

Ošetrovatelský proces u nemocného s Alzheimerovou chorobou

**Bakalářská práce**

Simona Olivová

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, O.P.S. V PRAZE

PhDr. Gabriela Vörösová Ph.D.

Stupeň kvalifikace: Bakalář

Studijní obor: Všeobecná sestra

Datum odevzdání práce: 2008-03-31

Datum obhajoby:

Praha 2008

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně s využitím uvedených pramenů a literatury. Souhlasím, aby práce byla uložena v knihovně Vysoké školy zdravotnické, o.p.s. v Praze a zpřístupněna ke studijním účelům.

.....  
Simona Olivová

## **ABSTRAKT**

OLIVOVÁ, Simona: Ošetrovatelský proces u pacienta s Alzheimerovou chorobou (Bakalářská práce).

*Simona Olivová – Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. v Praze. Stupeň odborné kvalifikace: Bakalář všeobecná sestra. Školitel: PhDr. Gabriela Vöröšové PhD. Vysoká škola zdravotnická Praha, 2008.*

Práce prezentuje ošetrovatelský proces u nemocného s Alzheimerovou chorobou ve sféře fyzické, duševní a sociální. Bakalářská práce má teoreticko empirický charakter.

Teoretická část je obsažena ve dvou kapitolách, empirická část se skládá ze šesti kapitol. Celkovou práci doplňuje devět příloh.

První kapitola popisuje život Aloise Alzheimerera. Druhá kapitola, která se věnuje klinické charakteristice onemocnění je uvedena definicí, po níž následuje etiologie, klinický obraz, stádia, diagnostická vodítka a léčba farmakologická a psychosociální.

Empirická část je zaměřena na ošetrovatelský proces. Zde popisujeme péči o konkrétní pacientku a stanovujeme ošetrovatelské diagnózy, které následně hodnotíme. Dále obecné zásady, ošetrovatelský standard, edukaci rodiny a prognózu onemocnění. V závěru práce hodnotíme dosažené výsledky a hlavní přínos naší práce, kterým by mělo být zkvalitnění péče.

**Klíčová slova: Alois Alzheimer. Alzheimerova choroba. Psychosociální terapie. Edukace rodiny.**

## ABSTRAKT EN

OLIVOVÁ, Simona: Nurse process of patient with Alzheimer's disease  
(Bachelor work)

*Simona Olivová –University of health, o.p.s. in Prague. Qualification level: Bachelor universal nurse. Supervisor: PhDr. Gabriela Věrřosové PhD. University of health in Prague, 2008*

My work presents nurse process of patient with Alzheimer's disease in following spheres; physical, psychical and social. This Bachelor work has theoretical empirical pattern.

Theoretical part is included in two chapters and empirical part consists of six chapters.

My work is supported by nine Appendixes

First chapter describes life of Alois Alzheimer. In the second chapter we attend to clinical features of this disease. It is opened by definition, which is followed by etiology, clinical picture, stages, diagnostic guidance and by pharmacological and psycho-social therapy.

Empirical part is focused on nurse process. In this part is therapy of factual patient described, diagnosis determined and subsequently evaluated. In further are general fundamentals, nurse standard, family education and disease prognosis described. In the conclusion is achieved result and main contribution of our work sum up, which can lead to the nurse care upgrade.

**Key words: Alois Alzheimer, Alzheimer's disease, psychosocial therapy, family education.**

## PŘEDMLUVA

Problematika pacientů trpících Alzheimerovou chorobou patří v současné době mezi často skloňované témata. Čím dál tím víc pacientů s tímto onemocněním žije mezi námi. Alzheimerova choroba zasahuje do života pacientů, ale i do života nejčastěji rodinných příslušníků.

Předkládaná bakalářská práce je zaměřena na léčbu, konkrétně na nefarmakologickou terapii. Při sběru informací jsme zjistili alarmující nedostatky v publikacích, které nejsou jednoznačně ucelené hlavně v nefarmakologické terapii. Práce poukazuje na onemocnění a jeho vliv na běžný život pacienta, jak mění výrazně kvalitu jeho života, nejen po stránce fyzické, ale i psychické a sociální.

Již čtyři roky pracuji jako ergoterapeut v geronto-psychiatrické sanatoriu Topas a proto jsem se snažila o sondu do práce ergoterapeuta, který dnes a denně pečuje o tak těžké onemocnění, jakým Alzheimerova choroba bezpochyby je.

Naše práce je určena studentům ošetrovatelství nicméně v ní mohou najít zajímavé rady i sestry a ergoterapeuti z praxe, kteří se starají o pacienty s tímto onemocněním. Myslíme si, že čtenáři pomůže rychleji přiblížit a orientovat se v této problematice.

Tato práce vznikla za velmi ochotné spolupráce zaměstnanců výše zmíněného sanatoria. Velice ráda bych vyjádřila poděkování své vedoucí práce PhDr. Gabriele Vůrřosové PhD. za její cenné rady a připomínky a v neposlední řadě za podporu a příjemnou spolupráci. Díky tomu jsem mohla vypracovat bakalářskou práci.  
Děkuji.

# OBSAH

ABSTRAKT.....	3
ABSTRAKT EN .....	4
PŘEDMLUVA.....	5
OBSAH.....	6
Úvod.....	8
I Teoretická část .....	9
1 Životopis Aloise Alzheimerera .....	9
2 Klinická charakteristika onemocnění.....	11
2.1 Definice a charakteristika.....	11
2.2 Etiologie a patofyziologie .....	11
2.3 Klinický obraz.....	13
2.4 Stádia Alzheimerovy choroby.....	14
2.5 Diagnostika .....	15
2.5.1 Testovací metody .....	16
2.5.2 Biochemické a serologické vyšetření.....	16
2.5.3 Zobrazovací metody.....	17
2.5.4 Terapie.....	17
2.5.5 Farmakoterapie.....	17
2.5.5.1 Kognitivní farmakoterapie .....	17
2.5.5.2 Nekognitivní farmakoterapie .....	19
2.5.6 Nefarmakologická terapie .....	20
2.5.6.1 Trénování paměti .....	21
2.5.6.2 Sociální trénink .....	22
2.5.6.3 Pohybový režim- Fyzioterapie .....	23
2.5.6.4 Psychoterapie .....	23
2.5.6.5 Petterapie.....	25
2.5.6.6 Muzikoterapie .....	26
2.5.6.7 Terapie u pacientů trpící dementním anachronismem .....	26
2.5.6.8 Validace.....	27
2.5.6.9 Reminiscenční terapie .....	27
2.5.7 Dietoterapie Terapie.....	28
II Praktická část .....	29
3 Ošetrovatelská péče u pacienta s Alzheimerovou chorobou.....	29
3.1 Identifikační údaje.....	29
3.2 Rodinná anamnéza .....	29
3.3 Diagnózy pacientky.....	29
3.4 Farmakoterapie.....	29
3.5 Alergická anamnéza .....	30
3.6 Managment příjmu pacientky .....	30
3.7 Závěr při příjmu .....	30
3.8 Životopis L.N.....	31
3.9 Fyzikální vyšetření sestrou.....	32
3.10 Ošetrovatelská anamnéza .....	33
3.11 Plán ošetrovatelské péče .....	35
3.12 Zhodnocení ošetrovatelské péče .....	40

4	Obecné zásady.....	42
5	Ošetrovatelský standard .....	44
6	Edukace rodiny.....	50
7	Příjem na oddělení, volba pokoje a poloha nemocného.....	51
8	Prognóza.....	52
9	Závěr .....	53
	Seznam použité literatury.....	54
	Seznam příloh.....	57

## Úvod

Téma bakalářské práce „ošetřovatelský proces u pacienta s Alzheimerovou chorobou“ jsem si vybrala proto, že čtyři roky pracuji v geronto-psychiatrickém sanatoriu Topas jako ergoterapeut. Zde jsem se také přesvědčila, že toto onemocnění se stává stále palčivějším problémem.

V dnešní době dochází k prudkému nárůstu střední délky života a tím i k celkovému stárnutí obyvatelstva. Mnoho lidí se domnívá, že demence je údělem stáří. Pojem senilita se stává synonymem demence. Je nutno si uvědomit, že tomu tak není. I Alzheimerova demence se může dostavit kdykoliv v průběhu dospělosti člověka. S věkem se zvyšuje pouze pravděpodobnost onemocnění. Lze proto předpokládat, že se toto téma v nejbližší době stane středem zájmu odborné veřejnosti.

Práce je členěna do dvou hlavních částí, teoretická a praktická, které jsme pro zpestření doplnili ilustracemi.

Při zpracování bakalářské práce jsme použili v teoretické části metody analýzy, syntézy a asociace. V praktické části jsme použili postupy a metody pozorování, zkoumání, rozhovoru a racionálního úsudku. V teoretické části jsme se podrobně zabývali klinickou charakteristikou onemocnění a ošetřovatelskou péčí o pacientku. Klinická charakteristika onemocnění je uvedena definicí, po které následuje část týkající se etiologie a patofyziologie, klinického obrazu, průběhu a forem, komplikací a terapií. Praktická část se stává z těchto oddílů, posouzení stavu pacienta, ošetřovatelské péče, edukace rodiny, zhodnocení ošetřovatelské péče, ošetřovatelského standardu a prognózy onemocnění. V praktické části je podrobně popsána kasuistika pacientky, kterou jsme z důvodu ochrany jejího soukromí označili jako L.N. Tato pacientka trpí Alzheimerovou chorobou a s pomocí zdravotnického personálu a rodiny se snaží zvládat překážky všedních dnů.

Cílem naší práce je podělit se s Vámi o poznatky získané při péči o pacientky trpící Alzheimerovou chorobou. Věříme, že naše práce bude cenným zdrojem informací nejen pro studenty, ale i zdravotníky, kteří se s tímto onemocněním zabývají v praktické rovině.



# I Teoretická část

## 1 Životopis Aloise Alzheimerera

Na internetových stránkách obce Marktbreit je uvedena část života Aloise Alzheimerera následovně:

„Časně ráno 14. června 1864 se v obci Marktbreit narodil malý Aloysius do rodiny notáře Eduarda Alzheimerera a jeho druhé ženy Theresie. V rodném domě jej pokřtil Ignaz Ruland, kanovník z Würzburgu.

Mezi významné okamžiky jeho života patří složení maturity v roce 1883 v Aschaffenburgu, studia v Berlíně, Tübingenu a Würzburgu, kde v roce 1887 vypracoval svou doktorskou práci "Über die Ohrenschmalzdrüsen" (O mazových žlázách). V prosinci 1888 Alois Alzheimer zahájil svou lékařskou kariéru jako asistent v Městské nemocnici pro epileptiky a duševně choré ve Frankfurtu nad Mohanem, kde byl později povýšen do pozice druhého lékaře.

V dubnu 1894 Alois Alzheimer uzavřel sňatek s vdovou Nathalií Geisenheimer, rozenou Wallerstein (1860-1901). Z jejich manželství vzešly tři děti“ (<http://www.marktbreit.de>).

V literatuře se uvádí historie pojmu Alzheimerova choroba a jeho počátky na případu 51-leté pacientky (paní Augusty D.), která byla hospitalizována v listopadu 1901 se známkami demence. Na 37. setkání psychiatrů v listopadu 1906 Alois Alzheimer prezentoval případ této pacientky. Titul jeho přednášky zněl "Über eiene eigenartige Erkrankung der Hirnrinde" (O zvláštní poruše mozkové kůry). Později, na návrh Emila Kraepelina, byla předstařecká demence označena „Alzheimerova choroba“ (<http://www.marktbreit.de>).

V roce 1903 se Alois Alzheimer usadil v Mnichově, kde pokračoval ve svých vědeckých a lékařských aktivitách na Královské Psychiatrické Klinice, kde se pod jeho patronátem rozvinula laboratoř histopatologického výzkumu. Alois Alzheimer byl 16. července 1912 jmenován ředitelem Kliniky psychiatrie a neurologie na Slezské Friedrich-Wilhelm Universitě v Breslau (Wrocław). Jeho jmenování podepsal sám císař Wilhelm II. (<http://www.marktbreit.de>).

Ke konci života začal být Alois Alzheimer stále více upoután na lůžko až na konec podlehl selhání ledvin v Breslau 19. prosince 1915. Byl pochován na městském hřbitově ve Frankfurtu nad Mohanem po boku své ženy ( <http://www.marktbreit.de>).

## **2 Klinická charakteristika onemocnění**

### **2.1 Definice a charakteristika**

Alzheimerova choroba je atroficko degenerativní onemocnění. Je to nejčastější zástupce demence vůbec. Podle věku objevení se klinických příznaků se Alzheimerova choroba dělí na formu s časným začátkem, kdy se příznaky objeví před 65. rokem života (tzv. presenilní forma) a formou s pozdním začátkem s prvním výskytem příznaků ve věku 65 let a výše. Alzheimerova choroba je charakterizována výrazným úbytkem duševních schopností. (Raboch, J., Zvolský, P. 2001)

### **2.2 Etiologie a patofyziologie**

Příčiny Alzheimerovy choroby nejsou jasné ani jednoduše vysvětlitelné. Zdá se, že se na jejím rozvoji podílí celá řada faktorů. Na jedné straně to jsou zděděné vlastnosti metabolismu, podmíněné geneticky, na druhé straně vlivy prostředí a životního stylu. Mezi základní projevy této choroby patří neaktivita v dendritech a dlouhých axonech. Právě dlouhodobá neaktivita způsobuje, už ve výběžcích hromadění látek, které zpomalí vedení, nebo zapříčiní dokonce úplný zánik vzruchu a další zhoršení funkce. A teprve následně se poškozené neurofibrily začnou "jakoby nemotorně otáčet" a hromadí se (Brožková, 2004).

V současné době můžeme sledovat trvale stoupající zájem o Alzheimerovu chorobu, největší pozornost se věnuje raným stádiím. Předpokládá se, že nemoc začíná už dvacet až třicet let před nástupem pozorovatelných klinických příznaků, proto se co nejintenzivněji hledají nejrůznější ukazatele pro odlišení osob s rizikem budoucího rozvoje Alzheimerovy choroby (Brožková, 2004).

Alzheimerova choroba je onemocnění, při kterém dochází k úbytku nervových buněk. V mozku postižených vznikají škodlivé bílkoviny. Ty se ukládají uvnitř v podobě vláken nebo v okolí nervových buněk jako tzv. amyloidové plaky<sup>1</sup>. Dochází k poškození a zániku nervových buněk a jejich spojů. Současně se tím v mozkové tkáni ubývá acetylcholin. Tuto látku potřebuje mozek k přenosu nervových vzruchů. Při jejím nedostatku ztrácí buňky schopnost vzájemně si vyměňovat informace. Histopatologie se postupně prosazuje i při diagnostice této choroby, tím že se stanovuje hodnota tau proteinu a beta amyloidu (Brožková, 2004).

---

<sup>1</sup> Viz Příloha 1

„**Beta-amyloid** vzniká odštěpením krátkého úseku z molekuly amyloidového prekurzorového proteinu (**zkráceně APP**) pomocí beta sekretázy a gamasekretázy. Jinou cestou vzniku je neamyloidní cesta alfasekretázou a gamasekretázou. Ovšem velkým zklamáním pro výzkumníky byly podobné koncentrace celkového beta-amyloidu v mozkomíšním moku u pacientů i kontrolních jedinců“ (Brožková,2004,str2).

„**Tau protein** je fosfoprotein, který spojuje mikrotubuly v axonech. Jeho fyziologickou funkcí je podpora polymerace a podílí se na uspořádání a stabilitě mikrotubulů a hlavně má nezastupitelnou úlohu v axonálním transportu“ (Brožková,2004,str2).

„Toto by mohla být slibnější cesta: koncentrace celkového tau proteinu v mozkomíšním moku je až trojnásobně vyšší u pacientů trpících Alzheimerovou chorobou než u kontrolních jedinců“ (tamtéž,str2).

„Vysoké hodnoty jsou také u vaskulární demence, frontotemporální lobární degenerace, roztroušené sklerozy, úrazu hlavy a amyotrofické laterální sklerózy. Ve všech patologických stavech je tau protein nadměrně fosforylován, ale u každé nemoci na jiných místech, což se ukazuje jako diagnosticky důležité: v Motolském "Centru pro kognitivní poruchy" začínají stanovovat biochemický triplet Alzheimerovy choroby jako první v České republice“ (tamtéž,str2).

V České republice probíhá již několik let (bohužel neúspěšně) jednání se zdravotními pojišťovnami o proplácení ELISA stanovení tripletu bílkovin z mozkomíšního moku jako podpory diagnostiky Alzheimerovy nemoci. Pokud by jednání bylo úspěšné, mohlo by se rozšířit diagnostické spektrum o údaje, které by přispěly ke včasnému a správnému rozpoznávání Alzheimerovy choroby“ (Brožková,2004).

Přesné příčiny vzniku Alzheimerovy choroby nejsou zatím známy. Známe pouze řadu rizikových faktorů. Uvažuje se o jejich kombinaci se zatím nedostatečně prozkoumanými spouštěcími mechanismy (Brožková,2004).

**Existuje několik faktorů, které zvyšují riziko této choroby podle Brožkové (2004 str.4):**

Věk

Apolipoprotein E (látka potřebná k přenosu tuku krví)

Rodinná anamnéza (genetika)

Úrazy hlavy (boxeři)

Kouření a nezdravý životní styl

Vysoký krevní tlak, vysoké hladiny lipidů a cukrovka

**Nejvíce se uvažuje o následujících spouštěcích faktorech:**

Virová infekce

Toxické vlivy prostředí – hromadění hliníku, mědi, zinku v mozku

Poruchy imunitního systému

### **2.3 Klinický obraz**

„Alzheimerovská demence se rozvíjí pomalu, plíživě, z počátku nenápadně ( v tom je veliký rozdíl od vaskulárně podmíněných demencí, kde se choroba rozvíjí zpravidla rychle“ (Jirák, Koukolík ,2004 str.140).

Na počátku se objevuje zapomnětlivost, poměrně brzy se k ní přidává zhoršení prostorové orientace, spojené z dezorientací místem a blouděním, porucha logického uvažování a porucha exekutivních funkcí (Jirák, Koukolík ,2004).

Dochází k degradaci osobnosti, objevují se přidružené poruchy chování nejrůznějšího charakteru. Přechodně se mohou vyskytnout tzv. apatické nálady – deprese, úzkosti, někdy mánie, jindy bývá přítomna tzv. tupá euforie – spokojená nálada, opět bez přiměřené emoční reakce na vnější podmínky. Obecně bývá u pacientů diagnostikována afektivní labilita, nezvládnutí afektů např. vzteku, ale i lítosti. Objevují se bludy spolu s poruchami vnímání jako jsou halucinace a iluze. Z poruch spánku se zpravidla projevuje noční nespavost (díky neklidu) a spánková inverze. Dosti často se u Alzheimerovy choroby projevují i výpadkové korové jevy typu afázií („příčemž porucha tvorby a porozumění řeči, je způsobena poruchou dominantní hemisféry. Rozlišuje se motorická, při níž je porucha tvorby řeči při zachování schopnosti rozumět řeči a sensorická, s poruchou porozumění řeči a zachování schopnosti mluvit“) (Vokurka,Hugo,1995 str.20), agnózií („neschopnost poznat a interpretovat smyslové vjemy, příčemž vlastní smyslové ústrojí není poškozeno“), (Vokurka,Hugo,1995 str.21) apraxií („neschopnost vykonávat složitější a účelné pohyby např. odemknout dveře, obléci se apod.. Vlastní hybnost končetiny není porušena“)

(Vokurka,Hugo,1995,str.43). S progresí choroby dochází k těžké poruše paměti, kompletní dezorientaci a stažení se ze sociálních aktivit (Jirák, Koukolík ,2004).

V pozdních stádiích Alzheimerovy choroby ztrácejí postižení schopnost péče o sebe sama, stávají se plně odkázanými na péči okolí, bývají inkontinentní a na konec v důsledku choroby umírají. Bezprostřední příčinou smrti bývá například bronchopneumonie, případně úrazy, k nimž v důsledku této choroby dochází (Jirák,Obenberger,Preiss,1998).

## 2.4 Stádia Alzheimerovy choroby

V současné době existuje několik návrhů ( ideálně typických) popisů průběhu demence Alzheimerova typu, ve stádiích, které jsou podle Gutzmana vhodné k tomu, aby umožnily „přesnější klinický pohled“ a „do určité míry spolehlivý odhad přirozeného průběhu nemoci“. Nejrozšířenější a nejznámější model, který je doporučován u nás praktickým lékařům je model podle Reisberga z roku 1982, má sedm stádií (Brožková,2003).

MUDr. Brožková(2003,str.4) uvádí stádia podle Reisberga takto:

**„1. stádium** - Bez postižení kognitivních funkcí.

**2. stádium** - Počínající postižení kognitivních funkcí: postižený si stěžuje, že začal zapomínat , ale žádné objektivní známky deficitu paměti nelze pozorovat. Toto stádium je někdy vnímána jako druh „ stařecké zapomnětlivosti.“

**3. stádium** - Lehké postižení kognitivních funkcí: neschází v práci, řeči, cestování do míst, která dotyčný nezná, paměť, důvtip a koncentrace ochabují, objevuje se ztráta iniciativy a energie, postižený působí stresovaně (výpadky paměti nebo snaha vyhýbat se novým situacím, což pacient zastírá nebo popírá).

**4. stádium** - Středně těžké postižení kognitivních funkcí, snížená schopnost cestovat, počítat (obtížné zacházení s penězi), snížená orientace v současných událostech, nicméně zůstává zachována orientace v místě, čase, osobou, při klinickém interview jsou zřejmé klinické deficity.

**5. stádium** - Pokročilé postižení kognitivních funkcí, částečná ztráta soběstačnosti, potřeba pomoci s výběrem šatstva, dezorientace časem nebo místem, snížená schopnost vybavit si jména blízkých osob, například vnoučat, ústup za sociálních vztahů, reakcí na stresové situace je strach až zloba, mohou se objevit i perzekuční bludy.

**6. stádium** – Těžké postižení kognitivních funkcí, úplná ztráta soběstačnosti, pacient potřebuje dohled u jídla a hygieny, inkontinence, desorientace místem, časem, někdy i osobou.

**7. stádium** – Velmi těžké postižení kognitivních funkcí, postupná ztráta řeči, úplná inkontinence, zánik hybnosti“ .

MUDr. Brožková, uvádí jednodušší tří stádiové dělení podle Sjogrena (Brožková,2003,str.5).

1. V prvním stádiu se objevuje porucha paměti. Nejprve je postižena orientace místem, orientace v čase nemusí být postižena. Objevuje se pokles aktivity a spontánnosti, stejně jako anxiózní a depresivní nálada a dostávají se obtíže při zvládnání denních aktivit.
2. Druhé stádium uvádí, progresivní demencí s postupující desorientací, poruchou řeči a motoriky. Nazývá se proto stádiem afaticko- prakticko-agnostickým.
3. Ve třetím stádiu dochází ke komplexní dezintegraci všech psychických funkcí a to i emoční a k desintegraci osobnosti. Pacient ztrácí schopnost komunikace, často vydává jen nesrozumitelné zvuky nebo nemluví vůbec, objevují se neurotické příznaky (pyramidové i extrapyramidové) a inkontinence. V posledních měsících života pacient ztelně fyzicky chátrá, umírá obvykle na nespecifickou komplikaci např. bronchopneumonii.

Pro rozsáhlé dělení jsme se rozhodli, z důvodu komplexnějšího přístupu ergoterapeutky. Dle těchto stádií je nezbytné přizpůsobit harmonogram a péči o pacienta. Stejně jako volba pokoje hraje důležitou roli i fakt, zda se jedná o počáteční či pokročilé stádium (Brožková,2003,str.5).

## **2.5 Diagnostika**

Opravdovou jistotu, že pacient trpěl Alzheimerovou demencí přinese až pitva. Nicméně existují metody, které nám umožňují testovat míru postižení kognitivních funkcí (Jirák, Koukolík ,2004).

### 2.5.1 Testovací metody

„Celosvětově nejpoužívanější metodou je MMSE<sup>2</sup> (Mini Mental State Examination). Tento test slouží k posouzení přítomnosti narušení kognitivních funkcí, tedy ke zjištění přítomnosti nebo nepřítomnosti demence, nicméně není specifický pouze pro Alzheimerovu chorobu“ ( Roman Jirák, František Koukolník,2004, str. 143). Test skládá ze 30 otázek a úkolů (např. určení dne, měsíce, roku, místa, či obkreslení průmětu dvou pětiúhelníků). Za každou správnou odpověď je jeden bod. Člověk s normální úrovní kognitivních funkcí by měl dosáhnout třiceti bodů. Od 26 bodů se již výkon posuzuje jako kognitivní porucha. Od deseti bodů dolů se jedná těžkou demenci (Jirák, Koukolík,2004).

„K posouzení stupně narušení psychických funkcí slouží test ADS (Alzheimer Disease Assessment Scale); tento test skládající se z více sub-testů, má svou kognitivní a nekognitivní složku“ ( Roman Jirák, František Koukolník,2004, str. 143).

Citlivým testem je kreslení hodin<sup>3</sup> (clock drawing test). Testovaný má nakreslit hodinový číselník s ručičkami, které ukazují určitý čas. Dementní pacienti podle tíže demence v tomto testu chybují (Jirák, Koukolík,2004).

### 2.5.2 Biochemické a serologické vyšetření

„Hrubé anomálie v biochemickém vyšetření mohou signalizovat možnost metabolické demence, eventuelně účasti somatické choroby na progresi Alzheimerovy nemoci. Nedostatek vitamínu B<sub>12</sub> a folátu může znamenat, že se jedná o symptomatickou demenci – karence těchto vitamínů může postihovat kognitivní funkce (Jirák,Koukolík,2004).

Serologické vyšetření nám umožní oddiferencovat demence luetického původu (Jirák,Koukolík,2004).

„Jsou hledány markery časně Alzheimerovy choroby. Potvrzuje se, že takové markery jsou celkový  $\tau$  – proteinu, a také stoupá obsah forforylovaného  $\tau$  – proteinu“ (Jirák,Koukolník,2004 str. 143).

---

<sup>2</sup> Viz Příloha 3

<sup>3</sup> Viz Příloha 3 a 4



### **2.5.3 Zobrazovací metody**

Jedná se o metody, které jsou při diagnostice a zkoumání Alzheimerovy choroby velice důležité.

Moderní zobrazovací metody CT mozku a MRI mozku umožňují diferencovat některé typy demencí. Zobrazují např. cévní změny, mozkové tumory, míru mozkové atrofie, mozkový cévní průtok a mozkový metabolismus, který bývá u jednotlivých demencí rovněž narušen a velikost hipokampů (Koukolík, Jirák, 2004).

### **2.5.4 Terapie**

Terapie Alzheimerovy choroby by měla být komplexní, tzn. zahrnující metody biologické, farmakoterapii, nebiologické jako jsou reedukační techniky, socioterapie, fyzioterapie, psychoterapii. Na terapii se podílejí psychiatr nebo neurolog, praktický nebo geriatrický lékař, specialisté z jiných oborů, zdravotní sestry, rehabilitační pracovníci, ergoterapeuti a hlavně rodina (Jirák, Obenberger, Preiss, 1998).

### **2.5.5 Farmakoterapie**

Farmakoterapii u Alzheimerovy choroby můžeme rozdělit na farmakoterapii kognitivních a nekognitivních poruch (Koukolík, Jirák, 2004).

#### **2.5.5.1 Kognitivní farmakoterapie**

Farmakoterapie kognitivních poruch by měla ovlivňovat primárně postižené kognitivní funkce, měla by se tedy blížit k terapii kauzální. Jde např. o farmaka zlepšující mozkový metabolismus (nootropika) (Jirák, Obenberger, Preiss, 1998).

„Porucha kognitivních funkcí (paměti, intelektu, motivace) je primární porucha demencí. U Alzheimerovy choroby je nejvíce postižen mozkový acetylcholinergní systém, proto se při terapii používají tzv. kognitivní látky které zlepšují funkci systému“ (Vyskočilová, J., 2000 str. 20).

#### a) substituce prekursorů acetylcholinu

„Substituce samotným acetylcholinem není možná (krátký poločas), proto se používá nejčastěji sojový lecitin, ze kterého se uvolňuje cholin pro syntézu acetylcholinu. Lecitin přináší při dlouhodobém podávání klinické zlepšení jen

některým pacientům s demencí Alzheimerova typu.“  
(Borovičková.P.,2002,str.20).

b) použití inhibitorů acetylcholinu

Acetylcholinestáza je enzym odbourávající acetylcholin v CNS. Zablokováním tohoto odbourávajícího enzymu zvýšíme množství acetylcholinu schopného vazby na své receptory ( Borovičková, 2002).

c) použití antagonistů maskarinových i nikotinových acetylcholinergních receptorů.

Tito antagonisté zlepšují kognitivní funkce. Účinná je především stimulace maskarinových receptorů typu M1.( Borovičková.,2002).

### **ovlivnění jinými neurotransmiterovými systémy**

„Acetylcholinergní systém je pod vlivem tonické inhibice GABAergního systému (systému kyseliny gamaaminomáselné). Hledají se látky, které by inhibovaly GABA receptory tak, aby došlo k odblokování této tonické inhibice“  
(Vyskočilová.J.,2000,str.20).

nootropika

„Jde o tzv. akcelátory mozkového metabolismu. Zvyšují odolnost nervové tkáně k hypoxii a oxidativní metabolismus glukózy, aj. Nootropika bývají velmi dobře tolerována a mají minimum vedlejších příznaků. Užívají se většinou v kombinaci. Mezi nejčastěji užívaná patří piracetam ( Nootropil, Oikamid), pyritinol (Enerbol), meklofenoxat (Lucidril), který se však nesmí používat u kardiaků. Některá nootropika působí též vazodilatačně, do této skupin patří např. naftidrofuryl (Enelbin). Do skupin nootropik můžeme zařadit i směs dihydrovaných námelových alkaloidů (Secatoxin), jenž zlepšuje nepřímo centrální dopaminergní přenos. Někdy se kombinují s xantinovými deriváty (Ersilan) pro potenciační efekt. Příznivé účinky nootropních látek se projeví až po dlouhodobém užívání (měsíce, roky)“ (Vyskočilová.J.,2000,str.20).

scavengery („zametači“) volných kyslíkových radikálů

Za patologických podmínek, tedy i při vzniku Alzheimerovy choroby, dochází k častému vzniku volných kyslíkových radikálů. Patří sem zejména peroxid vodíku, superoxid aj., proto je nutná jejich likvidace. Mezi zametače patří alfa – tokeferol (vitamin E), kyselina askorbová (vitamin C), retinol, melatonin, lazaroidy, selen a z nootropik p\retinol (Enerbol) (Vyskočilová,J,2000).

selektivní inhibitory MAO-B

U Alzheimerovy choroby je vyšší obsah monominooxidázy typu B, proto se jako inhibitor používá selegilin (Jumex), který též snižuje množství volných radikálů (Vyskočilová,2000).

Je velmi obtížné vytvořit správný postup kognitivní terapie Alzheimerovy nemoci. Léčba by se však měla zahájit kognitivu, tedy inhibitory acetylcholinesterázy nebo stimulanty muskarinových receptorů M1. Doplňit poté terapii lecithinem, k tomu selegilin. A možnou kombinací s nootropiky, zametači a dalšími uvedenými látkami (Vyskočilová,J,2000).

### **2.5.5.2 Nekognitivní farmakoterapie**

Tato terapie se aplikuje při léčbě přidružených nekognitivních příznaků, kam patří např. paranoidně- halucinatorní syndromy, stavy neklidu, poruchy spánku, depresivní či úzkostné stavy (Koukolík,Jirák, 2004).

a) léčba poruch spánku

Spíše než nedostatku spánku se u Alzheimerovy choroby projevuje posun cyklu bdění-spánek. Často dochází k nočnímu bdění a k dennímu pospávání, tedy k inverzi spánku. Častá jsou buzení, někdy hypersomnie. Při volbě farmak je nutné dbát na to, aby nezpůsobily nežádoucí účinky a nenarušovaly kognitivní funkce (Borovičková,2002).

Hypnotika – nepříznivě ovlivňují paměť, proto je užíváme co nejméně.

Barbituráty- mají též nežádoucí účinky – způsobují útlum dechového centra, návykovost, po vysazení insomnií.

Benzodiazepiny- mají hypnotický efekt a negativní úzkostný, antiepileptický a Myorelaxační účinek. hrozí závislost, po vysazení nespavost, epileptický záchvat, útlum dechového centra, snížení výkonnosti kognitivních funkcí.

Nebenzodiazepinová hypnotika- účinek je čistě hypnotický, nejčastěji se užívá zolpidem( Stilnox).

Psychofarmaka- při Alzheimerově chorobě ale i jiných demencí se užívá clomethiazol, který působí protidelirantně.

Neuroleptika- patří sem tiaprid ( Tiapridal), haloperidol, risperidon (Risperdal).

b) léčba agitovanosti a podobných poruch chování(neklid)

Agitovanost je porucha chování, která se vyskytuje často u Alzheimerovy choroby. Je spojena s excitovaností, expanzivitou, verbální či brachiální agresivitou. K ovládnutí se užívají neuroleptika, a to ta, která se užívají při poruchách spánku. Je však nutná vyšší dávka a podání vícekrát denně (Borovičková,2002).

c) léčba paranoidně halucinatorních syndromu

Opět využíváme neuroleptika jako risperidon, melperon, haloperidol, tiaprid, pimozid clozapin, u kterého je nutné sledovat krevní obraz kvůli agranulocytóze , má však velmi dobrou účinnost a minimum vedlejších příznaků (Borovičková,2002).

d) léčba přidružené deprese

Při léčbě deprese Alzheimerovy choroby je nutné se vyhnout antidepresivům s výraznými vedlejšími účinky. Nepoužívají se triciklická antidepresiva pro jejich anticholinergní účinky, se užívají antidepresiva II. generace, kam patří např. díbezepin (Noveril), mianseril (Lerivon), maprotilin (Ludiomil), vazoxazin (Vivalan), ještě častěji se užívají fluoxetin (Deprex, Prozac, Portal), fluvoxamin (Fevarin), citalopram (Seropram), sertralin (Zoloft), paroxetin (Seroxat), maklobemit (Aurorix), selgin (Jumex) (Borovičková,2002).

e) léčba přidružené úzkosti

Úzkost může být primárním příznakem Alzheimerovy choroby. K jejímu tlumení jsou vhodná např. neuroleptika v malých dávkách, např. tiaprid, sulpirid (Dogmatil) (Borovičková,2002).

### **2.5.6 Nefarmakologická terapie**

Při sběru údajů a zpracování problematiky nemedicínské terapie u Alzheimerovy choroby jsme nenašli komplexnější zpracování. V literatuře byly uváděny pouze kapitoly, respektive části kapitol, které nepřinášeli vyčerpávající informace na dané oblasti. Mezi terapie, se kterými jsem se při své praxi setkávala patří například: trénování paměti, sociální trénink, pohybový režim a psychoterapie.

### 2.5.6.1 Trénování paměti

Trénování paměti může v ranné fázi pomoci mnohým nemocným. Účinky se nejčastěji projevují změnou nálady a stupněm aktivity. Omezení duševní výkonnosti, které tato nemoc způsobuje jim však nelze ani zabrzdit ani zastavit. Skutečný trénink paměti je určen spíše pro lidi, kteří se chtějí udržovat po celý život duševně čilí. Pacientovi trpícímu Alzheimerovou chorobou může dokonce za jistých okolností uškodit, neboť pro něj představuje příliš velkou zátěž. Co rozhodně doporučit lze jsou jednoduché názorné hry a pomůcky (<http://www.alzheimerforum.cz>).

„Paměťová a myšlenková cvičení („mozkový jogging“) nevedou u většiny pacientů k výraznému zlepšení, naopak pacient často selhává a je frustrován. Duševní schopnosti lze povzbuzovat vyprávěním příběhů, malování obrazů, případně speciálním cvičením. Při pokračujícím duševním úpadku je nemocnými zpravidla pozitivně přijímáno, když se jim okolí citlivě a láskyplně věnuje“ (převzato z <http://www.alzheimerforum.cz/trenink/detail.php?nr=1591&kategorie=trenink,dne14.4.2006>).

#### **Pět bodů pro posílení duševní aktivity:**

- Trénink paměti posilující stávající duševní schopnosti.
- Posilování prostorové orientace.
- Posilování duševní a tělesné stránky.
- Zvyšování sebejistoty pacientů, jmenování známých věcí .
- Zvyšování sebejistoty obnovováním jejich vědění (edukační materiál sanatoria Topas,2006).

#### **Nezapomínejme na smyslové podměty typu:**

- Oči- barvy, tvary,názvy, co to je, co to připomíná.
- Uši- nejenom písně, melodie, hudba, různé zvuky- hádat (hlasy herců).
- Hmat- pytlíky s různým materiálem (hádat co tam je).
- Chut'- jít to či ono.
- Čich- vůně koření, voňavek, jídla, květiny, byliny (edukační materiál sanatoria Topas,2006).

### **10 zlatých pravidel pro práci se starými lidmi**

- 1) Motivace starých lidí - odvaha do práce.
- 2) Umožnit zážitek (staré – nové, buď a nebo).
- 3) Kdo trénuje – lektor se musí přizpůsobit skupině.
- 4) Postupovat pomalu výš (jako po schodech), rozvíjet témata, zvyšovat namáhavost úkolů.
- 5) Odstraňovat blokády myšlení – změnit téma.
- 6) Důležité jsou přestávky – dýchání, pití, procházka, toaleta, smích, zpěv, pohyb, NE sedět a pospávat.
- 7) Ve skupině přibrzďovat lidi co neustále povídají a nejsou k umlčení, dát jim úkol a zaměstnat je, např. hledat slovo ve slovníku apod..
- 8) Dobré anekdoty.
- 9) Naši žáci jsou našimi učiteli.
- 10) Napětí v otázce a odpovědi – dávat otevřené otázky, na které lze odpovídat více způsoby (edukační materiál sanatoria Topas,2006).

#### **2.5.6.2 Sociální trénink**

Pod sociální trénink můžeme zařadit následující, v praxi běžně užívané, aktivity:

- Procházky po obci, kontakt se spoluobčany a prohlubování sociální interakce.
- Kratší i celodenní výlety.
- Návštěvy cukrárny, čajovny, kina a divadla.
- Návštěvy ZOO, Botanické zahrady.
- Cesty autobusem, vlakem.
- Samostatný nákup v obchodě a v cukrárně.
- Pálení čarodějnic, opékání buřtů.
- Pravidelná siesta u kávy.

Pacientům trpícím Alzheimerovou chorobou sociální kontakty prospívají a osvěžují je tak jako ostatní lidi. Nicméně, pacienty nesmíme přetěžovat a musíme se přizpůsobit jejich možnostem (edukační materiál sanatoria Topas 2006).

### **2.5.6.3 Pohybový režim- Fyzioterapie**

Jelikož cvičení chce pravidelnost, dochází do uvedeného sanatoria jedenkrát týdně rehabilitační sestra. Ergoterapeutky provádí pravidelně každý den ranní rozcvičku a během dne protahování. Odpoledne se cvičí na hudbu (cvičí se v sedě) (edukační materiál sanatoria Topas 2006).

- S klienty jsou prováděna následující cvičení (edukační materiál sanatoria Topas 2006):
- Nácvič chůze na chodítku.
- Nácvič chůze po schodech.
- Nácvič chůze s méně pohyblivými pacienty.
- Jízda na rotopedu.
- Dechová cvičení (nafukování balónek, brčka, vata, foukat přes stůl, dobře se prodýchnout, zdržovat dech, výdech na tři apod.).

Zásady cvičení:

- Pravidelné cvičení v rámci možností pacienta.
- Pomalé a srozumitelné vysvětlování.
- Předcvičení.
- Pravidelnost sérií po pěti či deseti cvicích podle náročnosti.
- Procvičení celého těla včetně kloubů a šlach.

Cílem je prokrvit mozek a zlepšit náladu vyplavením endorfinů (edukační materiál sanatoria Topas2006).

### **2.5.6.4 Psychoterapie<sup>4</sup>**

Psychoterapeutické působení na nemocného se snaží reedukovat zejména nástup pocitů bezmoci a zoufalství. Zabraňuje v rozvoji maloadaptivního chování a nevhodnému vyrovnání se s příznaky nemoci. Z toho tedy plyne, že v počátcích rozvoje nemoci, může zlepšit emoční prožívání a komunikaci. Do psychoterapeutických technik patří např. arteterapie, muzikoterapie a především resocializační techniky.

---

<sup>4</sup> Viz fotografie v Příloze 8

Ovšem je nutné si uvědomit, že skupinové psychoterapeutické aktivity jsou nevhodné pro těžký stupeň onemocnění (edukační materiál sanatoria Topas,2006).

### **Teorie arteterapie**

Nejen lidé s duševní poruchou při arteterapeutické činnosti odhalují stresující a citlivé životní momenty. Výtvarná činnost je pro člověka přirozená, protože každý člověk je schopen tvořit, tvořivost ho obohacuje a může pomoci změnit sebe sama. Arteterapie pomáhá k aktivnímu zapojení a k neverbálnímu sebevyjádření. Neverbálně se dají zprostředkovat myšlenky, pocity, vjemy, které jsou pro slovní popis složité. Arteterapie je aplikována od nejjednodušší po nejsložitější. Zásadou je malovat čímkoli na cokoli. Používají se k tomu např. pastelky, fixy, foukací fixy, vodové barvy či tempery, uhlí aj. Arteterapie musí zachovávat projev svobody. Pacienti nejraději malují známe motivy z dětství, neboť malování je další z možností jak zprostředkovat pacientům pocit jistoty a bezpečí. Malování pomáhá uchovávat velmi dlouho citové a tělesné zážitky. Můžeme narazit na jedno úskalí, se kterým jsem se často setkávala. Klienti mi často řekli „Nikdy jsem neuměl dost dobře kreslit“ , „Mě to nebaví, protože to neumím“. Toto bývá dosti často spojeno se základní školou, kdy jsme se často setkávali se situacemi, kdy jsme během výuky prožívali zahanbující okamžiky (hlavně ti, co neuměli malovat). Těmto obavám musíme porozumět a respektovat je. Musíme se také pokusit vytvořit prostředí, kde se členové skupiny dokáží uvolnit. Nutný je i určitý stimul k práci. Instrukce by měli být jasné a tvorba určena tak, aby ji skupina zvládla a nebyla pro ni stresující, bavila ji a zachovala projev svobody. Zakončení skupinové práce je stejně důležité jako její zahájení. (Čejková.K, 2002).

**Arteterapeutické skupiny sanatoria** Topas tvoří skupiny o 8-10 klientech, které se scházejí v místnosti k tomu určené. V této skupině se vytvářejí vztahy a probíhá komunikace. Členové skupiny se dozvídají více sami o sobě i o ergoterapeutovi. Tím může vzniknout pocit sounáležitosti. Pokud ergoterapeut otevře své srdce bude lépe začleněny do skupiny. Aby klienti měli pocit ze smysluplné práce, výrobky se vystavují a na přání klienta se mu nechávají, aby si je mohl popřípadě vystavit ve svém pokoji (Čejková,2002).



## **Ergoterapeut**

Ergoterapeut by měl mít téma práce a pomůcky dopředu připravené. Měl by jasně a trpělivě vysvětlit cíl práce. Arteterapie je oborem, kde je stále možnost učit se něco nového a inspirovat se novými náměty. Dnes již existuje mnoho seminářů a kurzů. Sestra ergoterapeut by měla být vyrovnaná a trpělivá osoba a měla by naslouchat členům své skupiny a využívat zpětnou vazbu. Při arteterapii je důraz kladen na obsah a nikoliv na její estetické hodnoty. Skupina by měla pracovat jako jeden celek. Sestra by skupinu měla dobře znát, a umět ji motivovat. Měl by se být ponechán prostor pro vyjádření pocitů a názorů (edukační materiál sanatoria Topas2006).

Příklady arteterapie:

1. Práce s moduritem, hlinou, modelínou či slaným těstem.
2. Práce s papírem či krepovým papírem.
3. Práce s přírodními materiály (proutí, kameny, tráva, šišky či lýko).
4. Vyrábění hraček ze dřeva (smirkový papír, hřebíky).
5. Ruční práce (pletení, motání klubíček, stříhání či lepení látek).
6. Skládání látek, vyšívání, šití, přišívání knoflíků).
7. Výroba předmětů ze sádry.
8. Výroba koláží (používání mušliček, písku, listů, koření, těstovin).
9. Aranžování květin (živým či umělých).
10. Procvičování jemné motoriky (skládání puzzle, navlékání korálek, jeřabin, těstovin, rozdělování hrachu a kukuřice, třídění drobných mincí) .

### **2.5.6.5 Petterapie**

Při petterapii jsou využívána zvířata, protože ta od nepaměti doprovázela člověka, tudíž mezi nimi vznikl vzájemný vztah. Je prokázáno, že zvířata dokáží zmírnit pocity osamělosti a společenské izolace. Při hlazení dochází k poklesu krevního tlaku a srdeční činnost se zklidňuje. Pacient vnímá teplo a měkkost zvířete, čímž je navozena příjemná nálada. Zvířata nejsou náladová, chovají se stále stejně, dokáží pacienty rozveselit a lze s nimi slovně komunikovat (edukační materiál sanatoria Topas2006).

### **2.5.6.6 Muzikoterapie**

Muzikoterapie je součástí relaxace. Rozlišujeme relaxaci aktivní i pasivní. Hudba a rytmus umožňují přístup k nemocným s Alzheimerovou chorobou. Obojí v nás vyvolává hluboce zakořeněné způsoby vyjadřování a prožívání (edukační materiál sanatoria Topas2006).

Zpěv a pohyb spolu s hudbou aktivují mimo jiné i naši mozkovou činnost. Hra na hudební nástroj patří k aktivitám, které podněcují činnosti většiny oblastí mozkové tkáně a látkovou výměnu. Jelikož máme pohybovou paměť, která je zčásti nezávislá na obsahu zbývajících paměti, je možné určitými pohybovými impulsy aktivovat celé pohybové vzorce a tím vyvolat i zbývajících obsah paměti (edukační materiál sanatoria Topas2006).

Pohyb navíc aktivuje mozkovou činnost a podporuje látkovou výměnu v mozku. Kromě toho pohyb pomáhá odbourávat vnitřní napětí, zlepšuje vnímání sebe sama v prostoru, vytváří statický a tělesný pocit a působí antidepresivně (edukační materiál sanatoria Topas2006).

Zpívají často i klienti, kteří normálně nemluví a to dokonce bez jediného zapomenutého slova (edukační materiál sanatoria Topas2006).

### **2.5.6.7 Terapie u pacientů trpících demenčním anachronismem**

O demenčním anachronismem se mluví tehdy, když si nemocný minulost jako takovou neuvědomuje, ale převezme ji jako přítomnost. Dochází k situacím typu: nemocný vstává do práce, hledá své rodiče, musí jít domů, protože dítě je doma samo a pláče. Představa a reálná situace splynou nakonec dohromady, přičemž nemocný objektivně viditelné rozpory ignoruje, jelikož jeho potřeba orientace a důvěry je silnější než možnost vnímání logických disonancí. (edukační materiál sanatoria Topas 200)

V těchto situacích je lepší, když pacientovi dáme pocit rovnováhy, pocit, že je mu rozuměno a že není sám. Často je nutno často proniknout do světa nemocného a vědomě se vzdát trvání na 100% pravdě. (edukační materiál sanatoria Topas2006)

Velmi se mi líbí přísloví od Maxe Frische: „Pravda by se měla druhému podržet jako kabát, který si může obléct a ne mu s ní jako s mokřím hadrem otřískat hlavu“ (Moudrost světa,2002,str.36).

### **2.5.6.8 Validace<sup>5</sup>**

Znamená člověka postiženého Alzheimerovou chorobou následovat do jeho vnitřního světa, tento svět akceptovat, pojmenovat a potvrdit. Validace je terapie pro komunikaci se starými lidmi, kteří mají Alzheimerovu chorobu nebo přidružené demence. Jestliže budeme chtít přivést pacienta do skutečnosti, ztratíme s ním kontakt, začne se zlobit, cítit se nepochopený a ponížený. Jestliže, ale nemocné akceptujeme takové jací jsou, je možné se k nim velmi přiblížit.

Příjmový dotazník pro ergoterapii.

Je důležité znát pacientův životní příběh. Ne ze zvědavosti, ale abychom mohli pochopit a snadněji ho následovat do jeho vnitřního světa. Chceme se dozvědět co nejvíc informací o klientovi, o jeho zálibách, potřebách, zvycích, zvláštěnostech, dovednostech. Důležitá je spolupráce s rodinou. (edukační materiál sanatoria Topas 2006).

### **2.5.6.9 Reminiscenční terapie**

Reminiscence = vzpomínání.

Hlavní důvod proč je vhodné reminiscenci aplikovat je, že dlouhodobá paměť zůstává dobře zachována. Reminiscenční terapie je metoda, která využívá vzpomínek a jejich vybavování si prostřednictvím různých podmětů. Tato metoda je velice důležitá pro pacienty s demencí, kteří trpí poruchami krátkodobé paměti, ale velmi dobře si vybavují události dávno minulé. Je vhodná pro pacienty s lehkou až středně těžkou demencí. Vzpomínání může sloužit jako prostředek, jak zdůrazňovat přednosti starších lidí před jejich nezpůsobností. Též může udržovat sebeúctu tím, že znamená orientaci na věci, které dělat mohou, místo konfrontace s tím, co dělat nemohou. Vzpomínání může posílit prožívání vlastní hodnoty, neboť starým lidem poskytuje příležitost podělit se s ostatními o moudrost a zkušenosti, které během svého života nashromáždili (vychází ze starých kmenových kultur, kde bylo povinností stařešiny předávat moudrost z generace na generaci). Vzpomínání může pomáhat starému člověku udržet si pocit vlastní identity a předávat ji druhým (edukační materiál sanatoria Topas 2006).

---

<sup>5</sup> Viz Příloha 2

### 2.5.7 Dietoterapie Terapie

U pacientů trpících Alzheimerovou chorobou zpravidla dochází během onemocnění k malnutricii. Nemocný se zapomíná najíst, přijímá nevhodnou stravu a nedostatečné množství tekutin. Tyto skutečnosti zhoršují stav nemocného a ten často trpí únavou, apatií, depresemi a zvyšuje se riziko vzniku proleženin (edukační materiál sanatoria Topas,2006).

Strava ovlivňuje činnost mozku, a proto je u pacientů trpících Alzheimerovou chorobou nezbytné hlídat dostatek:

1. Tekutin (snížený pocit žízně, proto je nutné, střídat nápoje a zavodňovat organismus).
2. Tuků (nenasycené kyseliny, rostlinné) –musíme podávat tučné mléko a mléčné výrobky, smetanu, majonézy a oleje.
3. Sacharidů – u starých lidí způsobuje nedostatek cukru nejistotu v chůzi a pohybu, únavu a neklid.
4. Bílkovin – netučné maso (krůta, vepřová kýta a kuře).
5. Dostatek vlákniny (není vhodná vláknina ve formě luštěniny, neboť v kombinaci s nedostatkem pohybu způsobuje nadýmání, vhodnější jsou ovesné vločky a pektini z ovoce a zeleniny).
6. Kombinované preparáty např. Nutridrink.

Strava musí mít dostatečnou energetickou a biologickou hodnotu a zároveň musí být přizpůsobena možnostem stárnoucího organismu. Až osmdesát procent starých lidí má zhoršený čich a chuť, proto se doporučuje strava mírně dráždivá. Pacient trpící Alzheimerovou chorobou mají sníženou chuť k jídlu, z tohoto důvodu by strava měla být pestrá, na pohled přitažlivá, neboť jíme i očima (edukační materiál sanatoria Topas).

## II Praktická část

### 3 Ošetrovatelská péče u pacienta s Alzheimerovou chorobou

#### 3.1 Identifikační údaje

Paní L.N. se narodila 10. března roku 1928. Letos tedy oslavila své životní jubileum 80 let. Žila v Praze 4 – Modřany. Do geronto-psychiatrického sanatoria byla přijata v listopadu 2005 pro ztrátu soběstačnosti. Pacientka přišla z domova své starší setry, kde pobývala od Vánoc roku 2004. Paní L.N. byla učitelkou na prvním stupni základní školy. Ve svém volném čase se věnovala a nadále věnuje ručním pracem, ráda četla knihy a to převážně beletrii, chodila na procházky a zahradničila. Aktivně se angažovala na různých akcích např. vítání občánků, zlaté svatby apod. Velmi často chodila do divadla, na koncerty a výstavy.

Pacientka byla sledována v diabetologické a glaukomové poradně v Modřanech. Prodělala běžné dětské choroby. Léky dlouhodobě neužívala.

#### 3.2 Rodinná anamnéza

Matka pacientky se nervově zhroutila po smrti manžela v roce 1960. Léčena byla v pražské psychiatrické léčebně v Bohnicích pro deprese. Rok před smrtí roku 1997 se u matky projevovaly známky demence. Pacientka má starší sestru.

#### 3.3 Diagnózy pacientky

- a) Alzheimerova choroba s pozdním začátkem
- b) Hypotenze
- c) DM II. typu
- d) Glaukom
- e) Depresivní poruchy
- f) CHICHS, oběhově stabilizovaná podle EKG

#### 3.4 Farmakoterapie

Exelon 6mg	1-0-1	anticholinesteráza
Tiagra	0-0-1	neuroleptikum

Apo-Seleg 5mg	1-0-0	antiparkinsonikum
Gutron	1-0-0	sympatomimetikum
Anopyrin 100mg	1-0-0	antiagregans
Ascorutin	1-1-1	venofarmakum
Aescin Polfa	0-0-1	venofarmakum
Gerivait	1-0-0	Varia
Arutimol gtts. do pravého oka		Oftalmologikum, antiglaukomatikum
Při neklidu Tiapridal 1 ampule I.M.		neuroleptikum

### 3.5 Alergická anamnéza

Pacientka neudává.

### 3.6 Management příjmu pacientky

Pacientka byla při přijetí plně orientovaná, spolupracuje a na výzvy reaguje. Na otázky týkající se staropaměti pacientka odpovídá adekvátně. Chybné odpovědi jsou však v novopaměti, kde jsou zjevné kognitivní poruchy. Pacientka to však bagatelizuje a popírá. Dále je udávána trvalá únava a dle slov pacientky „motání hlavy“.

Hlava nebolí, zornice na světlo reagují, krk bez hmatných uzlin Kůže je suchá, ale na obličeji a zádech jsou nedohojené kožní defekty (pacientka je objednána na kožní oddělení). Chůze vzpřímená, bez amputací končetin

### 3.7 Závěr při příjmu

Paní L.N. je 80- létatá pacientka, svobodná, učitelka na prvním stupni základní školy, přijatá pro ztrátu soběstačnosti. V rodinné anamnéze matka léčena v Psychiatrické léčebně v Bohnicích pro depresivní reakci na smrt manžela. Obdobnou reakci prodělala i pacientka po smrti své matky v roce 1998. Do roku 2000 byla pacientka velmi plačtivá a lítostivá, naříkala na samotu v prázdném bytě. V letech 2001- 2003 byla pacientka soběstačná bez ztráty aktivit. V roce 2004 objevila její sestra poruchy paměti. Dále byly patrné ztráty zájmů, aktivit a potěšení z nich. Objevila se též únava a spavost. Zhoršen zájem o sebe sama, pacientka si přestávala vařit a ztrácela orientaci. Na začátku roku 2005 si pacientku vzala její sestra domů, aktivizovala jí, což se projevilo v krátkém asi 2 měsíčním zlepšení výkonnosti, nikoliv však paměti. Poté opět nastalo zhoršení stavu ( hypoaktivita, hypodamie, unavenost a nezájem).

V polovině roku 2005 měla její sestra narozeniny, pacientka už nešla pro kytku a narozeninovou oslavu odseděla v kuchyni bez zájmu. Pacientčin zdravotní stav se horšil a tím nastávala i větší náročnost na pečovatelskou péči. Jelikož v domácím prostředí jí nemohla být poskytnuta potřebná odborná péče, byla pacientka umístěna v roce 2005 v geronto-psychiatrickém sanatoriu Topas.

### 3.8 Životopis L.N

L.N. je neobyčejná žena. Letos oslaví jubileum 80 let a pořád je nesmírně vitální, usměvavá a pozitivně naladěná pacientka. I přes své onemocnění bere vše s nadhledem. Paní L.N. znám přes 2 roky, od jejího příjmu do sanatoria Topas. Pacientka se velmi dobře adaptovala a byla s ní výborná spolupráce. U pacientky jsem získala důvěru a tak mi vyprávěla „co jí život dal i vzal“ a tím jsme se sblížily.

L.N. bydlela s rodiči v Praze. V 10 letech šla na 8leté gymnázium, ale vysoké školy byly zavřené a tak nemohla dostudovat pedagogiku na vysoké škole. Učení byl její sen, který se jí vyplnil. Šla učit do pohraničí do Teplic. Učila na prvním stupni základní školy Německý jazyk a dějepis. Děti mluvily eglánštinou, což jí ze začátku činilo problém. Na toto období ráda vzpomíná.

Nikdy se neprovdala, i když dle jejích slov nápadníků měla dost. Ale vždy nebyla vhodná doba. I když neměla vlastní děti, byla jimi neustále obklopena. Účastnila se mnoha kulturních akcí. Např. vítání občánků. Byla velmi činorodá. Milovala a miluje kulturu. Chodila do divadel, galerií, na výstavy aj. Ani teď neztrácí zájem o okolí. Byla např. v podmořském světě na Výstavišti, na muzikálech Tři mušketýři nebo Kleopatra, na výstavě obrazů Josefa Lady, či v kině IMAX.

Na závěr bych napsala její reakci ne téma muži. Mám tři chlapy a každý mi něco bere. Alzheimer paměť, Glaukom zrak a doktor T. (též pacient sanatoria) srdce.

### 3.9 Fyzikální vyšetření sestrou

Pacient při vědomí, orientován místem časem osobou, normostenický, eutrofický, poloha aktivní, chůze přirozená, třes 0, výška 160cm, váha 55 kg, puls 60' - pravidelný, TT 36,2°, dech 16' - eupnoický, TK 100/65, řeč plynulá.

- **Hlava** – lebka normocefalická, tvar mezocefalický, hlava poklepově nebolestivá, držení hlavy přirozené, výstupy trigeminu nebolestivé, vlasy prořídle (alopécie).
- **Oči** – obočí prořídle, víčka BPN, oční bulvy ve středním postavení, pohyblivé, spojivky růžové, skléry bílé, rohovka průhledná, fotoreakce +, reakce na konvenci +.
- **Uši, nos** – bez výtoků, lehká nedoslýchavost.
- **Rty** – růžové bez cyanózy, souměrné.
- **Dásně a sliznice dutiny ústní** – vlhká, růžová, BPN, čepy 0.
- **Jazyk** – růžový, vlhký, lehce povleklý, plazí ve střední čáře.
- **Tonzily** – hladké nezvětšené.
- **Chrup** – umělý, sanován.
- **Krk** – krční páteř dobře pohyblivá, uzliny a štítná žláza nezvětšené.
- **Hrudník** – souměrný, astenický, prsy bez rezistence, symetrické.
- **Plíce** – poklep plný jasný, dýchání čisté sklípkové.
- **Srdce** – srdeční krajina bez vyklenutí, srdeční akce pravidelná, šelesty 0.
- **Břicho** – měkké, nebolestivé, bez hmatné rezistence, jizvy 0, poklep bubínkový, slyšitelná peristaltika.
- **Játra** – nepřesahují pravý oblouk žeberní, měkká, palpačně nebolestivá, hepatojugulární reflux 0, Murphy 0.
- **Ledviny** – bimanuální, nehmatné, tapotement 0 .
- **Uzliny** – nehmatné, nebolestivé.
- **Páteř** – pohyblivá, nebolestivá, zakřivení fyziologické .
- **Klouby** – deformace kloubů, omezení pohybu.
- **Varixy** – 0, palpačně nebolestivá.
- **Kůže** – prokrvená, ikterus 0, hyperpigmentace 0, turgor dobrý, otoky 0.



### 3.10 Ošetřovatelská anamnéza

Doména: podpora zdraví

Pacientka vnímá svůj zdravotní stav, jako částečně dobrý z důvodu celkové slabosti. Pacientka denně chodí na procházky a na ergoterapii. Test rizika pádu je pozitivní. Terapeutický režim dodržuje důsledně.

Doména: Výživa

Pacientka má dietu číslo 9/225 Kcal (diabetická dieta). Strava je dle doporučení dietní sestry rozložená na 6 jídel denně + přídavky (Nutridrink). Dieta jí vyhovuje. Hlad nepocítuje. Chuť k jídlu je zachovaná. Denně vypije 2l tekutin (čaj, neperlivá voda). Z důvodu Alzheimerova choroby je třeba důsledně hlídat příjem tekutin a stravu. Příjem tekutin je bez obtíží per os. Stav dutiny ústní – zubní vyndavací protéza, která jí vyhovuje (12 měsíců kontrola stomatologem) . Stav vlasů a nehtů přiměřený věku. Kůže suchá, denně ošetřena tělovým mlékem. BMI je 22 (fyziologický).

Doména: Vylučování a výměna

Mikce bez obtíží – bez projevů infekce, zvládá sama. Vyprazdňování stolice bez potíží, pravidelná, laxativa neužívá. Moč má normální světle žlutou barvu, bez příměsí. Stolice normální konzistence a barvy (hnědá). Inkontinence moče a stolice není. Potí se fyziologicky.

Doména: Aktivita – odpočinek

Pacientka udává obtíže v usínání. Ráno se cítí nevyspalá a unavená. Hypnotika neužívá. Svými slovy hodnotí: „Děvenko, až Ti bude tolik jako mě, taky nebudeš moct spát.“ Denní aktivity pacientky jsou pravidelné procházky a cvičení. Držení těla je vzpřímené, koordinace těla je narušená (občasné motání hlavy). Pacientka je soběstačná, chůze bez kompenzačních pomůcek. Pacientka má riziko pádu 4 body (pád v anamnéze, medikace, vyšší věk, koordinace pohybu) – viz. Tabulka Hodnocení rizika pádu na str. 66. Je třeba minimální pomoc a dohled při koupání, chůzi a příjmu potravy.

Doména: Vnímání a poznávání

Pacientka je nyní plně orientovaná ( místem, časem, osobou). Používá kompenzační pomůcky brýle jak na dálku, tak i na blízko. S brýlemi vidí dobře. Sluch je dobrý, řeč je plynulá, kontakt otevřený. Bolest neudává. V anamnéze díky Alzheimerova chorobě trpí poruchou paměti (novopaměť, zapomínání, soustředění).

Doména: Vnímání – sebe sama

Pacientka o sobě udává, že je optimistka. Vypozorovala jsem zručnost v zájmových činnostech (háčkování, vyšívání, koláže). Pocity hněvu, strachu, smutku a úzkosti neudává.

Doména: Vztahy

Pacientku navštěvuje 1x týdně její sestra, která si jí 2x do měsíce bere na víkend domů. Pacientka je velmi přátelská.

Doména: Sexualita

Pacientka chodí na pravidelné gynekologické prohlídky ā 6 měsíců. Bezdětná, nikdy nebyla těhotná. Klimakterium bylo v 51 letech. Bez problému.

Doména: Zvládání zátěže- odolnost vůči stresu

Pacientka se v geronto-psychiatrickém sanatoriu adaptovala velmi dobře. Napětí pacientka nemívá, s výjimkou stavů zmatenosti.

Doména: Životní princip

Pacientka vyznává křesťanskou víru. V neděli ráda navštíví bohoslužbu. Její víra jí v ničem neomezuje. Mezi její největší hodnoty patří, zdraví,rodina a záliby.

Doména: Bezpečnost- ochrana

Pacientka má riziko pádu z důvodu pádu v anamnéze, medikace, vyššího věku,zhoršené koordinace. Tělesná teplota je fyziologická – normotermie 36,6°C.

Doména: Komfort

Pacientka akutní či chronickou bolest neudává. Pacientka osamění neudává.

Doména: Růst a Vývoj

Pacientka prospívá ( BMI 22). Trpí zdravotními obtížemi jako je DM II. typu, chr.ICHS, glaukom, deprese a v neposlední řadě Alzheimerovou chorobou. Nyní je hospitalizovaná v geronto-psychiatrickém sanatoriu Topas ve Škvorci, kde je spokojená a usměvavá. Našla si zde přátele z řad pacientů tak i zdravotnického personálu. Je zde již přes 2 roky.

### **3.11 Plán ošetřovatelské péče**

#### **Ošetřovatelské diagnózy**

##### **1. Paměť porušená – 00131**

z důvodu Alzheimerovy choroby, projevující se poruchami paměť, novopaměti a soustředěním.

Cíl:

U pacientky zůstane zachovaná schopnost paměti v její nejvyšší možné míře do ukončení pobytu v sanatoriu.

Výsledná kritéria:

- Pacientka je seznámena s léčebným režimem do 4 hodin.
- Pacientka zná své onemocnění a následky onemocnění do 24 hodin.
- Pacientka akceptuje udržení paměti v nejvyšší možné míře do 24 hodin.
- Pacientka zná způsoby tréninku paměti do 24 hodin.
- Pacientka se denně účastní ergoterapie do 24 hodin.

Intervence:

- Prokonzultuj s pacientkou vhodné ergoterapeutické a fyzioterapeutické techniky k trénování paměti (primární sestra) do 24 hodin
- Dohlédni na každodenní docházení pacientky na ergoterapii a fyzioterapii (primární sestra) do 24 hodin
- Seznam pacientku s léčebným režimem (primární sestra) do 24 hodin

- Zajisti pacientce vhodné prostředí a okolí (kalendář, fotografie, nástěnky, jmenovky...) (primární sestra) do 24 hodin
- Podávej každodenně medikaci dle ordinace lékaře (primární sestra) do 4 hodin
- Zhodnot' míru edukace pacientky do 24 hodin
- Vysvětli pacientce a její rodině způsoby trénování paměti (primární sestra) do 24 hodin
- Cítlivým způsobem zjisti míru edukovanosti nejen u pacientky o onemocnění (primární sestra) do 24 hodin.

#### Realizace:

S pacientkou jsem pečlivě prošla ergoterapeutické a fyzioterapeutické techniky trénování paměti. Pacientka je velmi zručná v zájmových činnostech, proto jsem se zaměřila hlavně na arteterapii. Každý den jsem pacientku doprovázela na denní terapeutické činnosti. Rodinu jsem poprosila o pacientčiny fotografie a předměty, které pacientce vybavují vzpomínky. Pacientčin pokoj jsme vyzdobili výrobky z arteterapie, fotografiemi, kalendářem a nástěnnými hodinami. Každý den jsem pacientce podávala medikaci dle ordinace lékaře. Pacientka a její rodina byla schopna edukace.

#### Hodnocení:

Díky pacientčině činorodosti jsem měla velké pole působnosti. Pacientku bavila hlavně arteterapie. Během měsíce jsme vyzdobily s pacientkou její pokoj obrazy i kolážemi, naaranžovaly jsme květinovou Ikebanu, nástěnnými hodinami, novým kalendářem, který si pacientka koupila ve městě a fotografiemi, které ji rodina přinesla. Pacientka i její rodina byly velmi dobře edukovány o Alzheimerově chorobě, terapii a trénování paměti, reedukace již nebyla zapotřebí. Během měsíce pacientka byla orientovaná místem, časem a osobou a pacientka znala pravidelnost režimu v sanatoriu.

## **2. Porušený spánek 00095,**

Z důvodu nadměrné snahy usnout, projevující se ospalostí, únavou a stížnostmi na obtížné usínání.

#### Cíl :

Pacientka udává zlepšení spánku a odpočinku a celkové pohody do 2 týdnů.

#### Výsledná kritéria:

- Pacientka se zapojí do fyzioterapie a ergoterapie do 2 dnů.
- Pacientka spí 8 hodin\noc do 3 dnů.
- Pacientka verbalizuje snížení pocitu únavy do 3 dnů.
- Pacientka si nacvičí relaxační techniky(autonomní trénink) do 7 dnů.

#### Intervence:

- Zajisti vhodné prostředí ke spánku (vyvětrání pokoje atd.) (primární sestra) do 24 hodin.
- Zjistí představu pacientky jak má vypadat přiměřený a kvalitní spánek (primární sestra) do 24 hodin.
- Zjistí a umožni pacientce její zvyky před spaním (sprcha, četba, televize atd.) (primární sestra) do 24 hodin.
- Zaměstnávej, aktivuj a zapojuj pacienta do všech programů ergoterapie a fyzioterapie (primární sestra) do 24 hodin.
- Projednej s lékařem možnost podání hypnotik (primární sestra) do 24 hodin.
- Zajisti absolutní tmu (stíny mohou vyvolat zmatenost) (primární sestra) do 24 hodin.
- Zajisti, aby věci na nočním stolku a noční stolek, byl pacientce vždy po ruce (primární sestra) do 24 hodin.

#### Realizace:

Pacientku jsem přes den zaměstnávala (ergoterapie, fyzioterapie). Před spánkem jsem vyvětrala pokoj a pacientce umožnila její rituály. Televizní ovladač a pití jsem dala na noční stolek, který měla vždy po ruce. Podle pacientky je dobrý spánek, když se ráno cítí odpočatá a vyspalá.

#### Hodnocení:

Pacientka se zapojila do denního programu. Snažila jsem se o pravidelnost rituálu a programu činnosti sanatoria (snídaně, oběd, svačiny, večeře, ergoterapii atd.). Pacientka pocítovala zlepšení, ale k večeru se cítila být velmi unavená a ospalá. Po obědě jsem pacientku doprovodila na pokoj, k odpolednímu odpočinku na lůžku. Ve 14

hod jsem klientce uvařila kafe, na které byla zvyklá, v tuto dobu, když pracovala a nastalo zlepšení. Pacientka se cítila odpočatá a vyspalá. Podání hypnotik nebylo tedy nutné.

**3. Riziko deficitu tělesných tekutin 00028,**  
z důvodu možnosti nepravidelného příjmu tekutin.

Cíl:

U pacientky nedojede k tělesnému deficitu tekutin do ukončení pobytu v sanatoriu.

Výsledná kritéria:

- Pacientka vypije min. 2 litry tekutin za 24 hodin každý den.
- Pacientka zná nutnost dodržovat pitný režim do 24 hodin.

Intervence:

- Kontroluj pacientčin příjem tekutin, aby se mohla objektivizovat spolupráce pacientky (primární sestra) do 24 hodin.
- Edukuj pacientku o nutnosti dodržování pravidelného příjmu tekutin (primární sestra) do 24 hodin.
- Zajisti pacientce tekutiny, které má ráda (primární sestra) do 24 hodin.

Realizace:

Pacientce jsem zajistila ovocný čaj a neperlivé vody, které má pacientka ráda. Každý den si pacientka vedla záznam. Každý den pacientka vypila min 2 litry tekutiny.

Hodnocení:

U pacientky nedošlo k deficitu tělesných tekutin. Pacientka spolupracovala a vedla si záznam, který odpovídal skutečnosti.

**4. Riziko poškození 00035,**

z důvodu vyššího skóre v testu „Zjištění rizika pádu“, projevujícího se výskytem rizika pádu v anamnéze, vyššího věku a zhoršenou koordinací pohybu.

Cíl:

U pacientky nedojde pro dobu pobytu k pádu.

Výsledná kritéria:

- Pacientka má upravené a bezpečné prostředí do 24 hodin.

Intervence:

- Každý den doprovázej pacientku na denní program (primární sestra)
- Zkontroluj, zda má pacientka kvalitní a bezpečnou obuv (pásek přes kotník, protiskluzovou podrážku) (primární sestra) do 1 hodiny
- Zjisti funkčnost a správného umístění bezpečnostních předmětů (madla, protiskluzové podložky, osvětlení, ohrádka) (primární sestra) do 1 hodiny
- Denně sleduj celkový stav pacientky (únava) (primární sestra)
- Pravidelně kontroluj krevní tlak (primární sestra) každý den
- Vždy kontroluj, zda pacientka má vždy brýle (primární sestra) každý den

Realizace:

Denně jsem pacientku doprovázela na denní program. Kontrolovala jsem obuv a bezpečnostní pomůcky. Sledovala jsem celkový stav pacientky, její krevní tlak a zda má při činnosti brýle na očích.

Hodnocení:

Pacientčin pokoj byl bezpečně upravený dle norem sanatoria. Pro kontrolu jsem prošla bezpečnostní pomůcky a ověřila zda jsou přizpůsobeny potřebám pacientky. Pacientka měla vhodnou páskovou obuv. Krevní tlak byl hypotenzní, nicméně vždy stejný. Pacientka brýle nosila při všech činnostech. Během měsíce pacientka neměla žádný pád.

## **5. Riziko chronické zmatenosti, 00129,**

Z důvodu Alzheimerovy choroby

Cíl:

Pacientka má zmírněnou zmatenost v co nejvyšší míře.

Výsledná kritéria:

- Pacientka zná důvody zmatenosti do 24 hodin.
- Pacientka denně dochází na denní program sanatoria
- Pacientka zná důvody terapie do 24 hodin

Intervence:

- Doprovázej a kontroluj zda se pacientka účastní všech činností sanatoria (primární sestra) každý den.
- Kontroluj celkový stav a spánek pacientky (primární sestra) do 24 hodin.
- Dbej na pravidelnost všech činností (primární sestra) každý den.
- Eliminuj napětí pacientky (primární sestra) každý den.
- Kontroluj náladu a momentální rozpoložení pacientky (primární sestra) každý den.
- Mluv jasně a zřetelně, aby nedošlo k nepochopení (primární sestra) každý den.
- Zjisti edukovanost pacientky o jejím onemocnění (primární sestra) do 24 hodin

Realizace:

Denně jsem sledovala celkový stav pacientky, její rozpoložení, náladu a spánek. Doprovázela a kontrolovala zda pacientka se účastní všech činností sanatoria. Zjistila jsem míru edukovanosti pacientky o jejím onemocnění

Hodnocení:

Pacientka chodila na všechny činnosti sanatoria s doprovodem. U pacientky se po dobu jednoho měsíce neobjevily známky zmatenosti. Byla orientovaná místem, časem a osobou. Pacientka znala časy programů (podání medikace, hygiena, strava, ergoterapie, vizita atd.). Pacientka byla již dříve velmi dobře edukovaná a nebylo potřeba další edukace nebo reedukace o jejím onemocnění.

### **3.12 Zhodnocení ošetrovatelské péče**

O pacientku jsem se intenzivně starala jeden měsíc. Neustále byly problémy a pacientčíným spánkem. Proto jsem zvýšila denní aktivitu na ergoterapii. Po obědě pacientka odpočívala na svém pokoji 2 hodiny. Dodržovala své večerní rituály (televize,



četba). Zajistila jsem vhodné podmínky ke spánku (větrání, absolutní tmu, věci na nočním stolku, který byl vždy po ruce pacientky). Odpolední odpočinek přinesl zlepšení, podání hypnotik tedy nebylo nutné.

S pacientkou jsem vyzdobily její pokoj Ikebanou, novými fotografiemi, kolážemi, kalendářem aj. Pacientka znala přesný režim sanatoria. Denně byla několikrát aktivizovaná. Na všechny činnosti a programy chodila s doprovodem.

Aby se minimalizovalo riziko poranění, zkontrolovala jsem funkčnost bezpečnostních a kompenzačních pomůcek, které byly zhotovené pacientce na míru. Pacientka během měsíce nejevila známky zmatenosti. Byla orientovaná místem, časem i osobou. Veškerý terapeutický režim dodržovala důsledně.

Nadále ale trvá riziko poranění, riziko zmatenosti, riziko deficitu tekutin, proto je nadále nutné věnovat pacientce intenzivní a větší péči.

Rodina i pacientka byly velmi dobře edukovány a nebyla tedy nutné reedukace. Rodina byla i nadále zapojena do ošetrovatelského procesu. Změny nálady nebo celkového stavu se neprojevíly.

## 4 Obecné zásady

Při psaní praktické části mě napadala spousta bodů a podmětů, o které bych se chtěla podělit. Jsou to věci, které jsou často opomíjeny a přitom stačí tak málo a práce s pacienty trpící Alzheimerovou chorobou je mnohem jednodušší.

- U pacientů nemocných Alzheimerovou chorobou je důležité vědět, kdo jsou. Nejistota může vyvolat strach a pocit ohrožení.
- Snažit se o pravidelnost všech aktivit (stravování, podání medikace, ergoterapie atd.). Jasně strukturovaný a pravidelný harmonogram zabraňuje nočnímu neklidu. Dlouhá chvíle nebo nečinnost vedou k chaotickým změnám denního a nočního rytmu.
- Noční pomatení spočívá mnohdy v nesmyslných dobách spánku. Starý člověk nespí od 19 – 7 (časné ranní buzení).
- Přes den nepoužívat noční úbor (kdo tráví celý den v pyžamu, cítí se nemocný a méně aktivní).
- Otázky pokládat tak, aby vždy byla možnost volby (Chcete modré nebo červené triko?).
- Hádky patří k normálnímu životu většiny lidí, proto nejsou vyloučeny ani ze života dementních pacientů.
- Čas je něco, co při společném životě s dementními pacienty potřebujeme vždy.
- Pocit, že je člověk užitečný a potřebný, je spojen s pocitem vlastní hodnoty. Výhodou této nemoci je, že situace, při kterých pocit užitečnosti může vzniknout, je možné jednoduše a cíleně vytvářet (např. ženě stačí, aby žehlila stále stejné kusy prádla).
- Žádoucí je u těchto pacientů vzbudit zájem o prostředí ve kterém se pohybují. (úklid na pokoji, úklid osobních věcí).
- Dojít si na např. nákup, nejde vůbec o to, co si pacient koupí, ale že jde sám si nakoupit a sám si vybere (pod dohledem).
- Každá činnost by měla mít smysl.

- Celková úprava, pacient se bude cítit lépe a úkony jako (jemné nalíčení, kadeřník, pedikúra) jsou pacientům příjemné. Málo kdy se stane, že pacient je rozladěn a je nutné ho např. odvést z kadeřnictví.
- Stíny a tmavé prostory podporují díky poruchám vizuálního vnímání při Alzheimerově chorobě vznik halucinací.
- Důstojnost (vykat, oslovovat jménem, příjmením)
- Dodržovat pravidla práv pacientů (viz příloha)

## **5 Ošetřovatelský standard**

### **Standard na psychoterapii**

**Autor:** Simona Olivová

**Míra závaznosti:** informační a edukační

**Kontakt :** SimonaOlivova@seznam.cz

#### **Definice:**

Výraz ergoterapie vznikl z řeckého slova ergo = práce a therapie = léčení. Ergoterapie je zdravotnickou disciplínou, která se zabývá lidmi, kteří mají fyzickou nebo mentální poruchu, disabilitu anebo handicap, ať již dočasně anebo trvale.

#### **Standard**

Ošetřovatelská péče je pacientům poskytována v souladu se zásadami ošetřovatelského procesu s respektováním jeho jednotlivých fází, kterými jsou:

- posouzení aktuálního stavu pacienta
- stanovení prioritních diagnóz
- plánování péče s ohledem na specifiku pacientovy nemoci
- realizace ošetřovatelského plánu
- zhodnocení poskytnutí péče

#### **Cíl standardu:**

Zajištění kvalitní ergoterapeutické terapie a péče, zaměřené na minimalizaci akutních a chronických komplikací Alzheimerovy choroby.

#### **Cílová skupina**

- geronto- psychiatrická zařízení, která poskytují psychoterapeutickou terapii

#### **Poskytovatelé pro něhož je standard závazný**

- ošetřovatelský zdravotní personál
- ergoterapeut/ka

### **Platnost standardu**

2 roky ( je nutné přehodnocení a doplnění).

### **Kritéria struktury**

S1 Pracovníci: ergoterapeut/ka, zodpovědní za poskytování psychoterapeutické péče v systému skupinové ergoterapeutické péče.

S2 Ošetrovatelská dokumentace: - záznamy musí být přesné a přehledné.

S3 Prostředí, vybavení a pomůcky: jednotlivé místnosti, ve kterých je prováděna psychoterapie

S4 Práce : psychoterapeutická činnost prováděná ergoterapeutem

### **Kritéria procesu:**

P1 Ergoterapeut provede do 24 hodin od přijetí vstupní rozhovor a posoudí fyzický a psychický stav pacienta. V této fázi se zaměří zejména na :

- Informace a amnestická data ze zdravotnické dokumentace.
- Informace od rodiny či nejbližších příbuzných.
- Informace od pacienta o individuálních potřebách, schopnostech.
- Posouzení psychického stavu.
- Posouzení fyzického stavu.
- Posouzení sociálních a spirituálních potřeb.
- Dokumentování všech získaných údajů a provedených činností do dokumentace k tomu určené.
- Při psychoterapeutické činnosti ergoterapeut musí mít optimální počet pacientů, musí dobře znát skupinu, a musí skupinu mít ve stejném handicapovém stupni.

P2

- Záznamy musí být přesné a přehledné.
- Záznamy se musí provádět každý den.

### P3

- Prostředí a pomůcky musí být bezpečné, aby nedošlo k poškození nebo k úrazu pacienta.
- Pomůcky by neměli obsahovat chemicky nebezpečné látky.
- Zajistit při práci příjemnou atmosféru (hudba).
- Pomůcky musí být úměrné věku pacienta a s přihlédnutím na smyslové handicap.

### P4

- Pomůcky musí být připravené před psychoterapií.
- Před prací pacienty namotivovat.
- Instrukce k práci by měli být jasné.
- Tvorba a náplň by měla mít cíl a účel.
- Zachovat projev svobody.
- Psychoterapeutické činnosti by měly být pravidelné a ve stejném časovém rozmezí.
- Dostatek času na psychoterapeutickou činnost.
- Zapojit do psychoterapeutické činnosti i rodinu.

### **Kritéria výsledku:**

- V1 Ergoterapeut poskytuje systematickou, kontinuální psychoterapeutickou péči.
- V2 Každý den ergoterapeut zaznamenává do dokumentace k tomu určené psychoterapeutickou péči.
- V3 Pacient i rodina nebo nejbližší příbuzní jsou aktivně zapojeny a spolupracují v psychoterapeutické terapii.
- V4 Pacient i rodina nebo nejbližší příbuzní jsou s psychoterapeutickou péčí spokojeni.

<b>Kód</b>	<b>Kontrolní kritéria</b>	<b>Metoda hodnocení</b>	<b>Ano</b>	<b>Ne</b>
S1	Jsou za realizaci psychoterapeutické terapie odpovědní ergoterapeuti, kteří mají příslušnou kvalifikaci nebo kurzy?	Dotazování ergoterapeutů		
S2	Je na oddělení zavedena dokumentace určená ke každodennímu přehlednému záznamu o psychoterapeutické terapii?	Kontrola dokumentace		
S4	Je psychoterapie prováděna kvalifikovaným ergoterapeutem?	Dotazování ergoterapeutů		
P1	Bylo posouzení pacienta provedeno komplexně do 24 hodin od přijetí?	Kontrola dokumentace Dotazování ergoterapeuta		
P1	Odhadne a zná ergoterapeut adekvátní počet a stupeň postižení pacienta ve skupině?	Dotazování ergoterapeuta Kontrola ergoterapeutovi práce		
P2	Je psychoterapeutická dokumentace	Kontrola dokumentace		

	zaznamenávána každý den?			
P3	Jsou pomůcky bezpečné, neobsahují nebezpečné látky a jsou umístěny tak, aby v případě poškození neohrozily pacienta?	Kontrola prostředí a pomůcek		
P3	Je psychoterapie prováděna v harmonickém a bezpečném prostředí?	Kontrola prostředí Kontrola ergoterapeuta Rozhovor s pacientem		
P4	Je psychoterapie prováděna ve stejném čase každý den?	Kontrola dokumentace Kontrola ergoterapeuta		
P4	Je zapojena do psychoterapie i rodina nebo nejbližší příbuzní?	Rozhovor s rodinou nebo s nejbližšími příbuznými		
P4	Má psychoterapie cíl, projev svobody a jasné instrukce?	Kontrola ergoterapeuta Rozhovor s pacientem		
V3	Byla rodina nebo nejbližší příbuzní zapojeny do psychoterapie?	Rozhovor s rodinou nebo s nejbližšími příbuznými		
V4	Je rodina nebo nejbližší příbuzní	Rozhovor s rodinou nebo		



	spokojeni s poskytovanou psychoterapeutickou terapií?	s nejbližšími příbuznými		
--	--	-----------------------------	--	--

## **6 Edukace rodiny**

S nejlepším úmyslem je třeba radit a pomáhat rodinným pečovatelům, aby sami vykonávali spíše méně, než více péče, aby měli možnost znovu ustanovit rovnováhu svého života. Někdy rodina přichází v horším stavu než pacient, který si žije „ve svém vlastním světě“.

### **Rizikové faktory:**

- Deprese
- Pocity viny, zloby, výčitek a popření problémů
- Zhoršení zdraví
- Omezení sociálních a příbuzenských vztahů
- Poruchy spánku
- Obavy ze stáří
- Zanedbávání sebe i druhých
- Manželské problémy
- Absence v práci
- Snížení příjmů
- Zhoršení vztahu ke člověku, o kterého se staráme
- Redukci volného času
- Vyčerpání

Skutečnost, že nemocného předáváme do odborné péče neznamená, že nejbližší pečující je slabí, nemilující, sobecký či neschopný dostát rodinným povinnostem.

## **7 Příjem na oddělení, volba pokoje a poloha nemocného**

Při příjmu klienta do léčebného zařízení je nutné znát jeho životní příběh. Ne ze zvědavosti, ale abychom mohli pochopit a snadněji ho následovat do jeho vnitřního světa. Chceme se dozvědět co nejvíce informací o klientovi, jeho zálibách, potřebách, zvycích a dovednostech. Důležitá je spolupráce s rodinou, neboť i když pacient není dost orientován, přesto své blízké poznává (pokud se nejedná o nejtěžší stádium).

### **Volba pokoje**

Kvůli poruchám vnímání musí být splněny nejen obvyklé požadavky jako jsou: bezbariérové vstupy, prostory, velikost, osvětlení, větrání, ale celý úsek by měl být i jasně a jednoduše členěný a zařízení.

Podlaha by neměla mít vzorek, neboť pacient s poruchou vědomí by vzorek mohl pokládat za překážku, naopak kontrastní barvy pomáhají oddělit nábytek od okolí. Je třeba, aby na určitých místech byly umístěny zajímavé věci, aniž by to vedlo k záplavě podmětů.

Značení „Východ“ ano či ne? Pohled na východ může nemocného Alzheimerovou chorobou navést, aby v nestřeženém okamžiku odešel. Nový pacient v nezabydleném prostředí je ještě úzkostlivější a bude si přát jít domů. Jasně rozeznatelný nápis „Východ“ podněcuje pacienty k útěku a ztěžuje terapeutům možnost nemocného uklidnit, naopak jako ideální se jeví kruhové chodby, kde mají pacienti pocit volného pohybu. V prostorách by se nemělo zapomínat na hodiny, velké kalendáře, nebo také tabule s datem a dekorace s motivy ročního období.

## 8 Prognóza

Doposud není přesně známo, jaké jsou příčiny vzniku Alzheimerovy choroby. Protože neznáme příčinu nemoci, nemůžeme ji ani kauzálně léčit a neumíme ani mozek před chorobnými změnami účinně ochránit. Jediné léky, které lze dnes považovat za standartní léčbu Alzheimerovy choroby, jsou tzv. inhibitory cholinesteráz. Někdy je ale nutné kombinovat léčbu s jinými preparáty (antidepresiva, antipsycholytika atd.). Tyto léky jsou u nás zaregistrovány a mohou postup onemocnění výrazně oddálit, ale nejsou u nás hrazeny ze všeobecného zdravotního pojištění a pacienti si je musí hradit ze svých rozpočtů. Velmi důležité je udržovat pacienta, co možná nejvíce aktivního. Vzhledem k výše uvedeným skutečnostem je prognóza na úplné uzdravení pacienta mizivá. Podle J.Rabocha a Zvolského P.(2001.str.149) je prognóza onemocnění popsána takto. „V pozdních stádiích Alzheimerovy demence pacienti ztrácejí schopnost péče o sebe sama, stávají se plně odkázanými na péči okolí. Bývají inkontinentní, trpí amnestickou dezorientací. Nakonec v důsledku choroby umírají např. následky úrazu, ale k němu dochází v důsledku základního onemocnění a tak je nutné pokládat toto onemocnění za základní příčinu smrti. Alzheimerova choroba má plynule progredující charakter. Probíhá většinou bez výraznějších výkyvů v krátkodobém časovém horizontu. Z tohoto důvodu se péče o pacienta stává více náročnější a tak pečovatelé hledají sociální služby. Alzheimerova nemoc tedy představuje problém zdravotní, sociální a ekonomický. Proto můžeme pouze snižovat příznaky nemoci pomocí všech druhů terapií a léků a oddálit tak pozdější stadia choroby.“

Touto prací jsem Vám chtěli umožnit nahlédnout do problematiky Alzheimerovy demence.

## 9 Závěr

Tečkou za bakalářskou prací by mělo být zamyšlení nad její účelností. Když jsem se začala věnovat a pracovat s pacienty s Alzheimerovou chorobou, začal se měnit můj přístup k dané problematice. Poté, co jsem měla výsledky ošetřovatelského procesu zdokumentovat, zjistila jsem, jak obtížné je pracovat s nemocným člověkem a zároveň používat vědeckou metodu ( ošetřovatelský proces), aniž by ze vzájemného mezilidského vztahu mezi pacientem a sestrou vyprchalo cosi přirozeně lidského. Ať tedy používáme při práci s pacientem jakýkoliv modul, vždy je nejdůležitější pacientova spokojenost, tedy subjektivní pocit zdraví. Navázání kontaktu, získání důvěry a pochopení potřeb je elementární veličina při práci s pacientem nejen s Alzheimerovou demencí.

V současné době je cílem léčby účinně zpomalit průběh choroby a na přechodnou dobu zmírnit její příznaky a zabránit zhoršování celého průběhu. Právě k dosažení tohoto cíle slouží léčba inhibitory cholinesteráz. Dalším úkolem léčby je umožnit setrvání pacienta v domácí péči v kruhu rodiny a zachovat či zlepšit schopnost sebeobsluhy a kvalitu provádění běžných denních aktivit. Neméně významným cílem je snížení (nezvyšování) zátěže a stresu pečovatелů, nejčastěji rodinných příslušníků, kteří s nemocným žijí a pečují o něj.

Námi získané poznatky za sledování pacientů při ergoterapii ukazují, že tato forma léčby (zmírňování příznaků) účinně pomáhá udržovat pacienty soběstačné jak nejdéle je to možné. Při práci s nemocným jsme zjistili, že je nutné několikrát denně pracovat s pamětí pacienta trpícího Alzheimerovou demencí, aby se stále udržovaly dosud zachované schopnosti a vědomosti. Při této formě terapie se nám nejvíce osvědčila socioterapie, trénování paměti a arteterapie, která pomáhá rozvíjet pacientovu fantazii a tvořivost.

Z důvodů uvedených v prognóze, není přesně známa příčina vzniku této nemoci, proto není možné udělat jednoznačný závěr.

Věřím, že námi publikovaná fakta, zkušenosti a závěry budou přínosem nejen pro odbornou veřejnost, ale pomohou lépe pochopit danou problematiku zdravotníkům, rodinným příslušníkům, kteří se starají o své blízké a všem lidem, kteří mají o tuto problematiku zájem.

## Seznam použité literatury

- ARCHALOUSOVÁ, A.: Přehled vybraných ošetrovatelských modelů. Hradec Králové: RNDr. ING. František Skopec, CSc. – Nucleus HK, 2003. 99s. ISBN 80-86225-33-X
- BORORVIČKOVÁ, P.: Absolventská práce-Ošetrovatelský proces u pacienta s Alzheimerovou chorobou, 2002
- Bragdon, A, D. Gamon, D.: Nedovolte mozku stárnout. Praha: Portál, 2002. 109s. ISBN 80-7178-567-9
- Časopis české arteterapeutické asociace.: Téma: Senioři. č. 2/2006, ISSN není
- ČEJKOVÁ, K.: Absolventská práce. Význam arteterapie při práci psychiatrické sestry, 2002
- Doc. MUDr. Kohout, Pavel, Ph.D.: Dokumentace a hodnocení nutričního stavu pacientů. Maxdorf, 2004. 40s. ISBN 80-7345-030-5
- DOENGES, M. E., MOORHOUSE, M. F.: Kapesní průvodce zdravotní sestry. Praha: Grada Publishing, 2001. 565 s. ISBN 80-247-0242-8
- Edukační materiál Sanatoria Topas, 2006. s. 50
- GLADKIJ, I., HEGER, L., STRNAD, L.: Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1999. 183 s. ISBN 80-7013-272-8
- JIRÁK, OBENBERGER, PREISS.: Alzheimerova choroba. Maxdorf, 1998. 64s. ISBN 80-85-800-88-8
- JIRÁK, ROMAN; KOUKOLÍK, FRANTIŠEK.: Demence, neurobiologie, klinický obraz, terapie. Galén, 2004, 335s. ISBN 80-7262-268-4
- KOZIEROVÁ, B.: Ošetrovatel'stvo. Martin : Osveta, 1995. 836 s. ISBN 80-217-0528-0
- KŘIVOHLAVÝ, J.: Psychologie nemoci. Praha: Grada Publishing, 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0
- KUČEROVÁ, H.: Demence v kazuistikách. Praha: Grada Publishing, 2006. 109s. ISBN 80-247-1491-4
- LAIROVÁ, S.: Trénink paměti, principy, metody a cvičení pro využití a rozvoj paměti. Praha: Portál, 1999, 149s, ISBN 80-7178-293-9
- MAREČKOVÁ, J.: Ošetrovatelské diagnózy v nanda doménách. Praha: Grada Publishing, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3
- Mgr. KAINAROVÁ, L.: Pohybová léčba v geriatrii. Diagnóza

v ošetrovatelství,č.3/2005.s.115.ISBN 1801-1349

Moudrost světa.Nestor s.r.o,2002,ISBN 80-89000-53-3

MUDr.BROŽKOVÁ,Z.:Psychoterapie v gerontopsychiatrii,2004,ISBN není

MUDr.BROŽKOVÁ,Z.:Srovnání klinických projevů demence s pitevními nálezy amyloidových plak.2003

NEJEDLÁ, M.: Fyzikální vyšetření pro sestry. Praha: Grada Publishing, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1150-8

RABOCH,J., ZVOLSKÝ,P.: Psychiatrie. Galén, 2001.632s. ISBN 80-7262-140-8

RICHARDS, A., EDWARDS S.: Repetitorium pro zdravotní sestry. Praha: Grada Publishing, 2004. 376 s. ISBN 80-247-0932-5

Sborník EURAG.:Evropské symposium o trénování paměti pro seniory,Praha,2000.ISBN není

SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE, REGIONÁLNÍ ÚŘADOVNA PRO EVROPU: LEMON 1 : učební texty pro sestry a porodní asistentky. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1996. 184 s. ISBN 80-7013-234-5

SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE, REGIONÁLNÍ ÚŘADOVNA PRO EVROPU: LEMON 2 : učební texty pro sestry a porodní asistentky. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1997. 125 s. ISBN 80-7013-238-8

SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE, REGIONÁLNÍ ÚŘADOVNA PRO EVROPU: LEMON 3 : učební texty pro sestry a porodní asistentky. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1997. 125 s. ISBN 80-7013-244-2

SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE, REGIONÁLNÍ ÚŘADOVNA PRO EVROPU: LEMON 4 : učební texty pro sestry a porodní asistentky. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1997. 160 s. ISBN 80-7013-248-5

SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE, REGIONÁLNÍ ÚŘADOVNA PRO EVROPU: LEMON 5 : jak pracovat s učebními texty. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1997. 48 s. ISBN 80-7013-247-7

ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M.: Interní ošetrovatelství II. Praha: Grada Publishing, 2006. 211s. ISBN 80-247-1777-8

TRACHTOVÁ, E. a KOLEKTIV: Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 185 s. ISBN 80-7013-324-4

Trénování paměti (on line) dostupné na

<http://www.alzheimerforum.cz/trenink/detail.php?nr=1591&kategorie=trenink>

(citované dne 14.4.2007)

Tyrlíková, I. a kolektiv: Neurologie pro sestry. Brno, 1999, 288s. ISBN 80-7013-287-6

VOKURKA, M., HUGO, J.: Praktický slovník medicíny. 7 rozšířené vydání. Praha: Maxdorf, 2004. 490 s. ISBN 80-7345-009-7

VOKURKA, M., HUGO, J.: Velký lékařský slovník. 6. vydání. Praha: Maxdorf, 2006. 1017s. ISBN 80-7345-105-0

VYSKOČILOVÁ, J.: Absolventská práce - Ošetrovatelský proces u nemocného s diagnózou demence Alzheimerova typu, 2000

Život Aloise Alzheimera (on line) dostupné na: <http://alzheimer.nepracuje.cz/alois.htm>

(citované 7.11.2007)



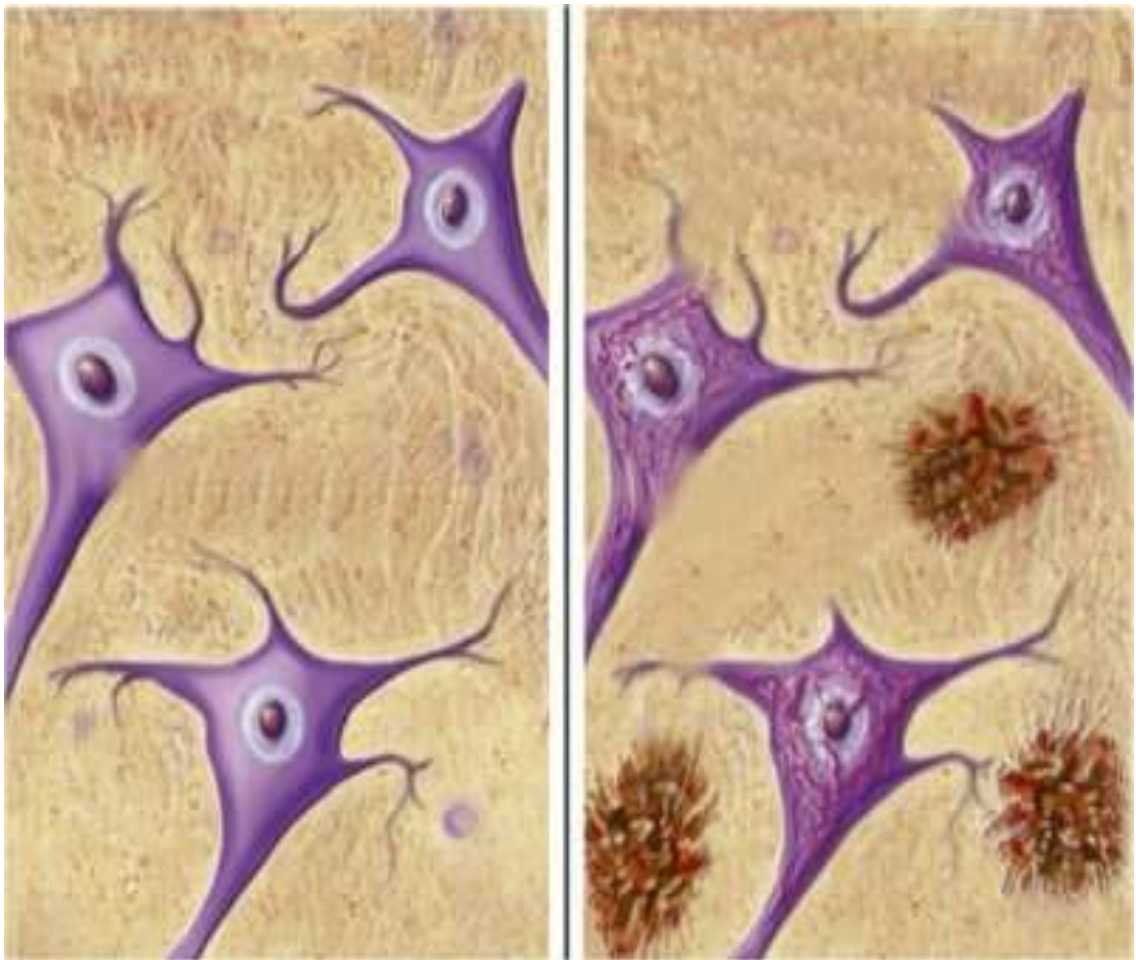
## Seznam příloh

Příloha 1 Amiloidové plaky .....	59
Příloha 2 Principy validace .....	60
Příloha 3 Mini mental state test.....	61
Příloha 4 Test kreslení hodin ukázka .....	62
Příloha 5 Test kreslení hodin .....	63
Příloha 6 Test deprese geriatrických pacientů .....	64
Příloha 7 Ischemické skóre podle Hachinského.....	65
Příloha 8 Test rizika pádu .....	66
Příloha 9 Ukázky terapií.....	67

Práva pacientů trpících Alzheimerovou chorobou nebo jinými formami demence

- 1) Být informován o své chorobě.
- 2) Mít vhodnou a soustavnou lékařskou péči.
- 3) Být užitečný při práci a zábavě tak dlouho, jak jen je to možné.
- 4) Být vnímán při jakémkoliv zacházení jako dospělý člověk, ne jako dítě.
- 5) Je-li to možné, nebýt léčen psychotropními látkami.
- 6) Při vyjádření svých pocitů být brán vážně
- 7) Žít v bezpečném, srozumitelném a předvídatelném prostředí
- 8) Mít potěšení z každodenních činností, které dávají životu smysl.
- 9) Mít potěšení chodit pravidelně ven.
- 10) Pociťovat tělesný kontakt včetně objetí, pohlazení a podržení ruky
- 11) Být s lidmi, kteří znají život nemocného, včetně jeho kulturních a náboženských zvyklostí.
- 12) Být ošetřován osobami, které jsou trénovány v péči o osoby demencí.

## Příloha 1 Amiloidové plaky



## **Příloha 2 Principy validace**

1. Všichni lidé jsou jedineční a musí s nimi být zacházeno jako s individualitami.
2. Všichni lidé jsou hodnotní, bez ohledu na to, jak moc jsou desorientovaní.
3. Chování desorientovaných velmi starých lidí má své důvody.
4. Chování ve vysokém stáří není pouze funkcí anatomických měn v mozku, ale odráží kombinaci tělesných, společenských a psychických změn, které probíhají během života.
5. Velmi staré lidi nelze nutit ke změnám chování. Chování lze měnit pouze tehdy, chce-li ho změnit daná osoba.
6. Velmi staří lidé musí být přijímáni bez posuzování.
7. Jednotlivé životní úkoly jsou spojeny s určitou životní fází. Neúspěšné splnění úkolů v příslušné fázi života může vést k psychickým problémům.
8. Když selhává aktuálnější paměť, starší lidé se pokoušejí ve svém životě znovu nastolit rovnováhu tím, že vyvolávají ranější vzpomínky. Když ochabne zrak, dívají se duševním okem. Když odejde sluch, naslouchají zvukům minulosti.
9. Bolestivé pocity, které jsou vyjádřeny, uznávány a validovány posluchačem, který má důvěru, se zmenší. Bolestivé pocity, které jsou ignorovány nebo potlačovány, nabudou na síle.
10. Empatie buduje důvěru, snižuje úzkost a obnovuje důstojnost.

## Příloha 3 Mini mental state test

Jméno pacienta

Datum vyšetření

Příloha 1

### MINI-MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

**Informace pro pacienta:**

Nyní vám položím několik otázek a budete řešit některé úkoly. Pokuste se, prosím, odpovídat tak, jak nejlépe dokážete.

**1. ORIENTACE**

- Jaký je dnes den?
- Kolikátého je dnes?
- Který je dnes den v týdnu?
- Který je měsíc?
- Který je rok?
- Které je roční období?
- V jaké zemi se nacházíme?
- V jakém okrese?
- Ve kterém městě?
- Jak se jmenuje tato nemocnice?
- Ve kterém poschodí jsme?

Každá správná odpověď se hodnotí 1 bodem, nemocný má na každou odpověď nejvíce 10 vteřin

**2. ZAPAMATOVÁNÍ**

Nyní vám vyjmenuji tři předměty. Pokuste se je opakovat po mně a zapamatovat si je. Za chvíli se vás na tato slova znovu zaptím.

- LOPATA
- ŠÁTEK
- VÁZA

Slova vyslovujte pomalu a zřetelně, rychlostí asi jedno slovo za vteřinu. Pokud je pacient schopen slova opakovat, započítáte 1 bod za každé správně opakované slovo. Pokud si slova nemocný není schopen vybavit, opakujte je několikrát (nejvíce však ještě 5x), než se je nemocný naučí. Jinak nelze vyšetřovat položku „výbavnost“.

**3. POZORNOST A POČÍTÁNÍ**

Nyní, prosím, odečítejte od čísla 100 stále sedmičku. Až odečtete pětkrát za sebou, skončete.

100-93-86-79-72-65

Za každou správnou odpověď započítejte 1 bod. Pokud pacient udělá chybu a dále odečítá správně, počítejte pouze jako jednu chybu. Jestliže pacient tento úkol nedokáže nebo nechce provést, vyzvěte ho:

Hláskujte, prosím, pozpátku slovo POKRM po jednotlivých písmenech.

M-R-K-O-P

Za každé správné písmeno započítejte po jednom bodu.

**4. VÝBAVNOST**

Nyní si pokuste vzpomenout na 3 slova, která jste si měl(-a) zapamatovat.

- LOPATA
- ŠÁTEK
- VÁZA

Za každou správnou odpověď započítejte 1 bod.

**5. POJMENOVÁNÍ**

- Ukažte náramkové hodinky Co je to?
- Ukažte tužku Co je to?

Za správnou odpověď po jednom bodu.

**6. OPAKOVÁNÍ**

- Opakujte, prosím, po mně „první pražská paroplavba“.

Za správnou odpověď započítáte jeden bod, přípustný je pouze jeden pokus.

**7. TŘÍSTUPŇOVÝ PŘÍKAZ**

Položte před pacienta list papíru a dejte mu následující pokyn: Nyní vezměte tento papír do pravé ruky, přeložte ho na polovinu a položte na zem.

- pravá ruka
- přeložení na polovinu
- položení na zem

Za každou správně provedenou činnost započítejte po jednom bodu.

**8. ČTENÍ A SPLNĚNÍ PŘÍKAZU**

Ukažte pacientovi kartičku s nápisem „Zavřete oči“ a vyzvěte ho:

- Přečtete, prosím, co je zde napsáno, a udělejte to.

Nechte nemocnému 10 vteřin na provedení. Instrukci můžete opakovat nejvýše třikrát. Započítáte jeden bod pouze, pokud pacient skutečně zavře oči.

**9. PSÁNÍ**

Dejte pacientovi čistý papír a tužku a vyzvěte ho:

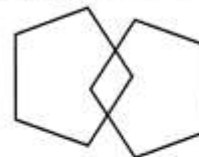
- Napište, prosím, jakoukoliv větu.

Jeden bod započítejte, pokud má věta podmět (i nevyjádřený) a přísudek a dává smysl. V textu mohou být pravopisné chyby.

**10. OBKRESLENÍ OBRAZCE**

- Nakreslete obrázek co nejpřesněji podle předlohy.

Započítáte jeden bod, pokud pacient nakreslí obrazec v časovém limitu do jedné minuty, jestliže jsou zachovány správné strany, počet úhlů a přechřívání. Tři ani rotace nevadí.



CELKOVÉ SKÓRE

 bodů

**Hodnocení:**

27-30 bodů	bez poruchy kognitivních funkcí
25-26 bodů	hraniční nález, doporučeno další sledování pacienta, u pacientů nad 75 let nebo s méně než 8 lety školní docházky jsou tyto hodnoty ještě v normě
18-24 bodů	lehká demence
6-17 bodů	středně těžká demence
méně než 6 bodů	těžká demence

Podle: Doc. MUDr. Eva Topinková, CSc.: Jak správně a včas diagnostikovat demenci, UCB Pharma, Praha, 1999

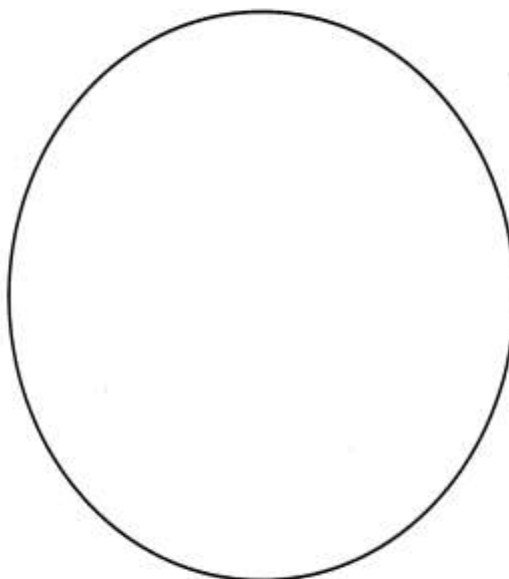


**Geratam<sup>®</sup>**  
Pracetamum

**Příloha 4 Test kreslení hodin ukázka**

Příloha 2a

**TEST KRESLENÍ HODIN**



## Příloha 5 Test kreslení hodin

Jméno pacienta

Datum vyšetření

Příloha 2

### TEST KRESLENÍ HODIN

#### Pokyny pro provedení:

- Dejte pacientovi čistý list papíru s předkresleným kruhem (příloha 2a). Ukažte mu, kde je horní a spodní část. Pak dejte pacientovi následující pokyn: „Toto mají být hodiny. Doplníte, prosím, všechna chybějící čísla a zaznamenejte čas „10 hodin 10 minut“.“
- Poznamenejte si provádění (pořadí, opravy, trvání). Zhodnoťte výsledek podle níže uvedeného návodu a zaznamenejte ho spolu se jménem pacienta a datem provedení na kresbu.
- Validizovaná hranice mezi normální a patologickou kresbou ve smyslu přítomnosti kognitivní poruchy/demence leží mezi 2 a 3 body. To znamená, že skóre 3 a více bodů je již patologické.

Skóre	Popis	Příklady
1	<b>Bezchybné provedení</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>číslice 1–12 ve správném pořadí i místě</li> <li>dvě ručičky ve správné poloze</li> </ul>	
2	<b>Lehká prostorová chyba ciferníku hodin</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>vzdálenosti mezi číslicemi nerovnoměrné</li> <li>číslice mimo kruh</li> <li>otočení papíru s otočením číslic</li> <li>použití pomocných čar pro lepší orientaci</li> </ul>	
3	<b>Chybné zaznamenání času, zachované prostorové uspořádání hodin</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>pouze jedna ručička</li> <li>čas zaznamenán slovně „10 hodin 10 minut“</li> <li>čas vůbec nezaznamenán</li> </ul>	
4	<b>Střední stupeň prostorové dezorganizace, takže zaznamenání času není možné</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>nepřavidelné mezery</li> <li>zapomenutí čísel</li> <li>perseverace: opakování kruhu, číslice na jednu stranu od 12</li> <li>záměna pravý-levý (číslíce proti směru)</li> <li>dysgrafie – chybějí čitelné číslice</li> </ul>	
5	<b>Těžká prostorová dezorganizace</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>jako u skóre 4, ale silněji vyjádřeno</li> </ul>	
6	<b>Chybí zakreslení hodin (CAVE: vylučte depresi/delirium)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>žádný pokus zakreslit hodiny</li> <li>ani vzdálená podobnost s hodinami</li> <li>napsáno slovo nebo jméno</li> </ul>	

Podle: Doc. MUDr. Eva Topinková, CSc.: Jak správně a včas diagnostikovat demenci, UCB Pharma, Praha, 1999

## Příloha 6 Test deprese geriatrických pacientů

Jméno pacienta

Datum vyšetření

Příloha 3

### ŠKÁLA DEPRESE PRO GERIATRICKÉ PACIENTY

Otázky:	
1. Jste v podstatě spokojený(-á) se svým životem?	ano/NE
2. vzdal(-á) jste se v poslední době mnoha činností a zájmů? ANO/ne	
3. Máte pocit, že váš život je prázdný?	ANO/ne
4. Nudíte se často?	ANO/ne
5. Máte většinou dobrou náladu?	ano/NE
6. Obáváte se, že se vám přihodí něco zlého?	ANO/ne
7. Cítíte se převážně šťastný(-á)?	ano/NE
8. Cítíte se často bezmocný(-á)?	ANO/ne
9. Vysedáváte raději doma, než byste šel(-šlá) mezi lidi a seznamoval(a) se s novými věcmi?	ANO/ne
10. Myslíte si, že máte větší potíže s pamětí než vaši vrstevníci?	ANO/ne
11. Myslíte si, že je krásné žít?	ano/NE
12. Napadá vás někdy, že váš život nestojí za nic?	ANO/ne
13. Cítíte se plný(-á) elánu a energie?	ano/NE
14. Máte pocit, že vaše situace je beznadějná?	ANO/ne
15. Myslíte si, že většina lidí je na tom lépe než vy?	ANO/ne

**Hodnocení: Za každou odpověď vytištěnou velkými písmeny započítejte 1 bod**

0–5 bodů	normální afekt bez deprese
6–10 bodů	mírná deprese
nad 10 bodů	manifestní deprese vyžadující podrobné vyšetření

Podle: Doc. MUDr. Eva Topinková, CSc.: Jak správně a včas diagnostikovat demenci, UCB Pharma, Praha, 1999





## Příloha 7 Ischemické skóre podle Hachinského

Jméno pacienta

Datum vyšetření

Příloha 4

### ISCHEMICKÉ SKÓRE PODLE HACHINSKÉHO

Klinický příznak	Bodové skóre
1. Náhlý začátek	2
2. Postupující deteriorace kognitivních schopností	1
3. Fluktující průběh	2
4. Noční zmatenost	1
5. Relativně zachovalá osobnost	1
6. Deprese	1
7. Somatické potíže	1
8. Emoční labilita	1
9. Hypertenze v anamnéze či v současnosti	1
10. Cévní mozková příhoda v anamnéze	2
11. Jiné známky (extracerebrální) aterosklerózy	1
12. Ložiskové neurologické příznaky (motorické, fatické)	2
13. Ložiskový neurologický nález (patol. reflexy, hemianopsie)	2
<b>Celkové skóre</b>	<input type="text"/>

Hodnocení:	
0–4 body	pravděpodobně jde o Alzheimerovu demenci
5–6 bodů	nediskriminující skóre, může jít o smíšenou demenci
7 a více bodů	pravděpodobně jde o demenci vaskulárního typu

Podle: Doc. MUDr. Eva Topinková, CSc.: Jak správně a včas diagnostikovat demenci, UCB Pharma, Praha, 1999

## Příloha 8 Test rizika pádu

Zjištění rizika pádu Skóre vyšší než 3, riziko pádu					
Pohyb	neomezený	0	Pád v anamnéze	1	
	používá pomůcky	1	Medikace	neužívá rizikové léky	0
	potřebuje pomoc k pohybu	1		užívá léky ze skupiny diuretik, antiepileptik, antiparkinsonik, antihypertenziv, psychotropní léky, benzodiazepiny	1
	neschopnost přesunu	1			
vyprazdňování					
Vyprazdňování	nevyžaduje pomoc	0			
	v anamnéze nykturie/inkontinence	1			
	vyžaduje pomoc	1			
Věk	18 - 75	0			
	75 a více	1			
Mentální status	orientován	0	Smyslové poruchy	žádné	0
	občasná/ noční inkontinence	1		vizuální, sluchový, smyslový deficit	1
	historie desorientace/demence	1			
Celkové skóre: <b>3</b> body					

Příloha 9 Ukázky terapií



