



Názov:

**Komplexný ošetrovateľský manažment
pacienta s demenciou – 1.revízia**

Autor:

**doc. PhDr. Tatiana Hrindová, PhD.
PhDr. Zuzana Fabianová, MBA**

Odbor:

Ošetrovateľstvo

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky podľa § 45 ods. 1 písm. c) zákona 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov vydáva štandardný postup:

Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta s demenciou – 1. revízia

Číslo ŠP	Dátum prvého predloženia Komisii MZ SR pre ŠDTP	Status	Dátum účinnosti schválenia ministrom zdravotníctva SR
0035	14. február 2019	schválené	1. apríl 2020
0035R1	24. október 2023	schválené	15. november 2023

Autori štandardného postupu

doc. PhDr. Tatiana Hrindová, PhD.; PhDr. Zuzana Fabianová, MBA

Odborná podpora tvorby a hodnotenia štandardného postupu

Prispievatelia a hodnotitelia: členovia odborných pracovných skupín pre tvorbu štandardných diagnostických a terapeutických postupov MZ SR; hlavní odborníci MZ SR príslušných špecializačných odborov; hodnotitelia AGREE II; členovia multidisciplinárnych odborných spoločností; odborný projektový tím MZ SR pre ŠDTP a patientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike; NCZI; Sekcia zdravia MZ SR, Kancelária WHO na Slovensku.

Odborní koordinátori: doc. MUDr. Peter Jackuliak, PhD., MPH; doc. MUDr. Alexandra Krištúfková, PhD.; prof. MUDr. Juraj Payer, PhD., MPH, FRCP, FEFIM

Recenzenti

členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP: MUDr. Ingrid Dúbravová; PharmDr. Tatiana Foltánová, PhD.; prof. MUDr. Jozef Glasa, CSc, PhD.; MUDr. Darina Haščíková, MPH; prof. MUDr. Jozef Holomáň, CSc.; doc. MUDr. Martin Hrubíško, PhD., mim. prof.; doc. MUDr. Peter Jackuliak, PhD., MPH; MUDr. Jana Kelemenová; MUDr. Branislav Koreň; doc. MUDr. Alexandra Krištúfková, PhD.; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc.; PhDr. Mária Lévyová; MUDr. Boris Mavrodiev; Mgr. Katarína Mažárová; Ing. Jana Netriová, PhD. MPH; prof. MUDr. Juraj Payer, PhD., MPH, FRCP, FEFIM; Mgr. Renáta Popundová; MUDr. Jozef Pribula, PhD., MBA; MUDr. Ladislav Šinkovič, PhD., MBA; PharmDr. Ellen Wiesner, MSc.; MUDr. Andrej Zlatoš

Technická a administratívna podpora

Podpora vývoja a administrácia: Ing. Peter Čvapek, MBA, MPH; Mgr. Barbora Vallová; Mgr. Ludmila Eisnerová; Mgr. Mário Fraňo; Ing. Petra Hullová; JUDr. Ing. Zsolt Mánya, PhD., MHA; Ing. Katarína Krkošková; Mgr. Miroslav Hečko; PhDr. Dominik Procházka; Ing. Martina Šimonovičová

Podporené grantom z OP Ľudské zdroje MPSVR SR NFP s názvom: „Tvorba nových a inovovaných štandardných klinických postupov a ich zavedenie do medicínskej praxe” (kód NFP312041J193)

Kľúčové slová

demencia, štádia demencie, diagnostika demencie, validácia, reminiscencia, aktivizácia

Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

ADL	Activity daily living / aktivity denného života
ACH	Alzheimerova choroba
BPSD	Behaviorálne a psychologické príznaky demencie
EBN	Evidence Based Nursing / ošetrovateľstvo založené na dôkazoch
EBM	Evidence Based Medicine / medicína založená na dôkazoch
EÚ	Európska únia
KOS	Komplexná ošetrovateľská starostlivosť
MKCH 10	Medzinárodná klasifikácia chorôb
MMSE	Mini Mental State Exam / test kognitívnych funkcií

Kompetencie

Tento štandardný ošetrovateľský postup je určený sestram poskytujúcim ošetrovateľskú starostlivosť (ďalej len „sestrám“).

Za dodržiavanie požiadaviek štandardného postupu zodpovedá **odborný zástupca** (garant) pre ošetrovateľskú starostlivosť v príslušnom zariadení.

Lekár: ošetrojúci lekár zabezpečuje komplexný medicínsky manažment pacienta, indikuje liečbu pre zvládnutie porúch vnímania, porúch správania, porúch spánku, indikuje nutnosť obmedzenia pacienta.

Pri výskyte ďalších symptómov ochorenia, realizuje neuro-psychiatrické vyšetrenie pre identifikáciu úrovne postihnutia kognitívnych funkcií.

Sestra zodpovedá za komplexný ošetrovateľský manažment pacienta, posudzovanie, plánovanie, realizáciu ošetrovateľských intervencií a ošetrovateľských výkonov v rozsahu odbornej spôsobilosti a rozsahu praxe sestry stanoveného v platnom právnom predpise MZ SR. Pre zabezpečenie komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta môže sestra delegovať činnosti aj na praktické sestry-asistentov a sanitárov v rozsahu ich odbornej spôsobilosti. Sestra zodpovedá za primeranú úroveň starostlivosti v súlade s potrebami pacienta a pri zohľadnení prítomných rizík.

Sestra koordinuje ošetrovateľskú starostlivosť poskytovanú metódou ošetrovateľského procesu v súčinnosti s ostatnými členmi multidisciplinárneho tímu poskytujúceho starostlivosť pacientovi a rodine pacienta.

Úvod

Vzhľadom k celosvetovému trendu starnutiu populácie sa demencia stáva jedným z najčastejších ochorení (Petr, 2014).

Podľa Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO, 2017) je **demencia syndróm** - zvyčajne chronický alebo progresívny - v ktorom dochádza k **zhoršeniu kognitívnych funkcií** (t. j. schopnosti spracovávať myšlienky) nad rámec toho, čo sa dá očakávať od normálneho starnutia. Ovplyvňuje pamäť, myslenie, orientáciu, porozumenie, výpočet, schopnosť učiť sa, reč a úsudok. Vedomie nie je ovplyvnené.

Zhoršovanie kognitívnej funkcie je príležitostne predchádzané a **bežne sprevádzané zhoršením emocionálnej kontroly a sociálneho správania.**

Demencia je výsledkom rôznych ochorení a poranení, ktoré primárne alebo sekundárne postihujú mozog, ako je Alzheimerova choroba alebo mŕtvica. **Demencia je jednou z hlavných príčin zdravotného postihnutia a závislosti medzi staršími ľuďmi na celom svete.** Je zdrvivou nielen pre ľudí, ktorí ich majú, ale aj pre ich opatrovateľov a rodiny. Často je to nedostatok vedomia a chápania demencie, čo vedie k stigmatizácii a prekážkam pri diagnostike a starostlivosti. Vplyv demencie na opatrovateľov, rodinu a spoločnosť môže byť fyzický, psychologický, sociálny a ekonomický.

Človek postihnutý demenciou si vyžaduje osobitú pozornosť a špecifický prístup. S ochorením je okrem iného spojená komunikačná bariéra, ktorá zainteresovaných núti premýšľať o ideálnych podmienkach a prístupoch pri starostlivosti o seniorov. Sestry pri poskytovaní KOS pacientovi s demenciou musia dodržiavať holistický prístup, s akceptovaním pacienta v celom spektre bio-psycho-sociálnych potrieb.

Miesto výkonu štandardného postupu:

- ústavné zdravotnícke zariadenia a oddelenia poskytujúce ošetrovateľskú starostlivosť dlhodobo chorým (napr. dom ošetrovateľskej starostlivosti),
- ambulatná starostlivosť,
- ADOS za predpokladu pripravenosti rodiny/komunity v potrebnom rozsahu,
- zariadenia sociálnej starostlivosti s poskytovaním ošetrovateľskej starostlivosti.

Jadrom štandardu sú kapitoly „Ošetrovateľská diagnostika“, „Plánovanie a realizácia“ a „Zabezpečenie a organizácia starostlivosti“. Z hľadiska hodnotenia efektívnej starostlivosti a udržateľného, pokračujúceho rozvoja kvality má kľúčové postavenie kapitola „Odporúčania“, ktorá rekapituluje ďalšie možnosti zvyšovania kvality starostlivosti. Až 50 % demencií predstavuje demencia pri Alzheimerovej chorobe (Petr, 2014), preto aj v rámci štandardu je práve tomuto druhu demencie venovaný najväčší priestor.

Tento štandard bol tvorený na základe analýzy odborných, publikovaných informácií od uznávaných autorít a overených skúseností v kontexte *totálneho manažérstva kvality* na vybraných pracoviskách dlhodobej ošetrovateľskej starostlivosti v Slovenskej republike. Všetky definované prístupy sú koncipované tak, že predstavujú zároveň požiadavku, ktorej plnenie je indikátorom štandardu v praxi. V textoch sú tieto prístupy, ktoré sú zároveň indikátorom označené ◊.

Štandard vychádza:

- zo štúdií a svetových a európskych (EÚ) odporúčaní (sila odporúčenia A – C);
- z odborných, publikovaných informácií v problematike rešpektovaných, uznávaných autorít (sila odporúčenia A – C);
- z nadnárodných guidelines pre medicínsku a ošetrovateľskú prax (sila odporúčenia A – C, Level I – V);
- z klinicky overených skúseností v kontexte manažérstva kvality na vybraných pracoviskách (Ošetrovateľské centrum a ZSS Slniečny dom v Humennom) (sila odporúčenia D, Level IV – V).

Súbor definovaných prístupov je určený predovšetkým pre oblasť dlhodobej (inštitucionálnej) i akútnej ošetrovateľskej starostlivosti o seniorov, no môže byť rámcovým podkladom či východiskom aj pre kvalitnú ošetrovateľskú prax poskytovanú formou ambulantnej alebo ústavnej zdravotnej

starostlivosti na ostatných pracoviskách. Tento štandard priamo súvisí, nadväzuje a dopĺňa štandard k ošetrovaniu pacienta s poruchami správania.

Hodnotenie sily dôkazov (vo vzťahu k EBM, EBN)

Vysoká: Najmenej 1 randomizovaná kontrolovaná štúdia alebo 3 intervencie pred / po podaní alebo iné perspektívne zákroky alebo 3 dobre štruktúrované, relevantné pozorovacie štúdie.

Mierna: Štúdie, ktoré využívajú osvedčené metódy na spravodlivé porovnanie výsledkov, ale kde výsledok ponecháva priestor na neistotu (napr. z dôvodu veľkosti štúdie, straty následných opatrení, alebo metódy použitej na výber skupín pre porovnanie).

Nízka: Štúdie, pri ktorých sú výsledky pochybné, pretože návrh štúdie nezaručuje spravodlivé porovnanie.

Sila odporúčania naznačuje, aká je predpokladaná miera pozitívneho účinku pri dodržiavaní odporúčania. Odporúčenie je:

Silné – Výhody jasne prevažujú nad rizikami.

Slabé – Výhody sú vyvážené rizikami.

Nedostatočné – Dôkazy nie sú jasné na vydanie odporúčania.

Prevenca

Pretože dnes ešte nie je možné vyliečiť demenciu, zvlášť Alzheimerovu chorobu, je najdôležitejším prístupom **spomaliť progres ochorenia** u pacienta a **maximálne stabilizovať** jeho stav. Lieky, ktoré môžu spomaliť progresiu choroby, oddialiť najťažšie štádium ochorenia a tým zlepšiť kvalitu života pacientov dokážu spomaliť zhoršenie rozumových schopností a pomáhajú udržať sebestačnosť chorých. Vzhľadom na rôzne problémy spojené s diagnostikovaním, na etické problémy posúdenia rôznych spôsobov terapie u pacientov a ďalším typickým znakom vyššieho veku, by mal byť dôraz kladený na **individuálny prístup** k chorému, **individuálne hodnotenie** každej poruchy, **zvažovanie pomeru rizika a benefitu** liečby, **uplatňovanie nefarmakologických postupov** a všeobecné opatrenia vrátane práce s opatrovateľmi. Pre pacienta s demenciou je nevyhnutné zabezpečiť cieľnú liečbu na konkrétneho človeka s ohľadom na celú radu vonkajších faktorov a vplyvov (Franková a kol., 2011).

Rizikové faktory Alzheimerovej choroby:

- **Ženské pohlavie** - podľa niektorých štúdií sa ACH vyskytuje častejšie u žien ako u mužov. Muži sú postihnutí vo väčšom rozsahu demenciou cievneho pôvodu.
- **Pozitívna rodinná anamnéza a genetická záťaž** – objavením sa ACH pred 60. rokom života je ovplyvnená práve genetikou a jedná sa o dedične podmienené ochorenie.
- **Vek** – s procesom starnutia populácie súvisí výskyt tohto ochorenia, ale môže sa vyskytnúť v každom veku.
- **Cievna mozgová príhoda a vaskulárne ochorenie** - demencia sa vyvinie asi u tretiny ľudí po náhlej cievnej mozgovej príhode. K skoršiemu prejavu ACH vedú vaskulárne ochorenia mozgu.
- **Vzdelanie** - u ľudí s nižším vzdelaním je vyššie riziko ochorenia. Štúdie dokazujú, že ACH sa u ľudí s vyšším vzdelaním vyskytuje zriedkavejšie. Otázne je, či to spôsobuje samotná inteligencia jedinca, alebo jeho vyššia psychická aktivita.
- **Alkohol** – konzumácia alkoholu vo väčšom množstve a dlhší čas spôsobuje demenciu práve tak, ako aj iné somatické ochorenia. Väčšie množstvo alkoholu pôsobí na mozog toxicky a spôsobuje nedostatok vitamínov a dôležitých živín v organizme.

- **Poranenia hlavy** – hlavne tie, ktoré sú sprevádzané stratou vedomia minimálne na 15 minút. Považuje sa za výrazný rizikový faktor. Poranenia hlavy sa u pacientov s ACH vyskytuje v anamnéze dvakrát častejšie, ako u bežnej populácie (Čunderlíková, 2014).

Epidemiológia

Demencia je v súčasnosti globálnym problémom, prestáva sa týkať iba tzv. vyspelých krajín. Tento jav súvisí s predlžovaním ľudského života a s tým súvisiacim všeobecným starnutím populácie. Zatiaľ čo počet obyvateľov planéty medzi rokmi 1980 a 2000 vzrástol o 35 %, za rovnakú dobu sa zvýšil počet seniorov starších ako 60 rokov o 60 %. V tejto vekovej kategórii je výrazne vyššie riziko rozvoja demencie: u jedincov starších ako 65 rokov je riziko 5 %, v súbore nad 90 rokov nájdeme 50 % chorých trpiacich jasnými príznakmi demencie (Pidrman, 2007).

Iní autori uvádzajú, že prevalencia syndrómu demencie exponenciálne rastie po 60. roku veku. V priemyslových krajinách je vo vekovej skupine nad 80 rokov postihnutých najmenej 10 % populácie a každých 5 rokov sa tento výskyt zdvojuje (Lukáš, 2014).

Patofyziológia

Syndróm demencie vzniká následkom ochorenia mozgu, obyčajne chronického alebo progresívneho rázu, v ktorom dochádza k narušeniu mnohých vyšších kôrových, predovšetkým kognitívnych funkcií. Pod pojmom kognitívne funkcie rozumieme: vnímanie, pamäť a myslenie - procesy, pomocou ktorých človek vníma, rekognituje, registruje, ukladá a používa informácie (Foreman & Vermeersch, 2004, level VI, Boltz, M. Capezuti, E. Zwicker, D., 2016). Demencie na podklade atroficko - degeneratívnych zmien sú spojené s ukladaním patologických bielkovín v bunkách mozgu, čo vedie ku zníženiu tvorby a uvoľňovaniu neurotransmitterov, k poruchám činnosti buniek na rôznych úrovniach a ich postupnému zániku. Najznámejšou demenciou tohto typu je demencia pri Alzheimerovej chorobe (Petr, 2014).

Patofyziológiu demencií je možné podľa Lukáša (2014) popísať ako poškodenie neurovegetatívnych sietí veľkého rozsahu, funkčných systémov mozgu, poprípade kortikálnych modulov. Podľa typu demencie dochádza rôznymi patofyziologickými procesmi k poškodeniu plynulého toku informácií, pričom poškodených systémov je pravidelne súčasne viac.

Klasifikácia

Vo všeobecnosti môžeme demencie rozdeliť do dvoch základných skupín:

1. **Primárne demencie**, ktoré vznikajú na základe atroficko-degeneratívneho poškodenia mozgu. V dôsledku neurodegenerácie a poškodenia mozgu vzniká syndróm demencie. Uvádza sa, že až 85 % postihnutých trpí primárnou demenciou, z toho 70 % pacientov trpí ACH a zvyšných 15 % predstavujú ochorenia: Parkinsonova, Pickova, LewyBrodyho, Huntingtonova choroba.
2. **Sekundárne demencie** - symptomatické demencie môžeme deliť do dvoch skupín:
 - **vaskulárne demencie**, vznikajú na základe poškodenia mozgových ciev a krvného zásobenia mozgu, sú to predovšetkým mozgové infarkty. Demencie vznikajú častejšie na podklade viacerých malých odumretých ložísk, ako jedného veľkého.
 - **iné symptomatické demencie**, ktoré vznikajú na podklade celkového ochorenia, infekcie, intoxikácie, úrazy, metabolické zmeny, alebo iné poruchy postihujúce mozog (Jiráček, 2013).

Medzi neurologické stavy, pri ktorých sa môže vyskytovať kognitívna dysfunkcia patria: Alzheimerova choroba, Creutzfeldtova - Jakobova choroba, Lewy Brodyho choroba Parkinsonova choroba, Huntingtonova choroba, progresívna supranukleárna obrna, hydrocefalus s normálnym tlakom

frontotemporálna demencia, roztrúsená skleróza, syndróm ľudskej imunodeficiencie (HIV) / syndróm získanej imunitnej nedostatočnosti (AIDS) - asociovaná demencia, vaskulárna demencia, toxické demencie (napríklad otrava olovom), traumatické zranenie mozgu, anoxické poškodenie mozgu, delírium *

* Nie všetci pacienti, u ktorých sa vyskytne delírium, sú alebo budú diagnostikovaní demenciou. Pacienti s demenciou však predstavujú veľmi vysoké riziko vzniku delíria.

Intravenózne podanie opiátov pacientom s rizikom delíria môže spustiť alebo zhoršiť delírium. Opiáty u ľudí s rizikom delíria sa majú podávať s opatnosťou (Clegg - Young, 2011, (Level I), Boltz, M. Capezuti, E. Zwicker, D., 2016). Výsledky delíria u hospitalizovaných starších dospelých sú vážne. Pacienti, ktorým sa vyvinie delírium, majú zvýšenú mortalitu (Witlox et al., 2010 (Level I), Boltz, M. Capezuti, E. Zwicker, D., 2016).

Spracované na základe : Guideline Developer (s). Dementia in the long term care setting. et al. (1998, revised 2012). American Medical Directors Association.

Joy A., Glenner a kol. (2012) vo svojej práci uvádzajú, že ACH môžeme rozdeliť na tri fázy:

Prvá fáza – začínajúca mierna demencia

V tejto fáze rozoznať príznaky je takmer nemožné. Medzi prvé varovné signály, ktoré by sme si mohli všimnúť patria:

- zhoršenie krátkodobej pamäti a mierne zhoršenie rečových schopností (afázia), zmätenosť,
- znížený rozsah pozornosti,
- narušená schopnosť úsudku a racionálneho uvažovania, depresia, úzkosť a uzavretosť,
- problém so sebaobslužnou činnosťou.

Na začiatku ochorenia, dochádza k poruche pamäti a prejavujú sa problémy s pomenúvaním predmetov, zhoršenie reči, či používanie stereotypných viet pri komunikácii. Príznaky sa postupne zvyrazňujú a pridružujú sa k nim neskôr zmeny osobnosti a pokles kognitívnych funkcií. Zmení sa schopnosť racionálne uvažovať a „schudobnie“ abstraktné myslenie. Chorý nedokáže riešiť jednoduché úlohy, zlyháva. Postupne dochádza k poruche reči a úsudku. Poruchy úsudku ovplyvnia pracovný výkon postihnutého a vyvolávajú u blízkych veľké obavy. Špecifickým prvkom býva zmena osobnosti - apatia, strata záujmu o iných ľuďoch, o okolie, nastane izolácia. Odborníci dokonca zistili, že pri tomto ochorení sa už v prvej fáze často zvyraznia negatívne povahové črty z minulosti ako sú nutkavé konanie, podozrievavosť, agresivita (Gulášová, 2011).

Druhá fáza – rozvinutá demencia

Všetky príznaky z prvej fázy sú výraznejšie a najčastejšie sa objavujú:

- agitovanosť a nepokoj,
- repetitívne správanie alebo perseverácia - upínanie sa na predmety a ľudí, opakovanie slov, vyvolávanie dojmov, nutkavé zotrvávanie,
- dezorientovanosť na známych miestach, stuhnuté a neisté držanie tela (hypertónia),
- objavujú sa problémy s vnímaním a motorikou,
- problémy spojené s chodením na toaletu a inkontinenciou,
- celkové problémy pri aktivitách denného života,
- určité zhoršenie dlhodobej pamäti (Glenner a kol., 2012).

V tejto fáze má pacient porušenú novopamäť, strácajú sa mu informácie o tom, čo robil minulý deň a niekedy si nepamätá činnosti aktuálneho dňa. Vznikajú medzery v pamäti, ktoré často chorý vyplňa konfabuláciou. Postupne aj dlhodobá pamäť je postihnutá zabúdaním, zabúda na dôležité udalosti z minulosti, strácajú sa zakotvené vedomosti a zručnosti (mená detí v rodine, dôležité dátumy, postup práce, varenia, a pod.). Keďže sa pacient v tomto období ťažšie orientuje v prostredí, je oveľa viac ohrozený pádmi a vyžaduje pomoc pri bežných činnostiach (Gulášová, 2011).

Tretia fáza – pokročilá, terminálna demencia

Glennner (2012) pri opisovaní najťažšieho štádia ACH kladie dôraz na nevyhnutnosť nepretržitej pomoci a dohľadu nad postihnutými.

K príznakom patria:

- halucinácie a bludy,
- stredná inkontinencia – neschopnosť udržať moč a neskôr aj stolicu,
- problémy s prehĺtaním, ktoré môžu spôsobiť vdýchnutie potravy do pľúc alebo dusenie,
- chudnutie,
- neschopnosť reagovať na podnety z okolia a strata schopnosti vnímať okolité diania.

Postihnutí na ACH v pokročilom štádiu prestávajú chodiť, vykonávať bežné činnosti, stávajú sa inkontinentnými, nastupuje u nich afázia a apraxia.

Afázia - je porucha reči, ktorá môže byť expresívna – to znamená, že pacient má síce ťažkosti s vyjadrovaním, ale rozumie všetkému, čo mu je povedané alebo perceptívna, to znamená, že chorý nerozumie tomu, čo mu je povedané. Táto porucha je veľmi často zamieňaná s hluchotou, alebo často aj so zámernou nepozornosťou. Skutočnosť je však taká, že chorý síce počuje čo mu hovoríme, ale už nerozumie dlhým vetám a niektorým slovám už nerozumie vôbec. Gulášová (2011) uvádza, že v poslednej fáze sa môže k chorobe pridružiť „mutizmus“, čo znamená stratu komunikácie, hlavne slovnej.

Apraxia - je porucha vykonávať každodenné činnosti. Mohli by sme si uviesť príklad s kľúčom. Pacientovi dáme do ruky kľúč, vie tento predmet presne pomenovať, vie popísať na čo sa používa, ale keď ho poprosíme, aby odomkol, strká kľúč do kľúčovej dierky opačne, alebo činnosť nevie uskutočniť. I keď v klinickom obraze ACH dominujú kognitívne symptómy, v určitom štádiu sa u chorých začínajú objavovať aj nekognitívne symptómy. Sú obťažujúce a sú hlavným dôvodom vyhľadania odbornej lekárskej pomoci. Patrí sem depresia, agitácia, anxieta, bludy, halucinácie a poruchy spánku. Tieto symptómy postihujú takmer 15 až 50 % liečených pacientov (Vavrušová, 2010).

Podľa Lukáša (2014) ochorenia, ktoré sa prejavujú ako demencia, často predstavujú primárnu príčinu smrti, inokedy ich prítomnosť zásadne zvyšuje mortalitu a skracuje dĺžku dožitia. Hovoríme o **troch základných okruhoch**, ktoré sú postihnuté:

1. **Okruh kognitívnych funkcií.**
2. **Behaviorálne a psychické príznaky demencie (BPSD)** – poruchy správania, pridružené psychotické poruchy, poruchy emotivity, poruchy cyklu bdenie - spánok (až spánková inverzia). Poruchy správania pritom narastajú až do ťažkých štádií a podôb spojených s agresiou proti predmetom a osobám, časté úteky, potulovanie, upútavanie pozornosti, neúčelné aktivity. Mierny, ale neustály nepokoj označujeme ako agitovanosť, inkontinencia moča, alebo stolice je častá v ťažkých štádiách. Epizodicky sa objavujú psychotické príznaky, konkrétne halucinácie a zrakové, alebo sluchové ilúzie.

3. **Aktivity denného života** (ADL) s progresiou demencie zaniká schopnosť inštrumentálnej aktivity (napríklad schopnosť telefonovať) a neskôr sú narušené aj také bazálne činnosti, ako je schopnosť obliekať sa, udržiavať základnú hygienu, či samostatne sa najesť (Lukáš, 2014).

Posudzovanie

◇ Sestra posúdi dostupné informácie o aktuálnom a minulom fyzickom, funkčnom, kognitívnom a behaviorálnom stave pacienta. Zistí stanovené lekárske diagnózy, pri ktorých je demencia kľúčovým príznakom (Kvalita dôkazov: **mierna**; Sila odporúčania: **silná**) a aktuálne ordinovanú liečbu, vrátane voľno-predajných liekov a bylinných preparátov / doplnkov (Kvalita dôkazov: **nízka**, Sila odporúčania: **silná**),

◇ Sestra realizuje **prvé posúdenie prítomnosti demencie u pacienta, vrátane orientačného posúdenia samoobslužných činností pred prijatím a v priebehu prijatia do KOS, na základe týchto krokov:**

- posúdenie prehľadu histórie pacienta,
- vyhodnotenie znakov a symptómov demencie (Kvalita dôkazov: **mierna**; Sila odporúčania: **silná**),
- posúdenie fyzického, funkčného a psycho-sociálneho stavu pacienta a určenie deficitov (Kvalita dôkazov: **nízka**, Sila odporúčania: **silná**),
- posúdenie kognitivity, nálady a správania pacienta pomocou overeného nástroja ((Kvalita dôkazov: **mierna**; Sila odporúčania: **silná**),
- určenie, či pacient spĺňa kritériá pre demenciu (Kvalita dôkazov: **nízka**, Sila odporúčania: **silná**),
- posúdenie vplyvu spúšťačov z prostredia pre rušivé správanie pacienta (nepredpokladať, že správanie je vyvolané environmentálnymi, alebo inými nežiaducimi faktormi, kým nebudú akceptované do úvahy alternatívne príčiny. Je to obzvlášť dôležité, ak sú pacienti novoprijatí, nedávno boli hospitalizovaní, alebo majú významnú zmenu stavu (Kvalita dôkazov: **nízka**, Sila odporúčania: **silná**).

◇ **Sestra posúdi zaradenie pacienta do indikačného rámca tohto štandardu na základe prítomnosti lekárskej diagnózy Demencia v lekárskech záznamoch pacienta.**

◇ **Sestra posúdi pri prijíme pacienta do KOS úroveň deficitov v:**

- **sebaobslužných činnostiach,**
- **mobilitě,**
- **komunikačných schopnostiach,**
- **kognitívnych schopnostiach a**
- **súvisiacich ošetrovateľských problémoch/diagnózach a rizíkách** ako súčasť celkového zhodnotenia (rizík) pri prijatí.

Posúdenie kognitívnych funkcií je prvoradé pre včasné zistenie patologických stavov a pri monitorovaní účinnosti intervencií (McCarten a kol., 2012, (Level V), Boltz, M. Capezuti, E. Zwicker, D., 2016). Odporúčania na posudzovanie kognitivity so štandardizovanými a validovanými nástrojmi zahŕňajú: prítomnosť znakov, symptómov alebo sťažností na kognitívne poškodenie (Lin a kol., 2013; Moyer, 2014, (Level I), Boltz, M. Capezuti, E. Zwicker, D., 2016) so správaním nevhodným pre situáciu alebo nezvyčajným pre jednotlivca.

◇ Sestra realizuje **komplexné posúdenie** výskytu deficitov a súvisiacich ošetrovateľských problémov/diagnóz a rizík u pacienta predovšetkým na základe:

- aktuálnej zdravotnej dokumentácie, rozhovoru s pacientom, konzultovaním s podpornými osobami, ktoré boli bezprostredne zainteresované do starostlivosti, a ktoré vedia poskytnúť dôležité informácie o zdravotnom stave pacienta,
- pozorovania pacienta, fyzikálneho vyšetrenie pacienta, laboratórnych nálezov, **zhodnotenia úrovne demencie využitím MMSE škály**, pričom MMSE je najčastejšie odporúčaná a najlepšia štúdia (Folstein, Folstein, McHugh, 1975; Lin, O'Connor, Rossom, Perdue a Eckstrom, 2013, (Level IV); Tombaugh, McIntyre, 1992, (Level I), In Boltz, M. – Capezuti, E. – Zwicker, D., 2016). *Pozn. autorov: Príkladom vhodnej zodpovedajúcej škály je MoCA test. Výsledky testov realizovaných sestrou slúžia pre posúdenie a plánovanie ošetrovateľskej starostlivosti v kompetencii sestry podľa aktuálne platnej legislatívy,*
- zhodnotenie úrovne sebestačnosti **podľa ADL škály**, test koncentrácie, kognitívnej výkonnej stupnice, test kreslenia hodín, Mini-Cog Diagnostického testu pre demenciu, Montreal kognitívnej stupnice hodnotenia, St Louis University Skúška duševného stavu, posúdenia rizika pádu, posúdenia prítomnosti rizika malnutrie.

◇ Sestra **pri prvom komplexnom posúdení** výskytu deficitov a súvisiacich ošetrovateľských problémov/diagnóz a rizík, zvlášť u pacienta v pokročilom štádiu demencie, vzhľadom na nesebestačnosť pacienta a neschopnosť dožadovať sa starostlivosti, **aktívne zisťuje prítomnosť častých rizík náhleho zhoršenia zdravia a ohrozenia:**

- **Agresivita, sebapoškodenie** (indíciami sú nepokoj, nespokojnosť, odmietanie stravy, starostlivosti, pokusy o ublíženie v súčasnosti, ale aj v minulosti);
- **Hypoglykemický šok** (riziko je prítomné zvlášť u diabetikov s nepravidelným príjmom potravy, nedávno zistený diabetes);
- **Dehydratácia** (znížený výdaj moču, nízke hodnoty tlaku krvi, suché sliznice, riziko zníženého príjmu tekutín v anamnéze);
- **Smútok, depresia** (strata sebestačnosti, nespokojnosť, negatívne výroky, odmietanie jedla, starostlivosti).

◇ Sestra v prípade identifikácie rizika nepokojného/agresívneho správania **pátra po individuálnych efektívnych cestách upokojenia** pacienta. (Otázka blízkym: „Čo zvykne Vášho blízkeho upokojiť?“) a vhodne ich **zapracuje v rámci plánovania** ošetrovateľskej starostlivosti.

◇ Sestra zväži konzultáciu s príslušnými špecialistami na neuropsychiatrické hodnotenie a testovanie, v súvislosti s identifikáciou výskytu symptómov u pacienta, alebo správnu liečbou, ak nie je možné uplatniť primerané posúdenie stavu pacienta, využitím základného testovania. Formálne neuropsychiatrické testovanie môže byť tiež užitočné, ak výsledky skriningových testov nie sú v súlade s klinickými prejavmi u pacienta, stupňom a typom kognitívnej poruchy. Neuropsychiatrické testovanie má taktiež výhodu v tom, že dokáže identifikovať kognitívne schopnosti a deficity pacienta (Kvalita dôkazov: **nízka**, Sila odporúčania: **silná**).

◇ Sestra realizuje **zvýšenú observáciu novoprijatých pacientov počas prvých 24 hodín**. Ak to vybavenie pracoviska umožňuje, využíva pri tom kamerový systém a zároveň získava informácie od ostatného personálu.

◇ Sestra realizuje komplexné posúdenia a plánovanie realizácie väčšiny intervencií na jeho redukciu počas prvých 24 hodín od prijatia pacienta. Tento proces **finalizuje najneskôr do 48 hodín od prijatia**.

◇ Sestra realizuje komplexné posúdenia a plánovanie realizácie väčšiny intervencií na jeho redukcii počas prvých 24 hodín od prijatia pacienta. Tento proces **finalizuje najneskôr do 48 hodín od prijatia**.

◇ Sestra **posudzuje kontinuálne a priebežne** schopnosti pacienta, prítomnosť výskytu deficitov a s tým súvisiacich ošetrovateľských problémov/diagnóz a rizík ako súčasť ošetrovateľského procesu, vrátane jeho primeranej dokumentácie (Kvalita dôkazov: **nízka**, Sila odporúčania: **silná**).

Diagnostika

Súvisiace sesterské diagnózy podľa prílohy vyhlášky Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 306/2005 Z. z., ktorou sa ustanovuje zoznam sesterských diagnóz:

A 100 – 109 Adaptácia

A 100 Narušená adaptácia jednotlivca

A 101 Riziko narušenej adaptácie jednotlivca

A 110 – 119 Aktivita

A 110 Intolerancia aktivity

A 111 Riziko intolerancie aktivity

A 112 Nedostatok náhradných aktivít

A 113 Imobilita

A 114 Riziko vzniku imobility

A 115 Obmedzená pohyblivosť

A 116 Riziko úrazu, poranenia

A 117 Vyčerpanosť, únava

I 110 – 119 Izolácia sociálna

I 110 Sociálna izolácia

I 111 Riziko sociálnej izolácie

K 100 – 109 Komunikácia

K 100 Narušená verbálna komunikácia

K 101 Riziko narušenia verbálnej komunikácie

K 102 Narušená neverbálna komunikácia

K 103 Riziko narušenia neverbálnej komunikácie

K 104 Narušená sociálna interakcia

P 100 – 119 Psychické stavy a procesy

P 100 Narušená pamäť

P 101 Zmena poznávacích funkcií

P 102 Zmenený myšlienkový proces

P 103 Zmenený psychický stav

P 104 Riziko zmeny psychického stavu

P 107 Zmena správania

P 109 Smútok

P 111 Strach

P 112 Úzkosť

S 100 – 119 Sebaopatera

S 100 Nedostatočná sebaopatera v osobnej hygiene

S 101 Deficit sebaopatery v osobnej hygiene

S 102 Riziko deficitu sebaopatery v osobnej hygiene

S 103 Nedostatočná sebaopatera v prijímaní potravy

- S 104 Deficit sebaopatery v prijímaní potravy
- S 105 Riziko deficitu sebaopatery v prijímaní potravy
- S 106 Nedostatočná sebaopatera vo vyprázdňovaní
- S 107 Deficit sebaopatery vo vyprázdňovaní
- S 108 Riziko deficitu sebaopatery vo vyprázdňovaní
- S 109 Nedostatočná sebaopatera v úprave zovňajšku
- S 110 Deficit sebaopatery v úprave zovňajšku
- S 111 Riziko deficitu sebaopatery v úprave zovňajšku
- S 112 Nedostatočná sebaopatera v úprave okolia
- S 113 Deficit sebaopatery v úprave okolia
- S 114 Riziko deficitu sebaopatery v úprave okolia
- S 115 Deficit sebaopatery v aktivitách denného života

S 150 – 159 Spolupráca

- S 150 Nedostatočná spolupráca jednotlivca
- S 152 Neschopnosť spolupráce

T 100 – 109 Telesné tekutiny

- T 100 Znížený objem telesných tekutín
- T 101 Riziko deficitu objemu telesných tekutín

V 100 – 119 Vyprázdňovanie

- V 100 Zápcha
- V 101 Riziko vzniku zápchy
- V 102 Hnačka
- V 103 Inkontinencia stolice
- V 107 Inkontinencia moču
- V 108 Pomočovanie

V 120 – 139 Výživa

- V 120 Zmenená výživa – väčší príjem ako telesná potreba
- V 121 Riziko väčšieho príjmu potravy ako telesná potreba
- V 122 Zmenená výživa – menší príjem ako telesná potreba
- V 123 Riziko menšieho príjmu potravy ako telesná potreba
- V 124 Odmietanie potravy
- V 125 Riziko odmietania potravy
- V 126 Porucha prehĺtania
- V 127 Riziko poruchy prehĺtania
- V 128 Nechutenstvo
- V 129 Riziko nechutenstva

Z 100 – 119 Zmyslové vnímanie

- Z 100 Zmenené vnímanie chuti
- Z 101 Riziko zmeneného vnímania chuti
- Z 102 Zmenené vnímanie čuchu
- Z 103 Riziko zmeneného vnímania čuchu
- Z 104 Zmenené sluchové vnímanie
- Z 105 Riziko zmeneného sluchového vnímania
- Z 106 Zmenené hmatové vnímanie
- Z 107 Riziko zmeneného hmatového vnímania
- Z 108 Zmenené zrakové vnímanie
- Z 109 Riziko zmeneného zrakového vnímania

Plánovanie a realizácia

Komplexná ošetrovateľská starostlivosť o pacienta s demenciou by mala zahŕňať: dokonalú hygienickú starostlivosť, vhodnú výživu, hydratáciu, riešenie inkontinencie, aktivizáciu pacienta, vhodnú komunikáciu a alternatívne techniky pre podporu kognitívnych funkcií. V poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti musí sestra spolupracovať s multidisciplinárnym tímom, ale aj ostatným personálom na oddelení.

1. Individuálne plánovanie

◊ Sestra pri plánovaní opatrení vždy citlivo zohľadní celkový stav pacienta, v zabezpečovaní KOS uplatňuje alternatívne prístupy validácie, reminiscencie, a dodržiava etické princípy beneficencie a nonmaleficiencie.

◊ Na základe predchádzajúceho posúdenia, pri zohľadnení rizika a individuálnych potrieb pacienta, sestra **plánuje ošetrovateľské intervencie a aktivizačné techniky**, ktoré dokumentuje v súlade s internými postupmi/zvyklosťami pracoviska:

a) **pri miernom až strednom stupni** ACH sestra poskytuje/realizuje:

- podporu pacienta v orientácii (čas, miesto, osoba),
- stimuláciu zmyslov aktivizačnými prístupmi (podpora vône, chuti, stimulácia zraku, sluchu), podporu pamäte využívaním tréningových aktivít: pexeso, spievanie známych piesní, spomienkové boxy,
- stimuláciu pohybových schopností jednoduchými cvikmi,
- podporu k samostatnosti pri realizácii samoobslužných činností pre čo najdlhšie udržanie fyziologického vyprázdňovania (optimálne vypracovanie denného režimu s pevnými časmi prijímania stravy a vylučovania),
- aktivizáciu pozornosti počas dňa, upravenú (voľnú) osobnú bielizeň, bezpečnú obuv.

b) **pri stupni rozvinutej až veľmi ťažkej demencie** sestra poskytuje/realizuje:

- zabezpečovanie všetkých biologických potrieb (výživa, hydratácia, hygiena, vylučovanie, režim spánku a bdenia),
- zabezpečenie a používanie pomôcok na stimuláciu zmyslov u pacienta (farebnosť, zvuky, vône, sociálny kontakt),
- včleňovanie pacientov do komunity spolupacientov pri spoločných aktivitách, individuálny trpezlivý prístup s prejavovaním záujmu,
- uplatňovanie terapie dotykom, bazálnej stimulácie, monitorovanie emočného diskomfortu pacientov,
- v prípade nepokoja, agresivity konzultovanie o možnostiach farmakologickej intervencie. Osoby s miernym až stredne ťažkým stupňom demencie sa môžu podieľať na rozhodovaní o liečbe, ale zhoršená schopnosť pamäte môže byť prekážkou pre prejavenie porozumenia o možnostiach liečby (Moye, Karel, Azar, Gurrera, 2004, (Level IV), In Boltz, M. – Capezuti, E. – Zwicker, D., 2016).

Poskytovanie informácií súvisiacich s diagnostickými a liečebnými postupmi by malo zohľadňovať schopnosť pacienta vyjadriť pochopenie dôležitosti, alebo dôsledkov voľby na jeho budúce zdravie. Špecifické neuropsychologické testy (napr. MacArthur Competence Assessment Tool a Hopemont Capacity Assessment Interview) dokážu identifikovať úroveň rozhodovacej schopnosti u ľudí s miernym, až stredne ťažkým stupňom demencie, táto schopnosť sa môže medzi osobami s duševnou

chorobou líšiť (Gurrera, Moye, Karel, Azar, Armesto, 2006, (**Level IV**), In Boltz, M. – Capezuti, E. – Zwicker, D., 2016).

◇ Sestra vypracuje individuálny interdisciplinárny plán starostlivosti, ktorý definuje ciele, ktoré sú dosiahnuteľné pre pacienta, berúc do úvahy prania pacienta a / alebo rodiny; Ciele sú merateľné, zohľadňujúce ciele liečby. Pri zmene potreby pacienta sa menia aj ciele (Kvalita dôkazov: **nízka**, Sila odporúčania: **silná**).

◇ Sestra pre zabezpečenie optimálneho fungovania pacienta a kvality jeho života špeciálne upraví prostredie, zabezpečí prístup vyškoleného ošetrojúceho personálu a pripraví harmonogram činností v zariadeniach s osobitnou starostlivosťou (Kvalita dôkazov: **mierna**; Sila odporúčania: **silná**).

2. Súhrn požadovaných prístupov v špecifických (najčastejších) situáciách:

◇ Sestra pri výskyte **agresie** u pacienta:

- monitoruje úroveň emočného prežívania u pacienta, posudzuje mimiku tváre pacienta, gestikuláciu, verbálny a neverbálny prejav,
- snaží sa porozumieť emočnej reakcii, uplatňuje komunikačné techniky na zmiernenie napätia (spomalenie tempa reči, pokojný tón hlasu, zníženie gestikulácie, používa slová: chápem a rozumiem, prejavenie záujmu),
- zaznamenáva výskyt agresie do dokumentácie,
- pri eskalácii napätia, prípadne identifikácii prítomnosti halucinácií u pacienta konzultuje vhodnosť aplikácie farmakoterapie s lekárom.

◇ Sestra pri výskyte **depresie a úzkosti** u pacienta:

- monitoruje výskyt týchto emócií u pacienta, uplatňuje individuálny a empatický prístup,
- aktivizuje pacienta využívaním aktivizačných činností na odpútanie pozornosti, venuje dostatok času na rozhovor.

◇ Sestra pri výskyte **podozrievavosti a paranoje** u pacienta:

- uplatňuje jasnú komunikáciu, komunikuje konkrétne, zrozumiteľne, vyhýba sa šepkaniu, upozorní okolie pacienta na možnosť vzniku konfliktov a nezhôd,
- paranoidné prežívanie pacienta sestra akceptuje ako súčasť ochorenia, zachováva nadhľad a pochopenie.

◇ Sestra pri výskyte **nočného nepokoja** u pacienta :zabezpečuje:

- primeranú aktivizáciu pacienta počas dňa, vytvorenie harmonogramu činností, fixný, stanovený čas ranného vstávania i večerného ukladania k spánku,
- aktivizačné intervencie brániace pospávaniu pacientov počas dňa, úpravu prostredia pred spaním (pre navodenie relaxu, spánku),
- minimalizáciu podávania kofeínových nápojov.

3. Všeobecné prístupy k pacientovi s demenciou

Prístup k pacientom sa v jednotlivých typoch a štádiách demencií líši. Pacienta je potrebné prijímať, podporovať a s láskou ho sprevádzať životom a na každom kroku vyjadrovať pochopenie a snahu mu pomôcť. Preto je potrebné ho nastaviť na určité rituály, dohodnúť si pravidlá, ktoré budú obe strany rešpektovať, ale na druhej strane treba chápať, že ich porušenie plynie z povahy ochorenia.

◇ Sestra v komunitnej starostlivosti **edukuje** blízkych, ev. ďalší ošetrojúci personál, k **uplatňovaniu** nasledovných **prístupov** pri **zohľadnení** typu a **štádia demencie**:

3.1 Prístup k pacientovi pri miernej kognitívnej poruche.

V štádiu miernej kognitívnej poruchy je človek ešte sebestačný a zatiaľ nepotrebuje trvalú starostlivosť, ani dohľad. Chorý sa sťažuje na poruchy pamäti, sústredenia, rozhodovania, orientácie, ktoré sú merateľné, ale nespĺňajú kritéria demencie.

- Dôležitou súčasťou oboznamovania pacienta s diagnózou je podpora pacienta, empatia a dostatok informácií o demencii, pomoci a podpore.
- Včasná diagnóza, informovanosť pacienta sú nutnou podmienkou preto, aby si pacient mohol naplánovať ďalší život a urobiť rozhodnutia, ktoré sú preňho dôležité v čase, keď je ešte schopný.
- Je nutné vysvetliť pacientovi, že má možnosť rozhodnúť o svojom majetku, financiách, určiť si poručníka, ktorý sa bude starať o jeho veci po zhoršení zdravotného stavu.
- Vhodné je vytvoriť pacientovi pravidelnosť v aktivitách. Nechať chorého, aby vykonával to, čo môže sám a viesť ho k samostatnosti. Sledovať, či daná činnosť nie je pre chorého nebezpečná, ale nezasahovať. Získavať, čo najviac informácií.
- Zapájať aj ostatných členov rodiny do starostlivosti.
- Podporovať pamäť chorého, vytvárať zoznamy, používať obrázky. Kľúče a ostatné veci ukladať na viditeľné a stále to isté miesto, aby ich chorý našiel.
- Označiť miesta v kuchyni, kúpeľni, označiť všetky skrinky, používať kalendáre. Určiť čas na stravovanie, hranie hier, na spoločenské aktivity a odpočinok.
- Udržiavať chorého aktívneho (Šuličová, Šantová, Šimová, 2011).
- Demenciou postihnuté osoby nedokážu vykonávať komplikované činnosti ako účtovníctvo, alebo variť. Dokážu však vykonávať rutinné činnosti a aktivity. Možné činnosti a aktivity pre osoby postihnuté demenciou:
 - Činnosti spojené s domácnosťou: utierať prach, vysávať, zmetať, umývať, skladať bielizeň, utierať riad, prestrieť stôl, leštiť nábytok, polievať kvety.
 - Pri príprave jedla: šľahať vajíčka, šúpať hrach, fazuľu, umývať ovocie, zeleninu.
 - Činnosti mimo domácnosti: polievať kvety v záhrade, plieť burinu, vyhrabávať trávu, kosiť, starostlivosť o domáce zvieratá.
 - Ručné práce: háčkovať, štrikovať, vyšívať jednoduché motívy, navliekať korálky, maľovať obrázky, triediť kartičky.
 - Počúvať hudbu: obľúbené šlágre, spievať známe pesničky, riekanky, tancovať.
- Vyhľadávať také aktivity, ktoré príliš nezaťažujú seniora a sú pre neho bezpečné a pri ktorých si senior dôveruje (Buijssen, 2011).

3.2 Prístup k pacientovi vo fáze rozvinutej demencie

Štádium rozvinutej demencie je charakterizované postupne sa zhoršujúcou nesebestačnosťou a často sú prítomné behaviorálne a psychické príznaky demencie. Preto je potrebné zabezpečiť nepretržitý dohľad, starostlivosť a pomoc. Pacienti sú postihnutí blúdením, problémovým správaním, ktoré môže ohroziť ich bezpečnosť.

- Vhodná je starostlivosť v inštitúciách typu denný stacionár a ústavná starostlivosť pre pacientov s demenciou.
- Charakter oddelenia pre pacientov s demenciou. Kapacita do 15 maximálne 20 ľudí. Nutný je trvalý dohľad kvalifikovaných samostatne pracujúcich sestier. Na oddelení musí byť stále prítomný sanitár. Jednotlivé činnosti musia prebiehať pod dohľadom ergoterapeuta alebo fyzioterapeuta.

- Na oddelení musí byť vytvorený a dodržiavaný režim oddelenia. a plánovaný harmonogram dňa.
- Príjem pacienta na oddelenie má byť realizovaný v menšej a útulnej miestnosti so stálou teplotou.
- Počas dňa musí mať pacient zabezpečený aspoň minimálny pohybový režim, pacient má byť počas dňa aktivizovaný.
- Posteľ má pacient využívať len na spánok.
- Je potrebné pravidelne dbať na zvýšenú hygienu, a celkovú úpravu pacienta.
- Pri kontakte s pacientom často pripomínať, čo sa bude diať, podporovať spomienky na vlastnú minulosť s využitím predmetov a fotografií nechať pacienta čo najviac rozprávať.
- Pri komunikácii pristupovať k pacientovi spredu alebo tak, aby nás videl, používať jednoduché vety, nepresviedčať pacienta o nesprávnosti jeho vyjadrení.
- V priestore nalepiť štítky, aby sa chorý vedel orientovať, na označenie používať veľké tlačené písmena.
- Pacientovi vybrať oblečenie, ktoré sa ľahko oblieka,
- Upraviť prostredie, veci a predmety v priestore umiestniť tak, aby nedošlo k poškodeniu pacienta;
- Podávať a kontrolovať užitie liekov, zabezpečiť neustály dohľad nad pacientom.

3.3 Prístup k pacientovi v terminálnej fáze demencie.

Je to obdobie prevažnej nesebestačnosti a vyžaduje si ošetrovateľskú starostlivosť. Je možné komunikovať s chorým neverbálne, ale je potrebné poznať ho dokonale. Nespoznáva svojich blízkych nevie ich pomenovať. Pacient prichádza do štádia, že sa stáva postupne nesebestačným.

Paliatívna starostlivosť o pacientov s demenciou je zameraná na zachovanie kvality života u pacientov a zmiernenie symptómov ochorenia a utrpenia, ktoré ochorenie spôsobuje. Je založená na prístupe celého tímu, odpovedá citlivo na potreby pacientov a ich rodín. Samostatná práca sestry neplní len rolu zdravotníckeho pracovníka, ale aj rolu pacientovej ochrankyne, učiteľky, advokátky a nositeľky zmien. Je potrebné vedieť, že aj keď pacient stratil kognitívne funkcie, nestratil schopnosť cítiť a prežívať citové stavy a vzťahy (Šuličová, Šantová, Šimová, 2011). Ošetrovanie pacienta s demenciou je multiprofesionálnou záležitosťou a vyžaduje si odbornú pomoc lekára, psychológa, ergoterapeuta, fyzioterapeuta, sociálneho pracovníka, sestier a ostatného zdravotníckeho personálu (Hegyí, 2001).

a) Hygienická starostlivosť a úprava inkontinencie

◇ Sestra

- **zabezpečuje** (vykoná sestra alebo deleguje na praktickú sestru-asistenta, sanitára) primeranú hygienickú starostlivosť podľa individuálneho plánu hygienickej starostlivosti v závislosti od stavu kože pacienta, jeho potrieb a požiadaviek. Osobnú a posteľnú bielizeň pacienta udržiava v čistote a suchu,
- posúdi stupeň inkontinencie moču a stolice pacienta,
- denne zaznamenáva stav kontinencie u imobilných pacientov,
- pomocou režimových opatrení podporuje pacienta k fyziologickému vylučovaniu,
- minimalizuje vplyv agresívnych látok (moč, stolica, pot, ranové sekréty) na kožu pacienta, praktizuje aktivity zamerané na čistenie kože od nečistôt, baktérií, dodávanie tuku a primeranej vlhkosti, obnovu kyslého ochranného plášťa kože podľa aktuálnych odporúčaných postupov (teplota vody, antibakteriálne mydlá, mydlá so zvýšeným obsahom tukov, pH neutrálne mydlá, krémy s masťovým základom, hydratačné mlieka),
- u inkontinentného pacienta zavedie manažment inkontinencie – **zabezpečí** používanie jednorazových absorpčných, ochranných a hygienických pomôcok (vložky, plienkové nohavičky, podložky, urinálne kondómy, močové katétre a cievky, kolektory, vrecká),

- zabezpečí manažment aktivít podporujúcich kontinenciu - posilnenie močového mechúra, svalov panvového dna a brušného lisu (optimálne) v spolupráci s fyzioterapeutom,
- zabezpečí ochranu predilekčných miest, predilekčné miesta suší pritláčaním uteráka o pokožku a ošetrí vhodným krémom.

b) Mobilizácia a rehabilitácia

◇ Sestra

- zabezpečí aktivizáciu pacienta a podporuje ho k sebestačnosti. Vhodnú aktivizáciu pacienta vzhľadom na jeho celkový a lokálny stav konzultuje (optimálne) s fyzioterapeutom. Rehabilitačný ošetrovateľský program môže pomôcť optimalizovať funkciu pacienta, ktorý má zhoršenú kognitívitu a správanie (Kvalita dôkazov: **nízka**, Sila odporúčania: **silná**).
- zabezpečí (optimálne) v spolupráci s fyzioterapeutom nasledovné druhy nácviku zamerané na udržiavanie integrity kože pacienta:
 - nácvik antidekubitného polohovania,
 - nácvik funkčného polohovania,
 - nácvik pasívnych pohybov a vertikalizácie,
 - nácvik sebaobslužných činností,
 - nácvik hygienických aktivít.

c) Úprava výživy

◇ Sestra

- **zabezpečuje** (realizuje alebo deleguje na ZA po posúdení stavu pacienta) na aktivity na dosiahnutie optimálnej výživy kože a ostatných tkanív organizmu pacienta,
- konzultuje s lekárom a nutričným terapeutom nutričnú potrebu pacienta s rôznym stupňom rizika vzniku dekubitu.
- v spolupráci s nutričným terapeutom zabezpečí stravu s adekvátnym množstvom vitamínov, minerálov, bielkovín (1,25 – 1,5 g / kg / deň) a vláknin. Diéta č. 11 (výživná) obsahuje: 12 000 kJ: z toho bielkovín 105 g, tukov 80 g, sacharidov 420 g a vitamínu C 100 mg.
- sleduje a zaznamenáva príjem potravy (množstvo, obsah);
- podporuje pacienta v maximálnej možnej miere k samostatnému príjmu potravy; uprednostňuje príjem potravy per os. Ak perorálny príjem nie je možný prípadne neadekvátny, zabezpečí podľa odporúčania lekára enterálnu výživu sondou alebo parenterálnu výživu.

Existuje dobrý dôkaz, že nutričná podpora podstatne predlžuje život alebo zlepšuje kvalitu života u pacientov s pokročilou demenciou (Kvalita dôkazov: mierna; Sila odporúčania: silná).

d) Hydratácia

◇ Sestra

- zabezpečí optimálnu hydratáciu kože pacienta - príjem tekutín per os, enterálne alebo parenterálne (podľa ordinácie lekára) vzhľadom k veku, základnému a pridruženému ochoreniu, spojené s dôslednou bilanciou príjmu a výdaja tekutín.

Optimálny je príjem 2 000 ml / 24 hod., ak nie je kontraindikovaný.

Spoluúčasť na liečbe základného ochorenia podľa ordinácie lekára

- ◇ Sestra sleduje vplyv pridružených ochorení na zmenu zdravotného stavu, účinnosť liečby, dbá o pacientovu telesnú a psychickú pohodu.

Prognóza a vyhodnotenie

Porucha pamäti nepatrí medzi prvé príznaky demencie, začiatočnú fázu choroby môžu signalizovať aj mentálne problémy, keď človek dočasne akoby stratí niť myšlienok. Odborníci to nazývajú „mentálna fluktuácia“ (Carperová, 2011). ACH spôsobuje progresívne odumieranie nervových buniek v mozgovej hemisfére. **Rozvinutie ochorenia sa odhaduje na 8 až 20 rokov. Závisí to od podmienok a zdravotného stavu človeka.** Postihuje predovšetkým tie časti mozgu, ktoré sú dôležité pre myslenie, rozumové schopnosti a hlavne pamäť. Ak poškodenie pamäti a rozumovej schopnosti nadobudne také rozmery, že sa človek nedokáže o seba postarať bez pomoci iných, môžeme hovoriť o demencii (Vavrušová, 2012).

Existuje celá škála farmakologických, nefarmakologických psychoterapeutických prístupov, ktoré zlepšujú prognózu, resp. oddiaľujú progresiu demencie do ťažších štádií (Lukáš, 2014). Kľúčovú rolu v prevencii a stabilizácii stavu pacienta s demenciou, predovšetkým v pokročilých štádiách, zohráva komplexná ošetrovateľská starostlivosť. Výskyt nepredvídaných udalostí pri poskytovaní KOS o pacienta s demenciou vo významnej miere zodpovedá úrovni efektívneho manažmentu rizika v kontexte zodpovedného preventívneho a aktívneho prístupu sestier a ošetrojúceho personálu.

Všeobecným požadovaným výsledkom ošetrovania pacienta metódou v kontexte ošetrovateľského procesu s kladením dôrazu na sekundárnu a terciárnu prevenciu, je maximálne možné saturovanie jeho bio–psycho–sociálnych potrieb so zohľadnením získania čo najväčšej samostatnosti, zvládania denných aktivít a zachovania čo najvyššej kvality života pacienta. Súčasťou zvládnutia ošetrovateľskej starostlivosti je dostatočne edukovaný pacient, prípadne ošetrojúce osoby, ak je pacient mimo ústavnej starostlivosti.

Prognóza pacientov je vo významnej miere **priamo úmerná úrovni efektívneho ošetrovateľského manažmentu** v kontexte zodpovedného a aktívneho prístupu sestier a ošetrojúceho personálu, ktorý bezprostredne zodpovedá za saturovanie biologických potrieb pacienta.

Základným princípom je analyzovanie príčinných súvislostí a následné plánovanie a zodpovedná realizácia opatrení. Prognózu vývoja stavu pacienta pozitívne ovplyvňuje skúmanie a prehodnocovanie prístupov s cieľom dosiahnuť individuálne definované výsledky starostlivosti.

Prognóza je dôležitá v rámci stanovovania dlhodobej starostlivosti pre vhodné plánovanie starostlivosti a včasné využitie dostupných zdrojov. Prognóza nie je zárukou budúcich udalostí, ale skôr odhad toho, čo možno odôvodnene očakávať. Prognóza demencie je náročná; dôkazy odporúčajú pri určovaní prognózy demencie zohľadňovať vek, pokles funkčného stavu a perorálneho podávania stravy, zvyšujúcu sa závislosť na aktivitách každodenného života (ADL) ako najdôležitejšie prvky pri určovaní prognózy demencie v záverečnej fáze (Kvalita dôkazov: **mierna**; Sila odporúčania: **Silná**).

Zabezpečenie a organizácia starostlivosti

- ◇ Na pracovisku sa používa **individuálne plánovanie ošetrovateľskej starostlivosti so zohľadňovaním potrieb pacienta**. Na posúdenie rizika, resp. zistenia úrovne deficitov sa využívajú štandardizované škály (optimálne MMSE, Barthelovej index, dotazník funkčných činností (FAQ) alebo Katz ADL stupnica).
- ◇ **Hodnotenie rizika a deficitov je súčasťou (príjmovej) dokumentácie u každého pacienta.**

- ◇ Na pracovisku sa používa, neustále **prehodnocuje a vyvíja postup**, ktorého cieľom je efektívne eliminovať faktory vzniku nežiaducich udalostí a destabilizácie pacienta.
- ◇ **Pracovisko používa spôsob trvalého a priebežného prehodnocovania kvality poskytovanej KOS.**
- ◇ **Pracovisko realizuje objektívny monitoring výskytu nežiaducich udalostí a destabilizácie pacientov.**
- ◇ **Všetci zamestnanci sú vedení k proaktívnemu prístupu vo vzťahu k prevencii výskytu nežiaducich udalostí a destabilizácie pacienta.**
- ◇ Manažment starostlivosti o pacientov s demenciou sa zabezpečuje multidisciplinárne.
 - Manažment starostlivosti a liečby zahŕňa predovšetkým:
 - prípravu plánu interdisciplinárnej starostlivosti,
 - optimalizáciu funkcie a kvality života pacienta s využitím zostávajúcich silných stránok pacienta,
 - použitie doplnkových a alternatívnych terapií a doplnkov stravy,
 - lekárske intervencie, ak je to vhodné (Kvalita dôkazov: **vysoká**, Sila odporúčania: **silná**), riadenie funkčných deficitov,
 - riešenie súvisiacich etických otázok (Kvalita dôkazov: **nízka**, Sila odporúčania: **silná**), sledovanie stavu pacienta a prispôbenie manažmentu podľa potreby (Kvalita dôkazov: **nízka**, Sila odporúčania: **silná**).
- ◇ Zariadenie má priestory zabezpečené tak, aby sa pacient mohol do určitej miery bezpečne voľne pohybovať v priestore (Kvalita dôkazov: **mierna**; Sila odporúčania: **silná**).
- ◇ V zariadení sú miestnosti ako WC, kúpeľňa, kuchyňa výrazne označené **piktogramami**, pre zlepšenie orientácie pacienta.
- ◇ V zariadení sú miestnosti pre denný pobyt pacientov, majú mať **prvky pripomínajúce domov**.
- ◇ V zariadení sú niektoré priestory zabezpečené tak, aby nedošlo k poškodeniu pacienta (uskladnenie chemikálií, prístup k oknám, dvere),
- ◇ Pre identifikáciu pacienta sa používajú **identifikačné náramky**, na ktorých je uvedené meno a priezvisko pacienta, resp. kontaktné údaje zariadenia.
- ◇ **V zariadení je prostredie upravené tak, aby pozitívne stimulovalo** (farby, obrazy, maľby) a zároveň psychicky upokojilo pacientov (kombinácia žltej, modrej a zelenej farby v interiéri, akvárium a pod.). Eliminované sú sterilné farby, ošumelý vzhľad interiéru, ale tiež chaos, neporiadok v prostredí. Prostredie tematicky zrkadlí aktuálne ročné obdobia, obdobie sviatkov (Vianoce, Veľká noc) predovšetkým v priestoroch vstupu do zariadenia a v spoločenskej miestnosti. Sociálny pracovník, resp. ním poverený zamestnanec zodpovedá za aktuálnosť a vhodnosť výzdoby.
- ◇ Poskytovateľ používa **efektívne nástroje na udržanie bezpečného prostredia** pre pacientov s poruchami správania:
 - zatváranie dverí/eliminácia rizika zatúľania pacienta;
 - prístup k elektrickým spotrebičom/eliminácia úrazu, poškodenia; prístup k chemikáliám / eliminácia úrazu, otráv, škôd;
 - zatváranie balkónov, okien/eliminácia rizika vypadnutia, pokusu o samovraždu; ostré predmety, lieky / eliminácia rizika poranenia, otráv, škôd;
 - prístup k iným bezbranným pacientom / eliminácia rizika poranenia, smrti, psychického ublíženia.
- ◇ Poskytovateľ má vytvorený a v praxi implementovaný etický kódex, ktorý garantuje zdvorilý a ohľaduplný prístup k pacientom.
- ◇ Zamestnanci sú **min. 1 x ročne školení** o špecifickom prístupe k pacientom s demenciou.
- ◇ Poskytovateľ podporuje profesionálny, ľudský prístup a primeranú pripravenosť zamestnancov a aj pre mimoriadne zaťažujúce situácie v súvislosti s ošetrovaním pacientov s demenciou.

- ◇ Poskytovateľ hodnotí riziko a používa efektívne nástroje **eliminácie rizika syndrómu vyhorenia personálu**.
- ◇ Poskytovateľ používa efektívny spôsob **bezpečného odovzdávania informácií** súvisiacich s primeraným a bezpečným manažmentom pacientov s demenciou.
- ◇ Ošetrovanie pacienta s demenciou v kontexte následnej (dlhodobej starostlivosti) je indikáciou pre ošetrovanie v
 - dome ošetrovateľskej starostlivosti,
 - zariadení sociálnych služieb s celodenným zabezpečením ošetrovateľskej starostlivosti,
 - hospici,
 - ADOS/mobilnom paliatívnom tíme/mobilnom hospici za predpokladu pripravenosti rodiny/komunity v potrebnom rozsahu.(Level II/EBN).

Ďalšie odporúčania

Zariadenie uplatňuje niektoré, optimálne kombinácie viacerých, uvedených, resp. ďalších prístupov pre podporu pacientov s demenciou:

1. **Orientácia v realite:** „Technika orientácie v realite sa používa u seniorov v skorších fázach demencie a cieľom tejto techniky je precvičovať krátkodobú pamäť“ (Kamanová, 2014, s. 42). Využívame dennú tlač, kalendár, nástenné hodiny, spoločenské hry, rozhovory za účelom predchádzať zmätenosti. Dôležitá je skupinová spolupráca a komentovanie vykonávaných činností a diania v okolí pacienta.
2. **Validácia:** „Ide o techniku komunikácie, ktorou sa overujú, preverujú a akceptujú postoje pacienta“. Validácia kladie dôraz na minulosť, ktorá ovplyvňuje súčasný stav seniora“ (Kamanová, 2014, s. 43). Počúvanie pacientových zdanlivo nezmyselných vyjadrení je za účelom uvoľnenia stresu, napätia a prejavovania potláčaných emócií. Nejde o podporu fantázie pacienta. Výpovede seniora treba brať vážne a hľadať v nich zmysel. Dôležitý je prejav empatie, spätná väzba, haptika a očný kontakt, ktoré podporujú vyjadrenie pacienta.
3. **Reminiscenčná technika:** „V tejto forme komunikácie sa využívajú spomienky a ich vybavovanie prostredníctvom rôznych podnetov. Táto technika zámerne riadeného vyvolávania vedenia spomienok pacientov vychádza zo skutočnosti, že i v pokročilej fáze demencie je zachovaná dlhodobá pamäť“ (Kamanová, 2014, s. 43). Cieľom techniky je celkové zlepšenie stavu pacienta, komunikácie a pozdvihnutie jeho dôstojnosti a sebadôvery. V spomienkach sa vracia do obdobia a prostredia, ktoré je mu známe a tým sa navodzuje pokojná atmosféra, pocit istoty a dôvery. Medzi základné techniky patrí rozhovor, sledovanie filmov a fotografií, spievanie, tanec a pod.
4. **Aktívne počúvanie:** nejde len o vypočutie informácií, ale počas celého rozhovoru dávame najavo pochopenie a porozumenie. „Človek sa postupne vekom izoluje od society a venovať mu pozornosť i vypočuť si ho, je pre samotného seniora väčším prínosom pre jeho psychické zdravie ako nejaká priama pomoc alebo služba“ (Kamanová, 2014, s. 44).
5. **Počúvanie mlčania:** počúvanie a tolerancia mlčania patria k prejavu vysokej profesionality. Mlčanie si mnohí vysvetľujú ako negatívny prejav. „Aktívne počúvanie mlčania má výpovednú hodnotu pre pacienta, ktorý cíti som tu prijímaný, taký aký som tu prítomný“ (Kamanová, 2014, 45).
6. **Rezolučná terapia:** je forma komunikácie, ktorá sa využíva u pacientov v pokročilom štádiu demencie. Vychádza z predpokladu, že pacient uviazol v minulosti, ktorú v prítomnosti reálne prežíva. Profesionáli hrajú role, ktoré im prideliť sám pacient (napr. dcéra, sestra). Cieľom je privodenie pocitu pokoja, bezpečia a istoty. „Predpokladom úspešne vedenej terapie v rámci komunikácie je rešpektovanie prejavov správania bez opravovania a usmerňovania, ide o absolútne prijatie“ (Kamanová, 2014, s. 46).

7. **SimPres:** ide o špecifický spôsob komunikácie s dementným pacientom. Využíva sa audio a video technika so záznamom rodinných príslušníkov, blízkych osôb a známeho prostredia. Využíva sa pri prechode z domáceho prostredia do inštitucionalizovaného zariadenia. Cieľom je navodiť pocit istoty a bezpečia.
8. **Aktivizácia:** sestra implementuje aktivizačné metódy s cieľom uspokojiť fyzické potreby: šport, pohyb, tanec, hudba, ručné a výtvarné práce, starostlivosť o zvieratá a rastliny, uspokojiť psychické potreby: relaxačné cvičenia, hudba, cvičenie pamäte a edukácia, kreatívne činnosti, uspokojiť sociálne potreby: kolektívne, kultúrne a spoločenské podujatia, ktoré dodávajú pocit súdržnosti, spolupatričnosti a užitočnosti, uspokojiť duchovné potreby: hľadanie zmyslu života, účasť na duchovných cvičeniach, náboženských obradoch (Kamanová, 2014).
9. **Multisenzorická stimulácia:** metóda SNOEZELEN (snúzelen) v preklade znamená vytvorenie viacmyslového prostredia. „Stimulácia zmyslov znamená, že pomocou rôznych podnetov vzbudzujeme, alebo upokojujeme klientov tak, aby reagovali vhodným spôsobom na stimuly v danom prostredí“ (Kamanová, 2014). Pomocou stimulácie zmyslov sa snažíme vyvolať pocit uvoľnenia, pohody a navodiť relaxáciu: Metóda prebúdza záujem a vyvoláva spomienky, odbúrava strach a navodzuje pocit istoty. Pri práci s dementnými pacientmi je vhodné zriadiť tzv. "bielu" miestnosť s pohodlnými kreslami a stimulujúcim svetlom. Využíva sa na relaxáciu. Cieľom pobytu v nej je zníženie agresívneho správania. Zriadenie "tmavej" miestnosti slúži najmä osobám so zrakovým postihnutím. „Hravá“ miestnosť je určená pre pohybové aktivity a hry (Martens, 2005).
10. **Kognitívna rehabilitácia:** označovaná tiež ako tréning pamäti. Jeden z prvých príznakov demencie sú poruchy pamäti. Využívajú sa rôzne cvičenia, ktoré sú zamerané na zlepšenie koncentrácie, tvorivého myslenia a zapamätávania.
11. **Pohybová terapia:** Existuje vzájomná spojitosť medzi pohybovou aktivitou a psychickou pohodou človeka. Jednou z moderných metód využívaných v séniu je kinezioterapia. „Ide o cieleň pôsobenie na psychiku chorého, na jeho duševné procesy, funkcie, stavy, osobnosť a ich vzťahy prostredníctvom vopred určeného, aktívne prevádzaného pohybového programu využívajúceho prvky telesných cvičení, športu a pohybových hier“ (Kamanová, 2014, s. 81). Cvičenie môže byť realizované aj s hudbou, alebo bez nej.
12. **Terapeutická záhrada:** Vytvorenie terapeutickej záhrady má veľmi pozitívny vplyv na osoby s demenciou. Udržiavaná zeleň, kvety a záhradné zariadenie umožňujú človeku blízky kontakt s prírodou. U pacientov s demenciou sa redukuje pocit smútku, osamelosti, zmätenia a nastupuje pocit radosti a pokoja. Zmyslom je aktívna činnosť, kedy sa pacient zúčastňuje na pestovaní zelene a kvetov. V záhrade dochádza aj k stimulácii zmyslov prostredníctvom vône, farieb, spevu vtákov, či ochutnávky vlastnoručne vypestovaného ovocia a zeleniny.
13. **Animoterapia:** ide o terapeutickú prácu človeka so zvieratom. Najčastejšie volenými zvieratami sú: kôň, pes a mačka. Môžu sa však zvoliť i akváriové rybičky, vtáčik, zajac. Zviera dokáže zmierniť pocit osamelosti a vedie k aktivite.
14. **Arteterapia:** Ako metóda sa môže použiť vyfarbovanie predkreslených obrázkov alebo vlastná tvorba. Cieľom je aktivovať motoriku, kreativitu a estetické cítenie. U pacientov s demenciou sú typické niektoré prejavy v kreslení napr.: chaotické usporiadanie objektov, predĺžené tvary či, ornamenty. Pacienti majú často sklon k stereotypu a preto ich nabádame, aby menili farby.
15. **Aromaterapia:** ide o zmyslovú stimuláciu čuchu. Používajú sa vonné oleje v aromalampách, alebo na obkladoch. Vôňu musíme vyberať citlivo. Citrusové vône stimulujú a napr. vôňa levandule upokojuje. Vôňa škoric navodzuje pokojnú atmosféru Vianoc. Dôležité je dbať na bezpečnosť.
16. **Biblioterapia:** Čítanie vyžaduje koncentráciu, fyzickú (sedenie, udržanie knihy) a psychickú spôsobilosť (emocionálne prežívanie). Ak pacient nedokáže čítať sám, veľkým prínosom je aj počúvanie čítania inej osoby.

17. **Kniha života, mapy života:** ide o veľmi osobnú až intímnu formu spomínania. Ide o tvorbu spomienkovej knihy, škatule alebo kufra, ktorý obsahuje životný príbeh osoby. Používajú sa fotografie, pohľadnice, vstupenky, oznámenia, cestovné lístky, myšlienky.
18. **Muzikoterapia:** hudba patrí k spoločenskému životu. Znižuje stres a pocit osamelosti, odvracia pozornosť od smútku a pocitu opustenia. V rámci muzikoterapie pacient hudbu len počúva, vníma, pohybuje sa, tancuje, alebo ju sám vytvára pomocou hudobných nástrojov. Najčastejšie sa využíva ľudová alebo klasická hudba. Využíva sa tiež: bazálna stimulácia, činnosťná terapia, terapeutické varenie a pečenie a pod. (Kamanová, 2014)
19. **Bazálna stimulácia:** Na základe konceptu Bazálnej stimulácie sa realizuje u každého novoprijatého pacienta systematický zber dôležitých informácií o individuálnych zážitkoch, potrebách, koničkoch, požiadavkách, zvykoch a želaniach. Blízki pacienta uvedú potrebné informácie najneskôr pri komunikácii so sestrou, alebo sociálnym pracovníkom, ktorý realizuje činnosti príjmu a vyplňa príslušný formulár pre bazálnu stimuláciu, ktorý obsahuje položky, týkajúce sa vyššie uvedených oblastí. Formulár môžu dopĺňať počas pobytu nielen príbuzní alebo blízki, ale aj iné osoby, ktoré pacienta poznajú, napr. členovia ošetrojúceho tímu. Tí novozistené skutočnosti hlásia sociálnemu pracovníkovi, ktorý doplní informácie do informatívneho listu. Informácie z formulára spracúva do prehľadných informatívnych listov, ktoré ukladá na viditeľné miesto k lôžku pacienta. Každý z ošetrojúceho personálu, kto pristúpi k lôžku okamžite vie, ako pacienta najvhodnejšie oslovovať, odkiaľ pochádza, čo mu zlepši náladu, aké sú jeho obľúbené témy na rozhovor, akú profesiu vykonával, aké boli, alebo sú jeho koničky, čo mu chutí a čo nemá rád, ktorá reč, resp. nárečie sú jeho obľúbené, atď. Postupne prebieha proces zhotovovania nástieniek v zornom poli pacienta, s fotografiami z jeho minulosti. Personál rešpektuje informácie uvedené na informatívnom liste ako požiadavku pacienta.
20. **Individuálny prístup:** Podmienkou optimálneho vysoko individuálneho uspokojovania potrieb je ich identifikácia, poznanie, ale aj posunutie hodnotnej informácie všetkým členom tímu, ktorí sa o pacienta starajú. **Je to jeden z krokov k zdokonaleniu komplexnej sociálnej a ošetrovateľskej starostlivosti.**
21. **Používanie terapeutických bábik.**
22. **Ďalšie prístupy zodpovedajúce moderným poznatkom, ktorých efekt je priebežne skúmaný a vyhodnocovaný.**

Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

Prvý plánovaný audit a revízia tohto štandardného postupu po roku a následne každých 5 rokov resp. pri známom novom vedeckom dôkaze o efektívnejšom manažmente diagnostiky alebo liečby a tak skoro ako je možnosť zavedenia tohto postupu do zdravotného systému v Slovenskej republike. Klinický audit a nástroje bezpečnosti pacienta budú doplnené pri 1. revízii.

Literatúra

1. BOLTZ, M. – CAPEZUTI, E. – ZWICKER, D. 2016. *Evidence-Based Geriatric Nursing Protocols for Best Practice*. New York: Springer Publishing Company, LLC, 2016. 752 s. ISBN 978-08-261-7167-2.
2. BUINNSSEN, H. 2011. *Demenz und Alzheimer verstehen*. 6. Auflage. Beltz Druckpartner GmbH&Co.
3. KG, Hemsbach, 2011. 279 s. ISBN 978-3-407-85862-7.
4. CARPEROVÁ, J. 2011. *100 jednoduchých věcí, které můžete udělat proti Alzheimerově nemoci úbytku paměti*. Vyšehrad: Translation, 2011. 284 s. ISBN 978-80-7429-194-4.
5. ČUNDERLÍKOVÁ, M. – KORAĽOVÁ, K. 2014. *Klienti s Alzheimerovou chorobou v sociálnych službách*. Bratislava: Centrum Memoryn.o., 2014. 54 s. ISBN 978-80-970355-9-4.
6. FABIANOVÁ, Z. 2014. Sestry v ZSS – nástroj kvality v starostlivosti o vážne a dlhodobo chorých. In *Kvalita a spoločenská zodpovednosť*. ISSN 1335 - 9231. 2014, roč. XXII, číslo 1, s. 24 – 28. FABIANOVÁ, Z. - KLIČOVÁ, M. 2015. Možnosti efektívneho manažérstva rizika zhoršenia zdravotného stavu v kontexte komplexnej starostlivosti o seniorov v pobytočných zariadeniach. In

- Ošetrovatelstvo a pôrodná asistencia*. ISSN 1339-5920. 2015, číslo 6, s. 32-33. ISSN 1339-5920. FABIANOVÁ, Z. 2017. Sestry v dlhodobej starostlivosti: bojujeme predovšetkým o život. In *Zdravotnícké noviny*. ISSN 1335-4477. 2017, roč. XXII, číslo 27, s. 7.
7. FABIANOVÁ, Z. 2017. *Destabilizácia zdravotného stavu klientov – metodika rizika*. Vnútorý dokument systému manažérstva kvality pracovísk Ošetrovateľské centrum, s.r.o., Ošetrovateľské centrum a ZSS Slniečny dom, n.o., Humenné. 2017.
 8. FABIANOVÁ, Z. - GOMBITOVÁ, V. – HAJDUČKO, J. 2017. *Metodiky sociálnej práce a rehabilitačná starostlivosť – interný predpis*. Vnútorý dokument systému manažérstva kvality pracovísk Ošetrovateľské centrum, s.r.o., Ošetrovateľské centrum a ZSS Slniečny dom, n.o., Humenné. 2017.
 9. FABIANOVÁ, Z. - KLIČOVÁ, M. 2017. *Manažment a dokumentovanie ošetrovateľskej starostlivosti - interný predpis*. Vnútorý dokument systému manažérstva kvality pracovísk Ošetrovateľské centrum, s.r.o., Ošetrovateľské centrum a ZSS Slniečny dom, n.o., Humenné. 2017.
 10. FABIANOVÁ, Z. – KLIČOVÁ, M. 2016. *Prijem klienta – interný predpis*. Vnútorý dokument systému manažérstva kvality pracovísk Ošetrovateľské centrum, s.r.o., Ošetrovateľské centrum a ZSS Slniečny dom, n.o., Humenné. 2016.
 11. FABIANOVÁ, Z. - HRISENKOVÁ, G. – KLIČOVÁ, M. 2016. *Agresivita, nepokoj, blúdenie, pády / používanie prostriedkov obmedzenia – metodika rizika*. Vnútorý dokument systému manažérstva kvality pracovísk Ošetrovateľské centrum, s.r.o., Ošetrovateľské centrum a ZSS Slniečny dom, n.o., Humenné. 2016.
 12. FABIANOVÁ, Z. - MOCHNÁČOVÁ, A. 2017. *Etický kódex zamestnanca*. Vnútorý dokument systému manažérstva kvality pracovísk Ošetrovateľské centrum, s.r.o., Ošetrovateľské centrum a ZSS Slniečny dom, n.o., Humenné. 2017.
 13. FABIANOVÁ, Z. - MOCHNÁČOVÁ, A. - KLIČOVÁ, M. 2017. *Elektronický príjem - Vnútorý dokument systému manažérstva kvality pracovísk Ošetrovateľské centrum, s.r.o., Ošetrovateľské centrum a ZSS Slniečny dom, n.o., Humenné. 2015.*
 14. FEIL, N.- DE KLERK-RUBIN, V. 2013. *Validation in Anwendung und Beispielen, Der Umgang mit verwirrtenalten Menschen: 7. aktualisierte und erweiterte Auflage*, ErnstReinhardt, GmbH-Co KG, Verlag, München, 2013. 310 s. ISBN 978-3-497-02421-6.
 15. FRANKOVÁ, V. 2011. *Alzheimerova demencia v praxi: Konsenzus psychiatricko-neurologicko-geriatrický*. Praha: Mladá fronta, 2011. 70 s. ISBN 978-80-204-2423-5.
 16. Guideline Central. 2012. *Dementia in the long term care setting* [online]. 2012. [cit. 2018-03-02]. Dostupné na internete: <https://www.guidelinecentral.com/share/summary/52d560d4df9b2/#section-date>.
 17. GULÁŠOVÁ, I. 2011. Práca s chorými na Alzheimerovu demenciu. In *Zdravotníctvo a sociálna práca: vedecký časopis*. ISSN 1336-9326. 2011, roč. 6, č. 1-2, s.17-24.
 18. HEGYI, L. 2001. *Klinické a sociálne aspekty ošetrovania starších ľudí*. 1. vyd. Trnava: Slovak academic Press, 2001. 91 s. ISBN 80–88908–80–9.
 19. JIRÁK, J. et al. 2013. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Galén, 2013. 348 s. ISBN 978-80-7262-873-5. JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. 2005. *Medzinárodné akreditačné standardy pro dlouhodobou péči*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. 247 s. ISBN 80-247-1001-3.
 20. JOY, A. et al. 2012. *Péče o člověka s demencí*. Praha: Portál s.r.o., 2012. 135 s. ISBN 978-80-262-0154-0.
 21. KAMANOVÁ, I. 2014. *Aktivizácia seniorov s ochorením demencie*. Brno: TRIBUN, 2014. 145 s. ISBN:978-80-263-0870-6.
 22. KLÍMOVÁ, E. - MAGUROVÁ, D. a kol. 2013. *Teória a prax v starostlivosti o chorého s Alzheimerovou chorobou*. Prešov: PU v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov, 2013. 235 s. ISBN 978-80-555-0936-5.
 23. LUKÁŠ, K. - ŽÁK, A. a kol. 2014. *Chorobné znaky a príznaky. Diferenciální diagnostika*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2014. 928 s. ISBN 978-80-247-5067-5.
 24. MARKOVÁ, E. a kol. 2006. *Psychiatrická ošetrovateľská práca*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.
 25. NOAMI, F. - VICKI DE KLERK, R. 2015. *Validácia*. Bratislava: Občianske združenie TERAPEUTIKA, 2015. 186 s. ISBN 978-80-971766-1-7.
 26. PETR, T. - MARKOVÁ, E. a kol. 2014. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2014. 296 s. ISBN 978-80-247-4236-6.
 27. PIDRMAN, V. 2007. *Demence*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 184 s. ISBN 978-80-247-1490-5.
 28. SCHULER, M. - OSTER, P. 2010. *Geriatric od A do Z pro sestry*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. 336 s. ISBN 978-80-247-3013-4.
 29. ŠULIČOVÁ, A. - ŠANTOVÁ, T. - ŠIMOVÁ Z. 2011. *Kompenzácia poznávacích schopností u pacienta s Alzheimerovou chorobou*. In *Zborník Ošetrovatelstvo medzi teóriou a praxou*. Tatranská Kotlina, 2011. s. 306-313. ISBN 978-80-89542-06-2.
 30. ŠUPŠÁKOVÁ, P. 2017. *Řízení rizik při poskytování zdravotních služeb*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2017. 288 s. ISBN 978-80-271-0062-0.
 31. VAVRUŠOVÁ, L. a kol. 2012. *Demencia*. Martin: Osveta, 2012. 52 s. ISBN 978-80-8063-382-0. VYHLÁŠKA MZ SR č. 306/2005 Z. z., ktorou sa ustanovuje zoznam sesterských diagnóz
 32. VYHLÁŠKA MZ SR č. 364/2005 Z. z., 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 v znení neskorších predpisov
 33. VYHLÁŠKA č. 28/2017 Z. z. Vyhláška MZ SR, ktorou sa mení a dopĺňa vyhláška MZ SR č. 321/2005 Z. z. o rozsahu praxe v niektorých zdravotníckych povolaniach v znení neskorších predpisov [online]. 2017. [cit. 2017-06-21]. Dostupné na internete: <<https://www.slovlex.sk/pravne-predpisy/SK/ZZ/2017/28/20170301>>.
 34. World Health Organization. 2017. *Dementia*. [online]. 2017. [cit. 2018-04-03]. Dostupné na internete: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/en/>>.
 35. ZÁKON NR SR č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v platnom znení [online]. 2004. [cit. 01.09.2017]. Dostupné na: http://www.fmed.uniba.sk/fileadmin/user_upload/admin/Vedavyskum/zdravotna_starostlivost.pdf.

Poznámka:

Ak klinický stav a osobitné okolnosti vyžadujú iný prístup k prevencii, diagnostike alebo liečbe ako uvádza tento štandardný postup, je možný aj alternatívny postup, ak sa vezmú do úvahy ďalšie vyšetrenia, komorbidity alebo liečba, teda prístup založený na dôkazoch alebo na základe klinickej konzultácie alebo klinického konzília.

Takýto klinický postup má byť jasne zaznamenaný v zdravotnej dokumentácii pacienta.

Účinnosť

Tento štandardný postup nadobúda účinnosť od 15. novembra 2023.

Zuzana Dolinková
ministerka zdravotníctva