

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2017

Marie Hergetová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství 5341

Marie Hergetová

Studijní obor: Všeobecná sestra

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
S ALZHEIMEROVOU CHOROBU V DOMÁCÍ PÉČI**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Veronika Muchlová Mühlsteinová, DiS.

PLZEŇ 2017

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně za vedení vedoucí bakalářské práce Mgr. Veroniky Muchlové Mühlsteinové, DiS. Dále prohlašuji, že veškeré prameny a podklady, ze kterých jsem čerpala, jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Datum: 20.3.2017

Podpis:.....

Poděkování:

Ráda bych poděkovala Mgr. Veronice Muchlové Mühlsteinové, DiS. za její pomoc, rady a ochotu při vedení mé bakalářské práce. V neposlední řadě také děkuji rodině za podporu při mém studiu.

Anotace

Příjmení a jméno: Hergetová Marie

Katedra: Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Ošetrovatelský proces u pacienta s Alzheimerovou chorobou v domácí péči

Vedoucí práce: Mgr. Veronika Muchlová Mühlsteinová, DiS.

Počet stran: číslované - 85, nečíslované - 8

Počet příloh: 10

Počet titulů použité literatury: 31

Klíčová slova: Alzheimerova choroba, Agentura domácí péče, Model Nancy Roperové, Ošetrovatelský proces.

Souhrn:

Bakalářská práce se zaměřuje na ošetrovatelskou péči o pacienta s Alzheimerovou chorobou v domácí péči. Teoretická část popisuje samotné onemocnění, jeho příčinu vzniku, diagnostiku a možnosti léčby. Je zde popsán přístup k pacientům s Alzheimerovou chorobou a popsán vybraný koncepční model Nancy Roperové. Další téma je historie a nastínění fungování domácí péče. Praktická část je zaměřena na problematiku ošetrovatelského procesu v domácí péči s výsledkem uplatnění koncepčního modelu v agentuře domácí péče.

Annotation

Surname and name: Hergetová Marie

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: Nursing process in a patient with Alzheimer's home care

Consultant: Mgr. Veronika Muchlová Mühlsteinová, DiS.

Number of pages: 85, 8

Number of appendices: 10

Number of literature items used: 31

Key words: Alzheimer's disease, Home care agency, Model Nancy Roper, Nursing process.

Summary:

The thesis focuses on the nursing care of a patient with Alzheimer's disease at home. The theoretical component describes the disease itself, its cause, diagnosis and possible medical treatments. It describes the approach towards patients with Alzheimer's disease and describes Nancy Roper's conceptual model of nursing. The following component outlines the history of home care and what it entails. The practical component focuses on issues that arise as a result of applying the conceptual model in a home care agency.

Obsah

ÚVOD.....	9
1 ALZHEIMEROVA CHOROBA.....	10
1.1 Charakteristika.....	10
1.2 Klinický obraz.....	11
1.3 Diagnostika.....	13
1.4 Léčba.....	16
2 Ošetrovatelské péče o pacienta s Alzheimerovou chorobou.....	19
2.1 Komunikace s pacientem trpícího demencí.....	20
3 Domácí péče – Home care.....	22
3.1 Domácí prostředí.....	25
3.2 Péče o pečující.....	26
4 Model životních aktivit – Nancy Roper.....	28
4.1 Aplikace modelu v ošetrovatelském procesu.....	30
5 Edukace v ošetrovatelské péči.....	31
6 PRAKTICKÁ ČÁST.....	33
6.1 Formulace problému.....	33
6.2 Cíl práce.....	33
6.3 Metodika výzkumu.....	34
6.4 Organizace výzkumu.....	34
6.5 Výběr případu.....	34
6.6 Výstup pro praxi.....	34
7 Kazuistika č. 1.....	35
7.1 Ošetrovatelský model podle Nancy Roperové.....	39
7.2 Plán ošetrovatelské péče.....	43
7.3 Aktuální ošetrovatelské diagnózy.....	44
7.4 Potencionální ošetrovatelské diagnózy :.....	50
8 Kazuistika 2.....	54
8.1 Ošetrovatelský model podle Nancy Roperové.....	57
8.2 Plán ošetrovatelské péče.....	61
8.3 Aktuální ošetrovatelské diagnózy.....	62
8.4 Potencionální ošetrovatelské diagnózy:.....	68
9 DISKUZE.....	71
ZÁVĚR.....	75
SEZNAM LITERATURY A POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	77
SEZNAM ZKRATEK.....	80
ACH – Alzheimerova choroba.....	80
SEZNAM TABULEK.....	81
SEZNAM PŘÍLOH.....	82

ÚVOD

V poslední době slyšíme o stárnutí populace a s tím souvisí i nárůst demence, nejvíce Alzheimerova typu. Čísla jsou alarmující a do budoucna to znamená zvýšenou zátěž pro celou společnost, ve všech rovinách. Velká zátěž bude také v ekonomické sféře. Vláda v únoru 2016 schválila „Národní akční plán pro Alzheimerovu chorobu na období 2016-2019“. Účelem plánu je intenzivně se zabývat tématem stárnutí a zvýšeného výskytu demencí. Plán by měl být zaměřen na cíle, které povedou ke zlepšení kvality života nemocných s touto diagnózou a podporu pečujícím o nemocné s demencí. V České republice jsou centra, která jsou specializována na tuto problematiku, poskytují odbornou a profesionální péči, a však už nyní, se potýkají s nedostatkem lůžek. I z těchto důvodů je vhodné, aby nemocní s touto diagnózou mohli být co nejdéle v domácím prostředí.

Hlavním cílem práce, bylo aplikovat koncepční model Nancy Roperové (dále ve zkratce NR) na dvou případech a zjistit, zda je tento model vhodný pro užití v domácí péči. Dílčími cíli bylo vypracovat ošetřovatelský plán podle modelu NR ve dvou kazuistikách, připravit a realizovat odborný seminář na téma pacient s Alzheimerovou chorobou v domácí péči, pro sestry z agentury Soukromá ošetřovatelská služba Plzeň. Posledním dílčím cílem bylo zjistit na konkrétních kazuistikách, zda pečující umí správně komunikovat s pacienty s Alzheimerovou chorobou, o které pečují v domácím prostředí.

V teoretické části jsme popsali charakteristiku onemocnění, příčiny vzniku, diagnostiku a léčbu. Dále zde uvádíme kapitolu o domácí péči, která v posledních letech jde do popředí. Velkou kapitolou jsme věnovali péči o pečující a koncepčnímu modelu NR, který je dále rozpracován v praktické části. V té jsou podrobně popsány dvě kazuistiky pacientů s diagnózou Alzheimerova choroba, kteří využívají služeb agentury domácí péče. Je zde zpracován ošetřovatelský proces pomocí zmíněného koncepčního modelu a následně vypracován ošetřovatelský plán. V diskuzi jsme obě kazuistiky porovnávali, uvedli důvod, proč byl zvolen koncepční model NR a jak se uplatnil v praxi v domácí péči. Dále jsme zhodnotili zda došlo ke splnění cílů.

1 ALZHEIMEROVA CHOROBA

1.1 Charakteristika

Alzheimerova choroba (dále uváděno ve zkratce jako ACH) je pojmenovaná po Dr. Aloisu Alzheimerovi, který se narodil 14. června 1864. Maturoval roku 1883 v Aschaffenburgu, dále studoval v Berlíně na univerzitě, v roce 1877 napsal diplomovou práci s názvem v překladu o ceruminálních žlázách.. V roce 1906 v mozkové tkáni zemřelé ženy popsal plaky a klubíčka, která jsou brána jako charakteristické znaky pro ACH. Od roku 1907 se onemocnění popisuje jako Alzheimerova choroba. Jeho život končí 19. prosince roku 1915, kdy umírá na ledvinové selhání. (Koukolík et al. 1998. s. 11)

Jde o primární degenerativní onemocnění mozku, začíná nenápadně a zvolna progreduje. S věkem výskyt onemocnění stoupá, ale jsou i časnější záchyty. Jedná se o závažné onemocnění, které má vliv na kvalitu života. Dochází k zániku mozkových buněk a dále k úbytku mozkových hmot. Podrobným bádáním mimo jiné bylo zjištěno, že v mozku ubývá acetylcholin, jehož funkcí je přenos informací mezi buňkami. Tedy při úbytku mozkových buněk a zhoršeném přenosu informací v mozku, dochází k výraznému narušení mozkových funkcí, což se odráží na kvalitě života.

(Gerontologie.cz [online]. [cit. 2016-09-09])

V mozkové tkáni nemocných s ACH dochází k ukládání beta – amyloidu, bílkoviny tvořené krystalky, které vytváří neurotické plaky. Se zvyšujícím se počtem plaků se zvyšuje postižení. Poškození mozku záleží na místě vzniku a velikosti plaků v mozku. Dle druhu patologické bílkoviny lze diagnostikovat typ demence. U ACH dohází k ukládání beta amyloidu a je degenerován tau protein nervové buňky. U frontotemporálních demencí je degenerován také tau protein, ale jiným způsobem. U Parkinsonovy choroby dochází k degeneraci alfa synukleinu. Na základě těchto změn dochází k poruše tvorby a přenosu buněčných informací a následně se poruší funkce mozku, což vede ke vzniku demence.

(Jiráček et al. 2009 s 29,30)

Koukolík (1998) uvádí, že ženy trpí demencí mnohem častěji než muži. U demence je to 1,9 krát více a u ACH dokonce 3,1 krát více. Podle Bartoše (2010) bude v České republice narůstat podíl starší populace, a tím se bude zvyšovat výskyt demencí, nejčastěji ACH, což bude mít dopad na celou společnost. Lužný (2012) uvádí, že ACH je nejčastější demencí a to přibližně 60% ze všech demencí. Jako příčina úmrtí je ACH na pátém místě u lidí nad 65 let. Prevalence onemocnění v české republice se odhaduje na 5% u lidí nad 65let, což je dle Lužného (2012) jen hrubý odhad, z důvodu, že časná stádia nejsou včas diagnostikována. ACH postihuje všechny sociální skupiny obyvatelstva a nelze říci, že by se zaměřovala na jednu sociální vrstvu, pohlaví či etnikum. Výskyt se zvyšuje s věkem, ale ACH se může projevit již v mladším věku. Počet Američanů, kteří trpí ACH, se odhadoval v roce 2016 na 5,4 milionů, což odpovídá, že každý devátý Američan nad 65let trpí ACH. Odhaduje se, že v dalších letech bude nárůst markantní. Do roku 2050 se odhaduje, že z 54 milionů to bude 13,8 milionů Američanů. ACH v Americe patří na šesté místo příčiny úmrtí. Magistra Kašpárková (2013) uvádí, že v té době bylo v České republice 130tisíc lidí se syndromem demence a odhaduje nárůst do roku 2050 na počet 225tisíc nemocných trpících demencí.

(Koukolík et al. 1998 s 15-19, Bartoš et al. 2010 14s,16s, Lužný 2012 44s, Alz.org [cit. 2016-10-28], Nia.nih.gov. [cit. 2016-10-28] Alzheimer.cz [cit. 2016-10-28], Kasparkova 2013)

1.2 Klinický obraz

Rozvoj demence je nenápadný až plíživý. Vývoj i příznaky nemoci jsou u každého pacienta jiné, záleží na podmínkách a zdravotním stavu jedince. Callone (2008) uvádí, že vývoj onemocnění může trvat 8 až dokonce 20let.

Na začátku se diagnostikuje jako mírná porucha poznávacích funkcí. Zhoršuje se paměť, vstřípivost, dále se přidává porucha orientace v prostoru i čase. Později si pacienti nevzpomenou ani na jméno svých blízkých.

(Jiráček et al 2009 s 31,32)

Jako základní příznaky choroby můžeme uvést následující přehled

1. Zhoršující se paměť
2. Obtížné vykonávání denních činností
3. Problémy s řečí
4. Dezorientace
5. Zhoršuje se úsudek nebo úsudek není racionální
6. Předměty pacienti ukládají často na nevhodná místa a zapomenou kam je dali.
7. Často se mění chování a nálady pacienta
8. Vyskytují se problémy s pochopením úkolů a situace

(Alzheimer.cz [cit. 2016-10-28])

Stadia Alzheimerovi choroby

několik desítek let před vznikem demence, která je patrná pro okolí i pacienta již vznikají patologické změny, které vedou následně k demenci. Rozlišujeme tři stadia.

Preklinické stadium

v mozku jsou známky patologie, nejsou však žádné příznaky jak subjektivní tak objektivní. Diagnostika v tomto období je podstatná jen z hlediska výzkumu.

Stadium mírné kognitivní poruchy

v tomto období je pacient plně soběstačný, ale uvědomuje si zhoršující se kognici, nebo si změn všimne okolí. Zhruba 15% pacientů přechází do demence, určitá část je dlouhodobě stabilní a minimum se může opět normalizovat.

Demence

v tomto období již dochází k funkčním poruchám v mozku a tím zhoršenou soběstačnost v denních aktivitách. V tomto období je již velmi obtížné ovlivnění průběhu nemoci terapeutickými prostředky.

(Tomáš Nikolai 2013 s 9,10)

Formy Alzheimerovi choroby

Časná – presenilní forma

Časná forma se objevuje před šedesátým 5. rokem života. Délka nemoci se odhaduje na 8 let. Začíná se projevovat neurotickými obtížemi jako zhoršení paměti, deprese, zhoršená výkonnost. Postupně se zhoršuje výbavnost slov a zážitků, poruchy paměti se prohlubují až nemoc dojde do terminálního stavu, kdy je pacient odkázán na pomoc druhé osoby.

Pozdní – senilní forma

U této formy již od počátku je zřejmě viditelná degenerace osobnosti s výraznou poruchou kognitivních funkcí. Pacienti již nepovažují základní estetické a hygienické návyky za důležité a je to nepřehlédnutelné. Dále jsou pacienti často neklidní až zmatení. Odhaduje se že tato forma onemocnění trvá kratší dobu.

(Halová 2010 s101-103)

Rizikové faktory

Pro pozdní formu ACH je nosičství alely eta 4 genu pro apolinoprotein E, locus na 12.chromozomu a snad i mutace metachondriální DNA. Pro ranou formu jde o genové mutace na chromozomech 21,14 a 8. Poranění hlavy, nižší vzdělání či kouření cigaret jsou možnými rizikovými vlivy. Koukolík (1998) uvádí, že sedm studií si nemyslí, že poranění hlavy souvisí s vývojem ACH a 4 studie naopak toto potvrzují. Familiární výskyt, genetická dispozice a vlivy zevního prostředí jsou velkým rizikem vzniku ACH.

(Koukolík et al. 1998 s21-22)

1.3 Diagnostika

Anamnéza

Anamnéza je pro diagnostiku nejpodstatnějším ukazatelem. Pro posouzení, zda dochází ke změně kognitivních funkcí, je potřeba odhadnout intelekt podle věku, vzdělání a profese. Podstatné jsou informace od blízké osoby, která o pacienta s demencí pečuje.

Paměťové schopnosti – zde je vhodné vyjádření blízkých osob pacienta, protože se na informace od pacienta nemůžeme plně spolehnout. Někteří pacienti si na problémy s pamětí stěžují, jiní to zase popírají.

Řečové schopnosti – při rozhovoru si všímáme obtíží při vyjadřování, plynulosti, zadrhávání, hledání vhodných slov. Zaměřujeme se na detaily, protože při hlubším rozhovoru se deficit snáze odhalí.

Aktivity denního života - deficit v těchto oblastech může pomoci s rozlišením mírné kognitivní poruchy od demence a ACH. Dále výsledky poukazují jak moc je pacient závislý na pomoci druhé osoby a jak velkou zátěží je pečující osoba zahrnuta.

Poruchy chování - nejčastěji se porucha chování projevuje apatií nebo agresivitou pacienta. O poruše chování nás vždy informuje okolí, protože pacientovi chybí objektivní náhled. Tyto poruchy jsou pro pečující osoby mnohem více zatěžující než poruchy kognitivních funkcí.

Poruchy nálady – deprese – v anamnéze se cíleně ptáme zda v minulosti pacient trpěl nějakou formou deprese, deprese ve stáří se může projevovat například formou tělesného deficitu, například poruchou spánku, únavou, zvýšenou přecitlivělostí a podobně.

Testy kognitivních funkcí

Testy jsou pomůckou a doplněním k rozhovoru a anamnéze k posouzení konkrétních situací a odhalení konkrétních deficitů.

Test kreslení hodin – pacientovi dáme papír a instrukce typu nakreslete hodiny, které ukazují požadovaný čas.

Časoprostorová orientace – pokládáním otázek zjišťujeme orientaci v čase, místě, osobě a orientaci situací.

Sedmičkový test – Od čísla 100 se postupně odečítá 7. Je zapotřebí soustředění, pozornost a schopnost počítat najednou a proto je tento test považován za náročnější.

Testování řečových schopností - deficit v této oblasti se odhalí již při rozhovoru s pacientem při odebírání anamnézy. Nejdříve se pacientovi pokládají jednoduché otázky a jednoduché pokyny, následují pokyny a otázky složitější.

Jednoduché otázky a pokyny – například zavřete oči, nebo stiskněte mi ruku...

Složitější otázky a pokyny – příklady - co je dříve oběd nebo večeře ?

Krátký test kognitivních funkcí (MMSE) - tento test je velmi rozšířen a používán. Test nám zhodnotí globálně kognitivní funkce. Test se skládá z deseti podrobnějších minitestů. Maximální skóre je 30bodů. Čím se dosáhne vyššího skóre, tím je výsledek lepší. Při dosažení 24bodů je již pásmo demence. Předností tohoto testu je jednoduché a rychlé provedení s jednoduchým vyhodnocením.

(Bartoš et al 2010, s. 31-53)

Červenka (2015) uvedl, že národní ústav duševního zdraví realizuje studii, která má vylepšit testy kognitivních funkcí starších lidí a vytvořit nové testy přímo pro českou populaci. Jde o první takto velkou studii, která je zaměřena na neuropsychologické metody v České republice. První výsledky nepřímo zpochybňují nejčastěji používaný test MMSE. Autorka článku PhDr Hana Štěpánková říká, že test MMSE je závislý na věku a vzdělání a pokud se to nevezme v potaz při testování, mohou být výsledky zkreslené.

(Červenka 2015)

Dotazníky- Další vhodnou metodou jsou dotazníky. Výhoda dotazníku je jeho strukturovanost, přehlednost a možnost rychlého vyplnění třeba v čekárně. Pacienta příliš nezatěžuje, ale pro nás jsou to cenné informace, které můžeme využít při plánování péče. Jeden z velmi využívaných dotazníků je zaměřen na zvládání denních aktivit, který nám zhodnotí soběstačnost a samostatnost pacienta, další dotazník je zaměřen na náladu. Pacient v dotazníku hodnotí poslední týden, pomocí odpovědí na otázky ano / ne. .

(Bartoš et al 2010, s. 31-53)

Zobrazovací metody

CT, MR – techniky, které jsou schopné upozornit na morfologické odchylky, jako například úbytek mozkové tkáně, změny v cévním zásobení či patologie.

SPECT, PET – tyto techniky nám dají informace ohledně metabolismu v mozku, ale hlavně o aktivitě neurotransmiterů.

EEG – nám ukazuje mozkovou aktivitu

(Jiráček et al 2009 s.28)

1.4 Léčba

Lužný (2012) uvádí několik přístupů léčby pacientů s ACH.

Léčbou se ovlivňují kognitivní i nekognitivní funkce, používají se psychoterapeutické, socioterapeutické přístupy. Úspěchem je zpomalení progresu onemocnění a tím oddálení terminálního stádia. V léčbě lze využít i dalších preparátů jako například bylinky či vitamíny. I když tento postup je lékaři doporučován spíše okrajově. Z rostlinných preparátů můžeme uvést například ginkgo bilobu, zelený čaj, česnek, ženšen, kurkumu. ACH se bohužel stále nedá vyléčit. Studie se touto otázkou stále zabývají. Aktivní či pasivní očkování k léčbě ACH je stále brána jako léčba budoucnosti. Studie ukázaly prospěšnost tohoto očkování ve zvratu onemocnění, ale z důvodu výskytu komplikací v podobě otoku mozku byla studie roku 2002 přerušena. Vědci se, ale touto otázkou zabývají i nadále.

(Lužný 2012 s. 51,52 , Harantová et al. 2014 s 118,119)

Farmakoterapie

Farmakologická léčba je zaměřena dvěma směry. Jeden směr je ovlivňování kognitivních funkcí pacienta a druhý směr je zaměřen na přidružená onemocnění a potíže pacienta. Léky proti demenci se snažíme ovlivnit hlavní symptomy ACH, především jde o paměť, poruchy orientace, poruchy chování, zmírnění deprese, dále léčbu hypertenze, poruchy spánku a dalších onemocnění, kterými trpí pacient s ACH. Pro lehkou až střední formu nemoci se využívají inhibitory acetylcholiesteráza. Bartoš (2010) uvádí, že tyto léky může předepisovat neurolog, psychiatr nebo geriatr. Aby léky byly hrazeny zdravotní pojišťovnou, musí pacient splňovat jasná pravidla. V opačném případě si musí léčbu hradit sám. Do pravidel spadá vyloučení jiné demence než ACH. MMSE musí být v rozmezí 25-13b. Test se každé 3měsíce opakuje a kontroluje se jeho vývoj. Po 6 či 9 měsících, pokud nedochází k prokazatelnému účinku léčiva, nemůže být dále léčba indikována a hrazena zdravotní pojišťovnou. Prokazatelným účinkem léčby je myšleno zastavení progresu nebo pokles menší než 2b. Rozmezí zůstává stejné. Principem léčby je začít s nízkou dávkou a tu postupně navyšovat v jednoměsíčním intervalu. Postupně navyšujeme až do maximální dávky k dosažení maximální účinnosti. Podle Bartoše je léčba úspěšná, dojde – li alespoň ke zpomalení příznaků.

(Bartoš et al.2010s. 82 – 85, Koukolík et al.1998 s 219-222)

Nefarmakologické přístupy

Léčba by se měla brát komplexně. Samotná farmakoterapie bez podpory psychoterapie nemusí být účinná. Pro komplexní přístup je nutné mít dostatek trpělivosti. Je nezbytné neočekávat velké úspěchy léčby v krátkém čase. Pro pacienty s ACH je výhodné, když mohou zůstat a léčit se v domácím prostředí za podpory rodiny, než umístění do léčeben. U těchto pacientů často vzniká výrazný adaptační syndrom. Rehabilitační a aktivizační postupy jsou doplňkem farmakologické léčby a patří ke komplexní léčbě v gerontopsychiatrii.

(Koukolík et al. 1198 s 224-225, Klucká et al. 2009 s 11, Lužný 2012 s 139.)

Doktorka Sheardová z 1. neurologické kliniky FN u svaté Anny a LF MU Brno uvádí ve svém článku s názvem „ Alzheimerova nemoc a zapojení pečovatele do boje o kvalitu života „, že účinným prostředkem pro snižování stresové zátěže pečujících, je využití nefarmakologických metod. Nefarmakologickými intervencemi se ovlivňují především behaviorální a psychiatrické symptomy jako například bloudění, agrese, apatie, poruchy spánku aj. Jsou – li tyto intervence použity pečujícími v domácím prostředí, mohou být stejně účinné jako léková terapie.

(Sheardová 2011 s 13-18)

Kognitivní trénink – pomocí her, křížovek, práce s kalendářem a mapami zapojuje pacient mozek a aktivizuje kognitivní funkce. Podpora naučených postupů – pacient sám popisuje ostatním nějakou činnost, kterou dobře zná. Například recept na oblíbené jídlo.

Reminiscenční terapie – tato metoda využívá osobních vzpomínek pomocí fotografií a jiných pomůcek, které mohou vzpomínky vyvolat.

Programování aktivit – vypracovává se individuální harmonogram dne tak, aby byl pacient rovnoměrně zatížen. Z hlediska spánkové hygieny je vhodné pacienta přes den zaměstnat, aby v noci spal.

Arteterapie, muzikoterapie – jde o rozvíjení emočního vnímání a prožívání.

Canisterapie – teplo a vlídnost psa je využívána jako emoční stimul – touha po dotyku. Lacinová uvádí, že léčba a asistence psa působí pozitivně na pacienty, kteří mají kladný vztah ke psům. Z toho usuzujeme, že je zapojena emoční složka, která účinkuje na mnestické funkce.

Ergoterapie – cílem ergoterapie je udržet pacienta soběstačného v denních aktivitách tím, že opakovaně provádí jednu činnost, si ji více procvičí a zapamatují.
(Lužný 2012 s 139, Kognice.cz [online]. [cit. 2016-09- 09] , Harantová et al 2014 s 120)

2 Ošetrovatelské péče o pacienta s Alzheimerovou chorobou

Prostředí, ve kterém se pacient nachází, má významnou roli na zachování funkčního chování pacienta. Ve známém prostředí pacient funguje přirozeněji a lépe než v cizím, neznámém prostředí. I banalita typu nové pákové baterie může vyvolat u pacienta úzkost, protože neví jak ji používat, na rozdíl od starého typu, který používal celý život. Prostředí pro pacienta musí být především bezpečné a přehledné. Mělo by vyhovovat také osvětlení, nesmí chybět předměty, které má pacient rád a podporují jeho vzpomínky. (Zgola 2003 s. 140-144 , Petr 2014 s. 188)

Hlavním a základním pravidlem pro správné ošetřování pacienta s ACH je správná komunikace, musí být jasná a srozumitelná. Měli bychom mít na paměti, že pacienti jsou senioři a mají různá omezení například sluchu či možnosti vyjadřování. Psychiatrická péče je poskytována různými způsoby, které jsou vzájemně propojené. Mezi základní složky můžeme jmenovat péči v lůžkovém zařízení, v psychiatrické léčebně nebo na psychiatrickém oddělení fakultních nemocnic, dále psychiatrické ambulance s pomocí komunitní péče.

(Petr 2014 s 45, 191)

Komunitní péče - využíváním komunitní péče se snažíme pacienta udržet co nejdéle soběstačného a v domácím prostředí. Pro úspěch je nutná souhra a dobrá spolupráce jak zdravotní tak sociální sféry. Petr (2014) uvádí, že současná dostupnost komunitních služeb je nedostačující. Rovněž spolupráce s ostatními odvětvími není kvalitně provázána. Do komunitní péče můžeme zahrnout denní stacionáře, krizová centra, krizové mobilní týmy, komunitní psychiatrické sestry. (Petr 2014 s 45)

Péče v domácím prostředí - Pečování o pacienta s demencí může být pro pečovatele náročné a stresující. Péče se odráží ve všech oblastech jako emocionální, fyzické, sociální, ale i ekonomické. Mnoho pečujících uvedlo, že náročnější je se vypořádat s emočním vypětím než s fyzickým. Další poznatky poukazují na stres, který

vychází z nefunkčních rolí a rolí měnících se. Až 80% lidí s demencí žijí v domácím prostředí, kde o ně pečují příbuzní. U pečujících o své blízké s demencí je prokázána psychická zátěž a dokonce zvýšená depresivita. U pečujících můžeme diagnostikovat poruchy spánku, chronickou únavu, bolesti zad, nervozitu, ale i nikotinismus či abúzus alkoholu. (Štěpánková et al. 2014 s103-110)

Při pečování v domácím prostředí je nutné si to dobře promyslet, naplánovat, probrat situaci v celé rodině a pokud možno si péči rovnoměrně rozdělit podle možností jednotlivých členů rodiny. Je vhodné svolávat pravidelně rodinnou schůzku, kde otevřeně každý probere své možnosti a péče se naplánuje na další období. Takováto situace je ideální, bohužel ne vždy v praxi proveditelná. Dalším, kdo může pečujícím pomoci situaci zvládat, je služba hrazená ze zdravotního pojištění tzv. Home Care. To znamená, že dochází všeobecná sestra dle ordinace lékaře přímo do domácnosti za pacientem. Tato problematika je více popsána v samostatné kapitole.

(umirani.cz)

2.1 Komunikace s pacientem trpícího demencí

Při komunikaci se starým, nemocným a zvláště dementním člověkem je nutné se nejprve přesvědčit, že nás pacient slyší, zda má dobře nastavené kompenzační pomůcky a používá je. (například mnoho pacientů má naslouchátko uklizené v šuplíku).

Prostředí by mělo být příjemné a pro pacienta známé. Během rozhovoru se opakovaně přesvědčujeme, že nám pacient rozuměl a chápe co mu říkáme. Pokyny několikrát opakujeme, protože pacienti s demencí rychle zapomínají. Pokyny sdělujeme pomalu, srozumitelně a snažíme se úkoly dávkovat tak, aby nám pacient rozuměl a měl šanci si to zapamatovat. Tedy úkoly dopředu plánujeme, aby pacient neměl pocit nejistoty ze selhání. Během komunikace povzbuzujeme k aktivnímu zapojení, dáváme dostatek času pro vyjádření svých pocitů a myšlenek, popřípadě dotazů.

Při neverbální komunikaci využíváme pro zklidnění pacienta dotyk, který může navodit klid a vlídnost. Všimáme si postoje pacienta a jeho výrazu, ale musíme si i my hlídat vlastní neverbální projev jako rychlá gesta a pohyby, které by mohly pacienta

rozrušit. Rozhovor nezačínáme intimními a citlivými tématy. Častou chybou je direktivní řízení a nesoustředěné vedení rozhovoru a přeskokování mezi tématy. Vyhýbáme se používání abstraktních otázek a odborných výrazů, necháme pacienta domluvit a větu nedokončujeme za pacienta.

(Kognice.cz)

Technika pozitivní interakce je proces, kdy využíváme verbální i neverbální techniky komunikace. Aby komunikace byla pro vás efektivní, je nutné, se vždy přizpůsobit pacientovi. Jeho náladě, schopnosti spolupráce, míře pozornosti. Většina komunikace probíhá neverbálně, a proto je třeba se na projevy zaměřit a vnímat je. I když pacient není již schopen verbální komunikace, může být schopen pochopit část toho, co říkáte pomocí signálů, výrazu, postoje. Pacienti velmi často zrcadlí to, co vidí u vás. Budete – li se smát pravděpodobně se usměje také, pokud budete rozzlobení ani pacient nebude klidný. Pravidla pozitivní interakce spočívají v tom být příjemní, klidní a dodávat pacientovi sílu. Podporujeme u pacienta pozitivní sebehodnocení.

(Glenner 2012)

Zvládání problémového chování - je potřeba mít na paměti, že pacientů, kterých se změny chování nedotknou, je minimum. Dále je dobré si uvědomit, že člověka s demencí nezměníme a je nutné u pacienta akceptovat jeho projevy chování, které neohrožují pacienta ani okolí. Úsilí zaměříme na oblasti, v kterých lze dosáhnout nějakého úspěchu.

(Glenner 2012)

3 Domácí péče – Home care

Poskytování domácí péče je velkým přínosem, zkracuje se hospitalizace dokonce k hospitalizaci nemusí dojít vůbec. Domácí péče je poskytována v prostředí, které nemocný dobře zná. Znamé prostředí má pozitivní vliv na uzdravování, zlepšuje se soběstačnost a samostatnost nemocného. Ten sám má větší snahu se zapojit do denních aktivit, dodává mu to energii a chuť se dále uzdravovat. Jeho cílem je být co nejvíce soběstačný. Všichni víme, že senioři nemají rádi změny a nové prostředí může zhoršovat adaptaci a tím i proces uzdravování. Domácí péče je indikována registrovaným praktickým lékařem, registrovaným lékařem pro děti a dorost a ošetřujícím lékařem při hospitalizaci. Je plně hrazena z veřejného zdravotnictví. Domácí péče je stále na vzestupu, populace stárne a domácí péče je častěji využívána. Forma domácí péče je ekonomicky efektivnější než dlouhodobá ústavní péče.

(Vedlichová 2013)

Z historie můžeme uvést, že v počátcích zrodu domácího ošetřování, byl pan William Rathban z Liverpoolu. V těžkém období, kdy mu umírala manželka roku 1859, se rodinná péče zrodila. Společně s Florance Nightingelovou založili první školy pro sestry. Roku 1885 byla ve Spojených státech amerických založena organizace sester v domácí péči, která byla určena chudým a opuštěným lidem se zdravotními problémy. V Evropě se domácí péče rozšířila v sedmdesátých letech dvacátého století. Roku 1950 byl pověřen československý červený kříž k převzetí veškeré ošetřovatelské a zdravotní péče v rodinách a tuto péči provozoval. Následně v roce 1952 dle Zákon č. 103/1951 SB domácí péči přebírá stát. První agentury domácí péče (dále uváděno ve zkratce ADP) u nás byly založeny kolem roku 1990. Od té doby se poskytovaná péče, kvalita i význam zvyšuje a zkvalitňuje.

(národní centrum domácí péče ČR [cit. 2016-09-09], Vedlichová 2013)

Právní předpisy související s poskytováním domácí péče

- *Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů.*
- *Zákon č. 95/2004 Sb., o zdravotnickém povolání lékaře, zubaře a farmaceuta a navazujících prováděcích vyhláškách.*
- *Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních a navazujících prováděcích vyhláškách.*
- *Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.*
- *Zákon ČNR č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, ve znění pozdějších předpisů.*
- *Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, ve znění pozdějších předpisů.*
- *Vyhláška MZČR č. 440/2000 Sb., kterou se upravují podmínky předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče, ve znění pozdějších předpisů.*
- *Vyhláška MZČR č. 101/2002 Sb., seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, kterou se mění vyhláška MZČR č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů.*
- *Vyhláška MZČR č. 49/1993, Sb., o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení, ve znění pozdějších předpisů.*

(Věstník MZ 12/2004)

Hlavním cílem je zajistit co největší dostupnost kvalitní a efektivní péče pacientům v jejich sociálním prostředí. Díky poskytování kvalitní a profesionální péče je možné zkrátit dobu hospitalizace na dobu nejnutnější a dále předat pacienta do domácího ošetřování. Pro toto fungování je velmi podstatná spolupráce s rodinou a příbuznými, kteří se na péči spolupodílejí, spolurozhodují o poskytované péči.

Při práci s lidmi a nemocnými je obzvlášť důležitý osobní přístup. Ošetřující personál musí být velmi profesionální, schopný se v pravou chvíli správně rozhodnout, musí být dostatečně psychicky zralý, aby tuto práci mohl vykonávat. Všichni zúčastnění by si měli umět poradit ve zvláštních a netradičních situacích, které se mohou

vyskytnout kdykoliv. Personál se může setkat s agresí, bezmocí, nespolupracující rodinou apod. Dále je potřeba si udržet profesionální nadhled a k pacientovi se moc nepoutat. Základem spolupráce je umění správně komunikovat.

Péče o pacienta začíná kontaktem lékaře, který péči indikuje. Následuje první návštěva u pacienta doma, nejlépe, když je přítomný i rodinný příslušník. Při první návštěvě jde o seznámení se s domácím prostředím pacienta, s rodinou a příbuznými, kteří se budou na péči podílet. Při rozhovoru je nutné přiblížit pravidla a chod agentury, předání důležitých telefonních čísel na zástupce agentury i na rodinu a pacienta. Při první návštěvě vrchní sestra odebírá sesterskou anamnézu, okopírovává si všechny lékařské zprávy. Péče o pacienta je průběžně zaznamenávána do dokumentace. Součástí dokumentace jsou údaje o celkovém stavu, změnách, provedených ale i plánovaných výkonech. Každá agentura má svůj systém dokumentace.

(Vedlichová 2013)

Domácí péče má specifické pracovní podmínky ve srovnání s nemocnicí. Pro srovnání uvedu přehled v tabulce č. 1

(Vedlichová 2013)

Tabulka č. 1 – srovnání domácí péče a nemocnice zdroj Vedlichová 2013.

DOMÁCÍ PÉČE	NEMOCNICE
Několik domácností za den	Jedno pracoviště, stereotyp
Přesuny v terénu, řízení auta	Většinou bez přesunů
Za každého počasí	Pod střechou s klimatizací
Dokumentace pacienta v agentuře	Dokumentace stále k dispozici
Žádná odborná pomoc v blízkosti	Odborné zázemí v dosahu
Transport pomůcek a materiálu k pac.	Vše v dosahu k dispozici

3.1 Domácí prostředí

Prostředí se upravuje pro pacienta tak, aby vyhovovalo jak nemocnému tak osobě pečující. Postel se stává centrem dění, vhodné je, aby byla přístupná alespoň ze tří stran. V místnosti by neměly být zbytečnosti, které by zabraňovaly pohybu. V místnosti má být vhodná teplota a vlhkost vzduchu. Místnost má být dobře vyvětraná, ovšem pozor na průvan, zvláště v době hygieny. Máme - li k dispozici správné vybavení, usnadní nám péči při ošetřování. Výběr pomůcek má odpovídat typu ošetřování, věci které nepotřebujeme je vhodné uklidit, aby nám nepřekážely. Důležité je udržovat pořádek, potřebné pomůcky je nutné dávat na stejné místo, abychom je nemuseli hledat.

Polohovací lůžko, na které jsme zvyklí z nemocnice, lze v dnešní době do domácnosti zapůjčit i koupit. Poloha lůžka by měla být zvýšená, zvýšené lůžko zajišťuje pohodlnější manipulaci s pacientem. Pacientovi se lépe z lůžka vstává, za předpokladu, že je u něj jistící osoba. Je-li pacient mobilní a vstává z lůžka sám bez pomoci, je zde riziko pádu. Matrace by měla být pevná, v celku, aby se uprostřed nemohla udělat prohlubeň. V domácích podmínkách lze vyřešit žehlicím prknem. Postranice je běžnou pomůckou v nemocnici jako prevence pádu a najdou své uplatnění i v domácím prostředí, např. při manipulaci s pacientem. V nemocnicích nám tyto pomůcky přijdou automatické, jsou vždy po ruce, ale v domácím prostředí tomu tak není. Mnohdy ošetřující personál nemá kam odložit osobní věci a velikost pracovního místa je omezená.

(Hastings 1997)

3.2 Péče o pečující

Péče o rodinného příslušníka trpícího ACH je dlouhodobá a vyčerpávající záležitost. Je zapotřebí myslet i sám na sebe jako pečující osoba, dovolit pomoc zvenčí, protože při kontinuální péči se pečující bez pomoci neobejdou. Když bude pečující chtít zvládnout vše sám a bez pomoci, tak hrozí pečujícímu zhroucení či onemocnění. Avšak přesto průzkumy ukazují, že většina pečujících vnější pomoc nepřijímá. Důvodem může být neznalost nabízejících služeb, ale většinou je to strach jak to přijme okolí. Že si budou myslet, že to pečující nezvládá, nebo nechce zvládat a břímě přehodí na někoho jiného. Sám pečující si myslí, že pomoc zvenčí je příznání vlastní neschopnosti. Služby na pomoc pečujícím rodinám jsou jednak neplacené (sem zařadíme příbuzné, sousedy, svépomocné skupiny, home care) a pak služby placené (jako denní stacionáře, soukromá pečovatelská služba, respitní péče a v neposlední řadě kurzy pro pečující).

Terénní a ambulantní pečovatelská služba nabízí pomoc v pokročilém stádiu onemocnění. Služba dle dohodnutých podmínek dochází přímo do domácnosti. Rozsah péče je široký od lehkých domácích prací, jako odnést odpadky, připravit jídlo, nákupy, osobní hygienu. Poskytování pečovatelské služby je vymezeno zákonem č. 505/2006 Sb.

Denní stacionář – tato služba je pro pečující, kteří z nějakého důvodu nemohou celý den pečovat o rodinného příslušníka trpícího ACH a nechtějí ho umístit do domova se zvláštním režimem. Výhodou je, že pacient neztrácí kontakt se svým prostředím a má pravidelný režim. Ve stacionáři jsou profesionální pečovatelé se spoustou zkušeností a bohatým programem.

Respitní péče - tato služba nabízí umístění pacienta na krátkou/ přechodnou dobu do pobytového zařízení z důvodu odpočinku pečující osoby, která například jede na dovolenou. V takové situaci pečující ví, že bude o pacienta profesionálně postaráno a že je to jen na přechodnou dobu.

(Harantová 2014 s 180-225)

Péče od příbuzných, přátel, sousedů – jde o nejčastější pomoc pro pečovatele. Mezi jednotlivými členy pečující rodiny mohou z různých důvodů vznikat konflikty. Tomu lze předejít rozdělením úkolů, pečlivou přípravou a plánováním. Pokud rodina spolu komunikuje, spolupracuje a podporuje se, je na dobré cestě péči zvládnout. Mnozí pečovatelé mají pocit viny. Myslí si, že vše dělají špatně nebo že dokonce dělají málo, když nemoc postupuje dál. Je vhodné pečovatele na začátku připravit, že onemocnění je nevyléčitelné. Když pečovatel nebude očekávat zázraky, nebude později z neúspěchu frustrován. U pečovatele se může objevit vztek a agrese. To je varovným ukazatelem přetížení pečovatele. Dalším ukazatelem vyčerpání může být sarkastický a cynický přístup k pacientovi. V nejhorším případě dochází k fyzickému či psychickému týrání jako například izolace, zamykání, údery či odpírání jídla a pití. Pokud se agrese objeví je třeba vyhledat odbornou pomoc a předejít komplikacím. U pečovatele se také může objevit zármutek, z postupného odcházení nemocného. Výraz částečného truchlení popisují pečující i v době, kdy nemocný je fyzicky přítomen, ale duševně to už není on. Starosti a obavy patří k normálním myšlenkám pečující osoby. Tou hlavní obavou je strach, že už pečující už nebude dál schopen zvládat své činnosti. Vyrovnání se se smrtí je velmi bolestivou záležitostí a každý z nás to zvládá jinak, ale obtížné je to pro všechny. Ačkoliv po dlouhé době nepřetržité práce se pečovateli dostaví určitá volnost, ale málokdy se mu uleví. Skončila jedna etapa, která dávala pečujícímu smysl života a najednou ta povinnost není. Je prázdná, o to více to opětovně bolí. Opět nastupuje fáze viny, kdy pečující osoba balancuje, co vše udělala špatně a co mohla ještě udělat. Je vhodnější myslet na pozitivní chvíle a činy. A začít konečně myslet samy na sebe a na blízké, které jsme zanedbávali. (Harantová 2014 s 180-225)

4 Model životních aktivit – Nancy Roper

Nancy Roperová získala ošetrovatelské vzdělání na Leeds General Infirmary, pracovala jako vedoucí lektorka. Svůj model poprvé představila v roce 1976. Zdůraznila důležitost soběstačnosti a samostatnosti ve všedních denních činnostech. Model měl původně 16 oblastí, ale finální verze je s 12 oblastmi. Na modelu spolupracovala s W. Logan a A. Tierney, N. Roperová uvádí předpoklady, s kterými dále pracovala. Aby se dobře porozumělo lidem, musíme nejdříve porozumět činnostem, které dělají. Život od narození do smrti je dynamický proces, který vede od úplné závislosti po nezávislost.

(Pavlíková 2006. s 60-64)

Jde o první model, který zformuloval ošetrovatelství ve Velké Británii. Autorky modelu, Roperová, Loganová a Tierneyová, se inspirovaly myšlenkami Virginie Hendersonové a rozpracovaly model každodenních činností. Aby byl model aplikován v praxi, musí mít sestra dostatečné znalosti v oblasti fyziologie, psychologie i prostředí sociálního. Musí umět identifikovat problémy, formulovat cíle a podle toho naplánovat ošetrovatelskou péči.

Asumpce modelu

Předpokladem modelu je porozumět činnostem, které pacienti vykonávají. Každý jedinec se do vykonávání činností zapojuje individuálně, dle svého životního napětí, což má za následek různý stupeň soběstačnosti. Vývoj jedince je dynamický proces od závislosti po nezávislost.

Hlavní jednotky modelu

Na základě asumpcí a hodnot oboru bylo zformováno sedm hlavních jednotek ošetrovatelských modelů.

Cíl ošetrovatelství - nemocný samostatně vykonává denní činnosti, pacient je celistvá bytost s dvanácti životními aktivitami, které odráží potřeby klienta, pacienti se od sebe odlišují ve způsobu realizace aktivit

Pacient - jde o celistvou bytost s 12 oblastmi aktivit, které odráží potřeby pacienta

Role sestry - je identifikovat nedostatky při vykonávání denních aktivit a pomoci s řešením, zajistit ty aktivity, které pacient není schopen vykonávat sám.

Zdroj potíží - nedostatek informací a vědomostí, nedostatek vůle a síly

Ohnisko zásahu – neadekvátní chování pacient

Způsob zásahu – ovlivňovat příčiny neuspokojených potřeb ve 12 oblastech

Důsledky – zlepšení zdravotního stavu pacienta , nezávislost pacient

Metaparadigma modelu

Osoba – je celistvá bytost, která se snaží být co nejvíce soběstačná

Prostředí – podle N. Roperové úzce souvisí se základními aktivitami

Zdraví – není definované

Ošetřovatelství – cílem je soběstačnost v jednotlivých činnostech

Koncepce modelu – Základní životní aktivity

Dvanáct činností všedního života jsou projevem lidských potřeb. Každý jedinec tyto činnosti vykonává jinak , jinak k nim přistupuje a to pacienty od sebe odlišuje. Rozdíl může být ovlivněn individuálními vlivy jako sociální, ekonomické, kulturní a nebo vývojovými zvláštnostmi jako je věk, osobní přístup.

1.udržování bezpečného prostředí

2.komunikace

3.dýchání

4.jídlo a pití

5.vylučování

6.osobní hygiena

7.kontrola tělesné teploty

8.pohyb

9.práce a hry

10.projevy sexuality

11.spánek

12.umírání.

(Pavlíková 2006. s 60-64)

Faktory, které ovlivňují vykonávání aktivit denního života podle Roperové:

Fyzická neschopnost- věk, úroveň mobility, úroveň spolupráce, schopnost komunikace

Sociálně kulturní zkušenosti – znalost či neznalost kulturních zvyků, návyky, častá migrace a nezačlenění do kolektivu

Životní prostředí – znečištěné ovzduší v průmyslové zóně, zaměstnání v chemičce, není možný bezbarierový přístup

Politické a ekonomické problémy - nezaměstnanost, nízké platové podmínky
Všechny uvedené faktory mohou mít vliv na potřebu a přístup ošetrovatelské péče.

(Archelousová 2003 s. 64,65)

4.1 Aplikace modelu v ošetrovatelském procesu

1. **Sběr a třídění informací** – podle Roperové je při hodnocení potřeba s problémy pacienta se opírat o životní aktivity.

2. **Cíle a plán ošetrovatelské péče** – již víme, jaké má pacient problémy a neuspokojené potřeby a podle toho můžeme naplánovat ošetrovatelskou péči, na které se bude se sestrou podílet sám pacient.

3. **Realizace ošetrovatelské péče** – navazuje na ošetrovatelský plán, kde máme identifikované hlavní problémy, které se správnou činností budeme snažit odstranit.

4. **Hodnocení poskytnuté ošetrovatelské péče** – Roperová uvádí, že je důležité průběžné hodnocení během celého procesu. Hodnotí se dosažení skutečných výsledků podle naplánované péče.

Základním cílem a výsledkem ošetrovatelské péče je zvýšit kvalitu života klienta.

(Archelousová 2003 s. 64,65)

5 Edukace v ošetrovatelské péči

Pojem edukace je odvozen z latinského slova educo, což znamená vést vpřed, vychovávat. Jde o proces, při kterém dochází k vlivu na chování pacienta. Důležité je, abychom mu nenásilně rozšiřovali jeho vědomosti a dovednosti. Procesu se účastní čtyři determinanty, kterými jsou edukant, edukátor, edukační konstrukty a prostředí.

(Juřeníková 2010, s 9-12, 21,22)

Edukantem je subjekt, kterého chceme něčemu naučit. Ve zdravotnictví jde o pacienta, ale i o personál, který si prohlubuje své vědomosti.

Edukátor je učitel, subjekt, který vychovává

Edukační konstrukty jsou edukační materiály, plány standardy, které se používají

Edukační prostředí je prostředí, místo ve kterém se koná edukace. Může to být pokoj pacienta, místnost tomu určená, vyšetřovna aj. Prostředí je velmi důležité a ovlivňuje celý proces. Je nutné myslet na vhodné osvětlení, atmosféru apod.

(Juřeníková 2010, s 9-12, 21,22)

Edukaci dělíme na:

Základní – jde o proces, kdy se učí nová dovednost. Například jde o edukaci pacienta při nové diagnostice hypertenze.

Reedukční – opakujeme nebo prohlubujeme téma, které již bylo jednou probíráno

Komplexní – jde o proces komplexní, většinou speciální, kdy edukátorem je školená

Edukační sestra – edukace často probíhá jako ucelený kurz, například diabetiků v diabetické ambulanci

(Juřeníková 2010, s 9-12, 21,22)

Edukace v ošetrovatelské praxi se zpravidla dělí na pět fází:

Fáze počáteční pedagogické diagnostiky – jde o sběr informací, snahu získat co nejvíce informací o úrovni vědomostí a dovedností. Tato fáze je pro nás významná a důležitá pro stanovení edukačních cílů.

Fáze plánování - v této fázi plánujeme cíle, vybíráme vhodnou metodu, časový rámec.

Fáze realizace – pro správnou realizaci je nutné pacienta dobře připravit, když je pacient motivován, spolupracuje.

Fáze upevnění a prohlubování učiva – Jde o systematické opakování a prohlubování získaných dovedností pro uložení do dlouhodobé paměti.

Fáze zpětné vazby - v této fázi hodnotíme celý proces edukace. Jak edukanta tak sebe.

(Juřeníková 2010, s 9-12, 21,22)

Mezi edukační metody patří jsou přednáška, instruktáž, praktická ukázka a nácvik dovedností. Každý pacient má vytvořen vlastní individuální edukační plán, kde je stanoven edukační cíl, metoda edukace, časová dotace, jméno pacienta a jméno edukátora. Plán je zhotoven písemně a zúčastněnými podepsán a založen do dokumentace.

(Juřeníková 2010, s 9-12, 21,22)

6 PRAKTICKÁ ČÁST

6.1 Formulace problému

Téma Alzheimerovy choroby v domácí péči jsme si vybrali záměrně. Pracují v agentuře domácí péče (dále ve zkratce ADP) a pacienti s diagnózou ACH přibývají. Celkově populace stárne a bude stárnout rychleji a s tím souvisí i velký nárůst demencí, převážně typu ACH. Tento trend bude mít velký dopad ekonomický i sociální. Proto je vhodné, aby pacienti s ACH mohli být co nejdéle v domácím prostředí. K tomu je zapotřebí spolupráce rodiny, lékaře a v neposlední řadě i pacienta. Největší a nezastupitelnou roli zde hraje rodina. Pokud bude rodina dobře informována, podporována a bude spolupracovat s dalšími organizacemi, je možné o pacienty pečovat doma bez velké psychické a ekonomické zátěže. Z mého pohledu vidím problém v nedostatečné komunikaci, nízké informovanosti a nedostatečné podpory u pečujících o pacienta s ACH. Je možné v domácí péči aplikovat koncepční model Nancy Roperové ?

6.2 Cíl práce

Cílem bakalářské práce je aplikace modelu Nancy Roperové na dvou případech.

Dílčí cíle

1. Vypracovat ošetrovatelský plán podle modelu NR ve dvou kazuitkách
2. Připravit a realizovat odborný seminář na téma pacient s Alzheimerovou chorobou v domácí péči pro sestry z Agentury Soukromá ošetrovatelská služba Plzeň.
3. Zjistit na konkrétních kazuitkách, zda pečující umí správně komunikovat s pacienty s Alzheimerovou chorobou, o které pečují v domácím prostředí

Výzkumné otázky

Je možné v domácí péči aplikovat koncepční model Nancy Roperové.

Umí pečující správně komunikovat s pacientem ?

Jsou pečující správně informováni o přístupu k pacientovi s ACH ?

6.3 Metodika výzkumu

Práce bude zpracována pomocí případové studie, formou dvou kazuistik. Podle modelu Nancy Roperové identifikujeme ošetrovatelské problémy a vytvoříme ošetrovatelský a edukační plán. Jako způsob získávání informací pro některé dílčí cíle jsme použili metodu pozorování v domácím prostředí pacientů. Při pozorování jsme se zaměřili mimo jiné na komunikaci pečujících a na jejich přístup k pacientům trpících Alzheimerovou chorobou.

6.4 Organizace výzkumu

Případové studie jsme prováděli v agentuře domácí péče, ve které pracuji jako všeobecná sestra. Výzkum probíhal v období zimního semestru třetího ročníku. ADP je soukromím zařízením poskytující zdravotní i sociální péči klientům v jejich domácím prostředí. K pacientům jsem docházela téměř každý den, z důvodu poskytování zdravotní péče v domácím prostředí dle ordinace lékaře.

6.5 Výběr případu

Výběr pro výzkumné šetření byl záměrný, do výzkumu jsme zařadili dva klienty s diagnostikovanou Alzheimerovou chorobou, které jsou v péči rodinných příslušníků a využívají služeb agentury domácí péče. Dalším kritériem byla schopnost a ochota spolupráce na výzkumném šetření. Pacienti s výzkumem souhlasili.

6.6 Výstup pro praxi

Výstupe pro praxi bude organizace semináře pro sestry z Agentury domácí péče. Na semináři se seznámí s onemocněním ACH, jakým způsobem mají komunikovat s pacientem s ACH a s pečující rodinou. Seznámí se s modelem NR a jakým způsobem se dá tento ošetrovatelský model aplikovat v praxi ADP. Seminář je plánován na 19.4.2017. Pozvánku a program přikládám v příloze.

7 Kazuistika č. 1

Jedná se o 74letou pacientku s diagnózou Alzheimerova choroba. Služby ADP využívá od 15.9.2016. Dříve pracovala jako zahradnice a prodavačka v květinářství, nyní je ve starobním důchodu. Nekouří, alkohol příležitostně víno. Alergie neguje. Pacientka bydlí sama v bytě. Všeobecné sestry z ADP dochází jednou denně na kontrolu stavu, fyziologických funkcí, aplikaci inzulínu Lantus 14j jednou denně a podání léků dle ordinace ošetřujícího lékaře. Pacientka není schopna si samostatně inzulín aplikovat, zapomínala užívat léky. O pacientku se stará dcera, která bydlí nedaleko. Má zájem o spolupráci, ale je časově vytížená a péče není dostačující. Syn bydlí daleko a za pacientkou dojíždí jednou měsíčně. Občas jezdí pacientka k synovi na návštěvu, ale v poslední době tam jezdit odmítá. Pomoc pečovatelek sociální péče pacientka i rodina odmítá z důvodu, že vše chtějí zvládnout samy. Využívají pouze služeb donášky diabetických obědů od městského ústavu sociálních služeb. Na začátku, když jsme k pacientce začaly docházet byla mnohem samostatnější. Zvládla domácnost i péči o sebe samu, jezdila na výlety s dlouholetými přáteli. S postupem času, bylo vidět jak se soběstačnost pacientky a zájem o okolí pomalu vytrácí. V současnosti již není pacientka schopna tyto činnosti vykonávat.,stav pacientky se zhoršuje. Pacientka i rodina je přesvědčená, že není třeba situaci více řešit. Neuvažují o umístění pacientky do zařízení se speciálním zaměřením. Do budoucna dcera uvažuje si vzít maminku k sobě domů.

Anamnéza

Osobní anamnéza:

V dětství pacientka výrazně nestonala, prodělala běžné dětské nemoci. V roce 2001 zlomenina hlezna pravé dolní končetiny, po pádu, 4 měsíce sádra. Dále bez komplikací. Problémy s pamětí se datují cca 2 roky nazpátek. Začalo to nenápadně. Pacientka nic nepozorovala. prvních příznaků si začala všímat dcera, která o pacientku pečuje. Největším problémem, který dcera zpozorovala bylo nadměrné, opakované kupování jedné věci. Dále se přidali problémy se zapomínáním zaplatit složenku nebo se dostavit na domluvenou schůzku. Pacientka si začala uvědomovat, že je něco v nepořádku tak půl roku po dceři. Když ji dcera upozornila, že se by měly navštívit

lékaře, pacientka zprvu odmítala, až později souhlasila. Od té doby dochází na kontrolu do psychiatrické ambulance, kde diagnostikovali Alzheimerovu chorobu. Na kontroly s pacientkou jezdí dcera, která se vždy zajímá o průběh onemocnění.

Rodinná anamnéza:

Pacientka je vdova, manžel umřel na srdeční selhání před 6 lety, má syna a dceru. Syn bydlí v jiném městě a dojíždí za maminkou zhruba jednou za měsíc, dcera bydlí nedaleko a má větší zájem o spolupráci, ale je časově vytížená a nemá dostatek času se mamince věnovat. Sestra pacientky zemřela před rokem.

Gynekologická anamnéza:

Pacientka na pravidelné kontroly nechodí, na poslední kontrole byla v roce 2010, menarche ve 14 letech, 2 porody, potrat 0. Menopauza od 55 let.

Sociální anamnéza:

Bydlí sama v bytě 1+1, velikostně i uspořádáním byt vyhovuje potřebám pacientky. Koupelna je vybavena sprchovým koutem se sedátkem, byt je ve 3. patře s výtahem, bez balkonu. Byt je z bezpečnostních důvodů odpojen od plynu, vytápění je dálkové, ohřev vody také dálkový. Obědy donáší pečovatelská služba, která však nekontroluje, zda pacientka oběd snědla. Všeobecné sestry dochází k pacientce jednou denně ráno na půl hodiny, zkontrolují zdravotní stav pacientky, aplikují Inzulín a podají léky dle ordinace lékaře. Sestry dohlíží na pacientku, aby si připravila jídlo, pokud ho ještě připravené nemá a nasnídala se. Dále sbírají informace pro sestavení ošetrovatelského plánu a provádí edukaci a reedukaci. .

Pracovní anamnéza:

Pacientka vystudovala střední zahradnickou školu a pracovala jako zahradnice. Od roku 2000 je ve starobním důchodu.

Lékařské diagnózy:

Alzheimerova choroba
Diabetes mellitus na inzulínu
Esenciální hypertenze
Stav po apendectomii

Farmakoterapie:

Lantus – 14j – 0 – 0
Detralex – 1 - 0 – 1
Metformin 850mg – 1 – 0 – 0
Amyryl 2mg – 1 – 0 – 0
Atoris 20mg – 0 – 0 – 1
Donpenthon 10mg – 0 – 0 – 1
Cipralex 10mg – 1 – 0 – 0
Caltrate – 1 – 0 – 0
Doreta 75/650 – 1 – 0 – 1

Fyzikální vyšetření pacientky všeobecnou sestrou dle Gordonové

Fyzikální vyšetření provedeno dne 15.1.2017
Krevní tlak: 135/80, 130/75 mmHg
Pulz: 74, 76 / min
Dech: 16, 18 / min
Hmotnost: 60kg
Výška: 164 kg
Vědomí: plné vědomí, dezorientace v čase a situaci, občas v místě, a osobě
Chrup – vlastní
Zrak – brýle na čtení, bez nepřečte novinové písmo
Sluch – slyší dobře
Schopnost uchopit předmět rukou, stisk rukou – je pevný
Rozsah pohybů kloubů – přiměřené věku
Kůže – spíše suchá, pigmentovaná

Chybění částí těla – není

Chůze, stoj, sed, přesuny: chůze s opěrnou holí, omezená stabilita

Sebepéče – kód funkční úrovně 0-5

schopnost najít se - 3

schopnost vykoupat se - 4

schopnost dojít si na toaletu – 5 – inkontinence moči – plenkové kalhotky

schopnost obléknout se - 3

schopnost nakoupit si – 5

Kompenzační pomůcky:

brýle na čtení, opěrná hůl

Hodnocení dle použitých škál: většina v příloze

Test instrumentálních všedních činností – 20 - nesoběstačnost

Hodnocení rizika pádů – hrozí riziko pádu

Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové – hrozí riziko vzniku dekubitu

Hodnocení bolesti dle Malzaca – 2 - nepříjemná

Glasgow coma score 14

Body Mass Index – 24,1 normální

Rychlý screening demence – 5 (22 odpovídá normě)

Ošetřovatelský model podle Nancy Roperové

7.1 Ošetřovatelský model podle Nancy Roperové

1. Udržování bezpečného prostředí

Subjektivně: Pacientka sděluje, že je ráda v tomto bytě, i když po smrti manžela jí tam bylo smutno a chtěla se odstěhovat ke svému synovi do rodinného domku. Syn ale nechtěl bydlet s maminkou v jedné domácnosti, a proto zůstala v bytě. Syn matku navštěvuje jednou za měsíc. Občas si matku odveze na dva nebo tři dny k sobě domů, kam dříve pacientka jezdila ráda, nyní z důvodu špatné orientace v prostoru domu tam jezdit nechce. Dcera pacientku navštěvuje častěji. Pravidelně každý víkend a v týdnu podle možností.

Objektivně: Pacientka se v domácnosti pohybuje pomocí opěrné hole nebo s oporou o nábytek, prostředí je pro ni známé a bezpečné. Nemá nikde nebezpečné koberečky, ani prahy, o které by mohla zakopnout. Přesto u pacientky je riziko pádu. Na oknech jsou jen žaluzie, nemá záclony ani závěsy.

2. Komunikace

Subjektivně: Pacientka je ráda, když za ní někdo známý přijde a může si s ním popovídat. Udává občasný pocit samoty. Dříve s komunikací problémy neměla, byla vždy společenská, v poslední době se bojí navázat kontakt s cizími lidmi z důvodu strachu. Prý nebude vědět, co povídat. Lépe s lidmi komunikuje, když je přítomna dcera. Sděluje mi, že má oblíbenou jednu sestru, která k ní dochází pravidelně.

Objektivně: Pacientka navazuje vztahy pomalu, na nové tváře si nezvyká dobře, upřednostňuje jednu všeobecnou sestru ADP, se kterou spolupracuje lépe než s ostatními. Na jednání pacientky je znát její nejistota, když si nemůže na něco vzpomenout. Usilovně se snaží a někdy jí to rozruší a potom se hůře uklidňuje. Komunikace s rodinou zůstává na dobré úrovni. Dcera komunikuje vlídně, pacientku se snaží pochopit a uklidnit. Zůstává v klidu, nenechává se vtáhnout do hádky, která nikam nevede.

3. Dýchání

Subjektivně: Obtíže s dýcháním pacientka neguje. Má ráda chladnější prostředí a v ložnici vůbec netopí. Lépe se jí v noci spí. Má ráda otevřené okno při spaní.

Objektivně: Pacientka dýchá klidně, dechová frekvence je v normě. Místnost není přetopena, je zde méně příjemný vzduch z důvodu inkontinence. Při rozhovoru dýchá klidně.

4. Jídlo a pití

Subjektivně: Pacientka udává, že nemá potřebu jíst, na jídlo nemá chuť. Udává, že na jídlo občas zapomene, protože musí jít dělat něco jiného. Dovážené jídlo jí nechutná, odmítá ho. Dcera pravidelně nakupuje. S maminkou tvoří seznam potravin, na které by měla chuť. Dcera maminku do jídla nenutí násilím, ale snaží se v jídle podporovat.

Objektivně: Pacientka je normální konstituce, není podvyživená ani dehydratovaná, přestože nedodrží pitný režim. Během dne vypije jeden hrnek kávy, hrnek čaje a dvě sklenice vody, k obědu sní polévku. Opakovaně nacházíme nedojedené jídlo. Pacientka má vždy dostatečné zásoby potravin včetně ovoce a zeleniny. Snídani sní vždy s chutí, protože všeobecná sestra ADP dohlíží na přípravu jídla a čeká než se pacientka nasnídá z důvodu aplikace inzulínu. Po snídani podává léky na zapití.

5. Vylučování

Subjektivně: Pacientka sděluje, že trpí inkontinencí již několik let a užívá inkontinenční pomůcky. Dále si pacientka stěžuje na dlouhodobou zácpu. Na stolici jde 1 za pět dní. Pocit na močení nemá. Neuvědomuje si nutnost vyměnit plenkové kalhotky.

Objektivně: Pacientka má na sobě plenkové kalhotky, které je třeba již vyměnit, při upozornění reaguje pacientka podrážděně, se slovy, prý ví, kdy má jít na toaletu. V bytě je cítit moč. Plenkové kalhotky jsou i na zemi v koupelně a na toaletě. Dcera se snaží vše zvládnout sama, ale není u maminky každý den.

6. Osobní hygiena a oblékání

Subjektivně: Pacientka sděluje, že ji koupe dcera, že se sama bojí do koupelny. Nemá pocit, že by potřebovala zvýšit osobní hygienu.

Objektivně: Pacientka má delší špinavé nehty, neupravené, mastné neučesané vlasy, na sobě má většinou stejné oblečení celý týden, na vzhledu pacientce nezáleží. Pravidelnou hygienu nedodrží. Dcera byla poslední týden nemocná a nemohla se o maminku postarat.

7. Kontrola tělesné teploty

Subjektivně: Pacientka si tělesnou teplotu neměří, v případě, že ji není dobře, změří ji dcera nebo všeobecná sestra ADP.

Objektivně: Tělesná teplota je v normě. Kůže normální teploty, neopocená.

8. Pohyb

Subjektivně: Pacientka dříve ráda sportovala, chodila plavat a jezdila na kole. Nyní chodí na procházky pouze v doprovodu dcery. Sama se ven bojí z důvodu, že by mohla zabloudit.

Objektivně: Pohyb po bytě pacientka zvládá s oporou o nábytek nebo pomocí opěrné hole. Je vidět občasná nejistota při pohybu a je zde riziko pádu. Pacientka je edukovaná o prevenci pádu.

9. Práce a hry

Subjektivně: Pacientka si stěžuje, že není schopna již luštit křížovky jako dříve, čas tráví sledováním televize. Dříve ráda četla, ale teď ji bolí oči a nejde jí to.

Objektivně: Pacientku se snažíme motivovat k cílené činnosti, ale bez většího úspěchu. Je vidět nezáměr pacientky. Vnímám její pocit strachu, že to nezvládne.

I přes praktické ukázky, kdy lehce spolupracuje, sama tuto činnost nevyhledává. Zkoušeli jsme hry typu zapamatovat si tři předměty pod utěrkou, psaní čísel a písmen, třídění knoflíků, zavazování uzlíků. Pacientka projevila jen chvilkový zájem.

10. Projevy sexuality - nehodnoceno

11. Spánek

Subjektivně: Pacientka si stěžuje na nekvalitní spánek, v noci se budí a pak nemůže usnout. Po ránu udává bolesti zad. Během dne prý nespí.

Objektivně: Pacientka je po ránu unavená, obtížně vstává z nízké postele. Léky na spaní neužívá.

12. Umírání

Subjektivně: Pacientka někdy verbalizuje, že se jí stýská po zemřelém manželovi a že by už chtěla jít za ním.

Objektivně: Pacientka o smrti a umírání mluví otevřeně

7.2 Plán ošetrovateľskej péče

Ze získaných informací jsme sestavili plán ošetrovateľskej péče, kde jsou popsány aktuální i potenciální ošetrovateľskej problémy. Ošetrovateľskej diagnózy jsou číslované dle klasifikace NANDA (2015) . Určující znaky jsou popsány subjektivně a objektivně. Stanovili jsme cíle, kterých chceme dosáhnout, navrhli jsme intervence a provedli zhodnocení zda byl cíl splněn.

Tabulka č.2 - Souhrn ošetrovateľskej diagnóz, zdroj vlastní

Oblast	Ošetrovateľskej diagnózy
1. Udržování bezpečného zdraví	00249 – riziko vzniku dekubitu
2. Komunikace	00051 – zhoršená verbální komunikace 000131 – zhoršená paměť 00129 – chronická zmatenost
3. Dýchání	Problém nezjištěn
4. Jídlo a pití	00179 – riziko nestabilní glykemie 00028 – riziko dehydratace
5. Vylučování	00016 – zhoršené vylučování moče 00011 - zácpa
6. Osobní hygiena a oblékání	00108 - deficit se péče hygiena 00109 – deficit se péče oblékání
7. Tělesná teplota	Problém nezjištěn
8. Pohyb	00155 – riziko pádu
9. Práce a hra	00098 – zhoršené udržování domácnosti 00054 – riziko osamělosti
10. Projev sexuality	nehodnoceno
11. Spánek	00096 – nedostatek spánku
12. Umírání	Problém nezjištěn

7.3 Aktuální ošetrovatelské diagnózy

00108 – Aktivita – deficit sebepěče při koupání a osobní hygieně související s diagnózou Alzheimerovy choroby

Projevující se :

Subjektivně : Pacientka popisuje strach, že by mohla upadnout, dále nevnímá potřebu zvýšené osobní hygieny

Objektivně: Pacientka není schopna se sama vykoupat. Má špinavé nehty na rukou. Celkový vzhled pacientky je neupravený.

Očekávané výsledky: Pacientka se zapojí do péče o osobní hygienu dle svých možností, pacientce zajistíme pomoc s prováděním hygienické péče pomocí rodiny a ADP, pacientka bude čistá

Intervence:

- zjistit míru schopností pacientky při její nesoběstačnosti a sebepěči
- podpořit pacientku a rodinu k lepší spolupráci
- pomoci rodině se zajištěním pečovatelek
- připravit pacientce všechny pomůcky
- zajistit bezpečnost pacientky s ohledem na prevenci úrazů
- vše zaznamenat do dokumentace

Hodnocení: Dcera se zapojila více do hygienické péče pacientky, zprostředkovaly zapojení pečovatelky. Tuto pomoc pacientka přijala. Snažila se více zapojit do spolupráce.

00109 – Aktivita – deficit sebepěče při oblékání a úpravě zevnějšku související s diagnózou Alzheimerovy choroby

Projevující se:

Subjektivně: Pacientka udává obtížné oblékání a svlékání, obtíže dělají zipy a knoflíky.

Objektivně: Pacientka nosí většinu času jedno pohodlné oblečení i špinavé.

Očekávané výsledky: Pacientka bude mít zájem a bude v čistém oblečení.

Intervence:

- zjistit míru schopností pacientky při její nesoběstačnosti a sebepéči
- zapojit pacientku do péče
- vybírat oblečení, které nemá zip a drobné knoflíky
- pacientku slovně motivovat
- vše řádně zaznamenat do dokumentace

Hodnocení: Pacientka i její dcera se do péče zapojily. Pacientka chodila v čistém oblečení.

00016 – Vylučování – zhoršené vylučování moči související se zhoršením kognitivních funkcí

Projevující se:

Subjektivně: Pacientka mi sděluje že nemá pocit nucení na močení, necítí, kdy močí, inkontinenci moči neřeší.

Objektivně: Pacientka používá plenkové kalhotky, mění je až když jsou velmi znečištěné, někdy se musí pacientka na výměnu upozornit. V bytě je cítit moč.

Očekávané výsledky: Pacientka si bude uvědomovat svou inkontinenci, bude se snažit si častěji měnit inkontinenční pomůcky.

Intervence:

- zjistit je-li si pacientka vědoma své inkontinence.
- informovat pacientku a rodinu o vhodných pomůckách pro inkontinentní.
- poskytnout pacientce psychickou podporu.
- edukovat o správném ošetřování kůže pacientky v rámci prevence výskytu erytému a jiných kožních lézí.
- zdůraznit pacientce nutnost zvýšené hygienické péče s používáním ochranných krémů
- informovat pacientku o pravidelném pitném režimu
- poučit pacientku nepít velké množství najednou
- ukázat pacientce nácvik používání toalety
- vše řádně zaznamenat do dokumentace

Hodnocení: Pacientka si svou inkontinenci stále neuvědomuje. Sama nedbá na výměnu inkontinenčních pomůcek.

00051 – Percepce – zhoršená verbální komunikace související se snížením kognitivních funkcí

Projevující se:

Subjektivně: Pacientka popisuje, že si občas nemůže vzpomenout na název věci, zapomene co chtěla říct. Dále si stěžuje, že nerada mluví s cizími lidmi.

Objektivně: Pacientka se chvílemi zadržává a hledá správné výrazy.

Očekávané výsledky: Pacientka vyjadřuje potřeby podle svých verbálních i neverbálních schopností

Intervence:

- eliminuj rušivé podněty z prostředí
- ponech pacientce čas a klid na vyjádření
- užívej krátké a jednoduché věty
- přistupuj k pacientce vlídně a klidně
- využij všech prostředků komunikace

Hodnocení: Nedošlo ke zhoršení verbálního projevu pacientky, pacientka se snažila spolupracovat a pravidelně verbální projev trénovat.

00131 –percepce – zhoršená paměť související se zhoršením kognitivních funkcí

Projevující se:

Subjektivně: Pacientka není schopna vybavit si nedávné či minulé děje, konkrétní informace, nepoznává známé osoby. Neurčí, zda něco bylo provedeno. Trpí pocitem dezorientace.

Objektivně: Zapomíná na naplánované úkoly, není schopna se naučit novým věcem, neadekvátně odpovídá.

Očekávané výsledky: Pacientka bude spolupracovat při tréninku paměti, bude se snažit pochopit příčinu poruchy paměti. Pacientka bude používat pomůcky jako prevence zapomínání.

Intervence:

- zapojit pacientku i rodinu do tréninku paměti
- hodnotit projev zapomínání kontrolními testy
- sledovat chování pacientky
- řádně zaznamenávat do dokumentace

Hodnocení: Pacientka se snažila spolupracovat v pravidelném tréninku paměti, snaží se psát si poznámky jako prevence zapomínání.

00098 – Aktivita – zhoršené udržování domácnosti související se špatnou pohyblivostí a snížením kognitivních funkcí.

Projevující se:

Subjektivně: Pacientka si uvědomuje, že nemá byt uklizený tak jako dříve.

Objektivně: Domácnost je neuspořádaná, nepříjemný zápach v bytě, neumyté nádoby, nepořádek v bytě.

Očekávané výsledky: Pacientka a rodina si uvědomí nedostatky v udržování domácnosti, rodina i pacientka se zapojí do udržování domácnosti. Rodina zařídí pomoc od pečovatelek.

Intervence:

- poučit rodinu o možnostech zapojit pečovatelky
- vysvětlit pacientce i rodině, že je nutné nechávat věci na svém místě

Hodnocení: Domácnost se podařilo uspořádat a nadále udržet v komfortním stavu díky zapojení pečovatelek.

00096 – Aktivita – nedostatek spánku související s chronickou zmateností

projevující se:

Subjektivně: Pacientka si stěžuje na nekvalitní spánek. V noci se prý budí.

Objektivně: Po ránu vypadá pacientka unaveně.

Očekávané výsledky: Pacientka bude dle svých možností spát kvalitním spánkem a bude po ránu odpočatá.

Intervence:

- sledovat průměrnou délku spánku pacientky
- zjistit rizikové faktory způsobující poruchy spánku
- informovat pacientku o rovnováze mezi aktivitou a odpočinkem v průběhu dne
- poučit pacientku nepít po 18 hodině, pokud je to možné

Hodnocení: Pacientka spí nekvalitním spánkem a je po ránu unavená. Hypnotika neužívá.

00011 – Výživa – zácpa související se sníženou fyzickou aktivitou a nedostatečným stravovacím režimem

projevující se:

Subjektivně: Pacientka sděluje, že dlouhodobě trpí zácpou, na stolicí jde tak 1 za pět dní, občas užívá projímadla na vyprázdnění.

Objektivně: Pacientka verbalizuje obtíže, břicho na pohmat měkké, nebolestivé.

Očekávané výsledky: Pacientka si problém bude uvědomovat, bude dodržovat zásady stravovacího režimu.

Intervence:

- zhodnotit stav výživy a vyprazdňování pacientky
- poučit pacientku o pitném režimu
- informovat pacientku o nutnosti pravidelného vyprazdňování
- dbát na dodržování stravovacího režimu
- sledovat účinek a možné vedlejší účinky projímadel
- edukovat pacientku o užití projímadel dle ordinace lékaře
- sledovat frekvenci a charakter vyprazdňování stolice

Hodnocení: Pacientka není schopna dodržet pitný a stravovací režim tak, aby měl pozitivní vliv na její vyprazdňování, občasné užívání projímadel je s efektem.

00133 – komfort – chronická bolest zad související nedostatečnou fyzickou aktivitou a ochablým svalstvem

projevující se:

Subjektivně: Pacientka si stěžuje na bolesti zad v bederní krajině dle Mallzaca int 2.

Objektivně: Pacientka vyžaduje analgetika, bolestivé grimasy v obličeji při vstávání z lůžka, ohnutá záda, neverbální projev. Pacientka si nechává kupovat analgetika od přátel.

Očekávané výsledky: Pacientka bude užívat analgetika dle ordinace lékaře, bude využívat úlevové polohy. Bolest pacientky se nebude zhoršovat.

Intervence:

- zjistit lokalizaci, její vyzařování, změny v průběhu dne a charakter bolesti
- zhodnotit intenzitu bolesti podle určitých stupnic
- zhodnotit vliv bolesti u pacienta na spánek, na příjem potravy

- kontrolovat užívání léků dle ordinace lékaře - sledovat jejich účinek
- snažit se odvést pozornost pacienta od bolesti
- zapojit pacienta do péče, pokud je to možné
- edukovat pacientku k samostatnosti a kontrolu nad denními aktivitami
- vysvětlit pacientce a rodině, že nemůže samostatně užívat žádné léky, jen ty co jí podá sestra ADP
- vše řádně zaznamenávat do dokumentace

Hodnocení: Pacientka zřejmě užívá analgetika samostatně a není možné zhodnotit jejich účinek. Úlevové polohy pacientka umí a využívá.

00129 – Kognice - Chronická zmatenost související s alterací kognitivních funkcí

projevující se:

Subjektivně: Pacientka si není jistá co je za den ani rok, udává, že někdy neví kde je a proč tam je.

Objektivně: Pacientka verbalizuje své obtíže s orientací, provádí činnosti jinak než se dělat mají.

Očekávané výsledky : Pacientka bude soběstačná s pomocí pečující osoby v činnostech denního života, bude zajištěna před jakýmkoliv druhem poškození sebe nebo okolí, rodina pacientky bude akceptovat projevy choroby

Intervence :

- zhodnotit úroveň orientace a pozornosti
- zjistit schopnost a možnost komunikace pacientky
- sledovat projev pacientky, které by mohly vést k násilnostem
- zajistit pacientovi potřebný klid s vyloučením všech zevních rušivých vlivů
- informovat rodinu o důležitosti stálého styku s pacientkou

Hodnocení: Pacientka není soběstačná v denních aktivitách, dcera není schopna docházet každý den, 3x týdně dochází pečovatelská služba, ale je to stále nedostačující. Dcera uvažuje vzít si pacientku k sobě domů. Nedošlo ke komplikacím a k poškození pacientky. Rodina stav pacientky akceptuje, ale potřebné rozhodnutí vzít si pacientku k sobě domů zatím oddaluje.

7.4 Potencionální ošetrovatelské diagnózy :

000155 – Bezpečnost – riziko pádu související se stavy dezorientace

Cíl: Nedojde k pádu pacientky

Intervence:

- zhodnotit riziko pádu
- poučit pacientku a rodinu v prevenci proti pádu
- odstranit všechny překážky, upravit prostředí
- poučit nedávat věci do cesty a neměnit jejich místo

Hodnocení – Nedošlo k pádu pacientky

00249 – bezpečnost – riziko dekubitu související inkontinencí a poruchou kognitivních funkcí

cíl – nedojde k narušení celistvosti kůže a vzniku dekubitu

intervence –

- hodnotit stupeň rizika
- edukovat pacientku a rodinu o prevenci vzniku dekubitů
- vysvětlit správnou péči o pokožku při inkontinenci
- sledovat stav pokožky

hodnocení – nedošlo ke vzniku dekubitu

00179 – výživa - Riziko nestabilní glykémie

Cíl – nedojde ke komplikacím

Intervence -

- edukovat pacienta a rodinu o příznacích hypo a hyperglykémie
- edukovat pacienta a rodinu o diabetické dietě a režimu
- naučit pacienta a rodinu správně aplikovat inzulinu a měřit hodnoty glykémie
- naučit pacienta a rodinu rozpoznat příznaky komplikací

Hodnocení – nedošlo ke komplikacím

00028 – výživa – riziko dehydratace související s nedostatečným příjmem tekutin

Cíl – Nedojde k dehydrataci, pacientka bude sledovat příjem tekutin a snažit se dodržet pitný režim minimálně 1500ml tekutin za den

Intervence -

- poučit pacientku o pitném režimu
- ukázat pacientce jak zaznamenávat denní příjem tekutin
- sledovat pitný režim pacientky a projevy možné dehydratace

Hodnocení – Nedošlo k dehydrataci pacientky, ale sledování a zaznamenávání pitného režimu není schopna.

00054 – komfort – riziko osamělosti související s nedostatečným kontaktem s okolím

Cíl: Pacientka se bude chtít zapojit do dění kolem sebe a bude mít zájem o kontakt s okolím

Intervence:

- posoudit psychický stav pacientky
- zhodnotit situaci v rodině
- poučit pečující o riziku vzniku osamělosti pacientky
- dát pečujícím návod jak osamělosti předcházet
- povzbuzovat pacientku, aby se zapojila a projevila zájem o dění kolem sebe

Hodnocení: Rodina i pacientka se snažili předcházet riziku osamělosti, ke které nedošlo.

U pacientky byl sestaven plán ošetrovatelské péče, na kterém se podílí pacientka, rodina, všeobecné sestry ADP a pečovatelky sociálních služeb. Ze začátku byl největším úkolem přimět dceru jako pečující k větší spolupráci se všeobecnými sestrami ADP a k využití pomoci pečovatelek. To se povedlo a plán péče se mohl plnit. Pro splnění plánu je v tomto případě jednoznačně nutná spolupráce všech zmíněných. Nedostatky jsme shledali v oblasti osobní hygieny, oblékání, vylučování, udržování domácnosti v čistotě, kdy zásah pečujících byl velmi podstatný pro zlepšení situace. Dcera se zapojila a výsledek byl, že pacientka byla častěji koupaná, chodila v čistém oblečení, po bytě se již nepovalovali použité i nepoužité inkontinenční pomůcky.

Dalšími oblastmi ošetrovatelského plánu byla zmatenost, která nadále trvá, ale nedošlo ke komplikacím a úrazu pacientky. Zhoršená verbální komunikace, kdy pacientka se snažila verbální projev trénovat. Zhoršená paměť, v této oblasti pacientka spolupracovala a snažila se psát si poznámky, bohužel to následně nesplnila. (Příkladem je velká cedule nedávat klíče do zámku, ale stejně je tam opakovaně dává). Nekvalitní spánek se nám odbourat nepodařilo a chronická bolest také trvá i přes užívání analgetik. Celkově se dá shrnout, že péče u pacientky je dobrá. Funguje spolupráce všech zúčastněných a do budoucna je dcera připravena si pacientku vzít k sobě domů.

Tabulka .č.3 Edukační plán. Zdroj vlastní.

Edukační plán u pacientky s Diabets Mellitus na Inzulínu	
Edukační cíl	P/K bude schopna zvládnout základní teorii o onemocnění a dodržovat diabetický režim
1 – afektivní cíl	P/K vyjádří zájem a projeví snahu získat vědomosti o diabetickém režimu
Výsledná kritéria	P/K bude schopna vyjádřit proč má znát diabetický režim a co to je
2 – kognitivní cíl	P/K bude mít dostatek vědomostí o aplikaci inzulínu a měření hodnot glykemií
Výsledná kritéria	P/K vyjmenuje zásady aplikace inzulínu a diabetického režimu
3 – behaviorální cíl	P/K bude schopna si sama změřit hodnoty glykemie
Výsledná kritéria	P/K názorně ukáže jak si změří glykemie glukometrem
Datum – 1.10.2016	Forma - individuální
Čas- 60 minut	Metoda – ukázka, demonstrace, rozhovor
Místo – domácí prostředí pacientky	Pomůcky – leták, brožura, glukomet
Hodnocení afektivní cíl – P/K zná co je diabetický režim Hodnocení kognitivní cíl – P/K je schopna vyjmenovat zásady aplikace inzulínu Hodnocení behaviorální cíl – P/K umí změřit glykemie glukometrem	

8 Kazuistika 2

Jedná se o muže 80let s diagnózou Alzheimerova choroba s Diabetem Mellitus na inzulínu. Žije v bytě společně s manželkou a psem Rexem, který je jejich věrný přítel. Služby ADP začal využívat 15.10.2017, kdy na základě indikace praktického lékaře začaly docházet všeobecné sestry ADP k pacientovi domů z důvodu aplikace inzulínu a selfomotoringu. O pacienta se převážně stará manželka, ale pomáhá i dcera, která dochází k rodičům pravidelně. Pacient si není schopen inzulín aplikovat sám z důvodu špatné jemné motoriky, zhoršeného visu a v neposlední řadě z důvodu zapomínání. Po krátké době jsme do péče zapojily manželku, která se velmi dobře, ochotně a rychle zaučila v aplikaci inzulínu a měření hodnot glykemií. Bohužel se pacientovi vytvořil diabetický defekt na palci pravé dolní končetiny, který musel být amputován. Po krátké hospitalizaci byl pacient propuštěn do domácího ošetřování, kdy sestry ADP dochází na lokální ošetření defektu po amputaci. Pacient je nekuřák, abstinent.

Anamnéza:

Osobní anamnéza:

Pacient prodělal běžné dětské nemoci, do školního věku trpěl na opakované angíny, neměl žádný úraz. V posledních letech vážněji nestonal. Příznaky Alzheimerovi choroby se u pacienta objevily přibližně před třemi lety, kdy si jich všimla dcera., která na ně upozornila maminku. Ta později přiznala, že je vidět nechtěla. Příznakem byla změna chování pacienta. Byl více podrážděný, nechtěl komunikovat, byl výbušný. Později se projeví obtíže s pamětí, že si nepamatoval co mu manželka řekla a opakovaně se ptal na to samé. Na kontroly k lékaři dochází pacient v doprovodu dcery. Pacient diagnózu Alzheimerova choroba přijal, viděl v tom vysvětlení svých obtíží, což mu pomohlo se situací se lépe vyrovnat.

Rodinná anamnéza:

Žije s manželkou a psem jménem Rex. S manželkou je již 55let. Dle sdělení manželky to byla krásná doba s mnoha krásnými i horšími zážitky. Má jednu dceru, která pravidelně chodí na návštěvu a s péčí o otce a i s domácností pomáhá.

Sociální anamnéza:

Bydlí společně v bytě o velikosti 2+1 ve druhém patře bez výtahu. Byt není uspořádán pro potřeby starších lidí se zhoršenou mobilitou. V koupelně je vana, na zemi jsou koberečky.

Pracovní anamnéza:

Pacient je ve starobním důchodu již patnáct let. Vystudoval střední průmyslovou školu elektrotechnickou a pak pracoval jako technik ve správě dálkových kabelů. Deset let před odchodem do důchodu působil na učilišti jako odborný mistr.

Lékařské diagnózy:

Alzheimerova choroba
Diabetes Mellitus II na inzulínu
Hypertenze
Stav po amputaci palce na PDK

Farmakoterapie:

Insuman combi – 14j – 0 – 10j s.c.
Metformin 1000mg – 1 – 0 – 1
Amprilan 5mg – 1 – 0 – 0
Apo amlo 5mg - 1 - 0 – 0
Simvastatin 10mg – 0 – 0 – 1
Buronil 25mg – 0 – 0 – 1
Donpenthon 10mg – 0 – 0 – 1

Fyzikální vyšetření pacienta sestrou :

Fyzikální vyšetření provedeno dne 14.1.2017

Krevní tlak: 125/70, 130/70 mmHg
Pulz: 78, 76/ min, pravidelný, plný
Dech: 17,18 / min, pravidelný
Hmotnost: 76 kg

Výška: 174 kg

Vědomí: plné vědomí, dezorientace v čase a situaci, občas v místě, a osobě

Chrup – vlastní

Zrak – brýle na čtení, bez brýlí nepřečte novinové písmo

Sluch – slyší dobře

Schopnost uchopit předmět rukou, stisk rukou – je slabí

Rozsah pohybů kloubů – přiměřené věku

Svalová tuhost/pevnost – přiměřená věku

Kůže – spíše suchá

Chybění částí těla – ano palec na PDK

Chůze, stoj, sed, přesuny: chůze s francouzskou holí, omezená stabilita

Sebepéče – kód funkční úrovně 0-5

schopnost najít se - 3

schopnost vykoupat se - 4

schopnost dojít si na toaletu – 5 – inkontinence moči – plenkové kalhotky

schopnost obléknout se - 3

schopnost nakoupit si – 5

Kompenzační pomůcky:

brýle na čtení, francouzská hůl.

Hodnocení dle použitých škál: vše v příloze:

Test instrumentálních všedních činností – 20 - nesoběstačnost

Hodnocení rizika pádů – je riziko pádu

Hodnocení rizika vzniku dekubitu dle Nortonové – je riziko vzniku dekubitu

Hodnocení bolesti dle Malzaca – 2 - nepříjemná

Body Mass Index – 24,8 normální

Rychlý screening demence – 9 (22 odpovídá normě)

8.1 Ošetrovatelský model podle Nancy Roperové

1. Udržování bezpečného prostředí

Subjektivně: Pacient si svou nemoc uvědomuje, udává že má v hlavě chaos. „, mám to v hlavě nějak přeházené „, Mnohokrát si neví rady a je rád, že bydlí s manželkou, která mu pomáhá. Bydlí v bytě 2+1, který není dobře přizpůsoben potřebám starších pacientů. Dle sdělení manželky se v bytě orientuje zatím dobře, i když se objevují chvíle, kdy neví kde je a pak se cítí podrážděný a nejistý.

Objektivně: Pozorováním jsem zjistila, že se pacient po bytě orientuje sám jen s oporou jedné francouzské hole. Má občasné problémy se stabilitou a to nejčastěji, když musí překonat vyšší práh mezi pokoji a na toaletou, dále jsou v bytě malé koberečky, které také brání v plynulé chůzi pacienta. Z rozhovoru vyplynulo, že manželům dělá problémy celková hygienická péče. Překážkou je vana kam se pacient obtížně dostává. A jako velký problém uvádí, že bydlí v druhém patře bez výtahu a cítí se vlastně uvěznění v bytě, z důvodu zhoršené mobility a nedostatečné svalové síly, která jim brání zvládnout překážku v podobě schodů.

2. Komunikace

Subjektivně: Pacient neudává problémy s vyjadřováním, občas zapomene co chtěl říct a nebo si nevzpomene na správný výraz. Komunikaci se nevyhýbá. Má rád, když mu manželka vypráví. Těší se na návštěvu dcery a vnučky s kterou si rád povídá. Když má špatnou náladu, často si sedne s pejskem a poslouchají spolu rádio vedle sebe na gauči. Sděluje, že jsou chvíle, kdy se hádá s manželkou, hlavně v situacích kdy na něj zvýší hlas a něco mu opakuje. Neví co mu manželka říká.

Objektivně: Pacient se komunikaci nevyhýbá. Kontakt navazuje snadno, nedělá mu dobře delší oční kontakt. Při rozhovoru odbíhá od tématu, zapomíná na co jsem se ptala a co jsem po něm chtěla. Když zapomene, cítí se nejistě, někdy reaguje podrážděně. Manželka na něj tlačí, aby si vzpomněl co chtěl říci a tím je pacient více nervózní a podrážděný. Jsou situace, kdy pak oba zvýší hlas, často nejsou schopni se spolu domluvit. Manželka jako pečující na pacienta zvyšuje hlas a vytváří nepříjemné prostředí. Paní se mi svěřila, že jsou chvíle, kdy si neví vůbec rady co s ním má dělat.

Je z jeho chování unavená. Má pocit, že jí to dělá schválně. Že mu to pořád dokola opakuje, ale on stejně nic neví.

3. Dýchání

Subjektivně: Pacient obtíže s dechem neuvádí.

Objektivně: Pacient dýchá klidně, počet dechů v normě, bez slyšitelných obstrukcí. Pohyb hrudníku symetrický.

4. Jídlo a pití

Subjektivně: Pacient uvádí, že chuť k jídlu má, nedělá mu problém dodržovat diabetickou dietu. Tu drží už hodně let a na sladké chutě nemá. Občas prý manželka upeče bábovku a to si kousek ke kávě dá, není to často.

Objektivně: Pacient je normální konstituce, dobře hydratován. Při rozhovoru má u sebe sklenici s vodou, kterou skoro celou vypil. Pozorováním jsem zjistila, že se pacient zapojuje do přípravy jídla. Manželka ho v tom podporuje a snaží se mu pomoci, na to pacient reaguje slovy, že ví co dělá a pomoc odmítá. Výsledkem jeho snažení je mnohokrát nepochopitelný mix potravin. Je chopen si na plátek chleba dát lžící jogurtu, marmelády a pak ještě hořčici. V této situaci manželka zareagovala takto „, no to snad nemyslíš vážně, co to proboha zase vyvádíš, tohle chceš jíst?“

5. Vylučování

Subjektivně: Pacient nemá obtíže s vyprazdňováním. Na stolici jde pravidelně bez obtíží tak 1x za 2dny. Neužívá žádné podpůrné prostředky pro vyprazdňování. Na noc má plenkové kalhotky, aby nemusel vstávat. Přes den je zatím nepotřebuje.

Objektivně: Pacient na sobě během rozhovoru nemá plenkové kalhotky a rozhovor je přerušen odchodem na toaletu. Po toaletě si pacient zapomněl umýt ruce, na to byl upozorněn manželkou a reagoval podrážděně, že ví co má dělat. Ruce si následně umyl.

6. Osobní hygiena a oblékání

Subjektivně: Pacient se vždy rád koupal, rád si lehl do plné vany a relaxoval. To už bohužel není schopen a chybí mu to. Do vany se nedostane z důvodu zhoršené mobility. Bojí se, že by upadl. Další překážkou pro pacienta je defekt na pravé dolní končetině po

amputaci palce, který má ošetřován všeobecnými sestrami z ADP. Manželka dohlíží nad běžnou denní hygienou jako je si umýt ruce, obličej a vyčistit zuby. S celkovou hygienou pomáhá dcera. Jednou za čas přijede s manželem a společně otce vykoupají. S oblékáním pomáhá manželka.

Objektivně: Pacient vypadá upraveně, nehty jsou čisté, je oholen a učešán. Vlasy jsou čisté a krátce střižené. Pacient je v čistém a voňavém oblečení.

7. Kontrola tělesné teploty

Subjektivně: Pacient si teplotu sám neměří, v případě potřeby mu ji měří manželka digitálním teploměrem v podpaží.

Objektivně: Tělesná teplota je v normě. Kůže normální teploty, neopocená.

8. Pohyb

Subjektivně: Pacient měl pohyb rád, chodil na procházky, plaval. Nyní se pohybuje pouze po bytě, není schopen samostatně sejít a vyjít schody do druhého patra. Ven jde jen v doprovodu dcery a jejího manžela, kteří mu na schodech pomáhají. Venku je pacient schopen ujít cca 100m. Na delší procházky s sebou berou pojízdný vozík. V bytě má problémy se stabilitou z důvodu nerovné podlahy, zvýšených prahů a koberečků.

Objektivně: Pacient se pohybuje pomocí francouzské hole. Při přechodu prahu je viditelná nejistota, též v místech kde jsou koberečky. Z důvodu bolesti po amputaci nedošlapuje na PDK a tím se stabilita zhoršuje. Pacient je schopen lehkého kondičního cvičení dle instruktáže. Samostatné cvičení nezvládá, zapomíná co má dělat. Cvičí pouze se všeobecnými sestrami ADP s nimi spolupracuje, i když jsou chvíle, kdy nechápe i přes názornou ukázkou co má za cvik udělat. S manželkou cvičit odmítá.

9. Práce a hry

Subjektivně: Většinu denního času tráví pacient posloucháním rádia ve společnosti pejska, často během dne usne. Dříve rád luštil osmisměrky, ale ty ho teď nebaví, protože jsou jiné než dřív.

Objektivně: Při nácvičku jemné motoriky pacient spolupracuje a je vidět že ho to baví. Procvičování paměti ho již nebaví, protože mu paměť neslouží jako dříve. Verbalizuje, že je to na nic, že to nepotřebuje a je to k ničemu. Spolupracuje jen se všeobecnou sestrou ADP, s rodinou spolupracovat odmítá.

10. Projevy sexuality

Subjektivně: S manželkou jsou spolu již 55let. Nikdy neměli vážnější problém. Až v poslední době si již méně rozumí, častěji dochází k neshodám.

Objektivně: Dle sdělení manželky sdílí společné lože, i přes manželovo chrápání. Manželka má pocit, že když by se manžel v noci vzbudil a neviděl ji vedle sebe, nevěděl by kde je. Během návštěvy manželka pacienta několikrát lehce pohládila po vlasech nebo zádech jako projev náklonnosti i toho, že tam je s ním, a není na „to“ sám.

11. Spánek

Subjektivně: Pacient večer usíná bez obtíží kolem 22. hodiny. Během noci se občas probudí, potřebuje na toaletu, nebo má žízeň. Probouzí se velmi brzo, kolem 5. hodiny ráno, dál už nemůže usnout. Během dne polehává.

Objektivně: Pacient působí mírně unaveně, není podrážděný. Verbalizuje že si půjde po obědě lehnout, že se moc nevyspal.

12. Umírání

Subjektivně: Neptá se, nebaví se o smrti ani o umírání.

Objektivně: Tématu se pacient snaží vyhnout, není mu to příjemné.

8.2 Plán ošetrovateľskej péče

Ze získaných informácií jsme stanovili problémy, ktoré jsme zahrnuli do plánu ošetrovateľskej péče. Stanovili jsme si očakávané výsledky a intervence, ktorými jich máme dosáhnout. Nakonec jsme plán péče zhodnotili a vytvorili edukační plán.

Tabulka č. 4 - Souhrn ošetrovateľských diagnóz. Zdroj vlastní

Oblast	Ošetrovateľské diagnózy
1. Udržování bezpečného zdraví	00044 – narušená integrita kůže 00004 – riziko vzniku infekce 00249 – riziko vzniku dekubitů
2. Komunikace	00051 – zhoršená verbální komunikace 000131 – zhoršená paměť 000129 – chronická zmatenost
3. Dýchání	Problém nezjištěn
4. Jídlo a pití	00179 – riziko nestabilní glykemie
5. Vylučování	Problém nezjištěn
6. Osobní hygiena a oblékání	00108 – deficit sebeděče
7. Tělesná teplota	Problém nezjištěn
8. Pohyb	00088 – porušená chůze 00155 – riziko pádu
9. Práce a hra	Problém nezjištěn
10. Projev sexuality	00061 – zátěž v roli pečovatele
11. Spánek	00198 – narušený vzorec spánku
12. Umírání	Problém nezjištěn

8.3 Aktuální ošetřovatelské diagnózy

00051 – Percepce – zhoršená verbální komunikace související se snížením kognitivních funkcí

Projevující se:

Subjektivně: Pacient popisuje, že si nemůže vzpomenout jak se co jmenuje, co vlastně chtěl říct. Stěžuje si, že pak se hádá s manželkou, která na něj křičí.

Objektivně: Pacient během rozhovoru odbíhá od tématu, zapomíná o čem mluvil, nedokáže vyslovit určitá slova, nevzpomene si na název. Artikulace mu problémy nedělá.

Očekávané výsledky: Pacient zvládne sdělovat své potřeby bez frustrace, rodina se více zapojí do nácviku správné komunikace a bude akceptovat pacientův projev.

Intervence:

- eliminovat rušivé podněty z prostředí
- ponechat pacientovi čas a klid na vyjádření
- užívat krátké a jednoduché věty
- přistupovat k pacientovi vlídně a klidně
- využívat všech prostředků komunikace
- zapojit rodinu do plánu rozvoje komunikace
- edukovat rodinu o nutnosti akceptace projevu pacienta
- edukovat rodinu o správném přístupu k pacientovi
- informovat pečující, kde mohou získat potřebné informace (literatura, spolky ..)

Hodnocení: Pacient zvládá své potřeby sdělovat jak personálu tak manželce. Rodina není schopna akceptovat pacientovo vyjadřování a nadále dochází k hádkám.

00131 –percepce – zhoršená paměť související se zhoršením kognitivních funkcí

Projevující se:

Subjektivně: Pacient není schopen si vybavit nedávné děje, konkrétní informace, nepoznává známé osoby. Není schopen určit zda bylo něco provedeno. Cítí se dezorientovaný.

Objektivně: Pacient zapomněl na zadaný úkol, obtížně a dlouho se učí novým věcem, neadekvátně odpovídá.

Očekávané výsledky: Pacient se bude snažit pochopit příčinu poruchy paměti. Pacient bude používat pomůcky jako prevence zapomínání.

Intervence:

- zhodnotit schopnost spolupráce pacienta
- zapojit pacienta a jeho rodinu do tréninku paměti
- sledovat chování pacienta
- řádně zaznamenávat do dokumentace

Hodnocení: Pacient se snažil spolupracovat v tréninku paměti, snaží se psát si poznámky jako prevence zapomínání.

00129 – Kognice - Chronická zmatenost související s alterací kognitivních funkcí
projevující se:

Subjektivně: Pacient neví co je za den ani rok, někdy neví kde je a to hlavně v noci, když se probudí.

Objektivně: Pacient není schopen odpovědět na otázku jaký je den a rok.

Očekávané výsledky: Pacient bude soběstačný s pomocí pečující osoby v činnostech denního života, bude používat kalendář.

Intervence :

- zjistit úroveň orientace a pozornosti
- zjistit schopnost a možnost komunikace pacientky
- sledovat projev pacienta, které by mohly vést k násilnostem
- zajistit pacientovi potřebný klid s vyloučením všech zevních rušivých vlivů
- informovat rodinu o důležitosti stálého styku s pacientem

Hodnocení: Pacient se snaží spolupracovat s manželkou jako pečující osoba, ale i přes to není schopen plně samostatně vykonávat všední denní činnosti.

00108 – Aktivita – deficit sebepečce při koupání a osobní hygieně z důvodu zhoršené mobility

Projevující se :

Subjektivně : pacient popisuje strach z pádu, bojí se vlézt do vany.

Objektivně: neschopnost pacienta sám sebe vykoupat.

Očekávané výsledky : Pacient se zapojí do péče o osobní hygienu dle svých možností, zapojí se více rodina či přijme pomoc pečovatelské služby v pomoci s celkovou hygienou.

Intervence:

- podpořit pacienta a rodinu k lepší spolupráci
- zapojit do péče pečovatelku
- připravit pacientovi všechny pomůcky
- názorně a slovně popisovat co má pacien dělat
- ukázat rodině alternativní možnost celkové hygieny
- vše zaznamenávat do dokumentace

Hodnocení: Dcera zajistila pomoc pečovatelky na pomoc s celkovou hygienou. Manželka byla ráda z důvodu, že se nemusí bát, manželova pádu (např. V koupelně).

00118 – Sebepercepce – narušený obraz těla související s operačním výkonem

Projevující se:

Subjektivně: Pacient sděluje, že mu chybí palec na pravé dolní končetině po amputaci, bojí se, že se mu defekt nezahojí.

Objektivně: Chybějící část těla – palec PDK po amputaci, neochota PDK ukazovat. Verbálně pacient projevuje, že to už není on, když nemá palec na noze.

Očekávané výsledky: Pacient bude akceptovat sebe sama v dané situaci, pacient bude chápat tělesné změny a důvod těchto změn.

Intervence:

- vést pacienta k tomu, aby pohlédl na postiženou část těla
- pomoci pacientovi a jeho blízkým, aby spolu hovořili o svých pocitech
- vysvětlit pacientovi důvody, které vedly k amputaci
- snažit se pacienta zapojit do péče
- vše řádně zaznamenávat do dokumentace

Hodnocení: Pacient se se stavem smířil, chápe důvody, které vedly k amputaci.

00044 – Bezpečnost - narušená integrita kůže související s operačním výkonem

Projevující se:

Subjektivně: Pacient si uvědomuje operační ránu po amputaci palce PDK

Objektivně: Operační rána po amputaci palce PDK

Očekávané výsledky: Pacient bude spolupracovat v péči o operační ránu, rána se zacílí a nedojde ke komplikacím.

Intervence:

- dodržovat zásady asepse při převazu
- sledovat vzhled, velikost, sekreci a celkové hojení rány
- řádně zaznamenávat do dokumentace
- Edukovat pacienta a rodinu v prevenci vzniku komplikací

Hodnocení: Rána ještě není zcela zhojena, nedochází ke komplikacím, pacient spolupracuje při ošetření.

00088 – Aktivita – odpočinek – porušená chůze související s degenerativním onemocněním kloubů a stav po amputaci palce PDK.

Projevující se:

Subjektivně: Pacient si stěžuje na zhoršenou chůzi, bolesti při chůzi a při změně polohy

Objektivně: Zhoršení schopnosti chůze po schodech, zhoršené vstávání z lůžka a křesla.

Očekávané výsledky: Pacient se zvládne pohybovat doma s pomocí kompenzačních pomůcek, bude spolupracovat na zlepšení mobility pravidelným cvičením

Intervence:

- poskytnout pacientovi dostatek času na změnu polohy nebo na chůzi
- zajistit pacientovi potřebné kompenzační pomůcky
- zajistit pacientovi potřebnou oporu a bezpečnost
- podporovat pacienta ke spolupráci
- zapojit do péče i rodinu
- edukovat pacienta a rodinu o vhodnosti pravidelného kondičního cvičení

Hodnocení: Kompenzační pomůcky pacient používá, někdy dobře spolupracuje někdy je spolupráce obtížná. Samostatné cvičení bez asistence všeobecné sestry ADP odmítá, s rodinou v tomto ohledu nespolupracuje.

000132 – Komfort – akutní bolest související s operačním výkonem

Projevující se:

Subjektivně: Pacient udává bolest související s defektem na PDK. (dle Malzaca 2)

Objektivně: Obranné mechanismy, bolestivé grimasy v obličeji

Očekávané výsledky: Pacient bude chápat příčinu vzniku bolesti, bude užívat analgetika dle doporučení lékaře a dodržovat farmakologický režim.

Intervence:

- posoudit bolest (charakter, příčinu vzniku, místo, trvání , intenzitu)
- monitorovat verbální i neverbální projevy
- všimnout si chování pacienta a jejich změn
- poučit pacienta o příčině vzniku bolesti
- zajistit klidné prostředí a pohodlí pacienta
- sledovat vedlejší projevy léků

Hodnocení: Pacient si uvědomuje důvody bolesti, léky na bolest bere dle předpisu lékaře a dle potřeby. Léky účinkují s efektem.

000133 – Komfort – chronická bolest související s degenerativním onemocněním kloubů DK

Projevující se:

Subjektivně: Pacient udává chronické bolesti kloubů DK, nejvíce po ránu. Bolest brání vykonávat běžné činnosti jako dříve.

Objektivně: Omezená mobilita, obtížné vstávání a chůze po bytě. Bolestivé grimasy v obličeji.

Očekávané výsledky: Pacient se naučí využívat úlevové polohy pro zmírnění obtíží, rodina bude bolest pacienta akceptovat a pomáhat k jejímu zmírnění.

Intervence:

- posoudit bolest (charakter, příčinu vzniku, místo, trvání , intenzitu)
- monitorovat verbální i neverbální projevy
- všímat si chování pacienta a jejich změn
- poučit pacienta o příčině vzniku bolesti
- zajistit klidné prostředí a pohodlí pacienta
- ukázat pacientovi a rodině úlevové polohy pro zmírnění obtíží
- zaučit pacienta a rodinu ve správné technice zvedání z lůžka
- poučit pacienta a rodinu o možných pomůckách pro zmírnění bolesti
- řádně zaznamenávat do dokumentace

Hodnocení: Rodina začala bolest pacienta akceptovat a podílí se na minimalizaci obtíží. Pacient i rodina se naučili úlevové polohy a využívají je.

00061- Vztahy – zátěž v roli pečovatele související s péčí o pacienta s demencí

Projevující se:

Subjektivně: Manželka se obává, že v budoucnu nebude schopna se o manžela postarat a velmi ji to stresuje. Je ráda, že jí pomáhá dcera, že není na vše sama.

Objektivně: Manželka verbalizuje strach z budoucnosti.

Očekávané výsledky: Manželka bude mít dostatečnou podporu pro zvládnutí role pečovatele.

Intervence:

- podporovat u pečovatele pozitivní myšlení
- poskytovat dostatek informací
- informovat o možnostech respitní péče
- podpořit zapojení širší rodiny do péče
- edukovat pečující o relaxačních technikách

Hodnocení: Po opakované reedukaci, kdy manželka měla dostatek informací se obavy z budoucnosti snížily. Manželka zapojila více rodinu do péče a našla si čas i sama pro sebe.

00198 – Aktivita – narušený vzorec spánku související s chronickou bolestí

Projevující se:

Subjektivně: Pacient se v noci budí pro bolesti kloubů dolních končetin, při otáčení ho to vzbudí. budí se brzy ráno kolem páté hodiny. Během dne pak polehává.

Objektivně: Pacient je unavený, sděluje mi, že si půjde po obědě lehnout.

Očekávané výsledky: Pacient bude spát kvalitním spánkem a bude se cítit odpočínutý.

Intervence:

- edukovat rodinu zapojit pacienta během dne do různých činností
- poučit rodinu, aby pacienta nenechala během dne delší čas spát
- v případě potřeby se obrátit na lékaře o pomoc
- vše řádně zaznamenávat do dokumentace

Hodnocení: Spánek pacienta byl kvalitnější a pacient se cítil více odpočatý, léky na spaní nepotřebuje.

8.4 Potencionální ošetrovatelské diagnózy:

00179 – Výživa - riziko nestabilní glykémie

Cíl – nedojde ke komplikacím

Intervence -

- edukovat pacienta a rodinu o příznacích hypo a hyperglykémie
- edukovat pacienta a rodinu o diabetické dietě a režimu
- naučit pacienta a rodinu správně aplikovat inzulin a měřit hodnoty glykémie
- naučit pacienta a rodinu rozpoznat příznaky komplikací

Hodnocení – nedošlo ke komplikacím

000155 – Bezpečnost – riziko pádu

Cíl: Nedojde k pádu pacienta

Intervence:

- zhodnotit riziko pádu
- poučit pacienta a rodinu v prevenci proti pádu
- odstranit všechny překážky, koberečky
- poučit nedávat věci do cesty a neměnit jejich místo

Hodnocení – Nedošlo k pádu pacienta

0004 – Bezpečnost – riziko infekce z důvodu porušení celistvosti pokožky po amputaci palce PDK.

Cíl: Nedojde ke vzniku infekce

Intervence:

- monitorovat rizikové faktory vzniku infekce
- dodržovat zásady aseptického přístupu
- formuj pacienta a rodinu o zásadách péče o pokožku
- vše řádně zaznamenej do dokumentace

Hodnocení: - K infekci nedošlo

00249 – Bezpečnost – riziko dekubitu související inkontinencí a poruchou kognitivních funkcí

Cíl – nedojde k narušení celistvosti kůže a vzniku dekubitu

Intervence –

- zhodnot' stupeň rizika
- edukovat pacienta a rodinu o prevenci vzniku dekubitů
- vysvětlit správnou péči o pokožku
- sledovat stav pokožky

Hodnocení – Nedošlo ke vzniku dekubitu

Pomocí ošetrovatelského procesu jsme identifikovali problémy pacienta, vypracovali plán ošetrovatelské péče, který jsme realizovali a nakonec zhodnotili. Hlavním problémem, který jsme stanovili byla verbální komunikace mezi pacientem a pečující manželkou. Manželka nemá správný přístup k pacientovi s diagnózou ACH. Cílem bylo, aby pacient byl schopen sdělovat své potřeby a aby pečující akceptovali pacientův projev. Výsledkem bylo, že pacient své potřeby byl schopen sdělovat, manželka jako pečující po intervencích chápala, že projev pacienta je ovlivněn nemocí, ale v praxi to nebyla schopna zvládnout a ve verbálním přístupu ke změně nedošlo.

Dále jsme uvedli diagnózu deficit sebepéče při koupání a osobní hygieně z důvodu zhoršené mobility a defektu na dolní končetině po amputaci. Manželka uvedla, že se bojí manžela do vany brát, aby ji neupadl a koupat pacienta jezdila dcera. Dceři byla doporučena pečovatelská služba, která by mohla tuto úlohu převzít.

Výsledkem bylo, že se domluvili s pečovatelskou službou na péči, pacient byl čistý a zmínil se strach manželky, že v koupelně pacient upadne.

Z další oblasti můžeme uvést narušenou chůzi z důvodu chronických bolestí kloubů dolních končetin, kde jsme jako cíl stanovili používat k pohybu kompenzační pomůcky a přimět pacienta ke spolupráci na zlepšení mobility pravidelným cvičením. Výsledkem je, že pacient používá kompenzační pomůcky a pravidelně cvičí pouze za asistence všeobecné sestry ADP. S rodinou a samostatně necvičí.

Pacient je po amputaci palce na PDK z důvodu diabetického nehojícího se defektu. Ze začátku měl pacient problém jak bude schopen chodit, zda to nebude postupovat a také se obával vzhledu. V této oblasti se nám podařilo, že pacient akceptoval svůj obraz těla a nedělá mu to již žádné obavy.

Tabulka č. 5 - Edukační plán. zdroj vlastní

Edukační plán pacienta s porušenou integritou kůže související s operačním výkonem	
Edukační cíl	Pacient bude předcházet vzniku komplikací a zapojí se do léčebného režimu
1 – afektivní cíl	Pacient vyjádří zájem a projeví snahu získat vědomosti o léčebném režimu a jak předcházet komplikacím
Výsledná kritéria	Pacient bude schopen vyjádřit jak předcházet komplikacím
2 – kognitivní cíl	Pacient bude mít dostatek vědomostí jak předcházet komplikacím a jak pečovat o okolí operační rány
Výsledná kritéria	Pacient vyjmenuje zásady péče o okolí operační rány
3 – behaviorální cíl	Pacient bude schopen samostatně cvičit cviky žilní gymnastiky jako podpora hojení
Výsledná kritéria	Pacient ukáže jak provádí cviky žilní gymnastiky
Datum – 1.11.2016	Forma - individuální
Čas- 60 minut	Metoda – ukázka, demonstrace, rozhovor
Místo – domácí prostředí pacienta	Pomůcky – leták
Hodnocení - Afektivní cíl - P/K ví jak předcházet komplikacím Kognitivní cíl – P/K zná zásady péče o okolí operační rány Behaviorální cíl – P/K zná cviky žilní gymnastiky	

9 DISKUZE

Alzheimerova choroba je v poslední době velmi aktuální téma. Populace stárne a tím se zvyšuje i podíl nemocných trpících demencí, nejčastěji typu Alzheimerovi choroby. S přibývajícím věkem stoupá množství nemocných s touto diagnózou, což má vliv na celou společnost. Je vysoká ekonomická zátěž pro pečující i pro společnost. Pečující se krom ekonomické zátěže, potýkají se stresem z komplexní zátěže. Jde o plíživé a nenápadné onemocnění, které však má významný vliv na kvalitu života pacienta. Pacient postupně ztrácí chuť do života, zhoršuje se jeho soběstačnost a samostatnost, v konečném stádiu je odkázán na pomoc druhých. Přes celosvětovou snahu je toto onemocnění stále nevyléčitelné a jen zmírnění příznaků je považováno za velký úspěch. Vyspělé země se touto problematikou intenzivně zajímají a vypracovávají strategické plány. I poslanci České republiky se tímto tématem zabývají a vypracovali „Národní akční plán pro Alzheimerovu chorobu a obdobná onemocnění 2016-2019“ přehledná tabulka je přiložena v přílohách.

Hlavním cílem práce bylo aplikovat model Nancy Roperové na dvou případech u pacientů, kteří využívají služeb ADP a mají diagnostikovanou Alzheimerovu chorobu. Výzkumnou otázkou bylo zda je možné aplikovat v praxi ADP tento model a zda je pro užití v praxi vhodný. Model Nancy Roperové jsme vybrali z důvodu, že je zaměřen na zvládnání běžných činností pro posouzení soběstačnosti a samostatnosti pacientů. Míra soběstačnosti je podstatná zda může pacient v domácím prostředí nebo ne. I když jsou nemocní doma s příbuznými, kteří o ně pečují, je určitá soběstačnost důležitá, jako prevence přetížení pečovatele. Čím více je pacient soběstačný, tím bývá spolupráce s okolím více v souladu, než když soběstační nejsou. Je to i tím, že nesoběstačnost pacienta trápí a stresuje. Výsledkem může být podrážděnost, neochota spolupracovat a komunikovat. Pracuji v ADP, kde pro sběr informací a pacientovi využíváme interní formulář, který nedopovídá žádnému koncepčnímu modelu. Sběr dat je zaměřen spíše na anamnézu než na identifikaci deficitu v denních činnostech. Výzkumem jsme zjistili, že model NR jsme schopni aplikovat u pacientů v domácím prostředí. Zhodnotili jsme dvanáct oblastí ze subjektivního pohledu pacienty a naším objektivním pozorováním. Na základě zjištěných informací jsme stanovili ošetřovatelský proces a edukační plán.

Dílními cíli bylo vypracovat dvě kazuistiky podle koncepčního modelu Nancy Roperové a zjistit jak jsou pečující informováni o přístupu a správné komunikaci s nemocnými a zda jsou tyto zásady (pokud je znají) schopni aplikovat v praxi.

Nyní se dostáváme přímo k výzkumné části, kde se budeme snažit shrnout a rozebrat jednotlivé případové studie. První případová studie je o pacientce s diagnózou Alzheimerova choroba, s diabetem na inzulínu. Bydlí sama v domácnosti. Je pacientkou agentury domácí péče, která zajišťuje pravidelnou aplikaci inzulínoterapie jednou denně. O pacientku pečuje její dcera a někdy syn. Dcera dochází pravidelně jednou týdně, syn jednou za měsíc. K pacientce jsem začali docházet v září minulého roku, kdy byla ještě samostatná. Jezdila na výlety a byla schopna vykonávat všechny denní činnosti. Postupem času i přes léčbu se u pacientky začaly více projevovat symptomy onemocnění. V současné době pacientka není plně soběstačná a schopna plně vykonávat všední denní činnosti. Dle hodnocení Bartelova testu je pacientka nyní závislá středního stupně a podle testu instrumentálních činností je nesoběstačná. Z pozorování během návštěv u pacientky jsme došli k názoru, že dcera má zájem o pacientku. Zná potřebné informace o nemoci i o správném přístupu. Dodržuje zásady správné komunikace s pacientkou. Ví jak v které situaci reagovat, co říct, jak ji přimět ke spolupráci. Když má čas tak ho věnuje pacientce. Nakoupí co je potřeba, uklidí domácnost, vykoupe a převlékne maminku. Nezapomíná, ale ani na čas strávený jen s maminkou. Čte jí, pomáhá s křížovkami, snaží se o trénink verbální komunikace a kognitivních funkcí. Když zbude čas a je pěkné počasí, jdou na procházku ven. Bohužel dcera je časově zaneprázdněná a péče není dostačující. Což se odráží na psychickém i fyzickém stavu pacientky. Pacientka již o sebe nedbá, nemá potřebu osobní hygieny ani potřebu jídla, což je nejen z důvodu diabetu velký problém. Obědy pacientce donáší pečovatelská služba. Dcera si nakonec zapojila do péče o pacientku i pečovatelskou službu, která pomáhala s domácností a s hygienou pacientky, když sama nemohla. Do budoucna dcera neuvažuje o umístění pacientky do pobytového zařízení se zaměřením na toto onemocnění, ale má v plánu si ji vzít domů. To zatím pacientka odmítá. V tomto případě je odpověď na naši výzkumnou otázku ano. Ano dcera je dostatečně informována o přístupu a správné komunikaci s pacientkou. Ale tímto výzkumem jsme se přesvědčili, že to nestačí, pokud není dostatek času se pacientovi věnovat tak ač laskavý a klidný přístup, který je nedostatečný má negativní vliv.

Druhá případová studie je lehce odlišná od té první. Jedná se o muže, také s diabetem na inzulinoterapii s diagnózou Alzheimerova choroba. Pacient bydlí se svou manželkou v bytě. Manželka je v roli pečovatele. K pacientovi jsme začali docházet v říjnu minulého roku na zaučení manželky v aplikaci inzulinu. Což se podařilo docela dobře a paní je schopna nejen inzulín aplikovat, ale dbát na diabetický režim pacienta. Stav pacienta se zkomplikoval diabetickým defektem a musel mu být amputován palec na pravé dolní končetině. Nyní dochází všeobecné sestry ADP na lokální ošetření defektu po amputaci. Pacient již na začátku péče v ADP nebyl schopen plně vykonávat všední denní činnosti, ale nedochází zde tak k rychlému zhoršování stavu jako u studie 1., nyní má pacient závislost středního stupně. Manželka se snaží zvládat roli pečovatele dobře, dbá na pacienta a neustále ho na něco upozorňuje. Je zde patrná únava pečující osoby. Manželka je u pacienta nepřetržitě. Z pozorování je vidět únava manželky a tím i častější podrážděnost. Z rozhovoru jsme došli k názoru, že pečující není zas tak dobře informována o prognóze nemoci. Nezná zásady komunikace s pacientem trpící Alzheimerovou chorobou a je z dlouhodobého pečování unavená. Pacient s manželkou moc nespolupracuje a většinou to končí hádkou, manželka se svěřila, že si myslí, že ji to dělá schválně a že jsou chvíle kdy si s ním neví rady. Za to se ale velmi stydí a řešit to s odborníky nechce. Svěření se nám pro ni bylo také velmi obtížné. Docházející všeobecné sestry z agentury domácí péče za pacientem věnují i čas manželce. Snaží se ji motivovat a podpořit k pozitivnímu myšlení. Na tomto případě je vidět, že je nutná komplexní péče, ne jen o pacienta, ale i o jeho pečujícího. Manželka se svěřila, že nikdy nečetla, žádnou publikaci zaměřenou na toto téma, na kontroly k lékaři s pacientem jezdí dcera, která ho tam vozí vlastním autem a manželka má v tu chvíli čas sama na sebe a možnost si chvíli odpočinout. Což je velmi důležité, ale na druhou stranu nemá pak ty potřebné informace o onemocnění a jeho průběhu. Dcera komunikaci s pacientem zvládá celkem dobře a patrná únava na ní vidět není, ale je to z důvodu, že přijedou jednou za čas a nejsou tak vystavováni pravidelnému pečování a kontaktu s pacientem. V tomto případě na výzkumnou otázku musíme odpovědět ne. Nepečující není dobře informována o přístupu a nezvládá správnou techniku komunikace s pacientem trpící Alzheimerovou chorobou.

Shrnutím studií docházíme k výsledkům, kdy v prvním případě pečující zná správné techniky komunikace a přístupu, ale jelikož není dostatečně přítomna u pacientky, není psychický stav pacientky dobrý a došlo k rychlému zhoršení kognitivních funkcí. U druhé studie můžeme konstatovat, že pečující je přítomna prakticky stále, ale nezná správné komunikační techniky, situace je vypjatá a odráží se to i na únavě pečující osoby, tak ale nedošlo k tak rychlému zhoršení kognitivních funkcí jako u studie 1. Z toho můžeme vyvodit, že je vhodné znát správné přístupy a komunikační techniky, ale aby se to na stavu pacientů projevilo, je nutné s pacientem trávit dostatek času. Magistra Hošťálková v závěru své diplomové práce na téma „ vliv smyslové aktivizace na kvalitu života seniorů s Alzheimerovou chorobou“ z roku 2016 uvádí, že pokud jsou dobré vztahy a správná komunikace mezi nemocným a pečujícím, má to velký vliv na kvalitu života. S tímto tvrzením musím souhlasit, jen bych k němu dodala, že hlavní rolí je čas, který pečovatel s pacientem tráví.

ZÁVĚR

Bakalářská práce na téma ošetrovatelský proces u pacienta s Alzheimerovou chorobou v domácí péči je rozdělena do dvou hlavních částí. Část teoretická a praktická. V teoretické části jsme popsali charakteristiku onemocnění jako plíživé nevléčitelné onemocnění, které s postupem času má negativní vliv na soběstačnost a samostatnost pacientů, až úplné odkázání na druhé. Příčinu vzniku, diagnostiku a léčbu. V léčbě jsem se zaměřili na nefarmakologické přístupy, které dle studií doktorky Sheardové mají pozitivní vliv na vývoj onemocnění. Dále je zde popsána historie a fungování domácí péče, která v poslední době jde do popředí. Čím dál častěji se v agentuře domácí péče setkáváme s pacienty trpící demencí především Alzheimerova typu. Je zde několik dobrých specializovaných institucí, kteří jsou schopni poskytnout odborný a profesionální přístup, ale jejich kapacity jsou omezené. Často jsou dlouhé čekací doby a proto je v zájmu pacientů být co nejdéle soběstačný s pomocí pečujících v jeho přirozeném prostředí, za pomoci agentur domácí péče, sociálních služeb a jiných. Velká kapitola pojednává o přístupu a komunikaci s pacienty trpící Alzheimerovu chorobou a péči o pečující, kteří jsou nedílnou součástí ošetrovatelského přístupu. Jak je popsáno již výše je tato oblast velmi důležitá, ale dá se říct, že přímo úměrná času stráveném s pacientem.

Praktická část bakalářské práce je zaměřena na ošetrovatelský proces u dvou pacientu s diagnózou ACH, kteří jsou pacienty agentury domácí péče. U obou je podrobně popsána kazuistika se sběrem dat, dle koncepčního modelu podle Nancy Roperové. Následně identifikovány oblasti ve kterých je problém a vytvořen ošetrovatelský a edukační plán.

Hlavním cílem bakalářské práce bylo aplikovat model Nancy Roperové na dvou případech s výzkumnou otázkou zda je možné model NR aplikovat v domácí péči. Odpovědí na tuto otázku, je že model jsme schopni v praxi domácí péče aplikovat a pracovat s ním. Je vhodný pro zjištění úrovně soběstačnosti a samostatnosti pacientů a na základě zjištěných problémů, sestavit ošetrovatelský plán.

Jedním z dílčích cílů bylo zjistit zda pečující umí správně komunikovat s pacientem s diagnózou Alzheimerova choroba. Výsledkem šetření jsme zjistili, že první studie problematiku komunikace a přístupu k pacientovi s ACH zvládá dobře, ale z důvodu nedostatečného věnování se pacientce to nemá na pacientku velký vliv,

dokonce došlo k výraznému zhoršení stavu pacientky. U druhé studie byl výsledek takový, že pečující neměla zvládnuté techniky správné komunikace, ale byla s pacientem v každodenním kontaktu, což se odráželo na únavě pečující osoby a patrném přístupu k pacientovi. Nicméně tato skutečnost nevedla ke zhoršení stavu pacienta. Tím se potvrzuje, že přístup k pacientovi je důležitý, ale musí být k tomu i dostatečný kontakt pečujícího s pacientem. Dalšími dílčími cíli bylo vypracovat dvě kazuistiky a uskutečnit seminář pro všeobecné sestry z agentury domácí péče. Program semináře je přiložen jako příloha.

SEZNAM LITERATURY A POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. ŠTĚPÁNKOVÁ, Hana, Cyril HÖSCHL a Lucie VIDOVIČOVÁ. Gerontologie: současné otázky z pohledu biomedicíny a společenských věd. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2014. ISBN 978-80-246-2628-4.
2. HALOVÁ, Miroslava. Nemocný v domácí péči. Bouzov: VEF Enterprises, 2010. ISBN 978-80-904611-0-9.
3. BARTOŠ, Aleš a Martina HASALÍKOVÁ. Poznejte demenci správně a včas: příručka pro klinickou praxi. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2010. Aeskulap. ISBN 978-80-204-2282-8.
4. KOUKOLÍK, František a Roman JIRÁK. Alzheimerova nemoc a další demence. Vyd. 1. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-615-3.
5. JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ. Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2454-6.
6. LUŽNÝ, Jan. Gerontopsychiatrie. Praha: Triton, 2012. ISBN 978-80-7387-573-2
7. NIKOLAI, Tomáš. Neuropsychologická diagnostika kognitivního deficitu u Alzheimerovy choroby. Praha: Psychiatrické centrum, 2013. ISBN 978-80-87142-25-7
8. HALOVÁ, Miroslava. Nemocný v domácí péči II, demence a demence alzheimerova typu. Bouzov: VEF Enterprises, 2010. 157 s. ISBN 978-80-904611-0-9
9. GLENNER, Joy A. Péče o člověka s demencí. Praha: Portál, 2012. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-262-0154-0.
10. KLUČKÁ, Jana a Pavla VOLFOVÁ. Kognitivní trénink v praxi. Praha: Grada, 2009. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2608-3

11. VEDLICHOVÁ, Martina. Domácí péče. Hradec Králové: Gaudeams, 2013. ISBN 978-80-7435-296-6
12. HASTINGS, Diana. Domácí sestřička: péče o nemocné doma. Praha: Knižní klub, 1997. ISBN 80-7176-452-3.
13. PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. Modely ošetrovatelství v kostce. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1211-3.
14. PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ. Ošetrovatelství v psychiatrii. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4236-6.
15. ZGOLA, J. M. Úspěšná péče o člověka s demencí. Praha: Grada Publishing, a.s., 2003. 232 s. ISBN 80-247-0183-9.
16. ARCHALOUSOVÁ, Alexandra. Přehled vybraných ošetrovatelských modelů. Hradec Králové: Nucleus HK, 2003. ISBN 80-86225-33-X.
17. Když se paměť vytrácí--: život s Alzheimerovou chorobou a jinými typy demence z pohledu pacientů i pečujících. Přeložil Emílie HARANTOVÁ, přeložil Pavel DANKO. Praha: Tarsago Česká republika, 2014. Reader's Digest. ISBN 978-80-7406-248-3.
18. Hošťálková, Marie. *Vliv smyslové aktivizace na kvalitu života seniorů s alzhemimerovou chorobou*, Brno, 2016, Diplomová práce. Masarykova univerzita. Pedagogická fakulta. Vedoucí práce PhDr. Mgr. Ilona Fialová, Ph.D.
19. Nemocný v domácí péči. Umirani.cz [online]. [cit. 2016-11-10]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/rady-a-informace/nemocny-v-domaci-peci>
20. National Institute on Aging [online]. [cit. 2016-10-28]. Dostupné z: <https://www.nia.nih.gov/>
21. [Http://www.alz.org/alzheimers_disease_1973.asp](http://www.alz.org/alzheimers_disease_1973.asp) [online]. [cit. 2016-10-28]. Dostupné z: <http://www.alz.org/>

22. *Věstník 12/2004* [online]. [cit. 2016-12-18]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik_3651_1778_11.html
23. Alzheimerova-choroba. Alzheimer.cz [online]. [cit. 2016-10-28]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/alzheimerova-choroba/>
24. Gerontologie.cz. Gerontologie.cz [online]. [cit. 2016-09-09]. Dostupné z: <http://www.gerontologie.cz/showdoc.do?docid=25>
25. ČERVENKA, Jan. Čeští vědci aktualizují testy kognitivních funkcí. *Zdravi.euro.cz* [online]. , 1 [cit. 2016-10-28]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/cesti-vedci-aktualizuji-testy-kognitivnich-funkci-pomohou-s-presnejsi-diagnostikou-demence-a-budou-zdarma-478154?category=profesni-aktuality>
26. Historie-domaci-pece-. Domaci-pece.info [online]. [cit. 2016-09-09]. Dostupné z: <http://www.domaci-pece.info/historie-domaci-pece>
27. JELÍNKOVÁ, Pavla. *Domácí péče o seniora nemocného demencí* [online]. [cit. 2016-09-09]. Dostupné z: <http://pomocvdomacnosti.cz/domaci-pece-o-seniora-nemocneho-demenci>
28. SHEARDOVÁ, Kateřina. Alzheimerova nemoc a zapojení pečovatele do boje o kvalitu života. *Psychiatrie pro praxi*. 2011, 12(1), 13-18. ISSN – 1213-0508 dostupné také z <http://www.psychiatriepropraxi.cz>
29. KAŠPÁRKOVÁ, Jana. Plány Alzheimer- potřeba, nutnost nebo zbytečný přepych? *Geriatric a gerontologie*. 2013, 3(3), 155-157.
30. Doporučení_skn_terapie_demenci_csnn07_2.pdf. Kognice.cz [online]. [cit. 2016-09-09]. Dostupné z: http://www.kognice.cz/doporučení_skn_terapie_demenci_csnn07_2.pdf
31. *Hodnotící škály* [online]. [cit. 2016-10-26]. Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/vyuka/hodnotici-skaly.aspx>

SEZNAM ZKRATEK

ACH – Alzheimerova choroba

NR – Nancy Roper

ADP – Agentura domácí péče

DNA - Kyselina deoxyribonukleová

MMSE – Mini mental state exam

CT - Počítačová tomografie

MR – Magnetická rezonance

EEG - Elektroencefalografie

SPECT – Tomografická scintigrafie

PET – Pozitronová emisní tomografie

SEZNAM TABULEK

1. Srovnání domácí péče a péče v nemocnici
2. Souhrn ošetrovatelských diagnóz kazuistika 1
3. Edukační plán kazuistika 1
4. Souhrn ošetrovatelských diagnóz kazuistika 2
5. Edukační plán kazuistika 2

SEZNAM PŘÍLOH

- 1 – Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Norotnové
- 2 – Malzackova škála bolesti
- 3 – Test instrumentálních všedních činností ADL
- 4 - Hodnocení rizika pádu
- 5 - Bartelův test všedních denních činností
- 6 – Rychlý screening demence
- 7 - Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc
- 8 – Pozvánka na seminář
- 9 – Program semináře
- 10 – Informovaný souhlas

Příloha 1 - Riziko vzniku dekubitů dle Nortonové

Stupnice dle Nortonové

- slouží k posouzení rizika vzniku dekubitů

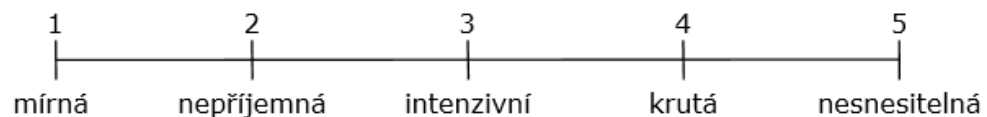
Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Každé další onemocnění	Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita	Pohyblivost	Inkontinence
úplná	4 < 10	4 normální	4 žádné	4 dobrý	4 dobrý	4 chodí	4 úplná	4 není
malá	3 < 30	3 alergie	3 DM, anemie	3 zhoršený	3 spatický	3 doprovod	3 částečně omezená	3 občas
částečná	2 < 60	2 vlhká	2 kachexie, ucpávání tepen	2 špatný	2 zmatený	2 sedačka	2 velmi omezená	2 převážně moč
žádná	1 > 60	1 suchá	1 obezita, karcinom	1 velmi špatný	1 bezvědomí	1 leží	1 žádná	1 moč + stolice

NEBEZPEČÍ DEKUBITŮ VZNIKÁ PŘI 25 BODECH A MÉNĚ

Zdroj: <http://ose.zshk.cz/media/p5821.pdf>

Příloha 2 - Malzackova škála bolesti

Malzackova škála bolesti



Zdroj: <http://ose.zshk.cz/media/p5832.pdf>

Příloha 3 – Test instrumentálních všedních činností ADL

Test instrumentálních všedních činností (IADL)

zjišťuje lehké poruchy soběstačnosti

Jméno pacienta:

Datum:

Test provedl:

1. Jízda dopravním prostředkem	
zcela samostatně	10 bodů
s pomocí nebo doprovodem druhé osoby	5 bodů
neschopen, schopen pouze převozu (sanitou, automobilem)	0 bodů
2. Nákup potravin	
zcela samostatně	10 bodů
s pomocí druhé osoby	5 bodů
neschopen	0 bodů
3. Uvaření	
samostatně celé jídlo	10 bodů
sám si jídlo ohřeje	5 bodů
neschopen	0 bodů
4. Domácí práce (jednoduchý úklid, např. vytření podlahy, ustání postele atd.)	
samostatně bez pomoci	10 bodů
s pomocí druhé osoby	5 bodů
neschopen	0 bodů
5. Vyprání osobního prádla	
zvládně samostatně	10 bodů
s pomocí druhé osoby	5 bodů
neschopen	0 bodů
6. Telefonování	
samostatně vyhledá čísla v seznamu, zvedne telefon a adekvátně reaguje potřebuje pomoc při vytáčení nebo vyhledávání čísla	10 bodů 5 bodů
neschopen	0 bodů
7. Užívání léků	
samostatně užívá správné léky v určenou dobu	10 bodů
s pomocí druhé osoby	5 bodů
neschopen	0 bodů
8. Odesílání peněz na poštu nebo zacházení s kartou	
schopen samostatně	10 bodů
s pomocí druhé osoby	5 bodů
neschopen	0 bodů

Výsledek:

Hodnocení:

0-40 bodů nesoběstačnost v instrumentálních aktivitách denního života

45-75 bodů částečná nesoběstačnost v aktivitách denního života

80 bodů v instrumentálních aktivitách denního života soběstačná/ý

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

Příloha 4 – Riziko pádu

Jednoduchý „screeningový“ nástroj pro určení rizika pádu

Nástroj pro zjištění rizika pádu pacienta

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

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

PROTOKOL:

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

Zdroj: <http://ose.zshk.cz/media/p5824.pdf>

Příloha 5 – Bartelův test základních všedních činností

Barthelův test základních všedních činností ADL (activity daily living)

- slouží ke zhodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech

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

HODNOCENÍ:

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

Zdroj: <http://ose.zshk.cz/media/p5811.pdf>

Příloha 6 – Rychlý screening demence

Rychlý screening demence – dotazník určený pro rodinu a přátele

- slouží ke kvantifikaci obtíží s pamětí

Jak často nebo v jaké míře Váš blízký:

1. Opakuje se a ptá se znovu a znovu na to samé
2. Zapomíná více než dříve zejména věci, které se staly nedávno, před chvílí
3. Zapomíná brát léky, nakoupit najednou více věcí a podobně
4. Zapomene na schůzku, svátek, rodinnou oslavu
5. Je smutnější nebo bezradnější než dříve
6. Má problémy s počítáním, vedením účtu a podobně
7. Nemá již takový zájem o dřívější záliby a koníčky
8. Potřebuje pomoc nebo alespoň radu při jídle, oblékání či hygieně
9. Je vznětlivější, podezřívavý, neklidný, mluví nesmyslně nebo vidí a slyší to, co ve skutečnosti neexistuje
10. Zhoršila se jeho schopnost řídit automobil
11. Hledá slova, mluví méně plynule, zapomíná jména

Hodnoťte následujícím způsobem

- 0 – ano, často
- 1 – někdy
- 2 – ne

Výsledek:.....

Maximum 22 bodů odpovídá normě

Zdroj: <http://ose.zshk.cz/media/p5808.pdf>

Příloha 7 – Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc

Tabulka č. 3 Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a další obdobná onemocnění na léta 2016-2019

Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a další obdobná onemocnění na léta 2016-2019						
Cíl	Úkol	Termín	Výstupy / Indikátory	Gestor	Spolupráce	Finanční zdroje
1. Zlepšení přístupu ke stanovení diagnózy a zajištění včasné a správné diagnózy syndromu demence	1.1 Překlad a adaptace mezinárodně uznávaných doporučených postupů diagnostiky syndromu demence	2016-2017	Doporučené postupy diagnostiky demence	MZ	Odborné společnosti	Rozpočet kapitoly MZ Dotační programy
	1.2 Úprava podmínek pro úhradu diagnostiky a hodnocení progresu onemocnění	2017-2018	Návrh novelizace vyhlášky č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů	MZ	Odborné společnosti Zdravotní pojišťovny	Rozpočet kapitoly MZ Zdravotní pojištění
	1.3 Vytvoření podmínek pro zařazení screeningového vyšetření kognitivních funkcí do všeobecné preventivní prohlídky u seniorů	2017-2018	Návrh novelizace vyhlášky č. 70/2012 Sb., o preventivních prohlídkách	MZ	Odborné společnosti Zdravotní pojišťovny	Rozpočet kapitoly MZ Zdravotní pojištění
2. Využívání dostupných metod nefarmakologické a farmakologické ovlivnění onemocnění s jejich úhradou z veřejného zdravotního pojištění pro jednotlivé úrovně poskytované zdravotní péče	2.1 Vytvoření a pravidelná aktualizace společných standardů léčby pro obory Neurologie, Psychiatrie a Geriatrie	2016-2017	Jednotné standardy farmakologické a nefarmakologické léčby pro obory Neurologie, Psychiatrie a Geriatrie	MZ	Odborné společnosti	Rozpočet kapitoly MZ Dotační programy
	2.2 Úprava podmínek pro úhradu farmakologické a nefarmakologické léčby	2017-2018	Revize preskripčních a indikačních omezení pro psychofarmaka užívaná v léčbě onemocnění, návrh podmínek pro úhradu nefarmakologické léčby (př. psychosociální intervence)	MZ SÚKL	Odborné společnosti Zdravotní pojišťovny	Rozpočet kapitoly MZ Zdravotní pojištění
3. Zlepšení přístupu k	3.1 Podpora vzniku center	2018	Definování požadavků na technické a	MZ	Odborné	Rozpočet

vhodné péči, zajištění vhodné péče a její koordinace	zaměřených na Alzheimerovu nemoc a jiné demence		věcné vybavení, personální zabezpečení a dalších nezbytných požadavků pro ustanovení center vysoce specializované péče podle §112 zákona č. 372/2011 Sb.		společnosti Zdravotní pojišťovny	kapitoly MZ
	3.2 Podpora vzniku strukturované sítě pracovišť s definovanou péčí poskytovanou na jednotlivých úrovních a) všeobecný praktický lékař b) ambulance specialisty - neurolog, psychiatr, geriatr c) odborné sociální poradenství (kontaktní místa) d) terénní služby - komunitní péče, domácí (zdravotní) péče, pečovatelská služba, terénní doléčovací služby, osobní asistence e) stacionář při zdravotnickém zařízení f) sociální služby poskytované v ambulantní formě (denní stacionář, centrum denních služeb) a týdenní stacionář g) geriatrické oddělení nemocnice h) domov s integrovanou zdravotně-sociální péčí (poskytující také pobytové odlehčovací služby) i) specializované zařízení v rámci systému dlouhodobé péče j) centra vysoce specializované péče k) linka pomoci, informační portál	Průběžně	Definování potřebného obsahu a rozsahu služeb, požadavků na technické a věcné vybavení, personální zabezpečení, podmínky pro nasmlouvání potřebné zdravotní péče ze strany zdravotních pojišťoven, vytvoření sítě pracovišť v krajích, statistické údaje o počtu osob s demencí v rámci sítě	MZ MPSV	Zdravotní pojišťovny Kraje Obce s rozšířenou působností Odborné společnosti	Rozpočet kapitoly MZ, MPSV Dotační programy Zdravotní pojištění
	3.3 Podpora výkonu sociální práce na úřadech obcí v přenesené působnosti a spolupráce na inter a multidisciplinární úrovni.	Průběžně	Financování prostřednictvím dotačního titulu výkonu sociální práce dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, a zákona č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné	MPSV	Kraje Obce s rozšířenou působností	Rozpočet kapitoly MPSV ESF

Příloha 7 – Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc

4. Zvýšení podpory pro pečovatele	4.1 Zavedení nové finanční podpory pro pečující osoby, upravení stávající dávky a promítnutí těchto změn do navazujících právních předpisů; podpora výdělečné činné osoby, která neformálně pečuje o rodinného příslušníka; vymezení kapacit určených pro odlehčovací služby pro osoby s demencí v rámci sociálních služeb; konzultace, psychologická podpora a podpora svépomocných skupin pro pečující osoby	Průběžně	Definování jednotlivých pojmů, návrh novelizace zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, a souvisejících právních předpisů, realizace informační kampaně, nastavení koordinovaného a koncepčního přístupu k podpoře	MPSV		Rozpočet kapitoly MPSV
5. Zajištění edukace rodinných pečujících a asistentů sociální péče	5.1 Podpora vzdělávání neformálních pečovatelů	Průběžně	Nabídka akreditovaných vzdělávacích kurzů s cílovou skupinou „neformální pečovatelé“, vyhlášení výzvy na podporu vzdělávání pečujících osob z finančních prostředků ESF a organizování metodických dnů a seminářů pro vybranou cílovou skupinu.	MPSV		Rozpočet kapitoly MPSV ESF
6. Prevence v rámci zdravotních a sociálních služeb	6.1 Posílení role všeobecného praktického lékaře	2017	Úprava vzdělávacího programu oboru Všeobecné praktické lékařství	MZ	Odborné společnosti	Rozpočet kapitoly MZ
	6.2 Poradenství v rámci lékárenské péče	2016	Vytvoření garantovaného kurzu ČLnK k proškolení lékárníků, poskytování poradenství v rámci lékárenské péče	MZ	ČLnK IPVZ Odborné společnosti	
	6.3 Posílení role odborně kvalifikovaného personálu v sociálních službách	Průběžně	Novela zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v rozsahu úpravy kvalifikace a celoživotního vzdělávání pracovníků v sociálních službách, počet akreditovaných programů pro pracovníky v sociálních službách a sociální pracovníky ve vztahu k problematice podpory osob s demencí	MPSV		Rozpočet kapitoly MPSV

7. Zvýšení povědomí široké veřejnosti o onemocnění	7.1 Podpora informačních kampaní prostřednictvím veřejnoprávních médií	Průběžně	Podpořené aktivity	MZ MPSV MŠMT	Odborné společnosti	Rozpočet kapitoly MZ, MPSV, MŠMT
	7.2 Vytvoření a aplikace destigmatizačních programů v praxi	Průběžně (nejpozději do 2023)	Počet destigmatizačních programů	MZ	Odborné společnosti MPSV	Prostředky ESIF
	7.3 Vytvoření metodiky na hodnocení míry stigmatizace u osob trpících demencí a následně pilotní a longitudinální hodnocení míry stigmatizace	Průběžně (nejpozději do 2023)	Vytvořená metodika na hodnocení míry stigmatizace a údaje z hodnocení míry stigmatizace	MZ	Odborné společnosti MPSV	Prostředky ESIF
8. Výchova k ohleduplnosti vůči seniorům	8.1 Rozšíření nabídky metodické podpory a případné zpřesnění rámcového vzdělávacího programu v rámci jeho cyklických revizí	Průběžně	Digifolio Stáří a mezigenerační dialog na portálu www.rvp.cz	MŠMT	Odborné společnosti	Rozpočet kapitoly MŠMT
9. Podpora a rozvoj vzdělávání pro profesionální pečující	9.1 Podpora vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků v péči o osoby s demencí	Průběžně	Údaje o kapacitě, naplněnosti a počtu absolventů certifikovaných kurzů (Kurz péče o nemocné s Alzheimerovou chorobou, Ošetrovatelská péče v geriatril, Geriatrický pacient v dlouhodobé péči – zvláštnosti ošetrovatelské péče o geriatrického křehkého seniora)	MZ		Rozpočet kapitoly MZ
	9.2 Podpora vzdělávání lékařů v oborech, které se zabývají péčí o osoby s demencí	Průběžně	Údaje o počtu zařazených školenců a o počtu absolventů v oborech Neurologie, Psychiatrie, Geriatrie, Gerontopsychiatrie, Medicína dlouhodobé péče a Palliativní medicína	MZ	IPVZ	Rozpočet kapitoly MZ
	9.3 Podpora vzdělávání pracovníků v sociálních službách	Průběžně	Vytvoření informačního systému pro agendu kvalifikačních kurzů pro pracovníky v sociálních službách a kurzů dalšího vzdělávání	MPSV		Rozpočet kapitoly MPSV ESF
	9.4 Podpora vzdělávání sociálních	Průběžně	Vytvoření informačního systému pro	MPSV		Rozpočet

Příloha 7 – Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc

	pracovníků a dalších odborných pracovníků		agendu akreditací kurzů celoživotního vzdělávání			kapitoly MPSV
10. Vzdělávání pracovníků ve školství a veřejném sektoru	10.1 Podpora vzdělávání pedagogů na různých stupních školství	Průběžně	Semináře a další vzdělávací programy, Metodická podpora na portále www.rvp.cz (digifolio Stáří a mezigenerační dialog)	MZ	MŠMT NIDV NÚV	Rozpočet kapitoly MZ
	10.2 Podpora vzdělávání pracovníků ve veřejném sektoru - správní, právní, obchodní, policejní, sociální, pedagogické a další studijní programy	2019	Doporučení pro jednotlivé profese o úrovni znalostí o problematice demence s ohledem na specifika dané profese	MZ	MŠMT Odborné společnosti	Rozpočet kapitoly MZ
11. Koordinované úsilí v oblasti výzkumu včetně využití již dostupných výsledků	11.1 Podpora základního a aplikovaného biomedicínského výzkumu v souladu s Národními prioritami orientovaného výzkumu, experimentálního vývoje a inovací, tedy i v oblasti neurologických a psychických onemocnění	Průběžně	Účelová podpora projektů, které jsou vybírány v rámci jednotlivých veřejných soutěží, institucionální podpora na dlouhodobý koncepční rozvoj výzkumných organizací na základě zhodnocení dosažených výsledků	MŠMT MZ GAČR	AZV	Výdaje státního rozpočtu na výzkum, experimentální vývoj a inovace
	11.2 Podpora mezinárodní spolupráce ve výzkumu, experimentálním vývoji a inovacích	Průběžně	Zapojení ČR do <i>Iniciativy Společného programování v oblasti neurodegenerativních nemocí (EU Joint Programme – Neurodegenerative Disease Research, JPNDR)</i>	MŠMT	MZ	Výdaje státního rozpočtu na výzkum, experimentální vývoj a inovace
12. Organizace epidemiologického dozoru a sledování	12.1 Sběr dat pro statistické sledování počtu nemocných za účelem plánování zdravotních a sociálních služeb	2016-2017	Úprava ročních výkazů o činnosti poskytovatele zdravotních služeb pro obor psychiatrie, neurologie a obor geriatric, uvedení Národního registru hrazených zdravotních služeb do provozu, s ohledem na změnu Vyhlášky o Programu statistických zjišťování	MZ	ÚZIS Odborné společnosti	Rozpočet kapitoly MZ
13. Zapojení ČR do evropské spolupráce	13.1 Spolupráce na mezinárodní úrovni, výměna zkušeností, dat a informací	Průběžně	Mezinárodní spolupráce, projekty	MZ MŠMT	Odborné společnosti	Dotační programy

14. Zdravotní způsobilost k řízení motorových vozidel u starších občanů	14.1 Vytvoření pravidel k posuzování zdravotní způsobilosti k řízení motorových vozidel u starších občanů odpovídajících současnému stavu	2016-2017	Vytvořená pravidla k posuzování zdravotní způsobilosti k řízení motorových vozidel u starších občanů, včetně případného návrhu úpravy příslušných částí zákona č. 361/2000 Sb., o provozu na pozemních komunikacích a o změnách některých zákonů (zákon o silničním provozu)	MZ	Odborné společnosti Zdravotní pojišťovny	Rozpočet kapitoly MZ Zdravotní pojištění
--	---	-----------	--	----	---	---

Seznam použitých zkratk:

AZV ČR	Agentura pro zdravotnický výzkum ČR
ČLnK	Česká lékárnická komora
ESF	Evropský sociální fond
ESIF	Evropské strukturální a investiční fondy
GAČR	Grantová agentura České republiky
IPVZ	Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví
JPNDR	Joint Programming Initiative on Neurodegenerative Diseases
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MŠMT	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
NIDV	Národní institut pro další vzdělávání
NÚV	Národní ústav pro vzdělávání
SÚKL	Státní ústav pro kontrolu léčiv
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky

Zdroj: [http://www.apsscr.cz/files/files/N%C3%A1rodn%C3%AD_ak%C4%8Dn%C3%AD_pl%C3%A1n_pro_Alzheimerovu_nemoc_a_dal%C5%A1%C3%AD_obdobn%C3%A1_onemocn%C4%9Bn%C3%AD_na_l%C3%A9ta_2016_-_2019\(1\).pdf](http://www.apsscr.cz/files/files/N%C3%A1rodn%C3%AD_ak%C4%8Dn%C3%AD_pl%C3%A1n_pro_Alzheimerovu_nemoc_a_dal%C5%A1%C3%AD_obdobn%C3%A1_onemocn%C4%9Bn%C3%AD_na_l%C3%A9ta_2016_-_2019(1).pdf)



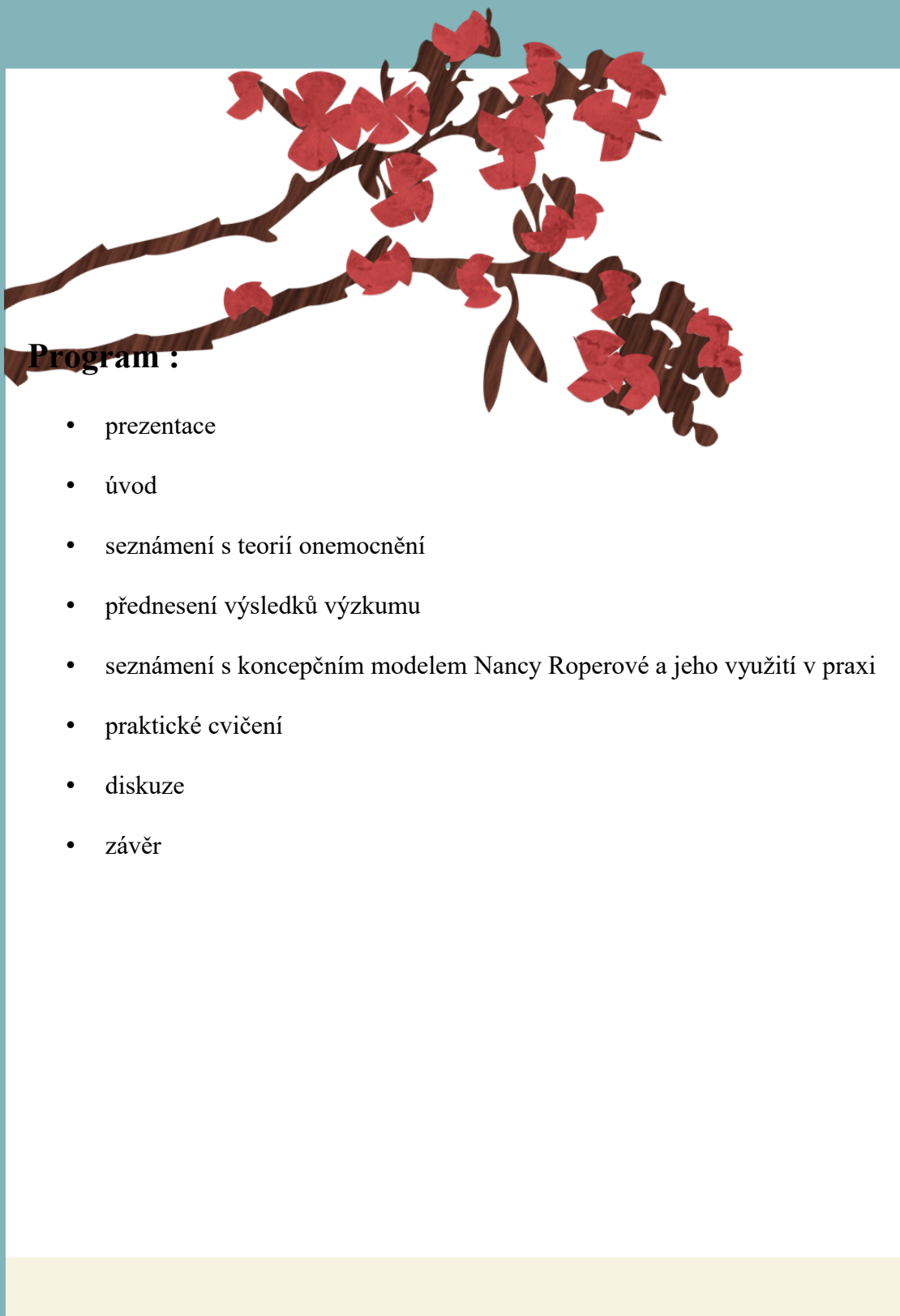
**S.O.S PLZEŇ VÁS ZVE NA ODBORNÝ
SEMINÁŘ NA TÉMA**

Pacient s Alzheimerovou chorobou v domácí péči

19.04.2017

14:00 HOD

**AGENTURA DOMÁCÍ PÉČE S.O.S PLZEŇ
[FRANCOUZSKÁ 4, PLZEŇ, 32600, ČR]**



Program :

- prezentace
- úvod
- seznámení s teorií onemocnění
- přednesení výsledků výzkumu
- seznámení s koncepčním modelem Nancy Roperové a jeho využití v praxi
- praktické cvičení
- diskuze
- závěr

Příloha 10 – informovaný souhlas

INFORMOVANÝ SOUHLAS S VÝZKUMEM PRO ZPRACOVÁNÍ
BAKALÁŘSKÉ PRÁCE NA TÉMA:

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU
V DOMÁCÍ PÉČI

STUDENT

jméno – Marie Hetgetová
Katedra ošetřovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
e-mail – hergetovam@seznam.cz

VEDOUCÍ BP:

jméno - Mgr. Veronika Muchlová Mühlsteinová, DiS.
Katedra ošetřovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU

S Vaším svolením bude proveden výzkum formou pozorování ve Vašem domácím prostředí. Informace nebudou sdíleny nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použit pseudonym. Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sám/sama chtít, a můžete také kdykoliv odstoupit od studie.

SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já
souhlasím s účastí ve výzkumné studii. Souhlasím se záznamem rozhovoru na diktafon. Rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru nebo studie odstoupit a že citace rozhovoru budou použity anonymně, nebudu ve studii identifikována.

Podpis účastníka výzkumu:.....Datum:

Podpis studenta:.....Datum: