

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2018

Alena Hrubá

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B5341

Alena Hrubá

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA
S ALZHEIMEROVOU DEMENCÍ**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Vladimíra Fremrová

PLZEŇ 2018

POZOR! Místo tohoto listu bude vloženo zadání BP s razítkem. (k vyzvednutí na sekretariátu katedry) Toto je druhá číslovaná stránka, ale číslo se neuvádí.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Ošetrovatelská péče o pacienta s Alzheimerovou demencí“ vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 27.3. 2018

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Vyjadřuji poděkování mé vedoucí práce Mgr. Vladimíře Fremrové za cenné rady, trpělivost a příjemný přístup při tvorbě bakalářské práce. Dále děkuji respondentům, kteří mi umožnili výzkum.

MOTTO

“Alzheimerova choroba je vlastně zloděj, který ukradne osobnost pacienta samu sobě.“

Naomi Feil (zakladatelka validace pro pacienty s demencí)

Anotace

Příjmení a jméno: Hrubá Alena

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Ošetrovatelská péče o pacienta s Alzheimerovou demencí

Vedoucí práce: Mgr. Vladimíra Fremrová

Počet stran – číslované: 56

Počet stran – nečíslované: 29

Počet příloh: 9

Počet titulů použité literatury: 34

Klíčová slova: Alzheimerova nemoc - Demence – Stáří – Domácí prostředí

Souhrn:

Má bakalářská práce na téma „Ošetrovatelská péče o pacienta s Alzheimerovou demencí“ se zabývá nejen problematikou, ale také kvalitou ošetrovatelské péče o pacienta v domácím prostředí. Po seznámení se s Alzheimerovou demencí je v teoretické části také přiblížena tato nemoc včetně stádií, diagnostiky, možností léčby, sociální podpory a ošetrovatelské péče.

V praktické části rozebírám a porovnávám kazuistiky dvou pacientů ženy a muže ve druhém až třetím stádiu nemoci. Dále je praktická část doplněna o polostrukturovaný rozhovor s rodinnými příslušníky, kteří o pacient pečují v domácím prostředí. Výstupem mé bakalářské práce je vypracovaný edukační leták pro laickou veřejnost tzv. „desatero pomoci, jak pečovat pacienta v domácí péči. Tento edukační leták je zahrnutý v přílohách mé bakalářské práce.

Annotation

Surname and name: Hrubá Alena

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: Nursing care about patient with Alzheimer's dementia

Consultant: Mgr. Vladimíra Fremrová

Number of pages – numbered: 56

Number of pages – unnumbered: 29

Number of appendices: 9

Number of literature items used: 34

Keywords: Alzheimer's disease – Dementia – Old age - Home environment

Summary:

My dissertation „Nursing of the patients with Alzheimer's dementia“ is not focused only on this problem but also on quality of home nursing. The theoretical part introduces us Alzheimer's dementia including the phases, diagnosis treatment, choices, social support and nursing care.

In practical part there are analysed case histories of two patients - man and woman- in the second and third illness stage. The next part of this practical part is a semi-structured interview with the members of the families, who take care of the patient at home. We can find the educational leaflet that tells non-professional public how to care about the patient at home as an output of my dissertation. This educational leaflet is included in the appendices of my dissertation.

OBSAH

| | |
|---|----|
| ÚVOD | 10 |
| TEORETICKÁ ČÁST | 11 |
| 1 DEMENCE | 11 |
| 1.1 ALZHEIMEROVA DEMENCE..... | 12 |
| 1.2 Historie nemoci | 13 |
| 1.3 Etiologie | 13 |
| 1.4 Příznaky | 14 |
| 1.5 Stádia demence..... | 14 |
| 2 DIAGNOSTIKA | 16 |
| 2.1 Anamnéza | 16 |
| 2.2 Hodnotící testy | 16 |
| 2.3 Laboratorní obraz | 16 |
| 2.4 Zobrazovací metody..... | 17 |
| 3 LÉČBA | 18 |
| 4 SOCIÁLNÍ POMOC..... | 19 |
| 4.1 Příspěvek na péči..... | 19 |
| 4.2 Česká alzheimerská společnost (ČALS)..... | 20 |
| 5 AKTIVIZACE PACIENTŮ | 21 |
| 5.1 Kognitivní trénink paměti | 21 |
| 5.2 Ergoterapie | 21 |
| 5.3 Canisterapie | 21 |
| 5.4 Muzikoterapie | 22 |
| 5.5 Felinoterapie | 22 |
| 5.6 Reminiscence | 22 |
| 5.7 Terapeutická panenka..... | 22 |
| 6 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTŮ S AD..... | 23 |
| 6.1 Mobilita..... | 23 |
| 6.2 Hygiena | 24 |
| 6.3 Vylučování | 25 |
| 6.4 Výživa a pitný režim | 25 |
| 6.5 Pády..... | 26 |
| 6.6 Odpočinek a spánek | 26 |
| 6.7 Oblékání | 27 |
| 7 VYUŽITÝ OŠETŘOVATELSKÝ MODEL..... | 28 |
| 7.1 Model funkčních vzorců zdraví Marjory Gordon..... | 28 |

| | | |
|--------|---|----|
| 8 | KVALITATIVNÍ VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ..... | 29 |
| 8.1 | Formulace problému | 29 |
| 8.2 | Cíl výzkumu..... | 29 |
| 8.3 | Dílčí cíle..... | 29 |
| 8.4 | Výzkumné otázky | 29 |
| 8.5 | Druh výzkumu a výběr metodiky..... | 30 |
| 8.6 | Metoda | 30 |
| 8.7 | Výběr případu | 30 |
| 8.8 | Způsob získávání informací | 30 |
| 8.9 | Organizace výzkumu..... | 31 |
| 9 | PŘÍPADOVÁ STUDIE PACIENTA S AD..... | 32 |
| 9.1 | Anamnéza..... | 32 |
| 9.1.1 | Osobní údaje..... | 32 |
| 9.1.2 | Rodinná anamnéza | 32 |
| 9.1.3 | Farmakologická anamnéza | 32 |
| 9.1.4 | Abúzus..... | 32 |
| 9.1.5 | Alergie..... | 33 |
| 9.1.6 | Pracovní a sociální anamnéza | 33 |
| 9.1.7 | Fyzikální vyšetření | 33 |
| 9.2 | Katamnéza pacienta | 34 |
| 9.3 | Ošetrovatelský proces dle modelu Marjory Gordonové..... | 37 |
| 9.3.1 | Ošetrovatelské diagnózy | 42 |
| 10 | PŘÍPADOVÁ STUDIE PACIENTKY S AD | 45 |
| 10.1 | Anamnéza..... | 45 |
| 10.1.1 | Osobní údaje..... | 45 |
| 10.1.2 | Rodinná anamnéza | 45 |
| 10.1.3 | Farmakologická anamnéza | 45 |
| 10.1.4 | Abúzus..... | 46 |
| 10.1.5 | Alergie..... | 46 |
| 10.1.6 | Gynekologická anamnéza..... | 46 |
| 10.1.7 | Pracovní a sociální anamnéza | 46 |
| 10.1.8 | Fyzikální vyšetření | 46 |
| 10.2 | Katamnéza..... | 47 |
| 10.3 | Ošetrovatelský proces dle modelu Marjory Gordonové..... | 50 |
| 10.3.1 | Ošetrovatelské diagnózy | 54 |
| 11 | DISKUZE | 57 |
| 12 | ZÁVĚR..... | 62 |

| | |
|----------------------------|----|
| LITERATURA A PRAMENY | 64 |
| SEZNAM ZKRATEK..... | 67 |
| SEZNAM OBRÁZKŮ | 69 |
| SEZNAM PŘÍLOH..... | 72 |

ÚVOD

Má bakalářská práce na téma „Ošetrovatelská péče o pacienta s Alzheimerovou demencí“ se zabývá problematikou i kvalitou ošetrovatelské péče o pacienta v domácím prostředí, kde se o pacienta stará rodina. Toto téma jsem si vybrala, protože je mi velmi blízké. Já i moje rodina jsme se setkali s tímto onemocněním v domácí péči. Dále díky známosti s pacienty i rodinnou, které mám zahrnuté v mé praktické části. Dalším faktorem, proč jsem si vybrala toto téma, je dle mého názoru nedostatečná informovanost veřejnosti o této nemoci. Přitom nám stále přibývá počet pacientů, kteří onemocní tímto typem demence. Díky dnešní medicíně, která postupně zvyšuje své možnosti i úroveň, se prodlužuje život seniorům. Téma Alzheimerova demence je stále více a více aktuální, diskutabilní a můžeme předpokládat, že čísla seniorů, kteří onemocní touto nemocí, se budou do budoucích let jen zvyšovat. Dnešní společnost se dle mého názoru bojí vyslovit i název Alzheimerova demence.

Alzheimerova demence je chronické onemocnění, které nelze dodnes zcela vyléčit. Dnešní medicína se snaží o kvalitnější styl života a udržení kognitivních funkcí u těchto pacientů. První příznaky této nemoci nemusí brát okolí pacienta vážně. Pro samotného pacienta znamená toto onemocnění mnoho změn a omezení v životě, které neovlivňují pouze jeho samotného, ale i jeho rodinu a okolí. Diagnostika této nemoci není zcela jednoduchá a trvá dlouho, než lékař dojde ke konečné diagnóze.

Když dojde k diagnostice Alzheimerovy demence, rodina i pacient mají před sebou velké rozhodování o následujícím životě. Existují dva typy rodin. V první možnosti bude pacient v domácí péči za přítomnosti pečující rodiny. Pacient zde zná prostředí a domov a to má kladný vliv na jeho psychický stav. Druhá možnost je umístění pacienta do domova se zvláštním režimem nebo do domova specializovaného na klienty s demencí.

Má práce chce hlavně poukázat na rodiny, které zvládají péči o pacienta v domácím prostředí na jedničku. Péče o takové pacienty je pro rodiny velmi psychicky a občas i fyzicky náročná.

Prameny použité v této práci jsem získala pomocí vypracované rešerše z vědecké knihovny v Plzni. Veškeré prameny jsou zahrnuty v seznamu pramenů. Žádost o vypracování rešerše je zahrnuta v seznamu příloh.

TEORETICKÁ ČÁST

1 DEMENCE

„Demence je syndrom, který vznikl v důsledku onemocnění mozku, obvykle chronického nebo progresivního rázu. Je charakterizována zhoršením intelektuálních funkcí. Prototypem je Alzheimerova nemoc, která představuje 40-60 % seniorů s demencí. Výskyt demencí se výrazně zvyšuje s věkem. V ČR je celkový počet pacientů s demencí odhadován na sto tisíc, výskyt je tedy přibližně 1 %. Dnes je demence nejčastější onemocnění v zemích EU.“ (Příkryl 2013, s. 90)

Při demenci dochází ke snížení úrovně paměti a ostatních kognitivních funkcí. Do těchto funkcí můžeme zařadit komunikaci, percepci, pozornost, řeč a vnímání. Mimo postižení kognitivních funkcí jsou dále postiženy i jiné funkce jako aktivity denního života, poruchy emocí, nálad, chování, spánku a mnoho dalších. Po těchto změnách nadále dochází k nesoběstačnosti a závislosti na druhé osobě. (Jirák, 2009)

Problémem demence je poškození mozku, zejména mozkové kůry. Demence může být způsobena i jinými faktory, které dokážou vážně poškodit mozkovou kůru. Jsou to např. úrazy, následky otrav apod. Největším důsledkem demence jsou neurodegenerativní onemocnění. Tato neurodegenerativní onemocnění jsou typická pro své vytváření bílkoviny v mozku, kde se tato bílkovina poté ukládá. Toto onemocnění postihuje více ženské pohlaví než mužské, a to o 50 %. (Hauke, 2017)

Podoby demence mohou být rozdílné. První skupinu označujeme tzv. „presenilní demencí“, což znamená začátek onemocnění ještě před 60. rokem života. Druhá skupina je tzv. „senilní – stařecká demence“, do této skupiny zařadíme Alzheimerovu demenci i demenci u Parkinsonovy choroby. (Nikolai, 2013)

Demenci můžeme dále rozdělit do dvou základních skupin na primární a sekundární. Kdy do primární skupiny řadíme jednu z nejznámějších a nejvíce vyskytovaných demencí neboli atroficko – degenerativní demenci, do které můžeme zařadit Alzheimerovu demenci. Další formu demence, kterou můžeme zařadit do primární skupiny je ischemicko – vaskulární demence, kam patří vaskulární demence. Poslední skupina je sekundární, do které zahrnujeme různé infekce, metabolické poruchy, toxické poruchy, úrazy a nádory. (Jirák, 2009)

1.1 ALZHEIMEROVA DEMENCE

„Alzheimerova nemoc (AN), je neurodegenerativní onemocnění centrální nervové soustavy vedoucí až k rozvoji syndromu demence. AN je primární korové (kortikální) onemocnění, tzv. neurodegenerací jsou zasaženy převážně korové oblasti (frontální, temporální i parietální lalok). Podle nejnovějších poznatků je zřejmě podíl smíšených demencí, tedy demencí rozvíjejících se na podkladě vaskulárního onemocnění, Alzheimerovy choroby i dalších patologií, vyšší, než se donedávna předpokládalo. Nicméně AN zůstává nejvýznamnějším zdrojem rozvoje syndromu demence, a to v 50 % případů.“ (Nikolai 2013, s. 9)

Alzheimerova demence může být zapříčiněna i jinými faktory. Často se vyskytuje smíšená forma demence neboli „Alzheimerovsko – vaskulární“, která se rozvíjí jak na podkladě Alzheimerovy demence, tak i cévními změnami na mozku. Další formou je Alzheimerova demence s Lewyho tělísky. (Jirák, 2009)

Jedná se o jednu z nejčastějších příznaků demence a také jednu z pěti hlavních příčin úmrtí na světě. Někdy můžeme slyšet o tomto typu demence, že se jedná o onemocnění století. Alzheimerova demence ničí důležité mozkové buňky, tento proces nadále vede k celkovému zhoršení fyzických i duševních funkcí. (Hauke, 2017)

Alzheimerova demence je vážné a dlouhodobé onemocnění, kdy pacient prochází třemi stádii nemoci, které se krok za krokem rozvíjí a tím se zhoršuje syndrom demence. Pacienti, kteří mají začínající či méně rozvinutou demenci, mají možnost žít kvalitní a plnohodnotný život za podmínky, že o ně bude pečovat buď rodina nebo bude mít zajištěnou některou ze sociálních a zdravotních služeb. Pacient postupem času bude vyžadovat vyšší odbornou péči a pomoc v každodenních činnostech jako jsou pomoc v domácnosti a dále také činnosti typu hygiena, strava, oblékání a mnoho dalších. (Hauke, 2017)

U tohoto druhu demence je jako první porušená krátkodobá paměť, kdy pacient neudrží v mysli fakta, která se udála v blízkém časovém období, tím myslíme před několika hodinami nebo před několika dny. Na druhou stranu tito pacienti mají dobře zachovanou dlouhodobou paměť. Dokáží vylicít, jaký měli život, dřívější zásadní události v jejich životě i popsat vzpomínky z jejich dětství a dospělosti. (Regnault, 2011)

Počet pacientů s Alzheimerovou demencí razantně roste, a to díky dnešní vyspělé medicíně, kdy se pacientům prodlužuje život. Dnešní problém AD je nedostatečná informovanost společnosti i přesto, že tímto onemocněním trpí stále více lidí. Stav demence v dnešní době tvoří zdravotnické, sociální i ekonomické potíže. Tato nemoc postihuje výjimečně i nižší věk, ale nejvíce jsou to právě senioři, kteří trpí touto nemocí. Podle výzkumů až 80 % pacientů s tímto typem demence žije v domácím prostředí, kde o ně pečují buď rodina nebo ošetřovatelé. (Nikolai, 2013)

1.2 Historie nemoci

Historie této nemoci je velice pozoruhodná. Vše začalo, když v roce 1797 francouzský lékař jménem Philippe Pinel vymezil dodnes známou definici demence. Díky své práci vytvořil následující výzkumnou práci pro další lékaře a odborníky. Další psychiatr a neurolog, který se zabýval výzkumem demence byl Arnold Pick. Tento odborník popsal v roce 1892 souvislosti mezi krněním mozku, poruchami řeči nebo chováním. V těchto letech se o toto téma začal zajímat i známý psychiatr a neurolog Alois Alzheimer, který zkoumal anatomické a fyziologické změny po smrti mozku. Alois Alzheimer je známý také díky své pacientce paní Augustě Deterové. Právě na této pacientce popsal příznaky a průběh demence. Pacientce bylo pouhých 51 let, když byla hospitalizovaná v ústavní péči. Již v této době nebyla schopná se orientovat místem ani časem a projevovaly se zde poruchy řeči a chování. Díky této pacientce Alois Alzheimer definoval příznaky, které jsou součástí této nemoci. Zdravotní a psychický stav pacientky se postupně zhoršoval. Tato pacientka zemřela v 55 letech, kdy po její smrti zkoumal anatomii mozku a definoval změnu mozkové kůry, kde byly zničeny miliardy nervových buněk. Až po mnoha letech se tato nemoc stala opět aktuální. AD byla od r. 1984 opět cílem mnoha výzkumů. V této době vyšla dodnes platná diagnóza Alzheimerovy demence. (Zvěřová, 2017)

1.3 Etiologie

Alzheimerova demence je dodnes nevléčitelná nemoc i proto, že není zcela jasná etiologie. Víme pouze, že toto onemocnění je i dědičné. Spekuluje se o mnoha rizikových faktorech jako jsou věk, dědičnost, nezdravý životní styl, nadměrný stres, nedostatek pohybu, kouření, požívání alkoholu, cévní problémy a mnoho dalších. Dnešní medicína se snaží nalézt genetické podmínění AD. Na tvoření proteinu beta – amyloidu se podílí mutace na 1. a 14. chromozonu. (Zvěřová, 2017)

„Příčinou onemocnění je tvorba patologického proteinu beta – amyloidu. Tento amyloid se ukládá extracelulárně, je vysoce neurotoxický, vyvolává kaskádu neurodegenerativních dějů a důsledkem je degradace intraneurálního proteinu TAU (jednotka související s tubulinem). Dochází ke vzniku neurofibrilárních klubíček, dalším projevům neurodegenerace jako omezení tvorby synapsí končící až apoptózou (zánikem neuronů).“ (Seidl 2015, s. 293)

1.4 Příznaky

Alzheimerova demence se u každého pacienta může projevovat zpočátku jinak, proto je obtížné dojít ihned k diagnostice této nemoci. Po stránce fyzické žádné změny nezaznamenáme. Tato nemoc má plíživé příznaky, které ani okolí pacienta nemusí brát vážně. Jako první varovný příznak můžeme pozorovat poruchy krátkodobé paměti, kdy pacient neudrží v mysli nové poznatky. Mezi další varovný signál můžeme zařadit ztrátu orientačního smyslu, kdy se pacient začne ztrácet v místech, která zná. Nejčastěji se jedná o ztrátu orientace ve svém vlastním domově. Symptomů je velký počet, nejzákladnější jsou však stupňující se zapomínání, chronické hledání věcí a ztráta orientace. Někteří pacienti, kteří trpí AD, si odůvodňují své výpadky paměti tzv. konfabulacemi. To znamená, že si dosazují do mezer v paměti smyšlené vzpomínky, příběhy, které se již dávno staly a považují je za reálné a věří jim. (Franková, 2009)

1.5 Stádia demence

Je velmi důležité rozpoznat, v jaké fázi demence se pacient nachází z důvodu léčby, komunikace, zacházení s pacientem a dalších faktorů, které jsou v každém stádiu této nemoci odlišné. Před onemocněním AD pacient prochází tzv. mírnou kognitivní poruchou. To znamená, že žije život jako doposud, pouze s malými úpravami např. plánování a rozvržení harmonogramu dne, vše si zapisuje do diáře nebo kalendáře a mnoho dalších. Alzheimerova demence má 3 stádia.

Na prvním stádiu můžeme pozorovat poruchy paměti, zejména té krátkodobé. V tomto stádiu je velmi složitá diagnostika. Prvními příznaky jsou zejména stavy, kdy pacient zapomíná, kam si položil věci, které momentálně hledá. Dále se ztrácí v novém prostředí a nedokáže si zapamatovat nové obličeje. Pacient může být zmatený, uzavřený, úzkostlivý apod. Pacient se stydí a ztrácí jistotu, proto dochází často k sociální izolaci už při prvním stádiu této nemoci. V této fázi je pacient prozatím soběstačný, ale potřebuje již

péči druhé osoby, která mu pomůže s harmonogramem dne, domácností a jeho dalšími povinnostmi. (Glenner, 2012)

V druhém stádiu můžeme pozorovat již rozvinutou formu demence. Hlavními příznaky v tomto stádiu jsou neklid, dezorientace, poruchy chování, agrese a další. V tomto pokročilém stádiu dále dochází i ke zhoršení dlouhodobé paměti. Pacienti si vybaví pouze silně vštípené vzpomínky a události. Pacient začíná mít potíže s dezorientací jak místem, časem, tak někdy i svou osobou a okolím. V druhém stádiu pacient potřebuje pomoc při provádění každodenních potřeb a pravidelný dohled druhé osoby. (Nikolai, 2013)

V posledním stádiu demence není pacient schopný provádět žádnou běžnou denní aktivitu sám. Zde má úplnou ztrátu paměti, nedokáže poznat osobu z rodiny nebo blízkou ze svého okolí. Je bezprostředně odkázán na pomoc druhé osoby. Dochází k poruchám verbální komunikace, která se postupně zhoršuje. Může docházet i k poruchám příjmu potravy. U takto pokročilého stádia je zcela běžná úplná inkontinence, jak moče, tak stolice. (Glenner, 2012)

2 DIAGNOSTIKA

2.1 Anamnéza

Abychom došli ke správné diagnóze, potřebujeme podrobnou anamnézu. Jde o získávání informací od pacienta. Sbíráme nejen osobní anamnézu, ale také rodinnou, sociální, pracovní i farmakologickou. U AD nám jde o získání odpovědí např. jaké byly příznaky nemoci, jak se pacient cítil, jak nemoc progredovala, ostatní stanovené diagnózy a také, jak se pacientovi s nemocí změnil život. U anamnézy pacienta s tímto onemocněním se poté shromažďují informace nejen od pacienta, ale také od rodinných příslušníků, kteří jsou s pacientem v blízkém kontaktu. Po shromáždění potřebných informací můžeme začít vyhodnocovat diagnózu. Abychom stanovili správnou diagnózu, potřebujeme i další diagnostické metody, které nám pomohou odhalit toto onemocnění. Tím jsou hodnotící testy, zobrazovací metody a laboratorní vyšetření. (Seidl, 2015)

2.2 Hodnotící testy

Hodnotící testy jsou velice důležité pro stanovení diagnózy. Tyto testy nejčastěji provádí praktický nebo odborný lékař. Pacient musí podstoupit testy i podrobné neuropsychické vyšetření, které provádí odborník, neurolog nebo psychiatr. V praxi se můžeme setkat s několika testy. Nejvíce používaným je MMSE test (Mini Mental State Examination), který zjišťuje stav kognitivních funkcí a zachycuje demenci s určitou mírou postižení. Montrealský kognitivní test MoCA je test, který dokáže zachytit i mírnou kognitivní poruchu. Další test se nazývá test hodin (Clock Test – CDT), kdy pacient má do kruhu zakreslit čísla a ručičky, které ukazují kolik je právě hodin. Tento test je dodnes často využíván díky své jednoduchosti. Posledním testem v řadě je MiniCog test, kdy si pacient musí zapamatovat pár jednoduchých slov a poté je zopakovat. Hodnotící testy MMSE, MoCA, CDT jsou zahrnuty v přílohách bakalářské práce. (Pokorná, 2013)

2.3 Laboratorní obraz

Laboratorní obraz tvoří součást diagnostického procesu, proto pacient musí podstoupit odběr krve pro diagnostický účel. Pacientovi se odebírá krev na kompletní laboratorní vyšetření, jako je krevní obraz, sedimentace, glykémie, biochemie a mnoho dalších parametrů. Z krevních testů je důležité vyřadit i jiné onemocnění, např. diabetes mellitus, poruchu jaterních, renálních i dalších funkcí, srdeční selhání, anémií i poruchou štítné žlázy a mnoho dalších. (Nikolai, 2013)

2.4 Zobrazovací metody

Mezi tyto metody můžeme řadit hlavně základní zobrazovací vyšetření mozku, zejména CT vyšetření (počítačová tomografie). Díky CT vyšetření mozku můžeme vyloučit jiné příčiny kognitivních poruch, které způsobují nemoci jako jsou CMP, tumory mozku a další patologie. Druhá důležitá zobrazovací metoda při diagnostice AD je MR vyšetření (magnetická rezonance). Tyto metody nám zobrazují změny v mozku, jeho tvary, prokrvení a úbytky tkání. Poslední vyšetření je EEG vyšetření (elektroencefalogram), který sleduje mozkovou aktivitu, která se u tohoto typu demence postupně zpomaluje. (Seidl, 2015)

3 LÉČBA

Alzheimerova demence je do nynější doby nevléčitelná nemoc, protože není zcela známá její etiologie. Snahou dnešní medicíny pro pacienty s AD je zlepšení kvality života. Při tomto druhu demence se používají léky, které zpomalují progresy onemocnění. Je velice důležité, aby pacient užíval předepsané léky ihned od diagnostiky a v pravidelných intervalech. (Hauke, 2017)

Můžeme rozlišovat farmakologickou a nefarmakologickou léčbu. Mezi farmakologickou léčbu řadíme léky z mnoha oblastí. Tím jsou kognitiva, která je důležité užívat ihned po diagnostice, dále antidepressiva na zmírnění deprese, neuroleptika na zmírnění neklidu a agrese, hypnotika při problémech se spánkem a anxiolytika na zmírnění úzkosti. Další možná léčba je nefarmakologická. Do této léčby řadíme aktivizace jako bazální stimulace, ergoterapie, kognitivní trénink, terapeutické panenky a mnoho dalších terapií. Nesmíme, ale zapomínat na úpravu prostředí, kde pacient žije. Toto opatření je důležité provést, abychom snížili riziko pádu u těchto pacientů. Je potřebná úprava jako odstranění prahu, dostatečné osvětlení, odstranění koberců, nainstalování pomocných madel, úchytnů a mnoho dalších potřebných úprav. (www.alzheimercentrum.cz)

Léky, které se používají k léčbě demencí, se nazývají psychofarmaka. Dodnes nejsou známy léky, které by dokázaly zcela vyléčit Alzheimerovu demenci. Léky, které se používají k léčbě dokážou pouze zpomalit progresi onemocnění. Dále tyto léky zvládnou udržet a zlepšit kognitivní i nekognitivní funkce pacienta. (Malá, 2010)

Mezi psychofarmaka patří hlavně tzv. kognitiva. Tyto léky ovlivňují acetylcholinový systém, který zvyšuje tvorbu acetylcholinu nebo pomaleji uvolňuje acetylcholin. To znamená, že tento lék dokáže zlepšit výkonné funkce u pacienta jako jsou motivace, krátkodobá paměť a další ostatní možné funkce. Nejznámější kognitiva využívaná v praxi jsou léky zvané Memantin Mylan, Aricept, Exelon, Cognex a další. Memantin je jedním z nejvíce užívaných kognitiv. Nejvíce se předepisuje ve středně těžké až těžké fázi demence. Při splnění bodové hranice kognitivních testů tento lék hradí pojišťovna. (Malá, 2010)

4 SOCIÁLNÍ POMOC

Tato nemoc s sebou nese i spoustu nepříjemností jako jsou finance. Péče o pacienta je postupem času náročnější nejen časově, ale i po finanční stránce. Pacient má nárok na využívání dávek, které poskytuje stát ČR. Mezi tyto dávky zahrnujeme příspěvek na péči, ošetřovné, příspěvek na mobilitu, příspěvek na bydlení a doplatek na bydlení, příspěvek na zakoupení zvláštní pomůcky. Mezi příspěvek na zvláštní pomůcky se zahrnuje např. motorové vozidlo, stavební úpravy bytu nebo domu, kde pacient bydlí. Všechny tyto dávky může pacient s rodinnou využívat.

4.1 Příspěvek na péči

Příspěvek na péči je stanovený pro osoby, které potřebují pomoc druhé osoby při každodenních potřebách a činnostech. Tyto potřeby jsou dány přiznaným stupněm závislosti dle zákona č. 108/2006 Sb. Příspěvek na péči je pak určen osobám, které se o pacienta nepřetržitě starají, jako např. blízká osoba, sociální služby, pečovatelská služba apod. Pacient nebo jeho zástupce si musí podat žádost o příspěvek na péči na nejbližší úřad práce. Poté je pověřený sociální pracovník, který hodnotí zvládání základních životních potřeb. Mezi tyto potřeby patří mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání, hygiena, fyzický výkon, péče o zdraví, aktivity a jako poslední péče o domácnost. PNP se vyplácí měsíčně příslušným úřadem práce. (Nikolai, 2013)

Míra závislosti je rozdělena na 4 stupně:

- Stupeň první. Jedná se o závislost lehkého stupně. Do tohoto stupně se zařazují osoby, které nejsou schopny provést tři nebo čtyři základní životní potřeby.
- Stupeň druhý. Jedná se o závislost středně těžkého stupně, kdy osoba není schopna provést pět nebo šest základních životních potřeb.
- Stupeň třetí. Jedná se o závislost těžkého stupně. Ve třetím stupni se nacházejí osoby, které nejsou schopny provést sedm nebo osm základních životních potřeb.
- Stupeň čtvrtý. Jedná se o stupeň úplné závislosti. Do čtvrtého stupně se řadí osoby, které nejsou schopny provést devět nebo deset základních životních potřeb. Tyto osoby potřebují intenzivní pomoc druhé osoby (Nikolai, 2013)

4.2 Česká alzheimerovská společnost (ČALS)

Rodina i pacient mohou najít pomoc a informace u této společnosti. Jedná se o neziskovou organizaci, která byla založena roku 1996. Tato organizace poskytuje různé činnosti od konzultací po sociální služby. Cílem ČALS je poskytovat pomoc a podporu jak pacientům s tímto onemocněním, tak i rodině a okolí.

ČALS je financována z veřejných prostředků i dotací, ale lidé mohou tuto společnost podporovat i finančně během tzv. „Týdne paměti“, který společnost pořádá. Tato společnost provozuje vzdělávací programy pro sociální zařízení a sociální pracovníky. Dále také provozují přednášky a výuku pro rodiny, které pečují o pacienta s AD v domácím prostředí. ČALS sídlí pouze v Praze v gerontologickém centru, ale disponuje kontaktními místy po celé ČR. Jde o denní stacionáře a lůžkové oddělení, které obdržely certifikaci Vážka®.

Certifikace Vážka® je certifikační systém, který vytvořila Česká alzheimerovská společnost. Tato certifikace se vydává zařízením, která získají certifikát na dobu 24 měsíců a věnují se službám pro seniory s demencí. Certifikát vlastní hlavně pobytové služby a denní stacionáře pro seniory. (www.alzheimer.cz)

5 AKTIVIZACE PACIENTŮ

Pacienty s Alzheimerovou demencí musíme aktivizovat v různých terapiích. Pacienti provádějí reminiscenci, trénují paměť, komunikaci a mnoho dalších terapií. Do této aktivizace jsem zařadila ergoterapii. Sem řadíme canisterapii, muzikoterapii a felinoterapii. Dále reminiscenci a kognitivní trénink paměti.

5.1 Kognitivní trénink paměti

Při kognitivním tréninku paměti jde hlavně o výcvik mozkových funkcí. Trénink může probíhat individuálně, v párech nebo ve skupinách pacientů. Cílem kognitivního tréninku je zachování a zlepšení kognitivních funkcí. Dále také navození příjemných emocí a uvolnění pacienta. Při tomto tréninku pozorujeme pacientovu pozornost, paměť, jazyk, percepci, myšlení a zrakové schopnosti. Je mnoho variant tréninků paměti. Od hraní společenských her, karetních her, práce s počítačem, různé výlety, pořádání besídek, trénování pozornosti až po trénování paměti, kdy se pacienta můžeme ptát na otázky. Můžeme pacienta zkoušet např. z ročních období, zeměpisu, dějin apod. (Tiefenbacher, 2010)

5.2 Ergoterapie

Ergoterapie je léčebná terapie. Ergoterapeut může pracovat s pacienty buď individuálně nebo ve skupinách. Cílem ergoterapie je maximální dosažení soběstačnosti, dále začlenění pacientů s různým postižením zpět do plnohodnotného života, zlepšení kvality života, rozvoj motoriky, zvýšení percepce a další. V ergoterapii můžeme využít poradenství, specifické metody a techniky. Ergoterapeutický pracovník pomáhá rodině upravit domácí prostředí, aby vytvořili bezpečný domov pro pacienty. Také vymýšlí vhodné aktivity pro pacienty. Tato terapie nabízí mnoho kompenzačních pomůcek, které ergoterapeut doporučuje a učí je pacienty používat. Mezi tyto pomůcky můžeme zařadit pomůcky na oblékání, hygienu, stravování a mnoho dalších. Do ergoterapie patří muzikoterapie, arteterapie, ruční práce. (Krivošíková, 2011)

5.3 Canisterapie

Je jednou ze složek zooterapie, která pracuje i s jinými zvířaty. Jde o léčebný vztah mezi pacientem a psem. Canisterapie se využívá podle počtu pacientů. Tato terapie může být individuální nebo kolektivní. Pes dokáže vyvolat pozitivní náladu, emoce a zlepšuje zdraví pacienta. Cílem canisterapie je zlepšení komunikace, rozvoj motoriky, rozvíjení

percepce, zlepšení duševní rovnováhy a mnoho dalších. Nejznámější společnost, která poskytuje tuto terapii je Pomocné tlapky o.p.s. Tato společnost se zabývá chovem a výcvikem asistenčních psů, se kterými dále provozují canisterapii. (www.canisterapie.cz)

5.4 Muzikoterapie

Jedná se o léčebnou metodu, kdy využíváme muziku jako terapeutický prostředek. Muzikoterapii provádíme podle počtu pacientů. Můžeme využít individuální, párovou nebo skupinovou terapii. Muzikoterapie má mnoho cílů rozvoj motoriky, zlepšení komunikace, rozvoj percepce a další. Hudba ovlivňuje vegetativní funkce a navozuje pacientovi lepší náladu. U pacienta s Alzheimerovou demencí může tato terapie navodit příjemné vzpomínky a události ze života. Terapeut, který se zabývá muzikoterapií, musí od pacienta nebo jeho rodiny zjistit, jakou hudbu měl rád. Muzikoterapie dokáže odbourávat i stres a napětí. (Beníčková, 2011)

5.5 Felinoterapie

Jedná se o část zooterapie. Felinoterapie je podpůrná léčba aktivizační metodou. Stejně tak jako u canisterapie, se i v této terapii využívá domácí zvíře, a tím je kočka. Principem felinoterapie je přímý vztah mezi pacientem a kočkou. Díky felinoterapii dochází u pacienta k navození pozitivní nálady a odbourání stresu. (www.felinoterapie.eu)

5.6 Reminiscence

Reminiscence znamená vybavování si vzpomínek ze života v představách. Terapie se provádí podle množství pacientů. Může se jednat o individuální, párovou nebo skupinovou terapii. Pacienti si mohou navzájem vyprávět příběhy ze života, důležité příhody, historické události apod. Terapeut může pacientům navrhnout témata, o kterých si poté začínají povídat. Reminiscence má pro pacienta skvělý výsledek, a to že pacientovi vytváří duševní rovnováhu a pohodu. Pacienti nejen, že si vzpomenou na hezké události v životě, ale také trénují paměť a mají příjemný pocit. (Janečková, 2010)

5.7 Terapeutická panenka

Tato panenka je dnes moderní terapeutická metoda, která se používá u pacientů s Alzheimerovou demencí. Používá se zejména při bazální stimulaci či reminiscenci. Cílem užívání těchto panenek je zlepšení komunikace, odvedení pozornosti, snížení pocitů úzkosti, strachu, obav, smutku, agrese. Dalším cílem je také navození kladných emocí. (www.alzheimercentrum.cz/poskytovaná-pece/terapeuticke-panenky/)

6 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTŮ S AD

Do ošetrovatelské péče u pacienta s AD zahrnujeme všechny důležité každodenní činnosti. Od mobility, hygieny, oblékání, výživy, pitného režimu až po vylučování. U provádění činností je důležitá pravidelnost. Práce sestry je u těchto pacientů nezbytná. Sestra musí hlavně umět s těmito pacienty komunikovat. Komunikace by měla být jasná, jednoduchá a srozumitelná. Nutný je také dohled nad pacienty. Pravidelně kontrolovat bezpečné prostředí. (Trachtová 2013, s. 19)

U pacientů s Alzheimerovou demencí je velice důležité dohlížet na prováděné běžné činnosti. Potřeby jsou u každého individuální, ale přesto se musí zcela uspokojovat. U pacientů se postupem času zhoršuje sebepéče a soběstačnost, proto je důležitá péče a dopomoc druhé osoby. (Malá, 2010)

V období stárnutí a stáří se stává člověk méně či více závislým v uspokojování potřeb a ve vykonávání každodenních aktivit. V prvních stádiích Alzheimerovy demence je pacient soběstačný v uspokojování každodenních potřeb. Potřebuje pouze pomoc s organizací harmonogramu dne. Když dojde na druhé stádium nemoci pacient potřebuje pravidelný dohled a pomoc či dopomoc druhé osoby při vykonávání každodenních činností. Ve třetím stádiu je pacient naprosto odkázaný na pomoc a dohled druhé osoby v domácím prostředí nebo v určitém zdravotnickém zařízení zdejšími personálem. (Trachtová 2013, s. 19)

Pacienti s AD neradi mění své návyky, proto je důležité mít informace od pacienta nebo rodiny, jaký měl harmonogram dne a jaké jsou jeho zvyky a návyky. Díky těmto informacím můžeme dodržovat jeho zvyklosti jako provádění hygieny, stravování, vylučování a další každodenní potřeby pacienta. Do ošetrovatelského procesu je důležité zapojit rodinu.

6.1 Mobilita

Pohyb má pro organismus určitý význam. Tělesná aktivita dokáže zlepšit pacientům zdravotní stav. Další výhodou pohybu je výkonnost orgánů, díky kterým dochází k lepší hybnosti kloubů, lepší činnosti srdce, zlepšení plicní ventilace a dalších. Pohyb nás chrání i před různým onemocněním. Snižuje riziko vzniku infarktu myokardu a udržuje normální hmotnost těla. Pohyb dokáže navozovat i pozitivní emoce.

Proces stárnutí znamená mnoho změn v pohybovém aparátu a v samotném pohybu. Postupem času dochází k poruchám hybnosti jako jsou poruchy postoje, polohy, chůze nebo koordinace pohybů. Polohy můžeme rozdělit na dvě základní. Jako první je poloha aktivní, kterou zvládne zaujímat každý zdravý člověk. Znamená to, že změní polohu na lůžku sám bez dopomoci druhé osoby. Druhá je poloha pasivní, kdy člověk nedokáže sám změnit polohu v lůžku. U takového člověka musíme pravidelně kontrolovat polohování, abychom zamezili riziko vzniku dekubitu. (Trachtová, 2010)

U pacientů s Alzheimerovou demencí může nastat i imobilizační syndrom. Tento syndrom je fyziologickou odpovědí na imobilitu. Veškeré orgánové systémy reagují na ztrátu pohybové aktivity. Nejvíce se jedná o kardiovaskulární systém, metabolický, výživový, močový a kožní systém. Imobilita s sebou nese i další problém a tím je sociální izolace. U pacienta se může vyskytnout i deprese. Pacient může mít pocity strachu, bezmoci, beznaděje, vzteku, izolace. (Švehlová, 2017)

Porucha pohyblivosti nese velká rizika, tím hlavně myslíme riziko pádu, riziko úrazu a mnoho dalších rizik. Pacienti, kteří zaznamenali pád, mají strach z chůze. Pro chůzi mohou využívat i kompenzační pomůcky jako jsou hole, chodítka jak vysoká, tak nízká a mnoho dalších. Pro tyto pacienty je velice důležitá rehabilitace a trénink chůze s odborným fyzioterapeutickým pracovníkem. (Mikšová, 2006)

6.2 Hygiena

Jedná se o základní biologickou potřebu, kdy každý člověk potřebuje mít pocit čistoty. Jedná se o individuální potřebu, protože každý má odlišný způsob a pravidelnost. Díky hygieně uspokojíme biologickou, psychologickou i sociální potřebu. (Trachtová, 2013)

U pacientů s tímto onemocněním je důležitý dohled sestry, kontrola a dopomoc při hygieně. Pacienti nejen že nemají potřebu provést hygienu, ale mohou tvrdit, že ji již provedli. Postupem času se snižuje u pacientů chuť provádět činnosti zejména hygienu. Je velmi důležité provádět aktivizaci pacienta. To znamená, že sestra pomáhá pacientovi v případě jeho nesoběstačnosti nebo nevykonání dané činnosti samostatně. Podle soběstačnosti pacienta zajišťujeme dopomoc při hygieně. Když pacient zvládá koupel sám nebo s lehkou dopomocí, musí ho sestra edukovat o bezpečnostním opatření jako jsou protiskluzové podložky, madla, kompenzační pomůcky, připravit hygienické pomůcky dle jeho zvyklostí. Vždy musíme dbát na intimitu pacienta. Pokud pacient trpí inkontinencí

moče nebo stolice je potřeba, aby sestra zajistila pravidelnou výměnu inkontinenčních pomůcek. U pacientů v určitém zařízení personál provádí hygienu minimálně 3x denně. (Švehlová, 2017)

6.3 Vylučování

Vyprazdňování patří mezi základní biologickou potřebu. K pacientovi bychom v tomto případě měli přistupovat zejména intimně. U každého pacienta je tato potřeba individuální. Vylučování je dle soběstačnosti pacienta. Někteří pacienti zvládnou docházet a používat toaletu samostatně. Další skupina pacientů dochází vykonávat potřebu na pojízdný klozet, který mají k dispozici u svého lůžka. Postupem času dochází u pacientů s Alzheimerovou demencí k inkontinenci moče, někdy i stolice. V tom případě má sestra za úkol provádět u pacienta pravidelnou hygienu intimních partií, ochranu pokožky v oblasti intimních partií a pravidelnou výměnu inkontinenčních pomůcek. Pacientovi může být zaveden permanentní močový katétr. O katétr je nutné se starat a v pravidelných intervalech ho vyměňovat. Sestra může zavádět permanentní močový katétr pouze ženám. Mužům katétr zavádí lékař za asistence sestry. Druhá možnost je inkontinence stolice tam rozhodně musíme zajistit pravidelnou výměnu inkontinenčních pomůcek. (Regnault, 2011)

6.4 Výživa a pitný režim

Výživa je biologickou potřebou člověka. Pacient by měl dostávat vyvážený energetický příjem, který zahrnuje veškeré základní složky. Přijímat by měl také mnohostrannou stravu, dostatek tekutin, zakomponovat do stravy ovoce i zeleninu a stravovat se pravidelně. U pacientů je velmi důležité, aby do stravy zahrnuly bílkoviny. Zde je strava obtížná, postupem času je pro pacienta nejvhodnější kašovitá forma stravy, díky které není riziko aspirace jídla. Jsou zde i rizika. Jde o riziko dehydratace a nebezpečí podvýživy.

Sestra musí pravidelně posuzovat stav výživy, úbytek či příbytek na váze neboli sledovat stav BMI (body mass index). U takových pacientů může často docházet k nedostatečné výživě až podvýživě. Sestra by měla zjistit informace o pacientovi zejména jestli nemá nějaké dietní omezení nebo zda netrpí onemocněním DM. Dále jaké má zvyklosti stravování. Jako oblíbená, neoblíbená jídla, zda drží nějakou dietu, zda konzumuje kávu, alkohol a další. Je také důležité zjistit, zda pacient nemá nějaké alergie. Měli bychom se optat i na různé poruchy při stravování jako jsou např. poruchy polykání.

Mini nutritional assesment (MNA) je test, který používáme k hodnocení rizika malnutrice u těchto pacientů. Tento test je určen přímo pro staré pacienty. Pacient odpovídá na 6 předložených otázek, je zde zahrnutá strava, mobilita, psychický stav, zda má demenci, deprese. Pacient může být ohodnocen 0-14 body. Výsledek 12 a více bodů znamená normální malnutrici, 11 bodů a méně zobrazuje riziko vzniku malnutrice. (Pokorná, 2013)

6.5 Pády

K největšímu počtu pádů dochází právě v domácím prostředí. Pád pacienta s sebou nese spoustu rizik a problémů. Pacienti, u kterých dojde k pádu v domácím prostředí, mohou mít zdravotní problémy, např. zejména zlomeniny končetin. Někdy při takových zdravotních problémech nezbyvá nic jiného než dlouhodobá hospitalizace na LDN nebo geriatrických lůžkách. Právě pacienti s Alzheimerovou demencí jsou nejvíce ohroženi rizikem pádu kvůli své dezorientaci. Pád může být způsoben rizikovými faktory. Mezi vnější faktory řadíme ovlivnění léky, které pacient užívá a mohou přivodit poruchy chůze nebo rovnováhy. Mezi vnitřní patří opakované pády v anamnéze nebo poruchy chůze. Při pádu v zařízení nebo nemocnici sestra musí zjistit, zda nemá pacient po pádu nějaké poranění, zhmoždění, odřeninu apod. (Švehlová, 2017)

V domácím prostředí musíme odstranit rizikové a nebezpečné překážky, které by mohly zapříčinit pád. Zejména je nutné odstranit práh z každého pokoje, protože je zde velké riziko zakopnutí a následného pádu. Dále odstranit veškeré koberečky, které jsou volně na podlaze. V koupelně připevnit madla a položit protiskluzovou podložku do vany či sprchy. Důležitá je vhodná a pevná obuv pacienta při pohybu. Dále dostatečné osvětlení, dostatek prostoru a další. (Trachtová, 2010)

6.6 Odpočinek a spánek

Spánek patří mezi základní lidskou potřebu. Spánek a jeho potřeba je u každého z nás individuální. Odpočinek a spánek má význam pro naše tělo. Udržuje nám tělesné a duševní zdraví. Působí také proti vyčerpání organismu. Máme mnoho faktorů, které nám spánek ovlivňují. Tyto faktory jsou nemoc, bolest, věk, úzkost, strach, hluk, světlo, ovzduší a mnoho dalších. Pacientovi musíme pro spánek vytvořit příjemné prostředí, podporovat jeho spánkové návyky a udržovat jej v pohodě a relaxovaného. Sestra může pacientovi podat léky na spánek dle ordinace lékaře.

Pacienti s Alzheimerovou demencí mají často poruchy spánku. Často u nich dochází k buzení a poté nočnímu toulání a k dezorientaci. Dokáží v noci vstát, potulovat se a neví proč, proto je tu zde veliké riziko pádu. Je zde nutná kontrola pacienta i v noci. (Trachtová, 2010)

6.7 Oblékání

Jedná se o základní biologickou potřebu, kdy každý z nás potřebuje mít pocit čistoty. Potřeba je u každého jedince individuální. Pacienti ztrácejí potřebu převléknout se do denního oblečení, nechtějí a nemají potřebu se převlékat z pyžama. Proto se sestra snaží pacienty aktivizovat, zapojovat se do péče o své tělo a také je povzbuzovat, aby nosili civilní oděv. Někteří pacienti podle svých možností jsou závislí na dopomoci jiné osoby či úplné pomoci. Existují i pomůcky, které pacientovi pomohou při oblékání. Tyto pomůcky doporučuje ergoterapeutický pracovník podle stavu pacienta. (Trachtová, 2010)

7 VYUŽITÝ OŠETŘOVATELSKÝ MODEL

7.1 Model funkčních vzorců zdraví Marjory Gordon

V mé praktické části se zabývám kazuistikami podle modelu M. Gordonové. Tento model je založený na principu filozofie, a to humanistické a holistické. Hlavním cílem modelu je zdraví a rovnováha bio-psycho-sociálních vztahů. Model se skládá z 12 vzorců zdraví. Mezi vzorci najdeme vnímání a udržování zdravotního stavu, výživa a metabolismus, vylučování, aktivita a cvičení, spánek a odpočinek, vnímání a poznávání, sebepojetí a sebeúcta, plnění rolí a mezilidské vztahy, sexualita a reprodukční schopnost, stres a zátěžové situace, víra a životní hodnoty a jiné. V těchto vzorcích hodnotíme ošetrovatelské údaje objektivně a subjektivně. Tento model je ideální pro mé dva vybrané pacienty, protože v těchto případech se dá zhodnotit každá potřebná oblast z každodenního života.

PRAKTICKÁ ČÁST

8 KVALITATIVNÍ VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

8.1 Formulace problému

U Alzheimerovy demence jde o nevyлéčitelnou nemoc chronického typu, která člověka dokáže razantně ovlivnit po zbytek jeho života. Pro samotného pacienta vyplývá ze vzniku a průběhu onemocnění množství omezení a změn. Tyto změny neovlivňují jen jeho samotného, ale zejména i jeho rodinu a blízké okolí. Tato nemoc je často opomíjená i přes to, že stále více stoupá počet pacientů, kterým je diagnostikován tento typ demence. Dle mého názoru je důležitá podpora rodiny a také výhoda pacientů, kteří mohou žít dlouhodobě v domácím prostředí. Nejen, že domácí prostředí má dobrý vliv na pacientův psychický stav, ale také na udržení kontaktu s rodinou. Rovněž nesmíme zapomínat na pravidelnou komunikaci s pacienty a jejich pravidelnou aktivizaci. Proto se domnívám, že rodina nebo rodinný příslušník zvládnou poskytnout kvalitní péči pacientovi s Alzheimerovou demencí v domácím prostředí.

8.2 Cíl výzkumu

- 1) Hlavním cílem výzkumného šetření je zvládnání a kvalita ošetrovatelské péče o pacienta s AD v péči rodiny v domácím prostředí.

8.3 Dílčí cíle

- 1) Zjistit u pečujících osob zvládnání a poskytovanou kvalitu ošetrovatelské péče o pacienta s Alzheimerovou demencí v domácím prostředí.
- 2) Zpracovat kazuistiky v domácím prostředí.
- 3) Zpracovat edukační leták pro pečující rodiny.

8.4 Výzkumné otázky

- 1) Jakým způsobem se podílí rodina na dodržování všech pravidel od lékaře u pacienta s diagnostikovanou Alzheimerovou demencí v domácím prostředí?
- 2) Jak ovlivňuje Alzheimerova demence jak pacienta, tak pečující osobu?

- 3) Pomůže edukační leták rodině, která má svého příbuzného v domácí péči a trpí Alzheimerovou demencí?

8.5 Druh výzkumu a výběr metodiky

Pro svou praktickou část práce jsem si vybrala kvalitativní výzkum. Kvalitativní výzkum mi umožňuje, abych se dopodrobna zajímala pouze o své dva vybrané pacienty. U mého kvalitativního výzkumu potřebuji podrobný popis situace v rodinách. Zajímám se o porozumění, reakce, pocity nejen rodiny, která se stará o pacienta v domácím prostředí, ale i o pacienta samotného. Tohle vše mi zajistí tento druh výzkumu. Výzkum byl uskutečněn v domácím prostředí obou pacientů.

8.6 Metoda

V mé práci popisuji stav dvou pacientů v anamnéze a katamnéze. Nejvíce kladu důraz na anamnézu osobní, rodinnou, farmakologickou, pracovní a sociální. V katamnéze se soustředím na zpracování stavů obou pacientů každým rokem. Katamnéza je zpracovávána od roku diagnostiky u pacienta do roku 2017. V každém roce popíši hloubkovou analýzu problému.

8.7 Výběr případu

Výběr případu jsem zvolila záměrně. Díky problematice, o kterou se zajímám bylo nejvhodnější, abych si vybrala pacienty, kteří mají diagnostikované druhé až třetí stádium Alzheimerovy demence. Je velice důležité zjistit rozhovorem, jak probíhalo vyšetření, diagnostika, pocity, reakce nejen samotných pacientů, ale také rodinných příslušníků, kteří se o pacienty pravidelně starají. Další kritérium, které jsem si zvolila, byl věk od 75 let a rozlišné pohlaví. Proto v jedné kazuistice popisuji zdravotní stav pacienta muže, a v druhé kazuistice popisuji zdravotní stav pacientky ženy. Cílem je zjistit, jak se rodina podílí na ošetřování pacienta v domácím prostředí. Pacienty i rodinné příslušníky osobně znám, proto nebyl problém je zkontaktovat a v obou případech souhlasili s mým výzkumem.

8.8 Způsob získávání informací

Informace do své bakalářské práce jsem získávala polostrukturovaným rozhovorem. Poté vypracuji dvě kazuistiky dle koncepčního modelu M. Gordonové. Dále jsem získala informace díky sběru anamnézy a katamnézy od rodin. Oslovila jsem k provedení rozhovoru jak pacienty, tak i rodinné příslušníky. V prvním případě pacientovu manželku a v druhém případě o pacientčinu dceru. Obě se každodenně starají o pacienty v domácím

prostředí. Obě dotazované podepsali informovaný souhlas, ve kterém se zmiňují o absolutní anonymitě. Informovaný souhlas nalezneme v příloze. Rozhovory jsem prováděla u pacientů v domácím prostředí. Myslím si, že domácí prostředí udělá rozhovor intimnějším a klidnějším. Před samotným rozhovorem jsem informovala o tom, že pokud bude nějaká otázka nepříjemná, nemusí na ni vůbec odpovídat nebo mohou odpovědět okrajově. Odpovědi od rodinných příslušníků jsem si zapisovala pod otázky. Objektívni pocity dotazovaných jsem si také zaznamenala. Návštěvy u pacientů a jejich rodin trvaly několik měsíců, kdy jsem se snažila pokládat co nejvíce otevřené otázky. Dalším stylem, jak získat informace bylo pozorování rodiny vždy pár dní v měsíci. Sledovala jsem chování, nálady, samostatnost, komunikaci, mobilitu pacienta.

8.9 Organizace výzkumu

Po zpracování obou kazuistik je následně porovnáám mezi sebou. Zpočátku kazuistiky popisují anamnézu pacienta. Zde popisují anamnézu osobní, rodinnou, sociální, pracovní a farmakologickou. Katamnézu rozdělují každým rokem. V prvních letech nemoci popisují první varovné signály, pocity, reakce pacienta a rannou diagnostiku nemoci. Dále také popisují ošetrovatelskou péči rodinného příslušníka, který se o pacienta pravidelně stará. Každým rokem popisují zdravotní stav pacienta, zda se mění nebo je ve stejné fázi. Tedy pacientův zdravotní stav, zhoršení kognitivního myšlení, mobilita, komunikace, aktivizace apod. Dále se zde zajímám o účast rodinných příslušníků v péči o pacienta v domácí péči, jaký mají pacienti doma harmonogram a jestli mají nějaké aktivizační programy. Veškeré tyto informace zjišťuji pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Také hodnotím rodinné příslušníky, zda zvládají svou funkci v péči o pacienta a také jak je to pro ně psychicky i fyzicky náročné. V každém stádiu nemoci dochází k edukaci rodiny pomocí vytvořeného letáku. Rozhovor pak analyzuji v následné diskusi. Veškeré stanovené cíle hodnotím v závěru své bakalářské práce. Výzkum jsem prováděla 12 měsíců, od ledna 2017 do prosince 2017, a to v domácím prostředí obou pacientů, za přítomnosti pečující rodiny a v souladu s informovaným souhlasem obou zmíněných, který přikládám v příloze.

9 PŘÍPADOVÁ STUDIE PACIENTA S AD

9.1 Anamnéza

9.1.1 Osobní údaje

Muž, 82 let, ženatý, žije v rodinném domku s manželkou na okraji malého města, otec 2 synů a 1 dcery, narozen na Ukrajině, základní vzdělání dokončil již v bývalé Československé Republice.

Pacient byl po celý život příjemný, milý, hodný, povahou klidný, nekonfliktní. Celý život bydlí v rodinném domku se zahradou na vesnici nebo na okraji menšího města. Pracoval jako řidič zemědělských strojů v zemědělském průmyslu.

První příznaky onemocnění pozoroval on sám i rodina ještě dříve, než došlo k diagnostice. K diagnostice AD došlo v 77 letech, kdy lékař prohlásil, že pacient trpí onemocněním již několik let. Pacient je léčen pro arteriální hypertenzi a anginu pectoris, ICHDK a oboustranné srdeční selhání. Pacient za svůj život prodělal běžné infekční nemoci. Operací měl několik. V roce 2002 prodělal operační výkon. Tím byl pětinasobný bypass neboli přemostění koronární tepny na srdci.

9.1.2 Rodinná anamnéza

Žádný rodinný příslušník neměl poruchy paměti. Pacientova matka umřela v brzkých letech na IM, jiné onemocnění není známo. Otec úmrť na IM jako pacientova matka. Otec se léčil na anginu pectoris po dobu 5 let. Pacient má 2 sestry. První sestra se léčí pouze s arteriální hypertenzí. Druhá sestra umřela ve 45 letech na rakovinu slinivky.

Pacient má 3 děti. Oba synové se léčí pouze s arteriální hypertenzí. Nejmladší dcera se léčí s Astma bronchiale a trpí artrózou II. Stupně v pravém koleni.

9.1.3 Farmakologická anamnéza

Lozap 50 mg ½-0-0 tbl., Verospiron 25 mg 0-1-0 tbl., Anopyrin 100 mg 1-0-0 tbl., Torvacard 20 mg 0-0-1 tbl., Milurit 100 mg 0-1-0 tbl., Ascorutin 0-1-0 tbl., Tiapridal 1-0-0 tbl., Menantin Mylan 5 mg 0-0-1 tbl.

9.1.4 Abúzus

Pacient kouřil pravidelně 20 cigaret po dobu 30 let. Marihuanu nikdy nezkoušel, kávu pije výjimečně. Pacient pravidelně pije alkohol. Vypije okolo dvou piv denně, jiné návykové látky neužívá.

9.1.5 Alergie

Pacient neguje jakékoliv alergie.

9.1.6 Pracovní a sociální anamnéza

Pacient s AD se narodil na Ukrajině, jako celá jeho rodina. Jako malý kluk odešel s rodinou ze země z důvodu II. Světové války. V ČSR bydlel s rodiči a sestrami na vesnici, kde měli i své zemědělství. Pacientovo dosažené vzdělání je základní. V dospělosti pracoval na pozici řidiče zemědělských strojů v bývalém JZD.

Od svých 20 let žije se svou manželkou v rodinném domku. Na začátku jejich manželství bydleli na vesnici. Později pacient sám s kamarády postavil rodinný dům, kde bydlí do dnes. Jejich dům je situovaný na okraji menšího města. Vedle domu bydlí dva jeho synové s rodinami. Jeho dcera dojíždí skoro každý víkend. Díky tomu má pacient pravidelný kontakt s rodinou. Pacient má velkou rodinu. Nejen, že má 3 děti, ale také již 10 vnuček s rodinami.

Pacientovi dělá celý život radost zahrádka a drobný chov zvířat. S manželkou mají psa, slepice a králíky, o které se rád stará. Rád chodil na procházky se svým psem, ale dnes z důvodu zdravotních problémů neujde velkou vzdálenost.

9.1.7 Fyzikální vyšetření

Aktuální lékařská diagnóza: Alzheimerova demence

Přidružené diagnózy: IM v roce 1986 a 1990, pětinasobný CABG v roce 2002, Angina pectoris, Arteriální hypertenze, ICHDK, Hyperurikémie, Stenóza karotid

Celkový vzhled: o pacienta každý den pečuje manželka díky tomu je upravený, dodržuje hygienu apod.

Sluch, zrak: sluch bez větších problémů, zrak má pacient v pořádku nevyužívá žádné kompenzační pomůcky

Kůže: bledá, bez defektů, dostatečně hydratovaná, dostatečně prokrvená

Kompenzační pomůcky: hůl, nízké chodítko pro chůzi venku

Vitální funkce: TT: 36,7 °C, TK: 130/90 mmHg, P 62/min, D 15/ min, váha: 87 kg, výška: 180 cm, BMI 27.

Sebepéče: Pacient vykonává každodenní běžné činnosti sám nebo za dopomoci své manželky nebo rodiny

Použité škály: Barthelův test soběstačnosti (ADL) (80 bodů, lehká závislost), Test instrumentálních všedních činností (IADL) (20 bodů, nesoběstačnost v instrumentálních aktivitách denního života), Hodnocení rizika pádu dle MFS (60 bodů, vysoké riziko pádu), Hodnocení rizika vzniku dekubitu stupnice dle Nortonové (28 bodů, není riziko vzniku dekubitů)

9.2 Katamnéza pacienta

Diagnostika u tohoto pacienta nebyla zcela jednoduchá. On i jeho rodina sledovali postupné plíživé příznaky tohoto onemocnění. Rodina a pacientovo okolí tyto příznaky nebraly po dlouhou dobu v potaz. Na začátku to bylo běžné zapomínání. Jednalo se spíše o běžné a praktické věci. Sama pacientova manželka si jako první všimla problémů jeho zapomnětlivosti a postupné dezorientace okolo 75 let. Zpočátku to byla běžná zapomnětlivost typu, kdy pacient hledal věci a zapomínal na svůj harmonogram dne. Okolí i rodina to přičítali za projev stárnutí a stáří. Poté, co se situace zhoršovala, se rodina obrátila na odbornou pomoc.

V roce 2011, 2012 to bylo poprvé, kdy se začaly u pacienta projevovat lehké příznaky AD. Tyto příznaky rodina ani okolí pacienta nebrala nijak zvlášť vážně. Pacient zapomínal běžné věci, ale sám si problém neuvědomoval. Veškeré problémy, které si pacient uvědomil přičítal stáří a únavě. Myslel si, že se jedná o dočasný problém.

Pacient měl mnoho plíživých příznaků. Zejména zapomínal klíče nejen, kam je položil, ale také zapomínal zamknout dům. Při řízení auta zapomínal používat blinkry při změně směru jízdy. Dále mi manželka sdělila i úsměvné příhody, kdy pacient například smažil připravené jídlo v pánvi na octu. Zapomínal sledovat čas a trávil na zahrádce spoustu času, kdy ho manželka musela volat k jídlu. Dále nastal problém, že pacient zapomněl, zda nějaký úkon provedl. Proto se přesvědčoval, zda již úkon vykonal nebo ho pro jistotu vykonal znovu.

V roce 2013 manželka sledovala stále se zhoršující projevy a došla si pro radu ke svému obvodnímu lékaři. Obvodní lékař manželce doporučil, aby manžela doprovodila na prohlídku k praktickému lékaři nebo odbornému lékaři, který vyhodnotí situaci. Pacient nechtěl na žádnou prohlídku jít tvrdil, že je to zbytečně strávený čas u lékaře. Poprvé tomu

bylo v březnu tohoto roku, kdy manželka došla s pacientem ke svému praktickému lékaři. Zde proběhla preventivní prohlídka pacienta a praktická lékařka dala pacientovi jeden z hodnotících kognitivních testů (Clock test). Po vyhodnocení testu bylo jasné, že pacient trpí nějakým typem demence a pacientova praktická lékařka ho poslala k neurologickému lékaři. Manželům byla doporučena odborná lékařka přímo v jejich místě pobytu. Čekací doba u této odborné lékařky byl měsíc.

Při návštěvě neurologické lékařky byly provedeny kognitivní testy a anamnéza. Po vyhodnocení bylo diagnostikováno, že se jedná o Alzheimerovu demenci. Pacientova manželka byla vystrašená, protože ona sama měla známého, který tímto onemocněním trpěl. V ordinaci byla manželka edukována o medikaci, úpravě harmonogramu a opatření, jak by měla rodina přizpůsobit prostředí, ve kterém žije pacient.

Lékařka při sběru anamnézy zjistila, že pacient trpí tímto onemocněním již déle, proto došla k názoru ihned nasadit pacientovi léky zvané kognitiva. Lékařka pacientovi předepsala léky nazývané Memantin. Tyto léky pacientovi hradila pojišťovna, protože vyhověl v požadovaném bodovém rozpětí v hodnotících testech.

Po nasazení léků u pacienta nebyl výrazný problém. Pacient byl jako dříve, zastával své koníčky a radosti. Staral se o svou milovanou zahrádku a drobné zvířectvo. Na procházky se psem ho doprovázela manželka. Měla o pacienta strach, proto ho nepouštěla nikam samotného.

Rok 2014 V tomto roce se nic nemění. Pacient užívá pravidelně své léky, které mu pravidelně připravuje manželka. Jeho manželka mu organizuje harmonogram dne. Budí ho okolo 8. hodiny ranní. Připomíná pacientovi, aby provedl hygienu. Dále mu v koupelně přichystá hygienické pomůcky dle jeho zvyklosti. Manželka poté přichystá snídani, se kterou jí pacient pomáhá. Poté se obléknou do civilu, jdou na procházku nebo na nákup se svým pejskem. Po procházce manželka připravuje oběd, opět za spolupráce pacienta. Pacient je po obědě zvyklý na krátký spánek, který dodržuje každý den. Po probuzení jde pacient na svou zahrádku, kde dělá potřebné věci, které mu dovolí jeho zdravotní stav. Všechny jeho aktivity kontroluje jeho manželka.

V tomto roce manželka zjistila informace o příspěvku na péči od své kamarádky, který postupně zařizovala se svými dětmi. Během měsíce proběhla kontrola sociálními

pracovnicemi z příslušného úřadu práce. Pacient v tomto stádiu dostal příspěvek na péči v prvním stupni.

V roce 2015 Celá pacientova rodina zaznamenává změny v jeho chování. Proto manželka zvýšila kontrolu svého muže. Pravidelně zamyká dům i zahradu. Pacient je stále soběstačný, až na své poruchy chování a lehké dezorientace. Nikam nechodí sám, pouze se svou manželkou nebo rodinou.

V roce 2016 šel pacient za doprovodu své manželky opět na pravidelnou prohlídku ke své neurologické lékařce. Lékařka v ordinaci provedla běžnou prohlídku pacienta. Použila hodnotící testy, ve kterých měl pacient již větší problém než doposud. Po vyhodnocení testu zkusila ještě lékařka, aby pacient vyjmenoval 3 věci, které ji napadly. Jejím cílem bylo, aby pacient vyjmenoval po chvíli ty 3 určité věci, které mu řekla. Pacient nejen, že v tu chvíli nevyslovil požadovaná 3 slova, ale také nesplnil bodovou hranici hodnotícího testu. Díky špatnému výsledku lékařka usoudila, že pacient nesplňuje nárok na kognitivní léky, které hradí pojišťovna do určitého bodového rozpětí testu. Manželka měla s lékařkou rozhovor o situaci. Lékařka manželce sdělila, že pacientovi léky nemůže předepsat z důvodu bodové hranice. Poté šli manželé domů. Po vysazení léků první týden byl pacient ve stejném zdravotním stavu.

Po pár týdnech se u pacienta vyskytly problémy. Po vysazení léků začal být zmatený a bylo zde výrazné zhoršení progresu Alzheimerovy demence. Proto se manželka rozhodla navštívit sama pacientovu neurologickou lékařku. V ordinaci manželka sdělovala své obavy a pacientovo chování a změny lékařce. Najednou neurologická lékařka pověděla manželce, že je možné napsat léky, které užíval. Pouze za předpokladu, že si je pacientova rodina bude hradit sama. To manželka přijala a byla ráda.

Pacientova manželka vyzvedla léky a ihned je pacient začal opět užívat. Byla to dlouhá doba, než nastoupil účinek léků. Po první tři týdny byl pacient stále zmatený, chvílemi dezorientovaný, začal chodit na toaletu jinam, měl poruchy spánku. Často v noci vstal a potuloval se po domě. Manželka také popsala, že s pacientem pravidelně v noci vstávala na toaletu a měla pravidelné budíky v noci, aby sledovala, jestli je manžel v posteli a spí.

Po pár týdnech nastoupil účinek léků a pacientův stav se zlepšil. Nebyl to tak dobrý stav jako dříve, ale i tak se oproti předchozím týdnům zlepšil. Pacient přestal být

úzkostlivý, začal lépe komunikovat, lépe usínal a vzbouzel se v noci pouze na toaletu. Manželce se ulevilo, ale i přesto vstávala v noci, aby pomáhala svému manželovi na toaletu. Pacient začal opět manželce pomáhat alespoň v kuchyni. Při vaření vždy krájel ingredience apod.

Rok 2017 V tomto roce se pacientův zdravotní stav zhoršil. V březnu onemocněl a byl hospitalizován v nemocnici se zápallem plic. Z důvodu jeho diagnózy Alzheimerovy demence s ním byla jeho manželka od rána do večera v nemocnici. Jejím cílem bylo, aby ušetřila práci personálu a také pacient manželku znal a poznával. Díky přítomnosti manželky se pacientovi zmírnily známky zmatenosti a agresivity. Také zde docházelo k lepší komunikaci a práci mezi personálem a pacientem. I přesto měl pacient problém se změnou prostředí, ve kterém se nacházel. Ze začátku nechtěl spolupracovat s personálem a ztrácel orientaci místem a časem. Dále převažovaly špatné nálady a zmatenost, kdy si dokonce sám vyndal periferní žilní katétr. Pacient byl hospitalizován týden a byl propuštěn zpět do domácí péče.

Po propuštění do domácí péče se jeho stav zlepšil. Neměl tak silné známky dezorientace a agrese. I přesto, ale pacient nebyl v takové kondici jako dříve. Nezvládal procházky nejen že je odmítal, ale také je nemohl díky svým klaudikačním problémům vykonávat.

Tohle nebyl jediný problém, který nastal. Pacient dále přestal poznávat své okolí. Svou manželku poznával za každé situace, ale známé a kamarády nikoli. Nejhorší pro rodinu bylo, když přestal poznávat své děti. Svě dva syny a dceru. Synové chodili pravidelně na návštěvu, ale i přesto už pacient přestával mít schopnost rozpoznat o koho jde. Nejhorší to bylo pro jeho dceru. Byly situace, kdy jejich dcera přespávala na návštěvě v domě a pacient se potuloval po domě. Když ji zahlédl v její ložnici, lekl se šel vzbudil manželku, že dole v patře spí cizí žena, a že by manželka měla zavolat policii.

9.3 Ošetřovatelský proces dle modelu Marjory Gordonové

Vnímání a udržování zdravotního stavu

Subjektivně: Pacient po stupňujících se příznacích tušil, že trpí nějakým onemocněním. Avšak při diagnostice AD byl pacient zděšen. Vnímá onemocnění jako úděl a nedokázal se smířit s pocitem nespravedlnosti. Pacient si řekl, že se bude co nejdéle snažit udržet si svůj zdravotní i psychický stav. Od své lékařky věděl, že onemocněl

nevyléčitelnou chorobou, která se postupem času bude více stupňovat a pacient bude čím dál tím více zapomínat běžné věci. Svůj život od té doby označil jako tzv. „život na houpačce“. Sám pacient sdělil, že jeden den je ve skvělé formě a druhý den je den úplně opačný.

Objektivně: U pacienta jsou viditelné různé výchyly chování, paměti a samotné zvládnání nemoci. Jeden den nezaznamenáme žádné změny. Pacient zvládá provádět běžné činnosti sám pouze potřebuje manželku, která mu připomíná jeho harmonogram. Ovšem v jiných dnech je znatelné opačné chování a také nezvládnání každodenních činností. Pacient naprosto zapomíná na činnosti jako jsou hygiena, oblékání, výživa, medikace apod. Na pacientovi můžeme pozorovat i únavu.

Výživa a metabolismus

Subjektivně: Pacient sdělil, že nezaznamenává odlišné chuti k jídlu. Stravuje se jako dříve. Pacient udává, že pravidelně pomáhá s přípravou jídel. Občas pacient udává, že nemá chuť k jídlu zejména na oběd. Avšak po chvíli sní jídlo, které má připravené, protože je zvyklý, že po obědě si dá pivo.

Objektivně: Pacient má vyváženou a pravidelnou stravu, kterou mu připravuje hlavně jeho manželka za pacientovo spolupráce. Netrpí ani žádným onemocněním, co by mu omezovalo jídelníček, proto může jíst vše. Dodržuje dostatečný pitný režim 2 litry, ovšem jsou zde zahrnuta i dvě piva, které vypije po obědě a po večeři. Od doby diagnostiky AD má pacient přibližně stejnou váhu.

Vylučování

Subjektivně: Sám pacient neudává problémy s vylučováním moče ani stolice. Pacient ví, kdy má potřebu si dojit na toaletu. K inkontinence moči ani stolice nedochází.

Objektivně: Pacient ví, kdy musí vykonat potřebu, jak moče, tak stolice. Pouze v noci mu potřebu toalety připomíná manželka. Avšak manželka sdělila, že po vysazení kognitivních léků si pletl toaletu s balkónem a zde vykonával potřebu. Před vysazením léků k takovým problémům nedocházelo. Moč i stolice normální barvy bez zápachu.

Aktivita a cvičení

Subjektivně: Pacient sám přiznal, že dříve byl aktivnější. Měl rád procházky, které teď díky svému zdravotnímu stavu nevyhledává. Pacient stále navštěvuje zahrádku, kde mají drobné hospodářství a dělá zde i drobné práce, které ho baví. Pravidelně i s celou rodinou hraje také společenské hry apod. Radost mu dělá jejich pejsek jezevčík, s kterým je pacient více aktivní.

Objektivně: Na pacientovi je často znatelná únava. Často pospává v průběhu dne ve svém křesle u televize. Je znatelné, že díky manželčině programu je pacient aktivnější. Občas má špatné nálady a nechce provádět žádnou činnost, tak manželka poleví. V jiné dny pacienta o to víc zapojuje do aktivit a her, které si buď vyhledává na internetu nebo samostatně vymyslí.

Spánek a odpočinek

Subjektivně: Pacient sdělil, že dříve netrpěl poruchami spánku. Vždy po dobu pár dní si pacient stěžuje na únavu, slabost a v průběhu dne pospává. Ostatní dny udává, že je čilý a aktivní. Na noc užívá předepsané léky na spaní.

Objektivně: Manželka každý večer pravidelně podává pacientovi léky na spaní. Některé dny je znát na pacientovi mrzutost a špatná nálada. V noci se občas pacient potuluje po domě a trpí dezorientací. Druhý den je u něj patrná značná únava. Díky těmto dezorientacím s ním manželka pravidelně vstává a kontroluje ho.

Vnímání a poznávání

Subjektivně: Pacient při diagnostice pochopil, jakým onemocněním trpí. Pacient je obeznámen od své neurologické lékařky o nemoci, jako jsou léčba, jak budou probíhat pravidelné prohlídky a jako hlavní jaká jsou stádia této nemoci. Pacient stále udává obavy ze své nemoci a snaží se vydržet co nejdéle ve svém nynějším zdravotním i psychickém stavu. Sdělil strach ze svých stavů dezorientace a nesoběstačnosti, kdy o tomto chování nebude vědět. Ze začátku přemýšlel nad tím, že nechce být manželce ani rodině na obtíž a nechce proto být v domácí péči. Nyní prohlásil, že je vděčný za možnost trávit čas v domácí péči.

Objektivně: Od diagnostiky je viditelná změna komunikace. Pacient někdy nechce komunikovat a chce mít svůj klid na sledování TV a spánek. Nerad říká své pocity díky

tomu u pacienta poté vznikají úzkostlivé stavy. U pacienta je v některých případech znatelné snížené vnímání a občasná noční dezorientace. Znatelná je také úzkost, obavy, strach a podrážděnost.

Sebepojetí a sebeúcta

Subjektivně: Pacient byl po celý život příjemný, milý, nekonfliktní a občas celkem flegmatický. Nikdy se u něj nevyskytovala agresivita, změny chování apod. Již při diagnostice měl pacient obavy z dalšího vývoje nemoci. Celkově měl obavy z budoucnosti, jaké bude jeho chování, aby nebyl rodině na obtíž a nedělal nežádoucí věci.

Objektivně: Na pacientovi je znatelná občasná úzkost. Někdy i nesoustředěnost, změny nálad a strach. Ovšem agresivita, která se může u této nemoci objevit, se nikdy nevyskytla. Maximálně pacient občas používá vulgární slova. Je znát, že na nové věci i lidi se pacient adaptuje velmi pomalu, někdy se ani nezadaptuje.

Plnění rolí a mezilidské vztahy

Subjektivně: Pacient se ze začátku cítil, že bude rodině na obtíž. Měl strach z budoucnosti, který přetrvává dodnes. Jaké bude jeho chování, nálady a nejvíce se bojí agresivity. Nejhorší pro pacienta je myšlenka, že vše, co někdy udělá tak o tomto chování nebude vědět. Od diagnostiky nemoci bere své postavení jako selhání v životě.

Objektivně: Od diagnostiky proběhly významné změny v pacientově životě. Všechny jeho úkony stran domácnosti a zahrady převzala manželka. U pacienta byla ze začátku nemoci znatelná bezmoc a smutek. Verbalizoval obavy, že již není ten muž, který se dokáže postarat a zabezpečit svou rodinu.

Sexualita a reprodukční schopnost

Subjektivně: Před onemocněním měl pacient spokojený intimní život. I přes to, že je starší člověk stále měl s manželkou dobrý intimní vztah. Od doby diagnostiky intimní život neprovozuje.

Objektivně: Momentálně se ohledně tohoto tématu nechce vyjadřovat jak pacient, tak ani jeho manželka. Mají spolu 3 krásné, dospělé a zdravé děti.

Stres, zátěžové situace, jejich zvládání a tolerance

Subjektivně: Pacient sdělil, že od začínajících příznaků této nemoci pociťoval stres, úzkost i obavy. Když se dozvěděl, o jaké onemocnění se jedná a proběhla diagnostika měl pocity bezmoci a nedokázal pochopit, proč právě on tímto onemocněním trpí. Hledal, zda se někde nestala chyba. Jeho pocity bezmoci byly silnější už jen z důvodu obav, že bude na obtíž rodině a sám nebude vědět, jak se chová.

Objektivně: Pacient v prvním stádiu a po diagnostice vypadal klidně a vyrovnaně. Ovšem při konverzaci bylo znatelné, že vše je „na oko“ a jeho opravdové pocity v sobě dusí. Postupem času pacient nedokázal mít své nálady a chování pod kontrolou a v určitých situacích se projevovala Alzheimerova demence. Když se dozvěděl od manželky nebo rodiny, jaké měl chování minulý den, byl z toho v depresích.

Víra, přesvědčení a životní hodnoty

Subjektivně: Od diagnostiky má pacient strach z budoucnosti. Nedokáže se s nemocí vyrovnat. Řekl si, že bude mít pevnou vůli a nemoc ho neovlivní.

Objektivně: Momentálně je znát, že si pacient občas neuvědomuje jeho chování, dezorientaci a nálady. Pacient je věřící. Vyznává katolickou církev, jako celá jeho rodina. Kostely navštěvoval pouze jednou za rok, na půlnoční mši o Vánocích. V kostele nebyl již 6 let.

Jiné

Subjektivně: Pacient si dokáže uvědomit, jakým onemocněním trpí. Sám tvrdí, že nemoc je takovým jeho handicapem. Tato nemoc pacientovi změnila celý život. Ze začátku byly pro něj změny těžké, ale postupem času se snaží vyrovnat se s tímto onemocněním. Přes jeho snahu, ale sdělil obavu z budoucnosti.

Objektivně: Při pravidelném užívání léků je pacientův stav zlepšen a je schopen provádět nějaké úkony sám bez pomoci. Je znatelné, že nemoc změnila životy všem v rodině. V případě této rodiny musím konstatovat, že má pacient nadstandardní péči a všichni rodinní příslušníci se snaží, od péče až po aktivizaci pacienta.

9.3.1 Ošetřovatelské diagnózy

Č. 00129

Chronická zmatenost z důvodu Alzheimerovy demence

Subjektivně se projevující: Pacient udává změny nálad a zejména poruchy krátkodobé paměti.

Objektivně se projevující: Na pacientovi jsou znatelné poruchy orientace místem i časem zejména v noci, poruchy krátkodobé paměti a poruchy chování.

Očekávané výsledky: Pacient bude pravidelně užívat své kognitivní léky na zmírnění poruch zmatenosti a poruch krátkodobé paměti. Pacient bude v bezpečném domácím prostředí, které ho neohrožuje.

Ošetřovatelské intervence: Pravidelně podávej pacientovi kognitivní léky na Alzheimerovu demenci a sleduj jejich účinek. Dále zajisti pacientovi bezpečné prostředí v domácím prostředí.

Hodnocení: Pacient má zajištěné bezpečné prostředí. Jako dostatek prostoru pro pohyb odstranění zbytečných předmětů, které ohrožovali jeho osobu. Pacient pravidelně užívá předepsané léky na AD.

Č. 00085

Zhoršená tělesná pohyblivost z důvodu používání kompenzační pomůcky

Subjektivně se projevující: Pacient uvádí slabost v dolních končetinách, nekoordinované a trhavé pohyby.

Objektivně se projevující: Na pacientovi je znatelná únava, úzkost, bolest kloubů, změna chůze a pomalejší reakce.

Očekávané výsledky: U pacienta dojde ke zlepšení chůze v kompenzační pomůcce (nízké chodítko). Dojde také k zajištění a kontrole bezpečného prostředí.

Ošetřovatelské intervence: Pravidelně sleduj pacienta. Dále zajisti pacientovi bezpečné prostředí, pravidelnou rehabilitaci nebo nácvik chůze s kompenzační pomůckou.

Hodnocení: Pacient má kolem sebe dostatek prostoru a bezpečné prostředí. Pacient má vhodnou a bezpečnou obuv a pravidelně trénuje nácvik chůze s kompenzační pomůckou.

Č. 00109 Deficit sebeděče při oblékání z důvodu zhoršené tělesné pohyblivosti

Subjektivně se projevující: Pacient má neschopnost zvolit si civilní oblečení, neschopnost obléknout si dolní část těla a zhoršenou schopnost zapnout zipy nebo knoflíky na oblečení.

Objektivně se projevující: Zhoršenou pohyblivostí a neschopností obléknout části oděvu.

Očekávané výsledky: Pacient bude po celou dobu čistý a upravený. Dále bude v čistém oděvu na denní nošení.

Ošetřovatelské intervence: Pravidelně každé ráno připrav pacientovi čistý oděv. Dopomáhej pacientovi při oblékání spodní části těla a poté uprav pacientovi oděv.

Hodnocení: Pacient je každý den oblečen v čistém oděvu a následně je oděv upraven.

Č. 00157 Snaha zlepšit komunikaci z důvodu Alzheimerovy demence

Subjektivně se projevující: Pacient udává neochotu hovořit s okolím.

Objektivně se projevující: Zejména úzkostí, sociální izolací, pomalejší reakcí a strachem z komunikace.

Očekávané výsledky: Pacient bude projevoval větší snahu komunikace. Bude schopen říci své potřeby a pocity.

Ošetřovatelské intervence: Pravidelně komunikuj s pacientem, povídejte si o minulosti.

Hodnocení: Pacient dostatečně komunikuje verbálně i neverbálně, je schopný říci jaké má potřeby a co vyžaduje.

Č. 00155 Riziko pádů z důvodu používání kompenzačních pomůcek a užívání psychofarmak

Očekávané výsledky: Pacient bude pravidelně provádět nácvik chůze s kompenzační pomůckou a tím se vylepší chůze.

Ošetřovatelské intervence: Odstraň koberce a prahy, které by zvyšovali riziko pádu. Zajisti bezpečné prostředí pro chůzi a dostatek volného prostoru. Dále vhodnou obuv pro chůzi a pravidelnou RHC pro pacienta.

Hodnocení: Pacient má pravidelný nácvik chůze s kompenzační pomůckou, má vhodnou a bezpečnou obuv. Pacientovi je zajištěno bezpečné prostředí a dostatek volného prostoru.

Č. 00028 Riziko dehydratace v souvislosti s Alzheimerovou demencí

Očekávané výsledky: Pacient bude dodržovat pravidelný dostatečný pitný režim. Bude mít hydratovanou pokožku. Dále pacient bude chodit pravidelně na toaletu a bude mít moč bez zápachu a dalších patologií.

Ošetřovatelské intervence: Pravidelně pacientovi připomínej potřebu pitného režimu. Pravidelně podávej pacientovi pití a omez alkohol. Kontroluj bilanci tekutin u pacienta.

Hodnocení: Pacient dodržuje dostatečný pitný režim. Alkohol neomezil vždy za den vypije 2 piva. Pokožka hydratovaná bez ran.

Č. 00002 Nevyvážená výživa: méně, než je potřeba organismu

Subjektivně se projevující: Pacient udává pocit nechutenství, kašle, pálení žáhy.

Objektivně se projevující: Únavou, odmítáním jídla, pomalé polykání.

Očekávané výsledky: Pacient nebude mít pocit hladu. Pacient bude dodržovat pravidelné a zdravé stravování. Nebude ubývat na váze.

Ošetřovatelské intervence: Zajisti pacientovi pravidelnou a vyváženou stravu. Dohlídni na příjem pacienta.

Hodnocení: Pacient dodržuje stravování, které mu připravuje druhá osoba. Je nutné dohlížet na pacientův příjem stravy. Pacient neubyl ani nepřibyl na váze.

10 PŘÍPADOVÁ STUDIE PACIENTKY S AD

10.1 Anamnéza

10.1.1 Osobní údaje

Žena, 92 let, vdova, žije v bytě se svou nejmladší dcerou a jejím manželem, jedináček, má 4 dcery, získané základní vzdělání v ČSR.

Pacientka byla po celý život klidná, pracovitá, milá, nekonfliktní, zodpovědná a hlavně skvělá matka svých 4 dcer. V životě vždy bydlela v bytech ve velkých městech. Po dlouhý čas bydlela s rodinou v Praze, kde pracovala na zámku v Lánech jako pradlena a pokojská. Poté se přestěhovala s rodinou do Plzně, kde již ve svém důchodovém věku pracovala jako pokojská v bývalém hotelu Škoda.

První příznaky AD nebyly znatelné. Rodina si jich vůbec nevšimla, zato sama pacientka ano. Proto se svěřila své nejmladší dceři a ta svou maminku objednala lékaři. Příznaků si pacientka všimla poměrně brzo. Své příznaky pozorovala maximálně rok. Diagnostika proběhla v 88 letech.

Za svůj život prodělala operaci žlučníku z důvodu žlučnickových kamenů. Dále v roce 2016 prodělala operaci z důvodu zlomeniny horního konce neboli krčku stehenní kosti.

10.1.2 Rodinná anamnéza

Matka úmrtí v 88 letech na stáří, otec úmrtí v 72 letech na karcinom slinivky břišní

- 1) Nejstarší dcera 70 let je pouze v psychiatrické péči z důvodu depresí
- 2) Dcera úmrtí v 65 letech na karcinom slinivky břišní
- 3) Dcera úmrtí v 55 letech na karcinom prsu
- 4) Dcera 58 let zcela zdravá

10.1.3 Farmakologická anamnéza

Helicid 20 mg 1-0-0, Godasal 100 mg 0-1-0, Prenessa 4 mg ½-0-0, Tiapridal ½-0-0-1, Dormicum 7,5 mg 0-0-0-1, Apo-cital 10 mg 1-0-0, Aricept 10 mg 0-0-1.

10.1.4 Abúzus

Pacientka je zvyklá každý den kouřit 16 cigaret. Cigarety kouří od svých 25 let. Alkohol nepije. Občas si dala jednu sklenku bílého vína. Kávu pije každý den jednu po obědě. Ostatní návykové látky nikdy nezkoušela.

10.1.5 Alergie

Pacientka neguje jakékoliv alergie.

10.1.6 Gynekologická anamnéza

Pravidelná menstruace od svých 13 let. Porody 4, potraty žádné. Žádnou hormonální antikoncepci nikdy nežívala. Klimakterium od svých 52 let.

10.1.7 Pracovní a sociální anamnéza

Pacientka vystudovala základní školu ve svém městě narození. Dále již nestudovala. Od svých 17 let pracovala. Zejména pracovala jako pokojská, prادلena a uklízečka.

Ve svých 22 letech začala pracovní poměr na zámku v Lánech pro někdejšího pana prezidenta. Zde pracovala jako prادلena až do svých 54 let. Poté se přestěhovala do Plzně kvůli své dceři. V Plzni začala ve svém důchodovém věku pracovat jako pokojská v bývalém hotelu Škoda.

Dříve bydlela sama v bytě 2+1 se svým pejskem. Ve svých 85 letech si vzala pacientku do péče její nejmladší dcera, která se o ni stará dodnes. Dnes pacientka bydlí v bytě 3+1 se svou dcerou a jejím manželem.

10.1.8 Fyzikální vyšetření

Aktuální lékařská diagnóza: Alzheimerova demence.

Přidružené diagnózy: V roce 1995 operace žlučníku, v roce 2016 operace z důvodu zlomeniny krčku stehenní kosti, Mozková ateroskleróza, Retence moči, Imobilita, Delirium nasedající na AD.

Celková vzhled: Pacientka upravená, dodržuje hygienu, obléká se pravidelně do civilu. Pacientka i dcera dbají na upravené vlasy, nehty i obličej.

Sluch, zrak: Zhoršené vidění na blízko, proto pacientka využívá brýle na čtení. Sluch bez problému.

Kůže: Dostatečně prokrvená, dostatečně hydratovaná, bez defektů a ran.

Kompenzační pomůcky: Pacientka často při čtení používá brýle, při chůzi nízké chodítko. Má horní i dolní zubní protézu.

Vitální funkce: TT: 36,8 °C, TK: 120/80, P 64/ min, D: 14/min, Hmotnost 68 kg, výška 165 cm, BMI 24.

Sebepéče: Pacientka vykonává každodenní běžné činnosti většinou sama, při potřebě za dopomoci své dcery.

Použité škály: Barthelův test soběstačnosti (ADL) 65 bodů, lehká závislost, Test instrumentálních všedních činností (IADL) 20 bodů, nesoběstačnost v instrumentálních aktivitách denního života, Hodnocení rizika pádu dle MFS 70 bodů, vysoké riziko pádu, Hodnocení rizika vzniku dekubitu stupnice dle Nortonové 28 bodů, není riziko vzniku dekubitů.

10.2 Katamnéza

Diagnostika této nemoci je složitější než u jiných možných nemocí. U této pacientky proběhla vcelku velmi rychle. Sama pacientka pociťovala nezvyklé situace, které se jí nikdy dříve nestávaly. Proto se rozhodla sama vyhledat odbornou pomoc. O svých problémech se svěřila dceři, se kterou již v té době bydlela.

Dcera vyhledala ihned lékaře specialistu v oboru neurologie. Pro pacientku zjištění této nemoci bylo psychicky náročné z důvodu, že do této doby se neléčila s žádným závažným onemocněním.

Rok 2013 To byl rok, ve kterém veškeré problémy začaly. Pacientka ze začátku své problémy přisuzovala svému staršímu věku. Problémy s pamětí ji začaly v únoru tohoto roku. Ze začátku to bylo běžné zapomínání věcí. Kde mají své místo nebo kam je pacientka dále položila. Zapomínala i na harmonogram dne. Od svých povinností, návštěv, často zapomínala i na návštěvu vnoučete. Zejména i na venčení svého pejska.

Pacientka si myslela, že se jedná pouze o nějaké psychické vyčerpání. Po půl roce začala zjišťovat, že problémy neustávají, naopak se stávají silnějšími. Proto veškeré problémy sdělila své dceři, která si později začala všimnout těchto příznaků.

Dcera vlastní květinářství, proto si mohla dovolit být více doma se svou matkou a kontrolovat ji častěji. Dcera dále začala pátrat po internetových stránkách, čím by její maminka mohla trpět. U pacientky se již v tomto roce začaly objevovat poruchy orientace.

V jednom případě, kdy šla vyvenčit svého pejska. Vedle domu se nachází velký park, kam chodí pravidelně se svým pejskem. Při venčení začala mít problém orientace a nemohla si vzpomenout, jak se dostat zpět do domů.

Rok 2014 V tomto roce se psychický stav pacientky zhoršil. Začala mít stavy úzkosti a pasivity. Ihned při těchto problémech proběhla prohlídka lékařem. Dcera objednala pacientku k odbornému lékaři, kterého znala. Ten pacientku vyšetřil včetně anamnézy. Povídal si s pacientkou i její dcerou. Lékař přistoupil ke kognitivním testům. Již odpovědi pacientky nasvědčovaly demenci. Po vyhodnocení bylo zřejmé, že pacientka trpí onemocněním Alzheimerovy demence. Proto byly pacientce předepsány léky kognitiva zvané Aricept. Lékař edukoval jak pacientku, tak dceru o správném užívání těchto léků a rovněž o důležitosti jejich pravidelném užívání.

Po užívání těchto léků se pacientky stav mírně zlepšil. V této chvíli pacientka dokázala provádět běžné činnosti samostatně. Dcera pouze připravovala potřebné pomůcky např. k hygieně, stravě, oblékání apod. Po užívání těchto léků došlo i k ústupu stavu úzkosti a pasivity. Pacientka opět rozkvetla, začala se o sebe starat. Tak jak byla zvyklá dříve jako manikúra, nalíčený obličej apod. Dcera se s manželem okamžitě rozhodla, že svou matku bude mít v péči doma za každou cenu.

Dcera se již v této době snažila nenechávat svou matku samotnou doma. Proto, když musela do práce, požádala o návštěvu svou kamarádku nebo svou starší sestru. Dcera dále zařídila i terénní službu. Pravidelně, každý úterý a čtvrtek, dojížděla fyzioterapeutka, která prováděla pravidelné rehabilitace s pacientkou.

Rok 2015 Zpočátku roku se pacientky stav nijak zvláště nemění. Pravidelně chodí na prohlídky k lékaři. Užívá pravidelně své léky, které ji připravuje dcera. V tomto roce se dcera dozvěděla o aktivizačních programech, které by měly pomoci těmto pacientům s AD. Vyhledala si různé hry, terapie a pomůcky. Díky těmto aktivitám se zdravotní i psychický stav pacientky opět zlepšil.

V červnu tohoto roku přišla pro pacientku smutná zpráva. Umřel jí její milovaný pejsek, kterého měla 12 let. Po této zprávě pacientka opět začala trpět pocitem úzkosti. Pacientce byla naordinována antidepresiva. Po této smutné události se dcera začala své matce více věnovat. Pravidelně každý týden s ní jezdila na 3 dny na chatu za město. Zde se pacientce velmi líbilo. Psychický stav pacientky se zlepšil, ale bylo jí smutno. Dcera proto

přišla na nápad pořídit jí stejného pejska. Tento nápad se zpočátku pacientce nelíbil, ovšem po měsíci změnila názor a pořídili si stejného pejska. Postupem času pacientka zapomněla, že starý pejsek zemřel, a že tento nynější pejsek je jiný.

Dcera si zařídila příspěvek na péči v srpnu tohoto roku. Pacientce byl přiznaný stupeň 2, tedy závislost středně těžkého stupně. Z důvodu silnější závislosti pacientky na dceři. Dcera pravidelně každý den vstávala v půl 7 ráno. Poté pacientku vykoupala ve vaně, připravila oblečení na den a uvařila oběd. Po obědě připravila kávu a připravila cigarety a popelník, jak je pacientka zvyklá. Kolem 13. hodiny odpolední pacientka chodila pravidelně spát na hodinu a půl. Po probuzení vymýšlela dcera aktivizační hry, které spolu hrály.

Rok 2016 Tento rok se stav pacientky mírně zhoršil. Začaly se opět projevovat poruchy orientace v prostoru. Začala být i více nejistá v chůzi, na kterou používá kompenzační pomůcku nízké chodítko.

Při návštěvě první dcery pacientka upadla. Pacientku uložila na pohovku a myslela si, že to nic nebude. Když se vrátila její nejmladší dcera, která má pacientku v péči byla zděšena. Pacientka nemohla chodit a stěžovala si na silné bolesti. Dcera se proto podívala na dolní končetinu a viděla otok a jasný hematom. Proto dcera přivolala záchranou službu, která pacientku odvezla do nemocnice na kliniku chirurgie. Na klinice po mnoha vyšetřeních bylo jasné, že pacientka utrpěla zlomeninu krčku stehenní kosti. Lékaři se rozhodli pro operaci. Po operaci byla pacientka hospitalizována 2 měsíce na geriatrickém oddělení, kde pravidelně rehabilitovala. Vzhledem k věku pacientky to bylo náročné, ale vše zvládla. Po 2 měsících si dcera na svou žádost vzala pacientku opět domů. V této době je péče o pacientku složitější. Vyžaduje více pozornosti a péče. K pacientce domů jezdila pravidelně fyzioterapeutka, která s ní cvičila.

Trvalo to déle, než se psychický stav pacientky zlepšil. Už jen z důvodu změny prostředí v době hospitalizace byly u ní zaznamenány poruchy chování, zmatenosti, nálad. Dcera opět začala s aktivizací pacientky.

Rok 2017 Hned v lednu tohoto roku došlo ke kontrole pacientky u neurologa. Výsledky kognitivních testů již nebyly jako dříve. Je znatelné, že Alzheimerova demence se u pacientky zhoršuje.

V tomto roce již dcera nejedí ani s pacientkou na chatu z důvodu zhoršené pohyblivosti. Při chůzi má pacientka potíže s rovnováhou a hrozí zde riziko pádu. Fyzioterapeutka doporučila využívat pro chůzi vysoké chodítko, které slouží pro lepší stabilitu. Pacientka začala využívat inkontinenční pomůcky na moč. Dcera po domluvě s odborníky zakoupila pacientce pojízdný klozet, který v případě potřeby doveze k lůžku pacientky.

Dcera je s pacientkou nepřetržitě doma. Od minulé zkušenosti ani nechce, aby někdo pacientku hlídal. Péče o pacientku je obdivuhodná. Dcera zařizuje pacientce i kadeřníka, manikúru, pedikúru, masáže a další. Když dcera opět začala s aktivizací, ze začátku měla pacientka k těmto činnostem odpor a nechtěla vykonávat žádnou aktivitu. Nechtěla dělat víc, než musí. Pouze jediné, co u ní prošlo, byla hra Člověče, nezlob se.

Dcera má pocit syndromu vyhoření, proto si řekla, že vše sama zvládnout nemůže. Sama nechtěla svou matku hospitalizovat v domovech pro seniory s AD a v jiných zařízeních. Proto si najmula studentku, s níž se domluvila na časových úsecích, kdy by s pacientkou trávila čas a dcera mohla jít alespoň do práce a přijít na jiné myšlenky.

10.3 Ošetřovatelský proces dle modelu Marjory Gordonové

Vnímání a udržování zdravotního stavu

Subjektivně: Pacientka sama vídala stupňující se zapomínání a také změny svých nálad. Sama si řekla, že trpí nějakým onemocněním a provedla základní kroky. Při diagnostice neurolog sdělil pacientce informace o této nemoci. Diagnózu pacientka přijala celkem důstojně. Tím, že sama zjistila problém nebyla tak zděšena, ale i přesto byla úzkostlivá. Nejhorší problém pro pacientku byl, že před diagnostikou nevěděla, co se s ní děje. Tyto stavy odešly po diagnostice.

Objektivně: Pacientka má časté poruchy nálad a chování. Také dochází k stupňujícímu se zapomínání běžných věcí. Když dojde k zapomínání věcí nebo dezorientaci, pacientka posléze začne být úzkostlivá a nezvládá svůj psychický stav. Od doby, kdy má stanovený harmonogram dne, se její stav zlepšil.

Výživa a metabolismus

Subjektivně: Pacientka vždy kvůli své postavě vyznávala zdravý životní styl. Z důvodu dřívější operace žlučníku jí byla doporučena žlučnická dieta, kterou již dnes

nedodrhuje. Od diagnostiky se stravuje pravidelně a celkem zdravě. Po obědě je zvyklá dát si kávu a své cigarety. Změnu chuti zaznamenala, stravuje se více, ale jídlo se u pacientky na váze neprojevuje.

Objektivně: Pacientka se stravuje dostatečně a pravidelně. Má dostatečný pitný režim okolo 2 litrů denně, ve kterém je zahrnuta i káva. Alkohol nepije. Od diagnostiky má pacientka stejnou váhu.

Vylučování

Subjektivně: Pacientka trpí retencí moče. Sama se snaží častěji docházet na toaletu. Pacientka využívá inkontinenční pomůcky, zejména na noc, ale pro jistotu nehody je má i přes den. Preferuje častější hygienu po toaletě, proto využívá vlhčené ubrousky. S vylučováním stolice nemá pacientka žádný problém. Má pravidelnou stolicí bez patologií.

Objektivně: Pacientka pociťuje potřebu močení a chápe důležitost tohoto fyziologického procesu. Pravidelně se s pacientkou musí docházet na toaletu a častěji připomínat potřebu dojít si na toaletu. Inkontinenční pomůcky využívá zejména na noc. Dcera dohlíží na pravidelnou hygienu genitálu a výměnu inkontinenčních pomůcek.

Aktivita a cvičení

Subjektivně: Pacientka se snaží být stále aktivní. Dodnes má ráda přírodu a díky svému pejskovi chodí pravidelně ven. Za městem rodina vlastní chatku, kde trávila hodně času a byla zde spokojená. Nyní z důvodu aktuálního zdravotního stavu na chatu nedojíždí. S aktivizací nebyl problém ráda hraje společenské hry a sleduje v televizi pořady, kde se procvičuje paměť. Nejráději sleduje AZ kvíz a Riskuj, ale má ráda také společenské hry jako hru Člověče, nezlob se.

Objektivně: Občas je na pacientce znát únava a proto odpočívá zejména v odpoledních hodinách. Ovšem na procházku chodí nejráději. Je znatelné, že dcera se snaží pacientku aktivizovat a udržovat aktivní, a to se jí také daří. Dcera dbá na společenské hry a terapie, které udrží kognitivní funkce pacientky.

Spánek a odpočinek

Subjektivně: Pacientka nikdy v životě netrpěla poruchami spánku. Občas nemůže spát z důvodu úzkosti a deprese. Po spánku se cítí dostatečně odpočatá. Vždy po obědě je zvyklá vypít si svou kávu a jít si odpočinout přibližně na hodinu a půl. Poté se probouzí a provozuje aktivity. Pravidelně užívá předepsané léky.

Objektivně: Pacientka má určenou medikaci na spánek, kterou ji připravuje dcera. U pacientky se neprojevuje noční toulání. Pouze občasná dezorientace, když navštěvuje častěji toaletu.

Vnímání a poznávání

Subjektivně: Při návštěvě neurologa, který diagnostikoval Alzheimerovu demenci, byla pacientka edukována o příznacích, fázích onemocnění a možné léčbě, jak farmakologické, tak i té nefarmakologické. Ze začátku se pacientka zalekla nemoci, jaké to bude až nebude vědět o ničem. A co víc zejména až např. nepozná svou dceru a okolí. Pacientka se snaží žít s nemocí co nejdéle bez poruch chování. Ovšem postupem času propadla nemoci a dnes dochází k časté dezorientaci.

Objektivně: U pacientky se projevují stavy, kdy jeden den je naprosto jako běžný člověk, ale druhý den je opačný. Dcera říká těmto dnům „obrat o sto stupňů“. Díky své dceři je pacientka aktivní. Provádí pravidelně kognitivní trénink, kdy trénují kognitivní funkce a díky tomuto tréninku pacientka lépe vnímá.

Sebepojetí a sebeúcta

Subjektivně: Pacientka byla v životě neskutečně pracovitá, milá, přátelská. Praktikovala na své dcery přísnou výchovu. Vše muselo být srovnané a na svém místě. Pacientka se při diagnostice nejvíce obávala, jaká bude, až nemoc postoupí do další fáze. Jaké bude její chování a zda nebude agresivní. Občas se vyskytne lehká agresivita a změny nálad

Objektivně: Pacientka občas trpí silnými depresemi a úzkostí z důvodu nemoci a svého zdravotního i psychického zdravotního stavu. Je znatelná úzkost, obavy, plačtivost. Postupný problém pro pacientku byla sociální izolace kvůli této nemoci. Po dobu nemoci má občasné stavy agrese a vulgarit.

Plnění rolí a mezilidské vztahy

Subjektivně: Největší problém u pacientky byl po diagnostice. Problém, který pacientku trápil byla budoucnost. Nechtěla nikomu přidělovat starosti a už vůbec nechtěla narušovat dceřino manželství. V životě byla neskutečně pracovitá a najednou se pacientka začala cítit, jako by byla v životě odepsaná.

Objektivně: Ještě pár měsíců po diagnostice nemoci se pacientka snažila pomáhat s domácností. Ovšem na tyto činnosti už nestačila. Byla na ní znatelná úzkost ze své neschopnosti udržet domácnost.

Sexualita a reprodukční schopnost

Subjektivně: Dříve žila pravidelným sexuálním životem. Ovšem momentálně je pacientka cirká 20 let vdovou. Od té doby žádného sexuálního partnera neměla ani nechtěla.

Objektivně: Na toto téma pacientka moc hovořit nechtěla. Pacientka měla 4 krásné dcery. Dvě z nich již bohužel na onkologické onemocnění zemřely.

Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání a tolerance

Subjektivně: Pacientka udává, že jeden čas trpěla silnými stavy úzkosti a deprese. Po diagnostice se jí nejprve ulevilo. Poté, ale pacientka měla obavy z budoucnosti. Avšak měla lepší pocit tím, že věděla, jakým trpí onemocněním. Žít v nejistotě pro ni bylo strašné období. Největší spouštěč úzkosti a obav byla myšlenka, že bude rodině na obtíž.

Objektivně: Po diagnostice bylo znatelné, že se pacientce ulevilo. Zejména, že měla dostatek informací od lékaře. Když došlo na téma domácí péče nebo domov se zvláštním režimem, bylo pacientce smutno a trpěla depresemi. Dnes je znatelné, že domácí péče byla v případě této pacientky dobrou volbou pro celou rodinu. Pacientka má zajištěnou veškerou péči a možné aktivizace.

Víra, přesvědčení a životní hodnoty

Subjektivně: Pacientka sdělila, že po celý život měla silnou víru v boha a vedla k víře i své děti. Pacientka se hlásila ke katolické církvi. Naposledy byla v kostele před 22 lety, na nedělní mši, kterou navštěvovala každou neděli s rodinou. V životě měla silné motivace a byla silnou ženou. Za odváděnou práci ji v životě obdivovalo spoustu lidí.

Objektivně: Pacientka momentálně nevyhledává víru, ale stále je věřící. Duchovní službu, která by ji navštívila doma, pacientka odmítla.

Jiné

Subjektivně: Pacientka si uvědomuje své onemocnění. Ovšem jsou i dny, kdy nemá své chování a nálady pod kontrolou, jak sama pacientka sdělila. Po nasazení kognitivních a antidepressivních léků se stav pacientky výrazně zlepšil a sama udává lepší pocit.

Objektivně: Tato nemoc změnila od základů život jak manželce, tak pečující dceři a jejímu manželovi. Manželé museli omezit své koníčky a záliby. Změna byla náročná, ovšem dcera se dokázala nemoci postavit čelem. Dnes zvládá péči o pacientku na vysoké úrovni. Avšak postupem času se objevují u pacientky úzkostlivé stavy. Co se týče péče o pacientku, musím konstatovat, že dcera se stará o svou matku na jedničku.

10.3.1 Ošetřovatelské diagnózy

Č. 00023 Retence moči z důvodu častého močení

Subjektivně se projevující: Pacientka udává časté odkapávání moče, časté a pomalé močení.

Objektivně se projevující: U pacientky je viditelná úzkost, stud a sociální izolace.

Očekávané výsledky: Pacientka bude pravidelně navštěvovat toaletu za doprovodu druhé osoby. Pacientka bude mít zajištěnou pravidelnou výměnu inkontinenčních pomůcek a pravidelnou hygienu genitálu.

Ošetřovatelské intervence: Připomínej pacientce nutnost dojit si na toaletu, doprovázej pacientku na toaletu a zajisti dostatečnou výměnu inkontinenčních pomůcek.

Hodnocení: Pacientka chodí na toaletu častěji ovšem za připomínáním potřeby. Dále využívá inkontinenční pomůcky, které jsou jí pravidelně měněny a je prováděna dostatečná hygiena genitálu.

Č. 00088 Zhoršená chůze z důvodu využívání kompenzační pomůcky

Subjektivně se projevující: Změnou chůze, nekoordinovanými pohyby, zpomalené pohyby, omezený rozsah pohybu

Objektivně se projevující: U pacientky dochází ke snížení komunikace. Je znatelná úzkost a strachem z možného pádu z důvodu využívání kompenzační pomůcky.

Očekávané výsledky: Pacientka bude mít pravidelné RHC s kompenzační pomůckou. Hlavním cílem RHC je vylepšení chůze s kompenzační pomůckou. Dále má pacientka kolem sebe bezpečné prostředí pro pohyb.

Ošetřovatelské intervence: Zajisti bezpečné prostředí a dostatek volného pohybu pro pacientku pohyb. Zajisti pravidelný trénink chůze, zajisti vhodnou a bezpečnou obuv a doprovázej pacientku při chůzi.

Hodnocení: Pacientka má vhodnou obuv pro chůzi, má zajištěné bezpečné a dostatečně volné prostředí, pravidelné tréninky chůze s fyzioterapeutkou.

Č. 00093 Únava z důvodu deprese

Subjektivně se projevující: Pacientka udává potřebu odpočinku Cítí slabost a také změny nálad.

Objektivně se projevující: Na pacientce je znatelný strach, občasný třes, podrážděnost, neklid a zmatenost.

Očekávané výsledky: Pacientka bude pravidelně užívat antidepressivní a kognitivní léky předepsané lékařem. Pacientka bude mít dostatek spánku a odpočinku.

Ošetřovatelské intervence: Pravidelně podávej léky pacientce, zajisti příjemné prostředí pro spánek a odpočinek, zajisti bezpečné prostředí.

Hodnocení: Pacientka pravidelně užívá léky, po pravidelném užívání léků je stav zlepšen. Pacientka má dostatek spánku i odpočinku přes den, kdy odpočívá po obědě.

Č. 00108 Deficit sebeděče při koupání z důvodu zhoršené tělesné pohyblivosti

Subjektivně se projevující: Pacientka udává neschopnost si připravit hygienické pomůcky, neschopnost si osušit tělo zejména dolní končetiny, neschopnost dostat se do vany.

Objektivně se projevující: U pacientky je znatelná slabost, úzkost a občasná zmatenost.

Očekávané výsledky: Pacientka bude mít čistý a upravený vzhled po celý den. Pacientka bude mít pocit čistoty.

Ošetřovatelské intervence: Připravuj hygienické pomůcky pacientce na dosah, dopomoc pacientce při koupeli tzv. s přemístěním se do koupelny, osuš pacientku a dopomoc pacientce při oblékání.

Hodnocení: Pacientka zvládne provést ranní hygienu sama za již připravených pomůcek. Pacientka po velké koupeli má pocit čistoty, pacientka dopomáhá při koupeli, má snahu v péči o své tělo.

Č. 00053 Sociální izolace z důvodu Alzheimerovy demence

Subjektivně se projevující: Podrážděností na okolí, sníženou komunikací a nepoznávání svého okolí.

Objektivně se projevující: Uzavřeností, úzkostí, smutkem a strachem pacientky.

Očekávané výsledky: Pacientka začne více komunikovat. Pacientka bude mít pravidelné rodinné návštěvy, které zná. Bude chodit pravidelně na procházky s doprovodem.

Ošetřovatelské intervence: Pravidelně komunikuj s pacientkou, navštěvuj přírodu a přátele na chatě, které dříve znala.

Hodnocení: Pacientka se snaží více komunikovat se svým okolím. Návštěvy a komunikaci vítá, ale pouze z řad rodiny.

Č. 00155 Riziko pádu z důvodu zhoršené mobility a využívání kompenzační pomůcky

Očekávané výsledky: U pacientky nedojde k riziku pádu. V domácím prostředí dojde k zabezpečení prostředí. Pacientka se bude cítit stabilněji v kompenzační pomůcce.

Ošetřovatelské intervence: Zajisti pacientce pravidelné RHC s fyzioterapeutkou. Zajisti bezpečné a dostatečně volné prostředí pro pohyb s kompenzační pomůckou.

Hodnocení: Pacientka pravidelně 2x v týdnu provádí RHC s fyzioterapeutkou. Její pocity jsou lepší zejména se cítí silněji a stabilněji v kompenzační pomůcce.

Očekávané výsledky: Pacient bude dodržovat pravidelný dostatečný pitný režim. Bude mít hydratovanou pokožku bez ran. Pacientka bude pravidelně navštěvovat toaletu. Moč bude mít čistou, bez zápachu a dalších patologií.

Ošetřovatelské intervence: Pravidelně pacientovi připomínej potřebu pitného režimu. Pravidelně podávej pacientce tekutiny. Kontroluj bilanci tekutin u pacienta. Docházej s pacientkou pravidelně na toaletu dle potřeby pacientky.

Hodnocení: Pacientka dodržuje dostatečný pitný režim. Pokožka hydratovaná normální barvy.

11 DISKUZE

Ve své bakalářské práci se zaměřuji na domácí péči o pacienta s Alzheimerovou demencí. Pacienti, kteří mohou zůstat v domácích podmínkách, mají výhody. Výhod je nespočet příjemné prostředí, které pacienti znají, udržení stávajícího kontaktu s rodinou, udržení svých návyků, zvyků a mnoho dalších výhod.

Alzheimerova demence je postupem času více a více diskutované téma. Počet seniorů s tímto onemocněním se zvyšuje a do budoucna můžeme predikovat stále větší počet seniorů, kteří onemocní touto nemocí. To z důvodu dnešní medicíny, která se stává kvalitnější, dostupnější a poskytuje více možností léčby. Z tohoto vyplývá prodlužování životů seniorů a poté následné onemocnění nějakého typu demence, zejména AD. Tato nemoc s sebou nese nespočet nepříjemných skutečností. Zejména jde o sociální a ekonomické problémy. Při diagnostice se musí rodiny zamyslet nad budoucností pacientovou, tak svou. V případě domácí péči jde o velké ekonomické potíže, kdy pacient potřebuje celodenní dohled pečující osoby, proto mnoho osob odchází ze svého zaměstnání. V tomto případě mají rodiny nárok na pobírání příspěvku na péči, který stanoví příslušný úřad práce.

U těchto pacientů je velice důležitý celodenní dohled a pravidelná péče. Potřeby se u pacienta postupem času mění dle fáze AD, ve které se momentálně nachází. Zde je důležité podporovat a aktivizovat pacienty v soběstačnosti a motivaci. Máme mnoho druhů aktivizačních terapií, které pacient může provádět. Díky terapiím dochází k navození lepší nálady a kladných emocí.

Pacienti s tímto onemocněním by neměli být izolováni od společnosti. Sice se jedná o onemocnění, které nemá kladnou prognózu, ale tito pacienti potřebují mít pocit jistoty, bezpečí a potřebují mít pocit, že stále patří do společnosti. Největším problémem těchto pacientů je sociální izolace a pocit, že jsou již v životě nepotřební. Takového pacienta musíme pořád brát jako stejně hodnotnou lidskou bytost, se kterou je nutné komunikovat. Komunikace u těchto pacientů je jeden z nejdůležitějších článků. Osoba, která se o takového pacienta stará, by měla vědět, jak s ním správně komunikovat.

Péče o takové pacienty v domácím prostředí je psychicky i fyzicky náročná. Proto by si pečující osoby měly udělat čas na sebe, aby nedocházelo k syndromu vyhoření a vyčerpání.

Mé výzkumné šetření mělo za cíl zjistit, jak pečující rodina zvládá péči o svého příbuzného pacienta v domácím prostředí. V praktické části zpracovávám dvě výzkumná šetření v podobě kazuistik. V jednom případě popisují 82letého muže, v druhém 92letou ženu. V době výzkumu se pacienti vyskytovali v druhé až třetí fázi nemoci. Oba pacienti byli po celou dobu v domácí péči. Byly momenty, kdy rodiny zvažovaly umístění pacienta do zařízení pro klienty s Alzheimerovou demencí.

Při výzkumném šetření jsem provedla i ošetrovatelský proces podle modelu Marjory Gordonové. Tento model jsem si vybrala z toho důvodu, že u obou pacientů mohu zhodnotit všechny potřebné oblasti. Tento model je pro tyto pacienty nejvhodnější.

V prvním výzkumném případě jde o pacienta muže. Alzheimerovu demenci má pacient diagnostikovanou po dobu 7 let, onemocnění mohlo ale trvat již dříve. I přes veškeré informace o této nemoci si nedokázal přiznat, že touto nemocí trpí právě on. Přetrvávaly u něj pocity negativní, jako obavy z budoucnosti, vztek, úzkost, uzavření se do sebe. Nedokázal zvládat pocit, že jde o nevyhléditelnou nemoc, která se bude následně zhoršovat a sám nebude mít tušení o svém chování a náladách. V životě byl příjemným, nekonfliktním, laskavým mužem, který měl nadevše rád svou rodinu. Pacient je v domácí péči, celodenně se o něj stará jeho manželka. V rodině se tato nemoc nikdy nevyskytovala.

Manželka vymyslela pacientovi harmonogram dne, který každý den dodržuje. Manželka po jeden den v týdnu (zejména sobotu) nechala pacientovi volný den, kdy neměl budíček a celý den sledoval televizi. V tom sama přiznala chybu. Od té doby ví, že harmonogram a aktivizace pacienta jsou důležité každým dnem. Jinak pacient

nespolupracuje, nemá elán k provádění činností a aktivizace. O aktivizacích se pacientka dozvěděla od své kamarádky, jež má rovněž manžela s tímto onemocněním. Ovšem neprovádí tolik aktivizací, pouze canisterapii a ergoterapii. Pacient je po těchto terapiích komunikativnější, otevřený a úsměvný.

Pacient v první fázi procházel těžkou životní situací z důvodu onemocnění a nedokázal se s touto skutečností smířit. Měl černé myšlenky a sama manželka o něj měla starost, proto s ním již v této době trávila celý den. Pacient měl poruchy zejména krátkodobé paměti a začínala mu noční dezorientace, kdy vstal v noci a potuloval se po domě a nevěděl, kde se nachází. V druhé fázi, ve které se pacient vyskytuje dodnes, má problémy s péčí o své tělo. Začal být velmi flegmatický a manželka ho musí kontrolovat a dopomáhat zejména při hygieně, kterou by jinak neprovedl. V této fázi u pacienta dochází k poruchám i dlouhodobé paměti. Zejména při konverzacích o životních událostech pacient není schopen říci vše. U Alzheimerovy demence v pokročilém stádiu je běžný výskyt silné agresivity. U tohoto pacienta naštěstí k žádné agresii nedochází, popřípadě pouze slovního charakteru.

V druhém výzkumném šetření popisují onemocnění Alzheimerovy demence u pacientky, které je 92 let. Do svých 88 let netrpěla žádným onemocněním, které by ji v životě omezovalo. Sama pacientka ve svém chování pociťovala změny a plíživé příznaky nemoci, zejména výpadky krátkodobé paměti. Sama pacientka se rozhodla navštívit lékaře. Po diagnostice bylo jednoznačné, že se o pacientku postará nejmladší dcera.

Pravidelná péče v domácím prostředí změnila život nejen pacientce, ale také dceři s manželem. Manželé museli vynechat své koníčky a v hlavním případě musela dcera omezit své povolání, aby mohla zvládat péči o pacientku. Pacientka po dobu AD často nezvládala svoji nemoc, proto u ní docházelo k opakujícím se úzkostem a depresím. Dcera dbala na aktivizační programy, které si zjistila na internetových stránkách nebo z našich vzájemných konverzací. Dceři se dařilo zvládat péči a zlepšovat kognitivní funkce své matky díky pravidelné komunikaci, péči a aktivizaci. Pacientka byla v životě příjemná, pracovitá, milá, hodná, ale na druhou stranu přísná matka. Nikdo v rodině netrpěl podobným onemocněním v okolí byla jediná, proto cítila sociální izolaci.

V průběhu první fáze nemoci nebyly větší problémy než občasné zapomínání věcí, chronické hledání věcí a dezorientace v prostoru, který znala. V druhé fázi docházelo k závažnějším událostem, kdy pacientka potřebovala zvýšenou pozornost a péči druhé

osoby. Zvyšovaly se nároky na osobu pacientky. Ta již nebyla schopná vykonávat činnosti samostatně. V této době utrpěla zlomeninu krčku stehenní kosti, musela být operována a následně hospitalizována na geriatrickém oddělení. Zde byla ve špatném psychickém stavu, ze změny prostředí ústily pravidelné stavy úzkosti, pláče. Pacientka je momentálně opět v domácí péči, pravidelně rehabilituje a sama se snaží alespoň pečovat o své tělo.

Ve srovnání obou pacientů byl první pacient klidnější, netrpěl stavy úzkosti a deprese. Zpočátku nemoci byl nevyrovnaný, ale postupem času svou nemoc přijal. Tento pacient neměl tolik aktivizačních programů jako pacientka druhá. První pacient měl nejraději odpočinek a klid, na který byl ve svém životě zvyklý. Zde byla obtížnější komunikace než u druhé pacientky. Pacient neměl chuť komunikovat, sdělil jen své potřeby a občasně konverzoval.

Další rozdíly vidím i ve zvládnutí stresu. U prvního pacienta mohu zhodnotit, že s nemocí postupem času žádný problém nemá, pacient je díky onemocnění flegmatické povahy. Kdežto druhá pacientka je úzkostlivá a stresující situace nezvládá. Proto ji trápí stavy úzkosti a deprese, kterým často propadá. Po užívání léků se stavy zmírnily, ovšem často se opakovaly.

Ve výživě jsou opačné problémy. Pacient se stravuje sice pravidelně a vyváženě, ale občas má nechutenství. Není tomu tak u druhé pacientky, která si v životě svůj jídelníček hlídala. Stravovala se v malých porcích, pravidelně, kvůli udržení své postavy. S nemocí se její chuti a vize štíhlé postavy změnily. Začala se stravovat ve větších porcích a apetit se jí zvýšil. Ovšem na její váze velké změny nezaznamenáme.

Každý z pacientů má jinou medikaci na Alzheimerovu demenci. Po vysazení léků u pacienta došlo k následnému zhoršení kognitivních funkcí, vylučování přestal brát jako činnost. Místo toalety docházel vykonávat potřebu jinam. Ovšem inkontinentní není. Po opětovném nasazení léků trvalo delší dobu, než se pacientovi zlepšily kognitivní funkce. Co se týče vylučování u pacientky ta trpí retencí moči neboli zadržováním moče. Využívá pravidelně inkontinenční pomůcky. Ve srovnání obou pacientů jsem došla k závěru, že obě rodiny měly prvotřídní péči a aktivizace. Obě dvě pečující osoby, jak v případě prvním pacientovu manželku, tak v případě druhém dceru pacientky, obdivuji.

Výstupem z mé práce je edukační leták, který by měl pomoci pečujícím rodinám, které mají pacienta doma v péči. Edukační leták je složen z tzv. „Desatera pomoci“, kde

jsou základní informace a prevence, jak upravit domácí prostředí, jak se k pacientovi chovat, co je důležité při takové péči a podobné informace. Po mém výzkumném šetření jsem byla ráda, když mi rodiny řekly, že jim leták stran informací a opatření pomohl. Hlavně byli rádi, když zjistili, že existuje nějaká společnost, jež se zabývá tímto onemocněním. Tento edukační leták jsem dala k dispozici do neurologické ambulance. Jsem si jistá, že v mé práci jsem prokázala, že také lidé, již nejsou zdravotničtí pracovníci, zvládají péči o pacienta s Alzheimerovou demencí na vysoké úrovni.

12 ZÁVĚR

Tato práce má za cíl zjistit, zda pečující rodiny zvládnou v domácím prostředí poskytnout kvalitní péči pacientům s Alzheimerovou demencí. Výstupem z práce je také edukační leták, který jsem nazvala „Desatero pomoci“. V tomto edukačním letáku najdou pečující rodiny zásadní informace, jak pečovat o takovéto pacienty. Obsahuje deset bodů a zahrnuje informace typu bezpečnost pacienta, jak se chovat, komunikovat s pacientem a podobně.

Má bakalářská práce na téma „Ošetrovatelská péče o pacienta s Alzheimerovou demencí“ je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části se zabývám definicemi a teorií Alzheimerovy demence. Dále její historií, stádii, léčbou, aktivizačními programy pro takovéto pacienty. Tyto programy dokáží udržet či mírně zlepšovat kognitivní funkce, díky kterým má pacient kladně navozené emoce a tyto programy zvyšují i soběstačnost pacientů. Další kapitolou je ošetrovatelská péče, kde jsou zahrnuty důležité činnosti a oblasti denního života, na které sestra dohlíží, poskytuje pomoc či dopomoc při jejich provádění. Mezi tyto činnosti zahrnujeme hygienu, vylučování, stravování, oblékání a také je zde zmíněno riziko pádu, ke kterému u těchto pacientů často dochází. V teoretické části se také nachází kapitola sociální pomoci, ve které jsou informace o příspěvcích, zejména o příspěvcích na péči. Do této kapitoly jsem dále zařadila i neziskovou organizaci ČALS neboli českou alzheimerovskou společnost, jež poskytuje rodinám informace a podobné činnosti.

V praktické části se zabývám kvalitativním výzkumem je doplněn o polostrukturovaný rozhovor, jenž nalezneme v přílohách práce. K výzkumnému šetření jsem si zvolila dva pacienty s Alzheimerovou demencí. V prvním případě muže a v druhém ženu. V každém z případů popisuji anamnézu, katamnézu, provádím ošetrovatelský proces dle koncepčního modelu Marjory Gordonové a jako poslední jsou zahrnuty ošetrovatelské diagnózy dle NANDA. Katamnézu popisuji každým rokem zvlášť, od diagnostikování nemoci do roku 2017. V závěru své práce shrnuji důležité informace o obou pacientech a navzájem je porovnávám. Domnívám se, že tato práce přispěla k lepšímu psychickému stavu obou rodin. Celkové výzkumné šetření hodnotím kladně a příjemně.

Z mé práce je jasné, že domácí prostředí je lepší variantou pro pacienty s Alzheimerovou demencí. I v domácím prostředí dokáže pečující osoba zvládat péči o tyto

pacienty. Přitom obě pečující osoby z mého výzkumného šetření nemají s péčí zkušenosti. V dnešní době by mělo být více letáků a brožur pro pečující osoby, které mají v péči pacienta s Alzheimerovou demencí. Tato demence je stále více aktuální, vyskytuje se více než v minulosti a důležité informace pro tyto osoby chybí. Proto jsem ráda, že těmto dvěma rodinám můj edukační leták pomohl. Není správné s touto demencí bojovat, ale naučit se s ní žít a snažit se udržovat v kondici díky aktivizačním programům a ostatním terapiím.

LITERATURA A PRAMENY

1. Alzheimerova choroba. In: Česká alzheimerovská společnost [online]. VIZUS, ©2015 [2017-10-27], dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/alzheimerova-choroba/>
2. BENÍČKOVÁ, Marie. *Muzikoterapie a specifické poruchy učení*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2011, s.51-52. ISBN 978-80-247-3520-7.
3. BURSOVÁ, Tereza. *Úskalí péče o pacienta s Alzheimerovou demencí*. Sestra. 2013, roč. 23, č. 6, s. 28-29. ISSN 1210-0404.
4. Felinoterapie: Terapie s kočkami [online]. [cit. 2018-02-23]. Dostupné z: <http://www.felinoterapie.eu/>
5. FRANKOVÁ, Vanda. *Paní Anežka má demenci: příručka pro pečující a rodinné příslušníky nemocných s Alzheimerovou chorobou*. Vyd. 2. Praha: Galén, ©2011. 54 s. ISBN 978-80-7262-760-8.
6. FREI, Jiří, a LOUDOVÁ, Soňa. *Manuál pro zpracování diplomové práce*. 1. vyd. Plzeň: FZS ZČU, 2013. ISBN 978-80-261-0167-3.
7. GLENNER, Joy a kol. *Péče o člověka s demencí*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2012, s. 25-55. ISBN 978-80-262-0154-0.
8. HÁJKOVÁ, Lucie et al. *Komplexní péče o lidi s demencí: na příkladu kritérií Certifikace Vážka®*. První vydání. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2016. 38 s. ISBN 978-80-86541-48-8.
9. HAUKE, Marcela a kol. *Když do života vstoupí demence aneb praktický průvodce péčí o osoby s demencí nejen v domácím prostředí*. Vyd. 1. Tábor: RUDI, 2017, s.45-85 ISBN 978-80-906320-7-3.
10. HERDMAN, Heather. *Ošetrovatelské diagnózy: Definice a klasifikace 2015-2017*. Vyd. 10. Praha: Grada, 2015, s. 85-290. ISBN 978-80-271-9009-6.
11. HUDÁKOVÁ, Anna, a MAJERNÍKOVÁ, Ludmila. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2013, s.30-38. ISBN 978-80-247-4772-9.
12. JANEČKOVÁ, Hana. *Reminiscence: využití vzpomínek v práci se seniory*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2010, s. 1-5. ISBN 978-80-7367-581-3.
13. JIRÁK, Roman. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009, s.85-102. ISBN 978-80-247-2454-6.

14. KALVACH, Zdeněk a kol. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, s.186-200. ISBN 978-80-247-2490-4.
15. KUCKIR, Martina et al. *Vybrané oblasti a nástroje funkčního geriatrického hodnocení*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2016, s.36-72. ISBN 978-80-271-0054-5.
16. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Vyd.1. Praha: Grada, 2009, s. 59-65. ISBN 978-80-247-2713-4.
17. MESSER, Barbara. *100 tipů pro plánování domácí ošetrovatelské péče*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2016. 136 s. ISBN 978-80-271-0215-0.
18. MUKNŠNÁBLOVÁ, Martina. *Paměť a její poruchy ve stáří*. Ošetrovatelská péče. Sv. 5-6. 2013, s. 18-19.
19. NIKOLAI, Tomáš a VYHNÁLEK, Martin. *Neuropsychologická diagnostika kognitivního deficitu u Alzheimerovi choroby*. Vyd. 1. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2013, s.9-36. ISBN 978-8087142-25-7.
20. PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2005, s. 85-89. ISBN 80-247-1211-3.
21. PAVLOVSKÝ, Pavel a MALÁ, Eva. *Psychiatrie: učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010, s. 65-87. ISBN 978-80-7367-723-7.
22. Pomocné tlapy – Canisterapie: Canisterapie za pomoci psů[online]. Pomocné tlapy, o.p.s. – canisterapie, © 2009-2018 [cit. 2018-02-23]. Dostupné z: www.canisterapie.cz
23. PROCHÁZKOVÁ, Eva. Mezinárodní srovnávací studie péče o osobu se symptomy demence v domovech pro seniory ČR, SR, AT. Bratislava: Slovenska zdravotnícka univerzita v Bratislave, Fakulta ošetrovatelstva a zdravotnických odborných študií, 12.10.2017 [2017-10-27]. (PPT prezentace přednesená v rámci Pražských gerontologických dnů) dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/res/archive/002/000290.pdf?seek=1444990711>
24. PROVAZNÍKOVÁ, Eva. *Rady pro pečující o člověka s demencí*. Vyd. 1. Praha: Diakonie ČCE, 2016, s.31-65. ISBN 978-80-87953-15-0.
25. REGNAULT, Mathilde. *Alzheimerova choroba: průvodce pro blízké nemocných*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011, s. 15-72. ISBN 978-80-262-0010-9.
26. SEIDL, Zdeněk. *Neurologie pro studium i praxi*. Vyd. 2. Praha: Grada, 2015, s. 223-230. ISBN 978-80-247-5247-1.

27. SIMMONS, Daniela. *Sustainable Living In long-term Care: For People with Dementia/Alzheimer's. Educational Gerontology*. June 2011, vol. 37, no. 6, s. 526-547. ISSN 0360-1277.
28. ŠVEHLOVÁ, Alice a kol. *Chci zůstat doma*. Vyd. 3. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2017, s. 6-35. ISBN 978-80-906320-8-0.
29. TIEFENBACHER, Angelika. *Trénink paměti osvědčené tipy, metody a cvičení*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 10-12. ISBN 978-80-247-3177-3.
30. TÓTHOVÁ, Valérie a kol. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2009, s.120-134. ISBN 978-80-7387-286-1.
31. TRACHTOVÁ, Eva a kol. *Potřeba nemocného v ošetrovatelském procesu*. Vyd. 3. Brno: NCO NZO, 2013, s. 67-82. ISBN 978-80-7013-553-2.
32. VLÁŠKOVÁ, Dana. *Alzheimerova choroba s rychlou progresí*. Sestra. 2013, roč. 23, č. 4, s. 58-59. ISSN 1210-0404.
33. ZGOLA, Jitka M. *Něco dělat! Průvodce vytvářením aktivizačních programů pro nemocné Alzheimerovou chorobou a podobnými poruchami*. 1. vyd. Praha: Občanské sdružení za důstojné stáří, 2013. 127 s. ISBN 978-80-254-9339-0.
34. ZVĚŘOVÁ, Martina. *Alzheimerova demence*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2017. 144 s. ISBN 978-80-271-9975-4.

SEZNAM ZKRATEK

| | |
|-------|-------------------------------------|
| AD | Alzheimerova demence |
| AN | Alzheimerova nemoc |
| BMI | Body mass index |
| CABG | Aortokoronární bypass |
| CMP | Cévní mozková příhoda |
| CDT | Clock drawing test |
| CT | Výpočetní tomografie |
| ČALS | Česká alzheimerovská společnost |
| ČR | Česká Republika |
| ČSR | Československá Republika |
| EEG | Elektroencefalogram |
| EU | Evropská Unie |
| ICHDK | Ischemická choroba dolních končetin |
| LDN | Léčebna dlouhodobě nemocných |
| mmHG | Rtuťový sloupec |
| MMSE | Mini-mental state examination |
| MoCA | Montreal cognitive assesment |
| MR | Magnetická rezonance |
| Např. | Například |
| PNP | Prísspěvek na péči |
| RHC | Rehabilitace |

TAU

Jednotka související s tubulinem

Tzn.

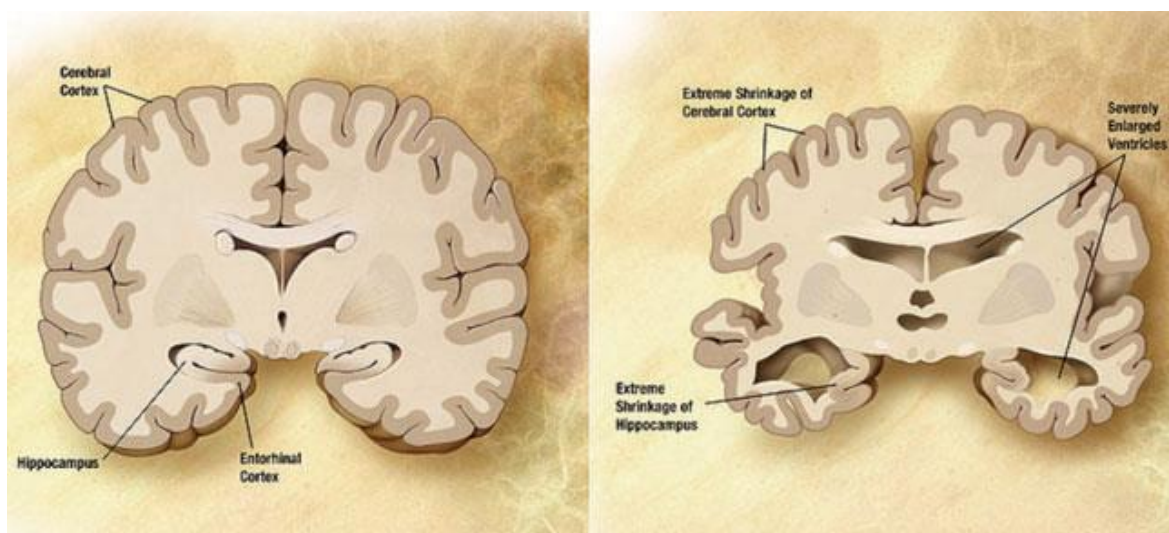
To znamená

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek č. 1 Degenerativní změny na mozku u zdravého pacienta a pacienta s AD

Obrázek č. 2 Využití terapeutické panenky ve specializovaném domově pro seniory s AD

Obrázek 1 Degenerativní změny na mozku u zdravého pacienta a pacienta s AD



Zdroj: <http://www.alzheimer-wissensportal.de/en/dementia/dementia/>

Obrázek 2 Využití terapeutické panenky ve specializovaném domově pro seniory s AD



Zdroj: <http://www.alzheimercentrum.centrum.cz/poskytovana-pece/terapeuticke-panenky/>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Rešerše

Příloha č. 2: Mini-Mental State Examination

Příloha č. 3: Montreal Cognitive Assesment

Příloha č. 4: Test nakreslení hodin Clock test

Příloha č. 5: Barthelův test běžných denních činností

Příloha č. 6: Test instrumentálních všedních činností

Příloha č. 7: Informovaný souhlas

Příloha č. 8: Polostrukturovaný rozhovor

Příloha č. 9: Edukační leták



**Studijní a vědecká knihovna
Plzeňského kraje**

Žádost o zpracování rešerše

Studijní a vědecká knihovna Plzeňského kraje, příspěvková organizace, Smetanovy sady 179/2, 305 48 Plzeň
IČO: 00078077, zapsána u Krajského soudu v Plzni, spis. zn. Pr 760
ODDĚLENÍ PREZENČNÍCH SLUŽEB – SPECIÁLNÍ STUDOVNA

Jméno žadatele: Alena Hrubá
(popř. název organizace)

Kontaktní údaje: Náměstí Generála Píky 31, 326 00 Plzeň
telefon 734807486 e-mail hrubaal.14@seznam.cz

Téma rešerše (podrobná a přesná formulace):
Ošetřovatelská péče o pacienta s Alzheimerovou demencí

Účel, pro který je rešerše požadována: Bakalářská práce

Vymezení rešerše: knihy elektronické dokumenty periodika (noviny a časopisy)
prameny (zahrňte) články patentové spisy (vynálezy) jiné: (uvedte)
stati české technické normy

Literatura z let: 2007-2017

Z jakých jazyků (překlady i původní originály): ČJ, AJ

Orientační počet záznamů: 30-40

Způsob platby: v hotovosti **Způsob odběru:** osobně

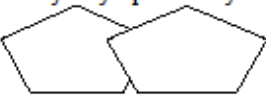
| | | | |
|---|------------------------------|------------------|-------------|
| Základní poplatek: | 50 Kč | Cena 1 záznamu : | 5 Kč |
| Cena kopie: | A4 jednostranně: 2 Kč | A3 jednostranně: | 4 Kč |
| | A4 oboustranně: 4 Kč | A3 oboustranně: | 8 Kč |
| 1 tištěná stránka - výstup z tiskárny PC: | 2 Kč | | |

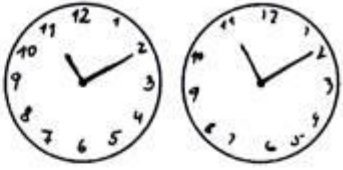
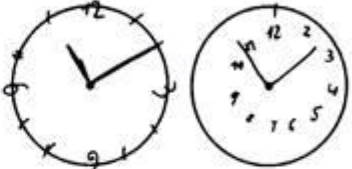
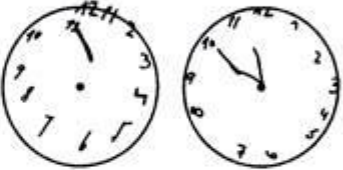
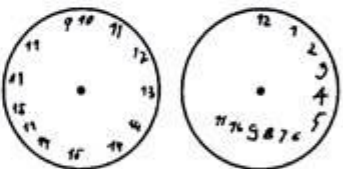
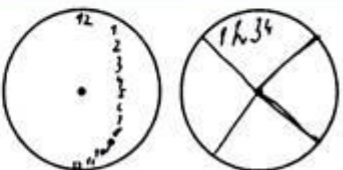
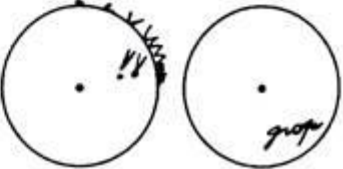
Předpokládaný termín zpracování rešerše:

Dne:

Podpis (razítko):

Test kognitivních funkcí-Mini Mental State Exam (MMSE)

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

| Skóre | Popis | Příklady |
|----------|---|--|
| 1 | Bezchybné provedení <ul style="list-style-type: none"> • číslice 1–12 ve správném pořadí i místě • dvě ručičky ve správné poloze |  |
| 2 | Lehká prostorová chyba ciferníku hodin <ul style="list-style-type: none"> • vzdálenosti mezi číslicemi nerovnoměrné • číslice mimo kruh • otočení papíru s otočením číslic • použití pomocných čar pro lepší orientaci |  |
| 3 | Chybné zaznamenání času, zachované prostorové uspořádání hodin <ul style="list-style-type: none"> • pouze jedna ručička • čas zaznamenán slovně „10 hodin 10 minut“ • čas vůbec nezaznamenán |  |
| 4 | Střední stupeň prostorové dezorganizace, takže zaznamenání času není možné <ul style="list-style-type: none"> • nepravidelné mezery • zapomenutí čísel • perseverace: opakování kruhu, číslice na jednu stranu od 12 • záměna pravý-levý (čísllice proti směru) • dysgrafie – chybějící čitelné číslice |  |
| 5 | Těžká prostorová dezorganizace <ul style="list-style-type: none"> • jako u skóre 4, ale silněji vyjádřeno |  |
| 6 | Chybí zakreslení hodin (CAVE: vylučte depresi/delirium) <ul style="list-style-type: none"> • žádný pokus zakreslit hodiny • ani vzdálená podobnost s hodinami • napsáno slovo nebo jméno |  |

Barthelův test základních všedních činností

ADL - activity daily living

| | Činnost | Provedení činnosti | Bodové skóre |
|-----|--------------------|--------------------------|--------------|
| 1. | Najedení, napití | Samostatně bez pomoci | 10 |
| | | S pomoci | 5 |
| | | Neprovede | 0 |
| 2. | Oblékání | Samostatně bez pomoci | 10 |
| | | S pomoci | 5 |
| | | Neprovede | 0 |
| 3. | Koupání | Samostatně nebo s pomoci | 5 |
| | | Neprovede | 0 |
| 4. | Osobní hygiena | Samostatně nebo s pomoci | 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 pomoci | 5 |
| | | Neprovede | 0 |
| 8. | Přesun lůžko-židle | Samostatně bez pomoci | 15 |
| | | S malou pomoci | 10 |
| | | Vydrží sedět | 5 |
| | | Neprovede | 0 |
| 9. | Chůze po rovině | Samostatně nad 50 metrů | 15 |
| | | S pomoci 50 metrů | 10 |
| | | Na vozíku 50 metrů | 5 |
| | | Neprovede | 0 |
| 10. | Chůze po schodech | Samostatně bez pomoci | 10 |
| | | S pomoci | 5 |
| | | Neprovede | 0 |

Hodnocení stupně závislosti

| Hodnocení | Závislost | Body |
|-----------|----------------------------|---------------|
| | Vysoce závislý | 0 – 40 bodů |
| | Závislost středního stupně | 45 – 60 bodů |
| | Lehká závislost | 65 – 95 bodů |
| | Nezávislý | 96 – 100 bodů |

Zdroj: POKORNÁ, Andrea a kol. *Ošetřovatelství v geriatrii: Hodnotící nástroje*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2013. 202 s. ISBN 978-80-247-4316-5.



Test instrumentálních všedních činností (IADL)

zjišťuje lehčí poruchy soběstačnosti

Jméno pacienta:

Datum:

Test provedl:

1. Jízda dopravním prostředkem

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

2. Nákup potravin

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

3. Uvaření

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

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

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

5. Vyprání osobního prádla

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

6. Telefonování

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

7. Užívání léků

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

8. Odesílání peněz na 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 soběstačný |



INFORMOVANÝ SOUHLAS

NÁZEV BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

STUDENT

Jméno Alena Hrubá
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
e-mail hrubaal.14@seznam.cz

VEDOUcí BP:

Jméno Mgr. Vladimíra Fremrová
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
e-mail vladimira.fremrova@mchp.charita.cz

CÍL STUDIE

Cílem studie je...

S Vaším svolením bude proveden rozhovor s Vámi, který bude zaznamenán na diktafon. Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Záznamy budou ihned po kompletaci studie vymazány. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použit pseudonym.

Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sám/sama chtít, a můžete také kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo 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:

Příloha č. 8

Otázky z rozhovoru:

Jaké byly příznaky této nemoci?

Kdy proběhla diagnostika této nemoci?

Jaké byli vaše pocity jako pečující osoby, když Vám byla sdělena tato diagnóza?

Jaký jste vymyslela harmonogram dne pro pacienta?

Jakým způsobem pacienta aktivizujete?

Zaznamenala jste někdy pád pacienta?

Jakou kompenzační pomůcku využívá pacient?

Jaké jste provedla bezpečnostní opatření?

Kdy jste si zažádala o PNP nebo víte vůbec o této možnosti příspěvku?

Zjišťovala jste si již před diagnostikou informace o demencích?

Uděláte si chvíli pro sebe pro nějaký Váš koníček nebo odpočinek?

Jaké koníčky měl dříve rád pacient a provádí je stále?

Nastali nějaké situace, kdy jste si nevěděla rady?

Má pacient nějaké poruchy chování, které se těžko zvládají?

Jakou stravu připravujete pro pacienta?

Dbáte na pravidelnost stravování?

V případě inkontinence víte, jaké se používají pomůcky?

Pomáhá Vám někdo s péčí o pacienta?

Jak probíhají každodenní činnosti u pacienta jako hygiena oblékání?

Bylo u Vás jednoznačné rozhodnutí ponechat si pacienta ve vlastní péči v domácím prostředí?

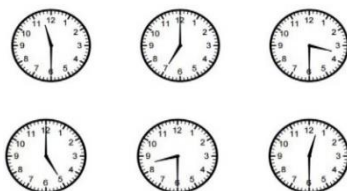
Máte pro jistotu informace o nějakém domově pro seniory se zvláštním režimem apod.?

Máte zařízenou např. nějakou terénní službu, která pomáhá s péčí pacienta?

EDUKAČNÍ LETÁK PRO PEČUJÍCÍ OSOBY U PACIENTA S ALZHEIMEROVOU DEMENCÍ

„Desatero pomoci pro pečující rodiny“

1. Vymezte a realizujte pacientovi harmonogram dne.



2. Nejste na to sami, existuje organizace ČALS, terénní služby, denní stacionáře.

a...

Česká
alzheimerovská
společnost

3. Zajistěte bezpečné domácí prostředí.



4. Podnikejte aktivizační programy pro podporu kognitivních funkcí.



5. Pravidelně komunikujte, mluvejte pomalu, srozumitelně v jednoduchých větách.



6. Udělejte si čas sami pro sebe.



7. Připomínejte potřebu na toaletu.



8. Připravujte vyváženou stravu.



9. Pečujte o tělo pacienta a zejména v intimních partiích.



10. Dohlížejte na pacienta 24 hodin denně a zamykejte dům.



Vypracovala: Hrubá Alena

Zdroj: KÖNIG, Jutta. *100 chyb při péči o lidi s demencí*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2017, s. 29-58. ISBN 978-80-262-1184-6.

Zdroje obrázků z edukačního letáku:

<http://www.alzheimer.cz/cals/>

<http://ubytovaniryhleby.cz/navstevni-kniha/>

<https://cz.depositphotos.com/50033003/stock-illustration-cartoon-padlock-and-key.html>

<https://www.canstockphoto.cz/ilustrace/z%C3%A1chod.html>

<https://www.detskestranky.cz/tag/hodiny/>

<http://www.hrackyjihlava.cz/spolecenske-hry>

<https://www.ibrno.cz/component/eventlist/details/3431-komunikace-bez-scenare.html>

https://www.pomuckyseniorum.cz/cz-kategorie_663969-0-madla-pomocna.html

<https://www.lekarna.cz/sudocrem-60g/>

<http://zeny.iprima.cz/jidlo-ktete-potesi-nejen-deti>