

A close-up photograph of a caregiver's hands holding an elderly person's hands. The caregiver is wearing a blue watch. The background is a dark blue with a faint, glowing pattern of interconnected lines, resembling a neural network or a complex web. The text is overlaid on the right side of the image.

Ošetrovateľská péče o nemocného s demencií

*Od klinického obrazu k systematické
péči dle modelu V. Hendersonové*

Získaná a postupná ztráta vyšších mozkových funkcí



Povaha stavu

Onemocnění, úraz nebo akutní stav trvající déle než 6 měsíců. Není to přirozená součást stárnutí.

Kognitivní deficit

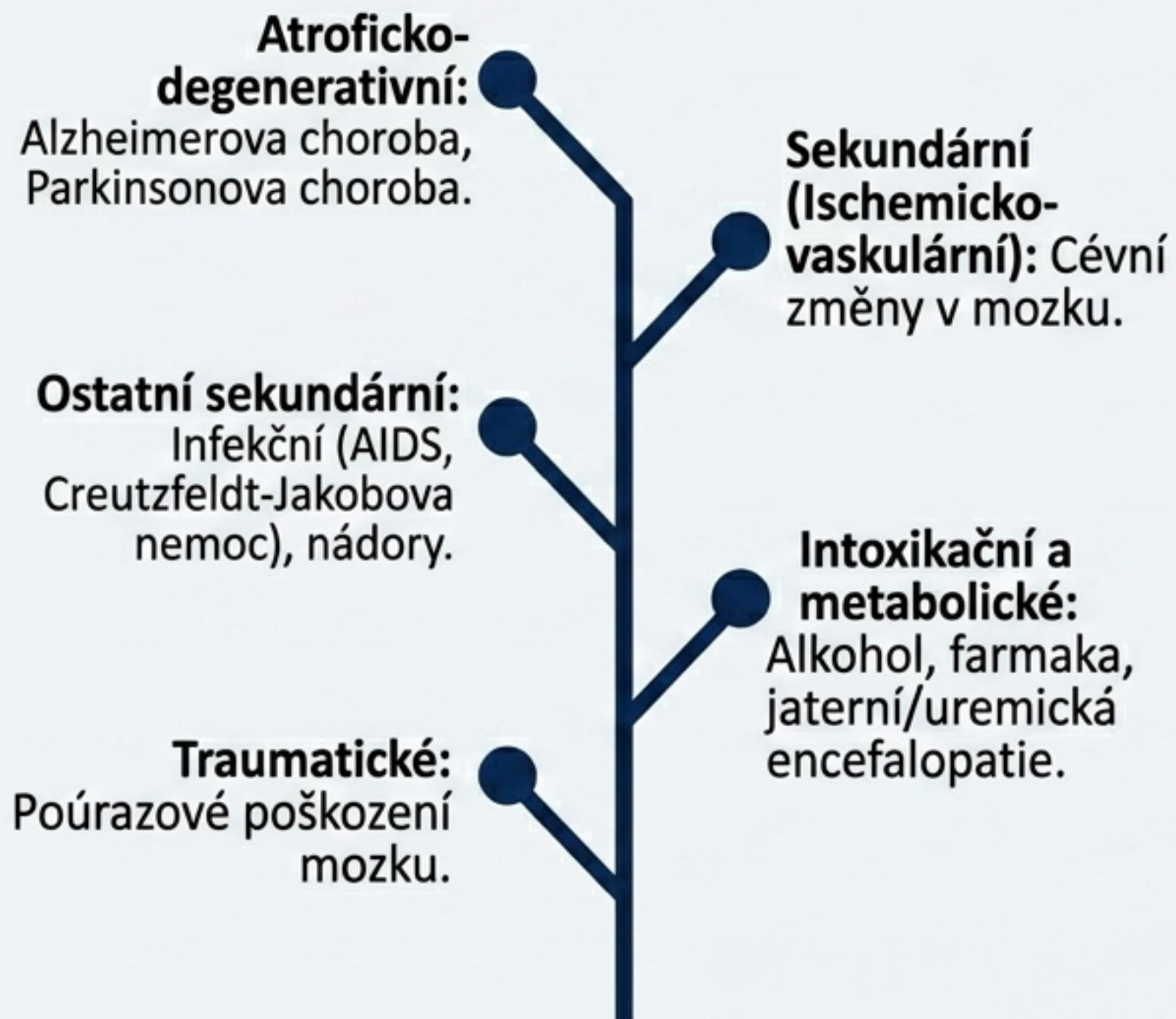
Narušení paměti, schopnosti učení, porozumění, řeči, orientace a abstraktního myšlení.

Psychosociální deficit

Ztráta emočních a sociálních dovedností, změny osobnosti.

Patogeneze a rizikový profil pacienta

Příčiny vzniku



Klíčové rizikové faktory



Věk a Pohlaví:
Nad 85 let trpí demencí každý pátý. Ženy jsou ohroženy více než muži.



Genetika a Deprese:
Výskyt je 3–4x vyšší u blízkých příbuzných. Deprese ve stáří zvyšuje riziko 3–4x.

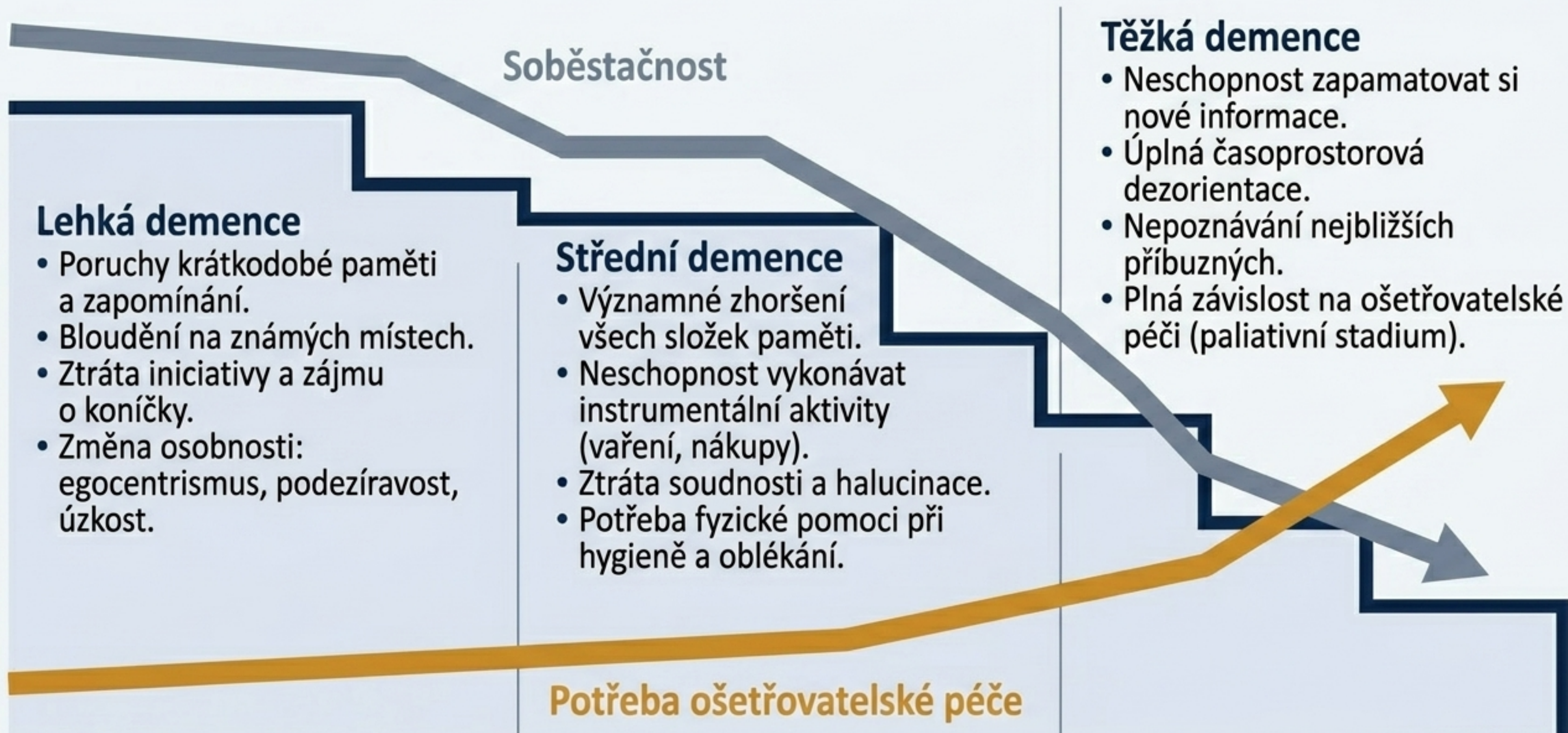


Kardiovaskulární zdraví:
Hypertenze, cholesterol, diabetes, kouření a alkohol.



Ochranný faktor: Vyšší vzdělání a celoživotní kognitivní trénink.

Vývojová stadia a ztráta soběstačnosti



Souhrnné klinické příznaky

Kognitivní a Exekutivní

Amnézie a Dezorientace:
Porucha krátkodobé paměti (zpravidla první příznak), bloudění.

Deteriorace intelektu:
Ztráta schopnosti plánovat a vykonávat složitější úkony.



Poruchy korových funkcí (Akcesorní)

Apraxie: Ztráta schopnosti provádět složitější účelné pohyby.

Agnózie: Neschopnost rozpoznat význam běžných podnětů.

Afázie, Agrafie, Alexie:
Ztráta schopnosti mluvit, psát a číst.

Psychiatrické a Behaviorální

Emotivita: Emoční plochost, tupá euforie, úzkost, těžké deprese.

Chování: Agrese, neklid, bizarní chování.

Vnímání: Závažné poruchy spánku, bludy a halucinace.

Diagnostická cesta pacienta



- Zhodnocení vývoje stavu, změn chování, poruch paměti a poklesu soběstačnosti. Rodina je klíčovým zdrojem zdrojem informací.

- **Laboratoř:** Krevní obraz, játra, ledviny, štítná žláza, lipidy.
- **Kognitivní testy:** MMSE (Mini Mental State Examination) a Test hodin (Clock Test).

- Odeslání k neurologovi, geriatrovi nebo psychiatrovi. Skóre MMSE 25–13 bodů indikuje zahájení léčby (inhibitory acetylcholinesterázy).

- CT (počítačová tomografie) nebo MRI (magnetická rezonance) mozku k potvrzení atrofických změn nebo vaskulární patologie.



Od diagnózy k péči: Aplikace modelu V. Hendersonové

Základním úkolem sestry není léčit nemoc, ale kompenzovat deficit pacienta.

Aplikujeme model 14 základních lidských potřeb k identifikaci konkrétních ošetrovatelských problémů.

Cíl péče: Udržet maximální možnou kvalitu života, zachovat důstojnost a podpořit zbývající soběstačnost.

Ošetřovatelské problémy: Fyzické a biologické potřeby



Výživa a hydratace: Riziko těžké malnutrice a dehydratace. Snížený pocit žízně, zapomínání na jídlo, neschopnost přípravy pokrmů.



Vylučování: Riziko inkontinence moči a stolice v pozdějších stadiích onemocnění. Ztráta hygienických návyků.



Pohyb a poloha: Vysoké riziko pádů a úrazů v důsledku apraxie. Bezcílné toulání a bloudění.



Spánek a odpočinek: Inverze spánkového rytmu (noční aktivita, denní spavost), noční neklid a halucinace.



Hygiena a oblékání: Neschopnost provedení úkonů (apraxie). Nevhodný výběr oblečení vzhledem k počasí nebo situaci.

Ošetrovatelské problémy: Psychosociální potřeby



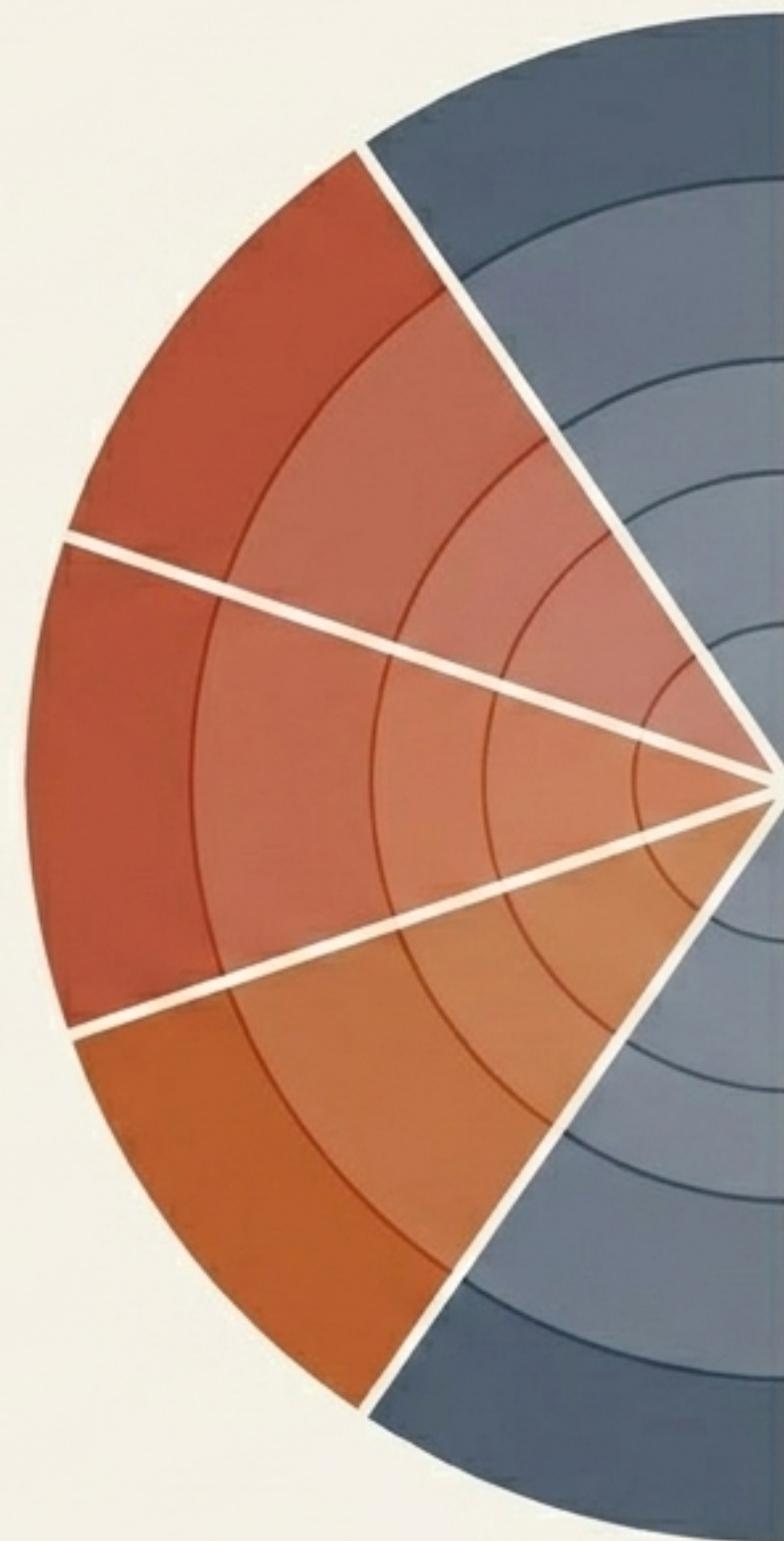
Bezpečnost (Vyhýbání se nebezpečí): Vysoké riziko ohrožení zdraví vlivem časoprostorové dezorientace. Opuštění domova a neschopnost návratu, riziko zranění v domácnosti (plyn, elektřina).



Komunikace: Ztráta schopnosti porozumění (afázie). Agresivita a podezíravost pramenící z frustrace a strachu z nepochopení okolního světa.



Smysluplná činnost a učení: Úplná ztráta vštípivosti (nemožnost učit se novým věcem). Ztráta zájmu o celoživotní koníčky, neschopnost udržet pozornost, apatie.



Realizace péče: Komunikace a přístup

✓ **Doporučeno** (Zásady správné komunikace)

- Používat krátké, jasné a jednoznačné věty.
- Klást otevřené otázky a poskytovat empatickou zpětnou vazbu.
- **Rezoluční (Validační) terapie:**
Respektovat realitu pacienta. Cokoli pacient řekne „TEĎ“, je pro něj skutečností. Není smysluplné se snažit tuto realitu logicky změnit.

✗ **Vyvarovat se** (Nejčastější chyby)

- Konfrontacím a konfliktům, které vyvolávají agresi.
- Opravování a vyvracení slovních formulací pacienta.
- Logickému vysvětlování bludů a obviňování.
- Vyčítání typu: „Vždyť už mi to říkáte posté!“ (Pacient si to nepamatuje).

Realizace péče: Bezpečné prostředí a denní režim

Zajištění orientace v prostoru a čase

- **Hodiny a kalendář:** Pořízení hodin se zřetelným datem. Pravidelné odškrtnávání dnů v kalendáři.
- **Vizuální nápovědy:** Obrázky nebo výrazné popisky na skříních a zásuvkách označující jejich obsah.

Stabilita prostředí (Denní stereotypy)

- Udržovat stálý každodenní plán. Nespěchat, poskytnout čas na odpočinek.
- Minimalizovat změny – neměnit prostředí a nepřemísťovat osobní věci pacienta.

Prevence ztracení

- Nikdy nenechávat pacienta mimo domov bez doprovodu.
- Registrace v programu České alzheimerovské společnosti (ČALS) „Bezpečný návrat“.



Realizace péče: Specifika výživy a hydratace

Skrytá rizika podvýživy:

Nemocní zapomínají jíst a ztrácejí pocit žízně. Dochází k nebezpečnému úbytku **kosterní svaloviny**, který je často maskován zachovanými tukovými zásobami.



Pitný režim: Pacienti pijí často méně než 1 litr denně. Tekutiny je nutné aktivně nabízet.



Frekvence: Podávat stravu pravidelně každé 2–3 hodiny, i bez pocitu hladu.

Doplnění cukrů (pro chuť)

Med, hroznový cukr,
sušené ovoce.

Doplnění tuků (pro energii)

Máslo do hotových pokrmů,
sladká/kysaná smetana, majonéza.

Zvýšení bílkovin

Tvrdé sýry, tučný tvaroh, vejce,
maso, luštěniny.

Nefarmakologická terapie v ošetrovatelství

Reminiscence a Muzikoterapie

Léčba hudbou a vzpomínkami. Využití hudby z mládí pacienta aktivuje dlouhodobou paměť, která bývá zachována i u těžkých forem demence.

Trénink kognitivních funkcí

Křížovky, pexeso, puzzle. Test vybavování (zapamatování 10 předmětů). Sešity „Cvičte si svůj mozek“.

Zooterapie a Canisterapie

Kontakt se zvířaty (pasivní, interaktivní, rezidentní) výrazně tlumí úzkost a poskytuje emoční komfort.

Arteterapie a Taneční terapie

Produktivní umění (malba, modelování). Taneční terapie podporuje percepční funkce a orientaci v prostoru.

Podpora pečujících a edukace rodiny

Vytvoření „Knihy paměti“

Základní pomůcka pro orientaci pacienta: důležitá telefonní čísla (tísňová volání), adresy, jména blízkých s popisem vztahu, mapa okolí domova a seznam nezbytných denních úkonů.

Interaktivní edukace rodiny

Sestra zjišťuje představy pečujících, empaticky naslouchá a poskytuje zpětnou vazbu. Podpora odpočinku rodiny – prevence syndromu vyhoření.

Klíčové uvědomění pro rodinu

Nemocní s demencí si velmi dlouho pamatují způsob komunikace a emoce s ní spojené, i když zcela zapomněli její obsah. Konflikt vyvolá pocit ohrožení, který přetrvává, i když důvod hádky pacient zapomene.





Práva nemocných s demencí

Jako zdravotníci a pečující ctíme, že nemocný s demencí má právo:

- Být informován o své chorobě a mít soustavnou péči.
- Být vnímán při jakémkoli zacházení jako dospělý člověk, nikdy ne jako dítě.
- Být brán vážně při vyjadřování svých citů a potřeb.
- Žít v bezpečném, srozumitelném a předvídatelném prostředí.
- Pociťovat tělesný kontakt, včetně objetí a podržení ruky.
- Nebýt léčen psychotropními látkami, je-li to možné.
- Být ošetřován edukovaným a empatickým personálem, který zná jeho životní příběh.