

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
S ALZHEIMEROVOU NEMOCÍ**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

NATÁLIE KOCIÁNOVÁ, DIS.

Praha 2019

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
S ALZHEIMEROVOU NEMOCÍ**

Bakalářská práce

NATÁLIE KOCIÁNOVÁ, DIS.

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, Ph.D.

Praha 2019



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

KOCIÁNOVÁ Natálie
3CVS

Schválení tématu bakalářské práce

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

Ošetřovatelský proces u pacienta s Alzheimerovou nemocí

Nursing Care of Patient with Alzheimer's Disease

Vedoucí bakalářské práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

V Praze dne 1. července 2019


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

.....
Natálie Kociánová

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou vyjádřila poděkování paní doc. PhDr. Jitce Němcové, PhD. za její cenné rady, připomínky, trpělivost, čas a ochotu při vedení mé bakalářské práce.

ABSTRAKT

KOCIÁNOVÁ, Natálie. *Ošetrovatelský proces u pacienta s Alzheimerovou nemocí*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD. Praha. 2019. 64 s.

Tématem této bakalářské práce je ošetrovatelský proces o pacienta s Alzheimerovou nemocí. Práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. Teoretická část práce popisuje základní pojmy týkající se Alzheimerovy nemoci, výskyt choroby v ČR a ve světě, jednotlivé fáze onemocnění, diagnostiku, terapii onemocnění, prevenci a v neposlední řadě také specifika péče o pacienta s Alzheimerovou nemocí. Poslední kapitola teoretické části se zaměřuje na rodinu pacienta trpící Alzheimerovou nemocí. Těžištěm bakalářské práce je detailní popis ošetrovatelské péče realizované metodou ošetrovatelského procesu u pacientky s Alzheimerovou nemocí umístěné v domově se zvláštním režimem. Na základě ošetrovatelských problémů jsou stanoveny ošetrovatelské diagnózy podle NANDA I taxonomie II 2015-2017. Dále je zde sestaven plán ošetrovatelské péče, popsána realizace ošetrovatelských intervencí a je provedeno jejich hodnocení. Výstupem z bakalářské práce je doporučení pro praxi, ve kterém jsou zmíněny možnosti služeb a poradenství pro pacienty s Alzheimerovou nemocí žijící v moravskoslezském kraji.

Klíčová slova:

Alzheimerova nemoc. Demence. Ošetrovatelský proces. Pacient. Stáří.

ABSTRACT

KOCIÁNOVÁ, Natálie. *Nursing Care of Patients with Alzheimer's Disease*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD. Prague 2019. 64 pages.

The main focus of this bachelors thesis is the nursing proces associated with the patients that have Alzheimers disease. The theoretical part describes basic terms which are connected with Alzheimers disease, incidence in the Czech Republic and the world, the individual stages of disease, diagnosis, therapy, prevention and also specific nursing aid for patients with Alzheimer disease. The practical part of my thesis contains a detailed description of nursing care for pacient with Alzheimer disease placed in home with apecial regime. The nursing diagnosis is based on observed nursing problems and established according to NANDA I Taxonomy II 2015-2017. In addition I also complied a plan for nursing care, describe implementation of nursing interventions and provide their evaluation. The output of this thesis is a recommendation for practice, which mentions the possibilities of services and counseling for patients with Alzheimer's disease living in the Moravian-Silesian region.

Keywords:

Alzheimer's Disease. Dementia. Nursing care. Old-age. Patient.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ÚVOD.....	12
1 ALZHEIMEROVA NEMOC.....	15
1.1 EPIDEMIOLOGIE ALZHEIMEROVY CHOROBY.....	15
1.2 RIZIKOVÉ FAKTORY.....	16
1.2.1 VNITŘNÍ FAKTORY.....	16
1.2.2 VNEJŠÍ FAKTORY.....	18
1.3 NEUROBIOLOGIE ALZHEIMEROVY NEMOCI.....	18
1.4 KLINICKÝ OBRAZ ALZHEIMEROVY NEMOCI.....	19
1.4.1 PREKLINICKÁ FÁZE.....	19
1.4.2 LEHKÉ STÁDIUM.....	20
1.4.3 STŘEDNÍ STÁDIUM.....	21
1.4.4 TĚŽKÉ STÁDIUM.....	22
2 DIAGNOSTIKA.....	23
3 LÉČBA.....	25
3.1 FARMAKOLOGICKÁ LÉČBA.....	25
3.1.1 KOGNITIVNÍ FARMAKOTERAPIE.....	25
3.1.2 NEKOGNITIVNÍ FARMAKOTERAPIE.....	25
3.2 NEFARMAKOLOGICKÁ LÉČBA.....	26
3.3 PREVENCE ONEMOCNĚNÍ.....	27
4 SPECIFIKA PÉČE O PACIENTA S ALZHEIMEROVOU NEMOCÍ.....	28
4.1 ADAPTACE.....	28
4.2 SOBĚSTAČNOST.....	28
4.3 STRAVA A PITNÝ REŽIM.....	28
4.4 OBLAST HYGIENY A VYPRAZDŇOVÁNÍ.....	29
4.5 ODPOČINEK A SPÁNEK.....	29
5 PÉČE O RODINU.....	30

5.1	EMOCIONÁLNÍ REAKCE	30
5.1.1	HNĚV A FRUSTRACE	30
5.1.2	BEZNADĚJ.....	31
5.1.3	VINA.....	31
5.1.4	OBAVY, OSAMOCENÍ A IZOLACE	32
5.1.5	RADOST A LÁSKA.....	32
6	OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S ALZHEIMEROVOU NEMOCÍ	33
6.1	DOPORUČENÍ PRO PRAXI	59
ZÁVĚR		
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY		

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

AD – Alzheimerova demence

ADL – Activities of Daily Living

AN – Alzheimerova nemoc

APP – Amyloidový prekurzorový protein

CT – Počítačová tomografie

DZR – Oddělení se zvláštním režimem

NINCDS-ADRDA - National institute of neurological and communicative disorders -
Alzheimer's disease and related dementias association

MMSE – Mini-mental state examination

MR – Magnetická rezonance

PSEN 1 – Preselin 1

PSEN 2 - Preselin 2

(VOKURKA, HUGO, 2009)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Anozognozie – neschopnost vnímat vlastní nemoc

Artrodéze – chirurgické znehybnění kloubu

Atrofie – zmenšení normálně vyvinutého orgánu, podmíněné zmenšením buněk či jejich velikosti

Betaamyloid – bílkovina, která tvoří významnou část plaků u Alzheimerovy nemoci

Cyklooxygenáza - enzym zajišťující přeměnu kyseliny arachidonové na prostaglandiny (látky podobné hormonům) a tromboxany (látky mající srážlivý účinek)

Dekubit – proleženina - odumřelá tkáň, jako následek dlouhotrvajícího tlaku, jenž způsobil poruchu prokrvení. Nejčastěji vzniká u nehybných pacientů.

Demence – chronický trvalý úbytek duševních funkcí, paměti a schopností

Etiologie – příčiny onemocnění

Exekutivní funkce - schopnost naplánovat nějaký úkol a také jej dokončit

Fraktura - zlomenina

Gerontopsychiatrie – obor zabývající se psychikou a duševními onemocněními starých osob

Hypercholesterolemie – vysoká hodnota cholesterolu

Hypertenze – zvýšený krevní tlak

Hypobulie – porucha schopnosti jednat cílevědomě a uvědoměle

Hysterektomie – odstranění dělohy

Incidence – počet nově vzniklých případů dané nemoci ve vybrané populaci za určité období

Interkurentní – nemoc, postihující člověka, již trpícího jinou chorobou

Interleukiny – bílkoviny podílející se na regulaci imunitních dějů

Neurodegenerativní – onemocnění, které primárně ovlivňuje buňky v lidském mozku

Neuropatologie – obor patologie zabývající se nervovým systémem

Kontuze - pohmoždění

Perfuze - prokrvení

Polymerace – chemická reakce, kdy z malých molekul vznikají vysokomolekulární látky

Post mortem - posmrtný

Prevalence – počet existujících nemocí ve vybrané populaci k určitému datu

Proteinkinázy – enzymy neboli jednoduché či složené bílkoviny

(VOKURKA, HUGO, 2016)

ÚVOD

Tato bakalářská práce a její téma se zaměřuje na ošetrovatelský proces u pacienta trpícího Alzheimerovou nemocí. Onemocnění, jež s sebou přináší demenci, nezná žádné hranice, postihuje chudé i bohaté, vzdělané i prosté, lidi různých ras či národností. Postupem času se prodlužuje střední délka života, s kterou avšak přibývá takto nemocných a nadále jich bude přibývat. Nejen lidé trpící Alzheimerovou nemocí, ale i jejich rodiny, jež se starají o takto nemocného, potřebují specializovanou individuální péči a pomoc. Výběr tématu pro tuto bakalářskou práci byl ovlivněn především aktuálností této problematiky, dlouhodobým zájmem o toto onemocnění, absolvovaných praktických cvičení, jak v domovech pro seniory, tak na gerontopsychiatrických odděleních a nynějším pracovním prostředím.

Práce obsahuje dvě hlavní části, teoretickou a praktickou. Teoretická část bakalářské práce se zabývá charakteristikou Alzheimerovy nemoci, jednotlivými fázemi onemocnění, diagnostikou, terapií a prevencí. A v poslední části teoretické práce jsou popisována specifika ošetrovatelské péče o pacienta trpící Alzheimerovým onemocněním a také se zaměřuje na rodinu pacienta.

V praktické části bakalářské práce je popisován ošetrovatelský proces u pacientky s Alzheimerovým onemocněním, umístěné do domova pro seniory se zvláštním režimem. Po pečlivě odebrané ošetrovatelské anamnéze a stanovení ošetrovatelských problémů, jsou formulovány ošetrovatelské diagnózy, které jsou vypracované dle NANDA I taxonomie II. 2015-2017.

Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Zaměřit se z vybraných zdrojů na problematiku Alzheimerovy nemoci.

Cíl 2: Popsat z dohledatelných zdrojů především vznik onemocnění, jeho příčiny, příznaky, stádia nemoci, diagnostiku a léčbu.

Cíl 3: Popsat specifika péče u pacienta s Alzheimerovou nemocí a jeho rodinu.

Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Zpracovat ošetrovatelský proces o pacienta s Alzheimerovou nemocí umístěného v seniorcentru.

Vstupní literatura

GLENNER, Joy A, 2012. *Péče o člověka s demencí*. Praha: Portál. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-262-0154-0.

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

KALVACH, Z., 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2490-4.

MACE, N. L. a P.V. RABINS, 2018. *Alzheimer: rodinný průvodce péčí o nemocné s Alzheimerovou chorobou a jinými demencemi*. Praha: Stanislav Juhaňák - Triton. ISBN 978-80-7553-583-2.

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

Popis rešeršní strategie

Pro tvorbu bakalářské práce bylo zažádáno o rešeršní protokol u paní Mgr. Turečkové z knihovny Vysoké školy zdravotnické, o.p.s. v Praze. Zde byly využity k vyhledávání zdrojů elektronické databáze: katalog Národní lékařské knihovny medvik.cz, Jednotná informační brána jib.cz, Souborný katalog ČR sigma.nkp.cz, databáze vysokoškolských prací theses.cz a online katalog NCO NZO. Vyhledávání proběhlo v českém i anglickém jazyce. Mezi klíčová slova v českém jazyce byla zvolena: Alzheimerova choroba, demence, terapie, ošetrovatelský proces, geriatricie a stáří. Klíčová slova zvolená v anglickém jazyce: Alzheimers disease, dementia, therapy, nursing process a geriatrics. Časové vymezení bylo stanoveno od roku 2009 až do roku 2019.

Rešerše obsahovala celkem 49 záznamů, z toho 5 vysokoškolských prací, 24 knih a 20 článků či příspěvků. Celkem bylo z rešerše k bakalářské práci využito 8 zdrojů. Nevyužité zdroje byly vyřazeny z důvodu špatné dostupnosti, požadované informace nebyly aktuální či se týkaly požadovaného tématu pouze okrajově. Z těchto důvodů byly vyhledány odpovídající a zároveň dostupné zdroje jak v knižní, tak elektronické podobě. V bakalářské práci byly

využity také některé zdroje, které přesáhly doporučenou hranici stáří 10 let. Zdroje i přesto byly využity, neboť informace v nich jsou nadále platné a pro práci byly přínosné.

1 ALZHEIMEROVA NEMOC

Alzheimerova nemoc je závažné chronické neurodegenerativní onemocnění ne zcela známé etiologie s charakteristickými neuropatologickými a neurochemickými vlastnostmi. Onemocnění se vyvíjí plíživě, nepřetržitě progreduje a nejčastěji se prezentuje jako demence, jež je přítomná v 60–70 % (JIRÁK, HOLMEROVÁ, BORZOVÁ, 2009).

Mezi nejčastější symptom onemocnění patří potíže v krátkodobé paměti, při rozvzpomínání na nynější události. Při progresi tohoto onemocnění dochází postupně k potížím s mluvením, desorientaci (místem, časem, osobou), výkyvům nálad, neschopnosti sebezpečí a k poruchám chování. Postupem času dochází k odcizení od rodiny, společnosti a ke ztrátě tělesných funkcí vedoucích ke smrti (BURNS, ILIFFE, 2009).

Incidence Alzheimerovy nemoci stoupá postupně s přibývajícím věkem. Mezi 65.-74. rokem života je výskyt onemocnění okolo 3 %, mezi 75.-85. rokem představuje onemocnění již 19 % a po 85. roce postihuje onemocnění 47 % populace (KUMAR et al., 2017).

1.1 EPIDEMIOLOGIE ALZHEIMEROVY CHOROBY

Sledování incidence Alzheimerovy nemoci se již věnovala řada studií. Podle globálních statistických údajů je Alzheimerova nemoc jedna z nejrychleji rostoucích onemocnění v letech 1990–2013. Toto závažné onemocnění patří mezi nejčastější ze všech demencí a stává se čtvrtou až pátou nejčastější příčinou úmrtí (ZVĚŘOVÁ, 2017).

Například studie založená na spolupráci, jež zahrnuje výsledky několika skupin evropské populace prováděných v 90. letech minulého století, zjistila prevalenci 4,4 % u osob starších 65 let. Rychlé stárnutí populace vedlo k strmému růstu počtu pacientů s Alzheimerovou nemocí. V roce 2006 se na celém světě vyskytovalo 26,6 miliónů pacientů s Alzheimerovým onemocněním, přičemž prognózy naznačovaly, že se tento počet zvýší v roce 2050 na 106,8 miliónů. V Evropě by se tímto tempem mělo vyskytovat již ve zmíněném roce 2050 okolo 16,51 miliónů pacientů trpících Alzheimerovou nemocí. Nejnovější studie potvrdily vzestupný trend výskytu onemocnění, jež představuje 87 % nárůst v Evropě za období od roku 2010–2050 (NIU et al., 2017).

Taktéž v České republice výskyt Alzheimerovy nemoci neustále narůstá. Důkazem mohou být nejčerstvější data Ústavu zdravotnických informací a statistiky, které uvádějí počet lidí s demencí žijící v Česku okolo 102 tisíc. Z nichž 62 tisíc lidí má potvrzenou diagnózu Alzheimerova demence. Výskyt onemocnění v České republice mezi lety 2015-2017 se zvýšil o 7 %, což v kvalifikovaných odhadech představuje v roce 2030 okolo 90 tisíc lidí s potvrzenou diagnózou Alzheimerovy nemoci. Skutečný počet lidí, jenž žijí s Alzheimerovým onemocněním je bohužel výrazně vyšší, než uvádí dostupná data o počtu léčených a dispenzarizovaných. (MZČR, 2019).

1.2 RIZIKOVÉ FAKTORY

Alzheimerova nemoc se vyskytuje v dědičné formě, avšak ve velmi malém procentuálním zastoupení. Mnohem častěji se na vzniku onemocnění podílí mnoho nedědičných faktorů, jež zvyšují riziko vzniku Alzheimerovy nemoci.

1.2.1 VNITŘNÍ FAKTORY

- Genetické faktory

Dědičnou formu Alzheimerovy nemoci, lze rozdělit podle věku, kdy se objevují první příznaky, na formu s časným začátkem a pozdním začátkem.

Forma s časným začátkem neboli forma presenilní, vzniká před 65. rokem života a vyznačuje se rychlou progresí. Doposud byly popsány tři geny, které jsou zodpovědné za genetickou mutaci a tím i brzký začátek Alzheimerovy nemoci:

1. Amyloidový prekurzorový protein neboli APP, který je lokalizovaný na 21. chromozomu. Onemocnění s touto mutací vzniká většinou okolo 49. roku života.
2. Preselin 1 (PSEN1), nacházející se na 14. chromozomu. Onemocnění se začíná projevovat již mezi 44–46 rokem.
3. Preselin 2 (PSEN2) lokalizovaný na 1. chromozomu. Převážný začátek onemocnění je mezi 58–59 lety.

Touto presenilní formou s časným začátkem trpí méně než 10 % pacientů (ZVĚŘOVÁ, 2017).

Forma s pozdním začátkem neboli forma senilní, vzniká po 65. roce života a progrese onemocnění oproti presenilní fázi je značně pomalejší (10 let a více).

- Premorbidní inteligence a mozková rezerva

Některé ze studií považují inteligenci za jakýsi ochranný faktor zabraňující vznik Alzheimerovy nemoci, než je samotné vzdělání (FAXEN-IRVING et al., 2005).

Taktéž studie, které se zabývají zobrazovacími metodami mozku, zjistily, že velikost mozku souvisí s IQ kvocientem. U pacientů s Alzheimerovými změnami bylo pomocí neuropatologických studií zjištěno, že při autopsii osob, které za života netrpěly demencí, měly větší objem mozku. Ze studie tedy vyplývá, že u osob s větším mozkem je nižší pravděpodobnost rozvoje Alzheimerovy nemoci. Mozková rezerva je tudíž dalším faktorem, který má ochranný charakter (FLEMINGER et al., 2003).

- Komorbidity

Na vzniku Alzheimerovy nemoci se mohou podílet přidružená onemocnění jako je kupříkladu hypertenze, diabetes mellitus či hypercholesterolemie. Všechna tato onemocnění jsou asociována s vaskulárním postižením. Tím se rovněž předpokládá vznik cerebrovaskulárního postižení jakožto další z potenciálních rizikových faktorů podílející se na rozvoji Alzheimerovy nemoci.

U hypertenze můžeme například zmínit observační studii, která předpokládá, že zvýšení krevního tlaku během středního věku má za následek zvyšující se riziko demence v pozdním věku (ELIAS et al., 2004).

- Pohlaví

Ženské pohlaví je mnohem častěji postihnuto Alzheimerovou nemocí, než pohlaví mužské. Toto tvrzení stojí na předpokladu vyšší střední délky života žen, působení hormonů a také delšího přežívání žen po stanovení diagnózy v porovnání se stejnou věkovou kategorií mužů (WEINER, LIPTON, 2009).

1.2.2 VNEJŠÍ FAKTORY

- Kouření

Kouření může být jedním z faktorů podílejících se na zvýšení rizika vzniku Alzheimerovy nemoci, jelikož svými karcinogenními účinky zvyšuje riziko kardiovaskulárních chorob, má nepříznivý vliv na nervový systém a zhoršuje mozkovou perfuzi. Mnoho studií věnující se zvýšenému výskytu AD ve spojení s kouřením uvádí, že pozitivní efekt na kognitivní funkce, jako jsou pozornost, paměť či reakce je ojedinělý. V poslední době se metaanalýzy shodují na tom, že stávající kuřáci jsou mnohem více ohroženi vznikem různých druhů demence, na rozdíl od nekuřáků (PETERS, 2008).

- Tělesná váha

Stavu výživy a míra případné obezity umožňuje posoudit parametr body mass index neboli BMI. Za normální hodnotu je považováno BMI od 18,5 do 25 (VOKURKA, HUGO, 2009). Některé ze studií prokázaly, že nižší hodnota BMI či podváha jsou dalším z rizikových faktorů, které zjevně stojí za vznikem změn v mozku a demencí souvisejících s věkem. Taktéž zvýšená tělesná hmotnost a rychlý přírůstek hmotnosti je možným rizikem vzniku Alzheimerovy nemoci (LEIST, 2014).

1.3 NEUROBIOLOGIE ALZHEIMEROVY NEMOCI

Obdobně jako u ostatních demencí, které jsou neurodegenerativní etiologie, tak i u Alzheimerovy demence dochází k procesu degenerace konkrétních mozkových proteinů a k následné tvorbě proteinů patologických (BAREŠ, 2011).

Zřejmě za elementární neurodegenerativní článek je považována tvorba, a to zcela přirozeně, se vyskytujícího dlouhého neuronálního v membráně uloženého peptidu, kterým je tzv. amyloidní prekurzorová bílkovina. Tato bílkovina je za fyziologických podmínek štěpena, a to za působení enzymu alfa-sekretázy, na poměrně krátké fragmenty, o kterých se hovoří jako o „beta-peptid 1–40“ (REGNAULT, 2011).

Právě tento peptid se podílí na mnoha fyziologických reakcích, kdy jedna z nejzásadnějších je vytváření nových neuronálních synapsí. Avšak u vzniku Alzheimerovy nemoci se také uplatňuje fungování dalších enzymů, jako je například tzv. beta-sekretáza a gama-sekretáza, jenž se podílejí na štěpení na další fragmenty beta-peptidu, který obsahuje až o 42 i více aminokyselin. Tento nově vzniklý typ beta-peptidu spojuje vzájemně dvě částice, ty

jsou ovšem výrazně neurotoxické. Proto následně může docházet k procesu koagulace těchto peptidů, a to v extracelulárním prostoru mozkové kůry, kde částice peptidu polymerují, a poté dochází k rozvoji a vzniku patologické bílkoviny, kterou je betaamyloid. Právě betaamyloid vytváří podklad pro vznik ložisek samotné neurodegenerace, tedy pro vznik plat (ŠTOCHL, 2008).

V místě výskytu neurodegenerativních plat následně dochází k poměrně zásadním neurodegenerativním dějům, jako je například skrytý zánět se současným uvolňováním produktů zánětlivého procesu, kterým jsou například cytokininy, volné kyslíkové radikály, interleukin apod., kdy také dochází k aktivaci zánětlivých enzymů tzv. cyklooxygenáz a k uvolňování nadlimitního množství excitačních aminokyselin (BAREŠ, 2011).

Jako následek toxicity betaamyloidu, dochází k aktivaci některých druhů proteinkináz, ale také k současné degradaci intraneuronálních bílkovin. Tímto mechanismem následně dochází ke zvýšenému riziku tvorby tzv. neurofibrilárních uzlíků, kdy takto zasažené nervové buňky snadněji podléhají zániku. Velkým problémem u Alzheimerovy demence je situace zvýšeného zániku neuronů, jehož následkem je vznik tzv. kortikosubkortikální atrofie mozkové tkáně. Tímto mechanismem dochází tedy k zásadnímu snižování celkové plasticity mozku, ke snižování tvorby a produkce některých růstových látek v mozku, ale i k mnoha dalším degenerativním proměnám mozkové tkáně (JIRÁK, HOLMEROVÁ, BORZOVÁ, 2009).

1.4 KLINICKÝ OBRAZ ALZHEIMEROVY NEMOCI

Klinický obraz Alzheimerovy demence lze diferencovat do třech základních fází, lehkou, střední a těžkou fází, avšak onemocnění se může projevovat ještě dříve, nežli se začnou projevovat zcela typické a specifické symptomy, kdy se jedná o tzv. preklinické období.

1.4.1 PREKLINICKÁ FÁZE

V preklinickém stádiu lze za prvotní, ale spíše nespecifické známky považovat poruchy v oblasti recentní epizodické slovní paměti. Konkrétně se jedná o to, že osoba začíná zapomínat každodenní a dosud zcela běžné události. Uvedených projevů si v této fázi může nejčastěji všimnout spíše blízké sociální okolí jedince (REGNAULT, 2011). Nemocná osoba si například nedokáže vybavit, které jídlo měla k obědu, co měla nakoupit nebo kde byla nakupovat, koho při procházce potkala aj. Poměrně četně se také současně objevuje řečová porucha, kdy sice je

řeč i nadále plynulá, ale v rovině obsahové, je značně vágní až „prázdná“. Mnohdy se stává, že význam konkrétních slovních spojení je nutné hledat a zjišťovat, protože není zcela jednoznačný. Nemocný opakovaně hledá „ta správná slova“ (GLENNER, 2012).

Důležité je zmínit, že jednání a chování, a to oproti demenci typu frontotemporálního, je stále přijatelné, a především únosné (JIRÁK, HOLMEROVÁ, BORZOVÁ, 2009).

Dále se mohou u některých nemocných osob, a to ještě v preklinické fázi, objevovat symptomy, jež svědčí pro poruchu funkcí, které jsou vázány na frontální lalok. Osoba přestává být schopna plánovat, naplňovat stanovené plány aj. Jedná se tedy souhrnně o poruchu exekutivních funkcí. U žen se například, a to poměrně četně, prezentují poruchy v tom, že žena vynechává, a to nezáměrně, pořadí aktivit v průběhu každodenních a obvyklých domácích pracích (například uklízení, vaření nebo praní) (HAŠKOVCOVÁ, 2010).

Také lze zmínit, že téměř až u 40 % nemocných osob se mohou prezentovat poruchy a problémy v oblasti nekognitivních funkcí, kdy se jedná o poruchy emotivity, myšlení a chování, tj. deprese, halucinace či bludy a agresivita (JIRÁK, HOLMEROVÁ, BORZOVÁ, 2009). Zcela typicky až charakteristicky se objevuje také anozognozie, jež se neustále prohlubuje, protože nemocná osoba je výhradně přesvědčena o tom, že je zcela zdravá a bez problémů (GLENNER, 2012).

Při progresi onemocnění se objevují další, různě závažné zdravotní problémy a těžkosti, které jsou již typičtější pro dané onemocnění. Jedná se například o zmatenost, opakované amentní stavy, bloudění, poruchy orientace, ale také poruchy jednání, chování a reagování. V chování se objevuje stále více nekontrolovatelných raptů, neovlivnitelnost a neregulovatelnost chování a reagování (BAREŠ, 2011).

1.4.2 LEHKÉ STÁDIUM

U lehké fáze Alzheimerovy choroby již dochází k poměrně zásadnějším proměnám v rovině paměti, a to především v paměti epizodické. U demence alzheimerovského druhu bývá postižena především pracovní paměť, konkrétně schopnost konsolidace do paměti, uchování v paměti a zapamatování si, a to především nových událostí a informací. Nemocný se opakovaně dotazuje na stále stejné události a informace, neboť nemocným osobám „vypadávají“ různé nové situace a epizody (JIRÁK, HOLMEROVÁ, BORZOVÁ, 2009).

Poměrně časté jsou situace, kdy nemocná osoba postupně zapomíná jména svých nejbližších osob, každodenně užívaných předmětů nebo také může být dezorientovaná,

a to jak místem, tak i časem nebo osobou. Postupně se také zhoršuje logika a logické myšlení, ale také soudnost, a později i schopnost autoregulace. Specificky dochází ke komplexně pojatému ochuzování celkové aktivity, dosavadních zájmů a motivace daného jedince. Také psychomotorické tempo bývá poměrně výrazně inhibované. Objevují se mimo jiné, a to již podstatněji, psychické a také behaviorální příznaky demence a mnohé emoční poruchy jako je tenze (úzkost), deprese, afektivní reagování, nepřiměřené reakce a sklon ke konfliktům (JIRÁK a kol., 2013).

Často také dochází ke schopnosti snížení náhledu nemocné osoby na přítomnost onemocnění a na celkovou proměnu jejího zdravotního stavu. Prezentují se i mnohé osobnosti změny, a to především ve smyslu komplexní deteriorace osobnosti. V lehkém stádiu Alzheimerovy demence se výsledné hodnoty testu MMSE pohybují v rozpětí 25 až 18 bodů (BARTOŠ, HASALÍKOVÁ, 2010).

1.4.3 STŘEDNÍ STÁDIUM

Ve středním stádiu Alzheimerovy choroby se již čteněji prezentují závažnější poruchy v oblasti kognitivních funkcí, které mají tendenci neustále progredovat. Zhoršuje se orientace, zejména v prostoru, kdy se objevují obtíže s tím, že se opakovaně osoba trpící AD ztrácí a následně bloudí. V rámci progresu se poté zhoršuje i časová orientace (JIRÁK, HOLMEROVÁ, BORZOVÁ, 2009).

Nemocná osoba si již není schopna zapamatovat nové události a informace, ale také není schopna se již ničemu novému naučit nebo cokoliv nového pochopit. Dochází tedy k další deterioraci až úpadku, a to především v rovině logického myšlení, úsudku. Proto nemocní stále více ztrácejí náhled nad realitou, nad tím, co se s nimi děje a také nad závažností toho, co se děje. Poměrně typicky se, v tomto stádiu prezentuje, také afázie, a to se současným zmenšováním se rozsahu, jak aktivní, tak i pasivní slovní zásoby, kdy nemocní využívají tzv. opisné vyjadřování, neboť si nedokáží vzpomenout na konkrétní slovní výraz. V této fázi se objevují také již zásadnější a mnohem výraznější problémy v chování, jednání a reagování, kdy dominuje agitovanost, emoční labilita až výrazná instabilita s nepředvídatelnými výbuchy vzteku. Přechodně se mohou objevit dokonce až psychotické příznaky jako jsou halucinace a bludy (JIRÁK a kol., 2013).

Nemocí postižená osoba v tomto stádiu již přestává být soběstačná, a proto nutně vyžaduje péči a pomoc ostatních osob. Výsledné hodnoty v testu MMSE se pohybují v rozmezí kolem 17 až 11 bodů (BARTOŠ, HASALÍKOVÁ, 2010).

1.4.4 TĚŽKÉ STÁDIUM

Těžké stádium Alzheimerovy demence je již typické výrazným úpadkem kognitivních schopností nemocné osoby. Paměť bývá již zasažena ve více rovinách současně, tudíž nemocní již nepoznávají ani své nejbližší, často se stává, že zapomínají jména svých dětí, partnerů apod. Také dezorientace místem je výrazná, a proto nemocná osoba by se již samostatně neměla nikde pohybovat. Bohužel poměrně často, jsou v tomto stádiu již nemocní zcela upoutáni na lůžko, vyžadují celodenní péči a především dohled (JIRÁK, HOLMEROVÁ, BORZOVÁ, 2009).

Přítomna může být inkontinence moče a stolice, problémy s chůzí a rovnováhou, kdy je zde zvýšené riziko pádů a následných závažných traumat. Výjimkou není ani úplná imobilita nemocného. Poměrně častě se prezentují poruchy myšlení a vnímání (halucinace, bludy) v rámci, kterých může být nemocná osoba nebezpečná jak sobě, tak i svému bezprostřednímu okolí (REGNAULT, 2011).

Výsledné dosažené hodnoty v testu MMSE se u těžké fáze Alzheimerovy choroby pohybují v rozpětí mezi 10 až 6 body (BARTOŠ, HASALÍKOVÁ, 2010).

Alzheimerova choroba, a to zcela nevyhnutelně, končí smrtí jedince. Nemocní poměrně často umírají na interkurentní choroby, jako jsou například zápal plic, močová infekce s rozvojem celkové sepse, dekubitární sepse nebo na následky traumat a pádů. U Alzheimerovy demence se objevuje insuficience imunitního systému, k čemuž přispívá katabolismus, který se častě objevuje u závažných a terminálních stádií choroby, společně s těžkou dehydratací organismu a rozvratu vnitřního prostředí organismu (JIRÁK a kol., 2013).

2 DIAGNOSTIKA

Diagnostika demence je spíše procesem, v rámci kterého se integrují informace od více osob současně, a to od samotného pacienta, od jeho blízkých osob a také od lékaře, který má k dispozici výsledky a hodnoty jednotlivých vyšetření, kterým byla nemocná osoba podrobena. Jirák a jeho spolupracovníci dodávají, že: „*demenci nelze diagnostikovat či vyloučit ode dveří*“ (JIRÁK, HOLMEROVÁ, BORZOVÁ, 2009, s. 25).

Nejdříve je vždy nutné provést detailní odběr anamnestických dat a informací, a to jak od samotného pacienta, tak i od jeho nejbližších rodinných příslušníků, včetně případné hereditární zátěže. V anamnéze se zjišťují možná traumata hlavy, neurologická onemocnění, ale i psychiatrické diagnózy (například deprese), které mohou diagnózu demence podněcovat. Následně je pacient vyšetřen prostřednictvím celé řady fyzikálních vyšetření, jako jsou například elektroencefalograf, elektrokardiograf, laboratorní vyšetření krve a také provedení podrobného neurologického, popřípadě psychiatrického vyšetření, k možnosti diferenciální diagnostiky. Mezi prováděná zobrazovací vyšetření patří CT mozku a MRI (REGNAULT, 2011).

Důležitou součástí komplexního vyšetření pacienta, při podezření na demenci, ať již jakéhokoliv typu, je psychodiagnostické vyšetření, umožňující zjistit aktuální psychopatologie. V rámci tohoto psychodiagnostického vyšetření jsou hodnoceny a vyšetřovány jak poznávací, tak i kognitivní funkce, které právě u Alzheimerovy demence (ale i u jiných typů demence) jsou narušené. Jedná se především o problémy s krátkodobou, ale v pokročilých stádiích, již i s dlouhodobou pamětí, s řečovými schopnostmi a dovednostmi, se schopnostmi orientace, se sebeobsluhou a soběstačností. Výrazné problémy je možné nalézt i v rovině tzv. exekutivních funkcí. Samozřejmě typické jsou i změny v rovině osobnosti nemocného a proměny v jeho chování, jednání a způsobu reagování a proměnlivosti emotivity. Uvedené testování realizuje psycholog (SVOBODA, HUMPOLÍČEK, ŠNOREK, 2013).

Nutné je ovšem předesítní, že pouze výhradně na základě výsledků psychodiagnostických testů nelze jednoznačnou diagnózu definovat, proto je vždy zásadní kombinovat výsledky a zjištění všech provedených vyšetřovacích metod a strategií. Z nejčastěji užívaných testů ke zjišťování demence, avšak spíše screeningového charakteru, se jedná o test MMSE, na podkladě kterého lze určovat a diagnostikovat veškeré typy demence. Pomocí testu MMSE jsou zkoumány a zjišťovány aktuální orientační schopnosti a dovednosti nemocného,

krátkodobá a dlouhodobá paměť, poznávací schopnosti, pojmenovávání předmětů, naplánování a plnění úkolu, dále překreslování obrázku dle předlohy a jiné (JIRÁK, HOLMEROVÁ, BORZOVÁ, 2009).

Někdy se k testu MMSE přidává ještě takzvaný Test hodin, kdy nemocná osoba má sama zakreslit ciferník hodin a potom na ciferníku vyznačit čas, který jí byl řečen examínátorem. V kombinaci využití testu MMSE a Testu hodin lze přibližně definovat diagnózu demence a také zjistit aktuální stádium choroby, což je důležité zejména pro proskripci farmak konkrétního stádia onemocnění (SVOBODA, HUMPOLÍČEK, ŠNOREK, 2013).

Uvedené testování také umožňuje zjišťovat, a to na podkladě netestování, jak se onemocnění vyvíjí v čase, jak progreduje a s jakou rychlostí a dominancí a podobně (JIRÁK, HOLMEROVÁ, BORZOVÁ, 2009).

Další metodou psychodiagnostického vyšetření je tzv. Wechslerova škála paměti, kdy se ověřuje a zjišťuje schopnost orientace, logické paměti, schopnost zapamatování si jednotlivých slov. Tento test se zaměřuje i na aktuální řečové, jak aktivní, tak i pasivní, funkce nemocné osoby (SVOBODA, HUMPOLÍČEK, ŠNOREK, 2013).

K možnosti konkrétní diagnostiky přímo již Alzheimerovy choroby bylo definováno několik rozmanitých diagnostických postupů, na podkladě kterých lze detekovat danou diagnózu. Avšak dosud používané diagnostické metody spíše umožňují definovat pravděpodobnou diagnózu Alzheimerovy choroby, neboť jednoznačná diagnóza Alzheimerovy choroby může být vyřčena až post mortem, kdy ji stanovuje patolog (GLENNER, 2012). Dosud nejčteněji používanou metodou k diagnostice Alzheimerovy choroby je považována tzv. NINCDS-ADRDA. Jedná se o jakási kritéria právě podle NINCDS-ADRDA, jenž specifikují a definují celkem osm hlavních kognitivních domén, které bývají, a to právě, u Alzheimerovy choroby zasažené, a v pozdějších stádiích onemocnění, již výrazně narušené. Jde o řečové funkce, paměť, percepci, koncentraci, konstruktivní a analytické schopnosti a dovednosti, schopnost orientace, exekutivu a zvládání každodenních aktivit (JIRÁK a kol., 2013).

3 LÉČBA

Při léčba Alzheimerovy choroby jsou využívány jak farmakologické, tak také i nefarmakologické možnosti a léčebné strategie. Ukazuje se, že obě tyto metody léčby jsou u Alzheimerovy choroby stejně důležité (REGNAULT, 2011).

3.1 FARMAKOLOGICKÁ LÉČBA

Právě včasná diagnostika a detekce onemocnění umožňuje zajistit zahájení adekvátní léčby, a to co nejdříve. V případě, že je Alzheimerova demence diagnostikována zavčas, tak je pravděpodobně možné, projevy a některé symptomy onemocnění, a to poměrně zásadně, zpomalit. Současně také může nemocná osoba setrvat po delší dobu ve svém domácím a přirozením prostředí, kde může vést kvalitnější a spokojenější život (JIRÁK a kol., 2009).

3.1.1 KOGNITIVNÍ FARMAKOTERAPIE

Kognitivní farmakoterapie je zastoupena léčivými, kterými jsou tzv. kognitiva čili inhibitory mozkových acetyleráz a také butyrylcholinesteráz. Tato léčiva umožňují realizaci acetylcholinergní transmise tím, že dochází kablokování enzymů, které přímo acetylcholin odbourávají. Uvedená farmaka jsou indikována především v lehké až střední fázi Alzheimerovy demence. V České republice jsou tyto léky hrazeny zdravotními pojišťovkami při dosažení výsledku v testu MMSE v počtu 21 až 13 bodů, zatímco v zahraničí již při počtu 24 bodů. Samozřejmě je nutné uvést, že čím dříve je léčba započata, tím jsou výsledky efektivnější. Jedná se například o lék s názvem Rivastigmin a Donepezil.

Výsledky testů prezentují, že dochází k pozitivnímu ovlivnění kognice a jednotlivých kognitivních funkcí. Dochází ke zvyšování senzitivity mozkové tkáně k hormonu inzulínu, čímž se vylepšuje metabolismus neuronů a zároveň se snižuje zánětlivá reakce s tvorbou betaamyloidu (JIRÁK, HOLMEROVÁ, BORZOVÁ, 2009).

3.1.2 NEKOGNITIVNÍ FARMAKOTERAPIE

Velmi důležitou složkou při léčbě Alzheimerovy choroby je také tzv. nekognitivní farmakoterapie, která představuje léčbu veškerých somatických onemocnění. Snahou je aktivace a aktivizace nemocné osoby, také reedukace, a to především základních životních návyků, schopností a dovedností. Důležitá je však

i ošetrovatelská péče a adekvátně a defektivně vedená rehabilitace a fyzioterapie (BARTOŠ, HASALÍKOVÁ, 2010).

Prostřednictvím nekognitivní farmakoterapie jsou ovlivňovány především jak behaviorální, tak i psychologické symptomy. Konkrétně se například jedná o modulaci a ovlivňování poruch myšlení, vnímání nebo chování, a to prostřednictvím antipsychotik. V případě výskytu depresí lze indikovat antidepresiva (REGNAULT, 2011).

3.2 NEFARMAKOLOGICKÁ LÉČBA

Alzheimerova choroba je onemocněním, jež vyžaduje komplexně pojatou léčbu. Vyjma farmakologických postupů je vhodné využívat i postupy, kterými je psychoterapie, socioterapie a rehabilitace. Psychoterapii a socioterapii je nutné užívat nejen u samotných nemocných, ale i u jejich rodinných příslušníků. Psychoterapie musí být jednoznačně zaměřena jak na udržování, tak i rozvíjení těch schopností a funkcí, které jsou stále zachovalé, a které umožňují, aby byla nemocná osoba stále soběstačná. Hlavním záměrem je tedy snaha o to, aby došlo k aktivizaci a posilování veškerých funkčních schopností, dovedností a kompetencí nemocného jedince (HROZENSKÁ, DVOŘÁČKOVÁ, 2013).

Aktivizační programy mají přínos jak terapeutický, tak samozřejmě i preventivní. Jednou z nejznámějších aktivizací je tzv. trénování paměti, které může postup, ale i progresi Alzheimerovy choroby zpomalit. Stejně důležitá je i realizace rehabilitace a fyzioterapie, jež zajišťují zachování soběstačnosti a mobility nemocné osoby (GLENNER, 2012).

Hlavním přínosem veškerých výše uvedených léčebných strategií je zajištění a umožnění, ale především usnadnění komunikace mezi pečovatelem a nemocnou osobou. Důležité je si uvědomovat, že při „práci“ s nemocným s Alzheimerovou demencí není zásadní pouze verbální komunikace, ale do popředí vstupuje nonverbální komunikace (HAŠKOVCOVÁ, 2010).

3.3 PREVENCE ONEMOCNĚNÍ

V rovině prevence Alzheimerovy demence lze předestřít, že vzniklá demence je již nevratným procesem, a právě proto jsou prevence a preventivní strategie zásadními mechanismy. Z hlediska prevence výrazně záleží na skutečnosti, jaký život a životní styl člověk vedl a vede. Dá se predikovat, že osoby, které vedou aktivní život, je rozvoj Alzheimerovy demence méně pravděpodobné (BARTOŠ, HASALÍKOVÁ, 2010).

Avšak i když by onemocnění propuklo, jeho průběh a progresi výrazně snižuje realizace aktivního životního stylu. Ukazuje se tedy, že nejzásadnějším mechanismem je trénování mozku, tj. učení se novému. Další, a to poměrně efektivní variantou je luštění křížovek, realizace her na koncentrovanost (například pexeso, karty, šachy aj.). Vhodná je však i pěší turistika, procházky v přírodě. Samozřejmostí je, že lidskému mozku, a to zcela jednoznačně, neprospívá nečinnost, ale i stavy deprese, inaktivity, hypobulie. Důležitou součástí prevence je i zachování sociální sítě jedince, což znamená, že člověk by měl být dostatečně aktivní při styku s druhými lidmi, měl se snažit s nimi navazovat interakce a kooperovat s nimi (HROZENSKÁ, DVOŘÁČKOVÁ, 2013).

4 SPECIFIKA PÉČE O PACIENTA S ALZHEIMEROVOU NEMOCÍ

Osobám trpící Alzheimerovou nemocí by měla být poskytována taková ošetrovatelská péče, která vychází z jejich individuálních potřeb a zajišťuje tak co nejvyšší kvalitu jejich života. (JIRÁK, HOLMEROVÁ, BORZOVÁ, 2009).

Na péči o takto nemocného člověka by se měl podílet celý ošetrovatelský tým, především je ale tím nejdůležitějším prvkem rodina.

4.1 ADAPTACE

Péče o osobu trpící Alzheimerovou nemocí je náročná a mnohdy v pozdních stádiích onemocnění, již rodina sama nezvládá péči v domácím prostředí a proto se musí rozhodnout pro odbornou péči ve specializovaných domovech pro seniory. Změna prostředí pro takto nemocného pacienta je velmi zásadní a velice náročná. Proces adaptace na nové prostředí může trvat i měsíce a při nevhodné péči o pacienta může dojít k poruše adaptace na nové prostředí. Porucha adaptace na nové prostředí může být zásadním faktorem, podílejícím se na zhoršení celkového stavu pacienta. Je proto důležité, aby byla ošetrovatelská péče vedena tak, aby zajistila co nejlepší adaptaci pacienta. Důležitým prvkem je zajištění pravidelných návštěv rodiny, možnost umístění osobních věcí do okolí pacienta, fotografií, dodržování důstojnosti, správné komunikace, trpělivosti a empatie. Osvědčeným krokem je zařazení rituálu pacienta do péče.

4.2 SOBĚSTAČNOST

Cílem péče o pacienta s Alzheimerovou nemocí je co nejdéle udržitelná soběstačnost v základních aktivitách denního života. Pečující osoba by měla mít na paměti, že nutnosti každodenního života by měla dělat se svým blízkým, nikoli za něj (GLENNER, 2012).

4.3 STRAVA A PITNÝ REŽIM

Tato oblast je pro pacienty zvláště důležitá, velice snadno totiž může dojít k ohrožení seniora podvýživou nebo dehydratací. Ve stáří se mění chuť, objevuje se nechutenství, dochází ke ztrátě pocitu žízně a typickými problémy mohou být i polykací obtíže. Důležité je tedy volit stravu tak, aby odpovídala možnostem stravování

pacienta, byla vyvážená, popřípadě aby odpovídala dietnímu opatření. Vhodným krokem by byla také konzultace s rodinou o oblíbených jídlech či zvycích při stravování. Motivace k pití a jídlu je také důležitým prvkem v této oblasti (BURDA, ŠOLCOVÁ, 2016).

4.4 OBLAST HYGIENY A VYPRAZDŇOVÁNÍ

Samotná hygiena může být při této diagnóze velkým problémem. Pro pacienta představuje tato aktivita nespočet podnětů, které jsou pro něj těžké zpracovat. Změna teploty, svlékání se, zvuk tekoucí vody či pocit nahoty může představovat pro pacienta značnou psychickou zátěž. Pokud je tedy možné, měla by se hygienická péče provádět přesně dle požadavků pacienta a neprovádět ji kompletně, pokud se pacient necítí dobře. Nejdůležitější je jednotlivé úkony vysvětlit v jednoduchých větách, postupně a v případě potřeby názorně předvést (GLENNER, 2012).

Vyprazdňování u pacientů s demencí je mnohdy provázáno inkontinencí neboli neschopností udržet moč či stolicí. V rámci péče o inkontinentního pacienta je nejdůležitější zachovat důstojnost a sebeúctu. Vždy by měla být provedena správná hygiena, která zamezuje vzniku onemocnění močových cest. Zapomenuto by nemělo být ani na prevenci kožních defektů, jež mohou být způsobeny působením moči či stolice na kůži. Samozřejmostí je užití a pravidelná výměna pomůcek pro inkontinenci.

4.5 ODPOČINEK A SPÁNEK

Ve stáří se mění fyziologie spánku, pacient typicky usíná v dřívějších večerních hodinách a probouzí se v brzkých ranních hodinách. Příčinou nespavosti či brzkého buzení může být porucha spánku způsobena demencí, užíváním léků či změnou prostředí. Důležitým prvkem při nastavení správného spánku, by mohla představovat aktivizace pacienta přes den, správné spánkové rituály, omezení rušivých elementů při usínání nebo stále stejná doba uléhání do postele. Pokud pacient trpí nespavostí a při noční zmatenosti pochoduje po místnosti, mělo by být zamezeno pádu a jiného poranění zvýšeným dohledem zdravotnického personálu a vhodnou úpravou okolí (BURDA, ŠOLCOVÁ, 2016).

5 PÉČE O RODINU

Rodina je jedním z nejdůležitějších subjektů, jenž zajišťuje péči o nemocného s Alzheimerovou demencí. Aby péče mohla být co nejefektivnější, je zásadní, aby měla rodina dostatek informací o chorobě, s kterou se potýkají, o jejích komplikacích, ale i o způsobu léčby, celkové prognóze aj. (GLENNER, 2012). V rovině pečujících osob však péče o nemocného může být velmi náročná, komplikovaná, a především také svízelná. Na rodinu jsou tedy kladeny velmi vysoké nároky, a to v rovině tělesné, ale především psychické, emocionální, ale i znalostní (HOLMEROVÁ, MÁTLOVÁ, 2016). Holmerová s Mátlovou dodávají, že: *„Dementia se netýká jen nemocného člověka samotného, ale celé jeho rodiny. ... největší břemeno spočívá na pečujícím rodinném příslušníkovi“* (HOLMEROVÁ, MÁTLOVÁ, 2016, s. 23). Dopady onemocnění a celková závažnost progresu znamená pro pečující osobu obrovskou zátěž. Objevují se pocity smutku, hněvu, lítosti, ale především beznaděje, jelikož v důsledku choroby mají pečující osoby pocit ztráty svého nejbližšího, kterého milují, a který se jim před očima proměňuje (HÁJKOVÁ, 2016). Holmerová s Mátlovou prezentují, že: *„Obzvláště stresující je situace, kdy Vás Váš blízký nepoznává“* (HOLMEROVÁ, MÁTLOVÁ, 2016, s. 24).

5.1 EMOCIONÁLNÍ REAKCE

Lidské emoce jsou komplikované, proměnlivé a každý se s nimi vypořádává po svém. Někteří prožívají své pocity intenzivně, jiní nikoli. Někdy pocity, které lidé prožívají, jsou podle nich nepřijatelné – mají pocit, že tyto pocity by spíše neměli mít a díky tomu se stávají uzavřenými před okolním světem a také sami před sebou (MACE, RABINS, 2018).

5.1.1 HNĚV A FRUSTRACE

Je pochopitelné, že emoce se v průběhu péče o svého blízkého budou neustále měnit. Pocity frustrace a hněvu jsou v tomto případě namístě. Někteří lidé s demencí mohou být nesnesitelní, zlí, hádaví či rozzuření. Toto chování může pečující osoba snášet určitou dobu, ale po určitém čase, kdy se dostaví únava, maličkosti se nadále nabalují den za dnem, to dokáže vyvést z míry i ty nejtrpělivější osoby. Mnohdy je člověk, jenž nese tíhu té zodpovědnosti za péči o svého blízkého našťvaný na lékaře, na část rodiny, která se nezapojuje do péče, věřící osoby mohou být nahněvaní na Boha. Je lidské cítit vztek, ale vždy by měla pečující osoba pamatovat na to,

že projevování hněvu před nemocným není vhodné. Dementní člověk nemá tu možnost odpovědět na tento hněv adekvátně, jeho nemoc mu to neumožňuje. Počátečním krokem k vyřešení dané situace je vědět, co můžeme od takto nemocného člověka očekávat. Je vhodné se také zamyslet, zda toto chování nezpůsobuje určitý podnět (MACE, RABINS, 2018).

5.1.2 BEZNADĚJ

Onemocnění způsobující Alzheimerovu demenci je dosti skličující. Je tedy běžné, že osoby pečující o svého blízkého bývají z onemocnění často zoufalí, unavení, smutní, či dokonce trpí depresemi. Tyto pocity se většinou objevují, pokud je nahlíženo na všechny problémy týkající se onemocnění komplexně. Pokud je tedy možné, je lepší se zaměřit na problémy postupně a snažit se vyřešit ty, které lze změnit. Je podstatné mít na mysli, že nejdůležitější je zajištění té nejlepší kvality života nemocné osoby. V dnešní době se AD dostává stále více do podvědomí veřejnosti a každým dnem se na internetu objevují nové informace o nemoci, vznikají podpůrné skupiny či samotné pečující osoby sdílejí své zkušenosti s péčí o dementního člověka na sociálních sítích. Proto je důležité mít na mysli, že nikdy není na takto náročnou péči člověk zcela sám.

5.1.3 VINA

Pocit viny je další z řady emocí, který pečující osoby pociťují. Vina má mnoho příčin, je náročné přijít na samotnou příčinu, také si připustit, že tento pocit je problémem a v poslední řadě se snažit jednat, jelikož vina samotná, může mít destruktivní charakter, co se týče péče o svého blízkého. Člověk může pociťovat vinu z toho, jak se dříve choval k nemocnému nebo si často přejí, aby se o svého blízkého nadále nemuseli starat, či zvažují umístění do rezidenčního domova. Pečující osoba se nemůže vinit za to, že nějaký čas věnuje také sobě, odpočívá nebo si jen vyjde s přáteli ven. Je důležité, aby pečující osoba myslela také na své zdraví.

Občas je vina způsobena tím, když blízká osoba onemocní a my jsme k ní nikdy neměli blízko či ji dokonce moc neměli rádi. „*Nikdy jsem neměla matku ráda a teď má tuhle strašlivou chorobu. Kéž bych jí byla víc nablízku, když jsem ještě mohla.*“ (MACE, RABINS, 2018, s. 282). Vina člověka nutí k tomu, aby hledal způsob, jak minulost napravit a nedovolí jí člověku přijmout. Člověk s pocitem viny by měl zkusit se rozhodovat a plánovat vše na základě toho, co je v danou chvíli nejlepší. Pokud cítí a ví, že je správné nemocnou osobu umístit do rezidenčního domova, měl by to udělat. I přesto, že dementní osoba dříve prohlásila nebo

dokonce při nemoci prohlásí „*Slib, že mě nedáš do domova*“ (MACE, RABINS, 2018, s. 283), je prospěšné mít na mysli, že nemocná osoba není schopná sama za sebe zodpovědně rozhodovat. Je důležité se rozhodovat na základě zodpovědnosti a ne na základě pocitu viny (MACE, RABINS, 2018).

5.1.4 OBAVY, OSAMOCENÍ A IZOLACE

Izolace a pocit osamění není nic neobvyklého, spíše naopak jsou to docela běžné pocity, kterými jsou členové rodiny, jež pečují o blízkého s demencí provázení. Pro pečující osobu ani dementního člověka není prospěšné, pokud tráví čas v izolaci. U dementní osoby se tato izolace může velmi výrazně odrazit v chování. Člověk trpící Alzheimerovou nemocí neumí projevít žádný z pocitů, jako je láska či opora, které pečující osoba potřebuje a bývala na ně v době před vznikem nemoci zvyklá. Vztah, který existoval s osobou s demencí nelze vrátit do stejných kolejí, avšak podstatné je si uvědomit, že oporu, lásku a porozumění člověk najde u rodiny či přátel. Stačí s nimi sdílet zkušenosti nebo se podělit o své potřeby. Všechny obavy nebo lépe řečeno, většina obav se dá zažehnat, pokud člověk sdílí své problémy spojené s péčí o nemocného s okolím (TAYLOR, 2015).

5.1.5 RADOST A LÁSKA

Na radost a smích by se nemělo zapomínat ani během tak těžkých chvil, jako je péče o svého blízkého. Není nač se cítit špatně, pokud za smíchem stojí nějaká chyba, kterou způsobí osoba s demencí. Dokonce možná se nemocný zasměje také, i když směšnost dané situace nepochopí. „*Studie ukazují, že mnozí lidé uvádějí libé pocity z toho, že byli schopno vyjádřit lásku a zavázat se k péči o milovaného člověka, přestože u něj příznaky nemoci byly hrozivé*“ (MACE, RABINS, 2018, s. 284). Láska není závislá na intelektu, a proto není proč se bát a nesdílet lásku a cit s osobou s demencí (MACE, RABINS, 2018).

6 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S ALZHEIMEROVOU NEMOCÍ

Ošetrovatelský proces byl vypracován u pacientky, která je umístěna v domově se zvláštním režimem v Chrudimi s hlavní diagnózou Alzheimerova demence. Pacientka byla přijata do ústavní péče v únoru roku 2017. Kvůli ochraně osobních údajů není záměrně uvedeno jméno, příjmení, rodné číslo a adresa bydliště. Cílem této práce bylo vypracování individuálního ošetrovatelského plánu a jeho realizace v rámci ošetrovatelského procesu. K získání všech použitých informací byla využita ošetrovatelská a lékařská dokumentace, dále rozhovor s pacientkou, rozhovor s rodinou pacientky a také vlastní pozorování.

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Jméno a příjmení: X. Y.

Pohlaví: žena

Datum narození: xx. xx. xxxx

Věk: 74

Adresa bydliště: X

Adresa příbuzných: X

RČ: xxxxxx/xxx

Číslo pojišťovny: 111

Vzdělání: VŠ

Zaměstnání: v důchodu

Stav: vdaná

Státní příslušnost: ČR

Datum přijetí: únor 2017

Typ přijetí: plánované

Oddělení: DZR

Ošetřující lékař: X

Důvod přijetí udávaný pacientem:

Pacientka nerozumí otázce, neodpovídá, jen se nahlas směje.

Medicínská diagnóza hlavní:

Těžká demence na podkladě Alzheimerovy demence s pozdním začátkem (G30.1)

Medicínské diagnózy vedlejší:

Arteriální hypertenze (I10)

VITÁLNÍ FUNKCE PŘI PŘIJETÍ

TK: 145/95 mmHg

Výška: 167 cm

P: 80/min

Hmotnost: 62 kg

D: 14/min

BMI: 22,3

TT: 36,5 °C

Stav vědomí: dezorientovaná

Krevní skupina: nezjištěna

Nynější onemocnění:

Pacientka byla umístěna v únoru 2017 do ústavní péče domova pro seniory na oddělení se zvláštním režimem. Pacientka byla doprovázena manželem, který sdělil potřebné informace. Manžel sdělil, že trpí hypertenzí, třetím stádiem Alzheimerovy demence, je dezorientována místem, časem a osobou. Pacientka dle manžela pravidelně utíkala z domu.

Informační zdroje:

Manžel pacientky, lékařská dokumentace

ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza:

Matka: umřela v 90 letech stářím

Otec: umřel v 75 letech na srdeční selhání

Sourozenci: sestra, 77 let, problémy s pamětí

Děti: syn – zdrav

Osobní anamnéza:

Hospitalizace a operace: r. 1985 hysterektomie, r. 1998 artrodéze hlezenního kloubu vpravo, r. 2004 operace varixů bilaterálně, r. 10/2016 cysty ledvin, r. 12/2016 pravostranná pneumonie

Úrazy: r. 1983 fraktura pravého kotníku, r. 11/2016 kontuze levého zápěstí

Transfúze: nikdy nepodány

Alergie: nemá

Očkování: běžná očkování

Užívané léky:

<i>Název léku</i>	<i>Forma</i>	<i>Síla</i>	<i>Dávkování</i>	<i>Skupina</i>
Memantine Vipharm	TBL	20 mg	1-0-0-0	psychostimulanty
Prestarium neo	TBL	5 mg	1-0-0-0	antihypertenziva
Derin	TBL	25 mg	0-1-4-0	antipsychotika

Abúzy:

Kouření: již 10 let nekouří

Alkohol: dříve příležitostně

Jiné drogy: neguje

Sociální anamnéza:

Stav: pacientka je vdaná, a v důchodu

Bytové podmínky: s manželem v rodinném domě

Vztah, role, interakce v rodině:

Pacientka žije s manželem v rodinném domě na vesnici. Se svým synem a jeho rodinou se vídá pravidelně, mají dobré vztahy. Mimo rodinu měla pacientka dost přátel, s kterými se vídala.

Záliby: dříve práce na zahrádce, četba románů, hra na klavír, zpěv

Pracovní anamnéza:

Vzdělání: vysokoškolské vzdělání, profesorka biologie

Pracovní zařazení: v důchodu

Vztahy na pracovišti: oblíbená

Ekonomické podmínky: dobré

Spirituální anamnéza:

Pacientka je pokřtěná, svatbu měla v kostele. Po svatbě a narození syna nadále mše nenavštěvovala.

FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ SESTROU PROVEDENÉ DNE 29. 1. 2019

SYSTEM

Hlava a krk

Subjektivní údaje:

- Na otázku, zda jí nebolí hlava, odpověděla: „*To víš, že nebolí.*“

Údaje poskytnuté manželem: „*Manželka si nikdy na bolesti hlavy nestěžovala, sem tam jí bolela krční páteř po dlouhé hře na klavír. Hybnost krku nemá omezenou, se zuby neměla problémy a v současné době má protézu.*“

Objektivní údaje:

- Hlava – normocefalická, poklepovově a palpačně nebolestivá, bez zevních známek traumatu
- Oči – bulvy ve středním postavení, skléry bílé, zornice izokorické, reagují, spojivky růžové, bez známek zánětu
- Nos a uši – bez výtoků a jiných deformit

- Ústní dutina – rty jsou lehce suché, jazyk bez povlaku, suchý, tonsily klidné, hrdlo klidné
- Horní a dolní chrup – horní a dolní protéza
- Tvář – mírně pohublá
- Krk – pohyblivý, souměrný, šíje neopouje
- Štítná žláza – nezvětšena, lymfatické uzliny nehmatné
- Krční žíly – pulzace obou krčních žil hmatné

Hrudník a respirační systém

Subjektivní údaje:

- Na otázku, zda se jí dobře dýchá, odpověděla: „*Jasně.*“

Údaje poskytnuté manželem: „*Manželka kouřila od doby, kdy jsem jí poznal, ale už dlouhou dobu nekouří. Bude to už 10 let. Přestala kouřit, když se jí začínala projevovat ta nemoc.*“

Objektivní údaje:

- Hrudník- na pohled souměrný, bez patologický změn
- Páteř - pohyby nebolestivé, páteř na poklep nebolestivá
- Dýchání - sklípkové, vcelku čisté, bez vedlejších poslechových fenoménu, frekvence dechů – 14/min.

Kardiovaskulární systém

Subjektivní údaje:

- Na otázku, zda pacientka měla někdy problémy se srdcem nebo krevním tlakem neodpověděla.

Údaje poskytnuté manželem: „*Se srdcem nikdy problémy manželka neměla, pouze trpí na vysoký tlak a bere na něj léky.*“

Objektivní údaje:

- Srdeční akce – pravidelná, 2 ozvy ohraničené, šelest nepřítomna
- Tlak a pulz – 145/95mmHg, P: 80/min.
- Dolní končetiny – bez varixů, jizvy po prodělaném odstranění varixů
- Periferní zbarvení – kůže normálního koloritu
- Pacient je kompenzován antihypertenzivou

Břicho a gastrointestinální trakt

Subjektivní údaje:

- Na otázku, zda má potíže s trávením či vyprazdňováním, odpověděla,,
No ne.“

Údaje poskytnuté manželem: „*Tohle jí nikdy netrápilo, nebo o žádných problémech nevím.*“

Objektivní údaje:

- Břicho – na pohled symetrické, palpačně nebolestivé, měkké
- Peristaltika – přítomná

Urogenitální trakt

Subjektivní údaje:

- Na otázku, zda má potíže s močením, odpovídá pouze úsměvem.

Údaje poskytnuté manželem: „*Manželka trpí inkontinencí, takže nosí kalhotky.*“

Objektivní údaje:

- Moč – slámově žluté barvy, aromatická

- Pacientka trpí inkontinencí, přes den užívá plenkové kalhotky, na noc pleny

Kosterní a svalový systém

Subjektivní údaje:

- Na otázku, zda jí bolí ruce, nohy či záda odpověděla: „*Všechno.*“

Údaje poskytnuté manželem: „*Manželka měla za svůj život nějaká ta zranění, tuším, že to bylo zápěstí, kotník, ale se zády nikdy problém neměla. Nikdy jí nebolely.*“

Objektivní údaje:

- Tělo – v mírném předklonu, tenzi
- Hybnost – v normě
- HK – hybnost a rozsah pohybu v normě, omezená hybnost v levém zápěstí
- DK – bez otoků, varixů, zánětů, omezená hybnost v pravém kotníku
- Pacient si na žádnou bolest po opětovném dotázání nestěžuje

Nervový a smyslový systém

Subjektivní údaje:

- Na otázku, zda nosí brýle odpoví - „*Ano*“, zda pociťuje obtíže se sluchem, odpoví: „*Ne*“.

Údaje poskytnuté manželem: „*Manželka rozhodně brýle nenosí, se zrakem problémy neměla a nemá a slyší taky dobře, někdy i to co by neměla. V poslední době je stále více dezorientována, neví mnohdy, co dělá. A to, jaké je datum nebo čas neví už vůbec.*“

Objektivní údaje:

- Pacient je při vědomí, reflexy jsou přítomné

- Smysly sluchové, zrakové, čichové, chuťové zachovány
- Dezorientace – místem, časem, osobou
- Nesoustředěnost, nepozornost a velmi špatná komunikace

Endokrinní systém

Subjektivní údaje:

- Otázka na toto téma vynechána.

Údaje poskytnuté manželem: „*Žádné obtíže nemá.*“

Objektivní údaje:

- Endokrinní systém v normě, štítná žláza nehmatná

Imunologický systém

Subjektivní údaje:

- Na otázku, zda je na něco alergická odpovídá: „*Že se ptáš.*“

Údaje poskytnuté manželem: „*Není na nic alergická. V poslední době ani nebyla nějak nemocná, jen před Vánoci měla nějakou slabší chřipku.*“

Objektivní údaje:

- Lymfatické uzliny – nebolestivé, nezvětšené
- TT – 36,5 °C
- Očkování – základní
- Alergie – nemá

Kůže a její adnexa

Subjektivní údaje:

- Otázka směřována na pacientku byla vynechána. Pacientka byla nesoustředěná.

Údaje poskytnuté manželem: „*Má jen pár mateřských znamének, ale nic hrozného.*“

Objektivní údaje:

- Akrální části – bez známek cyanózy
- Kůže – bez známek ikteru, zjevného poranění či patologických změn
- Kožní turgor – snížený, bez erytému, poruchy prokrvení
- Po těle výskyt občasných mateřských znamének, bez známek patologie
- Vlasy, nehty, ochlupení v normě

Průběh tělesné prohlídky:

Pacientka na otázky odpovídala neadekvátně, většinu času po dobu prohlídky se nesoustředila, propěvovala si a při konverzaci s jejím manželem chodila po místnosti.

AKTIVITY DENNÍHO ŽIVOTA ZE DNE 29. 1. 2019

Stravování a pitný režim

Subjektivní údaje:

Údaje poskytnuté manželem: „*Manželka je zvyklá jíst 4-5x denně, je to dobrý jedlík. Není vybíravá, sní, cokoli jí nachystám. Musí mít ale krájenou stravu a krmit jí, protože jinak je jídlo všude možné. Do pití ji musím ale nutit.*“

Objektivní údaje:

- BMI – 22,3
- Stav výživy – dostatečný
- Hydratace – snížená, nutno zvýšit pitný režim
- Dieta – č. 3 - racionální

- Nutno krájet stravu, pacientka má horní a dolní protézu
- *Byl proveden test pro hodnocení vzniku dekubitů dle stupnice Nortonové s výsledkem 25 bodů, což představuje **nebezpečí vzniku dekubitů**.*

Vylučování moče a stolice

Subjektivní údaje:

Údaje poskytnuté manželem: *„Je inkontinentní, přes den nosí plenkové kalhotky, taky se jí snažím vodit na záchod a na noc je zvyklá mít pleny.“*

Objektivní údaje:

- Pacientka je plně inkontinentní
- Přes den plenkové kalhotky, na noc pleny
- Frekvence stolice – nepravidelná

Hygiena

Subjektivní údaje:

Údaje poskytnuté manželem: *„O její hygienu se starám já. Potřebuje plnou pomoc. Zvládne si ale sama obléci ponožky.“*

Objektivní údaje:

- Osobní hygiena – celková pomoc
 - Oblékání – celková pomoc, zvládne sama obléci jen ponožky
- *dle testu Barthelové základních všedních činností s výsledkem 30 bodů – tedy **úplné závislosti***

Aktivita a odpočinek

Subjektivní údaje:

Údaje poskytnuté manželem: „Když jsem jí uložil, hned usnula, ale za to v noci se pravidelně budila a chodila po domě. Přes den není schopná ležet, nikdy po obědě nespí. Manželka není schopná sama dělat nějakou aktivitu, u ničeho nevydrží, musí neustále chodit a věci okolo přenášet na jiná místa. Ráda se ale dívá na televizi, to vydrží i hodinu sedět na místě a taky, když jí někdo zpívá nebo hraje na klavír.“

Objektivní údaje:

- Pacientka je zvyklá usínat okolo 20té hodiny večerní
- Porucha spánku – ano, v noci se pravidelně budí
- Volnočasová aktivita – sledování TV, poslech zpěvu, hry na klavír

Samostatnost

Subjektivní údaje:

Údaje poskytnuté manželem: „Je na pomoci závislá. Není schopná se o sebe sama postarat.“

Objektivní údaje:

- Pacientka je plně závislá na pomoci
 - dle testu Barthelové základních všedních činností s výsledkem **30 bodů** tedy **úplné závislosti**

POSOUZENÍ PSYCHICKÉHO STAVU ZE DNE 29. 1. 2019

Vědomí

Objektivní údaje:

- Pacientka je při vědomí

Orientace

Objektivní údaje:

- Pacientka je dezorientovaná místem, časem, osobou. Neví, jaký je rok, netuší, kde se nachází.

Nálada

Objektivní údaje:

- Pacientka je v dobré náladě, neustále se směje, prozpěvuje si. Vyžaduje tělesný kontakt – objetí manžela, personálu, chytání za ruce a hlazení.

Paměť

Objektivní údaje:

- Je těžké zhodnotit, zda pacientka má problémy se staropaměti či ne. Taktéž není možné zjistit úroveň novopaměti. Komunikace je s pacientkou velice obtížná. Na otázky, které se týkají minulosti, či současnosti neodpovídá. Neustále se usmívá a zpívá si. Poznává ovšem svého manžela, komunikuje s ním. Taktéž poznává svou blízkou rodinu.

Myšlení

Objektivní údaje:

- Pacientka má narušené myšlení dezorientací, není schopná udržet pozornost, soustředit se určitou věc, není schopna plnit jednoduché úkoly. Kontakt s realitou je kolísavý.

Temperament

Objektivní údaje:

- Pacientka působí klidným radostným dojmem. Manžel udává, že občas, pokud jí je dlouhou dobu něco zakazováno nebo je odváděna z určitého místa (pro její ochranu) dokáže mlátit okolo

sebe pěstmi. Dojde ale dle manžela k rychlému uklidnění, pokud se jí snaží zabavit nějakou jinou věcí.

Sebehodnocení

Objektivní údaje:

- Pacientka není schopná sebehodnocení.

Vnímaní zdravotního stavu a zdraví

Objektivní údaje:

- Pacientka není schopná vnímat svůj zdravotní stav

Reakce na onemocnění, prožívání onemocnění a adaptace na onemocnění

Objektivní údaje:

- Pacientka není schopná nějakým způsobem reagovat na své onemocnění, což je způsobeno celkovou dezorientací. Není u ní možné ani vyzorovat prožívání nemoci, či její adaptaci na něj.

Projevy jistoty a nejistoty

Objektivní údaje:

- Na pacientce není vidět, že by jí něco trápilo, po celou dobu vyšetření je usměvavá, klidná, jen je nesoustředěná.

- *Při posouzení psychického stavu bylo využito testu kognitivních funkcí MMSE s výsledkem **6 bodů**, jenž odpovídá **těžké kognitivní poruše**.*

- *Test pro hodnocení rizika pádu dle Conleyové poukázal se svým výsledkem **11 bodů** na **střední riziko pádu**.*

POSOUZENÍ SOCIÁLNÍHO STAVU ZE DNE 29. 1. 2019

Komunikace

Verbální – objektivní údaje:

- Pacientka při rozhovoru spolupracovala jen ze začátku, snažila se odpovídat na pokládané otázky – jednoduše, bylo znatelné, že si plně neuvědomovala obsah otázek. Zbýlý čas rozhovoru pochodovala po místnosti, smála se a zpívala si. Nebyla schopná udržet pozornost.

Neverbální – objektivní údaje:

- Pro pacientku bylo téměř nemožné udržet oční kontakt či se jinak neverbálně vyjádřit.

Informovanost o onemocnění a léčbě

Objektivní údaje:

- Pacientka byla informována o svém onemocnění a léčbě, ale z důvodu dezorientace, porušení kognitivních funkcí není schopná pochopit vážnost svého onemocnění.

MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

• **Ordinovaná vyšetření:**

Krevní obraz, jaterní testy, moč, pozorování, rozhovor s pacientkou a jejím manželem, MMSE, ADL, riziko vzniku dekubitů, riziko pádu, kresba postavy a stromu.

• **Výsledky:**

Krevní i jaterní testy v normě, moč bez patologických nálezů.

- **Rozhovor s pacientkou:**

Pacientka byla při rozhovoru schopná odpovídat na jednoduché otázky typu „*Jak se má.*“, či „*Jak se jí tady líbí*“. Odpověděla vždy jednoslovně a kladně. Otázky však musely být pokládány několikrát za sebou, dokud nebyla získána pozornost pacientka a neopověděla. po celý čas pokládání otázek byla usměvavá a nesrozumitelně si zpívala.

- **Rozhovor s manželem pacientky:**

Manžel po 65tém roku života pacientky začal pozorovat mírné zapomínání. Postupem času docházelo ke zhoršené prostorové orientaci, bylo také vidno, že pacientka tolik nedbá na hygienu. „*Po 65. roce jsem na ní viděl, že se mění. Přestala si barvit vlasy, nedbala tolik na pořádek v domácnosti, taky přestávala hrát na klavír. Byla pořád veselá a usměvavá, to ano, taky si začala více prozpěvovat. Největší problém byl, když začala schovávat věci. Měl jsem problém najít svou peněženku, žehličku a dokonce začala schovávat jídlo do různých škvír mezi nábytkem. Když už se její stav výrazně zhoršil, musel jsem jí pořád hlídat. Párkrát se mi stalo, že jsem jí nevěnoval dost pozornosti, když jsem vařil nebo šel zrovna na záchod a ona mi utekla. Několikrát jí hledala i policie, vždy jí ale rychle našla a nikdy se jí nic nestalo.*“ Jelikož byla péče o pacientku čím dál více náročnější, obrátil se manžel na domov pro seniory. „*Já už to nadále nezvládal, navíc mám teď nějaké zdravotní problémy a péče o manželku mě dost zmáhá. Taky mám strach, aby se jí něco nestalo, když začala utíkat z domu.*“

- **Užívané léky:**

<i>Název léku</i>	<i>Forma</i>	<i>Síla</i>	<i>Dávkování</i>	<i>Skupina</i>
Memantine Vipharm	TBL	20 mg	1-0-0-0	psychostimulanty
Prestarium neo	TBL	5 mg	1-0-0-0	antihypertenziva
Derin	TBL	25 mg	0-1-4-0	antipsychotika

SITUAČNÍ ANALÝZA ZE DNE 29. 1. 2019

Pacientka ve věku 74 let byla přijatá do domova pro seniory se zvláštním režimem z důvodu pokročilé Alzheimerovy demence. Pacientka byla umístěna do rezidenční péče svým manželem, který již nezvládá o ni sám pečovat. Manžel pacientky udává zhoršení **dezorientace v prostoru, čase i osobou**, provázené **zhoršením paměti**, což se potvrdilo při vyhodnocení MMSE testu, v kterém pacientka získala 6 bodů, což představuje těžkou kognitivní poruchu. Taktéž manžel znepokojeně udává, stále častější útky pacientky z rodinného domu, kde s manželem bydlí. S pacientkou je velmi **omezená a obtížná komunikace**, která je bezobsažná v projevu. U pacientky převažuje dobrá nálada, provázená ustavičným smíchem a zpěvem.

Jen velmi zřídka se **objevují náznaky agresivity**. Jelikož pacientka nepocituje potřebu žízně, **málo pije** a tudíž, je za potřebí, dbát na zvýšený pitný režim. V důsledku **celkové inkontinence** pacientky je využito plenkových kalhotek. Pacientka po večerním uložení do postele velice rychle usne, avšak v noci **bloumá po pokoji**.

V testu ADL neboli základních všedních aktivit představovalo skóre 30 bodů, což znamená, že pacientka je plně závislá na **pomoci při osobní hygieně, oblékání a jídle**. TK, P a saturaci O₂ má pacientka v normě. TT je 36,5 °C. Vyhodnocen test se zaměřením na vznik dekubitů s výsledkem 25 bodů, tedy hrozí **potencionální riziko vzniku dekubitů**. Nadále proveden test odhalující možné riziko pádu s výsledkem 11 bodů, což odpovídá **střednímu riziku pádu**. Vlivem poruchy kognitivních funkcí dochází k sníženému sociálnímu kontaktu pacientky, je zde také viditelná **deprivace osobnosti**.

STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ DLE NANDA I TAXONOMIE II (2015-2017) A USPOŘÁDÁNÍ DLE PRIORIT

Ošetrovatelské diagnózy byly stanoveny 29. 1. 2019 při rozhovoru s pacientkou, jejím manželem a na základě jejich problémů z údajů získaných podle hodnotících škál. Ke stanovení ošetrovatelských diagnóz byla využita také zdravotnická dokumentace.

Aktuální diagnózy sestavené dle priorit

1. 00020 Funkční inkontinence moči
2. 00129 Chronická zmatenost
3. 00051 Zhoršená verbální komunikace
4. 00131 Zhoršená paměť
5. 00102 Deficit sebepěče při stravování
6. 00108 Deficit sebepěče při koupání
7. 00109 Deficit sebepěče při oblékání
8. 00095 Porušený spánek
9. 00053 Společenská izolace
10. 00154 Potulka
11. 00099 Neefektivní udržování zdraví

Potencionální diagnózy

1. 00028 Riziko sníženého objemu tekutin
2. 00155 Riziko pádu
3. 00249 Riziko dekubitu
4. 00138 Riziko násilí vůči druhým

Ošetrovatelské diagnózy, které se týkají Alzheimerovy nemoci, zasahují do všech rovin lidského života. Ovlivňují nejen samotného pacienta, ale také jeho rodinu a příbuzné. Z tohoto důvodu byly v rámci zpracování bakalářské práce vybrány pouze tři aktuální ošetrovatelské diagnózy ze dne 29. 1. 2019, které byly seřazeny dle priorit pacientky a podrobně rozpracovány.

1. 00020 Funkční inkontinence moči
2. 00129 Chronická zmatenost
3. 00051 Zhoršená verbální komunikace

FUNKČNÍ INKONTINENCE MOČI (00020)

Doména 3: Vylučování a výměna

Třída 1: Funkce močového systému

Definice: „Neschopnost normálně kontinentní osoby dojít na toaletu včas tak, aby nedošlo k neúmyslnému úniku moči.“ (NANDA, 2015-2017, s. 161).

Související faktory:

- Alterace kognitivních funkcí
- Psychická porucha

Určující znaky:

- Inkontinence moči v ranních hodinách
- Neschopnost vědomě potlačit či zahájit močení

Priorita: *Střední*

Krátkodobý cíl: Pacientka bude znát umístění toalety do 1 dne.

Očekávané výsledky:

- Pacientka ví, kde se nachází toaleta do 1 dne.

- Pacientka rozumí režimu pravidelné návštěvy toalety do 1 dne.
- U pacientky se omezilo pomočování, užití dvou plen místo 4 do 1 dne.

Ošetrovatelské intervence:

1. Vezmi v úvahu užívané léky – provede všeobecná sestra, praktická sestra, ihned
2. Urči pacientce časové intervaly, v kterých bude doprovázena na toaletu – provede všeobecná sestra, praktická sestra, do 15 minut
3. Připomínej pacientce v průběhu návštěvy toalety, co se děje a kdy se bude návštěva toalety opakovat – provede všeobecná sestra, praktická sestra, průběžně
4. Zvol vhodné oblečení pacientky – provede všeobecná sestra, praktická sestra, do 10 minut
5. Zajisti denní příjem tekutin aspoň 2000 ml – provede všeobecná sestra, praktická sestra, do 20 minut
6. Zhodnoť po každé návštěvě toalety pokrok pacientky - provede všeobecná sestra, praktická sestra
7. Vše průběžně zaznamenávej do ošetrovatelské dokumentace – provede všeobecná setra, praktická sestra

Realizace: dne 29. 1. 2019

- 6:00 – předání pacientky sestrou z noční služby
- 6:15 – provedena ranní hygiena, zvoleno vhodné oblečení a podána předepsaná medikace, dle ordinace lékaře
- 6:30 – první návštěva toalety, kdy byl pacientce vysvětlen průběh úkonu. Pacientce byly sundány plenkové kalhotky a poté byla posazena na toaletu, kde se vyprázdnila. Neustálá potřeba slovního vedení v průběhu používání toalety a dostatek časového prostoru.
- 8:30 – druhá návštěva toalety, kdy byl pacientce znovu vysvětlen průběh úkonu. Pacientka si byla schopna sundat pouze kalhoty, plenkové kalhotky jí byly sundány,

poté se se slovním vedením posadila na toaletu. Pacientka se po dostatečném časovém prostoru vyprázdnila.

- 10:30 – třetí návštěva toalety, kdy si pacientka již sama sundala plenkové kalhotky a posadila se na toaletu. Pacientka se nevyprázdnila. Aktivně nabízeny tekutiny.
- 12:15 – čtvrtá návštěva toalety, kdy se pacientka sama svlékla a usadila na toaletu. V tuto chvíli nebyla potřeba slovního vedení, pacientka se zdá v užívání toalety jistější. Pacientka se vyprázdnila.
- 13:45 – pátá návštěva toalety, kdy se pacientka také již sama svlékla a usadila na toaletu. Vyprázdnění pacientky bylo úspěšné.
- 13:55 – rozloučení se s pacientkou, předání získaných informací sestře

Hodnocení: dne 29. 1. 2019

Krátkodobý cíl byl splněn. Pacientka ví, kde se nachází toaleta, rozumí její návštěvě a její pomočování se omezilo z použití čtyř plen na pleny dvě.

CHRONICKÁ ZMATENOST (00129)

Doména 5: Percepce/kognice

Třída 4: Kognice

Definice: „Nezvratná dlouhotrvající nebo progresivní deteriorace intelektu a osobnosti charakterizována sníženou schopností interpretovat podněty z okolí a sníženou kapacitou myšlenkových procesů, což se projevuje poruchami paměti, orientace a chování“ (NANDA, 2015-2017, s. 227).

Související faktory:

- Alzheimerova nemoc

Určující znaky:

- Pozměněná interpretace

- Změny osobnosti
- Změny v dlouhodobé a krátkodobé paměti
- Narušená socializace

Priorita: *Střední*

Krátkodobý cíl: Pacientka se orientuje v uložení svých osobních věcí do 1 dne.

Očekávané výsledky:

- Pacientka má nastavený denní režim, který je srozumitelný do 1 dne.
- Pacientka se orientuje v uložení svých osobních věcí a prostoru do 1 dne.
- Pacientka je klidná a ošetrovatelská péče je prováděna za spolupráce pacientky do 1 dne.

Ošetrovatelské intervence:

1. Nastav denní režim, tak aby byl zvládnutelný a srozumitelný pro pacientku samotnou a snadno udržitelný pro personál – provede všeobecná sestra, praktická sestra, ihned
2. Zjistí rituály pro pacientku důležité rozhovorem s rodinou – provede všeobecná sestra, praktická sestra, do 2 hodin
3. Zajisti uspořádání osobních věcí, tak aby zůstávaly vždy na stejném místě, pro lepší orientaci pacientky – provede všeobecná sestra, praktická sestra, do 1 hodiny
4. Nauč pacientku, kde se její osobní věci nacházejí – provede všeobecná sestra, praktická sestra, během dne
5. Komunikuj o průběhu ošetrovatelské péče s pacientkou, udržuj orientaci v realitě (prostor, čas) – provede všeobecná sestra, praktická sestra, vždy
6. Vše průběžně zaznamenávej do ošetrovatelské dokumentace – provede všeobecná sestra, praktická sestra

Realizace: dne 29. 1. 2019

- 6:00 – předání směny noční službou, seznámení se s pacientkou a jejím zdravotním stavem
- 6:15 – ranní hygiena, kdy se slovním vedením byla pacientka vedena k aktivní spolupráci při plnění ranní hygieny a oblékání
- 7:00 – pacientce byla podána snídaně, během které jí byl sdělen denní program
- 7:45 – pacientka byla provedena po svém pokoji, kdy jí bylo ukázáno uložení jejich osobní věci, pomůcek k hygieně a oblečení
- ošetrovatelský personál byl seznámen s uspořádáním věcí pacientky a nastavením denního režimu, bylo apelováno na dodržování umístění věcí a denního režimu.
- 10:00 – pacientce byla podána svačina, poté pacientce bylo znovu ukázáno umístění jejich osobních věcí, po kterém následovalo kontrolní dotazování, zda si je vědoma, kde se vybrané osobní věci nachází
- proběhla konverzace s pacientkou o její rodině, oblíbených činnostech, prohlížení rodinných fotografií
- byla vyjádřena psychická podpora a porozumění, pro zlepšení pocitu bezpečí a jistoty
- pro ověření bylo znovu provedeno kontrolní dotazování, kdy pacientka byla schopna pouze částečně ukázat místa uložení jejich osobních věcí
- vše bylo zapsáno do ošetrovatelské dokumentace
- 13:55 – rozloučení se s pacientkou a předání získaných informací sestře

Hodnocení: 29. 1. 2019

Krátkodobý cíl byl částečně splněn. Pacientka má během jednoho dne nastavený denní režim tak, aby byl pro ni srozumitelný a snadno udržitelný. Ve svých osobních věcech a prostoru svého pokoje se lépe orientuje, ovšem pamatuje si pouze uložení často používaných osobních věcí, jako jsou dioptrické brýle, hřeben, mýdlo, fotografie pacientky s manželem a plyšový medvěd. Pacientka je klidná a spolupracuje při aktivitách denního režimu. Nadále se pokračuje v ošetrovatelských intervencích 4 a 5.

ZHORŠENÁ VERBÁLNÍ KOMUNIKACE (00051)

Doména 5: Percepce/kognice

Třída 4: Komunikace

Definice: „Snížená, zpožděná či neexistující schopnost přijímat, zpracovat, vysílat nebo využít systém symbolů“ (NANDA, 2015-2017, s. 234).

Související faktory:

- Fyziologický stav
- Překážky okolního prostředí
- Vývojové změny
- Emocionální narušení

Určující znaky:

- Potíže porozumět komunikaci
- Potíže s tvorbou vět
- Potíže se selektivní pozorností
- Dezorientace osobou, místem a časem

Priorita: *Střední*

Krátkodobý cíl: Pacientka prokáže zlepšení orientace osobou, místem a časem do 1 dne.

Očekávané výsledky:

- Pacientka bude schopná odpovědět na základní údaje týkající se jejího jména, věku, místa kde se nachází do 1 dne.
- Pacientka se bude aktivně zapojovat do konverzace do 1 dne.
- Pacientka se zlepší v udržení pozornosti a soustředění během komunikace a ošetrovatelské péče do 1 dne.

Ošetrovatelské intervence:

1. Zhodnot' duševní stav pacientky, rozsah poruchy myšlení a paměť – provede všeobecná, praktická sestra, do 30 minut
2. Pomoz pacientce se zorientovat v prostoru, čase i osobou - provede všeobecná, praktická sestra, do 1 dne
3. Posud' výskyt halucinací, bludů či paranoidních projevů provede všeobecná, praktická sestra, ihned
4. Sleduj chování pacientky vůči ostatním pacientům a hlavně vůči sobě samé - provede všeobecná, praktická sestra, v průběhu dne
5. Udržuj harmonické klidné prostředí bez rušivých elementů - provede všeobecná, praktická sestra, průběžně
6. Používej při konverzaci otázky a příkazy formulované v jednotlivých srozumitelných větách - provede všeobecná, praktická sestra, vždy
7. Vyvaruj se negativní kritiky, provokativních podnětů, které by mohly být příčinou agresivního chování či emocionálního rozpoložení pacientky - provede všeobecná, praktická sestra, vždy
8. Zaznamenávej pravidelně všechny informace do ošetrovatelské dokumentace - provede všeobecná, praktická sestra

Realizace: dne 29. 1. 2019

- 6:00 – předání pacientky sestrou z noční služby, seznámení se s pacientkou a jejím zdravotním stavem
- 6:45 – po ranní hygieně, návštěvě toalety byla pacientka usazena ke stolu a připravena na snídani, kdy jsem se pacientce představila a sdělila jí, že spolu strávíme větší část den
- bylo zajištěno klidné prostředí bez rušivých elementů

- 8:00 – byla zahájena konverzace s pacientkou, kdy byly pokládány jednoduše formulované dotazy na její jméno, místo, kde se nachází, rodinu - při konverzaci byly také využity její rodinné fotografie se jmény blízkých pro lepší orientaci
- v průběhu konverzace jsem sledovala psychický stav pacientky při rozpomínání si na svou rodinu
- 10:15 – jméno pacientky, rodinných příslušníků byly připomenuty a opakovány, pacientka aktivně zapojena do konverzace
- 12:30 – po obědě byla pacientka uložena do postele, kdy jí byly ukazovány fotografie a popisovány, pacientka poté klidně usnula
- všechny získané informace byly zapsány do ošetrovatelské dokumentace
- 13:55 – rozloučení se s pacientkou a předání získaných informací sestře

Hodnocení: 29. 1. 2019

Krátkodobý cíl byl splněn. Pacientka byla schopná na dotázání odpovědět své jméno, místo, kde se nachází a byla schopna rozeznat blízké členy rodiny. Aktivně se zapojovala do konverzace a byla po celou dobu klidná a soustředěná.

CELKOVÉ HODNOCENÍ REALIZOVANÉ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

74 letá pacientka byla přijata do ústavní péče domova pro seniory v únoru roku 2017 s hlavní diagnózou Alzheimerova demence. Realizace proběhla dne 29. 1. 2019. Stav pacientky prokázal mírné zlepšení v oblasti inkontinence a verbální komunikaci. Na základě zjištěných ošetřovatelských problémů bylo stanoveno celkem 11 ošetřovatelských diagnóz, které byly seřazeny dle priorit a potřeba pacientky. Z ošetřovatelských diagnóz byly vybrány tři, které jsou dále detailně rozpracované. U třech vybraných diagnóz byl stanoven jeden krátkodobý cíl, očekávané výsledky a ošetřovatelské intervence. Dle ošetřovatelských intervencí byla realizována individuální ošetřovatelská péče.

První stanovenou ošetřovatelskou diagnózou byla Funkční inkontinence moči, která spolu s její hlavní diagnózou pacientce způsobovala únik moči během dne. Krátkodobý cíl, který představoval znalost umístění toalety, byl splněn. Pacientka také porozuměla režimu pravidelné návštěvy toalety a díky těmto pravidelným návštěvám se omezilo pomočování.

Jako druhá byla určena ošetřovatelská diagnóza Chronická zmatenost. Pacientka trpící Alzheimerovou chorobou prokazuje změny v dlouhodobé i krátkodobé paměti, kdy si nedokáže zapamatovat denní režim a uložení svých osobních věcí. Stanovený krátkodobý cíl byl částečně splněn, pacientce se během jednoho dne nastavil denní režim tak, aby byl ustálený, srozumitelný a snadno udržitelný pro ošetřovatelský personál. Nepodařilo se ovšem pacientce dostatečně vštípit místa uložení jejich osobních věcí. Pacientka si pamatuje uložení pouze často používaných předmětů, jako jsou dioptrické brýle, hřeben, mýdlo, plyšový medvěd a fotografie pacientky s manželem, která je umístěna v její blízkosti na nočním stolku. Proto je nadále zapotřebí pokračovat v nastavených intervencích 3, 4, 5 a 6.

Třetí a zároveň poslední stanovenou ošetřovatelskou diagnózou byla Zhoršená verbální komunikace. S progredujícím onemocněním a nedostatkem komunikace byla pacientka stále více dezorientována osobou, místem i časem. Krátkodobý cíl, jenž spočíval ve zlepšení orientace osobou a místem byl splněn. Pacientka po celodenní konverzaci týkající se jí samotné, místa, kde se nachází a její rodiny byla schopna uvést své jméno, místo kde se v současnosti vyskytuje a pojmenovat blízké členy rodiny po ukázání fotografií.

6.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Pro správou péči o osobu trpící Alzheimerovou nemocí, je důležitá péče, která by měla mít komplexní charakter. Celková ošetrovatelská péče by měla být propojena zároveň s léčbou farmakologickou, vhodnou rehabilitací, psychoterapií a socioterapií. Měli bychom mít na paměti, že nedílnou složkou je zapojení rodinných příslušníků do léčby samotné. Současně bychom měli myslet na to, že mnohokrát léčbu a podporu nepotřebuje jen osoba trpící Alzheimerovou nemocí, ale i rodina o ně pečující.

Přínosem k samotné léčbě osob s Alzheimerovou nemocí by byl odborný dohled a pomoc, co se týče ošetrovatelské a lékařské péče. Dohled specializovaných pracovníků by byla pomoc, jež by usnadnila péči a ulevila tak pečujícím rodinám. Základem rodiny, která pečuje o svého blízkého s Alzheimerovou nemocí, je správná a komplexní edukace. Důležitou roli v této oblasti má zejména všeobecná sestra, která by měla informovat pacienta a rodinu o možných sdruženích, stacionářích či organizacích, které se věnují problematice tohoto onemocnění a nabízejí pomocnou ruku.

Velmi dobře známé sdružení je Alzheimerovská společnost, která napomáhá rodinám pečujícím o takto nemocného pacienta. Alzheimerovská společnost vytváří různé edukační programy pod vedením vyškoleného personálu, poskytuje odborné konzultace, zprostředkovává výměnu informací, zkušeností, radostí i strastí, se kterými se pečující rodiny potýkají.

DOPORUČENÍ PRO VŠEOBECNÉ SESTRY

- Empatický a individuální přístup k pacientům a jejich rodinám
- Vést komunikaci s pacientem tak, aby z důvodu jeho onemocnění porozuměl daným úkonům
- Poskytnutí informací pacientům a jejich rodinám v dostatečném množství
- Edukace pacienta a jeho rodiny o možnostech sdružení, organizací a stacionářů zabývajících se touto problematikou

DOPORUČENÍ PRO RODINU PACIENTA

- Znalost základních informací o dané nemoci
- Aktivně se zapojit do léčby a následné péče
- Informovat se o podpůrných sdruženích, organizacích a stacionářích
- Neobávat se svých emocí, které se během péče o svého blízkého objeví
- Naučit se trpělivosti
- Pokusit se navodit v rodině příjemnou atmosféru založenou na pocitu bezpečí, jistoty a lásky
- V případě velké psychické zátěži se nebát požádat o pomoc
- Najít si čas na sebe a své záliby

MOŽNOSTI SLUŽEB A PORADENSTVÍ PRO MORAVSKOLEZSKÝ KRAJ

Péče o pacienty s problematikou Alzheimerovy nemoci není v Moravskoslezském kraji dostatečně rozvinutá, tak jako v jiných krajích České republiky. Dostupné možnosti pomoci, při vypořádávání se s touto nemocí, není v Moravskoslezském kraji tolik v podvědomí veřejnosti a mnohdy tak rodiny nevědí, kam se pro odbornou pomoc obrátit. Zde jsou proto uvedeny některé z možností služeb:

- Charita Opava, denní stacionář pro seniory (Opava)
- Charitní dům sv. Alžběty – denní centrum pro seniory (Ostrava-Bělský Les)
- Dům duševního zdraví – denní stacionář (Ostrava Poruba)
- SILOE, centrum denních služeb – denní stacionář (Ostrava, Nová Ves)
- Charitní centrum sv. Kláry – odborné sociální poradenství (Hrabyně)
- Charitní středisko sv. Kryštofa – mobilní hospic a ošetrovatelská služba (Ostrava)
- Charitní dům pokojného stáří sv. Františka – domov pro seniory (Bohumín)
- Charitní dům Salvator – domov se zvláštním režimem (Krnov)

- Charitní týdenní stacionář – týdenní stacionář (Frýdek-Místek)
- Charitní domov sv. Mikuláše – domov pro seniory (Ludgeřovice)
- Agentura sociální asistence Slunce – terénní odlehčovací služba (Ostrava)

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce s názvem „*Ošetrovatelský proces u pacienta s Alzheimerovou nemocí*“ objasňuje aktuálnost tohoto tématu a důležitost péče o pacienta trpící tímto onemocněním. Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. V teoretické části se definuje Alzheimerovo onemocnění, dále je zmíněna epidemiologie onemocnění, příčiny, klinický obraz nemoci, diagnostika a terapie. Pozornost je také věnována specifickým péči o pacienta a jeho rodinu.

V teoretické části byly stanoveny tři cíle, které byly splněny. První ze splněných cílů bylo zaměřit se na odborné informace získané z vybraných zdrojů, které se týkaly problematiky Alzheimerovy nemoci. Dalším úspěšně splněným cílem bylo popsat z vybraných zdrojů vznik onemocnění, příčiny, příznaky, stádia nemoci, diagnostiku a léčbu. Posledním a zároveň třetím splněným cílem teoretické části bylo popsat z vybraných zdrojů specifika péče o pacienta s Alzheimerovou nemocí a jeho rodinu.

Pro praktickou část byl určen pouze jeden cíl, který byl rovněž splněn. Cílem bylo zpracovat ošetrovatelský proces u pacienta s Alzheimerovou nemocí umístěného v seniorcentru. S pomocí NANDA I taxonomie II 2015-2017 byly stanoveny ošetrovatelské diagnózy a cíle, které byly převážně splněny na základě plánu ošetrovatelské péče a jeho realizace. V závěru praktické části jsou stručně formulovány doporučení pro praxi.

Dostatečná znalost dané problematiky, projevů nemoci, léčby a specifík ošetrovatelské péče je důležitým prvkem ve zvyšování kvality péče o pacienty trpící takto závažným onemocněním jako je Alzheimerova nemoc.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BAREŠ, M., 2011. Diagnostika a klinické příznaky Parkinsonovy nemoci. *Neurologie pro praxi*. č. 1, s. 22–24. ISSN 1213-1814.

BARTOŠ, A. a M. HASALÍKOVÁ, 2010. *Poznejte demenci správně a včas*. Praha: Mladá fronta a.s., 181. s. ISBN 978-80-204-2282-8.

BURDA, P. a L. ŠOLCOVÁ, 2016. *Ošetrovatelská péče: pro obor ošetrovatel*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5334-8.

BURNS, A. a S. ILIFFE, 2009. *Alzheimer's Disease*. theBMJ, 338 s. Dostupné z: <https://doi.org/10.1136/bmj.b158.2019.02.21>

ELIAS, P. K. et al., 2004. Blood pressure - related cognitive decline: *Does age make a difference?*, *Hypertension* (44), s. 631-636. Dostupné z: <https://ahajournals.org/doi/10.1161/01.HYP.0000145858.07252.99>.

FAXEN-IRVING, G. et al., 2005. Nutritional and cognitive relationships and long-term mortality in patients with various dementia disorders. *Age Ageing*, S. 136-141. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/ageing/afi023>

FLEMINGER, S. et al., 2003. Head injury as a risk factor for Alzheimer's disease: the evidence 10 years on; a partial replication. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, s. 857-862. Dostupné z: <https://dx.doi.org/10.1136/jnnp.74.7.857>

GLENNER, Joy A., 2012. *Péče o člověka s demencí*. Praha: Portál. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-262-0154-0.

HÁJKOVÁ, L. a kol., 2016. *Komplexní péče o lidi s demencí*. 1. vydání. Praha: Česká alzheimerská společnost, o.p.s., 40 s. ISBN 978-80-86541-48-8.

HAŠKOVCOVÁ, H., 2010. *Fenomén stáří*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Havlíček Brain Team, 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9.

HOLMEROVÁ, I. a M. MÁTLOVÁ, 2016. *Na pomoc pečujícím rodinám*. 11. vydání. Praha: Česká alzheimerovská společnost, o.p.s., 30 s. ISBN 978-80-86541-49-5.

HROZENSKÁ, M. a D. DVOŘÁČKOVÁ, 2013. *Sociální péče o seniory*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 192 s. ISBN 978-80-247-4139-0.

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

JIRÁK, R. a kol., 2013. *Gerontopsychiatrie*. 1. vydání. Praha: Galén, s. 69-71. ISBN 978-80-7262-873-5.

KALVACH, Z., 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2490-4.

KLUCKÁ, J. a P. VOLFOVÁ, 2016. *Kognitivní trénink v praxi*. 2., rozšířené vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5580-9.

KUMAR, V. et al., 2017. *Robbins basic pathology*. London: Elsevier-Health Sciences. ISBN 978-03-233-5317-5.

LA TOURELLE, M., 2016. *Dar jménem Alzheimer: nové náhledy na potenciál Alzheimerovy choroby a její léčby*. Praha: Dobrovský. ISBN 978-80-7390-308-4.

LEIST, K., 2014. *Health and cognition in old age: from biomedical and life course factors to policy and practice*. New York: Springer. ISBN 978-3-319-06649-3.

MACE, L. a V. RABINS, 2018. *Alzheimer: rodinný průvodce péčí o nemocné s Alzheimerovou chorobou a jinými demencemi*. Praha: Stanislav Juhaňák - Triton. ISBN 978-80-7553-583-2.

NANDA INTERNATIONAL, 2015. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2015-2017*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-9009-6.

NIU, H., et al., 2017. Prevalence and incidence of Alzheimers disease in Europe: A metaanalysis. *Neurologia*. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2016.02.016>.

PETERS, R. et al., 2008. *Smoking, dementia and cognitive decline in the erderly, a systematic review*. London: BMC Geriatrics. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/1471-2318-8-36>.

REGNAULT, M., 2011. *Alzheimerova choroba*. 1. vydání. Praha: Portál, s. 119. ISBN 978-80-262-0010-9.

SLEZÁKOVÁ, Z., 2014. *Ošetrovatelství v neurologii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4868-9.

SVOBODA, M., P. HUMPOLÍČEK a V. ŠNOREK, 2013. *Psychodiagnostika dospělých*. 1. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0363-6.

ŠTOCHL, J., 2008. *Structure of motor symptoms of Parkinson's disease*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1403-8.

TAYLOR, R., 2015. *Život s Alzheimerem: autentické svědectví: pohled do srdce, duše a mysli člověka, který žije s Alzheimerovou chorobou*. Praha: Ikar. ISBN 978-80-249-2684-1.

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

VOKURKA, M., a J. HUGO, 2009. *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-807-3452-025.

VOKURKA, M. a J. HUGO, 2016. *Praktický slovník medicíny*. 11 aktualizované vydání. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-464-7.

WEINER, F. M. a M. A. LIPTON, 2009. *The American Psychiatric Publishing Textbook of Alzheimer Disease and Other Dementias*. Texas: American Psychiatric Pub. Dostupné z: <https://doi.org/10.1176/appi.books.9781585628940>.

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

PŘÍLOHY

Příloha A – Barthelové test základních všedních činností - ADL.....	I
Příloha B – Test kognitivních funkcí Mini Mental Exam (MMSE).....	II
Příloha C – Stupnice dle Nortonové – riziko vzniku dekubitů.....	III
Příloha D – Hodnocení rizika pádu dle Conleyové.....	IV
Příloha E – Test kognitivních funkcí list první.....	V
Příloha F - Test kognitivních funkcí list druhý.....	VI
Příloha G - Test kognitivních funkcí list třetí.....	VII
Příloha H – Žádost o umožnění sběru dat.....	VIII
Příloha I – Rešeršní protokol.....	IX
Příloha J – Čestné prohlášení.....	X

Příloha A

- **BARTHELOVÉ TEST ZÁKLADNÍCH VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ - ADL**

1. <i>Najedení, napití</i>	s pomocí	5 bodů
2. <i>Oblékání</i>	neprovede	0 bodů
3. <i>Koupání</i>	neprovede	0 bodů
4. <i>Osobní hygiena</i>	neprovede	0 bodů
5. <i>Kontinence moči</i>	trvale inkontinentní	0 bodů
6. <i>Kontinence stolice</i>	trvale inkontinentní	0 bodů
7. <i>Použití WC</i>	s pomocí	5 bodů
8. <i>Přesun lůžko-židle</i>	samostatně bez pomoci	10 bodů
9. <i>Chůze po rovině</i>	samostatně nad 50m	10 bodů
10. <i>Chůze po schodech</i>	neprovede	0 bodů

Výsledek testu: **30 bodů – úplná závislost**

Hodnocení:

0-40 bodů: vysoká závislost v bazálních všedních činnostech

41-60 bodů: závislost středního stupně

61-95 bodů: závislost lehčího stupně

100 bodů: nezávislost

Zdroj: KALVACH, Z., 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2490-4.

Příloha B

- **TEST KOGNITIVNÍCH FUNKCÍ- MINI MENTAL EXAM - (MMSE)**

1. Orientace	1 bod
2. Paměť	0 bodů
3. Pozornost a počítání	0 bodů
4. Krátkodobá paměť	3 body
5. Komunikace, řeč a konstruktivní schopnosti	2 body

Výsledek testu: **6 bodů – těžká kognitivní porucha**

Hodnocení:

0-10 bodů: těžká kognitivní porucha

11-20 bodů: kognitivní porucha středního stupně

21-23 bodů: lehká kognitivní porucha

24 a více bodů: norma

Zdroj: KALVACH, Z., 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2490-4.

Příloha C

- **STUPNICE DLE NORTONOVÉ – RIZIKO VZNIKU DEKUBITŮ**

1. <i>Schopnost spolupráce</i>	částečná	2 body
2. <i>Věk</i>	60 let a více	1 bod
3. <i>Stav pokožky</i>	normální	4 body
4. <i>Závažnost dalších onemocnění</i>	mírná	3 body
5. <i>Tělesný stav</i>	dobrý	4 body
6. <i>Stav vědomí</i>	zmatený	2 body
7. <i>Pohyblivost</i>	úplná	4 body
8. <i>Inkontinence</i>	stolice i moč	1 bod
9. <i>Aktivita</i>	chodí	4 body

Výsledek testu:

25 bodů – existuje riziko

Hodnocení:

25-16 bodů: riziko vzniku dekubitů

15-12 bodů: střední riziko vzniku dekubitů

11-8 bodů: vysoké riziko vzniku dekubitů

7 a méně bodů: velmi vysoké riziko vzniku dekubitů

Zdroj: SLEZÁKOVÁ, Z., 2014. *Ošetřovatelství v neurologii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4868-9.

Příloha D

- **HODNOCENÍ RIZIKA PÁDU DLE CONLEYOVÉ**
- **upraveno Juráskovou 2006**

1. <i>DDD (dezorientace, demence, deprese)</i>		3 body
2. <i>věk 65 a více</i>		2 body
3. <i>pád v anamnéze</i>		0 bodů
4. <i>pobyt prvních 24hod. po přijetí na překladovém lůžku</i>		0 bodů
5. <i>zrakový sluchový problém</i>		0 bodů
6. <i>užívání léků (diuretika, sedativa, antihypertenziva, ...)</i>		1 bod
7. <i>soběstačnost</i>	<i>nesoběstačnost</i>	3 body
8. <i>schopnost spolupráce</i>	<i>částečná</i>	1 bod
9. <i>závratě</i>		0 bodů
10. <i>nucení na močení</i>		0 bodů
11. <i>buzení v noci</i>		1 bod

Výsledek testu: **11 bodů – střední riziko pádu**

Hodnocení:

0-4 bodů: bez rizika

5-13 bodů: střední riziko pádu

14-19 bodů: vysoké riziko pádu

Zdroj: KALVACH, Z., 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2490-4.

Test kognitivních funkcí

Mini-Mental State Examination (MMSE)



Jméno pacienta:

Datum vyšetření:

	1	2	3	4	5	6	7	8
den	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
měsíc	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
rok	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

I. Orientace

Každá správná odpověď se hodnotí 1 bodem. Pacient má na každou odpověď nejvíce 10 vteřin.

Kolikátého je dnes?

Který je dnes den v týdnu?

Který je měsíc?

Který je rok?

Které je roční období?

V jaké zemi se nacházíme?

Ve kterém okrese?

Ve kterém městě?

Jak se jmenuje tato nemocnice?

Na kterém jsme poschodí?

II. Zapamatování

Slova vystavuje pomalu a zřetelně, rychlostí asi jedno slovo za vteřinu. Pokud je pacient schopen slova opakovat, započítá se 1 bod za každé správně opávené slovo. Pokud si slova není schopen vybavit, opakuje je několikrát (nejvíce však ještě 5x), než se je pacient naučí. Jinak nete vyšetřovat položku „výbavnost“.

Nyní Vám vyjmenuji tři předměty. Pokuste se je opakovat po mně a zapamatovat si je. Za chvíli se vás na tato slova znovu zeptám.

lopata

šátek

váza

III. Pozornost a počítání

Za každou správnou odpověď započítá se 1 bod. Pokud pacient udělá chybu a dále odečítá správně, počítá se pouze jeho jediná chyba. (Maximálně 5 bodů)

Nyní prosím, odečítejte od 100 stále sedmičku. Až odečtete pětikrát za sebou, skončete.

100

93 M

86 R

79 K

72 O

65 P

Jestliže pacient tento úkol nedokáže nebo nechce provést, vyzvěte ho:

Hláskujte, prosím, pozpátku slovo POKRM po jednotlivých písmenech.

IV. Výbavnost

Za každou správnou odpověď započítá se 1 bod.

Nyní se pokuste vzpomenout na 3 slova, která jste si mě/a zapamatovat.

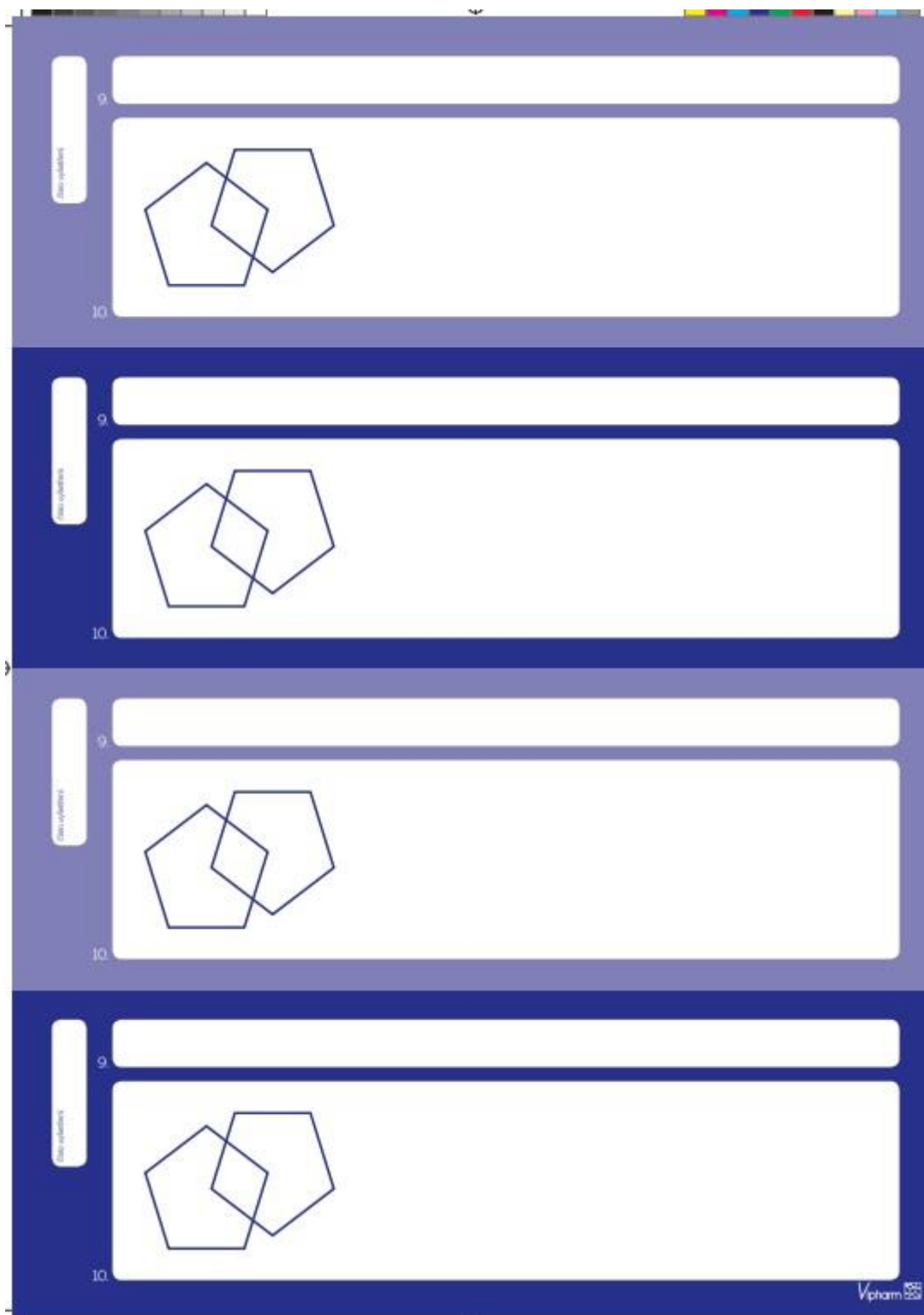
lopata

šátek

váza

Zdroj: Vipham reklamní tiskopis

Příloha F



Zdroj: Vipharm reklamní tiskopis

Příloha G

V. Pojmenování předmětu Za správnou odpověď započítáte 1 bod.	Ukažte náramkové hodinky Co je to? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ukažte tužku Co je to? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
VI. Opakování Za správnou odpověď započítáte 1 bod, přípustný je pouze jeden pokus.	Opakujte, prosím, po mně: „První pražská paroplavba“
VII. Třístupňový příkaz Položte před pacienta list papíru a dejte mu následující pokyn: Za každou správně provedenou činnost započítáte 1 bod.	Nyní vezměte tento papír do pravé ruky, přeložte ho na polovinu a položte na zem. Pravá ruka <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Přeložení na polovinu <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Položení na podlahu <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
VIII. Čtení a vykonání psaného příkazu Ukažte pacientovi spodní část tohoto testu s nápisem „Zavřete oči“ a vyzvěte ho. Pechte pacientovi 10 vteřin na provedení. Instrukci můžete opakovat nejvýše 3x. Započítáte 1 bod pouze, pokud pacient skutečně zavře oči.	Přečtěte, prosím, co je zde napsáno a udělejte to. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
IX. Psaní Dejte vyšetřovanému tužku a papír a vyzvěte jej. 1 bod započítáte, pokud má věta podmět (i nevyjádřený) a přísudek a dává smysl. V textu mohou být pravopisné chyby.	Napište, prosím, jakoukoliv větu. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
X. Obkreslení obrazce Dejte vyšetřovanému tužku a papír a vyzvěte jej. Započítáte 1 bod, pokud pacient nakreslí obrazec v časovém limitu do 1 minuty a ještě je jsou zachovány správné strany, počet úhů a překřížení. Třes ani rotace neudí.	Nakreslete obrázek co nejpřesněji podle předlohy. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Celkem: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

ZAVŘETE OČI!

Vipham 

Zdroj: Vipham reklamní tiskopis

Příloha H – Žádost o umístění sběru dat

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.

Duškova 7, 150 00 Praha 5



PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

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

Příjmení a jméno studenta	Natálie Kociánová	
Studijní obor	Všeobecná sestra	Ročník 3CVS
Téma práce	Ošetřovatelský proces u pacienta s Alzheimerovou nemocí	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	. SeneCura seniorcentrum Chrudim s.r.o.	
Jméno vedoucího práce	doc. PhDr. Jitka Němcová, Ph.D.	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	podpis <i>Němcová</i>
Souhlas náměstkyně pro ošetřovatelskou péči	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	podpis <i>Jol</i>

V Chrudimi dne 24. 6. 2019

...Kociánová?
podpis studenta



Ošetrovatelský proces u pacienta s Alzheimerovou chorobou

Klíčová slova:

Alzheimerova choroba, demence, terapie, ošetrovatelský proces, geriatric, stáří
Alzheimer's Disease, Dementia, Therapy, Nursing Process, Geriatrics

Rešerše č. 62/2018

Bibliografický soupis

Počet záznamů:	celkem 49 záznamů (vysokoškolské práce – 5, knihy – 24, ostatní – 20)
Časové omezení:	2009 – současnost
Jazykové vymezení:	čeština, slovenština, angličtina
Druh literatury:	vysokoškolské práce, knihy, články a příspěvky ve sborníku
Datum:	19. 11. 2018

Základní prameny:

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

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

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

V Praze dne 25. 11. 2019

.....
Natálie Kociánová