

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2019

Kateřina Miltová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

Kateřina Miltová

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S DEMENCÍ
Z POHLEDU RODINNÝCH PŘÍSLUŠNÍKŮ**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr., Mgr. Jitka Krocová

PLZEŇ 2019

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

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně a všechny použité prameny jsem uvedl/a v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 29. 3. 2019.

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Miltová Kateřina

Katedra: Ošetrovatelství

Název práce: Ošetrovatelská péče o pacienta s demencí z pohledu rodinných příslušníků

Vedoucí práce: PhDr., Mgr. Jitka Krocová

Počet stran – číslované: 64

Počet stran – nečíslované: 21

Počet příloh: 6

Počet titulů použité literatury: 23

Klíčová slova: Demence – Alzheimerova choroba – senior – rodinný příslušníci

Souhrn: Tato bakalářská práce je zaměřena na specifika ošetrovatelské péče o pacienta s demencí z pohledu rodinných příslušníků a je rozdělena do dvou částí, a to teoretické a praktické. Teoretická část se zabývá historií onemocnění, etiologií, rozdělením a stádií, diagnostikou a léčbou, rizikovými faktory demence, komunikací s pacienty a právy pacientů s tímto onemocněním. Praktická část obsahuje rozhovory s rodinnými příslušníky, kteří se dříve starali o své blízké. Zaměřila jsem se na jejich zkušenosti a názory ohledně péče. Důvodem volby mého tématu byl zájem zjistit více informací o problematice tohoto onemocnění, které se v dnešní době více a více vyskytuje. Při zpracování rozhovorů byla zjištěna nízká úroveň povědomí o zajištění bezpečnosti domácího prostředí v případě péče o pacienta s demencí. Z tohoto důvodu jsem zvolila jako výstup z bakalářské práce edukační leták o zajištění bezpečnosti domácnosti.

Abstract

Surname and name: Miltová Kateřina

Department: Nursing

Title of thesis: Nursing care of patients with dementia from the perspective of family members

Consultant: PhDr., Mgr. Jitka Krocová

Number of pages – numbered: 64

Number of pages – unnumbered: 21

Number of appendices: 6

Number of literature items used: 23

Keywords: Dementia – Alzheimer´s disease – elderly - family

Summary: This bachelor's work focuses on the nursing care of patients with dementia from the perspective of the family members and is divided into two parts, theoretical and practical. The theoretical part concerns the history of the illness, etiology, divisions and phases, diagnosis and treatment, the risk factors of dementia, communication with the patient, and the rights of the patient with this illness. The practical part includes interviews with family members who previously took care of their loved ones. I concentrated on their experiences and opinions regarding care. I chose this topic because I am interested in discovering more information about the problems of this illness which, in the current age, occur more and more frequently. During the processing of the interviews little knowledge was discovered about securing a safe home environment. For this reason I chose to make an educational flyer for the performance output of my bachelor's work. The flyer addresses the assurance of home safety for dementia patients.

Předmluva

Téma své bakalářské práce jsem si zvolila, protože jsem se na odborné praxi setkala s pacienty, u kterých byla diagnostikována demence a také z důvodu, že mi toto téma přišlo zajímavé a blízké. Ráda bych onemocnění demence uvedla více povědomí široké veřejnosti. Cílem mé práce je zmapovat zkušenosti a názory rodin, kteří pečovali či pečují o příbuzné s demencí.

Poděkování

Vyjadřuji obrovské poděkování vedoucí PhDr. Mgr. Jitce Krocové za odborné vedení, cenné rady, podporu a trpělivost při tvorbě mé bakalářské práce.

OBSAH

ÚVOD	10
TEORETICKÁ ČÁST	11
1 HISTORIE ONEMOCNĚNÍ	11
2 DEMENCE	13
2.1 Etiologie demence.....	13
2.2 Rozdělení.....	14
2.2.1 Rozdělení dle etiologie (příčiny):.....	14
2.2.2 Rozdělení dle lokalizace:	15
2.3 Stádia demence	16
2.3.1 První stádium – počínající a mírná demence:.....	16
2.3.2 Druhé stádium – středně pokročilá a rozvinutá demence:.....	16
2.3.3 Třetí stádium – těžká demence:.....	17
2.3.4 Čtvrté stádium – terminální fáze:	17
3 DIAGNOSTIKA DEMENCE.....	19
3.1 Anamnéza	19
3.2 Testy	19
3.3 Zobrazovací metody.....	20
3.4 Laboratorní vyšetření	21
4 RIZIKOVÉ FAKTORY A MOŽNOSTI PREVENCE DEMENCE.....	22
5 TERAPIE DEMENCE.....	23
5.1 Kognitivní farmakoterapie.....	23
5.2 Nekognitivní farmakoterapie.....	24
6 KOMUNIKACE S PACIENTY S DEMENCÍ.....	25
6.1 Zásady správné komunikace.....	25
6.2 Chyby v komunikaci	26
6.3 Komunikace s rodinou.....	27
7 ORGANIZACE PÉČE O PACIENTY S DEMENCÍ	28
7.1 Zdravotní péče	28
7.2 Sociální služby	28
7.3 Financování, nadace, společnosti	29
7.3.1 Financování	29
7.3.2 Nadace, společnosti	31
8 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O PACIENTA S DEMENCÍ.....	32
8.1 Práva pacientů s demencí.....	32
8.2 Seznam práv lidí s demencí	32

8.3	Ošetrovatelská péče.....	33
8.3.1	Hygiena a používání toalety	33
8.3.2	Stravování	34
8.3.3	Smyslová aktivizace	35
	PRAKTICKÁ ČÁST	36
9	FORMULACE PROBLÉMU	36
9.1	Cíl výzkumu a výzkumné otázky	36
9.2	Charakteristika sledovaného souboru	37
9.3	Metodika práce.....	37
9.4	Organizace výzkumu.....	37
10	ZPRACOVÁNÍ PRAKTICKÉ ČÁSTI.....	39
10.1	Rozhovory	39
10.2	Kazuistika 1	44
10.2.1	Anamnéza	44
10.2.2	Fyzikální vyšetření.....	46
10.2.3	Barthelův test základních denních činností	46
10.2.4	Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové.....	47
10.2.5	Hospitalizace 2013 – 2019	48
10.2.6	Funkční model zdraví podle Marjory Gordonové.....	49
10.2.7	Plán ošetrovatelské péče	50
10.3	Kazuistika 2.....	56
10.3.1	Anamnéza	56
10.3.2	Fyzikální vyšetření:.....	57
10.3.3	Barthelův test základních denních činností	58
10.3.4	Hospitalizace 2017 – 2019	59
10.3.5	Funkční model zdraví podle Marjory Gordonové.....	59
10.3.6	Plán ošetrovatelské péče	61
10.4	Hodnocení výsledků	64
	DISKUZE.....	67
	ZÁVĚR	71
	LITERATURA A PRAMENY	72
	SEZNAM PŘÍLOH.....	75

ÚVOD

Demence je téma, kterému je třeba se věnovat, protože se každým rokem zvyšuje počet nemocných s demencí. Dříve byla demence považována za vzácné onemocnění, bohužel každým rokem přibývá lidí trpících tímto onemocněním. Je to celosvětový problém, který zasahuje nejen evropské země, ale i ostatní. Jedná se o neuro-degenerativní onemocnění, postihující mozkové tkáně, a tím dochází ke snižování kognitivních funkcí. V dnešní moderní době, plných nových technologií, výzkumů a léků, není zatím znám lék na toto onemocnění. Existují pouze léčiva, která dokážou zpomalit jeho průběh. V posledních letech se klade větší důraz na kvalitu života než na jeho délku.

Tato bakalářská práce se zabývá tématem ošetrovatelská péče o pacienta s demencí z pohledu rodinných příslušníků a dále určuje specifika ošetrovatelské péče o pacienta s demencí. Toto téma jsem si vybrala z důvodu přibývajících se počtu lidí, kterým byla diagnostikována demence, a také z důvodu, že mě tato problematika zaujala během absolvování odborné praxe v zařízení se zvláštním režimem.

Demence se stává čím dál větším problémem pro společnost. Nemoc přichází pomalu, postupně a agresivně. Dříve bylo za nejčastější příčinu považováno stáří, nyní příčina není zcela známá a může postihovat i mladší generace. Zasáhne nejen daného člověka, ale také i jeho rodinu. Většina rodin se starají o své příbuzné v domácím prostředí, dokud to je v jejich silách. S postupnou progresí onemocnění je obtížnější se o svého blízkého postarat. Je to situace náročná na fyzickou i psychickou stránku pečujícího. Existují různá zařízení, která se specializují na danou problematiku onemocnění a poskytují komplexní ošetrovatelskou péči.

Cílem práce bylo popsání a zmapování poznatků, zkušeností ošetrovatelské péče rodinných příslušníků pacientů, kteří se dříve starali nebo se starají o své blízké v domácím prostředí. Sběr dat jsme prováděli kvalitativní formou prostřednictvím kazuistik a rozhovorů. Následně jsme vytvořili edukační leták, který bude sloužit jako informace pro rodiny, které pečují o blízké s demencí. Čerpala jsem z oficiální internetové stránky České alzheimerovské společnosti. Dostupné z: www.alzheimer.cz

TEORETICKÁ ČÁST

1 HISTORIE ONEMOCNĚNÍ

Poprvé příznaky tohoto onemocnění popsal německý neuropatolog a psychiatr Alois Alzheimer roku 1906. Alois Alzheimer studoval na univerzitách v Berlíně a Würzburgu, kde získal lékařský titul roku 1887. Po studii pracoval v psychiatrické léčebně, kde se v místním sanatoriu seznámil s neurologem Franzem Nisslem. Společnými silami se pustili do experimentálního studia anatomie mozkové kůry. Své výsledky a hypotézy si zkoušeli ověřovat na pacientech sanatoria. Alzheimer své výsledky a znalosti uplatnil při popisování změn neuronů u Huntingtonovy choroby. Poté společně pracoval s profesorem Kraepelinem v Heidelbergu a společně působili i na univerzitní psychiatrické klinice v Mnichově.

Prvním takovým případem, který Alzheimer publikoval na lékařské konferenci v Tubingenu konající se 3. listopadu 1906 (publikováno 1907), byl případ pacientky Auguste Deterové, která zemřela v 55 letech, zcela dementní. Jednalo se o těžké onemocnění mozkové kůry. Při pitvě bylo nalezeno mnoho zvláštních plaků a vláken. V tehdejší době Alzheimerův výzkum jeho kolegové nebrali v potaz, spíše to považovali za kuriozitu. Nicméně Alzheimer pokračoval dále. Provedl stovky pitev a analýz mozkových tkání. Zemřel v roce 1915 ve slezské Vratislavě na selhání srdce.

Téhož roku 1907 publikoval psychiatr a neuropatolog Oskar Fischer, podobnou práci jako Alzheimer, týkající se sedmi pacientů téhož onemocnění. Fischer působil na pražské psychiatrické klinice, kde prováděl své výzkumy. Vystudoval lékařskou fakultu ve Štrasburku a Německou univerzitu v Praze, kterou úspěšně ukončil roku 1900. Po studii nastoupil na katedru patologie Německé univerzity v Praze a o dva roky později přestoupil na psychiatrické oddělení téže univerzity. Během první světové války byl Fischer jmenován přednostou kliniky psychiatrie a neurologie v druhé vojenské nemocnici v Praze. V té době byli jeho pacienti zejména vojáci, kteří trpěli duševními obtížemi. Fischer byl kvůli svým kritickým postojům a sadistickému chování vůči pacientům převelen do Pardubic, kde působil do konce první světové války. V Pardubicích se seznámil se svou budoucí ženou, zdravotní sestrou od Červeného kříže. Po válce se Fischer se svou rodinou vrátili zpět do Prahy, kde pracoval jako docent na německé psychiatrické klinice. V roce 1939 byl

vykázán z fakulty německými nacisty, z důvodu židovského původu. Jelikož mluvil Fischer plyně česky, angažoval se ve dvacátých letech i v politice. Ve třicátých letech vedl se svým společníkem Leo Kosákem psychiatrické sanatorium ve Vele-slavíně. Jeho pacientkou byla i Charlotte Masaryková. Na začátek druhé světové války v roce 1941 byl Fischer zatčen gestapem a byl uvězněn v Terezíně. Zde zemřel o rok později ve věku 66 let, údajně na infarkt.

Fischer upadl v zapomnění zřejmě kvůli tehdejšímu režimu. Nicméně jeho studie objevil až v roce 2009 Michel Goedert v Laboratoři molekulární biologie Cambridgi v archivu Univerzity v Cambridgi v archivu Univerzity Karlovy v Praze (Zvěřová, 2017, s.11-13; Holmerová, 2017, s.141-143).

2 DEMENCE

2.1 Etiologie demence

Demence jsou řazeny mezi organické duševní poruchy, které vznikají v důsledku degenerativních onemocnění, vaskulárních a dalších poruch nervového systému (nejčastěji Alzheimerova choroba, porucha cévního zásobení mozku) či jiným procesem (například traumatem, otravy). „Mezi organické duševní poruchy řadíme poruchy kognitivních funkcí, demence, deliria, organické psychotické poruchy (organická porucha s bludy, halucinóza, katatonní porucha), organické poruchy nálad (organická afektivní porucha, organická úzkostná porucha), organická porucha osobnosti, ohraničené amnestické syndromy, ostatní organické psychické poruchy“ (Zvěřová, 2017, s. 24). Nejzranitelnější část mozku je mozková kůra. Jsou poškozeny nervové buňky mozku – neurony. Když selžou funkce nervových buněk, jiné mohou jejich funkce převzít. Buď částečně nebo úplně. Čím větší část mozkových tkání je postižená, tím jsou větší a výraznější změny v chování. Dochází k poruše kognitivních funkcí, kam řadíme paměť, orientaci, chápání, vnímání, schopnost se učit novým věcem, úsudek a poruchu řeči – achalázie. Lidé zapomínají, pletou si slova, nebo je komolí. Nejsou schopni logického uvažování či rozhodování. Úpadek těchto funkcí může být až tak velký, že člověka omezují v běžném životě a omezují i jeho schopnosti. S rozvojem onemocnění často dochází k poruše nekognitivních funkcí. Mezi tyto funkce řadíme zejména poruchy chování, emotivity, poruchy spánku – bdění, aktivity denního života jsou sníženy a ztrátu soběstačnosti. Jelikož demence nepostihuje pouze paměť, ale také psychické funkce a aktivity, označujeme toto onemocnění jako komplexní. *Občas se hovoří o tzv. ABC demenci: A – Activities of daily living, B – behaviour, C – cognition*“ (Zvěřová, 2017, s.25). Pacient má problémy se zapamatováním nedávných situací, zatímco staré věci, které se udály před onemocněním si dobře pamatuje. Demence není součástí procesu stárnutí. V současné době je toto onemocnění nevléčitelné. Ale farmakologickou léčbou se dá zmírnit progresse onemocnění a na určitou dobu zachovat soběstačnost člověka (Strategie české alzheimerovské společnosti, 2013).

2.2 Rozdělení

2.2.1 Rozdělení dle etiologie (příčiny):

Nejčastější příčinou demence je z 50 % Alzheimerova choroba, která postupně způsobuje zhoršení různých funkcí mozku. Dělíme demence do dvou základních skupin: primární a sekundární.

Primární – demence neurodegenerativního původu – atroficko – degenerativní:

U primárních demencí je nejčastější příčinou atrofie mozku. Jedná se především o atrofii selektivní, která je doprovázena dalšími patogenetickými změnami, mezi které patří zejména degenerace či tvorba a ukládání proteinů: beta – amyloidu, tau – proteinu, alfa – synukleinu a huntingtinu. Důležitou roli hrají mechanismy, které spolu spolupracují. Řadíme sem: „*poruchy tvorby a vazby nervových růstových faktorů, poruchy mitochondriálního metabolismu, nadměrné uvolnění volných kyslíkových radikálů, projevy sterilního zánětu a poruchy centrální neurotransmise*“ (Zvěřová, 2017, s.28). Tyto etiopatogenetické činitele se navzájem propojují, provázejí a podmiňují, a tomto podkladě vznikají:

Demence s Lewyho tělísky – onemocnění neurodegenerativního původu, kde jsou symptomy kombinací Alzheimerovi Parkinsonovi choroby.

Parkinsonova choroba – způsobuje ztrátu kontroly nad svaly svého těla, třes, problémy s řečí a v konečné fázi může dojít až k nemožnosti pohybu. Později se můžou objevit i Alzheimerova choroba.

Huntingtonova choroba – je dědičné onemocnění, projevující se změnami osobnosti, emocí, apatií. Doprovázena nepravdělnými pohyby končetin až celkovým motorickým neklidem (Rusina, 2010, s.546-547; Jiráček, 2009, s.19-20).

Sekundární – symptomatické:

Nejčastější příčinou sekundárních demencí jsou různá systémová onemocnění, traumata, intoxikace, popřípadě jinými chorobnými procesy postihují mozek (tumory, normotenzní hydrocephalus). Dále sekundární demence dělíme na: vaskulární – hlavní činitel vzniku jsou mozkové infarkty (snižují množství mozkové tkáně),

demence infekčního původu (např. Lymeská borelióza, AIDS), metabolické (Wilsonova nemoc), posttraumatické, způsobené intoxikací (alkoholové, farmakologické, způsobené otravou oxidem uhelnatým, užívání drog) (Zvěřová, 2017, s.29; Jirák, 2009, s.20).

2.2.2 Rozdělení dle lokalizace:

Podle lokace dělíme demence na kortikální, subkortikální, kortikosubkortikální. U kortikálních demencí dochází k poškození mozkové kůry. Mezi hlavní příznaky patří zapamatování si nových informací, afázie, agnózie, apraxie, apraxie, poruchy orientace v prostoru a čase. Řadíme sem především Alzheimerovu chorobu a také kortikální formy demencí s Lewyho tělísky. Korové poškození je buď lobární nebo difuzní. U subkortikálních demencí je především poškozena bílá hmota, thalamus a bazální ganglia. Typicky se projevují poruchou výkonných funkcí. To znamená, že je výrazně porušena motivace, schopnost rozhodování se, plánování. Lidé s touto formou demence nejsou schopni zpětně zhodnotit provedené činnosti, mohou se na první pohled zdát, že jsou nešikovní. Často u pacientů vidáme depresivní chování, protože jsou poškozeny bazální ganglia a extrapyramidové syndromy. Řadíme sem především demence u Parkinsonovy choroby, Huntingtonovy choroby. Příznaky u kortikosubkortikální demence je kombinace kortikální a subkortikální demence. A dále se rozděluje dle kurability a to na léčitelné (reverzibilní) nebo neléčitelné (ireverzibilní) (Zvěřová, 2017, s.27-30).

2.3 Stádia demence

Demence má několik forem – typů. Nemoc začíná postupně, pozvolna. Během první (počáteční) fáze je demence nepatrná. Nemocný vykonává běžné denní činnosti, jak byl zvyklý. V konečné fázi je nemocný zcela odkázán na pomoc druhých.

2.3.1 První stádium – počínající a mírná demence:

V tomto počínajícím stádiu jsou lidé relativně soběstační a aktivní. Uvědomují si a vnímají změny svého stavu. Potřebují dohled a dopomoc, ale ne nepřetržitě. Člověk může po nějakou dobu žít sám. Postačí jen občasný dohled rodiny nebo pečovatelské služby či návod, kterému rozumí a bude se podle něho řídit.

Často si rodiny nepřipouští, že by jejich rodinný příslušník mohl být nemocný. Myslí si, že zapomínání a zhoršené vyjadřování souvisí s běžným procesem stárnutí. Pokud se příznaky objeví, je třeba se obrátit na odborníka.

Příznaky prvního stádia:

Se začínající demencí se objevují změny v oblastech: vyjadřování, myšlení, aktivity. Lidé s demencí, mohou mít problémy s vyjadřováním a hledáním slov. Často i zapomínají, co zrovna chtěli sdělit. Špatně se orientují v čase i prostoru. Dokážou se ztratit i na místech, které dříve dobře znali. Dále se mohou objevovat deprese.

2.3.2 Druhé stádium – středně pokročilá a rozvinutá demence:

V této fázi potřebují lidé trvalý dohled. Pro toto stádium je nejlepší pomocí denní stacionář. Dříve byly návody užitečné, ale teď už nepomáhají. Soběstačnost člověka se zhoršuje a později jsou pro něho jednoduché úkony složitější. Jsou schopni vykonávat denní aktivity, ale zhoršuje se jejich kvalita. Tito lidé se často rádi zapojují do různých aktivit, např. zpívání, procházky, hraní her a další. Pečující by měli tyto lidi zapojovat do běžných činností, např. namazat si pečivo, stolování pečení, malování. Tyto činnosti slouží ke zvýšení soběstačnosti (Jiráček, 2009, s.22-23).

Příznaky druhého stádia:

Dochází k značnému zhoršení paměti. Nemocní nejsou schopni žít sami, bez pomoci. Jelikož dochází ke zhoršení celkového stavu, potřebují trvalý dohled. Po-

třebují pomoc při hygieně, při přípravě jídla, popřípadě při konzumaci jídla, pití. Mohou se vyskytovat bludy či halucinace. Bloudí a chovají se nepřiměřeně, které jsou zpravidla reakcí na danou situaci či změnu, kdy nechápou nebo se cítí ohroženi.

2.3.3 Třetí stádium – těžká demence:

V této fázi se lidé nedokáží podílet na různých činnostech. Dokážou je pozorovat, vnímat a mít z nich radost, ale přesto se snažit je zapojit. Lidé jsou závislí na asistované pomoci, 24 hodin denně pod vedením kvalifikovaného zdravotnického personálu. V této fázi dochází k výraznému omezení verbální komunikace a mobility. Je nutno s pacientem rehabilitovat, polohovat, což vede k udržení svalové hmoty. U pasivních pacientů je důležitá bazální stimulace, která zajišťuje vnímání vlastního těla. V této fázi jsou častější poruchy chování. Těmto stavům je důležité se snažit předejít nefarmakologickými prostředky, například klidným hlasem, vlídným přístupem, dotykem (pohlazením), atp. Pokud ani tyto metody nepomohou, lze podat farmaka, dle ordinace lékaře.

Příznaky třetího stádia:

Mezi nejčastější příznaky patří změny v chování. Pacienti jsou v jednu chvíli nevrlí, podráždění, agresivní a v další moment milí, vlídní, společenší, komunikativní. Často lidé s demencí nedokáží poznat své příbuzné, přátele. Nedokáží se vyjádřit, nemohou najít vhodná slova. Dále mohou mít problémy s polykáním, inkontinencí moči a stolice (Jiráček, 2009, s.22-23).

2.3.4 Čtvrté stádium – terminální fáze:

Terminální stádium může trvat dny, týdny až měsíce (většinou se za něj považuje poslední rok života). Kvalita života je závislá na kvalitě zdravotnické péče. Toto stádium je charakteristické postupnou ztrátou schopností komunikovat s okolím. Zároveň je omezena mobilita, kdy dochází k úbytku svalstva. Je zde velmi důležitá ošetrovatelská péče, paliativní péče (zajistit, aby pacient netrpěl bolestí), podpora blízkých či zajistit duchovního.

Příznaky čtvrtého stádia:

Pacient je v této fázi již zcela závislý na pomoci ostatních. Především oblasti hygieny a polohování. V důsledku špatného či nepravidelného polohování mohou vzniknout dekubity. U pacienta dochází ke zhoršení hybnosti a tělo se zpravidla skrčí

a ztuhne, mohou vznikat svalové kontraktury. Dochází ke kachektizaci (výrazné zhubnutí). Moč i stolice spontánně a nekontrolovatelně odcházejí. Jsou přítomny i poruchy polykání potravy a tekutin. Pacient často trpí bolestí v důsledku svalových kontraktur, nepohodlné polohy. Důležité je pacienty dostatečně hydratovat a ulevit mu od bolesti farmaky (Česká alzheimerovská společnost, 2013; Hauke, 2017, s.54-56; Jiráček, 2009, s.23).

3 DIAGNOSTIKA DEMENCE

Při stanovování správné diagnózy demence by se lékař měl pečlivě zaměřit na celkový stav pacienta. Spoléháme na základní klinické vyšetření, laboratorní vyšetření či základní testy. Diagnostika vysvětluje změny chování pacienta a napomáhá k naplánování budoucnosti (zařídí veškeré potřebné věci, které v budoucnosti nebude pacient sám bez pomoci schopen provést). V současné době, díky správné diagnostice lze nastavit patřičná opatření a zahájit farmakologickou léčbu. Základem každé diagnostiky je sepsání podrobné anamnézy.

3.1 Anamnéza

Anamnéza je jedno z nejdůležitějších východisek při stanovování diagnózy. Jedná se o sběr dat, informací od pacienta či jeho blízkých. Například, jak dané onemocnění vzniklo, zda je geneticky podmíněno, jaké příznaky jej doprovázely a do jaké míry člověka ovlivňují. Pokud jsou informace pečlivě a svědomitě shromažďovány, je možné na jejich podkladě vytvořit základní představu o onemocnění. Samotnou anamnézou lze zjistit, zda se jedná o demenci či delirium. Je důležité správně diagnostikovat tyto 2 nemoci pro správnou následnou terapii. Protože demence je chronické onemocnění mozku a syndrom demence se rozvíjí po mnoho let. Dochází k většímu poškození v oblasti mozkové kůry, příznaky se začínají projevovat jako mírná kognitivní porucha. Naopak, pokud dochází k rychlému rozvoji (během několika hodin a dnů) kognitivní poruchy a orientace jedná se zpravidla o delirium. Je nutné si uvědomit, že delirium je život ohrožující stav a je zapotřebí ho řešit. Pokud testy prokážou poruchu kognitivních funkcí, je zapotřebí vyšetření specialistou a provedení vyšetření mozku za pomoci zobrazovacích metod (CT, MR) (Novák, 2012; Hauke, 2017, s.28-29).

3.2 Testy

Další nedílnou součástí při stanovování diagnózy demence jsou testy, které provádí praktický lékař nebo lékař specialista, který se danou problematikou zabývá. V České republice existuje projekt „Dny paměti“ prováděné Českou alzheimerovskou společností, při nichž zaškolení pracovníci otestují člověka se subjektivní poruchou paměti a dle výsledků doporučí další postup. Existuje mnoho úrovní v testování kognitivních funkcí. Praktický lékař by měl provést pečlivé základní klinické vyšetření a zhodnocení stavu pacienta, je vhodné zapojit i rodinu. Při tomto vyšetření

se lékař především zaměřuje na popsání poruchy paměti a popřípadě poruchy chování, poruchy vyjadřování a schopnost se soustředit. Mezi základní laboratorní vyšetření řadíme krevní obraz, moč, jaterní testy, vyšetření funkce štítné žlázy, úroveň hladiny tuků v krvi. Často lékaři pro stanovení diagnózy stačí základní testy. Nejčastěji se využívá test MMSE (Mini Mental State Examination) – orientační test kognitivních funkcí). Dále se často používá test hodin (Clock test). Jedná se o jednoduchý test, ke kterému je zapotřebí pouze tužka a papír. Pacient má za úkol nakreslit kruh a představit si, že kreslí ciferníky hodin a kolem obvodu doplnil ručičky vdané hodině. Zdravý člověk si systematicky rozdělí kruh a nakreslí nejprve číslice 3, 6, 9, 12 a poté doplní zbylá číslice hodin. A nakonec vyznačí velkou a malou ručičku na požadovanou hodinu. Naopak lidé s demencí často chybují. Buď špatně nakreslí ručičky na požadovanou hodinu nebo nejsou schopni tento úkol splnit. Postupem času můžeme sledovat, jak se onemocnění rozvíjí a srovnávat výsledky testů v čase. Na podkladě výsledků těchto testů a dalších skutečností (příznaků) lze poslat pacienta na další vyšetření k lékaři specialistovi. Mezi specialisty řadíme například geriatra, psychologa, psychiatra a neurologa. Specialista zhodnotí veškerá získaná vyšetření a popřípadě doplní o další potřebná vyšetření. Například o test MiniCog – baterie testů k posouzení kognitivních funkcí. Jedná se o test, který je podobný Clock testu, ale je doplněn o test zapamatování a vybavení slov. Existuje mnoho dalších obdobných testů, které jsou zaměřeny na orientační a neurologický stav, a stav soběstačnosti. Záleží na zvyklostech pracoviště. Dále se pacient posílá na zobrazovací vyšetření mozku. V případě, že lékař vyhodnotí, že se jedná o poruchu kognitivních funkcí a stanoví pravděpodobnou příčinu, je nutné nastavit pacientovi adekvátní léčbu a seznámit ho a jeho rodinu o případných opatření v rámci ochrany jeho bezpečí (Novák, 2012; Hauke, 2017, s.30-31).

3.3 Zobrazovací metody

Mezi zobrazovací metody řadíme základní zobrazovací vyšetření mozku, zejména se jedná o CT (počítačová tomografie) a MR (magnetická rezonance). CT vyšetření slouží zejména k vyloučení jiné příčiny (jako jsou cévní mozková příhoda, tumory, chronický subdurální hematom a další), než dříve vyšetřované poruchy kognitivních funkcí. K přesnější vyšetřovací metodě se řadí magnetická rezonance. A v neposlední řadě zde řadíme EEG (elektroencefalografie), která zkoumá mozkovou aktivitu (Hauke, 2017, s.31-32; Franková, 2018, s.50).

3.4 Laboratorní vyšetření

Laboratorní vyšetření je součástí základního diagnostického procesu, které prokazují, že kognitivní funkce mohou být ovlivněny dekompenzací či progresí dalších onemocnění, jako jsou hypertenze (následky vysokého krevního tlaku), diabetes (cukrovka), srdeční selhání, anémie (nedostatek červených destiček), atd. Další podstatnou nemocí je deprese, která může demenci imitovat či zhoršit její klinický obraz a průběh (Hauke, 2017, s.30-31).

Biochemické markery z periferní krve se podílejí na patofyziologii neurodegenerativních poruch. Lze zde zařadit absorpci serotoninu do krevních destiček, aktivitu monoaminoxidázy a plazmatické koncentrace homocystinu a kortizolu. Zvýšená koncentrace kortizolu může způsobit poškození mozkových struktur zahrnutých v regulaci osy HPA (Hypotalamicko-Pituitární-Adrenalinová osa). Nedostatek vitamínů B 9 a B 12 mohou přispívat ke vzniku a progresi neuropsychiatrických onemocnění (Zvěřová, 2017, s.55). Na některých klinikách se provádí vyšetření mozkomíšního moku, kdy se odebere mok z páteřního kanálu, ale mezi pacienty není populární. Odběr mozkomíšního moku prokáže, zda je v krvi přítomna bílkovina beta-amyloid (Hort, 2018, s.14).

4 RIZIKOVÉ FAKTORY A MOŽNOSTI PREVENCE DEMENCE

Existují rizikové faktory, které dokáží v konečném důsledku vyvolat onemocnění demence. Nejčastější rizikové faktory jsou genetické predispozice, úrazy, vysoký věk, psychické a fyzické zátěže. Tyto faktory z velké části zahrnují nezdravý životní styl, rizikový způsob života (promiskuita, užívání drog), alkoholismus, kouření, neléčitelné deprese či metabolické poruchy (diabetes), obezita, nadměrný stres (Hauke, 2017, s.43). Hlavní změnou je především ukládání amyloidu v mozku (Česká alzheimerovská společnost 2017). Některé výzkumy, které zatím nejsou potvrzeny uvádějí, že existují i možné rizikové faktory. Řadí se zde tzv. perinatální faktory, které zahrnují porodní váhu, nitroděložní vývoj, počet sourozenců či pořadí narození. Dále uvádějí, že s vyšším rizikem výskytu demence může být i smrt rodičů v dětství (Zvěřová, 2017, s.23). Samotné onemocnění nebo zdraví je výsledkem všech těchto rizikových faktorů, které se kumulují nebo naopak vykompenzují (Hort, 2018, s.12).

Prevenzi lze rozdělit na primární (u lidí, kteří demencí nejsou postiženi) a sekundární (u lidí s demencí). Ale prevence jako taková, jak předcházet onemocnění neexistuje. Avšak vědecké důkazy prokazují, že přiměřená psychická a fyzická aktivita, čerstvá a pestrá strava s obsahem flavonoidů obsažených v kávě, čaji, kurkumě, jsou důležité pro prevenci (Česká alzheimerovská společnost, 2017). Dále se doporučuje konzumovat dvě až tři porce zeleniny a ovoce za den a zahrnout do svého jídelníčku konzumaci ryb, které vedou ke snížení rizika rozvoje kognitivních poruch. Demenci lze také ovlivnit sociálními faktory, například stupněm dosaženého vzdělání, sociální interakcí či spirituálními aktivitami. Dosažením vyššího stupně vzdělání, kvalifikace v průběhu života, hraje významnou ochrannou roli v rozvoji kognitivních poruch. Je důležité udržovat sociální kontakty s přáteli. Například v oblasti sociálních vazeb seniorů je důležité zvýšit a zintenzivnit jejich sociální zapojení (výroba produktů v dílnách, vaření, pletení, čtení atd.) (Novák, 2012) Z farmakologického hlediska byl prokázán efekt u konzumaci ginkgo biloby (Česká alzheimerovská společnost, 2017). U depresivních pacientů je jediná léková skupina, která při dlouhodobém užívání vykazuje snížení výskytu demence, a to jsou antidepresiva (Novák, 2012).

5 TERAPIE DEMENCE

V dnešní moderní době na demenci zatím neexistuje žádný lék, který by onemocnění zastavil nebo spolehlivě vyléčil. Lze však včasnou terapií zpomalit její průběh. Cílem je zmírňovat příznaky a oddalovat těžké fáze onemocnění. Léčba musí probíhat komplexně. Komplexní léčba zahrnuje péči o celkový tělesný stav, aktivní terapii, úpravu prostředí a farmakologickou léčbu. Farmakologickou léčbu lze rozdělit na kognitivní farmakoterapii a nekognitivní farmakoterapii.

5.1 Kognitivní farmakoterapie

Kognitivní farmakoterapie ovlivňuje především porušené poznávací funkce. U lehkých až středních stádií Alzheimerovi choroby se používají základní léčiva tzv. inhibitory acetylcholinesterázy. Acetylcholinesteráza je enzym, který odbourává z jeden z nejdůležitějších přenašečů vzruchů – acetylcholin. Tato látka přispívá k udržení paměťových funkcí. Když zvýšíme hladinu acetylcholinu v mozku, dosáhneme zablokováním cholinestázy. Do skupiny inhibitorů řadíme: Donepezil, Rivastigmin a Galantamin.

U těžších stádií Alzheimerovi choroby se využívá látka, která působí přes jiný systém mozkových přenašečů vzruchu. Tato látka se nazývá memantin. Memantin z části blokuje receptory „*Signální molekuly, na které se na nervové buňce vážou přenašeče vzruchu, a následně dojde k přenosu vzruchu s přenosem informace uvnitř nervové buňky na různých úrovních*“ (Jiráková a kol., 2009, s. 88). Tato látka působí neuroprotektivně, tedy chrání nervovou buňku před škodlivinami a zároveň zlepšuje schopnost zapamatování si. Možné vedlejší účinky podání memantinu jsou bolesti hlavy, závratě, halucinace, útlum (Franková, 2018, s.50). Existují látky, které likvidují volné kyslíkové radikály. Mezi tyto látky řadíme peroxidy, hydroxilové ionty a další. Volné kyslíkové radikály jsou látky, které se při látkové přeměně vytvářejí a žijí krátkou dobu. Jsou organizmem používány jako stavební jednotky nově vznikajících látek a jejich funkcí je například přenos informací. Při léčbě demencí jsou používány farmaka, které tyto volné kyslíkové radikály chytají a likvidují. Řadíme zde například vitamín C, vitamín E, selen, betakaroten atd. Nicméně se používají spíše jako doplněk. Dále se používají nootropika a další jim podobné, které v první řadě zlepšují mozkovou látkovou přeměnu. Tyto látky upravují využití glukózy, která je velmi důležitá pro funkčnost mozku a zároveň působí proti nedostatku kyslíku (Jiráková a kol.,

2009, s. 88-90), (Česká alzheimerovská společnost, 2016). Po podání kognitiv lze očekávat přechodné zlepšení kognitivních funkcí na cca 6. – 12. měsíců, oddálení nástupu nejtěžšího stádia a prodloužení aktivního života (Franková, 2018, s.50; Novák, 2012).

5.2 Nekognitivní farmakoterapie

Nekognitivní farmakoterapie má vliv na poruchy vnímání, spánku, změny nálad. Využívají se zde látky, které tiší neklid, jsou to látky tzv. antipsychotika 2. generace a vykazují minimum nežádoucích účinků. Dále jsou používány antidepresiva (proti depresi) a anxiolytika (proti úzkosti) (Jiráček a kol., 2009, s.90).

Existuje jeden nadějný objev, který je momentálně ve fázi testování. Vyvíjí ho ve Švýcarsku. Testování probíhalo na zdravých devadesátiletých a stoletých lidí a vědci zjistili, že tito lidé v mozku nemají bílkovinu beta-amyloid. Dále zjistili, že za nepřítomnost beta-amyloidu jsou odpovědné protilátky zkoumaných lidí (Hort, 2018, s.13).

6 KOMUNIKACE S PACIENTY S DEMENCÍ

K pacientům s demencí je důležité přistupovat individuálně a trpělivě. Snažit se pátrat po tom, co potřebují nebo si přejí. Komunikace se nevztahuje pouze na rozhovor, sdělování a přijímání informací, ale také na rozpoznávání potřeb pacienta a zajistit mu kvalitní a spokojený život. Tyto fakta jsou předpokladem pro předcházení problémového chování. Demence neznamená ztrátu smyslu pro humor a měli bychom mít na mysli, že je nemocný přes to jedinečná lidská bytost. Komunikace obsahuje 3 základní složky: verbální (řeč mluvená či psaná), neverbální (vzdálenost, postoje, pohled očí, mimika), paraverbální (intonace, tón a síla hlasu). Slova jsou velmi důležitá, ale především je důležitý obsah a složky komunikace. Především v té době, kdy člověk s demencí nerozumí tomu, co mu chceme sdělit. Proto je na místě se snažit, aby nám ten člověk rozuměl. Komunikace musí probíhat v partnerské linii. Měli bychom být empatičtí, trpěliví, aktivně naslouchat a porozumět mu. Přizpůsobit řeč jeho chápání, mluvit pomalu a artikulovat, udržovat oční kontakt.

6.1 Zásady správné komunikace

Předpoklad každé úspěšné komunikace je aktivní komunikace. Při komunikaci je podstatné zajistit klidné prostředí, kde se pacient bude cítit dobře a v bezpečí. Omezit rušivé elementy jako je hluk z rádia, z ulice či hovor z dalších osob. Tento rušivý element by narušoval pozornost pacienta, která je již omezená. Pracovník by si měl zjistit zda má pacient problémy se sluchem, popřípadě se tomu přizpůsobit. Měl by při komunikaci zachovat klid a vést rozhovor vhodným způsobem. Mluvit klidným, melodickým hlasem, nezvyšovat hlas nebo se chovat dominantně. Každá konverzace by měla odpovídat věku a schopnostem pacienta. Komunikace musí probíhat na partnerské úrovni. Při oslovování jména dbáme na správné mravy, např. paní Nováková, paní Marie. Všechny tyto kroky vedou k zachování úcty, důstojnosti pacienta. Pracovník by měl mít na mysli, že je pacient schopný o sobě rozhodovat sám. Například, když by už nechtěl v konverzaci pokračovat, má právo jej ukončit. Veškeré prováděné činnosti (postupy), by měli být slovně doprovázeny, aby pacient byl informován, co se děje. Otázky typu, proč by neměli být pokládány lidem s demencí. Pacienti této otázce nerozumí.

Metody aktivního naslouchání zahrnují oceňování, parafrázování, zrcadlení emocí a nakonec shrnování. Oceňování vede ke zvýšení sebedůvěry a zplnomocňování pacienta. Je to důležitý krok pro navozování důvěry. Oceňování musí být pravdivé, pokud to tak nebude, pacient v pracovníkovi ztratí důvěru. Parafrázování znamená, že pracovník v průběhu rozhovoru přeformuluje to, co mu pacient řekl a nabídne mu zpětnou vazbu. Zrcadlení emocí doprovází rozhovor a vytváří prostor pro další jednání. Na konci každého rozhovoru je správné veškeré sdělené informace shrnout. Tím se obě strany ujistí, že si porozuměly (Hauke, 2017, s.67-75; Jiráček a kol., 2009, s.108-115).

6.2 Chyby v komunikaci

S postupem onemocnění dochází ke zhoršení komunikace. Nejdříve dochází k poruše verbální komunikace. Dochází ke zhoršení artikulace, mluví pomalu, nejsou schopni sestavit větu a najít správná slova, nejsou schopni jednoznačně vyjádřit, co by rádi. Často nejsou schopni udržet pozornost, zapomínají, co řekli, dochází k narušení přijímání a zpracování informací. Následek toho, že nám nerozumí, může být zmatený, úzkostný, plačtivý a také agresivní.

Oční kontakt

Často se stává, že nedochází k očnímu kontaktu mezi pacientem a pečujícím. Pokud nám záleží na kvalitě pacientova života, je při komunikaci oční kontakt důležitý. Oční kontakt dává najevo důvěru a že je názor pacienta zajímavý.

Omezená řeč

Někteří neberou ohled na omezenou řeč. Že nejsou schopni sestavit smysluplnou větu nebo zapomenou co, chtěli říct. Proto by měl pečující tato omezení zohledňovat a flexibilně reagovat.

Negativní gesta

Občas někteří pečující za pomoci gest reagují na chování pacientů. Používají jednoznačná gesta, která i lidem s demencí ukazují, co si pečující o nich myslí, o jeho jednání či o dané situaci. Např. povýšený povzdych, otočení se pryč, zvednutí rukou do výšky.

Neuvážené používání zdrobnělin

S pacienty bychom neměli nikdy mluvit jako s dítětem. Nepoužívat zdrobněliny typu „drahoušku“ nebo „zlatíčko“ (König, Zemlim, 2017, s. 51-57).

6.3 Komunikace s rodinou

Při zajišťování sociálních služeb je komunikace důležitá nejen s pacientem, ale i s jeho rodinnými příslušníky. Avšak někteří pracovníci neví, jak s nimi mluvit. Může nastat problém, kdy má rodina rozdílná přání od klienta. Přesto rodina patří do týmu, která pečuje o svého blízkého a je zdrojem podpory. Vztah pracovníka a rodiny by měl být na neutrální linii. Nastávají situace, kdy nelze klienta srozumitelně informovat o všech službách, které mu budou poskytnuty. V tomto případě je vhodné vše konzultovat s rodinou a informovat je o všech podmínkách. Poté se sledují a zapisují pocity spokojenosti a nespokojenosti klienta, popřípadě aby péče byla v souladu s potřebami klienta. Je důležité, aby sociální pracovník byl v neustálém kontaktu s rodinou. Rodinní příslušníci jsou nedílnou součástí při sběru informací o klientovi – jeho životní příběh, zájmy, stravovací návyky atp. Těmito informacemi lze klienta lépe poznat a zjistit jaký je člověk. Rodina má plné právo navštěvovat svého blízkého, dle libosti (Hauke, 2017, s. 80-84).

7 ORGANIZACE PÉČE O PACIENTY S DEMENCÍ

Důležité je vyhledat a přijmout nabízenou pomoc. Často se stává, že se v okolí nemocného najdou lidé (rodina, sousedé, přátelé), kteří by rádi dotyčnému pomohli, ale neví, kam a na koho se obrátit. Další formou pomoci se nabízejí svépomocné skupiny, které pečují o nemocné postižené demencí. Tyto skupiny se scházejí a sdělují si své problémy, zkušenosti, rady. Hledanou pomoc lze rozdělit na zdravotní péči a sociální služby.

7.1 Zdravotní péče

Do zdravotní péče řadíme vyšetření praktickým lékařem, psychiatrické vyšetření, neurologické vyšetření a zdravotnická zařízení. Je důležité včasné vyšetření praktickým lékařem, který dle svého zjištění, doporučí další postupy. Například návštěvu psychologa či návštěvu psychiatrické a neurologické ambulance. Psychiatrická ambulance je zařízení pro pacienty, kteří mají duševní onemocnění. Jsou to nemoci, které záporně ovlivňují myšlení, emoce a chování. Psychiatři lékáři mohou předepisovat léky na Alzheimerovu chorobu, stejně jako neurologové. V neurologické ambulanci se diagnostikuje a léčí onemocnění mozku a nervové soustavy. Hlavními cíli zdravotnických zařízení (nemocnic) poskytující služby je zajištění péče a podpory po dobu nezbytnou, než si zařídí sociální službu. Dále tyto služby zahrnují zachování soběstačnosti a kvality života, posílení či udržení orientace pacientů a jsou poskytovány pacientům s chronickým onemocněním nebo se zdravotním postižením, kteří potřebují pomoc jiné fyzické osoby. Nemocnice poskytují zdravotní péči na přechodnou dobu. Jakmile je možné, pacienti jsou propuštěni do sociálních zařízení či do domácí péče. Pokud nastane taková situace, že pacient není schopen se o sebe postarat nebo nemá zajištěné sociální zařízení, je možnost využít oddělení sociálních lůžek.

7.2 Sociální služby

Existuje mnoho služeb, které poskytují potřebnou péči. Sociální služby zahrnují například respitní péči, pečovatelskou službu, denní stacionáře, osobní asistence, denní/týdenní stacionáře, domovy se zvláštním režimem, odborné sociální poradenství, aj.

Respitní péče zajišťuje odpočinek pro rodinné pečující. Péče o svého blízkého je pro rodinné příslušníky fyzicky i psychicky zatěžující, proto jim tato služba

občas poskytne prostor pro oddech a osobní život. Dočasně převezme jejich pečovatelské povinnosti. Služba je buď terénní (probíhá v domácím prostředí a poskytuje ji pečovatelská služba či osobní asistent), ambulantní (probíhá v denních stacionářích) nebo pobytová (probíhá v pobytových zařízeních, kde jsou osoby krátkodobě ubytovány a je o ně postaráno, jsou to například týdenní stacionáře).

Denní stacionář poskytuje každodenní či občasnou péči a terapeutické programy. Tito lidé bydlí buď ve své domácnosti či chráněných bytech a do této služby dochází pouze na určitou část dne. Blízkým, kteří se o ně starají, často není umožněno pečovat 24 hodin denně, z důvodu pracovních vytíženosti. Hlavním cílem denních stacionářů je komplexní péče, rozvoj schopností a dovedností klienta a zajištění sociálních kontaktů.

Domov se zvláštním režimem je ústavní zařízení pro dlouhodobou péči, popřípadě pro trvalý pobyt. Jsou tu poskytovány služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění, osobám s Alzheimerovou chorobou a lidem s onemocněním demence. Tito lidé potřebují neustálou péči. Hlavním cílem je zajistit a vytvořit klientům pohodové, příjemné a důstojné prostředí pro jejich život a do jisté míry nahradit jejich domácí prostředí. Tato služba umožňuje klientům kontakt s rodinou a snaží se o maximální zapojení do běžného společenského prostředí (Česká alzheimerská společnost, 2017; (Česká alzheimerská společnost, 2015).

7.3 Financování, nadace, společnosti

Jakékoliv dlouhodobé onemocnění s sebou přináší změny v dosavadním životě (fungování) nemocného, pečujícího, včetně všech členů rodiny. Dlouhodobá léčba z hlediska financí je velmi nákladná. Proto existují instituce, které poskytují příspěvky osobám, které potřebují pomoc druhé osoby na zvládnání základních potřeb. Vše v domácnosti by se mělo přizpůsobit potřebám nemocného, komfort a jednoznačně bezpečí. Měla by se provést opatření v oblastech financí, bydlení a péče.

7.3.1 Financování

Každé onemocnění s sebou přináší ztráty finančních prostředků. Někdy jsou až tak vysoké, že mohou přivést pečujícího do velkých finančních problémů. Je vhodné si promyslet svou finanční situaci a na základě těchto zjištěných informací

uhotovit dlouhodobý finanční plán. Každý nemocný nad 60 let dostává starobní důchod popřípadě i vdovský/vdovecký důchod, invalidní důchod. Nejen těchto dávek, má každý nemocný právo na příspěvek na péči, ošetřovné, mobilitu, příspěvek na zakoupení speciálních pomůcek, na bydlení. Na základě písemné žádosti, lze žádat o přiznání příspěvku na péči (Česká alzheimerská společnost, 2017; Hauke, 2017, s.233-235).

Příspěvek na péči slouží k zajištění péče dlouhodobě nemocné osobě, z důvodu snížené schopnosti se postarat o sebe a svou domácnost. Pro posouzení stupně závislosti se hodnotí schopnost zvládat základní životní potřeby, jako je mobilita (vstávání, usedání a stoj, chůze po rovině a schodech), orientace (sluchem, zrakem, v místě, čase a prostoru) komunikace (srozumitelné vyjadřování, chápání přijímaných informací, psát krátké zprávy), stravování (najíst a napít se sám, nalít si nápoj), oblékání a obouvání (samostatně se obouvat a oblékat, výběr oblečení), hygiena (soběstačný, dopomoc, závislý na jiné osobě, použití WC) aj. Příspěvek na péči je dávka, kterou poskytuje odbor sociální péče a jeho výše je stanovena pro osoby starších 18 let ve čtyřech stupních.

- I. Stupeň – lehká závislost – 880 Kč. Každodenní pomoc, dohled při dlouhodobém nezvládnání třech až čtyřech základních životních potřebách.
- II. Stupeň – středně těžká závislost – 4 400 Kč. Každodenní pomoc, dohled při dlouhodobém nezvládnání pěti až šesti základních životních potřebách.
- III. Stupeň – těžká závislost – 8 800 Kč. Každodenní pomoc, dohled při dlouhodobém nezvládnání sedmi až osmi základních životních potřebách.
- IV. Stupeň – úplná závislost – 13 200 Kč. Každodenní pomoc, dohled při dlouhodobém nezvládnání devíti až deseti základních životních potřebách.

Z tohoto příspěvku lze hradit péči, kterou poskytuje buď rodinný příslušník, asistent sociální péče (blízká osoba, soused) a registrovaná sociální služba. Tyto

dávky lze uplatnit i na zajištění nákupů (stravy), léků, kompenzačních pomůcek, pomoc s hygienou, pomoc s domácností, kadeřnické a pedikérské služby aj. Příspěvek se vyplácí každý měsíc na účet příjemce nebo poštovní poukázkou (Hauke, 2017, s.235-239; Česká alzheimerovská společnost, 2017).

7.3.2 Nadace, společnosti

Největší společností zabývající se problematikou demence a alzheimerovy nemoci v České republice je Česká alzheimerovská společnost (ČALS). Tato společnost vznikla v roce 1999 jako občanské sdružení, ale až v roce 2014 se jí formálně podařilo dokončit transformaci na obecně prospěšnou společnost. ČALS poskytuje sociální poradenství, informační materiály a pořádá projekt Dny paměti. Většina projektů je financována z veřejných prostředků z dotací a grantů MPSV ČR a MT ČR, nebo ze soukromých finančních darů firem (jakou je společnost Henkel či Nadace České spořitelny) či individuálních dárců. ČALS můžeme najít na dvaceti pěti kontaktních místech ve všech krajích. V rámci poskytování té nejkvalitnější péče ČALS vytvořila certifikační systém Vážka (Česká alzheimerovská společnost, 2015; Česká alzheimerovská společnost, 2017).

Další společnosti poskytující pomoc nemocným jedincům: Asociace medicíny proti stárnutí ČR, Česká asociace pro psychické zdraví, Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením v ČR a Svaz pacientů ČR (Callone a kol., 2008, s. 115-116).

8 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O PACIENTA S DEMENCÍ

8.1 Práva pacientů s demencí

V prvé řadě si každý musí uvědomit, že i pacient s demencí má stejná práva jako zdravý člověk. Pečující osoba se někdy dostane do situace, kdy se rozhoduje, či práva jsou důležitější. Nicméně, pečující by se měl o nemocného starat, tak jako o sebe.

V počátečních stádiích onemocnění je soběstačnost částečně zachována. Pacienti ve složitějších situacích potřebují pomoc a podpořit při rozhodování v těžkých životních situacích, popřípadě zajištění majetku do budoucna. Pokud pacient žije ve funkční rodině nebo je v péči blízké osoby, tak tyto věci mohou být do jisté míry zajištěny. V pokročilém stádiu pacienti nejsou plně orientováni a jsou omezeni v soběstačnosti. Tím pádem jsou ohroženi v oblasti finančního zajištění, v rozhodování o svém zdravotním stavu, majetku atd. Nicméně i duševně nemocný člověk, má právo se rozhodovat a je potřeba ho ochraňovat.

Nový občanský zákoník uvádí nový pohled na právní ochranu. Nyní není možné člověka zcela zbavit svéprávnosti, pouze omezit. Omezení svéprávnosti lze pouze tehdy, kdy by člověku hrozila závažná újma a pokud nestačí méně omezující opatření. Poté soud určí, v jakém rozsahu omezí způsobilost člověka a na základě rozhodnutí soud určí člověku opatrovníka (rodinný příslušník, sociální služby) (Rusina a kol., 2014, s. 170; Hauke, 2017, s. 165-168).

8.2 Seznam práv lidí s demencí

1. Pacient má právo být informován o své diagnóze.
2. Pacient má právo zdát jméno ošetřujícího lékaře.
3. Pacient má právo se rozhodovat samostatně (pokud je toho schopen).
4. Pacient má právo odmítnout léčbu a nebyť pod vlivem psychotropních léků.
5. Pacient má právo každodenního kontaktu s rodinou a svými blízkými.

6. Pacient má právo na duchovní podporu, včetně kulturních a náboženských zvyklostí.
7. Pacient má právo být ošetřován zkušenými pracovníky, kteří jsou vyškoleni pro péči o pacient s demencí.
8. Pacient má právo vyjadřovat své pocity a být brán vážně, respektován.
9. Pacient má právo žít v bezpečném a příjemném prostředí.
10. Pacient má právo pravidelně chodit ven.
11. Pacient má právo na nedotknutelnost a soukromí. Omezen může být pouze v případě daným zákonem (Hauke, 2017, s.167; Callone a kol., 2008, s.37).

8.3 Ošetřovatelská péče

Při ztrátě soběstačnosti je zapotřebí pomoc druhé osoby v běžných životních činnostech. Péči mohou poskytovat buď rodinní příslušníci (blízká osoba) nebo poskytovatelé sociálních služeb. Péče by měla být individuální. To znamená, přistupovat k člověku s demencí jednotlivě a brát v potaz osobní potřeby klienta. Cílem individuální péče je umožnit vést běžný život a aby se klienti cítili spokojeni. Plánování individuální péče je důležitá metoda pro pečující osobu (pečovatele), která mu umožňuje zachycovat veškeré informace o člověku, který ztrácí kognitivní funkce. Míra naplnění individuálních potřeb klienta se odráží i v komunikaci, např. správné oslovení klientů jménem, zapojení klienta do společnosti. A dále se také odráží v nejmenších detailech péče, např. zda se pečovatelka dostatečně věnuje klientovi, reaguje na jeho otázky, pokud se mu při komunikaci dívá do očí, doprovodí klienta na pokoje aj. Veškeré tyto informace jsou odrazem kvalitní ošetřovatelské péče, a vedou s seberealizací klienta a zachování jeho důstojnosti (Česká alzheimerovská společnost, 2016; Hauke, 2017, s.248).

8.3.1 Hygiena a používání toalety

Lidé s onemocněním demence často podceňují potřebu se mýt a postupem onemocnění zapomenou, jak se to dělá. Je důležité dodržovat návyky spojené s mytím. Například ráno po probuzení, pečlivě omýt oči a intimní partie (pokud se neprovádí celková koupel), vyčistit zuby, učesat vlasy. Pokud se provádí celková koupel,

buď ve sprše nebo ve vaně, je nutné dbát na svou a klientovu bezpečnost (madla, protiskluzové podložky). Při ranní hygieně je vhodné umožnit klientovi, aby sám použil hygienické pomůcky (žínka, hřeben aj.) Pokud klient odmítá koupel, nenutíme ho, může si ji užít později. Při celém procesu hygieny je důležité dodržovat intimitu klienta (zajištění soukromí a zahalení intimních částí).

Lidé s demencí ztrácí schopnost poznat, kdy a kam si mají zajít na WC. Někdy se stává, že klient oddaluje odchod na toaletu a tím může dojít k nechtěnému úniku moče či stolice. Pečující by se na klienta neměl zlobit a měl by se naučit vypozorovat signály, které upozorňují na možnou potřebu se vyprázdnit a doprovodit klienta na toaletu. Je vhodné přistupovat ke klientům ohleduplně a taktně. Chození na toaletu by se mělo stát součástí každodenního rituálu. Dveře od toalety by měly být zřetelně označeny symbolem „WC“ či obrázkem. Pokud je možné, je dobré nechat dveře od toalety otevřené, aby je klient, co nejlépe našel a zabezpečit dveře proti zamknutí zevnitř. Před spaním je vhodné omezit příjem tekutin. Pokud je klient plně mobilní je dobré nechat pootevřené dveře do pokoje a nechat na toaletě rozsvíceno. A pokud je klient méně soběstačný nebo ležící jsou k dispozici inkontinenční pomůcky (Česká alzheimerovská společnost, 2017, Hauke, 2017, s. 262-263).

8.3.2 Stravování

Mezi základní lidské potřeby je příjem potravy. Často lidé s demencí se zapomínají najíst nebo zapomněli, že už jedli. Proto je důležité toto kontrolovat, protože zde hrozí z nedostatku příjmu potravy malnutrice (podvýživa) nebo naopak z vysokého příjmu potravy obezita. Jídlo by mělo být podáváno pravidelně, dle zvyklostí a diety klienta. Pokud je klient schopen, měl se snažit jíst příborem, pokud to nezvládá, je žádoucí připravit mu jídlo, tak aby ho mohl jíst lžící. Pokud má klient problém s polykáním, mělo by se dbát, aby strava byla měkká či kašovitá. Existují výživové doplňky (nutridrinky, nutrikaše), které obsahují bílkoviny, minerály, stopové prvky, cukry, tuky, a jsou k dostání v každé lékárně. Je důležité dodržovat pitný režim. Nejčastější chybou, kterou pečující dělají, je neustálé pobízení nemocného k pití a že nemocní musejí vypít 1,5 až 2 litru za den. Nicméně to není správný přístup. Nejlepší řešení je takové, postavit na stůj nádobu s pitím a každý, kdo je schopen, si naleje. A těm, kdo jsou méně soběstační nebo nesoběstačný, postupně

nalejeme tekutinu (2x za hodinu) (Česká alzheimerovská společnost, 2017; Hauke, 2017, s. 265; König, Zemlin, 2017, s. 92).

8.3.3 Smyslová aktivizace

Aktivizace znamená aktivovat čili přimět člověka k činnostem. Smyslová aktivizace znamená, uvedení do pohybu pomocí smyslů (čich, chuť, zrak, hmat, sluch) Pro člověka s demencí je důležité poskytnutí smysluplných aktivit. Aktivitu řadíme mezi nejlepší terapeutické prostředky, které pozitivně působí na jeho duši a na uspokojení jeho základních potřeb. Správně zvolenými činnostmi se dá předcházet depresím, nervozitě či neklidu. Cíle smyslové aktivizace je například aktivizace pohybového ústrojí, orientovat se v ročním období (teplo, zima), zručnost, navozování sociálních kontaktů, podpoření jemné a hrubé motoriky atd. Krátkodobá aktivizace lidí s demencí by měla trvat cca 15 minut, protože po čtvrt hodině už lidé přestávají vnímat a je to pro ně zatěžující. Klient by měl mít dostatečný prostor a čas pro slovní vyjádření, vyjádření pocitů či vyprávění příběhů ze života. Během rozhovoru (činností) je vhodné se vyhnout tématům, jako jsou války, politika atd. Mezi smyslovou aktivizaci řadíme muzikoterapii, zpívání, výroba z papíru, vaření a pečení aj (Wehner, Schwinghammer, 2013, s.11-35).

PRAKTICKÁ ČÁST

9 FORMULACE PROBLÉMU

Demence jsou řazeny mezi organické duševní poruchy, které vznikají v důsledku degenerativních onemocnění, vaskulárních a dalších poruch nervového systému (nejčastěji Alzheimerova choroba, porucha cévního zásobení mozku). Nejzranitelnější část mozku je mozková kůra. Demence není součástí procesu stárnutí. V současné době je toto onemocnění nevyléčitelné. Ale farmakologickou léčbou se dá zmírnit progresse onemocnění a na určitou dobu zachovat soběstačnost člověka.

Při svých praxích ve zdravotnickém zařízení jsem se setkala s několika lidmi, kteří měli diagnózu demence, především v sociálním zařízení, domovem se zvláštním režimem, kde jsou zaměřeni na toto onemocnění. Jelikož se mi v tomto zařízení zalíbilo a problematika onemocnění mě zaujala, začala jsem zde i pracovat. Toto téma mě zaujalo natolik, že jsem si ho vybrala jako téma své bakalářské práce. Cílem bakalářské je objasnit zkušenosti a názory rodin, které mají či měli možnost pečovat o jedince s demencí. Jak moc jsou příbuzní informováni o změnách, které mohou nastat s tímto onemocněním?

9.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Hlavní cíl výzkumu

Cílem mé bakalářské práce je zmapovat zkušenosti a názory rodin, kteří pečují či pečovali o příbuzné s demencí.

Dílčí cíle

1. Zjistit, zda-li jsou rodiny informovány o možnostech finanční pomoci a do jaké míry.
2. Vytvořit edukační letáček pro rodiny o zařízení bezpečnosti domácnosti.

Výzkumné otázky

1. Jak lze vytvořit pro lidi s demencí bezpečné domácí prostředí?
2. Znají rodiny klientů možnost čerpání (finančních) sociálních dávek?

3. Využívají rodiny propustky klientů? Jak často?

9.2 Charakteristika sledovaného souboru

Cílovou skupinou mého výzkumu jsou rodinní příslušníci klientů (jeden muž a dvě ženy) v sociálním zařízení. Tuto skupinu tří respondentů jsem si vybrala záměrně, protože jsou to rodinní příslušníci a byli se svými příbuznými v úzkém kontaktu. Po určitou dobu je měli ve svých domovech a starali se o ně. Poskytovali jim veškerou péči, jak psychickou, tak i sociální podporu. Zaměřila jsem se tedy na jejich zkušenosti s péčí, jak dlouho se o své příbuzné starali, zda-li dokázali vytvořit bezpečné prostředí pro příbuzné z hlediska pádu a zranění.

9.3 Metodika práce

Metodou mého výzkumu je kvalitativní typ sběru dat, pomocí rozhovoru a kazuistiky.

Tyto data jsem sbírala za pomoci polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovor obsahoval předem připravených 19 otázek a každý rozhovor byl zaznamenán na diktafon. Anonymita respondentů byla vždy dodržena. Respondenti byli seznámeni s nahráváním a vždy měli možnost na danou otázku neodpovědět či rozhovor ukončit. Rozhovor probíhal v sociálním zařízení domova za příjemné a klidné atmosféry. Snažila jsem se reagovat na podněty samotných respondentů.

Zpracovala jsem dvě kazuistiky a následně je srovnala. U dvou vybraných pacientů jsem podrobně popsala jejich anamnézu (osobní, rodinnou, alergologickou, farmakologickou atd.), fyziologické funkce, stav vědomí, jak se klient projevoval a jeho změny chování, vztahy v rodině aj. Dále jsem vypracovala funkční model zdraví podle Gordonové a plán ošetřovatelské péče.

9.4 Organizace výzkumu

Výzkum probíhal v průběhu měsíců srpen 2018 až prosinec 2018. Rozhovor a kazuistiky jsem prováděla v sociálním zařízení, v domově se zvláštním režimem a většinou trval přibližně 1 hodinu. Čas jsem vždy přizpůsobila tomu, jak se rozhovor rozvíjel. Vedení domova jsem předložila návrh informovaného souhlasu o povolení provádět výzkum. Následně jsem dostala povolení ho uskutečnit. Respondent byl edukován o průběhu a možnosti ukončení rozhovoru. Dále jsem respondenta edukovala o tom, že zjištěné informace slouží pouze pro účely bakalářské

práce a nebudou nijak zneužity či publikovány. Následně respondenti podepsali informované souhlasy.

10 ZPRACOVÁNÍ PRAKTICKÉ ČÁSTI

Ve své bakalářské práci se zabývám ošetrovatelskou péčí o pacienta s demencí z pohledu rodinných příslušníků a jeho problematikou. Toto téma jsem si vybrala, protože mě zajímaly zkušenosti s péčí a názory rodin, které se staraly či starají o blízkého. A také proto, že stoupá počet pacientů s onemocněním demence a je čím dál více obtížnější se o blízkého starat a zároveň pracovat. Podrobně jsem provedla rozhovory se třemi rodinnými příslušníky, kteří mají zkušenosti s péčí o svého blízkého. Dále jsem podrobně zpracovala informace o dvou pacientech, u kterých bylo diagnostikováno stejné onemocnění, jsou ubytováni v domově se zvláštním režimem.

Cílem mé práce bylo zmapovat zkušenosti a názory rodin, které pečovali či pečují o příbuzné s demencí. V praktické části jsem zvolila kvalitativní výzkum, kde data byla sbírána za pomoci rozhoru. Vypracovala jsem polostrukturovaný rozhovor o 19. otázkách. Rozhovor jsem provedla se třemi rodinnými příslušníky, kteří se dříve starali o svého blízkého v domácím prostředí a nyní jsou jejich blízcí ubytováni v domově se zvláštním režimem. Dále budou všichni tři příbuzní označováni jako respondentka 1., respondent 2. a respondentka 3. Všechny respondenty jsem seznámila s průběhem rozhovoru, o možnosti přerušení rozhovoru či neodpovězení na otázku. Následně mi všichni podepsali informované souhlasy o poskytnutí rozhovoru. Každému z respondentů byly položeny stejné otázky, které jsem následně porovnála.

10.1 Rozhovory

Otázka č. 1: Máte zkušenosti s péčí o rodinného příslušníka s demencí?

Všichni tři respondenti zodpověděli, že mají zkušenosti s péčí o svého blízkého. Že o blízké pečovali v domácím prostředí do doby, kdy to bylo v jejich silách. Respondentka č. 1 uvedla, že zpočátku propuknutí nemoci, nechávala svého manžela zapojovat se do běžných denních činností, jako bylo škrábání bramborů či uklízení. Respondent č. 2 uvedl, že se nyní musí starat o svého otce, u kterého se postupně demence projevuje. Nicméně, zdaleka ne tak agresivně, jako u jeho matky. O otce jsou ještě schopni se postarat. Respondentka č. 3 zkušenosti nemá.

Otázka č. 2: Byla ve Vaší rodině dříve diagnostikována demence?

Všichni respondenti se shodli, že u nich v rodině byla dříve demence diagnostikována. Respondentka č. 1 zodpověděla, že v její rodině dříve nebyla demence diagnostikována, nicméně ze strany manžela ano. Demence byla diagnostikována u jeho matky, ve věku 82 let. Respondent č. 2 uvedl, že demencí trpěla matka matky. A respondentka č. 3 uvedla, že demencí také trpí starší sestra matky.

Otázka č. 3: Věděl/a jste něco o tomto onemocnění?

Respondentka č. 1 uvedla, že onemocnění demencí existuje, ale netušila, co to obnáší. Naopak respondent č. 2 uvedl, že díky své matce, která byla lékařkou, o tom to onemocnění informace měl. Respondentka č. 3 uvedla, že o onemocnění věděla pouze obecné údaje, informace, ale poté co její matka onemocněla, začala se o něj více zajímat.

Otázka č. 4: Kdo z Vašich příbuzných je nyní v zařízení?

Respondentka č. 1 odpověděla, že má v zařízení manžela. Respondent č. 2 a respondentka č. 3 uvedli, že v zařízení mají své matky.

Otázka č. 5: Kolik mu / jí bylo let, když propukla nemoc?

Respondentka č. 1 odpověděl, že manželovi bylo okolo 60 let, když nemoc propukla. Respondent č. 2 odpověděl, že když propukla nemoc, bylo matce 74 let. Respondentka č. 3 uvedla, že nemoc začala, když matce bylo 70 let. Ale oficiálně byla nemoc diagnostikována ve věku 72 let.

Otázka č. 6: Preferujete raději domácí nebo ústavní péči?

Respondentka č. 1 odpověděla, že dříve pokud se příznaky nemoci daly zvládat, preferovala domácí péči. Nyní je ráda, za pomoc, kterou jí poskytlo zařízení se zvláštním režimem. Respondent č. 2 odpověděl, že preferuje domácí péči. Ale s postupující progresí onemocnění nebylo nadále možné se o matku starat. Je rád, že v tomto zařízení mohou matku navštěvovat kdykoliv chtějí. Naopak respondentka č. 3 udává, že preferuje pouze domácí péči. O domácí péči se snažila po dobu 3 let. Pro zhoršující zdravotní stav matky, byla nucena vyhledat odborné zařízení, zaměřující se na pacienty s demencí.

Otázka č. 7: Jak dlouho jste čekala v pořadníku na umístění?

Respondentka č. 1 udává, že neví, jak dlouho čekali. „*Ze zařízení mi asi 3x nebo 4x volali, že se uvolnilo místo, ale vždy jsem pokaždé odmítla, s tím že chci mít manžela ještě doma*“. V říjnu 2017 ji volali ze zařízení znovu a to už souhlasila. Respondent č. 2 uvedl, že čekali přibližně rok. Výhodou bylo, že matka pracovala pro charitu. Respondentka č. 3 uvedla, že v pořadníku čekali 16 měsíců.

Otázka č. 8: Co Vás přimělo k tomu, že jste se rozhodl/a sem Vaši matku / Vašeho otce, blízkého umístit?

Respondentka č. 1 odpověděla, že když se nemoc „*zdekompenzovala*“, nemohla svého muže nechat doma samotného. Musel s ní chodit i do obchodu, protože se bála, co by se mohlo bez její nepřítomnosti stát. Když nechala svého muže doma samotného, bála se, byla napjatá a spěchala zpět domů. Respondent č. 2 odpověděl, že už nebylo dál v jejich silách se o matku starat. Bylo pro ně těžké zkombinovat péči o matku a práci. Respondentka č. 3 uvedla, že ji přimělo k umístění celkové zhoršení zdravotního stavu matky, nutná 24 hodinová péče a pomoc ve více základních činnostech. Nebylo pro ni snadné zvládat a kombinovat s prací, i za pomoci asistenční služby.

Otázka č. 9: Jste spokojeni s péčí v tomto zařízení?

Všichni respondenti se shodli, že jsou s péčí v zařízení spokojeni.

Otázka č. 10: Jak jste poznala (první signál), že je s Vaší matkou / Vaším otcem, blízkým něco v nepořádku?

Respondentka č. 1 uvedla, že první příznaky u manžela se projevili asi v 60 letech, kdy začal zapomínat a to i v práci. Rozdělal nějakou práci, otočil se a pak to chtěl dodělat, ale poté zapomněl, co chtěl. Respondent č. 2 uvedl, že první ukazatel byl, že matka začala nepoznávat otce. Poté nervozita, netrpělivost a větší zapomínání. Respondentka č. 3 uvedla, že prvotním signálem byla ztráta orientace v běžných denních činnostech, včetně vaření. Například jak uvařit brambory, jak zapnout pračku atd.

Otázka č. 11: Jaký byl Váš další postup?

Respondentka č. 1 odpověděla, že nejdříve vzala manžela k praktickému lékaři, s tím že manžel zapomíná, načež lékař přiřknul zapomínání k věku. Díky snaše, které se zdravotní stav manžela nezdál, vzala muže k psychologovi. Ten provedl vyšetření a dále ho odkázal k neurologovi. V té době daný lékař, provedl muži lumbální punkci a zjistil, „že má manžel odumřelou polovinu mozkových blan. Poté bral manžel výzkumné tablety z Ameriky. Na určitý čas mu pomohli, ale nikdo pořádně nevěděl kolik miligramů té látky a placebo má užívat. Poté, co přestal užívat výzkumné léky, nastal rychlý pád“. Poté respondentka našla zařízení specializující se na lidi s demencí. Respondent č. 2 zavzpomínal a uvedl, že bylo provedeno mnoho vyšetření. Nejdříve vyšetření lékaři a poté konzultace se sociálními pracovníky. Respondentka č. 3 uvedla, že s matkou nejdříve navštívili neurologa a poté ordinaci psychiatra. Poté respondentka najala své matce „paní na hlídání“ a poté využili služeb asistenční služby.

Otázka č. 12: Co jste pociťoval/a, když jste zjistil/a, že u Vaší matky / Vašeho otce, blízkého je diagnostikována demence?

Respondentka č. 1 odpověděla, že se cítila nešťastná, plakala a cítila výčitky svědomí. Měla pocit, že manžela vyhání z domova. Respondent č. 2 odpověděl, že pociťoval smutek, ale že to považuje jako součást života. Ví, že je teď matka v zařízení spokojená a že je o ní dobře postaráno. Naopak respondentka č. 3 na tuto otázku neodpověděla, je to pro ni choulostivé a citlivé téma.

Otázka č. 13: Změnilo onemocnění blízkého Váš dosavadní způsob života (způsob, průběh)? A jak?

Respondentka č. 1 uvedla, že ji onemocnění manžela dosavadní život změnilo. Má teď více času a volnosti. Nemusí spěchat domů a může vyzkoušet oblečení v obchodech. Respondent č. 2 odpověděl, že když byla matka ještě doma, tak se vše točilo kolem ní. A pomoc a péči, kterou poskytuje zařízení, jim velice pomohlo. Nicméně to, pro jejich rodinu nebyla až taková změna. Respondentka č. 3 odpověděla, že onemocnění jí změnilo celý život. Musela přizpůsobit svůj život péči a rozsahu.

Otázka č. 14: Ovlivnilo onemocnění vašeho blízkého nějak Vaši finanční situaci? Zažádala jste si o nějaký příspěvek?

Respondentka č. 1 odpověděla, že o žádné příspěvky nezažádala, a ani pořádně neví, že nějaké jsou. Dále respondentka uvedla, že se snaží šetřit na elektřině a vodě. Má výhodu, že jí půlku částky na péči o manžela, dává dcera. Respondent č. 2 naopak uvedl, že cena pobytu v domově se skládá ze státního příspěvku a z celého důchodu matky. Takže se to finančně výrazně neprojeví. I respondentka č. 3 uvedla, že si zažádala o příspěvek na péči po konzultaci s ošetřující lékařskou matky.

Otázka č. 15: Berete si svou matku / svého otce, blízkého domů na propustku? (Vánoce, Velikonoce, svátky, víkendy, ..)

Respondentka č. 1 uvedla, že si manžela přímo domů nebere, ale na důležité události bere muže k dceři domů. A o víkendech si bere muže na propustku a jede s ním na zahradu k synovi a večer ho přiveze zpět do domova. Respondent č. 2 uvedl, že si matku dříve domů brali, ale poslední rok už ne, z důvodu zhoršené pohyblivosti a intenzivní péči to není možné. I respondentka č. 3 uvedla, že si svou matku domů nebere, z důvodu nemožnosti se o matku postarat a také z důvodu, že matka špatně snáší jakékoliv změny.

Otázka č. 16: Jak zvládáte její / jeho výkyvy chování (nálad)?

Respondentka č. 1 uvedla, že na změny nálad u muže byla zvyklá. Nyní se to zlepšilo. Je nevrlý jen tehdy, když mu respondentka chce vyměnit inkontinentní pomůcku. Respondent č. 2 odpověděl, že dnes je matka klidnější než dříve a když se jí něco nelíbí, tak je matka nevrlá a vzpírá se. Respondentka č. 3 uvedla, že si postupem času zvykla na výkyvy nálad a že se snaží nebrat si to osobně.

Otázka č. 17: Děláte doma nějaké bezpečnostní opatření k zabezpečení prostředí blízkého, aby nedošlo ke zranění? (dětské pojistky, prevence pádu, ..)

Respondentka č. 1 odpověděla, že odstranila koberec, aby o něj manžel nezakopl a zamykala dveře. Respondent č. 2 uvedl, že po většinu času s matkou někdo byl. Ale v noci zamykali vstupní dveře, aby matka neutekla a odstranili ostré

předměty z jejího dosahu. Respondentka č. 3 uvedla, že k zajištění domácnosti používala dětské pojistky, uzavírala plyn, schovala zápalky, zamykala dveře aj.

Otázka č. 18: Aktuálně, kdyby jste mohl/a, změnili byste něco na způsobu péče o příbuzného?

Respondentka č. 1 a respondent č. 2 se shodují, že by v životě nic neměnili, že to tak mělo být. Naopak respondentka č. 3 uvedla, že by změnila dobu času, kdy chodí matka spát.

Otázka č. 19: A co je pro Vás důležité téma, o čem byste chtěl / a mluvit?

Respondentka č. 1 a respondent č. 2 odpověděli na otázku, že je nic nenapadá. Naopak respondentka č. 3 odpověděla, že je důležitá dostupnost péče o staré a nemocné lidi v České republice. Dále je pro respondentku důležité zajištění odpovídající domácí péče, například terénní služby a více denních, týdenních stacionářů a respitní péče.

10.2 Kazuistika 1

10.2.1 Anamnéza

Žena ve věku 85 let, s diagnózou demence, byla přijata roku 2013, pro zhoršující se onemocnění, do domova se zvláštním režimem.

Osobní anamnéza

V mládí prodělala běžná dětská onemocnění. V mládí podstoupila chirurgické odstranění appendixu. Dále v průběhu života podstoupila operaci varixů na obou dolních končetinách a operaci adenomu levého prsu. V roce 1989 prodělala zlomeninu dvou prstů na PHK, poté co ji srazil automobil. Od roku 2008 je v péči psychiatrického lékaře, nejprve pro rozvoj depresivního syndromu a poté pro demenci smíšeného typu, při Parkinsonově nemoci. Nyní je onemocnění ve stádiu progresu. V roce 2010 podstoupila CT mozku. Další lékařské diagnózy: Parkinsonova nemoc, depresivní fáze, esenciální (primární) hypertenze.

Rodinná anamnéza

Pacientka je vdaná. Otec zemřel v 80 letech na karcinom prostaty, matka zemřela v 76 letech a byla jí diagnostikována demence. Má jednu sestru, u které byla zjištěna slepota a hluchota. Pacientka má jednoho syna, který je zdravý.

Gynekologická anamnéza

První menstruace nastoupila ve 12 letech. Porod proběhl spontánně, bez komplikací. Potraty nepodstoupila žádné. Dříve na gynekologické prohlídky docházela pravidelně, nyní pouze při obtížích. Pacientka prošla klimakteriem.

Pracovní anamnéza

Vystudovala lékařskou fakultu. Pracovala jako lékařka. Dnes je v důchodu.

Sociální anamnéza

Bydlí v domově se zvláštním režimem. S manželem a rodinou jsou v kontaktu.

Alergická anamnéza

Neguje.

Abusus

Pacientka nekouří, nepije a neužívá drogy.

Farmakologická anamnéza

Gerodorm 40 mg tbl 0 – 0 – 0 – 0,25 při nespavosti

Isocom 250 mg tbl 1 – 1 – 2 – 2

Mirzaten oro tab 15 mg tbl 0 – 0 – 0 – 1

Lactulosa biomedica 500 ml 1 – 1 – 1 lžíce

Omeprazol mylan 20 mg 1 – 0 – 0

Perindopril mylan 4 mg tbl 1 – 0 – 0

Vasopirin 100 mg tbl 0 – 1 – 0

Verospiron tbl 0,5 – 0 – 0 – 0

10.2.2 Fyzikální vyšetření

Celkový stav a vzhled: Pacientka je dezorientována, neorientuje se v místě, čase, prostoru a osobou. Shrbená, není schopna samostatného stoje, stoj a chůze s dopomocí. Není dehydratována, moč odchází spontánně, odchod stolice nepravidelný. Kožní turgor normální.

Hlava: Pokleповě nebolestivá, bez deformit, volně pohyblivá, zornice isokorické (stejně velké zornice).

Krk: Štítná žláza nezvětšena, nehmatné uzliny.

Hrudník: Srdeční akce pravidelná, klidná, dýchání čisté.

Horní končetiny: Bez patologického nálezu, bez deformit.

Dolní končetiny: Pulzace na periferiích, hmatné, drobné varixy.

Páteř: Pohyby omezeny všemi směry, patrná hyperkyfóza (deformita hrudní páteře, tzv. kulatá záda).

Krevní tlak: 100/50

Pulz: 70 / min

Váha: 36,2 kg

Výška: 150 cm

BMI: 16,0 (těžká podvýživa)

TT: 36,2 °C (normotermie)

10.2.3 Barthelův test základních denních činností

1. Najedení a napití – neprovede – 0
2. Oblékání – neprovede – 0
3. Koupání a sprchování – neprovede – 0

4. Osobní hygiena (umytí obličeje, česání, čištění zubů) – neprovede – 0
5. Kontinence moči – trvale inkontinentní – 0
6. Kontinence stolice – trvale inkontinentní – 0
7. Použití WC – neprovede – 0
8. Přesun z lůžka na židli – a zpět – s dopomocí – 5
9. Chůze po rovině – s pomocí – 10
10. Chůze po schodech – neprovede – 0

Hodnocení:

0 – 40 bodů – vysoce závislý

45 – 60 bodů – závislost středního stupně

65 – 95 bodů – lehká závislost

100 bodů – nezávislý

Vyhodnocení: 15 bodů – vysoce závislý

10.2.4 Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové

1. Schopnost spolupráce – žádná – 1
2. Věk – >60 – 1
3. Každé další onemocnění – 2
4. Fyzický stav – velmi špatný – 1
5. Stav vědomí – zmatený – 2
6. Aktivita – částečně omezena – 3
7. Pohyblivost – velmi omezena – 2
8. Inkontinence – moč + stolice – 1

Nebezpečí dekubitů vzniká při 25 bodech a méně.

Vyhodnocení: 11 bodů – vysoké riziko vzniku dekubitů

10.2.5 Hospitalizace 2013 – 2019

Leden 2013

Pacientka je dezorientována v čase a místě, ale je u ní částečně zachována orientace osobou, myšlení rozpadlé, inkoherentní (nesouvislé) myšlení.

Během dne se střídají stavy neklidu se spavostí. Pacientka usíná během rozhovorů. Začíná se objevovat noční agresivita, neklid a během dne paranoidně-halucinatorní syndrom – vztahovačné chování, pocity, že ji někdo pronásleduje. Postupně se zhoršují kognitivní funkce. Chůze samostatná, někdy s dopomocí, dle stavu.

Postupně se zhoršující Parkinsonský syndrom – třes ruky, rigidita. Počínající inkontinence moči i stolice.

Únor 2016

U pacientky se prokázalo postupné zhoršení krátkodobé a dlouhodobé paměti. Myšlení je rozpadlé a nesouvislé. Také se postupně zhoršuje orientace osobou. Poznává pouze své blízké. Pacientka není schopná sestavit celou větu, řeč je patlavá. Pacientka je plně inkontinentní. Chůze je samostatná, někdy s dopomocí. V noci pacientka nespí, bloudí po pokoji a stěhuje věci. Naopak přes den spí. Parkinsonský syndrom – zachován třes ruky a těla.

Únor 2019

Pacientka je zcela dezorientovaná v místě, čase, prostoru a osobou. Poznává pouze své blízké. Kvalitu vědomí má zachovanou, ale není schopna vnímat svůj zdravotní stav, udržet pozornost. Nyní není schopna složit celou větu. Řeč je patlavá, nedává smysl a nesrozumitelná. Pacientka je zcela inkontinentní. Noční spánek je kvalitnější, je schopna spát celou noc. Spaní přes den je omezeno. K lůžku jsou zajištěny bezpečnostní pomůcky, jako jsou postranice, které slouží jako prevence pádu. Chodí pouze s dopomocí druhé osoby. Pacientka je klidnější, veselá.

10.2.6 Funkční model zdraví podle Marjory Gordonové

1. Vnímání zdraví – udržování zdraví

U pacientky je zachována kvalita vědomí, ale není schopna vnímat svůj zdravotní stav. Není orientována v místě, čase, prostoru a osobou. Pacientka má poruchu paměti a myšlení. Není schopna se soustředit, udržet pozornost, číst, psát a počítat. Veškerá farmaka jsou ji podávány v rozdrčené formě z důvodu poruchy polykání (zakuckává se). Celkový vzhled na mě působí dobrým dojmem, paní je upravená, čistá a voňavá.

2. Výživa – metabolismus

Pacienta je velmi hubená, váží 36,2 kg a měří 150 cm a BMI odpovídá 16,0 těžké podvýživě. Od lékaře má naordinovanou dietu č. 3 – racionální v mixované formě. Mixovaná úprava stravy je z důvodu poruchy polykání. Jí 5 krát za den a sní vše, co jí je podáno. Denně pacientka vypije 1,5 l vody a čaje.

3. Vylučování

Pacientka dlouhodobě trpí inkontinencí moči a stolice. Jsou zapotřebí inkontinenční pomůcky. Pacientka je schopna s doprovodem si dojít na toaletu, ale není schopna si říct, kdy potřebuje. Moč odchází spontánně, barva je fyziologická, žlutá. Stolica odchází nepravidelně, většinou v tuhé formě. Jsou ji podávány laxativa, dle ordinace ošetřujícího lékaře.

4. Aktivita – cvičení

Pacientka není schopna samostatné hygienické péče, oblékání/svlékání, sama se nenají. Dále není schopna samostatného stoje, sedu. Při všech těchto aktivitách potřebuje doprovod a pomoc. Pacientka v zařízení a mimo něj chodí za doprovodu druhé osoby. Je zde u ní riziko pádů.

5. Spánek – odpočinek

Pacientka trpí poruchou spánku a nočními děsy. Především v noci, kdy bdí. Naopak přes den je pacientka ospalá a někdy prospí i ¾ dne. Dle ordinace lékaře užívá pacientka hypnotika, např. Gerodorm 0,2 tbl, Mirzaten oro tab 15mg.

6. Citlivost (vnímání) – poznávání

Pacientka se neorientuje v místě, čase, prostoru a osobou. Má silnou poruchu paměti. Někdy je schopna rozeznat obličej svého syna či manžela. Není schopna vnímat své okolí a soustředit se. Naopak je u ní vidět, že je schopna vnímat bolestivý podmět, zašklebí se. Řeč je patlavá, nesrozumitelná, nesloží celou větu.

7. Sebepojetí – sebeúcta

Pacientka vypadá spokojeně.

8. Role – vztahy

Pacientka žije v sociálním zařízení, v domově se zvláštním režimem. Dříve žila se svým manželem v rodinném domě. Nyní ji pravidelně navštěvuje její syn a manžel. Bohužel si ji nemohou brát na propustku domů, z důvodu zhoršující se ho stavu pacientky a obtížné spolupráce s ní.

9. Reprodukce – sexualita

První menses pacientka měla ve 12 letech. Má jednoho potomka a porod proběhl bez komplikací. Dle dokumentace nepodstoupila žádný potrat. Nyní navštěvuje gynekologa pouze při obtížích, dříve pravidelně. Pacientka již prošla klimakteriem.

10. Stres, zátěžové situace – zvládání, tolerance

Pacientka špatně zvládá stresové situace a není schopna řešit zátěžové situace. Její obrannou reakcí je agrese a nejistý, pasivní postoj.

11. Víra – životní hodnoty

Pacientka je silně nábožensky založená. Věří v Boha. Každé pondělí v domově navštěvuje mši v místní kapli.

10.2.7 Plán ošetřovatelské péče

Poruchy vyprazdňování stolice z důvodu zácpy - 00011

Projevující se subjektivní příznaky: 1. Porucha chuti k jídlu.

2. Nausea.

Projevující se objektivní příznaky: 1. Tvrdá, formovaná stolice.

2. Namáhavá defekace.

3. Hmatná nitrobřišní rezistence.

Očekávané výsledky: 1. U pacientky zjistíme příčiny poruchy vyprazdňování.

2. Pacientka se bude pravidelně vyprazdňovat.

3. Pacientka bude užívat potraviny bohaté na vlákninu a bude mít dostatečný příjem tekutin.

4. Pacientka se po podání laxativ, dle ordinace lékaře, vyprázdní.

Ošetřovatelské intervence: 1. Zjistí příčiny poruchy ve vyprazdňování a příčiny zácpy!

2. Kontroluj pacientky vyprazdňování v dokumentaci!

3. Zajisti dostatečný příjem tekutin!

4. Zajisti, aby pacientka užívala potraviny bohaté na vlákninu!

5. Podej čípky, laxativa, dle ordinace lékaře a kontroluj jejich účinnost!

Hodnocení: U pacientky přetrvává porucha ve vyprazdňování. Jsou jí podány laxativa, dle ordinace lékaře. Po podání laxativ, nastává účinek, pacientka se vyprázdní.

Porucha spánku – 00095

Projevující se subjektivní příznaky: 1. Neklid.

Projevující se objektivní příznaky: 1. Potíže při usínání.

2. Pacientka se ze spánku probouzí několikrát v průběhu noci.

3. Pacientka usíná během dne.

Očekávané výsledky: 1. U pacientky dojde ke zlepšení spánku.

2. Pacientka nebude během noční kontroly reagovat na slovní výzvu.

3. Pacientka nebude spát během dne.

4. Pacientka se po podání hypnotik, dle ordinace lékaře, vyspí celou noc.

Ošetřovatelské intervence: 1. Pozoruj pacientku při spánku!

2. Zjisti a odstraň rušivé elementy, narušující pacientčin spánek (hluk, zápach)!

3. Sleduj důsledky poruchy spánku!

4. Eliminuj u pacientky konzumaci nevhodné, těžké stravy a nápojů před spánkem!

5. Při nespavosti podej hypnotika, dle ordinace lékaře!

Hodnocení: U pacientky stále přetrvává porucha spánku. Ale po podání hypnotik, dle ordinace lékaře, se pacientky spánek prodlužuje. Pacientka se probudí 1krát maximálně 2krát za noc.

Chronická zmatenost z důvodu primárního onemocnění – 00129

Projevující se subjektivní příznaky: 1. Zmatený výraz obličeje.

Projevující se objektivní příznaky: 1. Dezorientace v místě, čase, prostoru a osobou. Bloudění pacienta.

2. Halucinace a bludy.

3. Neschopnost udržet v paměti nové poznatky.

4. Změny v osobnosti, v chování.

Očekávané výsledky: 1. Pacientka bude ochráněna před poškozením (úprava prostředí).
2. Pacientka bude mít kompenzovány smyslové poruchy.

Ošetřovatelské intervence: 1. Zajisti bezpečnost pacienta (odstraň z dosahu ostré předměty, zajisti vstupní dveře, noční osvětlení, zajisti pevnou obuv)!
2. Plánuj kontroly u specialisty, dle ord. lékaře!
3. Sleduj projevy chování (halucinace, bludy)!
4. Edukuj rodinu o důležitosti stálého kontaktu v době návštěv!
5. Zajisti pacientovi kontakt s okolním světem prostřednictvím rozhlasu, televize!

Hodnocení: Pacientka je chráněna před poškozením, pádem. Jsou odstraněny předměty, kterými by si mohla ublížit nebo o ně zakopnout.

Zhoršená pohyblivost z důvodu deformity hrudní páteře – 00085

Projevující se subjektivní příznaky: 1. Mimikou a výrazem v obličeji.

Projevující se objektivní příznaky: 1. Nestabilita vzpřímené polohy těla.
2. Změny chůze (její zpomalení, obtížné zahajování chůze, krátké kroky, kymácení do stran).

Očekávané výsledky: 1. Pacientka bude chráněna před pádem.

2. Pacientka bude schopna provádět pohyb s dopomocí.

3. Pacientka bude schopna sedu a stoje s dopomocí.

Ošetrovatelské intervence: 1. Aktivně zapoj pacienta do cvičení!

2. Protahuj zkrácené svaly pacienta!

3. Nacvičuj s pacientem nácvik stoje, včetně využití kompenzačních pomůcek!

Hodnocení: S pacientkou je každý den udržovaný pohyb, včetně protahování svalů.

Riziko porušení kožní integrity v souvislosti s inkontinencí v oblasti genitálu – 00047

Očekávané výsledky: 1. Zamezení vzniku opruzenin.

2. Zamezení porušení kožní integrity.

3. Zmírnění pocitu svědění po podání masti, dle ordinace lékaře.

Ošetrovatelské intervence: 1. Zajisti důslednou hygienu (sprcha po každé defekaci, výměna inkontinenčních pomůcek, ošetřování kůže)!

2. Podej mast, dle ordinace lékaře!

3. Kontroluj stav kůže!

Hodnocení: Pacientka gesty neproказuje pocit svědění. Kožní integrita je kompaktní, bez známek opruzenin.

Riziko pádu z důvodu nestability vzpřímené polohy těla a dezorientace – 00155

Očekávané výsledky: 1. Zamezení pádu pacientky.

2. Zamezení vzniku úrazu.

- Ošetřovatelské intervence:
1. Sleduj celkový stav pacientky a účinek podaných léků!
 2. Kontroluj správné používání kompenzačních pomůcek!
 3. Zajisti pomůcky doplňující lůžko (postranice, pevnou obuv, hrazdička, odstranit nestabilní opory, noční osvětlení)!

Hodnocení: Jsou zajištěna bezpečnostní opatření proti pádu, včetně pomůcek doplňující lůžko.

Riziko aspirace z důvodu porušeného polykání – 00039

Projevující se objektivními příznaky: 1. Občasné zakuckání po podání léků či jídla.

Očekávané výsledky: 1. Zjistit příčiny vyvolávající aspiraci a zamezit jim!

- Ošetřovatelské intervence:
1. Kontroluj stav chrupu a funkčnost zubních protéz!
 2. Zajisti bezpečné podání stravy a pití (ortopnoická poloha pacienta s lehce předkloněnou hlavou)!
 3. Uprav konzistenci stravy, tak by pacient mohl lépe polykat (mletá, mixovaná strava)!
 4. Podej léky ve vhodné formě (rozdrcení léků)!
 5. Dbej na dostatečnou hydrataci pacienta!

Hodnocení: Byly zjištěny možné příčiny způsobující zakuckávání. Při podání stravy pacientce se dbá na vhodnou formu, resp. mixovaná forma stravy, a také na správnou polohu těla.

10.3 Kazuistika 2

10.3.1 Anamnéza

Muž v 73 let, s diagnózou demence, byl přijat v roce 2017, pro zhoršující se onemocnění a poruchy chování, do domova se zvláštním režimem.

Osobní anamnéza

V dětství prodělal běžná onemocnění. Během života s u něho objevila epilepsie a kardiologické onemocnění (hypertenze). V roce 2006 prodělal popáleninu II. stupně – opařil se na ruce a prstech LHK. První potíže s pamětí se objevili roku 2007 a od roku 2008 se nemoc postupně rozvíjela. Od tohoto roku byl pacient v péči neurologické kliniky. V roce 2017 byl vyšetřen na psychiatrické ambulanci pro narůstající poruchu chování a agresivitu. Téhož roku u něj byl proveden RTG plic na doporučení praktického lékaře.

Rodinná anamnéza

Pacient je ženatý. Má dvě děti – staršího syna a mladší dceru. Oba zdraví. Do října roku 2017 žil se svou ženou v bytě. Otec zemřel na ca žaludku, u matky byla diagnostikována Alzheimerova demence, zemřela ve věku 80 let. Jiná neuropsychiatrická zátěž v rodině není známa.

Pracovní anamnéza

Vystudoval hotelovou školu, obor kuchař, číšník. Celý život pracoval jako kuchař v jídelně. Nyní je důchodce.

Sociální anamnéza

Pacient nyní žije v domově se zvláštním režimem. Je v úzkém kontaktu s rodinou. Pravidelně ho navštěvuje manželka a jeho děti.

Alergická anamnéza

Neguje.

Abusus

Dříve vypil denně 2 piva a vykouřil cca 10 cigaret za den.

Farmakologická anamnéza

Indap 2,5 mg: 1 – 0 – 0

Tolura 40 mg: 1 – 0 – 0

Kalnormin: 1 – 0 – 0

Kventiax 25 mg tbl.: ½ - ½ - ½ - ½

Ebixa 20 mg tbl.: 1 – 0 – 0

Amlodipin 5 mg: 0 – 0 – 2

Atorvastatin 10 mg: 0 – 0 – 1

Dormicum 7,5 mg: 0 – 0 – 0 – 1

Seropram gtt. 4 – 0 – 0

10.3.2 Fyzikální vyšetření:

Celkový stav a vzhled: Pacient je neorientovaný v místě, čase, prostoru a osobou. Je schopen chůze jen s dopomocí druhé osoby nebo s kompenzačními pomůckami. Kůže je hydratována, kožní turgor normální, moč odchází spontánně a stolice je pravidelná. Vzhled je upravený, pán je učesaný, vhodně oděn a voňavý.

Hlava: Volně pohyblivá, na dotek nebolestivá. Zornice jsou isokorické, reagují na osvit.

Krk: Štítná žláza nehmatná, nezvětšená. Uzliny jsou na dotyk nehmatné.

Hrudník: Na pohled je hrudník fyziologický. Poslechově je srdeční akce pravidelná, klidná, bez šelestí.

Horní končetiny: Na LHK je jizva po popálenině. PHK bez deformit a patologických nálezů.

Dolní končetiny: Pulzace na periferiích obou DK, drobné varixy.

Páteř: Pohyby páteře jsou neomezeny všemi směry, bez náznaku deformit.

Krevní tlak: 120/60

Pulz: 71 / min

Váha: 88,0 kg

Výška: 170 cm

BMI: 30,4 (obézní)

TT: 36,6 °C

10.3.3 Barthelův test základních denních činností

1. Najedení a napití – neprovede – 0
2. Oblékání – neprovede – 0
3. Koupání a sprchování – neprovede – 0
4. Osobní hygiena (umytí obličeje, česání, čištění zubů) – neprovede – 0
5. Kontinence moči – trvale inkontinentní – 0
6. Kontinence stolice – trvale inkontinentní – 0
7. Použití WC – neprovede – 0
8. Přesun z lůžka na židli – a zpět – s dopomocí – 5
9. Chůze po rovině – s pomocí – 10
10. Chůze po schodech – s pomocí – 5

Hodnocení:

0 – 40 bodů – vysoce závislý

45 – 60 bodů – závislost středního stupně

65 – 95 bodů – lehká závislost

100 bodů – nezávislý

Vyhodnocení: 20 bodů – vysoce závislý

10.3.4 Hospitalizace 2017 – 2019

Říjen 2017

Pacient je dezorientovaný v místě, čase, prostoru a osobou. Neudává své jméno, věk či datum narození. Je bloudivý, zmatený, manipuluje s věcmi. Močí na zem nebo do skříně, neuvědomuje si, kde je. Slovní projev je jednoslovný. Pacient neprojevuje známky agrese. Pacient je hydratován, kožní turgor normální, bez dekubitů. Pacient je mobilní, chůze s dopomocí. Je plně inkontinentní (moč, stolice). K lůžku jsou zajištěny bezpečnostní pomůcky, jako jsou postranice. Slouží k prevenci pádu. Přes den pacient nepospává, noční spánek je kvalitní a spí celou noc. Léky jsou pacientovi drceny a při polykání kontrolovány. Je schopen se najíst a napít sám.

Únor 2019

Pacient je dezorientovaný v místě, čase, prostoru a osobou. Je u něho diagnostikována silně rozvinutá demence. Pacient je mobilní, chodí s doprovodem z důvodu prevence pádu. Pacient je zcela inkontinentní a závislý na kompenzačních pomůckách. Objevují se poruchy spánku, ale po podání Dormica, dle ordinace lékaře, je pacient schopen spát celou noc. Nyní pán není schopen se sám najít, je potřeba druhé osoby k podání stravy. Strava je v mleté formě. Léky jsou podávány v drcené formě s kontrolou polknutí. Pacient je schopen navázat a udržet oční kontakt, nicméně jednoslovné vyjadřování přetrvává. Někdy má pacient výkyvy nálad a nesouhlas vyjadřuje mimikou.

10.3.5 Funkční model zdraví podle Marjory Gordonové

1. Vnímání zdraví – udržování zdraví

U pacienta je zachováno kvalita vědomí, ale není schopen vnímat svůj zdravotní stav. Je dezorientovaný v čase, místě, prostoru, osobou a situací. Pacient má poruchy paměti a myšlení, často trpí bludy. Je schopen částečně udržet pozornost. Ve společnosti ostatních se chová společensky. Nevládá manipulaci s léky, včetně konzumace, a je závislý na pomoci druhých.

2. Výživa – metabolismus

Pacient je obézní, váží 88,0 kg a měří 170 cm, výsledné BMI činí 30,4. Lékař stanovil dietu č. 3 – racionální. Strava je v mleté formě. Pacient nemá poruchy s

polykáním. Je nutná dopomoc druhé osoby při podání stravy, protože pacient není schopen se sám najíst. Denně vypije cca 1500 ml vody nebo čaj. Jednou denně si dá kávu.

3. Vylučování

Pacient dlouhodobě trpí inkontinencí moči a stolice. Inkontinence dosahuje 3. stupně. Je zapotřebí kompenzačních inkontinenčních pomůcek. Pán je schopen s doprovodem dojít na toaletu. Moč odchází spontánně, má fyziologickou barvu. Stolica odchází pravidelně, v pevné formě, není zapotřebí laxativ.

4. Aktivita – cvičení

Pacient není schopen sám provést hygienickou péči, oblékání a svlékání, najezení a napití. Na všechny tyto činnosti potřebuje dopomoc. Používá inkontinenční pomůcky z důvodu inkontinence moči a stolice. Využívá toaletu, ale sám si na ni nedojde, pouze z iniciativy pečujících. Pacient je mobilní, ale chodí pouze doprovodem. Chůzi po schodech obtížně zvládá. Rád sleduje televizi a poslouchá rádio.

5. Spánek – odpočinek

Pacient trpí poruchou spánku. Nespavostí, přerušovaný spánek, časně buzení. Ale po podání hypnotik, dle ordinace lékaře, je pacientův spánek kvalitnější. Pacient pospává i během dne.

6. Citlivost (vnímání) – poznávání

Pacient trpí poruchou paměti, ale je u něho zachována kvalita vědomí. Není orientovaný v čase, místě, prostoru a osobou. Dokáže rozpoznat pouze svou manželku. Pacient je citlivý na různé podněty. Pokud se mu něco nelíbí, dá to značně najevo, například mimikou, gesty či zvuky.

7. Sebepojetí – sebeúcta

Pacient vypadá spokojeně.

8. Role – vztahy

Pacient dříve bydlel s manželkou v bytě, nyní žije v domově se zvláštním režimem. S rodinou udržuje pravidelný kontakt. Manželka pacienta navštěvuje 2x –

3x do týdne. Dříve se věnoval rybaření a vaření. Nyní rád sleduje televizi a chodí na procházky po areálu zařízení.

9. Reprodukce – sexualita

Pacient má dvě děti – syna a dceru. Oba jsou zdraví. Pacient nemá problémy s prostatou. V anamnéze nejsou zaznamenány žádné zmínky o sexuálním obtěžování.

11. Stres, zátěžové situace – zvládání, tolerance

Stres zvládá obtížně. Okolí a nemoc mohou v pacientovi vyvolat stres a změnu nálady.

12. Víra – životní hodnoty

Dříve pacient věřil v sebe a svou rodinu. Nevyznával žádnou víru.

10.3.6 Plán ošetrovatelské péče

Chronická zmatenost v důsledku primárního onemocnění – 00079

Projevující se subjektivní příznaky: 1. Mimikou a výrazem v obličeji.

2. Zmatený výraz verbálním projevem.

Projevující se objektivní příznaky: 1. Dezorientace v místě, čase, v prostoru, situacích a osobách.

2. Pacient neudrží v paměti nové poznatky.

3. Pacient se neumí začlenit do společnosti, porucha socializace.

4. Změny v osobnosti a v chování.

Očekávané výsledky: 1. Pacient bude ochráněn před poškozením.

2. Snaha pacienta o možnou maximální nezávislost.

3. Pacient nebude projevovat známky úzkosti a neklidu.

Ošetřovatelské intervence: 1. Zajisti každodenní bezpečnost pacienta!

2. Plánuj kontroly u lékaře specialisty!

3. Aplikuj léky, dle ordinace lékaře!

4. Aktivně zapojuj pacienta do každodenních činností (hygienická péče, stravování)!

5. Edukuj rodinu pacienta o zdravotním stavu!

Hodnocení: Pacient je každý den chráněn před poškozením a pádem. Veškeré předměty, kterými by si mohl ublížit, byly odstraněny z dosahu pacienta. Pacient je zapojen do každodenních činností. Je vidět pacientova snaha.

Porucha spánku – 00095

Projevující se subjektivní příznaky: 1. Neklid.

Projevující se objektivní příznaky: 1. Potíže při usínání.

2. Pacient se probouzí několikrát v průběhu noci.

3. Pacient usíná během dne.

Očekávané výsledky: 1. U pacientky dojde ke zlepšení spánku.

2. Pacient nebude během noční kontroly reagovat na slovní výzvu

3. Pacient nebude spát během dne.

4. Pacientka se po podání hypnotik, dle ordinace lékaře, vyspí celou noc.

Ošetřovatelské intervence: 1. Pozoruj pacientku při spánku!

2. Zjistí a odstraň rušivé elementy, které by mohli narušit pacientův spánek!

3. Sleduj důsledky poruchy spánku!

4. Eliminuj u pacienta konzumaci nevhodné a těžké stravy a nápojů před spánkem!
5. Při nespavosti podej hypnotika, dle ordinace lékaře a sleduj jejich účinky!

Hodnocení: Po podání hypnotik, dle ordinace lékaře, se pacienta spánek prodlužuje a zkvalitnil. Pacient se probudí maximálně 1krát za noc.

Riziko pádu z důvodu nestability vzpřímené polohy těla – 00155

Projevující se objektivní příznaky: 1. Pacient má problémy s rovnováhou.

Očekávané výsledky: 1. Snížit či zamezit možnost vzniku úrazu.

Ošetřovatelské intervence: 1. Sleduj celkový stav pacienta a účinky podaných léků

2. Kontroluj bezpečné prostředí pacienta (protiskluzové rohožky a madla ve sprše, volné koberce aj.)

3. Zajisti pomůcky doplňující lůžko (postranice, hrazdička aj.)

4. Sleduj a měř fyziologické funkce pacienta (TK, P).

Hodnocení: U pacienta nedošlo k pádu. Dbá se na bezpečnost prostředí pacienta. Pacient využívá kompenzační pomůcky a pomůcky doplňující lůžko. Jsou sledovány fyziologické funkce a účinky podávaných léků.

Riziko aspirace z důvodu porušeného polykání – 00039

Projevující se objektivní příznaky: 1. Občasné zakuckání po podání léků či jídla.

Očekávané výsledky: 1. Zjistit příčiny vyvolávající aspiraci a zamezit jim.

Ošetřovatelské intervence: 1. Kontroluj stav chrupu a funkčnost zubních protéz.

2. Zajisti bezpečné podání stravy a pití (ortopno-
ická poloha pacienta s lehce předkloněnou
hlavou).
3. Uprav konzistenci stravy, tak by pacient mohl
lépe polykat (mletá, mixovaná strava).
4. Podej léky ve vhodné formě (rozdrcení léků).
5. Dbej na dostatečnou hydrataci pacienta.

Hodnocení: Byly zjištěny možné příčiny způsobující zakuckávání. Při podání stravy pacientovi se dbá na vhodnou formu, resp. mletá forma stravy, a také na správnou polohu těla.

Riziko vzniku poruchy kožní integrity z důvodu inkontinence – 00020

Očekávané výsledky: 1. Zamezení vzniku opruzenin.

2. Zamezení porušení kožní integrity.

3. Zmírnění pocitu svědění po podání masti, dle ordi-
nace lékaře.

Ošetřovatelské intervence: 1. Zajisti důslednou hygienu (sprcha po každé
defekaci, výměna inkontinentních pomůcek,
ošetřování a promazávání kůže)!

2. Podej mast, dle ordinace lékaře!

3. Kontroluj stav kůže!

Hodnocení: Pacient gesty neproказuje pocit svědění. Kožní integrita je kom-
paktní, bez známek opruzenin.

10.4 Hodnocení výsledků

Oba vybrané pacienty, kteří byli vybráni, spojovali stejné znaky v anamnéze. Jednalo se o dané onemocnění, poruchy paměti, zapomínání a poruchy polykání. V rodinné anamnéze se pacienti shodují v přítomnosti demence a Alzheimerovi cho-
roby u svých rodičů.

Pacientka je v domově se zvláštním režimem hospitalizována po dobu 6 let, z důvodu postupného zhoršení onemocnění. Při nástupu do domova, byla pacientka dezorientována v čase a místě, ale byla zachována orientace osobou. Naopak druhý pacient je domově hospitalizován již 2. rokem. Při nástupu do domova, byl pacient již dezorientovaný v místě, čase, prostoru, bloudivý a zmatený. Nyní oba pacienty pojí porucha myšlení a paměti. Nicméně kvalita vědomí je u nich zachována, ale nedokážou vnímat zdravotní stav a udržet pozornost. Dále oba pacienty spojuje, výskyt demence a Alzheimerovi choroby u jejich rodičů, respektive v obou případech bylo onemocnění diagnostikováno u jejich matek.

Jedním z hlavních ošetřovatelských problémů u lidí s demencí je zajištění bezpečí. Je důležité dbát na bezpečnost v prostředí, ve kterém pacienti žijí. Veškerá bezpečnostní opatření, jako jsou zajištění protiskluzových podložek, madla ve sprše, postranice u lůžka, chodítka, vedou ke snížení rizika pádu nebo úrazu. U obou pacientů jsou tyto opatření používána.

Oba pacienti trpí inkontinencí moče a stolice. Jsou zapotřebí inkontinentních pomůcek, jako jsou pleny. Oba pacienti si dojdou za pomoci druhé osoby na toaletu. Pacientka má poruchu vyprazdňování stolice. Stolice odchází nepravidelně, má tuhou formu. Je důležité v dokumentaci pravidelně kontrolovat poslední defekace stolice, z důvodu předcházení komplikací (např. bolest břicha, křeče, Ileus). Jsou jim podávány laxativa, dle ordinace lékaře, které napomáhají k lepší činnosti střev a k vyprazdňování. Laxativa změkčují stolici a usnadňují lepší defekaci. Druhý pacient také trpí inkontinencí moči a stolice. Na rozdíl od pacientky, nemá pacient poruchu ve vyprazdňování stolice. Není zde zapotřebí indikace laxativ. Je důležité dodržovat důslednou hygienu intimních partií u obou pacientů. Nesprávnou hygienou hrozí riziko porušení kůže v oblasti genitálií, opruzenin. Doporučuje se po umytí, kůži promazat.

Další oblastí, která spojuje oba pacienty, je výživa, respektive porucha polykání. U poruch polykání, je důležitá pravidelná kontrola polknutého sousta (léků), správná poloha pacienta, vhodná úprava konzistence stravy, léků, tak aby se pacientovi lépe polykalo. Nejčastějším příznakem u poruch polykání je zakuckávání. Hrozí zde riziko aspirace (vdechnutí), jak tuhé, tak i tekuté stravy, včetně tekutin. U obou pacientů se veškerá farmaka drtí a smíchávají se s vodou, pro lepší polknutí.

U pacientky je vyšší riziko aspirace, proto jí je podávána mixovaná forma stravy. Naopak u druhého pacienta hrozí nižší riziko aspirace a je mu podávána mletá forma stravy.

DISKUZE

Ve své bakalářské práci se zabývám ošetřovatelkou péčí o pacienty s demencí. Mou cílovou skupinou jsou dva pacienti a rodinní příslušníci, kteří se starali nebo starají o blízkého, kterému byla diagnostikována demence.

Hlavní cíl bakalářské práce jsem si zvolila zmapování zkušeností a názorů rodin, kteří pečovali či pečují o příbuzného s demencí, a také zmapování specifik péče o pacienty s demencí. Tento cíl jsem si zvolila z důvodu náročnosti zkombinování práce a péče o příbuzného. Dílčím cílem bylo zjištění, zda-li jsou rodiny informovány o možnostech finanční pomoci. Jako výstup mé práce bylo vytvoření educačního letáčku pro rodiny o zařízení bezpečnosti domácnosti.

V praktické části jsem zvolila sběr dat, za pomoci rozhovoru a kazuistiky. Rozhovor obsahoval 19 předem připravených otázek. Všichni tři respondenti byli poučeni, že bude zachována jejich anonymita. Respondenty jsem označila čísly 1, 2 a 3. Poté jsem provedla sběr dat za pomoci kazuistiky, kde jsem podrobně popsala dva pacienty.

Každému dotazovanému respondentovi byla položena otázka, zda-li mají zkušenosti s péčí o svého příbuzného. Všichni stejnohlasně zodpověděli, že jisté zkušenosti mají a že se o svého blízkého starali v domácím prostředí. Zjistila jsem, že se péče o blízkého u každého moc nelišila. Pečující svému blízkému poskytovali péči, kterou byli schopni zvládnout. Taková péče zahrnuje každodenní hygienu, podávání stravy, pomoc při oblékání a svlékání, a především zajištění jeho vlastní bezpečí. Vlastní bezpečností je myšleno to, aby nemocný sám sobě a ani svým blízkým neublížil. Není příliš vhodné nechávat nemocného doma o samotě, bez neustálého dohledu. Hraje zde roli i postupně zhoršující stav se onemocnění, zahrnující zhoršující se poruchy paměti, zapomínání a nepoznávání lidí. Nicméně taková to každodenní intenzivní péče je pro pečujícího náročná. Zkombinovat chození do práce s péčí o blízkého je finančně, fyzicky a především psychicky vyčerpávající. Proto dokážu pochopit rozhodnutí všech pečujících, které je vedlo k umístění blízkých do domova. Výhodou umístění do domova je takové, že jsou jejich blízcí pod 24 hodinovou kontrolou a je o ně kvalitně postaráno. Myslím si, že pro každého rodinného příslušníka, který pečoval o svého blízkého, je rozhodnutí umístit ho do

domova, náročnou životní situací. Proto není zlé, když si pečující promluví s odborníkem, například s psychologem, který mu pomůže se touto nelehkou situací vyrovnat. A také si myslím, že každý, kdo se stará o svého příbuzného, by měl mít i svůj čas pro sebe. Podle Horta je důležité u osob, které nemají duševně náročné povolání, trénovat paměť a mít dostatek intelektuální, emoční a sociální stimulace. Dále uvádí a zároveň doporučuje, aby každý člověk ušel minimálně 10 000 kroků za den, více fyzické aktivity, dosáhnul kvalitního spánku bez farmak, meditoval, upravil svůj jídelníček (zahrnout do svého jídelníčku ovoce a zeleninu, obiloviny, rostlinné oleje a naopak omezit cukry). Vše tyto doporučení jsou součástí prevence. Doležalová má stejný názor na důležitost prevence. Avšak by ještě doplnila, že důležitá také je péče o srdce. Kouření, vysoký krevní tlak, vysoký cholesterol, cukrovka nebo obezita, zvyšuje riziko infarktu a mozkové mrtvice. Je dokázáno, že tyto komplikace zvyšují riziko rozvoje demence. S tím to tvrzením souhlasím, přesto je známo, že i když se budou všechna tato doporučení dodržovat, nezabrání to vzniku onemocnění demence. Za největší příčinu vidím genetiku (Hort, 2018; Doležalová, 2018).

Hort udává, že největším mýtem o demenci a Alzheimerově chorobě je tvrzení, že lidé často přisuzují obtíže s pamětí ke stáří. Ve skutečnosti to může být první příznak demence. Přesně takové tvrzení zažila respondentka č. 1, která se svým manželem navštívila praktického lékaře, s tím že manžel často zapomíná. Praktický lékař odvětil s tím, že je to v jeho letech běžné a patří to ke stárnutí. Dále Hort uvádí, že onemocnění postihuje nejčastěji starší lidi ve věku 60 let až 85 let. Nepřiklání se k tvrzení, které uvádí, že demence může postihnout i nižší věkovou kategorii lidí. Naopak Doležalová udává, že existuje několik tisíc lidí, u nichž se rozvinula demence v nižším věku. Říká, že si mnohdy lékaři nechtějí připustit, že by i čtyřicetiletý člověk měl počínající demenci, a tím dochází k pozdní diagnostice a k progresi onemocnění. Jsou popsány případy, kdy se demence projevila ve 47 letech a diagnostikována byla až o 3 roky později. S tímto tématem úzce souvisí nedostatečná informovanost široké veřejnosti. Myslím si, že veřejnost není o demenci dostatečně informována a nehovoří se o ní natolik, jak by se mělo. Veřejnost by měla vědět, že nepřichází pouze ve stáří, ale že může postihnout i mladém věku. Jistě by s semnou souhlasila Doležalová, která sama uvádí, že je neustálá potřeba pracovat na osvětě, informovanosti lidí, aby věděli co je demence, jaké může mít

příznaky, a že je to něco, co nemocný nedokáže ovládat vlastními silami. Nejčastějším projevem jsou změny nálad a chování. Lidé, kteří nejsou dostatečně znalí s tím to onemocněním, se mohou domnívat, že je na ně dotyčný zlý a mohou ho odsoudit, že s nimi jednal jinak (Hort, 2018; Doležalová, 2018).

Dále se do diskuze nabízí oblast finanční pomoci. Jsou rodiny dostatečně obeznámeny o existenci finančních příspěvků na péči? Například respondentka č. 1 uvedla, že dosud nezažádala o žádný příspěvek, protože pořádně ani neví, že nějaké příspěvky existují. Veškerý pobyt manžela hradí ze svých a dceřiných finančních zdrojů. Naopak respondent č. 2 a respondentka č. 3 uvádí, že byli obeznámeni o možnostech finančních příspěvků na péči. Za pomoci sociálních pracovníků a ošetřujících lékařů, zajistili svým blízkým příspěvek na péči. Nabízí se otázka, z čeho se skládá finanční podpora. Dle Hauke se finanční podpora skládá ze základního finančního zabezpečení (jako je starobní, invalidní, případně vdovský a vdovecký důchod) a dále z příspěvku na péči, ošetřovné, příspěvek na bydlení, příspěvek na zakoupení zvláštních pomůcek. Samostatný příspěvek na péči se odvíjí od toho, jak moc je nemocný závislý na pomoci druhých. Troufám si tvrdit, že by sociální pracovníci měli dostatečně informovat rodiny o možnosti čerpání finanční podpory. Naopak rodiny by se měli více snažit, si zjišťovat informace o finanční pomoci, která by ulevila jejich finančním rozpočtům (Hauke, 2017).

Jsem takového názoru, že je velmi důležitý kontakt pacienta s rodinou. Přestože si příbuzní neberou nebo nemohou si brát své blízké domů na propustky z určitého důvodu, měli by pravidelně navštěvovat své blízké v domově a strávit s nimi alespoň hodinu. Hraje zde důležitou roli sociální interakce a komunikace. Přestože někteří nemocní nepoznávají své blízké, cítí z nich zájem o jejich osobu, lásku a vřelost. Pravidelné návštěvy rodiny a přátel působí blahodárně na jejich psychiku. Snižuje se tím riziko vzniku deprese. Najdeme spoustu aktivit, které mohou rodiny s pacienty provádět. Například čtení knih nebo časopisů, prohlížení fotek nebo si jen povídat. Nabízí se zde otázka, zda-li využívají rodiny možnost propustky, popřípadě jak často. Respondentka č. 1 uvedla, že využívá možnost propustek minimálně 2x do měsíce. Přestože si manžela nebere přímo domů, bere ho na zahradu svého syna. Naopak respondent č. 2 a respondentka č. 3 uvedli, že si bohužel nemohou dovolit brát si své blízké domů. Přesto je pravidelně v domově navštěvují a tráví s nimi čas.

Výstupem mé bakalářské práce bylo vytvoření edukačního letáku o zabezpečení domácnosti, který by posloužil rodinám, kteří pečují o blízkého s demencí nebo kteří si berou své blízké domů na propustky. Myslím si, že by bylo vhodné vybudovat více zařízení poskytující specializovanou a bezpečnou péči pacientům s demencí. V naší republice je omezený počet lůžek tohoto typu, mnoho rodin pečuje o své blízké v domácím prostředí nebo lidé musí čekat poměrně dlouhou dobu v pořadnících. Domnívám se, že jsem splnila všechny své předem dané cíle.

ZÁVĚR

Cílem mé bakalářské práce bylo popsání ošetrovatelské péče o pacienta s demencí z pohledu rodinných příslušníků. Po absolvování odborné praxe v domově se zvláštním režimem, jsem se rozhodla pro zpracování tohoto tématu práce.

V úvodu teoretické části je popisována historie a vývoj onemocnění. Dále jsou zde popsány příznaky, diagnostika a léčba. Také jsem se zaměřila na komunikaci mezi rodinou – pacientem, sestrou – pacientem a sestrou – rodinou. Je to oblast, která je velmi důležitá pro udržování dobrých vzájemných vztahů a mělo by se na ni více zaměřit. Také jsou zde popsány práva pacientů s onemocněním demence. Každý by si měl uvědomit, že i člověk s demencí má svá práva, která by měla dodržovat a respektovat.

V praktické části jsou zahrnuty rozhovory a kazuistiky. Rozhovory jsem provedla s rodinnými příslušníky pacientů, za použití polostrukturovaného rozhovoru, kteří se dříve starali nebo starají o svého blízkého. Cílem rozhovorů bylo zjištění zkušeností rodinných příslušníků s péčí, jak jim toto onemocnění změnilo životy, a o jakém dalším důležitém tématu by rádi mluvili. Rozhovory jsem následně porovnávala. U dvou pacientů jsem provedla šetření za pomoci kazuistiky. Byla zde popsána celková anamnéza (osobní, rodinná, gynekologická, aj.), rozvoj onemocnění během hospitalizace. Dále jsem vytvořila ošetrovatelské diagnózy, zahrnující subjektivní a objektivní příznaky, očekávané intervence, realizace a nakonec zhodnocení. Použila jsem model funkčního zdraví dle Marjory Gordonové. Následně byly kazuistiky srovnány a byly stanoveny specifika ošetrovatelské péče o pacienta s demencí.

Výstupem mé bakalářské práce je edukační leták o zabezpečení domácnosti. Leták je určený pro rodiny, které pečují/pečovali o své blízké, berou si pacienta domů nebo pro jejich známé, které postihla stejná problematika. Edukační leták by mohl posloužit jako pomůcka pro lidi, kteří se o toto onemocnění zajímají nebo mají blízkého trpící onemocněním demence. Mohl by být pomůckou pro neurologické ambulance nebo domovy se zvláštním režimem, kde by ho mohli zdravotníci nabízet rodinným příslušníkům, ve snaze pomoci v těžké životní situaci.

LITERATURA A PRAMENY

CALLONE, Patricia R., Roger A. BRUMBACK, Connie KUDLACEK, Jana-naan MANTERNACH a Barbara C. VASILOFF. *Alzheimerova nemoc: 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*. 1. Praha: Grada, 2008, 120 s. ISBN 978-80-247-2320-4.

DOLEŽALOVÁ, Ivana. Cesta do zapomnění. *Týdeník květy*. 2018, (42), 11-15. ISSN 0862-898X.

FRANKOVÁ, Vanda. Demence u Alzheimerovy choroby. *Interní medicína pro praxi* [online]. 20(1). 2018, s. 49-52 [cit. 2018-12-19]. ISSN 1212-7279. Dostupné z: https://www.internimedicina.cz/artkey/int-201801-0012_Demence_u_Alzheimerovy_choroby.php

HAUKE, Marcela a kol. *Když do života vstoupí demence, aneb, Praktický průvodce péčí o osoby s demencí nejen v domácím prostředí*. Vydání 1. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2017. 308 stran. ISBN 978-80-906320-7-3.

HOLMEROVÁ, Iva, HORECKÝ, Jiří a HANUŠ, Petr. *Specifika systému poskytování péče o osoby s demencí a jinými specifickými potřebami v České republice a ve Švýcarsku*. První vydání. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2016. 62 stran.

HOLMEROVÁ, Iva. Alois Alzheimer a Oskar Fischer – 110. výročí významných publikací o demenci. *Geriatric a gerontologie* [online]. 2017, (3), 141-143 [cit. 2018-12-11]. ISSN 1805-4684. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/geriatric-gerontologie/2017-3/alois-alzheimer-a-oskar-fischer-110-vyroci-vyznamnych-publikaci-o-demenci-61936>

HORT, Jakub. Alzheimer: závod s časem. *Téma*. 2018, (47), 11-14. ISSN 2336-4815.

KÖNIG, Jutta a ZEMLIN, Claudia. *100 chyb při péči o lidi s demencí*. Překlad Lucie Simonová. Vydání první. Praha: Portál, 2017. 119 stran. ISBN 978-80-262-1184-6.

MASOPUST, Jiří a VALIŠ Martin. *Demence & poruchy chování: informace pro nemocné, jejich blízké a pečovatele*. Vydání první. Praha: Vipfarm Slovakia s.r.o., organizační složka CZ, 2018. 15 stran. ISBN 978-80-270-3673-8.

MÁTĽ, Ondřej a MÁTĽOVÁ, Martina. *Zpráva o stavu demence 2015: jaký názor má veřejnost a co prezentují média?* První vydání. Praha: Česká alzheimerovská společnost, o.p.s., 2015. 29 stran. ISBN 978-80-86541-45-7.

MÁTĽ, Ondřej, HOLMEROVÁ, Iva a MÁTĽOVÁ, Martina. *Zpráva o stavu demence 2014: existují v krajích České republiky významnější rozdíly?* První vydání. Praha: Česká alzheimerovská společnost, o.p.s., 2014. 26 stran. ISBN 978-80-86541-34-1.

MÁTĽ, Ondřej, MÁTĽOVÁ, Martina a HOLMEROVÁ, Iva. *Zpráva o stavu demence 2016: kolik zaplatíte za péči?* První vydání. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2016. 41 stran. ISBN 978-80-86541-50-1.

MESSERLI, Henny a MEICHTRY, Benno. *Stacionární péče o osoby s demencí ve Švýcarsku*. Překlad Veronika Vondráčková. První vydání. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2016. 65 stran. ISBN 978-80-906320-1-1.

MOSETTER, Kurt a CAVELIUS, Andrea-Anna. *Alzheimer je cukrovka: proč cukr způsobuje demenci a co dělat proti zapomínání*. Překlad Libuše Staňková. Vydání první. Praha: Euromedia, 2017. 278 stran. Esence. ISBN 978-80-7549-324-8.

Na pomoc pečujícím rodinám. 11. vydání. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2017. ISBN 978-80-86541-49-5.

NOVÁK, Vlastimil. *Demence v klinické praxi v roce 2011* [online]. 2012 [cit. 2018-12-19]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/demence-v-klinicke-praxi-v-roce-2011-462909>

Podpůrné skupiny pro rodinné pečovatele: jak skupiny založit a jak rozvíjet jejich činnost? Překlad Hana Janečková. 2. upravené vydání. Praha: Česká alzheimerovská společnost, o.p.s., 2016. 27 stran. ISBN 978-80-86541-46-4.

PROKOPOVÁ, Anežka. *Jak upravit domov člověka s demencí: příručka pro pečující*. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2017. 54 stran. ISBN 978-80-86541-62-4.

RAVDIN, Lisa D. a Heather L. KATZEN. *Handbook on the Neuropsychology of Aging and Dementia*. New York: Springer, 2013, 527 s. Clinical Handbooks in Neuropsychology. ISBN 978-1-4614-3105-3.

RUSINA, Robert, Michala PEŠKEOVÁ a Iva HOLMEROVÁ. Co s pacienty s progresí Alzheimerovy nemoci, kteří ztrácejí schopnost samostatnosti a nemají korektní rodinné zázemí?. *Interní medicína pro praxi*. 2014, **16**(4), 170 [cit. 2018-12-19]. ISSN 1212-7299. Dostupné také z: <http://www.internimediceina.cz/>

RUSINA, Robert. Terapeutické a preventivní aspekty demencí: na čem opravdu záleží. *Interní medicína pro praxi* [online]. 2010, (12(11), 545-547 [cit. 2018-12-20]. ISSN 1212-7279. Dostupné z: <https://www.internimediceina.cz/pdfs/int/2010/11/05.pdf>

WEHNER, Lore a Ylva SCHWINGHAMMER. *Smyslová aktivizace: v péči o seniory a klienty s demencí*. 1. Praha: Grada Publishing, 2013, 144 s. ISBN 978-40-247--4423-0.

ZVĚŘOVÁ, Martina. *Alzheimerova demence*. Vydání 1. Praha: Grada Publishing, 2017. 143 stran. Psyché. ISBN 978-80-271-0561-8.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Informovaný souhlas

Příloha č. 2: Informovaný souhlas – respondenta

Příloha č. 3: Polostrukturovaný rozhovor

Příloha č. 4: MMSE – Mini Mental State Exam – orientační test kognitivních funkcí

Příloha č. 5: Clock test – test hodin

Příloha č. 6: Edukační leták o zajištění bezpečnosti domácnosti

PŘÍLOHA Č. 1: INFORMOVANÝ SOUHLAS

Informovaný souhlas týkající se bakalářské práce na téma: Ošetrovatelská péče o pacienta s demencí z pohledu rodinných příslušníků.

Student: Kateřina Miltová

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

e-mail: KatkaMil@seznam.cz

Vedoucí BP: PhDr., Mgr. Jitka Krocová

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

e-mail: krocovaj@kos.zcu.cz

Cíl výzkumu: Cílem výzkumu je zmapovat zkušenosti a názory rodin, kteří pečují či pečovali o příbuzného s demencí. Vypracování třech kazuistik.

S Vaším svolením budou ve Vašem zařízení prováděny výzkumné rozhovory, které budou zaznamenány na diktafon.

Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce.

Záznamy budou ihned po kompletaci výzkumu vymazány. Identita respondenta nebude zveřejňována. Zda-li nebude respondent chtít, na kteroukoliv otázku odpovědět, nemusí.

SOUHLAS S VÝZKUMEM

Souhlasím, aby studentka Kateřina Miltová mohla v našem zařízení provést svůj výzkum.

Podpis vrchní sestry zařízení:.....Datum:.....

Podpis studenta:.....Datum:.....

PŘÍLOHA Č. 2: INFORMOVANÝ SOUHLAS - RESPONDENT

Informovaný souhlas týkající se bakalářské práce na téma: Ošetrovatelská péče o pacienta s demencí z pohledu rodinných příslušníků.

Student: Kateřina Miltová

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

e-mail: KatkaMil@seznam.cz

Vedoucí BP: PhDr., Mgr. Jitka Krocová

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

e-mail: krocovaj@kos.zcu.cz

Cíl výzkumu: Cílem výzkumu je zmapovat zkušenosti a názory rodin, kteří pečují či pečovali o příbuzného s demencí. Vypracování třech kazuistik.

S Vaším svolením s Vámi bude proveden výzkumný rozhovor, který bude zaznamenán na diktafon.

Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce.

Záznam bude ihned po kompletaci výzkumu vymazán. Vaše identita nebude zveřejňována. Zda-li nebudete chtít, na kteroukoliv otázku odpovědět, nemusíte.

SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já

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

Podpis účastníka výzkumu:.....Datum:.....

Podpis studenta:.....Datum:.....

PŘÍLOHA Č. 3: POLOSTRUKTUROVANÝ ROZHOVOR

1. Máte zkušenosti s péčí o rodinného příslušníka s demencí?
2. Byla ve Vaší rodině dříve diagnostikována demence?
3. Věděl/a jste něco o tomto onemocnění?
4. Kdo z Vašich příbuzných je nyní v zařízení?
5. Kolik mu / jí bylo let, když propukla nemoc?
6. Preferujete raději domácí nebo ústavní péči?
7. Jak dlouho jste čekala v pořadníku na umístění?
8. Co Vás přimělo k tomu, že jste se rozhodl/a sem Vaši matku / Vašeho otce, blízkého umístit?
9. Jste spokojeni s péčí v tomto zařízení?
10. Jak jste poznal/-a (první signál), že je s Vaší matkou / Vaším otcem, blízkým něco v nepořádku?
11. Jaký byl Váš další postup?
12. Co jste pociťoval/a, když jste zjistil/a, že u Vaší matky / Vašeho otce, blízkého je diagnostikována demence?
13. Změnilo onemocnění blízkého Váš dosavadní způsob života? (způsob, průběh života)? A jak?
14. Ovlivnilo onemocnění vašeho blízkého nějak Vaši finanční situaci? Zažádala jste si o nějaký příspěvek?
15. Berete si svou matku / svého otce, blízkého domů na propustku? (Vánoce, Velikonoce, svátky, víkendy, atp.)

16. Jak zvládáte její / jeho výkyvy chování (nálad)?
17. Děláte doma nějaké bezpečnostní opatření k zabezpečení prostředí blízkého, aby nedošlo ke zranění? (dětské pojistky, prevence pádu, atp.)
18. Aktuálně, kdyby jste mohl/a, změnila by jste něco?
19. A co je pro Vás důležité téma, o čem by jste chtěl / a mluvit?

PŘÍLOHA Č. 4: MMSE – MINI MENTAL STATE EXAM – ORIENTAČNÍ TEST KOGNITIVNÍCH FUNKCÍ

Mini-Mental State Examination (MMSE)

Test kognitivních funkcí

Jméno pacienta:

Datum vyšetření:

	1	2	3	4	5	6	7	8
den								
měsíc								
rok								

1. Orientace

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

Kolikátého je dnes?

Který je dnes den v týdnu?

Který je měsíc?

Který je rok?

Které je roční období?

V jaké zemi se nacházíme?

Ve kterém okrese?

Ve kterém městě?

Jak se jmenuje tato nemocnice?

Na kterém jsme poschodí?

2. Zapamatování

Slova vyslovujte pomalu a zřetelně, rychlostí asi jedno slovo za vteřinu. Pokud je pacient schopen slova opakovat, započítejte 1 bod za každé správné opakování slova. Pokud si slova není schopen vybavit, opakujte je několikrát (nejvíce však ještě šx), než se je pacient naučí. Jinak nelze vyřetovat položku „výbavnost“.

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

lopata

šátek

váza

3. Pozornost a počítání

Za každou správnou odpověď započítejte 1 bod. Pokud pacient udělá chybu a dále odečítá správně, počítejte pouze jako jednu chybu. (Maximálně 5 bodů)

Za každé správné písmeno započítejte 1 bod. (Maximálně 5 bodů)

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

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

Hláskujte, prosím, pozpátku slova POKRM po jednotlivých písmenech.

100	
93	M
86	R
79	K
72	O
65	P

4. Výbavnost


Za každou správnou odpověď započítejte 1 bod.

Nyní si pokuste vzpomenout na 3 slova, která jste si měl(-a) zapamatovat.


lopata

šátek

váza



(mivastigmin hydrochlorid)



5. Pojmenování předmětu
 Za správnou odpověď započítáte 1 bod.
 Ukažte náramkové hodinky
 Ukažte tužku
 Co je to?
 Co je to?

6. Opakování
 Za správnou odpověď započítáte 1 bod.
 příпустný je pouze jeden pokus.
 Opakujte, prosím, po mně:
 „První pražská paroplavba“.

7. Třístupňový příkaz
 Položte před pacienta list papíru a dejte mu následující pokyn:
 Nyní vezměte tento papír do pravé ruky, přeložte ho na polovinu a položte na zem.
 Za každou správně provedenou činnost započítáte 1 bod.
 Pravá ruka
 Přeložení na polovinu
 Položení na podlahu

8. Čtení a vykonání psaného příkazu
 Ukažte pacientovi spodní část tohoto testu s nápisem: „Zavřete oči“ a vyzvěte ho.
 Nechte pacientovi 10 vteřin na provedení. Instrukci můžete opakovat nejvýše 3x. Započítáte 1 bod pouze, pokud pacient skutečně zavře oči.
 přečtete, prosím, co je zde napsáno a udělejte to.

9. Psaní
 Dejte vyšetřovanému tužku a papír a vyzvěte jej:
 1 bod započítáte, pokud má věta podmět (i nevyjádřený) a přísudek a dává smysl. V textu mohou být pravopisné chyby.
 Napište, prosím, jakoukoliv větu.

10. Obkreslení obrázce
 Dejte vyšetřovanému tužku a papír a vyzvěte jej:
 Započítáte 1 bod, pokud pacient nakreslí obrázec v časovém limitu do 1 minuty, jestliže jsou zachovány správné strany, počet úhlů a překřížení. Těs ani rotace nevadí.
 Nakreslete obrázek co nejpřesněji podle předlohy.

Zpracováno na podkladě:
 Prof. MUDr. Eva Topinková – Jak správně a věc diagnostikovat demenci, Praha, 1998; se souhlasem autorky.
 Děkujeme za spolupráci MUDr. Aleši Bartošovi (Neurologická klinika FNKV Praha 10).

Celkem:

AD 10.

EXELON
 (rivastigmin hydrochloride)

NOVARTIS

Dostupné z: Česká alzheimerovská společnost

PŘÍLOHA Č. 5: CLOCK TEST – TEST HODIN

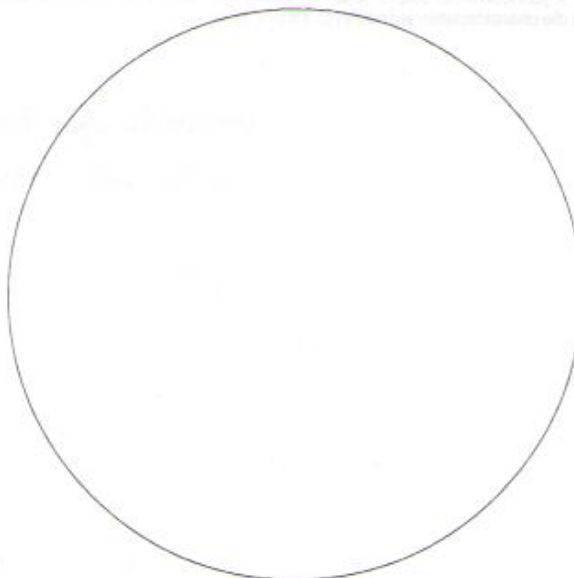
Test hodin

Jméno pacienta.....Datum..... Test provedl

TEST HODIN

Je používán jako relativně citlivý test pro Alzheimerovu chorobu a jiné typy demence, které se zejména v počátečních stádiích projevují poruchami prostorového citění

Test je jednoduchý. Požádáte pacienta, aby nakreslil do vyznačeného kruhu ciferník hodin a vyznačil určitou hodinu (například tři čtvrtě na tři).



Bodové hodnocení není vždy nutné, protože normou je správný ciferník a správně vyznačená hodina. Jakékoli odchylky, které nebyly pacientem opraveny je třeba považovat jako minimálně hraniční, ale spíše již patologický nález. Významné je zejména sledování vývoje tohoto testu.

(Shulman, K. I. - Gold, D. P.; 1983)

testovník

Dostupné z: Česká alzheimerovská společnost

PŘÍLOHA Č. 6: EDUKAČNÍ LETÁK O ZAJIŠTĚNÍ BEZPEČNOSTI DOMÁCNOSTI, Z DŮVODU ÚRAZU, PÁDU BLÍZKÝCH S DEMENCÍ



Péče o blízkého s demencí - bezpečnost domácnosti

Pokud pečujete o příbuzného s demencí, hrozí ve Vaší domácnosti spousta nebezpečí, kterými by si mohla ublížit, jako jsou úrazy, zranění nebo pády. Tento leták slouží jako pomůcka, jak se těmto nebezpečím vyhnout. Proto doporučuji:

Zabezpečení dveří

Pozn. často lidé s demencí mají v noci poruchu spánku. Nespí, mohou bloudit po bytě nebo opustit byt. Doporučení:

- Zamykat vstupní dveře.
- Nenechávat klíče v zámku.
- Pořídit přídatný zámek na dveře.
- Zajistit balkónové dveře a okna pojistkami - hrozí zde riziko útěku nebo vypadnutí z balónu).
- Alarm - alarm umístěný na vchodových dveřích se spustí se tehdy, pokud se v noci otevřou vchodové dveře, bez zadání číselného kódu. Lidé s demencí si tento bezpečnostní prvek neuvědomují a opustí byt.

Pohyb po domácnosti:

- Uzpůsobit volný průchod po domácnosti, na WC - upravit či odstranit vysoké prahy, schovat kabely, nestabilní stolky.
- Připevnit kryty na ostré hrany.
- Připevnit podlahové krytiny, koberce, tak aby se neshrnovali a neklouzali – prevence před rizikem pádu a zlomenin.

Pohyb po kuchyni:

- Zajistit elektronické spotřebiče, například sporák, mixéry aj., nože.
- Pořídit čidla napojená na internet: detektor ohně/kouře, hlídač CO/CO₂, zemního plynu, chytrý ventil uzavírající přívod vody a plynu – zapne se, pokud detekuje nadměrnou spotřebu.

- Zajistit zásuvky – ochranné kryty do zásuvek.

- Zašít GPS lokátory do oblečení (pyžama) - po stažení aplikace do mobilních telefonů, lze sledovat polohu GPS.