

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA  
S ALZHEIMEROVOU CHOROBU**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**MILADA POLÍVKOVÁ**

**Praha 2019**

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA  
S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU**

bakalářská práce

MILADA POLÍVKOVÁ

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, Dušková 7, PSČ 150 00

POLÍVKOVÁ Milada  
3CVS

### Schválení tématu bakalářské práce

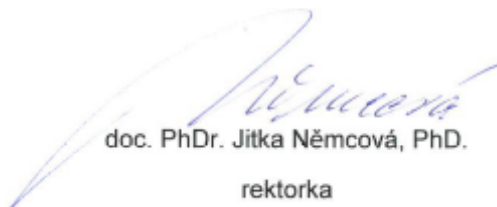
Na základě Vaší žádosti Vám oznamuji schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u pacienta s Alzheimerovou chorobou

*Pflegeprozess bei einem Patienten mit Alzheimer-Krankheit*

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 vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala 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 .....

.....  
Milada Polívková

## PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí práce PhDr. Ivaně Jahodové, PhD., za její rady a odborné konzultace a čas, který mi věnovala při řešení dané problematiky.

# ABSTRAKT

POLÍVKOVÁ, Milada. *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. 59 s.

Bakalářská práce analyzuje problematiku pacientů s Alzheimerovou chorobou. V teoretické části se zabývá problematikou demence se zaměřením na Alzheimerovu nemoc, která je v současnosti vzhledem ke stárnutí populace jednou z priorit zdravotní péče a výzkumu. V úvodních kapitolách je popsána Alzheimerova demence a její projevy. V další části práce jsou popsány současné vyšetřovací metody používané v diagnostice a určení fáze choroby. Terapeutické postupy se omezují především na snahu zpomalit progresi choroby. Nedílnou součástí je také paliativní péče o pacienty, zejména o pacienty v pokročilém stádiu. Praktická část popisuje ošetrovatelský proces, který pomáhá zajistit komfortní péči o pacienta a jeho důstojný život. Stanovili jsme ošetrovatelské problémy, formulovali ošetrovatelské diagnózy a stanovili jsme ošetrovatelský plán a jeho realizaci. Cílem bakalářské práce bylo zjistit, zda nefarmakologické postupy pozitivně ovlivňují vnímání bolesti a celkovou orientaci pacienty s Alzheimerovou demencí v průběhu ošetrovatelského procesu na základě vhodně zvolených ošetrovatelských diagnóz. Součástí práce jsou přílohy.

Klíčová slova

Alzheimerovo onemocnění. Demence. Ošetrovatelská péče. Pacientka. Paliativní péče.

# ABSTRAKT

POLÍVKOVÁ, Milada. *Pflegeprozess beim Patienten mit der Alzheimer-Krankheit.* Hochschule für Gesundheit, o. p. s. / Krankenpflegehochschule. Grad der Qualifikation: Bakkalaureus / Bachelor (Bc.). Leiterin der Arbeit / Supervisor: PhDr. Ivana Jahodová / PhD. Prag. 2019. 59 s.

Die Bakkalaureusarbeit analysiert die Problematik der Patienten mit der Alzheimer-Krankheit. Im theoretischen Teil beschäftigt sich die Arbeit mit der Problematik der Demenz Richtung auf die Alzheimer-Krankheit, die zurzeit infolge der Alterung der Population eine der Prioritäten der Gesundheitspflege und der Forschung darstellt. In den Einleitungskapiteln werden die Alzheimer-Demenz und ihre Symptome beschrieben. In weiteren Teilen der Arbeit werden die gegenwärtigen Untersuchungsmethoden beschrieben, die bei der Diagnostik und bei Feststellung der Phase der Krankheit benutzt werden. Therapeutische Verfahren orientieren sich vor allem auf die Verlangsamung der Progression der Krankheit und auf die Verbesserung der Symptome. Untrennbarer Teil stellt auch palliative Pflege um Patienten dar, vor allem um die Patienten, die sich im fortgeschrittenen Stadium der Krankheit befinden. Der praktische Teil beschreibt den Pflegeprozess, der eine komfortable Pflege und Behandlung, sein würdiges Leben bei Patienten sichern hilft. Wir haben Pflegeprobleme eingestellt, Pflegediagnosen formuliert und einen Pflegeplan und dessen Umsetzung eingestellt. Das Ziel dieser Arbeit war es herauszufinden, ob nicht-pharmakologische Verfahren einen positiven Einfluss auf die Schmerzwahrnehmung und die allgemeine Orientierung des Alzheimer-Patienten während des Pflegeprozesses haben, basierend auf entsprechend ausgewählten Pflegediagnosen. Einen Teil der Arbeit bilden auch Anlage.

Schlüsselwörter

E Alzheimer-Krankheit. E Demenz. E Pflege. E. Patientin. E palliative Pflege.

# OBSAH

## SEZNAM TABULEK

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

## SEZNAM ODBORNÝCH NÁZVŮ

ÚVOD.....	14
<b>1 DEMENCE.....</b>	<b>17</b>
<b>1.1 ALZHEIMEROVA DEMENCE.....</b>	<b>18</b>
1.1.1 PROJEVY ALZHEIMEROVY DEMENCE.....	18
1.1.2 VYŠETŘOVACÍ METODY.....	19
1.1.3 ETIOPATOGENEZE.....	20
1.1.4 DIAGNOSTIKA A KLINICKÁ STÁDIA.....	21
1.1.4.1 LEHKÉ STADIUM.....	22
1.1.4.2 STŘEDNÍ STADIUM.....	22
1.1.4.3 TEŽKÉ STADIUM.....	22
<b>2 TERAPIE.....</b>	<b>24</b>
<b>2.1 SPECIFICKÁ TERAPIE.....</b>	<b>25</b>
2.1.1 FARMAKOLOGICKÁ LÉČBA.....	25
<b>2.2 NESPECIFICKÁ TERAPIE.....</b>	<b>27</b>
2.2.1 NEFARMAKOLOGICKÁ LÉČBA .....	27
2.2.1.1 BAZÁLNÍ STIMULACE.....	28
2.2.1.2 CANISTERAPIE.....	28
2.2.2.3 MUZIKOTERAPIE.....	30
2.2.1.4 ERGOTERAPIE.....	31



2.2.1.5 REMINISENČNÍ TERAPIE.....	32
2.2.1.6 HAPTIKA.....	33
2.2.1.6 ZRCADLENÍ.....	33
2.2.1.8 FAKTICKÉ OTÁZKY.....	34
<b>3 PROBLEMATIKA ZPŮSOBU PODÁVÁNÍ STRAVY.....</b>	<b>35</b>
3.1 NOZOGASTRICKÁ SONDA.....	35
3.1.1 ZAVEDENÍ SONDY.....	35
3.1.2 NEJČASTĚJŠÍ KOMPLIKACE SPOJENÍ SE ZAVÁDĚNÍM NGS.....	36
3.1.3 PÉČE O SONDU.....	36
3.1.4 STRAVOVÁNÍ DO SONDY.....	37
3.1.5 INDIKACE A KONTRAINDIKACE NGS.....	37
3.2 PERKUTÁNNÍ ENDOSKOPICKÁ GASTROSTOMIE.....	37
3.2.1 ZAVEDENÍ PEG.....	37
3.2.2 APLIKACE VÝŽIVY A LÉKU DO PEG.....	38
3.2.3 PÉČE O PEG.....	39
3.2.4 KOMPIKACE PEG.....	39
<b>4 PALIATIVNÍ PÉČE.....</b>	<b>40</b>
4.1 OBECNÁ PALIATIVNÍ PÉČE A JEJÍ CÍLE.....	41
4.2 PRINCIPY PALIATIVNÍ PÉČE.....	43
<b>5 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU.....</b>	<b>44</b>
5.1 DIAGNOSTICKÉ ZNAKY STŘEDNÍ DEMENCE, POSOUZENÍ PACIENTKY.....	45

<b>5.2 OŠETŘOVATELSKÉ PROBLEMY UTŘIDĚNÍ DLE 13 DOMÉN KLASIFIKAČNÍHO SYSTÉMU NANDA TOXONOMIE II OD 1.12-20.12.2018.....</b>	<b>50</b>
<b>5.4 ZHODNOCENÍ NEFARMAKOLOGICKÉ TERAPIE PŘI POSKYTOVÁNÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE.....</b>	<b>68</b>
<b>5.5 CELKOVÉ ZHODNOCENÍ PÉČE.....</b>	<b>68</b>
<b>5.6 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....</b>	<b>69</b>
<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>70</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>73</b>

# SEZNAM TABULEK

<b>1 FARMAKOLOGICKÁ ANAMNÉZA.....</b>	<b>58</b>
---------------------------------------	-----------

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

<b>AD</b> .....	Alzheimerova demence
<b>ADL</b> .....	činnosti, které člověk provádí denně nebo pravidelně
<b>BMI</b> .....	Body Mass Index (ukazatel tělesné hmotnosti)
<b>BPSD</b> .....	behaviorální a psychologické symptomy demence
<b>D</b> .....	dech
<b>IADL</b> .....	test instrumentálních všedních činností
<b>NANDA I</b>	North American for Nursing Diagnosis Association International
<b>MMSE</b> ....	Mini Mental State Exam (test kognitivních funkcí)
<b>NGS</b> .....	nazogastrická sonda
<b>NMDA</b> ...	N-methyl-D-asparagová kyselina
<b>PEG</b> .....	perkutánní endoskopická gastrostomie
<b>PPAR</b> ....	Peroxisome Proliferator-Activated Receptor (jaderný receptor)
<b>TK</b> .....	tlak krve
<b>TT</b> .....	tělesná teplota

(VOKURKA, HUGO, 2015)

# SEZNAM OBDORNÝCH NÁZVŮ

**Abúzus** – nadměrné užívání

**Acetylcholinergní transmise** – signalizace z neuronu na neuron prostřednictvím acetylcholinu

**Addenbrookova kognitivní baterie** – test kognitivních funkcí, rozšíření MMSE

**Alzheimerovy plaky** – neuropatologický nález při Alzheimerově chorobě

**Amyloid patologický** – změněný protein, tělo ho neumí odbourat

**Amyloidové plaky** – shluky tvoření amyloidem

**Anomická afázie** – porucha mluvení, postižený si nemůže vybavit pojmy

**Atrofie** – úbytek struktury, zmenšení její velikosti

**Bazální stimulace** – koncept, který se orientuje na všechny lidské potřeby

**Behaviorální** – týkající se chování

**Canisterapie** – využití psů při léčbě pacientů

**Capgrasův příznak** – psychologický stav u demencí

**Dysfágie** – porucha polykání

**Enterální výživa** – výživa s využitím střeva pacienta

**Fatické funkce** – schopnost mluvit, vyjadřování

**Frontotemporální demence** – forma demence

**Malnutrice** – podvýživa

**Neurofibrilární klubko** – neuropatologický projev Alzheimerovy choroby

**Neuromediátor** – chemická látka, jejímž prostřednictvím se přenášejí informace z neuronu na neuron

**Neurotransmitterový deficit** – snížená schopnost produkovat určitý transmitter

**Kognitivní** – poznávací

**Konfabulace** – zaplňování mezer v paměti myšlenkami

**Muzikoterapie** – léčba hudbou

**Polymorbidní** – mající více nemocí

**Reminiscenční terapie** – léčba prostřednictvím vzpomínek

**Senilní plaky** – neuropatologický nález, častý u Alzheimerovy choroby

**Subileózní stav** – zpomalení střevní peristaltiky

**Transiluminace** – prosvěcování

(VOKURKA, HUGO, 2015)

# ÚVOD

Formy demence nebo zřetelného úbytku kognitivních funkcí, který ještě nesplňuje diagnostická kritéria demence, můžeme pozorovat ve vyšším věku u významné části populace. Protože riziko rozvoje kognitivních poruch roste s věkem, s rostoucím průměrným věkem dožití se tato problematika dostává do popředí zájmu (ZVĚŘOVÁ, 2017). Tato skupina poruch je velmi náročná pro rodinu i blízké okolí nemocného. Většina rodin nedokáže změnit svůj život tak, aby byla schopna zajistit plnohodnotnou domácí péči o nemocného. Péče o pacienta s Alzheimerovou chorobou vyžaduje celodenní přístup a komplexní dohled, což většina rodin není schopna svému nemocnému členovi zajistit. V minulosti jsme se setkávali s umístováním těchto pacientů do psychiatrických léčeben na nespécializovaná oddělení. Dnes se přístup k těmto pacientům výrazně mění. Vznikají nová alzheimerovská centra a s péčí o nemocné pomáhají i neziskové a charitativní organizace (PETR, MARKOVÁ, 2014).

S problematikou Alzheimerova onemocnění jsme se setkali v domově s následnou péčí, kde jsou hospitalizováni pacienti s výše uvedenou diagnózou. Pečovali jsme zde o pacienty v různých stádiích této choroby a měli jsme možnost sledovat i vývoj této choroby od prvotních příznaků až po vrcholné stádium s nutnou paliativní péčí.

Ve většině případů se první projevy Alzheimerovy choroby objevují u lidí ve věku nad 65 let. Odhady nám naznačují, že v tomto věku trpí Alzheimerovou chorobou více než 7 % populace, s postupujícím věkem tento počet prudce narůstá (MÁTĽ, MÁTĽOVÁ, 2015). Geriatricí pacienti ve vyšším věku často trpí více chorobami současně, jsou polymorbidní. V podmínkách rozvinuté země ve střední Evropě jsou to především kardiovaskulární onemocnění v čele s ischemickou chorobou srdeční, metabolické poruchy v čele s diabetem mellitem 2. typu a poruchy pohybového systému, tedy především artrotické změny velkých kloubů. Tato onemocnění nejsou v současné době obvykle vyléčitelná, jsou dostupné pouze léčebné prostředky a postupy, které zpomalují rozvoj nemoci, mírní obtěžující projevy a bolest, popř. zabraňují dalším komplikacím (LENOCHOVÁ, 2010).

Z hlediska ošetrovatelské péče vnímáme demenci u polymorbidního pacienta jako komplikaci, která výrazně ovlivňuje komplexní péči o něj. Pacient samotný často není

schopen adekvátní spolupráce, případně nedokáže pochopit nezbytnost úkonů, jež vlivem poruchy vlastních kognitivních funkcí vnímá jako zbytečné, nepříjemné, nebo dokonce jako ohrožení a útok.

## **CÍLE PRÁCE A VSTUPNÍ LITERATURA**

Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Předložit aktuální pohled na problematiku Alzheimerova onemocnění a nefarmakologické léčby zpracovaný na základě dostupné literatury.

Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Popsat ošetrovatelskou péči u pacienta s Alzheimerovým onemocněním.

Cíl 2: Stanovit aktuální ošetrovatelské problémy a formulovat ošetrovatelské diagnózy, stanovit plán, realizovat péči a zhodnotit ji.

Cíl 3: Vyvodit doporučení pro praxi.

Vstupní literatura:

1. HOLMEROVÁ, Iva a kol. 2007. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3. vydání. Praha: EV Public Relations. ISBN 978-80-254-0179-8.
2. MALÍKOVÁ, Eva, 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zřízeních*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3148-3.

## **POPIS A REŠERŠNÍ STRATEGIE**

Rešerše byla vypracovaná v knihovně Vysoké školy zdravotnické, o. p. s. Praha 5. Rešerše byla zpracovaná na základě klíčových slov, která se vyskytují v bakalářské práci s názvem Ošetrovatelský proces u pacientky s Alzheimerovou nemocí. Klíčová slova jsou Alzheimerova nemoc, paliativní péče, demence, ošetrovatelská péče Majory Gordon.



Časové rozmezí vydání knižních zdrojů bylo od roku 2008 do současnosti. Do rešeršní strategie bylo zadáno i jazykové rozmezí, byly požadovány knižní zdroje v českém, slovenském a německém jazyce. Pro tvorbu bakalářské práce bylo využito celkem 40 informačních zdrojů, z toho 3 v německém jazyce. Uvědomujeme si, že některé zdroje přesáhly doporučenou hranici 10 let. I přesto jsme je využili, neboť obsažené informace jsou stále platné a pro naši práci přínosné.

# 1 DEMENCE

Demence je nejčastěji charakterizována jako narušení kognitivních funkcí, zejména paměti, myšlení, orientace v prostoru, učení a úsudku. Při demenci nebývá narušené vědomí. Pro diagnostiku je rozhodující klinický obraz, protože nález například na zobrazovacích metodách nemusí korelovat závažností změn (PIDRMAN, 2007).

S pojmem demence úzce souvisí pojem mírná kognitivní porucha, dříve též benigní stařecká zapomnětlivost nebo mírný kognitivní deficit. V zásadě jde o akcentované fyziologické změny kognitivních funkcí s přibývajícím věkem, ale závažnost změn není tak výrazná jako u demence. Mírná kognitivní porucha, i když zásadně neomezuje nemocného, představuje rizikový faktor pro rozvoj demence (KROMBHOLZ, 2011).

Demence podle definice předpokládá pokles již získaných funkcí. U malých dětí není možné diagnostikovat demenci před druhým rokem věku. V nízkém věku je incidence demence nízká, ve stáří její četnost narůstá. Zatímco ve věku nad 65 let trpí demencí asi 5 % populace, ve věku nad 75 let je to již 10 %, nad 80 let 20 % a nad 90 let 50 % populace (PIDRMAN, 2007). Demence není jedna nemoc, jde o symptom provázející několik různých onemocnění. Existuje několik desítek onemocnění, která lze manifestovat jako demence. Všechna tato onemocnění lze rozdělit do dvou velkých skupin, a to na demence neurodegenerativní a vaskulární. Podstatou častějších neurodegenerativních demencí je to, že se v mozku nemocných akcentují degenerativní změny. Vlastní příčinou může být například akumulace některých forem proteinů nebo atrofie některých struktur. Typickými příklady jsou Alzheimerova demence, nemoc s Lewiho tělísky a Pickova choroba. Výzkum těchto oblastí v současnosti nadále probíhá. Druhá velká skupina demencí jsou vaskulární demence. Zde z důvodů poruch cévního zásobení vážně dochází k postupnému zániku neuronů. Protože jsou cévní změny ve vyšším věku obvyklé, není výjimkou, že se objevují demence obou typů, tedy demence, u kterých se na poškození mozku pacienta podílejí jak degenerativní procesy, tak i poruchy cévního zásobení (KROMBHOLZ, 2011).

## 1.1 ALZHEIMEROVA DEMENCE

Choroba známá dnes jako Alzheimerova demence byla nezávisle na sobě popsána na jednom případě Aloisem Alzheimerem a na větším počtu zpracovaných případů Oskarem Fischerem. Tento výzkum probíhal již před první světovou válkou. Pravděpodobně v důsledku bojůvek mezi neuropatologickými školami byla nakonec choroba pojmenována po A. Alzheimerovi, zatímco profesor německé univerzity v Praze O. Fischer upadl v zapomnění (VOGNER, KALVACH, 2015).

Alzheimerova demence patří mezi nejčastější demence vůbec. Odhaduje se, že v České republice touto chorobou trpí více než 150 tisíc pacientů. Pro onemocnění je typické plynulé zhoršování stavu vedoucí obvykle po několika letech ke smrti na přidružené komplikace. Výskyt onemocnění výrazně roste s věkem (PIDRMAN, 2007).

### 1.1.1 PROJEVY ALZHEIMEROVY DEMENCE

Alzheimerova choroba má nenápadný začátek obtíží s plynulým zhoršováním stavu, postupně vážne a mizí schopnost sebeobsluhy a komunikace se stává obtížnou, posléze nemožnou.

Typickým doprovodným příznakem tohoto onemocnění je porucha paměti, jež má poměrně charakteristický obraz. Velmi dlouho je zachována implicitní (nedeklarativní) paměť, nemocný tedy dobře zvládá dříve naučené motorické dovednosti zahrnující např. některé úkony sebeobsluhy, ale třeba i řízení automobilu. Ztráta explicitní (deklarativní) paměti je také poměrně charakteristická. Je narušena schopnost si vzpomínku vstípit do paměti i schopnost si ji vybavit. Místo toho se objevují konfabulace, tedy nepravdivé vzpomínky vytvořené v konkrétní situaci. Protože se i zde projevuje poškozená vstípivost paměti, může být stejná vzpomínka s odstupem času nahrazena jinou konfabulací. S produkcí konfabulací souvisí i to, že nemocní ztrácejí náhled na onemocnění. Starší a dobře fixované vzpomínky jsou vybavitelné lépe, i když s postupem choroby mizí i jejich vybavitelnost. S poruchami paměti souvisí Capgrasův příznak, tedy to, že nemocný chybně identifikuje své nejbližší příbuzné; nemocný poznává, že daná osoba má rysy konkrétní blízké osoby, ale je přesvědčen, že to tato osoba není (KROMBHOLZ, 2011).

Postižená oblast mozku nemusí být symetrická, záleží na tom, zda je více postižena dominantní, nebo nedominantní hemisféra. Pokud je postižena dominantní hemisféra, převažuje postižení řeči. Stav se označuje jako anomická (amnestická) afázie, nemocný si jen těžko vybavuje správná slova, jimiž by se měl vyjádřit. Při postižení nedominantní hemisféry v klinickém obrazu se nejčastěji vyskytuje problém s identifikací osob, s vnímáním složitějších celků a s orientací v prostoru. Nemocný tak může bloudit i ve dříve známých prostorech. S postupujícím onemocněním dochází k postižení obou hemisfér a výrazná je jejich symptomatika (KROMBHOLZ, 2011), (KRUPP, THODE, 2016).

Významný vliv na demenci má též deprese. Deprese je rizikový faktor pro vznik demence, depresivní symptomatologie může být prvním projevem demence a současný výskyt demence a deprese má negativní vliv na průběh deprese. Zpočátku se u Alzheimerovy demence až u poloviny nemocných objevuje depresivní symptomatologie, trvale patologicky pokleslá nálada, zpomalené psychomotorické tempo, poruchy soustředění a omezení emočních projevů. V pozdějších stádiích Alzheimerovy demence mohou být tyto příznaky stále přítomny, ale nedominují klinickému obrazu. Pro klinické rozhodování je podstatné to, že v počátečních stádiích může být problematické odlišit demenci od deprese (DOSTÁL, 2011).

S dalším rozvojem onemocnění dochází k výraznému omezení kognitivních funkcí, pacient přestává zvládat základní sebeobslužné činnosti a stává se nesoběstačným. K základnímu postižení kognitivních funkcí se přidávají i další psychopatologické projevy, často jde o poruchy chování. Z hlediska ošetrovatelské péče o nemocného je problematické narušení denního cyklu a časté poruchy spánku. Narušena je i emoční stránka pacienta (JIRÁK, 2008).

### **1.1.2 VYŠETŘOVACÍ METODY**

Při podezření na demenci je základní vyšetřovací metodou standardizované vyšetření kognitivních funkcí. Používá se celá řada výzkumných testů, a to od orientačního testu kreslení hodinek až po poměrně obsáhlé testy.

Význam zobrazovacích metod (zejména výpočetní tomografie a nukleární magnetická rezonance) je spíše pomocný. Pomáhají vyloučit některé jiné formy demence. Prokazatelné výsledky nelze zjistit ani z vyšetření krve, i když může

příspět k vyloučení některých metabolických postižení mozku. Lepších výsledků můžeme dosáhnout při vyšetření hladiny některých proteinů mozkomíšním moku, ale toto vyšetření má omezenou dostupnost a používá se spíše pro výzkumné účely. Ověřená diagnostika Alzheimerovy demence je přímý průkaz senilních plaků a neurofibrilárních klubek v mozkové tkáni. Ale toto lze zjistit až po smrti pacienta. Proto někteří lékaři preferují označení demence alzheimerovského typu pro demenci, která má klinický průběh podobný Alzheimerově demenci, ale může se jednat i o jiný typ demence (KROMBOLZ, 2011), (JIRÁK, 2008).

Základním screeningovým dotazníkem je MMSE (Mini Mental State Exam). Test obsahuje několik úkolů testujících kognitivní funkce. Hodnotí se orientace místem a časem, paměť, pozornost, počítání, komunikace a řeč a konstrukční schopnosti. Výsledek se boduje, celkem může mít pacient 0 až 30 bodů s následujícím hodnocením:

- 0–10 bodů: těžká kognitivní porucha,
- 11–20 bodů: středně těžká kognitivní porucha,
- 21–23 bodů: lehká kognitivní porucha,
- 24–30 bodů: pásmo normálních výsledků.

MMSE má pouze orientační hodnotu, pro přesnější diagnostiku a zejména pro rozlišení mezi demencí alzheimerovského typu a frontotemporální demencí je vhodnější rozsáhlejší Addenbrookova kognitivní baterie, což je test, který nám umožní rozpoznat alzheimerovské demence. Podobně je Addenbrookova baterie vhodnější také u pacientů, kteří měli před vznikem obtíží nadprůměrný intelekt. Dalším testem je Bartelové test soběstačnosti, který se přehodnocuje každých 14 dní. V neposlední řadě se používá i test IADL, jedná se o test instrumentálních všedních činností.

### **1.1.3 ETIOPATOGENEZE**

Alzheimerova demence patří do skupiny tzv. amyloidopatií. V rozvoji poruch se uplatňuje to, že se v mozku mezi neurony hromadí špatně odbouratelné zbytky

proteinů, tzv. amyloidů. Někdy se používá označení senilní plaky, amyloidové plaky nebo alzheimerovské plaky (KROMBHOLZ, 2011).

Klinicky se rozlišují dva typy Alzheimerovy demence, demence s počátkem obtíží před 65. rokem (časný typ) a demence s nástupem obtíží po 65. roce věku (pozdní typ). Oba typy se liší v předpokládané molekulární podstatě. Časný typ Alzheimerovy demence se vyznačuje významnějším vlivem dědičnosti, bývá spojován s mutacemi genů APP (amyloidový prekurzorový protein), PS1 (presenilin 1) nebo PS2 (presenilin 2). Na pozdní typ Alzheimerovy demence nemá významný vliv dědičnost, je spojen s vyšším výskytem alely  $\epsilon 4$  genu ApoE (apolipoprotein E).

V obou případech je zřejmě iniciálním krokem vznik senilních plaků z amyloidního  $A\beta$  proteinu.  $A\beta$  protein je produkt degradace APP proteinu, vyznačuje se tím, že je odolný proti další degradaci. Mutace genů PS1 respektive PS2 se na vzniku časného typu Alzheimerovy demence mohou podílet tím způsobem, že jde o součásti enzymu podílejícího se na degradaci APP. Jejich chybná forma může usnadňovat vznik prakticky nedegradovatelného proteinu  $A\beta$ .

Druhým charakteristickým znakem Alzheimerovy demence jsou neurofibrilární klubka. Jde o shluky vysoce fosforylovaného  $\tau$  proteinu uvnitř neuronů. Neurofibrilární klubka jsou toxická pro neurony a vedou postupně k jejich zániku. Zejména u pozdního typu není zcela jasné, zda je prvotní vznik senilních plaků, neurofibrilárních klubek, nebo zda není v pozadí jiný mechanismus. Nutno poznamenat, že ne všechny neuronální populace jsou na zánik stejně citlivé. Zanikají zejména neurony, které jako neuromediátor používají acetylcholin, tzv. cholinergní neurony, a to zejména neurony soustředěné ve struktuře zvané nucleus basalis Meynerti. Změny vedou k postupné atrofii mozku, přičemž dochází k patrnému úbytku hmoty mozku.

Úbytek mozkové hmoty je zřetelný zejména v některých strukturách v oblasti spánkového laloku (hippokampus, amygdala, ...). S rostoucím věkem pozorujeme i postupné snižování obsahu vody v mozku. Není však prokázáno, že tato atrofie má vliv na kognitivní funkce, proto ani snímky z výpočetní tomografie nepřinášejí důkazní materiál (JANDA, 2013).

#### **1.1.4 DIAGNOSTIKA A KLINICKÁ STÁDIA**

Průběh choroby lze zhruba rozdělit podle stupně demence na lehké, střední a těžké stadium (ZVĚŘOVÁ, 2017).

##### **1.1.4.1 LEHKÉ STÁDIUM**

Onemocnění v klinickém obraze dominují poruchy kognitivních funkcí, pociťované nejen subjektivně (postižení jsou si vědomi výpadků paměti), ale i měřitelné objektivními psychologickými testovými metodami. Narušeny již bývají aktivity denního života, zejména dochází k narušení složitějších aktivit, při nichž je nezbytné udržovat pozornost. Často vidíme u nemocných depresivní symptomy, na nichž se v počátečních stádiích onemocnění podílí kromě neurotransmitterového deficitu i zachovaný náhled na chorobné změny.

##### **1.1.4.2 STŘEDNÍ STÁDIUM**

Ve středním stadiu dochází k dalšímu prohlubování úbytku kognitivních funkcí, nemocní bývají většinou již bez náhledu chorobnosti stavu. Mnohdy se přidružují poruchy fatických funkcí. Dochází k poměrně rychlé progresi poruch aktivity denního života, zejména vážne schopnost instrumenálních výkonů, jako je například obsluha jednoduchých domácích přístrojů – televize, pračka, telefon apod. Pacienti již neumí správně hospodařit se svými finančními prostředky. Často se (i když ne u všech postižených) objevují i behaviorální a psychologické příznaky demence, včetně poruchy chování.

##### **1.1.4.3 TĚŽKÉ STÁDIUM**

V těžkém stadiu nemoci pacienti většinou nepoznávají nejbližší příbuzné ani své okolí. Vlivem masivního úbytku kognitivních funkcí u nich dochází k časoprostorové dezorientaci. Stávají se plně závislými na okolní péči. Aktivity denního života jsou postiženy v instrumentální i neinstrumentální složce. Z hlediska pečovatelů bývají behaviorální a psychologické poruchy označovány za nejobtížnější příznaky demence, pro okolí jsou pak nejvíce zatěžující poruchy chování nemocného. Nemocní

obvykle přežívají od objevení prvních příznaků 7–10 let, díky léčbě a dobré práci pečovateli je možné toto období o několik let prodloužit. U familiárních forem onemocnění často vidíme jeho rychlou progresi. Bezprostřední příčinou smrti bývají komplikace jako hypostatická pneumonie nebo bronchopneumonie a úrazy jako následek imobilizačního syndromu. Alzheimerova choroba je základní příčinou smrti (ZVĚŘOVÁ, 2017).



## 2 TERAPIE

Protože není jistě známa příčina Alzheimerovy demence, jsou možnosti terapeutického ovlivnění limitované. Kognitivní terapie, tedy terapie zaměřená na terapii kognitivního deficitu, má k dispozici poměrně pestrou škálu přípravků, u kterých se předpokládá možný efekt. Klinický efekt byl však spolehlivě prokázán jen u dvou skupin léků – u inhibitorů cholinesteráz a u inhibitorů NMDA receptorů. Mezi inhibitory cholinesteráz patří donepezil, galantamin a rivastigmin, což jsou obvyklé léky. Jejich úhrada je podmíněna diagnózou Alzheimerovy choroby a konkrétním rozsahem výsledku MMSE. Při MMSE vyšším než 20, nebo nižším než 13, není jejich podávání chybou, jen si je musí pacient hradit sám. Inhibitory cholinesteráz fungují symptomaticky, protože v jistých oblastech mozku dochází k poklesu neuronální aktivity přenášené acetylcholinem, léky blokují jeho rozklad a tak zesilují dopad aktivity zbývajících neuronů.

Zástupcem inhibitorů NMDA je memantin, který v konečném důsledku snižuje excitotoxicitu, jev, kdy je nadměrná aktivace jistých neuronů v konečném důsledku poškozující. Memantin je hrazen, pokud je diagnostikována Alzheimerova choroba a pokud je MMSE skóre v pásmu 6 až 17 bodů. Léky obou skupin lze kombinovat, tuto kombinaci hradí pojišťovny při MMSE skóre v pásmu 13 až 17 (JIRÁK, 2008).

Dostí významnou složkou terapie je zejména v počátečních stádiích terapie depresivní symptomatologie. Depresivní symptomy mohou zhoršovat kognitivní funkce, proto může antidepressivní terapie přinést viditelné zlepšení symptomů (DOSTÁL, 2011).

Vzhledem k výše uvedenému spočívá těžiště péče o nemocného s demencí v ošetrovatelské péči. V počátečních stádiích, kdy je s nemocným možná komunikace, jde obvykle o péči domácích, případně s podporou, ovšem v pozdějších stádiích, kdy prohlubující se kognitivní deficit výrazně komplikuje jakoukoliv komunikaci a kdy se mohou objevit i další psychopatologické projevy, může být na místě ústavní ošetrovatelská péče (DLUGOŠOVÁ, 2010).

## 2.1 SPECIFICKÁ TERAPIE

Alzheimerova demence má stabilizovat onemocnění, zpevnit nebo alespoň zpomalit progresi. Terapie, která by dokázala Alzheimerovu demenci vyléčit nebo alespoň částečně obnovit ztracené funkce, není v současné době známa (JIRÁK, 2013).

Ošetrovatelská péče o pacienty s demencí je zajišťována ošetrovatelským týmem složeným z všeobecných či psychiatrických sester, ošetrovatelů, ergoterapeutů, pracovníků provádějících bazální stimulaci a fyzioterapeutů. Tato péče je dlouhodobá, náročná a vyčerpávající, proto by profesionální pečující měl být psychicky vyrovnaný, k poskytování péče dostatečně kvalifikovaný a rovněž motivovaný (KRIVOŠÍKOVÁ, 2011).

U ireverzibilních typů demencí se jejich průběh dělí do tří stádií, od nichž se poskytovaná ošetrovatelská péče odvíjí. Stadiem prvním je syndrom počínající a mírné demence, stadiem druhým syndrom rozvinuté demence a stadiem třetím je syndrom pokročilé demence (KRIVOŠÍKOVÁ, 2011).

Dochází k hospitalizaci na uzavřených odděleních, protože pokud pacient dospěje do výrazně pokročilého stádia, možnost opustit oddělení bez doprovodu druhé osoby představuje pro něj riziko. V takových případech může být nutná hospitalizace na uzavřeném oddělení psychiatrie. Péče na uzavřeném oddělení může být i důsledek doprovodných psychopatologií.

### 2.1.1 FARMAKOLOGICKÁ LÉČBA

Také v současné době patří Alzheimerova choroba mezi nevléčitelná onemocnění, včasnou terapií lze však podstatně zpomalit její průběh, zejména udržet pacienty v lehčích stádiích demence. Terapeutickým cílem je zmírňovat příznaky a oddálit těžké fáze onemocnění. V léčbě Alzheimerovy choroby kombinujeme farmakologické a nefarmakologické přístupy s těžištěm v oblasti farmakoterapie. Zatím máme k dispozici dvě skupiny léčivých substancí, jejichž použití je založeno na důkazech. Do první skupiny řadíme tzv. kognitiva – inhibitory mozkových enzymů acetylcholinesterázy a butyrylcholinesterázy. Tyto látky zlepšují acetylcholinergní transmissi. Acetylcholinergní systém, který je nezbytný pro správné fungování

mechanismů paměti, je výrazně postižen již v časných stádiích Alzheimerovy choroby. Tvorba i uvolňování acetylcholinu z presynaptických zakončení jsou sníženy, dochází k nižší tvorbě enzymu syntetizujícího acetylcholin (cholinacetyltransferáza), snížený je i vysoko afinní cholinový uptake. Po uvolnění z receptorové vazby je acetylcholin odbouráván enzymem acetylcholinesterázou. Tento enzym se v lidském mozku vyskytuje ve dvou formách: typ G1, který převládá u nemocných s Alzheimerovou chorobou, a typ G4, který je častější u zdravých jedinců, u pacientů s AD je jeho obsah snížen. Na zhoršení acetylcholinergní transmise má vliv také enzym butyrylcholinesteráza, která se v průběhu Alzheimerovy demence nadměrně tvoří, zatímco u zdravých jedinců je zastoupen minoritně (ZVĚŘOVÁ, 2017). Kognitiva se používají u lehkých až středně těžkých alzheimerovských demencí, v klinických studiích byl prokázán jejich efekt i u těžších forem. Řadí se sem donepezil, rivastigmin a galantamin. Kontraindikacemi pro jejich použití je aktivní vředová choroba gastroduodenální a těžší srdeční převodní vady.

Do druhé skupiny léčiv náleží tzv. slabí antagonisté NMDA glutamátergních receptorů. Receptor NMDA je spojen s kalciovými kanály a jeho blokádou se snižuje nadměrný vstup kalcia do neuronů. Glutamátergní systém, což je systém neuronů komunikujících prostřednictvím excitační aminokyseliny glutamát, je postižen hlavně v těžších fázích AD, kdy dochází k nadměrnému uvolňování glutamátu a ke snížení jeho vychytávání v některých oblastech mozku, které jsou nezbytné pro správný mechanismus paměti (JIRÁK, 2013). Zatím se z této skupiny používá jediná látka, a to memantin, derivát amantadinu. Mechanismus jeho účinku spočívá v modulaci glutamátového přenosu v CNS, má vlastnosti stimulantia, tedy zlepšuje krátkodobou paměť.

V léčbě AD je používána i celá řada farmakoterapeutických postupů, které však nejsou založeny na důkazech. Buď se jejich dostatečná účinnost nepodařila prokázat pomocí klinických studií, nebo studie nebyly prováděny vůbec. Pozitivní efekt byl však prokázán při podávání extraktů z *Gingko biloba* (jinan dvojvláknový) jako racionálního doplňku léčby kognitivou či memantinem. V současnosti probíhá ověřování podávání omega-3 mastných kyselin, jejichž používání se zdá být perspektivní. Mastné kyseliny tvoří s účastí lipidů, respektive tuků. Jsou zdrojem energie pro organismus, v této souvislosti je však významné to, že jsou prekurzory důležitých látek, zejm. prostaglandinů a dalších signálních molekul.

Uvažuje se o dalších farmakologických postupech, ve stádiu výzkumu je např. imunoterapie zaměřená proti beta-amyloidu, podávání modulátorů gama-sekretáz, blokátorů beta nebo gama-sekretáz, podávání curcuminu, aktivátorů jaderných receptorů PPAR podávání lithia, dimebonu (zlepšuje neuronální metabolismus).

V průběhu onemocnění Alzheimerovou demencí je často nezbytná medikace antipsychotiky, a to zejména v případě, kdy v klinickém obrazu převládají BPSD. Z neuroleptik se volí především zástupce z 2. generace, například tiaprid, risperidon, olanzapil, melperon, ziprasidon, ale své opodstatnění má v některých případech i terapie haloperidolem. Nevhodné je podávání tricyklických antidepresiv první generace pro jejich anticholinergní působení. Při léčbě Alzheimerovy demence je důležitá terapie všech přidružených onemocnění a rehabilitace somatických funkcí (JIRÁK, 2013).

## **2.2 NESPECIFICKÁ TERAPIE**

Nespecifická terapie neovlivňuje vlastní chorobu ani její bezprostřední důsledky. Působí spíše na obecné faktory a některé doprovodné komplikace obecného rázu.

### **2.2.1 NEFARMAKOLOGICKÁ LÉČBA**

Výzkum nefarmakologických přístupů k pacientům s demencí a jejich rodinným pečujícím patří mezi novější vědní disciplíny. V posledních dvou desetiletích se objevují práce, které také zkoumají nefarmakologické přístupy k pacientům s demencí (HOLMEROVÁ a kol., 2007). Základem je správný psychologický přístup k nemocnému, který ale vyžaduje od pečujících velkou trpělivost, jelikož výsledky bývají často minimální a přechodné. S prohlubující se tíží demence a degradací pacientovy premorbidní osobnosti je nutné používat stále jednodušší psychoterapeutické přístupy. Nefarmakologická léčba zahrnuje nejrůznější rehabilitační programy včetně počítačových, které jsou zaměřeny na trénování kognitivních a nekognitivních funkcí nemocných. Snahou je udržet pacienta co nejdéle zapojeného do chodu domácnosti a sociálních aktivit. Nejdůležitějším úkolem je redukce paměti a různých dovedností neustálou aktivizací, stimulací a konfrontací s realitou. Čím déle se nám podaří udržet pacienta

nezávislého nebo jen částečně závislého na péči okolí, tím více oddálíme jeho umístění v některém zdravotnickém či sociálním zařízení. Se změnou domácího prostředí nemocného je velmi často spjat výrazný adaptační syndrom vedoucí často ke zhoršení stavu až k exitu pacienta. Důležitou součástí komplexní terapie je i spolupráce s pečovateli (většinou nejbližšími rodinnými příslušníky) a alzheimerovskými společnostmi (LUŽNÝ, 2012).

### ***2.2.1.1 BAZÁLNÍ STIMULACE***

Bazální stimulace je využívána během celého dne. Ošetrovatelské aktivity plánujeme dle možností tak, aby nebyly narušovány vnějšími vlivy. Jednotlivé bazální stimulace jsou krátkodobé, neměly by přesahovat 20 minut. Jejich cílem je celkové zlepšení činnosti organismu, zlepšení koordinace v prostoru a čase. Důležitá je možnost navázání komunikace se svým okolím. Nezbytnou součástí je zapojení příbuzných do péče o pacienta. Důležitá je nejen odbornost a praxe sestry, ale i její lidský přístup. Přesto však je primární láska a péče rodiny (MALÍKOVÁ, 2011).

Při stimulaci je důležité spolupracovat se zdravotníky, s rodinou i s přáteli, abychom dosáhli cíleného efektu (ELIÁŠOVÁ, 2013). Prvky bazální stimulace stanovíme podle aktuálního zdravotního stavu. Patří sem např. navyklé prvky denního režimu, stravování, oblíbené činnosti atd. Pro pacienta stanovujeme denní plán, který obsahuje např. procházky, oblíbené písně, knihy, filmy nebo hračky. Z rodinného prostředí čerpáme informace o tom, jak se pacient obléká, jaké má spánkové rituály nebo laterality rukou (KAPOUNOVÁ, 2007).

### ***2.2.1.2 CANISTERAPIE***

Canisterapií (někdy též kanisterapií) se rozumí léčebný kontakt psa a člověka. Pes už svou přítomností dokáže vyvolat dobrou náladu všude tam, kde je jí nedostatek. A o tom, že úsměv léčí, není pochyb. Ale už dávno to není jen o radosti, kterou psi lidem přinášejí. Canisterapie může mít formu individuální, nebo kolektivní. Využívá se různých druhů plemen s průkazem původu, ale i bez něj. Canisterapie je určena jako podpůrná terapie pro zlepšení psychosociálního zdraví např. u pacientů s mentální retardací, se smyslovým nebo tělesným postižením, s epilepsií, v logopedii, v geriatrii

nebo při bazální stimulaci. Terapie působí na pohyblivost (zde se trénuje hrubá i jemná motorika), na koordinaci pohybu a zlepšení sebeobsluhy a k manipulaci s kompenzačními pomůckami. V kognitivní oblasti dochází ke stimulaci vnímání, bdělosti a k trénování smyslů, paměti, myšlení a pozornosti (JENERALOVÁ, 2011).

Předpokládá se, že canisterapie má pro pacienty přínos v následujících oblastech:

- canisterapie pomáhá uvolňovat bariéry při komunikaci, zlepšuje komunikační prostředí mezi lidmi a personálem v domovech pro seniory,
- přítomnost psa může motivovat pro další spolupráci např. k nácviku nebo udržení sociálních dovedností, k vzdělávání, k tréninku kognitivních funkcí,
- aktivizuje seniora,
- pes jako společník nebo komunikační partner,
- canisterapie může přispívat k začleňování do společnosti, udržení sociálních kontaktů, přispívá ke zmírnění pocitů osamění,
- eliminuje emoční výkyvy a negativistické projevy,
- udržuje seniora v činnosti.

Předpokládá se, že canisterapie ovlivní následující problémy:

*Emoční citové problémy:* Canisterapie přispívá k ovlivnění citové emoční dysbalance, přítomnost psa může pacienta uklidnit, uvolnit, zdolat komunikační bariéry, pomoci mu otevřít se a hovořit o svých problémech, příjemné vjemy při hlazení psa kladně působí na psychické rozpoložení.

*Sociálně integrační problémy:* Canisterapie přispívá k sociální integraci, především díky skupinové formě práce pacient se dostane do společnosti a jsou pozitivně ovlivněny komunikační bariéry. Pes je komunikačním tématem s ostatními. Působení na fyzické zdraví umožňuje canisterapie prostřednictvím motivace k rehabilitaci využíváním kompenzačních pomůcek.

*Saturace sociálních potřeb:* Canisterapie přispívá k saturaci sociálních potřeb, zprostředkování sociálního kontaktu, umožňuje komunikaci nácvikem nových nebo podporou udržení stávajících sociálních dovedností.

*Polohování při canisterapii:* Vliv na fyzickou stránku je zřejmý, pes díky své přirozené vyšší tělesné teplotě prohřívá a tím uvolňuje např. spastické stavy klienta. Efekt polohování lze sledovat i v psychické a sociální rovině. Díky vytvoření intimní a důvěrné atmosféry je prostor pro komunikaci a sdělování niterných pocitů, problémů, potíží. Pacient je zpravidla pozitivně psychicky vyladěn a načerpá novou energií (STANČÍKOVÁ, ŠABATOVÁ, 2012).

### **2.2.1.3 MUZIKOTERAPIE**

Muzikoterapie je terapeutický obor, jenž využívá hudby či hudebních prvků k dosažení nehudebních cílů. Těmito metodami jsou nejčastěji cíle léčebné, ale může jít i o osobní rozvoj zlepšení kvality života či mezilidských vztahů.

*Muzikoterapie je profesionální použití hudby a jejích prvků jako intervence ve zdravotnictví, vzdělávání a každodenním prostředí a jedincem, skupinou, rodinou nebo komunitou, která usiluje o optimalizaci kvality jejich života a zlepšení jejich psychického, sociálního, komunikačního, emocionálního a duševního zdraví a pohody. Význam, praxe, vzdělání a školení v klinické muzikoterapii vycházejí z profesionálních standardů v souladu s kulturním, společenským a politickým kontextem.* (GERLICOVÁ, 2014, s. 15).

Hlavní terapeutické cíle muzikoterapie jsou následující:

*Snižování bolesti:* Muzikoterapie nemůže změnit příčinu bolesti, může ale lidem pomoci změnit její vnímání a vlastní reakci na bolest. Hudba a zpěv bývají často nejúčinnější při usnadňování relaxace a dokážou snížit bolest. Zpěv a dobře vybraná hudba očividně pomáhá odpoutat nemocného od bolesti a trápení. Většinou jde o melodie, které mají pomalejší tempo a klidnější rytmus (KANTOR a kol., 2009).

*Zlepšování kvality dýchání a snižování dušnosti:* Na kvalitu dýchání působí přirozeně mnoho faktorů. Např. samotný zpěv výrazně přispívá k intenzivnějšímu dýchání a přijímání více kyslíku. Pro každého člověka je však třeba nalézt co možná nejvhodnější individuální přístup.

*Zpracovávání emocionálních prožitků:* Zpěv, improvizace na hudební nástroj nebo i poslech dobře vybrané hudby může výrazně pomoci. Většinou se snažíme vybrat písně, které pacient umí, rád si je sám nebo se svými nejbližšími

zpívá (GERLICOVÁ, 2014).

Zvláštní formou muzikoterapie je hra na tělo. Hra na tělo představuje nahraditelný způsob stimulace korekce v oblasti jemné a hrubé motoriky. Používáme ji jako prostředek komunikace s druhými lidmi. Hrou na tělo vytvoříme širokou škálu zvuků, které umožní jednoduché muzikoterapeutické činnosti u hudebně-pohybových her a jednoduchá cvičení u pacientů s Alzheimerovým onemocněním. Mezi způsoby hry na tělo patří dupání, tleskání, napodobování různých zvuků, např. hvízdání zpívání, tleskání, hru na hudební nástroje, tanec (BEDNÍČKOVÁ, 2017).

Muzikoterapie ve spolupráci s fyzioterapií pomáhá ke zlepšování koordinace pohybu, dále přispívá k lepšímu vnímání vlastního těla a lepší fyzické aktivitě. Fyzioterapeutické cviky se zapojením hudby zaměřené na emoce pomáhají také ke cvičení mimických svalů a jejich uvolňování. Muzikoterapeut a fyzioterapeut mohou vhodně spolupracovat, muzikoterapii však provádí školený muzikoterapeut a fyzioterapii školený fyzioterapeut.

#### **2.2.1.4 ERGOTERAPIE**

Nácvik všedních denních činností ADL jsou činnosti, které člověk provádí denně nebo opakovaně a pravidelně. Patří mezi ně činnosti sebeobsluhy a komunikace. Nácvik těchto činností je nedílnou součástí ergoterapie. Úlohou ergoterapeuta je kromě provedení hodnocení trénovat ALD podle priorit a přání pacienta, doporučit cvičení používání kompenzačních pomůcek, které zvyšují soběstačnost. Další její důležitou úlohou je odstranění bariér. Náročnost programů by měla být odstupňovaná podle soběstačnosti pacienta, měla by začínat od jednoduchých cviků přes složitější. Výběr metody, kterou ergoterapeut použije, závisí na fyzických a kognitivních schopnostech pacienta (KLUSOŇOVÁ, 2011).

Hlavním cílem ergoterapie u Alzheimerovy choroby je udržet soběstačnost pacienta. Rehabilitační intervence musí být zahájena a prováděna dostatečně dlouho.

*Hrubá motorika:* Snaží se udržet bezpečnou chůzi, schopnost sedat a vstávat, nácvik obracení z boku na záda a posazení se s nohama přes okraj lůžka. Mohou být zařazovány i péče o květiny, třídění různého materiálu, různé pohybové aktivity, např. tanec nebo poslech hudby.



*Jemná motorika:* Důležité je zachovat koordinaci ruky a oka. Je to souhra velkých segmentů prstů, je podmínkou fungování jemné motoriky – kreativní činnosti, kresba, vyšívání, psaní, navlékání korálků, stolní hry (JELÍNKOVÁ a kol., 2009).

*Trénink soběstačnosti:* Nejdůležitějším cílem ergoterapie je udržení alespoň základní sebepečce, osobní hygieny, oblékání se a stravování se. Stupně nezávislosti souvisí s hrubou i jemnou motorikou. Snažíme se o dosažení nejvyššího stupně nezávislosti, i když s využitím kompenzačních pomůcek.

*Trénink kognitivních funkcí:* Jde hlavně o trénink paměti, pozornosti, orientace místem, časem. Prostředků je velmi mnoho, většinou jsou to cíleně zadané úkoly, využití biografie, dětství, rodina, přátelství, zážitky během života, fotografie, knihy, filmy. Vhodné jsou též procházky dle stavu a možností pacienta (KRIVOŠÍKOVÁ, 2011).

### **2.2.1.5 REMINISCENČNÍ TERAPIE**

Reminiscenční terapie je speciální metoda práce se seniory, která je založená na uznání důležitosti vzpomínání. Vzpomínky jsou pro každého člověka velmi důležité, jsme tím, čím nás učinila naše minulost.

Reminiscenční terapie může mít několik forem. Jednou z nich je diskuze o aspektech minulosti, která probíhá koordinovaným a organizovaným způsobem. Taková diskuze má podobu reminiscenčního setkání, při kterém pacienti prohlížejí fotografie, používají různé pomůcky, např. sledování filmů, poslech hudby, to vše za účelem navození vzpomínek.

Další formou je vytvoření prostředí, které co nejvíce připomíná domov. V tomto případě probíhá neformálně, např. zároveň s hygienou pacienta nebo jakoukoliv jinou každodenní činností v zařízení.

Reminiscenční terapie může tvořit kontext pro tvůrčí činnost. Hlavním cílem je vytvořit s pacienty něco konkrétního – složit nějakou hudbu ke vzpomínkám, napsat báseň, zaznamenat svůj příběh. Senioři mohou při takové tvůrčí činnosti využít nejen své stávající schopnosti a dovednost, ale mohou objevit nové možnosti, které v nich byly pouze skryty.

Senioři s demencí patří k těm nejosamělejším a nejpřehlíženějším pacientům. Reminiscenční terapie může alespoň trochu napomoci ke zlepšení kvality života. Ačkoliv je krátkodobá paměť narušena, schopnost seniorů vybavit si minulost je téměř nedotčená.

Při navázání kontaktu s pacientem hrají hlavní roli emoce. Tento kontakt mezi pacientem a terapeutem je možné využít různé způsoby stimulace, např. použití hudby, konkrétních pomůcek, tvořivé aktivity. U pacientů s demencí žádný z těchto způsobů nerozhoduje o povaze vzniklého vztahu. Zásadní roli hrají emoce.

Při skupinové reminiscenční terapii je vhodné dodržet následující doporučení:

- skupina by měla být velmi malá (2–4 pacienti),
- předem je nutné zvážit účast neklidných, hyperaktivních nebo agresivních pacientů,
- setkání bývají kratší,
- je vhodné je pořádat alespoň 2× týdně,
- setkání by mělo probíhat vždy ve stejnou dobu na stejném místě a podobným způsobem.

Reminiscenční vycházky a výlety jsou založeny na tom, že se vzpomínky vztahují k místům, která hrála v jejich životě důležitou roli, např. škola, rodiště, kde si hráli, místo, kde poprvé potkali svého budoucího partnera. Pokud jsou tato místa v dosahu instituce, kde pacient pobývá, mohou se stát základním kamenem pro naplánování reminiscenční vycházky. Tyto procházky mohou staré lidi velmi stimulovat (ŠPATENKOVÁ, BOLOMSKÁ, 2011).

### **2.2.1.6 HAPTIKA**

Haptika pochází z řeckého slova haptain ( $\alpha\pi\tau\epsilon\iota\nu$ , dotýkat se). Haptika je kontakt a způsob komunikace. Haptický kontakt můžeme rozdělit na přímý a nepřímý. Přímý kontakt je dotyk kůži na kůži, nepřímý kontakt je dotyk oblečeného člověka. Hmat je druhý nejcitlivější smysl. Použití haptiky záleží na kultuře národa i na jednotlivé

osobě. Pro někoho může být určitý kontakt příjemný, jiná osoba toto vnímá jako nepříjemný dotyk (ŠEDIVÝ, 2009).

Tento způsob neverbální komunikace s pacientem je podle našeho názoru běžnou složkou terapeutického procesu, ale může být opomíjeno jeho explicitní zmínění jako svébytné části tohoto procesu, jako přirozené cesty, jak získat pacientovu důvěru.

### ***2.2.1.7 ZRCADLENÍ***

V obecné psychologii je zrcadlení jedna z technik, která vychází z napodobování druhé osoby. Člověk nedokáže vnímat sám sebe objektivně. Často vidí chyby na druhých lidech, ale nebývá kritický k vlastní osobě. Technika se využívá pro získání důvěrného vztahu s pacientem, slouží k lepšímu pochopení druhé osoby (EDMÜLLER, 2011).

Přesnější vymezení významu pojmu zrcadlení v ošetrovatelství vychází z toho, že jde o jednu z technik aktivního naslouchání. Při použití této techniky dává terapeut částečnou nebo úplnou nápodobou pacientovy verbální či neverbální komunikace najevo, že chápe jeho pocity, že je schopen a ochoten mu pomoci při zpracování a pojmenování těchto pocitů (Petr, Marková, 2014).

### ***2.2.1.8 FAKTICKÉ OTÁZKY***

Faktické otázky musí být formulovány tak, aby pacient odpovídal formou konkrétní informace. V odpovědi na faktickou otázku pacient sděluje konkrétní informace popř. se pokouší reprodukovat tyto informace přímo z paměti. Tyto otázky se často používají např. při prověřování znalostí pacientů u kvízů, křížovek (PAITLOVÁ, 2015).

## **3 PROBLEMATIKA ZPŮSOBU PODÁVÁNÍ STRAVY**

Ve třetím stádiu Alzheimerovy choroby není většina pacientů schopna přijímat potravu per os. Proto je nutné u nich zajistit výživu jiným způsobem. Nejčastěji se využívá nazogastrická sonda nebo PEG.

### **3.1 NAZOGASTRICKÁ SONDA**

Nazogastrická sonda (NGS) představuje způsob zajištění podávání stravy a tekutin v případě, že pacient není schopen přijímat potravu per os.

#### **3.1.1 ZAVEDENÍ SONDY**

K zavedení NGS jsou potřebné tyto pomůcky: sonda, rukavice, buničina, emitní miska, náplast, mesocain gel, Janetova stříkačka, fonendoskop, sáček nebo kolíček, Magillovy kleště a laryngoskop (pokud nejde sonda zavést). Postup je následující:

1. metrem se zaměří vzdálenost od nosu k uchu a od ucha k mečovitému výběžku,
2. určí se délka zavedené sondy, na sondě je pak vzdálenost 45 cm označená čárkou, mezi čárkami je tečka po 5 cm,
3. navléknou se rukavice,
4. sonda se namaže Mesocain gelem,
5. zasune se nosem,
6. otevřít ústa, kontrola postupu sondy,
7. pokud nemocný může sondu polykat, může zapíjet trochou vody,
8. po zavedení ověření správnosti zavedení sondy do žaludku následuje odsátí žaludečního obsahu, nasátí 5 ml vzduchu do stříkačky, rychlá insuficience do sondy a poslouchá se nad žaludkem žbluňknutí,

9. fixace sondy náplastí, pozor na vznik dekubitu, polohování sondy,
10. sonda na samospád nebo napojení na sáček, zakolíčkováná, uzavřená,
11. úklid pomůcek (BUREŠ a kol., 2014).

### **3.1.2 NEJČASTĚJŠÍ KOMPLIKACE SPOJENÉ SE ZAVÁDĚNÍM NGS**

Výskyt komplikací, se kterými je možno se setkat během zavádění NGS u lůžka nemocného, se uvádí v poměrně širokém rozsahu 0,3–15 %. Nespolupráce je typická u pacientů pod vlivem alkoholu, pod vlivem léků nebo v pokročilém věku. Taktéž dochází k dysfagii nemocného, může se objevit krvácení z nosní sliznice nebo známky perforace gastrointestinálního traktu. Poslední jmenované se objevuje zejména při násilné snaze zavést sondu vyztuženou vodícím drátem. Problémy také nastávají při anatomických abnormalitách gastrointestinálního traktu, velké nebezpečí představuje také zavedení sondy do plic. Většinou lze tuto skutečnost identifikovat tak, že se objeví, případně zřetelně zhorší preexistující dušnost, kašel nebo dysartrii. V takovém případě je třeba výkon ihned přerušit a dle stavu pacienta rozhodnout o tom, zda je možné ve výkonu pokračovat po zklidnění pacienta, nebo zda je třeba sondu okamžitě odstranit. Vždy záleží na tom, do jaké hloubky dýchacího traktu byla sonda zavedena. Je třeba mít na mysli i takové nemocné, u kterých se projevy spojené se zavedením sondy do plic neobjeví, např. pacienti neschopní komunikovat nebo osoby s poruchou vědomí. U nich je však vždy při zavádění přítomen lékař (VYTEJČKOVÁ a kol., 2011).

### **3.1.3 PÉČE O SONDU**

Je třeba dbát o to, aby byla sonda řádně upevněna respektive fixována. Fixační páska k nosu má být umístěna tak, aby mírnila tlak na nosní dírky.

Při výživě pomocí NGS je nutné u neklidných lidí často kontrolovat správné zavedení a polohu sondy, aby nedošlo k jejímu vytažení. Před krmením vždy sondu důkladně propláchneme a zkontrolujeme, zda není povytažena. Samotnou sondu vyměňujeme každých 14 dnů.

### **3.1.4 STRAVOVÁNÍ DO SONDY**

Při stravování do NGS zajistíme pacientovi polohu vsedě nebo polosedě. Před zaváděním stravy do sondy odsajeme žaludeční obsah. Pacientovi podáváme stravu dle ordinace lékaře. Frekvence stravování je většinou po třech hodinách do 24 h, poté do 6 h pauza. V průběhu stravování sledujeme stav pacienta a zapíšeme ho do dokumentace. Po ukončení podávání stravy propláchneme NGS čajem. Tekutiny do sondy podáváme pacientovi v průběhu celého dne. V případě podávání léků dbáme na jejich důkladné nadrcení a rozpuštění v malém množství čaje. Musíme dávat pozor na změnu účinnosti léku, který se nadrtí (retardované formy kapsle) a na ucpaní sondy (VYTEJČKOVÁ a kol., 2013).

### **3.1.5 INDIKACE A KONTRAINDIKACE NGS**

Obecným předpokladem pro zahájení podávání enterální výživy je funkční část gastrointestinálního traktu, která je zodpovědná za trávení a vstřebávání potravy. Nemocný, který není schopen přijímat dostatečné množství potravy, případně nemůže přijímat potravu ústy, trpí, nebo je ohrožen malnutricí. Dále nedostatečná náplň střev snižuje jejich motilitu a zvyšuje riziko následných komplikací, jakými jsou například chronická obstrukce, střevní dysmikrobie, nebo dokonce subileózní stav. Přestože je podávání stravy enterální sondou první volbou, ne vždy je to z důvodu zdravotního stavu pacienta možné. Konkrétně se jedná o situaci, kdy jsou přítomny anatomické překážky, nespolupracující pacient, krvácení, nejasná průjmovitá onemocnění nebo těžká gastroenteritida.

## **3.2 PERKUTÁNNÍ ENDOSKOPICKÁ GASTROSTOMIE**

Perkutánní endoskopická gastrostomie (PEG) je drobný invazivní endoskopicky asistovaný zákrok, kterým je pacientovi založena gastrostomie. Po založení PEG je možné využívat pacientův trávicí trakt i bez nutnosti jeho spolupráce při polykání.

### **3.2.1 ZAVEDENÍ PEG**

Zavedení PEG je rychlé, následující kroky trvají obvykle kolem 12 minut:

1. nejdříve je provedena gastroskopie na levém boku, následně je nutné odsát žaludeční obsah a pacient je uložen na záda,
2. žaludek je naplněn vzduchem z důvodu přiblížení stěny žaludku a stěny břišní,
3. je provedena kontrola nepřítomnosti vmezeřených orgánů transiluminací (toto prosvícení žaludeční stěny a stěny břišní zároveň pomáhá verifikovat pupeční místo),
4. orientačním bodem pro místo vpichu je linie mezi pupkem a středním okrajem maximální transiluminace a palpací břišní stěny,
5. punkce se provádí pod endoskopickou kontrolou.

Vzhledem k charakteru výkonu není po zavedení PEG nutná endoskopická kontrola správného zavedení.

### **3.2.2 APLILACE VÝŽIVY A LÉKŮ DO PEG**

Výživa se do PEG podává bolusově. Objem podávaného bolusu je 50 až 350 ml, frekvence podávání 2 až 4 hodiny. Před a po podávání výživy je třeba PEG propláchnout podáním například čaje nebo neperlivé vody.

K podávání výživy do PEG existuje celá řada přípravků určených pro standardní výživu i pro výživu za zvláštních okolností. K dispozici jsou následující přípravky:

- standardní: Fresubin standard, Isosource standard, Nutrilac standard, Nutricomp standard, Nutrison standard,
- standardní s vlákninou: Fresubin original fibre, Isosource fibre, Nutricomp standard s vlákninou, Nutrison multi fibre,
- energeticky obohacené: Fresubin HP energy, Isosource energy, Nutrilac energy i pro sipping, Nutrison energy,
- přípravky pro sipping: Fresubin originál, Fresubin energy, Fortimel Nutridrik, Nutridrink multi, Nutridrink fat free (jediný přípravek bez tuku),
- pro intenzivní péči: Intestmin Novasource forte, Novasource start, Nutrison protein,

- orgánová specifická výživa: Nutrilac renal Fresu

Při podávání léků je vhodnější lékovou formou sirup nebo kapky. Pokud se podávají tablety, je vhodné je rozdrtit, aby se předešlo ucpání sondy. Drcení musí být pečlivé, vhodným nástrojem je třecí miska s tlučkem. Rozdrcený prášek se rozpustí v malém množství tekutiny a aplikuje se Janetovou stříkačkou, obvykle po jídle. Před drcením je třeba vzít v potaz to, že drcením může být změněna účinnost léku (retardované formy, enterosolventní tablety, . . .). V PEG se drcený lék nesmí setkat s roztoky, které by vedly ke srážení. Takové riziko se objevuje zejména u ovocných šťáv, minerálních vod nebo limonád.

### 3.2.3 PÉČE O PEG

PEG jako každá stomie vyžaduje péči, která předchází vzniku komplikací. Péče o PEG spočívá zejména v následujícím:

- první dva týdny se ošetřuje každý den,
- všímáme si změn (zarudnutí, hnis, vytékání výživy),
- pod přitlačnou destičkou PEG u prvních dnů, po zavedení nebo při komplikacích vkládat sterilní čtverec + dezinfekci v okolí místa vpichu,
- po dvou týdnech se vytvoří vazivový kanálek a PEG se může ošetřovat jen 2 × týdně, v případě komplikací nutno ošetřit každý den,
- tah vyvíjený na sondu nesmí být příliš velký či násilný, mohlo by dojít k protažení disku ze žaludku do volné tekutiny břišní či poškození žaludeční sliznice (BUREŠ a kol., 2014).

### 3.2.4 KOMPLIKACE PEG

I při řádné péči o PEG se mohou objevit komplikace. V běžném provozu se mohou objevit zejména následující:

- vytažení, dislokace, krvácení, vřed, netěsnost, obtékání,



- infekční komplikace, infekce stomatu, absces, flegmóna, peritonitida,
- neprůchodný PEG – snažíme se propláchnout vlažnou, ne horkou vodou ze stříkačky menšího objemu (do 10 ml), vodu v krátkých intervalech nasáváme a vstříkujeme.

Vedle těchto komplikací se může v důsledku PEG objevit i řada dalších komplikací, na které by měl myslet a v případě potřeby reagovat spíše lékař nebo nutriční terapeut. Patří sem například zácpa, průjem, nauzea, zvracení, nadýmání, bolest břicha, dehydratace, hyperhydratace, hyperglykémie, minerálový rozvrat a infekční komplikace (BUREŠ a kol., 2014).

## 4 PALIATIVNÍ PÉČE

Paliativní péči potřebují také pacienti v terminálních stádiích Alzheimerovy choroby. Je založena na přístupu celého týmu a odpovídá citlivě na potřeby pacienta. Mezi mýty, které někdy slycháme, patří také to, že lidé v pokročilých fázích demence nepotřebují kvalifikovanou péči. To není pravda. Lidé v terminální fázi demence jsou nesmírně křehcí. Mohou mít bolest a další různé obtíže, které nedokážou vyjádřit. Proto je důležité, aby ošetřovatelé porozuměli projevům bolesti i náznakům komunikace. Nikdy bychom neměli připustit, že demence je ztrátou duše, ztrátou lidství nebo ztrátou lidské důstojnosti. Není tomu tak. I lidé v terminálních fázích demence mají svoje prožitky, jen nám je nedokáží sdělit (JIRÁK a kol., 2009). V této fázi nemoci jsou lidé plně odkázáni na pomoc druhých. Pro současné lidi není snadné si připustit, že naše onemocnění je nevléčitelné a že není cesta k uzdravení. Slovo utrpení, nemoc, nebo dokonce smrt nechceme slyšet. Pokud se nás netýkají osobně, máme tendenci neslyšet, vyhýbat se jim a utíkat od nich. Nevíme, jak reagovat a komunikovat s těmi, kteří se v blízkosti utrpení a u nevléčitelné nemoci nebo smrti ocitají. Jsme často zmateni a plni strachu. Kvalita života se odvíjí od těchto hodnot. Utrpení, bolest, nemoc a smutek jsou témata nepatřičná. Přesto je mezi námi mnoho těch, kteří se s nemocí, umíráním a smrtí setkávají a musí se naučit s nimi žít. V takové situaci si mnohdy nevíme rady a tíha situace je vystupňována obrovskou osamělostí, protože není s kým si o všem v klidu promluvit.

Člověk, který se ocitne v této životní situaci, může ji buď pasivně ignorovat, nebo se může vydat druhou cestou, na které se pokusíme svoji situaci přijmout. Zbývající čas svého života vezmeme do svých rukou a sami ovlivníme, jakým způsobem ho prožijeme. Možná to nebude snadný úkol, ale určitě stojí za to. Pokud cítíte, že potřebujete pomoc na této nesnadné cestě, existují lidé, kteří vám mohou při nemoci, umírání a smrti podat pomocnou ruku. Nebojte se využít jejich podporu (NOVOTNÁ, 2016).

Nejčastější obavou nemocných je to, jak celou situaci zvládnou. Jak zvládnou svoji nemoc, jak budou snášet omezení, která jim nemoc a léčba přinese, jak budou přijímat vlastní závislost na pomoci a případnou nemohoucnost. Nemocný se obává bolesti, ztráty důstojnosti, osamělosti, umírání a smrti jako takové, případně toho,

co bude po smrti následovat. Další velká obava je spojena s obdobím samotného umírání, jak ponesou svůj odchod ze života, loučení se svými blízkými. Mnoho obav prožívají také pečující blízcí nemocného. Obavy vycházejí z nejistoty, jestli péči o svého blízkého zvládnou, jestli mu budou dostatečnou oporou a pomocí, zda budou mít dostatek sil pro péči v případě, že se rozhodnou o něj pečovat doma. Zdrojem obav také bývá, jak budou zvládat okamžiky, až jejich blízký nebude, zda unesou ztrátu.

*Nevyčítej životu, co ti nedal, ale uč se oceňovat, co ti dal* (NOVOTNÁ, 2016, s. 5).

## 4.1 OBECNÁ PALIATIVNÍ PÉČE A JEJÍ CÍLE

Obecnou paliativní péčí rozumíme dobrou klinickou praxi, která je poskytována zdravotníky v rámci jejich odbornosti. Jejím základem je včasné rozpoznání nevléčitelného charakteru onemocnění a identifikace a ovlivňování oblastí, jež jsou významné pro kvalitu pacientova života. Péči zajišťují např. praktičtí lékaři společně s agenturami domácí péče, lékaři specialisté. Specializovaná paliativní péče je aktivní péče poskytovaná pacientům a jejich rodinám týmem odborníků, kteří absolvovali formální vzdělání v oboru paliativní péče, disponují potřebnými zkušenostmi a erudicí. Poskytují ji zařízení, jejichž hlavní činností je paliativní péče.

Paliativní péče v ČR je stále ještě vnímána především jako pouze péče hospicová. To jsou myšlenky Cicely Saundersové, zakladatelky moderního hospicového hnutí, o potřebě vnímání člověka v nevléčitelné nemoci celostně s vědomím udržení jeho kvality života.

Ve všech segmentech zdravotního a sociálního systému je každému nevléčitelně nemocnému pacientovi dostupná kvalitní paliativní péče. Každý by měl mít reálnou možnost volby prostředí, ve kterém si přeje prožít život s nevléčitelnou chorobou i závěr svého života, rodinám a blízkým, kteří pečují o nevléčitelně nemocného pacienta, je dostupná adekvátní psychologická a sociální podpora. Paliativní péče je komplexní zdravotní a sociální péče o pacienta. Má za úkol efektivně mírnit tělesné a psychické symptomy pokročilého onemocnění, u pacienta s chronickým progredujícím onemocněním stanovit individuální plán péče, který respektuje pacientovy potřeby, přání, hodnoty a priority, udržet dobrou kvalitu života pacienta

a jeho blízkých i ve velmi pokročilých a konečných fázích nevyléčitelných chorob.

## 4.2 PRINCIPY PALIATIVNÍ PÉČE

Péče je zaměřená na potřeby pacienta a jeho blízkých či pečujících, je individualizovaná společenskými principy. Objektem péče je zvýšení nebo udržení kvality života, přičemž důležité jsou tělesné, psychické, sociální a spirituální potřeby. Kurativní a paliativní postupy se mohou prolínat. Je velmi důležité předem stanovit plán, jak se bude odvíjet péče na konci života. Úleva a léčba symptomů má nejvyšší prioritu, je nutno zvážit míru prospěchu a zátěže na kvalitu života všech zúčastněných. Je nutné upustit od diagnostických metod, jejichž výsledek nijak neovlivní péči o nemocného bez ohledu na to, co bude zjištěno, stejně tak by mělo být upuštěno od léčby, která nemá vliv na zlepšení kvality života. Je nutné zaručit kontinuitu v poskytování specializované péče, což zahrnuje také podporu a doprovázení pozůstalých. O nemocné a jejich příbuzné pečuje interdisciplinární tým, jehož členové mají odpovídající vzdělání v paliativní medicíně (KABELKA, 2017).

Paliativní péče může být poskytována v několika formách. Těmi jsou zejména:

- zařízení domácí péče, tj. domácí, případně mobilní hospic,
- hospic je samostatné stojící lůžkové zařízení poskytující specializovanou paliativní péči,
- oddělení paliativní péče v rámci jiných lůžkových zdravotnických zařízení, především v rámci nemocnic a léčeben,
- konziliární tým paliativní péče v rámci zdravotního zařízení,
- specializovaná ambulance paliativní péče,
- denní stacionář paliativní péče, denní hospicový stacionář,
- zvláštní zařízení specializované paliativní péče, tj. např. specializované poradny, tísňové linky a zařízení určená pro určité diagnostické skupiny.

## **5 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU**

Identifikační údaje pacientky ani zdravotnického zařízení neuvádíme z důvodu dodržení dikce platné národní a evropské legislativy vztahující se k ochraně osobních údajů.

V praktické části naší práce se zaměřujeme na pacientku s Alzheimerovou nemocí. Pro vypracování jsme zvolili domov se zvláštním režimem, který se specializuje na péči o pacienty s touto diagnózou. Podklady pro praktickou část jsme získali ze zdravotní a sociální dokumentace, z rozhovoru s manželem, s ošetřujícím personálem a z přímé zkušenosti.

Pacientce je diagnostikováno střední stádium demence. Řeč je zachovalá, často používá nevhodná až vulgární slova. Pacientku jsme hodnotili podle Bartelové testu základních denních činností, dosáhla podle výsledků 55 IALD 20 bodů. Dále jsme hodnotili pacientku dle MMSE na určení míry postižení kognitivních funkcí. Pacientka dosáhla 11 bodů, pásmo odpovídá střední demenci.

### **5.1 DIAGNOSTICKÉ ZNAKY STŘEDNÍ DEMENCE, POSOUZENÍ PACIENTKY**

V tomto stádiu je hlavním znakem porucha prostorové představivosti a orientace. Lidé s Alzheimerovým onemocněním nerozlišují minulost ani přítomnost, zapomínají věci z denního života. Mají sníženou intelektovou výkonnost. Jsou dezorientováni a často bloudí. Dalším znakem je nepoznávání členů rodiny a blízkých. Naše pacientka je ve střední demenci.

Z fyziologického hlediska lze u těchto pacientů očekávat poruchy orientace v prostoru i čase. V průběhu vývoje Alzheimerovy choroby dochází k zapomínání jmen, pojmů i tváře, poznávání objektů je celkově ztížené. Dochází k podstatnému snížení intelektu, myšlenky se zpomalují. Mohou se objevit poruchy fatických funkcí. Nemocní jsou kompletně dezorientováni, protože si nic nového nepamatují (JIRÁK

a kol., 2009).

U naší pacientky bylo patrné celkové zhoršení kognitivních funkcí, těkání očí, pokud se na někoho zaměří, prázdný pohled. Občas má pacientka lepší stav, potom dokáže plynně mluvit. Vzápětí si na nic nevzpomíná a těžko hledá vhodná slova. Snížené svalové napětí přispívá ke špatnému držení těla, pacientka má chronické bolesti zad a je částečně inkontinentní.

Z psychologického hlediska se naše pacientka nedokáže orientovat v čase, nepoznává některé členy rodiny na fotografiích. Z blízkých poznává pouze manžela, často zaměňuje členy ošetrovatelského týmu za osoby z minulosti. Pacientka je schopná přečíst krátký článek v textu, ale nedokáže reprodukovat jeho obsah. Její zájem o čtení se snižuje, i když to bývala její oblíbená činnost. Emočně působí pacientka velmi odměřeně, negativně reaguje na jakoukoliv změnu.

## 5.2 ZÁKLADNÍ ÚDAJE O PACIENTCE

Nezbytné sumarizované údaje o pacientce jsou následující:

**Pohlaví:** žena

**Věk:** 77 let

**Rok narození:** 1937

**Vzdělání:** středoškolské

**Zaměstnání:** důchodce

**Stav:** vdaná

**Státní příslušnost:** ČR

**Datum přijetí:** červen 2011

**Typ přijetí:** z domova

Pacientka ve věku 77 let byla přijata do domova se zvláštním režimem v červnu 2011, do té doby žila s manželem v bytě. Po prohloubení demence manžel nevládal péči. Proto vyhledal odbornou pomoc v domově se zvláštním režimem.

Předtím manželka navštěvovala psychiatrickou ambulanci v místě bydliště. Její stav se vážně zhoršil po smrti syna. Stresovou situaci řešila požíváním nadměrného množství alkoholu a vykouřila denně krabičku cigaret. Po čase přestala zvládat chod domácnosti a péči o sebe. S manželem se vzali v pozdějším věku, společně děti neměli. Pacientka manželovy děti nikdy nepřijala do své rodiny, proto ji také nikdy nenavštěvovaly. Věděly o vážném stavu pacientky, ale odmítaly se podílet na její péči. Vlastní dcery neprojevovaly o pacientku žádný zájem z důvodu její špatné péče o ně, když byly malé. Nebyly s ní v žádném kontaktu. O vnoučata se nikdy nestarala, ani je nikdy neviděla. Jejím koníčkem byla práce u letectva, kde pracovala jako administrativní pracovnice. Její oblíbenou činností byla četba. Teď chodí na krátké procházky s manželem.

**Medicínská diagnóza hlavní:** Alzheimerova choroba

**Medicínské diagnózy vedlejší:**

- Chronická ischemická choroba srdeční
- Inkontinence moči
- Primární hypertenze

**Rodinná anamnéza:**

*Matka* zemřela na karcinom tlustého střeva (83 let)

*Otec* zemřel na infarkt myokardu (80 let)

*Děti:* 2 dcery, zdravý; 1 syn, spáchal sebevraždu

**Osobní anamnéza:**

*Překonaná a chronická onemocnění:* hypertenze, inkontinence

*Hospitalizace a operace:* Karcinom tlustého střeva v r. 2008. Byl proveden chirurgický zákrok na pravé straně (hemikolektomie) bez následné chemoterapie, následovaly pravidelné kontroly. Po 5 letech bez známek recidivy. Depistáž ukončená rozhodnutím chirurga.

*Úrazy:* ne

*Transfúze:* nelze zjistit

*Očkování:*

- běžné dle očkovacího kalendáře
- chřipka pravidelně každý rok
- pneumokok: duben 2015
- tetanus: březen 2011
- Engerix: listopad 2017

*Alergologická anamnéza:*

Léky: 0

Potraviny: 0

Chemické látky: 0

Jiné: 0

*Abúzus:*

Alkohol: dříve ano

Kouření: krabička cigaret denně

Káva: 3× denně

Léky: 0

Jiné návykové látky: 0

*Gynekologická anamnéza:*

Menarche: 14 let

Cyklus: pravidelný

Trvání: neví

Intenzita bolesti: neví

PM: neví

Menopauza: v 52 letech

Potíže klimakteria: neudává

Samovyšetření prsou: neprovádí

Poslední gynekologická prohlídka: dle manžela rok 2011

*Sociální anamnéza:*



Stav: vdaná

Bytové podmínky: dobré

Vztahy, role a interakce: špatné, dcery za maminkou nejezdí

Záliby: její práce byla koníčkem (administrativní pracovnice)

*Pracovní anamnéza:*

Vzdělání: středoškolské s maturitou

Pracovní zařazení: v administrativě

Čas odchodu do důchodu: v 54 letech, do starobního

Ekonomické podmínky: dobré

*Spirituální anamnéza:*

Religiózní praktiky: pacientka pravidelně dochází na nedělní mše

*Terapie:* Farmakologická anamnéza viz tabulka 1

**Status praesens:**

*Tělesná hmotnost:* 85 kg

*Výška:* 165 cm

*BMI:* 31,5

*TK:* 150/90

*P:* 68 za minutu

*D:* 16 za minutu

*TT:* 36,6 °C

*Celkový nález:* při vědomí, pacientka není orientovaná místem a časem, pouze vlastní osobou. Je velmi úzkostná, osobní změny souvisí s onemocněním

*Hlava:* lebka je normocefalická palpačně pokleповě nebolestivá, kůže bez patologického nálezu, vlasy suché, šedivé

*Oči:* oční bulvy ve středním postavení, zornice izokorické, rohovka průhledná

*Dutina ústní:* rty úzké bez cyanózy, jazyk se plazí ve střední čáře a chrup vlastní

*Uši:* bez sekrece

*Nos:* bez sekrece

*Krkk:* bez hmatných lymfatických uzlin, krční páteř pohyblivá, ale bolestivá, pulzace hmatatelná, náplň krčních žil nezvýšená

*Hrudník:* palpačně nebolestivý, prsa bez hmatné rezistence, dýchání čisté, sklípkové, bez vedlejších fenoménů, lymfatické uzliny nehmatné

*Srdce:* akce srdeční pravidelná, 2 ohraničené ozvy, šelest neslyším

*Břicho:* palpačně měkké, nebolestivé, peristaltika přítomná, játra nepřesahují pravý oblouk žeberní, slezina nenaráží

*Genitál:* v normě bez výtoků

*Reflexy:* orientačně vybavné

*Čití:* přiměřené

*Pohybový aparát:* vertebrogenní algický syndrom, artrotické změny velkých kloubů

*Periferní pulzace:* oboustranně hmatatelná

*Varixy:* 0

*Kůže:* prokrvená, suchá, bez ikteru

*Otoky:* 0

### **Nynější onemocnění:**

U pacientky se rozvíjí onemocnění 8 let, převažují poruchy dezorientace, paměti a pozornosti, poruchy orientace a péče o svoji osobu. Prohlubuje se demence pacientky, není orientovaná časem ani místem. Bloudí také ve známém prostředí, dostavují se poruchy osobnosti, má poruchy spánku a zhoršení životních funkcí. Přestala zvládat aktivity denního života.

### 5.3 OŠETŘOVATELSKÉ PROBLÉMY UTRŽIDĚNÉ DLE 13 DOMĚN KLASIFIKAČNÍHO SYSTÉMU NANDA TAXONOMIE II OD 1. 12. DO 20. 12. 2018

#### Podpora zdraví – 1. doména

**Subjektivně:** Od mládí jsem závislá na cigaretách a příležitostně alkoholu. Nic jiného mě netrápí.

**Objektivně:** Pacientka je dlouhodobě závislá na alkoholu a cigaretách. Přiznává, že často nekontrolovaně popíjela alkohol a často se dostávala do stavu opilosti. V tomto stavu odmítala brát předepsanou medikaci. Pacientka sdělila, že vykouřila jednu krabičku cigaret denně. Pokoušela se v minulosti přestat, ale neúspěšně. Došlo ke zhoršení fyzických a psychických oblastí zdraví. Nyní v domově se zvláštním režimem nekouří ani nepije alkohol. Na preventivní prohlídky k lékaři dochází v doprovodu ošetřovatelského personálu nebo manžela. Pacientka prodělala běžná dětská onemocnění, alergii neguje.

**Použitá technika:** rozhovor s manželem

**Ošetřovatelský problém:** neefektivní udržování zdraví

**Priorita:** nízká

#### Výživa – 2. doména

**Subjektivně:** Vaří tady dobrá jídla, chutná mi to, nejraději mám knedlíky se zelím a masem. Ale někdy toho je málo.

**Objektivně:** Pacientka se stravuje nepravidelně, má zvýšenou chuť k jídlu, při stravování je samostatná, ale musíme na ni dohlížet, protože bere ostatním pacientům jídlo. Pocit hladu u pacientky není tlumen jídlem. Může jíst kdykoliv a cokoliv. Zvýšený příjem potravy má za následek nárůst tělesné hmotnosti v posledních pěti letech o 10 kg. Forma stravy normální, pacientka přijímá potravu ústy, problémy s chrupem nemá. Pacientka dodržuje dostatečný pitný režim, ale je nutný dohled nad příjmem tekutin. Vypije 1600

až 2000 ml za 24 h. Nejraději má sladké limonády, ovocný čaj, vodu se šťávou. Velice ráda si dá po obědě černou tureckou kávu.

**Použitá technika:** BMI 31,5; tabulka příjmu tekutin

**Ošetřovatelský problém:** váhový příbytek, obezita, snížený objem tekutin

**Priorita:** nízká

### **Vylučování a výměna – 3. doména**

**Subjektivní:** Na záchod si dojdu sama, ale občas mě tam musí dovést.

**Objektivně:** Pacientka používá inkontinenční pomůcky, o které se stará ošetřovatelský personál. Moč je bezbarvá a bez zápachu. Pacientka potřebu toalety registruje, proto ji v pravidelných intervalech vodíme na toaletu, v opačném případě vykoná potřebu kdekoliv v místnosti. Dbáme na důkladnou hygienu genitálií, aby nevznikaly opruzeniny. Stolici má pacientka pravidelnou, ve večerních hodinách je stolice tuhá bez patologické příměsi a hnědé barvy. Pacientka trpí velmi suchou kůží, která je každý den dostatečně promazána tělovými krémy, a dbáme na dostatečný příjem tekutin. Dýchání je pravidelné bez výrazné patologie dechu, je pravidelné 17× za minutu, hloubka dechu je normální.

**Použitá technika:** měření dechové frekvence; výdej tekutin

**Ošetřovatelský problém:** funkční inkontinence moči

**Priorita:** nízká

### **Aktivita a odpočinek – 4. doména**

**Subjektivně:** Velice ráda spím. Cítím se odpočatá, ráda chodím na procházky.

**Objektivně:** Pacientka si každý den chodí po obědě odpočinout. Podle počasí chodíme na vycházky, které má moc ráda. Následně provozuje cvičení s fyzioterapeutem. Večer pacientka usíná velmi dobře, ale většinou se v noci probudí, nedá se odhadnout hodina, ale bývá to většinou po půlnoci. Pacientka

si svlékne pyžamo, a pokud měla stolicí, znečistí celý pokoj a většinou i sebe. Poté pacientku odvedeme do koupelny a celou ji osprchujeme, převlékneme do čistého pyžama a uložíme na lůžko. Pacientka většinou spí až do rána. Ráno pacientce připravíme oblečení, dopomůžeme, s čím je potřeba. Každé ráno se zapojuje do činností ergoterapie.

**Použitá technika:**

- Bartelové test
- IADL test instrumentálních všedních činností

**Ošetrovatelský problém:**

- deficit sebeděže při koupání
- deficit sebeděže při oblékání
- narušený vzorec spánku

**Priorita:** nízká

**Percepce kognice – 5. doména**

**Subjektivně:** Jsem zavřená v domově a chci domů.

**Objektivně:** Pacientka je hospitalizována v domově se zvláštním režimem. Místem a časem není pacientka orientována, ale vlastní osobou ano. Někdy si pacientka vybaví, kde se vlastně nachází, kde má svůj pokoj, ale někdy bloudí po chodbách domova bezcílně a je dezorientovaná, chodí sem a tam. Velice často zapomíná běžné denní aktivity (neví, co měla dnes k obědu, když jí čtu knížku a pak ji položím, už neví, o čem jsme četli, nenažde sama toaletu). Pacientka si nepamatuje, kdo byl včera za ní na návštěvě a co jí krásného přinesl. Má poruchy chování, velice často nevychází se svými spolupacienty, bere jim věci a vydává je za vlastní. Často je přítomná mnoha konfliktů, které většinou vyvolává ona sama. Cítí se mezi ostatními dominantní. Ráda se zapojuje do ergoterapie a do plánu, který každý den připravuje ošetřující personál ergoterapie. Pacientka je velmi komunikativní, ale při agresi používá vulgární slova, když se zlobí, její slova jsou nesrozumitelná a zcestná.

**Použitá technika:**

- MMSE
- konzultace s psychiatrem

**Ošetrovatelský problém:**

- neefektivní kontrola impulzu
- chronická zmatenost

**Priorita:** střední

**Sebepercepce – 6. doména**

**Subjektivně:** Údaje od manžela: Manželka se v průběhu několika let velice změnila, důsledkem bylo nadměrné pití alkoholu. Ztráta syna, který spáchal sebevraždu, znamenalo další zhoršení jejího stavu. S manželkou se přestaly stýkat její obě dcery a její stav se postupně zhoršoval.

**Objektivně:** Pacientka nechápe, proč musí zůstat v domově a nemůže domů do vlastního bytu. Mrzí ji, že se nestýká s vlastními dcerami. V případě, že se jí něco nelíbí nebo nechce dělat, dává to najevo velice agresivně.

**Použitá technika:** rozhovor s manželem

**Ošetrovatelský proces:** narušená osobní identita

**Priorita:** nízká

**Vztahy mezi rolemi – 7. doména**

**Subjektivně:** Mám manžela a dvě dcery, se kterými se nevidám, a syn mi umřel.

**Objektivně:** Pacientka je velice komunikativní, manžel jezdí 1× za 14 dní a na svátky si bere manželku domů. Chodí spolu na procházky do okolí domova nebo kolem přehrady, pacientka je velice citově závislá na manželovi, těžko zvládá jeho odjezd. Ale za malou chvíli zapomene, že tam manžel byl, a ptá se po něm, kdy zas přijede. Bývalí kolegové z práce pacientku také

nenavštěvují. Její vlastní dcery maminku nikdy nepřijely navštívit ani se nezažímaly o její zdravotní stav. Nevlastní dcery pacientku také nikdy nepřijely navštívit, pacientka je nikdy nepřijala do své rodiny. Často vzpomíná na svého zesnulého syna a na to, jak spolu trávili společný čas jako rodina. Pacientka se stále vrací do doby cca před 30 lety, kdy byly děti ještě malé, starala se o ně a chodila do práce.

**Použitá technika:** rozhovor s manželem

**Ošetrovatelský problém:** narušené procesy v rodině

**Priorita:** nízká

## Sexualita – 8. doména

**Subjektivně:** O sexualitě odmítá pacientka mluvit.

**Objektivně:** Pacientka antikoncepci užívala od 17 let. První menstruaci měla ve 14 letech, dle zdravotní dokumentace neměla žádnou pohlavní nemoc. Chodila pravidelně na preventivní gynekologické prohlídky. Samovyšetření prsou nyní neprovádí. Pacientka měla tři spontánní porody bez gynekologických problémů. Pacientka má menopauzu od svých 52 let.

**Použitá technika:** zdravotní dokumentace

**Ošetrovatelský problém:** nebyl nalezen

**Priorita:** nízká

## Zvládání a tolerance zátěže – 9. doména

**Subjektivní:** Mně se v domově nelíbí a chci domů za manželem a za dětmi.

**Objektivně:** Pacientka si kvůli svému onemocnění nedokáže uvědomit jeho vážnost a nechápe, proč musí být hospitalizována. Proto stále vyhledává možnost úniku z domova. Kvůli svému onemocnění a agresi nedokáže vycházet s ostatními pacienty, neustále jim bere jejich věci, pak si je přivlastní. Je rozzlobená na manžela, že ji nechává v domově samotnou, někdy je schopná

pochopit, že by se manžel o ni nedokázal už postarat. U pacientky se objevují stavy úzkosti. Denně se připravuje pro pacientku plán ergoterapie, kde vyrábí krásné věci, se kterými si může vyzdobit svůj pokoj nebo je darovat manželovi.

**Použitá technika:** pozorování

**Ošetřovatelský problém:** úzkost

**Priorita:** nízká

### Životní principy – 10. doména

**Subjektivně:** Dříve jsem chodila s rodiči do kostela.

**Objektivně:** Pacientka byla v dětském věku věřící, chodila s rodiči do kostela.

V dospělosti do kostela nechodila. Byla velice zaměstnaná svojí rodinou. Při nástupu do domova měla zájem o mše. Do domova dochází každou neděli katolický kněz, pacientka se účastní pravidelně nedělní mše. Poté se cítí dobře, má dobrou náladu. Pacientka vyjádřila touhu po usmíření se svými dětmi a po odpuštění. Dcery byly o přání pacientky informovány, ale usmíření odmítly.

**Ošetřovatelský problém:** snaha zlepšit duchovní well-being (pohodu)

**Priorita:** nízká

### Bezpečnost a ochrana – 11. doména

**Subjektivně:** Po domově chodím sama, ale na vycházky mě doprovází ošetřovatelský personál. *Údaje od manžela:* Doma se často pohybovala po bytě sama bez doprovodu, ale někdy se stalo, že zakopla a upadla.

**Objektivně:** V domově se pacientka pohybovala samostatně, protože nemá v cestě žádné překážky. Při vycházce má jako kompenzační pomůcku vycházkovou hůl a vedle pacientky jde ošetřovatelský personál. Velmi často se stává, že pacientka bere za ruku jiné pacienty. Po neklidných nocích je podrážděná a unavená a zvyšuje se riziko pádu. Z důvodu inkontinence se zvyšuje riziko porušení integrity kůže. Pacientka je dezorientovaná a často nemůže najít svůj pokoj ani toaletu.



**Použitá technika:** pozorování

**Ošetrovatelský problém:** riziko pádu

**Priorita:** nízká

### **Komfort – 12. doména**

**Subjektivně:** Bolí mě záda a jsem unavená.

**Objektivně:** Pacientka trpí chronickými bolestmi zad, bývá unavená během dne, pobývá ve společenské místnosti s ostatními pacienty, kde probíhají canisterapie a různé společenské hry jako skládání puzzle, karetní hry nebo ošetrovatelský personál hraje na hudební nástroje. Po obědě je pacientka uložena na lůžko, aby si odpočinula. V noci pacientka někdy opustí lůžko, protože má bolesti zad, snažíme se ji slovně uklidnit a položit na lůžko, někdy musíme použít analgetickou terapii. Často se pacientka ptá po manželovi a po dětech a je potěšena manželovou návštěvou, ale brzy zapomene, že ji manžel navštívil a stýská se jí.

**Použitá technika:** pozorování

**Ošetrovatelský problém:** chronická bolest

**Priorita:** střední

### **Růst a vývoj – 13. doména**

**Subjektivně:** Jsem stále unavená.

**Objektivně:** U pacientky lze vzhledem k onemocnění a věku očekávat zhoršování psychických a fyzických funkcí.

**Použitá technika:** pozorování

**Ošetrovatelský problém:** nenalezen

**Priorita:** nízká

## Medicínský management

Tabulka 1 Farmakologická anamnéza

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Indikační skupina
Tiapridal	tbl.	100 mg	1-1-1	antipsychotika
Hypnogen	tbl.	10 mg	0-0-0-1	hypnotika, sedativa
Ebixa	tbl.	1 mg	1-0-1-0	kognitiva
Haloperidol	tbl.	1 mg	0-0-0-1	antipsychotika
Zaldiar	tbl.	37,5 mg	1-0-1	analgetika
Nolpaza	tbl.	40 mg	0-0-1	antacida
Memantil	tbl.	20 mg	1-0-0	kognitiva
Ebrantil	tbl.	30 mg	1-0-0	antihypertenzivum
Haloperidol	inj.sol.	5 mg	při neklidu	antipsychotika

**Ordinovaná vyšetření:** Lékař neordinoval žádná vyšetření.

**Farmakoterapie:** Viz tabulka 1.

**Dieta:** 8.

**Výživa:** per os.

**Pohybový režim:** Po domově volný, při procházce kompenzační pomůcka, vycházková hůl.

**Rehabilitace:** 2× denně.

**Situační analýza:** Pacientka, 77 let, byla přijata do domova se zvláštním režimem.

V posledních 8 letech došlo k progresi jejího onemocnění. Manžel nezvládal celodenní péči o manželku, proto vyhledal odbornou pomoc. V důsledku onemocnění je pacientka orientovaná vlastní osobou, ale místem a časem ne. U pacientky dochází ke zhoršování nemoci, každý týden jsou měřeny funkce TK, P, TT a 2× týdně je vážena. Pacientka je velmi komunikativní a spolupracuje. Po domově se pohybuje samostatně. Je to pro ni známé prostředí, v cestě nemá žádné překážky, které by ji omezovaly. Při procházce venku je nutný doprovod ošetřovatelského personálu a má kompenzační pomůcku

– vycházkovou hůl. Pacientka nezvládá péči o sebe v denních činnostech, potřebuje velkou pomoc personálu, dohled nad příjmem tekutin a stravy, nad výměnou inkontinenčních pomůcek apod. Celkový stav kognitivních funkcí byl hodnocen pomocí testů MMSE. Pacientka dosáhla 11 bodů, výsledek odpovídá střední demenci. Je nutný dohled nad užíváním medikací, hygienou a oblékáním. Pacientka má narušený noční spánek. Často se budí. Pacientka je nesoběstačná, nestabilní, hrozí úraz následkem pádu.

**Mini Mental State Exam (MMSE):** 11 bodů.

**Bartelové test:** 55 bodů.

**IADL test:** 20 bodů.

**Riziko pádu:** 7 bodů, během dne riziko bazální, v noci větší riziko při neklidu a zmatenosti, riziko pádu.

## **Stanovené ošetřovatelské diagnózy**

Při realizování ošetřovatelské péče metodou ošetřovatelského procesu nerozpracováváme podrobně všechny diagnózy, ale podrobně se zaměřujeme pouze na diagnózu chronické zmatenosti a chronické bolesti v období od 03. 12. do 14. 12. 2018 v rozsahu 12 dnů. Ošetřovatelské diagnózy byly stanoveny z NANDA I taxonomie II. definice a klasifikace 2015-2017.

Aktuální ošetřovatelské diagnózy jsou uvedeny v následujícím výčtu seřazeném podle priorit, spolu s názvem diagnózy je uveden i její kód.

### **1. Chronická zmatenost (00129)**

**Doména 5:** Percepce/kognice

**Třída 4:** Kognice

**Určující znaky:** Změny v krátkodobé paměti

**Související faktor:** Alzheimerova nemoc

### **2. Chronická bolest (00133)**

**Doména 12:** Komfort

**Třída 1:** Tělesný komfort

**určující znaky:** výraz bolestivosti v obličeji

**související faktory:** věk nad 50 let

**3. Deficit sebepěče při koupání (00108)**

**Doména 4:** Aktivita/odpočinek

**Třída 5:** Sebepěče

**Určující znaky:** zhoršená schopnost regulovat vodu pro koupání

**Související faktory:** zhoršená schopnost vnímat části těla

**4. Neefektivní kontrola impulzů (00222)**

**Doména 5:** Precepce/kognice

**Třída 4:** Kognice

**Určující znaky:** popudlivost

**Související faktory:** abúzus látek

**5. Obezita (00232)**

**Doména 2:** Výživa

**Třída 1:** Příjem potravy

**Určující znaky:** BMI nad 30

**Související faktory:** nepravidelné stravování, konzumace sladkých nápojů

**6. Narušený vzorec spánku**

**Doména 4:** Aktivita/odpočinek

**Třída 1:** Spánek odpočinek

**Určující znak:** Nechtěné probouzení

**Související faktor:** vzorec spánku nepostačuje ke znovunabytí energie  
(např. kvůli odpovědnosti pečovatele)

**7. Funkční inkontinence moči (00020)**

**Doména 3:** Vylučování a výměna

**Třída 1:** Funkce močového systému

**Určující znaky:** pociťuje potřebu vyprázdnit se

**Související faktor:** alterace kognitivních funkcí

## Rizikové ošetřovatelské diagnózy

### 1. Riziko sníženého objemu tekutin (00028)

**Doména 2:** Výživa

**Třída 5:** Hydratace

**Rizikové faktory:** faktory ovlivňující potřebu tekutin

### 2. Riziko pádu (00155)

**Doména 11:** Bezpečnost/ochrana

**třída 2:** Tělesné poškození

**Rizikové faktory:** pády v anamnéze, věk nad 65 let

## Chronická zmatenost (00129)

*Chronická zmatenost je definována jako 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. (HERDMAN a kol., 2015-2017, s. 227)*

**Určující znaky:** Změny v krátkodobé paměti, změny v osobnosti a progresivní alterace kognitivních funkcí.

**Související faktory:** Alzheimerova nemoc.

**Krátkodobý cíl:** Pacientka se lépe orientuje v domově do jednoho týdne.

**Dlouhodobý cíl:** U pacientky nedojde k prohloubení chronické zmatenosti v průběhu jednoho měsíce.

**Priorita:** střední

**Očekávané výsledky:**

- pacientka komunikuje s ošetřovatelským personálem a s ostatními pacienty verbálně do jednoho týdne,
- pacientka jeví zmírnění agrese – do jednoho týdne,
- pacientka dodržuje ergoterapie – do jednoho týdne,
- pacientka je klidná, prožívá méně strachů – do jednoho týdne,
- pacientka se nesnaží opustit aktivně zařízení – do jednoho měsíce,
- pacientka zůstává orientovaná osobou – do jednoho měsíce.

**Plán intervencí:**

- posuď stupeň poruchy pacientky v orientaci, v paměti a v úrovni pozornosti a vždy zaznamenej do zdravotní dokumentace (všeobecná sestra),
- zhodnoť verbální a neverbální projevy pacientky 3× denně a zapiš do zdravotní dokumentace (všeobecná sestra),
- vyber pro pacientku vhodnou ergoterapii – do jednoho dne (ergoterapeut),
- prováděj s pacientkou canisterapii – 4× v týdnu (ergoterapeut),
- spolupracuj s rodinou pacientky a vysvětli nefarmakologické postupy – do jednoho týdne (všeobecná sestra),
- pečuj o pohodlí pacientky (všeobecná sestra),
- vyber pacientce vhodné knihy a čti jí minimálně 2× denně. Soubor kognitivních her, dotyky, zrcadlení, záznam do zdravotní dokumentace (ergoterapeut, ošetřovatelský personál).

**Realizace ze dne 03. 12. 2018**

Pacientka chodí od okna ke dveřím, po otevření dveří je opět zavírá a vrací se k oknu. Ptám se jí: „Mohu vám pomoci?“ Ona odpoví: „Kde to jsem?“ Odpovím jí: „V domově.“ Její oči zmateně těkají po místnosti, její ruce se třesou. Vezmu ji

za ruku, pohladím po rameni a odvedu ji do společenské místnosti za ostatními pacienty. Zde ji posadím do křesla. Právě zde probíhá canisterapie. Pacientka pohledem fixuje psa, je evidentně klidnější. Při prvním pohlazení psa se jí třesou ruce, ale ta další jsou mnohem uvolněnější a psychicky je klidnější. Po chvíli se pacientka zvedá a celý proces se opakuje. Opět se ptá: „Kde to jsem?“ Vymýšlím jiné odvedení pozornosti. Sednu si společně s pacientkou ke stolu a skládáme spolu puzzle.

Použitá metoda: oční kontakt, soubor kognitivních her, zrcadlení.

### **Realizace ze dne 05. 12. 2018**

Pacientka chodí ode dveří ke dveřím a bere za všechny kliky. Ptám se jí: „Kam chcete odejít?“ Udržuji s ní oční kontakt a očekávám její odpověď. Pacientka odpovídá: „Hledám syna a manžela.“ Ptám se jí na to, kde je. Pacientka odpoví: „Je doma, nepřichází, musíme ho najít.“

Zrcadlení pacientky, emoce: Nabízím jí, že půjdeme hledat společně syna a manžela, vezmu ji za ruku a vyzvu, aby mi o synovi vyprávěla, co má rád a co dělá. Společně projdeme celé oddělení, otevřeme dveře, aby se pacientka přesvědčila, že tu syn ani manžel není. Pacientka se zdá klidnější a vracíme se do společenských prostor.

Použitá metoda: zrcadlení, oční kontakt, faktické otázky, fyzický kontakt.

Fyzický kontakt: Cítím se bezpečně v kontaktu jiné osoby ošetřovatelského personálu, jsem tady a teď s člověkem, který vyjadřuje zájem o moji osobu.

### **Realizace ze dne 07. 12. 2018**

Pacientku ráno budím, zaťukám na dveře a pozdravím. Zlehka budím, zdá se, že je klidná, nabízím jí pomoc s ranní hygienou, odvádím pacientku do jídelny na snídani a společně si povídáme. Náš rozhovor se stáčí na snídani: „Co bude k snídani?“ ptám se jí. „Na co byste měla chuť?“ Pacientka odpovídá: „Na bílou kávu a koláč.“

Použitá metoda: rozhovor.

Povídáme si o stravě, kterou má pacientka ráda. Chutná strava je důležitá k dobré náladě. Tato technika nám umožní větší nadhled, co pacientce chutná.

### **Realizace ze dne 10. 12. 2018**

Dle nočního hlášení je pacientka neklidná, volala a křičela, několikrát za noc vyšla z pokoje. Pacientka je oblečená v županu a s bačkorami na nohou. Má nutkání odejít pryč. Hledám syna a manžela, odcházím. Snažím se upoutat její pozornost očním kontaktem a opatrně pohladím svojí rukou její předloktí. Snažím se na ni hodně mluvit a ptám se: „Kam jdete?“ Pacientka odpovídá: „Domů, za manželem.“ Ptám se: „Kde bydlíte?“ Pacientka odpoví: „S manželem. Bydlí doma s vámi děti?“ Pacientka odpoví: „Ne nebydlí.“ Nabídnou pacientce teplý čaj, pacientka se uklidní a doprovázím ji zpět do pokoje. Ukládám ji na lůžko a držím i za ruku do té doby, než usne.

Použitá metoda: oční kontakt, dotyk.

### **Realizace ze dne 12. 12. 2018**

Pacientka ve společenské místnosti zkouší otvírat dveře, jsou-li zavřené, zlobí se a bouchá do nich. Pacientku oslovím a pozdravím. Poté se zeptám: „Kam jdete?“ Pacientka odpoví: „Hledám manžela.“ Ptám se: „Kde je?“ Pacientka odpovídá: „Doma, musím za ním.“ Nabízím doprovod a odvádím pozornost k aktivizačním pracovníkům, kteří zrovna provozují aromaterapii. Pozornost se odvádí na krásné vůně.

Použitá metoda: dotyk, faktické otázky.

### **Realizace ze dne 14. 12. 2018**

Dnes za pacientkou přijel manžel. Manžel neví, jestli ho manželka bere jako manžela nebo jen jako návštěvu. Je velice pozorný, vozí pacientce kosmetiku a oblíbená jídla. Po odchodu návštěvy pacientka bere za kliku dveří. Ptám se jí: „Kam jdete?“ Pacientka se ptá: „Kde je můj manžel?“ Beru ji za ruku a doprovázím ji na pokoj, kde má dárky od svého manžela. Snažím se jí vysvětlit, že tu s ním právě



byla a že před malou chvílí odešel. Ujišťuji ji, že zase brzy přijede a že spolu stráví příjemné odpoledne.

Použitá metoda: komunikace a vyjádření hmotných podnětů.

## Hodnocení

**Cíl krátkodobý:** Byl splněn. Pacientka se lépe orientuje v domově do jednoho týdne.

**Cíl dlouhodobý:** Byl splněn. U pacientky nedošlo k prohloubení chronické zmatenosti, ale budeme dále pokračovat v zavedené intervenci.

## Chronická bolest (00133)

*Bolest je definována Nepříjemný smyslový a emoční zážitek spojený se skutečným nebo potenciálním poškozením tkání či popsany pomocí termínů pro takové poškození (Mezinárodní asociace pro studium bolesti), náhlý nebo pomalý nástup libovolné intenzity od mírné po silnou, neustávající nebo opakované bez očekávaného či předvídatelného konce a s trváním delším než 3 měsíce. (HERDMAN a kol., 2015-2017, s. 405)*

**Určující znaky:** výraz bolesti v obličeji, změněný vzorec spánku, vlastní hlášení o příznacích bolesti standardizovaného nástroje.

### Související faktory:

- věk nad 50 let,
- únava,
- abúzus látek v anamnéze,
- chronický muskuloskeletální stav,
- změněný vzorec spánku.

**Krátkodobý cíl:** Pacientka pocítí zmírnění chronické bolesti do jednoho týdne.

**Dlouhodobý cíl:** U pacientky nedojde k prohlubování chronické bolesti do jednoho měsíce podle škály PAINAD.

**Priorita:** střední

**Očekávané výsledky:**

- pacientka vyjádří intenzitu bolesti – do 1 týdne,
- pacientka provádí relaxační techniky,
- pacientka spí bez probuzení – do 1 týdne,
- pacientka má uvolněný výraz v obličeji – do 1 týdne,
- pacientka sama slovně udává snížení bolesti – do 1 týdne,
- pacientka zvládá nastavený pohybový režim – po dobu jednoho měsíce,
- pacientka po podání analgetik jeví známky zmírnění bolesti – vždy,
- pacientka zvládá účast na programech ergoterapie – po dobu jednoho měsíce,
- u pacientky nedošlo ke zhoršení bolesti při použití škály PAINAD po dobu 1 měsíce.

**Plán intervencí:**

- posuď bolest ve spolupráci s pacientkou a dle neverbálních projevů (všeobecná sestra),
- podávej pravidelně 2× denně analgetickou terapii dle ordinace lékaře a zaznamenej do zdravotní dokumentace (všeobecná sestra),
- zhodnoť vliv bolesti na spánek pacientky, v případě bolesti aplikuj analgetickou terapii a proved' záznam do zdravotní dokumentace (všeobecná setra),
- prováděj s pacientkou 2× denně relaxační techniky, zaznamenej do zdravotní dokumentace (fyzioterapeut),
- prováděj s pacientkou canisterapie 4× v týdnu (ošetřovatelský personál),
- pozoruj u pacientky verbální a neverbální projevy bolesti a zaznamenej do zdravotní dokumentace (všeobecná setra),
- kontroluj fyziologické funkce TK, P, D, TT 1× týdně a zaznamenej do zdravotní dokumentace (všeobecná sestra),
- pečuj o pohodlí pacientky (všeobecná sestra).

### **Realizace ze dne 03. 12. 2018**

Pacientka sedí v křesle a smutně kouká z okna. Chytá se za záda, přijdu k ní a ptám se jí: „Stalo se něco?“ Pacientka odpovídá krátce: „Au, to bolí.“ Zeptáme se opět: „Co Vás bolí?“ Pacientka ukazuje na záda a odpovídá: „Tady.“ Pohladím zlehka pacientku a sleduji její chování a bolestivá gesta. Dle ordinace podám analgetickou terapii a zaznamenám do zdravotní dokumentace, sleduji účinek léku do 30 min. Zmírnění bolesti do 1 hodiny zaznamenám do zdravotní dokumentace.

Použitá metoda: pozorování a sledování postury, pozoruj pacientku podle postoje těla, používá gesta, která ukazují, jestli má pacientka bolest.

### **Realizace ze dne 05. 12. 2018**

Pacientka chodí okolo oken, má vyděšený výraz v obličeji, ptám se jí: „Stalo se něco?“ Pacientka chvíli mlčí a poté odpovídá otázkou: „Kde to jsem?“ Odpovídám jí: „Jste v tělocvičně, za okamžik přijde fyzioterapeut a budete cvičit.“ Pacientka je nerozhodná, v tento okamžik přichází ošetřovatel a v náručí drží kočku. Pacientka si ji hladí a za okamžik je klidná. Přichází fyzioterapeut a začíná s pacientkou cvičit bazální stimulaci a haptiku.

Použitá metoda: bazální stimulace, haptika, tělesný kontakt, dotyky jemně stimulují bolestivé části těla a dochází k odpoutání se od bolesti.

### **Realizace ze dne 07. 12. 2018**

Pacientka sedí ve společenské místnosti a ošetřovatel jí čte knížku, poslouchá hudbu, kterou právě hraje ošetřovatel na harmoniku. Přicházím k pacientce a šetrně jí řeknu: „Paní A. K., odvedu vás do tělocvičny, budeme tam cvičit.“ Pacientka reaguje velmi podrážděně, protože chtěla poslouchat hudbu, kterou hraje ošetřovatel na harmoniku. Snažím se ji uklidnit slovně, nechávám ji sedět s ostatními pacienty ve společenské místnosti, kde hrála hudba. Pacientka si prozpěvuje písničku, dle ošetřovatelského personálu a dle mého názoru nevykazuje žádnou bolest, cítí se spokojeně.

Použitá metoda: zpěv a oční kontakt, zpěv přináší dobrou náladu a odpoutává

pozornost od bolesti.

### **Realizace ze dne 09. 12. 2018**

Dle noční služby je pacientka velmi neklidná a křičí. Pacientku posadím na okraj lůžka, ptám se jí: „Co se děje?“ Odpovídá mi: „Moc to bolí!“ Rukou si drží záda. Posadím se k ní na okraj lůžka, dám jí svoji ruku opatrně kolem ramen a poprosím ji: „Ukažte mi, kde vás to bolí.“ Utřu jí slzy, které jí tečou po tváři, a řeknu jí: „Donesu vám tabletku a uvařím teplý čaj.“ Uložím pacientku opatrně na lůžko, držím ji za ruku a počkám, až usne. Ráno pacientku opatrně probudím a předám ji do péče ošetřovatelce, která s pacientkou provádí prvky bazální stimulace a masáž dolních končetin.

Použitá metoda: faktické otázky a dotyky. Tato technika nám může pomoci zjistit rozsah prožívání bolesti pomocí dotyku.

### **Realizace ze dne 12. 12. 2018**

Pacientce navrhnou, že je hezký den a že se půjdeme projít na vycházku. Pacientka odmítá z důvodu obav o upadnutí. Říkám jí: „Vezměte si hůlku a půjdeme spolu.“ Pacientce pomohu s oblékáním a ona mi podává svoji ruku. Společně jdeme na procházku, po ujití asi 200 m si odpočineme na lavičce a pak pokračujeme. Pacientka dobře zvládá chůzi s doprovodem.

Použitá metoda: tělesný kontakt, faktické otázky. Je to technika vyjádření pocitů pacientky pomocí nabídnutých slov.

### **Realizace ze dne 14. 12. 2018**

Pacientka bloudí po chodbě a je velmi neklidná a rozrušená, přicházím k ní, pozdravím a zeptám se: „Jak se dnes cítíte?“ Pacientka uvádí: „Všechno mě bolí.“ Ve tváři vidím bolest, ptám se jí: „Co vás bolí?“ Nedokáže odpovědět. Snažím se pacientku slovně uklidnit a posadit do křesla. Přisednu si k ní a snažím se s pacientkou navázat oční kontakt. Po chvíli pacientka odpoví: „Bolí mě záda a celé tělo.“ Na to reaguji: „Vydržte chvíli, donesu vám tabletku.“ Podám jí tabletku

dle ordinace lékaře a zaznamenám do zdravotní dokumentace (všeobecná setra). Sleduji účinek do 30 minut a odvedu pacientku do společenské místnosti za ostatními pacienty.

Použitá metoda: oční kontakt a dotyk. Pacientka je dezorientovaná místem a bolestí, navázání a udržení očního kontaktu.

## **Hodnocení**

**Cíl krátkodobý:** Byl splněn. Pacientka cítí zmírnění chronické bolesti do jednoho týdne.

**Cíl dlouhodobý:** Byl splněn. U pacientky nedojde k prohlubování chronické bolesti a budeme pokračovat v zavedené intervenci.

## **5.4 ZHODNOCENÍ NEFARMAKOLOGICKÉ TERAPIE PŘI POSKYTOVÁNÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE**

Při provádění nefarmakologické terapie se u pacientky zmírnil celkový neklid i výskyt neklidného chování a agrese. Pacientka má utkvělou představu, že chce odejít domů, avšak aktivně neopouští zařízení. Velice komunikuje s ošetřujícím personálem, artikulace je ztížená demencí. Cítí se být dominantní mezi ostatními pacienty. Mluví s nimi ale velice zřídkka.

S terapeutky spolupracuje velmi dobře, zejména pokud je péče nasměrována na její osobu, je ochotná důvěřovat jejich informacím. Aktivně se zapojuje do procesu nefarmakologických terapií. V případě bolesti a úzkosti vyhledává podporu personálu.

V současnosti nejsou na Alzheimerovu chorobu žádné farmakologické prostředky k jejímu vyléčení. Nelze očekávat zlepšení zdravotního stavu, nemoc bude naopak v progresi. Pro udržení alespoň stávajícího zdravotního stavu budeme pokračovat v nefarmakologické terapii a používat techniky dle stádia onemocnění.

## 5.5 CELKOVÉ ZHODNOCENÍ PÉČE

Pacientka byla přijata do domova se zvláštním režimem s diagnózou Alzheimerova onemocnění. Manžel nezvládal celodenní péči o manželku. Proto vyhledal odbornou pomoc a umístil jí do zařízení, kde jí bude poskytnuta veškerá péče. Přes časté výkyvy nálad se pacientka snaží být komunikativní, ale na některé podněty reaguje přecitlivěle až přehnaně a agresivně. Tyto projevy souvisejí s průběhem pacientčina základního onemocnění. S manželem je velmi dobrá spolupráce, pravidelně jezdí za pacientkou 1× za 14 dní. Pokud je to možné, bere si manželku na svátky domů. Sám manžel vidí, že se průběh nemoci prohlubuje. Je si vědom toho, že se jeho manželka nikdy neuzdraví, a proto se s ní snaží trávit všechny své volné dny, když je to pro něj vzhledem k jeho věku náročné po psychické i po fyzické stránce.

V dnešní době nejsou dostupné léky, které by Alzheimerovu nemoc vyléčily, mohou pouze oddálit nebo zpomalit progresi. Pokud budeme pacientku aktivně podporovat v tréninku kognitivních funkcí, trénování paměti a používání dalších technik spadajících pod nefarmakologické postupy, můžeme progresi onemocnění zpomalit.

## 5.6 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Problematika Alzheimerovy nemoci je velice rozsáhlá, proto je obtížné vytvořit jednotná doporučení pro praxi. Ošetřování pacientů s touto diagnózou je velice náročné jak fyzicky, tak psychicky. Nezbytná je trpělivost ošetrovatelského personálu. Komunikace s pacienty je velice obtížná. Proto záleží na zdravotním personálu, zejména na všeobecných sestřách, aby se s touto skutečností vypořádaly. Doporučení vychází nejen z odborných studií, ale především z oblasti praktických zkušeností ze studia a praxe na VŠZ.

Doporučení lze shrnout do následujících bodů:

- citlivý přístup k pacientům by bylo vhodné realizovat tímto způsobem při jakékoliv činnosti, aby pacienti měli dostatek času vše si vyzkoušet,
- individuálně přistupovat k pacientům, např. pokud mají zálibu ve čtení, je

třeba tuto zálibu podporovat a aktivně zapojovat pacienty do této aktivity,

- ergoterapeutický přístup bude realizován docházkou na ergoterapeutické programy, kde budou zkoušet vyrábět rukodělné výrobky, např. výrobu korálků z jeřabin, tvoření z papíru a textilu,
- soběstačnost pacientů podporovat dostatkem času, aby pacienti zvládali běžné aktivity v rámci režimu dne „nedělat vše za ně“,
- realizovat prvky bazální stimulace s domluvenou strategií i pro rodinné příslušníky, např. když vedu pacientku, uchopím ji za stejnou ruku a posadím ji na stejnou židli a ke stejné straně stolu,
- zajistit pacientům vhodné kompenzační pomůcky,
- v případě nutnosti zajistit personální pozici ambulantního specialisty.

Doporučení pro edukaci rodiny lze formulovat následujícím způsobem:

- rodina, která má zájem starat se o pacienty v domácím prostředí, je poučena o aktuálním zdravotním stavu pacienta včetně stádia nemoci,
- rodina je poučena o projevech nemoci včetně negativních reakcí na určité podněty,
- rodina je poučena o dodržování podobného denního režimu jako v domově se zvláštním režimem,
- rodina zajistí pro pacienta nutné kompenzační pomůcky včetně pomůcek k zajištění soběstačnosti a k usnadnění péče,
- rodina dbá na důsledné dodržování předepsané medikace,
- rodina zajistí bezpečné prostředí domácího pobytu.

Doporučení pro odborný personál lze formulovat následujícím způsobem:

- ergoterapie a nácvik běžných denních činností hrají významnou roli v terapeutickém procesu,
- domov pro pacienty s demencí musí zařídit stabilní kolektiv,

- vymezený úzký okruh pracovníků s kompetencí v péči o pacienta přináší nemocnému pocit lepší spolupráce s personálem,
- jasné určení klíčových pracovníků předchází vzniku kompetenčních nebo dokonce terapeutických nejistot,
- pravidelné psychologické školení pro personál o syndromu vyhoření a o komunikaci s pacientem.



## ZÁVĚR

Bakalářská práce je věnovaná komplexní ošetrovatelské péči o pacientku s Alzheimerovou nemocí. V teoretické části práce jsme popisovali Alzheimerovu demenci, projevy Alzheimerova onemocnění, vyšetřovací metody a farmakologické a nefarmakologické přístupy.

V praktické části jsme zpracovali komplexní ošetrovatelský proces. Na vybraných aktuálních ošetrovatelských problémech jsme zpracovali a v praxi ověřili ošetrovatelské diagnózy včetně plánu, realizace a zhodnocení. Stanovili jsme dvě nejdůležitější diagnózy – chronickou bolest a chronickou zmatenost. Bolest byla hodnocena dle testu PANAID, pacientce byla podávána analgetická medikace a prováděna nefarmakologická terapie. Při správně nastavených metodách nefarmakologických postupů došlo k úlevě od bolesti. Cíl práce byl splněn a ověřen v praxi.

Chronická zmatenost byla mírněna nefarmakologickou terapií. Zaměřením na celkovou dezorientaci pacientky byly voleny nefarmakologické postupy podporující kognitivní funkce a ovlivnění celkové kvality života pacientky.

Cíle práce stanovené v praktické části byly splněny, byl ověřen přínos nefarmakologických postupů a technik. Tyto techniky pozitivně ovlivňují vnímání bolesti a celkovou orientaci pacientky.

Projevy Alzheimerovy nemoci jsou u pacientů často rozdílné a specifické a vyžadují individuální přístup ke každému pacientovi. Péče o pacienty s touto diagnózou je velmi náročná nejen pro zdravotnický personál, ale i pro rodinu. Proto je důležitá úzká spolupráce zdravotnického zařízení a rodiny. Měli bychom respektovat i názory rodinných příslušníků. Může docházet ke konfliktům a nedorozuměním, které vycházejí z nepochopení dané péče o pacienty, ale i z toho, že rodina není připravena na projevy této nemoci. Často požadují pro své blízké nadstandardní péči, kterou není možné v rámci ošetrovatelského procesu zajistit. Proto je prioritní částá komunikace s rodinou, aby se předcházelo těmto situacím.

Obtížná je i přesná diagnostika této nemoci, často se toto onemocnění skrývá za jinou nemocí. Tato nemoc má několik fází, při kterých pacient postupně

ztrácí vědomí o času, prostoru i o své osobě a nejbližší rodině. Podstatné jsou i změny v chování, které se projevují strachem, úzkostmi a depresiemi. Ošetřující personál musí mít bezpodmínečně komplexní znalosti o této nemoci, znát její průběh. Musí brát zřetel na to, že znalosti a dovednosti, kterými pacient v počáteční fázi nemoci disponuje, se s postupem nemoci vytrácejí a v poslední fázi nemoci je pacient zcela závislý na pomoci ošetřovatelského personálu, popř. rodiny. Náročná je péče o tyto pacienty i proto, že i přes snahu ošetřovatelského personálu pacienti nedělají žádné pozitivní pokroky. Úspěchem je udržet pacienta co nejdéle v dané fázi nemoci. Přitom je žádoucí, aby ošetřovatelský personál i rodina zachovávaly základní mravní kodex, dodržovaly a respektovaly lidská práva. V neposlední řadě je nezbytný i lidský přístup, se kterým se bohužel v některých zdravotnických zařízeních nesetkáváme. Roli může hrát i nedostatek a kvalifikovanost zdravotnického personálu. Ne každá zdravotní sestra nebo pomocný zdravotnický personál zachovává úctu ke stáří, setkali jsme se také s nedůstojným a hrubým zacházením s pacienty, kteří procházeli poslední fází onemocnění. Důležitým aspektem může být i přetíženost personálu, což vede k syndromu vyhoření a snížení kvality péče o pacienty. Musíme zabránit tomu, aby nedošlo k ponížení lidské osobnosti, a zajistit pacientovi důstojné umírání.

Bakalářská práce popsala komplexní ošetřovatelskou péči o pacienta s Alzheimerovou nemocí se záměrem zlepšit péči o pacienty s touto diagnózou. Na vybraných aktuálních ošetřovatelských problémech jsme zpracovali a v praxi ověřili ošetřovatelské diagnózy včetně plánu, realizace a zhodnocení.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- BEDNÍČKOVÁ, Marie, 2017. *Muzikoterapie a edukace*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4238-0.
- BUREŠ, Jan a kol., 2014. *Vnitřní lékařství*. 2. přepracované a rozšířené vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-145-2.
- DLUGOŠOVÁ, Anna, 2010. Komplexní ošetrovatelská péče o pacienta s demencí. *Sestra*. 20(12), 50–51. ISSN 1210-0404.
- DOSTÁL, Václav, 2011. Vztah demence a deprese. *Psychiatrie pro praxi*. 12(4), 145–148. ISSN 1803-5272.
- EDMÜLLER, Andreas, 2011. *Velká kniha manipulativních technik*. 1. vydání Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3778-2.
- ELIÁŠOVÁ, Petra, 2013. Bazální stimulace z pohledu pacienta v bezvědomí. *Florenc – časopis moderního ošetrovatelství*. 11, 25–29. ISSN 1801-464x.
- FÖRSTL, Hans a kol., 2012. Sterben mit Demenz: Versorgungssituation und palliativmedizinischer Ausblick. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*. 78(4), 203–212. ISSN 0720-4299.
- GERLICOVÁ, Markéta, 2014. *Muzikoterapie v praxi*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4581-7.
- HERDMAN, T. Heater a Shigemi KAMITSURU, 2015. *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace 2015–2017*. Překlad 10. vydání, přeložila Pavla KUDLOVÁ. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5412-3.
- HOLMEROVÁ, Iva a kol., 2007. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3. přepracované a doplněné vydání. Praha: EV Public Relations. ISBN 978-80-254-0179-8.
- JANDA, Petr, 2013. Patogeneze Alzheimerovy choroby z hlediska molekulární biologie. Brno. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Přírodovědecká fakulta, Ústav biochemie.

- JELÍNKOVÁ, Jana a kol., 2009. *Ergoterapie*. 1. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-583-7.
- JENERALOVÁ, Marta, 2011. *Canisterapie – součást ošetrovatelské péče o seniory v léčebně pro dlouhodobě nemocné*. České Budějovice. Bakalářská práce Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, Ústav ošetrovatelství, porodní asistence a neodkladné péče.
- JIRÁK, Roman, 2008. Diagnostika a terapie Alzheimerovy choroby. *Neurologie pro praxi*. 9(4), 240-244. ISSN 1803-5280.
- JIRÁK, Roman a kol., 2009. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2454-6.
- JIRÁK, Roman, 2013. *Gerontopsychiatrie*. 1. vydání. Praha: Galén, ISBN 978-80-7262-873-5.
- KABELKA, Ladislav, 2017. *Geriatrická paliativní péče*. 1. vydání. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-4225-3.
- KANTOR, Jiří a kol., 2009. *Základy muzikoterapie*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2846-9.
- KAPOUNOVÁ, Gabriela, 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1830-9.
- KLUSOŇOVÁ, Eva, 2011. *Ergoterapie v praxi*. 1. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-535-80.
- KRIVOŠÍKOVÁ, Mária, 2011. *Úvod do ergoterapie*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2699-1.
- KROMBHOLZ, Richard, 2011. Nejčastější demence a jejich léčba. *Neurologie pro praxi*. 12(3), 169–200. ISSN 1803-5280.
- KRUPP, Sonja a Petra THODE, 2016. Sprache bei Demenz. *Sprache Stimme Gehör*. 40(3), 126–130. ISSN 0342-0447.
- LENOCHOVÁ, Eva, 2010. Stáří a co dál? *Medicína pro praxi*. 7(3), 152–154. ISBN 1803-5310.

- LUŽNÝ, Jan, 2012. *Gerontopsychiatrie*. 1. vydání. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-573-2.
- MALÍKOVÁ, Eva, 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zřízeních*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3148-3.
- MÁTTL, Ondřej a kol., 2016. *Zpráva o stavu demence 2016: Kolik zaplatíte za péči?*. Česká alzheimerovská společnost.  
Dostupný z: [www.alzheimer.cz/res/archive/004/000480.pdf?seek=1492589048](http://www.alzheimer.cz/res/archive/004/000480.pdf?seek=1492589048)
- NOVOTNÁ, Ludmila, 2016. *Důstojné doprovázení posledními dny, týdny, měsíci života*. Pelhřimov: Spolek pro lůžkový hospic Mezi stromy.  
Dostupný z: [hospicmezistromy.cz/wp-content/uploads/2015/09/brozura\\_MS\\_web.pdf](http://hospicmezistromy.cz/wp-content/uploads/2015/09/brozura_MS_web.pdf)
- PAITLOVÁ, Jitka, 2015. *Kritické myšlení v kostce*. 1. vydání Praha. Karolinum. ISBN: 978-80-246-2933-9
- PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ, 2014. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4236-6.
- PIDRMAN, Vladimír, 2007. Demence – 1. část: Diagnostika a diferenciální diagnostika. *Medicína pro praxi*. 2, 83–88. ISSN 1803-5310.
- STANČÍKOVÁ, Markéta a Jitka ŠABATOVÁ, 2012. *Canisterapie v teorii a v praxi*. 1. vydání. Vyškov: Piafa. ISBN 978-80-87731-00-0.
- ŠEDIVÝ, Vladimír, 2009. *Sociální komunikace*. 1. vydání Brno: Mendelova zemědělská a lesnická univerzita v Brně. ISBN: 978-80-7375-277-4
- ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Barbora BOLOMSKÁ, 2011. *Reminiscenční terapie*. 1. vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-711-0.
- VOGNER, Martin a Pavel KALVACH, 2015. OSKAR FISHER in memoriam. *Psychiatrie*. 19(4), 223–225. ISSN 1212-6845.
- VOKURKA, Martin a Jan HUGO, 2015. *Velký lékařský slovník*. 10. aktualizované vydání. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-456-2.
- VYTEJČKOVÁ, Renata a kol., 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3419-4.

- VYTEJČKOVÁ, Renata a kol., 2013. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3420-0.
- WERHEID, Katha a Angelika Irmgard THÖNE-OTTO, 2006. Kognitives Training bei Alzheimer-Demenz: Aktuelle Entwicklungen, Chancen und Grenzen gerontologischer Gedächtnisrehabilitation. *Der Nervenarzt*. 77(5), 549–55. ISSN 1433-0407.
- ZVĚŘOVÁ, Martina, 2017. *Alzheimerova demence*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0561-8.

# PŘÍLOHY

A. Rešerše .....	I
B. Test MMSE .....	II
C. Test IADL .....	III
D. Škála PAINAD .....	IV
E. Barthelové test .....	VI
F. Rizikové faktory pro vznik pádu .....	VII
G. Hodnocení nutričního stavu .....	VIII
H. 10 varovných příznaků k Alzheimerově chorobě .....	IX
I. Čestné prohlášení .....	XI

# Příloha A: Rešerše



## Ošetrovatelský proces u pacienta s Alzheimerovou chorobou

### **Klíčová slova:**

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

Rešerše č. 47/2018


### **Bibliografický soupis**

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



# Příloha B: Test MMSE

## Test kognitivních funkcí-Mini Mental State Exam (MMSE)

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

Zdroj: <http://www.ddalbrechtice.cz/data/ext-21.pdf>

# Příloha C: Test IADL

## Test instrumentálních všedních činností (IADL)

zjišťuje lehčí poruchy soběstačnosti

Jméno pacienta:

Datum:

Test provedl:

### 1. Jízda dopravním prostředkem

zcela samostatně	10 bodů
s pomocí nebo doprovodem druhé osoby	5 bodů
neschopen, schopen pouze převozu (sanitou, automobilem)	0 bodů

### 2. Nákup potravin

zcela samostatně	10 bodů
s pomocí druhé osoby	5 bodů
neschopen	0 bodů

### 3. Uvaření

samostatně celé jídlo	10 bodů
sám si jídlo ohřeje	5 bodů
neschopen	0 bodů

### 4. Domácí práce (jednoduchý úklid, např. vytření podlahy, ustláni postele atd.)

samostatně bez pomoci	10 bodů
s pomocí druhé osoby	5 bodů
neschopen	0 bodů

### 5. Vyprání osobního prádla

zvládne samostatně	10 bodů
s pomocí druhé osoby	5 bodů
neschopen	0 bodů

### 6. Telefonování

samostatně vyhledá čísla v seznamu, zvedne telefon a adekvátně reaguje	10 bodů
potřebuje pomoc při vytáčení nebo vyhledávání čísla	5 bodů
neschopen	0 bodů

### 7. Užívání léků

samostatně užívá správné léky v určenou dobu	10 bodů
s pomocí druhé osoby	5 bodů
neschopen	0 bodů

### 8. Odesílání peněz na poště nebo zacházení s kartou

schopen samostatně	10 bodů
s pomocí druhé osoby	5 bodů
neschopen	0 bodů

Výsledek:

Hodnocení:

0-40 bodů	nesoběstačnost v instrumentálních aktivitách denního života
45-75 bodů	částečná nesoběstačnost v aktivitách denního života
80 bodů	v instrumentálních aktivitách denního života soběstačný

Zdroj: <https://ose.zshk.cz/media/p5812.pdf>

## Příloha D: Škála PAINAD

**Tabulka 2: Stupnice pro měření bolesti u pokročilé demence (PAINAD)**

	0	1	2	počet bodů
<b>dýchání nezávisle na vokalizaci</b>	normální	občasné namáhavé krátká období hyperventilace	hlučné, ztížené dýchání dlouhá období hyperventilace Cheyneovo-Stokesovo dýchání	
<b>bolestivá vokalizace</b>	žádná	občasný sten nebo zaúpění normální negativní nebo odmítavá řeč	opakované utrápené volání hlasité sténání nebo úpění pláč	
<b>výraz obličeje</b>	úsměv nebo neutrální	smutný vyděšený zamračený	bolestivé grimasy	
<b>řeč těla</b>	relaxovanost	napjatost neklidné přecházení neklid	strnulost sevřené pěsti kolena přitažená k tělu tahání nebo odtlačování udeření	
<b>utěšování</b>	není nutné	je možné rozptýlit nebo uklidnit hlasem či dotekem	není možné utěšit, rozptýlit nebo uklidnit	
<b>součet</b>				

Zdroj: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/hodnoceni-bolesti-u-osob-s-demenci-453243>

Datum hodnocení	Průběh léčby bolesti	Pocitý uživatele, místo a typ bolesti. Co vyvolá bolest? Co uleví od bolesti?	Podpis pracovníka
	0 ___ 2 ___ 4 ___ 6 ___ 8 ___ 10		
	0 ___ 2 ___ 4 ___ 6 ___ 8 ___ 10		
	0 ___ 2 ___ 4 ___ 6 ___ 8 ___ 10		
	0 ___ 2 ___ 4 ___ 6 ___ 8 ___ 10		
	0 ___ 2 ___ 4 ___ 6 ___ 8 ___ 10		
	0 ___ 2 ___ 4 ___ 6 ___ 8 ___ 10		
	0 ___ 2 ___ 4 ___ 6 ___ 8 ___ 10		
	0 ___ 2 ___ 4 ___ 6 ___ 8 ___ 10		
	0 ___ 2 ___ 4 ___ 6 ___ 8 ___ 10		
	0 ___ 2 ___ 4 ___ 6 ___ 8 ___ 10		

Zdroj: Záznamový arch používaný ve zdravotnické zařízení, ve kterém byla realizována praktická část bakalářské práce.

## Příloha E: Barthelové test

### Barthelův test základních všedních činností ADL (activity daily living)

- slouží ke zhodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech

<b>činnost</b>	<b>provedení činnosti</b>	<b>bodové skóre</b>
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
3. koupání	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
5. kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
6. kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
8. přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
	s pomocí 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0

#### HODNOCENÍ:

0-40 bodů	vysoce závislý
45-60 bodů	závislost středního stupně
65-95 bodů	lehká závislost
100 bodů	nezávislý

Zdroj: <https://ose.zshk.cz/media/p5811.pdf> (dle ÚZIS skutečně „Barthelové“)

## Příloha F: Rizikové faktory pro vznik pádu

Rizikové faktory pro vznik pádu		Body				
Anamnéza	DDD (dezorientace, demence, deprese)	3	3	3	3	3
	věk 65 let a více	2	2	2	2	2
	pád v anamnéze	1	1	1	1	1
	pobyt prvních 24 hodin po přijetí nebo překládku na lůžkové odd.	1	1	1	1	1
	zrakový / sluchový problém	1	1	1	1	1
	užívání léků (diuretika, narkotika, sedativa, psychotropní látky, hypnotika, tranylizery, antidepresiva, antihypertensiva, laxantia)	1	1	1	1	1
Vyšetření						
Soběstačnost	úplná	0	0	0	0	0
	částečná	2	2	2	2	2
	nesoběstačnost	3	3	3	3	3
Schopnost spolupráce	spolupracující	0	0	0	0	0
	částečně spolupracující	1	1	1	1	1
	nespolupracující	2	2	2	2	2
Dotazem na: pacienta, rodinu, ošetřovatelský personál	Míváte někdy závratě?	3	3	3	3	3
	Máte v noci nucení na močení?	1	1	1	1	1
	Budíte se v noci a nemůžete usnout?	1	1	1	1	1
Celkem		76				
0 - 4 body Bez rizika		5 - 13 bodů Střední riziko		14 - 19 bodů Vysoké riziko		
		Datum	Datum	Datum	Datum	Datum
		Podpis	Podpis	Podpis	Podpis	Podpis
Skóre 5 bodů a vyšší: postupuj dle Návrhu opatření						
<b>Návrh opatření</b>						
1. Označ na identifikační náramek samolepicí kolečko signalizující pád.						
2. Kontroluj pacienty v riziku pádu a aktivně nabízej pomoc.						
3. Zajisti k lůžku pomůcky na vyprazdňování, močové lahve, toaletní křeslo, podložní mísa.						
4. Zajisti polohu nočního stoiku a potřeb pacienta tak, aby byly v dosahu.						
5. Zajisti signalizaci tak, aby ji měl pacient po ruce a vysvětlí její funkci.						
6. Sniž lůžko, zajisti lůžkové brzdy, zvedni postranice.						
7. Odstraň překážky v okolí pacienta.						
8. Ulož pacienta blízko inspekčního pokoje sestry.						
9. Zajisti vhodnou obuv.						
10. Zajisti vhodné noční osvětlení.						

Zdroj: Hodnocení rizika pádu seniorů. Dostupné z: [www.seniorzone.cz](http://www.seniorzone.cz)

## Příloha G: Hodnocení nutričního stavu

Rizikové faktory pro vznik pádu		Body				
Anamnéza	DDD (dezorientace, demence, deprese)	3	3	3	3	3
	věk 65 let a více	(2)	2	2	2	2
	pád v anamnéze	1	1	1	1	1
	pobyt prvních 24 hodin po přijetí nebo překládku na lůžkové odd.	1	1	1	1	1
	zrakový / sluchový problém	1	1	1	1	1
	užívání léků (diuretika, narkotika, sedativa, psychotropní látky, hypnotika, tranylizery, antidepresiva, antihypertensiva, laxantia)	(1)	1	1	1	1
Vyšetření						
Soběstačnost	úplná	0	0	0	0	0
	částečná	(2)	2	2	2	2
	nesoběstačnost	3	3	3	3	3
Schopnost spolupráce	spolupracující	0	0	0	0	0
	částečně spolupracující	(1)	1	1	1	1
	nespolupracující	2	2	2	2	2
Dotazem na: pacienta, rodinu, ošetřovatelský personál	Míváte někdy závratě?	3	3	3	3	3
	Máte v noci nucení na močení?	1	1	1	1	1
	Budíte se v noci a nemůžete usnout?	(1)	1	1	1	1
Celkem		76				
0 - 4 body Bez rizika		5 - 13 bodů Střední riziko		14 - 19 bodů Vysoké riziko		
		Datum	Datum	Datum	Datum	Datum
		Podpis	Podpis	Podpis	Podpis	Podpis
Skóre 5 bodů a vyšší: postupuj dle Návrhu opatření						
<b>Návrh opatření</b>						
1. Označ na identifikační náramek samolepicí kolečko signalizující pád.						
2. Kontroluj pacienty v riziku pádu a aktivně nabízej pomoc.						
3. Zajisti k lůžku pomůcky na vyprazdňování, močové lžavce, toaletní křeslo, podložní mísa.						
4. Zajisti polohu nočního stočku a potřeb pacienta tak, aby byly v dosahu.						
5. Zajisti signalizaci tak, aby ji měl pacient po ruce a vysvětlí její funkci.						
6. Sniž lůžko, zajisti lůžkové brzdy, zvedni postranice.						
7. Odstraň překážky v okolí pacienta.						
8. Ulož pacienta blízko inspekčního pokoje sestry.						
9. Zajisti vhodnou obuv.						
10. Zajisti vhodné noční osvětlení.						

Zdroj: Hodnocení stavu výživy kriticky nemocných. Dostupné z: [zdravi.euro.cz](http://zdravi.euro.cz)

## **Příloha H: 10 varovných příznaků k Alzheimerově chorobě**

### **1. Ztráta paměti, která ovlivňuje schopnost plnit běžné pracovní úkoly.**

Zapomínat občas pracovní úkoly, jména kolegů nebo telefonní čísla spolupracovníků a vzpomenout si na ně později je normální. Lidé trpící Alzheimerovou chorobou však zapomínají častěji a nevzpomenou si ani později.

### **2. Problémy s vykonáním běžných činností.**

Hodně vytížení lidé jsou občas roztržití, takže někdy nechají dušenou mrkev stát v kastrolu na sporáku a vzpomenou si na ni, až když už je po jídle. Lidé trpící Alzheimerovou chorobou ale připraví jídlo, nejen ho ale zapomenou dát na stůl, ale zapomenou i na to, že ho vůbec udělali.

### **3. Problémy s řečí.**

Každý má někdy problém najít správné slovo, ale člověk s Alzheimerovou chorobou zapomíná i jednoduchá slova nebo je nahrazuje nesprávnými, jeho věty pak nedávají smysl.

### **4. Časová a místní dezorientace.**

Každý někdy zapomene, jaký je den a kam vlastně jede, to je normální. Ale lidé s Alzheimerovou nemocí se ztratí ve vlastní ulici a nevědí, kde jsou, jak se tam dostali, ani jak se dostanou domů.

### **5. Špatný nebo zhoršující se racionální úsudek.**

Lidé se někdy tak zaberou do nějaké činnosti, že na chvíli zapomenou na dítě, které mají na starosti. Lidé s Alzheimerovou nemocí úplně zapomenou, že nějaké dítě existuje. Mohou se i nesmyslně obléknout, například si vezmou na sebe několik košil nebo halenek najednou.

### **6. Problémy s abstraktním myšlením.**

Placení složenek anebo sledování účtů kreditní karty může někoho vyvést z míry, když je trochu komplikovanější než jindy. Člověk s Alzheimerovou nemocí může úplně zapomenout, co ta čísla znamenají a co s nimi má dělat.



### **7. Zakládání věcí na nesprávné místo.**

Každý někdy někam založí peněženku nebo klíče. Člověk s Alzheimerovou nemocí dává věci na zcela nesmyslná místa: žehličku do ledničky nebo hodinky do cukřenky.

### **8. Změny v náladě nebo chování.**

Každý má někdy špatnou náladu. Člověk s Alzheimerovou nemocí ale podléhá prudkým změnám nálady. Náhle a nečekaně propukne v pláč, nebo podlehne návalu hněvu, i když k tomu nemá žádný zjevný důvod.

### **9. Změny osobnosti.**

Lidské povahy se běžně do určité míry mění s věkem. Ale člověk s Alzheimerovou nemocí se může změnit zásadním způsobem. Stává se někdy velmi zmateným, podezíravým nebo ustrašeným.

### **10. Ztráta iniciativy.**

Když je člověk někdy znechucen domácími pracemi, zaměstnáním nebo společenskými povinnostmi, je to normální. Většinou se chuť do práce opět brzy dostaví. Člověk s podněty Alzheimerovou nemocí může propadnout naprosté pasivitě a potřebuje neustále podněty, aby se do něčeho zapojil.

Zdroj: Dopis České alzheimerovské společnosti č. 9. Dostupné z:  
[www.alzheimer.cz](http://www.alzheimer.cz)

# Příloha I: Čestné prohlášení studenta k získání podkladů pro zpracování bakalářské práce

## Čestné prohlášení

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

V Praze dne .....

.....

Milada Polívková