

**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNÍCTVA A SOCIÁLNEJ PRÁCE
SV. ALŽBETY BRATISLAVA
FAKULTA ZDRAVOTNÍCTVA A SOCIÁLNEJ PRÁCE
SV. LADISLAVA NOVÉ ZÁMKY**

171505

**KOMPLEXNÁ OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ
O PACIENTA S POLYETIOLOGICKOU DEMENCIOU
BAKALÁRSKA PRÁCA**

2021

LUCIA ŠIŠMIČOVÁ

**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNÍCTVA A SOCIÁLNEJ PRÁCE
SV. ALŽBETY BRATISLAVA
FAKULTA ZDRAVOTNÍCTVA A SOCIÁLNEJ PRÁCE
SV. LADISLAVA NOVÉ ZÁMKY**

**KOMPLEXNÁ OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ
O PACIENTA S POLYETIOLOGICKOU DEMENCIOU
BAKALÁRSKA PRÁCA**

Študijný program: ošetrovatel'stvo

Študijný odbor: ošetrovatel'stvo

Školiace pracovisko: Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce sv. Ladislava Nové Zámky

Školiteľ záverečnej práce: MUDr. Milan Henčel, PhD.

NOVÉ ZÁMKY 2021

LUCIA ŠIŠMIČOVÁ

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce sv. Ladislava Nové Zámky

Katedra ošetrovateľstva – externá forma štúdia

ZADANIE ZÁVEREČNEJ PRÁCE

Akademický rok: 2020/2021

Typ záverečnej práce: bakalárska práca

Názov záverečnej práce: Ošetrovateľská starostlivosť o pacienta s polyetiologickou demenciou

Meno, priezvisko a tituly študenta: Lucia Šišmičová

Študijný program: ošetrovateľstvo

Študijný odbor: ošetrovateľstvo

Meno, priezvisko a tituly školiteľa: MUDr. Milan Henčel, PhD.

Školiace pracovisko: Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce sv. Ladislava Nové Zámky

Meno, priezvisko a tituly vedúceho pracoviska: prof. MUDr. Marián Karvaj, PhD., MBA

Anotácia: Bakalárska práca je zameraná na ochorenie o pacienta s polyetiologickou demenciou, ktorá sa zaoberá problémovým správaním, diagnostikou, liečbou a ošetrovateľským procesom podľa M. Gordovovej. Ošetrovateľský proces je realizovaný v zariadení sociálnych služieb, kde sme ošetrovateľskú starostlivosť realizovali formou ošetrovateľského procesu.

Jazyk práce: slovenský

Vyjadrenie a podpis školiteľa záverečnej práce :

súhlasím/nesúhlasím. (nehodiace zmažte)

podpis:

Dátum schválenia zadania: 30. 06. 2020

Podpis vedúceho pracoviska:

Čestné prehlásenie

Čestne prehlasujem, že som bakalársku prácu vypracovala samostatne a literatúru, ktorú som použila, som uviedla v zozname použitej literatúry.

Dátum:

Podpis:

Ďakujem MUDr. Milanovi Henčelovi za cenné rady, pripomienky a pomoc pri spracovaní
mojej bakalárskej práci

ABSTRAKT

ŠIŠMIČOVÁ, LUCIA: Komplexná ošetrovateľská starostlivosť o pacienta s polyetiologickou demenciou. [Bakalárska práca] / Lucia Šišmičová – Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava. Katedra ošetrovateľstva. - Školiteľ : MUDr. Milan Henčel, PhD. Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce sv. Ladislava, Nové Zámky, 2021. s. 75

Práca sa zaoberá komplexnou ošetrovateľskou starostlivosťou o chorého s polyetiologickou demenciou, ktorá je fyzicky, ale najmä psychicky náročná. Práca sa delí na teoretickú a praktickú časť.

Cieľom našej práce je poukázať na problémové správanie u klienta, charakteristiku ochorenia, príčiny a priebeh polyetiologickej demencie, jej diagnostiku a liečbu. Vplyvom správneho prístupu zdravotníckych pracovníkov ku klientovi, chceme prispieť ku skvalitneniu života, k zlepšeniu psychického stavu a viesť klienta k čo najväčšej samostatnosti.

Využitím koncepčného modelu funkčného zdravia podľa Gordonovej, chceme poukázať na klientove aktuálne a potencionálne problémy a na uspokojovanie potrieb spojených s jeho ochorením. Taktiež chceme zvýšiť úroveň sebestačnosti v čase, kedy nie je schopný sa sám o seba postarať. Vypracovali sme komplexný plán ošetrovateľskej starostlivosti, čím by sme chceli dosiahnuť zlepšenie zdravotného stavu klienta, jeho sebavedomia, ako aj stupňa sebaobslužných činností.

Práca je obohatená o prílohy – škály a fotodokumentáciu.

Kľúčové slová

Polyetiologická demencia. Problémové správanie. Ošetrovateľská starostlivosť. Skvalitnenie života .

ABSTRACT

ŠIŠMIČOVÁ, LUCIA: Complex nursing care for patients with polyetiologi cal dementia (Bachelor Thesis) / Lucia Šišmičová – St. Elizabeth College of Health and Social Work – Nursing faculty. –Facilitator: MUDr. Milan Henčel, PhD. St. Ladislav Faculty of health and social, Nové Zámky, 2021. s. 75

This thesis is focusing on complex nursing care for patients with polyetiologi cal dementia, which is physically, but mainly psychologically demanding. This work consists from two parts – theoretical and practical.

Aim of our work is to point out problematic behavior of patient, characteristic of illness, causes and course of polyetiologi cal dementia, its diagnostic and treatment. With correct approach of medical personnel to the client, we want to contribute to quality of life, improvement of psychological state and lead client to the highest level of independence. Using the conceptual model of functioning health according to Gordons theory, we want to point out clients actual and potential problems and fulfilling all needs related to his condition. We also want to raise his level of independence when he is not able to care of himself. We have created complex plan of nursing care to achieve improvement of client health, his self-confidence, as well as self-serving activities

These also includes scales and photo documentation

Key words:

Polyetiologi cal dementia, problematic behavior, nursing care, life-quality improvement.

Obsah

ÚVOD.....	8
-----------	---

TEORETICKÁ ČASŤ

1 Vymedzenie základných pojmov.....	9
1.1 Starnutie a demencia.....	9
1.2 Polyetiologická demencia.....	10
2 Demencia	12
2.1 Charakteristika demencie.....	12
2.2 Príčiny vzniku demencií	13
2.3 Typy demencií	14
2.4 Klinický obraz, ťažkosti u chorých s demenciou.....	18
2.5 Poruchy a problémové správanie u klienta s demenciou.....	20
2.6 Fázy demencie.....	21
2.7 Diagnostika demencie.....	22
2.8 Laboratórne vyšetrenia.....	23
2.9 Liečba demencie.....	24
2.9.1 Farmakologická terapia.....	24
2.9.2 Nefarmakologická terapia.....	25
3 Komplexná ošetrovateľská starostlivosť.....	27
3.1 Definícia a kroky ošetrovateľského procesu	27
3.2 Model funkčných vzorcov zdravia podľa M. Gordonovej.....	29

PRAKTICKÁ ČASŤ

4 Komplexná ošetrovateľská starostlivosť o pacienta s dg. Polyetiologická demencia podľa Gordonovej modelu

4.1	Ošetrovateľská anamnéza, kazuistika.....	32
4.2	Ošetrovateľská anamnéza podľa M. Gordonovej.....	34
4.3	Sumár problémov.....	46
4.4	Diagnostika, ošetrovateľská diagnóza, výsledné kritériá, ošetrovateľské intervencie, realizácia, vyhodnotenie.....	47
	Odporúčanie pre prax.....	58
	ZÁVER.....	59
	Zoznam použitej literatúry.....	60
	Zoznam príloh.....	63

ÚVOD

„Všetko, čo robíme, je iba kvapka v mori, ale keby sme to nerobili, tá kvapka by nám chýbala.“

(Mária Terézia)

Každý človek je vo svojom živote niečím výnimočný od svojho narodenia až po smrť. Počas života prichádzajú zmeny, s ktorými sa každý človek musí naučiť žiť a prijať ich také, aké prídu a to najmä v období, keď človek ochorie. Pracujem v Zariadení sociálnych služieb (ZSS) Clementia Kovarce ako zdravotná sestra, kde klientmi zariadenia sú dospelí klienti od 18 rokov, mužského pohlavia. ZSS je budova, ktorá bola postavená ako baroková budova a jej začiatky siahajú až do 14. storočia. V roku 1880 bola prestavaná nadstavbou poschodia. Kaštieľ je dnes štvorkrídlová budova s nádvorím a parkom. Pred kaštieľom je umiestnená socha sv. Floriána. Za posledné roky sa budova zmodernizovala a bezbariérovo prispôsobila klientom, aby sa im mohli zabezpečiť kvalitné sociálne služby. Po rozhodnutí VÚC je od 1.7.2008 zariadenie pomenované „Clementia“ zariadenie sociálnych služieb. V zariadení sú umiestnení klienti s rôznymi diagnózami, ktorými sú najmä schizofrénia, demencia rôzneho typu, Parkinsonova choroba, klienti s mentálnou retardáciou a klienti závislí od alkoholu. Zariadenie poskytuje celoročné ubytovanie s kapacitou 170 klientov, pričom u 70 klientov bola diagnostikovaná schizofrénia a 100 obyvateľov sú klienti s inými duševnými poruchami, medzi ktoré patrí aj demencia. V mojej práci by som sa chcela zamerať na polyetiologické ochorenie, akým je demencia, jej priebeh a starostlivosť o klientov, ktorí sa nevedia o seba postarať a pomôcť im udržať si určitú životnú úroveň počas života až do smrti. Keďže v zariadení nie je prítomný lekár, sestra realizuje, plánuje, poskytuje a vykonáva ošetrovateľskú starostlivosť a podieľa sa na upevňovaní duševného zdravia a taktiež na podpore činností. V ZSS je základom práce spoznať duševne chorých, zamerať sa na ich osobnosť, potreby, na rozvíjanie zručností, zisťovať ich prania, túžby, udržiavanie aktivít denného života, zlepšenie psychického stavu a kontaktu s rodinou. Našou snahou v ZSS je skvalitňovanie života klientov a vyhýbanie sa ďalšiemu psychickému poškodzovaniu.

1 VYMEDZENIE ZÁKLADNÝCH POJMOV

1.1 STARNUTIE A DEMENCIA

Múdro a dôstojne starnúť je umenie, ktoré má každý človek vo svojich rukách a len od nás závisí, ako sa dokážeme na sklonku svojho života postaviť starobe tvárou v tvár. Starnutím nazývame obdobie po 65.roku života. Podľa kategorizácie WHO môžeme toto obdobie rozdeliť na nasledovné úseky:

1. 60 – 65 až 74 rokov = vyšší vek, starší vek alebo raná staroba, presénium
2. 75 – 89 rokov – vysoký vek, starecký vek alebo vlastná staroba, sénium
3. Nad 90 rokov - dlhovekosť

V procese starnutia nastáva v organizme mnoho telesných zmien. Starnutie je prejavom straty buniek pri opotrebovaní organizmu, kedy pri regenerácii telových tkanív zaostáva za tempom opotrebovania a organizmus si už tak nedokáže zachovať stabilné vnútorné prostredie. Viditeľné zmeny možno pozorovať na povrchu tela, čiže na koži. K ďalším zmenám patrí úbytok tukového a svalového tkaniva a strata elastických vlákien, čím pozorujeme na človeku zvráskavený vzhľad. Dochádza k oslabeniu chuťových a čuchových zmyslov, ubúda počet kožných receptorov, čím je človek v starobe citlivejší na bolesť a dotyk. Znižuje sa aj svalová činnosť a starí ľudia sa často sťažujú na únavu. S vekom nastávajú aj zmeny v kognitívnych štruktúrach. Znižuje sa prietok krvi v mozgu, kedy mozgové pleny hrubnú a metabolizmus mozgu sa spomaľuje. Celoživotná duševná aktivita, najmä verbálna, pomáha starým ľuďom zachovať si mentálne funkcie, a tým si zachovať dlhodobú pamäť. Kognitívne poškodenie, ktoré zabraňuje normálnej činnosti, sa nepovažuje za normálnu súčasť starnutia. Pokles intelektových schopností, ktoré zabraňujú pracovným a spoločenským funkciám, treba pokladať za abnormálny.

Nástup demencie u starých ľudí je pomalý, kedy si to rodina a ani chorý sám, neuvedomuje. Ide o stratu pamäti a kognitívnych schopností, kedy návrat týchto funkcií závisí od včasnej diagnózy a liečby. Pri diagnostike demencie má väčšina starých ľudí ireverzibilné ochorenie mozgu. Najbežnejším typom ireverzibilnej demencie v staršom veku je Alzheimerova demencia, ktorá je príčinou 60-70% všetkých prípadov demencie. Úpadok zdravia u starého človeka sa skôr pripisuje chronickému ochoreniu, nezdravému

spôsobu života a nesprávnym zdravotným návykom, ako samotnej starobe. Ak chce proces starnutia človek spomaliť, musí sa naučiť, ako sa má o seba starať, upevňovať si zdravie a tiež predchádzať samotnému ochoreniu. Činnosti na upevnenie a ochranu zdravia starých ľudí by mali byť zamerané na pravidelné preventívne prehliadky a očkovania. (Kozierová, Erbová, Olivierová, 1995).

Pri posúdení geriatrických klientov sú dôležité hodnotiace nástroje a funkčné testy. Posudzovanie je zamerané na potreby a zmeny, ktoré vznikli počas choroby. (Poledníková, 2006).

Hodnotenie mobility – najčastejším ochorením je ochorenie pohybového systému, najčastejšie ide o osteoporózu, artrózu bedrových a kolenných kĺbov, ochorenie nervového systému – Parkinsonova choroba, Alzheimerova demencia, internistické ochorenia (hypoglykémia, arytmia). (Kalvach, 2008).

Hodnotenie bolesti - Pri hodnotení geriatrického pacienta je predpoklad, že bolesť zapríčiňujú degeneratívne zmeny, ktoré sú spôsobené starnutím, čiže vekom a pacienti so zníženou kognitívnou schopnosťou, necítia bolesť, alebo ju pociťujú menej. Pri Alzheimerovej chorobe prebiehajú v mozgu degeneratívne zmeny, ktoré nepostihujú časti, ktoré zodpovedajú za interpretáciu bolesti. Pacienti pociťujú bolesť rovnako, len ju nevedia vyjadriť. (Curtiss, 2010). V ošetrovatel'stve sú posudzovacou stupnicou ukazovatele, ktoré sa pri hodnotení používajú pri zmene zdravotného stavu, pričom tieto zmeny môžeme merať priamo alebo nepriamo a hodnotenia sa zaznamenáva číselným súčtom. (Z. z. 364/2005).

1.2 Polyetiologická demencia

Slovo polyetiologická znamená ochorenie, ktoré má viacero príčin a faktorov súčasne, je diagnostikovaná klientovi a je spôsobená viacerými príčinami, napríklad úrazom hlavy a alkoholizmom.

Slovník ABZ.cz: slovník cudzích slov vysvetľuje pojem, ako majúci viac príčin, podmienok, činiteľov vzniku napr. závady, poruchy, choroby.

Veľký lekársky slovník odôvodňuje pojem polyetiologický ako majúci mnoho príčin vzniku.

2 DEMENCIA

2.1 CHARAKTERISTIKA DEMENCIE

„Demencia je syndróm vznikajúci ako následok poškodenia mozgu. Je väčšinou chronický a progredujúci. Postupne pri ňom vznikajú poruchy rozličných psychických funkcií. Postihnutá je predovšetkým pamäť, myslenie, orientácia, chápanie, úsudok a schopnosť učenia. Prejavujú sa aj poruchy emócií, sociálnych funkcií a jazyka“. (Ondriášová, 2005, s. 93).

Demenciu možno chápať aj ako získanú poruchu kognitívnych funkcií, ktorá býva natoľko závažná, že má vplyv na ďalšie funkcie a aj na život pacienta. Príznaky u demencie môžeme podľa praktického a didaktického hľadiska rozdeliť na tri skupiny, ktoré sa nazývajú A-B-C:

- Narušenie kognitívnych funkcií (C- cognition),
- Narušenie aktivít denného života (A- activities of daily life),
- Poruchy správania (B- behavior). (Pidrman, 2007).

Slovo demencia pochádza z latinčiny a preloženie znamená bez mysli. Predpona „de“ znamená odstrániť a „mens“ je slovo pre myseľ. (Hauke a kolektív, 2017).

Syndróm demencie nezahŕňa iba poruchy intelektu a pamäti, ale i rôznym spôsobom bývajú konštantne narušené ďalšie psychické funkcie, ako je citovosť, pozornosť, vnímanie a osobnosť u chorého. Nad 64 rokov sa demencia vyskytuje asi u 5-10% ľudí a medzi 60.-90. rokom života sa výskyt demencie zvýši stonásobne. V posledných rokoch sa zvyšuje aj počet demenčných chorých. Najčastejším typom demencie je Alzheimerova demencia (AD), ktorá je spôsobená úpadkom mozgu. Druhou najčastejšou demenciou je vaskulárna demencia, ktorá vzniká ako následok poškodenia ciev. Demenciu môžu tiež vyvolať aj toxické látky, infekčné vplyvy, úrazy hlavy, alkohol, fajčenie atď. (Čerňanová, 2011). Pri postihnutí kognitívnych funkcií a ich nedostatočného vývoja, ktoré vzniklo v prenatálnom období, v období po pôrode, alebo v rannom postnatálnom období, hovoríme o mentálnej retardácii. (Vavrušová, 2012).

Demencie vznikajú aj u detí a nezáleží v akom veku. Ide o postupné odbúravanie poznávacích a aj intelektových funkcií. Pri diagnostike možno vychádza z faktu, že odbúravanie následne prebieha tam, kde už predtým rozvoj poznávacích funkcií nastal. Hovoríme teda o demencii u detí po druhom roku života. (Ondriášová, 2005).

Pamäť je u demencie postihnutá nerovnomerne. V začiatkoch je postihnutá vstúpivosť a dôsledkom toho je problém u chorého zapamätať si niečo nové. Hovoríme o poruche novopamäti. Naopak staropamäť býva najprv zachovaná, ale neskôr vyhasína a to je začínajúcou progresiou demencie. Proces demencie postupne naruší u chorého celý život. (Hrdlička, Hrdličková, 1999). Pri stanovení diagnózy u chorého sa vyžaduje, aby bol pri jasnom vedomí, aby sa pri vyšetrení a diagnostike spolupracoval a nevyskytoval sa u chorého zmätený stav. Pri správnom diagnostikovaní a určení etiológie je dôležitá i následná liečba. (Pidrman, 2007). Demenciu môžeme deliť na čiastočnú (ostrovčekovú - parciálnu), ktorá sa vyznačuje nerovnomerným postihnutím psychických funkcií, alebo celkovú (totálnu) demenciu, pri ktorej sú narušené psychické funkcie vcelku. Vyskytuje sa pri psychosyndróme. (K. Kopecká, P. Kopecký, 2014).

2.2 PRÍČINY VZNIKU DEMENCIÍ

Ku vzniku demencie vedie viac ako 60 chorôb. Demencie predstavujú istý celok príznakov, ktoré tiež môžu mať viac príčin. (Jiráková a kol., 2009), ako sú napríklad:

- neurodegeneratívne zmeny - poškodenie neurónov,
- poruchy cievneho zásobenia mozgu,
- infekčné činitele (vírusy, baktérie, parazity)
- metabolické a výživové faktory- napr. cukrovka, poruchy príjmu bielkovín, nedostatok vitamínov,
- endokrinné poruchy – pri zníženej funkcii štítnej žľazy, Cushingov syndróm (poruchy funkcie kôry nadobličiek),
- intoxikácie -napr. alkohol a iné drogy, oxid uhoľnatý, organofosfáty, ťažké kovy,
- úrazy hlavy,
- expanzívne vnútrolebkové procesy - nádory, cysty, krvácania (napr. subdurálny hematóm). (Ondriášová, 2005).

2.3 TYPY DEMENCIÍ

Viac ako 50% demencií v staršom veku predstavuje Alzheimerova choroba, 10-20% Alzheimerovo- vaskulárna demencia, 15-30% vaskulárna demencia, 10-20% demencia s Lewyho telieskami. Zvyšok tvoria neurodegeneratívne a symptomatické demencie. (Jiráček a kol., 2013).

2.2.1 Alzheimerova demencia

Alzheimerova demencia patrí medzi najčastejšie formy demencie. Je to degeneratívne ochorenie mozgu, ktoré sa vyskytuje u chorého vo vyššom veku. Charakterizovaná je poklesom kognitívnych funkcií, ktoré postihuje pamäť, myslenie, vnímanie, orientáciu v čase, priestore a osobe. Chorý nedokáže rozhodovať sám o sebe, cíti strach, nedokáže porozumieť iným, ani dorozumieť sa. Nevhodné správanie je spojené s rýchlym úbytkom kognitívnych funkcií, pri ktorom sa zhoršujú aktivity denného života. (Martinková, 2017). Pri pokročilom štádiu je dezorientovaný, najmä v noci, komunikácia slabne, chorý nedbá na osobnú hygienu. Zmeny nálady sú bežné, ich správanie je spoločensky neprípustné. (P.Abrahams, 2005). Najvýznamnejším faktorom pre vznik AD je vek, obezita, hypertenzia, nadmerná konzumácia alkoholu, opakované úrazy hlavy. Smrť rodičov v detstve je tiež spúšťačom ochorenia. Alzheimerova demencia je tiež označovaná aj ako tichá epidémia, kedy je u veľa chorých nediagnostikovaná a ani neliečená. (Zvěřová, 2017).

2.2.2 Vaskulárna demencia

Vaskulárna demencia je spôsobená poruchami cievneho zásobenia mozgu. Najčastejšou formou vaskulárnej demencie je multiinfarktová demencia, ktorá vzniká znepriechodnením cievy, alebo viacerých ciev. Tento stav býva spojený so vzniknutou akútnou neurologickou symptomatikou, ako je porucha reči, citlivosť alebo psychiatrickou symptomatikou, ako sú stavy zmätenosti. U vaskulárnej demencie býva striedanie období

zhoršenia s obdobiami zlepšenia. Často bývajú poruchy chôdze a pomočovania. (Ondriášová, 2005). Chorí trpiaci vaskulárnou demenciou majú spravidla aj ďalšie ochorenia ciev, ako sú ischemická choroba srdca, prekonalí náhlu cievnu mozgovú príhodu a prítomné sú aj ďalšie rizikové faktory, ako sú obezita alebo cukrovka. (Hauke a kol.2017). Krvné cievy sa zúžia alebo upchajú, tento stav nastáva vplyvom mnohých faktorov, vrátane vysokého tlaku krvi alebo vysokého cholesterolu. (K.R.Daffner, 2016).

2.2.3 Demencia s Lewyho telieskami

Demencia s Lewyho telieskami je druhou najčastejšou demenciou s cholínergickým deficitom. Ochorenie je charakterizované prítomnosťou eozinofilných teliesok – Lewyho teliesok – nielen v cytoplazme neurónov v jadre mozgového kmeňa, ale aj vývojovo mladšiu časť veľkého mozgu. (Vavrušová, 2012). Choroba sa vyznačuje rýchlym priebehom, kolísaním kognitívnych funkcií, zrakovými a sluchovými halucináciami a precitlivosťou na neuroleptiká. (Hrdlička, Hrdličková, 1999). Prítomné sú aj bludy. Pri liečbe bludov a halucinácií sa pri tomto type demencií podávajú klasické neuroleptiká, ako napr. haloperidol, levopromazin. (Pidrman, 2007).

2.2.4 Demencia u Parkinsonovej choroby

Je degeneratívne ochorenie, ktoré je charakterizované hypertonicko – hypokinetickým syndrómom. Vzniká medzi 50 a 60 rokom života a postihuje prevažne mužov. Medzi príznaky patrí najmä svalová stuhnutosť, znížená pohyblivosť, nehybnosť a statický tremor. Demencia vzniká pri pokročilom štádiu choroby. Ochorenie sa vyvíja pomaly. Pri liečbe sa podávajú antiparkinsoniká. (Kafka a kolektív, 1993).

2.2.5 Demencia u Huntingtonovej choroby

Demencia poukazuje na celkovú degeneráciu mozgu. Diagnóza má rodinný výskyt, typickým príznakom je porucha hybnosti a prítomnosť demencie. Úvodnými príznakmi bývajú často poruchy normálnych pohybov tváre, rúk, ramien a chôdze. Progresia ochorenia prebieha pomaly, ale končí smrťou väčšinou do 10 až 15 rokov. (Hrdlička, Hrdličková, 1999). Typickými príznakmi sú aj neurologické príznaky, ktoré potláčajú rozvoj demencie. Častá je aj depresia, ktorá môže byť prvým príznakom ochorenia. (Pidrman, 2007).

2.2.6 Alkoholová demencia

Na tento druh demencie sa často zabúda. Pritom je však možné, že touto formou demencie trpí každá desiatu osoba závislá od alkoholu. Na vzniku alkoholovej demencie sa podieľa celý rad faktorov, často súvisí so zlou životosprávou a s hepatopatiou. Veľký podiel majú aj ďalšie telesné choroby, ako je ochorenie obličiek a pečene. Ale nemôžeme zabúdať ani na náhodné faktory, ako sú napríklad úrazy hlavy pri pádoch a úrazoch osôb závislých. (Pidrman, 2007). Alkoholická demencia sa môže vyvinúť aj z alkoholického delíria, alebo sa vyvíja z akútnej psychickej poruchy. Príčinou alkoholovej demencie je priamy účinok alkoholu na nervové bunky. Objavujú sa poruchy pamäti, úsudku, chápania. Chorý postupne stráca schopnosť postarať sa sám o seba. Základom liečby je úplná abstinencia od alkoholu. Ak je táto demencia liečená, býva často úspešná. V liečbe sa podávajú najmä vitamíny zo skupiny B a nootropiká. (Ondriášová, 2005).

2.2.7 Frontotemporálna demencia

Demencia začína medzi 45. až 60. rokom života u ľudí, ktorí sú profesionálne výkonní. Je to jedna z najčastejších foriem presenilných demencií. Typickým nálezom je kortikálna atrofia frontálnych lalokov a frontotemporálneho rozhrania s pravostrannou predilekciou. Prvé príznaky sú nenápadné, ide o ľahšiu poruchu pamäti, pozornosti a myslenia. Chorý je niekedy ľahostajný, stráca záujem o druhých, najmä o najbližších, ku ktorým mal citový vzťah. Porušuje spoločenské normy správania, v správaní sa objavuje hypersexualita, alebo sexuálne deviantné správanie. Konzumuje návykové látky, ako je alkohol a drogy. U istej skupiny chorých, u ktorých sa objavujú pokročilé štádiá ochorenia, nastáva depresia,

poruchy nálad a hypoaktivita. Priebeh tejto demencie je progredientný, ale rýchlejší ako Alzheimerova demencia. Doba prežitia je do 5 rokov od stanovenia diagnózy. Vo väčšine prípadov ide o predčasné úmrtia ľudí, ktorí sú úplne zdraví. (Králová, 2017).

2.2.8 Starecká demencia

Inak nazývaná aj choroba starých ľudí. Postihuje najmä generáciu nad 65 rokov. Pri tomto degeneratívnom ochorení mozgu, odumierajú nervové bunky, ale nové sa už nevytvárajú. Dochádza k vymazávaniu pamäti, zhoršuje sa jazyková schopnosť a chorý nie je orientovaný v čase, osobe a ani v priestore. Svoje zohráva aj genetika chorého, veľa závisí, aký viedol život v minulosti, aké mal záujmy počas života a ako namáhal svoj mozog.(Kozáčíková. 2016).

2.2.9 Ostatné demencie

Demencie tiež môžu vzniknúť aj z infekčného ochorenia, ako je syfilis alebo AIDS. Pri metabolických poruchách, môže viesť k vzniku metabolickej demencie, ku ktorej dochádza pri poruche výživy, dehydratácii alebo pri zlyhávaní pečene. Demencie môžu byť nádorového alebo posttraumatického pôvodu, ktoré bývajú pri ochoreniach epilepsií. (Pidrman, 2007).

2.4 KLINICKÝ OBRAZ, ŤAŽKOSTI U CHORÝCH S DEMENCIOU

Choroba sa začína pomaly, kedy prvými príznakmi sú poruchy pamäti, ktoré sa postupne zhoršujú. Chorý zabúda na životné obdobia vo svojom živote, mená svojich príbuzných, vek, dátum narodenia, narušená je orientácia v čase a v mieste. V emočnej oblasti je zvýšená dráždivosť, nepokoj a depresia. Objavuje sa psychomotorický nepokoj (chorý robí dookola tú istú činnosť), alebo aj delírium. Prítomné sú aj neurologické príznaky, afázia, apraxia a občas aj epileptické záchvaty. Poškodené sú tiež aj vegetatívne funkcie mozgu. Chorí sú vysilení, chradnú a nakoniec zomierajú na interkurentnú infekciu. (Kafka a kol.,1993). Napriek tomu, že demencia má svoje typické príznaky, u každého chorého sa prejavuje rôzne. Preto je dôležité počítať so schopnosťami a záujmami u týchto klientov v takom stave, v akom sa javia v súčasnosti. (Čunderlíková, 2016).

U chorých s demenciou sa môžu objaviť nasledovné ťažkosti:

- Zábudlivosť

Býva postihnutá krátkodobá pamäť, niektoré veci si pamätajú len pár minút. Pamäť pre staršie udalosti býva zachovaná, chorý si pamätá na staré udalosti, pokiaľ sa demencia nezhoršuje. Býva zhoršená koncentrácia, aj pozornosť.

- Blud prenasledovania

Ľudia s demenciou mávajú často pocit, že im chce niekto ublížiť. Pri hľadaní vecí, ktoré nemôžu nájsť, obviňujú druhých ľudí.

- Porucha reči

Pri poruche reči chorí často hľadajú vhodné slová, lebo nedokážu pomenovať predmety.

- Depresie

Nie zriedka sa objavuje skleslá nálada, smútok a depresívne stavy, ktoré sa sčasti dajú vysvetliť tým, že chorý vníma svoju situáciu a nevie ju spracovať.

- Zhoršenie praktických spôsobilostí

Často sa u chorých objavujú ťažkosti s vykonávaním jednoduchých úkonov, ako je obliekanie, umývanie, kedy sa chorý nevie o seba postarať.

- Zmeny osobnosti alebo schopnosti úsudku

U niektorých chorých býva neprimerané správanie, ktoré vedie až k neprimeranej situácii. Bývajú hrubí voči ľuďom, na ktorých sú nie zriedka odkázaní. V ťažkých prípadoch dochádza až k zmenám osobnosti. Zmienené symptómy sa nemusia vyskytovať stále, niekedy je postihnutý zmätený, inokedy je pri jasnom vedomí. Chorí sú často odkázaní na pomoc rodiny. Niekedy je nutné umiestniť chorého do sociálneho zariadenia, aby mu bola poskytnutá adekvátne starostlivosť. (Trenckmann, Bandelow, 2005).

- Narušená komunikácia s chorým trpiacim demenciou

Na začiatku každej komunikácie s chorým ho treba osloviť menom, aby sme sa uistili, že nám venuje svoju pozornosť. Na chorého hovoríme pomaly, ak reaguje negatívne alebo je nervózny, nezačínáme spor a vyhneme sa dohováraniu. (J. M. Zgola, 1999).

Príčinou komunikačných problémov u chorého bývajú poškodené svaly na tvári a krku (pri Parkinsonovej a Huntingtovovej chorobe). Pri starostlivosti je veľmi dôležitý kontakt s chorým, ako je potrasenie rukou, ktoré pomáha zamerať jeho pozornosť. Dôležité je vyhnúť sa hádkam, ktoré často vedú k zhoršeniu zdravotného stavu. (E.H. Janosiková, J.L.Daviesová, 1999).

Zásady komunikácie s dementným pacientom:

- Trpezlivosť
- Na úvod každého rozhovoru očný kontakt a dotyk
- Znížiť tón hlasu
- Hovoriť pomaly a zrozumiteľne na chorého
- Používať krátke a najmä jednoduché vety
- Neklásť naraz veľa otázok
- Opakovať informácie
- Pri zlyhaní všetkých možností použiť fyzické prejavy, ako je objatie chorého, držanie za ruku. (Michalková, Šimončíčová, 2006).

2.5 PORUCHY A PROBLÉMOVÉ SPRÁVANIE U KLIENTA S DEMENCIOU

S poruchou pamäti sú spojené aj zmeny v správaní u chorého, ktoré je označované ako problémové správanie. Objavuje sa v druhej fáze demencie. U chorého je to slovná, ale aj fyzická agresivita, ale aj zmeny v psychických prejavoch. (M. Hauke a kolektív, 2017).

„Poruchy správania sú súčasťou širšieho syndrómu , ktorý sa nazýva BPSD (BehavioralandPsychologicalSymptoms of Dementia)“, (Pidrman,2007, s.79).

BPSD zahŕňa veľa symptómov, ako je výskyt halucinácií, poruchy bežných činností denného života, zmeny nálad, výskyt bludov, ale aj poruchy spánku a bdenia. (Pidrman,2007).

Najčastejšie ide o tieto formy problémového správania:

- **Halucinácie a bludy** - najčastejšie ide o zrkové halucinácie, ale môžu byť vyvolané aj iným zmyslovým orgánom. Ak chorý trpí halucináciami, príčinou môže byť kombinácia liekov, ktoré chorý užíva. (J.Brackeyová,2019). Chorý máva bludné predstavy, že mu bude ublížené, že sú mu odcudzené veci, nepoznáva svoj domov a chce, aby ho vrátili naspäť domov, odkiaľ prišiel. Hrozí riziko poranenia a manipulovanie s vecami, ktoré môžu byť pre chorého nebezpečné.
- **Blúdenie** - je prejav, ktorý môže mať viaceré príčiny, ako je nuda, napätie, hlad, bolesť, dezorientácia alebo aj pocit samoty. Blúdenie môže byť aj príčinou, aby chorý uspokojil svoje základné potreby, ako je hľadanie potravy, tekutín, použitie toalety, pričom blúdenie môže byť aktívne, kedy niečo hľadá, alebo pasívne, ktoré je ovládateľné a súvisí s roztržitosťou chorého. V prostredí, ktoré chorý pozná, blúdi bezpečne a neohrozuje seba, ani ostatných.
- **Narušené vnímanie reality** – má potrebu unikáť z reality, menej si uvedomuje svet okolo seba. Dezorientovanosť býva vyššia v noci ako cez deň, umiestnenie chorého do cudzieho prostredia môže predlžovať dezorientáciu v čase ale aj priestore. Opätovné ubezpečovanie a podpora chorého sú veľmi dôležité.

- **Nedostatočná sebaopatera** – Včasná strata sebaopatery je pre chorého nepríjemná, najmä v začiatkoch ochorenia. Treba vyčleniť, ktoré z úkonov vie chorý vykonať sám a pri ktorých potrebuje pomoc. Inkontinencia si vyžaduje osobitnú pozornosť, patrí medzi jeden z hlavných dôvodov, pre ktorý je chorý umiestnený do sociálneho zariadenia. (E. H. Janosíková, J. L. Daviesová, 1999).
- **Agresivita** – môže byť verbálna (krik, nadávky) alebo fyzická. Agresivita u chorého trpiaceho demenciou sa líši od agresivity zdravých ľudí. Býva reakciou na situáciu, ktorej nerozumie a nevie si ju vysvetliť. Chorý, ktorý je agresívny, sa bráni, najmä v situácii, ktorú nepozná. (M. Hauke, 2017).

2.6 FÁZY DEMENCIE

Rozlišovanie jednotlivých fáz a prejavov u chorého je dôležité z pohľadu komunikácie a prístupu k človeku s demenciou, ktoré bývajú v určitých fázach odlišné. Demencia prechádza tromi fázami:

- prvá fáza – mierna demencia

Začínajúca demencia u chorého je charakterizovaná poruchou pamäti. Zábudlivosť sa začne prejavovať u chorého skoro každý deň. Neskôr je narušená krátkodobá pamäť. Chorý sa nedokáže orientovať v novom prostredí, nevie si zapamätať nových ľudí, len ťažko sa učí nové veci, horšie si spomína na niektoré slová, sebaistočnosť a niektoré úkony zostávajú zachované. Chorý si však uvedomuje, že robí chyby, prežíva neúspechy a z obavy pred ďalším zlyhaním sa snaží zodpovednosť hodiť na druhých. Je schopný naďalej bývať doma, ale potrebuje neustálu kontrolu.

- druhá fáza – rozvinutá demencia

Býva narušená dlhodobá pamäť, kedy je chorý dezorientovaný miestom, aj časom. Chorý nevie, aký je deň, aké je ročné obdobie, odchádza často z domu a vracia sa na miesta zo svojej mladosti. Nie je schopný vykonávať základné aktivity denného života, pri sebaobslužných činnostiach potrebuje pomoc iného. Komunikácia je narušená, chorý ťažko

hľadá aj základné slová. Objavujú sa poruchy v oblasti správania, halucinácie, agresivita, chorý má prevrátený režim dňa s nocou, stráca schopnosť kontrolovať emócie. Často sa objavuje inkontinencia, môže bývať v domácom prostredí, ale musí byť neustále pod dohľadom.

- tretia fáza – ťažká demencia

Postihnutá osoba už nie je schopná vykonávať žiadne sebaobslužné činnosti. Komunikácia sa postupne zhoršuje, chorý nerozumie slovám a ani ich nevie používať. Častým príznakom je porucha príjmu potravy a tiež prehĺtanie. Je úplne inkontinentný. Chorý vykonáva stereotypné pohyby rukami. V závere života je pripútaný na lôžko, nie je možné s ním nadviazať kontakt a je závislý od ošetrovateľskej starostlivosti. (M. Hauke a kolektív, 2017).

Pri postupnom zhoršení príznakov demencie je sebestačnosť chorého človeka poklesnutá. Chorý si vyžaduje pomoc pri denných aktivitách, stravovaní, kúpaní a hygiene. Podľa aktuálneho stavu chorého je potrebné, aby sa zapájal do aktivít bežného života. Trpezlivo mu vysvetľovať jednotlivé kroky, pochváliť ho za úspešne zvládnutú činnosť, či snahu. (Čerňanová, 2011).

2.7 DIAGNOSTIKA DEMENCIE

Diagnostika sa stanovuje na základe klinických a laboratórnych vyšetrení. Pri laboratórnych vyšetreniach je cieľom vylúčiť ochorenia, ktoré majú podobné príznaky ako demencia (napr. vylúčiť ochorenie štítnej žľazy, úroveň hladiny tukov v krvi, krvný obraz). V diagnostike je dôležité okrem psychopatologických príznakov a typického priebehu, zistiť aj atrofiu mozgu, či chýbanie iných príčin (intoxikácie, traumy, vaskulárne príčiny). CT (počítačová tomografia) vyšetrenie mozgu alebo MR (magnetická rezonancia) prispieva k spresneniu diagnózy. Pri diferenciálnej diagnóze je tiež dôležité globálne postihnutie psychických funkcií, nález difúznej atrofie mozgu pri vyšetreniach ako je PET (pozitronová emisná tomografia) alebo CT. (Kafka a kol.1993).

Vyšetrenie kognitívnych funkcií:

Je zamerané na vyšetrenie prostredníctvom orientácie v čase, mieste a osobe, vyšetrenie pamäti, schopnosti počítat' a sústrediť sa. U chorých sa využívajú skupinové stretnutia alebo skupinové terapie, pri ktorých sa využíva posilnenie atmosféry akceptácie a znižuje sa úzkosť. Štandardy akceptácie si pacienti rozhodujú sami a s narastajúcou dôverou sa vedia porozprávať o svojich pocitoch a problémoch. (Janosiková, Daviesová, 1999). U chorého je hlavným cieľom dosiahnuť možnú mieru sebestačnosti.

K hodnoteniu sebestačnosti slúži:

- Bartelov test základných denných aktivít ADL (Aktivity dailyliving), bol vyvinutý pre dlhodobo hospitalizovaných pacientov. (Boriková, 2010, príloha č.1).
- Stupnica na meranie bolesti pri pokročilej demencii (PAINAD) (Príloha č. 2)
- Stupnica hodnotenia psychického zdravia (Príloha č. 3)
- Skrátený mentálny bodovací test, stupnicu hodnotenia psychického zdravia a stupnicu na meranie bolesti pri pokročilej demencii. (Príloha č. 4).
- Test inštrumentálnych všedných činností IADL – slúži na posudzovanie nezávislých činností počas bežného života. Obsahuje 8 oblastí, pričom sú ženy hodnotené vo všetkých 8 oblastiach a muži len v 5 oblastiach. (Boriková, 2010, príloha č.5).
- Skrínigový test na určenie rizika pádu (Príloha č. 6)
- Katzov index nezávislosti – bol vytvorený pre potreby v domovoch dôchodcov a tvorí 6 oblastí denných aktivít ako je kúpanie, obliekanie, používanie toalety, pohyblivosť, stravovanie a kontinencia. (Žiaková, 2003, príloha č. 7).
- Bristolská škála foriem stolice. (Príloha č. 8).

2.8 LABORATÓRNE VYŠETRENIA

Medzi základné laboratórne vyšetrenia patria:

- FW, Krvný obraz + diferenciál, mineralogram, glykémia, pečenné testy, urea, kreatinín,
- Sérologické testy na BWR, HIV, boreliózu
- Moč + sediment

- Hormóny štítnej žľazy, kortizol
- Vit. B12, kyselina listová v sére
- Hladiny liekov v krvi (digoxin, antiepileptiká, hypnotiká, analgetiká).
- Vyšetrenie ťažkých kovov v krvi
- Toxikologický screening pri podozrení na abúzus liekov
- Meď v sére a moči
- Vyšetrenie mozgovo-miechového moku chorého

Odborné vyšetrenia:

- Interné vyšetrenie
- Neurologické vyšetrenie– EEG (elektroencefalogram)
- Vyšetrenie očného pozadia
- Psychiatrické a psychologické vyšetrenie (Hrdlička M, Hrdličková D, 1999).

2.9 LIEČBA DEMENCIE

Čím skôr je choroba diagnostikovaná a zaháji sa liečba, tým skôr sa dostaví zmiernenie jej priebehu. Liečbu môžeme rozdeliť na farmakologickú a nefarmakologickú.

2.9.1 Farmakologická liečba

Farmakologická liečba spočíva v podávaní neuroleptík, ktoré u chorého zmiernujú najmä agresivitu a nepokoj. Ďalej sa využívajú hypnotiká, ktoré sa podávajú pri poruche spánku. Pri depresívnych stavoch, ktorými chorý trpí, sa podávajú antidepresíva a anxiolytiká, ktoré tlmia úzkosť. (G. Barčáková, 2016). V posledných rokoch boli vyvinuté lieky, ktoré sa používali pri demencii (napr. Tarcin, donepezil, memantin, rivastigmin). Tieto lieky však nedokázali prinavrátiť duševné schopnosti. Dochádza len k zlepšeniu zdravotného stavu, ale tiež u niektorých nenastáva takmer žiadny účinok.

- Tarcin – liek, ktorý sa skúmal u chorých s ľahkou alebo strednou Alzheimerovou demenciou, 20-30% chorých malo zlepšený zdravotný stav. K vedľajším účinkom patrila záťaž pečene a zažívacieho traktu.
- Donepezil– liek, ktorý vedie k zlepšovaniu duševných schopností. Medzi vedľajšie účinky patrí nespavosť, nevoľnosť, vracanie a hnačka.
- Rivastigmin – pri užívaní dochádza k zlepšeniu alebo stabilizácii denných aktivít. K vedľajším účinkom patria sladkosti, pokles na váhe, ospalosť, vracanie, ale aj nevoľnosť.
- Iné medikamenty ako sú piracetam alebo pyritinol, môžu taktiež pomôcť pri liečbe demencie.(U. Trenckmann, B.Bandelow, 2005).

2.9.1 Nefarmakologická liečba

Nefarmakologická liečba – je tu dôležitý správny psychologický prístup k chorým. Zameranie je sústredené na psychoterapiu, kedy sa zameriavame na aktivity denného života. Dôležité je úprava prostredia, v ktorom chorý žije, úprava životosprávy a pravidelný denný program chorého. Dôležitá je validizácia, čo znamená špeciálna komunikácia s chorým a zameranie na jeho vnútorné prežívanie. U chorého sa zameriavame na reminiscenčnú terapiu, ktorá slúži na vybavovanie si spomienok z minulosti. Zameriavať sa môžeme aj na hry s pamäťou alebo aj tanečnú terapiu.(G. Barčáková, 2016).

Výživa a problémy s ňou spojené sa u chorých trpiacich demenciou vyskytujú často. Hrozí riziko podvýživy a chudnutie, ktoré zhoršujú prognózu ochorenia, hrozí zvýšené riziko infekcie, pádov a zlé hojenie rán. Pri pokročilom štádiu ochorenia hrozí u chorého dehydratácia. Chorí, ktorí trpia Alzheimerovým ochorením neustále chudnú, naopak u vaskulárnej demencie prevláda obezita, poruchy žuvania a prehĺtania.

Orientácia v realite – cieľom je prístup, ktorý sa sústreďí na problémy orientácie u chorého a dosiahnuť tým, aby osoba, ktorá je v kontakte s chorým dokázala mu poskytnúť také informácie, aby sa chorý vedel zorientovať v realite. Takáto orientácia môže prebiehať individuálne alebo skupinovo. Pri skupinovej terapii je 3-6 pacientov a vykonáva sa 5x týždenne, kedy sa používajú rôzne obrázky, predmety, aby sa zapojili kognitívne funkcie a zapojenie všetkých zmyslov.

Ergoterapia- je zameraná na sebestačnosť a vedenie k sebaobslužným činnostiam. Cieľom je, aby chorý robil aktivity denného života sám. Ergoterapia sa musí aplikovať citlivo a v rámci možností chorého.

Arteterapia- je terapia zameraná na liečbu umením a to aj hudbou, poéziou, tancom, ale aj výtvarným umením. Ide o umelecké techniky, ktoré majú za cieľ zmeniť sebahodnotenie človeka, zvýšiť sebavedomie.

Muzikoterapia- jej účinkom je dosiahnuť relaxáciu pri aktivitách denného života a podporiť tým psychickú pohodu, ale využíva sa aj spev, počúvanie ľudových piesní, hra na hudobný nástroj, ale aj počúvanie klasickej hudby.

Reminisančná (spomienková) terapia- pri terapii sa využíva vybavovanie spomienok. Terapia môže byť skupinová alebo aj individuálna. Cieľom je zlepšiť stav chorého, ale aj posilniť ľudskú dôstojnosť a zlepšiť komunikáciu s chorým. Pri terapii sa využíva rozprávanie príbehov, prezeranie starých fotografií a rozprávanie o nich, ale aj rôzne aktivity. (Martinková, 2017).

3 KOMPLEXNÁ OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ

3.1 DEFINÍCIA A KROKY OŠETROVATEĽSKÉHO PROCESU

„Ošetrovateľský proces je systematická, racionálna metóda plánovania a poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti. Jeho cieľom je zhodnotiť pacientov zdravotný stav, jeho skutočné či potenciálne problémy starostlivosti o zdravie, vytýčiť plány na zhodnotenie potrieb a poskytnúť špecifické ošetrovateľské zásahy na uspokojenie týchto potrieb.“
(Kozierová, 1995, s.166).

Súčasťou ošetrovateľského procesu je:

Posudzovanie

Zahrňuje zber, overovanie a triedenie údajov o pacientovom zdravotnom stave. Základnými podmienkami posudzovania je zručnosť v pozorovaní, komunikácii, vedení rozhovoru a aj fyzikálne vyšetrenie.

Ošetrovateľská diagnostika

Je proces vyúsťujúci do diagnostického záveru či sesterskej diagnózy. Sesterská diagnóza je záverom narušení zdravotného stavu pacienta. Sestra triedi a zoskupuje údaje a zisťuje, aké sú pacientove skutočné, alebo potencionálne zdravotné problémy. Proces, ktorý sa používa na stanovenie sesterskej diagnózy, sa nazýva analýza. Aktuálny zdravotný problém je taký, ktorý v danom momente existuje.

Sesterské diagnózy pri demencii:

A 100 Narušená adaptácia jednotlivca

P 100 Narušená pamäť

P 101 Zmena poznávacích funkcií

P 102 Zmenený myšlienkový proces

P 103 Zmenený psychický stav

P 107 Zmena správania

Z 100 Zmenené vnímanie chutí

Z 102 Zmenené vnímanie čuchu

Z 104 Zmenené sluchové vnímanie

Z 108 Zmenené zrakové vnímanie

S 115 Deficit sebaopateru v aktivitách denného života (Vyhláška č.306/2005).

Plánovanie

Je séria krokov, v ktorých si sestra a pacient určujú priority, zaznamenávajú ciele, výsledky a do písomného plánu zaznamenávajú odstránenie, či zmenšenie zistených problémov pacienta a starostlivosť, ktorú poskytujú všetci členovia ošetrovateľského tímu.

Realizácia

Znamená vykonanie ošetrovateľských činností na dosiahnutie želaného výsledku, či pacientových cieľov. Sestra zhromažďuje údaje, vykonáva predpísané ošetrovateľské činnosti, poveruje starostlivosťou iných členov ošetrovateľského tímu o príslušné osoby a schvaľuje plán starostlivosti. Nadalej pokračuje v zbere dát, ktorý má význam z hľadiska sledovania zmien v zdravotnom stave pacienta, ale aj pre stanovenie ďalších cieľov, čo je dôležité pre ďalšiu fázu. Pri schvaľovaní plánu sestra uzavrie, či sa rešpektovali pacientove priority, či sú plánované ošetrovateľské činnosti realistické, či pacientovi pomáhajú dosiahnuť výsledky a ciele.

Vyhodnotenie

Je posúdenie pacientovej reakcie na ošetrovateľské zásahy a na porovnanie so stanovenými princípmi. Tieto princípy sa označujú ako výsledné kritériá. Sestra zisťuje, či sa ciele

splnili, splnili čiastočne, alebo nesplnili vôbec. Ak sa stanovené ciele nesplnili, treba plán revidovať. Táto fáza sa môže týkať hociktovej z predchádzajúcich fáz ošetrovateľského procesu.(Kozierová, Erbová, Olivierová, 1995).

3.2 MODEL FUNKČNÝCH VZORCOV ZDRAVIA PODĽA M. GORDONOVEJ

Model je výsledkom grantu, ktorý v 80. rokoch minulého storočia financovala federálna vláda USA. Autorkou modelu funkčných vzorcov zdravia je Dr. Marjory Gordonová. Narodila sa 10.11.1931 v Clevelande v štáte Ohio. Bakalárske a magisterské tituly získala na HunterCollege z City University v New Yorku a doktorát na Boston College. M. Gordonová pôsobila od roku 1973 ako prvá prezidentka Severoamerickej asociácie ošetrovateľskej diagnostiky (NANDA) do roku 1988. Od roku 1977 pôsobila ako členka Americkej akadémie ošetrovateľstva a rovnaká organizácia ju v roku 2009 označila za žijúcu legendu. Významne prispela k rozvoju štandardizovaného ošetrovateľského jazyka, ktorý bude tiež tvoriť základ ošetrovateľskej zložky elektronického lekárskeho záznamu. Marjory Gordonová zomrela 29. apríla 2015.

V roku 1974 M. Gordonová identifikovala 11 okruhov vzorcov správania. V roku 1987 publikovala Model funkčných vzorcov zdravia.

Obsah a koncepcie modelu

Model je odvodený z interakcií osoba - prostredie. Jedincov zdravotný stav je prejavom bio- psycho- sociálnej interakcie. Pri kontakte s klientom sestra identifikuje funkčné a dysfunkčné vzorce zdravia.

Vzorce

Sú časti správania sa jednotlivca v určitom čase a zastupujú základné ošetrovateľské údaje a to v subjektívnej a objektívnej podobe. Model tvorí 12 oblastí, ktoré sú označované

autorkou ako 12 funkčných vzorcov zdravia. Každý zo vzorcov predstavuje časť zdravia, ktorá je funkčná alebo dysfunkčná.

Dvanásť vzorcov zdravia M. Gordonovej:

1. vnímanie zdravia - udržiavanie zdravia, vnímanie zdravia a pohody u ľudí a spôsob, ako sa starať o svoje zdravie,
2. výživa – metabolizmus, ktorým poukazuje na spôsob príjmu potravy a tekutín a vzťah k metabolickej potrebe organizmu,
3. vylučovanie – obsahuje funkciu čriev, kože a močového mechúra,
4. aktivita – cvičenie, ide o udržiavanie telesnej kondície a to cvičením alebo aktivitami denného života, voľného času,
5. spánok – odpočinok, ide o spôsob spánku a oddychu,
6. citlivosť a poznávanie je schopnosť zmyslového vnímania a poznávania, vrátane bolesti a poznávacích schopností, ako sú reč, pamäť, myslenie a orientácia,
7. sebaaponímanie – sebaúcta je spôsob, ako jedinec vníma sám seba a akú ma predstavu o sebe samom,
8. úloha – vzťahy sa zaoberajú medziľudskými vzťahmi a plnením rolí v živote,
9. reprodukcia a sexualita – zaoberá sa sexualitou a reprodukčným obdobím,
10. stres, záťažové situácie – zvládanie, tolerancia, ktorá sa zaoberá zvládaním stresových situácií a celkovým spôsobom tolerancie,
11. viera a životné hodnoty – vnímanie životných hodnôt, cieľov a presvedčení, vrátane viery
12. iné

Opis a hodnotenie 12 vzorcov zdravia podľa M. Gordonovej, umožňuje sestre odlišovať, či ide u klienta o správanie funkčné a to v zdraví alebo správanie dysfunkčné, teda v chorobe.

Pri posudzovaní vzorcov M. Gordonová navrhuje, aby pri vykonávaní sestra porovnávala údaje s nasledujúcimi zložkami:

- Individuálny východiskový stav
- Stanovené normy pre istú rizikovú skupinu
- Kultúrne a spoločenské normy (Pavlíková, 2007).

PRAKTICKÁ ČASŤ

4 KOMPLEXNÁ OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ O PACIENTA S DG. POLYETIOLOGICKÁ DEMENCIA PODĽA GORDONOVEJ MODELU

4.1 OŠETROVATEĽSKÁ ANAMNÉZA

Meno a priezvisko: J. V.

Dátum narodenia: xx.xx.1947

Rodinný stav: slobodný

Bydlisko: Piešťany

Najbližší príbuzný: sestra Mária

Doprovod : so sestrou

Zamestnanie: dôchodca

Dátum prijatia: 19.4.2007

Pohlavie: muž

Vek: 71

Štátna príslušnosť: SR

Číslo poisťovne: 25 - 09

Vzdelanie: SOU poľnohospodárske bez maturity

Účel prijatia: stabilizovanie zdravotného stavu

Lekárska diagnóza:

Polyetiologická demencia

Zlomenina krčka stehennej kosti, subkapitálna

Benígna primárna artériová hypertenzia

Liečba celková:

Chlorprotixen 15mg 0-2-0

Chlorprotixen 50mg 1V

Losartan 50mg 1R

Anopyrin 100mg 1R

Duphalac 15ml 1R

Plánované ordinácie:

Diéta č.3 racionálna

TK, P, sledovať 1xdenne

Zvýšiť príjem tekutín

Sledovať pacienta!

Vitálne funkcie:

TK: 125/80 mmHg – normotenzia

P: 70/ min, pravidelný, plný – normokardia

D: 20/ min.

TT: 36,8° C

Výška: 163cm

Hmotnosť: 50kgBMI: 18,8

Zber informácií dňa 14.12.2020

Anamnéza získaná od sestry klienta a zo zdravotnej dokumentácie.

Štandardizovaným rozhovorom, objektívnym pozorovaním, obsahovou analýzou dokumentov a z fyzikálneho vyšetrenia.

KAZUISTIKA

Muž 71 ročný, prijatý do zariadenia sociálnych služieb Clementia Kovarce dňa 19.4.2007 z domu. Po ukončení základnej školy sa vyučil ako mechanizátor a pracoval ako pomocník na Jednotnom roľníckom družstve. Bol alkoholik, popíjal s kamarátmi, príbuzní ho hodnotili ako nevládateľného. Často holdoval alkoholu, býval dezorientovaný, pre opitosť ho zrazilo auto. Opakovane preliečený vo Veľkom Záluží pre závislosť od alkoholu, delirantné stavy a alkoholickú demenciu. Klient je slobodný, má 6 súrodencov. Otec bývalý alkoholik, zomrel na Náhlu cievnu mozgovú príhodu. Býval s matkou a sestrou, nevládnuteľný, neustále utekal z domu. Matka zomrela, liečila sa na Diabetes mellitus. Zo šiestich súrodencov o neho prejavuje záujem iba jedna sestra, ktorá ho chodí pravidelne navštevovať. V detstve prekonal bežné detské ochorenia. Nedávno utrpel úraz, kde bol postrčený iným klientom a utrpel zlomeninu krčka stehennej kosti. Klient sa momentálne pohybuje pomocou invalidného vozíka. Klient je nastavený na psychiatrickú liečbu, kde pravidelne užíva lieky pod dozorom personálu v drvenej forme. Klient je samotár, nemá záujem o aktivity a spoločnosť.

4.2 OŠETROVATEĽSKÁ ANAMNÉZA PODĽA M. GORDONOVEJ

1. Vnímanie zdravia - riadenie zdravia:

Stav zdravia

Sub: „Som slabý, nedá sa mi chodiť, bolí ma celé telo.“

Obj: Klient bol prijatý do zariadenia Clementia Kovarce s diagnózou Polyetiologická demencia.

Prekonané ochorenia:

Sub: „Neviem, nepamätám sa, bolo to už veľmi dávno.“

Obj: Podľa záznamov v zdravotnej dokumentácii klient prekonal TBC pľúc, úraz hlavy.

Hospitalizácie: Opakovane bol klient hospitalizovaný v psychiatrickej liečebni Veľké Zálužie.

Abúzy: klient nefajčí, nepije kávu, prístup k alkoholu, ani k drogám nemá.

Alergia:

Sub: „Alergiu nemám na nič.“

Obj: Podľa záznamov v zdravotnej dokumentácii, klient nemá alergiu ani na lieky, ani na žiadne potraviny.

Preventívne prehliadky:

Sub: „Ja nepotrebujem žiadneho lekára.“

Obj: Podľa záznamov v zdravotnej dokumentácii preventívne prehliadky pravidelne absolvuje.

Príčina vzniku ochorenia – máte dostatok informácií o správnej životospráve a poznáte svoje ochorenie

Sub: „Som chorý, musím byť tu, aby som neublížil svojej sestre.“

Obj: Klient nemá dostatok informácií o svojom ochorení, z dôvodu svojej diagnózy.

2. Výživa a metabolizmus:**Chuť do jedla**

Sub: „Nie som hladný.“

Obj: Klient odmieta obed, stravu prijíma v malých porciách.

Príjem potravy - množstvo, počet dávok

Sub: „Pred chvíľou som raňajkoval, nechcem obed.“

Obj: Klient odmieta stravu, udáva nechutenstvo. Má racionálnu diétu č.3. Odmieta obed.

Požiadavky na jedlo

Sub: „Chleba na vajíčku.“

Obj: Požiadavku nie je možné splniť z dôvodu vysokého počtu klientov v zariadení.

Telesná hmotnosť

Sub: „Neviem, som chudý.“

Obj: Podľa indexu BMI váha v norme.

Zmena telesnej hmotnosti

Sub: „Ja som stále rovnaký.“

Obj: Podľa zdravotnej dokumentácie si klient udržiava svoju stálu telesnú hmotnosť.

Ťažkosti pri žuvaní

Sub: „Pri žuvaní nemám ťažkosti.“

Obj: Klient sa na ťažkosti pri žuvaní nestraňuje.

Prehĺtanie

Sub: „Nemám problém pri prehĺtaní.“

Obj: Klient neudáva ťažkosti pri prehĺtaní.

Chrup

Sub: „Ešte mám zuby.“

Obj: Podľa záznamu zo zdravotnej dokumentácie, klient navštevuje stomatologickú ambulanciu iba pri bolesti zubov.

Spôsob prijímania potravy

Sub: „Najem sa sám.“

Obj: Klient prijíma stravu Per os.

Forma stravy

Sub: „Mám normálny obed.“

Obj: Racionálna strava.

Príjem tekutín za 24hodín

Sub: „Nie som smädný.“

Obj: Klient prijíma za 24hod. asi 1,5l tekutín Per os.

Druh tekutín

Sub: „Vypijem to, čo dostanem.“

Obj: Čaj, voda.

Stav slizníc

Sub: „Mám suchý jazyk.“

Obj: Sliznice suché, ružové

Stav kože

Sub: „Kožu mám normálnu.“

Obj: Bez ikteru a cyanózy.

Telesná teplota

Sub: „Nemám teplotu.“

Obj: 36,6°C

Výška

Sub: „Som malý.“

Obj: 163cm

Užívanie liekov

Sub: „Lieky užívam každý deň.“

Obj: Klient užíva lieky podľa ordinácie lekára v drvenej forme

3. Vylučovanie

Spôsob vylučovania

Sub: „Chodím na záchod.“

Obj: Klient chodí na WC s doprovodom personálu

Stolica – ako často

Sub: „Na záchod chodím málo.“

Obj: Klient máva často zápchu.

Farba stolice

Sub: „hnedá“

Obj: Hnedá, bez prímiesí.

Konzistencia stolice

Sub: „Normálna .“

Obj: Tvrdej konzistencie

Použitie pomocných prostriedkov k vyprázdňovaniu stolice /lieky/

Sub: „Dávajú mi sirup.“

Obj: Podľa zdravotného záznamu sa klientovi podávajú lieky na obštipáciu - laxatíva.

Vylučovanie moču

Sub: „Chodím na WC.“

Obj: Klient chodí na WC s pomocou personálu.

Farba moču

Sub: „Žltá.“

Obj: Žltý, bez prímеси krvi.

Používanie pomôcok pri močení

Sub: „Nič.“

Obj: Žiadne.

Potenie, zápcha

Sub: „Cez leto sa potím a mám problém s chodením na záchod.“

Obj: Klient má problémy so zápchou.

4. Aktivita – cvičenie

Frekvencia a rytmus dýchania

Sub: „Dýcham normálne.“

Obj: Pravidelné dýchanie.

Typ a hĺbka dýchania

Sub: „Normálne.“

Obj: Pravidelné dýchanie, 20 dychov za minútu

Kašeľ

Sub: „Nekašlem.“

Obj: Klient je bez ťažkostí.

Srdce – akcia

Sub: „Nemám problémy.“

Obj: Pravidelná akcia srdca

Kvalita a frekvencia pulzu

Sub: „Ja nemám.“

Obj: Plný, dobre hmatateľný pulz.

Chôdza

Sub: „Nechodím, zlomili mi nohu.“

Obj: Klient pripútaný na invalidný vozík po zlomenine krčka stehennej kosti.

Pohybová koordinácia

Sub: „Som slabý, unavený, nedá sa mi v noci spať.“

Obj: Klient je vyčerpaný z nedostatku spánku, má obmedzený pohyb.

Úroveň sebaopatery

Klasifikácia funkčnej úrovni:

Úroveň 0 – úplná nezávislosť

Úroveň 1 – používa pomôcky

Úroveň 2 – potrebuje dohľad inej osoby

Úroveň 3 – potrebuje pomoc, alebo dohľad inej osoby a pomôcky

Úroveň 4 – potrebuje úplný dohľad

Úroveň 5 – potrebuje úplnú pomoc inej osoby

Sub: „Som slabý, potrebujem pomoc iných.“

Obj: Klient potrebuje pomoc, alebo dohľad inej osoby pri všetkých samoobslužných úkonoch. Klasifikácia funkčnej úrovni – úroveň 3.

Vnímanie sily a energie

Sub: „Som unavený.“

Obj: Klient býva cez deň unavený, spavý. Nácvik chôdze podľa ordinácie lekára.

Cvičenie a typ

Sub: „Sestričky ma učia chodiť.“

Obj: Klient má naordinovanú rehabilitáciu po zlomenine.

Spôsob trávenia voľného času – oddychové aktivity

Sub: „Čítam noviny a pozerám televízor.“

Obj: Klient navštevuje dennú miestnosť, kde sleduje televíziu a má možnosť si prečítať dennú tlač.

5. Spánok – odpočinok

Nočný spánok – dĺžka, kvalita

Sub: „V noci sa často budím, nedá sa mi spať.“

Obj: Klient spí prerušovane, užíva lieky na spanie podľa ordinácie lekára /chlorprotixen 50mg 1tableta pred spaním/.

Spanie počas dňa

Sub: „Iba niekedy spím aj cez deň.“

Obj: Klient je unavený, cez deň spí iba občas.

Zvyky pri zaspávaní

Sub: „Nemám žiadne zvyky, len otvorte okno.“

Obj: Klientovi pred spaním vždy vyvetráme izbu.

Užívanie liekov na spanie

Sub: „Dávajú mi tabletku.“

Obj: Klient užíva lieky na spanie podľa ordinácie lekára.

6. Vnímanie – poznanie

Vedomie

Sub: „Neviem.“

Obj: Jasné

Orientácia

Sub: „Ja viem, kde som.“

Obj: Klient je čiastočne orientovaný časom, miestom, osobou.

Sluch, kompenzačné pomôcky

Sub: „Zle počujem, musíte na mňa kričať.“

Obj: Klient nepoužíva žiadne pomôcky na zlepšenie sluchu, ale počuje zle.

Čuch

Sub: „Nemám problémy.“

Obj: Ťažkosti neudáva.

Hmat

Sub: „Normálny.“

Obj: Bez ťažkostí.

Reč, schopnosť dorozumieť sa

Sub: „Nemám problémy.“

Obj: Hovorí plynule, zrozumiteľne.

Zrak, kompenzačné pomôcky

Sub: „Vidím dobre.“

Obj: Klient má zrak v norme, nepotrebuje okuliare.

Bolest'

Sub: „Bolí ma noha, keď s ňou cvičím.“

Obj: Klient sa sťažuje na bolesť dolnej končatiny v súvislosti so zlomeninou. Klientovi podávame analgetiká podľa potreby.

Charakter bolesti

Sub: „Tá noha ma stále bolí.“

Obj: Pretrvávajúca bolesť pri manipulácii s klientom.

Reakcia na bolesť

Sub: „Dá sa to vydržať.“

Obj: Primeraná.

Intenzita bolesti (škála 0 – 10)

Sub: „Neviem.“

Obj: Podľa správania klienta hodnota 5.

Spôsob tlmenia bolesti

Sub: „Keď ma bolí noha, dajú mi tabletku.“

Obj: Podávanie analgetík, pitný režim.

7. Sebakoncepcia – sebaúcta

Typ osobnosti

Sub: „Som rád sám.“

Obj: Introvert.

Nálada

Sub: „Ako kedy.“

Obj: Striedanie optimizmu s pesimizmom.

8. Rola – medziľudské vzťahy

Bývanie – s kým žije

Sub: „Bývam v ústave.“

Obj: Klient je umiestnený v špecializovanom zariadení.

Vzťahy v rodine

Sub: „Nikto ma nechce.“

Obj: Klient sa cíti opustený, navštevuje ho iba sestra.

Správanie sa k ľuďom, k zdravotnému personálu

Sub: „Zamestnancov mám rád, už som si zvykol.“

Obj: Klient je samotár, so zamestnancami sa rozpráva len na vyzvanie.

Návštevy rodiny, priateľov

Sub: „Chodí za mnou sestra.“

Obj: Klienta navštevuje len sestra.

9. Sexualita – reprodukčná schopnosť

Muž

Sub: „Ja som už starý.“

Obj: Klient nežije sexuálnym životom.

Počet detí

Sub: „Ja nemám deti.“

Obj: Klient nemá žiadne deti.

10. Stres, zvládanie, tolerancia

Hospitalizácia – vyvoláva stres, náladu, reakciu na ochorenie

Sub: „Bývam v ústave, ale bol som v nemocnici, nepoznal som to tam, cítil som sa tam zle.“

Obj: Klient komunikuje veľmi málo, nejaví záujem o okolie.

Prejavy stresu

Sub: „Neviem.“

Obj: Úzkosť, napätie, strach

Čo stres znižuje

Sub: „Som nevyspatý, niekedy nervózny.“

Obj: Zabezpečiť kľudný, ničím nerušený spánok.

11. Viera, životné hodnoty

Náboženské vierovyznanie, návšteva bohoslužieb

Sub: „Nechodím do kostola.“

Obj: Je neveriaci.

Životné hodnoty - ich poradie

Sub: „Chcem, aby sa mi zahojila noha, aby som nebol na vozíku.“

Obj: Klient nemá žiadne životné priority.

12. Iné

Čo pre Vás môžem urobiť?

Sub: Nič

Obj: Klient nestojí o žiadnu pomoc.

4.3 SUMÁR PROBLÉMOV MIN. 5 PROBLÉMOV–1. ČASŤ DIAGNÓZY

1. Vnímanie zdravia – riadenie zdravia

- a) Vnímanie zhoršenia svojho psychického stavu
- b) Nedostatok vedomostí o ochorení
- c) Spolupracuje podľa nálady

2. Výživa a metabolizmus

- a) Narušený stav výživy, znížený príjem potravy
- b) Snaha o zvýšenie hmotnosti
- c) Sledovanie príjmu a výdaju tekutín.

3. Vylučovanie

- a) Zápcha

4. Aktivita a cvičenie

- a) Nezaujem o aktivity
- b) Rehabilitácia a nácvik chôdze

5. Spánok – odpočinok

- a) Narušený spánok

6. Vnímanie – poznanie

- a) Bolesť končatiny

7. Sebakoncepcia – sebaúcta

- a) Bezmocnosť
- b) Strach
- c) Únava
- d) Úzkosť

8. Rola – medziľudské vzťahy

- a) Narušená funkcia rodiny

- b) Samotár

9. Sexualita – reprodukčná schopnosť

- a) Nemá záujem o známky sexuálneho života

10. Stres – jeho zvládnutie, tolerancia

- a) Stresový syndróm a nervozita z nedostatku spánku

11. Viera, životné hodnoty

- a) Nemá záujem o vierovyznanie
- b) Nemá žiadne životné hodnoty.

4.4 DIAGNOSTIKA, OŠETROVATEĽSKÁ DIAGNÓZA, VÝSLEDNÉ KRITÉRIÁ, OŠETROVATEĽSKÉ INTERVENCIE, REALIZÁCIA, VYHODNOTENIE

Podľa priorít

- 00095 Narušený spánok v súvislosti s demenciou, prejavujúci sa častým budením v noci a nedostatkom denných aktivít počas dňa.
- 00108 Deficit sebaopatery v oblasti hygieny v súvislosti so zmenou zdravotného stavu prejavujúca sa slabosťou DK a nevedomosťou klienta aktívne sa zapájať do úkonov v oblasti hygieny.
- 00011 Zápcha v súvislosti so spomalenou črevnou peristaltikou, prejavujúce sa tvrdou, formovanou stolicou a pocitom plnosti a bolesti v rekte.
- 00152 Riziko bezmocnosti v súvislosti so stratou fungovania, prejavujúca sa pocitom menejcennosti a zvládaním situácie.
- 00091 Narušená pohyblivosť pri chôdzi v súvislosti so zlomeninou dolnej končatiny, prejavujúca sa celkovou slabosťou a zníženou citlivosťou v končatine.

Potencionálne diagnózy min. 2dg PE

- 00047 Riziko narušenia kožnej integrity v súvislosti s obmedzením telesného pohybu.
- 00155 Riziko pádu v súvislosti s poruchou telesnej hybnosti

Ošetrovateľský plán

Aktuálne diagnózy

Ošetrovateľská diagnóza 1 PES

00095 Narušený spánok v súvislosti s demenciou, prejavujúci sa častým budením v noci a nedostatkom denných aktivít počas dňa.

Cieľ: Klient si zlepší spánok do jedného týždňa.

Výsledné kritériá:

VK 1: Klient zaspáva do 30min. od uloženia do postele.

VK 2: Klient spí najmenej 6hodín bez prebudenia.

VK 3: Klient sa neprebúda viac ako 2krát za noc.

VK 4: Klient hovorí, že po prebudení sa cíti odpočinutý.

VK 5: Klient nemá objektívne príznaky nedostatku spánku počas dňa.

VK 6: Klient opisuje faktory, ktoré mu zlepšujú spánok.

VK 7: Klient si zníži nedostatok denných aktivít počas dňa.

Ošetrovateľské intervencie:

SI 1: Zistiť denne v čom vidí klient subjektívnu príčinu svojho narušeného spánku.

SI 2: Zistiť, či klient neužíva pred spaním látky obsahujúce kofeín.

SI 3: Vyvetrať miestnosť asi 30min. pred spaním.

SI 4: Upraviť posteľ klienta pred spaním, zabezpečiť pohodlie.

SI 5: Zistiť, či klientovi nie je v noci zima.

SI 6: Podat' podľa ordinácie lekára lieky na spanie.

SI 7: Zamestnať klienta dennými aktivitami v spolupráci s personálom podľa schopnosti klienta.

Realizácia: 17.12.2020

8:00hod. – 9:00hod. – prostredníctvom rozhovoru som zisťovala od klienta, v čom vidí subjektívnu príčinu narušenia svojho spánku.

9:00hod. – 10:30hod. – v spolupráci so zdravotníckym a výchovným personálom som zamestnala klienta dennými aktivitami (pobyt vonku na invalidnom vozíku).

10:30hod. – 11:00hod. – v spolupráci s fyzioterapeutom som vykonala nácvik chôdze klienta s pomocou chodítka.

11:00hod. – 12:00hod. – prostredníctvom ostatných členov personálu som zisťovala, či klientovi v noci nie je zima.

12:00hod. – 13:00hod. – zisťovala som od ostatných členov personálu, či klient neužíva látky obsahujúce kofeín a zaznamenať do zdravotného záznamu.

13:00hod. – 15:00hod. – s pomocou výchovného pracovníka som zamestnávala klienta čítaním dennej tlače a sledovaním televízie.

15:00hod. – 17:30hod. – spolu s klientom som viedla rozhovor o jeho záujmoch.

19:30hod. – je potrebné podať lieky na spanie podľa ordinácie lekára a zaznamenať do zdravotného záznamu.

19:35hod. – 20:35hod. - som upravila posteľ a vyvetrala izbu.

Vyhodnotenie: Cieľ sa splnil čiastočne, preto je potrebné pokračovať v stanovených intervenciách.

Ošetrovateľská diagnóza 2 PES

00108 Deficit sebaopatery v oblasti hygieny v súvislosti so zmenou zdravotného stavu prejavujúci sa slabosťou dolných končatín a nevedomosťou klienta aktívne sa zapájať do úkonov v oblasti hygieny.

Cieľ: Klient si upraví deficit sebaopatery do 7dní.

Výsledné kritériá:

VK 1: Klient má vedomosti a aktívne spolupracuje pri dodržiavaní hygienickej starostlivosti o seba.

VK 2: Klient si upraví slabosť dolných končatín do jedného týždňa.

VK 3: Klient dosahuje funkčnú úroveň sebaopatery podľa Gordonovej 3 do 14dní.

VK 4: Klient verbalizuje pocit pohody a uspokojenia s čistotou tela do jedného týždňa.

VK 5: Klient si zmierni bolesť dolných končatín do jedného týždňa.

Ošetrovateľské intervencie:

SI 1: Pripraviť klienta na vykonanie hygienickej starostlivosti a kúpeľa do 15min.

SI 2: Vysvetliť klientovi význam aktívnej spolupráce pri vykonaní hygienickej starostlivosti o seba.

SI 3: Vysvetliť a ukázať klientovi ako dodržiavať správny postup pri hygiene.

SI 4: Pravidelne viesť ošetrovateľský záznam.

SI 5: Vysvetliť význam hygienickej starostlivosti a povzbudiť klienta k aktívnej spolupráci o seba pri každodennej hygienickej starostlivosti.

SI 6: Pochváliť klienta, hneď ako ukončí úkony v oblasti hygieny.

SI 7: Zabezpečiť pomoc klientovi do takej miery, ako je potrebné pri vykonávaní hygienickej starostlivosti o seba a kúpanie.

SI8: Spolupracovať s fyzioterapeutom na zlepšení slabosti dolných končatín podľa ordinácie lekára.

SI9: Viesť klienta k samostatnosti pri udržiavaní rovnováhy pri vstávaní zo sedu do stoja.

Realizácia: 31.12.2020

6:00hod. - klientovi som vhodným spôsobom vysvetlila jeho spoluprácu pri vykonávaní hygienickej starostlivosti pri kúpaní.

6:10hod. - skontrolovala som teplotu v miestnosti, aby som zabezpečila primeranú teplotu v rozmedzí 21 – 23° C, zatvorila som dvere, skontrolovala som, či je okno zatvorené.

6:20hod. - zabezpečila som vhodné pomôcky na vykonanie hygieny: umývaciu emulziu, froté vrečko, malý uterák, pohár na vypláchnutie ústnej dutiny, mäkkú hubku a teplotu vody podľa želania klienta. Potom som povzbudila klienta k aktívnej spolupráci a viedla ho k samostatnosti.

6:30hod. - klientovi som vysvetlila ako správne postupovať pri vykonávaní hygienickej starostlivosti: skontrolovať teplotu vody, pridať mydlo, vložiť froté vrečko do umývadla, umyť si oči od vnútorného kútika k vonkajšiemu, umyť si celú tvár a osušiť si tvár malým uterákom, použiť zubnú kefku a pastu.

7:00 hod. - klienta som viedla k aktívnej spolupráci, ukázala som mu, ako si sám osuší tvár, ruky, aby som klienta viedla k samostatnosti.

7:30hod. - po skončení hygieny som klienta pochválila.

Vyhodnotenie:

Cieľ sa splnil čiastočne, preto je potrebné pokračovať v realizácii plánovaných ošetrovateľských intervencií.

Ošetrovateľská diagnóza 3 PES

00011 Zápcha v súvislosti so spomalenou črevnou peristaltikou, prejavujúca sa zníženou frekvenciou vyprázdňovania a pocitom bolesti v okolí konečníka.

Cieľ: Klient si odstráni zápchu do 3 dní.

Výsledné kritériá:

VK 1: Klient má stolicu podľa Bristolskej škály foriem stolice typ 4 v priebehu 3 dní.

VK 2: Klient nepocituje plnosť v rekte pred vyprázdnením v priebehu 3 dní.

VK 3: Klient cvičí 2x denne cviky brušných svalov, ktoré opakuje 10x v priebehu 3 dní.

VK 4: Klient prijíma tekutiny asi 1-1,5l denne, ktoré pomáhajú pri vyprázdňovaní.

VK 5: Klient má stolicu minimálne raz za 3 dni.

VK 6: Klientovi vysvetlíme, ktoré potraviny podporujú vyprázdňovanie.

Ošetrovateľské intervencie:

SI 1: Zaznamenať farbu a prípadné prímеси v stolici po každom vyprázdnení.

SI 2: Zaznamenať u klienta symptómy spojené s črevnou pasážou: pocit plnosti v rekte 3x denne.

SI 3: Zaznamenať do klientovej dokumentácie všetky defekácie.

SI 4: Pomáhať klientovi pri cvičení brušných svalov 1x denne, v čase o 15.00 hod., o 20.00hod. a cviky opakovať 10-krát.

SI 5: Zachovať súkromie klienta pri vyprázdňovaní, ak klient vykonáva vyprázdňovanie na izbe, treba vyvetrať izbu.

SI 6: Zabezpečiť pomoc klientovi pri vyprázdňovaní, ak potrebuje pomoc.

SI 7: Vysvetliť klientovi význam pitného režimu.

SI 8: Podávať klientovi 300ml tekutín každé tri hodiny, v čase od 7:00 do 19:00hod.

SI 9: Zabezpečiť klientovi potraviny, ktoré obsahujú vlákninu.

SI 10: V spolupráci s lekárom zvážiť podávanie laxatív.

SI 11: Sledovať kožu v okolí análneho otvoru.

Realizácia 27.12.2020

6:30hod. - klientovi som vysvetlila, že pre správne vyprázdňovanie je potrebné prijímať asi 1,5 až 2 litre tekutín denne, najlepšie ráno, ako sa klient prebudí a piť nápoje ako je teplá voda alebo čaj, ďalej som mu vysvetlila, aby obmedzil kávu a nepil ju 15min. pred jedným.

7:30hod. - klientovi som podala teplý ovocný čaj.

9:30hod. - klientovi som podala 150ml čistej vlažnej vody.

10:45hod. - klientovi som podala biely jogurt s ovsenými vločkami.

11:30hod. - klientovi som podala 250ml čistej vody, sledovala som, či u klienta nenastal pocit plnosti v rekte.

13:30hod. - klientovi som podala 200ml pomarančovej šťavy.

15:15hod. - klientovi som podala 200ml čistej vlažnej vody a sledoval som, či u klienta nevznikli symptómy spojené s črevnou pasážou.

16:30hod. - klientovi som podala slivkovú šťavu.

17:00hod. - klientovi som podala 200ml čistej vody a zisťovala som od klienta, či nemá nutkanie na stolicu.

18:00hod. - zaznamenala som do klientovej dokumentácie: klient málen mierny pocit plnosti v rekte, nutkanie na stolicu zatiaľ nemá.

Vyhodnotenie:

Cieľ sa nesplnil, preto je potrebné pokračovať v realizácii plánovaných ošetrovateľských intervencií.

Ošetrovateľská diagnóza 4 PES

00152 Riziko bezmocnosti v súvislosti so stratou fungovania, prejavujúca sa pocitom menejcennosti a zvládaním situácie.

Cieľ: Klient si odstráni bezmocnosť do 6 dní.

Výsledné kritériá:

VK 1: Klient si odstráni pocit bezmocnosti a menejcennosti do 6 dní.

VK 2: Klient nevyjadruje svoje negatívne pocity, ktoré pociťuje do 3 dní.

VK 3: Klient nechápe situáciu a riešenie problému do 2 hodín.

VK 4: Klient vedie rozhovor so sestrou o svojich pocitoch, ktoré prežíva do 48 hodín.

Ošetrovateľské intervencie:

SI 1: Pomôcť klientovi vhodným spôsobom vysvetliť riešenie danej situácie do 1 hodiny.

SI2: Snažiť sa vyjadrovať emočným spôsobom podporu klientovi do 30 minút.

SI3: Podporovať klienta v denných aktivitách a sebestačnosti v priebehu dňa.

SI 4:Pochváliť klienta za každý úspech počas dňa.

SI5:Zdôrazňovať pozitívne myšlienky u klienta počas rozhovoru.

SI 6: Kontaktovať rodinných príslušníkov za účelom zlepšenia zdravotného a psychického stavu do 30 minút.

Realizácia 2.1.2021:

6:45 hod. - klientovi som vhodným spôsobom vysvetlila aktuálnu situáciu a spôsob riešenia ako sa zapájať do aktivít denného života.

7:15 hod. - klienta som povzbudila a vhodným spôsobom zapojila do pomocných prác personálu do takej miery, do akej to dovoľuje jeho zdravotný stav.

8:00 – 10:00 hod. - sledovaním televízie a návštevou dennej miestnosti som u klienta vytvárala pozitívny pohľad na seba samého a poskytla tak emočnú podporu.

10:00 – 11:30 hod. - počas rozhovoru som klienta počúvala a nehodnotila jeho negatívny prístup k bežnému životu, pochvália jeho pozitívne stránky, ktoré má a vzbudila možnosť lepšej situácie uvedením konkrétnych príkladov.

Vyhodnotenie:

Cieľ sa podarilo splniť čiastočne, preto pokračujeme v stanovených intervenciách.

Ošetrovateľská diagnóza 5 PES

00091 Narušená pohyblivosť pri chôdzi v súvislosti so zlomeninou dolnej končatiny, prejavujúca sa celkovou slabosťou a zníženou citlivosťou v končatine.

Cieľ: Klient si zlepší pohyblivosť v končatine do 21 dní.

Cieľ: Dlhodobý

Výsledné kritériá:

VK 1: Klient vykonáva cviky na zlepšenie telesnej slabosti.

VK 2: Klient vykonáva masáž a rehabilitáciu postihnutej končatiny 1x denne za pomoci sestry.

VK 3: Klient aktívne spolupracuje pri zmene polohy a dostupovanie na končatinu.

VK 4: Klient porozumie významu a nástupu ďalších problémov nástupom imobility do 1 hodiny.

Ošetrovateľské intervencie:

SI1:Liečbu konzultovať s lekárom a fyzioterapeutom do 1 hodiny.

SI 2: Pravidelne sledovať FF: TK, TT, P, D, pred a po cvičení a zaznamenať do ošetrovateľskej dokumentácie každý deň.

SI 3: Vykonávať masáž postihnutej končatiny, aby sa zvýšila citlivosť.

SI 4: Pozorovaním a rozhovorom získať od klienta informácie, ktorá poloha je pre klienta najpohodovejšia a zaznamenávať do zdravotnej dokumentácie.

SI 5: Spolupracovať s klientom pri polohovaní.

SI 6: S klientom vykonávať cvičenia, ktoré sú zamerané na dýchanie 2-krát za 24 hodín.

Realizácia 5.1.2021

6:00hod. - zaznamenávala som polohovanie klienta podľa denného a aj nočného režimu každé 3 hodiny.

6:45hod. - zmerala som a zaznamenala so dokumentácie klientove FF: TK: 145/80, P: 82, D:16, klientovi som vysvetlila zmenu polohy a nácvik bežných denných aktivít, ako je dôležitá spolupráca klienta so zdravotným pracovníkom a ak bude cvičiť pravidelne,lepší sa jeho krvný obeh a zabráni sa tak vzniku dekubitov.

7:45 hod.- klienta som povzbudzovala a viedla k spolupráci pri dostupovaní a nácviku chôdze.

8:30 hod. - klientovu vhodnú liečbu som konzultovala a lekárom a fyzioterapeutom.

9:00 hod. - na postihnutej končatine som vykonala masáž, pri ktorej som použila masážny gél a krúživým pohybom som vykonala masáž.

9:45 – 11:30 hod. - zmerala som klientovi FF a zaznamenala so ošetrovateľskej dokumentácie, pomohla som klientovi pripraviť sa na obed.

12:30 hod. - klienta som povzbudila, aby sa pravidelne zapájal do cvičenia postihnutej končatiny.

13:30 - 14: 15 hod. - klienta som oboznámila, že v spolupráci so sanitárom sa pomalou chôdzou prejde po parku.

15:30 hod. - klienta po prechádzke som uložila do kresla pri posteli a povzbudila k spolupráci pri zmene polohy.

16:15 – 17:30 hod. - zmerala som FF a zaznamenala do dokumentácie, v spolupráci so sanitárkou sa klient premiestnil do jedálne na večeru pomocou mobilného chodítka, ktoré používa pri presune.

ODPORÚČANIA PRE PRAX

- Zaujímať sa o potreby klienta, jeho záujmy a problémy, byť s ním v kontakte, častými rozhovormi prejavovať záujem o klienta
- Zapájať klientov zariadenia do aktivít denného života, snažiť sa podporovať uspokojovanie potrieb, venovať dostatok času klientovi, ak má záujem o spoločnosť
- Po príchode do zariadenia venovať klientovi dostatok času a podporovať adaptáciu klienta, zoznámiť ho s prostredím, do ktorého prišiel, uspokojovať bio-psycho-sociálne a spirituálne potreby klienta
- Neustále spolupracovať s inými zariadeniami sociálnej starostlivosti
- Zabezpečiť klientovi kontakt s rodinnou, ak to dovoľuje jeho zdravotný stav
- Snažiť sa klienta akceptovať a brať ho takého aký je, aj vzhľadom na jeho ochorenie
- Zabezpečovať klientom pravidelné schôdze v zariadení a komunikovať o problémoch, ktoré by chceli vyriešiť a navrhnúť riešenia pre zlepšenie a skvalitnenie bývania a stravovania
- Informovať klientov o dôležitosti preventívnych prehliadok
- Skvalitňovať prípravu zdravotníckych pracovníkov pri ošetrovaní klientov s demenciou
- Dodržiavať zásady komunikácie s dementným klientom
- Vedieť ovládať svoje emócie, byť empatický a trpezlivý pri rôznych obvineniach seniorov, nebrať ich osobne

ZÁVER

Každé ochorenie, ktoré sa objaví v živote človeka, istým spôsobom zmení jeho kvalitu. Demencia si vyberá svoju daň pri logickom uvažovaní, predstavivosti, či pri schopnosti orientovať sa v prostredí. Pribúdajú poruchy správania, vnímania, zhoršuje sa schopnosť vyjadrovať sa, celkovo sa mení osobnosť a povaha človeka. Postupne zbavuje človeka toho najcennejšieho, čo má – pamäť si svojich blízkych, poznať ich mená, či prejavíť im city. Emočný stres postihuje celú rodinu a v poslednej fáze ochorenia je osoba závislá od cudzej pomoci. Starostlivosť o duševne chorých je veľmi náročná z hľadiska spolupráce klienta so zdravotníckymi pracovníkmi. Mnohí klienti nespolupracujú, nedodržiavajú denný režim, vyžadujú si zvýšený dozor, nakoľko trpia psychiatrickými diagnózami. Hlavnou úlohou sestry v zariadení je vhodným spôsobom usmerňovať klientov v správaní, viesť klientov k aktivitám denného života a prispievať k zlepšeniu zdravotného stavu pravidelnými kontrolami u lekára. Klienti v pokročilom štádiu demencie vnímajú pekné prostredie, tešia sa z jednoduchých činností, z jedla, počúvajú hudbu, dotýkajú sa plyšových hračiek, či neúnavne si prezerajú obrázky. Bolo by chybou myslieť si, že takíto ľudia nič nepotrebujú. Opak je však pravdou. Potrebujú bezpečné, láskavé a vládne prostredie s dostatočným množstvom primeraných podnetov. Je potrebné venovať im pozornosť, zaujímať sa o nich, posilňovať zachované schopnosti a zručnosti, a tým odstraňovať stavy úzkosti, zmätenosti, či depresie. Potrebujú ľudský kontakt, emočnú podporu, každodennú radosť a pohyb. V našej práci sme poukázali na starostlivosť o chorého s demenciou, problémové správanie u klientov a ako vhodnou starostlivosťou prispieť ku skvalitneniu života. Poslaním sestier v zariadení je neustále sa vzdelávať a poskytovať kvalitnú ošetrovateľskú starostlivosť klientom, ktorí sa nechcú alebo nevedia o seba postarať. Ich úlohou je nielen naučiť klientov vedieť sa o seba postarať, ale snažiť sa aj o zabezpečenie bio-psycho-sociálnych, spirituálnych a kultúrnych potrieb. V živote každého človeka je najdôležitejšia prevencia – zdravý životný štýl, kontinuálne vzdelávanie sa, či pozitívny prístup k životu. Dobrá pamäť totižto nie je samozrejmosťou, preto je potrebné si ju neustále precvičovať, napríklad lúštením krížoviek, tréningom zapamätávania si dôležitých dátumov, či telefónnych čísel. Pre každého seniora je potrebné porozumenie, podpora rodiny a blízkeho okolia.

Na zvýšenie kvality ošetrovateľskej starostlivosti bolo našou snahou aplikovať model Marjory Gordonovej, ktorý sme použili v praxi pri starostlivosti o klienta s polyetiologickou demenciou.

ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

Knižná literatúra:

- 1 ABRAHAM, P. 2005. Rodinná encyklopédia zdravia. Vyd. Praha: Ottovo vydavateľstvo, 2005. ISBN 80-7360-232-6.
- 2 BRACKEY, J. 2016. Alzheimer, Dajte mi lásku a šťastie. Praha: TRITON, 2016. ISBN 978-80-7553-633-4.
- 3 BORIKOVÁ, I. 2007. Problematika posudzovacích nástrojov v ošetrovatel'stve. Osveta, Oravská univerzita v Ostravě, 2007. ISBN 978-80-7368-230-9.
- 4 ČERŇANOVÁ, A. 2011. Ošetrovanie chorých s psychickými problémami na somatických oddeleniach. Martin: Osveta, 2011. ISBN 978 80-8063-354-7.
- 5 ČUNDERLÍKOVÁ, M a kolektív. 2016. Ako si poradiť s demenciou. Centrum MEMORY, 2016. ISBN 978-80-971716-4-3.
- 6 HAUKE, M. a kolektív. 2017. Keď do života vstúpi demencia. TÁBOR, 2017. ISBN 978-80-906320-7-3.
- 7 HRDLÍČKA M, HRDLÍČKOVÁ D. 1999. Demencie a poruchy pamäti. GRADA, 1999. ISBN 80-7169-797-4.
- 8 HÜTHER, G. 2018. Von z pasce zvanej Demencia!. Vydavateľstvo Citadella, 2018. ISBN 978-80-8182-106-6.
- 9 JANOSIKOVÁ H. ELLEN, DAVIESOVÁ L. JANET. 1999. Psychiatrická ošetrovateľská starostlivosť. MARTIN, 1996 ,1999. ISBN 80-8063-017-8.
- 10 JIRÁK, R. 2013, Gerontopsychiatria. PRAHA, 2013. 978-80-7262-873-5.
- 11 JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ a kolektív. 2009. Demencia a iné poruchy pamäti: komunikácia a iné druhy pamäti. GRADA, 2009. ISBN 978- 80-247- 2454-6.
- 12 KAFKA a kolektív. 1993. Psychiatria. MARTIN, 1993. ISBN 80-217-0514-0.
- 13 KALVACH, Z. 2008. Geriatrické syndrómy a geriatrický pacient. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2490-4.
- 14 KRÁLOVÁ, M. 2017. Demencie. Univerzita Komenského Bratislava, Lekárska fakulta *Psychiatrická klinika LF UK a UN, Bratislava 2017. ISBN 978-80-223-4307-7*
- 15 KOPECKÝ, P., KOPECKÁ, K. 2014. Zdravie a klinika chorôb. Martin: Osveta, 2014. ISBN 978-80-8063-422-3.

- 16 KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R., 1995. Ošetrovateľstvo. Martin: Osveta, 1995. ISBN 80-217-0528-0.
- 17 MARČEKOVÁ, J. 2006. Ošetrovateľské diagnózy v NANDA doménach. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1399-3.
- 18 MARTINKOVÁ, J. 2017. Prejavy problémového správania u pacientov s Alzheimerovou demenciou. Trnava: vydavateľstvo SAV, 2017. ISBN 978- 80-568-0022-5.
- 19 ONDRIÁŠOVÁ, M. 2005. Psychiatria. Martin: Osveta, 2005. ISBN 80-8063-199-9.
- 20 PIDRMAN, V. Demencia, 2007. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1490-5.
- 21 PAVLÍKOVÁ, S. 2007. Modely ošetrovateľstva v kocke. Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1918-4.
- 22 POLEDNÍKOVÁ, Ľ. 2006. Geriatrické a gerontologické ošetrovateľstvo. Martin: Osveta, 2006. ISBN 80-8063-208-1.
- 23 TRENCKMANN, U., BANDELOW, B. 2005. Psychiatria a psychoterapia. Trenčín, 2005. ISBN 80-88952-26-3.
- 24 VAVRUŠOVÁ, L. 2012. Demencia. Martin: Osveta, 2012. ISBN 978- 80-8063-382-0.
- 25 VYHLÁŠKA MZ SR 306/2005 z 30. Júla 2005, ktorou sa ustanovuje zoznam sesterských diagnóz.
- 26 VYHLÁŠKA MZ SR 364/2005, ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne a v spolupráci s lekárom a rozsah praxe pôrodnej asistencie poskytovanej pôrodnou asistentkou samostatne a v spolupráci s lekárom.
- 27 ZGOLA, M. Jitka. 2003. Úspešná starostlivosť o človeka s demenciou. Havlíčkov Brod, Grada 2003. ISBN 80-247-0183-9.
- 28 ZVĚŽOVÁ, M. 2017. Alzheimerova demencia. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-271-0561-8.

Časopisecká literatúra

- 29 Mgr. Barčáková, G. Špecifická a ošetrovateľská starostlivosť o chorého s Alzheimerovou demenciou. *Sestra*- odborný mesačník pre ošetrovateľstvo. ISSN 1335-9444, 2016, č .7-8, s.23
- 30 Boriková, I. 2010. Posudzovanie aktivít denného života. ISSN 1804-2740, 2010, roč. 1, č.1, s. 27-28

- 31 Daffner, K.,R. 2016. Ako si zlepšiť pamäť. Zdravie - praktický domáci sprievodca zdravím. ISBN 978-953-59202-2-9, 2016, č.3, s.23.
- 32 PhDr. Martinková, J. Paliatívna a hospicová starostlivosť o pacienta s Alzheimerovou demenciou. *Sestra* - odborný mesačník pre ošetrovatel'stvo. ISSN 1335-9444, 2018, č.11-12, s.31
- 33 Michalková, I.,Šimončíčová, S. 2006. Úskalia komunikácie s geriatrickým pacientom. In *sestra*. ISSN 1335-9444. 2006, č.11-12, s.38

Elektronické dokumenty

- 34 Kozáčiková, I. 2016. Starecká demencia – postupná strata dlhodobej pamäti. [Online]. 2016 Citované [2.5.2016]. Dostupné na internete:<
<http://www.slovenskypacient.sk/starecka-demencia-priznaky.prejavy-starostlivost-ginko-/lecitin-Guarana.sk>

Zoznam príloh

Príloha č. 1 - Bartelov test základných denných aktivít ADL

Príloha č. 2 - Stupnica na meranie bolesti pri pokročilej demencii (PAINAD)

Príloha č. 3 - Stupnica hodnotenia psychického zdravia

Príloha č. 4 - Skrátený mentálny bodovací test (hodnotenie psychického stavu podľa Gainda)

Príloha č. 5 - Test inštrumentálnych denných činností – IADL

Príloha č. 6 - Skriningový test na určenie rizika pádu

Príloha č. 7 - Katzov index nezávislosti v denných aktivitách

Príloha č. 8 - Bristolská škála foriem stolice

Príloha č. 9 – Fotodokumentácia

Bartelov test základných denných aktivít ADL (AKTIVITY DAILY LIVING)

Činnosť	Zvládnutie činnosti	Body
Jedenie/ pitie	Samostatne, bez pomoci	10
	S pomocou	5
	Nezvládne	0
Obliekanie	Samostatne, bez pomoci	10
	S pomocou	5
	Nezvládne	0
Kúpanie	Samostatne alebo s pomocou	10
	Nezvládne	0
Osobná hygiena	Samostatne alebo s pomocou	10
	Nezvládne	0
Kontinencia moču	Plne kontinentný	10
	Občas inkontinentný	5
	Inkontinentný	0
Kontinencia stolice	Plne kontinentný	10
	Občas inkontinentný	5
	Inkontinentný	0
Použitie WC	Samostatne, bez pomoci	10
	S pomocou	5
	Nezvládne	0
Presun z postele na stoličku	Samostatne, bez pomoci	15
	S malou pomocou	10
	Vydrží sedieť	5
	Nezvládne	0
Chôdza po rovine	Samostatne nad 50m	15
	S pomocou 50m	10
	Na vozíku 50m	5

	Nezvládne	0
Chôdza po schodoch	Samostatne, bez pomoci	10
	S pomocou	5
	Nezvládne	0

Vyhodnotenie stupňa závislosti:

0 – 40 bodov – vysoká závislosť

45 -60 bodov – závislosť stredného stupňa

65 -95 bodov – mierna závislosť

100 bodov – nezávislosť

Príloha 2

Stupnica na meranie bolesti pri pokročilej demencii (PAINAD)

	0	1	2	Počet bodov
Dýchanie (nezávislé na vokalizácii)	Normálne	Občasné namáhavé dýchanie Krátke obdobie hyperventilácie	Hlučné sťažené dýchanie Dlhodobé obdobie hyperventilácie Cheyne- Stokesovo dýchanie	
Bolestivá vokalizácia	Žiadna	Občasný ston alebo vzlykanie Normálna negatívna alebo odmietavá reč	Opakované utrápené volanie Hlasité stonanie alebo vzlyk Plač	

Výraz tváre	Úsmev alebo neutrálny výraz	Smutný Vydesený Zamračený	Bolestivé grimasy	
Reč tela	Relaxovanosť	Napätie Nekľudné prechádzanie Nekľud	Strnulosť Zovreté päste Kolená pritiahnuté k telu Pritáhovanie alebo odtláčanie pri dotyku Udieranie	
Utešovanie	Nie je nutné	Je možné rozptýliť alebo uklídnúť hlasom alebo dotykom	Nie je možné utešiť, rozptýliť alebo uklídnúť	
Súčet				
Hodnotenie: <p>0 = relaxácia a komfort</p> <p>1 – 3 = mierny diskomfort</p> <p>4 – 6 = stredná bolesť</p> <p>7 – 10 = silná bolesť, diskomfort</p>				

(Podľa: Vorlíček L. Rozpoznání a měření bolesti u pacientůs pokročilou demenci.
In. Bolest. 2006, roč.9, č. 1.)

Príloha 3

Stupnica hodnotenia psychického zdravia

Položky	Skórovaná odpoveď
1. Cítite sa väčšinu času dobre?	nie
2. Máte často obavy o svoje zdravie?	áno
3. Trpíte často bolesťami hlavy?	áno
4. Mal/a ste v poslednom čase závraty?	áno
5. Často sa Vám trasú ruky pri práci?	áno
6. Máte zášklby svalov?	áno
7. Mal/a ste v poslednom čase bolesti iba zriedka alebo vôbec nie?	nie
8. Vnímate necitlivosť v jednej alebo viacerých častiach tela?	áno
9. Máte vždy ruky a nohy tela dostatočne teplé?	nie
10. Je Váš spánok prerušovaný, povrchný alebo inak narušený?	áno
11. Idete väčšinou spať bez myšlienok, ktoré by Vás trápili?	nie
12. Máte rád/a spoločnosť, ste rád/a medzi ľuďmi?	nie
13. Často Vás niečo trápi?	áno
14. Ste často plný/á elánu (energie)?	nie
15. Cítite sa často neužitočný/á?	áno

Hodnotenie:	Pacient označí iba tie odpovede ktoré sa ho týkajú.
Skóre 6 a viac (súhlasí s odpoveďou v texte) svedčí pre poruchu psychického zdravia.	

(Podľa: Staňková M. Hodnocení a měřicí techniky v ošetrovateľskej praxi, České ošetrovatelství 6, 2001)

Príloha 4

Skrátený mentálny bodovací test(hodnotenie psychického stavu podľa Gainda)

Zistíte u pacienta otázkami a úlohami:		
1. vek	1	0
2. koľko je asi hodín	1	0
3. adresu *	1	0
4. súčasný rok	1	0
5. kde je hospitalizovaný	1	0
6. poznanie aspoň dvoch osôb	1	0
7. dátum narodenia	1	0
8. meno súčasného prezidenta	1	0
9. odčítat' späť od 20 do 1 alebo vymenovať odzadu mesiace v roku od decembra do januára	1	0
Celkovo		

* na konci testu by mal pacient adresu zopakovať, aby sme sa uistili, že pacient dobre počuje.

Test slúži na ošetrovateľské posúdenie. Za každú správnu odpoveď má pacient 1 bod. Ak nedosiahne ani 7 bodov, jedná sa o zmätenosť.

(Podľa: Staňková M. Hodnocení a měřící techniky v ošetrovateľské praxi, České ošetrovateľství 6, 2001)

Príloha 5

Test inštrumentálnych denných činností – IADL (Instrumental activities dailyliving)

Činnosť	Zvládnutie činnosti	Body
Telefonovanie	Vyhľadá samostatne číslo, vytočí ho	10
	Pozná niekoľko čísel, odpovedá na zavolanie	5
	Nedokáže používať telefón	0
Transport	Cestuje samostatne dopravným prostriedkom	10
	Cestuje v sprievode inej osoby	5
	Cestuje v špeciálne upravenom dopravnom prostriedku	0
Nakupovanie	Je schopný si samostatne nakúpiť	10
	Nakúpi so sprievodom alebo radou inej osoby	5
	Neschopný bez podstatnej pomoci	0
Varenie	Uvarí samostatne celé jedlo	10
	Jedlo si ohreje	5
	Jedlo musí pripraviť iná osoba	0

Domáce práce	Udrzuje domácnosť s výnimkou ťažkých prác	10
	Vykoná ľahšiu prácu alebo neudrží primeranú čistotu	5
	Potrebuje pomoc pri väčšine prác alebo nerobí nijaké práce v domácnosti	0
Práca okolo domu	Vykonáva samostatne a pravidelne	10
	Vykonáva pod dohľadom	5
	Vyžaduje pomoc, prácu nevykoná	0
Užívanie liekov	Samostatne berie v určenú dobu správnu dávku, pozná názvy liekov	10
	Užíva lieky, ak sú pripravené a pripomenuté	5
	Lieky musí podávať iná osoba	0
Financie	Spravuje samostatne, platí účty, pozná príjmy a výdaje	10
	Zvládne drobné výdaje, potrebuje pomoc so zložitejšími operáciami	5
	Neschopný bez pomoci narábať s peniazmi	0

(Podľa: Staňková M. Hodnocení a měřící techniky v ošetrovateľskej praxi, České ošetrovateľství 6, 2001)

Príloha 6

Test pre zistenie rizika pádu

AKTIVITA		BODY
Pohyb	neobmedzený	0
	používa pomôcky	1
	potrebuje pomoc pri pohybe	1
	neschopný pohybu	1
Vyprázdňovanie	nevyžaduje pomoc	0
	prítomná inkontinencia alebo nocturia	1
	vyžaduje pomoc	1
Medikácia	neužíva rizikové lieky	0
	užíva lieky: diuretiká, antiparkinsoniká, antikonvulzíva, antihypertenzíva, psychotropné lieky, benzodiazepany	1
Zmyslové poruchy	žiadne	0
	vizuálny, sluchový, zmyslový deficit	1
Mentálny status	orientovaný	0
	zriedkavá/nočná dezorientácia	1
	dezorientácia, demencia	1
Vek	18-75 rokov	0
	75 rokov a viac	1
	Ak je skóre vyššie ako 3, je potrebné iniciovať zásahy zamerané na prevenciu pádu.	

(Podľa Poledníková, L. a kol., Geriatrické a gerontologické ošetrovatel'stvo, Osveta, 2006)

Katzov index nezávislosti v denných aktivitách

Hodnotiaci formulár		Meno:	Dátum:
Indikuje nezávislosť	Indikuje potrebnú asistenciu	Indikuje závislosť	
Kúpanie: Umývanie žínkou,, kúpanie alebo sprchovanie. <input type="checkbox"/> Nepotrebuje žiadnu pomoc, ak sa kúpe vo vani, dostane sa dnu aj von bez pomoci	<input type="checkbox"/> Potrebuje pomoc pri umývaní iba pri jednej časti tela, napríklad chrbta, alebo nôh	<input type="checkbox"/> Potrebuje pomoc pri umývaní viac ako jednej časti tela, alebo nieje schopný sa umyť	
Oblekanie: Vyberie oblečenie i spodné prádlo zo skrine a zásuviek a je schopný zapnúť háčiky a gombíky. <input type="checkbox"/> Vyberie oblečenie a oblečie sa bez pomoci	<input type="checkbox"/> Vyberie oblečenie a oblečie sa bez pomoci s výnimkou zaväzovania šnúrok na topánkach	<input type="checkbox"/> Potrebuje pomoc pri vyberaní oblečenia alebo pri obliekaní, alebo ostáva čiastočne či úplne neoblečený	
Vyprázdňovanie: Chodí do miestnosti označenej ako „WC“, potom sa sám utrie a oblečie. <input type="checkbox"/> Chodí na toaletu, utrie sa a oblečie bez pomoci. Môže používať palicu, chodítko alebo	<input type="checkbox"/> Potrebuje pomoc pri chodení na toaletu alebo	<input type="checkbox"/> Nechodí na toaletu	

vozík a v noci môže samostatne používať podložnú misu alebo prenosné WC, ktoré ráno vyprázdni	utieraní či obliekaní po vykonaní potreby, alebo nočnom používaní podložnej misy či prenosného WC	
Premiestňovanie: <input type="checkbox"/> Premiestňuje sa z postele a vozíka bez pomoci. Môže používať kompenzačné pomôcky, napríklad palicu alebo chodítko	<input type="checkbox"/> Premiestňuje sa z a do postele a vozíka s pomocou	<input type="checkbox"/> Nevstáva z postele
Schopnosť udržať moč a stolicu: <input type="checkbox"/> Plne kontroluje močenie a vyprázdňovanie stolice	<input type="checkbox"/> Príležitostne inkontinentný	<input type="checkbox"/> Potrebuje dozor pri vyprázdňovaní, má zavedený močový katéter, alebo je inkontinentný
Stravovanie: <input type="checkbox"/> Je bez pomoci	<input type="checkbox"/> Je sám , potrebuje pomoc s krájaním mäsa alebo natieraním chleba	<input type="checkbox"/> Potrebuje pomoc pri jedle, alebo je kŕmený čiastočne či úplne pomocou enterálnej výživy či i.v. tekutín
Celkové hodnotenie: A: Sebestačný vo všetkých šiestich funkciách. B: Sebestačný vo všetkých funkciách okrem jednej z funkcií. C: Sebestačný vo všetkých funkciách okrem kúpania a jednej ďalšej funkcie.		
Hodnotil:		

D: Sebestačný vo všetkých funkciách okrem kúpania, obliekania a jednej ďalšej funkcie.

E: Sebestačný vo všetkých funkciách okrem kúpania, obliekania, vyprázdňovania a jednej ďalšej funkcie.

F: Sebestačný vo všetkých funkciách okrem kúpania, obliekania, chodenia na toaletu, premiestňovania a jednej ďalšej funkcie.

G: Nesebestačný vo všetkých šiestich funkciách.

Ostatné: Závislý najmenej v dvoch funkciách, ktoré však nie je možné klasifikovať ako C,D,E alebo F.

(Podľa: Kolektív autorov. Dokumentace od A do Z, Grada, 2006)

Príloha 8

Bristolská škála foriem stolice

Typ 1	Jednotlivé tvrdé hrudky ako orechy, ktoré sa ťažko vypudzujú	Dlhý tranzit – asi 100 h
Typ 2	Stolica tvaru párka, ale hrudkovitá	
Typ 3	Stolica ako párok, ale s prasklinami na povrchu	
Typ 4	Stolica ako párok alebo had, hladká, mäkká	
Typ 5	Mäkké hrudky s ostro ohraničenými okrajmi, ľahko prechádzajúce	
Typ 6	Nakyprené kúsky stolice s hrboľatými okrajmi, kašovitá stolica	

Typ 7	Vodnatá stolica, bez tuhých kusov	Krátky tranzit – asi 10 h
----------	-----------------------------------	---------------------------

Poznámka: forma stolice závisí od času, ktorý zotrvá v hrubom čreve (colonictransittime). Pri dlhšom pobyte v HČ sa počet stolíc znižuje. Podľa Bristolskej škály foriem stolice typ 1 znamená najpomalší tranzit – zápchu, kým typ 7 najrýchlejší tranzit – hnačku.

Príloha 9

Zariadenie sociálnych služieb "CLEMENTIA"



