

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S
ALZHEIMEROVOU CHOROBU**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

MARČANOVÁ NATÁLIE

Praha 2019

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S ALZHEIMEROVOU
CHOROBU**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

MARČANOVÁ NATÁLIE

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Ivana Jahodová, PhD.

Praha 2019



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

MARČANOVÁ Natálie

3AVS

Schválení tématu bakalářské práce

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

Ošetrovatelský proces u pacienta s Alzheimerovou chorobou

Nursing Care of Patients with Alzheimer's Disease

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Ivana Jahodová, PhD.

V Praze dne 1. listopadu 2018



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 nebo titulu neakademického.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

Podpis

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí práce PhDr. Ivaně Jahodové, PhD. za odborné vedení, za velmi užitečnou pomoc, sdělení podstatných námětů, ochotu a trpělivost při zpracování mé bakalářské práce, bez které by práce nemohla vzniknout. Rovněž děkuji své rodině za podporu a čas, kterou mi poskytli.

ABSTRAKT

MARČANOVÁ, Natálie. *Ošetrovatelský proces u pacienta s Alzheimerovou chorobou*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Ivana Jahodová, PhD., Praha. 2019. 64 stran.

Bakalářská práce se zabývá Ošetrovatelským procesem u pacienta s Alzheimerovou chorobou. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části jsou zpracovány informace o Alzheimerově chorobě, prevence, protektivní a rizikové faktory, diagnostika nemoci a léčba. Práce se dále zabývá ošetrovatelskou péčí o pacienta s Alzheimerovou chorobou a možnostmi sociální péče o pacienta. Praktická část se zaměřuje na podrobné zpracování ošetrovatelského procesu, ošetrovatelských diagnóz a jejich intervencí, realizací a hodnocením u pacienta s Alzheimerovou chorobou. Cílem práce je zpracovat ošetrovatelský proces u pacienta s Alzheimerovou chorobou. Závěrem jsou zhodnoceny stanovené cíle práce a dává doporučení pro praxi.

Klíčová slova:

Alzheimerova choroba. Demence. Ošetrovatelský proces.

ABSTRACT

MARČANOVÁ, Natálie. Nursing Care of Patients with Alzheimer's Disease. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Level of classification: Bachelor (Bc.). Supervisor: PhDr. Ivana Jahodova, PhD., Praha. 2019. 64 pages.

Bachelor's work taking sight in treatment process of patient suffering Alzheimer's disease. Work is divided into theoretical and practical part. In theoretical part are elaborated information about Alzheimer's disease, prevention, protective and risk factors, diagnostic of disease and treatment. Work also describes taking care of patient with Alzheimer's disease and available social care options. Practical part aims at detail processing of treatment process, diagnosing and it's interventions, realisations and assessment of patient with Alzheimer's disease. Work's goal is process treatment of patient with Alzheimer's disease. In the end of work are evaluated goals of work and made recommendations for practice.

Keywords:

Alzheimer's disease. Dementia. Nursing process.

OBSAH

SEZNAM TABULEK	10
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	11
ÚVOD	12
1 ALZHEIMEROVA CHOROBA	14
1.1 HISTORIE	14
1.2 EPIDEMIOLOGIE	17
1.3 RIZIKOVÉ A PROTEKTIVNÍ FAKTORY	18
1.4 PATOGENEZE	20
1.5 SYMPTOMY A DĚLENÍ DEMENCÍ	20
1.6 KLASIFIKACE A STÁDIA	23
1.7 DIAGNOSTIKA	25
1.8 LÉČBA	26
1.8.1 FARMAKOLOGICKÁ LÉČBA	26
1.8.2 NEFARMAKOLOGICKÁ LÉČBA	28
2 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE	32
2.1 BIOLOGICKÉ POTŘEBY	32

2.2 PSYCHICKÉ POTŘEBY	34
2.3 SOCIÁLNÍ POTŘEBY	37
3 SYSTÉMY ZDRAVOTNÍ A SOCIÁLNÍ PÉČE	38
4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES	41
5 DOPORUČENÍ PRO PRAXI	72
ZÁVĚR	74
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	76
PŘÍLOHY	I

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Identifikační údaje	41
Tabulka 2 Vitální funkce	42
Tabulka 3 Léková anamnéza	44
Tabulka 4 Fyzikální vyšetření sestrou	46
Tabulka 5 Utrídění informací dle domén NANDA I Taxonomie II	48
Tabulka 6 Hematologické vyšetření	58
Tabulka 7 Biochemické vyšetření	58
Tabulka 8 Medikamentózní léčba	59

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

- ACH** – Alzheimerova choroba
APO E4 – varianta genu apolipoproteinu E
APP – apolipoprotein
CT – výpočetní tomografie
CNS – centrální nervový systém
ČALS – Česká alzheimerovská společnost
DZR – domov se zvláštním režimem
EEG – elektroencefalografické vyšetření
ICHS – ischemická choroba srdeční
MMSE – Mini – Mental State Examination
NS – nervový systém
OL – ordinace lékaře
PET – pozitronová emisní tomografie

(HUGO, VOKURKA, FIDLEROVÁ a kol., 2016)

ÚVOD

Bakalářská práce se zabývá velmi aktuálním tématem, především z důvodu nárůstu počtu osob trpících Alzheimerovou chorobou. Oproti roku 1960 došlo k trojnásobnému nárůstu osob s diagnostikovanou demencí, z čehož více než dvě třetiny tvoří ženy (ZVĚŘOVÁ, 2017).

V rámci bakalářské práce popisujeme ošetrovatelský proces u pacienta s Alzheimerovou chorobou. Změnu způsobu života i osobnosti, sníženou schopnost vyjadřování, dezorientace a jiné deficity, které mají vliv na fungování člověka trpícího Alzheimerovou chorobou.

V teoretické části přibližujeme stručně druhy demencí, specifikujeme Alzheimerovu chorobu. Zaměřujeme se na protektivní a rizikové faktory, diagnostiku, možnosti léčby, prevenci a terapii nemocného. V kapitole následující popisujeme specifika ošetrovatelské péče u pacienta s Alzheimerovou chorobou. Nedílnou součástí této bakalářské práce jsou možnosti sociální péče.

Pro tvorbu teoretické části jsou stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Popsat problematiku Alzheimerovy choroby pomocí odborné literatury.

Cíl 2: Uvést specifika ošetrovatelské péče u pacienta s Alzheimerovou chorobou pomocí odborné literatury.

V praktické části uvádíme konkrétního pacienta trpícího Alzheimerovou chorobou. Vypracováváme u něj ošetrovatelský proces a vykonáváme péči. Cílem je sestavit ošetrovatelský plán, přizpůsobený potřebám pacienta. V sestaveném plánu je popsána ošetrovatelská péče, která byla realizována pomocí ošetrovatelského procesu u pacienta umístěného v DZR. Na základě posouzení jsou stanoveny ošetrovatelské diagnózy dle NANDA I taxonomie II 2015–2017. U vybraného pacienta je vytvořen individuální ošetrovatelský plán. U vybraných ošetrovatelských diagnóz je stanoven ošetrovatelský cíl a plán ošetrovatelských intervencí, jeho realizace a následné hodnocení. Hlavním cílem poskytované péče je udržet pacienta soběstačného po co nejdéle dobu. V závěru bakalářské práce vyhodnocujeme splnění či nesplnění ošetrovatelského cíle.

Pro tvorbu praktické části jsou stanoveny následující cíle:

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

Cíl 2: Vypracovat doporučení pro zdravotnický personál a pro rodinu.

Popis rešeršní strategie:

Rešerše byla vypracována na žádost k datu 30. 8. 2018 v knihovně Vysoké školy zdravotnické, o. p. s., Praha 5, Duškova 7. Rešerše byla zpracována na základě klíčových slov (Alzheimerova choroba, Alzheimer disease, demence, dementia, nursing process, ošetrovatelský proces). Časové rozmezí literatury bylo stanoveno od roku 2009 do současnosti. Do rešeršní strategie bylo zahrnuto i jazykové rozmezí (čeština, slovenština, angličtina).

Základní prameny:

- Katalog Národní lékařské knihovny (www.medvik.cz)
- Jednotná informační brána (www.jib.cz)
- Souborný katalog ČR (<http://sigma.nkp.cz>)
- Databáze vysokoškolských prací (www.theses.cz)
- Online katalog NCO NZO

Vstupní literatura:

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

JIRÁK, R., I. HOLMEROVÁ a C. BORZOVÁ, 2009. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2454-6.

VAVRUŠOVÁ, L., 2012. *Demencia*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-382-0.

PROVAZNÍKOVÁ, E. a Z. KALVACH, 2016. *Rady pro pečující o člověka s demencí*. Praha: Diakonie ČCE. ISBN 978-80-87953-15-0.

NĚMCOVÁ, J., 2018. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. 5. doplněné vydání. ISBN 978-80-88249-02-3

1 ALZHEIMEROVA CHOROBA

Demence je všeobecné označení pro postupnou degeneraci mozku zahrnující paměť, myšlení, chování a emoce. Tato nemoc se více než kterákoli jiná týká celého okolí pacienta. Péče o nemocného je velmi složitá a pacient by neměl zůstat sám. Alzheimerova choroba představuje nejběžnější typ demence (jde o 50–60 % případů demence) (ONDŘIOVÁ, 2014, s. 27).

Klinickým obrazem u ACH je typická porucha všípivosti s výpadky paměti na nedávné události. Postupně dochází k postižení i jiných než kognitivních funkcí. Doposud není plně objasněna patogeneze vzniku této nemoci. Hlavním činitelem je nejpravděpodobněji atrofie mozku, doprovázená chorobnými změnami (ZVĚŘOVÁ, 2017).

V počátečním (iniciálním) stádiu je atrofie největší ve frontálních a temporálních lalocích. V pokročilejší fázi může být atrofická více než polovina mozku v oblasti funkce paměti. Výskyt choroby se v populaci neustále zvyšuje s přibývajícím věkem. Do 65 let se mluví o 1,5 %, po 80 letech je to až 20 % (GULAŠOVÁ, 2011).

U pacientů trpících Alzheimerovou chorobou dochází k ukládání chorobně vzniklé bílkoviny v prostorách mimo nervové buňky. Druhou základní neuropatologickou změnou je degenerace bílkoviny přímo v neuronech. Krom tvorby patologických bílkovin dochází k řadě dalších degenerativních změn, které jsou na sobě vzájemně závislé (JIRÁK, HOLMEROVÁ, BORZOVÁ, 2009).

1.1 HISTORIE

Jméno Alois Alzheimer je spojeno s historií Alzheimerovy choroby. Toto onemocnění popsal poprvé v roce 1906. Alois Alzheimer byl německý psychiatr a neuropatolog, který se narodil 14. června 1864. V roce 1887 získal lékařský titul. Po promoci začal pracovat v psychiatrické léčebně ve Frankfurtu, kde se seznámil s Franzem Nisslem, uznávaným neurologem. Společně se pustili do experimentálního studia anatomie mozkové kůry. Hypotézy si ověřovali na pacientech z ústavu. Roku 1902 začal pracovat u profesora Kraepelina, se kterým později působil v Mnichově na univerzitní psychiatrické klinice. Během let práce na této klinice Alzheimer popsal

onemocnění, které se vyskytovalo již ve středním věku kolem padesáti let, byla zjišťována výrazná dědičnost, rychlý průběh a byly postihovány zejména ženy. Tato choroba se po klinické stránce vyznačovala rychle probíhající demencí.

3. listopadu 1906 tehdy dvačtyřicetiletý Alzheimer přednesl přednášku na lékařské konferenci o podivně těžkém případě onemocnění mozkové kůry u pacientky Auguste Deterové, která zemřela ve věku 55 let zcela dementní (ZVĚŘOVÁ, 2017).

Augusta Deterová byla první pacientka na světě, u níž byla diagnostikována Alzheimerova choroba. Narodila se r. 1850 v Kasselu. Během 2. poloviny 90. let se u pacientky objevily žárlivecké bludy, poruchy paměti, po nocích křičela ze strachu, že ji někdo zabije a byla zmatená. Byla umístěna do Frankfurtského institutu pro duševně nemocné a epileptiky, protože manžel nebyl schopný se o ni postarat. Tam ji vyšetřil Alois Alzheimer. V roce 1906 byly nalezeny záznamy vyšetření v chorobopisu:

Vyšetření dne 26. 11. 1901:

Jak se jmenujete?

Augusta.

Příjmení?

Augusta.

Jak se jmenuje váš manžel?

Pacientka chvíli váhá, nakonec odpovídá.

Augusta, myslím.

Váš Manžel.

Ach tak.

Kolik je Vám let?

Jednapadesát.

Kde bydlíte?

Byl jste u nás?

Jste vdaná?

Jsem úplně vedle.

Kde jste právě teď?

Tady a všude, tady a teď, nemyslete si o mě nic špatného.

Kde jste v tuhle chvíli?

Žiju tady.

Kde je vaše postel?

Kde by měla být?

V poledne jedla paní A. D. Vepřové maso s květákem.

Co jíte?

Špenát (žvýkala maso).

Co právě jíte?

Nejdříve jsem jedla brambory a potom křen.

Napište číslo 5.

Napsala: Žena.

Napište číslo 8.

Píše: Augusta. V průběhu psaní říká znova: Jako bych se sama sobě ztratila.

Vyšetření dne 29. 11. 1901

Jaký se teď píše rok?

1800.

Stůněte?

Druhý měsíc.

Jak se jmenují pacienti? Odpovídá rychle a správně.

Jaký je teď měsíc?

Jedenáctý.

Jak se jmenuje jedenáctý měsíc?

Poslední, jestliže není poslední.

Který?

Nevím.

Jakou barvu má sníh?

Bílou.

Jakou barvu mají saze?

Černou.

Jestliže si koupíte 6 vajíček, každé za 70 feniků, kolik to dělá?

Různě.

Ve které ulici žijete?

Řeknu vám to, chvílku musíte počkat.

Na co jsem se Vás ptal?

Tohle je Frankfurt nad Mohanem.

Ukázal jsem ji klíč, tužku a knihu, pojmenovala je správně.

Co jsem Vám ukázal?

Nevím. Nevím.

Je to těžké, že ano?

Mám strach. Mám strach (KOUKOLÍK, 2014, s. 107).

Alzheimer si byl vědom, že se její onemocnění velmi podobá demenci ve stáří, ale zarážel ho její věk 51 let, a tak usuzoval, že se jedná o jiný druh demence. Vyšetřoval pacientku opakovaně. Po její smrti, 8. 4. 1906, si Alzheimer vyžádal její dokumentaci a mozek. Ten po nastříbření vyšetřil (KOUKOLÍK, 2014).

Provedl pitvu jejího mozku a popsal typické neuropatologické změny. Při autopsii mozku našel neuritické plaky, neurofibrilární klubka a aterosklerotické změny (HOSÁK, 2015).

Po důkladné analýze mozku zjistil, že mozková kůra byla výrazně tenčí, než u zdravého jedince bývá. Znalost technik mikroskopického barvení mozkových tkání umožnila definovat změny ve struktuře neuronálních buněk v mozku. (MARTINKOVÁ, 2017)

Alois Alzheimer uveřejnil veškerá svá pozorování jako souhrn do přednášky. Jeho kompletní práce vyšla v roce 1907. V prosinci roku 1915 Alois Alzheimer podlehl nemoci a zemřel (KOUKOLÍK, 2014)

V roce 1968 zjistili tři britští patologové, že Alzheimerova choroba není vzácná choroba postihující mladší pacienty, ale že se jedná o chorobu pod jejímž názvem se označovala dříve senilita (GLENNER, 2012).

1.2 EPIDEMIOLOGIE

Výskyt choroby se v populaci neustále zvyšuje s přibývajícím věkem. Do 65 let se mluví o 1,5 %, po 80 letech je to až 20 %. Alzheimerova choroba má do jisté míry individuální průběh i dobu přežívání. Postižení přežívají od dvou do dvaceti let. V průměru to bývá osm až deset let (GULAŠOVÁ, 2011).

Alzheimerova choroba je nejčastější příčina všech druhů demencí a patří mezi čtvrtou až pátou nejčastější příčinu smrti. Prevalence ACH je u 1 % populace.

U Alzheimerovy choroby mluvíme asi o 50–75 % ze všech demencí, smíšené formy mezi 10–20 %, degenerativní demence s Lewyho tělísky je necelých 5 % a frontotemporální demence představuje asi 5–10 % ze všech demencí. Dalším typem demence je vaskulární a ta tvoří 20–30 %. Zbývajících 10 % je tvořeno z ostatních typů demencí. Demence dětského věku se objevuje velmi vzácně. Každoročně přibývá celosvětově 7,7 milionu nových případů. Odhadem to je každé 4 sekundy jeden další člověk s demencí. Z celého počtu připadá asi 46 % (3,6 milionu) na Asii, 31 % (2,3 milionu) na Evropu, 16 % (1,2 milionu) na Severní a Jižní Ameriku a 7 % (0,5 milionu) na Afriku. Demence patří celosvětově mezi hlavní faktory vedoucí u seniorů k invaliditě a závislosti na okolí. Každý 5. - 8. člověk ve věkové kategorii 60 let trpí demencí. Ze srovnávacích studií Světové zdravotnické organizace vyplývá, že ve střední Evropě je počet lidí s demencí srovnatelný s průměrem jinde ve světě. Demencí trpí necelá 2 % Evropanů, přesně 1,55 % a konkrétně Česká republika 1,36 %. Společensky a hospodářsky vyspělejší země vykazují vyšší zastoupení této nemoci. V České republice žije s některým druhem demence asi 150 000 lidí. Z tohoto počtu činí ženy dvě třetiny. Je odhadováno asi 45 500 mužů a asi 97 700 žen trpících demencí ve všech věkových kategoriích. Předpokládá se, že v roce 2050 bude v České republice výskyt činit cca 383 000 obyvatel postižených demencí (ZVĚŘOVÁ, 2017).

Při pohledu na historický vývoj je patrné, že incidence neustále narůstá. V šedesátých letech bylo zaznamenáno odhadem 49 tis. - 55 tis. obyvatel České republiky. V roce 1989 to bylo cca 73 tis. - 81 tis. lidí trpících demencí a v roce 2000 už asi 89–98 tisíc (MÁTL, 2014).

Péče o takto nemocné klade vysoké nároky na soukromé i veřejné rozpočty. Je pravděpodobné, že pokud rychle nedojde k optimalizaci a zefektivnění léčby, ekonomické náklady vyletí strmě vzhůru (ZVĚŘOVÁ, 2017).

1.3 RIZIKOVÉ A PROTEKTIVNÍ FAKTORY

Rizikové faktory:

Přesné příčiny tohoto onemocnění doposud neznáme. S jistotou můžeme říci, že se jedná o neurodegenerativní onemocnění neznámé etiologie, ale s některými rizikovými faktory. Mezi rizikové faktory řadíme zděděné vlastnosti metabolismu a vlivy životního stylu a prostředí. Jedná se o kognitivní poruchy, behaviorální a psychologické

poruchy a funkční poruchy. Vědci hledají faktory, u kterých se zdá, že mají něco společného s rozvojem ACH. Jedná se o rizikové faktory. Jsou to jednak predispozice člověka, životní styl, prostředí a genetické faktory, které přispívají k vyšší pravděpodobnosti vzniku Alzheimerovy choroby. Některé faktory je možné upravit, například životní styl či hypertenzi. Avšak u genetické predispozice je změna nemožná. Důležité je si uvědomit, že rizikové faktory nejsou samy o sobě příčinou vzniku choroby. Věk se považuje za nejvíce známý rizikový faktor. I přes to, že existuje vzácná ranná forma ACH začínající ještě před 65 rokem. S přibývajícím věkem populace se výskyt choroby zvyšuje. Nejčastěji ACH začíná ve věku 65 až 74 let, po 85. roku života riziko dosahuje téměř 50 % (GULAŠOVÁ, 2011).

Jedním z faktorů ovlivňujících Alzheimerovu chorobu je dědičnost. Vyskytuje se asi ve 2 % všech případů s rodinným výskytem. Za přenos jsou zodpovědné geny: presenilín 1, nachází se na 14. chromozomu, presenilín 2., nachází se na chromozomu 1 a gen, který kóduje amyloidový prekuzovaný protein na 21. chromozomu (MARTINKOVÁ, 2017).

Dalším významným rizikem je výskyt ACH v rodině nebo výskyt Downova syndromu. U pacientů s Downovým syndromem, kteří se dožijí více jak 60 let, se rozvine u 40–75 %. Mezi další rizikové faktory patří pohlaví. Ženy mají větší riziko vzniku ACH. Dalšími známými faktory, které jsou částečně ovlivnitelné, patří metabolický syndrom. Pod tímto pojmem si představujeme obezitu, diabetes, hypertenzi, zvýšenou hladinu cholesterolu, kouření, nadměrnou konzumaci alkoholu a opakované úrazy hlavy (ZVĚŘOVÁ, 2017).

Protektivní faktory:

Mezi protektivní faktory patří: vyšší vzdělání, mentální trénink, hormonální léčba u žen po menopauze, vyšší psychická aktivita, včasná léčba deprese a další (ONDŘIOVÁ, 2014).

Dalšími protektivními faktory jsou: fyzická aktivita (chůze nebo cvičení alespoň 40 minut denně), dobrá mentální kondice (čtení knih, luštění křížovek či rébusů, a mnohé další aktivity zaměřené na procvičování kognitivních funkcí), aktivní trávení volného času, sociální interakce, adekvátní dietní opatření (pozitivní vliv mají vitamíny B, D a E, dále se doporučuje dostatečný příjem omega-3 mastných kyselin a flavonoidů,

kteře jsou obsaženy například v kávě, čaji a červeném víně), pravidelné sledování cholesterolu a krevního tlaku (MEDNEWS, 2011).

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).

1.4 PATOGENEZE

Stěžejním mechanismem je tvorba a ukládání beta – amyloidu. Ztenčení mozkové kůry, rozšířené sulky a rozšířené mozkové komory, to vše nalézáme makroskopicky. I v oblasti hipokampů je významná atrofie. Mikroskopicky jsou patrné intracelulární a extracelulární změny. V mozkových tkáních zemřelých nalézáme dva morfologické jevy. Prvním jsou extracelulární amyloidní plaky. Ty jsou složeny hlavně z nerozpustného beta – amyloidu. Druhým nálezem jsou intraneuronální neurofibrální klubíčka, které obsahují nerozpustný tau – protein. Hlavním korelátém závažnosti demence je neuronální degenerace a ztráta synaptických spojení. Ztrátou synaptických spojení jsou postiženy aferentní i eferentní dráhy hipokampu. To souvisí s klinickým obrazem demence (ZVĚŘOVÁ, 2017).

1.5 SYMPTOMY A DĚLENÍ DEMENCÍ

Podle mezinárodní klasifikace nemocí je demence syndrom způsobený chorobou mozku, chronické nebo progresivní povahy. Dochází k porušení mnoha vyšších nervových kortikálních funkcí (paměť, myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnost učení, jazyk). Není zastřeno vědomí (UZIS, 2018).

Symptomy dělíme do tří skupin.

1. Postižení kognitivních funkcí:

Většina demencí začíná poruchami paměti. Mohou být i výjimky. Frontotemporální demence začínají zpravidla poruchami chování, zatímco paměť může být poměrně dlouho zachována. Subkortikální demence začínají poruchami výkonných funkcí. Pacienti nejsou schopni naplánovat a provést složitější úkony (JIRÁK, HOLMEROVÁ, BORZOVÁ, 2009).

Jelikož Alzheimerova choroba patří mezi kortikální demence, je nejdříve postižena paměť, doprovázená v různé míře poruchou pozornosti. Jako první se objevují epizodické poruchy paměti, kdy si pacient není schopný vybavit nedávné prožitky. S progresí dochází k výpadkům paměti na dávnější minulosti. Postupně jsou narušeny sémantická i recentní paměť. Sémantická paměť je neschopnost reprodukovat naučené vědomosti. Recentní paměť je neschopnost vybavit si, co bylo před chvílí řečeno, opakující se dotazy na stejnou věc, ztrácení věcí apod. Je narušena paměť procedurální, tj. provádění naučených dovedností jako je tanec, jízda na kole. Záhy se objevují fatické poruchy. V těžších stádiích bývají přítomny alexie, agrafie a apraxie (ZVĚŘOVÁ, 2017).

Alexie je ztráta schopnosti číst. Agrafie je ztráta schopnosti psát. Apraxie je ztráta schopnosti vykonávat koordinované, účelné a neučené pohyby. Během života se postupně naučíme používat různé nástroje a pomůcky. V důsledku onemocnění ztrácí lidé schopnost motorických dovedností a schopnost používat nástroje a pomůcky. Fyzicky by to člověk s demencí zvládl, ale neví jak na to (PROVAZNÍKOVÁ, KALVACH, 2016).

2. Postižení aktivit denního života:

Běžné i profesní dovednosti, péče o sebe sama aj. jsou u demence postiženy úměrně ke stádiu demence. Z počátku vypadávají složitější profesní aktivity, postupně se porucha rozšiřuje na instrumentální aktivity denního života, například chod domácnosti, nakládání s penězi (JIRÁK, HOLMEROVÁ, BORZOVÁ, 2009).

V pokročilých fázích ACH nejsou nemocní schopní se ani obléci, svléci, udržovat základní osobní hygienu aj., to vše nazýváme aktivity bazální (ZVĚŘOVÁ, 2017).

3. Behaviorální a psychologické příznaky demence:

Behaviorální příznaky jsou pro okolí i pro samotného pacienta nejobtížnější projevy. Mohou se projevit již v počátku, ale z pravidla se rozvíjejí ve střední fázi demence a vrcholí v těžkých stádiích.

Poruchy chování mohou mít různý charakter. Často jsou pacienti neklidní. Neklid může být neustálý, drobný i výraznější. Někdy může být neklid spojený i s agresivitou. Nejčastěji se projevuje jako útěk z domova, napadení členů rodiny, ničení věcí,

vykřikování, nadávání. Jindy to zase může být pouze neúčelné klidné jednání, např. přenášení věcí, svlékání se apod. (JIRÁK, HOLMEROVÁ, BORZOVÁ, 2009).

V průběhu daného onemocnění se obvykle zvyrazňují charakteristické osobnostní rysy. Člověk se pak stává lakomým, dotěrným, puntičkářským apod. Ztrácejí schopnost respektovat určité normy chování, bývají bezohlední, sobečtí, arogantní a sprostí (PROVAZNÍKOVÁ, KALVACH, 2016).

U demencí se mohou přechodně vyskytnout i přidružené psychotické příznaky. Psychóza, u níž je porušen kontakt s realitou, například produkcí bludů. Bludy jsou nesystematického obsahu, jsou přesvědčeni o okrádání, někdy jde o bizarní okrádání, například že jim někdo krade peří z peřin. Při prosazování svých bludů jsou velmi úporní. Halucinace bývají nejčastěji zrakové. V noci vidí přicházet do své místnosti cizí lidi. Deliria nejsou součástí demence, ale často se u ní vyskytují. Poruchy emocí jsou u demencí časté. Mají kolísavý a přechodný charakter. V rámci poruch chování se vyskytují afekty, hlavně afekty vzteku, někdy i afekty pláče. Z chorobných nálad je to nejčastěji deprese (JIRÁK, HOLMEROVÁ, BORZOVÁ, 2009).

Spánek je v našem životě velmi důležitý. Kvalita spánku má vliv na kvalitu našeho života. Lidé s demencí mají sklony k noční bdělosti, kdy v noci bývají více aktivní, a naopak ve dne více ospalí. Dochází ke spánkové inverzi. Pro pečující bývá velmi náročné, pokud má nemocný převrácený režim dne (PROVAZNÍKOVÁ, KALVACH, 2016).

Česká alzheimerovská společnost vydala a revidovala strategii P – PA – IA „péče a podpora lidem trpícím syndromem demence“. Tato strategie vychází z potřeb pacientů dle jednotlivých stádií. „P“ označuje první stádium vyznačující se podporou, psychologickou pomocí a poradenstvím. „PA“ je zkratkou pro programové aktivity, které jsou typické pro druhé stádium. „IA“ označuje individuální asistenci, která je ve třetím stádiu nutná (HOLMEROVÁ, 2013).

Dělení demencí:

Podle příčiny lze demence rozdělit do dvou skupin

1. Demence, které mají za podklad atroficko – degenerativní proces mozku.
2. Demence symptomatické (sekundární), ty mají za podklad celková onemocnění,

infekce, intoxikace, úrazy, cévní poruchy, nádory, metabolické změny a jiné poruchy postihující mozek. Symptomatické demence lze rozdělit do dvou podskupin. První je demence vaskulární, ta vzniká na podkladě poruch mozkových cév či mozkového krevního zásobení. Druhým typem jsou ostatní symptomatické demence (JIRÁK, HOLMEROVÁ, BORZOVÁ, 2009).

Podle etiologie lze demence rozdělit do dvou skupin

1. demence neurodegenerativního původu – atroficko – degenerativní demence,
2. demence sekundární (symptomatické) – vaskulární, metabolicky podmíněné, infekčního původu, prionového původu a další.

Podle lokalizace lze demence rozdělit do tří skupin:

1. kortikální,
2. subkortikální,
3. kortikosubkortikální.

Podle kurability lze demence rozdělit do dvou skupin na:

1. léčitelné – reverzibilní,
2. neléčitelné – ireverzibilní (ZVĚŘOVÁ, 2017).

1.6 KLASIFIKACE A STÁDIA

Podle 10. revize mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN – 10) vydané Světovou zdravotnickou organizací je Alzheimerova choroba klasifikována následovně:

Demence u Alzheimerovy nemoci s časným začátkem – onemocnění propuká před 65. rokem života.

Demence u Alzheimerovy nemoci s pozdním začátkem – onemocnění propuká po 65. roce, obvykle v 70 letech a později.

Demence u Alzheimerovy nemoci, atypického nebo smíšeného typu.

Demence u Alzheimerovy nemoci NS (WHO, 2014).

Průběh choroby lze rozdělit podle stupně demence do tří skupin na lehké, střední a těžké stádium (ZVĚŘOVÁ, 2017).

Lehké stádium je charakteristické především zhoršováním krátkodobé paměti, přechodnou časovou dezorientací, během níž si pacient neuvědomuje, jaký je rok či den, prostorovou dezorientací a obtížným hledáním slov. Pro toto stadium je typická ztráta věcí a sklon k pasivitě. První stadium může trvat 2 až 4 roky (ŠEVČÍKOVÁ, 2009).

V klinickém obraze dominují poruchy kognitivních funkcí, pocíťované subjektivně, tj. když jsi toho jsou pacienti vědomí, ale i měřitelné objektivními psychologickými testovými metodami. Bývají narušeny aktivity denního života, zejména složitější aktivity, při kterých je nutné udržovat pozornost. Často mají nemocní deprese, podílí se na tom neurotransmitterový deficit nebo zachovalý náhled chorobnosti (ZVĚŘOVÁ, 2017).

Ve středním stádiu se projevy choroby zhoršují natolik, že pacientovi znemožňují běžné denní aktivity. Jelikož nastávají častější výpadky paměti, snižuje se schopnost sebekontroly, zhoršuje se schopnost řeči a objevují se halucinace, stává se situace komplikovanější jak pro pacienta, tak i pro jeho okolí. Střední stadium trvá od 2 do 10 let (ŠEVČÍKOVÁ, 2009).

V těžkém stádiu nemoci pacienti nepoznávají své nejbližší ani okolí. Stávají se plně závislími na svém okolí. Za nejobtížnější příznaky jsou považované behaviorální a psychické poruchy. Jsou postiženy aktivity denního života. Okolí nejvíce zatěžují poruchy chování (ZVĚŘOVÁ, 2017).

Nemocní bývají v tomto stádiu upoutáni na lůžko. V tomto stádiu jsou nejčastěji přijímáni do nemocnice nebo sociálního zařízení, protože se často objevují další přidružená onemocnění, která je ohrožují na životě. Dalším důvodem je, že někdy není možné poskytnout adekvátní péči v domácím prostředí (VAVRUŠOVÁ, 2012).

Nemocní obvykle přežívají od objevení prvních příznaků 7–10 let, díky léčbě a pečovateli je možné toto období o několik let prodloužit. U forem familiárních vidíme často rychlou progresi. Bezprostřední příčinou smrti bývají plicní onemocnění a úrazy. ACH je základní příčinou smrti (ZVĚŘOVÁ, 2017).

1.7 DIAGNOSTIKA

Diagnóza demenci a jejich podtypů je především diagnózou klinickou. Výsledky pomocných vyšetření (laboratorní nález, neuropsychologický profil, zobrazovací metody) mají význam podpůrný, v některých případech však mohou mít přínos zásadní. (RUSINA, 2012, s. 225).

Pro stanovení diagnózy Alzheimerovy choroby musí být splněna obecná kritéria pro demenci a zároveň je nutné vyloučit jinou možnou příčinu demence, například infekční onemocnění, cerebrovaskulární onemocnění, Parkinsonovu nemoc, Huntingtonovu nemoc, hypotyreózu, nedostatek vitamínu B12 a další. Všichni pacienti s poruchami mozku by měli podstoupit CT mozku, aby bylo možné vyloučit jiné příčiny, například tumory, vaskulární poruchy, intrakraniální hematomy. V současnosti jsou dostupnější metody vyšetření pomocí SPECT/PET. Používají se pro detekci metabolismu parietálních a temporálních laloků. Nezbytné je psychologické a klinické testování k posouzení kognitivních kategorií. Patří mezi ně paměť, pozornost, řeč, vnímání, konstrukční dovednosti, prostorová orientace, schopnost řešit problémy a schopnost normálního fungování (ZVĚŘOVÁ, 2017).

Uvádí se, že prvním krokem diagnostiky je diagnostika demence a druhým krokem diagnostika Alzheimerovy choroby. Je důležité si uvědomit, že při demenci dochází k rychlejší atrofii mozku než při přirozeném stárnutí. První úlohou při diagnostice je zhodnocení stavu mentálních funkcí. Nejvhodnější metodou na zhodnocení mentálních funkcí je důkladné psychiatrické vyšetření. Psychiatrické vyšetření umožňuje hodnotit stav kognitivních funkcí. Součástí vyšetření je objektivní anamnéza, kterou získáme informace o předchozím stupni intelektu a dalších funkcích a informace o projevech demence. Na posouzení kognitivních funkcí používáme strukturovaná vyšetření. Testy jako Mental Status Questionnaire a krátká verze Orientation – Memory – Concentration Test. Tyto testy jsou velmi krátké a slouží jen pro účely rozsáhlého screeningu. Mini - Mental State Exam a Cognistat jsou středně dlouhé a je možné je použít univerzálně u pacientů s psychickými i somatickými onemocněními (MARTINKOVÁ, 2017).

V závislosti na typu poruchy spojené s demencí mohou být postiženy různé symbolické funkce, například řeč, psaní, čtení, apraxie, gnostické funkce, zrakové,

prostorové a konstrukční schopnosti. Jsou typické pro postižení mozkové kůry (RESSNER, 2009).

Mezi zobrazovací metody při diagnostice Alzheimerovy choroby patří CT a MR. Zaměřují se na ložiskovou nebo celkovou atrofii mozku, výskyt a stupeň postižení bílé hmoty, ložiskové změny mozku a vyloučení subdurálního hematomu. SPECT zjišťuje pokles perfuze spánkového a temenního laloku, progresi onemocnění, předpověď míry poškození kognitivních funkcí. PET poukazuje na pokles perfuze temporální a čelové mozkové kůry společně s utilizací glukózy. Elektroencefalografické vyšetření pomáhá odlišit toxické a metabolické postižení mozku. Z dalších diagnostických metod můžeme použít neuropsychologické vyšetření upřesňující typ a vývoj onemocnění. Laboratorní vyšetření, například biochemické vyšetření krevního séra, moči, štítné žlázy, určení hladiny vitamínu B12, vyšetření likvoru a neuropatologické vyšetření na definitivní stanovení diagnózy (MARTINKOVÁ, 2017).

1.8 LÉČBA

Čím dříve je choroba diagnostikována, čím dříve se začne s léčbou, tím větší je šance na zmírnění průběhu. V současné době není možné Alzheimerovu chorobu plně vyléčit, je však možné zmírnit její průběh, zlepšit kvalitu života a udržet co nejdéle soběstačnost nemocných (VAVRUŠOVÁ, 2012, s. 20).

1.8.1 FARMAKOLOGICKÁ LÉČBA

Léčebné přístupy je možné rozdělit na biologické a nebiologické. Oba přístupy je nutné kombinovat a vhodně doplňovat. Farmakoterapie je nejpoužívanější z biologických léčebných přístupů. Dělí se na kognitivní farmakoterapii, ovlivňující poznávací funkce, a na nekognitivní farmakoterapii, která ovlivňuje poruchy nálad, afektů, chování a spánku.

Kognitivní farmakoterapie má blíže ke kauzální léčbě, u většiny demencí však není objasněna příčina, a proto ovlivňujeme známé mechanismy neurodegenerace (JIRÁK, HOLMEROVÁ, BORZOVÁ, 2009).

Kauzální léčba neboli léčba kognitivních systémů, v současnosti neexistuje. Převažuje symptomatická léčba podle dominantních projevů. Při psychotických příznacích, jako jsou halucinace, agresivita a agitovanost, je možné použít antipsychotika, při depresi antidepressiva, při agitaci betablokátory a u žen po menopauze estrogeny.

Při léčbě inhibitory cholinesterázy dochází ke zlepšení kognitivních funkcí. Mohou odstranit apatii, depresi, projevy psychózy i úzkosti, zlepšují paměť, prostorovou orientaci a sociabilitu. Příznivý terapeutický účinek byl zaznamenán při lehkých i středně těžkých formách Alzheimerovy choroby (MARTINKOVÁ, 2017).

V současnosti jsou u lehkých až středních forem Alzheimerovy choroby základními léčivy inhibitory acetylcholinesteráz. U pacientů s Alzheimerovou chorobou je v mozku tato látka méně tvořena a méně uvolňována. Má základní význam pro paměť. V České republice jsou používány tři inhibitory mozkových cholinesteráz – donepezil, rivastigmin a galantamin.

V těžších stádiích Alzheimerovy choroby je používána excitační aminokyselina. Tato látka se jmenuje memantin, částečně blokuje receptory. Chrání nervovou buňku před některými škodlivinami, před nadměrným množstvím kalcia. Zlepšuje schopnost učení a zapamatování si.

Látky likvidující volné kyslíkové radikály. Jejich význam je například jako přenašeč informace. Při léčbě ACH jsou používány látky, které volné kyslíkové radikály vychytávají a likvidují, patří sem vitamin E, betakaroten, retinol, vitamin C, selen a jiné.

Nootropní farmaka a příbuzné látky jsou léčiva, která zlepšují mozkovou látkovou přeměnu, využitelnost glukózy a jiných živin a působí proti nedostatku kyslíku. Používá se piracetam a pyritinol. Některá ovlivňují mozkové cévy a krevní průtok, například nicergolin, vinpocetin a naftidrofuryl.

Nekognitivní farmakoterapie ovlivňuje poruchy chování, změny nálad a poruchy spánku. Antipsychotika II. generace se používají k tišení neklidu i u přidružených delirií. Stejně tak jsou používána moderní antidepressiva a moderní anxiolytika. (JIRÁK, HOLMEROVÁ, BORZOVÁ, 2009).

Podle evidence based medicine jsou zatím akceptovatelné pouze dva postupy:

1. *Inhibitory mozkových cholinesteráz;* tyto látky vedou k blokáde enzymů odbourávajících acetylcholin a tím zlepšují porušenou acetylcholinergní transmissi. Klinicky se v dnešní době používají: Donepezil, Galantamin, Rivastigmin (VAVRUŠOVÁ, 2012).

2. Slabí antagonisté NMDA glutamátergních ionotropních receptorů: Memantin, derivát amantadinu, je jediná látka, která se v této skupině používá. Jeho účinek spočívá v modulaci glutamátového přenosu v CNS. Má vlastnosti stimulantia, zlepšuje tedy krátkodobou paměť (ZVĚŘOVÁ, 2017).

Doporučuje se, aby inhibitory acetylcholinesteráz byly předepisovány lidem se středně těžkou demencí a memantin aby byl používán pouze v klinických studiích (DOBROVODSKÁ, 2011).

1.8.2 NEFARMAKOLOGICKÁ LÉČBA

Je důležitá i nemedikamentózní neboli podpůrná léčba. K té patří validizace, což je specifický způsob komunikace zaměřený na jeho vnitřní prožívání. Dále terapeutická práce se vzpomínkami nazývána reminiscenční terapie. Stimulace neboli aktivizace prostřednictvím prostředí, je terapie orientována na realitu, hry s pamětí, taneční terapie, procházky a mnoho dalších. Cílem je zlepšení stavu pacienta, posílení lidské důstojnosti, zlepšení komunikace a na konec i pomoc pečujícím (VAVRUŠOVÁ, 2012).

Nefarmakologická léčba je zaměřená na neustálou aktivizaci a stimulaci pacienta v oblasti kognitivních funkcí a základních aktivit běžného života. Léčba vyžaduje laskavý přístup od ošetrovatelského personálu, který pomáhá snížit úzkost, strach a nejistotu u pacienta. Snížení napětí a úzkosti může následně zvýšit výkonnost pacienta a zlepšit jeho koncentraci a výkon paměťových funkcí. Pro pacienta s Alzheimerovou chorobou je velmi důležitý pocit jistoty a podpory (MARTINKOVÁ, 2017).

Programované aktivity:

V rozvinuté fázi demence není možné pacienty do čehokoliv nutit, je potřeba je systematicky a šetrně vést k tomu, aby zachovávali určitý denní rytmus, aby se podíleli na různých činnostech způsobem, který je baví, tak aby veškeré činnosti podporovaly udržení jejich soběstačnosti. Přirozený rytmus dne je například doba jídel. Nemocní demencí se mohou podílet na přípravě jídel, stolování, uklízení nádobí nebo mytí hrnků na kávu. Denní program je většinou zahájen ranní hygienou. Pokud pacienti dochází do denního centra, je u nich hygiena provedena doma v roli rodinných pečujících, ale pokud je hygiena prováděna v ústavním zařízení, je možné respektovat preference

pacienta. Po hygieně následuje snídaně. Všichni se postupně schází na oddělení, někteří pomáhají snídani připravit, jiní si povídají a odpočívají. Snídaně bývá volnější a následuje po ní dopolední aktivita, která je přerušena pouze svačinou.

Oběd je další důležitou součástí pro lidi s ACH. Lidé s touto chorobou rádi jedí, a proto je důležité věnovat pozornost přípravě jídla. Hlavní je, aby měli pacienti na jídlo dostatek času. Po obědě následuje odpočinek, nemělo by se jednat o dlouhý spánek v lůžku. Vhodné je podřimování v křesle či společné koukání na televizi.

Odpoledne je možné vystřídat několik možných aktivit - trávit čas venku na vycházce, na zahradě či v místnosti. Musíme však přihlížet k počasí a dalším okolnostem. Odpolední aktivity bývají přerušeny jednou svačinou a končí společnou večeří. Klienti z denního centra odcházejí před nebo po večeři. Večerní aktivity se odvíjí od toho, jak jsou lidé po celodenních aktivitách unaveni (JIRÁK, HOLMEROVÁ, BORZOVÁ, 2009).

Individualizované aktivity

Programování aktivit je vhodné pro pacienty ve fázi rozvinuté demence, avšak s progresí onemocnění potřebují co nejvíce individualizovaný režim. Nadále se mohou podílet na některých aktivitách, ale je nutné brát ohledy na to, že lidé bývají více unavení a ztrácí zájem. V takovém případě přestáváme o jejich účast usilovat. Snažíme se nabízet pestré, ale jednoduché činnosti, snažíme se vést je k sebeobsluze i přesto, že čím dál více potřebují naši pomoc ve většině úkonů (JIRÁK, HOLMEROVÁ, BORZOVÁ, 2009).

Reflektivní podpora

Tento přístup vznikl na základě zkušeností z péče o pacienty postižené demencí, po konzultacích s Gerontologickými centry a v rámci ČALS. Hlavním cílem bylo vytvoření zásad péče o pacienty s demencí. Reflektivní podporu chápeme jako celostní multidisciplinární přístup, který vychází z poznatků moderní vědy a je založený na těchto principech: Člověka postiženého demencí vnímáme jako důstojnou a jedinečnou lidskou bytost a podle toho se k němu také chováme. Soustavně podporujeme důstojnost a autonomii. Jednáme v souladu s přáním člověka. Reflektujeme aktuální stav a potřeby pacienta při léčbě i péči. Poskytujeme, zprostředkováváme a nabízíme všechny možné

podněty, které jsou pacientovi příjemné nebo jsou pro něj příznivé. Současně eliminujeme nepříjemné vjemy. Prostřednictvím komunikace poskytujeme podporu, pocit jistoty a bezpečí. Komunikace může být verbální i nonverbální (JIRÁK, HOLMEROVÁ, BORZOVÁ, 2009).

Orientace realitou

Jedním z nejstarších přístupů je orientace s realitou. Při soustavném a důsledném aplikování této metody dochází k mírnému zlepšení orientace, avšak zároveň i k diskomfortu, zhoršení stavu a někdy až vyprovokování nežádoucího chování. Orientaci realitou však nemůžeme zavrhnout jako celek. Některé prvky jsou součástí naší práce a stále je používáme, například kalendář, hodiny, nástěnka, jasné nápisy, barvená označení a další. To vše musí být umístěno na viditelném místě (JIRÁK, HOLMEROVÁ, BORZOVÁ, 2009).

Validace

Hlavním znakem validace je úcta k člověku s demencí, jeho přijetí a respektování jeho tématu. Pokud člověk stále mluví o svém blízkém, očekává, že přijde a nechce se připojit k aktuální aktivitě, pečující jej neopravuje ani nerozvíjí (JIRÁK, HOLMEROVÁ, BORZOVÁ, 2009).

Kognitivní trénink

Kognitivní trénink může být užitečný především ve stádiu mírné a středně pokročilé demence. Náročnost cvičení je potřeba individuálně přizpůsobit. Tento trénink vede k aktivizaci a procvičení, avšak nedochází k významnému zlepšení kognitivních funkcí (JIRÁK, HOLMEROVÁ, BORZOVÁ, 2009).

Reminiscence

Reminiscenční terapie je využívání vzpomínek, které vedou k upevnění sebeúcty, ke zlepšení komunikace mezi pacientem a pečovatelem (SHEARDOVÁ, 2010).

Společně rozpomínáme na různé věci, které jsou pro něj důležité. Zcela vhodná je spolupráce s rodinou, která je schopna poskytnout zásadní informace o životě nemocného, mohou nám dát i fotografie či jiné drobné předměty, které mohou vyvolat vzpomínky.

Ve vzpomínkách bychom se měli vracet do mládí a středního věku. Metoda reminiscence může probíhat i v malých skupinách. Veškerá činnost by měla být příjemným zážitkem a podporou lidské důstojnosti člověka s demencí (JIRÁK, HOLMEROVÁ, BORZOVÁ, 2009).

Naučený postup

Naučený postup znamená přiblížení postupů, které člověku s demencí individuálně vyhovují a návodů, jakým způsobem je zvyklý vykonávat různé aktivity. Zahrnuje také co má rád a co naopak rád nemá, jaký je jeho harmonogram dne a další (JIRÁK, HOLMEROVÁ, BORZOVÁ, 2009).

Prostředí pro lidi s demencí

Pro lidi s demencí by mělo být prostředí vlídné a domácí. Je potřeba pamatovat na určité zásady. Jde o opatření, která zvýší bezpečí nemocného i jeho okolí. Dosáhneme ho pomocí odstranění zbytečných bariér a nástrah, například prahů, šňůr, klouzavých kobereců, jedovatých květin, předmětů v cestě, plynu a mnoho dalšího. Důležité je věnovat pozornost koupelně a toaletě, kde je vhodné umístit madla, neklouzavé podložky, vhodné ukrytí léků a jiných chemických přípravků. Prostory by měly být přehledné a příjemné, měly by obsahovat také možnosti odpočinku, například lavičku. Odchod ze zařízení by neměl být snadný a měl by být signalizován tak, aby je mohl ven pouze někdo doprovodit, avšak lidé s demencí nesmějí být za žádných okolností zamykáni. Dveře pokojů, toalet, koupelen, kuchyňky a dalších prostor je vhodné označit. Prostory by se neměly měnit, aby si na ně pacienti zvykli (JIRÁK, HOLMEROVÁ, BORZOVÁ, 2009).

Kinezioterapie a taneční terapie

Kinezioterapie přispívá zejména k udržení svalové síly a stability, avšak je i vhodnou prevencí problémového chování. Lze sem zařadit i tanec, neboť tanec a hudba mají silný emoční náboj a jsou snadným zdrojem nonverbální komunikace. Délku aktivity je potřebné přizpůsobit individuálně k možnostem člověka (JIRÁK, HOLMEROVÁ, BORZOVÁ, 2009).

2 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

Současný nárůst počtu lidí s demencí se neustále zvyšuje, to má vliv na společnost. Lidé s demencí trpí vysokým výskytem chronických onemocnění a psychickými poruchami, tudíž potřebují zdravotní i sociální péči. Vzhledem k individuálním nárokům pacientů není možné je striktně definovat. Je potřeba je řešit postupně podle toho, jak se objevují. Ošetrovatelský personál, sestry a příbuzní musí poznat příčiny různých jevů a způsoby, jak je zvládat a jak jim předcházet. Péče o pacienta s Alzheimerovou chorobou nevede k plnému uzdravení, ale ke zlepšení kvality života (MARTINKOVÁ, 2017).

Rodina má významnou roli i v případě identifikace duševní poruchy. Sestra přichází do kontaktu s jeho rodinou, pozoruje jejich chování, vyjadřování, postoj k pacientovi a následně získává důležité údaje pro celý ošetrovatelský a terapeutický proces. Cílem komplexní ošetrovatelské péče je dosáhnout maximální možné soběstačnosti v aktivitách běžného denního života, zabezpečit jeho ochranu před jakýmkoli druhem poškození sebe samého nebo jeho okolí. Rodina se také musí naučit akceptovat projevy Alzheimerovy choroby. Je důležité informovat rodinu o styku s jejich blízkým, povzbuzovat je a poskytnout jim kontakty na další instituce, které jim mohou pomoci. Mezi instituce patří ADOS, léčebny dlouhodobě nemocných, domovy se zvláštním režimem (DLUGOŠOVÁ, TKÁČOVÁ, 2010).

2.1 BIOLOGICKÉ POTŘEBY

Uspokojování biologických potřeb je nevyhnutelné pro život, tyto potřeby odpovídají fyziologickým podmínkám organismu. Biologické potřeby mají cyklický charakter, neboť souvisí s životním rytmem. Mezi nevyhnutelné základní biologické potřeby patří dýchání, přijímání potravy a tekutin, vylučování, spánek, odpočinek, pohyb i potřeba udržení tělesné teploty.

Potřebu dýchání si člověk s Alzheimerovou chorobou udržuje sám bez jakýchkoliv problémů, pokud se nepřidruží komplikace respiračního systému.

Velmi důležitá je potřeba přijímání potravy a tekutin. Zdravá výživa ovlivňuje kvalitu života, zlepšuje celkový stav organismu i tělesnou a duševní výkonnost, v neposlední řadě zvyšuje odolnost organismu vůči infekcím a stresu. Pacienti s ACH

mají až nadměrnou chuť k jídlu. V pokročilejších stádiích choroby je nutné pacientovi pomáhat při jídle, protože často zapomene, zda už jedl nebo jak má jíst a jak používat příbor. Vhodné je dávat jídlo pacientovi postupně, v případě, že by se měl rozhodovat co si dá první by mohlo dojít k dezorientaci. V případě odmítání stravy je důležité najít příčinu (MARTINKOVÁ, 2017).

Potřeba vylučování moče a stolice nastává, když se začínají objevovat příznaky inkontinence. Ta se objevuje u středně těžké formy ACH. Každý problém s inkontinencí vyžaduje lékařské vyšetření a odstranění možných příčin, jako jsou například infekce nebo prostatická obstrukce. Mobilních pacientů s Alzheimerovou chorobou je inkontinentních asi 40–60 %. Lidem s ACH, kterým uniká moč před příchodem na toaletu, by měly být k dispozici přenosné toalety, protože v nervozitě nemohou najít správnou cestu na toaletu.

Potřeba udržení tělesné teploty souvisí i se správným oblékáním. Základním pravidlem je nepřehánět to s péčí při oblékání a umývání. Vhodnější je pacienta povzbudit, aby tyto činnosti zvládal sám (MARTINKOVÁ, 2017).

Poruchy spánku a cirkadiánního rytmu se vyskytují u 25–35 % pacientů s demencí. Tyto projevy jsou největším důvodem institucionalizace pacientů. Fragmentace spánku u ACH se vyznačuje zkracováním doby spánku, s opakovaným nočním probouzením a fázemi nočního bdění, s často předčasným probouzením. Přítomnost poruchy spánku je spojena s prevalencí agresivity, poruch chování i deprese (RUSINA, HOLMEROVÁ, 2014).

Pohyb je základní atribut života. Pacienti s ACH v prvních dvou stádiích jsou mobilní, ve třetím už imobilní. Při hodnocení pohyblivosti používá sestra screeningový test mobility. Zařazujeme sem cvičení s ohledem na věk a aktuální stav, například turistiku na čerstvém vzduchu, práci na zahradě, péči o zvířata a plavání. Při provádění různého cvičení je hlavní bezpečí pacienta. Důležitá je úprava prostředí, která zahrnuje sedm kritických okruhů – volnost cesty, stabilní pevný nábytek, lehký přístup k potřebným věcem, vhodné osvětlení, dobré podlahy, dobře udržované vybavení a hlavní je péče o nohy a vhodná obuv.

Bezpečné prostředí přispívá k prevenci pádů. Doporučuje se vymalovat stěny kontrastními barvami, všude mít protismykovou podlahu a noční osvětlení, správnou výšku lůžka, stabilní židle, kulaté rohy nábytku, madla a lavičky na chodbách, první a poslední schod označit barevnou páskou, do koupelny umístit sedačku, madla a protismykové podložky. Nevhodné jsou koberce. Pády ovlivňují i boty, brýle a oblečení. Mezi nejčastější kompenzační pomůcky pro lidi s Alzheimerovou chorobou se řadí francouzské hole, v případě imobilizace invalidní vozík. Při celkové imobilitě zajišťuje sestra hygienickou péči, polohování a celkovou aktivitu na lůžku.

Lidé s Alzheimerovou chorobou mají i sexuální potřeby. Domáhají se sexuálních potřeb nepřiměřenými způsoby i požadavky (MARTINKOVÁ, 2017).

2.2 PSYCHICKÉ POTŘEBY

Uspokojení psychických potřeb přináší pohodu a vede k rozvoji osobnosti. Radíme sem péči, pomoc, pocit bezpečí a jistoty, sebeúctu, vlastní identitu a emocionální kontakt. Uspokojování těchto potřeb se odvíjí podle stupně Alzheimerovy choroby. Vyskytují se různé změny v psychickém stavu pacienta, nejčastěji to jsou změny paměti, orientace časem a prostorem, změny nálad, myšlení, vědomí a úsudku. Při posuzování psychického stavu je možné použít Folsteinův test, který je zaměřený na vyšetření kognitivních funkcí.

Mezi další poruchy se řadí poruchy paměti. Paměť je psychická funkce, díky které přijímáme, uchováváme a následně si vybavujeme nové informace, vjemy a zážitky. Paměť rozdělujeme na krátkodobou a dlouhodobou z hlediska délky uchování paměťových stop. Paměť je velmi důležitá a složitá funkce. Je spojena s procesem učení a s procesem adaptace. Pacient s ACH nedokáže přenášet informace z krátkodobé paměti do dlouhodobé. Schopnost vstřebávání nových informací je narušená, to znamená, že není schopný si vybavit ani to, co se dělo před 30 vteřinami. V pokročilejších stádiích pacient postupně zapomíná i informace, které jsou uloženy v dlouhodobé paměti. V raných stádiích ztrátu paměti doprovází zvýšená úzkost, protože si je pacient schopný uvědomit, že je neschopný plnit svá očekávání. V pokročilejším stádiu Alzheimerovy demence se stávají i ty nejjednodušší úkony těžkými, je nutné upevňovat každodenní činnosti a jejich přesné vykonávání. Pacient nedokáže řešit nové situace a stává se nejistým i neklidným,

v tomto případě sestra využívá pomůcky na posilňování paměti, jako například seznamy povinností, výrazné a velké hodiny a kalendáře.

Neschopnost pacienta s Alzheimerovou chorobou orientovat se v čase a prostoru se nazývá dezorientace, tu často provází zmatenost. Pacient se nedokáže zorientovat ani ve vlastním bytě, neví, kde se nachází koupelna, kuchyň. V orientaci pacientovi mohou pomoci předměty umístěné na viditelných místech, například označení místností cedulemi, fotografie rodiny a blízkých, kalendáře a hodiny. Osvědčené je pacientovi hned po probuzení připomenout jaký je den, kde se nachází a jiné základní skutečnosti.

Typická je zmatenost z důvodu zhoršení kognitivních funkcí. Zmatenost vyvolává mnoho faktorů, například stárnutí mozku, zhoršení zraku a sluchu, chronické choroby, snížená imunita, reakce na lék až nedostatek odpočinku a smutek. Akutní stavy zmatenosti může způsobovat i fyzická bolest.

Poruchy chování jsou charakterizované poruchou intelektových schopností, paměti a řadou dalších. Mezi příznaky netýkající se kognitivních funkcí řadíme změny osobnosti, stravování, halucinace, nepřiměřené reakce a další. Poruchy chování se často dají léčit.

Deprese je častým příznakem u pacienta s ACH, je doprovázena poklesem nálady a skleslostí. Tyto příznaky se dají ovlivnit antidepresivy. Deprese se nejčastěji projevuje únavou, poruchami spánku, nechutenstvím s následnou ztrátou hmotnosti, změnami chování, neklidem a agresivitou. Důležitá je u pacientů psychoterapie, socioterapie, rehabilitace, arteterapie a muzikoterapie (MARTINKOVÁ, 2017).

Prevalence deprese u seniorů je cca 15 %, výskyt deprese u lidí v institucích je významně vyšší a postihuje asi 40–50 % lidí. Deprese velmi významně negativně ovlivňuje kvalitu života. Diagnostika deprese u lidí s demencí je náročnější. Pro tuto skupinu pacientů volíme z léků escitalopram, citalopram a sertralin, z důvodu dobré snášenlivosti i účinnosti (HOLMEROVÁ, BAUMANOVÁ, VAŇKOVÁ, JURÁŠKOVÁ, 2011).

Při péči o pacienty s demencí se setkáváme s mnoha problémy, kromě fyzického napadání je nutné pamatovat na to, že zbytečné příkazy, zákazy a direktivní styl řeči

mohou mít za následek dezorientaci pacientů a zcela opačný účinek (KONARŤÍK, KUBEŠOVÁ, 2016).

Agresivita a nepokoj jsou důsledkem neuroanatomických, neurofyzilogických a neurochemických změn v mozku, psychopatologické symptomatiky, jako jsou kognitivní poruchy, úzkost, iluze, halucinace a poruchy komunikace jako následku deficitu kognitivních, poznávacích funkcí. Porucha komunikace při Alzheimerově chorobě vede k neschopnost pacienta říct sestře co ho trápí vede k neklidu. Agresivita může vyvolat i úzkost z očekávání, změny i z neznámého. Problémová situace nastává v případě, kdy pacient začne odmítat ošetrovatelskou péči. Pacient lépe reaguje na přátelský a mírný tón hlasu, laskavý dotyk a udržování očního kontaktu. Pokud i nadále péči odmítá, je vhodné si přivolat na pomoc další sestru. Při ošetrování agresivního pacienta by měla sestra zachovávat klid a agresivní chování by neměla vnímat osobně.

Delirium a halucinace jsou definované jako poruchy vnímání reality. Při deliriu se pacient nedá usměrnit. Při halucinacích vznikají vjemy, které nejsou skutečné. Pacienti s ACH už z počátku trpí na zrakové halucinace, jsou přesvědčeni, že je někdo pronásleduje nebo že je s nimi někdo cizí v bytě.

Narušený úsudek vzniká následkem degenerativních změn. Pacient není schopný objektivně posoudit své chování a činy. Nežádoucí chování je třeba ignorovat, sestra se snaží pacienta pouze uklidnit, ale nenapomíná ho ani s ním nediskutuje. Zhoršený úsudek může způsobit i nepřiměřené sexuální projevy, například veřejnou masturbaci, anebo odhalování se na veřejnosti.

Porucha sebezpečce způsobuje neschopnost vykonávat základní aktivity každodenního života. Ztráta těchto schopností je pro pacienta velmi frustrující a nepříjemná zejména z počátku choroby. Avšak mnohé úkony sebezpečce jsou naučené zručnosti, které mohou přetrvávat delší dobu, když se v nich pokračuje. Úlohou sestry je zhodnocení, které úkony sebezpečce pacient může zvládnout, pacienta musí povzbuzovat. Pokud pacient tyto činnosti nebude opakovat, ztratí schopnost sebezpečce a nikdy ji nezíská zpět (MARTINKOVÁ, 2017).

2.3 SOCIÁLNÍ POTŘEBY

Jedná se o soubor různých potřeb, například potřeby jistoty, komunikace, sociálních kontaktů, přátelství, informovanosti, respektu, seberealizace. Tyto potřeby se mezi sebou navzájem prolínají a ovlivňují a tím vytváří složitou strukturu. Skrze sociální vztahy a komunikaci se mnohé lidské potřeby vyjadřují i uspokojují. Sociální vztahy mají různou emocionální vazbu.

Komunikace a komunikační techniky používané v sociální interakci musí být přizpůsobené individuálním požadavkům. V ošetrovatelské péči o pacienta s ACH se setkáváme s poruchou kognitivních funkcí různého rozsahu a intenzity. Může se zdát, že komunikace s pacientem s Alzheimerovou chorobou je nemožná, ale opak je pravdou.

Mezi zásady pro správnou komunikaci s pacientem s ACH patří – než sestra začne s pacientem komunikovat musí se ujistit, zda jí věnuje pozornost. Sestra komunikuje vždy pomalu a zřetelně, některé informace vícekrát zopakuje. Věnuje pozornost i neverbální komunikaci. Pokud to situace vyžaduje, ignorujeme nevhodné chování.

Rodina je základ společnosti. Hraje důležitou roli pro pacienta s Alzheimerovou chorobou. Nejčastější příčinou narušení rovnováhy v rodinách jsou poruchy chování, především nespavost a noční bloudění. Rodiny musí přijmout skutečnost, že nežádoucí chování způsobuje choroba. Sestra sehrává důležitou roli při uspokojování potřeb pacienta i rodiny. Na rodinu může působit edukačně (MARTINKOVÁ, 2017).

3 SYSTÉMY ZDRAVOTNÍ A SOCIÁLNÍ PÉČE

Přístupy k pacientům se liší podle jednotlivých stádií Alzheimerovy choroby, proto je nutné tato stádia jednotlivě charakterizovat.

Počínající a mírná demence se vyznačuje relativní soběstačností pacienta. V tomto stádiu nepotřebuje trvalou péči ani dohled.

Rozvinutá demence je charakterizována postupně se zhoršující nesoběstačností pacienta. Často bývají přítomny behaviorální a psychické příznaky. Jedná se o relativně dlouhé období, ve kterém lidé s ACH potřebují nepřetržitou péči, dohled i pomoc.

U Alzheimerovy choroby je léčba hrazena pojišťovnou, stejně tak i domácí ošetrovatelská péče, pokud byla předepsána po propuštění z nemocnice nebo ji předepsal praktický lékař (REGNAULT, ŠIMKOVÁ, 2009).

Péče o člověka s demencí je pro pečujícího velmi náročná časově, psychicky a fyzicky. Mnohdy ani rodinní příslušníci a přátelé nemohou zajistit dostatečný prostor pro to, aby si pečující mohl oddychnout. Někdy i sám pečující má vlastní zdravotní problémy, které mu péči ztěžují nebo znemožňují. Nejsou ani ojedinělé případy, kdy péči doma brání bariéry, jako jsou malé byty, bydlení se schody bez výtahu a podobně. (PROVAZNÍKOVÁ, KALVACH, 2016, s. 118).

Pokud se pečující nemůže o pacienta postarat například z důvodu operace, je vhodné se obrátit na služby odlehčovací (respitní) péče, kterou poskytují pobytová zařízení (NUDZ, 2017).

Respitní péče je odlehčující službou pro osoby, které pečují v domácím prostředí trvale o své blízké. Služba pečujícím osobám umožňuje si odpočinout a zařídit si osobní i rodinné záležitosti díky dočasnému převzetí veškerých pečovatelských povinností. Je poskytována dočasně na omezenou dobu. Tato služba může být terénní, ambulantní nebo pobytová. Zahrnuje pomoc při veškerých činnostech, které pacient sám nezvládne, od hygieny až po vyřizování osobních záležitostí (ALZHEIMER, 2015).

Domácí zdravotní péče, označená „home care“, je zdravotní služba, kterou zajišťují sestry v případě, že pacient potřebuje v domácím prostředí poskytnout nějaké zdravotní úkony. Zdravotní péči se rozumí podání léků, aplikace injekcí, převazy, měření tlaku, glykémie a mnoho dalších. Tato služba spadá do kompetence lékaře. Zažádat o ni může sám pečující nebo ji na základě vlastního rozhodnutí předepíše lékař. Pacient ji nehradí (PROVAZNÍKOVÁ, KALVACH, 2016).

Pečovatelská služba poskytuje pomoc osobám, které z nějakého důvodu potřebují pomoc někoho dalšího. Umožňuje lidem co nejdéle zůstat ve známém domácím prostředí na které jsou zvyklí. Tato služba je terénní a ambulantní. Zahrnuje pomoc při veškerých denních činnostech a poskytuje se v předem vymezeném čase.

Tísňová služba je určena pro osoby žijící samostatně, které jsou vystaveny vysokému riziku ohrožení zdraví. Služba je poskytována formou nepřetržitého spojení s dispečinkem, který poskytuje pomoc v krizových situacích. Tato služba je terénní.

Osobní asistence poskytuje pomoc a podporu osobám, které potřebují pomoc někoho dalšího. Poskytuje se dle potřeby, bez časového omezení, v domácnosti i mimo ni. Probíhá individuálně a charakter má terénní (ALZHEIMER, 2015).

Denní stacionář zaměřený na pacienty s demencí slouží pacientům po celý den, několik hodin denně nebo několik dní v týdnu, individuálně podle potřeb pacientů a jejich rodinných příslušníků. Rodina pak dále může chodit do práce a pacientovi umožňuje participovat na aktivitách. Tím se tak déle zachovává jeho soběstačnost i sociální dovednosti. Hlavní výhodou denního stacionáře je zachování kontinuity péče v rodině (JIRÁK, HOLMEROVÁ, BORZOVÁ, 2009).

Do ambulantních služeb dochází pacient během dne. Ráno odchází z domu nebo si pro něj přijedou pracovníci denní služby a odpoledne se vrací zpět domů. Tento režim pacienti dobře snášejí, neboť jak ho oni sami nazývají „jdu do práce“, jim není cizí (PROVAZNÍKOVÁ, KALVACH, 2016).

Týdenní stacionáře poskytují pobytové služby osobám, které se z nějakého důvodu neobejdou bez neustálé pomoci jiné osoby. Hlavním cílem je poskytnout pomoc formou zajištění bydlení s veškerým zázemím a poskytovanou péčí. Zde se nabízí mnoho terapeutických a zájmových činností a snaží se co nejvíce zapojit uživatele do běžného

sociálního prostředí formou účasti na kulturních nebo sportovních akcích. Provozní doba týdenních stacionářů je během průběhu pracovního týdne. To znamená od pondělí ráno do pátku odpoledne (ALZHEIMER, 2015).

Domovy se zvláštním režimem poskytují pobytové služby lidem, jejichž situace vyžaduje neustálou péči někoho dalšího. Péče je zde přizpůsobena specifickým potřebám jejich klientům. Cílem je vytvořit klientům příjemné a důstojné místo, které obsahuje veškeré zázemí, ubytování i potřebnou péči tak, aby jim byla maximálně nahrazena domácí atmosféra. Pracovníci zde podporují soběstačnost pacientů, pomáhají jim uskutečnit kontakt se společenským prostředím a upevňovat komunikaci s rodinou. Je zde nabízeno mnoho terapeutických i zájmových aktivit a snaží se o co největší zapojení (ALZHEIMER, 2015).

Maximální ceny sociálních služeb se řídí dle prováděcí vyhlášky MPSV č. **505/2006 Sb.** k zákonu o sociálních službách č. 108/2006 Sb.

Například v pečovatelských službách je maximální výše úhrady za poskytované služby 130 Kč za hodinu, podle skutečně spotřebovaného času nezbytného k zajištění úkonů. Mezi tyto úkony patří například pomoc při podávání jídla, pomoc při přesunu na vozík, pomoc při úkonech osobní hygieny, běžné nákupy, úklid a údržba domácnosti. Poté požadují 170 Kč denně za poskytnutí celodenní stravy v rozsahu minimálně 3 hlavních jídel a 75 Kč za oběd. V odlehčovacích službách, v centrech denních služeb a v denních stacionářích jsou maximální výše úhrad stejné jako v pečovatelských službách. V Domovech pro seniory a domovech se zvláštním režimem je maximální výše úhrady za poskytování sociálních služeb 210 Kč denně za úkony uvedeny výše, 170 Kč denně za celodenní stravu a 75 Kč za oběd (ZÁKONYPROLIDI, 2018).

4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

Ošetřovatelský proces byl zpracovaný v domově se zvláštním režimem u pacientem s diagnózou Alzheimerova choroba. Pacient v zařízení pobýval od srpna 2017. O umístění zažádala rodina pacienta, která se již nadále nezvládla o něho postarat.

Veškeré získané informace, které se týkaly pacienta, byly získané z chorobopisu, zdravotní dokumentace, od personálu, rozhovorem s pacientem a jeho rodinou. Na základě získaných údajů byl zpracován ošetřovatelský proces. S údaji pacienta je zacházeno korektně; jak vymezuje zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých údajů ve znění účinném od 6. října 2016.

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Tabulka 1 Identifikační údaje

Pohlaví: muž	Rok narození: 1930
Věk: 87	Zaměstnání: důchodce
Vzdělání: vysokoškolské	Státní příslušnost: ČR
Stav: ženatý	Typ přijetí: překlad z LDN
Datum přijetí: srpen 2017	

Zdroj: (dokumentace pacienta).

Důvod přijetí udávaný pacientem: „Jsem tu, abych nebyl sám“

Medicínská diagnóza hlavní: Demence pokročilého stupně při Alzheimerově chorobě

Medicínské diagnózy vedlejší: Epilepsie na terapii
Parkinsonova nemoc

VITÁLNÍ FUNKCE

Tabulka 2 Vitální funkce

Při přijetí do DZR dne 1. 8. 2017	Dne 6. 8. 2018
TK: 115/60	TK: 105/65
P: 76'	P: 60'
D: 16/min.	D: 18/min.
TT: 36,6°C	TT: 36,4°C
Výška: 165 cm	Výška: 165 cm
Váha: 69 kg	Váha: 67 kg
BMI: 25,3 - nadváha	BMI: 24,6 – v normě
Stav vědomí: bdělý	Stav vědomí: bdělý
Pohyblivost: omezená	Pohyblivost: omezená
Řeč, jazyk: srozumitelná	Řeč, jazyk: pomalá, srozumitelná
Orientace místem - ano	Orientace místem - ne
časem - ne	časem - ne
osobou - ano	osobou - ano

Zdroj: ošetřovatelská dokumentace a vlastní měření 2018.

Nynější onemocnění:

Pacient byl přijat v srpnu 2017 z LDN. V LDN byl pacient hospitalizován pro zlepšení soběstačnosti a rehabilitaci po prodělaném pádu s následnými

kompresivními frakturami Th 4,5,6 a L1. Projevoval zde znaky demence. Alzheimerova choroba byla pacientovi diagnostikována až v DZR, nyní má pacient demenci pokročilého stupně při Alzheimerově chorobě. Pacient má epilepsii, poslední záchvat r. 2012, nyní bez záchvatu. V DZR je umístěn na žádost rodiny, která se o něj nebyla schopna nadále postarat. Pacient je ženatý a má jednoho syna. Rodina říká, že udržují dobré vztahy. Navštěvují pacienta jednou většinou za měsíc. Pacient žil se svou manželkou v rodinném domě. Manželka se o něj starala, připravovala mu léky i jídlo, pomáhala mu s oblékáním a hygienou a společně chodili na procházky nebo prováděli manuální práce na zahradě. Vzhledem k progresi choroby se o něj již manželka nedokáže sama postarat v domácím prostředí.

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

Informační zdroje:

- zdravotní dokumentace pacienta,
- rodina (manželka, syn),
- pacient,
- personál.

ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza:

Matka: ICHS, diabetes mellitus II. typu, esenciální (primární) hypertenze, zemřela v 70 letech

Otec: bezvýznamná, zemřel v 75 letech

Děti: 1 syn, hypertenze

Osobní anamnéza:

Překonané a chronické onemocnění:

Epilepsie od r. 2010, nyní bez záchvatů, užívá Lamictal

St. p. infekci močových cest 2/2017

St. p. tracheobronchitidě 2/2017

Kognitivní deficit

Extrapiramidový syndrom

St. p. VCHGD

Coxartrosa l. sin.

Disabilita středního stupně

Senzorická dekonidice

Inkontinence moči i stolice

Hospitalizace a operace:

St. p. kompresivní fraktury Th 4, 5 a 6 se snížením asi o $\frac{1}{3}$ až $\frac{2}{3}$ výšky s kompresivní frakturou L1 se snížením o $\frac{1}{2}$ výšky 7. 2. 2017

St. p. opakovaných pádech, poslední 7. 2. 2017

St. p. operaci prostaty r. 2002 – sledován na onkologii UVN

St. p. operaci tříselné kýly oboustranně. r. 2003

Úrazy: Opakované pády.

Transfuze: Nevzpomíná si.

Očkování: Veškerá povinná dětská očkování. Tetanus přeočkování v květnu 2013, proti Pneumokokové nákaze v srpnu 2015.

Léková anamnéza:

Tabulka 3 Léková anamnéza

NÁZEV LÉKU	FORMA	SÍLA	DÁVKOVÁNÍ	SKUPINA
Lamictal	Tbl.	50 mg	1-0-1	Antiepileptikum
Zenmem	Tbl.	10 mg.	1-0-0	Ostatní léčiva proti demenci
Buronil	Tbl.	25 mg	0-1-0-1	Antipsychotikum
Novalgin	Tbl.	500 mg	1-0-1	Analgetikum, Antipyretikum
Calcii carbonici	Tbl.	0,5 G	0-0-1	Soli a ionty

Vigantol	Gtt.	0,5 mg/ml	15 ml 1x týdně – ve středu	Vitamíny
-----------------	------	-----------	-------------------------------	----------

Zdroj: dokumentace pacienta

Alergologická anamnéza:

Léky: 0

Potraviny: 0

Chemické látky: 0

Jiné: 0

Abúzy:

Alkohol: 0

Kouření: 0

Káva: 0

Léky: 0

Sociální anamnéza:

Stav: Ženatý

Bytové podmínky: Žil v rodinném domě s manželkou, nyní institucionální péče.

Vztahy, role a interakce: Vztahy v rodině mají velmi dobré, navštěvují pacienta.

Záliby: „Mám rád procházky a knihy.“ Pacient chodil velmi rád na dlouhé procházky nebo se svou ženou vykonávali manuální práce na zahradě. Pacient je podle své ženy spíše samotářský. Nyní si rád čte nebo chodí s doprovodem na kratší procházku po zahradě. Také často kouká na TV nebo jen tak relaxuje sám v křesle.

Volnočasové aktivity: Dříve často vykonával manuální práce kolem domu nebo na zahradě, ale dnes toho není schopný.

Pracovní anamnéza:

Vzdělání: Vysokoškolské

Pracovní zařazení: Elektroinženýr

Čas působení, čas odchodu do důchodu, jakého: Na čas si nevzpomíná, ale je ve starobním důchodu.

Vztahy na pracovišti: Nelze hodnotit.

Ekonomické podmínky: Je již v důchodu.

Spirituální anamnéza:

Pacient není věřící. Nevyžaduje návštěvy kněze ani mše svaté.

FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ SESTROU

dne 6. 8. 2018

Tabulka 4 Fyzikální vyšetření sestrou

Hlava	Hlava normocefalická, na poklep nebolestivá, bez zjevných deformit. Držení hlavy v normě.
Oči	Oči zaujímají střední postavení, oční štěrby symetrické, zornice izokorické, spojivky prokrvené, bílé skléry. Bulby volně pohyblivé všemi směry.
Uši, nos	Uši i nos bez sekrece.
Rty	Rty růžové, suché, bez defektu.
Dásně, sliznice dutiny ústní	Dásně i sliznice bez krvácivých projevů. Růžové. Bez poruch polykání.
Jazyk	Plazí středem. Povrch bez povlaku, vlhký, růžový, bez deformit.
Tonzily	Nezvětšené, růžové. Bez známek zánětu.
Chrup	Horní i dolní zubní náhrada, snímatelná.
Krk	Štítná žláza a lymfatické uzliny nezvětšené. Krční žíly bez zvýšené náplně, pulsující karotidy. Krční páteř volně pohyblivá. Palpačně nebolestivá.
Hrudník	Hrudník bez zjevných deformit. Pohyb souměrný, poklep plný jasný. Dýchání bez projevů dušnosti.

Plíce	Dýchání spontánní, sklípkové, poslechem čistě. Poklep plný, jasný. Saturace v normě 98 %. Frekvence 17/min.
Srdce	Srdeční akce pravidelná. Ozvy ohraničené, bez šelestů. Funkce obou komor fyziologická. Pulzace dobře hmatná, frekvence 62. Krevní tlak 105/65 mmHg.
Břícho	Volně prohmatné, nebolestivé, bez hmatné rezistence, měkké. Slyšitelná peristaltika. Vyprazdňování 1x za dva dny.
Játra	Hmatná, nezvětšená. Nepřesahují pravý oblouk žeberní.
Slezina	Nehmatná.
Genitál	Podbříšek nebolestivý. Bez výtoků či zduření. Inkontinence.
Uzliny	Nehmatné.
Páteř	Fyziologicky zakřivená.
Klouby	Snížená hybnost kloubů vzhledem k věku.
Reflexy	Zpomalené.
Čítí	Při vědomí, dezorientován místem i časem. Jsou přítomné výrazné poruchy paměti.
Periferní pulzace	Hmatné.
Varixy	Nepřítomny.
Kůže	Kožní turgor dostatečný. Kůže bledá, bez cyanózy, ikteru a eflorescencí. Vlasy světlé, krátké. Nehty upravené.
Otoky	Bez otoku.

Zdroj: vlastní vyšetření 2018

Pro stanovení ošetrovatelských diagnóz jsme zvažovali užití modelu Virginie Hendersonové – Teorie základní ošetrovatelské péče, ale pro lepší identifikaci

ošetřovatelských diagnóz jsme použili klasifikační systém třinácti domén NANDA I Taxonomie II.

UTŘÍDĚNÍ INFORMACÍ DLE DOMÉN NANDA I TAXONOMIE II

dne 6. 8. 2018

Tabulka 5 Utřídění informací dle domén NANDA I Taxonomie II

DOMÉNA	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
1. Podpora zdraví <ul style="list-style-type: none"> • Uvědomování si zdraví • Management zdraví 	„Je mi dobře“	<p>Posouzení před hospitalizací: Podle manželky si svou nemoc neuvědomoval. Na pravidelné kontroly docházel s manželkou nebo synem.</p> <p>Posouzení při hospitalizaci: Nedokáže objektivně zhodnotit svůj zdravotní stav. Myslí si, že je zdravý. Je nutné dohlížet na pravidelné užívání léků.</p> <p>Dynamicky stav nestálé rovnováhy z důvodu věku pacienta, u kterého dochází k zhoršování jedné nebo více oblastí zdraví (fyzické, funkční, psychologické či sociální).</p> <p>Posuzovací technika: rozhovor</p> <p>Ošetřovatelská diagnóza: Tř. 2 – 00257 syndrom křehkosti ve stáří</p> <p>Priorita: střední</p>
2. Výživa <ul style="list-style-type: none"> • Příjem potravy • Trávení 	„Vaří tu dobře, chutná mi“	<p>Posouzení před hospitalizací: BMI 25,3 – mírná nadváha. Pacient se najedl sám. Jídlo mu bylo připraveno a nakrájeno na malé kousky. Pítí</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Vstřebávání • Metabolizmus • Hydratace 		<p>mu muselo být připomínáno. Chuť k jídlu měl dobrou, jedl 4x denně.</p> <p>Posouzení při hospitalizaci:</p> <p>Dieta č. 3 - racionální, bez omezení. Výživa per os. BMI 24,6 – v normě. Chuť k jídlu se nezměnila, jí pravidelně 5x denně. Porce běžné. Nepocítuje hlad.</p> <p>Nají se sám s pomocí příboru. Stravu je potřeba připravit a nakrájet na malé kousky.</p> <p>Vypije asi 1000 ml tekutin denně. Tekutiny je potřeba aktivně nabízet. Pije sám ze sklenky nebo hrnku. Podle rodiny má rád bílou kávu, kakao a různé druhy čaje.</p> <p>Posuzovací a měřicí technika: rozhovor, BMI, sledování příjmu tekutin</p> <p>Ošetrovatelská diagnóza:</p> <p>Tř. 5 – 00028 Riziko sníženého objemu tekutin</p> <p>Priorita: střední</p>
<p>3. Vylučování a výměna</p> <ul style="list-style-type: none"> • Funkce močového systému • Funkce gastrointestinálního systému 	<p>„Tohle mi dávají, koukněte“ - ukazuje na plenkové kalhotky.</p>	<p>Posouzení:</p> <p>Pacient je plně inkontinentní. Používá inkontinenční pomůcky – plenkové natahovací kalhotky. Výjimečně pocítuje potřebu na stolici, tak si řekne a jde s doprovodem na toaletu.</p> <p>Poslední stolice byla dnes ráno (6. 8. 2018). Stolice je pevná a formovaná bez příměsí.</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Funkce kožního systému • Funkce dýchacího systému 		<p>K vyprazdňování dochází 1x za dva dny. Je nutné sledovat frekvenci a charakter z důvodu rizika zácpy.</p> <p>Posuzovací technika: Rozhovor, pozorování, dokumentace pacienta</p> <p>Ošetrovatelská diagnóza:</p> <p>Tř. 1 – 00020 Funkční inkontinence moči</p> <p>Tř. 2 – 00014 Inkontinence stolice</p> <p>Priorita: střední</p>
<p>4. Aktivita – odpočinek</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spánek, odpočinek • Aktivita, cvičení • Rovnováha energie • Kardiovaskulární – pulmonální reakce • Sebepečce 	<p>„Tohle křeslo mám rád, a rád čtu, ale nemám knížky“ - ukazuje mi knihovnu, ve které jsou čtyři knihy.</p> <p>„Rád chodím na procházky“</p>	<p>Posouzení před hospitalizací:</p> <p>Podle manželky chodil spát nejdéle ve 21 hod, vstával v 6 hodin ráno. Spal celou noc. Po probuzení byl zvyklý udělat pár cviků na protažení, poté se s pomocí umyl, oblékl a nasnídal.</p> <p>Je spíše samotář. Rád chodil na procházky do přírody nebo vykonával manuální práce na zahradě.</p> <p>Posouzení při hospitalizaci:</p> <p>Pacient chodí spát okolo 20. hod. Ráno vstává už ve 4-5 hod. a přechází po místnosti. Spí oblečen ve flanelovém pyžamu, županu i kulichu.</p> <p>Během dne vysedává sám v křesle na chodbě. Dříve se zapojoval do společných aktivit, nyní se zapojuje velmi zřídka. Nevadí mu dát si kávu se spolupacienty, ale po krátké době chce zpět na pokoj.</p>

Chodí pomalou, šouravou chůzí o chodítku. Po pokoji se pohybuje sám, ale na větší vzdálenosti je nutný doprovod.

S verbální pomocí je pacient schopný si vyčistit zuby, umýt si obličej, horní polovinu těla a stehna. Se zbytkem těla je nutná dopomoc personálu.

Pacient se již není schopný obléci sám, je nutná verbální asistence a příprava oblečení jednoduchého střihu. Dolní polovinu těla obléká personál. Pacient chodí nadměrně oblečený a kulicha nosí 24 hod. denně. Oblečení mu denně připravuje personál, i přes to si však oblékne župan a kulicha.

Strava je pacientovi servírována a krájena na menší kousky, které pacient sní sám. Tekutiny je nutně aktivně nabízet, pije sám.

Pacient je inkontinentní v oblasti moči i stolice. Inkontinenční plenkové kalhotky mu jsou kontrolovány a průběžně měněny.

Měřicí technika: DAD-CZ (dosáhl 27,5 % ze 100 % plné soběstačnosti), Barthelové test (dosáhl 25 bodů – vysoce závislý)

Ošetřovatelská diagnóza:

Tř. 1 – 00198 Narušený vzorec spánku

		<p>Tř. 2 – 00085 Zhoršená tělesná pohyblivost</p> <p>Tř. 2 – 00088 Zhoršená chůze</p> <p>Tř. 5 – 00108 Deficit sebepečce při koupání</p> <p>Tř. 5 – 00109 Deficit sebepečce při oblékání</p> <p>Tř. 5 – 00102 Deficit sebepečce při stravování</p> <p>Tř. 5 – 00110 Deficit sebepečce při vyprazdňování</p> <p>Priorita: střední</p>
<p>5. Percepce/kognice</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pozornost • Orientace • Pociťování/vnímání • Kognice • Komunikace 	<p>Neporozuměl otázce.</p>	<p>Posouzení před hospitalizací:</p> <p>Podle rodiny byl pacient orientován místem i osobou. Mluvil srozumitelně, ale slovosled nebyl vždy správný. Běžné jsou poruchy paměti. Používá brýle na čtení, které má připevněné šňůrkou na krku. Slyší dobře.</p> <p>Posouzení při hospitalizaci:</p> <p>Pacient je orientován pouze osobou. Deorientován je místem a časem. Pacient mluví pomalu.</p> <p>Nosí brýle na čtení, které má neustále u sebe.</p> <p>V důsledku onemocnění se projevují poruchy paměti, orientace a chování. Výjimečně se u pacienta projevuje agresivní chování, většinou je způsobené nesouhlasem a odporem. Ke zklidnění pomáhá odmlčení nebo</p>

		<p>procházka, poté je možné se k tématu opět vrátit.</p> <p>Snížená schopnost interpretovat podněty z okolí.</p> <p>Měřicí technika: MMSE (dosáhl 19 bodů – středně těžká kognitivní porucha), test hodin (dosáhl 4 bodů), rozhovor</p> <p>Ošetrovatelská diagnóza:</p> <p>Tř. 4 – 00129 Chronická zmatenost</p> <p>Tř. 4 – 00131 Zhoršená paměť</p> <p>Tř. 5 – 00051 Zhoršená verbální komunikace</p> <p>Priorita: střední</p>
<p>6. Sebepercepce</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sebepojetí • Sebeúcta • Obraz těla 	<p>Neporozuměl otázce.</p>	<p>Posouzení před hospitalizací:</p> <p>Pacient byl spíše samotářský. Rodina neudává výraznější změny tělesného vzhledu.</p> <p>Posouzení při hospitalizaci:</p> <p>Pacient tráví čas povětšinou sám, do společných aktivit se příliš často nezapojuje, dříve se zapojoval více. Pacient velice dobře reaguje na svou rodinu. Výjimečně dochází k agresivnímu chování při větším nátlaku. Z aktivizační terapie má nejraději procházky či posezení venku na lavičce. Již nezvládá procvičování paměti a nedokáže se plně soustředit.</p> <p>Posuzovací technika: Rozhovor</p>

		<p>Ošetrovatelská diagnóza: Nebyla stanovena, ošetrovatelský problém nebyl nalezen.</p>
<p>7. Vztahy mezi rolemi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Role pečovatелů • Rodinné vztahy • Plnění rolí 	<p>„Hodný jsou na mě“</p>	<p>Posouzení před hospitalizací: Pacient je ženatý, žil se svou ženou v rodinném domě, má 1 syna. Podle jejich slov mají velice dobrý vztah.</p> <p>Posouzení při hospitalizaci: Pacient je spíše samotářský. Rád si se spolupacienty dá kávu, ale po chvíli chce jít zpět na pokoj. Vždy se těší na návštěvu rodiny, která jezdí pravidelně jednou za měsíc. Společně chodí na procházky do zahrady. Po návštěvě rodinou je pacient spokojenější a více komunikativní. U pacienta je nutný dohled přítomnosti na oddělení.</p> <p>Posuzovací technika: Rozhovor a vlastní pozorování</p> <p>Ošetrovatelská diagnóza: Tř. 3 – 00052 Zhoršená sociální interakce</p> <p>Priorita: střední</p>
<p>8. Sexualita</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sexuální identita • Sexuální funkce • Reprodukce 	<p>Neodpověděl.</p>	<p>Posouzení před hospitalizací: nelze hodnotit</p> <p>Posouzení při hospitalizaci: pacient ani jeho rodina tento problém blíže nespécifíkovali</p> <p>Posuzovací technika: Rozhovor</p>

		Ošetrovatelská diagnóza: Nebyla stanovena, ošetrovatelský problém nebyl nalezen.
9. Zvládání/tolerance zátěže <ul style="list-style-type: none"> • Posttraumatické reakce • Reakce na zvládání zátěže • Neurobehaviorální stres 	„Jsem nemocný“	Posouzení před hospitalizací: nelze hodnotit Posouzení při hospitalizaci: Pacient špatně zvládá naléhání a časovou tíseň. Na vše potřebuje více času. Není dobré odporovat nebo naléhat, protože tím podporujeme projevy agresivního chování. Rodina je pro pacienta velkou oporou. Posuzovací technika: Rozhovor a vlastní pozorování Ošetrovatelská diagnóza: Tř. 2 – 00069 Neefektivní zvládání zátěže Priorita: střední
10. Životní principy <ul style="list-style-type: none"> • Hodnoty • Přesvědčení • Soulad hodnot/přesvědčení/jednání 	Neporozuměl otázce.	Posouzení před hospitalizací: Pacient není věřící. Posouzení při hospitalizaci: Pacientovi byla nabídnuta pravidelná návštěva kněze či návštěvy mše svaté, ale pacient tyto služby odmítl, protože není věřící. Posuzovací technika: Rozhovor Ošetrovatelská diagnóza: Nebyla stanovena, ošetrovatelský problém nebyl nalezen.

<p>11. Bezpečnost ochrana</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infekce • Tělesné poškození • Násilí • Enviromentální rizika • Obranné procesy • Termoregulace 	<p>– „Teplo mi je“</p>	<p>Posouzení před hospitalizací: Doma byl vždy ve společnosti manželky nebo syna, kteří na něj dohlíželi. Pacient byl náchylný k pádům.</p> <p>Posouzení při hospitalizaci: Pacient se po DZR pohybuje za pomoci personálu o chodítku. Chůze je pomalá a šouravá. Je náchylný k pádům. Po pokoji se pacient pohybuje sám o chodítku. Díky prostorové dezorientaci, zhoršení paměti a zmatenosti je nutná zvýšená kontrola přítomnosti pacienta na oddělení. Zařízení, ve kterém pacient pobývá, je vybaveno bezpečnostním systémem.</p> <p>Měřicí technika: Rozhovor, riziko pádu (dosáhl 5 bodů – zvýšené riziko pádu), MMSE, test hodin</p> <p>Ošetřovatelská diagnóza: Tř. 2 – 00155 Riziko pádu</p> <p>Priorita: střední</p>
<p>12. Komfort</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tělesný komfort • Komfort prostředí • Sociální komfort 	<p>„Dobře se tu mám“</p>	<p>Posouzení před hospitalizací: Doma trávil většinu času na zahradě s manželkou, kde se společně věnovali manuální práci nebo společně chodili na procházky. Byl zvyklý po obědě odpočívat.</p>

		<p>Posouzení při hospitalizaci: Pacient během dne odpočívá na chodbě v křesle. Ve společenské místnosti tráví čas minimálně. Rád se prochází po zahradě nebo za teplého počasí posedává venku na lavičce, kde je i s ostatními spolupacienty. Pacient se ke spánku ukládá v brzkých večerních hodinách a vstává velmi brzy ráno, okolo 4.-5. hodiny ranní.</p> <p>Posuzovací technika: Rozhovor</p> <p>Ošetrovatelská diagnóza: Nebyla stanovena, ošetrovatelský problém nebyl nalezen.</p>
<p>13. Růst a vývoj</p> <ul style="list-style-type: none"> • Růst • Vývoj 	<p>Neporozuměl otázce.</p>	<p>Posouzení před hospitalizací: 0</p> <p>Posouzení při hospitalizaci: Pacient má normální hmotnost. Objevují se poruchy kognice, není schopen se soustředit. Objevují se poruchy paměti. Není schopen uchování nových informací.</p> <p>Měřicí technika: Rozhovor, BMI</p> <p>Ošetrovatelská diagnóza: Nebyla stanovena, ošetrovatelský problém nebyl nalezen.</p>

Zdroj: dokumentace pacienta

MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT:

Ordinovaná vyšetření: pravidelné psychiatrické vyšetření – jednou týdně (poslední vyšetření dne: 3. 8. 2018)

Výsledky: kontrolní laboratorní vyšetření krve

Hematologické vyšetření dne 2. 8. 2018

Tabulka 6 Hematologické vyšetření

NÁZEV	HODNOTA	REFERENČNÍ MEZE	HODNOCENÍ
Leukocyty	4,5 x 10 ¹² /l	4,0 – 10,0 x 10 ¹² /l	norma
Erytrocyty	3,96 x 10 ⁹ /l	3,80 – 5,20 x 10 ⁹ /l	norma
Trombocyty	193 x 10 ⁹ /l	160 – 400 x 10 ⁹ /l	norma
Hemoglobin	115 g/dl	120 – 160 g/dl	Snížená hodnota
Hematokrit	0,35 %	0,35 – 0,47 %	Snížená hodnota

Zdroj: dokumentace pacienta

Biochemické vyšetření dne 2. 8. 2018

Tabulka 7 Biochemické vyšetření

NÁZEV	HODNOTA	REFERENČNÍ MEZE	HODNOCENÍ
Na - sodík	139 mmol/l	136 – 145 mmol/l	norma
K - draslík	3,92 mmol/l	3,5 – 5,1 mmol/l	norma
Cl - Chloridy	105 mmol/l	95 – 107 mmol/l	norma
Urea	3,3 mmol/l	3,5 – 7,2 mmol/l	snížená hodnota
Kreatinin	58 umol/l	45 – 84 umol/l	norma
Albumin	33,7 g/l	39,7 – 49,4 g/l	snížená hodnota
Celková bílkovina	59,3 9 g/l	54 – 83 g/l	norma
Glukóza v plazmě	4,30 mmol/l	3,33 – 5,59 mmol/l	norma

Zdroj: dokumentace pacienta

Konzervativní léčba:

Dieta: č. 3 – racionální

Pohybový režim: omezený, nutná dopomoc

Výživa: per os, dieta racionální – bez omezení, chuť k jídlu má dobrou, nutné jídlo připravit a naservírovat
pravidelná fyzioterapie

Medikamentózní léčba:

Pacientovi je nutné léky předem připravit, podat a dohlédnout, zda léky spolkl.

Tabulka 8 Medikamentózní léčba

NÁZEV LÉKU	FORMA	SÍLA	DÁVKOVÁNÍ	SKUPINA
Zenmem	Tbl.	10 mg	2-0-0-0	Ostatní léčiva proti demenci
Lamictal	Tbl.	50 mg	1-0-1-0	Antiepileptikum
Vigantol	Gtt.	0,5 mg/ml	15 kapek 1x týdně - středa	Vitamíny
Citalec	Tbl.	10 mg	1-0-0-0	Antidepresivum
Buronil	Tbl.	25 mg	1-1-0-1	Antipsychotikum
Stacyl	Tbl.	100 mg	1-0-0-0	Antiagregancium
Isicom	Tbl.	100 mg/25 mg	2-1-2-1 (při netoleranci změnit na 1-1-1-1)	Antiparkinsonikum

Zdroj: dokumentace pacienta.

Chirurgická léčba: 0

SITUAČNÍ ANALÝZA KE DNI 6. 8. 2018:

Pacient ve věku 87 let byl přijat z LDN, kde byl hospitalizován pro zlepšení soběstačnosti a rehabilitaci po prodělaném pádu a následné fraktuře obratlů. Pacient má diagnostikovanou epilepsii, poslední záchvat r. 2012, nyní bez záchvatů. Pacient trpí

Alzheimerovou chorobou. Do domova se zvláštním režimem (DZR) byl přijat v doprovodu syna a manželky na jejich žádost.

Nyní pacient pobývá v DZR již 12 měsíců. K dnešnímu dni je pacient při vědomí, dezorientován místem i časem. U pacienta dochází k progresi Alzheimerovy choroby. Dnes byly pacientovi naměřeny fyziologické funkce: TK: 105/65, P: 60'/min., D: 18/min., Saturace: 98 %, TT: 36,4°C.

Pacient se snaží spolupracovat. Výjimečně dochází k projevům agresivního chování z důvodu nesouhlasu nebo odporu. V tu chvíli je vhodné se odmlčet nebo jít s ním na procházku a až poté se k danému tématu opět vrátit.

Pacient komunikuje, často špatně nalézá vhodná slova a má problém se správným slovosledem, avšak i přesto je mu rozumět. Při dlouhých rozhovorech ztrácí zájem. Nezvládá se dlouho soustředit.

Je nutný zvýšený dohled a častá kontrola přítomnosti pacienta na oddělení z důvodu prostorové dezorientace a zmatenosti. Pacient je schopný chůze o chodítku pod dohledem personálu z důvodu náchylnosti k pádům. V hodnocení rizika pádu pacient dosáhl 5 bodů, to znamená zvýšené riziko.

Byl také vyhodnocen test MMSE, ve kterém pacient dosáhl 19 bodů, což odpovídá středně těžké kognitivní poruše a v testu hodin dosáhl 4 bodů. Pacient má sníženou schopnost interpretovat podněty z okolí. Má problémy s uchováním nových informací.

S příjmem potravy je nutné pacientovi pomoci s porcováním a servírováním stravy. Pro dodržení pitného režimu je nutné aktivně nabízet tekutiny. Pacient je plně inkontinentní v oblasti moči i stolice. Používá inkontinenční pomůcky, které jsou personálem dle potřeby kontrolovány a měněny. Ve výjimečném případě, kdy pacient cítí potřebu vykonání stolice, informuje personál a následně je odveden na toaletu, kde potřebu vykoná. Pacient si zvládne sám vyčistit zuby. S předem připravenými pomůckami a verbální asistencí si zvládne umýt obličej, horní polovinu těla a stehna. U pacienta byl proveden Barthelové test, dosáhl 25 bodů – vysoce závislý, test Rizika pádu – dosáhl 5 bodů a test DAD-CZ aktivit denního života dosáhl 27,5 % ze 100 %.

V průběhu dne pacient vysedává sám v křesle na chodbě. Celoročně je oblečen v teplácích, tílku, flanelové košili, přes kterou má teplou mikinu a na hlavě nasazený kulich s bambulkou. Kulicha nesundává ani na spaní. Po obědě si dá rád se spolupacienty bílou kávu, ale po chvíli informuje sestry, že by šel rád na pokoj.

Pacient chodí spát okolo 21. hod. Vstává mezi 4. a 5. hodinou ranní, poté přechází po pokoji nebo chodbě.

Podle sester se pacient zapojoval často velmi rád do společných aktivit, nyní tomu tak není i přes aktivní nabízení.

Pacient si rád čte na pokoji knihy, které může číst stále dokola, neboť si je nepamatuje. Používá brýle na čtení. Má rád procházky, posezení v přírodě, televizní dokumenty a staré filmy.

Vzhledem ke všem skutečnostem, které souvisejí s projevy Alzheimerovy choroby, je nutné u pacienta zachovávat a udržovat soběstačnost. Je nezbytné věnovat pacientovi dostatek času a prostoru a přizpůsobit průběh dne potřebám pacienta.

STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ ZAMĚŘENÝCH NA PROBLÉM A RIZIKOVÝCH OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ

Ošetřovatelské diagnózy byly stanoveny dle NANDA I Taxonomie II 2015–2017.

Ošetřovatelské diagnózy zaměřené na problém:

1. Syndrom křehkosti ve stáří (00257)
2. Funkční inkontinence moči (00020)
3. Inkontinence stolice (00014)
4. Narušený vzorec spánku (00198)
5. Zhoršená tělesná pohyblivost (00085)
6. Zhoršená chůze (00088)
7. Deficit sebepéče při koupání (00108)
8. Deficit sebepéče při oblékání (00109)
9. Deficit sebepéče při stravování (00102)
10. Deficit sebepéče při vyprazdňování (00110)
11. Chronická zmatenost (00129)

- 12. Zhoršená paměť (00131)
- 13. Zhoršená verbální komunikace (00051)
- 14. Zhoršené sociální interakce (00052)
- 15. Neefektivní zvládnání zátěže (00069)

Rizikové ošetrovatelské diagnózy:

- 16. Riziko sníženého objemu tekutin (00028)
- 17. Riziko pádu (00155)

<p>Ošetrovatelská diagnóza: Zhoršená paměť - 00131</p> <p>Doména: 5. Percepce/kognice</p> <p>Třída: 4. Kognice</p> <p>Definice: Neschopnost zapamatovat si nebo vybavit si informace či behaviorální dovednosti.</p> <p>Určující znaky:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zapomnětlivost - Zapomíná určité chování v daném čase - Neschopnost naučit se novým dovednostem - Neschopnost vzpomenout si, zda určitá činnost byla provedena - Neschopnost uchovat si nové informace - Neschopnost vybavit si události <p>Související faktory:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Neurologické poškození (Alzheimerova choroba)
<p>Priorita: Střední</p> <p>Cíl dlouhodobý: Pacient ovládá podpůrné způsoby, jak si lépe pamatovat po dobu jednoho měsíce.</p> <p>Cíl krátkodobý: Pacient zná způsob, jak si vzpomenout na důležité údaje a rozumí jim do 5 dnů.</p>
<p>Očekávané výsledky:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pacient vyjadřuje své pocity – do 2 dnů 2. Pacient je schopný říci si o odpočinek – do 2 dnů

3. Pacient využívá deníček se seznamy důležitých údajů, vytvořený ve spolupráci s rodinou – do 5 dnů
4. Pacient využívá harmonogram denních činností v DZR – do 5 dnů
5. Pacient má zachovalou paměť v oblasti rodinných příslušníků – po dobu 1 měsíce
6. Pacient užívá pravidelně léky dle ordinace lékaře pod dohledem – po dobu 1 měsíce

Plán intervencí:

1. Posuď poruchu kognitivních funkcí podle testu MMSE a výsledek zaznamenej do dokumentace – do 24 hodin – všeobecná sestra, praktická sestra
2. Zaveď vhodné techniky pro trénování paměti (seznam s důležitými údaji, fotografie, hry kladoucí nároky na paměť) – do 24 hodin – všeobecná sestra, praktická sestra
3. Realizuj podpůrnou léčbu pomocí reminiscenční terapie prostřednictvím fotografií, starých filmů, obrázků, aj. – 24 hodin – všeobecná sestra, praktická sestra
4. Ve spolupráci s rodinou pacienta vytvoř a sepiš deníček s důležitými údaji pro pacienta – do 5 dnů – všeobecná sestra, praktická sestra
5. Vytvoř harmonogram denních činností v DZR a nauč pacienta, jak s ním má pracovat – do 24 hodin – všeobecná sestra, praktická sestra
6. Povzbuzuj pacienta k vyjadřování jeho pocitů a vyjadřuj podporu – do 24 hodin – všeobecná sestra, praktická sestra, ošetrovatelka
7. Přizpůsob edukační metody a intervence funkčnímu stavu pacienta – do 3 dnů – všeobecná sestra, praktická sestra
8. Zdůrazňuj význam přiměřeného tempa učení a náležitého odpočinku – do 24 hodin – všeobecná sestra, praktická sestra
9. Edukuj rodinu o vhodnosti vytvoření vzpomínkového boxu – do 5 dnů – všeobecná sestra, praktická sestra
10. Podávej léky dle ordinace lékaře – denně (ráno, v poledne, večer, na noc) – všeobecná sestra, praktická sestra

Realizace – ze dne 6. 8. 2018:

- 8:00 Podání ranních léků dle ordinace lékaře pod dohledem – pacient léky sám zapil
- 8:30 Kontrola dle testu MMSE a testu hodin
- 10:00 Trénink paměti pomocí fotografií pacienta
- 10:00 Povzbuzování pacienta k vyjadřování pocitů
- 10:30 Pacient zažádal o odpočinek, byl doprovázen na pokoj

12:00 Podání polední medikace dle OL pod dohledem

13:00 Reminiscenční terapie a nácvik práce s harmonogramem

14:00 Pacienta navštívila rodina (manželka se synem), společně vzpomínali na společné zážitky, poté rodina s pomocí sestry vytvořily deníček s důležitými údaji, sestra edukovala rodinu o vhodnosti vytvoření vzpomínkového boxu

17:00 Podání večerních léků dle OL pod dohledem

23:00 Podání antipsychotik dle OL

4:30 Pacient se probudil a přechází po pokoji

Realizace – od 7. 8. do 10. 8. 2018:

8:00 Podání ranních léků dle ordinace lékaře pod dohledem

10:00 Trénink kognitivních funkcí (hry, fotografie, pouštění filmů ze staré doby, aj.)

12:00 Podání poledních léků dle OL pod dohledem

13:00 Reminiscenční terapie

14:00 Aktivizace pacienta a jeho zapojení do společnosti

17:00 Podání večerních léků dle OL

17:00 Kontrola plnění práce s harmonogramem

23:00 Podání antipsychotik dle OL

Hodnocení dne 8. 8. 2018: Cíl dlouhodobý nebyl splněn, cíl krátkodobý byl splněn částečně. Pacient v testu MMSE dosáhl 19 bodů, což odpovídá středně těžké kognitivní poruše. V testu hodin dosáhl 4 bodů. U pacienta proběhlo trénování paměti pomocí fotografií, to se ukázalo jako efektivní. Pacient byl v dobré náladě a rád mi vyprávěl o fotografiích a vzpomínkách s nimi souvisejícími. S fotografiemi, na které si sám nevzpomněl, mu následně pomohla rodina. Manželka s pomocí sestry sepsala důležité údaje do deníčku. Tyto údaje mají následně pomoci personálu i pacientovi k procvičování paměti. Pacient byl schopen vyjadřovat své pocity a v případě únavy si sám řekl o odpočinek. Pacient spal více než 5 hodin. V půl páté začal přecházet po pokoji. Naplánované intervence přetrvávají.

Hodnocení dne 10. 8. 2018: Krátkodobý cíl byl splněn. U pacienta se osvědčil notýsek s důležitými údaji, který nosí u sebe v kapse. Často si ho pročítá. Harmonogram pomohl pacientovi vzpomenout si, zda a jaké úkony již vykonal. Průběžně si odškrťává činnosti, které již proběhly. Personál denně kontroluje, zda si činnosti odškrťává. Nadále je důležité pokračovat v intervencích 2, 3, 8 a 10.

Hodnocení dne 3. 9. 2018: Dlouhodobý cíl byl splněn, pacient umí zacházet s deníčkem se seznamem důležitých údajů a s harmonogramem. Tyto věci mu napomáhají ke zlepšení paměti. Pozitivně reaguje na návštěvy rodiny. Rád vzpomíná pomocí fotografií na minulost. Rodina při další návštěvě přiveze vzpomínkový box, který bude obsahovat fotografie, obrázky, věci, aj. z doby, kdy byl pacient zdrav. Nadále je důležité pokračovat v intervencích 2, 3, 8 a 10.

Ošetřovatelská diagnóza: *Chronická zmatenost - 00129*

Doména: 5. Percepce/kognice

Třída: 4. Kognice

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

Určující znaky:

- Porucha dlouhodobé i krátkodobé paměti
- Změny osobnosti
- Progresivní zhoršení kognice

Související faktory:

- Alzheimerova nemoc

Priorita: Střední

Cíl dlouhodobý: Pacient nemá zhoršenou chronickou zmatenost po dobu 1 měsíce.

Cíl krátkodobý: Pacient využívá orientačních pomůcek do 3 dnů.

Očekávané výsledky:

1. Pacient má zajištěnou dostatečnou bezpečnost při přesunech po zařízení – do 24 hodin
2. Pacient neprojevuje pocity zmatenosti a neklidu během dne – do 3 dnů
3. Rodina je zapojena do péče o pacienta – do 3 dnů
4. Rodina pacienta přijme projevy zmatenosti a nutná opatření, která jeho stav vyžaduje – dlouhodobě
5. Pacient se umí orientovat po zařízení pomocí štítků a cedulí – po dobu 1 měsíce
6. Pacient užívá pravidelně léky dle ordinace lékaře po dohledem – denně (ráno, v poledne, večer, na noc)

Plán intervencí:

1. Posud' stupeň orientace a paměti standardizovanou technikou a proved' záznam do dokumentace – do 24 hodin – všeobecná sestra, praktická sestra
2. Dokumentuj důkladně změny v chování pacienta – každý den – všeobecná sestra, praktická sestra
3. Udržuj pacienta v realitě pomocí kalendáře, hodin, nástěnky s harmonogramem a cedulí – do 3 dnů – všeobecná sestra, praktická sestra, ošetřovatelka
4. Podávej léky dle ordinace lékaře pod dohledem – denně – všeobecná sestra, praktická sestra
5. Sleduj projevy pocitu zmatenosti – průběžně – všeobecná sestra, praktická sestra, ošetřovatelka
6. Odstraň nebezpečné překážky – průběžně – všeobecná sestra, praktická sestra, ošetřovatelka
7. Udržuj stálé a neměnné prostředí – vždy – všeobecná sestra, praktická sestra, ošetřovatelka

Realizace – ze dne 6. 8 2018:

7:00 Informování pacienta o průběhu dne

8:00 Podání ranních léků dle OL (pacient léky pod dohledem zapil)

8:00 Odstranění překážek (noviny na zemi, kobereček, aj.)

8:30 Kontrola orientace a paměti pacienta dle testu MMSE a testu hodin

9:00 Umístění kalendáře na viditelné místo, hodiny již měl na pokoji, umístěny stolní hodiny na stůl proti posteli a byly nalepeny cedule s označením koupelny a toalety na dveře

12:00 Podání poledních léků dle OL

14:00 Návštěva pacienta rodinou (edukace rodiny, poté se šli společně projít na zahradu)

16:00 Kontrola orientace pacienta mezi pokojem a toaletou

17:00 Podání večerních léků dle OL

20:00 Příprava pacienta na spánek

23:00 Podání antipsychotik dle OL

6:00 Pacient nebyl v noci zmatený

Realizace – od 7. 8. do 10. 8. 2018:

7:00 Informování pacienta o průběhu dne

8:00 Podání ranních léků dle OL
12:00 Podání poledních léků dle OL
14:00 Aktivizace pacienta a jeho zapojení do společnosti
16:00 Kontrola orientace pacienta
17:00 Podání večerních léků dle OL
20:00 Příprava pacienta na spánek
23: Podání antipsychotik dle OL

Hodnocení dne 7. 8. 2018: V zařízení byly odstraněny nebezpečné překážky z důvodu bezpečnosti pacienta. Pacient byl klidnější po ranním informování ohledně průběhu celého dne. V noci nebyl pacient spal, zmatený nebyl.

Hodnocení dne 10. 8. 2018: U pacienta se osvědčil kalendář, u kterého jsme každé ráno společně aktualizovali datum, podle toho pacient věděl, za jak dlouho ho navštíví rodina, také cedule s označením koupelny a toalety. V orientaci nám velmi pomohla fotografie pacienta umístěna na vchodových dveřích pokoje, vždy ji hledá. Pacientovi jsme denní harmonogram, podle kterého pacient ví, co ho kdy čeká a co již vykonal. Pacient neprojevoval známky neklidu. Dnes pacienta navštívila rodina, která se aktivně zapojila do péče. Rodina vnímá projevy zmatenosti pacienta s určitým „nadhledem“. Krátkodobý cíl byl splněn. Nadále přetrvávají intervence 2, 3, 4, 5, 6 a 7.

Hodnocení dne 3. 9. 2018: U pacienta nedošlo ke zhoršení chronické zmatenosti. Pacient zvládne sám dojít na pokoj, ale zmatenost přetrvává. Je nutné vzhledem k progresi onemocnění pokračovat v nastavených intervencích 2, 3, 4, 5, 6 a 7. Pacient se po dobu celého měsíce snažil spolupracovat a pravidelně pod dohledem užíval léky.

Ošetrovatelská diagnóza: Péče o sebe sama nedostatečná při příjmu potravy (00102), osobní hygieně (00108), oblékání (00109) a v péči o vyprazdňování (00110)

Doména: 4. Aktivita/odpočinek

Třída: 5. Seběpěče

Definice: Progresivní porucha schopnosti najíst se, umýt se, provádět osobní hygienu, obléci a upravit se a pečovat o vyprazdňování.

Určující znaky:

- Neschopnost připravit si jídlo

- Neschopnost umýt se celý sám
- Neschopnost usušit se
- Neschopnost vybrat si oblečení
- Porušená schopnost obléci se nebo svléknout části oděvu
- Neschopnost výměny inkontinenčních pomůcek

Související faktory:

- Neurologický nález (Alzheimerova choroba)
- Percepční nebo kognitivní postižení

Priorita: Střední

Cíl dlouhodobý: Pacient udržuje svou maximální míru soběstačnosti po dobu jednoho měsíce.

Cíl krátkodobý: Pacient dosahuje své maximální míry soběstačnosti do 5 dnů.

Očekávané výsledky:

1. Pacient má dostatek času na realizaci – do 24 hod.
2. Pacient se cítí v bezpečí – do 24 hod.
3. Pacient je motivován k pokroku – do 2 dnů
4. Pacient se aktivně zapojuje do péče o sebe – do 3 dnů
5. Pacient se po naservírování jídla nají sám – po dobu 1 měsíce
6. Pacient si je schopný vyčistit zuby, umýt obličej, horní polovinu těla a stehna, když má připravené veškeré pomůcky na dosah ruky a s verbální asistencí – po dobu 1 měsíce
7. Pacient si usuší horní polovinu těla – po dobu 1 měsíce
8. Pacient je schopný si obléknout i svléknout horní polovinu těla, když má předem připravené oblečení jednoduchého střihu – po dobu 1 měsíce
9. Pacient má zajištěny základní biologické potřeby – vždy

Plán intervencí:

1. Zjištění stupně deficitu soběstačnosti a zvládnutí denních činností (test Barthelové, DAD-CZ, riziko pádu) – do 24 hodin – všeobecná sestra, praktická sestra
2. Podpora soběstačnosti ve všech oblastech – dle potřeb pacienta – všeobecná sestra, praktická sestra, ošetřovatelka, ergoterapeut, fyzioterapeut
3. Motivace pacienta k sebepěči, chválit za každý pokrok – průběžně – všeobecná sestra, praktická sestra, ošetřovatelka, ergoterapeut

4. Poskytnutí pacientovi dostatek času na realizaci činnosti v plném rozsahu dle schopností – průběžně – všeobecná sestra, praktická sestra, ošetřovatelka
5. Zajisti bezpečí pacienta – vždy – všeobecná sestra, praktická sestra, ošetřovatelka
6. Pomáhej pacientovi v oblastech hygieny, stravování, oblékání – dle potřeb pacienta - všeobecná sestra, praktická sestra, ošetřovatelka
7. Podporuj účast pacienta při určování problémů – do 3 dnů – všeobecná sestra, praktická sestra, ošetřovatelka
8. Podávej léky dle ordinace lékaře – denně – všeobecná sestra, praktická sestra
9. Vše pečlivě zaznamenat do dokumentace – denně – všeobecná sestra, praktická sestra

Realizace – ze dne 6. 8 2018:

- 7:00 Provedena hygiena (pacient si s verbální pomocí umyl obličej, horní polovinu těla a stehna se zbytkem pomohl personál)
- 7:00 Výměna inkontinenčních pomůcek
- 7:30 Oblékání (pacient si oblékl předem připravené oblečení na horní polovinu těla, personál pomohl se zapínáním knoflíčků a se zbytkem oblečení)
- 8:30 Naservírování snídaně pacientovi, poté jedl sám
- 10:30 Výměna inkontinenčních pomůcek
- 11:00 Návuk chůze v chodítku
- 10:30 Hodnocení soběstačnosti dle testu Barthelové a DAD-CZ
- 12:00 Naservírování oběda
- 13:00 Výměna inkontinenčních pomůcek
- 14:00 Edukace rodiny
- 14:15 Rodina se aktivně zúčastnila na vyhledávání problémů
- 17:00 Naservírování večeře
- 17:30 Výměna inkontinenčních pomůcek
- 20:00 Večerní hygiena a uložení ke spánku
- 23:00 Výměna inkontinenčních pomůcek
- 5:00 Výměna inkontinenčních pomůcek

Realizace – od 7. 8. do 10. 8. 2018:

- 7:00 Provedena hygiena
- 7:00 Výměna inkontinenčních pomůcek
- 7:30 Oblékání pacienta

8:30 Naservírování snídaně
10:30 Výměna inkontinenčních pomůcek
11:00 Návuk chůze v chodítku
12:00 Naservírování oběda
13:00 Výměna inkontinenčních pomůcek
14:00 Aktivizace pacienta a jeho zapojení do společnosti
17:00 Servírování večeře
17:30 Výměna inkontinenčních pomůcek
20:00 Večerní hygiena a příprava pacienta na spánek
23:00 Výměna inkontinenčních pomůcek
5:00 Výměna inkontinenčních pomůcek

Hodnocení dne 7. 8. 2018: Pacientovi je na veškerou realizaci poskytnut dostatek času. V testu Barthelové dosáhl 25 bodů a v testu DAD-CZ dosáhl 27,5 % ze 100 % plné soběstačnosti.

Hodnocení dne 9. 8. 2018: Pacient je po celou dobu motivován k pokroku a je aktivně chválen. Pacient projevoval z chvály radost.

Hodnocení dne 10. 8. 2018: Došlo ke splnění krátkodobého cíle. Pacient se snažil aktivně zapojovat do péče o sebe. S verbální pomocí si zvládl vyčistit zuby, umýt si obličej, vrchní polovinu těla a stehna. Se zbytkem mu byla poskytnuta pomoc. Oblékl si horní polovinu těla, dolní polovinu ani knoflíky nezvládl. Po naservírování a nakrácení potravy jedl sám. Při aktivizaci pacient trénoval zapínání knoflíků a poté na odreagování loupal společně se spolupacienty jablka, ze kterých jim byl následně upečen jablečný závin. Pacienti mezi sebou komunikovali a vzpomínali. Je vhodné pokračovat v nastavených intervencích 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 a 9.

Hodnocení dne 3. 9. 2018: Pacient se díky povzbuzování a dostatku času snažil co nejvíce spolupracovat. Nedošlo ke zlepšení ani ke zhoršení úrovně sebeděče pacienta, což jsme očekávali. Pacienta je nutné verbálně pobízet a dle potřeb mu asistovat. Dlouhodobý cíl byl splněn. Nadále je důležité pokračovat v intervencích 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 a 9.

Celkové hodnocení stavu pacienta 3. 9. 2018:

Péči jsem poskytovala od 6. 8. 2018 do 10. 8. 2018. Nastavila jsem intervence do 3. září, které plnil personál. V DZR jsem se domluvila, na tom, že mohu přijít zhodnotit dlouhodobé cíle.

Pacient je umístěn v DZR na žádost rodiny z důvodu nezvládnutí péče o pacienta. Při přijetí pacienta byl proveden Barthelové test denních činností s výsledkem 25 bodů (viz Příloha B), dále u pacienta proběhl test kognitivních funkcí MMSE (viz příloha A) s výsledkem 19 bodů, test hodin 4 body, test rizika pádu – 6 bodů (viz příloha C) a hodnocení denních aktivit DAD-CZ (viz příloha D), ve kterém pacient dosáhl 27,5 % ze 100 %. Některé denní aktivity zvládl pacient provést sám s verbální pomocí.

V oblasti zhoršené paměti byl u pacienta užitečný harmonogram denních činností. Díky němu pacient věděl, co ho během dne čeká a jaké činnosti již vykonal. Také se osvědčil deníček s důležitými údaji, který nosil pacient neustále u sebe. U pacienta nedošlo ke zhoršení zmatenosti, k čemuž napomohl kalendář, hodiny, harmonogram, cedule s nápisy a fotografie pacienta na dveřích od pokoje. U pacienta je zachována soběstačnost v oblasti jídla, kdy připravené a naporcované jídlo sní sám. Příjem tekutin je nutný aktivně připomínat. Hydratace byla dostatečná a nedošlo k dehydrataci. Pacient zvládá chůzi o chodítku na krátké vzdálenosti sám, je nutný zvýšený dohled z důvodu náchylnosti k pádům. Pacient se po celou dobu snažil aktivně spolupracovat. V oblasti hygieny a oblékání je nutná verbální asistence a dopomoc personálu. Pacient na realizaci úkolů potřebuje dostatek času. V případě naléhání bývá mrzutý, někdy až mírně agresivní. Naopak pacienta motivuje pochvala a má z ní radost. Za pacientem pravidelně jezdí rodina na návštěvu, která se podílí na aktivizaci pacienta.

Během období, ve kterém jsem se o pacienta starala, u něj nedošlo k výraznému zlepšení, což se dalo očekávat. Je nutné pokračovat v intervencích, dodržovat zvýšený dohled a kontrolu přítomnosti v zařízení, pro předcházení pádům a dalším poškozením. Cílem péče je zpomalení progresu onemocnění a zachování soběstačnosti pacienta po co nejdélší dobu. Cesta k plné soběstačnosti je nemožná, vzhledem k progresi onemocnění. Plán ošetrovatelské péče bude potřeba pravidelně upravovat.

5 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Doporučení pro všeobecné sestry a zdravotnický personál:

K pacientům trpícím demencí je důležité přistupovat trpělivě, trvale sledovat jejich stav a snažit se zajišťovat, co potřebují a co by si přáli, vcítit se do jejich role.

Pacient by měl být brán jako osobnost, individualita a člověk. Důležité je respektovat jedinečnost a důstojnost.

U pacienta s demencí je potřeba udržovat určitý řád. Ten mu dodává pocit jistoty a bezpečí. Každá změna by mohla být vnímána negativně a vyvolávat nepříjemné pocity.

Je důležité, aby pacient měl kde najít oporu a pocit důvěry. Musíme mu ukázat, že o něj a jeho potřeby máme zájem a tento zájem by měl být opravdový.

Zdravotník by si měl především uvědomovat, že chování pacienta je ovlivněno jeho nemocí a že se nesnaží pečujícímu dělat naschvály a vyvolávat konflikty. To, jak se k pacientovi chováme, se odráží na jeho reakcích.

Tuto práci vzhledem k její náročnosti, jak fyzické, tak psychické, nemůže vykonávat každý. Je k tomu potřeba kladný vztah ke starým lidem trpícím demencí, dostatek zkušeností a notná dávka empatie.

Doporučení pro rodinu:

Důležité je se v této dlouhodobé a složité životní situaci starat i sám o sebe. Najít si čas na relaxaci a uvolnění a tím předcházet syndromu vyhoření. K tomu jsou nápomocné odlehčovací služby, které pečujícím na určitý čas s péčí o nemocného pomohou.

Doporučujeme abyste na péči nezůstávali zcela sami. Nezapomínejte na to, že i vy můžete potřebovat pomoc, můžete mít i své zdravotní problémy. Pokud je to možné, další členové rodiny a přátelé by vám měli s péčí pomáhat. Výhodou pomoci těchto příslušníků je, že jsou nemocnému blízcí.

Pokuste se nezapomenout na to, že člověk, o kterého pečujete, je stále dospělá osoba, která má svou důstojnost, která cítí a vnímá. A podle toho se k němu snažte chovat.

Odpovědi na své otázky se snažte vyhledat u odborníků, lékařů nebo lidí, kteří byli ve stejné situaci, jak vše zvládali a kdo jim pomáhal.

Pro pečující i nemocného je důležité, aby nemocný zůstal co nejdéle soběstačný. Soběstačnost zvyšuje pocit sebedůvěry a vám ulehčuje práci. Také je důležité dopřát mu na vše dostatek času, nespěchat, umožnit opakování. Pokud nebudete spěchat, pacient vykoná mnohé úkony sám, třeba i na několikátý pokus.

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce, Ošetrovatelský proces u pacienta s Alzheimerovou chorobou, poukazuje na změnu v životě člověka způsobenou Alzheimerovou chorobou a na změnu jeho osobnosti. Popisuje komplexní ošetrovatelskou péči o pacienta s Alzheimerovou chorobou.

Alzheimerova choroba, onemocnění jinak nazývané epidemií 21. století, má narůstající tendenci v dnešní populaci. Lék na tuto chorobu dodnes neznáme, i přes mnoho probíhajících studií a průzkumů. Avšak díky správné a odborné ošetrovatelské péči a dnešním moderním postupům jsme schopni zpomalit průběh choroby a délku života prodloužit.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou část. Pro každou část byly zvlášť stanoveny dva cíle.

Pro zpracování teoretické části byla použita odborná literatura. Prvním cílem v teoretické části bylo popsat problematiku Alzheimerovy choroby. V této části jsou veškerá fakta uvedena na základě odborné literatury. Teoretická část obsahuje kapitoly jako jsou protektivní a rizikové faktory, stádia a klasifikace Alzheimerovy choroby, diagnostika a možnosti léčby. Pro dosažení druhého cíle jsou uvedena specifika ošetrovatelské péče o pacienta s Alzheimerovou chorobou. Tato specifika jsou nedílnou součástí napomáhající k udržení soběstačnosti pacienta po co nejdelší dobu. Zároveň slouží k zajištění bezpečnosti i dostatečné výživy. Představují i možnost sociálního zabezpečení, jak v domácí péči, tak v instituci.

V praktické části se zabýváme zpracováním ošetrovatelského procesu u pacienta, který byl dlouhodobě umístěn v DZR. Stanovené ošetrovatelské diagnózy směřují k udržení soběstačnosti v nejvyšší možné míře. U pacienta se jednalo zejména o trénink kognitivních funkcí, aktivizaci a rehabilitaci. Důležitou součástí bylo motivování a chválení pacienta.

V závěru této bakalářské práce jsou stanovena doporučení. Tato doporučení jsou důležitá jak pro práci zdravotníků a lékařů, tak i pro blízké pečující o pacienty trpící Alzheimerovou chorobou.

Práce všeobecné sestry, která pečuje o pacienty s Alzheimerovou chorobou, je velmi náročná a zodpovědná činnost, která vyžaduje správné a plnohodnotné vnímání, neustálé přehodnocování, trpělivost a velkou dávku empatie.

Stanovené cíle bakalářské práce byly splněny.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- ALZHEIMER.CZ, 2015. *Sociální služby*. [online]. [cit. 2018-11-20]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/pro-rodinne-pecujici/kde-hledat-pomoc/socialni-sluzby/>
- 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.
- DLUGOŠOVÁ, A. a E. TKÁČOVÁ, 2010. Komplexní ošetrovatelská péče o pacienta s demencí. *Sestra*, 20(12), s. 50-51. ISSN 1210-0404.
- DOBROVODSKÁ, L., 2011. Péče o pacienty s demencí. *Florence*, 7(4), s. 5. ISSN 1801- 464X.
- GLENNER, J., 2012. *Péče o člověka s demencí*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0154-0.
- GULÁŠOVÁ, I., 2011. Alzheimerova choroba – Rizikové a protektivní faktory. *Kontakt: vědecký časopis Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity* [online]. s. 484-488. ISSN 1212-4117. [Cit. 2018-11-23] Dostupné z: <http://casopiszsfsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/clanky/4~2011/959-alzheimerova-choroba-%E2%80%93-rizikove-a-protektivne-faktory>
- HOLMEROVÁ, I., 2013. *Strategie České alzheimerovské společnosti P-PA-IA* [online]. Praha: Česká alzheimerovská společnost, [cit. 2019-02-05]. Dostupné z URL: <http://www.medvik.cz/bmc/link.do?id=MED00183801>
- HOLMEROVÁ I., M. BAUMANOVÁ, H. VAŇKOVÁ a B. JURÁŠKOVÁ, 2011. Deprese u pacientů s demencí. *Psychiatrie pro praxi*, 12(2), s. 62-64. ISSN 1213-0508.
- HOSÁK, L. 2015. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2998-8.
- JIRÁK, R., I. HOLMEROVÁ, C. BORZOVÁ a kol., 2009. *Demence a jiné poruchy paměti: Komunikace a každodenní péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2454-6.

- KOŇAŘÍK M. a H. KUBEŠOVÁ, 2016. Přístup profesionálních pečovatelů k pacientům s demencí. *Medicína pro praxi*, 13(2), 93-95. ISSN 1214-8687.
- KOUKOLÍK F., 2014. *Metuzalém o stáří a stárnutí*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2464-8.
- MARTINKOVÁ, J., 2017. Prejavy problémového správania u pacientov s Alzheimerovou chorobou. Trnava: Tyrnaviensis. ISBN 978-80-568-0022-5.
- MÁTL, O., 2014. Zpráva o stavu demence. Praha 8: Česká alzheimerovská společnost, s. 26. DOI: ISBN 978-80-86541-34-1.
- MEDIATELY, 2019. *Databáze léčiv*. [online] [cit. 2019-02-07]. Dostupné z: <https://mediately.co/cz/drugs>
- MEDNEWS, 2011. *Medical information services. Ve zdravém těle zdravý duch – prevence Alzheimerovy choroby a dalších demencí*. [online]. [cit. 2019-02-05]. Dostupné z: <http://www.mednews.cz/cz/aktuality/10493/ve-zdravem-telezdravy-duch-prevence-alzheimerovy-choroby>
- NANDA INTERNATIONAL, 2016. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2015–2017*. 10. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-86541-50-1.
- NĚMCOVÁ, J., 2018. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. 5. doplněné vydání. ISBN 978-80-88249-02-3
- NUDZ, 2012. *Dotazník soběstačnosti DAD – CZ*. [online]. [cit. 2019-02-10]. Dostupné z: <http://www.nudz.cz/adcentrum/dotazniky.html#dad>
- NUDZ, 2017. *Poradna pro pečovatele*. [online]. [cit. 2019-01-21]. Dostupné z: http://www.nudz.cz/adcentrum/poradna_pro_pecovatele.html
- ONDŘIOVÁ, I., 2014. Rodinná péče o nemocného s Alzheimerovou chorobou. *Sestra*, 24(1) ISSN 1210-0404.
- OSE.ZSHK, 2019. *Hodnoticí škály*. [online]. [cit. 2019-01-10]. Dostupné z: <https://ose.zshk.cz/vyuka/hodnotici-skaly.aspx>

- PROVAZNÍKOVÁ, E. a Z. KALVACH, 2016. *Rady pro pečující o člověka s demencí*. Praha: Diakonie ČCE. ISBN 978-80-87953-15-0.
- REGNAULT, M., 2011. *Alzheimerova choroba průvodce pro blízké nemocných*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0010-9.
- RESSNER, P., 2009. Doporučené postupy pro diagnostiku Alzheimerovy nemoci a ostatních demencí. *Neurologie pro praxi*. 10(4), s. 237-241. ISSN 1213-1814; 1803-5280 (elektronická verze). Dostupné z:
<https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2009/04/10.pdf>
- RUSINA, R. 2012. Čím může překvapit zapomínání a špatná chůze. *Neurologie pro praxi*. 13(4), s. 225-228. ISSN 1213-1814; 1803-5280 (elektronická verze). Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2012/04/12.pdf>
- RUSINA, R. a I. HOLMEROVÁ, 2014. Poruchy spánku a nočního chování u Alzheimerovy nemoci a dalších demencí. *Neurologie pro praxi*, 15(4), s. 182-185. [online]. [cit. 2018-12-05] Dostupné z:
<https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2014/04/04.pdf>
- SHEARDOVÁ, K., 2010. Alzheimerova nemoc a zapojení pečovatele do boje o kvalitu života. *Neurologie pro praxi*, 11(3), s. 172-176. ISSN 1213-1814. [online]. [cit. 2018-12-11] Dostupné z: https://www.neurologiepropraxi.cz/artkey/neu-201003-0008_Alzheimerova_nemoc_a_zapojeni_pecovatele_do_boje_o_kvalitu_zivota.php
- ŠEVČÍKOVÁ, J., 2009. Péče o nemocné s Alzheimerovou chorobou. *Sestra*. Tematický sešit 235 - Geriatrie, 19(1), s. 53-54. ISSN 1210-0404.
- UZIS, Národní akční plán, 2018. [online]. WHO/ÚZIS ČR (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR), [online]. [cit. 2018-12-11]. Dostupné z:
<http://www.uzis.cz/cz/mkn/F00-F09.html>
- VAVRUŠOVÁ, L., 2012. *Demencia*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-382-0.
- HUGO, J., M. VOKURKA, M. FIDLEROVÁ a kol., 2016. *Slovník lékařských zkratek*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-519-4.

WHO, 2014. *Mezinárodní klasifikace nemocí*. [online]. [cit. 17. 1. 2018]. Ženeva.
Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/seznam.html> ISBN 92-4-154649-2.

ZÁKONYPROLIDI, 2018. *Vyhláška, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách*. [online]. [cit. 2019-01-03]. Dostupné z:
<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-505>

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

.

PŘÍLOHY

Příloha A – Test Mini Mental State Examination	II
Příloha B – Barthelové test	IV
Příloha C – Test rizika pádu	V
Příloha D – Dotazník soběstačnosti DAD – CZ	VI
Příloha E – Čestné prohlášení	VIII
Příloha F – Rešerše	IX

Příloha A – Test – Mini Mental State Examination

MMSE ZÁZNAMOVÝ LIST

(19) - státní test kognitivní psychika

Příjmení, jméno a rok narození	DATUM VYŠETŘENÍ										
	DEN	4									
	MĚSÍC	8									
	ROK	18									

Bodové hodnocení: správná odpověď 1 bod, chybná 0 bodů.

1. ORIENTACE

Jaký den v týdnu je dnes?	1									
Kolikátého je dnes? Jaké je dnes datum?	0									
Který měsíc v roce je nyní?	1									
Který rok je nyní?	0									
Jaké je nyní roční období?	1									
Ve kterém státě jsme?	1									
Ve kterém okrese jsme?	0									
Ve kterém městě jsme?	0									
Jak se jmenuje toto zařízení?	0									
Ve kterém poschodí se nacházíme?	1									

2. ZAPAMATOVÁNÍ

Bezprostřední reprodukce 3 ze 6 Vámi jmenovaných předmětů:

citron	lopata	1								
klíč	šátek	1								
babička	váza	1								

3. POZORNOST A POČÍTÁNÍ

Opakované odečítání čísla 7 od čísla 100 nebo hláskování slova POKRM pozpátku

100		1								
93	M	1								
86	R	0								
79	K	0								
72	O	0								
65	P	0								

4. PAMĚŤ A VÝBAVNOST

Požádejte klienta/tku, aby si vzpomněl/a a řekl/a 3 ze 6 předmětů z bodu 2.
např. citron, klíč, babička

0										
0										
0										

5. POJMENOVÁNÍ - ukažte klientovi předmět a položte otázku "Co je to?"

Ukažte tužku a položte otázku "Co je to?"

Ukažte náramkové hodinky a zeptejte se

1										
1										

6. OPAKOVÁNÍ

Opakování věty: "Žádné kdyby anebo ale."

1										
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

7. TŘÍSTUPŇOVÝ PŘÍKAZ - porozumění třístupňovému sdělenému příkazu

"Vezměte tento papír do vaší pravé ruky,
přeložte ho jednou na polovinu oběma rukama
a položte na zem."

1										
1										
1										

8. ČTENÍ A SPLNĚNÍ PŘÍKAZU (porozumění písemnému jednostupňovému povelu)

Ukažte velký nápis (ad níže) s povelu
ZAVŘETE OČI

1									
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

9. PSANÍ

Napsání smysluplné věty,
která obsahuje předmět i přísudek.

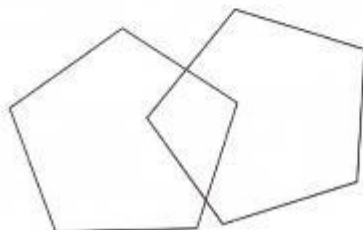
0									
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

10. OBKRESLOVÁNÍ

obkreslení předlohy **průniku** dvou pětiúhelníků.

1									
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Toto je pouze nákras, pro test použijte zvlášť vytištěnou předlohu.



ZAVŘETE OČI



Příloha B – Barthelové test

Jméno pacienta:

Datum narození pacienta (věk):

	Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre*
1.	Příjem potravy a tekutin	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10 5 0
2.	Oblékání	samostatně bez pomoci s pomoci ... neprovede	10 5 0
3.	Koupaní	samostatně nebo s pomoci neprovede	5 0
4.	Osobní hygiena	samostatně nebo s pomoci 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 pomoci ... neprovede	10 5 0

67

256.

Příloha C – Test rizika pádu

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: - diuretik - antikonvulziv - antiparkinsonik - antihypertenziv - psychotropní léky nebo benzodiazepiny	1
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:		

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

Příloha D – Dotazník soběstačnosti DAD – CZ

DOTAZNÍK SOBĚSTAČNOSTI (DAD-CZ)

Jméno a příjmení posuzovaného: Xy Ročník:

Jméno vyplňujícího + vztah k posuzovanému:

Datum vyplnění: 6.8.2018 Diagnóza: Alzheimerova choroba MMSE: 19

Tento dotazník může vyplňovat pouze osoba, která důvěrně zná, jak si posuzovaný vede v běžném životě. Obsahuje 40 položek a je určen pro zjištění každodenních aktivit u lidí s poruchami paměti a dalších duševních schopností.

Dotazník se týká stavu vyšetřovaného za poslední 2 týdny. Nebere se v úvahu to, co by posuzovaný byl schopen vykonat, ale pouze to, co skutečně vykonal. Hodnotí se takto:

- ANO („1“) označte, pokud posuzovaný během posledních dvou týdnů danou aktivitu provedl bez pomoci a bez připomenutí alespoň jednou.
- NE („0“) označte, pokud posuzovaný aktivitu za poslední 2 týdny nevykonal vůbec, nebo ji vykonal jen s pomocí či připomenutím.
- NELZE URČIT („X“) označte, pokud posuzovaný aktivitu nevykonával ani před začátkem potíží s pamětí nebo v posledních 2 týdnech aktivitu neměl příležitost vykonávat nebo pokud aktivitu nevykonává proto, že trpí jiným tělesným onemocněním (například kloubní potíže, po zlomenině končetiny).

Udělal posuzovaný/a bez pomoci nebo připomenutí alespoň jednou za poslední 2 týdny tyto činnosti? V každém řádku zakroužkujte 1 = ANO, 0 = NE nebo X = NELZE URČIT			
	ANO	NE	X
Hygiena			
1. Pokusil/a se umýt nebo vykoupat či osprchovat	1	0	X
2. Pokusil/a se vyčistit si zuby nebo pečovat o svůj umělý chrup	1	0	X
3. Rozhodl/a se pečovat si o vlasy (umýt a učesat)	1	0	X
4. Připravil/a si vodu, ručníky a mýdlo na mytí, koupání nebo sprchování	1	0	X
5. Spolehlivě si umyl/a a osušil/a všechny části svého těla	1	0	X
6. Správně si vyčistil/a zuby nebo pečoval/a o svůj umělý chrup	1	0	X
7. Pečoval/a si o vlasy (umytí a učesání)	1	0	X
Oblékání			
8. Pokusil/a se obléknout	1	0	X
9. Vybral/a si vhodné oblečení (s ohledem na příležitost, upravenost, počasí a barevnou kombinaci)	1	0	X
10. Oblékl/a se ve správném pořadí (spodní prádlo - kalhoty/šaty - boty)	1	0	X
11. Úplně se oblékl/a	1	0	X
12. Úplně se svlékl/a	1	0	X
Kontinence (udržení moči a stolice)			
13. Rozhodl/a se použít toaletu ve správný čas	1	0	X
14. Použil/a toaletu bez "nehod"	1	0	X
Jedění			
15. Rozhodl/a se, že se potřebuje najíst	1	0	X
16. Při jídle zvolil/a vhodné přístroje a chuťové přísady	1	0	X
17. Konzumoval/a své jídlo normálním tempem a přiměřenými způsoby	1	0	X
Pokračování na další straně		Mezisoučty (základní aktivity max. 17):	
		5	0

Udělal posuzovaný/á bez pomoci nebo připomenutí alespoň jednou za poslední 2 týdny tyto činnosti? V každém řádku zakroužkujte 1 = ANO, 0 = NE nebo X = NELZE URČIT			
Příprava jídla		ANO	NE X
18. Pokusil/a se připravit si jednoduché jídlo nebo svačinu	1	0	X
19. Správně se přichystal/a na přípravu jednoduchého jídla (přísady, nádobí na vaření)	1	0	X
20. Spolehlivě připravil/a nebo uvařil/a jednoduché jídlo či svačinu	1	0	X
Telefonování			
21. Pokusil/a se ve vhodnou dobu někomu zatelefonovat	1	0	X
22. Správně si vyhledal/a a vytočil/a telefonní číslo	1	0	X
23. Uskutečnil/a přiměřený telefonický rozhovor	1	0	X
24. Správně zapsal/a a vyřídil/a telefonický vzkaz	1	0	X
Chození ven a pobyt venku			
25. Rozhodl/a se jít někam ven (na procházku, na návštěvu, do obchodu) ve vhodnou dobu	1	0	X
26. Správně si zorganizoval/a pobyt venku s ohledem na dopravu, klíče, cíl své cesty, počasí, potřebné peníze, nákupní seznam	1	0	X
27. Vypravil/a se ven a dosáhl/a známého cíle, aniž by se přitom ztratil/a	1	0	X
28. Spolehlivě použil/a přiměřený dopravní prostředek (auto, autobus, taxi)	1	0	X
29. Vrátil/a se z obchodu s odpovídajícím nákupem	1	0	X
Finance a korespondence			
30. Zajímal/a se o své osobní záležitosti jako jsou např. vlastní finance a korespondence	1	0	X
31. Zorganizoval/a své finance tak, aby mohl/a uhradit své složenky a účty	1	0	X
32. Při vyřizování své korespondence použil/a správně dopisní papír, adresu a známky	1	0	X
33. Správně zacházel/a se svou hotovostí (použití peníže v obchodě)	1	0	X
Léky			
34. Rozhodl/a se užít léky ve správnou dobu	1	0	X
35. Užil/a své léky podle předpisu (ve správném dávkování)	1	0	X
Volný čas a domácí práce			
36. Projevil/a zájem o aktivní využití volného času	1	0	X
37. Zajímal/a se o domácí práce, které prováděl/a v minulosti	1	0	X
38. Správně naplánoval/a a zorganizoval/a domácí práce, které prováděl/a v minulosti	1	0	X
39. Provedl/a domácí práce odpovídajícím způsobem, jak to dělal/a v minulosti	1	0	X
40. Když to bylo potřeba, bylo ho/ji bezpečně nechat doma samotného/samotnou	1	0	X

Mezisoučty (instrumentální a volnočasové aktivity max. 23):

11	0	0
----	---	---

Tyto řádky jsou určeny pro potřeby hodnotitele:

Součet bodů (ve sloupci ANO) / počet jednoznačných odpovědí (40 - doplňte počet X)

ANO
↓
součet ve sloupci ANO

X
↓
počet X

mezivýpočet (podíl čísel z předchozího řádku)

11 / (40 -)

DAD celkem v procentech (předchozí výsledek dělení vynásobit 100)

11/40 =

27,5 %



Přeloženo do češtiny z anglické pracovní verze: MUDr. Ales Banaš, Ph.D., Pavel Martinek. Základní verze: Banaš A., Martinek P. a kol. Dotazník soběstačnosti DAD-CZ - česká verze pro hodnocení každodenních aktivit pacientů s Alzheimerovou nemocí. Nejméně 2009, 10(3): 320-323 nebo www.psp.f3.cuni.cz/docerim.
Původní zdroj: Cárkinis I. et al. Development of a functional measure for persons with Alzheimer's disease: the Disability Assessment for Demenz. Am J Occup Ther 1999, 53: 471-481.

Příloha E – Čestné prohlášení

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 na Vysoké škole zdravotnické o. p. s., Duškova 7, Praha 5 se souhlasem managementu zařízení.

V Praze dne

Natálie Marčanová

Příloha F – Rešerše



Ošetrovatelský proces u pacienta s Alzheimerovou chorobou

Klíčová slova:

Alzheimerova choroba, demence, ošetrovatelský proces
Alzheimer disease, dementia, nursing process

Rešerše č. 45/2018

Bibliografický soupis

Počet záznamů:	celkem 42 záznamů (vysokoškolské práce – 5, knihy – 19, ostatní – 18)
Časové omezení:	2009 – současnost
Jazykové vymezení:	čeština, slovenština, angličtina
Druh literatury:	vysokoškolské práce, knihy, články a příspěvky ve sborníku
Datum:	30. 8. 2018

Zdroj: knihovna Vysoké školy zdravotnické o. p. s., Duškova 7, Praha 5