOVÁ, M., 2014. Na pomoc pečujícím rodinám. 10. vyd. Praha: Česká alzheimerovská společnost. ISBN 978-80-86541-31-0.
- HOLMEROVÁ, I, JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ, J. a kol., 2009. Péče o pacienty s kognitivní poruchou. 2. vyd. Praha: ČALS a Gerontologické centrum. ISBN 978-80-86541-28-0.
- JANEČKOVÁ, H., VACKOVÁ, M., 2010. Reminiscence. 1. vyd. Praha: Portál, ISBN: 978-80-7367-581-3.

- JIRÁK, R., 2008. Diagnostika a terapie Alzheimerovy choroby. in „Neurologie pro praxi“ r. 9, č. 4, s. 240-244. [Online]. [Citace: 4. ledna 2017.] Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2008/04/10.pdf>
- JIRÁK, R. a kol., 2013. Gerontopsychiatrie. 1. vyd. Praha: Galén, ISBN: 978-80-7262-873-5.
- JIRÁK, R, HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C. a kol., 2009. Demence a jiné poruchy paměti: Komunikace a každodenní péče. 1. vyd Praha: Grada Publishing, a.s., ISBN 978-80-247-2454-6.
- JIRÁK, R. in RABOCH, JIŘÍ a PAVEL PAVLOVSKÝ a kol., 2012. Psychiatrie. 1. vyd. Praha: Karolinum, ISBN 978-80-246-1985-9.
- KALVACH, Z. a kol., 2008. Geriatrické syndromy a geriatrický pacient. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-2490-5.
- KALVACH, Z. a kol., 2011. Křehký pacient a primární péče. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN: 978-80-247-4026-3.
- KLEVETOVÁ, D., 2009. Zájem a osobní vztah je jedním z nejdůležitějších léků při léčbě chronické bolesti ve stáří, in „Sestra“ r. 19, č. 2, ISSN 1210-0404.
- KLUCKÁ, J., VOLFOVÁ, P., 2009. Kognitivní trénink v praxi. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-2608-3.
- LUŽNÝ, J., 2012. Gerontopsychiatrie. 1. vyd. Praha: Triton. ISBN: 978-80-7387-573-2.
- MALÍKOVÁ, E., 2011. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-3148-3.
- MAST, B. T., YOCHIM, B. P.. Alzheimer's Disease and Dementia. 2017. 1.vyd. Hogrefe Publishing. ISBN: 978-16-133-4503-0.
- MISCONIOVÁ, B. in KALVACH, Z. et. al. Křehký pacient a primární péče. 2011. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN: 978-80-247-4026-3.
- MPSV. Národní program přípravy podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017. [Online]. [Citace: 4. ledna 2017.] Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/13099/Teze_NS.pdf

- NĚMCOVÁ, J. a kol., 2017. Skripta k předmětu Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci. 2. dopl. vyd. Praha: Vysoká škola zdravotnická. ISBN: 978-80-904955-9-3.
- POKORNÁ, A. a kol., 2013. Ošetrovatelství v geriatrii. Hodnotící nástroje. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN: 978-80-247-4316-5.
- RUSINA, R., HOLMEROVÁ, I. 2014. Poruchy spánku a nočního chování u Alzheimerovy nemoci a dalších demen. In „Neurologie pro praxi“, r. 15, č. 4, s. 182-185. [Online]. [Citace: 20. ledna 2017.] Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2014/04/04.pdf>
- RYCHLÍKOVÁ, R., VOJTÍŠKOVÁ, B. 2017. Demence. Příručka pro rodinné příslušníky a pečující. 2. vyd. Bruntál: Fosanima o.p.s.
- SYSEL, D., BELEJOVÁ, H. MASÁR, O., 2011. Teorie a praxe ošetrovatelského procesu. 1. vyd. Brno: Tribun EU s. r. o. ISBN- 978-80-7399-289-7.
- TÓTHOVÁ, V. a kol. 2014. Ošetrovatelský proces a jeho realizace. 2. vyd. Praha: Triton. ISBN: 978-80-7387-785-9.
- VOKURKA, Martin a Jan HUGO. Velký lékařský slovník. 10. vyd. Praha: Maxdorf, 2015. ISBN 978-80-7345-456-2.
- ZVĚŘOVÁ, M., 2017. Alzheimerova demence. 1.vyd. Praha: Grada. ISBN: 978- 80-271-0561-8

PŘÍLOHY

Příloha A – Obecné zásady při komunikaci	I
Příloha B – Test –Mini Mental State Exam	II
Příloha C – Barthelův test základních všedních činností ADL.....	III
Příloha D – Vyhodnocení rizika pádu.....	IV
Příloha E – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů.....	V
Příloha F – Žádost o umožnění sběru dat.....	VI
Příloha G – Rešeršní protokol.....	VII

Příloha A – Obecné zásady při komunikaci

Převzato z Demence a jiné poruchy paměti: Komunikace a každodenní péče

Dobré přijetí. Ujistit pacienta, že mu jdete na pomoc, máte o něho zájem a záleží nám na něj.

Omezit rušivé a rozptylující elementy při komunikaci, vzít pacienta do prostředí, ve kterém se bude cítit bezpečně. Udržovat jeho pozornost, ale vědět kdy přestat.

Mluvit jednoduše, věcně, srozumitelně, pomalu, používat krátká sdělení.

Mít dostatek času na pacienta, nikam nespěchat.

Používat přiměřenou nonverbální komunikaci k názorným a přiměřeným ukázkám.

Umět ocenit pacienta s demencí a být k němu zdvořilý.

Podporovat jeho dobrou náladu a především se vyhýbat situacím, které může nemocný selhat.

Prohlubovat a podporovat zchovalou paměť pomocí her, různých technik.

Dbát na to, abychom při rozhovoru byli pacientovi čelem, viděl nám do obličeje.

Nesnažme se pacienta v komunikaci omezit či nějak podceňovat, ale přizpůsobujme se jeho schopnostem.


Umět porozumět, snažit se pochopit co nám chce sdělit, můžeme mu napovědět případně moct dokončit myšlenku.

Naučit se vyhodnotit signály a reakce pacienta, které signalizují pacientovy potřeby.

Především respektovat jeho osobnost.

Příloha B – Test Mini Mental State Exam

Test kognitivních funkcí-Mini Mental State Exam (MMSE)

Oblast hodnocení:	Max.skóre:
<p>1. Orientace: Položte nemocnému 10 otázek. Za každou správnou odpověď započítejte 1 bod.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Který je teď rok? - Které je roční období? - Můžete mi říci dnešní datum? - Který je den v týdnu? - Který je teď měsíc? - Ve kterém jsme státě? - Ve které jsme zemi? - Ve kterém jsme městě? - Jak se jmenuje tato nemocnice?(toto oddělení?,tato ordinace?) - Ve kterém jsme poschodí?(pokojí?) 	<p>1 ① 1 1 1 1 1 ① ① 1 1</p>
<p>2. Paměť: Vyšetřující jmenuje 3 libovolné předměty (nejlépe z pokoje pacienta- například židle, okno, tužka) a vyzve pacienta, aby je opakoval. Za každou správnou odpověď je dán 1 bod</p>	<p>③</p>
<p>3. Pozornost a počítání: Nemocný je vyzván, aby odečítal 7 od čísla 100, a to 5 krát po sobě. Za každou správnou odpověď je 1 bod.</p>	<p>5 ②b</p>
<p>4. Krátkodobá paměť (=výbavnost): Úkol zopakovat 3 dříve jmenovaných předmětů (viz bod 2.)</p>	<p>3</p>
<p>5. Řeč,komunikace a konstrukční schopnosti: (správná odpověď nebo splnění úkolů = 1 bod) Ukažte nemocnému dva předměty (př.tužka,hodinky) a vyzvěte ho aby je pojmenoval. Vyzvěte nemocného, aby po vás opakoval: <ul style="list-style-type: none"> - Žádná ale - Jestliže - Kdyby Dejte nemocnému třístupňový příkaz: „<i>Vezměte</i> papír do pravé ruky, <i>přeložte</i> ho na půl a <i>položte</i> jej na podlahu.“ Dejte nemocnému přečíst papír s nápisem „Zavřete oči“. Vyzvěte nemocného, aby napsal smysluplnou větu (obsahující podmět a přísudek), která dává smysl) Vyzvěte nemocného, aby na zvláštní papír nakreslil obrazec podle předlohy. 1 bod jsou-li zachovány všechny úhly a protnutí vytváří čtyřúhelník.</p>	<p>② ① 3 ① 1 1</p>
	
<p>Hodnocení: 00 – 10 bodů těžká kognitivní porucha 11 – 20 bodů středně těžká kognitivní porucha 21 – 23 bodů lehká kognitivní porucha 24 – 30 bodů pásmo normálu</p>	<p>12 bodů</p>

Příloha C - Barthelův test základních všedních činností ADL

Barthelův test základních všedních činností (ADL – Activities of Daily Living)

Jméno pacienta: E. C.

Datum narození pacienta (věk): 87 let

	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 inkontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
6.	Kontinence stolice	plně inkontinentní 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			25 bodů

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



Jednoduchý „screeningový“ nástroj pro určení rizika pádu

Nástroj pro zjištění rizika pádu pacienta

Během příjmového vyhodnocení vyhodnoťte pacienta podle následujících kritérií. Jestliže je skóre vyšší než 3, řiďte se protokolem. Přehodnoťte stav pacienta podle potřeby.

Aktivita		Skóre
Pohyb	Neomezený	0
	Používání pomůcek	1
	Potřebuje pomoc k pohybu	1
	Neschopen přesunu	1
Vyprazdňování	Nevyžaduje pomoc	0
	Historie nokturie/inkontinence	1
	Vyžaduje pomoc	1
Medikace	Neužívá rizikové léky	0
	Užívá léky ze skupiny:	1
	- diuretik	
	- antikonvulziv	
	- antiparkinsonik	
- antihypertenziv		
- psychotropní léky nebo benzodiazepiny		
Smyslové poruchy	Žádné	0
	Vizuální, sluchové, smyslový deficit	1
Mentální stav	Orientován	0
	Občasná/noční dezorientace	1
	Historie dezorientace/demence	1
Věk	18-75	0
	75 a výše	1
Celkové skóre:		6 bodů

PROTOKOL:

1. Umístěte nad lůžko výstražné oznámení „vysoké riziko pádu“
2. Snižte lůžko, zajistěte lůžkové brzdy, zvedněte postranice
3. Umístěte pacienta blízko sesterny a toalety
4. Umístěte signalizační panel tak, aby jej měl pacient po ruce, a vysvětlete jeho funkci
5. Zajistěte vhodnou obuv
6. Zajistěte WC režim 3x/24 hodin nebo podle potřeby a před spánkem
7. Odstraňte překážky v okolí pacienta
8. Zajistěte vhodné noční osvětlení
9. Zajistěte polohu nočního stolku a potřeb pacienta tak, aby byly v dosahu



ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

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

V Praze dne 31.5.2018

Beata Pientoková

Jméno a příjmení studenta

Příloha F – Žádost o umožnění sběru dat

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



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

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

Příjmení a jméno studenta	Beata Pientoková	
Studijní obor	Všeobecná sestra	Ročník třetí
Téma práce	Ošetrovatelský proces u pacienta s Alzheimerovou chorobou	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	Nemocnice Český Těšín – oddělení následné péče	
Jméno vedoucího práce	PhDr. Dušan Sysel, PhDr., MPH	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Ošetrovatelský proces <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	
Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	

podpis
Alice Růžková
 Nemocnice Český Těšín a.s.
 Ostravská 783
 737 01 Český Těšín
 IČO: 25 89 75 51
 tel.: 558 769 211 • fax: 558 736 599

V *Českém Těšíně* dne *26.2.2018*

Pientoková
 podpis studenta

87
 029 **Nemocnice Český Těšín a.s.**
 Ostravská 783
 737 01 Český Těšín
 9U7 oddělení následné péče
 906 tel.: 558 769 237



**Moravskoslezská
vědecká knihovna
v Ostravě**



Číslo rešerše: 8498

**Název rešerše: Ošetřovatelský proces u pacienta s Alzheimerovou
chorobou**

Jazykové omezení: čeština, angličtina

Časové omezení: 2008-2018

Klíčová slova: Alzheimerova choroba, demence, pacient, ošetřovatelská péče,
ošetřovatelský proces, Všeobecná sestra

Zpracovala: PhDr. Věra Svozilová

Záznamy jsou řazeny v pořadí monografie, články (z tisku, z časopisů) - abecedně dle autorů.

U knih, které jsou k vypůjčení v MSVK v Ostravě, je uvedena signatura. Knihy bez signatury jsou

k dispozici v jiných knihovnách ČR (viz

<http://aleph.nkp.cz/F/CA5I79II3RXK8Q16H9VKA5QU532X3FRTG9214CXE8F15M2HD>

Al-18714?func=file&file_name=find-b&local_base=SKC Tyto knihy je možno objednat prostřednictvím

meziknihovní výpůjční služby v naší knihovně).

U článků je nutné vyhledat celý časopis.

www.svkos.cz



Příspěvková organizace
Moravskoslezského kraje

