

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2019

Lucie Havlíková

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B5341

Lucie Havlíková

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O NEMOCNÉ
S DEMENCÍ V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Jaromíra Königsmarková

PLZEŇ 2019

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

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 29. 3. 2019.

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Lucie Havlíková

Katedra: Ošetřovatelství a porodní asistence

Název práce: Specifika ošetřovatelské péče o nemocné s demencí v domácím prostředí

Vedoucí práce: Mgr. Jaromíra Königsmarková

Počet stran – číslované: 63

Počet stran – nečíslované: 22

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 21

Klíčová slova: Specifika, demence, ošetřovatelství, domácí péče

Souhrn:

Tato bakalářská práce mapuje jednotlivá specifika ošetřovatelské péče o nemocné s demencí v domácím prostředí. Zabývá se oblastmi, ve kterých mohou vznikat potencionální komplikace, které narušují léčbu.

Praktická část bakalářské práce obsahuje kazuistiku o polymorbidním pacientovi s diagnózou demence. Výstupem do praxe je informativní článek pro širokou veřejnost o dané problematice do odborného časopisu.

Abstract

Surname and name: Lucie Havlíková

Department: Department of Nursing and Midwifery

Title of thesis: Specifics for nursing dementia patients in home care

Consultant: Mgr. Jaromíra Königsmarková

Number of pages – numbered: 63

Number of pages – unnumbered: 22

Number of appendices: 3

Number of literature items used: 21

Keywords: Specifics, dementia, nursing care, home care

Summary:

The bachelor thesis maps the specifics of nursing care of people ill with dementia in home environment. It deals with areas where there are possibilities of potential obstacles which can disrupt the care.

Bachelor thesis' practical part consists of casuistry about polymorbid patient with diagnosis of dementia. The practical output is an informative article for professional magazine regarding the problematics for the general public.

Předmluva

Díky výraznému vzestupu onemocnění demencí je zapotřebí se věnovat nejen odborné, ale především i laické péči. Tato ošetrovatelská péče poskytovaná blízkou rodinou je velmi náročnou disciplínou. Přesto však zůstává širokou veřejností podceňována a nedocena.

Poděkování

Děkuji Mgr. Jaromíře Königsmarkové za odborné vedení bakalářské práce, podporu, a poskytování materiálních podkladů. Také děkuji PhDr. Mgr. Jiřímu Freiovi, Ph.D., za poskytování podnětných a cenných rad v posledních dnech tvoření této kvalifikační práce. Dále bych chtěla poděkovat své rodině za podporu a umožnění studia. V neposlední řadě děkuji za ochotu všem respondentům, kteří se zúčastnili mého výzkumu a zároveň děkuji agentuře domácí péče MIDOP za umožnění výzkumného šetření.

OBSAH

SEZNAM GRAFŮ.....	12
SEZNAM TABULEK.....	13
SEZNAM ZKRATEK.....	14
ÚVOD	17
TEORETICKÁ ČÁST	18
1 NEURODEGENERATIVNÍ ONEMOCNĚNÍ	18
1.1 Charakteristika neurodegenerativních onemocnění.....	18
1.2 Klasifikace neurodegenerativních onemocnění dle patofyziologie	18
2 DEMENCE	20
2.1 Definice	20
2.2 Příznaky.....	20
2.3 Fáze demence	21
2.4 Typologie demencí	22
2.4.1 Demence atroficko-degenerativní.....	22
2.4.2 Demence symptomatologické	24
2.5 Diagnostika.....	27
2.5.1 Anamnéza.....	27
2.5.2 Škálovací metody a testy.....	27
2.5.3 Zobrazovací metody	28
2.5.4 Laboratorní výsledky	29
2.6 Léčba	30
3 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O NEMOCNĚHO S DEMENCÍ	33
3.1 Uspokojování základních potřeb pacientů s demencí.....	33
3.1.1 Hygiena	33
3.1.2 Péče o vzhled.....	33
3.1.3 Výživa a stravování	34
3.1.4 Vyprazdňování a pomoc při inkontinenci	34
3.1.5 Riziko pádů	35
3.2 Aktivizace seniorů s demencí.....	35
3.2.1 Kognitivní trénink.....	35
3.2.2 Smyslová aktivizace	35
3.2.3 Validace	36
3.2.4 Ergoterapie	36
3.2.5 Reminiscence.....	37
4 DOMÁCÍ PÉČE U PACIENTŮ S DEMENCÍ	38

4.1	Zásady péče o člověka s demencí.....	38
4.1.1	Soběstačnost.....	38
4.1.2	Cvičení.....	38
4.1.3	Úprava prostředí a bezpečí.....	39
4.2	Kde hledat pomoc?.....	40
4.2.1	Poskytovatelé sociálních služeb pro seniory.....	40
4.2.2	Česká alzheimerská společnost o.p.s.....	41
4.2.3	Ostatní zdroje informací.....	41
4.2.4	Příspěvek na péči.....	42
4.3	Komunikace.....	43
4.3.1	Obecná pravidla komunikace.....	43
4.3.2	Jak se vyhnout bariérám komunikace.....	44
4.3.3	Komunikace v jednotlivých fázích demence.....	44
4.4	Úskalí ošetrovatelské péče.....	45
4.4.1	Syndrom vyhoření.....	45
4.4.2	Problémové chování u nemocných s demencí.....	46
4.4.3	Terminální fáze.....	47
	PRAKTICKÁ ČÁST.....	48
5	FORMULACE PROBLÉMU.....	48
6	CÍL A ÚKOLY PRÁCE.....	49
6.1	Hlavní cíl.....	49
6.2	Dílčí cíle.....	49
7	VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	50
8	CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU.....	51
9	METODOLOGIE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	52
10	ORGANIZACE VÝZKUMU.....	53
10.1	Způsob získávání informací.....	53
11	KAZUISTIKA.....	54
11.1	Anamnéza.....	54
11.2	Vývoj zdravotního stavu.....	55
11.3	Ošetrovatelský model životních aktivit Nancy Roperové.....	61
11.4	Plán ošetrovatelské péče.....	65
11.4.1	Aktuální ošetrovatelské problémy.....	65
11.4.2	Potenciální ošetrovatelské problémy.....	68
11.5	Zhodnocení případu.....	73
	DISKUZE.....	77
	ZÁVĚR.....	80

SEZNAM LITERATURY	82
SEZNAM PŘÍLOH.....	85
PŘÍLOHY.....	86
Příloha A – Informovaný souhlas	86
Příloha B – Žádost o zpracování řešerše	87
Příloha C – Návrh na článek do odborného časopisu	88

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1: Sociální komunikace	43
--------------------------------------	----

SEZNAM TABULEK

Tab. č. 1: Klasifikace neurodegenerativních onemocnění	19
Tab. č. 2: Doporučené dávky antipsychotik a jejich indikace	31
Tab. č. 3: Výše příspěvku na péči dle stupně závislosti.....	42

SEZNAM ZKRATEK

AD	Alzheimerova demence
adenoCa	Adenokarcinom
ADL	Test základních všedních aktivit dle Barthelové
Bilat.	Bilaterálně (oboustranně)
BMI	Body mass index
CJN	Creutzfeldtova-Jakobova nemoc
CMP	Cévní mozková příhoda
CNS	Centrální nervový systém
CT	Výpočetní tomografie
ČALS	Česká alzheimerovská společnost
ČR	Česká republika
DF	Dechová frekvence
dg.	Diagnóza
DLB	Demence s Lewyho tělísky
DLDH	Demence bez průkazných histopatologických změn
DM	Diabetes Mellitus
DRPLA	Dentato-rubro-pallido-luysiánská atrofie
DSM-IV	Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch Americké národní klasifikace mentálních poruch
EEG	Elektroencefalografie
EF	Ejekční frakce
EKG	Elektrokardiografie

FN	Fakultní nemocnice
FTD	Frontotemporální demence
FTD-TDP	Behaviorální varianta FTD s inkluzemi proteinu TDP-43
FTLD	Frontotemporální lobární degenerace
FTLD Non-tau	Frontotemporální lobární degenerace s tau negativními inkluzemi
FTLD-MND	Amyotrofická laterální skleróza s demencí
FTLD-tau	Taunopatie-Frontotemporální lobární degenerace s tau pozitivními inkluzemi
FTLD-UPS	Behaviorální varianta FTD s ubiquitin pozitivními inkluzemi
GSS	Gerstmannův-Sträusslerův-Schenkerův syndrom
HŽT	Hluboká žilní trombóza
i. m.	Intramuskulární (nitrosvalový)
i. v.	Intravenózní (nitrožilní)
IADL	Test instrumentálních všedních činností
IACHe	Inhibitory acetylcholinesterázy
IM	Infarkt myokardu
INR	Mezinárodní normalizovaný poměr u vyšetření krevní srážlivosti
LDN	Léčebna dlouhodobě nemocných
LKS	Levá komora srdeční
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí, verze 10
MM	Močový měchýř
mmHg	Milimetr rtuťového sloupce

MMSE	Test základních denních aktivit
MND	Onemocnění motorického neuronu
MoCA	Montrealský kognitivní test
MRI	Magnetická rezonance
MRSA	Methycillin rezistentní stafylococcus aureus
MSA-P, MSA-C	Multisystémová atrofie
NIFID	Nemoc s inkuzemi z neuronálních intermediálních filament
NS	Nervová soustava
P	Puls
p. o.	Perorální, ústy
PMK	Permanentní močový katetr
PPA	Progresivní afázie
PSP	Progresivní supranukleární obrna
s. c.	Subkutánní (podkožní)
SBMA	Bulbospinkální muskulární atrofie, Kennedyho nemoc
SCA	Řada autozomálně dominantních spinocerebellárních ataxií
SPECT	Scintigrafická vyšetření
SpO2	Saturace krve kyslíkem
St. p.	Stav po
susp.	Suspektní
TK	Krevní tlak
TT	Tělesná teplota
WHO	Světová zdravotní organizace

ÚVOD

Bakalářská práce je zaměřena na specifika ošetrovatelské péče o nemocné s demencí v domácím prostředí. Téma bakalářské práce bylo zvoleno z důvodu aktuálnosti, kdy demografické a klinické studie ukazují na výrazný vzestup onemocnění s demencí. Dalším důvodem je nedostatek volných míst v ústavních zařízeních, dlouhé čekací lhůty na volné místo a v neposlední řadě i nedostatečná péče pro zachování kvality pacientova života v péči ústavní, ať už kvůli problematice nedostatku personálu či jiné. Z těchto důvodů je zapotřebí se věnovat nejen péči odborné, ale i péči laické.

Teoretická část práce je zaměřena na charakteristiku a klasifikaci neurodegenerativních onemocnění. Dále je zde popsáno onemocnění demence, její příznaky, jednotlivé fáze, typologie, diagnostika a léčba demencí. Další kapitola je věnována ošetrovatelské péči, potřebám nemocného a aktivizačním programům pro pacienty s demencí. V poslední kapitole teoretické části práce jsou popsány specifika domácí péče pro pacienty s demencí a z toho plynoucí nároky na rodinné pečující v domácím prostředí. Tato kapitola obsahuje též úskalí domácí péče v této problematice.

Praktická část bakalářské práce obsahuje kazuistiku polymorbidního pacienta v domácím prostředí s diagnostikovanou demencí. Tato část je zaměřena na jednotlivé oblasti péče dle zvoleného ošetrovatelského modelu, z kterého je následně vytvořen ošetrovatelský plán na podkladě ošetrovatelských problémů stanovených analýzou dat. Z analýzy dat vyplývají oblasti, ve kterých vznikají komplikace v domácí ošetrovatelské péči, na základě čehož byl připraven článek do odborné publikace (viz příloha č. 3).

Rešerše do bakalářské práce byla zpracována na žádost o zpracování rešerše Studijní a vědeckou knihovnou Plzeňského kraje (viz příloha č. 2). Požadavky pro zpracování rešerše byla klíčová slova uvedená v této bakalářské práci a další tematická, časová a jazyková kritéria, tj. publikace v českém a anglickém jazyce a data vydání od roku 2009 až do roku 2019.

TEORETICKÁ ČÁST

1 NEURODEGENERATIVNÍ ONEMOCNĚNÍ

1.1 Charakteristika neurodegenerativních onemocnění

Neurodegenerativní onemocnění lze v současné době definovat jako stav, při kterém dochází k postupnému zániku specifických skupin neuronů. Patofyziologickou podstatou je ukládání určitého specifického, a pro dané onemocnění typického, proteinu do mozkové tkáně v kombinaci s mechanismy apoptózy.

Neurodegenerace nebyly dlouhou dobu dobře chápány, často byly do této skupiny nemocí zařazovány choroby, kde nebyl jasný mechanismus nebo původ postižení. Díky rozvoji nových diagnostických metod, terapeutických možností a neurovědních poznatků se zcela proměnilo chápání této skupiny nemocí. Dnes je známé, že se jedná o soubor onemocnění s poměrně přesně vymezenou patofyziologií, klinikou, prognózou a terapií. Společným znakem je patologicky změněný protein v mozkové tkáni, tzv. „proteinopatie“ (Rusina, 2014, s. 11).

1.2 Klasifikace neurodegenerativních onemocnění dle patofyziologie

Členění neurodegenerací dle patofyziologického podkladu onemocnění má jistou výhodu v přehlednosti a logické úvaze, neboť zde platí, že definitivní diagnóza je vždy neuropatologická, avšak správné rozpoznání těchto nemocí během života pacientů je i v dnešní době velmi obtížné (Rusina, 2014, s. 24).

V aktuálně uznávaném třídění neurodegenerativních onemocnění se v názvech jednotlivých skupin těchto chorob uplatňují nejvýznamnější patofyziologické děje, které jsou v centru děje a progresu onemocnění, často společným jmenovatelem v názvu skupin onemocnění je zastoupen změněný klíčový protein. S ohledem na patogenezi a recentní poznatky lze považovat za nejúčelnější rozdělení do sedmi základních skupin (Rusina, 2014, s. 24).

Tab. č. 1: Klasifikace neurodegenerativních onemocnění

Alzheimerova nemoc
Frontotemporální lobární degenerace (FTLD)
Tauopatie - Frontotemporální lobární degenerace s tau pozitivními inkluzemi
<u>Frontotemporální demence (FTD) tau pozitivní</u>
Behaviorální varianta FTD (bvFTD) s tau inkluzemi - zahrnuje i Pickovu nemoc
<u>Progresivní afázie (PPA)</u>
Nonfluentní/agramatická varianta progresivní afázie
<u>Frontotemporální lobární degenerace s postižením hybnosti ("demence+")</u>
Progresivní supranukleární obrna (PSP)
Kortikobazální degenerace
Nemoc s argyrofilními zrny
Demence a parkinsonismus s mutací v genu pro tau protein
Frontotemporální lobární degenerace s tau negativními inkluzemi (FTLD non-tau)
<u>Frontotemporální demence (FTD) tau negativní</u>
Behaviorální varianta FTD (bvFTD) s ubiquitin pozitivními inkluzemi (FTLD-UPS)
Behaviorální varianta FTD (bvFTD) s inkluzemi proteinu TDP-43 (FTLD-TDP)
Behaviorální varianta FTD (bvFTD) bez histologických změn
<u>Progresivní afázie</u>
Sémantická varianta progresivní afázie
<u>Frontotemporální lobární degenerace s postižením hybnosti ("demence+")</u>
Amyotrofická laterální skleróza s demencí (FTLD-MND)
Synukleopatie
Parkinsonova nemoc
Parkinsonova nemoc s demencí
Demence s Lewyho tělísky (DLB)
Multisystémová atrofie (MSA-P, MSA-C)
Onemocnění s opakováním tripletů (trinucleotide repeat, "polyQ nemoci")
Huntingtonova nemoc
Řada autozomálně dominantních spinocerebellárních ataxií (SCA)
Friedreichova ataxie
Bulbospinální muskulární atrofie (SBMA) - Kennedyho nemoc
Dentato-rubro-pallido-luysiánská atrofie (DRPLA)
Prionová onemocnění
Creutzfeldtova-Jakobova nemoc (CJN)
Gerstmannův-Sträusslerův-Scheinkerův syndrom (GSS)
Fatální familiární insomnie
Nová varianta Creutzfeldtovy-Jakobovy nemoci (vCJN - Willova nemoc)
Onemocnění motorického neuronu (MND)
Amyotrofická laterální skleróza, Progresivní laterální skleróza
Progresivní bulbární paralýza
Progresivní muskulární atrofie
Ostatní neurodegenerativní onemocnění
Familiární encefalopatie s neuroserpinovými tělísky
Nemoc s intranukleárními neuronálními inkluzemi
Nemoc s inkluzemi z neuronálních intermediálních filament (NIFID)
Vrozené amyloidózy (familiární britská demence, familiární dánská demence)
Demence bez průkazných histopatologických změn (DLDH)

Zdroj: (Rusina, 2014, 25-26)

2 DEMENCE

2.1 Definice

Pojem demence je latinského původu, který vznikl spojením slov *de* (bez) a *mens* (mysl, vědomí, rozum).

Dnes nejčastěji používané definice demence jsou dvě. Mezinárodní klasifikace nemocí, verze 10 (MKN-10), kterou v roce 1992 WHO definovala demenci jako syndrom, který vzniká onemocněním mozku, při kterém dochází k narušení kognitivních funkcí, jako je myšlení, paměť, orientace, chápání, schopnosti učení, řeč a úsudek apod. Zhoršení kognitivních funkcí obvykle doprovází zhoršená kontrola emocí, sociálního chování nebo motivace. Onemocnění bývá chronického nebo progresivního rázu.

Druhá definice dle Diagnostického a statistického manuálu Americké psychiatrické asociace (DSM-IV) definuje demenci jako vznik mnohočetných kognitivních poruch do takové míry, kdy jsou narušeny každodenní aktivity jako je schopnost pokračovat v zaměstnání, schopnost postarat se o své finance, nakupování, oblékání, základní hygienu, osobní život a udržování společenských kontaktů (Lužný, 2012, s. 37).

2.2 Příznaky

Demence postihuje tři základní okruhy, které se navzájem prolínají.

Prvním okruhem je postižení kognitivních funkcí. Poruchami paměti začíná většina demencí, tj. demence kortikální a kortiko-subkortikální. U frontotemporálních demencí dochází nejprve k poruchám chování bez narušení paměti. U subkortikální demence jsou postiženy výkonné funkce, kdy nemocný není schopen naplánovat a provést složitější úkony, může se jednat například o demenci při Parkinsonově chorobě.

Dalším okruhem je postižení v oblasti aktivit denního života, kdy nejen profesionální, ale i běžné dovednosti jako například péče o sebe sama jsou narušeny úměrně tíži onemocnění. Prvně vypadávají složitější profesní aktivity, dále porucha zasahuje aktivity denního života tzv. instrumentální aktivity, například schopnost nakládat s financemi. V pokročilých stádiích onemocnění jsou postiženy i základní aktivity denního života, jako je schopnost se samostatně najíst, udržovat osobní hygienu či se oblékat a svlékat. V tomto stádiu onemocnění se vyskytuje inkontinence moči i stolice, člověk je plně odkázán na péči okolí – rodinných příslušníků, profesionálních pracovníků, případně zdravotního zařízení.

Třetím okruhem jsou behaviorální a psychologické příznaky, které bývají jak pro pacienta samotného, tak pro okolí nejobtížnější. Zpravidla se vyskytují ve středních stádiích demence a vrcholí ve stádiích těžkých, zpočátku onemocnění se mohou objevit převážně u frontotemporálních demencí. Tyto poruchy chování mohou mít různou povahu. Alzheimerovu chorobu a demenci s Lewyho tělísky provázejí obvykle stavy neklidu. U pacientů se vyskytuje neustálý neklid, který může mít různou intenzitu. Tento neklid se nazývá agitovanost. Stavy silného neklidu může doprovázet agresivita, kdy pacient může napadat jak slovně, tak i fyzicky členy rodiny, pečovatele, ošetřující personál nebo může ničit věci či utéci z domova. Agitovanost při klidném jednání se projevuje například přenášením věcí či svlékáním se.

K demencím se přidružují zpravidla přechodné psychotické příznaky. Mohou se objevovat bludy nesystematického obsahu, kdy je pacient velmi úporně přesvědčen o svých bludných představách, často bizarních. U poruch vnímání – halucinací, nejčastěji zrakových, například u demence s Lewyho tělísky. Pacient vidí přicházet do své místnosti cizí lidi.

U dementních pacientů se často objevují stavy deliria, které nejsou součástí onemocnění. U vysokého počtu výskytu delirií u demencí je třeba hledat vyvolávající příčinu, například nevhodné léky, tělesné poruchy nebo stres. Dále se objevují poruchy emocí, kdy se objevují nekontrolované afekty, převážně afekty vzteku. Deprese patří do chorobných nálad, která nejčastěji doprovází demence různých typů. Dále se u demencí často objevují poruchy spánku či posun cyklu spánku – bdění, kdy pacient později usíná a později se i probouzí. Může docházet i k plné inverzi spánku – ve dne spí, v noci jsou bdělí (Jiráková et al., 2009, s. 22-24).

2.3 Fáze demence

Pro efektivní komunikaci a přístup k člověku s demencí je velmi důležité rozlišovat jednotlivé fáze demence, neboť se liší. Východisko pro zajištění kvalitní péče spočívá ve zjištění adekvátních informací o zdravotním stavu člověka s demencí, proto lze dle projevů demence odvodit, v jaké fázi se pacient nachází. To může být důležitým aspektem například v terénních službách, kde nemají pracovníci přístup ke zdravotní dokumentaci.

Mírná kognitivní porucha zpravidla předchází demenci, kdy nenarušuje ve velké míře soběstačnost. Proto jedinec žije téměř stejným způsobem života, na který je zvyklý. Drobné změny spočívají například v zapisování důležitých akcí, činností a plánů. V tomto předchorobí je plně dostačující občasný dohled, kdy je nemocnému pečující osobou občas

například připomenout, že má jít k lékaři, vyzvednout si léky nebo že je v sobotu rodinná oslava (Hauke, 2017, s. 51).

Pokročilá forma demence vede kvůli poruchám kognitivních funkcí ke snížení kvality života nemocných a jejich pečovateli, kterými jsou zpravidla nejbližší příbuzní. Nemocní jsou společensky handicapovaní a mohou pociťovat snížení nebo dokonce ztrátu společenské i ekonomické úrovně. Pacient tak žije ve „svém světě“, kterému většinou okolí nerozumí a nechápe jej (Kršíková, Bužgová, 2011, s. 248-256).

Jednotlivá označení fází demencí jsou v odborné literatuře různá. Jedná se o rozdílnou terminologii, nikoliv o rozdílné příznaky

První fáze demence trvá 2 až 4 roky, dochází k mírným poruchám kognitivních funkcí, které charakteristicky narušují novopaměť, časovou a prostorovou orientaci, nemocný obtížně hledá správná slova v hovoru.

Druhá fáze trvá mezi 2-10 lety. Jedná se o středně těžkou formu nemoci, kdy u nemocného dochází k výrazným výpadkům paměti, snižuje se soběstačnost, objevuje se zmatenost, nemocný blouzní, může trpět poruchami spánku. Zhoršuje se schopnost vyjadřování, často se vyskytují halucinace a bludy.

Třetí fáze je nejtěžší formou nemoci, kdy se doba trvání pohybuje mezi 1 až 3 roky a končí smrtí. Vyskytují se potíže při příjmu potravy, nemocný se stává imobilním, postupně dochází k celkové inkontinenci, nemocný ztrácí schopnost komunikace, může se objevovat agresivita a neklid (Hosáková, Kopecká, 2014, s. 104-112).

2.4 Typologie demencí

2.4.1 Demence atroficko-degenerativní

U této skupiny demencí dochází k úbytku počtu neuronů, jejich buněčným a subcelulárním změnám a k reaktivním změnám gliových elementů. Při onemocnění pozorujeme lokální či celkovou atrofii mozku, identifikovatelnou pomocí strukturálních či funkčních zobrazovacích metod (Lužný, 2012, s. 39).

2.4.1.1 Alzheimerova demence

Alzheimerova demence (AD) je nejčastější formou ze všech demencí vůbec (až 60 % demencí). Onemocnění je chronické a progredující. Jeho patologie tkví v neuropatogenních změnách, jako je například ukládání chorobně vzniklé bílkoviny, která se nazývá

beta-amyloid. Dále může docházet k degeneraci bílkoviny tzv. tau-proteinu přímo v neuronech (Jiráček et al., 2009, s. 29). Díky vytváření patologických bílkovin a dalších degenerativních změn dochází ke kortikosubkortikálním, atrofickým a degenerativním změnám na mozku (Lužný, 2012, s. 43).

AD se nejčastěji projevuje ve vyšším věku, ačkoliv patologické změny v mozku začínají již ve věku středním – 10 či dokonce 20let předtím, než se objeví první symptomy (Lukasová, Hradilová, 2011, s. 6-7). Onemocnění má pozvolný průběh, často začíná asymptomaticky, od běžného zapomínání se v průběhu let prohlubují poruchy paměti, poruchy kognitivních funkcí a dalších. Vzhledem ke svým důsledkům je Alzheimerova demence považována za letální onemocnění, kdy pacienti v terminálním stádiu demence umírají zpravidla na interkurentní somatické choroby, jako je například bronchopneumonie, nutriční deficit, rozvrat vnitřního prostředí či urosepsy apod. (Lužný, 2012, s. 43).

2.4.1.2 Demence s Lewyho tělísky

Tato demence je na pomezí Parkinsonovy a Alzheimerovy demence. Své pojmenování získala podle přítomnosti eozinofilních Lewyho tělísek v cytoplazmě mozkových buněk, která jsou přítomna v kůře i v podkoří.

U demence tohoto typu je typické extrapyramidové postižení ve smyslu hypertonicko-hypokinetického syndromu, který se projevuje velkým rizikem pádů.

Při porovnání s ostatními demencemi vidáme u nemocného přítomnost psychotických jevů, jako jsou zrakové halucinace, paranoidity a bludy. Častěji se u této demence vyskytují stavy deliria.

Velmi charakteristickým znakem u demence tohoto typu je vysoká citlivost k podání klasických antipsychotik, která mohou zvýraznit extrapyramidový syndrom do stavu ohrožení pacienta na životě, kdy může dojít k aspiraci a udušení pacienta, popř. riziko dysfagie. Z tohoto důvodu jsou klasická neuroleptika přísně kontraindikována (Lužný, 2012, s. 53).

2.4.1.3 Demence při Parkinsonově chorobě

U pacientů s Parkinsonovou nemocí se typicky setkáváme s klidovým či rytmickým třesem, poruchou chůze, která bývá typicky pomalá, šouravá, malými krůčky, s omezením nebo nepřítomností synkinéz na horní končetiny. Může se objevovat porucha zahájení chůze, vyskytují se pády pro obtížné vyrovnávání těžiště. Při zahájení léčby u Parkinsoniků je výhodná kombinace včasné rehabilitace spolu s farmakoterapií (Uhlíř et al., 2014, s. 40-43).

2.4.1.4 Frontotemporální demence

Typicky charakteristická je přítomnost atrofie frontálních a předních temporálních laloků s rozšířením komorového systému v těchto oblastech mozku. Onemocnění může pomalu začínat již od středního věku, kdy na počátku onemocnění dochází k nápadné změně osobnosti. Se změnou osobnosti dochází ke změnám chování, kdy nemocný ztrácí etické a morální rozměry, mizí cit ke druhým, vyskytuje se anetičnost (Lužný, 2012, s. 57).

2.4.1.5 Huntingtonova chorea

Huntingtonova chorea se projevuje nejen symptomy neurologickými, ale i psychickými, které často předcházejí neurologickým. Z psychotických jevů se objevují bludy, halucinace a iluze, kterým nemocný věří.

Nemocný trpí nedostatkem energie, jeho výkonnost je snižena, objevují se deprese a další poruchy nálad. V průběhu onemocnění se může rozvinout i bipolární porucha, s příznaky mánie – opaku depresivní poruchy (kterými jsou: nadbytek energie, výborná nálada, zvýšená arogance, agresivita spojená s nadbytkem energie aj.).

Cílem terapie Huntingtonovy choroby je snaha o zlepšení projevů nemoci u nemocného a snížit stres pro pečovatele (Jiráček et al., 2009, s. 48-50).

2.4.2 Demence symptomatologické

Též známy pod pojmem „sekundární demence“. Jsou způsobeny onemocněním, které sekundárně přímo poškozuje nebo vede k dysfunkci mozku. Významným symptomem průvodního onemocnění je právě poškození mozku. V případě, kdy hovoříme o systémovém somatickém onemocnění kardiovaskulárním, označujeme demence jako vaskulární. Dále se pak může jednat o onemocnění autoimunitní, infekční, endokrinopatii, onemocnění metabolické, intoxikaci a podobně (Lužný, 2012, str. 40).

2.4.2.1 Demence vaskulárního původu

Jsou způsobeny poškozením cévního zásobení mozku, které vzniklo důsledkem mozkového infarktu (ischemická nekróza mozkové tkáně). Pro tento typ demence jsou typické rizikové faktory z kardiovaskulárního systému, například ischemická choroba srdeční, arteriální hypertenze, diabetes mellitus, onemocnění cév dolních končetin, stenóza karotid, obezita, kouření, anémie a arytmie (nejčastěji fibrilace síní). Průběh onemocnění bývá epizodický a záleží zde na lokalizaci postižení infarktového ložiska. Může se rozvíjet postupně

v průběhu po sobě jdoucích menších iktů nebo může vzniknout z jedné velké mozkové příhody.

Vaskulární demence můžeme dělit na tři nejčastější typy, a to dle postižení mozkové tkáně infarkty, malými infarkty či jinými změnami. První skupinou jsou **vaskulární demence s náhlým začátkem**, které vznikají při větších mozkových infarktech. Zde se demence rozvíjí rychle po cévní mozkové příhodě. Při postižení infarkty v oblastech mozkové kůry i bílé hmoty hovoříme o tzv. **multiinfarktové demenci**, kdy průběh demence je kolísavý. Člověk má relativně dlouho zachovalou osobnost, uvědomuje si poruchy paměti, je přítomna deprese. Třetí skupinou jsou tzv. převážně **podkorová vaskulární demence**, kdy je postižena bílá a šedá hmota mozku v oblasti tzv. bazálních ganglií.

Existují ještě další typy vaskulárních demencí, které jsou vzácnější (Jiráček et al., 2009, s. 54).

2.4.2.2 Ostatní symptomatické demence

Tyto demence tvoří jen menší část z celkového počtu demencí (cca 10 % ze všech demencí). Avšak tato skupina demencí je velmi členitá a různorodá, jejichž společným znakem je přítomnost vyvolávající a identifikovatelné příčiny, u které se klinický obraz demence vyvíjí až sekundárně.

Zrádnost sekundárních demencí tkví v tom, že se tyto demence často projevují prvotně například neuropsychiatrickými příznaky. Na významu tak nabývá diferenciální diagnostika, kdy včasným odhalením skutečné vyvolávající příčiny lze pozitivně ovlivnit osud nemocného. U potencionálně léčitelných stavů může dojít k jejich úpravě, neboť u sekundárních demencí je častá reverzibilita (Lužný, 2012, s. 66).

Demence při prionózách

Charakteristickým znakem je přítomnost přenosné patologické bílkoviny (prion). Priony mají potencionální schopnost způsobovat závažné změny mozkových buněk.

Prionové choroby mají dlouhou inkubační dobu a jedná se o vysoce infekční skupinu onemocnění, která však nevyvolává v organismu žádnou obrannou zánětlivou odpověď. U pacientů s podezřením na prionové onemocnění je odebírán likvor, dále pak probíhají specializovaná histologická a imunochemická vyšetření. Specifická léčba u této skupiny chorob neexistuje, podstatou je zajištění ošetrovatelské a podpůrné péče (Lužný, 2012, s. 66-67).

Demence při HIV/AIDS

Vznik syndromu demence spočívá v napadení mozkových buněk HIV virem, kdy následně dochází k poruše metabolismu neurotrofických faktorů. Mezi symptomy demence na podkladě HIV/AIDS patří zhoršená koncentrace, zpomalení psychomotorických procesů, deprese, úzkost či podrážděnost. Diagnóza je stanovena pomocí anamnézy rizikového životního stylu pacienta, sérologického vyšetření. Diagnostika přítomnosti kognitivního deficitu se opírá o nález v MMSE testu, testu kreslení hodin apod. Tento typ demence není léčitelný, terapie je soustředěna především na léčbu HIV/AIDS pomocí užívání antiretrovirových látek (Lužný, 2012, s. 68-69).

Alkoholická demence

Neurotrofní toxin, který obsahuje alkohol, může poškodit mozek přímo nebo nepřímo. Při přímém poškození, dochází k narušení cholinergní neurotransmise, hyperstimulaci GABA receptorů, aktivaci programované buněčné smrti a následné apoptóze celých neuronálních populací.

Nepřímé poškození mozku vychází z malnutrice, iontové dysbalance a změn vnitřního prostředí, k tomuto poškození dochází nejčastěji u chronických mnohaletých alkoholiků.

Z psychiatrického hlediska se u této demence vyskytují poruchy vstřípivosti paměti, poruchy recentní paměti, u závažnějších případů se objevují i poruchy staropaměti. Dále se mění osobnost člověka a jeho chování, mizí etická a estetická schémata, pacient není schopen o sebe pečovat, výskyt malhygieny (Lužný, 2012, s. 73).

Diagnóza alkoholické demence se opírá o anamnézu dlouhodobého abúzu alkoholu, na výsledcích zobrazovacích metod je patrna globální atrofie mozku, MMSE orientačně zhodnotí tíži přítomného kognitivního deficitu.

Oblast terapie se zaměřuje na normalizaci vnitřního prostředí, nutriční podporu a suplementaci thiaminem a inhibitory acetylcholinesteráz (Lužný, 2012, s. 74).

Demence u intoxikací

Toto onemocnění způsobené působením toxických látek na CNS řadíme mezi heterogenní skupinu demencí. Intoxikace rozdělujeme na akutní a chronické, intoxikaci jedním

či skupinou současně působících toxinů nebo dle klinického obrazu těchto demencí, dle chemického složení působícího toxinu (Lužný, 2012, s. 74).

Ke stanovení diagnózy u demence intoxikací je důležitým aspektem pracovní anamnéza a toxikologické vyšetření. Hlavním cílem terapie je snaha zamezit dalšímu působení toxinů a léčit symptomy (Lužný, 2012, s. 75).

2.5 Diagnostika

Základem k určení diagnózy demence je vyšetření klinické, které se následně porovná s klinickým obrazem jednotlivých typů demence. U většiny demencí je toto vyšetření dostatečné, protože díky takto stanovené diagnóze lze v současné době nastavit příčinná opatření a postupy včetně farmakoterapie (Hauke, 2017, s. 28).

2.5.1 Anamnéza

Nejdůležitějším východiskem pro stanovení diagnózy je odebrání důkladné anamnézy. Od prvních příznaků je dobré se zajímat o přidružená onemocnění, která též mohou být příčinou zhoršení kognitivních funkcí, převážně cévní onemocnění, například hypertenze. Je nutné se zajímat, zda u pacienta nedošlo k úrazům hlavy, CMP, nebo jaká onemocnění se vyskytují u předků a sourozenců. Nakonec následuje pečlivý rozbor užívané medicíny pro vyloučení nežádoucí lékových interakcí.

Přítomnost druhé osoby u sběru informací je vhodnou volbou, neboť osoba blízká či pečující osoba může objektivně doplnit informace o vzniku a průběhu onemocnění, jak se onemocnění projevuje a další podstatné údaje z období předchorobí (Hauke, 2017, s. 31).

2.5.2 Škálovací metody a testy

Stupeň a přítomnost demence nebo její známky určuje celá řada škál.

Nejužívanějším testem ve světě ke zjištění příznaků demence je MMSE test (Mini-Mental State Examination), podle nějž se nastavuje farmakoterapie kognitivní a memantinem. V současné době se považuje za vhodnější takzvaný Montrealský kognitivní test MoCA, který je alternativou MMSE testu.

Dalším z hojně využívaných testů je pro svoji jednoduchost používán test hodin tzv. Clock test. Principem tohoto testu je, aby vyšetřovaný zakreslil na předpřipravený kruh ciferník hodin s aktuálním časem. Obvyklý postup zdravého člověka je zpravidla takový, že si hodiny rozdělí a označí tak, aby byly číslice na správné pozici, tedy nejprve číslice

3-6-9-12, poté zbývající číslice, a nakonec vyznačí malou a velkou ručičku s aktuálním časem. Lidé s demencí často chybují již ve fázi iniciální, kdy si nenaplánují rozdělení kruhu, někteří nejsou schopni tento úkol splnit vůbec. Při mírné demenci se může chybovat pouze ve vyznačení polohy ručiček apod. (Hauke, 2017, s. 31).

2.5.3 Zobrazovací metody

Tento typ metod slouží k identifikaci léčitelných příčin kognitivních postižení a k diferenciálně diagnostickému rozlišení mezi jednotlivými demencemi.

Při vyšetření hledáme především strukturální léze, jako jsou například ischemie, tumor, intrakraniální hematom, nebo cévní malformace. Dále edémy nebo transependymální přestup likvoru u hydrocefalu. Je zapotřebí vždy porovnávat grafický nálezn s klinikou a poskytnout radiodiagnostikovi přesné anamnestické údaje, neboť kromě typických nálezů existují i projevy atypické. Zobrazení mozku prošlo v posledních letech rychlým vývojem, kdy použití výpočetní tomografie (CT) a převážně magnetické rezonance (MRI) umožňuje díky zobrazení v řezech přesné znázornění atrofií a lepší celkovou diagnostiku u neurodegenerativních onemocnění (Rusina, 2014, s. 55).

Mezi základní zobrazovací metody patří:

Magnetická rezonance (MRI), kdy hlavním cílem této metody u demencí je zhodnotit rozsah, lokalizaci a symetrii atrofie mozku, dále pak míru vaskulárního postižení a vyloučení jiné organické etiologie obtíží (Rusina, 2014, s. 57).

Díky pokročilé generaci přístrojů **výpočetní tomografie (CT)** lze dnes provádět kvalitní rekonstrukci naměřených dat v libovolné rovině dle požadavku lékařů, podle nichž jsou voleny konkrétní roviny zobrazení. Mimo zobrazení atrofie může tato metoda ukázat větší tumor, ischemické změny, hydrocefalus a jiné organické příčiny kognitivního deficitu (Rusina, 2014, s. 56).

U neurodegenerativních onemocnění je vhodnější provedení MRI oproti CT, neboť magnetická rezonance má lepší tkáňový kontrast fyziologických i patologických tkání. Avšak, před odesláním pacienta k vyšetření je nutné vzít v potaz absolutní kontraindikace, kterými je například kardiostimulátor necertifikovaný pro použití v MRI. U pacientů s kognitivním deficitem je mimo absolutních kontraindikací důležité posoudit i schopnost spolupráce nemocného, neboť na rozdíl od CT trvá MRI i několik desítek minut, během kterých musí pacient nehnutě ležet. Dalšími stěžejními body mohou být klaustrofobie, dyskomfort

pacienta v hlučném a nezvyklém prostředí či zakolísání lucidity, proto se u pacientů s těžkou demencí upřednostňuje CT vyšetření (Rusina, 2014, s. 56).

MRI angiografie bez podání kontrastní látky lze provést u pacientů s rozsáhlejšími ischemickými změnami či u změn lokalizovaných do typických teritorií (Rusina, 2014, s. 59).

Scintigrafická vyšetření mohou přispět v diagnostice demencí (i odlišení od deprese), zahrnují: regionální perfuzní SPECT mozku a neuroreceptorovou scintigrafii.

Perfuzní SPECT mozku je neinvazivní zobrazovací metoda, která detekuje oblasti s patologicky pozměněným prokrvením, tj. následně alterovaným metabolismem a degenerací mozkové tkáně.

Další diferenciální diagnostikou demence, která může v souvislosti s klinickým obrazem přispět ke správnému určení nemoci je **neuroreceptorová scintigrafie** s Ioflupanem, který se váže na presynaptický dopaminový transportní systém zpětného vychytávání dopaminu ze synaptické štěrbině a tím umožňuje odlišit Parkinsonovu nemoc od esenciálního třesu a dalších parkinsonských projevů. U demence s Lewyho tělísky je akumulace Ioflupanu ve striatu snížena na rozdíl od nálezu u Alzheimerovy demence, kde je zachována (Rusina, 2014, s. 64-65).

Elektroencefalografie (EEG) je diagnostická metoda, která přímo odráží mozkovou činnost. U většiny neurodegenerativních onemocnění EEG nález není specifický, nicméně u rychle progredujících demencí může podpořit diferenciálně diagnostickou rozvahu odlišením různých epileptických aktivit (Rusina, 2014, s. 74).

2.5.4 Laboratorní výsledky

Laboratorní vyšetření je významnou součástí základního diagnostického procesu, neboť kognitivní funkce mohou být ovlivněny i dekompenzací či progresí mnoha dalších stavů a onemocnění, a to například: hypertenzí s jejími následky, diabetem, poruchou renálních, jaterních a dalších funkcí, selháním myokardu, závažnou arytmií, anémií apod.

Nedostatečná funkce štítné žlázy patří mezi významnou a často opomíjenou poruchu, která může imitovat syndrom demence. Další významnou nemocí, která může demenci maskovat, či zhoršovat její klinický obraz a průběh je deprese. Oba tyto stavy lze relativně dobře léčit, kdy terapeutický účinek vede k významnému zlepšení stavu pacienta, zejména kvality

jeho života. Pro tyto důvody je zapotřebí, aby nejen lékaři měli na paměti, že existují relativně vzácné, ale v praxi se opakovaně vyskytující případy „demence“, jejichž původem je léčitelné onemocnění. Nejčastější z nich jsou: normotenzní hydrocefalus, hypothyreóza a tzv. pseudodemence u depresivní poruchy (Hauke, 2017, s. 32).

Mezi další vyšetření lze zařadit vyšetření mozkomíšního moku, které se však v klinické praxi používá u pacientů s demencí vzácně. Smysl má především u atypických a nejasných případů demence a u včasné diagnostiky Alzheimerovy nemoci (Rusina, 2014, s. 66).

2.6 Léčba

Obecné principy léčby u demencí spočívá v léčbě kauzální. Obecné terapeutické možnosti a přístupy zahrnují čtyři základní okruhy: léčba neuropsychiatrických projevů, farmakoterapii, nefarmakologické postupy a péči paliativní.

Neuropsychiatrických projevů je celé spektrum, zahrnují úzkostné stavy, deprese, halucinace, bludy, stavy deliria, apatii či agitovanost a řadu dalších. Tyto behaviorální a psychiatrické symptomy se v průběhu demencí mohou objevit až u 80-90 % pacientů (Rusina, 2014, s. 274).

Pro farmakoterapii u demencí se v klinické praxi nejčastěji užívají kognitiva, která zahrnují inhibitory acetylcholinesterázy (IChE) – v ČR je dostupný donepezil a rivastigmin (dříve i galantamin). U Alzheimerovy nemoci jsou lékem první volby, kdy v časných fázích onemocnění působí na paměť a kognici a později ovlivňují soběstačnost a tlumí neuropsychiatrické projevy. Pro střední až pokročilou fázi Alzheimerovy nemoci je indikován Memantin.

Vždy by měla být podávána nejvyšší, dobře snášená dávka, protože účinnost s dávkou stoupá.

Mezi hlavní nežádoucí účinky IChE patří gastrointestinální projevy jako je například nauzea, zvracení a průjemy. Nemocný může trpět poruchami srdečního rytmu, především bradykardií, objevovat se mohou svalové křeče. Před nasazením IChE je doporučeno natočit EKG a dbát zvýšené pozornosti na interakci s jinými užívanými léky. Pomalým navyšováním dávky léku lze snížit četnost a intenzitu nežádoucích účinků.

Vysazením kognitiv může dojít ke zhoršení míry soběstačnosti a kognitivní výkonnosti, proto by se měla možnost vysazení léčby zvážit v případech, kdy přínos léčby je menší než projevy nežádoucích účinků, nebo kdy se, i přes dlouhodobé podávání léků, rychle horší kognice a soběstačnost. Dalším případem je odmítání medikace pacientem, kdy nelze zajistit pravidelné užívání léků, či z důvodu špatného zdravotního stavu pacienta, který mohou způsobovat vážné komorbidity, které negativně ovlivňují prognózu (Rusina, 2014, s. 275-276).

Při rozhodnutí vysazení neúčinné léčby farmaky je doporučeno postupovat pozvolna, bez náhlého vysazení léku. Při vysazování medikace je důležité sledovat celkový stav pacienta alespoň po tři měsíce od vysazení léků. Při výrazném a nápadném zhoršení demence by se mělo zvážit opětovné nasazení kognitiva (Rusina, 2014, s. 277-278).

K tlumení výraznějších behaviorálních příznaků se používají antipsychotika.

Tab. č. 2: Doporučené dávky antipsychotik a jejich indikace

Lék	Akutní dávka	Max. den. dávka	Indikace
tiaprid	100 mg p.o./i.m./i.v.	800 mg	neagresivní, nepsychotické poruchy chování
melperon	25-50 mg p.o.	200 mg	poruchy spánku, noční neklid
haloperidol	2,5-5 mg p.o./i.m./i.v.	10 mg	masivní neklid a psychóza
quentiapin	25 mg p.o.	600 mg	ohrožení extrapyramidovými efekty
klozapin	25 mg p.o.	200 mg	náhrada quentipinu u floridních stavů

Zdroj: (Rusina, 2014, s. 286)

Vyskytuje-li se v rámci demence depresivní psychotika, jsou indikována antidepresiva, kdy mezi ně patří: trazodon, citalopram, escitalopram, sertralin, venlafaxin, milnacipran a mirtazapin (Rusina, 2014, s. 287).

Další léky, dle výsledků meta-analýz a randomizovaných studií sledující účinnost léků na průběh demencí, jsou podstatně méně přesvědčivé. Vitamin E a ginkgo biloba (EGb 761), prokázaly mírný efekt, který je nesrovnatelný s účinností kognitiv (Rusina, 2014, s. 278). Mimo farmakoterapii bývá v péči o pacienty s demencí velkým přínosem rehabilitace, správné komunikační přístupy, podpurná léčba a péče o celkový stav. Rovněž se ukazuje, jak významná je podpora pečovatele a další psychosociální intervence v léčbě o nemocného s demencí.

Vzhledem ke stálé a nezvratné progresi postižení je důležité věnovat pozornost péči o pacienty v terminální fázi demence. Proto je paliativní terapie nedílnou součástí v léčbě o nemocného, kdy je snaha o zajištění důstojného konce života.

3 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O NEMOCNÉHO S DEMENCÍ

3.1 Uspokojování základních potřeb pacientů s demencí

3.1.1 Hygiena

Zanedbávání osobní hygieny je prvním signálem, kdy okolí zaznamená, že není s jejich blízkým vše v pořádku. U nemocného lze sledovat neupravený vzhled, málo časté převlékání, někdy výskyt zápachu způsobený inkontinencí.

Jelikož se jedná o intimní záležitost, řešení této problematiky může být náročné a mohou zde v pozdější době vznikat zdroje konfliktů. Pocit ztráty důstojnosti může být jednou z příčin, které způsobují, že se nemocný pomoci při osobní hygieně brání. Pokud nemocný pociťuje při mytí stud, je nutné během koupele intimní místa zakrýt a tím zajistit soukromí.

Hygiena by se měla stát určitou rutinou, která je vykonávána v pravidelné době. Pokud nemocný nepotřebuje s mytím pomoci, stačí mu pouze říkat, jakou část těla si má právě omýt. Nezbytné kosmetické přípravky, ručníky by měly být umístěny co nejbližší k místu použití, pokud budou všechny lahvičky na jednom místě, nemocný nebude vědět, kterou použít (Hauke, 2017, s. 262).

Je zapotřebí věnovat velkou pozornost hygieně dutiny ústní, neboť osoba s demencí často nebývá schopna rozpoznat a sdělit možný problém ve svých ústech, jako zdravý člověk. Preventivní prohlídky u zubního lékaře jsou další možnou důležitou prevencí dutiny ústní (Hauke, 2017, s. 263).

3.1.2 Péče o vzhled

Péče o vzhled nebývá tak problematická jako hygiena osobní. Úprava vlasů, manikúra, pedikúra a aplikace tělového mléka patří do činností, které jsou pro nemocného s demencí snadno pochopitelné a často i příjemné, neboť jsou zdrojem dotyků (Glennner, 2012, s. 98).

3.1.3 Výživa a stravování

Přijímání potravy je běžná dovednost, kterou děláme celý život, nicméně i zde je zapotřebí jisté soustředěnosti, pozornosti a zručnosti při použití různých kuchyňských nástrojů. Dále pak mívají potraviny rozdílnou konzistenci, díky těmto aspektům se přijímání stravy může stát pro nemocného s demencí obtížné (Glennner, 2012, s. 92).

Základem stravy u dementních je pravidelný a vyvážený jídelníček, včetně úprav o některá dietní omezení po konzultaci s lékařem (Glennner, 2012, s. 91).

Aby nemocný neztratil chuť k jídlu, je zapotřebí, aby samotné jídlo nejen dobře chutnalo, ale i esteticky vypadalo (Glennner, 2012, s. 93).

U pacientů s demencí se často stává, že se začnou dávit, proto je nutné předcházet vdechnutí potravy, nemocný by měl jíst bezpečně, v klidu a pod dohledem (Glennner, 2012, s. 92).

Díky vyváženému jídelníčku by si nemocný měl udržovat přiměřenou tělesnou hmotnost, důležitý je dostatečný přísun vitamínů a minerálů, přiměřený příjem kalorií a živin, obzvláště bílkovin a dostatečný příjem tekutin.

Součástí výživy je správná ústní hygiena a předcházení infekcím močového ústrojí nebo zácpě či průjmů (Glennner, 2012, s. 92).

3.1.4 Vyprazdňování a pomoc při inkontinenci

Inkontinence neboli jakýkoliv samovolný únik moči nebo stolice, se často vyskytuje v pokročilé fázi demence. Inkontinence se ze začátku objevuje občasně, postupem nemoci může přerůst do chronického stavu, inkontinence moči předchází inkontinenci stolice.

Potíže související s vyprazdňováním a inkontinencí představují pro nemocného vážný problém, kdy se nemocný může cítit nepříjemně a nemůže se věnovat různým smysluplným aktivitám (Glennner, 2012, s. 102).

Při péči o inkontinentní osoby je nutné věnovat pozornost pokožce v intimních místech, aby bylo zajištěno zdraví a pohodlí nemocného. Mimo vody lze k ošetření použít speciální přípravky určené k intimní hygieně, které je možné zakoupit v lékárně, například čisticí pěny a s jejich pomocí rychle a šetrně ošetřit pokožku v intimních partiích (Hauke, 2017, s. 264).

3.1.5 Riziko pádů

Pády a rizika pádu jsou běžným problémem u starší populace. Pády obvykle nevyžadují lékařskou péči, ale zhruba 10% pádů vyžaduje hospitalizaci kvůli frakturám způsobených pádem. Pády jsou nejčastější příčinou smrti po nehodách u osob starších 65 let. Ze statistik vyplývá, že úmrtnost 6-12 měsíců po zranění, se po 4 desetiletí nezměnila (Struksnes et al., 2011, s. 1).

Rizika pádu lze rozdělit na faktory vnější a faktory vnitřní.

Mezi vnitřní rizikové faktory pádu patří: starší věk, svalová slabost a nestabilita, změna typu chůze, historie pádu v anamnéze, zhoršení funkcí sensorického systému nebo zhoršení nervového systému, dále pak psychické rozpoložení nemocného a některá onemocnění jako například ortostatická hypotenze, epilepsie, poruchy prokrvení mozku, pacienti na inzulínoterapii apod. Samotný strach z pádu souvisí s omezením pohybu, kterým se naopak riziko pádu zvyšuje (Struksnes et al., 2011, s. 1).

Do vnějších rizikových faktorů patří: užívání medikace, která působí nevhodně na centrální nervový systém (sedativa, benzodiazepiny, trankvilizéry), dále pak nevyhovující obuv, kompenzační pomůcky (protézy, berle, hole atd.) nebo například špatně naplánovaná péče či péče poskytnutá se zpožděním (Schuler, Oster, 2010, s. 215).

3.2 Aktivizace seniorů s demencí

3.2.1 Kognitivní trénink

Při kognitivním tréninku je důležité navodit atmosféru důvěry, zvolit vhodné úkoly a adekvátně poskytovat pozitivní zpětnou vazbu, chválit. Z důvodu progredujícího onemocnění tento trénink ve většině případů nevede ke zlepšení kognitivních funkcí, proto jej lze považovat za jednu z forem aktivizace, procvičování a zábavy, nikoli jako terapeutickou aktivitu.

Tento trénink je nejvíce užitečný u lidí ve fázi mírné až střední demence, kdy je při cvičení využívána dlouhodobá paměť, a tak lze snadno dosáhnout úspěchu (Jiráček et al., 2009, s. 96).

3.2.2 Smyslová aktivizace

Cílem smyslové aktivizace je „uvedení do pohybu“ za pomoci veškerých smyslů. Vytvořením skutečné komplexní činnosti motorických, kognitivních a verbálních funkcí je možné dosáhnout pozitivního výsledku.

Impulzy ze smyslových orgánů se pomocí smyslové aktivizace přivedou nervovými drahami do mozku, kde se uspořádají a uloží k předchozím získaným informacím.

U pacientů s demencí je využití smyslové aktivizace novou možností, jak poznat a podchytit využitelné zdroje možné obnovy a následně je použít. Zároveň se posílí i schopnosti, které nemocný plně nevyužívá. Trénuje se schopnost vyrovnání se s běžnými denními činnostmi, nalezení pozapomenutých slov pomocí vyvolávajících slov, zážitků, představ či emocionálních dojmů (Wehner, Schwinghammer, 2013, s. 11).

Tím dostává nemocný s demencí možnost komplexní komunikace, tj. všemi smysly a systémy. Díky tomuto tréninku komunikačních schopností zůstává nemocnému uchován sociální kontakt, který pozitivně přispívá na kvalitě jeho života (Wehner, Schwinghammer, 2013, s. 12).

3.2.3 Validace

Autorkou této metody je americká gerontoložka a sociální pracovnice Naomi Feil. Hlavním principem validace je úcta k člověku s demencí, přijetí a respektování jeho světa. V komunikaci při uplatňování této metody je tedy důležité neopravovat mylný názor nemocného, přijímat dané téma, hovořit s nemocným o společných činnostech, příhodách, o jeho blízkých a tím dojít ke zklidnění a spolupráci nemocného, která předtím nebyla možná (Jiráček et al., 2009, s. 96).

3.2.4 Ergoterapie

Ergoterapie spadá do komplexní péče o pacienty trpícími syndromem demence. Jedná se o metodu, jejímž cílem je snaha o dosažení maximální soběstačnosti a nezávislosti pacienta ať už v prostředí domácím, pracovním nebo sociálním, a tím zvýšit kvalitu jeho života. Dnes ergoterapie využívá specifické diagnostické a léčebné postupy, případně činnosti při rehabilitaci jedinců každého věku s různým typem omezení (Holčerová, Dvořáčková, 2013, s. 36). Mezi základní ergoterapeutické aktivity v geriatrii patří hodnocení funkční zdatnosti seniorů, pomocí testu základních všedních aktivit podle Barthelové (ADL) a testu instrumentálních všedních činností (IADL) i výkonových testů. Další ergoterapeutické aktivity mohou být zaměřeny na pohybovou koordinaci, jemnou motoriku, provádění kognitivní rehabilitace, podmiňování, stimulování, mozkového tréninku a rehabilitaci fatických poruch, i s využitím počítačových programů.

Smysluplná činnost a zaměstnávání je hlavním terapeutickým způsobem, který pomáhá k obnově postižených funkcí. Výběr činností, které se využívají k terapii, musí odrážet

skutečnosti, kdy zvolené aktivity zohledňují osobní, sociální, kulturní a ekonomické potřeby nemocného a jeho aktuální stav a podmínky prostředí ve kterém se nachází (Holczerová, Dvořáčková, 2013, s. 37).

3.2.5 Reminiscence

Robert Woods, britský geriatr, definuje reminiscenci jako skryté, vnitřní vybavování událostí ze života člověka, které se uskutečňuje buď o samotě, anebo spolu s jinou osobou či skupinou lidí (Janečková, Vacková, 2010, s. 21).

Reminiscenční terapií obvykle chápeme rozhovor mezi terapeutem a seniorem o jeho dosavadním životě, dřívějších aktivitách, prožitých událostech, o zkušenostech a zážitcích. Vhodnými pomůckami při terapii bývají například staré fotografie, staré předměty, přístroje a pracovní nářadí, filmy, módní doplňky apod. (Janečková, Vacková, 2010, s. 22).

Lidé s demencí mají problémy s pamětí, proto je třeba reminiscenční postupy přizpůsobit (Janečková, 2010, s. 105). Reminiscence u těchto nemocných má hlavní význam v oživení minulých událostí, zejména těch pozitivních a osobě důležitých, rodinných událostí, jako jsou rodinné oslavy a svátky, svatby apod. (Janečková, Vacková, 2010, s. 22).

4 DOMÁCÍ PÉČE U PACIENTŮ S DEMENCÍ

Před samotnou péčí v domácím prostředí je zapotřebí být na novou roli pečujícího připraven. Dnes díky změně životního stylu, způsobu bydlení a dostupnosti sociálních služeb není domácí péče o blízkého samozřejmá, jako tomu bylo v minulosti. Jde o rozhodnutí, ke kterému musí pečující přistupovat velmi zodpovědně (Provazníková, Kalvach, 2016, s. 23).

4.1 Zásady péče o člověka s demencí

Hlavním cílem péče by měla být spokojenost nemocného a kvalita jeho života. Proto i v rámci rodinné péče by mělo jít především o doprovázení člověka jeho životem s omezením, nikoli o podřízení režimu a standardům pečujících (Provazníková, Kalvach, 2016, s. 73).

Lidem s demencí je nutné ponechat pocit užitečnosti, nebrat jim všechna jejich rozhodnutí a činnosti, jenom proto, že vypadají neobratně (König et al., 2017, s. 22). Dále je důležité, aby byla zajištěna lidská důstojnost s podporou vědomí identity, autonomie volby v určitých situacích, respekt a úcta k nemocnému, participace, komunikace, vyhnout se osamělosti a vyloučenosti ze společnosti, zajistit smysluplnost života (Provazníková, Kalvach, 2016, s. 74).

4.1.1 Soběstačnost

Člověk s demencí mívá problémy s vnímáním, proto úkoly, které má nemocný vykonat by měly být v jeho silách splnitelné, jednoznačné a jednoduše zadané. K tomu je dobré využít činnosti, které jsou nemocnému blízké, které vykonával před onemocněním, a mohou mu činit potěšení. Snaha o zachování co nejdelší soběstačnosti je klíčovým bodem jak pro nemocného samotného, tak pro pečující. Nemocný se díky zadanému úkolu bude cítit stále užitečný a zvýší se jeho sebevědomí. Avšak jeho výkon nemusí být vždy dokonalý, proto by pečující měl zachovat svá sebezapření a trpělivost, zachováváním soběstačnosti nemocného se oddálí nutnost vše za něj vykonávat a zbytečně se unavovat (Provazníková, Kalvach, 2016, s. 74).

4.1.2 Cvičení

Do denního harmonogramu je vhodné zařadit i tělesná cvičení pro udržení duševní i fyzické pohody nemocného. Nejpřirozenějším pohybem je chůze, proto jsou vycházky přirozenou aktivizací pro člověka s demencí. Nemocný tak přijde do kontaktu s jinými lidmi,

má jiné zážitky, pobyt venku může mít pozitivní vliv na spánek. Další vhodné cviky lze konzultovat s lékařem (Provazníková, Kalvach, 2016, s. 77).

Mimo fyzických aktivit je důležité procvičování paměti. K procvičování paměti slouží různé aktivizační programy, které by neměly být voleny náhodně, aby nedošlo k nadměrnému přetěžování a odmítání spolupráce nemocným. Mezi tyto aktivity patří například každodenní aktivity, jako je nákup, domácí práce, návštěvy, rozpoznávání příbuzných na fotografiích, jednoduché počty, malování z paměti podle předem ukázané předlohy nebo hraní společenských her (Provazníková, Kalvach, 2016, s. 77).

4.1.3 Úprava prostředí a bezpečí

Prostředí, ve kterém člověk s demencí bude pobývat většinu času, je nutné adekvátně připravit. Prostor by měl být dostatečně velký. Jak nemocný, tak i ostatní členové domácnosti, by měli mít dostatečné zázemí pro klid a soukromí. Díky progredujícímu onemocnění, kdy se postupem času zhoršuje i pohybová stránka nemocného je zapotřebí zajistit bezbariérový přístup, místo pro polohovací lůžko a dále pak zajistit domácnost proti nechtěným úrazům (Provazníková, Kalvach, 2016, s. 29).

Jelikož člověk s demencí ztrácí svoji zručnost, nezvládá běžné činnosti a zároveň se zhoršuje jeho zdravotní stav, je nutné, aby měl kolem sebe bezpečné prostředí.

Je důležité zabezpečit plyn, elektřinu a další elektrické přístroje, zásuvky apod. tak, aby s nimi nemohl člověk s demencí neodborně manipulovat a tím nezpůsobit nějakou závažnou havárii.

Dále je žádoucí odstranit nebezpečné předměty, jako jsou nože, nůžky a další, kterými hrozí nemocnému úraz z důvodu nesprávně manipulace (Provazníková, 2016, s. 77).

Mezi další nutná opatření spadají opatření proti pádům, kdy je zapotřebí preventivně odstranit z podlahy předměty, na kterých by mohl nemocný uklouznout (rohožky, koberečky) a zabezpečit předěly mezi podlahou a krytinou. Vhodné rozestavení nábytku, aby nepřekážel v cestě, odstranit ostré rohy nábytku. Koupelna a toaleta by měla být vybavena madly a protiskluzovou rohoží. Nemocný by měl nosit kvalitní pevnou obuv. Opatřeními proti pádu z postele mohou posloužit částečné postranice (Provazníková, Kalvach, 2016, s. 78).

4.2 Kde hledat pomoc?

V dnešní době jsou pečující nedostatečně informováni o nemoci svého blízkého. Postrádají základní informace o tom, jak pečovat, jaký bude průběh onemocnění a jaké zdravotně-sociální služby mohou pro sebe i svého blízkého využít (Provazníková, Kalvach, 2016, s. 24-26).

4.2.1 Poskytovatelé sociálních služeb pro seniory

V registru poskytovatelů služeb jsou uvedeni všichni poskytovatelé sociálních služeb, kteří jsou pak povinni se řídit platnou legislativou v sociálních službách. Informace o jednotlivých poskytovatelích sociálních služeb lze vyhledat na internetových stránkách registru, či na webových stránkách jednotlivých poskytovatelů (Hauke, 2017, s. 255).

Informace o dostupné sociální službě lze získat na příslušném obecním či městském úřadu, na internetu (stránky jednotlivých poskytovatelů, registr poskytovatelů sociálních služeb), u poskytovatelů sociálních služeb – ti zároveň poskytují zdarma základní sociální poradenství a u sociálních pracovníků zdravotnických zařízení (Hauke, 2017, 259).

Mezi poskytovatele sociálních služeb patří:

Terénní služba, která je poskytována v domácnosti klienta, kdy pracovníci služby docházejí do domácnosti pečované osoby a pomáhají při zajišťování potřeb klienta. Úhrada za poskytované služby je plně hrazena klientem.

Domy s pečovatelskou službou jsou další možností sociální péče. Klient bydlí v bytě, zpravidla se jedná o byty v majetku města, či obce, které stanovují podmínky pro jejich přidělení.

Odlehčovací pobytová služba, která zajišťuje přechodné umístění pečující osoby.

Týdenní stacionáře využívají osoby ve všední dny, kdy ve stacionáři bydlí přes týden a na víkendy a svátky se vrací domů.

Ambulantní služby, kdy klient žije běžně v domácím prostředí a dochází za službou.

Denní stacionáře a centra denních služeb určená pro denní pobyt klientů.

Respitní péče je péčí, která převezme péči o pacienta trpícího demencí na předem určený čas, cílem této služby je poskytnout oddech rodinným pečujícím (Jiráková et al., 2009, s. 104).

4.2.2 Česká alzheimerovská společnost o.p.s

Česká alzheimerovská společnost (ČALS) sídlí v Gerontologickém centru v Praze. Jedná se o občanské sdružení, které spolupracuje s poskytovateli služeb na pomezí zdravotnických a sociálních služeb komunitního typu. Další podstatou organizace je spolupráce s jejími kontaktními místy - s dalšími zařízeními, která poskytují kvalitní služby pro lidi s demencí v celé ČR. Zaměřují se na současnou situaci nemocných, jejich rodin a zkušeností poskytovatelů služeb (Jirák et al., 2009, s. 101).

Cílem společnosti je pomoc a podpora lidí postižených demencí, jak samotných nemocných, tak i jejich rodinných příslušníků, protože demence postihuje stejně těžce obě skupiny. Z těchto důvodů ČALS nabízí různé kurzy, konference a poradenství, které jsou určeny jak pro pracovníky sociálních služeb, tak i pro rodinné pečující. Dále pak na webových stránkách lze získat informace o publikacích, knihách i brožurách apod. o dané problematice, některé z nich lze přímo na stránkách zakoupit (Jirák et al., 2009, s. 102).

4.2.3 Ostatní zdroje informací

Nemocnice a převážně psychiatrické, neurologické a geriatrické ambulance mohou poskytnout potřebné informace. Další informace o nemoci a jejím průběhu může pečující získat od lékařů či sociálních pracovníků v domovech pro seniory a domovech se zvláštním režimem, ti poradí, jaké sociální služby může pro sebe i nemocného pečující využívat.

Existují odborné poradny, které jsou zřízeny pro pečující osoby. Zde se pečující dozví například to, že je možnost předepsání poukazu lékařem na některé inkontinenční a kompenzační pomůcky, které mohou být následně i proplaceny ze zdravotního pojištění (Provazníková, Kalvach, 2016, s. 26).

K získání dalších informací ohledně péče může být nápomocná odborná literatura včetně elektronických publikací (Provazníková, Kalvach, 2016, s. 27).

Dalším zdrojem, kde čerpat informace jsou tzv. svépomocné skupiny, například „Čaj o páté“, který pořádá Česká alzheimerovská společnost. Svépomocné skupiny utváří lidé se stejným problémem. V těchto skupinách získá pečující mnoho informací o tom, co pečující zažili, jak se s tím vyrovnali a další osobní zkušenosti, z kterých vyjdou dobré rady pro ostatní, jak se v podobných situacích zachovat (Jirák et al., 2009, s. 103-104).

4.2.4 Příspěvek na péči

Sociální dávka přispívá na zajištění péče o osobu, která je díky svému dlouhodobému nepříznivému zdravotnímu stavu závislá na pomoci jiné fyzické osoby (Hauke, 2017, s. 235).

Stupeň závislosti je hodnocen dle schopnosti zvládat tyto základní životní potřeby: mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity a péče o domácnost (Hauke, 2017, s. 235-237).

Tab. č. 3: Výše příspěvku na péči dle stupně závislosti

1. stupeň – lehká závislost - 880 Kč Každodenní pomoc či dohled z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu při třech nebo čtyřech základních životních potřebách.
2. stupeň – středně těžká závislost - 4400 Kč Každodenní pomoc či dohled z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu při pěti nebo šesti základních životních potřebách.
3. stupeň – těžká závislost - 8800 Kč Každodenní pomoc či dohled z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu při sedmi nebo osmi základních životních potřebách.
4. stupeň – úplná závislost - 13200 Kč Každodenní pomoc či dohled z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu při devíti nebo desíti základních životních potřebách.

Zdroj: (Hauke, 2017, s. 238)

Z příspěvku na péči lze hradit péči, kterou poskytují:

1. rodinní příslušníci (osoba blízká)
2. asistent sociální péče (soused, známý apod.) – na základě písemně uzavřené smlouvy o poskytování služby
3. registrovaná sociální služba

Řízení o přiznání příspěvku na péči se zahajuje na základě písemné žádosti či z moci úřední. Formuláře žádostí jsou k dispozici na pracovištích krajských poboček Úřadu práce.

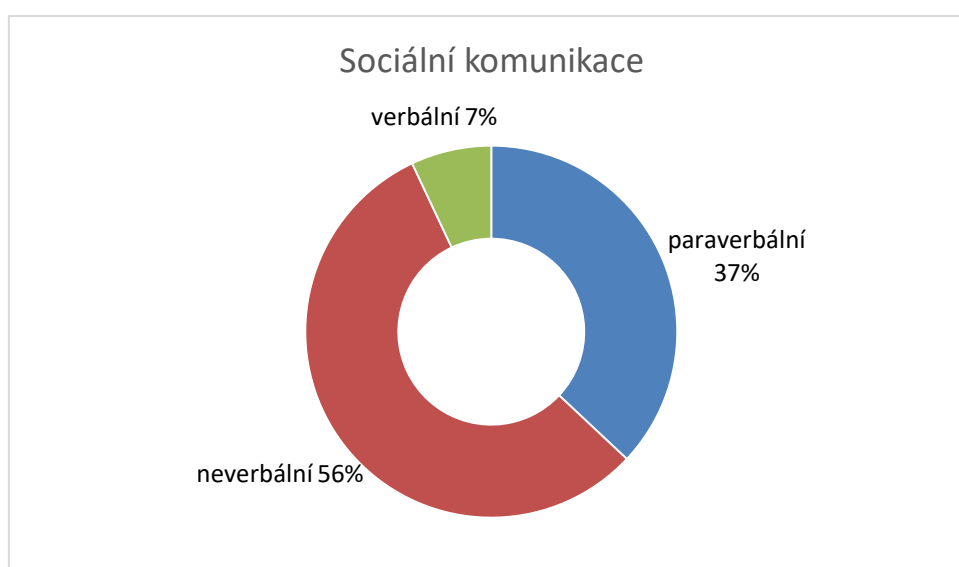
Dalšími příspěvky, o které lze žádat na Úřadu práce jsou: ošetrovné, příspěvek na mobilitu, příspěvek na zvláštní pomůcku, příspěvek na pořízení motorového vozidla, příspěvek na bydlení a doplatek na bydlení (Hauke, 2017, s. 238–241).

4.3 Komunikace

Pro úspěšnou prevenci vzniku problémového chování, zvládnání již vzniklého problémového chování a spokojený, kvalitní život pacienta a pečující osoby je nezbytnou součástí správná komunikace.

Z níže uvedeného grafu vyplývá, že mezi základními třemi složkami komunikace v sociální interakci mezi lidmi jsou slova důležitá. Nicméně ve chvílích, kdy osoba s demencí přestává slovům rozumět, jsou v péči nezbytné i jiné složky komunikace (tón, intonace a melodie hlasu, které nemocný vnímá do poslední chvíle a dávají mu pocit bezpečí a jistoty) (Hauke, 2017, s. 67).

Graf č. 1: Sociální komunikace



Zdroj: (Hauke, 2017, s. 68)

Je důležité volit správný způsob, jakým pečující komunikuje a jak se při tom chová. Všechny tři složky komunikace by měly být v souladu, působit věrohodně a u posluchače vyvolat důvěru (Hauke, 2017, s. 68).

4.3.1 Obecná pravidla komunikace

- zajistit klidné, bezpečné a příjemné prostředí bez rušivých elementů (televize, rádio) (Provazníková, 2016, s. 92).
- zachovávat při komunikaci klid
- nemluvit ve třetí osobě o nemocném v jeho přítomnosti

- nepodceňovat neverbální komunikaci
- přizpůsobit komunikaci věku a schopnostem nemocného
- slovně doprovázet činnosti, které pečující provádí
- vynechávat otázky začínající „Proč?“
- aktivně chránit důstojnost osob s demencí
- aktivně naslouchat (Hauke, 2017, s. 71-73).

4.3.2 Jak se vyhnout bariérám komunikace

Základem pro správnou komunikaci s člověkem s demencí je pochopení problematiky nemoci. Znalostí průběhu onemocnění, čím osoba s demencí prochází a co prožívá, se pečujícímu podaří pomocí empatie a aktivního naslouchání porozumět a tím naplnit potřeby nemocného (Hauke, 2017, s. 68).

Rovněž je nutné respektovat dorozumivací schopnosti nemocného a přizpůsobit se komunikační situaci. Komunikace by měla být partnerská s respektem k osobnosti nemocného a jeho omezení, pečující by neměl s nemocným mluvit jako s dítětem či používat 1. pád množného čísla, dále pak nebrat si slovní výpady a osočování nemocných osobně (Hauke, 2017, s. 69).

4.3.3 Komunikace v jednotlivých fázích demence

V první fázi demence nemocný většinou rozumí, co pečující říká. V této fázi je zapotřebí pamatovat na ztrátu krátkodobé paměti, a proto je důležité na nemocného mluvit pomalu, jednoduše, bez dlouhých a rozvinutých vět a nesdělovat příliš informací najednou. Cílem je udržet nemocného v realitě a pomoci mu uchovat si co nejdéle orientaci místem, časem a situací. Někteří nemocní si uvědomují, že selhávají a zapomínají, proto by pečující neměl nemocného vystavovat nevhodným otázkám a doptáváním se a dalším nepříjemným situacím. Dotyky, vzdálenost či oční kontakt hrají v komunikaci důležitou roli (Hauke, 2017, s. 75-76).

V druhé fázi se člověk přestává orientovat i na známých místech, nepoznává své blízké, zhoršuje se soběstačnost, objevuje se malhygiena, komunikace je složitá, přestává rozumět pokynům a požadavkům, nemocný potřebuje prakticky celodenní péči a podporu. Nemocný žije ve své realitě, minulost se stává přítomností, kdy se během chvíle mohou prolínat různá životní období. Pečující nemocnému jeho prožitky a vzpomínky nevyvrací.

Rozhovor by měl být stručný a jasný. Požadované činnosti musí postupovat krok po kroku. V rozhovoru by se mělo vyhnout dohadům, kdo má pravdu. Oslovování, dotyky, vzdálenost a oční kontakt jsou zde stejně důležité jako ve fázi první (Hauke, 2017, s. 77-79).

Ve třetí fázi demence, kdy je nemocný zcela odkázaný na ošetrovatelskou péči, již slovům většinou nerozumí nebo se tak jeví a slovně se obvykle nevyjadřuje. Všechny jeho projevy komunikace jako křik, pláč apod. směřují k uspokojování základních fyziologických a emočních potřeb, tj. k zajištění bezpečí a jistoty. V této fázi je důležité, aby pečující v komunikaci nerezignoval, ale i nadále se v přítomnosti nemocného choval tak, jako by mu nemocný rozuměl. Oslovování, dotyky, blízkost druhé osoby, oční kontakt a intonace hlasu má zde své důležité místo. Mohou se zde uplatnit komplexní metody, jako je například bazální stimulace či Namasté, ale i „obyčejné“ pohazení po tváři, po vlasech, po ruce, podržení ruky nemocného ve své ruce, objetí, mají pozitivní vliv, jelikož se nemocný necítí sám (Hauke, 2017, s. 79-80).

4.4 Úskalí ošetrovatelské péče

Dlouhodobá péče bývá pro pečující obrovskou zátěží, dopadá nejen na celou rodinu, ale i na jednotlivé pečující, a především na ty, kteří nemají podporu ze strany své rodiny. Z tohoto důvodu mohou vznikat problémy, které by ošetroující neměli podceňovat, protože zásadně snižují kvalitu jejich života. U pečující osoby se mohou například objevit nebo zhoršit zdravotní problémy, pečující začne trpět nespavostí, bolestmi hlavy, žaludečními obtížemi apod. Přehlížení příznaků přetíženosti a vyčerpání může vést až k samotnému syndromu vyhoření nebo k frustraci, která se může obrátit proti pečované osobě (Hauke, 2017, s. 251).

Z těchto důvodů je v péči o nemocného důležité, aby veškerá tíha péče neležela jen na jednom člověku, ale aby se se do péče zapojila širší rodina, případně žádat o pomoc i v síti sociálních a zdravotních služeb (Franková, 2011, s. 23). Pečující osoby často zůstávají bez pomoci okolí, ztrácí společenský kontakt, což vede k jejich izolovanosti, proto i pečující osoba potřebuje péči (Ondriová et al., 2012, s. 159)

4.4.1 Syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření vzniká v důsledku negativního působení stresu a projevuje se ztrátou motivace, ideálů, chronickou únavou a nechutí pokračovat v dané činnosti. Intenzita projevů syndromu vyhoření záleží na včasnosti rozpoznání prvních příznaků a schopnosti

změnit svůj přístup k problematice, k nemocnému a sobě samému (Hauke, 2017, s. 221-222).

Pečující, jak již bylo zmíněno, by neměl na péči zůstat sám, neodmítat pomoc a nezanedbávat své vlastní potřeby, nezapomínat na správnou výživu, pohyb a dostatek odpočinku, nepodléhat stresu a přijímat změny i v péči, kterou doma není schopen postupem nemoci zajistit. Pečující by si měl vážit sám sebe a neobviňovat se (Hauke, 2017, s. 254).

4.4.2 Problémové chování u nemocných s demencí

V péči o osoby s demencí se pečující často setkávají se zvláštním druhem chování, kdy tento způsob chování je nazýván problematickým chováním. Tyto projevy ze strany člověka s demencí bývají pro pečujícího náročné a nepříjemné (Provazníková, Kalvach, 2016, s. 83).

Agresivita ať už slovní, či fyzická je nejobávanějším problémovým chováním u demencí, avšak vyskytuje se pouze tehdy, kdy je vyprovokována nevhodným přístupem a nesprávnou péčí. Agresivita u nemocných s demencí bývá většinou reakcí na situace, kterým nemocný nerozumí a se kterými si neví rady. Častou vinou agrese je nevhodně zvolený přístup v péči (Hauke, 2017, s. 106).

U nemocného s demencí se může vyskytovat podezíravost. V počátečních stádiích osoba s demencí stále něco hledá, přemísťuje věci a jediné vysvětlení toho, kdo mohl schovanou věc vzít je pečující osoba, neboť je jediná, která k němu chodí. Dalším druhem podezíravosti může být sobeckost, kdy nemocný vnímá stále méně svět kolem sebe a řeší pouze své potřeby a následně například obviňuje své blízké, že jdou pouze po jejím majetku a že ji nemají rády (Hauke, 2017, s. 111).

Jako další problémové chování je bloudění. Bloudění či odchod z domova jsou pro pečující velmi stresující a pro osobu s demencí spojené s potencionálním nebezpečím, kdy hrozí, že se nemocný nevrátí či dojde například k autonehodě (Hauke, 2017, s. 114).

Bludy se nejčastěji vyskytují u Alzheimerovy demence a halucinace spíše u demencí s Lewyho tělísky. U jedné třetiny postižených osob jsou velmi časté paranoidní bludy, kdy je nemocný přesvědčený, že je sledován, okrádán, či se vyskytují bludy sexuální. Vedlejším jevem bývá agitovanost, může vzniknout agresivita. Rizikem je taktéž časná hospitalizace nebo umístění do pobytového zařízení sociálních služeb (Hauke, 2017, s. 117).

4.4.3 Terminální fáze

Terminální fáze nemoci bývá v péči nejtěžší. Péče bývá zpravidla poskytována nepřetržitě, kdy pečující vnímá, jak jeho blízký strádá a velmi těžko snáší představu, že mu nemůže nijak pomoci či ulevit. Pocit bezmoci a čekání na smrt nemocného je náročnou etapou každého pečujícího v tomto stádiu (Hauke, 2017, s. 255).

PRAKTICKÁ ČÁST

5 FORMULACE PROBLÉMU

Onemocnění demencí spadá do neurodegenerativních onemocnění mozku, kdy dochází k úbytku neuronů. Pro tyto lidi je důležitá specializovaná péče a z tohoto důvodu bývají nemocní s touto diagnózou často automaticky umístěni do ústavní péče, ačkoliv péče v domácím prostředí poskytovaná blízkou rodinou je velice přínosná, kdy může nemocnému nabízet podnětné a známé prostředí a tím umožňovat zlepšení jeho zdravotního stavu.

Nicméně tato ošetrovatelská péče o nemocného s demencí je pro domácí pečující velmi náročná, proto je nezbytnou součástí spolupracovat s možnými zdravotními či sociálními službami.

Téma této práce jsme zvolili vzhledem aktuálnosti a také z důvodu toho, že z vyplývajících statistik není laická veřejnost dostatečně informována o možnosti setrvání příbuzného s demencí v domácím prostředí, o současných možnostech využití zdravotních a sociálních služeb. Lidé neví, kde mohou vyhledávat informace o tom, jak se demence projevuje, jaký je její průběh apod. Dále pak nejsou dostatečně informováni o úskalích při ošetrovatelské péči a o sebezpečí pečující osoby nebo vzájemné spolupráci v rodině.

V praktické části bakalářské práce jsme se zaměřili na domácí ošetrovatelskou péči u polymorbidního pacienta s diagnostikovanou demencí. Cílem případové studie je poukázat na vznikající problémy v ošetrovatelské péči a nemožnost adekvátní léčby přidružených onemocnění v důsledku narušené psychiky.

Tato práce si klade za cíl identifikovat hlavní náročné oblasti domácí péče o polymorbidního pacienta s demencí.

6 CÍL A ÚKOLY PRÁCE

6.1 Hlavní cíl

Hlavním cílem případové studie této práce je zmapovat nejzásadnější problémy, které vznikají při péči o polymorbidního pacienta trpícího demencí v domácím prostředí.

6.2 Dílčí cíle

1. Zvolit vhodný ošetrovatelský model k optimální realizaci ošetrovatelské péče o polymorbidního pacienta, který je potřebný pro zajištění dané péče.
2. Zmapovat nejnáročnější oblasti života polymorbidního pacienta, které jsou ovlivněny demencí – poukázat na ně zpracovanou kazuistikou.
3. Na základě kazuistiky připravit odborný článek s danou problematikou

7 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

1. Jaký ošetrovatelský model je nejvhodnější pro poskytování optimální péče o polymorbidního pacienta s demencí?
2. Jaké oblasti pacientova života jsou nejvíce ovlivňovány demencí?
3. Jak ovlivňuje demence u polymorbidního pacienta kvalitu jeho života v domácím prostředí?

8 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Výběr případu byl záměrný, jako subjekt jsme vybrali polymorbidního muže, který je v pokročilém stádiu demence, ta značně narušuje léčbu současných onemocnění a uskutečňování potřebné péče. Respondent byl v minulosti několikrát hospitalizován pro jiná přidružená onemocnění nebo zranění. Nemocný žije ve svém bytě spolu se svou manželkou, která mu zajišťuje neustálý dohled včetně kompletní ošetrovatelské péče, dále do domácnosti dojíždí jednou denně všeobecná sestra z terénní služby agentury MIDOP domácí péče.

9 METODOLOGIE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Pro sběr informací do bakalářské práce byla vybrána jedna z technik kvalitativního výzkumu, konkrétně metoda kazuistiky. Znakem této výzkumné metody je hloubkové šetření případu, které nám umožní získat dostatečné informace v oblasti ošetrovatelské péče u vybraného jedince.

Metoda praktické části bakalářské práce je popsána jako případová studie pomocí kazuistiky. Díky kazuistice mohl být sledován vývoj případu před stanovením diagnózy demence až po poskytovanou ošetrovatelskou péči v domácím prostředí. Na začátku případové studie jsou popsána anamnestická data daného klienta, kde nás zajímala rodinná, pracovní a sociální anamnéza. Dále uvádíme aktuální zdravotní stav nemocného, včetně stavu psychického, který ve velké míře narušuje léčbu současných onemocnění a domácí péči, která je nemocnému poskytována.

Výzkumná část práce je psána chronologicky, od analýzy dat z dokumentace, přes setkání s všeobecnými sestrami z terénní služby, až po setkání s rodinou, pacientem a jeho pozorování.

Vlastní ošetrovatelský plán péče je členěn dle ošetrovatelského modelu životních aktivit, jehož autorkami jsou Nancy Roper, Winifred Logan a Alison Tierney. Model životních aktivit byl vybrán z důvodu jeho typu, klasifikace a charakteristických rysů. Tento model zdůrazňuje kvalitu péče o klienta jako cestu v ošetrovatelství, kdy charakteristickými rysy jsou: celkové zlepšení stavu, kvalita péče o klienta a zlepšení kvality života. Vhodnost zvoleného modelu je ověřena jeho praktickou aplikací v případové studii této bakalářské práce.

10 ORGANIZACE VÝZKUMU

Výzkum probíhal v měsíci březnu 2019 v domácím prostředí nemocného a v námi vybrané agentuře MIDOP domácí péče.

10.1 Způsob získávání informací

Informace do bakalářské práce jsme získali analýzou lékařské dokumentace a ošetrovatelské dokumentace sester. Dále pak pomocí rozhovoru, jehož otázky byly voleny na základě ošetrovatelského modelu Nancy Roperové s rodinnými příbuznými, kteří o nemocného pečují a od všeobecných sester, které do domácnosti dojíždějí. Dále byla uplatněna metoda pozorování, kde bylo snahou získat nejdůležitější postřehy během návštěv v domácnosti.

Rozhovor probíhal v agentuře domácí péče MIDOP a v domácím prostředí pacienta, kterého jsme navštívili celkem třikrát a to dvakrát během návštěv s dojíždějící všeobecnou sestrou, kdy v rámci těchto návštěv jsme se podíleli na péči o tohoto pacienta. Další návštěva se uskutečnila pouze s rodinou, kdy bylo snahou získat nejdůležitější postřehy těchto osob a postřehy z domácí péče.

Výzkum praktické části bakalářské práce byl povolen agenturou domácí péče MIDOP a následně všichni dotazovaní byli seznámeni s výzkumným šetřením a podepsali informovaný souhlas, který je součástí příloh této práce (viz příloha č. 1). Dále byli respondenti obeznámeni s anonymitou a možností se výzkumu neúčastnit.

11 KAZUISTIKA

11.1 Anamnéza

Identifikační údaje:

Iniciály: K. CH.

Pohlaví: muž

Věk: 75 let

Rodinná, pracovní a sociální anamnéza:

Pan Ch. se narodil v roce 1943, žije s manželkou již přes 50 let v panelovém domě v Plzni na Slovanech. Jeho nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské s maturitou. Pracoval jako dělník a od roku 1992 podnikal v oblasti sběrných surovin, do starobního důchodu odešel v 62 letech.

Pacient prodělal běžná dětská onemocnění, ve 14 letech došlo k úrazu ruky, který ho v budoucnosti neovlivnil, v dospělosti neprodělal žádná vážnější onemocnění. Později se u pacienta objevuje diabetes mellitus 2. typu, recidivující hluboké žilní trombózy dolních končetin, urologická a koronární onemocnění aj. Od stanovení Alzheimerovy demence byl třikrát hospitalizován ve Fakultní nemocnici v Plzni pro přidružená onemocnění.

Otec nemocného zemřel na rakovinu plic v 64 letech, jeho matka zemřela v 76 letech v nemocnici po úrazu na dolní končetině, blíže není známo, dále má bratra, jehož zdravotní stav není znám, neboť kontakt nebyl udržován. S manželkou má jednoho syna, který bydlí nedaleko Plzně, ten jej pravidelně navštěvuje a vypomáhá matce s péčí o otce.

Farmakologická anamnéza: Humalog 25 mg mix kwikpen 44-0-0 j. ráno, Zolepil 100 mg 0-0-1 tbl., Tiapridal 1-0-1 tbl., Prestarium 10 mg ½-0-0 tbl., Bisoprolol PMCS 2,5 mg ½-0-0 tbl., Agen (apo amlo) 5 mg 1-0-2 tbl., Tritace 5 mg 1-0-0 tbl., Buronil 25 mg 0-0-1 tbl., Torvacard 40 mg 0-0-1 tbl., Nolpaza 40 mg 1-0-0 tbl., Furon 40mg 1-0-0 tbl., dávkování warfarinu 5 mg dle rozpisu (v sudé dny 1,5 tbl., v liché dny 1 tbl.) s ohledem na výsledky INR.

Abúzus:

Pan Ch. byl letitým kuřákem, kdy od svých 17 let vykouřil více než 20 cigaret denně, od srpna roku 2018 s kouřením přestal. Z alkoholu si dnes dopřává jedno pivo k obědu, dříve vypil tři piva denně, kávu nepije.

Aktuální zdravotní stav:

Pan Ch. je polymorbidní člověk s občasnými stavy deprese a s diagnostikovanou Alzheimerovou demencí, která je největším stěžejním problémem v péči o něj.

Rozvojem onemocnění Alzheimerovy demence, která mu byla diagnostikována v 71 letech života, potřebuje nemocný celodenní dohled a je závislý na dopomoci při různých aktivitách, neboť není schopen sebezpečí a dodržování léčebného režimu přidružených onemocnění. Pacient je částečně imobilní, pohybuje se pomocí čtyřbodového chodítka po bytě za dohledu manželky, ven prakticky nevychází. Pobírá 3. stupeň příspěvku na péči a ačkoli pan Ch. není zbaven svéprávnosti, tak je omezen ve způsobilosti k některým právním úkonům. Nyní je v péči psychiatrické ambulance, kam pravidelně dochází na kontroly jedenkrát za půl roku, v případě potřeby a náhlé změny stavu kdykoliv.

11.2 Vývoj zdravotního stavu

Před stanovením diagnózy demence se pacient léčil na diabetes mellitus 2. stupně od roku 2008, dále pak s arteriální hypertenzí, v roce 2010 podstoupil resekci prostaty pro adenokarcinom. Od 12/2010 je dlouhodobě warfarizován pro recidivující hluboké žilní trombózy dolních končetin. Medikaci užíval samostatně, avšak nikdy nebyl příliš ochoten dodržovat diabetickou dietu, miluje sladkosti a byl schopen sníst až dvě tabulky čokolády denně, také trpí obezitou 2. stupně.

Prvních příznaků onemocnění si rodina začala všimnout přibližně v 69 letech nemocného, kdy se začaly projevovat poruchy krátkodobé paměti. Nemocný zapomínal běžné věci, často hledal klíče, dopisy a drobné věci osobní potřeby. S tímto začala vznikat podezřívavost vůči manželce, že věci schovává. Nemocný postupně nemohl v konverzaci najít vhodná slova, při psaní vynechával písmenka a zapomínal na naplánované schůzky s vnoučaty a synem. Svoji zapomnětlivost si plně uvědomoval. S postupujícím onemocněním se objevili časté změny nálad, kdy byl nemocný depresivní a uzavřený. S postupujícím kognitivním zhoršením si nemocný nebyl schopen vzpomenout, zda si vzal léky. Stávalo se, že si léky nevzal, nebo si je vzal opakovaně, tudíž hrozilo předávkování psychofarmaky a warfarinem.

Také si zapomínal aplikovat inzulín. Postupem času se začaly v noci objevovat stavy neklidu, úzkosti a zmatenosti. Nemocný byl podrážděný, agitovaný. V noci občas křičel, čímž narušoval noční klid panelového domu, dále pak přestal spolupracovat, nechtěl se převléknout do pyžama, umýt se, tento stav trval i několik dnů. Manželka předpokládala, že tento stav je součástí stáří, proto dlouhou dobu nevyhledávala psychiatrickou pomoc. Zasáhl až syn, když viděl, že matka trpí a nezvládá péči o otce.

Vzhledem k psychickému a somatickému stavu a následné diagnóze Alzheimerovy nemoci s pozdním začátkem, bylo stanoveno, že je nutnost celodenní péče druhé osoby a její dohled nad nemocným, včetně dohledu nad medikací.

Pacient je polymorbidní, proto byl často hospitalizován v nemocnici, tyto hospitalizace měly negativní vliv na zdravotní stav nemocného. Při první hospitalizaci na I. Interní klinice ve FN Plzeň v prosinci roku 2017 pro sepsi se zdrojem v uroinfektu se jeho psychický a fyzický stav rapidně zhoršil. Nemocný byl během hospitalizace dezorientován všemi kvalitami, nekomunikoval a docházelo k halucinacím. Při návštěvách rodiny nepoznával své blízké a pro noční neklid, kdy si lehal do postelí k jiným pacientům a pro občasnou agresi musel být tlumen. Z důvodu upoutání na lůžko ztrácel fyzickou kondici. Před touto hospitalizací došel do nemocnice v doprovodu syna s oporou podpůrné hole, avšak po propuštění byl odvezen pomocí invalidního vozíku. Po propuštění byla nutná rehabilitace, o které byla manželka edukována. Stav nemocného se po návratu domů zlepšil, nemocný nabyl zpět fyzické síly a byl orientován osobou a místem, avšak díky postupujícímu onemocnění pacient začal podezírat manželku a syna, že mu chtějí ublížit a zabít ho, proto odmítal užívat medikaci. Na základě této situace byla přes praktického lékaře a doporučení zdravotní služby zajištěna všeobecná sestra z terénní služby agentury domácí péče MIDOP, která je pro nemocného autoritou, ta opatří aplikaci inzulínu, měření hladiny glykémie, podání medikace per os a na základě indikace praktického lékaře požadované odběry krve, dále obstarává i sledování fyziologických funkcí.

Druhá hospitalizace probíhala v rozmezí července až srpna 2018 pro akutní transmúrní infarkt myokardu, kdy byly nemocnému implantovány 2 lékové stenty. Nemocný byl po stabilizaci stavu propuštěn do domácí péče.

Poslední hospitalizací po stanovení demence, která má negativní vliv na současný fyzický stav nemocného, byl pobyt na chirurgickém oddělení ve fakultní nemocnici v Plzni po pádu (zakopnutím) v prosinci 2018, při kterém si nemocný způsobil frakturu krčku vlevo.

Po operaci byl nemocný přeložen k další léčbě a rehabilitaci na geriatrické oddělení, kde setrval až do února 2019, poté byl propuštěn do domácí péče. Na doporučení ortopeda je nutné odlehčovat operovanou levou dolní končetinu.

V současné době pacient tráví většinu dne na lůžku, kdy se odmítá postavit a chodit s oporou čtyřbodového chodítka za dohledu druhé osoby. Manželka se s manželem snaží rehabilitovat, aby nabyl fyzické síly. Při rehabilitaci využívá aktivní cvičení s dopomocí, kdy navodí začátek pohybu a konec pohybu pasivně dotáhne do požadovaného rozsahu, dále využívá i pasivní cvičení a stimulaci s využitím pomůcek (míčky, ježky). Pravidelně nemocného polohuje každé tři hodiny a snaží se ho vertikalizovat do sedu a poté do stoje.

Komunikace je obtížná, nemocný je uzavřený. Při verbální komunikaci obtížně hledá slova, často obsah sdělení postrádá smysl, na žádost manželce vyhoví, ale jinak sám nekomunikuje. Rodina zajišťuje celkovou hygienickou péči a dopomoc při jídle, tj. příprava jídla a nutná příprava jednotlivých soust. Nemocný si je schopen podat lžící a najíst se, při znečištění oděvu je netečný. V domácnosti vařila manželka, která při výběru jídla zohledňovala po konzultaci s lékařem diabetická opatření. Po půl roce domácí péče od stanovení manželovy demence požádala sociální službu o dovoz obědů, kdy na každý týden dostávají jídelníček. Povšimla si, že je manžel schopen přečíst si co bude ten den k obědu, vzápětí to ale zapomíná, tehdy si uvědomuje, že jeho stav není v pořádku.

Medikaci pacient užívá pouze od všeobecné sestry z terénní péče, včetně aplikace inzulínu. Aplikace večerního inzulínu dle původní lékařské ordinace byla problematická, proto musela být medikace upravena do 44 jednotek jednou denně, při návštěvě všeobecné sestry. Měření hodnot glykémie probíhá čtyřikrát denně, vždy před jídlem - nemocný se nechá od manželky změřit, avšak je netečný.

Snahou agentury domácí péče je nestřídat dojíždějící personál do domácnosti, neboť nemocný respektuje konkrétní všeobecnou sestru a snaží se v rámci jeho možností s ní spolupracovat, avšak trvalo dlouhý čas, než si dojíždějící sestra získala důvěru nemocného. O víkendech dojíždí do domácnosti služba, se kterou nemocný spolupracovat nechce, velmi neochotně vyhoví, bez známek agrese.

Vzhledem k přetrvávající funkční závislosti vysokého stupně, byly během poslední hospitalizace zvažovány možnosti zajištění další ústavní ošetrovatelské péče, avšak rodina tuto možnost překladi do LDN odmítla. Rodina se chce o nemocného starat v domácím

prostředí a zatím neuvažují o umístění nemocného do ústavní péče z důvodu negativního vlivu na zdravotní stav blízkého během hospitalizace. Syn chce pořídit polohovací postel pro lepší manipulaci s otcem.

Aktuální lékařské diagnózy v době hospitalizací:

1. hospitalizace – I. Interní klinika ve FN Plzeň, prosinec 2017

N390 Uroinfekt *Proteus mirabilis*

N201 Kámen močového – uretolitiáza vel. 13 mm v distálním úseku

N200 Kámen ledviny – nefrolithiáza bilat. – vpravo v dolním kalichu vel. 12x9 mm, fragmenty drobné vlevo

N132 Hydronefróza s obstrukcí kamenem močového vlevo, zavedena nefrostomie 10/12

Stav po hydronefóze vpravo – zaklíněný konkrement v juxtavesikálním ústí močového vpravo 9/12 st.p. litotrypsi konkrementu v MM 9/12

N170 Akutní poškození funkce ledvin kombinované etiologie při infekci, hydronefróze

D683 Krvácivé stavy způsobené cirkulujícími antikoagulancii – overwarfarinizace s podílem infekce

N281 Získaná cysta ledviny vpravo vel. cca 35x28 mm dle CT 9.12.2017

J449 CHOPN – susp. prvozáchyt

2. hospitalizace – Kardiologická klinika FN Plzeň, červenec/srpen 2018

I211 Akutní transmúrní infarkt myokardu spodní stěny

I211 Aterosklerotická choroba srdeční s implantací 2 lékových stentů

I489 Paroxysmus fibrilace síní v akutní fázi IM

I501 Levostranná kardiální insuficience

I509 Středně těžká systolická dysfunkce LKS. EF LKS 35%

I255 Ischemická kardiomyopatie

Perikardální výpotek, nevýznamný

E789 Porucha metabolismu lipidů

3. hospitalizace – chirurgické, geriatrické oddělení ve FN Plzeň, prosinec 2018–únor 2019

S722 Subtrochanterická zlomenina, zavřená vlevo

W01 Pád na rovině následkem uklouznutí, zakopnutí, 26.12.2018

I489 Fibrilace a flutter síní, NS

N390 Infekce močového ústrojí neurčené lokalizace – průkaz více druhů E. coli

D62 Akutní posthemoragická anemie

Z741 Potřeba pomoci při osobní péči

Chronické lékařské a anamnestické diagnózy:

G301 Alzheimerova nemoc s pozdním nástupem

F229 Perzistující porucha s bludy NS, kognitivní deficit

E117 Diabetes mellitus II. typu nezávislý na inzulínu s mnohočetnými komplikacemi, dg. od r. 2008, inzulínoterapie, dekompenzace při infektu

I10 Arteriální hypertenze

C61 Zhoubný novotvar předstojné žlázy – prostaty, stav po transuretrální resekci prostaty pro adenoCa pT1aNXM0 10/10

Z955 Přítomnost koronárního angioplastického implantátu a štěpu 7/2018

I802 Hluboká žilní trombóza dolních končetin – recidivující (2004, 2010, 2015)

Stav po plicní embolii bez akutního cor pulmonale 12/2010, dlouhodobá warfarizace

Stav po pneumonii 9/14

E063 Autoimunitní tyroiditida 12/18

N118 Chronická renální insuficience III.stupně

R32 Neurčená inkontinence moči

Recidivující uroinfekce v anamnéze

E660 Obezita způsobená nadměrným příjmem kalorií

Z223 Nosič MRSA v anamnéze (krk, nos) v r. 2015, při uvedených hospitalizacích nepotvrzeno

Exnikotinismus

Po poslední hospitalizaci v únoru 2019 byla provedena vyšetření s následujícími naměřenými hodnotami:

Fyzikální vyšetření:

TK: 140/70 mmHg

P: 70/min

Výška: Výšku nelze změřit z důvodu částečné imobility nemocného, je odhadována na 170 cm.

Váha: Váhu nelze z důvodu částečné imobility nemocného změřit, dle lékařské dokumentace při poslední hospitalizaci 110 kg.

BMI: 38,06 - obezita II. stupně

TT: Pacient je afebrilní.

SpO₂: Metodou pulsní oxymetrie bylo zjištěno nasycení krve kyslíkem v normě, tj. 96%

DF: Dechová frekvence nemocného byla fyziologická, 21 dechů za minutu.

Glykémie: Naměřená hladina glykémie byla uspokojivá – 15 mmol/l.

MMSE test: Při testu kognitivních funkcí nemocný získal 13 bodů, což značí středně těžkou kognitivní poruchu.

Barthelové test: V Barthelové testu základních všedních činností pacient získal 45 bodů, což znamená závislost středního stupně.

IADL: V testu instrumentálních všedních činností získal nemocný 0 bodů, tedy nesoběstačnost v instrumentálních aktivitách denního života.

Riziko pádu bylo hodnoceno pomocí **stupnice pádu Morse**, v níž pacient získal 85 bodů, je tedy ohrožen vysokým rizikem pádu.

Kompenzační pomůcky:

Nemocný nosí dioptrické brýle. V bytě byla opatřena madla na toaletě a madla v koupelně, dále pak pacient využívá inkontinenční pomůcky - natahovací plenkové kalhotky. Před úrazem kyčle byl nemocný schopen pohybovat se pomocí podpůrné hole. Nyní po operaci kyčle potřebuje nemocný k chůzi nízké čtyřbodové chodítko, na delší vzdálenost je nutný invalidní vozík.

11.3 Ošetrovatelský model životních aktivit Nancy Roperové

V bakalářské práci byl aplikován humanistický ošetrovatelský „Model životních aktivit“ Nancy Roperové a spoluautorek Winifred Logan a Alison Tierney, který vyzdvihuje nutnost kvality ošetrovatelské péče pro zlepšení kvality života nemocného. Vhodnost tohoto modelu je ověřena v následujících dvanácti oblastech životních aktivit vybraného pacienta.

V těchto dvanácti aktivitách denního života v ošetrovatelském modelu se odrážejí lidské potřeby a projevují se určitým způsobem v jejich chování. Rozdíly aktivit spočívají v realizaci každého jedince, ty pak mohou vycházet z vývojových zvláštností, počínaje dětstvím přes dospělost až po stáří či vlivy individuálních zkušeností (sociální, ekonomické a kulturní vlivy). Dále pak každá aktivita obsahuje tři aspekty: biologický, psychologický a sociální (Tothová, Olišarová, 2017, s. 89).

Filozofie tohoto modelu vychází z Maslowovy hierarchie potřeb a z komplementárně-suplementárního modelu 14 univerzálních potřeb, jehož autorkou je Virginia Hendersonová (Tothová, Olišarová, 2017, s. 89).

Aktuální zdravotní stav nemocného neumožňoval shromáždit subjektivní složku ošetrovatelského modelu. Potřebné informace byly získávány ze zdravotních dokumentů pacienta, dále pak od manželky, syna a všeobecných sester, které do domácnosti dojíždějí.

Udržení bezpečného prostředí

Na počátku onemocnění byl nemocný orientován všemi svými kvalitami, postupem nemoci až do současnosti je orientován pouze osobou. Vzhledem ke své diagnóze potřebuje nemocný celodenní dohled. Snaha rodiny je, aby pacient setrval ve známém prostředí, proto nebyla rodinou volena ústavní péče. Pacient žije s manželkou, která o něj pečuje v panelovém domě, který mu je známý. Z důvodu náročnosti péče dojíždí do domácnosti na výpomoc jednou denně všeobecná sestra z agentury domácí péče MIDOP, která zajistí aplikaci léků, odběry aj. Syn bydlí nedaleko Plzně a dojíždí za rodiči prakticky denně, kdy obstará nákup, případně dohlédne na otce za nepřítomnosti matky a pomáhá v domácnosti rodičů s případnými bytovými úpravami. Uspořádání bytu odpovídá požadavkům bezpečného prostředí, byla zřízena bezbariérová sprcha místo koupelnové vany, do které byl pro nemocného obtížný přístup, dále pak byla nainstalována madla a pro lepší orientaci po bytě jsou označeny dveře cedulemi. V bytě byly odstraněny prahy mezi místnostmi a vystěhován přebytečný nábytek, který překážel v bezpečném pohybu po bytě. Byla upravena poloha lůžka, které je v současné době přístupné, aby byla zajištěna snadnější manipulace s nemocným.

Komunikace

Pacient je oslovován vlastním jménem, na které je zvyklý. Pacient vyžaduje přítomnost druhé osoby, avšak ne z důvodu verbální komunikace. Validní kontakt i přes pravidelnou medikaci je nenavoditelný, odpovědi pacienta jsou chudší obsahem, myšlení je pomalé, objevují se prvky anektičnosti. Pacient je orientován pouze osobou, ostatními kvalitami je dezorientován, dle tvrzení manželky manžel konfabuluje, při pozorování je u pacienta patrný neklid a rozrušení. Komunikace s pacientem je složitá, nerozumí situacím, nechápe je, proto je zde možný vznik konfliktu. Dále se u pacienta objevuje smutek a deprese, bývá vztahováčným a plačtivým, proto je nutné v komunikaci volit vhodná slova a nebagatelizovat jeho problémy a obavy. Pacient pozitivně reaguje na dotek a na pohlazení.

Dýchání

Před devíti lety prodělal plicní embolii, dnes občas udává pocit, že nemůže dodechnout, při chůzi po bytě je bez potíží, při delší chůzi venku se zadýchává, vleže se mu hůře dýchá. Problémy s dýcháním dle výpovědi manželky mívá i v souvislosti s psychickým

a emocionálním rozpoložením, kdy například při stavech neklidu a rozrušení dýchá povrchně, má pocit nedostatku kyslíku, následně přichází pocit vyčerpání. V těchto chvílích lze pacienta vhodnou komunikací a dotekem zklidnit a uvolnit napětí.

Jídlo a pití

Pacient je diabetik a je obézní z důvodu vysokého kalorického příjmu zejména v minulosti. Vařit si není schopen, v domácnosti obstarává jídlo manželka, která při výběru zohledňuje diabetická opatření, domácnost využívá služby dovozu obědů. Pacient má rád sladké, ale vzhledem ke svému duševnímu stavu si nemocný plně neuvědomuje závažnost svého zdravotního stavu, proto je domluva s pacientem ohledně diabetických opatření složitá, občas vznikne konflikt, protože pacient nechápe, proč nemůže některé potraviny. Hladina glykémie je kontrolována ráno před jídlem a zapisována do deníku diabetika.

Pacient je schopný se najíst sám pomocí lžice, tekutiny musí manželka aktivně nabízet, neboť nemocný nemá pocit žízně. Denně vypije jedno pivo k obědu.

Pacient se nepodílí na přípravě jídla, aktivit spojených s ním jako je prostírání, mytí nádobí apod. Rodina využívá možnosti doplňkové stravy, tzv. sippingu, tyto doplňky nemocnému chutnají.

Vylučování

Pacient trpí inkontinencí moči, kdy používá inkontinenční kalhotky přes celý den i noc. V noci se vyskytuje časté nucení na toaletu, díky němuž je narušen i spánek. Inkontinenční kalhotky si mění za pomoci manželky. Stolica je pravidelná jednou za dva dny, bez příměsí krve nebo hlenu. Díky častému močení věnuje manželka zvýšenou péči pokožce v okolí genitálu a konečníku pomocí Sudocremu, který aplikuje vždy po ranní hygieně, večer a vždy po vykonání stolice. Manželka zajišťuje inkontinenční pomůcky cestou praktického lékaře.

Osobní hygiena a oblékání

Pacient preferuje sprchu před koupelí, hygienu vykonává pod dohledem za asistence manželky jednou denně, součástí hygieny je promazání celého těla Epadermem, které nemocný snáší pozitivně. Při mytí vlasů je zapotřebí, aby nemocný seděl a netekla mu voda do očí, jinak je neklidný. Péče o nohy je na vysoké úrovni díky pedikérce, která pravidelně jednou za čtyři týdny do domácnosti dojíždí. Manikúru a holení obstarává jednou za tři týdny

syn. Pacient má částečnou zubní náhradu, dutinu ústní si čistí dvakrát denně pod dohledem manželky.

Udržení tělesné teploty

Pacient je dostatečně oblékán manželkou, která mu připravuje vhodné oblečení, jež odpovídá jeho aktivitám v bytě a na lůžku, občas mívá pocity chladu.

Mobilita

Pacient v mladém věku býval rekreační sportovec. Na začátku onemocnění byl schopen rehabilitovat s pomocí fyzioterapeutky, která dříve do domácnosti dojížděla, nyní si nepamatuje cvičební jednotku. Po pádu na začátku tohoto roku byl operován pro frakturu v krčku ve FN Plzeň. Tato situace má negativní dopad na pacienta, ten je nyní částečně imobilní a pro námahovou dušnost a pro bolest v kyčli, na kterou si stěžuje – většinu dne proleží nebo prosedí, při chůzi potřebuje oporu druhé osoby a využití čtyřbodového chodítka, nyní chodí pouze po bytě s oporou druhé osoby, ven prakticky nevychází, jen na kontroly k lékaři.

Manželka je edukována o pasivním cvičením, nemocného se snaží vertikalizovat a postavit do chodítka, projít se s ním po bytě.

Práce a hry

Pacient vystudoval gymnázium, od roku 1992 soukromě podnikal ve sběrných surovinách a měl sedavé zaměstnání. Rekreačně hrál volejbal s přáteli. Rád četl historické romány, literaturu faktu, má korekci zraku nablízko, používá brýle. Nyní rád poslouchá hudbu, díky níž lze odstranit překážky v komunikaci a péči a odvést pozornost jinam. Manželka se snaží s nemocným trénovat paměť, kdy s nemocným komunikuje a vzpomíná na dobu před nemocí s prohlížením rodinných alb.

Vyjadřování sexuality

Pacient je ženatý se současnou manželkou už 50 let, společně mají jednoho syna. Pacient se před manželkou při ošetrovatelské péči nestydí.

Spánek

Pacient trpí poruchami spánku, často se vzbouzí z důvodu nucení na močení, a i z důvodu, že si rád během dne pospí. Manželka se snaží o zajištění správné spánkové hygieny, tj. před spaním zajistí ticho a klid, vyvětrá pokoj, v noci doprovází manžela na toaletu.

V noci se objevují časté stavy neklidu, zmatenosti, nemocný se svléká a neví, kde se nachází.

Umírání

Pacient bývá depresivní, mívá období, kdy hovoří o smrti, pak je uzavřený a nelze s ním navázat komunikaci, na otázky neodpovídá.

11.4 Plán ošetrovatelské péče

Ze zjištěných informací byla provedena analýza jednotlivých oblastí modelu životních aktivit, Nancy Roper. Byly vytvořeny ošetrovatelské diagnózy a cíle, dále pak zformulovány ošetrovatelské intervence a zhodnoceny dosažené výsledky. Ke stanovení ošetrovatelských diagnóz byla použita publikace NANDA I, taxonomie II 2015-2017.

11.4.1 Aktuální ošetrovatelské problémy

Aktuální ošetrovatelská diagnóza č. 1

Číselný kód a název ošetrovatelské diagnózy: 00129 Chronická zmatenost

Doména 5: Percepce/kognice

Třída: 4: Kognice

Související s: Alzheimerovou nemocí.

Subjektivně: Pacient není schopen zhodnotit.

Objektivně: Progresivní alterace kognitivních funkcí s psychotickou poruchou, kdy je pacient dezorientován časem a místem, v některých případech i osobou a situací, nemocný má sníženou schopnost interpretovat podněty z okolí. Pacient se dožaduje nevhodných potravin, při zamítnutí jeho požadavku je agitovaný, vulgární.

Očekávaný výsledek: Pacient má zajištěnou bezpečnost, je klidný.

Ošetrovatelské intervence: - průběžně hodnot' rozsah zmatenosti

- sleduj projevy verbální i neverbální komunikace pacienta
- udržuj známé prostředí
- vyvaruj se změnám prostředí
- zachovej empatické chování
- zajisti pacientovi klid, bez rušivých zevních vlivů
- komunikuj s pacientem vlídně a srozumitelně
- zvaž pořízení postranic k lůžku

Hodnocení: Cíl byl naplněn, nemocnému byla zajištěna bezpečnost, lůžko bylo opatřeno postranicemi, pacient užívá doplňky výživy (Nutridrink), které mu chutnají a zároveň splňují nároky diabetického režimu, dále se nachází v příjemném prostředí a zůstává klidný.

Aktuální ošetrovatelská diagnóza č. 2

Číselný kód a název ošetrovatelské diagnózy: 00108 Deficit sebepéče v oblasti hygieny

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída: 5: Sebepéče

Související s: Poruchou kognitivních funkcí.

Subjektivně: Pacient není schopen zhodnotit.

Objektivně: Pacient vnímá neadekvátně potřebu hygieny, není schopen sám zajistit hygienické úkony.

Očekávaný výsledek: Pacientovi je zajištěna dostatečná hygiena.

- Ošetrovatelské intervence:*
- zajisti jednou denně celkovou hygienu
 - dopomoz pacientovi při provádění hygieny
 - použij vhodné inkontinenční pomůcky
 - ošetři namáhanou pokožku vhodnými přípravky
 - při hygieně dbej na pacientovo soukromí a důstojnost

- umožni pacientovi aktivní zapojení v oblasti hygieny a poskytni mu dostatek času na jednotlivé úkony
- předcházej možnému úrazu při provádění hygieny

Hodnocení: Cíl byl naplněn, pacientovi je poskytována dostatečná péče v oblasti hygieny, pacient i rodina při hygieně spolupracují, není narušena integrita kůže, Pacient vnímá hygienu jako příjemný rituál dne, se cítí příjemně.

Aktuální ošetřovatelská diagnóza č. 3

Číselný kód a název ošetřovatelské diagnózy: 00021 Úplná inkontinence moči

Doména 3: Vylučování a výměna

Třída 1: Funkce močového systému

Související s: Vysokým věkem pacienta a poruchou kognitivních funkcí.

Subjektivně: Pacient není schopen zhodnotit.

Objektivně: Pacient není schopen kontrolovat únik moči.

Očekávaný výsledek: U pacienta bude zajištěna dostatečná hygiena pomocí inkontinenčních pomůcek.

Ošetřovatelské intervence:

- pravidelně u pacienta kontroluj stav inkontinenčních pomůcek
- dbej na dostatečnou hygienu
- ošetřuj kůži pacienta v rámci prevence možných změn na kůži
- sleduj stav kůže
- v případě nutnosti zvaž možnost zavedení PMK

Hodnocení: Pacientovi je zajištěna adekvátní hygiena, díky dodržování hygienických zásad nedošlo ke změnám na kůži ani k omezení komfortu pacienta.

Aktuální ošetrovatelská diagnóza č. 4

Číselný kód a název ošetrovatelské diagnózy: 00051 Zhoršená verbální komunikace

Doména 5: Percepce/kognice

Třída 5: Komunikace

Související s: Poruchou kognitivních funkcí.

Subjektivně: Pacient není schopen zhodnotit.

Objektivně: Pacient má potíže porozumět komunikaci, má potíže s mluvením, je dezorientovaný kvalitami, potíže s vyjadřováním a tvorbou vět.

Očekávaný výsledek: Pacient vyjadřuje uspokojení s alternativním způsobem komunikace.

Ošetrovatelské intervence: - mluv na pacienta pomalu, s ohledem na aktuální rozpoložení nemocného

- využívej pacientovy oblíbené muziky k navození psychické pohody

- povzbuzuj nemocného, aby se vyjádřil alternativním způsobem

- nauč rodinu provádět prvky bazální komunikace

- zaznamenávej pacientovu reakci na dotek, oční kontakt

Hodnocení: Pacient je klidný, vyjadřuje uspokojení se způsobem komunikace.

11.4.2 Potenciální ošetrovatelské problémy

Potencionální ošetrovatelská diagnóza č. 1

Číselný kód a název ošetrovatelské diagnózy: 00179 Riziko nestabilní glykémie

Doména 2: Výživa

Třída 4: Metabolismus

Související s: Změnou duševního stavu, zhoršeným zdravotním stavem nemocného a nižší průměrnou denní aktivitou, než je doporučeno v důsledku částečné imobility.

Subjektivně: Pacient není schopen zhodnotit.

Objektivně: Pacient má časté výkyvy naměřené hladiny glykémie

Očekávané výsledky: Pacient má stabilní hladinu glykémie.

Ošetrovatelské intervence:

- měř a zapisuj hladinu glykémie čtyřikrát denně
- kontroluj stav integrity kůže a možných potencionálních defektů
- udržuj dohled nad skladbou potravy
- aplikuj inzulín dle ordinace lékaře
- zajisti správné používání inzulínového pera
- prováděj alespoň dvakrát denně pasivní protažení dolních končetin pro jejich dostatečné prokrvení

Hodnocení: Cíl byl naplněn, pacient není ohrožen dekompenzací diabetu mellitu 2. typu.

Potencionální ošetrovatelská diagnóza č. 2

Číselný kód a název ošetrovatelské diagnózy: 00040 Riziko imobilizačního syndromu

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída: 2: Aktivita/pohyb

Související s: Fyzickým stavem pacienta, který je omezen pohyblivostí a přítomnou svalovou atrofií.

Subjektivně: Pacient není schopen zhodnotit.

Objektivně: Pacient tráví většinu dne na lůžku.

Očekávaný výsledek: Pacient je mobilizován v rámci svých možností.

Ošetrovatelské intervence:

- motivuj pacienta ke spolupráci
- polohuj pacienta ve dne po třech hodinách, v noci po čtyřech hodinách

- vertikalizuj pacienta do sedu, stoje
- zajisti pacientovi aktivní rehabilitaci s dopomocí a rehabilitaci pasivní k procvičování horních a dolních končetin
- zajisti pacientovi dostatečný příjem tekutin
- sleduj výdej tekutin a vyprazdňování
- sleduj stav kůže

Hodnocení: Pacient není ohrožen imobilizačním syndromem. Pacient je polohován v pravidelných intervalech, dále pak vertikalizován do sedu a stoje. Manželka zajišťuje nemocnému pravidelnou rehabilitaci, doprovází nemocného při chůzi. Pacient má dostatečný příjem tekutin, na kůži nemá žádné defekty.

Potencionální ošetrovatelská diagnóza č. 3

Číselný kód a název ošetrovatelské diagnózy: 00047 Riziko narušení integrity kůže

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída: 2: Tělesné poškození

Související s: Alterací kognitivních funkcí, zdravotním stavem nemocného, inkontinencí, sníženou pohyblivostí, exkuzák a deficitu sebepěče.

Subjektivně: Pacient není schopen zhodnotit.

Objektivně: Začervenání predilekčních míst.

Očekávané výsledky: Pacient není ohrožen lokalizovaným poraněním kůže či podkožních tkání.

Ošetrovatelské intervence:

- zajisti dostatečnou hygienu kůže
- sleduj stav kůže a zvláště pak tlakové body
- udržuj suché, čisté lůžko
- polohuj pacienta čtyřikrát denně, v noci třikrát

- aplikuj vhodné kosmetické přípravky, které pokožku vyživují a nevysušují
- zajisti dostatečný příjem tekutin
- motivuj nemocného k aktivní rehabilitaci
- dbej na zvýšenou bezpečnost během manikúry a pedikúry

Hodnocení: Cíl byl naplněn, u pacienta, nemocný je pravidelně polohován, dostatečně vyživován, predilekčním místům je věnovaná zvýšená pozornost a péče.

Potencionální ošetřovatelská diagnóza č. 4

Číselný kód a název ošetřovatelské diagnózy: 00028 Riziko sníženého objemu tekutin

Doména 2: Výživa

Třída: 5: Hydratace

Související s: Neuvědomováním si potřeby příjmu tekutin, vyšším věkem.

Subjektivně: Pacient není schopen zhodnotit.

Objektivně: Pacient nemá pocit žízně.

Očekávané výsledky: Pacient je dostatečně hydratovaný.

Ošetřovatelské intervence - zajisti dostatek tekutin pro pacienta

- aktivně nabízej tekutiny
- sleduj příjem, výdej tekutin – udržuj vyrovnanou bilanci tekutin
- sleduj stav sliznic, kůže

Hodnocení: Cíl byl naplněn, pacient není ohrožen dehydratací v důsledku dodržování pravidelného pitného režimu.

Potencionální ošetřovatelská diagnóza č. 5

Číselný kód a název ošetřovatelské diagnózy: 00155 Riziko pádu

Doména 11: Bezpečnost ochrana

Třída: 2: Tělesné poškození

Související s: Zdravotním stavem nemocného, již po pádu v anamnéze, rizikem používání chodítka, vyšším věkem nad 65let a zhoršeném smyslovém vnímáním, dezorientací.

Subjektivně: Pacient není schopen zhodnotit.

Objektivně: Pacient je dezorientovaný a zmatený, trpí poruchou hybnosti a rovnováhy.

Očekávané výsledky: Pacient není ohrožen pádem.

Ošetrovatelské intervence:

- zajisti bezpečné prostředí v okolí pacienta (dostatek osvětlení, suchá podlaha, protiskluzové rohože, madla, postranice u lůžka)
- odstraň možné překážky v cestě
- udržuj dohled nad pacientem
- zajisti správné používání kompenzačních pomůcek

Hodnocení: Pacient nebyl ohrožen pádem, je schopen používat efektivně kompenzační pomůcky za dohledu druhé osoby. Prostředí, ve kterém se nemocný nachází, je uzpůsobeno nárokům k bezpečí.

Potencionální ošetrovatelská diagnóza č. 6

Číselný kód a název ošetrovatelské diagnózy: 00062 Riziko zátěže v roli pečovatele

Doména 7: Vztahy mezi rolemi

Třída: 1: Role pečovatelů

Související s: Nutností pečovat o blízkou rodinu.

Subjektivně: Manželka udává, že občas bývá unavená a psychicky vyčerpaná.

Objektivně: Neverbální projevy apatie a únavy.

Očekávaný výsledek: Pečovatel umí adekvátně využívat dostupné zdroje o dané problematice, s aktuální situací je spokojený, při potencionálních či vzniklých problémech nalezne vhodná řešení.

- Prováděcí intervence:*
- projdi s pečovatelem jeho pochybnosti a názor na situaci
 - dle potřeby doporuč vhodné kurzy, odborníky a psychologickou pomoc
 - zhodnot' nutnost a dostupnost zdrojů finančních, právních, aj.
 - zdůrazni význam sebeděče
 - podej informace i praktický návod, jak zvládat problematické chování příjemce péče

Hodnocení: Pečovatel využívá služeb terénní péče a službu dovozu obědů, manželka je spokojena se současnou situací, každou sobotu tráví čas na chalupě, v tu dobu se o nemocného stará syn.

11.5 Zhodnocení případu

Popisovaný případ je typickým příkladem moderního pacienta, který s příchodem stáří trpí civilizačními chorobami (obezita, deprese, diabetes mellitus, kardiovaskulárními nemocemi a posléze i Alzheimerovou nemocí).

Ke každé úspěšné léčbě je nutná spolupráce pacienta. Pokud nemocný spolupracuje, je zajištěno dodržování léčebného režimu. Pan Ch. si před diagnózou demence plně neuvědomoval závažnost svých onemocnění a svým nezodpovědným chováním přijal i další možná rizika, která si nepřipouštěl, když i přes doporučení lékařů nedodržel režim diabetika, pohybovou aktivitu aj.

S nástupem demence a s tím spojenou poruchou kognitivního myšlení byla nutnost dohledu nad medikací druhou osobou. S tímto problémem se ještě více zhoršila spolupráce nemocného v ošetřování. Pacient nechápal a nerozuměl pokynům v ošetřování, začal být podezíravý vůči rodině a obával se o své zdraví. Komunikace se stala velmi náročnou oblastí a snaha o vysvětlení podstaty diagnózy a rizik s ní spojených v podstatě nemožnou.

Rodina včas nevyhledala odbornou pomoc, neboť pokládala projevující se příznaky demence za součást stáří, kdy nemocný ze začátku onemocnění pouze zapomínal a hledal

věci. Postupem času se onemocnění zhoršilo, pacient byl v noci neklidný a zmatený. Po diagnóze demence a s ohledem na problematické oblasti v péči, byla zřízena terénní služba, kdy do domácnosti dojíždí denně všeobecná sestra z agentury MIDOP domácí péče, která zajišťuje potřebné ošetrovatelské intervence, s kterými měla rodina potíže z důvodu podezřívavosti nemocného.

Stěžejním problémem zdravotního stavu byly prodělané hospitalizace, během nichž se zhoršoval fyzický a psychický stav nemocného. Nemocný byl díky změně prostředí dezorientovaný. Nechápal, proč byl vytržen ze svého známého prostředí. Byl podřízen nemocničnímu režimu, setkal se s novými lidmi, ke kterým choval nedůvěru, byl zmatený a při hospitalizacích se díky těmto aspektům objevovala i agrese, pro kterou musel být tlumen. Z důvodu delšího období upoutání pacienta na lůžku byla fyzická aktivita nemocného rapidně omezena a nemocný tak ztrácel fyzickou sílu. Po propuštění do domácí péče byla tedy nezbytná rehabilitace.

V domácím prostředí se zdravotní stav nemocného po jednotlivých hospitalizacích opakovaně zlepšil, a to jak po stránce psychické, kdy ve známém prostředí byl orientován osobou a místem, tak po stránce fyzické. Avšak po poslední prodělané hospitalizaci nenabyl zpět původní fyzickou sílu, kdy byl schopný chodit pomocí podpurné hole, nyní k pohybu potřebuje oporu čtyřbodového chodítka a dohled druhé osoby, na delší vzdálenost je nutný invalidní vozík.

I přes tyto negativní dopady hospitalizace rodina neuvažuje o umístění svého blízkého do ústavní péče.

K danému případu popisovaného pacienta byl zvolen ošetrovatelský model Nancy Roper, který vychází ze životních aktivit klienta a je zaměřen na kvalitu ošetrovatelské péče pro zkvalitnění života nemocného. Tento model obsahuje dvanáct základních životních aktivit, na základě kterých bylo vytvořeno schéma otázek, které sloužilo k odběru ošetrovatelské anamnézy. Při sběru dat se jednotlivé oblasti tohoto modelu osvědčily možnou aplikací na pacienta v domácím prostředí, neboť u pacienta probíhala ošetrovatelská péče založená na udržení kvality života a v poskytované péči byla snaha o zlepšení podmínek k uspokojování jednotlivých potřeb nemocného. Pacientův zdravotní stav tímto zůstal neohrožen a v oblasti bezpečí, mobility a psychické pohody došlo ke zlepšení.

Demence je onemocněním, která má na život pacienta a jeho rodiny obrovský dopad. Odráží se přímým vlivem ve všech aspektech života nemocného. I v případě popisovaného pacienta omezuje demence nejvíce oblast mentální, oblast uspokojování základních potřeb, dále pak oblast všedních denních činností, jak personálních, tak instrumentálních, dále pak oblast sociálního kontaktu. Díky poruše kognitivních funkcí jsou nejvíce ovlivněny oblasti léčby přidružených onemocnění, nemocný v léčbě nespolupracuje, vyskytují se problémy s užíváním medikace, hrozí riziko dekompenzace zdravotního stavu, pacient je neschopný sebezpečí, objevuje se deficit v oblasti hygieny. Pacient je také značně omezen v oblasti pohybu, v oblasti stravování (zvláště pak v přípravě jídla, které není schopen) a jeho mentální stav ho limituje ve všech denních činnostech.

Kvůli Alzheimerově demenci vznikají v domácí péči problémy, které ovlivňují kvalitu života pacienta. Při analýze dat získaných během výzkumného šetření byla stanovena jako oblast největšího problému zmatenost pacienta. Tento problém je závažný právě z důvodu chronické zmatenosti, která narušuje všechny aspekty pacientova života. Nemocný ztrácí zájem o okolí a stává se citově oploštělým a často velmi dezorientovaným. Díky chronické zmatenosti si nemocný neuvědomuje svůj celkový zdravotní stav, proto si neuvědomuje souvislost mezi nemocemi a nutnou léčbou, díky nemoci nelze pacientovi vysvětlit smysl určitých situací a věcí, proto zde vznikají problémy, kdy bývá podezřívavý a dožaduje se dál svých oblíbených sladkostí, kterých mu poté manželka radši občas poskytne, aby předešla možnému konfliktu (hrozí tedy riziko dekompenzace DM). Díky chronické zmatenosti vznikají další problematické oblasti a to v oblasti sebezpečí, kdy nemocný neadekvátně hodnotí potřebu hygieny, které by měla být zvýšená pozornost díky současné inkontinenci. Problémovou oblastí, která neulehčuje chronickou zmatenost, je obtížná komunikace, která se změnila postupem onemocnění na neorientovanou a velice strohou reakci na veškeré verbální a neverbální stimuly. Nemocný ztrácí pojem o smyslu sdělení, slovům nerozumí a špatně se vyjadřuje, jeho sdělení je často nesmyslné.

Důležitým potencionálním rizikem je imobilizační syndrom, kterým je nemocný v důsledku nedávné operace kyčle a s tím související ztráty fyzické síly ohrožen, včetně rizika narušení integrity kůže a rizika pádu z důvodu dlouhodobé hospitalizace a omezení v pohybu v důsledku úrazu. U pacienta je tedy nutný přímý dohled druhé osoby, která zajišťuje pacientovo bezpečí.

Posledním problémem bylo stanoveno riziko zátěže pečovatele, neboť s progresí onemocnění došlo v domácnosti ke změně rolí, kdy manželka převzala roli hlavy rodiny. Manželka se celý život starala o domácnost a byla zvyklá se přizpůsobovat svému muži, který měl autoritativní povahu. Vzhledem k dosavadnímu způsobu života si manželka nepripouštěla objevující se potíže a neztotožnila se včas s novou rolí. To byl pravděpodobně důvod, proč včas nevyhledala pomoc odborníků.

DISKUZE

Ve své bakalářské práci se zaměřuji na problematiku demencí v domácím prostředí. Vzhledem k neléčitelnosti a nezvratné progresivitě onemocnění se stává život pacienta a pečující rodiny o blízkého velmi složitým.

Po zhodnocení případu výzkumného šetření jsem porovnávala dosažené výsledky s publikacemi, ze kterých jsem čerpala v teoretické části práce.

Případová studie této bakalářské práce poskytuje náhled na problematické oblasti ošetrovatelské péče o polymorbidního pacienta s demencí, která je poskytována blízkou osobou v domácím prostředí.

Velkým problémem tohoto případového šetření shledávám pozdní vyhledání odborné pomoci, kdy se pacient k léčení dostavil v pokročilém stádiu nemoci.

Dle Frankové (2011) je pro pečujícího těžké zvládnout právě změnu osobnosti nemocného, kdy se z dominantní hlavy rodiny stává závislý jedinec. V tomto názoru se výsledek výzkumu této práce plně ztotožňuje s výše uvedenou publikací. Proto je nutné pro včasné zahájení léčby demence přijmout diagnózu a hledat zachované stránky osobnosti. Tento přístup by značně usnadnil současnou situaci popisovaného pacienta, k akceptaci však nedošlo. Glenner a kol. (2012) uvádí, že přijetí diagnózy svého blízkého je klíčovým bodem pro uchování kladného vzájemného vztahu. Dále uvádí, že pro účelnou akceptaci je důležité poznávat novou osobnost nemocného a naučit se vhodně s nemocným komunikovat. Podle Glennera a kol. (2012) již není nemocný trpící s demencí tentýž člověk, kterého kdysi pečující znal. Jeho osobnostní rysy se mění a je potřeba nalézt vhodnou cestu, jak s nemocným udržet blízký vztah, který hraje důležitou roli při poskytování v kvalitní péče. Manželka pana Ch. se nadále snaží v manželově osobnosti vidět rysy před stanovením diagnózy, což je podle mě zcela pochopitelné.

Syn pana Ch. zasáhl v době, kdy u své matky zaznamenal vyčerpání způsobené namáhavou péčí o manžela. Skutečnost, že se manželova orientovanost a úroveň sebestarostlivosti rapidně zhoršila, jí přidělovala starosti a péči, o které nebyla dostatečně informována. To, že ostatní členové rodiny často reagují na situaci se značným zpožděním, je dalším bodem, který by měl být včas řešen, více diskutován na veřejnosti a měl by na něj být brán větší zřetel. Glenner a kol. (2012) poukazuje na efektivní systém péče o nemocného s demencí,

kdy je nutné i v pravý čas informovat o problémech další členy rodiny, neboť zlehčování starostí má dříve či později negativní dopad na pečujícího.

Ráda bych také zmínila, jak nemocný s demencí vnímá změnu prostředí. Tato změna může mít až fatální vliv na zdravotní stav nemocného. Výsledky vyplývající z mého výzkumu se shodují s poznatky Schulera a Oстера (2010), kteří poukazují na špatnou adaptabilitu pacientů s demencí na všechny druhy stresu. Konkrétně pobyt v nemocničním zařízení je pro nemocné maximální zátěží, neboť nejlépe se cítí ve známém prostředí s lidmi, ke kterým chovají důvěru.

Během svého výzkumu jsem se pokusila pozorovat organizaci domácí péče. Nastavený denní harmonogram a jednotlivé úkony ošetrovatelské péče o nemocného byly zaměřeny na udržení kvality jeho života. Dle mého názoru zajišťuje rodina nemocnému dostatečnou péči pro kvalitní život. Domnívám se ale, že v péči ústavní se lze setkat s pestřejšími aktivizačními programy pro nemocného s demencí.

Tento fakt jsem mohla porovnat pomocí kvalifikační práce Veverkové Lucie na toto téma z roku 2016. Autorka práce ve svém výzkumu zpozorovala, že v domovech pro seniory bývá denní program bohatší než v péči domácí, neboť do daného zařízení docházeli pravidelně různí odborníci. Díky bohatým zkušenostem s nemocnými s touto diagnózou je personál ve specializovaných zařízeních schopen poskytovat a zajišťovat rozmanité aktivizační programy.

Na druhou stranu přesunem do ústavní péče ztrácí nemocný jistotu v podobě domácího prostředí. V mnoha sociálních zařízeních není z personálních i jiných důvodů možné zajistit individuální péči o každého pacienta a dostatečně se mu tak věnovat. Z těchto důvodů pozitivně vnímám dostatek času, který má pečující v domácím prostředí k uspokojování individuálních potřeb nemocného.

Kvalita života u pacientů s demencí zahrnuje spoustu aspektů, jejichž priority se individuálně liší. K efektivní a kvalitní poskytnuté v domácím prostředí lze dojít dle Hauke (2017) v prostředí, kde se nemocný cítí jistý a je respektován.

Z provedeného výzkumného šetření mě zaujal problém pozdního příchodu k léčení, který má následně negativní dopad na léčbu demence. Vyvstává myšlenka, která by mohla být dalším předmětem studie. Daly by se vyšetřovat různé rodinné aspekty a zábrany, a to

jak osobní či společenské, přiznat si, že dosud zdravý blízký, zvláště pak autoritativní jedinec, hlava rodiny může onemocnět nemocí, která se léčí na psychiatrii.

Dospěla jsem k názoru, že povědomí veřejnosti o náročnosti péče o pacienta s demencí není dostatečné. Z toho důvodu jsem se rozhodla napsat odborný článek, který by tuto problematiku veřejnosti přiblížil.

ZÁVĚR

Bakalářská práce byla zpracována na téma Specifika ošetrovatelské péče o pacienty s demencí v domácím prostředí.

Cílem bakalářské práce bylo popsat specifika péče o pacienty s demencí v domácím prostředí a možných problematických oblastí péče. Dílčími cíli bylo zvolit vhodný ošetrovatelský model pro optimální zajištění ošetrovatelské péče u vybraného pacienta, dále pak u něj zmapovat nejnáročnější oblasti života, které jsou ovlivněny demencí, zpracovat kazuistiku o tomto zajímavém případě a na základě získaných informací připravit článek do odborného časopisu o dané problematice.

V teoretické části kvalifikační je popsána charakteristika a klasifikace neurodegenerativních onemocnění. Dále je zde rozebrána problematika demencí, kde jsou popsány symptomy nemoci, diagnostika a léčba onemocnění. Dále jsou popsány aktivizační programy a specifické přístupy k nemocným s touto diagnózou. V této části kvalifikační práce se zabýváme ošetrovatelskou péčí o pacienta s demencí v domácím prostředí. Tato péče poskytovaná blízkou osobou je velkou zátěží, proto by měl být pečující dostatečně informovaný a vzdělaný v jednotlivých oblastech péče, která je pro poskytování kvalitní péče nutná k zajištění kvalitního života nemocného s demencí.

Zpracování praktické části kvalifikační práce bylo pomocí kvalitativního výzkumu metodou jedné kazuistiky, která nám umožnila hloubkovou studii případu. Obsahem případového šetření je kazuistika u polymorbidního pacienta s diagnózou Alzheimerovy demence, setrvávajícího v domácí péči. Pro tuto kvalifikační práci byl respondent zvolený záměrně, kdy další podmínkou výběru byly opakované hospitalizace v nemocničním zařízení z důvodu přidružených onemocnění.

Výzkumné šetření formou kazuistiky probíhalo v agentuře domácí péče MIDOP a v domácím prostředí pacienta, o kterého se stará s pomocí syna již čtyři roky manželka nemocného.

Ze získaných informací během studia a zkušeností získaných během odborné praxe je zřejmé, že v každé léčbě je nesmírně důležité, aby nemocný věděl, co se s ním děje, co bude následovat. Díky těmto získaným informacím a uvědomování si jich je možná následná spolupráce, bez stavů úzkosti, strachu apod., která bude směřovat k opětovanému získání či

udržení zdraví. Pro pacienta jsou různé situace kvůli demenci nepochopitelné, je dezorientovaný, způsobují mu stres, z těchto důvodů odmítá spolupracovat. Proto je v celé bakalářské práci upozorňováno na podstatnost správných ošetrovatelských přístupů.

Pacient si postupným zhoršováním zdravotního stavu neuvědomuje smysl a nutnost dodržování léčebného režimu. Z těchto důvodů je důležité informovat o možných problémech a následných správných přístupech v dané problematice, která se u pacienta vyskytne, tím lze získat jeho důvěru. Navození pocitu důvěry je klíčovým bodem pro poskytování kvalitní péče u těchto pacientů.

Výstupem do praxe této práce je informativní článek pro širokou veřejnost, který bude po obhajobě bakalářské práce nabídnut do odborného časopisu.

Na závěr bychom chtěli zmínit důležitost vyplývající z kvalifikační práce, a to chápání každého pacienta jako holistické bytosti se všemi jejími bio-psycho-sociálními a spirituálními potřebami. Každý jedinec má individuální potřeby i osobnostní rysy, které se mohou díky nemoci změnit a být stěžejní částí každého ošetrovatelského procesu, proto by měl být vždy zachován individuální přístup, bez rozdílu mezi pacienty.

SEZNAM LITERATURY

BÜCHLER, Veronika, JAROLÍMOVÁ, Eva, MÁTLOVÁ, Martina a HOLMEROVÁ, Iva. Rodinný pečující o osobu postiženou demencí. Praktický lékař. 2010, roč. 90, č. 8, s. 463-465. ISSN 0032-6739. Dostupné také z: <http://www.prolekare.cz/prakticky-lekar-clanek?id=32569>

FRANKOVÁ, Vanda. Paní Anežka má demenci: příručka pro pečující a rodinné příslušníky nemocných s Alzheimerovou chorobou. 2., upr. vyd. Praha: Galén, c2011. 54 s.: tab.; 19 cm. ISBN: cnb002257807; 978-80-7262-760-8.

GLENNER, Joy A. Péče o člověka s demencí. Praha: Portál, 2012. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-262-0154-0.

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

HOLCZEROVÁ, Vladimíra a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. Volnočasové aktivity pro seniory. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4697-5.

HOSÁKOVÁ, Jiřina a KOPECKÁ, Marie. Odborné znalosti sester v péči o pacienty s demencí [[elektronický zdroj]]. In: Cesta k modernímu ošetřovatelství: (recenzovaný sborník příspěvků z konference). Praha: Fakultní nemocnice v Motole, 1999-. 2014, roč. 16, s. 108-112.

JANEČKOVÁ, Hana a Marie VACKOVÁ. Reminiscence: využití vzpomínek při práci se seniory. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-581-3.

JIRÁK, Roman — IVA HOLMEROVÁ — CLAUDIA BORZOVÁ. Demence a jiné poruchy paměti: Komunikace a každodenní péče. 1. elektronické vydání. Praha: Grada, 2009. 1 online zdroj (176 stran). ISBN: 978-80-247-2454-6; 978-80-247-6629-4

KÖNIG, Jutta, Claudia ZEMLIN a Lucie SIMONOVÁ. 100 chyb při péči o lidi s demencí. Praha: Portál, 2017. ISBN 978-80-262-1184-6.

KRŠÍKOVÁ, Taťána a Radka BUŽGOVÁ. Kvalita života pacientů s demencí z pohledu rodinných příslušníků. Ošetřovatelství a porodní asistence [online]. 2011, 2(3), 248-256

[cit. 2018-10-09]. ISSN 1804-2740. Dostupné z: http://periodika.osu.cz/osetrovatelstvia-porodniasistence/dok/2011-03/3_krsikova_buzgova.pdf

LUKASOVÁ, Marie — HRADLOVÁ, Adéla. Ochrana práv seniorů v instituci s důrazem na osoby s demencí. In: Ochrana práv seniorů v instituci s důrazem na osoby s demencí. Brno: Kancelář veřejného ochránce práv, [2014]. 2014, s. 118. ISBN: 978-80-87949-03-0.

LUŽNÝ, Jan. Gerontopsychiatrie. Vyd. 1. V Praze: Triton, 2012. 159 s.: tab.; 20 cm. ISBN: cnb002415376; 978-80-7387-573-2.

ONDŘIOVÁ, Iveta, Eleonóra KLÍMOVÁ a Ludmila MAJERNÍKOVÁ. Rodinná péče o nemocného s Alzheimerovou chorobou. Sestra. 2014, 24(1), 27-29 [cit. 2018-10-09]. ISSN 1210-0404. Dostupné také z: <http://zdravi.euro.cz/archiv/sestra/covers>

PROVAZNÍKOVÁ, Eva — KALVACH, Zdeněk. Rady pro pečující o člověka s demencí. Vydání první. [Praha] : Diakonie ČCE, 2016. 157 stran: ilustrace; 21 cm. ISBN: cnb002865154; 978-80-87953-15-0.

RUSINA, Robert a kol. Neurodegenerativní onemocnění. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2014. 351 s. Aeskulap. ISBN 978-80-204-3300-8.

SCHULER, Matthias a Peter OSTER. Geriatrie od A do Z pro sestry. Praha: Grada, 2010. Sestra. ISBN 978-80-247-3013-4.

STRUKSNES Solveig, BACHRACH-LINDSTRÖM, Margareta, HALL-LORD, Marie Louise, SLAASLETTEN, Randi, JOHANSSON, Inger. The nursing staff's opinion of falls among older persons with dementia. a cross sectional study. BMC Nursing, 2011, Volume 10, Number 1, Page 1 [cit. 2019-2-09]. ISSN: 1472-6955. Dostupné také z: <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6955-10-13>

TÓTHOVÁ, Valérie a Věra OLÍŠAROVÁ. Využití koncepčních modelů v práci sester v klinickém a komunitním ošetrovatelství. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2017. ISBN 978-80-7422-630-4.

UHLÍŘ, Petr, Milada BETLACHOVÁ a Radmil DVOŘÁK. Péče o pacienta s poruchou pohybu v domácím prostředí. Medicína pro praxi. 2014, 11(1), 40-43. ISSN 1214-8687. Dostupné také z: <http://www.medicinapropraxi.cz/archiv.php>

VEVERKOVÁ, Lucie. Ošetrovatelská péče o pacienta s Alzheimerovou chorobou. Plzeň, 2016. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií. Dostupné z: <https://portal.zcu.cz/portal/studium/prohlizeni.html>

WEHNER, Lore — SCHWINGHAMMER, Ylva. Smyslová aktivizace v péči o seniory a klienty s demencí. Vyd. 1. Praha: Grada, 2013. 144 s.: il., tab.; 24 cm. ISBN: cnb002438558; 978-80-247-4423-0.

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha A – Informovaný souhlas
- Příloha B – Žádost o zpracování rešerše
- Příloha C – Návrh na článek do odborného časopisu

PŘÍLOHY

Příloha A – Informovaný souhlas

NÁZEV BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Specifika ošetrovatelské péče o nemocné s demencí v domácím prostředí.

STUDENT:

Lucie Havlíková

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

e-mail: lhavliko@students.zcu.cz

VEDOUcí BP:

Mgr. Jaromíra Königsmarková

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

e-mail: mirkakonig@seznam.cz

CÍL STUDIE:

Cílem studie je zmapovat nejzásadnější problémy, které vznikají při péči o polymorbidního pacienta trpící demencí v domácím prostředí.

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

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

SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já

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

Podpis účastníka výzkumu:Datum:

Podpis studenta:Datum:

Příloha B – Žádost o zpracování rešerše



Studijní a vědecká knihovna Plzeňského kraje

Žádost o zpracování rešerše

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

ODDĚLENÍ PREZENČNÍCH SLUŽEB – SPECIÁLNÍ STUDOVNA

Jméno žadatele: Lucie Havlíková
(popř. název organizace)

Kontaktní údaje:

telefon: e-mail: lhavliko@students.zcu.cz

Téma rešerše (podrobná a přesná formulace):

Specifika ošetrovatelské péče o nemocné s demencí v domácím prostředí

Účel, pro který je rešerše požadována: bakalářská práce

Vymezení rešerše:	knihy <input checked="" type="checkbox"/>	elektronické dokumenty <input checked="" type="checkbox"/>	periodika (noviny a časopisy)
prameny (zatrhněte)	články <input checked="" type="checkbox"/> stati <input checked="" type="checkbox"/>	patentové spisy (vynálezy) <input type="checkbox"/> české technické normy <input type="checkbox"/>	jiné: (uved'te)

Literatura z let: 2009-2019

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

Orientační počet záznamů: 30-40

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

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

Předpokládaný termín zpracování rešerše:

Dne: 28.10.2018

Podpis (razítko):

Příloha C – Návrh na článek do odborného časopisu

Problematika domácí péče o blízkého s demencí

Lucie Havlíková, Mgr. Jaromíra Königsmarková

Demence, Alzheimerova nemoc, kognitivní porucha, Česká Alzheimerovská společnost, domácí péče, ošetrovatelství

Problematika onemocnění demencí představuje celosvětově komplexní zdravotnický, sociální i ekonomický problém. Vzhledem ke své neléčitelnosti a nezvratné progresivitě onemocnění, přináší demence dlouhodobé zhoršení kvality života nemocného. Toto onemocnění představuje zátěž nejen v sociálních a zdravotních systémech, ale především i pro pečující rodinu. Domácí péče poskytovaná blízkou rodinou, může nemocnému nabízet podnětné a známé prostředí a tím umožňovat zlepšení zdravotního stavu. Tato péče je velmi náročnou sférou a obsahuje mnohá úskalí. Článek se zabývá aktuální problematikou demencí a s tím související problematikou domácí péče. Je zde uveden případ polymorbidního muže setrvávajícího v domácím prostředí, u kterého byla diagnostikována Alzheimerova demence. Tento případ je zajímavý tím, jak demence může díky narušené psychice nemocného ovlivňovat a ztěžovat právě léčbu přidružených onemocnění a ošetrovatelskou péči v domácím prostředí. V článku je rovněž poukázáno na nutnost komplexního přístupu.

Úvod do problematiky onemocnění

Klinické a demografické studie dokazují, že množství pacientů, u nichž byla diagnostikována demence, v posledních desetiletích rapidně stoupá. Podle WHO žije na světě přibližně padesát milionů lidí s demencí a počet nově diagnostikovaných případů se blíží k deseti milionům ročně. U populace seniorského věku je demence jedním z nejčastějších důvodů nesoběstačnosti a závislosti péče na druhých. Povědomí společnosti o této problematice je značně zkreslené. Lidé často považují demenci za běžnou a nevyhnutelnou součást seniorského věku. Populace není v této oblasti dostatečně informována. V důsledku nedostatku validních informací o nemoci demence, jejím průběhu a individuálních potřebách, která postihuje jejich blízkého, pocítují strach a obavy. To je častým důvodem ke snaze umístit nemocného do ústavní péče.

Domácí péče může být pro pacienta velkým kladem. Znamé prostředí představuje pro pacienty s demencí jednu z posledních jistot. Přítomnost blízkých lidí, které nemocný dobře zná,

vzbuzují v nemocném důvěru, která hraje v ošetrovatelské péči velkou roli. Lidé s demencí potřebují nepřetržitou péči a nutný dohled svých blízkých. Osobní a sociální život pečujících se tím od základů změní.

Rodiny nemocných trpících demencí se mohou s prosbou o pomoc obrátit na různé organizace, které mají s péčí o pacienty s touto diagnózou bohaté zkušenosti. Často potřebuje rodina a okruh pečujících jen morální podporu a rady. K tomuto účelu slouží například svépomocné skupiny, kde se pravidelně scházejí lidé pečující o pacienty s demencí a navzájem sdílí své zkušenosti. Jednou z organizací poskytujících podporu a školení pro odborníky i laicky je Česká alzheimerovská společnost.

Kazuistika

Případ polymorbidního muže s demencí poukazuje na nejnáročnější oblasti v péči o nemocné s demencí, se kterými se pečující mohou potýkat.

Pacient ve věku 75 let je v domácí péči, kterou mu zajišťuje manželka se synem. Nemocný má diagnostikovanou Alzheimerovou demenci s pozdním začátkem, která se u nemocného začala projevovat před 4 roky. Pacient neprodělal v dětství a dospělosti žádné vážné onemocnění, avšak postupem stáří začal trpět běžnými civilizačními chorobami. Již 11 let je diabetikem na inzulínoterapii, trpí obezitou a z důvodu recidivujících hlubokých žilních trombóz je od r. 2010 dlouhodobě warfarizován. Dále jsou u nemocného přítomny koronární a urologické onemocnění. Pacient před diagnózou demence nedbal na doporučení lékařů, které dostal v rámci svých onemocnění, nedodržel režim diabetika a nedbal doporučení snížit tělesnou hmotnost apod., tudíž přijal možná rizika dekompenzace svého zdravotního stavu.

V tomto případě nemocného je zajímavým faktem, že se rodina s nemocným dostavila k léčbě pozdě, z důvodu, kdy si manželka nemocného nepřipustila, že by se dřív autoritativní partner mohl někdy léčit na psychiatrii. Vzhledem k její neinformovanosti, kdy prvotní příznaky vnímala jako součást stáří a nepřijetí změny osobnosti manžela, došla díky starostem a poskytovanou péčí až do stádia vyčerpání, kdy musel zasáhnout syn, který vyhledal odbornou pomoc.

Mohla tedy začít efektivní léčba pro udržení kvality života nemocného v domácím prostředí, kdy byla manželka edukována v nutných oblastech, pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče.

Avšak díky progresivitě onemocnění se u manžela objevuje zmatenost, která je největším stěžejním bodem péče o nemocné s demencí. Tento problém ovlivňuje nemocného ve všech oblastech života. Nemocný ztrácí zájem o okolí a stává se citově otupělý, je dezorientovaný. Též si neuvědomuje svůj zdravotní stav, tudíž nerozumí souvislostem mezi nemocemi a nutnou léčbou. Objevuje se tedy podezíravost, kdy si nemocný myslel, že mu chce rodina ublížit. Z tohoto důvodu musela být zajištěna do domácnosti všeobecná sestra z terénní služby. Ta obstará dohled nad medikací, neboť po získání důvěry u nemocného je mu jistou autoritou. Pacient tak v rámci svých možností spolupracuje a je ochoten dodržovat medikaci, která byla problematická z důvodu podezíravosti, kdy si nemocný myslel, že mu rodina chce ublížit.

Díky poruše kognitivních funkcí, která doprovází demenci je narušená i verbální komunikace s nemocným, která se postupem onemocnění mění na velmi neorientovanou a nesmyslnou. Pacient postrádá smysl obsahu sdělení a neumí se vyjádřit. Proto je vhodné volit komunikační přístupy, aby nemocný cítil psychickou pohodu.

Pacient vzhledem ke své polymorbiditě prodělal po diagnóze demence několik hospitalizací, které měly negativní vliv na jeho zdravotní stav. Lidé s demencí mají špatnou adaptabilitu, která se projevuje stresem a zhoršením psychického i fyzického stavu. Pobyt v nemocničním zařízení je pro nemocné maximální zátěží, neboť jsou vytrženi ze svého známého prostředí, jsou podřízeni nemocničnímu režimu, setkávají se s novými lidmi. Na základě těchto skutečností jsou ještě více dezorientovaní.

Závěr

Z uvedeného případu je zřejmé, že přístup k nemocnému trpícímu demencí musí respektovat osobnost pacienta a jeho individuální potřeby. Pro setrvání nemocného v domácím prostředí po co nejdelší dobu je nutné respektovat nejen osobnost pacienta a jeho individuální potřeby, ale i potřeby rodinných pečujících, kteří jsou pro pacienta klíčoví. Proto je pro poskytování kvalitní péče zapotřebí nepodceňovat první příznaky narušení kognitivních funkcí, zabývat se danou problematikou a včas vyhledat odbornou pomoc pro zahájení léčby.

Článek vznikl v rámci bakalářské práce Havlíkové Lucie „Specifika ošetrovatelské péče o nemocné s demencí v domácím prostředí“