

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

## 3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

*Ústav ošetřovatelství*



**Miroslava Krajčová**

### **Ošetrovatelská péče o nemocného s Alzheimerovou chorobou**

*Nursing Care of the Patient with Alzheimer dementia*

*Bakalářská práce*

Praha, duben 2012

Autor práce: Miroslava Krajčová  
Studijní program: Ošetřovatelství  
Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra, kombinovaná forma

Vedoucí práce: **Mgr. Hana Svobodová**  
Pracoviště vedoucího práce: Univerzita Karlova v Praze,  
3.Lékařská fakulta,  
Ústav ošetřovatelství

Odborný konzultant: MUDr. Hana Henrychová  
Pracoviště konzultanta práce: Nemocnice s Poliklinikou Žatec,  
soukromá Psychiatrická ambulance

Předpokládaný termín obhajoby: červen 2012

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Prohlašuji, že odevzdaná tištěná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do Studijního informačního systému – SIS 3.LF UK jsou totožné.

V Praze dne 7.května 2012

Miroslava Krajčová

## **Poděkování**

Děkuji konzultantům Mgr.Haně Svobodové za metodickou pomoc, pochopení, spolupráci a trpělivost při vypracování této bakalářské práce a MUDr.Haně Henrychové za odbornou konzultaci, cenné informace a připomínky.

# Obsah

<b>OBSAH</b> .....	- 5 -
<b>ÚVOD</b> .....	- 7 -
<b>1. ALZHEIMEROVA CHOROBA - TEORIE</b> .....	- 8 -
1.1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE CNS .....	- 9 -
1.2 PATOFYZIOLOGIE NEMOCI .....	- 10 -
1.3 DIAGNOSTIKA ALZHEIMEROVY CHOROBY .....	- 11 -
1.3.1 Varovné příznaky Alzheimerovy choroby (Aleš BARTOŠ, Martina HASALÍKOVÁ, Poznej demenci správně a včas-příručka pro klinickou praxi, 2010) .....	- 13 -
1.4 KLINICKÝ OBRAZ .....	- 14 -
1.5 STÁDIA ALZHEIMEROVY CHOROBY .....	- 15 -
1.6 TERAPIE ALZHEIMEROVI CHOROBY .....	- 17 -
1.7 RIZIKOVÉ FAKTORY ALZHEIMEROVY CHOROBY .....	- 18 -
1.8 PREVENCE .....	- 19 -
1.9 FORENZNÍ ASPEKTY .....	- 19 -
<b>2. OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE</b> .....	- 21 -
2.1 KVALITA ŽIVOTA NEMOCNÉHO .....	- 21 -
2.2 OSOBNOST PEČOVATELE .....	- 22 -
<b>3. ZÁKLADNÍ ÚDAJE O NEMOCNÉM</b> .....	- 24 -
3.1 VÝPIS Z LÉKAŘSKÉ DOKUMENTACE .....	- 24 -
3.2 ÚDAJE Z LÉKAŘSKÉ ZPRÁVY (PSYCHIATRIE) .....	- 25 -
3.3 NYNĚJŠÍ TERAPIE .....	- 26 -
<b>4. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST</b> .....	- 28 -
4.1 STRUČNÁ CHARAKTERISTIKA OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU .....	- 28 -
4.2 PŘÍNOS OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU .....	- 28 -
4.3 FÁZE OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU .....	- 29 -
4.3.1 Ošetřovatelská anamnéza – zhodnocení pacienta – „kdo je můj pacient“ .....	- 29 -
4.3.2 Stanovení ošetřovatelské diagnózy – problém, potřeba – „co ho trápí“? .....	- 29 -
4.3.3 Zpracování ošetřovatelského plánu – ošetřovatelské péče – „co pro něj mohu udělat“? .....	- 29 -
4.3.4 Realizace - intervence .....	- 30 -
4.3.5 Vyhodnocení poskytnuté ošetřovatelské péče – „pomohla jsem mu“? .....	- 30 -
4.4 MODEL „FUNGUJÍCÍHO ZDRAVÍ M.GORDONOVÉ“ .....	- 30 -
<b>5. OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA A HODNOCENÍ PACIENTA PODLE MODELU M.GORDONOVÉ</b> .....	- 32 -
5.1 VNÍMÁNÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU, AKTIVITY K UDRŽENÍ ZDRAVÍ .....	- 32 -
5.2 VÝŽIVA – METABOLISMUS .....	- 32 -
5.3 VYLUČOVÁNÍ .....	- 33 -
5.4 AKTIVITA – CVIČENÍ .....	- 33 -
5.5 SPÁNEK – ODPOČINEK .....	- 34 -
5.6 SMYSLOVÉ VNÍMÁNÍ –POZNÁVACÍ FUNKCE .....	- 34 -
5.7 SEBEPOJETÍ – SEBEÚCTA .....	- 34 -
5.8 PLNĚNÍ ROLÍ A MEZILIDSKÉ VZTAHY .....	- 35 -
5.9 SEXUALITA – REPRODUKČNÍ SCHOPNOST .....	- 35 -
5.10 STRES – REAKCE NA ZÁTĚŽOVÉ SITUACE, JEJICH ZVLÁDÁNÍ, TOLERANCE .....	- 35 -
5.11 VÍRA, PŘESVĚDČENÍ, ŽIVOTNÍ HODNOTY .....	- 35 -
<b>6. STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ</b> .....	- 36 -

6.1 DEFICIT SEBEPÉČE V HYGIENĚ Z DŮVODU SNÍŽENÍ PSYCHICKÝCH A FYZICKÝCH SCHOPNOSTÍ. -	
36 -	
6.2 DEFICIT SEBEPÉČE PŘI PŘÍJMU POTRAVY Z DŮVODU ZÁKLADNÍHO ONEMOCNĚNÍ .....	- 37 -
6.3 INKONTINENCE MOČI Z DŮVODU NARUŠENÉ SOBĚSTAČNOSTI V DŮSLEDKU ONEMOCNĚNÍ -	38 -
6.4 PORUCHA TĚLESNÉ HYBNOSTI, RIZIKO PORANĚNÍ V DŮSLEDKU ZHORŠENÍ MOBILITY .....	- 40 -
6.5 DEFICIT SPÁNKU V DŮSLEDKU SPÁNKOVÉ INVERZE.....	- 41 -
6.6 OBČASNÁ DEZORIENTACE V MÍSTĚ A V ČASE Z DŮVODU ZÁKLADNÍHO ONEMOCNĚNÍ .....	- 42 -
6.7 RIZIKO PORUCHY KOŽNÍ INTEGRITY Z DŮVODU INKONTINENCE .....	- 43 -
6.8 OBČASNÁ AGRESIVITA A PODRÁŽDĚNOST V DŮSLEDKU DEMENCE .....	- 44 -
<b>7. EDUKACE RODINY V PÉČI O NEMOCNÉHO .....</b>	<b>- 45 -</b>
<b>S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU .....</b>	<b>- 45 -</b>
<b>8. ZÁVĚR.....</b>	<b>- 46 -</b>
<b>9. SEZNAM POUŽITÉ ODBORNÉ LITERATURY .....</b>	<b>- 48 -</b>
<b>10. SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....</b>	<b>- 51 -</b>
<b>11. SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>- 52 -</b>

## Úvod

Téma své bakalářské práce "Ošetřovatelská péče o nemocného s Alzheimerovou chorobou", jsem si vybrala na základě svého zájmu o tuto problematiku. Vystudovala jsem obor porodní asistentka a profesi jsem vykonávala 12let, poté odešla na mateřskou dovolenou a po 4,5 letech (nebylo možno se vrátit zpět na gynekologicko - porodnické oddělení) jsem nastoupila na interní oddělení jako staniční sestra. Zde jsem se vlastně poprvé setkala s Alzheimerovou chorobou a začala se zajímat o chorobu jako takovou se všemi jejími aspekty.

Studium na této fakultě bych ráda zakončila bakalářskou prací o Alzheimerově chorobě, která je bohužel v naší populaci značně rozšířená. Touto nemocí trpí každý 20-tý člověk starší 65let, po 80-tém roce již každý pátý. Dle odhadu WHO trpí tímto onemocněním v České republice cca 50 až 70 tisíc lidí a celkově 17 až 25 milionů lidí na světě.

Při shromažďování materiálů jsem zjistila, že informovanost o Alzheimerově chorobě je mezi veřejností mizivá, což mě velice znepokojuje. Všichni máme rodiče, sourozence, babičky, dědečky, kterých se to může týkat, nás nevyjímaje. Mělo by být v zájmu nás zdravotníků zasloužit se o větší propagaci a informovanost o této nemoci u nás i ve světě.

V mé práci se pokusím popsat jak teoretickou část - základy anatomie, klinický obraz, diagnostické metody, terapie, rizikové faktory, tak i část ošetřovatelskou o postiženém pacientovi touto chorobou v domácí péči, včetně edukace manželky, dětí a ošetřujícího personálu.

## 1. Alzheimerova choroba - teorie

Tato choroba je popisována jako "duševní porucha na organickém základě" (zánik a rozpad neobnovitelných mozkových buněk) projevující se demencí. Chorobu popsal na začátku 20.století německý neurolog A.Alzheimer a zjistil, že je spojená s oslabením enzymů cholinacetyltransferázy, které vytváří neurotransmitter acetylcholin a následkem toho dochází k degeneraci a mizení cholinergní nervové struktury. Patří k nejčastějším ze všech demencí. Od běžných neurofyziologických a psychických změn se liší tím, že jde o neurodegenerativní proces doprovázený vznikem patologických látek a procesů v nervových buňkách mozku, které pak v jeho důsledku zanikají. Zmíněné procesy postihují nejdříve takzvaně cholinergní systém, který je důležitý k zajištění kognitivních funkcí, pozornosti, paměti, schopnosti učení, a podobně.

Demenci můžeme rozdělit na

1. primární degenerativní demence, která je způsobena atrofickými a degenerativními změnami v mozku - sem patří Alzheimerova choroba, která tvoří 50 až 70% všech demencí.
2. vaskulární, jejíž příčinou jsou většinou drobné infarkty v různých oblastech mozku, mozkové krvácení, nebo difúzní porucha perfuze.
3. sekundární demence, kde jsou příčinou intoxikace, nádory mozku, úrazy (např. i alkoholismus, drogy, léky, AIDS). Některé endokrinní a metabolické poruchy, nebo infekční onemocnění CNS.
4. ostatní - kombinace několika onemocnění, které způsobují demenci (ZGOLA Jitka M., *Úspěšná péče o člověka s demencí*, 1999).

"Demencí rozumíme získanou a často progresivní poruchu kognitivních funkcí, které způsobují zhoršení sociálních, pracovních a běžných každodenních aktivit u člověka bez kvantitativní či kvalitativní poruchy vědomí. Demence je kromě kognitivních změn spojována i s behaviorálními a psychologickými symptomy demence (BPSD). K nejčastějším BPSD patří bludy, halucinace,



deprese, apatie, agresivita, poruchy spánku, poruchy příjmu potravy, poruchy motoriky a poruchy sexuálního chování".<sup>1</sup>

## 1.1 Anatomie a fyziologie CNS

Centrální nervový systém je vedle imunitního a endokrinního systému hlavním regulačním systémem pro udržení homeostázy, je tvořen mozkem a míchou a jeho jednotlivé části jsou propojeny vzestupnými a sestupnými drahami, které tvoří funkční systémy. Páteřní mícha je uložena v páteřním kanálu a je složena z šedé /neuronová těla/ a bílé hmoty /neuronové axony/ hmoty. Šedá hmota vytváří velké zadní, přední a malé postranní rohy míšni. Bílou hmotu tvoří vzestupné a sestupné dráhy spojující míchu s vyššími oddíly CNS. Funkce páteřní míchy spočívá hlavně v její účasti na motorice. Prodloužená mícha je pokračováním páteřní míchy. Valerův most - kdy prodloužená mícha přechází plynule ve Valerův most, kde jsou uložena jádra retikulární formace /RF/ a tato jádra produkují neurotransmitery. Mozkový kmen se skládá ze středního mozku, mozečku, který leží nad prodlouženou míchou a Valerovým mostem, podílí se na koordinaci pohybu. Další podíl má na udržení rovnováhy a tonusu kosterního svalstva. Mezi-mozek je tvořen dvěma útvary a to thalamy a hypothalamem. Thalamus je párový orgán. Jádra zpracovávají informace a přijímají podněty /zrak, chuť/. Hypothalamus je centrum vegetativních reakcí. Bazální ganglia jsou důležité podkorové struktury mající mnoho spojů s thalamem, hypothalamem, středním mozkem, retikulární formací a mozkovou kůrou. Jsou vlastně koordinačním pohybovým centrem. Pro jejich činnost je důležitý mediátor dopamin. Limbický systém se seskupuje okolo mozkového kmene. Skládá se ze dvou částí, korové a podkorové, kde leží amygdala ve Valerově mostě a podílí se na řízení emocí. Je též zdrojem agresivity, spolupracuje s hypothalamem. Při poruchách limbického systému dochází k psychosomatickým poruchám. Mozková kůra je nejmladší část nervové soustavy a vnímá, registruje a reguluje základní funkce organismu.

---

<sup>1</sup> ZGOLA Jitka M., *Úspěšná péče o člověka s demencí*, Grada publishing, 1999 , 1789.publikace, str 19, ISBN 80-247-0183-9.

Histologicky lze na mozku rozeznat 11 oblastí podle objevitele BRODMANOVY AREY (JURČOVIČOVÁ Jana, přednáška 2010). Základní strukturální a funkční jednotkou nervového systému je neuron, nervový systém člověka obsahuje okolo 15-ti miliard neuronů a 9-10x více gliových buněk. Přenosy nervových signálů zařizují neuroaktivní látky, mezi které řadíme např. GABA, serotonin, acetylcholin, dopamin.

## 1.2 Patofyziologie nemoci

Při Alzheimerově nemoci bylo prokázáno, že probíhají podobné změny, jako při stárnutí. Je tím myšleno -pokles hmotnosti a objemu mozku (váha může být redukována až pod 900g), snižuje se tloušťka mozkové kůry a dochází k rozšíření mozkových komor. Nejvíce změn bývá v okcipitálních a frontálních lalocích. Dochází odhadem k 5-ti % úbytku objemu bílé hmoty, šedá hmota ubývá podstatně pomaleji. Je to choroba neurodegenerativní, která se projevuje syndromem demence. Změny na mozku u většiny pacientů lze potvrdit zobrazovacími metodami (MRI, CT), nebo makroskopickým nálezem post mortem. Je zvláštností, že asi ve 40-ti % případů se makroskopický nález na mozku u lidí s demencí překrývá s nálezem stejně starých lidí nedementních. Při Alzheimerově nemoci dochází ke změnám dendritických systémů včetně synapsí a jsou to změny, které postihují kognitivní funkce. Tyto změny jsou jak regresivní, tak progresivní. Bylo zjištěno, že tvorba patologických proteinů  $\beta$ -amyloid, který je významným degenerativním proteinem, tvoří základ takzv. Alzheimerových plaků. Součástí membrán nervových buněk je bílkovina ze které  $\beta$ -amyloid vzniká a při Alzheimerově chorobě dochází k jejímu patologickému štěpení. Výzkumem bylo zjištěno, že Alzheimerova nemoc je heterogenní onemocnění a rozlišují se dvě základní formy - rané formy a formy pozdní.

Rané formy se projevují většinou ve věku do 60-ti let s průběhem 6 - 8 let. Forma pozdní se projevuje ve věku nad 60 let s průběhem v delším časovém

období, někdy i delší 10-ti let. U raných forem je popisováno, že jsou podmíněny poruchou na chromozomu 21, chromozomu 14 a chromozomu 1.

Pozdní forma je spojena se změnou na chromozomu 19 a s možnými mutacemi mitochondriální DNA. V dnešní současné době je popsáno 5 různých mutací APP genu, způsobující Alzheimerovu nemoc (KOUKOLÍK František, JIRÁK Roman, *Alzheimerova nemoc a další demence*, 1998).

### 1.3 Diagnostika Alzheimerovy choroby

Alzheimerova choroba probíhá většinou u různých lidí odlišně, ne všechny případy mají stejné příznaky. Některé projevy jsou často ovlivňovány i typem osobnosti, předchozím způsobem života a duševním stavem. Proto je nutné při sebemenším zjištění níže uvedených varovných příznaků Alzheimerovy choroby (1.3.1) navštívit odborného lékaře - psychiatra, který pomocí různých vyšetření (odběry krve, CT, MRI, EEG) a neuropsychologických testů může Alzheimerovu chorobu diagnostikovat.

Klinickou diagnózu Alzheimerovy nemoci je možné stanovit na základě diagnózy syndromu demence, ale zároveň je nutno vyloučit jiné příčiny demence. Součástí diagnostiky jsou neuropsychologická vyšetření kognitivních funkcí (příloha č.3), která se týkají vyšetření krátkodobé a dlouhodobé paměti, jazyka, řeči a exekutivních funkcí (plánování aktivity).

"Klinická diagnóza Alzheimerovy nemoci se zakládá na mezinárodně doporučených a užívaných kritériích skupiny NINCDS/ADRDA z roku 1984. Kritéria rozlišují diagnózu pravděpodobnou, možnou a jistou, která je histologická. Pravděpodobná diagnóza choroby se uvádí v případech onemocnění s typickými klinickými příznaky. Možná diagnóza Alzheimerovy nemoci bývá v případech s atypickými příznaky, nebo v kombinaci s dalšími současnými systémovými chorobami".<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> KOUKOLÍK František, JIRÁK Roman, *Alzheimerova nemoc a další demence*, Grada publishing, 1998, str.99, ISBN 80-7169-615-3

Využívají se metody tzv. screeningu demence při podezření na onemocnění u osob se zvýšeným rizikem, ale i u všech starších osob (to jest nad 65 let věku).

Mezi pomocná vyšetření patří cílený screening kognitivní poruchy, který by měl obsahovat zhodnocení paměti, orientace a podobně. (Např. uvést datum, den v týdnu, v jaké denní době s přesností na hodinu se pacient nachází, během minuty se pokusit vybavit co nejvíce druhů zvířat, měst, . . . - za normu se považuje více než 17 slov, hláskovat pozpátku slovo, např. sport, pokrm a jiné).

**Doporučené testy pro hodnocení pacienta s demencí** (TOPINKOVÁ Eva, *Jak správně a včas diagnostikovat demenci*, 1999):

### 1. kognitivní funkce

**MMSE** - komplexní test (příloha č.3), vhodný pro screening a zároveň stanovení diagnózy, se zjišťováním závažnosti kognitivního deficitu. Patří mezi nejpoužívanější objektivní testy. Zahrnuje orientaci, okamžitou paměť a vybavnost, dále pozornost a funkce zrakově prostorové schopnosti včetně počítání, psaní a čtení.

Hodnocení výsledků MMSE:

25 - 30 bodů bez poruchy kognitivních funkcí

18 - 24 bodů lehká demence

6 - 17 bodů středně těžká demence

<6 bodů těžká demence

**CLOCK TEST** - test kreslení hodin (příloha č.1). Tento test se využívá pro rychlou diagnostiku u postižení komplexních kognitivních funkcí a při zjišťování možné progresse.

Doba trvání testu se obvykle pohybuje od 3 do 5-ti minut. K hodnocení se používá bodové skóre: 1 bod (znamená bezchybné provedení) až 6 bodů (kdy hodiny nejsou zakresleny). U abnormálního nálezu se udává skóre 3 a více bodů, kde jsou již známky typické pro demenci.

## 2. funkční postižení

**FAQ** - tento test hodnotí schopnost pacienta vykonávat složitější činnosti, součástí je dotazník, který vyplňuje osoba blízká, která pacienta dobře zná a může hodnotit stupeň funkční ztráty pro jeho každou činnost (příloha č.2).

Hodnocení:

- 0 bodů - činnost vykonává samostatně, správně, nebo činnost nikdy nevykonával, ale mohl by samostatně.
- 1 bod - činnost provádí sám, ale s potížemi
- 2 body - vyžaduje pomoc druhých
- 3 body - zadanou činnost neprovede, protože je zcela závislý na pomoci.

**Test ADL** -tento hodnotí činnosti, které jsou nutné pro základní sebe obsluhu a soběstačnost a bývají většinou postiženy v pozdějších fázích demence (příloha č.4).

Hodnocení:

- 0 až 40 bodů - vysoce závislý na pomoci druhých
- 45 až 60 bodů - zde se projevuje závislost středního stupně
- 65 až 95 bodů - známky lehké závislosti
- 100 bodů - zcela nezávislý.

### **1.3.1 Varovné příznaky Alzheimerovy choroby (Aleš BARTOŠ, Martina HASALÍKOVÁ. *Poznej demenci správně a včas-příručka pro klinickou praxi*, 2010)**

1. zhoršení paměti, které se projevuje zapomínáním nedávno proběhlých událostí, zažitých postupů a známých jmen.
2. zapomínání termínů předem domluvených schůzek
3. dezorientace v čase, špatné určení měsíce, roku
4. problém s rozhodováním a obrovský projev nejistoty
5. neschopnost řešit složité úkoly (zmatenost, např. při manipulaci s penězi)
6. velký problém se naučit obsluhovat nové domácí spotřebiče, popřípadě PC

7. projev nezájmu o své oblíbené aktivity a zaměstnání
8. nápadné opakování stejných chyb při aktivitách (opakovaně nezavře vodu, chladničku, plyn)
9. problém s pamětí
10. zhoršená orientace až dezorientace (nalézt cestu domů)
11. ztráta životní energie, aktivity a chutě do života, dochází i k naprosté pasivitě a neochota se zapojit do jakékoliv aktivity
12. podstatná změna osobnosti např. podezřívavost, ustrašenost, egocentrismus,...
13. značné zhoršení abstraktního myšlení

## 1.4 Klinický obraz

Příznaky Alzheimerovy choroby, která je považována za nemoc stáří, se vyvíjejí plíživě a proto je velice nesnadné rozlišit klinické příznaky od normálního stárnutí. Probíhá obvykle 3 až 8 let, úmrtnost mužů na tuto chorobu je častější než u žen. Velice těžce se vyhodnocuje, jak dlouho trvá takzvané preklinické stádium nemoci, což znamená vývoj choroby od prvních příznaků. Jisté je, že toto období trvá několik let a jako první příznaky se uvádějí poruchy paměti, které charakterizují zapomínání každodenních událostí (co bylo k večeři, . . .).

V počátečním období choroby bývá krátkodobá paměť (např. zapamatování si určitého počtu číslic) zachována. Později dochází k poruchám a změnám slovní paměti. Dále dochází k poruchám vybavování čerstvě uložených paměťových dat, řeč je z počátku plynulá, ale obsahově prázdná a nemocný často hledá slova.

V tomto období se začínají projevovat poruchy vizuo-spaciálních funkcí. Nemocní začnou bloudit a nenalézají cestu domů, u žen se často projevuje záměna každodenních aktivit v domácnosti a bohužel asi u 40-ti % nemocných dochází k depresivním stavům, halucinacím a agresivitě. Objevují se poruchy spánku a noční bloudění po místnosti. Tato choroba je progresivním onemocněním, což znamená, že příznaky se většinou rychlým tempem zhoršují. Jak jsem již popisovala, je nemocný v počátku choroby schopen se o sebe postarat s mírnou pomocí, ale s rozvojem choroby vyžaduje stále větší a větší péči a ubývá schopnost zvlád-

nout běžné činnosti samostatně. V posledním stádiu - těžká demence je nemocný zcela odkázaný na pomoc a péči.

## 1.5 Stádia Alzheimerovy choroby

Alzheimerova choroba se může projevovat individuálně, z demencí se vyskytuje v naší populaci nejčastěji. Rozděluje se podle charakteristických příznaků na 3 stádia, i když některé příznaky se nemusí projevit vůbec. Přejechy mezi stádii mohou trvat i několik let. Je prokázáno, že průměrná délka života po zjištění této nemoci je přibližně 8 až 10 let

První stádium - Vyskytují se pouze mírné a často přehlédnutelné příznaky:

- a) Zhoršování paměti (špatné vybavení si nedávné události)
- b) Časová dezorientace (problém vybavit si den, měsíc a rok v kterém se pacient nachází)
- c) Špatná prostorová orientace (velký problém orientovat se v prostředí neznámém, později nastává problém orientovat se i ve známém v prostředí)
- d) Dochází ke ztrátě zájmů, obrovský sklon k pasivitě a značná nejistota v rozhodování
- e) Obrovský problém v hledání slov, pacient se opakuje
- f) Časté ztráty a zapomínání svých věcí

V tomto stádiu pociťují někteří pacienti již varovné příznaky této choroby a bývají postiženi často depresí a úzkostí, příznaky je totiž děsí. Tito pacienti jsou však považováni za relativně soběstačné a mohou žít v podstatě za určitého pravidelného dohledu (eventuelně pomoci) samostatně. Podmínkou je, aby byla diagnóza včas určena a nastavena správná léčba.

Druhé stádium- Příznaky demence jsou výraznější a nastávají problémy, které komplikují pacientovi orientaci v běžném každodenním životě. Jeho zdravotní stav může značně kolísat a projevuje se vícero způsoby:

- a) Značné výpadky paměti (jména příbuzných a členů rodiny)

- b) Snížení schopnosti postarat se sám o sebe (nutnost pomoci při hygieně, oblékání, obouvání...)
- c) Poruchy orientace ve známém prostředí (kdy zabloudí i na známém místě, nebo se ztratí)
- d) Zhoršování se řečových schopností, problém s vyjadřováním vedoucím k obtížím v komunikaci
- e) Výskyt dalších komplikací (příznaky-halucinace, bludy, neklid, změna nálad, agresivita, může se objevit i inkontinence)

Toto stádium trvá 2-10 let a charakteristické je zhoršování mentálních funkcí.

Třetí stádium - Zde se pacient stává již zcela závislý na pomoci ostatních, protože se jedná o fázi pokročilé demence, která se projevuje trvalým stavem těžkého a výrazného úpadku.

Má následující příznaky :

- a) Objevují se problémy při příjmu potravy, je zde nutná asistence jiné osoby.
- b) Pacient již nepoznává přátele, členy své rodiny a někdy ani sám sebe v zrcadle
- c) Dochází k výrazným obtížím s chůzí, které často vyústí až k upoutání na lůžku.
- d) Značně se zhoršuje komunikace, problémem je navázání slovního kontaktu
- e) Dochází k inkontinenci moči i stolice

Třetí stádium je pokládáno za terminální. Projevují se tendence k podvýživě, častým infekcím, zánětům plic a mnoha dalším komplikacím, které ohrožují život pacienta. V tomto období je pacient zcela závislý na pečovateli a často je nutné umístit postiženého v ústavu s nepřetržitou péčí. V odborné literatuře se popisuje, že pacient v této fázi většinou do jednoho roku umírá, ale nemusí to být pravidlem. Hodně záleží na péči, která je mu poskytována.



## 1.6 Terapie Alzheimerovi choroby

Současná medicína je na velmi vysoké úrovni, ale přesto nedokáže tuto demenci vyléčit, protože nejsou dosud známé přesné příčiny této choroby. Je však k dispozici řada léků, které umožní, aby došlo ke zmírnění nebo odstranění některých příznaků, čímž se zlepší kvalita života pacientů trpících touto demencí.

Vždy je nutné navštívit odborného lékaře, který začne pacienta léčit. Nedoporučuje se podávat jakékoliv léky bez předešlé konzultace s odborníkem.

Léky nové generace - nazývají se inhibitory cholinesteráz a mají velkou schopnost obnovit v mozku potřebnou rovnováhu koncentrace acetylcholinu. Rovnováha při Alzheimerově demenci klesá v důsledku úbytku neuronů. Je známo, že acetylcholin je neurotransmitter (přenašeč nervových signálů), který se podílí na celé řadě nervových procesů, hlavně na paměťových schopnostech (proto je jedním z prvních příznaků u této demence zhoršená paměť). Je vědecky dokázáno, že tyto léky mohou zpomalit proces zhoršování kognitivních funkcí, prodloužit období soběstačnosti a oddálit ústavní léčbu. Tyto léky mají údajně při léčbě vliv i na psychiatrické symptomy, které se při Alzheimerové chorobě vyskytují (halucinace, agresivita, apatie aj.).

Symptomatická léčba - Všechny léky, které jsou účinné při zmírňování obtížných příznaků této choroby/demence (agresivita, deprese a nespavost), jsou pouze na lékařský předpis. V literatuře je popisováno, že pokud by některé léky byly užívány bez doporučení lékaře, mohou se některé symptomy nemoci i zhoršit, nebo se objevit potíže nové - inkontinence, dezorientace atd. Nejnebezpečnější jsou hypnotika, která mohou způsobit případné pády a jiné.

Základní typy léků: kognitiva, antidepressiva, hypnotika, neuroleptika, anxiolytika.

Moderní nefarmakologické postupy - Tyto postupy jsou podstatnými faktory pro ovlivnění kvality života nemocného i osob o něj pečujících a zdůrazňuje se zde i správný přístup k nemocnému:

- a) Bazální stimulace
- b) Taneční terapie, kinezioterapie

- c) Programované a individualizované aktivity
- d) Kognitivní rehabilitace
- e) Ergoterapie

Tyto postupy jsou velmi důležité pro snadnější komunikaci s pacientem a je nutné vždy před využitím těchto metod poradit se s odborníky, kteří se touto problematikou zabývají.

## 1.7 Rizikové faktory Alzheimerovy choroby

Mezi rizikové faktory lze uvést dědičnost (není ověřená), ale je pravděpodobnost většího výskytu v rodinách, kde onemocnělo více členů, nebo nejbližších příbuzných. Nevylučuje se, že určitá genetická dispozice zde je. Vycházíme z předpokladu, že rizikové faktory této nemoci nelze jednoznačně určit, a to hlavně proto, že není možné do dnes určit příčinu vzniku této nemoci. Lékaři se domnívají, že možnou příčinou může být kombinace více onemocnění.

Mezi další pravděpodobné faktory lze uvést odchod do důchodu, protože tento zlom v životě člověka způsobí menší "zaměstnanost mozku", což má negativní následek ve zhoršeném a zpomaleném vybavení si myšlenek a v poruše paměti. Dále dochází ke snížení vnímavosti k učení -snížená schopnost učit se nové věci a eventuálně se dále vzdělávat.

Je zajímavá skutečnost, že u lidí s nižším vzděláním dochází k vyššímu výskytu této nemoci. Z poznatků vyplývá, že soustavným učením a s tím souvisejícím vyšším vzděláním je výskyt této nemoci nižší a posouvá se do vyššího věku. (Aleš BARTOŠ, Martina HASALÍKOVÁ. *Poznej demenci správně a včas - příručka pro klinickou praxi*, 2010).

Dlouhodobým výzkumem se u této nemoci prokázal ochranný vliv estrogenů, kterými jsou ženy po menopauze léčeny (hormonální substituce) a proto je u nich nižší riziko výskytu tohoto onemocnění.

## 1.8 Prevence

Stárnutí je jedním z nejvýznamnějších faktorů, který se podílí na rozvoji této nemoci. Proto je potřebné psychické stárnutí člověka co nejvíce oddálit, důležité jsou aktivizační programy obsahující drobné úkoly, čtení, společenské kontakty, luštění křížovek, sudoku, společenské hry a kolektivní setkání. Cílem těchto doporučených činností je zaměstnávat "mozek" a nestávat se ani ve stáří příliš pohodlným a neochotným se učit novým věcem a příjmu informací. Je důležité dopřát si dostatek odpočinku, ale i být aktivním při různých "sportovních akcích", čímž se udrží tělesná i duševní síla. Dalším významným faktorem je správná životospráva. Podle nejnovějších výzkumů je dokázáno, že kombinace vitamínů C a E výrazně snižuje rozvoj vzniku Alzheimerovy choroby. Velkým nebezpečím je stresová zátěž (ovdovění, ztráta zaměstnání, snížení pohyblivosti, neschopnost se o sebe postarat, . . .), která patří mezi rizikové faktory a může nemoc uspišit. Mezi další rizikové faktory lze považovat i kombinaci různých léků, proto je nutné zvažovat jejich přínos na jedné straně a na druhé straně jejich nežádoucí účinky.

Velký důraz se proto klade na celoživotní vzdělávání, poznávání nových věcí, aktivit, zájem o své okolí v širším smyslu - to vše přispívá k prevenci této nemoci.

## 1.9 Forezní aspekty

Alzheimerova choroba svým vývojem s následkem demence může být snadno zneužitelná, protože často vede k podání návrhu na úpravu svéprávnosti při právních úkonech. V případě dopuštění se trestného činu v tomto stavu, vede diagnóza této nemoci k jeho ospravedlnění.

Jsou situace, kdy dochází k nepřiměřenému zacházení a někdy až ke zneužívání starých a nemocných lidí, kteří se ve většině případů snaží tyto "hrůzy" utajit, nebo nemají možnost a schopnosti se s problémem svěřit, ale jsou případy, kdy mají strach prozradit své utrpení.

Zneužitelnost situace a poškozování lidí postižených Alzheimerovou chorobou se dá rozdělit do několika typových oblastí:

- a) Ekonomické zneužívání - různé způsoby okrádání o peníze, cenné věci, podvodné jednání v oblasti tkzv. "AKCÍ- koupě a prodej", smluvní ujednání, . . .
- b) Zanedbávání - bohužel jeden z nejčastějších aspektů, se kterým se setkáváme, jde především o nezájem komunikovat s nemocným, nedostatečné zabezpečení pravidelné stravy, zanedbávání hygienické péče, pravidelnou výměnu oblečení, úpravu zevnějšku, úklid a správné podávání léků.
- c) Fyzické násilí - jedná se o různá poranění na kůži, popáleniny z neznámých, nebo podezřelých příčin, "údajné" pády na schodech, hematomy a jiné úrazy.
- d) Psychický teror - slovní napadání, výčitky stavu, zesměšňování, urážky, podceňování, bránění kontaktu se sousedy a známými až agresivita.
- e) Sexuální zneužívání - zde bývají převážně postiženy ženy, hlavním ukazatelem by měly být časté návštěvy gynekologa s opakovanými záněty rodidel a různými poraněními v oblasti genitálií.

Řešení uvedených problémů naráží velice často na nezájem jak ze strany odborníků, tak ze strany pečovatелů. Toto vše vede k nemožnosti komunikace se strany postižených s profesionály!

## **2. Ošetřovatelská péče**

### **2.1 Kvalita života nemocného**

Péče o člověka s Alzheimerovou chorobou klade obrovské nároky na chod celé rodiny a na pečovatele. Je časově velmi náročná, psychicky i fyzicky vyčerpávající. Nejdůležitějším faktorem ve stáří je především zdraví člověka, protože s přibýváním chorob se stává závislý na svých nejbližších. Cílem kvalitní péče je udržet kvalitu života, která respektuje důstojnost člověka, jeho identitu, potřeby a to jak postižené osoby a jeho blízkých, tak i pečovatele. Péče s těmito požadavky je možná pouze v prostředí důvěry a vzájemného respektu. Osoba s Alzheimerovou demencí je stále více závislá na svém pečovateli, rodině a okolí nejen fyzicky, ale i emocionálně. Je snaha dojít k takovému zabezpečení a zdokonalení schopností pacienta s Alzheimerovou nemocí, aby došlo k uspokojení jeho základních lidských potřeb, jako bezpečí, kontrola, náklonnost a příslušnost ke společenství. Výrazem bezpečí se nemyslí jen na výraz v objektivním smyslu, ale je myšleno i na subjektivní pocity a strach před fyzickou či emocionální hrozbou. Kontrolou je myšleno, že nemocný má právo se vyjádřit k tomu, jakým způsobem se manipuluje s jeho věcmi, osobou jako takovou, časem a prostorem. Náklonnost je myšlena tak, aby byl nemocný vnímán jako milující a zároveň milovaný. Příslušnost vyjadřuje, že nemocný je součástí kolektivu, má okolo sebe kolektiv, do kterého patří. Nemocní postižení Alzheimerovou nemocí trpí ztrátou paměti, poruchou vnímání, mívají pocit, že ztratili přehled o svých věcech, prožívají nejistotu a jsou velice zranitelní. V těchto případech hledají osoby, které jim nabídnou útěchu a pochopení. Pokud se rodině a pečovateli podaří navázat s nemocným důvěrný vztah, problémy se sice nevytratí, ale podaří se je lépe zvládat. Cílem péče je vybudovat přátelství, popřípadě spojenectví, ve kterém je nemocný spolu s pečujícími schopen vykonávat vše, co je pro normální život zapotřebí. Objeví-li se problémy, je nutné je zvládat s klidem a společně, čímž je myšleno respektovat potřeby nemocného, brát ohled na zachované schopnosti, jeho zvyky, povahu a její změny. Nedílnou součástí péče o nemocného s Alzheimerovou chorobou je zapojení do každodenního života rodiny, vytváření stereotypů, častý

kontakt s přáteli, což podpoří zapojení takzvané socializace, která napomáhá snižování deprese snadno vznikající díky izolaci.

Závěrem je nutno podotknout, že správnou péčí lze docílit toho, že se v rodině a díky pečovateli lze naučit s Alzheimerovou chorobou žít a že tato diagnóza vůbec neznamená konec života, ale naopak, že život pokračuje a všem jde o to, aby pokračoval co nejlépe dál.

V České republice se nemocným s diagnózou Alzheimerovy choroby a jejich rodinným příslušníkům věnuje a napomáhá zvládat problémy "Česká alzheimerovská společnost" (<http://www.alzheimer.cz/>).

## 2.2 Osobnost pečovatele

"Nejlepší způsob jak porozumět chování jiného člověka, je pokusit se představit si na jeho místě sám sebe, představit si, jak asi vidí svět osoba postižená Alzheimerovou chorobou a jak může nemoc ovlivnit její reakce. Jestliže nahlédneme do problému dostatečně pečlivě a důsledně, můžeme často v chování této osoby postřehnout racionální snahu vypořádat se s okolnostmi, které jí přestaly dávat smysl. Uznání tohoto racionálního aspektu chování osoby postižené demencí je základem pro vytvoření a udržení pečovatelského stavu."<sup>3</sup>

Je velice důležité mít na zřeteli, že osoba pečující o nemocného s Alzheimerovou nemocí je vystavena dlouhodobé zátěži jak v sociální, tak fyzické, citové i finanční sféře. Proto je velmi nutné, aby pečovatel věnoval dostatek času a pozornosti i sám sobě. V literatuře se uvádí, že pečovatel je "skrytou" obětí nemoci. Je důležité zachovat si duševní i fyzické zdraví (pečovatele), omezit stres a umožnit vlastní odpočinek. Je důležité, aby pečovatel, který bude dlouhodobě vykonávat péči o nemocného, se dokázal podělit o své pocity a problémy s ostatními a přijmout jejich pomoc, aby svou činností nebyl zcela vyčerpán.

Doporučuje se zapojit do péče jednotlivé členy rodiny, přátele a zjistit jakou činností ke zlepšení péče je schopen přispět i sám nemocný. Toto je důležité pro zachování si vlastního zdraví. Rodina, která se o nemocného stará, prožívá velice trpké období při zjištění, že milovaná osoba trpí touto chorobou a začíná se pro ně

---

<sup>3</sup> REKTOROVÁ Irena, *Psychiatrie pro praxi*, SOLEN, Olomouc, 8/2004, číslo 3, str.216

rozpadat svět před očima. Rodinní příslušníci zažívají období smutku, zlosti, rozpaků, beznaděje a studu.

Aby u nich nedošlo k tělesnému a psychickému vyčerpání, je nutné si stanovit určitá pravidla:

- neztratit kontakty s blízkými, příbuznými a přáteli
- nezanedbávat péči o své zdraví a docházet na pravidelné preventivní kontroly
- naučit se odpočívat a využívat volný čas pro své aktivity
- nebát se dát najevo všechny své pozitivní i negativní emoce, v případě možnosti využít konzultace s psychologem, případně psychiatrem.
- využít možnosti tzv. náhradní pomoci (denní centrum, přechodné pobyty)

Značnou pomocí pro pečovatele jsou spolky a sdružení, které vydávají různé letáky, brožury, nebo je možné vyhledat informace na internetových stránkách ( <http://www.alzheimer.cz/>, [www.seniorpraha.cz](http://www.seniorpraha.cz), [www.chcemepomahat.cz](http://www.chcemepomahat.cz), [www.pamatovacek.cz](http://www.pamatovacek.cz), [www.ipsen.cz](http://www.ipsen.cz) ).

### 3. Základní údaje o nemocném

V lednu 2012 jsem navštívila psychiatrickou ambulanci MuDr.Hany Henrychové a poprosila ji o doporučení vhodného pacienta s Alzheimerovou chorobou pro mou bakalářskou práci. Paní doktorka mi velice ochotně vybrala pana P.D. s možností nahlédnutí do lékařské zprávy o stavu pacienta.

S panem P.D proběhl můj první kontakt dne 10.ledna 2012 v psychiatrické ordinaci, kam se pacient dostavil s manželkou na sjednanou kontrolu k paní doktorce. Naše setkání proběhlo v pozitivní atmosféře, kde došlo k dohodě mezi mnou, pacientem a jeho manželkou o možnosti spolupráce (návštěv), pro získání materiálů a informací pro mou bakalářskou práci.

První návštěvu jsme domluvili na 20.ledna 2012 s tím, že je budu navštěvovat 4x do měsíce během mého dvouměsíčního pozorování.

#### 3.1 Výpis z lékařské dokumentace

Jméno:	P.D.
Věk:	78 let
Pohlaví:	mužské
Rodinný stav:	ženatý
Dřívější povolání:	úředník
Anamnéza:	
RA:	ženatý, 2 děti
OA:	běžná dětská onemocnění,
Operace:	stp.appendektomii v roce 1985, TEP pravého kyčle v roce 2008, TEP levého kolene v roce 2010
Alergie:	Ketazon ung, Biseptol tbl., náplast
NO:	Alzheimerova choroba, léčen pro DM na PAD



### 3.2 Údaje z lékařské zprávy (psychiatrie)<sup>4</sup>

Psychiatrické vyšetření ze dne 13.12.2011

Pan P.D., věk 78let

Pacient se dostavil v doprovodu manželky. Dle jejího sdělení se zhoršuje paměť, zakládá předměty, stále něco hledá. Porucha paměti se významně zhoršila po úmrtí bratra před třemi měsíci, ale tolerováno, přikládáno k projevům stáří. Nyní opakovaně večerní stavy zmatenosti, proto iniciována návštěva v psychiatrické ordinaci (horší paměť již nejméně rok). V poslední době si nepamatuje jaký je den, věk. Špatně se orientuje v méně známém prostředí, ale zvládá dobře zažité činnosti, pravidelně utírá nádobí, dojde 50m do novinového stánku pro tisk, snaží se denně ráno oholit a zvládat základní hygienu. Ztrácí zájem o činnosti, kterým se dříve věnoval - nesoustředí se na sledování televizních programů a nemá zájem o čtení.

Anamnesticky - nebyl významně somaticky nemocen, poslední rok léčen s DM II. typu na PAD. Absolvent střední školy s maturitou, celý život zaměstnán jako úředník, manželství harmonické, které trvá 53 let. Dvě děti vysokoškolsky vzdělané, které jsou s rodiči v pravidelném kontaktu.

Povahově pečlivý a precizní, alkohol neguje.

Objektivně - pacient upravený, snaha o společenské vystupování, kontakt dobře navoditelný i přes částečnou nedoslýchavost. Neorientuje se v čase, nepřesně místem. Základní osobní data je schopen si částečně vybavit, ale bez chronologického řazení. Je patrné ochuzení řečových funkcí, v popředí deficit paměťových funkcí, postižena vstřípivost i výbavnost z recentní paměti. Porucha epizodické a sémantické paměti, je narušena prostorová orientace. Jsou porušeny exekutivní funkce, schopnosti plánovat a vykonávat složitější činnosti. Porucha porozumění některým instrukcím, doprovodně s bezradností. Emotivita plošší s organickým rysem, pokles iniciativy, převažuje pasivity, bezradnost. Naznačena podezíravost, vztahovačnost vůči členům rodiny, pokles kritičnosti a soudnosti.

---

<sup>4</sup>HENRYCHOVÁ Hana, *Lékařská zpráva z vyšetření pacienta P.D. ze dne 13.12.2011*

Potřebná pomoc při hygieně, jídlo si neopatří sám, je nutný doprovod k lékaři. Nedokáže si samostatně vyřídit úřední, ani finanční záležitosti. V osobnostních rysech zvýrazněn egocentrismus, prosazování nepřiměřených požadavků se zlobným afektem, podrážděnost. Dochází intermitentně k nočnímu pomočování a občas jsou projevy zmatenosti v nočních hodinách.

MMSE test 14 bodů  
Clock test 4body  
Závěr: Alzheimerova nemoc, středně těžká fáze  
Doporučuji: edukace rodiny, zažádat o příspěvek na péči vzhledem k výraznému poklesu soběstačnosti.  
FT: Aricept 10mg tbl. 0 - 0 - 1  
Buronil 25mg drg. 0 - 0 - 1

### 3.3 Nynější terapie

#### Medikace:

Buronil 25mg. por.tbl.flm.. (Psychofarmakum,neuroleptikum )

Melperoni hydrochloridum 25mg/tbl

způsob podání -per os (ústy)

dávkování 0 - 0 - 1

indikace -úzkostné neurózy, stavy zmatenosti, noční neklid a vzrušenost zvláště u starších pacientů.

Nežádoucí účinky -útlum, bolest hlavy, závratě a sucho v ústech

Aricept 10 mg. tbl. (Parasympatomimetikum, inhibitor acetylcholinesterázy, Donezepili hydrochloridum )

způsob podání -per os (ústy)

dávkování 0 - 0- 1

indikace -určeno k léčbě lehké a středně těžké demence.

Nežádoucí účinky -průjem, únava, zvracení, nespavost, nauzea a mohou se objevit i svalové křeče.

Glucophage® XR 750mg (tbl. s prodlouženým účinkem, perorální antidiabetikum)

způsob podání -per os (ústy)

dávkování 0 - 0 - 1

indikace -určeno k léčbě DM 2.typu (diabetes mellitus)

Nežádoucí účinky -nevolnost, špatně od žaludku, bolení břicha, ztráta chuti k jídlu, lze pozorovat i kožní vyrážku.

Glimepirid Merck 3mg por.tbl.nob. (perorální diabetikum)

způsob podání -per os (ústy)

dávkování 1 - 0 - 0

indikace -určeno k léčbě DM 2.typu (diabetes mellitus)

Nežádoucí účinky -nauzea, zvracení, průjem, bolesti břicha, kožní reakce (svědění, kopřivka)

## **4. Ošetrovatelská část**

### **4.1 Stručná charakteristika ošetrovatelského procesu.**

Ošetrovatelský proces je vlastně systematický přístup k ošetrování nemocných, který je zaměřený na získání aktuálních informací o nemocném, které nám zaručují vlastní individuální přístup při řešení problémů. Zahrnuje interakci mezi pacientem a sestrou, ale též interakci s dalšími osobami (např. rodinní příslušníci). Ošetrovatelský proces v sobě zahrnuje plánované poskytování péče o nemocné a zhodnocení možností její efektivity. Celý proces probíhá v několika fázích, které se vzájemně ovlivňují. Je to racionální metoda, týkající se poskytování a řízení ošetrovatelské péče (STANĀKOVÁ M., *České ošetrovatelství 4. Jak provádět ošetrovatelský proces*, 1999).

### **4.2 Přínos ošetrovatelského procesu**

Dle mého názoru:

- Vytváří jednoznačnou roli sestry v ošetrovatelství
- Zvyšuje profesní sesterskou kompetenci a tvořivost a lepší pocit v pracovním uspokojení
- Sestry mají možnost lépe poznat pacienta i jako člověka a tím se zlepšuje i kvalita péče a pozitivní pocit pacienta z jejich přístupu.
- Umožňuje všem, kdo o nemocného pečují, určitý stupeň samostatnosti ve své práci.
- Ten kdo je v ošetrovatelském týmu, nese vlastně konkrétní odpovědnost za tu část péče, kterou je kompetentní provádět.

Tato plánovaná a individualizovaná péče přináší o poznání více prospěchu i u chronicky nemocných a nemocných v terminálním stádiu, u kterých již nelze bohužel očekávat vyléčení.

## **4.3 Fáze ošetrovatelského procesu**

### **4.3.1 Ošetrovatelská anamnéza – zhodnocení pacienta – „kdo je můj pacient“**

Zjištění základních informací o nemocném, základní sesterské vyšetření, které by mělo být provedeno nejdéle do 24 hodin od přijetí pacienta k hospitalizaci. Toto je vlastně charakteristika pacienta nezbytná pro kvalitní ošetrovatelskou péči, pro stanovení ošetrovatelských diagnóz a možnost zhodnocení stavu pacienta. Zdroje získáváme především rozhovorem, pozorováním, testováním anebo měřením.

### **4.3.2 Stanovení ošetrovatelské diagnózy – problém, potřeba – „co ho trápí“?**

Popisujeme reakci pacienta na nynější nemoc, jak hluboko zasahuje do jeho života, zda dochází k deficitu sebe-péče a soběstačnosti. Zahrnuje ošetrovatelské problémy, které identifikuje sestra a její možnost situaci ovlivnit. Popisují se zde nejen současné problémy, ale i ty, které mohou vzniknout, které lze vlivem nemoci očekávat (možnost imobilizace, inkontinence, riziko pádu).

### **4.3.3 Zpracování ošetrovatelského plánu – ošetrovatelské péče – „co pro něj mohu udělat“?**

Plán stanoví krátkodobý a dlouhodobý cíl ošetrovatelské péče a musí z něj být patrné jasně vymezené vazby mezi stanovenými potřebami, očekávaným výsledkem a realizací spojené s hodnocením jeho účinku. Největší důraz se klade na to, aby se plán dal měnit a doplňovat podle potřeby pacienta a aby bylo možno vyčíst, které potřeby byly u pacienta uspokojeny.

#### **4.3.4 Realizace - intervence**

V tomto bodě dochází k zajištění navržených ošetrovatelských činností, které je sestra povinná provádět pro pacienta a s pacientem za účelem dosažení kvalitních ošetrovatelských cílů. Veškeré úkony provádí sestra samostatně a ve spolupráci s ordinacemi z oboru medicíny. Je nutné se přizpůsobit individuálním potřebám pacienta, protože každý má svůj specifický náhled na problém a s ošetrovatelskou péčí spojuje různá očekávání a proto chceme-li aby byl plán úspěšný, musí být vypracován v souladu se skutečnými potřebami pacienta.

#### **4.3.5 Vyhodnocení poskytnuté ošetrovatelské péče – „pomohla jsem mu“?**

Hodnocení je vlastně poslední fází ošetrovatelského procesu, kde objektivně zjistíme účinek poskytované péče. Zhodnotíme fyzický a psychický stav nemocného a v případě potřeby lze ošetrovatelský plán upravit dle potřeb pacienta. Toto vyhodnocení musí být součástí dokumentace, která zaznamenává údaje o průběhu ošetrovatelského procesu.

#### **4.4 Model „Fungujícího zdraví M.Gordonové“**

Uvedený model jsem si vybrala pro svou práci proto, že je z hlediska holistické filozofie uznáván a považován za nejkompexnější pojetí člověka v ošetrovatelství, který byl dosud vytvořen. Při práci s tímto modelem je sestra schopna kvalifikovaně zhodnotit zdravotní stav jak zdravého, tak nemocného člověka. Při jeho využití získáváme komplexní informace k tomu, abychom byli schopni sestavit ošetrovatelské anamnézy, následně ošetrovatelské diagnózy a mohli naplánovat a realizovat ošetrovatelskou péči. Je velice důležité poskytnutí adekvátní a kvalitní ošetrovatelské péče, protože jinak dojde k závažnému narušení zdraví a rozvoji choroby (TRACHTOVÁ E.a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*, 2001).

Kritéria hodnocení „Fungujícího zdraví M.Gordonové“:

- Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví
- Výživa – metabolismus
- Vylučování
- Aktivita – cvičení
- Spánek – odpočinek
- Smyslové vnímání –poznávací funkce
- Sebepojetí – sebeúcta
- Plnění rolí a mezilidské vztahy
- Sexualita – reprodukční schopnost
- Stres – reakce na zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance
- Víra, přesvědčení, životní hodnoty
- Jiné

## **5. Ošetřovatelská anamnéza a hodnocení pacienta podle modelu M.Gordonové**

K hodnocení nemocného a vytvoření ošetřovatelské anamnézy jsem si zvolila časové období dvou měsíců (konec měsíce ledna - únor - začátek března r. 2012), v podobě celkem osmi návštěv ne po sobě následujících.

Podklady tvoří vlastní sledování, informace od manželky, dětí a záznamy ze zdravotnické dokumentace odborného lékaře (psychiatrická ambulance). Hodnocení provádím dle zmíněného modelu M.Gordonové.

### **5.1 Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví**

Pacient P.D. se začíná projevovat podezřívavě, vyhledává konflikty, osočuje své nejbližší z krádeží jeho osobních věcí, občas opustí domov bez předchozího upozornění a stává se (ojediněle), že po městě i bloudí. Manželka dále udává, že pán P.D. přestává mít zájem o své koníčky, není schopen vydržet delší dobu u nějaké aktivity (křížovky, čtení knih, sledování TV), má změny nálad, pocity deprese, úzkosti a dochází i ke slovním agresím. Neustále odmítá návštěvu lékaře a nechce si připustit, že by on, který celý život pracoval a vzdělával se, mohl být psychicky nemocný. Z jeho chování je znát, že problém má, ale nechce si jej připustit.

### **5.2 Výživa – metabolismus**

V období, kdy jsem začala pacienta P.D. sledovat, přijímal potravu bez jakýchkoliv problémů. Stolování probíhalo v kuchyni, nebo v obývacím pokoji s manželkou, příbor používá zatím zcela bez problému, ale jsou chvíle, kdy je mu „nejmilejší“ pouze lžíce. Rozkousání potravy zvládá bez problémů, chrup má z části vlastní a z části náhradní. Má velice rád ovoce, zeleninu a zdravou stravu, které byl zastáncem spolu s manželkou celý život. Tekutiny přijímá pravidelně po celý den a hrneček s vodou má položený i v noci na nočním stolku, což je někdy problém s neúmyslným vylitím a poté následuje negativní projev nálady.



Manželka z těchto důvodů a na mé doporučení nechává hrnek u sebe a při potřebě mu jej podává.

### **5.3 Vylučování**

O pacienta P.D. je rodinou velice dobře postaráno, řídí se mou edukací. Manželka pečuje správnou stravou o pravidelnou stolici (vlákniny, ovoce, zelenina, minimum kořeněného jídla) a co se týče močení, zatím přes den zvládá. Někdy nastává problém a projeví se náznak inkontinence, proto byly na noc pro klid manželky i pacienta doporučeny pleny. Pacient zaujal velmi negativní postoj k používání plen, ale po mém rozhovoru s ním a snaze vysvětlit pro a proti u těchto pomůcek, přistoupil k tomuto řešení. Bylo mi ho velice líto, protože chápu, anebo se snažím vcítit do pocitů takto „postižených lidí“, ale vzhledem k tomu, že domácnost byla vždy udržována v čistotě a pořádku, bylo toto přesvědčování „snad“ jednodušší.

### **5.4 Aktivita – cvičení**

Pacient P.D. zvládá pohyb po bytě částečně bez problémů, občas bolest po TEP (totální endoprotéza -náhrada kyčelního kloubu) a začínají se projevovat známky poruchy hybnosti z důvodu chvilkové nerozhodnosti-dezorientace. Zvládá pohyb venku, kde je již potřebný doprovod nejen kvůli špatné orientaci, ale i problémům s překonáváním nerovností. Během sledování pana P.D. k žádnému pádu, ani zranění nedošlo, ale očividně musí dávat velký pozor jak v bytě, tak venku. Změny polohy ze sedu do stoje a naopak zvládá někdy samostatně, jindy je nutná pomoc, ale vše záleží na konkrétní situaci a kondici pacienta.

## **5.5 Spánek – odpočinek**

Pacient P.D. chodívá spát okolo 22:00 hod., přípravu lůžka a uložení ke spánku je schopný obstarat většinou sám, ale jsou dny, kdy je manželčina pomoc nutná. Během noci se několikrát budí, což je typické pro tuto nemoc, protože se jedná o tzv. „inverzi spánku“ (což znamená, že většinu noci je vzhůru a většinu dne prospí). Při probuzení v noci se stává, že přechází po místnosti, něco neustále hledá a budí manželku. Ráno se probouzí okolo 07:00 hod.

## **5.6 Smyslové vnímání –poznávací funkce**

Pacient P.D. má chvílemi problém s verbální komunikací, který se projevuje nečekanou „sprchou“ několika po sobě se opakujících se slov. Zatím nemá problém se samomluvou, ale stává se, že vysloví slovo, nebo větu, jejíž konec bývá nezřetelný. Na přímé oslovení se snaží odpovědět srozumitelně a je vidět obrovská snaha a soustředěnost k tomu, aby uspokojil tazajícího, bohužel se objeví i situace, kdy je vidět na samotném pacientovi, jak je nešťastný ze svého stavu. Sluchově je velice dobře vybaven a vzhledem k věku není nutné používat naslouchadlo.

O jeho nemoci byl lékařem i rodinou podrobně informován, ale častěji si svou nemoc nepřipouští a následky chování si neuvědomuje.

## **5.7 Sebepojetí – sebeúcta**

Pacient P.D. je vždy pečlivě upravený, oholený, čistě oblečený. Pokaždé při setkání i vzhledem k jeho nemoci se chová velice taktně, snaží se být klidný, vyrovnaný a chvílemi přiznává, že sám sebe nepoznává. Na jeho chování je znát, že byl vždy mužem na svém místě a svůj postoj k ženám a k rodině, kterou má na prvním místě v žebříčku hodnot, se snaží ctít a uznávat. V rozhovoru s ním je zřetelné, jak jej velice mrzí výpadky vůči nejbližším, ale jsou chvíle, kdy si své chování neuvědomuje a odmítá zpětně přijmout výtku.

## **5.8 Plnění rolí a mezilidské vztahy**

Pacient P.D. žije se svou manželkou v panelákovém bytě v 1.patře, mají spokojené manželství (loni oslavili 50-ti leté výročí svatby). Manželka se o pána velice pečlivě stará, udržuje ho v čistotě a pohodě. Jejich poklidný život se začal komplikovat díky zjištěné diagnóze, že pán trpí Alzheimerovou chorobou. Mají spolu dvě děti, čtyři vnoučata, všichni je pravidelně navštěvují a velkým pozitivem pro pána je organizování společných rodinných oslav, které jej očividně naplňují. Občasné návštěvy bývalých spolupracovníků a příbuzných vnáší též do života pana P.D. rozjasnění a změnu stereotypu.

## **5.9 Sexualita – reprodukční schopnost**

Vzhledem k věku a nemoci jsem z úcty k pacientovi P.D. tuto otázku neprobírala.

## **5.10 Stres – reakce na zátěžové situace, jejich zvládání, tolerance**

Pacient P.D. je bohužel někdy ve stresu, kdy jedná neadekvátně a podrážděně, ale takové jednání a chování je typické pro diagnostikovanou chorobu. Při pozorování jsem zjistila, že i v některé vypjaté situaci pomocí slovní podpory se zachoval jako „zdravý člověk“.

## **5.11 Víra, přesvědčení, životní hodnoty**

Pacient P.D. je věřící, udává, že víra v boha mu umožňuje překonávat některá životní úskalí a spolu s manželkou (pokud to momentální zdravotní stav pacienta dovolí) se každou neděli zúčastňují bohoslužby v kostele, který je vzdálen cca 150m od jejich bydliště.

## **6. Stanovení ošetřovatelských diagnóz**

Soubor ošetřovatelských diagnóz, které jsem během sledovaného období na základě získaných informací o pacientovi stanovila:

- Deficit sebekpěče v hygieně z důvodu snížení psychických a fyzických schopností
- Deficit sebekpěče při příjmu potravy ze základního onemocnění
- Inkontinence moči z důvodu narušené soběstačnosti v důsledku onemocnění
- Porucha tělesné hybnosti, riziko poranění v důsledku zhoršení mobility
- Deficit spánku v důsledku spánkové inverze
- Občasná dezorientace v místě a v čase z důvodu základního onemocnění
- Riziko poruchy kožní integrity z důvodu inkontinence
- Občasná agresivita a podrážděnost v důsledku demence

### **6.1 Deficit sebekpěče v hygieně z důvodu snížení psychických a fyzických schopností**

#### **Cíl:**

- a) Krátkodobý - pacient bude čistý a vždy upravený. Pěče o hygienu bude prováděna za asistence manželky (doposud byl pacient převážně proti pomoci při hygieně – nutná edukace manželky z mé strany). Sprchování a péče o tělo se stane pro pacienta určitým druhem relaxu.
- b) Dlouhodobý - edukovat manželku, popřípadě nejbližší příbuzné pro dlouhodobé dodržování mnou navrhovaných postupů v péči o hygienu.

#### **Plán:**

Péče v oblasti hygieny bude prováděna pravidelně každý den, vzhledem k inkontinenci vždy dle potřeby pacienta. Je nutné, aby byla zajištěna bezpečnost pacienta (proti-skluzová podložka ve sprchovém koutě, pomocná madla, vybavení sedačkou). Důležitý je dohled a účast asistujícího. Musí být postaráno nutně

o celkovou intimitu výkonu, což obnáší předem zajistit židli k posazení a připravit vše potřebné do koupelny. Snaha vést pacienta k tomu, aby se pokud možno myl sám, ale v případě nutnosti mu bude nápomocna manželka. Doporučuji pacientovi pomáhat při česání a holení (v případě holení je zde nebezpečí pořezání).

#### **Realizace:**

Během mého sledování bylo potřeba zakoupit novou protiskluzovou podložku a nainstalovat pomocná madla. Při sprchování bylo dbáno, aby teplota vody pacientovi vyhovovala a byl s touto činností spokojen. Byly zde námitky ze strany pacienta se snahou o šetření teplou vodou a spotřebou vody jako takovou a tímto vznikl první konflikt mezi mnou a pacientem (dříve toto odnášela manželka). Je důležité provádět tuto hygienickou péči přibližně ve stejném časovém rozmezí dne.

#### **Hodnocení:**

Moje snaha vytvořit ze základní hygienické péče určitý pravidelný a příjemný rituál se podařila. Zjistila jsem, že manželka byla vhodně edukována a péči pojala na výbornou. Měla jsem velkou radost, že i pacient přes počáteční negativismus projevil pocity uspokojení s takto nastaveným programem péče. Projevil i uznání a pochvalu své manželce.

## **6.2 Deficit sebepečce při příjmu potravy z důvodu základního onemocnění**

#### **Cíl:**

Pacient bude jíst dostatečné množství, pravidelně a snažit se udržovat si svou tělesnou váhu. Důležitým faktorem je pocit uspokojení.

#### **Plán:**

Je nutno kvalifikovaně edukovat rodinu o podávání správně zvolených pokrmů pro pacienta, zahrnout v potravě dostatek bílkovin a vlákniny, dohlédnout na snížení obsahu tuků a cukrů v potravě a dodržovat pravidelné časy jednotlivých

jídel (5x denně). Vzhledem k potřebě dodržování diabetické diety je nutný přísnější dohled manželky. Strava musí být přiměřeně teplá a úprava pokrmů vzhledná, protože je vhodné podávat stravu kašovitou i mletou. Je nutno dbát na dostatečný příjem tekutin. Je pravděpodobné, že při konzumaci jídla dojde ke znečištění oděvu či okolí, což může pacienta nepatříčně vyvést z míry, proto je důležité pacientovi zajistit buď velký ubrousek, nebo utěrku.

#### **Realizace:**

Stolování ve známém prostředí je očividně přijímáno pozitivně, nejlépe se cítí v kuchyni. Manželka i pacient jsou o všech možných opatřeních poučeni, je s oběma velice dobrá spolupráce. Při samotném podávání jídla byl respektován klid a trpělivost, tak jak jsem to s pacientovou manželkou probrala a vysvětlila při mých návštěvách.

#### **Hodnocení:**

Během mého sledování bylo pacientovi podáváno jídlo v pravidelných intervalech, vše se odehrávalo v kuchyni a pacient se přípravy na stolování někdy účastnil i sám. Pro mne i manželku to byla obrovská výhra a radost z dobře vykonané práce.

### **6.3 Inkontinence moči z důvodu narušené soběstačnosti v důsledku onemocnění**

#### **Cíl:**

Udržet stupeň inkontinence soustavným pokračováním nácviku vyprazdňování močového měchýře v pravidelných intervalech.

#### **Plán:**

Je nutné zajistit snadný přístup na toaletu, odstranit v cestě veškeré překážky a edukovat pacienta při každém použití toalety udržovat základní hygienu. Je vhodné požádat manželku o dohled a upozornit ji na vstřícný

a ohleduplný přístup k manželovi a ochotu mu pomoci. Snažit se o edukaci manželky i dětí o nutnosti připomínat pacientovi a doprovázet jej na toaletu každé dvě hodiny a zkontrolovat úspěšnost vyprazdňování. Bylo by dobré, kdyby nad dveřmi toalety svítilo takzvané noční světlo, které by navigovalo pacienta. V případě pana P.D. bude bohužel nutné používání plen na noc, protože vzhledem ke středně těžkému stavu Alzheimerovi choroby je udržení moči v noci již pro pacienta obtížné. Je nutné rodině doporučit vhodné hygienické pomůcky a poradit, že je hradí zdravotní pojišťovna.

### **Realizace:**

Edukace manželky i dětí o nutnosti připomínat pacientovi a doprovázet jej na toaletu každé dvě hodiny. Byl nutný rozhovor s pacientem, kdy jsem mu šetrně a s citem vysvětlila, že nutnost používání hygienických pomůcek (plen) je na noc opravdu nezbytná. Jsem ochotná zajistit poukaz na hygienické pomůcky u praktického lékaře, pokud bude nutno, tak pravidelně.

### **Hodnocení:**

Soustavným pokračováním pravidelného nácviku došlo k pozitivnímu vylepšení stavu inkontinence. Ze strany pacienta byla očividná snaha o udržení moči přes den a včasného náznaku, kdy chce potřebu vykonat. Manželka i děti mají s pacientem svůj vlastní postup, kdy pacienta doprovodí na toaletu. Při rozmluvě s pacientem jsem měla příjemný pocit, kdy on sám "se pochválil", že hygienické pomůcky (pleny) používá opravdu pouze na noc. Oba jsme se podělili o radost z dobré spolupráce.

## **6.4 Porucha tělesné hybnosti, riziko poranění v důsledku zhoršení mobility**

### **Cíl:**

- a) Krátkodobý - zabránění a snaha o bezpečné přesuny z jednoho místa na druhé a tím minimalizace rizika pádu a následného poranění. Je nutné, aby pacient měl při pohybu pocit jistoty a věděl, že v případě nutnosti mu bude nápomocna manželka a nebo rodinní příslušníci.  
Edukace rodiny i pacienta.
- b) Dlouhodobý - doporučit rehabilitačního pracovníka, který je v místě bydliště pod organizací tzv. Domácí péče, zintenzivnit nácvik udržování rovnováhy a celkové zlepšení fyzické kondice.

### **Plán:**

Doporučím odstranit veškeré předložky v bytě (hlavně v blízkosti lůžka), dále zajištění dostatku světla ve dne i v noci (noční světlo). Pokud možno odstranit z bytu nábytek s ostrými rohy a hranami a neopomenout obutí pacienta do kvalitní obuvi. Odstranění zbytečných překážek v cestě, upevnění různých elementů, kterých se při chůzi přidržuje, nebo opírá. Připevnit madla tam, kde je nutné aby se pacient při cestě přidržel.

### **Realizace:**

Doporučená aktivizace Domácí péče byla zahájena s pravidelnou docházkou rehabilitačního pracovníka 3x týdně (na doporučení praktického lékaře). Manželka má snahu se podílet na rehabilitaci svého manžela, o které byla poučena rehabilitačním pracovníkem.

### **Hodnocení:**

Pacient se snažil i mimo rehabilitační dny o procvičování svého těla dle doporučených cviků a po čase to pojal jako "adrenalinový sport". Měl obrovskou snahu a sebevědomí dokázat, že splní veškeré úkoly jemu zadané. V tomto nelehkém úkolu opět spolupracovala manželka, která byla nadšená způsobem



cvičení a sama se zapojila do této aktivity, a tím podporovala manžela k větší snaze. Jistota při pohybu pacienta se očividně zlepšila.

## **6.5 Deficit spánku v důsledku spánkové inverze**

### **Cíl:**

Dosažení kvalitnějšího nočního spánku pacienta.

### **Plán:**

Je nutné edukovat rodinu o opatřeních, které zlepšují kvalitu nočního spánku. Doporučit pacienta přes den povzbuzovat k aktivitě (prohlížení fotografií, procházka, společný úklid, práce na zahrádce, . . .). Nepodporovat spánek po obědě, ale stále udržovat pacienta v aktivní činnosti. Je potřeba zajistit ukládání se ke spánku ve stejném čase. Edukovat manželku o podávání lehké pozdní večeře (nepodávat těžkou stravu) a dodržování minimálního množství tekutin před spaním.

### **Realizace:**

Během mé návštěvy jsem zjistila, že se manželka i děti snaží zapojit pacienta do různých aktivit během dne a velice často, pokud je pěkné počasí vyráží na procházky kolem řeky. Mezi denní aktivity rodina zapojila i vnoučata, která si s dědou velice ráda prohlíží fotografie a chlubí se knihami ze školy a svými výtvary (vnoučata navštěvují 1. stupeň základní školy). Manželka zaměstnává pacienta drobnými domácími pracemi, jako je skládání kapesníků, utěrek, přerovnávání knih při utírání prachu, a zjistila jsem, že si dokáže opravdu u manžela tu pozornost během dne zajistit. Zdůraznila jsem notnou dávku trpělivosti s pacientem a potřebu často pochválit.

### **Hodnocení:**

Dle mého názoru manželka, děti i vnoučata zvládla tento náročný úkol opravdu výborně. Snaha o zapojení do aktivit je zřejmá a pacient má obrovskou

snahu pracovat a připadat si v rodině jako platný člen. Aktivity jsou sice jednoduché, ale konané v pravidelných intervalech.

## **6.6 Občasná dezorientace v místě a v čase z důvodu základního onemocnění**

### **Cíl:**

- a) Krátkodobý -Docílit zlepšení pacientovy orientace v čase a prostoru.
- b) Dlouhodobý -Udržet pacientovu orientaci v čase a prostoru co nejdéle v dobré kondici.

### **Plán:**

Je nutná důkladná a srozumitelná edukace celé rodiny. Zásadně neprovádět žádné změny v bytě (nepřemisťovat nábytek, obrazy, hodiny, . . .). Snažit se ponechávat osobní věci a předměty, které pacient používá a využívá v průběhu dne vždy na stejném místě, pokusit se zvýraznit pomocí barevných bodů, nebo jiných značek místa, která pacient navštěvuje nejčastěji a dodržovat denní pravidelné aktivity spojené s pohybem. Doporučuji ponechat noční světlo na cestě na toaletu a do koupelny, posilovat každodenně orientaci pacienta na známých místech.

### **Realizace:**

Manželka spolu s dětmi zajistila veškeré potřebné změny v bytě (noční světlo, záchytné barevně zvýrazněné body, atd.). Pacient je zatím schopen si dojít každé ráno do novinového stánku (cca 50m od bydliště) pro denní tisk a navrací se vždy v pořádku. Chůze po bytě je vcelku bez problémů, ale jsou chvíle, kdy je doslova dezorientován. Po rozhovoru s manželkou jsem doporučila trpělivost s opakovaným trénováním paměti - kolik je hodin, datum, co bylo včera, kdy má narozeniny, . . . (s pomůckami, nástěnný kalendář, nástěnné hodiny, . . .).

**Hodnocení:**

V rodině jsem vyzorovala, že je opravdu velká snaha a zájem o poskytnutí co nejkvalitnějších podmínek pro život pacienta. Manželka vyhověla opět mým návrhům a svědomitě a systematicky vede pacienta ke zlepšení orientace v místě a čase. Pokud dovolí čas, účastní se této péče i děti.

**6.7 Riziko poruchy kožní integrity z důvodu inkontinence****Cíl:**

- a) Krátkodobý - zajistit veškeré pomůcky vhodné pro prevenci vzniku opruzenin a možnosti tvorby dekubitů.
- b) Dlouhodobý - udržet i přes velké nároky na kůži z důvodu inkontinence stav predilekčních míst celistvý a neporušený.

**Plán:**

Doporučit možnost zajištění hygienických pomůcek přes obvodního lékaře, který vystaví žádanku k výdeji (většina pomůcek je hrazena pojišťovnou). Zajistit používání vhodného spodního prádla (nejlépe bavlněného).

Nutné je pravidelně a systematicky provádět používání toalety. Pomůcky (pleny) budou zatím pro pacienta doporučeny pouze na noc. Pokud nastane situace, kdy se v noci probudí z toho, že se pomočil, měl by být okamžitě přebalen a pokožka důkladně očištěna, osušena a ošetřena krémem, nebo speciálními vlhčenými hygienickými ubrousky.

**Realizace:**

Byly zajištěny pomůcky podle vytyčeného plánu. Manželka obstarala vhodné spodní prádlo (bavlna), které pacient nosí přes den, protože zatím pleny potřebuje pouze na noc. S pacientem i manželkou probrán a vysvětlen postup potřebné a nutné hygieny a zásady při používání hygienických pomůcek.

**Hodnocení:**

Při mém sledování nedošlo ke zhoršení a porušení integrity kůže. Pacient je vždy v čistém, suchém a kvalitním prádle, ale přes noc bohužel je plena již nezbytnou nutností.

**6.8 Občasná agresivita a podrážděnost v důsledku demence****Cíl:**

Včas eliminovat a předcházet agresivnímu chování.

**Plán:**

Snažit se neztrácet trpělivost a nedávat najevo pocit strachu z pacienta. Pokusit se (i když to často není možné) upoutat a odvést pozornost od konfliktního tématu a převést jej na jinou aktivitu a tím i myšlenky (pustit oblíbenou hudbu, předložit fotografie vnoučat a oblíbených míst. Snažit se pacienta neopravovat, nebýt hlučný, nevytýkat nedostatky, snažit se o zklidnění. Zjistit, které podněty vedou ke změně psychiky pacienta a napříště se těmto podnětům vyvarovat (což ale vždy nelze).

**Realizace:**

Edukace manželky i pacienta k tomuto velmi závažnému problému byla provedena opakovaně a přistoupila jsem i k rozhovoru u obou jednotlivě. Ze strany pacienta byla znát snaha o pochopení situace, ale vzápětí se vyjádřil, že si není vědom těchto změn nálad. Manželka i děti se snaží o co nejméně konfliktů a možných podnětů k nim. Ve spolupráci s rodinou jsme vytvořili varianty pro odvedení pozornosti ve chvíli nástupu podrážděnosti a změn nálad.

**Hodnocení:**

Zjistila jsem, že otevřená spolupráce s rodinou i pacientem dokázala přinést i v takto závažné věci kladné výsledky. Je znát, že v domácnosti nepanuje zatím tak dusná atmosféra, která panovala před doporučenými změnami při mé první návštěvě.

## **7. Edukace rodiny v péči o nemocného s Alzheimerovou chorobou**

Tato choroba nepostihuje jen pacienta, ale celou jeho rodinu. Při mých návštěvách jsme si s manželkou i pacientem vytvořili přátelský vztah, kterého si velice vážím a mou snahou je i nadále pomáhat. Domluvila jsem se s rodinou, že oni i já se budeme snažit sehnat co nejvíce materiálů - informací o této nemoci, aby se snáze vyrovnali se změnami, které budou přicházet. Manželka se mi svěřila, že se cítí velice často osamocena a chybí jí častější kontakt s přáteli. Dostávají se u ní pocity stressu z důvodu, že nestíhá domácnost a další povinnosti mimo domov. Při rozhovoru jsem jí doporučila nepřerušovat kontakty s přáteli (pozvat je a upozornit na nemoc manžela, vyjít si na procházku, nebo navštívit restauraci (upozornit personál). Nezapomínat na své koníčky, udělat si čas i na své děti a využívat efektivně čas ke svým potřebám. Domluvili jsme se, že se paní J.D. poradí s nejbližší pobočkou České Alzheimerovské společnosti (nejbližší - Stacionář Naděje 2000, Chomutov, tel.474 447 936), na jaké výhody a pomoc má nárok. V každém případě zažádat o příspěvek na péči a přiznání výhod pro zdravotně postižené. S paní J.D. navštívím praktického lékaře, který by měl doporučit domácí ošetrovatelskou péči (pokud bude v budoucnu nutná), nebo poradit, kam je možné se s problémem ještě obrátit. Provedla jsem samostatně edukaci s dětmi pacienta a doporučila, aby paní J.D. v rámci jejich možností dopřáli trochu soukromí a možnost se také věnovat sama sobě. Vysvětlila jsem, že role pečovatele je velice náročná. Vyčerpávající jak psychicky, tak fyzicky a pokud bude mít paní J.D. možnost odpočinku a odreagování se, péči o pacienta bude zvládat mnohem snadněji.

## 8. Závěr

O pacienta jsem se starala a rodinu navštěvovala v časovém období dvou měsíců (konec měsíce ledna - únor - začátek března r. 2012), v podobě celkem osmi návštěv ne po sobě následujících.

Celkově velmi zajímavým a velice důležitým zjištěním pro mne je výsledný efekt snahy celé rodiny (po mé edukaci) v péči o pacienta s Alzheimerovou chorobou, kdy došlo k pozitivním změnám (test MMSE 16 bodů dle mého vyšetření, oproti minulým hodnotám, kdy bylo MMSE 14bodů). Došlo k odeznění stavu zmatenosti a zlepšení nálady pacienta.

Výsledný pocit z této mé dvouměsíční práce je pozitivní, kdy musím vysoce ohodnotit velmi pozitivní přístup celé rodiny a obětavost manželky J.D. velkým darem je pro mne spokojenost všech a vědomí, že se na mne mohou kdykoliv obrátit a pokud bude v mých silách jim pomoci, vždy ráda a ochotně vyhovím.

Péče o takto nemocného pacienta je záležitost dlouhodobá, proto je nutná trpělivost a snažit se udržet stávající stav pacienta.

Prognóza je u této nemoci bohužel velice nepříznivá, dochází k postupnému zhoršování zdravotního stavu a pacienti většinou skončí na odděleních LDN.

Měla jsem příležitost spolupracovat s pacientem, který byl zatím ve stádiu středně těžké fáze Alzheimerovy choroby a byla možnost s ním komunikovat. Při plném zapojení celé jeho rodiny jsme dospěli k relativně pozitivnímu výsledku, který ale nebude trvalý a následné zhoršování pacientova stavu přes snahu jeho nejbližších bude pokračovat, což je silně demotivující.

## Malé zamyšlení s citátem z Lékařských listů

"Zkuste zavřít oči a představit si jak stojíte uprostřed místnosti. Nevíte, jak jste se zde ocitli, kolik je hodin, ani jaké je roční období. Obrazy na zdech, koberec na zemi, nábytek, lampa, . . . to všechno je Vám cizí. Nikdy před tím jste tu nebyli.

Sedáte si na židli a prohlížíte si všechno kolem, jako byste tu byli poprvé. Zaujmu Vás dveře v rohu. Asi jste jimi před chvílí vstoupili, ale teď už nevíte kam vlastně vedou.

Přicházejí nějakí lidé a oslovují Vás. Cítíte, že byste je asi měli znát. Ale prostě si nevzpomenete, jak se jmenují, ani kdo to je. Hlavou se Vám honí nepříjemné myšlenky.

Co tu vlastně chtějí? Nejsou nebezpeční? Ještě aby tady tak něco vzali. Nebo mi chtějí ublížit ?! "S napětím čekáte, co bude dál . . .

Vy o tom nevíte, ale jste v bytě, ve kterém žijete více než čtyřicet let. Dveře vedou do kuchyně, denně jimi projdete snad stokrát. Ti lidé jsou Vaše děti . . ."<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> VINAŘ O., *Odborníci se shodují, že Alzheimerovou nemocí trpí šest až osm procent lidí starších 65 let.* ZDN, příloha Lékařské listy, r.XLIX, 2000, č.9, str.14 - 16

## 9. Seznam použité odborné literatury

Jitka M.ZGOLA. *Úspěšná péče o člověka s demencí, 1. vyd.*, Grada publishing, 1999, 226str., ISBN 80-247-0183-9

TOPINKOVÁ Eva, *Jak správně a včas diagnostikovat demenci*, UCB Pharma, 1999, ISBN 80-238-4913-1

Aleš BARTOŠ, Martina HASALÍKOVÁ. *Poznej demenci správně a včas- příručka pro klinickou praxi*, Mladá fronta, 2010, ISBN 978-80-204-2282-8

*Alzheimerova choroba v rodině*, Pfizer, 2008, Opravené vydání.

HOLMEROVÁ Iva, MÁTLOVÁ Martina, *Dopisy České alzheimerovské společnosti*, Česká alzheimerovská společnost, 2010, ISBN 978-80-86541-30-3

JUŘENÍKOVÁ P., *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi, 1.vyd.*, Praha, Grada Publishing, 2010, ISBN 978-80-247-2171-2

PAVLÍKOVÁ S., *Modely ošetrovatelství v kostce, 1.vyd.*, Praha, Grada Publishing, 2010, ISBN 80-247-1211-3

STAŇKOVÁ M., *České ošetrovatelství 4. Jak provádět ošetrovatelský proces*, Brno, IDV PZ 1999, ISBN 80-7013-283-3

TRACHTOVÁ E.a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu, 2.vyd.*, Brno, Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví 2001, ISBN 80-7013-324-8

KOUKOLÍK František, JIRÁK Roman, *Alzheimerova nemoc a další demence*, Grada publishing, 1998, ISBN 80-7169-615-3



Patricia R. CALLONE a kol., *Alzheimerova nemoc 300tipů a rad, jak ji zvládat lépe*, Grada publishing, 2008, ISBN 978-80-247-2320-4

**kapitola – části knihy v češtině a v angličtině:**

JURČOVIČOVÁ Jana, *Přehled funkcí Centrálního nervového systému* - přednáška 2010

JURČOVIČOVÁ Jana, *Oddíly Centrálního nervového systému* -přednáška 2010

**článek v tištěném časopise v češtině**

REKTOROVÁ Irena, *Psychiatrie pro praxi*, SOLEN, Olomouc, 8/2004, str.216

SESTRA odborný časopis, Mladá fronta, 12/2005, ISSN 1210-0404, *Demence z klinického pohledu*, str. 44

SESTRA odborný časopis, Mladá fronta, 2/2006, ISSN 1210-0404, ev.č. MK ČR: E15721, *Podpora a edukace rodiny*, str.39

SESTRA odborný časopis, Mladá fronta, 2/2007, ISSN 1210-0404, ev.č. MK ČR: E15721, *Alzheimerova demence*, str.30,31

SESTRA odborný časopis, Mladá fronta, 2/2010, ISSN 1210-0404, ev.č. MK ČR: E15721, *Alzheimerova nemoc*, str.72,73

SESTRA odborný časopis, Mladá fronta, 6/2010, ISSN 1210-0404, ev.č. MK ČR: E15721, *Péče o rodinného příslušníka s ACH v domácím prostředí v ČR*, str.78

SESTRA odborný časopis, Mladá fronta, 2/2012, ISSN 1210-0404, ev.č. MK ČR: E15721, *Edukační centrum pomoci pro příbuzné pacientů s ACH*, str.18

**Článek v časopise v angličtině:**

SATLER Corina and TOMAZ Carlos, *Emotional Working Memory in Alzheimer's Disease Patients*, *Dement Geriatr Cogn Dis Extra*. 2011 Jan-Dec;

PMCID: PMC3199878, 124–138.

Dostupné z: Published 2011 June 17. doi: 10.1159/000329155.

Ilse ADA van TILBORG, Roy PC KESSELS, Wouter HULSTIJN, *How should we teach everyday skills in dementia? A controlled study comparing implicit and explicit training methods:*

*Clinical Rehabilitation* 25 (7), 638 - 648, 2011.

Dostupné z: doi:10.1177/0269215510396738

## **10. Seznam použitých zkratk**

DM	Diabetes mellitus
PAD	Perorální antidiabetikum
TEP	Totální endoprotéza
MMSE	MINI-MENTAL STATE EXAMINATION
FT	Farmakotherapie
ADL	Barthelův test základních všedních činností
LDN	Léčebna dlouhodobě nemocných

## **11. Seznam příloh**

- Příloha č.1 Test kreslení hodin - CLOCK test
- Příloha č.2 Dotazník funkčního stavu - FAQ
- Příloha č.3 Test kognitivních funkcí - MMSE
- Příloha č.4 Barthelův test základních všedních činností - ADL
- Příloha č.5 Ošetřovatelský záznam