

UNIVERZITA KARLOVA
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetřovatelství



Eva Černá, DiS.

**Ošetrovatelská péče o pacienta s demencí
na oddělení následné péče**

*Nursing care of a patient with dementia
on the long term care unit*

Bakalářská práce

Praha, srpen 2020

Autor práce: Eva Černá, DiS.

Studijní program: Ošetřovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: **Mgr. Jana Heřmanová, PhD.**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetřovatelství 3. LF UK**

Předpokládaný termín obhajoby: září 2020

Prohlášení

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

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací. Potvrzuji, že tištěná i elektronická verze v Studijním informačním systému UK je totožná.

V Praze dne 31. srpna 2020

Eva Černá, DiS.

Poděkování

Ráda bych na tomto místě poděkovala mé vedoucí práce Mgr. Janě Heřmanové, PhD. Za ochotu a odborné vedení mé bakalářské práce. Dále bych také poděkovala prim. MUDr. Anně Langerové za odborné konzultace. Nemalé poděkování patří i mé rodině, která mne podporovala při psaní této práce, ale také během celého studia.

Obsah

OBSAH	5
ÚVOD	7
1. TEORETICKÁ ČÁST	8
1.1 Definice demence	8
1.2 Epidemiologie	9
1.3 Etiologie a výskyt demence	10
1.4 Patofyziologie.....	11
1.4.1 Paměť a amnézie	11
1.5 Klinický obraz	12
1.6 Přehled demencí.....	13
1.6.1 Atroficko-degenerativní procesy	13
1.6.2 Vaskulární demence	14
1.6.3 Ostatní symptomatické demence.....	15
1.7 Vyšetřovací metody u demencí	15
1.7.1 Anamnéza	16
1.7.2 Laboratorní vyšetření.....	16
1.7.3 Orientační vyšetření poznávacích funkcí.....	17
1.8 Léčba demence.....	18
1.8.1 Farmakologická léčba.....	19
1.8.2 Kognitivní farmakoterapie	20
1.8.3 Nekognitivní farmakoterapie	21
1.8.4 Nefarmakologická terapie	21
1.9 Etika a komunikace	22
2. PRAKTICKÁ ČÁST	24
2.1 Základní data o pacientce	24
2.2 Anamnéza.....	24
2.3 Onemocnění pacientky	25
3. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST	26
3.1 Definice ošetřovatelského procesu.....	26
3.1.1 Ošetřovatelská anamnéza.....	26
3.2 Charakteristika ošetřovatelského modelu Marjory Gordon.....	27
3.2.1 Model funkčních vzorců.....	27
3.2.2 Dvanáct vzorců zdraví Marjory Gordon	27
3.3 Ošetřovatelská anamnéza.....	28

3.3.1	<i>Vnímání zdraví – udržování zdraví</i>	29
3.3.2	<i>Výživa – metabolismus</i>	29
3.3.3	<i>Vylučování</i>	30
3.3.4	<i>Aktivita – cvičení</i>	30
3.3.5	<i>Spánek – odpočinek</i>	30
3.3.6	<i>Citlivost – poznávání</i>	30
3.3.7	<i>Sebepojetí – sebeúcta</i>	31
3.3.8	<i>Role – vztahy</i>	31
3.3.9	<i>Reprodukce – sexualita</i>	31
3.3.10	<i>Stres, zátěžové situace</i>	31
3.3.11	<i>Víra – životní hodnoty</i>	32
3.4	<i>Průběh hospitalizace</i>	32
3.4.1	<i>Den první</i>	32
3.4.2	<i>Den osmý</i>	33
3.4.3	<i>Den čtyřicátý první</i>	34
3.5	<i>Ošetrovatelské problémy</i>	35
3.5.1	<i>Úzkost</i>	35
3.5.2	<i>Riziko pádu</i>	36
3.5.3	<i>Problematika komunikace</i>	38
4.	ZHODNOCENÍ	40
5.	DISKUZE	43
	ZÁVĚR	46
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	48
	SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ	51
	SEZNAM PŘÍLOH	52
	PŘÍLOHY	53

ÚVOD

V této bakalářské práci se zabývám ošetrovatelskou péčí o pacienta s demencí na oddělení následné péče, kde zároveň pracuji. Toto téma jsem si vybrala z důvodu hlubšího zájmu o problematiku demence, neboť sama pečuji o rodiče trpícího demencí.

Mou bakalářskou prací bych ráda poukázala na problematiku ošetrování a poskytování péče pacientům s demencí, kteří jsou běžně začleňováni mezi pacienty bez kognitivní nebo s mírnou kognitivní poruchou. Byla bych ráda, kdyby má práce byla ku prospěchu všem zdravotníkům, kteří o pacienty s demencí pečují.

V teoretické části se zabírám definicí demence, její charakteristikou, vyšetřovacími metodami a léčbou. V klinické části představuji svou pacientku, její aktuální onemocnění. V ošetrovatelské části se věnuji jednak teoreticky ošetrovatelskému procesu, co je to ošetrovatelský proces, jaké má fáze a jaký má význam v plánování ošetrovatelské péče. V této části se také věnuji Marjory Gordon, autorce jednoho z modelů v ošetrovatelství, který jsem si vybrala k tvorbě ošetrovatelské anamnézy. Kazuistika pojednává o ženě, která má jako jednu z hlavních diagnóz vaskulární demenci. Pacientka je ve středně těžkém stádiu onemocnění. Informace získané pro případovou studii jsem rozdělila na část klinickou a ošetrovatelskou.

1. TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Definice demence

„Slovo demence pochází z latinského de-mens, neboli nerozum, nepřičetnost či šílenost. Jako první ho použil Aurelius Cornelius Celsius ve své knize „De medicína“ v 1.století našeho letopočtu jako opak deliria. Do moderní psychiatrické klasifikace pojem demence zavedl Dominique Esquirol v roce 1814. Označil ji jako chorobu mozku, pro kterou jsou charakteristická oslabení vnímavosti, porozumění a vůle.“ (Růžička, 2003, s. 15)

Demence jsou závažné psychické poruchy, které vedou k výrazné poruše kognitivních, tedy poznávacích funkcí a zároveň k poruše nekognitivních funkcí jako jsou aktivity denního života a behaviorálním a psychologickým příznakům demence-jako jsou poruchy chování, emotivity a spánku. Zajímavostí je, že v průběhu života vznikají demence teprve poté, co dojde k rozvoji kognitivních funkcí – od 4-5 let života, Existují také demence dětského věku, ale jejich prevalence roste s věkem. Nejvíce demencí se tedy vyskytují v seniorském věku. Postižení kognitivních a nekognitivních funkcí je zpravidla progredientní a je tak výrazné, že v podstatě interferuje se schopností soběstačnosti postiženého člověka. (Jirák, 2013)

Ráda bych zmínila základní příznak demence a sice paměť. Je to psychická funkce, díky které můžeme přijímat, uchovávat a vybavovat si minulé vjemy, děje a poznatky. V důsledky demence může být paměť postižena v každé ze tří zmíněných složek – schopnosti udržet v systému paměti nezměněné vjemy, i ve vybavnosti. Toto postižení je třeba při posuzování paměti vždy pečlivě popsat a diferencovat. Správný výkon paměťových funkcí podmiňuje fungování komplexních psychických funkcí, jako myšlení a intelekt. (Hrdlička, Hrdličková, 2013)

U demencí jsou popisovány okruhy tří základních skupin funkcí, přičemž ohraničení je poněkud schematické a uvedené okruhy se navzájem prolínají:

- kognitivní funkce,
- aktivity denního života,
- poruchy emocí (afektů a nálad), chování, spánku a cyklu spánek – bdění.

Poruchy těchto funkcí se souhrnně nazývají behaviorální a psychologické příznaky demencí. Porušení těchto funkcí musí být tak velké, aby se vzájemně prolínalo s běžnými životními aktivitami. To pak vede k tomu, že se postižený stává nesoběstačným, závislým na rodině, nemocnici či ústavu sociální péče. Ke vzniku demence nevede pouze Alzheimerova choroba, ale i více než 60 dalších chorob. Demence sama o sobě představuje syndrom – určitý charakteristický soubor příznaků, který může mít různé příčiny. Některé choroby jsou vždy spojeny s rozvojem demence, již zmíněná Alzheimerova choroba, u jiných se demence rozvíjí pouze někdy (např. AIDS). Proto řekne-li se demence, vybavíme si člověka postiženého poruchami paměti, jednání, poznávání apod., ale nejsme ještě schopni říci, která choroba jeho demenci vyvolala. (Jirák, Holmerová, Borzová a kol., 2009)

1.2 Epidemiologie

Bohužel čas nezastavíme, lidstvo stárne, což je také celosvětový trend, který se dotýká i naší republiky. Stárnutí s sebou přináší zdravotní, sociální a ekonomické problémy. Jedním z kompletních zdravotních problémů s významnými zdravotními i společenskými důsledky je demence. (Hrdlička, Hrdličková, 2013)

Statistiky výskytu demence se v různých státech výrazně liší. V České republice neexistují validní statistiky výskytu demence, ale situace se zlepšuje zásluhou edukace, zvýšení informovaností v oblasti demence mezi lékaři. (Jirák, 2013)

Například v roce 2018 trpělo v České republice Alzheimerovou chorobou 167 tisíc obyvatel, dle odborníků to může v roce 2050 až dvojnásobek. Nárůst počtu pacientů s touto diagnózou eviduje u svých klientů například Zdravotní pojišťovna Ministerstva Vnitřní ČR. V roce 2018 evidovali 4 161 pacientů s touto diagnózou, a to je o 228 více než v roce 2017. (http://hygpraha.cz/dokumenty/ministerstvo-zdravotnictvi-a-nudz-pripravily-narodni-akcni-plan-pro-alzheimerovu-nemoc-4362_4362_161_1.html)

„Demence a Alzheimerova nemoc jsou globálním problémem veřejného zdraví. V současné době se lidé dožívají vyššího věku než kdykoli dříve a zátěž chronických onemocnění, jako jsou tato dvě, narůstá,“ potvrzuje závažnost situace ředitel české kanceláře WHO Srdan Matić. Skutečný počet lidí žijících s demencí je bohužel výrazně vyšší, než uvádí dostupná data o počtu léčených. Důvodem je poddiagnostikovanost, o které jsme se donedávna domnívali, že může dosahovat až těžko uvěřitelných 75 %. Nedávná analýza ÚZIS ukazuje, že zhruba 70 % lidí se sice nakonec diagnózy dočká, pravděpodobně však až v pokročilé fázi nemoci, kdy je těžké člověku dostupnou léčbou pomoci její průběh zpomalit a zachovat jeho soběstačnost,“ říká koordinátorka přípravy NAPAN z Ministerstva zdravotnictví a zároveň výzkumnice Národního ústavu duševního zdraví Hana Marie Broulíková. (<https://www.zpmvcr.cz/o-nas/aktuality/pocet-nemocnych-alzheimerovou-chorobou-kazdorocne-stoupa>)

1.3 Etiologie a výskyt demence

V etiologii demenčního syndromu bylo nalezeno více než 100 prokazatelných příčin. Nejčastější příčiny demence ve vyšším věku tvoří Alzheimerova nemoc (cca 50-60 %) a vaskulární demence (cca 35 %) a dále demence s Lewyho tělísky, demence u Parkinsonovy choroby, frontotemporální demence a sekundární demence jsou zastoupeny v menším měřítku. (Topinková, 2005)

Výskyt demence se pohybuje mezi šedesátiletými pacienty okolo 5 %. S postupným prodlužováním délky života se bude zvyšovat i počet pacientů s demencí. Prevalence syndromu demence je dle zahraničních údajů asi 0,7 % ve věku 63 let a každých 5 let se zdvojnásobuje. Strmý nárůst prevalence demence a též nejčastější formy Alzheimerovy nemoci, dokumentuje prevalence 20-30 % ve skupině osob nad 85 let. Tento trend má neustále zvyšující se tendenci. (Bartoš, Hasalíková, 2006)

1.4 Patofyziologie

„Patofyziologie syndromu demence odpovídá na otázku, proč jsou dementní lidé dementní. Zařazovací kritéria diagnóz demence jsou uvedena v mezinárodní klasifikaci -10, hovoří o demenci jako o syndromu daném poruchou paměti čili amnézií, společně s jednou nebo větším počtem dalších poruch kognitivních funkcí: afázií, apraxií, agnózií a poruchou řídicích neboli exekutivních funkcí. Paměť, řeč a jazyk, praxii, smyslové vnímání, poznávání, stejně jako exekutivní funkce, je možné z různých hledisek didakticky popsat jako neurokognitivní síť velkého rozsahu, funkční systémy mozku, případně jako moduly.“ (Jirák, Koukolík, 2004, s. 23)

1.4.1 Paměť a amnézie

„Paměť se v současnosti chápe jako modulární systém, tedy soustava neurokognitivních sítí velkého rozsahu“ (Jirák, Koukolík, 2004, s.25).

Je potřeba zmínit pracovní paměť, spíše se užívá termín *„krátkodobá paměť“*, kterou z neuropsychologického pohledu rozdělujeme do tří složky:

- Fonologická smyčka – je to systém, kde se ukládají zvukové neřečové i řečové informace a nejsou-li opakovány, ztrácejí se během pár sekund.

- Vizuospeciální náčrtník – jeho funkcí je aktivovat zrakové kůry týlních, temenních a spánkových laloků
- Centrální výkonnostní neboli řídicí složka – ta se váže na činnost předních a dorzolaterálních částí prefrontální kůry. Příkladně úkol, který zatěžuje pracovní paměť má vliv na rozpoznávání tvarů předmětů a též obličejů. (Jiráček, Koukolík, 2004)

1.5 Klinický obraz

Vždy je přítomna kognitivní porucha různého stupně:

- Lehká demence – mírná porucha orientace (datum), porucha výbavnosti především pro recentní události, porucha řeči (dysnomie), zhoršený náhled, omezení sociálních aktivit, změny chování nebo nálady (apatie, iritabilita, deprese), nespolehlivé užívání léků, potíže při zvládnání finančních záležitostí;
- Středně těžká demence – dezorientace (místem, časem – pacient se ztrácí na známých místech), porucha řeči (dysnomie + porozumění), progresivní poruchy paměti, ztráta nadhledu, potíže se zvládnáním běžných denních prací, dodržování hygieny, pravidlem je výskyt závažnějších behaviorálních poruch;
- Těžká demence – těžká dezorientace, těžká porucha staropaměti i novopaměti, těžká smíšená fatická porucha, neschopnost dodržet hygienu, porucha motorických stereotypů včetně chůze (imobilita), inkontinence. (Topinková, 2005)

V rozvoji demence nasedá omezení v instrumentálních činnostech a v pozdějších fázích nemoci i v sebeobslužných činnostech, dále behaviorální a psychologické symptomy u demence (BPSD): změny osobnosti, apatie, deprese, úzkost, zmatenost, agitovanost, agresivita, bloudění, misidentifikace,

psychotické symptomy (bludy – častý paranoidní blud o okrádání peněz), poruchy cyklu spánek – bdění. V průběhu onemocnění se tyto symptomy vyskytují s různou intenzitou, mívají přechodné trvání, ale postupně vedou k tomu, že se nemocný stává postupně zcela závislým na druhé osobě a vyžaduje mnohdy ústavní léčbu. (Topinková, 2005)

1.6 Přehled demencí

Demence lze podle příčiny dělit (ne zcela přesně a ostře) do čtyř skupin:

- Demence, které mají za podklad atroficko-degenerativní proces mozku.
- Demence symptomatické (sekundární), které mají za podklad celková onemocnění, infekce, intoxikace, úrazy, nádory, cévní poruchy, metabolické změny a jiné poruchy postihující mozek. Symptomatické demence lze ještě dělit do dvou podskupin.
- Demence vaskulární (na podkladě poruch mozkových cév, mozkového krevního zásobení).
- Ostatní symptomatické demence. (Jirák a kol, 2009)

1.6.1 Atroficko-degenerativní procesy

Jde o procesy, které vedou ke snížení počtu nervových buněk, snížení počtu spojů (synapsí) nervových buněk, k poruše funkce nervových buněk (neuronů) i pomocných nervových buněk (neuroglie), k tvorbě a ukládání patologických bílkovin, u nichž probíhá řada dalších degenerativních dějů. Důležitý děj je tzv. apoptóza. Je to geneticky naprogramovaná buněčná smrt (zakódovaná v genetickém materiálu každé buňky) – u neurodegenerativních chorob dochází k častější expresi (odkrytí, aktivaci) těchto genů a k častějším

apoptickým příhodám – buněčným sebevraždám. Na druhou stranu někdy nedochází dostatečně k apoptóze tam, kde je to žádoucí. Jiný neurodegenerativní děj je uvolnění nadměrného množství volných kyslíkových radikálů. Jsou to chemické skupiny obsahující kyslík schopný rychle se vázat na tkáň a enzymy. Volné kyslíkové radikály (například skupiny OH⁻, peroxidy a další) přirozeně vznikají v rámci látkové přeměny, slouží jako stavební jednotky nových tkání těla, mají svůj informativní význam. Lidský mozek je vybaven několika enzymy, které volné kyslíkové radikály likvidují. Jsou-li však tyto látky tvořeny v nadbytku a nejsou dostatečně likvidovány, vážou se na různé tělesné tkáň, například na stěny nervových buněk, a napadené tkáň ničí. Rovněž tak se vážou na enzymy a další důležité látky. (Jirák a kol., 2009)

1.6.2 Vaskulární demence

Jednoduše řečeno, vaskulární demence vznikají kvůli narušením cévního zásobení mozku. Bezprostřední příčinou může být zúžení či postupné ucpávání mozkové cévy nebo krvácení. Některé cévní změny v mozku jsou vrozeně podmíněné (cévní výdut'), jiné získané. Vaskulární demence vzniká častěji u:

- kuřáků,
- obézních lidí (vysoký cholesterol, tuky),
- lidí s diabetes mellitus,
- lidí se srdečním onemocněním (porucha srdečního rytmu, bloky srdečního převodu),
- lidí se změnou krevního tlaku (ohrožením je vysoký i nízký tlak – člověka s již existující poruchou paměti ohrožuje více tlak nízký než vysoký. Doporučením je tlak udržovat v úrovni počínající hypertenze: například 150/90 mm Hg je menším rizikem než 110/60 mm Hg,

- lidí s onemocněním krvevotvorby – anemie (úbytek červených krvinek),
- lidí s akutním či chronickým onemocněním dýchacích cest, kde došlo ke snížení přítomnosti kyslíku v krvi pod normu na delší dobu nebo opakovaně,
- lidí s opakovaným traumatem hlavy a mozku (boxeři, sportovci). (Pidrman, 2007)

1.6.3 Ostatní symptomatické demence

Vznikají na podkladě celkových onemocnění organismu postihujících také mozek, na podkladě intoxikací (otrav), infekcí a zánětů, úrazů mozku, nádorů mozku a dalších příčinných faktorů ovlivňujících činnost centrálního nervového systému. Mezi tyto demence náleží například demence infekční, metabolické, traumatické etiologie a další. (Pidrman, 2007)

1.7 Vyšetřovací metody u demencí

Diagnóza demence se stále významně podceňuje, i když určité zlepšení již nastalo. Rodina i lékaři hodnotí některé příznaky demence jako příznaky stárnutí bez klinického významu a nevěnují jim zaslouženou pozornost. Podobnému osudu často neuniknou ani příznaky deprese, které můžou, ale nemusí s demencí souviset a staršího člověka odsoudí k velkým vnitřním bolestem, které nepochopí, kdo je neprožil. Každá změna stavu, každý příznak připomínající demenci či jinou změnu duševního stavu je potřeba vyšetřit zkušeným lékařem, v tomto případě neurologem, geriatrem nebo psychiatrem. Při pochybnostech je nutné navštívit specialistu. Diagnostika demence je proces, na kterém se významně podílí několik rovnocenných složek – pacientem a pečovatelem počínaje a lékařem, který

všechny výsledky a informace shrne a vysloví diagnózu, konče. Demenci nelze diagnostikovat či vyloučit „ode dveří“. (Jirák a kol., 2009)

1.7.1 Anamnéza

Pro stanovení každé diagnózy je nezbytné provést u pacienta anamnézu. Pacient trpící demencí si svůj problém často neuvědomuje, nepřipouští si ho, různě intenzivně ho bagatelizuje a racionalizuje. Objektivizace příznaků další osobou je velice důležitá. Další osoba – nejbližší rodinný příslušník či pečující osoba – objektivizuje data o příznacích: době a délce vzniku, průběhu onemocnění, ale i anamnestické údaje (údaje z předchorobí). (Jirák a kol., 2009)

K posouzení změny je jednak zapotřebí odhadnout intelekt před vznikem kognitivních poruch. Protože objektivní úroveň kognitivních schopností v minulosti postiženého většinou neznáme, usuzujeme například podle nejvyššího dosaženého vzdělání a profese a je třeba přihlížet i k věku vyšetřovaného, zejména u osob starších 85 let. Zvláštní důraz klademe na cévní rizikové faktory, které mohou vyvolávat nebo zhoršovat kognitivní poruchu prakticky jakékoli etiologie. Nejdůležitější je hypertenze jako rizikový faktor. (Bartoš, Hasalíková, 2010)

1.7.2 Laboratorní vyšetření

Provádí se proto, aby se mohla diagnostikovat průvodní onemocnění, byly zjištěny rizikové faktory a prokázala se příčina průvodních komplikací, jakými jsou např. stavy zmatenosti. Sem patří vyšetření krevního obrazu, mineralogramu, glykémie, urey, kreatininu, jaterních enzymů, funkční testy štítné žlázy – T3, T4. Při podezření na infekční původ obtíží i sérologické testy na HIV a boreliózu. Dále se vyšetřuje hladina vitamínu B12 a kyseliny listové. (Růžička, 2003)

1.7.3 Orientační vyšetření poznávacích funkcí

V rámci demence se testují neurologicko – psychiatrické funkce, které jsou v těchto procesech narušené:

- paměť ve všech svých formách,
- řeč – schopnost,
- tzv. vizuospeciální funkce a praxe – schopnosti orientovat se v prostoru, schopnost obsluhovat televizi, mobilní telefon, auto, domácí spotřebič, naplánovat a vykonat smysluplnou aktivitu, poznávací funkce,
- úkolu, zvládání zaměstnání, změny chování a osobnosti – agresivita nebo apatie. (Jirák, Holmerová, Borzová, 2008)

Pro hodnocení kognitivních funkcí existuje řada testů a jeden z nejběžnějších testů je Mini – mental state examination (MMSE) tzv. Folsteinův test, používaný orientační test ke zjištění demence, přesněji narušení kognitivních funkcí. Tento test se skládá ze třiceti bodů, které hodnotí 10 funkcí a to orientaci, zapamatování, pozornost a počítání, vybavnost paměti, pojmenování předmětů, opakování věty, třístupňový příkaz, čtení a vyhovění příkazu, psaní, obkreslování dle předlohy. Některá z těchto položek má více bodů a některá jeden bod. Ve výsledku 27-30 bodů neznámá organické postižení a na druhou stranu 10 bodů a méně znamená pokročilou formu demence. (Kalvach a kol., 2008)

Dalším často používaným testem je Test kreslení hodin (Clock drawing test). Pacienta vyzveme, aby nakreslil hodinový ciferník s čísly a ručičkami a vyznačil na nich určitý časový údaj, například za deset minut dvě. Hodnotíme jednak celistvost obrázku a zároveň správnost nastavení ručiček. Hodnocení testu je též bodové a stručně řečeno, zdravý starý člověk má normu 10 bodů, při devíti bodech je již suspekce na organické postižení, na úrovni 8 bodů je hranice organického postižení, 7 bodů a méně již znamená vyjádřené organické postižení. (Kalvach a kol., 2008)

Na našem oddělení standartně používáme test Mini Mental State Exam (MMSE). Stává se, že pacient není schopen psát z důvodu somatického onemocnění, jako například revmatické onemocnění, artróza nebo třes rukou. V tomto případě by test kreslení hodin nebyl vhodný.

1.8 Léčba demence

Jak známo, tak i přes velký pokrok vědy a farmaceutického průmyslu dnešní doby, je onemocnění demencí stále nevyléčitelné. Je však zapotřebí radovat se i z malých úspěchů, kterými mohou být udržení dosavadních schopností nemocného, zhoršení stavu v míře nižší, než jaká byla předpokládána v daném stádiu demence a za velký úspěch můžeme též pokládat zlepšení stavu nemocného. Důležité je co nejdřív začít léčit. Hlavním cílem léčby je stabilizovat stav nemocného, oddálit rychlý spád onemocnění a přechod nemoci do těžších stadií. (Zgola, 2003)

Věřme, že v blízké budoucnosti bude šance na vyléčení této nemoci, neboť vědci z University of Texas Health Science Center v San Antoniu (UT Health San Antonio) objevili novou třídu proteinů, které chrání synapsy před zničením. Synapsy jsou struktury, kde elektrické impulsy přecházejí z jednoho neuronu do druhého. Objev, který byl publikovaný 13. července 2020 v časopise Nature Neuroscience, má dopad na Alzheimerovu chorobu a také schizofrenii. Pokud bude prokázáno, tak zvýšení počtu těchto ochranných proteinů by mohlo být novou terapií nejen léčby demence.

Při Alzheimerově chorobě vede ztráta synapsí k problémům s pamětí a dalším klinickým symptomům.

Jak uvedla v článku Dr. Sia: „Studujeme cestu imunitního systému v mozku, která je zodpovědná za eliminaci přebytečných synapsí; to se nazývá komplementový systém," řekl Gek-Ming Sia, PhD, odborný asistent farmakologie na UT Health San Antonio's Long School of Medicine a senior autor výzkumu.

„Proteiny komplementového systému se ukládají na synapsích,“ vysvětlila Dr. Sia. „Působí jako signály, které zvou imunitní buňky zvané makrofágy, aby během vývoje přišly a snědly přebytečné synapsy. Objevili jsme proteiny, které tuto funkci inhibují, a v podstatě fungují jako signály“ nejezte mě “, abychom chránili synapsí před eliminací.”

„V průběhu vývoje dochází k nadprodukcí synapsí, lidé mají nejvíce synapsí ve věku 12 až 16 let, a od té doby do věku kolem 20 let dochází k eliminaci čisté synapse, která je normální součástí zrání mozku. Tento proces vyžaduje systém doplňků.“

„U dospělých je počet synapsí stabilní, protože eliminace synapsí a rovnováha formace vycházejí. Ale u některých neurologických onemocnění je mozek nějak zraněn a začíná nadprodukovat komplementové proteiny, což vede k nadměrné ztrátě synapse. K tomu dochází zejména u Alzheimerovy choroby,“ řekla Dr. Sia. (<https://www.nature.com/articles/s41593-020-0672-0>)

1.8.1 Farmakologická léčba

„Někdy se rozlišuje kognitivní nebo nekognitivní léčba demence. Přístup k dementnímu nemocnému musí být komplexní.“ (Růžička, 2003, s. 116)

Základem pro léčbu demence spočívá v podávání inhibitorů cholinesteráz, které mají v některých případech pozitivní účinek na léčbu nekognitivních příznaků. Stále nejpoužívanější a nejúspěšnější formou léčbě Alzheimerovy demence spočívá v ovlivnění acetylcholinergního systému, a to je teoreticky možné čtyřmi způsoby a to:

- podání inhibitorů cholinesteráz;
- podáním prekursoru acetylcholinu;
- podáním stejných činitelů nikotinových a muskarinových receptorů;

- ovlivněním acetylcholinergního systému přes jiné mediátory. (Růžička, 2003)

„Z uvedených možností je pouze aplikace inhibitorů cholinesteráz jediným způsobem, který se stále úspěšně uplatňuje v léčbě. Inhibitory cholinesteráz jsou proto také hlavním a nejdůležitějším představitelem skupiny léků určených k terapii kognitivních funkcí – kognitiv.“ (Růžička, 2003, s. 116)

1.8.2 Kognitivní farmakoterapie

„V kognitivní farmakoterapii je používáno více přístupů, které se navzájem často kombinují. Zatím však byla opakovanými kontrolovanými klinickými studiemi (Evidence Based Medicine) ověřena účinnost pouze u skupiny inhibitorů acetylcholinesteráz (tzv. kognitiva). U jiných druhů farmak již tyto důkazy nejsou tak jednoznačné. Použití inhibitorů cholinesteráz vychází ze zjištění poruchy acetylcholinergní transmise u Alzheimerovi nemoci. Důležité zjištění je, že se molekuly mozkových cholinesteráz podílejí na formaci beta-amyloid.“ (Růžička, 2003, s. 78)

Dosud jsou stále nejužívanější 3 inhibitory cholinesteráz a to:

- Rivastigmin, který má dvojitý účinek na acetylcholinergní systém
- Galantamin, který je také acetylcholinergní dualista a zároveň ovlivňuje nikotinové acetylcholinergní receptory
- Donepezil, což je čistý inhibitor acetylcholinesteráz a jsou indikovány víceméně u lehkých či středních forem Alzheimerovy demence.

Nakonec bych zmínila preparát Memantin – blokátor ionotropních receptorů excitačních aminokyselin, známý také pod názvem Ebixa, který se podává u těžších forem Alzheimerovy demence. (Růžička, 2003)

1.8.3 Nekognitivní farmakoterapie

„V průběhu onemocnění Alzheimerovou demencí je často nezbytná komedikace antipsychotiky, zejména v případě, kdy v klinickém obrazu převládají BPSD. Z neuroleptik se volí především zástupce 2. generace, například tiapridal, risperidon, olanzapin, melperon, ale své opodstatnění má v některých případech i terapie haloperidolem. Při léčbě Alzheimerovy demence se nesmí zapomínat na důslednou terapii všech přidružených onemocnění a rehabilitaci somatických funkcí.“ (Zvěřová, 2017, s. 75)

1.8.4 Nefarmakologická terapie

„Výzkum nefarmakologických přístupů k pacientům s demencí a jejich rodinným pečujícím patří mezi nejnovější disciplíny. V posledních dvou desetiletí se objevují práce, které zkoumají nefarmakologické přístupy k pacientům s demencí a k jejich rodinným příslušníkům. Základem je správný psychologický přístup k nemocnému, který ale vyžaduje od pečujících velkou trpělivost, jehož výsledky bývají často minimální a přechodné. S prohlubující se tíží demence a degradací pacientovi premorbidní osobnosti je nutné používat stále jednodušší psychotherapeutické přístupy.“ (Zvěřová, 2017, s. 76)

- Reeducace, zejména v základních aktivitách denního života, což vyžaduje velmi citlivý přístup ze stran zdravotníků a rodiny.
- Realitní terapie, především v pokročilejších stádiích nemoci, kde je velice důležité, aby byl pacient maximálně konfrontován s realitou. Je nutné vytvářet bezpečné prostředí, tam kde se pacient pohybuje, jako například velkých nástěnných hodin s číslicemi, čitelný kalendář, nejlépe jednodenní, umístěný na nočním stolku apod.
- Komunikace musí být jednoduchá, pomalá a nejlépe, kdy nám pacient může odpovědět ano či ne. (Růžička, 2003)

Veškeré úkony, které u pacienta provádíme, musíme vykonávat s náležitou trpělivostí a důstojností, zejména při hygieně, vyprazdňování, aplikaci léčiv. Kolikrát totiž máme pocit, že se starými pacienty můžeme zacházet jako s dětskými pacienty. To je hluboký omyl, protože právě tímto jednáním snižujeme jejich důstojnost. Naopak je nezbytné, v rámci pacientových možností, neustále je podporovat v denních aktivitách běžného života.

1.9 Etika a komunikace

Z mého hlediska je velice důležitá komunikace s pacienty trpícími demencí. Je třeba trpělivý přístup, neustále reflektovat jejich stav, vyhledávat jejich potřeby, mít dostatek empatie, snažit se komunikovat i nonverbálně, respektovat jedinečnou a důstojnou lidskou bytost, umět se s pacientem zasmát.

Demence naprosto nemusí znamenat ztrátu smyslu pro humor, snažíme se některé situace odlehčovat, ovšem ne za každou cenu. Také je důležitá spolupráce s rodinou. Snažíme se o pacientovi získat co nejvíce informací, pomáhá nám to pacienta dobře poznat, zároveň tím můžeme získat větší prostor pro komunikaci na různá témata, ať je to o rodině, zájmech z dřívější doby apod. Měli bychom se snažit, aby pacient s demencí byl co nejméně konfrontován se svou nesoběstačností či nedostatečností. (Jirák, Holmerová, Borzová, 2008)

V rámci uspokojování základních potřeb člověka s demencí nesmíme opomenout potřeby uznání, bezpečí, jistoty, lásky, seberealizace. Schopnost komunikovat je podmínkou, aby se člověk úspěšně začlenil do svého sociálního prostředí a aby navazoval a udržoval vztahy. Schopnost komunikace není vyloučena ani v důsledku pokročilé demence, stále můžeme hledat jiné formy komunikace, jsou to jednoduchá verbální i nonverbální sdělení, kterým pacient rozumí, gesta a chování, jimiž nám naopak chce něco sdělit. I neverbální sdělení, která se mohou jevit zdánlivě nevýznamně, může význam mít – jen není vyjádřen slovy. Ošetrovatelská péče klade vysoké požadavky jak na odbornost, tak na etický přístup. Pro poskytování kvalitní, profesionální a důstojné péče musí

zdravotník nebo pracovník sociální péče znát biologické, psychické i sociální změny ve stáří, musí mít správné etické a morální postoje a vlastnosti, schopnost empatie a citlivé komunikace. (Jirák, Holmerová, Borzová, 2008)

„Akademik MUDr. Josef Charvátl řekl, že řeč a etika jsou vůbec nejpozoruhodnější kvality, jimiž se člověk liší od všeho ostatního živého. Pro zdravotníky a sociální pracovníky je velmi důležité umět komunikovat se seniory, i to je vyjádřením etického přístupu a empatie vůči seniorům. Komunikace by měla být:

- *citlivá, taktní, vstřícná,*
- *se zájmem naslouchat,*
- *empatická,*
- *přizpůsobena stylu a způsobu komunikace seniorů,*
- *informovat srozumitelnou formou,*
- *dbát na slušné chování, kdy samozřejmostí jsou pozdrav a poděkování, oslovovat příjmením a titulem.“ (Kutnohorská, 2017)*

2. PRAKTICKÁ ČÁST

2.1 Základní data o pacientce

Iniciály: M.P.

Věk: 79 let

Pohlaví: žena

Národnost: česká

Místo bydliště: Třešť

Povolání: důchodce

Kontaktní osoba: dcera

Stav: vdova

2.2 Anamnéza

Všechny informace pro sestavení anamnézy jsem získala z lékařské dokumentace, rozhovorem s pacientkou a její dcerou. S pacientkou jsem se poprvé setkala 6. 1. 2020, kdy jsem sepisovala příjmovou ošetrovatelskou anamnézu, která je zároveň přílohou této bakalářské práce. Pacientka souhlasila s použitím informací ke zpracování bakalářské práce.

Rodinná anamnéza: Dle dcery, matka pacientky zemřela na infarkt myokardu v 75 letech, otec pacientky zemřel před deseti lety, neví se přesně důvod úmrtí, manžel zemřel před 10 lety náhle, pacientka nemá žádné sourozence a doposud žila sama ve svém bytě. Jedna dcera – zdravá, dvě děti.

Osobní anamnéza: Dle dcery, v dětství prodělala běžné dětské nemoci, okolo 50.roku života jí byla zjištěna hypertenze, 10/2019 iCMP, kognitivní deficit ischemicko-vaskulární etiologie, chronická ICHS, hypercholesterolemie,

hypertriglyceridemie, ateroskleróza aorty, sludge ve žlučníku (neboli žlučové bláto). Operace dosud žádné.

Farmakologická anamnéza: Agen 10 mg tbl 1-0-0; Prestarium Forte 10mg tbl 1-0-0; Betaloc ZOK 25mg tbl 1-0-0; Godasal 100mg tbl 0-1-0; Escitalopram 10mg tbl 1-0-0; Fresubin protein powder 1 odměrka 1-0-0; Thiamin tbl 1-0-0; Atoris 10mg tbl 0-1-0; Memantin 10mg tbl 1-0-0, Tiapridal 100mg tbl 0-1-1-1.

Gynekologická anamnéza: 1x porod.

Alergická anamnéza: Pacientka neudává lékovou ani potravinovou alergii.

Abusus: Exkuřák 10 let, dříve 10 cigaret denně, alkohol příležitostně, káva - 1 šálek denně.

Sociální anamnéza: Pacientka je vdova a dosud žila sama ve svém bytě.

Pracovní anamnéza: dříve pracovala jako ekonom, nyní je ve starobním důchodu.

2.3 Onemocnění pacientky

73letá pacientka s hypertenzi, po cévní mozkové příhodě v září 2019, vaskulární demence ve středně těžkém stádiu byla přeložena na naše oddělení z geriatric Thomayerovy nemocnice, kde byla hospitalizovaná (neurologická klinika) s akcerelací hypertenze a kardiální dekompenzací, po medikaci stabilizovaná, na oddělení následné péče přijata k další léčbě a nácviку soběstačnosti.

3. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

Při poskytování ošetrovatelské péče jsem využila metodu ošetrovatelského procesu s pomocí modelu dle Marjory Gordon – funkční vzorce zdraví, jež vystihuje prakticky všechny podstatné oblasti v péči o pacienta.

3.1 Definice ošetrovatelského procesu

Ráda bych se zmínila o definici ošetrovatelského procesu. Jedná se o systémový komplexní výkon ošetrovatelské činnosti s důrazem co nejvíce přihlížet k individuálním potřebám nemocného a řešit tak efektivně jeho problémy. (Tothová, 2014)

„Samotný proces představuje sérii plánovaných činností a tyto činnosti jsou zaměřeny na dosažení určitého výsledku. Pojem ošetrovatelský proces souvisí s akceptováním vědeckého přístupu a východisek v ošetrovatelství. Z teoretického hlediska jde o systémovou teorii aplikovanou na postup a z praktického hlediska je to systematická, racionální metoda plánování a poskytování ošetrovatelské péče, jejímž cílem je změna zdravotního stavu pacienta. Tyto ošetrovatelské činnosti umožňují, aby se sestra samostatně rozhodovala pro nejvhodnější způsob péče, dosahovala stanovených cílů a mohla měřit pokrok, kterého pacient jejím přičiněním dosáhl.“ (Tothová, 2014, s. 16)

3.1.1 Ošetrovatelská anamnéza

- Cílem je získat informace o nemocném a jeho zdravotním stavu,
- Důležité jsou informace o stavu vědomí, soběstačnosti, hygieně, dýchání, výživě, vyprazdňování, spánku, psychickém stavu aj.,
- Informace získáváme pozorováním, rozhovorem a cílenými otázkami, vyšetřením (např. hodnotící škály),

- Zdrojem informací může být samotný nemocný, jeho blízké osoby, jakými jsou rodina, přátelé a ostatní členové ošetrovatelského týmu, v neposlední řadě dřívější dokumentace,
- Všechny získané informace se musí zaznamenávat do ošetrovatelské dokumentace. (Tothová, 2014)

3.2 Charakteristika ošetrovatelského modelu Marjory Gordon

Pro vypracování ošetrovatelské anamnézy jsem si zvolila model Marjory Gordon – funkční vzorce zdraví. Po důkladné úvaze jsem dospěla k závěru, že tento model je nejvhodnější pro mou kasuistiku. Obsahuje všechny potřeby nemocného v ošetrovatelské péči. Funkční vzorce zdraví pokládám za nejpřehlednějších model, který je odvozený z interakcí osoba-prostředí. Zdravotní stav pacienta je vyjádřením bio-psycho-sociální interakce.

3.2.1 Model funkčních vzorců

„Vzorce jsou úseky pro chování pacienta/klienta v určitém čase a představují základní ošetrovatelské údaje v subjektivní a objektivní podobě. Základní strukturu modelu tvoří dvanáct oblastí funkčních vzorců zdraví a každý vzorec představuje určitou část zdraví, která může být funkční nebo dysfunkční.“ (Pavlíková, 2006, s. 93)

3.2.2 Dvanáct vzorců zdraví Marjory Gordon

- 1) Vnímání zdraví: Tímto vzorcem se zjišťuje, jak je jedinec schopen o své zdraví pečovat a jak vnímá celkově svůj zdravotní stav.

- 2) Výživa – metabolismus: Zahrnuje způsob přijímání stravy a pití ve vztahu k metabolické potřebě organismu
- 3) Vylučování: Zahrnuje oblast způsobu vyprazdňování stolice a moče.
- 4) Aktivita – cvičení: Mapuje, jakým stylem a způsobem se pacient udržuje v tělesné kondici a jaké preferuje aktivity.
- 5) Spánek – odpočinek: Zahrnuje kvalitu spánku a odpočinku.
- 6) Citlivost – vnímání: Jak například pacient reaguje na bolest, jaké má kognitivní schopnosti.
- 7) Sebepojetí – sebeúctě: V tomto vzorci chceme zjistit, jak jedinec vnímá své já.
- 8) Role – vztahy: Jak pacient např. udržuje mezilidské vztahy, jak přijímá životní role apod.
- 9) Sexualitu – reprodukci. Tento vzorec zahrnuje reprodukční oblast, sexualitu jedince.
- 10) Zvládání stresu – zátěžových situací: Vypovídá o schopnosti řešit nepříjemné situace, toleranci k druhé osobě-
- 11) Víra – životní hodnoty: Přibližuje vnímání životních hodnot u jedince a také náboženské vyznání jedince.
- 12) Posledním vzorcem jsou všechny další jiné oblasti, které u pacienta můžeme zjistit. (Pavlíková, 2006)

3.3 Ošetřovatelská anamnéza

Hodnocení pacientky jsem provedla 1 měsíc po přijetí (6. 2. 2020).

Ošetrovatelskou anamnézu a současný stav jsem odebrala během mého pozorování pacientky. (Zpracováno dle ošetrovatelského modelu M. Gordon) Informace byly získány rozhovorem s dcerou pacientky, pacientkou, pozorováním při ošetrovatelské péči, informacemi od ošetrovatelského týmu, a nakonec ze zdravotnické dokumentace. S pacientkou jsem se pravidelně setkávala při snídání, obědě nebo jsem pomáhala s hygienou. Hovořila jsem s pacientkou o běžných věcech, například jaké je její oblíbené jídlo, zda jí ten den chutnalo, zda ráda vaří apod. Zpočátku to byl monolog, volila jsem hlavně jednoduché otázky s očekáváním jednoduché odpovědi.

S její dcerou jsem se setkala třikrát v čase návštěv.

3.3.1 Vnímání zdraví – udržování zdraví

Pacientka se ke svému zdraví konkrétně nevyjádřila. Svou nemoc si zcela neuvědomuje, domnívá se, že je celkem zdráva. Dle její dcery v minulosti nemocná nebyla s výjimkou běžného nachlazení. Před deseti lety byl pacientce zjištěn vysoký krevní tlak. Začala docházet k praktickému lékaři, kde dostávala pravidelnou medikaci.

3.3.2 Výživa – metabolismus

Pacientka má stanovenou dietu racionální, stravu přijímá bez obtíží, potíže s polykáním nemá, jídlo si zvládne naporcovat příborem a tekutiny zvládá přijímat bez zahušťovadel. Během dne je nutné pacientce připomínat pití. Má stanovený denní příjem 1500 ml. U svého lůžka má postavenou konvici s mírně oslazeným čajem o obsahu 1 litr. Úkolem ošetrovatelského a pomocného personálu, je podporovat pacientku k pití a na konci dne, tedy okolo 18 hodiny se zaznamenává konečný příjem tekutin.

3.3.3 Vylučování

Pacientka si není vědoma, že by měla problémy s vyprazdňováním, užívá však plenky, neboť trpí inkontinencí močovou i stolicí. První měsíc hospitalizace měla však zavedený permanentní močový katétr, který odváděl žlutou moč. Není schopna si říct, zda má plnou plenku. Kontrola plenky probíhá několikrát denně a dle možnosti i v noci. Stolice má pacientka jednou za dva až tři dny normální konzistence, při zácpě užívá lactulosu dle ordinace lékaře.

3.3.4 Aktivita – cvičení

Na začátku hospitalizace byla pacientka spíše laxní k jakékoli aktivitě, zejména při ranní hygieně, kdy se nechtěla posazovat v lůžku k připravenému laboru, dále když jsme začali pravidelně pacientku vysazovat do křesla v době jídla, rehabilitaci s fyzioterapeutkou skoro odmítala s tím, že je velmi unavená. Avšak, s každodenní pravidelností jsme tuto aktivitu prolomili společně s celým týmem.

3.3.5 Spánek – odpočinek

Pacientka si nestěžuje na nedostatek spánku, udává, že spí dobře. Nicméně na začátku její hospitalizace měla obtíže se spánkovým režimem, kdy většinou pospávala přes den a v noci bděla a volala o pomoc a pouštěla si televizi. Postupně, kdy si pacientka postupně zvykala na nové prostředí, problémy postupně odeznívaly, zpočátku měla předepsané i léky na spaní.

3.3.6 Citlivost – poznávání

Pacientka je orientovaná osobou, ale dezorientovaná v čase i prostoru. Nejslabší stránky má v krátkodobé paměti, pozornosti a počítání. Bolesti nemívá.

Bolestivé grimasy jsem zaznamenala například při zavádění subkutánní jehly, pacientka měla naordinovaný fyziologický roztok 500ml pro podporu hydratace.

3.3.7 Sebepojetí – sebeúcta

Pacientka byla plně soběstačná a schopna rozhodování. Po CMP pacientka ještě nebyla ve svém bytě, kam se sama už nemůže vrátit, pakliže nebude mít zajištěnou adekvátní péči. Dcera již zažádala o umístění do sociálního zařízení, neboť se o svou matku nemůže postarat z pracovních důvodů.

3.3.8 Role – vztahy

Pacientka je vdova deset let. Má jednu dceru a od ní dvě vnoučata, Podle dcery byla pacientka vždy společenská a přátelská. S manželem měli velmi hezký vztah. Jeho odchod nesla velmi těžce.

3.3.9 Reprodukce – sexualita

U tohoto vzorce je možné uvést pouze roli matky a vdovy.

3.3.10 Stres, zátěžové situace

Dle dcery, pacientka je povahou melancholik, stres nezvládala dobře, spíše se prý podhodnocovala. Možná proto i kouřila (úsudek její dcery). Pacientka vnímá hospitalizaci jako větší stresový zážitek, chtěla by domů. Avšak vzhledem k rychle progredujícímu onemocnění nelze tuto variantu přijmout.

3.3.11 Víra – životní hodnoty

Pacientka věří, že se dostane domů a nebude už muset být dlouho ve nemocnici. Mým pozorováním jsem zjistila, že je spíše smutná dle výrazu v obličeji, usmát jsem viděla málokdy.

3.4 Průběh hospitalizace

3.4.1 Den první

Paní M.P. jsem přijali na naše oddělení dne 6.1.2020, byla k nám přeložena z Thomayerovi nemocnice k doléčení interního onemocnění a nácviku soběstačnosti. Vzhledem k tomu, že si rodina přála pro pacientku nadstandartní pokoj, byla uložena na dvoulůžkovém pokoji. Následně jsem se pacientky ujala a seznámila ji s režimem na oddělení, jak používat signalizační zařízení apod. Na pacientce bylo zřetelné, že je mírně zmatená. Pomohla jsem pacientce s uložení osobních věcí do skříňky a nočního stolku, asistovala jsem při převlékání do noční košile a následně pacientku uložila do lůžka a nechala pacientku odpočívat. Tento čas jsem využila k vyplnění Příjmového ošetřovatelského protokolu našeho oddělení (příloha č. 2).

Po půlhodině jsem se k pacientce vrátila, změřila fyziologické funkce, TK, P, glykemii, zkontrolovala jsem predilekční místa a stav pokožky. Vzhledem k tomu, že je pacientka inkontinentní a užívá plenkové kalhotky, zkontrolovala jsem i plenku. Pak jsem započala rozhovor, který je součástí ošetřovatelského příjmu a spočívá i mj. ve vyplnění dotazníků jako je v našem případě Mini – Mental State Examination – MMSE a Geriatrická škála deprese.

Pacientka při rozhovoru příliš sdílná nebyla a odpovídala velmi stroze, což jsem chápala a snažila jsem se jí ubezpečit, že se nemusí ničeho obávat. Cirka po 45 minutách jsem ukončila tzv. ošetřovatelský příjem a doplnila jsem si zbylé škály, jako jsou stupnice dle Nortonové, test dle Barthelové na základě pohovoru, pozorování a doložené lékařské dokumentace z odesílající nemocnice.

Tabulka č. 1 Hodnocení pacientky – den první

Datum	Norton test	Barthel test	MMSE test	Škála deprese
6.1.2020	19	35	15	6

3.4.2 Den osmý

13.1.2020 jsem opět vedla pohovor s pacientkou a zopakovala MMSE a geriatrickou škálu deprese a výsledky zaznamenala do příjmové ošetřovatelské dokumentace. Týden po přijetí došlo u pacientky k mírnému v posunu v komunikaci. Pomalu si začíná zvykat na denní režim, V noci však bývá neklidná, bloudí kolem lůžka. Ošetřující lékařka pozvolna nastavuje medikaci, aby pacientka mohla v noci spát a věnovat se tak denním aktivitám. Mezi denní aktivity především patří rehabilitace s fyzioterapeutkou. U pacientů s demencí je nutné dodržovat pravidelný režim, dostatek odpočinku a neméně důležitá je i komunikace.

Tabulka č. 2 Hodnocení pacientky – den osmý

Datum	Norton test	Barthel test	MMSE test	Škála deprese
6.1.2020	19	35	15	6
13.1.2020	19	35	15	7

3.4.3 Den čtyřicátý první

15.2.2020 hodnotím stav pacientky jako velice příznivý. Díky pravidelnému režimu, na který si pacientka pozvolna zvykla, dobře toleruje režim na oddělení, dle testu Barthelové se zlepšila o 10 bodů. Díky pravidelné rehabilitaci se pacientka necítí tolik izolovaná, ve všední dny pravidelně chodí s fyzioterapeutku po chodbě oddělení. Klademe velký důraz na včasnost a pravidelnost. V komunikaci byl posun spíše v neverbálním projevu. V následujících dnech se bude řešit otázka budoucí péče. Pacientka již není a nebude schopná bydlet sama. Probíhají jednání s dcerou, která o svou matku nemůže pečovat, hledá tedy vhodné zařízení, které bude pro naši pacientku nejvhodnější.

Tabulka č. 3 Hodnocení pacientky – den čtyřicátý první

Datum	Norton test	Barthel test	MMSE test	Škála deprese
6.1.2020	19	35	15	6
13.1.2020	19	35	15	7
15.2.2020	21	45	15	5

Za necelé dva měsíce pozorování a ošetrovatelské péče byla pacientka normotenzní a afebrilní. Z nutričního hlediska pacientka prospívala, váhově pacientka nabyla 0,5 kg, chuť k jídlu měla dobrou. Pacientka byla v riziku pádu dle Conleyové, a v riziku dekubitů dle Nortonové. V průběhu hospitalizace byla pacientka pod zvýšeným dohledem, což bylo zajištěno jednak častějšími kontrolami ošetrovatelským personálem a dále tím, že byla v pokoji, který se

nacházel v blízkosti pracovny sester, v dosahu měla signalizační zařízení. V lůžku byla pacientka částečně soběstačná, přesto jsme dohlíželi na polohování, nerada totiž ležela na boku a zároveň jsme kontrolovali náplň plenky. V noci byla pacientka zajištěna postranicemi a dvakrát za noc polohována na bok, střídavě levý a pravý.

U pacientky jsem si vytyčila několik ošetrovatelských problémů, které byly pro pacientku z hlediska prožívání sama sebe nejzásadnější, tedy úzkost a riziko pádu a problematika komunikace.

3.5 Ošetrovatelské problémy

3.5.1 Úzkost

Úzkost je u pacientů s demencí častým symptomem a může mít významný negativní dopad na celkový zdravotní stav a kvalitu života. Často je totiž spojena s dalšími neuropsychiatrickými a behaviorálními symptomy.

Úzkostné poruchy se dle dostupných zdrojů vyskytují u 5–21 % seniorů s demencí, úzkostné symptomy u 8–71 %. Široké rozpětí výsledků studií zřejmě souvisí s nejasnou diagnostikou úzkostných poruch u pacientů s demencí, s překrýváním symptomů úzkosti, deprese a demence, s možným zařazením behaviorálních projevů úzkosti do kategorie „problémové chování“ bez specifikace úzkostné etiologie. Zatímco úzkostné poruchy obecně jsou častější u žen, u osob s demencí jsou obě pohlaví postižena přibližně stejně (<https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2013/02/05.pdf>).

U mé pacientky jsem vyzorovala úzkostné projevy především z její tváře, zvláště pak při častých dotazech, kdy půjde domů, kdy přijde dcera nebo proč je vlastně v nemocnici. Při příchodu na oddělení následné péče pacientka odmítala komunikovat, odvracela hlavu a koukala nepřítomně z okna. K pacientovi s demencí se snažíme hovořit gesty, mimikou, udržujeme oční kontakt. Je dobré například pacienta vzít za ruku nebo pohlédit jej po vlasech a

snažit se nedat najevo, že zkrátka pospícháme i za dalším pacientem. Také zbytečně nevyžadujeme odpověď, pokud vidíme, že pacient v danou chvíli komunikovat nechce.

Na začátku hospitalizace byla má pacientka bázlivá, což bylo dáno novým prostředím. Bylo velmi důležité navázat kontakt a získat si důvěru ke spolupráci. Na pacientku jsem mluvila jednoduchými otázkami, aby odpověď pro ni nebyla náročná, takže otázky typu „Spala jste dobře?“, „Chutnalo Vám jídlo“?, na tyto otázky odpověděla ano či ne. Pacienti s demencí mají potíže hledat vhodná slova, dát dohromady věty, takže je na nás, abychom vhodně volili otázky a nemluvili zbytečně ve složitých větách. Je velmi důležité nevyvíjet nátlak kvůli časové tísní, je potřeba dodržovat to, co jsme slíbili. I díky tomu si vytváříme důvěru k pacientovi.

Je velmi přínosné si o pacientovi zjistit co nejvíce informací z okruhu jeho nejbližších, aby ošetrovatelská péči byla co možná nejefektivnější. V těchto případech je důležitá spolupráce zejména s rodinou. Jak už jsem uvedla, kontaktní osobou mé pacientka byla její dcera, s níž jsem se setkala celkem třikrát.

Příčiny vzniku úzkostných poruch u pacientů s demencí jsou takové, kdy je pacient vystavován nadměrnému stresu v důsledku životních ztrát, jako například ztráta životního partnera, potomka, ale hlavně ztráta soběstačnosti, se kterou se pacienti velmi těžce vyrovnávají a z tohoto důvodu jsem právě vytýčila problém úzkosti u mé pacientky.

3.5.2 Riziko pádu

Pád je stav, při níž se pacient neplánovaně ocitne na podlaze, jedná se tedy o nežádoucí událost. Každé zdravotnické zařízení, má za povinnost každou nežádoucí událost zdokumentovat, evidovat, vyhodnocovat a hledat preventivní opatření, která se aplikují do praxe.

System hlášení nežádoucích události (SHNU) je od roku 2018 zařazeno do programu statistického zjišťování ČR. Zpravodajskou povinnost předat data o počtu hlášení nežádoucích událostí do SHNU ukládá všem poskytovatelům zdravotních služeb (PZS) lůžkové péče vyhláška č. 373/2017 Sb. o Programu statistických zjišťování na rok 2018 (<https://shnu.uzis.cz/>).

Incidence pádů se zvyšuje s některými rizikovými faktory, jako jsou chronická onemocnění – diabetes melitus, onkologická onemocnění, kognitivní porucha – demence. Mezi další rizikové faktory patří snížená pohyblivost, věk nad 65 let, pád v anamnéze pacienta, malnutrice a dehydratace, medikace – analgetika, psychofarmaka, nevhodně upravené prostředí, nedostatek kompenzačních pomůcek apod.

Jak již bylo výše zmíněno, i choroba demence skýtá nemálo nebezpečných situací, kdy může u pacienta dojít k poranění či pádu.

V průběhu hospitalizace na našem oddělení jsme se u pacientky setkali s řadou z nich. V prvních dnech byla pacientka neklidná. Svým chováním narušovala svou bezpečnost, například tím, že se snažila přelézat postranici lůžka, což se jí jednou podařilo, naštěstí bez následků. Na noční směně bylo potřeba pacientku více kontrolovat. Ošetrovatelský personál nechával pacientce rozsvícené malé světlo u jejího lůžka, měla v dosahu signalizační zařízení a lůžko bylo nastavené do možné nejnižší polohy.

Ve chvíli, kdy je pacientka zmatená a neklidná, je potřeba zachovat klid, je na ošetrovatelském personálu, aby tuto situaci profesionálně zvládli a to především v komunikaci s pacientkou, kdy je zapotřebí ji vlídným slovem uklidnit nebo včas zavolat lékaře.

V průběhu onemocnění demencí dochází k poruchám spánku a bdění. Na této poruše se podílí i režim dne, zvláště ve dnech, kdy jsou kratší dny, dále různé zdravotní potíže jako i nedostatek soukromí a klidu. V noční směně je jedná zdravotní sestra a jeden sanitář, takže se pochopitelně zaměřují na pacienty se

zvýšeným dohledem. Pro větší bezpečnost a přehled o pacientce byla ubytována na pokoji v blízkosti sesterny.

O duševním stavu pacientky byla informována rovněž ošetřující lékařka, která pacientce naordinovala psychofarmaka. Pozitivní je, že u pacientky během hospitalizace na oddělení nedošlo k pádu ani poranění.

3.5.3 Problematika komunikace

Dle M. Zgola (2003) je komunikace jádro každého vztahu, ať už se jedná o nemoc vážně ovlivňující komunikaci na všech úrovních. U své pacientky jsem tento problém zaznamenala vcelku záhy. Již při příjmu na oddělení nebyla pacientka ochotna navázat slovní kontakt. Mým úkolem a zároveň celého ošetřovatelského týmu bylo najít způsob, jak si k pacientce najít cestu. Jsou různé způsoby komunikace nejen ta verbální, ale též neverbální. Velmi důležitý je oční kontakt, úsměv, tón hlasů. Cílem je navodit a udržet důvěryhodný kontakt a překonávat různé komunikační bariéry. Je málo věcí, které fungují hned napoprvé, neexistuje žádný způsob, aniž bychom to nevyzkoušeli.

K pacientce jsme se od počátku snažili přistupovat přátelsky, trpělivě a profesionálně. Ze začátku to byl spíše monolog, ať už jsem se ptala jak se má, jak se vyspala nebo jsem nabízela pomoc při jídle a hygieně. Postupně, když si pacientka zvykala na nové podněty, navozovala se mnou s ostatními členy týmu, i když značně omezenou. Na otázky kývla hlavou nebo jen odpověděla jednoduchou větou, někdy také naznačila, i to je způsob komunikace. Bohužel se vyskytla situace, kdy selže lidský faktor, kdy jeden z členů ošetřovatelského týmu jednal neadekvátně s pacientkou, konkrétně v momentě, kdy si pacientka vytrhla infuzi se subkutánně zavedenou jehlou v oblasti břicha. Zdravotní sestra pacientce vytýkala nesprávný krok, avšak pozitivní na tom bylo, že pacientka projevila obranný reflex a to tím, že se nemile zatvářila a otočila se na bok, vlastně tím dala najevo, že s chováním sestry nesouhlasí.

Principy komunikace, které slouží k navázání a udržení efektivní komunikace s osobou postiženou kognitivní poruchou a je dobré jimi řídit, jsou následující:

- osoba s kognitivní poruchou má potřebu zvláštní komunikace, která je důsledkem její emocionální závislosti, neschopnosti dělat ústupky a přizpůsobit se,
- zodpovědnost za to, aby tato osoba rozuměla a bylo rozuměno jí, leží na pečovateli,
- naším nejdůležitějším úkolem je nastolit a podporovat partnerství, vzájemnou úctu a důvěru,
- osoba, se kterou pracujeme, má skutečnou a nepomíjivou poruchu komunikace. Ačkoli není v naší moci zařídit, aby porucha zmizela, můžeme použít k překonání specifických problémů účinné strategie. (Zgola,2003)

Lidé s demencí lépe komunikují, když se na ně mluví pomalu, jednoduše, nespěchá se na ně, usmíváte se a tak se to snažíme dělat i na našem oddělení. Pochopitelně je to kolikrát velmi náročné, ale spokojený a klidný pacient dělá naši práci klidnější a efektivnější.

Je třeba zmínit, že na našich provozních schůzkách neřešíme pouze provozní záležitosti, ale pokaždé hovoříme na určité téma, které společně rozebereme a prodiskutujeme. Jako příklad mohu uvést téma, které sama zadám dvěma kolegyním, příkladně „problematické chování pacienta s demencí“. Kolegyně si téma zpracují a na provozní schůzce jej přednesou. Zmínila jsem záměrně toto, neboť jsem slyšela od personálu, že je některý pacient urážel. Je důležité si tuto otázku rozebrat právě z toho důvodu, aby to negativně neovlivňovalo chování ošetrovatelského personálu.

4. ZHODNOCENÍ

Téma Ošetrovatelská péče o pacienta s demencí bylo velmi zajímavé pro vypracování mé bakalářské práce. Bezesporu je psychicky i fyzicky náročné pečovat o takto nemocného člověka. Ve své bakalářské práci jsem se věnovala ošetrovatelské péči o pacientku s demencí. Kasuistika pojednává o pacientce ve středně pokročilém stádiu demence, která je částečně soběstačná. Pacientka je hospitalizovaná na oddělení následné péče. Komunikace s pacientkou byla velmi omezená, získané informace pochází jak z mého pozorování, tak i od celého ošetrovatelského týmu, lékařských zpráv, ošetrovatelské dokumentace a od dcery pacientky, která je s ní v užším kontaktu. Rozhovor s pacientkou probíhal nejdříve formou monologu, neboť zpočátku pacientka neodpovídala. Pokládala jsem otázky týkající se jejich pocitů, jak se vyspala, jak se dnes má, zda má bolesti apod. Nijak jsem nenaléhala a vždy, když jsem od ní odcházela, chytla jsem jí za ruku, s tím, že brzy zase přijdu. Na tomto způsobu komunikace a přístupu k pacientce jsem se domluvila i s ostatními členy ošetrovatelského týmu. Důležitá byla pravidelnost. Po třech dnech pacientka na jednoduché otázky reagovala kývnutím hlavy a odpovědí ano, či ne. A po týdnu, jak mne sdělila její spolupacientka, mne má pacientka už vyhlížela, hlavně v čase jídla. Osvědčil se zde citlivý a trpělivý přístup, který nám usnadňuje nastavení efektivní ošetrovatelské péče

S použitím funkčních vzorců dle modelu Marjory Gordon, jsem získala následující poznatky:

- 1) Vzorec vnímání a udržování zdraví: pacientka se cítí zdravá. Díky naší pomoci užívá pravidelně medikaci, rámci svých možností spolupracuje s ošetrovatelským týmem při hygieně, polohování a rehabilitaci. Pomalu si zvykla na lidi kolem sebe, kteří se o ní pečují.
- 2) Vzorec výživa a metabolismus: pacientka měla předepsanou dietu racionální a neměla žádná omezení ve stravě. Chuť k jídlu měla dobrou. Preventivně dostávala po snídani 100ml Nutrilaku, který obvykle popíjela tak tři hodny. BMI je 26,47, lehká nadváha, ale její

váha je stabilní, v průběhu půlroku nedošlo k váhovým výkyvům. Dle dcery, pacientka měla hmotnost kolem 80 kg již několik let.

- 3) Vzorec vylučování: pacientka je kompletně inkontinentní, u nás užívala jednorázové pleny s nejvyšší savostí. Náplň pleny jsme kontrolovali několikrát denně. Příjem tekutin měla pacientka stanovený 1500-2000 ml za 24 hodin. Stolice byla pravidelná jednou za dva dny, když měla pacientka zácpu, respektive neměla čtyři až pět dní stolici, dostávala dle ordinace lékaře 3x denně 15 ml lactulosity, po které se stolice dostavila cca po dvanácti hodinách.
- 4) Vzorec aktivita: pacientka byla na začátku hospitalizace vysoce závislá, a to prakticky ve všech oblastech základních všedních činnosti, dle Barthel testu dosáhla 35 bodů. Po více než měsíci došlo ke zlepšení, zejména v pohybu, nácvik chůze ve vysokém chodítku zvládla velice dobře pod dohledem fyzioterapeutky, v lůžku byla schopná se obrátit na bok a s pomocí se přesunula do křesla.
- 5) Vzorec oblast spánku a odpočinku: pacientka udává subjektivně kvalitní spánek. Objektivně, dle noční směny, pacientka občas volala o pomoc, snažila se pouštět televizi, snažila se přelézat postranice. Tyto stavy postupně ustupovaly, a to díky citlivému přístupu celého ošetrovatelského týmu, adekvátní činností přes den a naordinované medikaci.
- 6) Vzorec citlivost (vnímání) a poznávání: pacientka je dezorientovaná časem i prostorem, často se ptá, kde se nachází, kdy půjde domů, neuvědomuje si bohužel, že se již nebude moci o sebe postarat. Zajímavé je například, že si pacientka hlídala pořádek na nočním stolku, vše tam mělo své místo a neměla ráda, když personál na její věci sahal, třeba kvůli úklidu. V oblasti bolesti pacientka netrpěla, ale zažívala nepříjemné pocity v souvislosti, když se jí zaváděla subkutánní jehlu v oblasti břicha.

- 7) Vzorec sebeúcta – sebepojetí. Těžko se vyjádřit k tomuto vzorci, pacientka si pravděpodobně svůj skutečný stav zcela neuvědomuje, ale věří, že brzy půjde domů, na což se často ptala. Se svou dcerou promlouvala po celou dobu návštěv, bylo velmi patrné, že to její jistota a opěrný bod.
- 8) Vzorec role a vztahy: pacientka byla spíše uzavřená, ale nekonfliktní a jak si zvykala na nové prostředí, přijímala ošetrovatelskou péči bezproblémově. Zpočátku byla odmítavá, nepřístupná, až místy plačtivá. Se svou spolupacientkou se dobře zžila. Po celou dobu hospitalizace byly spolu na dvoulůžkovém pokoji.
- 9) Vzorec reprodukce jsem s pacientkou konkrétně neprobírala, vzhledem její diagnóze. Jak už jsem uvedla, pacientka byla vdaná a má jednu dceru a dvě vnoučata.
- 10) Desátý vzorec je v oblasti stresu a zvládání stresových situací. Na začátku hospitalizace byla pacientka výrazně úzkostná, zmatená a vystrašená, což se v průběhu jednoho měsíce zlepšilo. Ostatně pro každého geriatrického pacienta změna cizího prostředí je psychicky náročná. U pacientů s demencí to platí o to více a je na lékařském a ošetrovatelském týmu, aby pomohl toto období adaptace zvládat.
- 11) Posledním vzorcem je víra a životní hodnoty. Nejdůležitějším člověkem v jejím životě je její dcera, ostatně to vyplývala i z rozhovoru s její dcerou.

5. DISKUZE

Jsem přesvědčená, že práce s demenčním pacientem je velmi náročná a zároveň zajímavá. Každý den je potřeba dbát u pacienta o jeho hygienu, kterou musíme provádět důkladně, starat se o jeho základní potřeby, umět s ním komunikovat a zároveň komunikovat i s rodinou pacienta. Rodině můžeme poskytovat rady, jak s pacientem komunikovat a zároveň získáváme cenné informace o pacientovi a díky tomu může být ošetrovatelská péče efektivnější. Ke každému pacientovi je nutné přistupovat individuálně a vždy musíme respektovat a pečovat o jeho bio-psycho-sociální potřeby. Péče o pacienty s demencí vyžaduje trpělivý přístup, profesionalitu a zkušenosti.

Musíme si uvědomit, se jedná o geriatrické pacienty a každý takový pacient musí mít mj. stanovená rizika pádu, rizika vzniku dekubitů. Patientku jsem hodnotila celkem třikrát. V lůžku je pacientka soběstačná, Přesun z lůžka do křesla provádí s pomocí, chůzi po rovině absolvuje s doprovodem fyzioterapeutky ve vysokém chodítku. Patientka je schopna částečné spolupráce a omezené komunikace. Ráda by ráda šla domů, bohužel však k rychlé progresi onemocnění není návrat možný, protože by se její dcera o ní nemohla adekvátně starat. Nikdo jiný z rodiny nepřipadá v úvahu, a tak ve spolupráci s dcerou a naší sociální pracovnící hledáme vhodné zařízení, kde by pacientka mohla strávit důstojně své dny.

U pacientky byl využit Barthel test, který má za úkol zmapovat oblast soběstačnosti a ošetřující personál tak mohl nastavit efektivní péči, to znamená pomoci v oblasti kde pacientka nezvládá, dopomoci kde se částečně pacientka může zapojit, kde je třeba jí podporovat v činnostech, které sama ovládá. Z diagnostický testů demence byl využit Mini – Mental Test Examination. Patientka je léčena farmakologicky kognitivu z řady inhibitorů cholinesteráz. A nakonec jsem využila hodnotící test – Geriatrická škála deprese.

V ošetrovatelské části je řešila tři ošetrovatelské problémy, které se týkají nejen pacientů s onemocněním demence. Právě úzkost ovlivňuje člověka natolik, že může ve svém uzdravování stagnovat. Právě u geriatrických pacientů je úzkost

velmi častá, zvláště pak u pacientů s kognitivním deficitem, Tito pacienti potřebují delší čas na adaptaci na nové prostředí a nové lidi. Je to velmi závažný problém, o kterém musíme hovořit a intenzivně pracovat na zmírnění úzkosti, stresu a strachu u geriatrických pacientů.

Druhý ošetrovatelský problém, který je velmi častý, uvádím riziko pádu. Geriatričtí pacienti jsou křehcí, trpí často závratěmi, jsou nejistí, zmatení apod. Je zcela nemožné chránit tyto pacienti, tím že je budeme držet v lůžku nebo kurtovat při neklidu a tlumit je léky. Snažíme se tyto pacienty ukládat v blízkosti sesterny, navzájem se pravidelně informujeme, u jakých pacientů musíme dbát o zvýšenou pozornost. Neméně je vhodně upravené prostředí (bezbarierové přístupy, záchytná madla podél zdi a dostatek pečujícího personálu). Ano, je to velký problém obecně ve zdravotnictví. Domnívám se však, že by to neměl být důvod starat se o tyto pacienty snad méně. Proto je potřeba upozorňovat na tento ošetrovatelský problém a hledat stále cesty, jak tyto problémy minimalizovat.

Třetím ošetrovatelským problémem jsem musela vystihnout komunikaci. Obecně víme, že právě komunikace je mocný nástroj k tomu, jakým navážeme kontakt s okolím. Buď to má pozitivní nebo negativní dopady. Nám však jde samozřejmě o to, aby pomocí efektivní komunikace docházelo ke zlepšení zdravotního stavu jako po stránce psychické, tak i té fyzické.

Po měsíci pobytu na oddělení následné péče lze u pacientky pozorovat značné pokroky. Díky celému ošetrovatelskému týmu vidím u pacientky posun dopředu, nijak markantní, ale ke zlepšení došlo. Zdravotní sestry a sanitáři si vzájemně předávají informace a různé postřehy a díky této komunikaci dochází k minimalizaci různých zranění a pádů. Každý den se u pacientky provádí ranní hygiena ve stejnou dobu. Častá příčinou nervozity a podrážděnosti jsou též obtíže se zácpou, kterou se snažíme řešit větším příjmem vláknité stravy, tekutin, popřípadě podáním laxativ. Pacientka přes den moc aktivní není, spíše má tendenci ležet v lůžku. Každý všední den pacientka rehabilituje s fyzioterapeutkou a snažíme se dodržovat stejnou hodinu. Noční neklid ještě mírně přetrvává, ale už není v takové míře jako na začátku, toulání ustalo. Večer trvá delší dobu, než pacientka usne.

Péče o nemocné s demencí je velice náročná a vyžaduje neustále sebevzdělávání, získávání poznatků, zkušeností od kolegů z jiných zařízení, ale je též důležité získávat zkušenosti ze zahraničních zdrojů.

Zaujal mne přístup lektorů Garryho a Jacka Morrise, kde ve své brožuře píše o svém přístupu zaměřené na péči o pacienta s demencí. „Poskytuje studentům, praktikujícím a pečovatelům nový způsob pohledu na demenci a lidi, kteří s ní žijí. Autoři reflektují realitu práce v péči o demenci a důležitost práce pozitivně s ostatními pro dosažení nejlepší možné péče“. (Moris, 2010)

Zajímavý byl způsob výuky, který praktikovali ve svých kursech. Vytvářeli modelové situace, kde lektor převzal roli pacienta s demencí a studenti se učili, jak porozumět chování, jednání pacienta s demencí a zároveň se studenti stali pacienty, aby zažili přibližně pocity ze strany pečovatele.

Tento způsob výuky pokládám za velice přínosný, já sama mám zkušenost, když jsem absolvovala kurs Bazální stimulace, kde výuka probíhala v podobném duchu.

Práce pečovatele je velice psychický a fyzicky náročná. Je velice důležité, aby zdravotníci, kteří pečují o pacienty s demencí, se dále vzdělávali a prohlubovali tak své zkušenosti a znalosti. A získávat zkušenosti a poznatky, které si vyzkoušeli sami na sobě, jsou nedocenitelné.

ZÁVĚR

V této ošetrovatelské kazuistice je zpracován ošetrovatelský proces u 73leté pacientky s onemocněním Vaskulární demence. Díky zpracování tohoto tématu jsem pronikla hlouběji k informacím o demenci, její patofyziologii, o léčbě. Uvědomila jsem si řadu souvislostí, které se týkají tohoto onemocnění.

Demence je nemoc velmi častá a svými projevy se dotýká nejenom pacienta ale i jeho rodiny a vlastně nás všech. Péče o pacienty s demencí je velice obtížná, a to hlavně po stránce psychické, neboť vyžaduje obrovskou trpělivost a profesionalitu. Spěch tu nemá místo. Jako sestra jsem poznala obtížnost získávání širších anamnestických dat (než je obvyklé v praxi) pomocí rozhovoru s pacientkou a její rodinou. Veškerá péče a komunikace včetně edukace je nesmírně náročná na čas, neboť pacienti s demencí jsou celkově zpomaleni.

Je nesmírně důležité o této nemoci hovořit, vyhledávat nejnovější poznatky, předávat si zkušenosti, protože jedině tak můžeme poskytovat kvalitní a efektivní ošetrovatelskou péči.

V závěru své práce bych ráda zmínila též stanovisko Světové zdravotnické organizace, která se intenzivně zabývá problematikou tohoto onemocnění. WHO uznává demenci za prioritu veřejného zdraví. V květnu 2017 Světové zdravotnické shromáždění schválilo Globální akční plán reakce veřejného zdraví na demenci 2017–2025. Plán poskytuje komplexní plán činnosti – pro tvůrce mezinárodní, regionální a národní partnery a WHO, jako v následujících oblastech: řešení demence jako priority veřejného zdraví; zvyšování povědomí o demenci a zavádění iniciativ podporujících demenci; snížení rizika demence; diagnostika, léčba a péče; informační systémy pro demenci; podpora pečujících o demenci; a, výzkum a inovace. Pro výzkumné pracovníky byla zřízena mezinárodní platforma pro sledování, globální observatoř pro demenci, která usnadňuje sledování a sdílení informací týkajících se demence, poskytování služeb, epidemiologie a výzkumu. (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>)

Cílem mé bakalářské práce nebylo objevit něco nového, ale víceméně připomenout to, co je všeobecně uznávané a žádané, ale někdy bohužel zapomínané a opomíjené.

A co je v péči o člověka také důležité? Představme si, že na tom místě leží naši nejbližší.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

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

CONG, Q., SOTEROS, B. M., WOLLET, M., KIM J. H., SIA, G.-M. *Endogenní inhibitor neuronového komplementu SRPX2 chrání proti eliminaci synapse zprostředkované komplementem během vývoje* [online]. San Antonio: University of Texas Health Science Center, 2020 [cit. 27. 7. 2020]. Dostupný na: <https://www.nature.com/articles/s41593-020-0672-0>

FRANKOVÁ, V. *Úzkost a úzkostné poruchy u demence* [on-line]. Olomouc: Medicína pro praxi, 2013, roč. 10, č. 2, str. 64-67. ISSN 1803-5310. [cit. 28.5.2020].

Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2013/02/05.pdf>

JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C. a kol. *Demence a jiné poruchy paměti*. Praha: Grada Publishing a.s., 2009. 176 s. ISBN 978-80-247-2454-6.

JIRÁK, J., et al., *Gerontopsychiatrie*. Praha: Galén, 2013. 348 s. ISBN 978-80-7262-873-5.

HOLMEROVÁ, I. a kol., *Dlouhodobá péče*. Praha: Grada Publishing a.s., 2014. 176 s. ISBN 978-80-247-5439-0.

HRDLIČKA, M., HRDLIČKOVÁ, D. *Demence a poruchy paměti*. Praha: Grada Publishing, a.s., 1999, revize 2019. 56 s. ISBN 80-7169-797-4.

KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., HOLMEROVÁ, I., WEBER, P. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.

KUTNOHORSKÁ, J. *Etické aspekty péče o seniory* [online]. Praha: Verlag Dashöfer, 2017 [cit. 10. 5. 2020]. Dostupný na:

<https://www.seniorzone.cz/33/eticke-aspekty-pece-o-seniory-uniqueidmRRWSbk196FNf8-jVUh4Evja1o8xjKJFAMlreXvDp48/>

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. *Ministerstvo zdravotnictví a NUDZ připravily Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc* [online]. Praha: MZ, 2019 [cit. 10. 5. 2020]. Dostupný na: http://hygpraha.cz/dokumenty/ministerstvo-zdravotnictvi-a-nudz-pripravily-narodni-akcni-plan-pro-alzheimerovu-nemoc-4362_4362_161_1.html

MORRIS, G. *Dementia care-work book*. London: Open University Press, 2010. 296 s. ISBN 978-03-352-3431-8.

NÁRODNÍ PORTÁL. *Systém hlášení nežádoucích událostí* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací ČR, 2016 [cit. 2020-08-24]. Dostupné z: <https://shnu.uzis.cz>

PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetřovatelství v kostce*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 152 s. ISBN 80-247-1211-3.

PIDRMAN, V. *Demence*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 183 s. ISBN 978-80-247-1490-5.

RŮŽIČKA, E. et al. *Diferenciální diagnostika a léčba demencí*. Praha: Galén, 2003. 175 s. ISBN 80-7262-205-6.

TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén, 2005. 270 s. ISBN 80-7262-365-6.

TÓTHOVÁ, V. a kol. *Ošetřovatelský proces a jeho realizace*. Praha: Triton, 2014. 225 s. ISBN 978-80-7387-785-9.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Dementia* [online]. Geneva: WHO, 2019 [cit. 10. 5. 2020]. Dostupný na: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA MINISTERSTVA VNITRA ČR. *Počet nemocných Alzheimerovou chorobou každoročně stoupá* [online]. Praha: ZPMVČR, 2019 [cit. 10. 5. 2020]. Dostupný na: <https://www.zpmvcr.cz/o-nas/aktuality/pocet-nemocnych-alzheimerovou-chorobou-kazdorocne-stoupa>

ZGOLA, J. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada Publishing a.s., 2003. 226 s. ISBN 80-247-0183-9.

ZVĚŘOVÁ, M. *Alzheimerova demence*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2017. 108 s. ISBN 978-80-271-0561-8.

SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ

Tabulka č. 1 Hodnocení pacientky – den první.....	33
Tabulka č. 2 Hodnocení pacientky – den osmý.....	33
Tabulka č. 3 Hodnocení pacientky – den čtyřicátý první.....	34

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Ošetřovatelská anamnéza

Příloha č. 2: Příjmový ošetřovatelský protokol

PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Ošetřovatelská anamnéza

Ošetřovatelská anamnéza

(Ústav ošetřovatelství, 3. LF UK – pro studijní účely)

Oddělení: Centrum následné péče

Datum a čas odběru anamnézy: 6.1.2020

Jméno (iniciály): M.P. Pohlaví: Ž Věk: 73

Datum přijetí: 6.1.2020

Stav: vdova Povolání: starobní důchodce

Rodina informována o hospitalizaci: ano ne

Diagnóza při přijetí (základní): Vaskulární demence

Chronická onemocnění: St.p iCMP 2019
Arteriální hypertenze od r. 2010
Chron. ICHS
Inkontinence
Hypercholesterolemie
Hypertriglyceridemie
Ateroskleróza aorty (dle rtg)
Sludge ve žlučníku

Infekční onemocnění: NE ANO

Režimová opatření: 0

Léčba: -

Operační výkon: -

Pooperační den: -

Farmakoterapie:

Agen 10 mg tbl 1-0-0; Prestarium Forte 10mg tbl 1-0-0;
Betaloc ZOK 25mg tbl; 1-0-0; Godasal 100mg tbl 0-1-0;
Escitalopram 10mg tbl 1-0-0; Fresubin protein powder 1 odměrka 1-0-0;
Thiamin tbl 1-0-0; Atoris 10mg tbl 0-1-0;
Memantin 10mg tbl 1-0-0; Tiapridal 100mg tbl 0-1-1-1
Zibor 0,2 ml s.c. v 8h ráno

Jiné léčebné metody: Infuzní terapie – 1x denně NaCl 500ml s.c 9-12

Má nemocný informace o nemoci: ano ne částečně

Alergie: ano ne jaké:

Fyziologické funkce: P : 61/min TK : 101/55 D : 14 SpO2 : 96% TT : 36,1

1) Vědomí

stav vědomí : při vědomí porucha vědomí bezvědomí GSC : 14

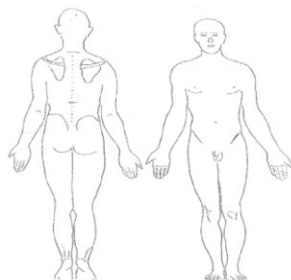
Orientovaný Dezorientovaný

Ústav ošetřovatelství, 3. LF UK©

2) Bolest

bolest : ano akutní chronická
 tupá bodavá křečovitá svalová jiná
 ne

lokalizace :



Intenzita : /---/---/---/---/---/---/---/---/---/---/---/
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

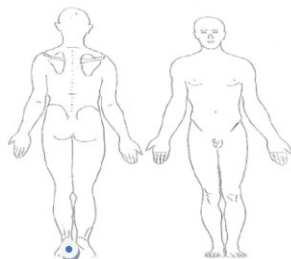
3) Dýchání

potíže s dýcháním : ano ne
dušnost : ano klidová námahová noční
 ne
Kuřák : ano ne Kašel : ano ne

4) Stav kůže

změny na kůži : ano ekzém otoky dekubity jiné
 ne Riziko vzniku dekubitů – Nortonové skóre: 19

lokalizace : levá pata



Hodnocení rány : Dekubit 1. stupeň

Ošetření rány: Oplach prontosan, braunovidon, sterilní krytí

Ústav ošetřovatelství, 3. LF UK©

5) Vnímání zdraví

Celková úroveň zdraví (nemocnost, vleklá choroba)- vaskulární demence, arteriální hypertenze, hypomobilita, inkontinence, presbyopie

Úrazy: ano ne jaké :

6) Výživa, metabolismus

Dieta: 3 Nutriční skóre: 0x ano, test budeme opakovat

Hmotnost: 82kg Výška: 176cm BMI :26,47 – lehká nadváha

Chuť k jídlu: ano ne

Potíže s přijímáním potravy : ano ne jaké:

Užívá doplňky výživy: ano ne jaké : Nutrilac 200 ml - preventivně

Enterální výživa: 0 Parenterální výživa: 0

Denní množství tekutin: 1500-2000 ml/ 24h Druh tekutin : voda , čaj, pomerančový džus

Úbytek nebo zvýšení hmotnosti v poslední době : ano ne o kolik :

Umělý chrup : ano ne horní dolní

Potíže s chrupem : ano ne

7) Vyprazdňování

problémy s močením : ano pálení řezání retence inkontinence
 ne

problémy se stolicí : ano průjem zácpa inkontinence ne

stolice pravidelná : ano ne

datum poslední stolice: 5.1.2020

Způsob vyprazdňování: Podložní mísa/močová láhev

Inkontinenční pomůcky

Toaletní křeslo

Močový katétr 0 počet dní zavedení:

Rektální odvodný systém: 0

Stomie : 0

8) Aktivita, cvičení

Pohybový režim: 1x denně chůze ve vysokém chodítku s fyzioterapeutkou

Barthel test:35

Riziko pádu: ANO skóre 15 NE

Pohyblivost: chodící samostatně chodící s pomocí

ležící pohyblivý ležící nepohyblivý

pomůcky jaké :

9) Spánek, odpočinek

počet hodin spánku: 5 h hodina usnutí : 23-24 hod
poruchy spánku: ano ne jaké : budí se v noci, neklid
hypnotika : ano ne
návyky související se spánkem : neuvedla

10) Vnímání, poznávání

potíže se zrakem: ano ne jaké: užívá brýle na čtení
potíže se sluchem: ano ne jaké: mímá nedoslýchavost
porucha řeči: ano ne jaká:
kompenzační pomůcky: ano ne jaké :

orientace : orientován
 dezorientovaný místem časem osobou

11) Orientační zhodnocení psychického a sociálního stavu

Emocionální stav: klidný rozrušený špatně toleruje změnu prostředí
Pocit strachu nebo úzkosti : ano ne
Úroveň komunikace a spolupráce: dobrá obtížná

Plánování propuštění

Bydlí doma sám: ano ne
kdo bude o klienta pečovat po propuštění : pro pacientku ve spolupráci s rodinou budeme zajišťovat domov seniorů
kontakt s rodinou : ano ne

12) Invazivní vstupy

Drény : ano ne jaké : datum zavedení:
Permanentní močový katétr : ano ne
i.v. vstupy : ano periferní datum zavedení: 5.1.2020 kde: Geriatrie TN
stav: bez známek infekce
Sonda : ano ne jaká : datum zavedení :
Stomie : ano ne jaká: stav :
Endotracheální kanyla : ano ne č.ETR : datum zavedení:
Tracheotomie: ano ne č.: od kdy:
Arteriální katétr: ano
Epidurální katétr: ano ne
Jiné invazivní vstupy:

Základní hodnotící škály pro identifikaci rizik

1. **Barthelové test základních všedních činností (ADL - activities of daily living)**

Činnost	Provedení činnosti	Body
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10 5 0
2. oblékání	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10 5 0
3. koupání	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10 5 0
4. osobní hygiena	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10 5 0
5. kontinence moči	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10 5 0 inkontinence
6. kontinence stolice	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10 5 0 inkontinence
7. použití WC	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10 5 0
8. přesun lůžko- židle	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10 5 0
9. chůze po rovině	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10 5 0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10 5 0

Zdroj: Staňková.M.: České ošetřovatelství 6- Hodnotící a měřicí techniky v ošetřovatelské praxi. Brno.IDVPZ 2001. ISBN 80-7013-323-6

Hodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech:

0-40 bodů: **vysoce závislý 35**

45-60 bodů: závislost středního stupně

65-95 bodů: lehce závislý

100 bodů: nezávislý

2. Hodnocení rizika vzniku dekubitů - rozšířená stupnice dle Nortonové

Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Přidružená onemocnění	Fyzický stav	Vědomí	Aktivita	Mobilita	Inkontinence
Úplná 4	< 10 4	Normální 4	Žádné 4	Dobry 4	Bdělý 4	Chodí 4	Úplná 4	Není 4
Částečně omezená 3	< 30 3	Alergie 3	DM,vysoká TT,anémie,kachexie 3	Zhoršený 3	Apatický 3	S doprovodem 3	Část. omezená 3	Občas 3
Velmi omezená 2	< 60 2	Vlhlká 2	Trombóza, obezita 2	Špatný 2	Zmatený 2	Sedačka 2	Velmi omezená 2	Převážně moč 2
Žádná 1	> 60 1	Suchá 1	Karcinom 1	Velmi špatný 1	Bezvědomí 1	Leží 1	Žádná 1	Moč+stolice 1

Zdroj: Staňková.M.: České ošetřovatelství 6- Hodnotící a měřicí techniky v ošetřovatelské praxi. Brno.IDVPZ 2001. ISBN 80-7013-323-6

Nebezpečí vzniku dekubitu je významné při 25 bodech a méně. **19**

Ústav ošetřovatelství, 3. LF UK©

3. Hodnocení nutričního stavu

NRS – Nutritional Risk Screening

Je BMI (kg/m ²) pod 20,5?	ANO	NE
Zhubl pacient za poslední 3 měsíce?	ANO	NE
Omezil pacient příjem stravy v posledním týdnu?	ANO	NE
Je pacient závažně nemocen (např. intenzivní péče)?	ANO	NE

Hodnocení:

Jsou-li všechny odpovědi NE, opakujte hodnocení 1x týdně.

Je-li jedna odpověď ANO, zavolejte nutričního specialistu.

Zdroj: Grofová, Z., Nutriční podpora – praktický rádce pro sestry, Grada 2007

4. Zhodnocení rizika pádu u pacienta

Dle Conleyové upraveno Juráskovou 2006 – doporučeno ČAS

Rizikové faktory pro vznik pádu		
Anamnéza:		
<input checked="" type="checkbox"/> DDD (dezorientace, demence, deprese)		3 body
<input checked="" type="checkbox"/> věk 65 let a více		2 body
<input type="checkbox"/> pád v anamnéze		1 bod
<input checked="" type="checkbox"/> pobyt prvních 24 hodin po přijetí nebo překladi na lůžkové odd.		1 bod
<input checked="" type="checkbox"/> zrakový/sluchový problém		1 bod
<input checked="" type="checkbox"/> užívání léků (diuretika, narkotika, sedativa, psychotropní látky, hypnotika, tranquilizery, antidepressiva, laxativa)		1 bod
Vyšetření		
<input type="checkbox"/> Soběstačnost		
- úplná	0b	
- <u>částečná</u>	<u>2b</u>	
- nesoběstačnost	3b	
<input type="checkbox"/> Schopnost spolupráce		
- spolupracující	0b	
- <u>částečně</u>	<u>1b</u>	
- nespolupracující	2b	
Přímým dotazem pacienta (informace od příbuzných nebo ošetrovatelského personálu)		
<input checked="" type="checkbox"/> Míváte někdy závrať?	ANO	3 body
<input type="checkbox"/> Máte v noci nucení na močení?	ANO	1 bod
<input checked="" type="checkbox"/> Budíte se v noci a nemůžete usnout ?	ANO	1 bod
Celkem:		
0-4 body	Bez rizika	
5 – 13 bodů	Střední riziko	
14 – 19 bodů	Vysoké riziko 15	

5. Hodnocení vědomí

Glasgow Coma Scale

Hodnocený parametr	Reakce	Body
Otevření očí	spontánně otevřené	4
	na slovní výzvu	3
	na bolestivý podnět	2
	oči neotevře	1
Slovní odpověď	Přílehavá	5
	Zmatená	4
	jednotlivá slova	3
	hlásky, sténání	2
	Neodpovídá	1
Motorická reakce	pohyb podle výzvy	6
	na bolestivý podnět účelný pohyb	5
	na bolestivý podnět obranný pohyb	4
	na bolestivý podnět jen flexe	3
	na bolestivý podnět jen extenze	2
	na bolestivý podnět nereaguje	1
Hodnocení: 15 bodů - pacient při plném vědomí 14 3 body - pacient v hlubokém bezvědomí		

Zdroj: NEUWIRTH, J. Sledování a hodnocení fyziologických funkcí. In: KOLEKTIV AUTORŮ *Základy ošetřování nemocných*. Praha : Karolinum, 2005, s. 46-56. ISBN 80-246-0845-6

Příloha č. 2: Příjmový ošetřovatelský protokol



PŘÍJMOVÝ OŠETŘOVATELSKÝ PROTOKOL CNP
MEDICON Hospitals s.r.o., IČ 256 346 91 – Centrum následné péče, Sokolovská 304, 190 61 Praha 9

Jméno a příjmení pacienta <i>M. P.</i>		Pojišťovna <i>VZP</i>	Heslo pro komunikaci: <i>3. LF</i>
Rodné číslo	<i>1944</i>	Telefon pacienta	<i>601 123 456</i>
Bydliště pacienta	<i>Praha</i>		

Praktický lékař (PL)	MUDr. <i>LUC</i>	Telefon PL
----------------------	------------------	------------

V kolik hodin, odkud, jak byl klient na oddělení dopraven a s dg.:				
datum a hodina	odkud	sanitním vozem	na lůžku	na sedačce
<i>6.1.20</i>	<i>M/15h Thomayerova klm.</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stav vědomí pacienta při příjmu				
orientovaný	dezorientovaný <input checked="" type="checkbox"/>	apatický <input checked="" type="checkbox"/>	agresivní	alterace vědomí

Soběstačnost při příjmu:					
sed na lůžku	sám <input checked="" type="checkbox"/>	otáčení	sám <input checked="" type="checkbox"/>	chůze po pokoji	sám <input checked="" type="checkbox"/>
	s pomocí		s pomocí		s pomocí <input checked="" type="checkbox"/>
	neschopen		neschopen		neschopen
sed mimo lůžko	sám	chůze na WC	sám	mísa/bažant	mobilní WC
	s pomocí <input checked="" type="checkbox"/>		s pomocí	jednorázové inkontinenční pomůcky	
	neschopen		neschopen <input checked="" type="checkbox"/>		
sebeobsluha	sám	hygienu	sám	kategorie: <i>4</i>	
	s pomocí <input checked="" type="checkbox"/>		s pomocí <input checked="" type="checkbox"/>		
	neschopen		neschopen		

PMK:	od:	číslo PMK:	stomie		
poslední stolice:	datum: <i>5.1.20</i>				
kompenzační a jiné pomůcky:	francouzské hole	podpažní berle	hůl		
	chodítka <input checked="" type="checkbox"/>	invalidní vozík	zubní protéza horní/dolní		
smyslová omezení:	zrak/býle: na čtení/na dálku	sluch/sluchadlo: vpravo/vlevo	chuť	čich	hmat
jiné:	<i>/</i>				

Dekubity, operační rány, jiné poškození kůže při příjmu		
lokalita	stupeň	ošetření
<i>pravá páteř</i>	<i>1</i>	<i>Braunovidon</i>

Cennosti při příjmu	Do trezoru:	Jméno, podpis (čitelně):
Občanský průkaz	<i>OP</i>	<i>J. LUC</i>
Průkaz zdravotního pojištění	<i>VZP kontrola</i>	
Cestovní pas		
Platební karta (druh, číslo)		
Šperky		
Hodinky, notebook		

HODNOTÍCI ŠKÁLY

MEDICON Hospitals s.r.o., IČ 256 346 91 – Centrum následné péče, Sokolovská 304, 190 61 Praha 9

VYPLŇTE PROSÍM NÍŽE UVEDENÉ ÚDAJE U PŘÍJMU PACIENTA

Jméno a příjmení pacienta	pojišťovna	rodné číslo
M.P.	V27	1947

Rozšířená stupnice Nortonové

Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Dašší nemoci	Tělesný stav	Stav vědomí	Pohyblivost	Inkontinence	Aktivita
úplná	4 do 10	4 normální	4 žádné	4 dobrý	4 dobrý	4 úplná	4 není	4 chodí
malá	3 do 30	3 alergie	3 DM, kachexie, anemie	3 zhoršený	3 apatický	3 částečně omezená	3 občas	3 doprovod
částečná	2 do 60	2 vlhká	2 trombóza, obezita	2 špatný	2 zmatený	2 velmi omezená	2 převážně močová	2 sedačka
žádná	1 60+	1 suchá	1 karcinom	1 velmi špatný	1 bezvědomí	1 žádná	1 stolice, moč	1 upoután na lůžko

Datum a podpis zdravotnického pracovníka:

[Podpis] 6.1.2020

Celkem = 19 bodů

Barthelův test aktivit denního života

	15 bodů	10 bodů	5 bodů	0 bodů
1. najedení, napití		sám	s pomoci	neprovede
2. oblékání		sám	s pomoci	neprovede
3. osobní hygiena		sám	s pomoci	neprovede
4. koupání		sám	s pomoci	neprovede
5. kontinence moči		kontinentní	občas inkontinentní	trvale inkontinentní
6. kontinence stolice		kontinentní	občas inkontinentní	trvale inkontinentní
7. použití WC		sám	s pomoci	neprovede
8. chůze po schodech		sám	s pomoci	neprovede
9. přesun z lůžka na židli, ev. vozík	sám	s malou pomoci	s pomoci vydrží sedět	nelze
10. chůze po rovině	nad 50 m	s pomoci	na vozíku	neprovede

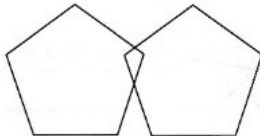

Hodnocení:

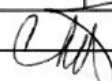
0 – 40 bodů	vysoce závislý v bazálních všedních činnostech
45 – 60 bodů	závislý
nad 60 bodů	závislost lehčího stupně

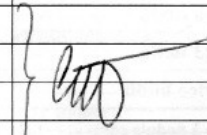
Datum a podpis zdravotnického pracovníka:

[Podpis] 6.1.2020

Celkem = 15 bodů



Mini Mental State Examination - MMSE		
Orientace		bodů
Jaký je rok, období, měsíc, den v týdnu, datum?		0 5
Kde nyní jste: země, oblast, město, ulice, nemocnice, číslo domu, patro, číslo pokoje v nemocnici (za každou správnou odpověď 1 bod)		2 5
Paměť		
Jmenuj 3 předměty během 3 vteřin, např. strom, okno, kniha, vyzve nemocného k opakování a zapamatování (za každou správnou odpověď 1 bod)		3 3
Pozornost a počítání		
Odečítejte sedmičku od čísla 100. Pacient ukončí po 5 odpovědích (za každou správnou odpověď 1 bod)		2 5
Krátkodobá paměť		
Vybavte si a vyjmenujte 3 dřívě uvedené předměty (za každou správnou odpověď 1 bod)		1 3
Jazyk		
Pojmenujte tyto 2 předměty (tužku, hodinky)		2 2
Opakujte následující: kdyby nebylo kdyby, nebyly by chyby		0 1
Proveďte: vezměte do pravé ruky papír, přeložte ho napůl, položte na stůl		3 3
Proveďte příkaz: nemocný dostane lístek s výzvou „Zavřete oči“		1 1
Napište větu obsahující podmět a přísudek	<i>kechu psal</i>	0 1
Namalujte podle předlohy tento obrazec	<i>kechu povísl</i>	
		1 1
Maximální skóre:		30
Hodnocení:		
0 – 10 bodů	těžká kognitivní porucha	
11 – 20 bodů	kognitivní porucha středního stupně	
21 – 23 bodů	lehká porucha	
24 a více bodů	norma	
Datum a podpis zdravotnického pracovníka:	<i>G.1. 2020</i> 	
Celkem = <i>15</i> bodů		

GERIATRICKÁ ŠKÁLA DEPRESE		
U každé otázky zakroužkujte odpověď, která nejlépe vystihuje, jak jste se v posledním týdnu cítil/a:		
1. Jste se svým životem v zásadě spokojen/a?	<input checked="" type="radio"/> ano	<input type="radio"/> ne
2. Zanechal/a jste mnoha svých činností a zájmu?	<input checked="" type="radio"/> ano	<input type="radio"/> ne
3. Máte pocit, že Váš život je prázdný?	<input checked="" type="radio"/> ano	<input type="radio"/> ne
4. Nudíte se často?	<input checked="" type="radio"/> ano	<input type="radio"/> ne
5. Jste většinou v dobré náladě?	<input type="radio"/> ano	<input checked="" type="radio"/> ne
6. Bojíte se, že se Vám přihodí něco zlého?	<input checked="" type="radio"/> ano	<input type="radio"/> ne
7. Cítíte se většinou šťastný/á?	<input checked="" type="radio"/> ano	<input type="radio"/> ne
8. Cítíte se často bezmocný/á?	<input checked="" type="radio"/> ano	<input type="radio"/> ne
9. Zůstáváte raději doma, než abyste vyšel/a ven a dělal/a něco nového?	<input checked="" type="radio"/> ano	<input type="radio"/> ne
10. Máte pocit, že v poslední době máte s pamětí více problémů než ostatní?	<input checked="" type="radio"/> ano	<input type="radio"/> ne
11. Máte dojem, že je pěkné žít v této době?	<input checked="" type="radio"/> ano	<input type="radio"/> ne
12. Připadáte si zbytečný/á?	<input checked="" type="radio"/> ano	<input type="radio"/> ne
13. Cítíte se pln/a energie?	<input type="radio"/> ano	<input checked="" type="radio"/> ne
14. Máte dojem, že Vaše situace je beznadějná?	<input checked="" type="radio"/> ano	<input type="radio"/> ne
15. Máte dojem, že se většině lidí vede lépe než Vám?	<input checked="" type="radio"/> ano	<input type="radio"/> ne
Za každou odpověď označenou tučným písmem počítejte 1 bod.		
Hodnocení:		
0 – 5 normální afekt	6 – 10 mírná deprese	11 a více těžká deprese
Datum a podpis zdravotnického pracovníka: 6.1.2020 		
Celkem = 6 bodů		

Celkové hodnocení testů pacienta u příjmu			
	bodů	datum	podpis
Norton test	19	} 6.1.20	} 
Barthel test	35		
MMSE test	15		
Škála deprese	6		

VYPLŇTE PROSÍM NÍŽE UVEDENÉ ÚDAJE

Jméno a příjmení pacienta	pojišťovna	rodné číslo
M. P.	VZP	1944

Tabulka č.	Norton test*	Barthel test*	MMSE test*	Škála deprese*	datum	podpis
1.	19	35	15	7	13.1.20	
2.	21	45	15	5	15.2.20	
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
11.						
12.						
13.						
14.						
15.						
16.						
17.						
18.						
19.						
20.						

*Pište získaný výsledný počet bodů u pacienta

G

Oblasti vzdělávání/podaných informací	Oblasti vzdělávání/podaných informací	Oblasti vzdělávání/podaných informací
Poučení/Seznámení pacienta s:	Poučení/Seznámení pacienta s:	Poučení/Seznámení pacienta s:
<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Domácím řádem <input checked="" type="checkbox"/> Právy pacienta <input checked="" type="checkbox"/> možnosti uložení cennosti (finanční hotovosti, šperků) do centrálního trezoru zařízení <input checked="" type="checkbox"/> o jeho odpovědnosti za neuložené cennosti (vyšší finanční hotovost, mobilní telefon, šperky) <input checked="" type="checkbox"/> používání signalizačního zařízení <input checked="" type="checkbox"/> rehabilitačním režimu <input checked="" type="checkbox"/> výživě pacienta a dietním režimu <input checked="" type="checkbox"/> přiložení identifikačního náramku <input checked="" type="checkbox"/> použití zábran z důvodu pádu <input type="checkbox"/> jiné: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Domácím řádem <input type="checkbox"/> Právy pacienta <input type="checkbox"/> možnosti uložení cennosti (finanční hotovosti, šperků) do centrálního trezoru zařízení <input type="checkbox"/> o jeho odpovědnosti za neuložené cennosti (vyšší finanční hotovost, mobilní telefon, šperky) <input type="checkbox"/> používání signalizačního zařízení <input type="checkbox"/> rehabilitačním režimu <input type="checkbox"/> výživě pacienta a dietním režimu <input type="checkbox"/> přiložení identifikačního náramku <input type="checkbox"/> použití zábran z důvodu pádu <input type="checkbox"/> jiné: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Domácím řádem <input type="checkbox"/> Právy pacienta <input type="checkbox"/> možnosti uložení cennosti (finanční hotovosti, šperků) do centrálního trezoru zařízení <input type="checkbox"/> o jeho odpovědnosti za neuložené cennosti (vyšší finanční hotovost, mobilní telefon, šperky) <input type="checkbox"/> používání signalizačního zařízení <input type="checkbox"/> rehabilitačním režimu <input type="checkbox"/> výživě pacienta a dietním režimu <input type="checkbox"/> přiložení identifikačního náramku <input type="checkbox"/> použití zábran z důvodu pádu <input type="checkbox"/> jiné: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Metoda vzdělávání/podaných informací	Metoda vzdělávání/podaných informací	Metoda vzdělávání/podaných informací
<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> rozhovor <input checked="" type="checkbox"/> nácvik dovednosti <input type="checkbox"/> demonstrace 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> rozhovor <input type="checkbox"/> nácvik dovednosti <input type="checkbox"/> demonstrace 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> rozhovor <input type="checkbox"/> nácvik dovednosti <input type="checkbox"/> demonstrace
Poskytnutí vzdělávání/podaných informací	Poskytnutí vzdělávání/podaných informací	Poskytnutí vzdělávání/podaných informací
<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> pacientovi <input type="checkbox"/> rodině <input type="checkbox"/> zákonnému zástupci 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> pacientovi <input type="checkbox"/> rodině <input type="checkbox"/> zákonnému zástupci 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> pacientovi <input type="checkbox"/> rodině <input type="checkbox"/> zákonnému zástupci
Hodnocení edukace	Hodnocení edukace	Hodnocení edukace
Edukovaný/informovaný:	Edukovaný/informovaný:	Edukovaný/informovaný:
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> chápe <input type="checkbox"/> odmítá <input checked="" type="checkbox"/> není schopen pochopit <input checked="" type="checkbox"/> zvládá praktický nácvik <input type="checkbox"/> nutné opakovat 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> chápe <input type="checkbox"/> odmítá <input type="checkbox"/> není schopen pochopit <input type="checkbox"/> zvládá praktický nácvik <input type="checkbox"/> nutné opakovat 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> chápe <input type="checkbox"/> odmítá <input type="checkbox"/> není schopen pochopit <input type="checkbox"/> zvládá praktický nácvik <input type="checkbox"/> nutné opakovat
Podpis pacienta/zákonného zástupce při příjmu:	Datum:	Datum:
H.P.		
Podpis zdravotnického pracovníka:	Podpis zdravotnického pracovníka:	Podpis zdravotnického pracovníka:
Datum:	Datum:	Datum:
6.1.20		

*vyberte vhodnou možnost

SOUPIS OSOBNÍCH VĚCÍ CNP

Jméno a příjmení pacienta		Rodné číslo		
M. P.		1947		
OSOBNÍ VĚCI	POČET	OSOBNÍ VĚCI	POČET	ZNEHODNOCENO
<input checked="" type="checkbox"/> OP číslo	1	<input checked="" type="checkbox"/> toaletní potřeby	1	
<input type="checkbox"/> CP číslo		<input checked="" type="checkbox"/> pyžamo	2	
<input checked="" type="checkbox"/> karta zdravotní pojišťovny	1	<input type="checkbox"/> noční pyžamo		
<input type="checkbox"/> karta ZTP		<input type="checkbox"/> ponožky		
<input type="checkbox"/> řidičský průkaz		<input checked="" type="checkbox"/> župan	1	
<input type="checkbox"/> PN číslo		<input checked="" type="checkbox"/> ručník	1	
<input type="checkbox"/> průkaz <input type="checkbox"/> ČD <input type="checkbox"/> MHD		<input checked="" type="checkbox"/> žinka	1	
<input checked="" type="checkbox"/> klíče	3	<input type="checkbox"/> nátělník		
<input type="checkbox"/> prsten kov <input type="checkbox"/> žlutý <input type="checkbox"/> bílý		<input type="checkbox"/> triko		
<input type="checkbox"/> náušnice kov <input type="checkbox"/> žlutý <input type="checkbox"/> bílý		<input type="checkbox"/> košile		
<input type="checkbox"/> řetízek kov <input type="checkbox"/> žlutý <input type="checkbox"/> bílý		<input checked="" type="checkbox"/> svetr	1	
<input type="checkbox"/> přívěšek kov <input type="checkbox"/> žlutý <input type="checkbox"/> bílý		<input type="checkbox"/> mikina		
<input type="checkbox"/> náramek kov <input type="checkbox"/> žlutý <input type="checkbox"/> bílý		<input type="checkbox"/> sukně		
<input type="checkbox"/> hodinky značka:		<input type="checkbox"/> kalhoty		
<input checked="" type="checkbox"/> brýle <input checked="" type="checkbox"/> pouzdro	1, 1	<input checked="" type="checkbox"/> šaty	1	
<input type="checkbox"/> zubní protéza <input type="checkbox"/> horní <input type="checkbox"/> dolní		<input type="checkbox"/> bunda		
<input type="checkbox"/> sluchadlo		<input checked="" type="checkbox"/> kabát	1	
<input checked="" type="checkbox"/> hůl, berle	1	<input checked="" type="checkbox"/> sako	1	
<input type="checkbox"/> rádio (značka)		<input checked="" type="checkbox"/> boty	1	
<input type="checkbox"/> mobilní telefon (značka)		<input checked="" type="checkbox"/> přezůvky/bačkory	1	
<input type="checkbox"/> nabíječka k telefonu		<input checked="" type="checkbox"/> kapesník	5x	
<input type="checkbox"/> holicí strojek (značka)		<input checked="" type="checkbox"/> čepice/klobouk	1	
<input type="checkbox"/> televizor (značka)		<input type="checkbox"/> kniha		
<input type="checkbox"/> notebook (značka)		<input checked="" type="checkbox"/> taška	1	
<input type="checkbox"/> DVD/CD/MP3 (značka)		<input checked="" type="checkbox"/> kabelka	1	
<input checked="" type="checkbox"/> peněženka	1	<input type="checkbox"/> kufr		
<input type="checkbox"/> kreditní karta (banka)		<input checked="" type="checkbox"/> hotovost	200,- slovy - dvě stovky -	
<input type="checkbox"/> jiné		<input type="checkbox"/>		

Sepsala (podpis a razítko):		Svědék (podpis a razítko):	
Datum:	6.1. 2020		v domě smrti