

**SPECIFIKA V OŠETŘOVATELSKÉ PÉČI U PACIENTA
S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU**

Bakalářská práce

DANA KVĚTOŇOVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, O.P.S. PRAHA

Doc. PhDr. Dušan Sysel, PhD.

Stupeň kvalifikace: Bakalář

Studijní obor: Všeobecná sestra

Datum odevzdání práce: 2009-03-31

Datum obhajoby:

PRAHA 2009

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

V Praze dne 31. března 2009

Dana Květoňová

ABSTRAKT

KVĚTOŇOVÁ, Dana: *Specifika v ošetrovatelské péči u pacienta s Alzheimerovou chorobou*. Praha, 2009. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Praha. Stupeň odborné kvalifikace: Bakalář v ošetrovatelství. Vedoucí práce: Doc. PhDr. Dušan Sysel, PhD.

Hlavním tématem bakalářské práce jsou specifika v ošetrovatelské péči u pacienta s Alzheimerovou chorobou. Cílem práce je zkvalitnění náročné ošetrovatelské péče v ústavním i domácím prostředí a tím zajištění důstojného a spokojeného života postižených touto nemocí.

Teoretická část práce obsahuje klinickou charakteristiku onemocnění, pravděpodobnou etiologii, diagnostiku, možnosti léčby, prevence a prognózu onemocnění. V části teoretické se dále ve své práci zabývám ošetrovatelskou činností u pacienta s Alzheimerovou demencí, citlivým a specifickým přístupem k nemocnému a jeho rodině. Samostatná část je věnována osobám pečujícím. Součástí praktické části je uvedená situační kasuistika pacienta, která obsahuje stanovení ošetrovatelských problémů, sestavení ošetrovatelských diagnóz, vytvoření plánu péče, realizace a zhodnocení plnění uspokojování individuálních potřeb nemocného.

Klíčová slova: Alzheimerova choroba. Senior. Demence. Péče. Ošetrovatelská péče. Potřeba. Plán péče. Edukace.

ABSTRACT

KVĚTOŇOVÁ, Dana: *Specific aspects of nursing care of patient with Alzheimer's disease*. Praha, 2009. Thesis for Bachelor of Science in Nursing. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Praha. Qualification Degree: Bachelor in Nursing. Thesis Supervisor: Doc. PhDr. Dušan Sysel PhD.

The main subject of the Thesis are the specifics in nursing process applied to a patient with Alzheimer disease. The main goal of the Thesis is improvement of nursing process in hospital and home environment which should improve live style those effected by this disease.

Theoretical part of the Thesis contains information on clinical characteristics of the disease, probable etiology, diagnosis, the possible therapy, prevention and prognosis of disease. In the theoretical part of the Thesis I am also concentrating on nursing services related to patient with Alzheimer dementi, using sensitive and specific approach not only to the patient but also to the whole family.

The separate part of the Thesis is concentrating to those who are helping to patient like nurse of family members. Practical part of Thesis covering also casuistry of a patient, which is determining problems in nursing, setting up the nursing diagnose, making a plan of nursing, realization and evaluation of the fulfilling individual needs of patient.

Key words: Alzheimer's disease. Senior. Dementia. Treatment. Nursing care. Patient needs. Plan of nursing. Education.

PŘEDMLUVA

Alzheimerova choroba je stále rozšířenější v souvislosti se stále se zvyšujícím věkem obyvatelstva. V průmyslově vyspělých zemích je Alzheimerova nemoc nejčastějším typem demence a s prodlužujícím se věkem a rostoucím podílem starších osob v populaci se její výskyt trvale zvyšuje.

Výběr tématu práce byl podmíněn mým dlouholetým působením na Geriatrické klinice VFN, kde se každodenně s tímto onemocněním setkávám. Tato práce vznikla ve snaze zaměřit se v dané problematice na charakteristiku Alzheimerovy choroby, cílem je seznámit ošetrovatelský personál, rodiny a ostatní pečující se specifiky v péči o geriatrického pacienta s duševní poruchou, pomoci zorientovat se v náročných situacích při ošetrování takto nemocného.

Materiál k tvorbě práce jsem čerpala z knižních a časopiseckých publikací a také z internetových zdrojů. Dále jsem použila platnou dokumentaci VFN.

Práce je určena studentům ošetrovatelství, ošetrovatelskému personálu, který se věnuje péči o nemocné s demencí. Námět k pochopení takto postiženého nemocného zde mohou čerpat rodinní příslušníci, přátelé i dobrovolní pečovatelé.

Tímto bych ráda poděkovala všem, kteří mi poskytli potřebné informace k dané problematice, zvláště pak děkuji svému vedoucímu bakalářské práce Doc. PhDr. Dušanovi Syslovi, PhD., za cenné připomínky a náměty, které mi byly velice nápomocné při tvorbě této práce.

Poděkování patří také prof. MUDr. Evě Topinkové, CSc., MUDr. Pavle Mádlové a týmu sester Geriatrické kliniky VFN, vedené vrchní sestrou Evou Červinkovou, za přínosné konzultace při vypracovávání tohoto tématu.

OBSAH

ÚVOD	8
TEORETICKÁ ČÁST	10
1 KLINICKÁ CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ	10
1.1 Historie	10
1.2 Definice, charakteristika onemocnění	11
1.3 Etiologie, etiopatogeneze	12
1.4 Rizikové faktory vzniku Alzheimerovy choroby	13
1.5 Klinický obraz	14
1.6 Průběh, formy	15
1.7 Diagnostika	16
1.8 Terapie	17
1.9 Prognóza	19
2 ALZHEIMEROVA NEMOC V RODINĚ	20
2.1 Komunikace	20
2.2 Pohyb	22
2.3 Bezpečí domova	22
2.4 Hygiena	23
2.5 Nespavost	23
2.6 Mimo domov	24
2.7 Kdy už nenechávat nemocného o samotě	24
2.8 Institucionální péče	25
2.9 Možnosti hospitalizace	25
3 POTŘEBY PEČUJÍCÍCH	26
3.1 Doporučení pro pečující	26

3.2 Kde vyhledat pomoc	27
PRAKTICKÁ ČÁST	28
4 KAZUISTIKA	28
4.1 Ošetrovatelská péče u pacienta s Alzheimerovou chorobou	28
5. POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU ZE DNE 12. 11. 2008	32
6. OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE	49
6.1 Stanovení sesterských diagnóz a jejich uspořádání dle priorit	49
6.2 Plán ošetrovatelské péče	50
6.3 Celkové hodnocení pacienta (20. 11. 2008 – 10. den hospitalizace)	55
7 ZÁVĚR	58
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A ZDROJŮ INFORMACÍ	60
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	64
SEZNAM PŘÍLOH	66

ÚVOD

*Motto: „Stáří nemá být koncem života,
ale jeho korunou.“*

A. Repond

Téma bakalářské práce Specifika v ošetrovatelské péči u pacienta s Alzheimerovou chorobou jsem si vybrala na základě svého dlouholetého působení na Geriatrické klinice VFN, kde se s touto problematikou setkávám velmi často. Na toto téma bylo napsáno mnoho odborných knih, publikací, článků a manuálů, ale ze své praxe nemám pocit, že společnost je připravena dostatečně zvládat péči o své seniory, ať už je tento klientem léčebného nebo sociálního ústavu, či je v péči domácí.

V souvislosti s prodlužující se délkou života se stále více lidí dožívá vysokého věku. Podle statistických prognóz má být 21. století stoletím seniorů, ovšem zároveň bude stoupat četnost a závažnost chorob vyššího a vysokého věku. Z hlediska zdravotního stavu je populace seniorů vysoce heterogenní. Vykazuje vyšší celkovou morbiditu, která je specifická vysokým výskytem chronických a degenerativních onemocnění, ale i vyšším výskytem akutních stavů a náhlých dekompenzací chronických onemocnění. Nejčastější choroby seniorského věku jsou choroby kardiovaskulární, metabolické, gastrointestinální, respirační, nemoci pohybového aparátu, kognitivní poruchy a demence. Dle hrubých odhadů Psychiatrického centra Praha se počet postižených Alzheimerovou chorobou zvýší do roku 2030 téměř o polovinu. (Holmerová, 2006, s. 77)

Práce se skládá ze 2 částí. V teoretické části, která vychází z uvedené literatury, se zabývám klinickou charakteristikou onemocnění, možnostmi diagnostiky a způsobem terapie. Dále se zde věnuji péči o pacienta trpícího Alzheimerovou chorobou v prostředí domova. V těchto kapitolách přináším potřebné rady pro ty, kteří o takto nemocné pečují a jsou s nimi v neustálém kontaktu. Domácí prostředí je pro nemocného tím nejlepším místem, jež mu umožní co nejméně se vzdalovat od reality a udržovat svou soběstačnost tak dlouho, jak je jen možné. Domov skýtá pocit bezpečí, klidu a usnadňuje využívání všech zachovaných schopností. V těchto kapitolách uvádím

návod, jak co nejlépe s postiženým komunikovat, jak zajistit pohybovou aktivitu, odpočinek, hygienu, bezpečnost doma i mimo domov.

Péče o nemocného s demencí je velice náročná fyzicky i psychicky. Alzheimerova choroba bývá často nazývána nemocí dvou lidí. Tou druhou osobou je míněn pečovatel pacienta. Ten trpí jednak samotným faktem nemoci blízkého jedince, ale také nutností pečovat o něj. Pečovatel musí nahrazovat chybějící schopnosti nemocného, aby doplnil deficit. Z tohoto faktu vychází další část mé práce, kterou věnuji potřebám pečujících, zmiňuji zde doporučení, jak si nesnadnou úlohu ulehčit a kde mohou najít odbornou pomoc.

V části praktické uvádím kasuistiku pacienta trpícího Alzheimerovou chorobou. Skládá se z posouzení stavu pacienta v oblasti fyzikální a aktivit denních činností. Zaměřila jsem se na získání dostatku informací o psychickém a sociálním stavu, vypracovala situační analýzu. Na základě těchto informací jsem sestavila funkční plán ošetrovatelské péče a stanovila ošetrovatelské diagnózy dle priorit nemocného.

Domnívám se, že vzhledem ke stále vyššímu výskytu Alzheimerovy choroby v populaci, je třeba více informovat pečující osoby a seznámit je se specifiky péče o takto nemocné.

Cílem mé práce je naučit se včas rozpoznat a účelně demonstrovat problematiku tohoto onemocnění, vytvořit optimální podmínky pro kvalitní poskytování péče, zajistit správný přístup k nemocnému s Alzheimerovou chorobou v prostředí domácím i institucionálním.

TEORETICKÁ ČÁST

1 KLINICKÁ CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ

1.1 Historie

Pojem Alzheimerova choroba má počátky v listopadu 1901, kdy byla do nemocnice ve Frankfurtu nad Mohanem přijata 51letá pacientka A. D. se známkami specifické, tehdy vzácné demence. Dr. Alzheimer na 37. schůzi jihoněmeckých psychiatrů v Tübingenu o ní referoval. Titul přednášky zněl Über eine eigenartige Erkrankung der Hirnrinde (O svérázném onemocnění mozkové kůry) a v roce 1906 případ publikoval. Tato publikace se stala základním kamenem pojmu Alzheimerova choroba.

„Demence jsou výzvou medicíně 20. století. Zakladatel moderní klinické psychiatrie prof. Kraepelin je na začátku našeho století (v roce 1910) považoval za nejtemnější psychiatrickou kapitolu. Pro první polovinu dvacátého století byl charakteristický nezájem psychiatrů, ale i jiných lékařů o studium demencí a pesimistický postoj k jejich prognóze a možnostem léčby. Ke zvýšenému zájmu o demence vedly epidemiologické studie, které upozornily na rychlé narůstání počtu lidí trpících těmito poruchami.“ (Bayer, Reban, 1998, s. 7)

L. J. Karnosh a M. Zucker (1945) řadí Alzheimerovu demenci do skupiny psychóz s mozkovou arteriosklerózou, zatímco pozdější autoři již Alzheimerovu nemoc vyčleňují zvlášť nebo ji zařazují do skupiny demencí atroficko-degenerativních.

„Dosavadní zjišťování incidence a prevalence demencí včetně Alzheimerovy nemoci má úskalí, nicméně strmý růst s věkem a výrazný podíl Alzheimerovy nemoci v souboru všech demencí se zdají být prokázány.“ (Koukolník, 1998, s. 18)

„Užitím principu epidemiologické autopsie byla v souboru 2197 autopsií lidí starých 65 a více roků, které se provedly v letech 1988–1992 ve Fakultní Thomayerově nemocnici, zjištěna četnost Alzheimerovy nemoci, 7,4 %. Výskyt choroby prudce rostl s věkem. Demograficky standardizovaná míra úmrtnosti na tuto chorobu byla u mužů

285 případů/100 000, u žen 602 případů/100 000. Jde tedy o jedno z nejčastějších onemocnění.“ (Koukolník, 1998, s. 19)

1.2 Definice, charakteristika onemocnění

Alzheimerova nemoc je primárním onemocněním šedé kůry mozkové, která způsobuje poruchu nebo úpadek její činnosti. Hlavní změnou je ukládání beta-amyloidu v mozku a další změny, které postupně způsobí rozpad nervových vláken a nervových buněk. Vyvíjí se nejčastěji plíživě, přitom pomalu a trvale progreduje.

Podle W. Zhou et. Al. (2004) tvoří dvě třetiny všech demencí a její prevalence roste s věkem (viz příloha č. 1). V současnosti trpí ¼ lidí nad 85 let demencí. Alzheimerova choroba se na tomto čísle podílí z 50–60 %. Ve věku nad 65 trpí touto nemocí každý dvacátý člověk. Ve věku nad 85 let dokonce každý pátý člověk (viz příloha č. 2). Alzheimerova choroba není nemoc jen těch nejstarších. Ve výjimečných případech, většinou při dědičném výskytu může ojediněle postihnout i osoby kolem 50. roku života. Podle odhadu je touto nemocí postiženo 17–25 milionů lidí na světě. V České republice je to zhruba 50–70 tisíc osob (viz příloha č. 3 a 4).

Psychické funkce jsou postiženy difúzně. Relativně brzy dochází k postižení osobnostních rysů a charakteristik, nemocní ztrácejí základní etická a estetická pravidla, návyky a zvyklosti, stávají se překvapivě nápadnými svým jednáním a chováním. Ztrácejí své zájmy, narušují dlouholeté vazby a vztahy, stávají se podezřívými a hašteřivými. Brzy se začínají projevovat poruchy prostorové orientace a to i v dobře známých místech. Osoby se mění po emoční stránce. Někdy dochází k emočnímu oploštění – člověk není schopen projevovat patřičné nálady, nereaguje na vnější podněty přiměřenými emocemi. Jindy bývá přítomna tzv. tupá euforie – spokojená nálada, opět bez přiměřené emoční reaktivity na vnější podněty. Zpravidla přechodně může dojít i k výskytu tzv. patických nálad – deprese, úzkosti, někdy i mánie. Obecně bývá u Alzheimerovy demence přítomna afektivní labilita, nezvládnutí afektů (především afektů vzteku, ale i lítosti).

Jiná skupina příznaků, které mohou komplikovat průběh Alzheimerovy choroby, je produkce bludů, většinou spolu s poruchami vnímání – halucinacemi a iluzemi. Bludy, chorobné myšlenky, neodpovídající skutečnosti, bývají značně nesystematické, vágní, neucelené. Postižení jsou např. přesvědčeni, že jim někdo krade věci, peníze a podobně. Časté bývají zrakové halucinace. Tyto příznaky jsou většinou přechodného charakteru a vyskytují se nekonstantně.

Alzheimerova choroba se dělí na formu:

- Alzheimerova nemoc s časným začátkem (presenilní forma), kde se klinické příznaky projeví do 65 roku života.
- Alzheimerova nemoc s pozdním začátkem (senilní forma), podstatně častější forma, kde se první příznaky projeví v 65 a více letech života.

Alzheimerova choroba se vyskytuje ve dvou podobách:

- Alzheimerova choroba vrozená (familiární), kde onemocní více blízkých pokrevních příbuzných a kde bývají zjištěny genetické abnormality. Tato forma je vzácná.
- Alzheimerova choroba občasná (sporadická), bez familiárního výskytu, má na svědomí 80 % všech případů. Je to typické onemocnění vyššího věku.

1.3 Etiologie, etiopatogeneze

Za agens vzniku Alzheimerovy choroby je považován beta-amyloid, což je látka v mozku fyziologicky přítomna. Mezi výrobou a odbouráváním beta-amyloidu existuje dynamická rovnováha. Porušení této rovnováhy směrem ke hromadění beta-amyloidu vede k Alzheimerově chorobě. V mozku postižených se hromadí škodlivé bílkoviny, které se ukládají v podobě vláken nebo v okolí nervových buněk, jako tzv. amyloidové plaky. Dochází k poškození a zániku nervových buněk a jejich spojů. V nervových buňkách dochází k další závažné změně – dochází k přeměně bílkoviny, která se nazývá TAU protein a vznikají tzv. tangles-neuronální uzlíčky (viz příloha č. 5).

V mozku současně ubývá acetylcholin, který zajišťuje přenos nervových vzruchů. Při jeho nedostatku si buňky vzájemně nevyměňují informace, což se projeví postupným zhoršováním paměťových a rozumových schopností.

Příčiny Alzheimerovy choroby zatím přesně neznáme, ovšem dnes je již prokázáno, že existují rizikové faktory zvyšující riziko vzniku.

1.4 Rizikové faktory vzniku Alzheimerovy choroby

Věk – jeden ze základních faktorů. U lidí před šedesátým rokem se s nemocí setkáváme spíše vzácně. U lidí nad 80 let trpí chorobou každý pátý.

Pohlaví – v tomto ohledu jsou ženy ohroženy více než muži. Pravděpodobnou příčinou jsou rozdíly v hladinách hormonů.

Genetické předpoklady – na riziku vzniku se podílí i genetické vybavení, které mohou souviset se změnami v naší genetické informaci.

Vzdělání – podle kanadské studie člověk, který je ve vzdělávacím procesu více než 10 let má 4x nižší pravděpodobnost výskytu Alzheimerovy choroby. Neví se však, zda to má za následek vzdělání jako takové (a s ním spojené „trénování“ mozku), fluidní (přirozená) inteligence či socioekonomické postavení.

Kouření – studie prokazují, že chronické kouření přináší vyšší riziko vzniku.

Alkohol – studie říkají, že dlouhodobá konzumace většího množství alkoholu sebou přináší větší riziko onemocnění.

Poranění hlavy – v anamnéze pacientů s Alzheimerovou chorobou se poranění hlavy vyskytuje dvakrát častěji. Za poranění hlavy se považuje takové zranění, při kterém dojde ke ztrátě paměti nad 15 minut.

Deprese – starší lidé s depresí mají 3–4x větší riziko k propuknutí demence.

Hypertenze, vysoké hladiny lipidů, cukrovka – v poslední době se zjišťuje, že tyto nemoci, pokud nejsou dobře léčeny, jsou rizikem pro vznik Alzheimerovy nemoci.

Alipoprotein E – je látka zajišťující přenos tuků krví, ve svém středu nese cholesterol. Alipoproteinů E je více druhů, jeden z nich (ApoE ϵ 4) pravděpodobně zvyšuje riziko vzniku Alzheimerovy nemoci.

1.5 Klinický obraz

Typický pro Alzheimerovu nemoc je pomalý, nenápadný začátek. V důsledku toho si okolí často nepovšimne prvních projevů choroby.

Nemoc má progredientní charakter, nápadné výkyvy nejsou časté. Prvními diskrétními příznaky bývají drobné změny osobnosti, chování, návyků a zvyků. Nemocný přestává být aktivní, začíná se spíše izolovat. Ztrácí pružnost v myšlení, objevuje se pozvolná degradace v oblasti etické a estetické. Dochází ke ztrátě sexuálních zájmů, někdy se však naopak může objevit hyperaktivita či nepřiměřené projevy sexuality.

Příznaky:

Poruchy paměti – narušení krátkodobé paměti, porucha všípivosti, schopnosti zapamatovat si nové je postižena nejvíce. V pokročilých stádiích se mohou objevit konfabulace.

Poruchy myšlení – myšlení nemocného se stává chudým, neohebným, ztrácí schopnost syntézy, analýzy, logických úvah. Snižuje se slovní zásoba. Objevují se poruchy typu sensorická afázie (neschopnost porozumět při zachovaném sluchu), motorická afázie (neschopnost tvorby srozumitelné řeči při neporušených mluvidlech), parafázie (komolení slov či nesprávná větná vazba), agnózie (selhání rozpoznávacích funkcí), apraxie (neschopnost provádět naučené úkony). Mohou se objevit i bludy.

Poruchy emoční – postupné oploštění jak bezprostředních emocí, tak i vyšších emocí, estetických a etických. Objevují se známky deprese, jindy je přítomna tupá euforie. Mohou se objevit afekty vzteku.

Poruchy osobnosti – objevuje se egocentrismus, egoizmus, sobeckost, podezíravost, nemocný o sebe přestává pečovat. Typická je i ztráta motivace, ztráta zájmů a dřívějších aktivit.

Zhoršená orientace v prostoru a čase – není schopen orientace v dobře známých místech. Selhává v testech, kde se např. kreslí trojrozměrné obrazce nebo průniky různých obrazců.

Poruchy chování – různého stupně, s různou příměsí agresivity, od mírných projevů verbální agresivity až k agresivitě brachiální.

Poruchy aktivit denního života – postupné zhoršování např. neschopnost manipulovat s penězi, obsluhovat elektrospotřebiče, vařit, uklízet, později nezvládají základní hygienu, oblékání apod.

1.6 Průběh, formy

Jak jsem již uvedla v minulé kapitole, průběh onemocnění je plíživý, nenápadný s trvale progredujícím zhoršováním duševních schopností.

U nemocných, kde choroba propuká před dosažením 65 let, je její progrese rychlejší ve srovnání s nemocnými, u nichž nemoc začala až po 75. roce věku. Onemocnění obvykle trvá 8–10 let a končí smrtí, individuální rozpětí přežití je 2–20 let.

Stádia Alzheimerovy nemoci:

1. první stádium – lehká forma

Projevuje se mírnými a často přehlédnutelnými příznaky, doba trvání je individuální, může trvat roky. Pacient zapomíná, není schopen se učit nové věci, má snížené vyjadřovací schopnosti, obtížně se orientuje, rozhoduje, ztrácí zájem o své záliby, uzavírá se do sebe, je úzkostlivý až depresivní.

2. druhé stádium – středně těžká forma

Vyznačuje se výraznějšími příznaky a problémy, toto období může trvat až 20 let. Nemocný má významné výpadky paměti, nezvládá každodenní činnosti, má zhoršené řečové schopnosti, časté je bloudění i na známých místech. Zde se již pacient stává závislým. V tomto období se mohou objevovat přechodné stavy zmatenosti a bludy.

3. třetí stádium – těžká forma

Toto období můžeme nazvat obdobím úplné závislosti. Trvá od jednoho do tří let. Nemocný nepoznává osoby blízké, nastupují zde obtíže při příjmu potravy, obtíže s chůzí až imobilizace, inkontinence. Dochází zde k úplné ztrátě soběstačnosti.

1.7 Diagnostika

Pro diagnostiku Alzheimerovy choroby neexistuje žádný stoprocentně spolehlivý test. Diagnóza se proto stanovuje na základě mnoha různých klinických a laboratorních dat, jako tzv. diagnóza diferenciální, tedy po vyloučení ostatních možných příčin pozorovaných příznaků. Provádí ji lékař – neurolog, psychiatr, geriatr. Diagnózu „jisté“ Alzheimerovy choroby může zatím stanovit pouze patolog.

Komplexní geriatrické vyšetření

- **Klinické interní vyšetření** – poruchy zraku, sluchu, chůze, poruchy vyprazdňování, závratě, choroby prodělané a současné, souvislosti s podáváním léků a jejich nežádoucích účinků, potencionální zdravotní rizika.
- **Vyšetření duševního zdraví** – kognitivní funkce, poruchy chování, deprese, zátěžové situace.
- **Vyšetření funkčních schopností** – soběstačnost v sebeobsluze, způsob stravování, vyšetření nutrice.
- **Bydlení a sociální situace** – finance, vztahy, sociální prostředí, vybavení bytu, kompenzační pomůcky a schopnost je využívat.

Hodnotící škály

- **Barthelův test základních všedních činností (ADL)** (viz příloha č. 6)
- **Test instrumentálních všedních činností (IADL)** (viz příloha č. 7)
- **MMSE (Mini-Mental State Examination)**
Tento test prověří orientaci, paměť, pozornost, schopnost reagovat a schopnost psát (viz příloha č. 8)
- **Test hodin** (viz příloha č. 9)
- **DAD dotazník** – informuje o průběhu a vývoji choroby. Do připraveného formuláře může pečující osoba zaznamenat činnosti, které je nemocný schopen bez pomoci vykonávat
- **HACH (Hachinskiho ischemický skór)** – hrubě orientačně slouží k rozlišení obou typů demence (viz příloha č. 10)
- **FAQ – dotazník pro funkční hodnocení pacienta** (viz příloha č. 11)

Laboratorní vyšetření

- kompletní biochemické vyšetření
- krevní obraz
- tau-protein v mozkomíšním moku – pro stanovení genetických biomarkerů
- APOE genotyp pro diagnostiku Alzheimerovy demence (zatím se provádí pouze výzkumně)

Zobrazovací metody

- **počítačová tomografie (CT)** – vidíme zde úbytek nervových buněk, mozek je atrofický hlavně v oblasti spánkových laloků
- **magnetická rezonance (MR)** – mozkovou tkáň zobrazí podrobněji, je třeba vyšetření opakovat a sledovat změny ve velikosti a struktuře mozku

Funkční metody

- **pozitronová emisní tomografie** – zobrazí metabolické funkce mozku, pro průkaz Alzheimerovy nemoci může být charakteristický pokles využití energie v některých částech mozku
- **jednorázová emisní tomografie (SPECT)** – průkaz průtoku krve a zásobení jednotlivých oddílů mozku. U Alzheimerovy demence je průtok krve snížený, hlavně v oblasti temenní mozkové kůry.

Definitivní diagnóza

- **mozková biopsie** – posmrtné mikroskopické vyšetření mozku, zjišťujeme přítomnost typických změn ve vztahu k věku

1.8 Terapie

Vzhledem k tomu, že ještě není zcela objasněna etiologie a patogeneze Alzheimerovy nemoci, není možná ani příčinná léčba a tedy i vyléčení. Je ovšem k dispozici řada léků, které zmírňují nebo odstraňují její příznaky a zlepšují kvalitu života postiženého.

Kognitivní farmakoterapie

- **inhibitory acetylcholinesterázy** – léky nové generace. Obnovují v mozku rovnováhu koncentrace neurotransmiteru acetylcholinu, která při tomto onemocnění klesá v důsledku úbytku neuronů. Např. Exelon, Reminyl, Aricept. Tyto léky se používají při léčbě lehkých a středně těžkých forem a jejich nevýhoda spočívá ve vysoké ceně.

Nekognitivní farmakoterapie

- **antidepresiva** – potlačují příznaky deprese (Deprex, Citalec)
- **neuroleptika** – zmírňují a odstraňují neklid a agresivitu (Plegomazin)
- **anxiolytika** – tlumí úzkost
- **hypnotika** – léčí poruchy spánku
- **nootropika** – nejsou dostatečné důkazy pro účinnost dlouhodobého podávání

Nefarmakologická terapie

- aktivační terapie – udržování dostatečné psychické aktivity
- kognitivní trénink – trénink paměti a jiných poznávacích funkcí
- realitní orientace
- sanace somatických onemocnění
- práce s rodinou a ostatními pečovateli
- tělesná rehabilitace
- fyzioterapie
- arteterapie
- ergoterapie
- muzikoterapie
- animalterapie

1.9 Prognóza

Alzheimerova nemoc způsobuje progresivní odumírání nervových buněk v mozkové hemisféře. Vývoj nemoci může trvat 8 až 20 let, v závislosti na podmínkách a zdravotním stavu postiženého. I když existují podobné projevy a rysy Alzheimerovy nemoci, každá postižená osoba je pocíťuje individuálně. Nemoc postupuje svým vlastním tempem a zhoršení u jednotlivců se neobjevuje v jednotné formě a nemá stejné příznaky. Mnohé nasvědčuje tomu, že jsme na začátku procesu, který ukazuje, že alespoň u části postižených, kde se započne s léčbou včas, je možné stav do jisté míry zlepšit a progresi onemocnění alespoň dočasně zastavit, či zpomalit. Vede se řada polemik o tom, zda je vhodné hovořit v případě Alzheimerovy nemoci o léčbě, když stejně nakonec progresi až do stavu těžké demence nezabráníme.

Zatím neexistuje kauzální léčba Alzheimerovy choroby, avšak potíže nemocných můžeme zmírnit symptomatickou léčbou.

Tvrdit, že umíme Alzheimerovu chorobu vyléčit, rozhodně nemůžeme, alespoň ne zatím. Léčit ji však můžeme a musíme.

2 ALZHEIMEROVA NEMOC V RODINĚ

Rodina musí splňovat řadu předpokladů pro dobrou péči o nesoběstačného člena, nejpodstatnější z nich jsou tato:

- **moci pečovat** – mít podmínky fyzické, sociální, psychické, bytové, časové, finanční apod.
- **chtít pečovat** – mít dobrou vůli, snažit se hledat možnosti a řešení v dané situaci za přispění všech členů rodiny
- **umět pečovat** – vědět, jak pomoci, znát rozsah poskytované pomoci

Demence Alzheimerova typu patří mezi nemoci měnící osobnost, chování i vztahy a z hlediska pečujícího představuje značnou fyzickou a neustálou psychickou zátěž. Pečující by měl mít na paměti, že pečuje o dospělého člověka a měl by dodržovat určité zásady, které zajistí udržet co možná nejvyšší stupeň soběstačnosti nemocného. Pomáhejte mu dělat věci, které nedovede dělat sám, ale nikdy je za něj nedělejte úplně.

2.1 Komunikace

Komunikace nám dává pocit spojení s druhými. V demenci schopnost sdílet zkušenosti s druhými postupně mizí. Pacient s demencí dokáže stále méně s druhými normálně mluvit. Stojí ho mnohem víc úsilí, když má druhým jasně vysvětlit, co cítí nebo potřebuje. Zároveň musí vyvíjet stále větší úsilí, aby pochopil, co se druhí snaží objasnit jemu. Při normálním rozhovoru mezi dvěma lidmi do něho oba přispívají víceméně stejně. Tato rovnováha však chybí, když se snažíme konverzovat s člověkem trpícím demencí. Chceme-li efektivně komunikovat s pacientem s demencí, musíme do toho investovat mnohem více energie.

Nastane-li moment, kdy slova přestanou být hlavním prostředkem komunikace, budeme muset užívat neverbální komunikace (mluvy, obličej, gesta, mimiku, hraní, prostě vše, co umožní alespoň nějaký kontakt).

Shrnutí zásad komunikace a spolupráce u osob s demencí

- získajte informace o stupni demence
- sledujte, zda se nemocnému nezhoršuje zrak a sluch
- zajistěte ticho při rozhovoru
- zvolte otevřený a přátelský přístup
- dbejte na správné oslovení a buďte si vědomi jeho důležitosti
- při komunikaci udržuje oční kontakt
- hovořte v jednotlivých větách, srozumitelně a pomalu
- neváhejte důležité věci opakovat nebo se pokuste sdělení vyjádřit jednodušeji
- používejte hlubší tón hlasu – je účinný a ohleduplný
- pokyny podávejte postupně
- využívejte řeč těla – např. dotyk, držení ruky, pohlazení
- nešetřete úsměvy, přátelskými gesty, pohledy
- při práci s nemocným vždy sdělujte, co děláte a informujte ho o čase a prostoru
- nenaléhejte na nemocného, pokud odmítá nějakou činnost
- berte na vědomí city nemocného a nevyvracejte je
- sledujte a reflektujte činnosti nemocného
- zakažte si vlastní potřebu usměrňovat, napomínat, bojovat
- naučte se poskytovat podporu
- při úzkosti nemocného potvrďte jeho představu a buďte tím, za co vás považuje
- vše, co pacient říká, tak skutečně myslí – věřte jeho světu
- pokud pacient hovoří o svých představách, nevyvracejte je
- využijte k navázání kontaktu významné situace a zážitky
- naučte se citlivě vést nesmyslné rozhovory
- chvalte nemocného, oceňte ho za konkrétní činnost, důležité je pochválit za každou maličkost
- když už není možné mluvit – když už nechápe vaše slova, může k nemocnému „mluvit“ naše tělo, můžete ho vzít kolem ramen, pohládit po paži, podržet za ruku, usmívat se na něho
- nakonec můžete komunikovat jen tím, že „tam jste“, klidná přítomnost někoho, koho zná a komu důvěřuje je velice přínosná

2.2 Pohyb

Uvedené cviky jsou vhodnou motivační pomůckou pro zavedený denní pohybový režim.

- cvičení chodidel
- dechová cvičení
- cvičení s hudbou
- Fedenkraisova metoda – soubor cviků, které jsou zaměřeny na uvědomování si svého pohybu, vychází z jógy
- relaxační cvičení

2.3 Bezpečí domova

Součástí geriatrického preventivního programu je také zhodnocení domácího prostředí a identifikování možných rizik v souvislosti se změnami pohyblivosti a sníženým smyslovým vnímáním ve vyšším věku. Senior je v domácnosti ohrožen nejčastěji pádem při výkonu běžných denních činností v rámci sebezpečí a sebeobsluhy.

Základní pravidla

- Nedělejte v prostředí, v němž pacient žije, příliš mnoho změn, ale pouze ty, jež jsou nezbytné pro zvýšení bezpečnosti.
- Provádějte změny postupně.
- Volte takové změny, které zároveň usnadní život i celé vaší rodině.

Pomůcky a zařízení pro bezpečnou domácnost

- dostatečné osvětlení, v noci nechat svítit lampičku, barevné rozlišení vypínačů
- stabilní uspořádání místnosti
- vhodné podlahové krytiny – protiskluzové podložky
- vhodný nábytek – zvýšené lůžko s postranicemi a hrazdičkou
- odstranění zámku v koupelně a WC
- zabezpečení plynu, elektřiny a vody
- zabezpečení bytu

- nástěnné hodiny, kalendáře, směrovky po bytě, označení WC apod.
- vybavení nemocného jmenovkou pro případ odchodu z domova
- pomůcky pro snadnější oblékání a obouvání
- pomůcky pro usnadnění hygieny – sedačka do vany, nástavec na WC, protiskluzná podložka apod.
- vhodná plná obuv
- minimalizovat riziko pádu

2.4 Hygiena

Pacienta je třeba povzbuzovat k tomu, aby udržoval osobní hygienu. A to jako běžnou rutinní záležitost. V pozdějších stádiích onemocnění bude ovšem mít tendenci na mytí zapomínat, anebo nebude schopen vybavit si postupnost potřebných kroků. V takovém případě je třeba udělat z koupání klidnou, odpočinkovou a příjemnou záležitost, nechat nemocného pokud možno mýt se sám.

2.5 Nespavost

U pacienta s Alzheimerovou chorobou se může projevit tzv. „reverzní charakter spánku“, což znamená, že většinu dne prospí a v noci je vzhůru. Dále se také může objevit časté buzení během noci za účelem jídla.

- povzbuzujte pacienta k co největší aktivitě během dne a to bez ohledu na to, o jakou aktivitu jde
- nepodporujte odpolední spánek
- pokuste se, aby pacient chodil spát vždy ve stejnou dobu, aby se mu ulehání na lůžko stalo jakousi rutinou
- nedávejte nemocnému večer před ulehnutím stravu s vysokým výskytem cukrů, která nadměrně zvyšuje energii a aktivitu
- nedávejte pacientovi před spaním příliš mnoho tekutin
- požádejte lékaře o předepsání vhodných léků

2.6 Mimo domov

Je bohužel prakticky zcela nemožné předvídat všechny nebezpečné situace, jimiž může být nemocný vystaven mimo domov; zde je několik užitečných rad:

- na ulici nenechávejte vycházet nemocného samotného, vždy ho doprovázejte
- snažte se chodit výhradně místy, která dobře zná
- vyvarujte se rušných oblastí a ulic s hustou dopravou
- pacient musí mít u sebe vždy identifikační dokument, na němž je uvedena adresa a telefonní číslo

2.7 Kdy už nenechávat nemocného o samotě

Dojde-li ke zhoršení stavu nemocného do fáze, kdy je ohrožena jeho soběstačnost a bezpečnost, je třeba se rozhodnout, zda je na místě nechávat ho samotného doma. Pro posouzení zkuste zodpovědět tyto otázky:

- Je nemocný neschopen sám pravidelně užívat předepsané léky?
- Vychází sám do ulic a vystavuje se tak riziku, že se ztratí nebo ho něco zraní?
- Zapomíná vypnout plyn nebo nechává jídlo spálit?

Pokud je odpověď alespoň na jednu z těchto otázek kladná, pak je na čase nemocnému vysvětlit, že v zájmu jeho bezpečnosti bude dobré, když nebude žít osaměle. Setkáte se pochopitelně s velkým odporem. Jak tuto situaci řešit?

- Přestěhování nemocného do vašeho bytu, domu – nevýhoda je, že odříznete-li nemocného od jeho známého prostředí, zbavíte ho jeho zakotvení a referenčních (záchytných bodů). Tím zvýšíte jeho zmatenost a nejistotu.
- Zajištění společníka
- Zajištění domácí pečovatelské služby

2.8 Institucionální péče

Jednou přijde okamžik, kdy už nebudete schopni péči o pacienta s Alzheimerovou nemocí doma zvládat a budete jej muset umístit v domově s ošetrovatelskou péčí nebo v nemocnici. Je obtížné říci, kdy nastane ten skutečně správný okamžik a jak ho poznat.

Ve skutečnosti je tento moment určován vaší schopností celou situaci ještě zvládat a udržet pod kontrolou. Právě domov je pro nemocného tím nejlepším místem, jež mu umožní co nejméně se vzdalovat od reality a udržovat svou soběstačnost tak dlouho, jak je jen možné. Je to jediné místo, kde se cítí skutečně milován a bezpečný.

Nicméně jednou musí přijít chvíle, kdy jeho zdravotní potřeby překročí možnosti vaší rodiny. V takovém případě bude nejlepší zvolit zařízení s ošetrovatelskou péčí.

2.9 Možnosti hospitalizace

V české republice v současné době existuje poměrně pestrá nabídka nejrůznějších zařízení, která nabízejí péči seniorům. Nabídka variuje od denních stacionářů, domovinek, penzionů pro důchodce, domovů důchodců až po léčebny dlouhodobě nemocných a hospice. Mezi jejich provozovatele patří stát, soukromé společnosti či sdružení, anebo církve. V porovnání s tímto výčtem je počet zařízení, která by poskytovala speciální a odbornou péči seniorům trpícím Alzheimerovou chorobou velmi malý.

Česká alzheimerovská společnost (ČALS) momentálně spolupracuje s téměř třiceti zařízeními ve všech krajích České republiky. Kontaktní místa jsou při institucích jak sociálních tak zdravotnických, státních i nestátních. Spojuje je jejich schopnost a ochota poskytovat různorodé služby klientům se syndromem demence, kteří mají speciální potřeby a nároky. (viz příloha č. 12)

3 POTŘEBY PEČUJÍCÍCH

Alzheimerova choroba není nemocí jen jednoho člověka, nýbrž celé rodiny. Proto léčba musí zahrnovat i rodinu, pečující. Alzheimerova nemoc může být v podstatě milosrdným procesem pro samotného postiženého, který si své obtíže neuvědomuje, žije ve vlastním světě. O to víc trpí okolí nemocného, kterému se ztrácí člověk nejmilovanější. Během tohoto dlouhého a pomalého procesu, kdy se s tím musí smířovat, prožívají všechny emoce spojené s procesem truchlení.

Jedna z pastí, do níž může pečovatel spadnout, je to, že podřídí svému příbuznému s demencí své vlastní zdraví a blaho. To je skutečná léčka, protože úkol pečovatele může plnit snadněji a s větším pocitem vlastního uspokojení, když bude věnovat náležitou pozornost vlastnímu fyzickému a duševnímu zdraví. Čím lépe se bude starat o své potřeby, tím lépe bude moci pečovat o druhého.

3.1 Doporučení pro pečující

- zabraňte závislému chování – seznamte nemocného se skutečností, že o něho pečují více osob
- nedělejte za pacienta činnosti, které zvládne sám
- zamyslete se nad vlastními pocity
- dívejte se realisticky na své emoce
- vyčleňte si čas na své oblíbené aktivity
- dovoďte si nejméně „jednu radost“ denně
- pokud se objeví nějaký problém, uvažujte, jak byste mohli získat další pomoc
- pamatujte, že všichni děláme chyby a občas selháváme
- sdílejte trápení rovnoměrně
- vyhýbejte se izolaci
- stanovujte si priority
- snažte se soustředit na pozitivní stránky péče
- je omyl myslet si, že existuje dokonalé řešení každého problému

3.2 Kde vyhledat pomoc

Pro pečující existují svépomocné skupiny a psychologická pomoc. Další informace a podporu může pečujícím poskytnout některá z poboček České Alzheimerovské společnosti, která provozuje informační linku pro pacienty i pečující denně od 8.00 do 20.00 hodin na telefonním čísle 283 880 346. Zájemci se mohou objednat na konzultace, pacienti mohou využívat denní stacionář Gerontologického centra v Praze 8-Kobylisích.

Mezi služby, které zajišťuje denní centrum, patří dovoz a odvoz klientů mikrobusem České Alzheimerovské společnosti, celodenní stravování, služby kadeřníka, pedikérky, hygienický dohled, drobné léčebné úkony. Dále Gerontologické centrum pořádá tzv. svépomocné skupiny, které nazývají čaje o páté. Jednou za 14 dní se setkávají rodinní příslušníci pacientů s Alzheimerovou chorobou, kteří si zde sdělují své problémy.

Na internetových stránkách České Alzheimerovské společnosti najdeme mnoho užitečných informací o chorobě samotné, o kontaktních místech, lékařích, lůžkových zařízeních, domovech pro seniory, denních stacionářích, o specializované péči a hospicích. (viz příloha 13)

PRAKTICKÁ ČÁST

4 KAZUISTIKA

K sestavení praktické části práce jsem si vybrala pacienta, který byl přijat z domova na Geriatrickou kliniku VFN v Praze, pro ztrátu soběstačnosti s diagnózou Alzheimerova choroba. V době posuzování je nemocný hospitalizován na klinice desátý den.

4.1 Ošetrovatelská péče u pacienta s Alzheimerovou chorobou

Identifikační údaje

Jméno a příjmení: A. P.

Pohlaví: muž

Datum narození: 13. 10. 1931

Věk: 77

Vzdělání: základní

Zaměstnání: dříve školník, nyní starobní důchodce od 60 let věku

Stav: vdovec

Státní příslušnost: ČR

Datum přijetí: 10.11:2008

Den hospitalizace: 10. den

Typ hospitalizace: léčebný

Oddělení: oddělení S1, Geriatrická klinika, VFN

Nejbližší osoba: dcera

Medicínská diagnóza hlavní: Alzheimerova choroba s pozdním začátkem (F00.1)

Medicínská diagnóza vedlejší:

- arteriální hypertenze kompenzovaná
- ischemická choroba srdeční
- stp. IM 1998
- dehydratace
- inkontinence moči

Vitální funkce při přijetí

- **TK:** 130/80
- **P:** 80/min, pravidelný
- **TT:** 36,5 °C
- **D:** 16/min, pravidelný
- **Výška:** 180 cm
- **Hmotnost:** 79 kg
- **BMI:** 25 (norma)
- **Stav vědomí:** při vědomí
- **Pohyblivost:** chodící

Nynější onemocnění:

- **Alzheimerova choroba s pozdním začátkem**
- **Ischemická choroba srdeční**
- **Arteriální hypertenze kompenzovaná**
- **Dehydratace**
- **Inkontinence moči**
- **Vertebrogenní algický syndrom**

Informační zdroje: částečně pacient, dcera, dokumentace z předešlé hospitalizace, praktický lékař, pečovatelská služba.

Anamnéza:

- **Rodinná anamnéza:**
- **Matka:** zemřela v 65 letech na CMP, od 45 let hypertenze
- **Otec:** zemřel v 58 letech na IM
- **Sourozenci:** nemá
- **Děti:** dcera, 50 let, zdravá

Osobní anamnéza

Překonané a chronické onemocnění:

- Běžné dětské nemoci
- Collesova fraktura vlevo ve 20 letech
- Arteriální hypertenze od 50 let
- Ischemická choroba srdeční od 50 let
- Infarkt myokardu přední stěny v roce 1998
- Alzheimerova choroba

Hospitalizace a operace:

- 1998 IM – III. interní klinika VFN
- 2006 ztráta soběstačnosti, dehydratace – VFN, Geriatrická kl.

Úrazy: ve 20 letech collesova fraktura vlevo

Transfuze: ne

Očkování: Tetanus 2000

Léková anamnéza:

Název léku	forma	síla	dávkování	skupina
Aricept	p. o.	5 mg	1 – 0 – 0	inhibitor acetylcholinesterázy
Prestarium neo	p. o.	5 mg	1 – 0 – 0	antihypertenzivum
Anopyrin	p. o.	100 mg	0 – 1 – 0	antiagregans

Alergologická anamnéza:

- **Léky:** neudává
- **Potraviny:** neudává
- **Chemické látky:** neudává
- **Jiné:** neudává

Abúzy:

- **Alkohol:** příležitostně, pivo po jídle
- **Kouření:** nekuřák
- **Káva:** příležitostně

- **Léky:** 0
- **Jiné drogy:** 0

Urologická anamnéza:

- **Překonané urologické onemocnění:** 0
- **Poslední návštěva urologa:** 2006, bez patologického nálezu

Sociální anamnéza:

- **Stav:** vdovec, 10 let
- **Bytové podmínky:** byt 1+1, I. kategorie, družstevní v činžovním domě, 1. poschodí, výtah
- **Vztahy, role, interakce v rodině:** dcera, zeť, 2 vnoučata – vztahy fungující
- **Vztahy, role, interakce mimo rodinu:** sousedé v domě, přátelé již nemá
- **Záliby:** dříve sportoval, luštil křížovky, nyní postupně ztrácí zájem, sleduje televizi, poslouchá rádio, občas čte, s rodinou komunikuje
- **Volnočasové aktivity:** sledování televize, poslech rádia, občas četba, těší se z vnoučat
- **Sociální služby:** zavedena pečovatelská služba, dochází denně

Pracovní anamnéza:

- **Vzdělání:** základní
- **Pracovní zařazení:** celý život pracoval jako školník
- **Čas působení, čas odchodu do důchodu, jakého:** starobní důchod od 60 let věku
- **Vztahy na pracovišti:** nyní žádné, dříve dobré
- **Ekonomické podmínky:** starobní důchod 8 700 Kč

Spirituální anamnéza:

- **Religiózní praktiky:** římský katolík, do kostela léta nechodí, nevyžaduje duchovní ani dietní opatření
- **Oslovení:** nemá specifické požadavky – „pan“

5. POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU ZE DNE 20. 11. 2008

Fyzikální vyšetření sestrou

SYSTÉM	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Hlava a krk	Používá brýle na čtení asi 20 let, jinak neudává potíže v žádné položce.	<p>lebka – normocefalická (střední velikost)</p> <p>tvár lebky – střední ve směru předozadním</p> <p>držení hlavy – vzpřímené, bez třesu</p> <p>poklep – nebolestivý</p> <p>výstupy V. nervu – nebolestivé</p> <p>motorická inervace obličeje – symetrická</p> <p>příušní žláza – nezvětšená, nebolestivá</p> <p>oči – oční štěrby – symetrické skléry – bílé spojivky – růžové zornice – reagují symetricky 20 let brýle na blízko, P+2, L+2</p> <p>víčka – symetrické, v normě</p> <p>uši – boltce – v normě zevní zvukovod – čistý, bez sekrece</p> <p>sluch – přiměřený věku</p> <p>nos – velikost, barva v normě sekrece – bez nálezu epistaxe – 0</p> <p>rty – růžové</p>

		<p>tvar – fyziologický koutky – bez ragád herpes – 0 dutina ústní – bez foetoru chrup – H + D totální náhrada dásně – barva a tvar v normě jazyk – plazí ve střední čáře, hnědý, povleklý, suchý patro – bez známek zánětu tonzily – fyziologické krční páteř – pohyblivá pulzace karotid – symetrická náplň jugulárních vén – nezvýšená lymfatické uzliny – oboustranně nehmatné štítná žláza – nehmatná</p>
Hrudník a dýchací systém	Pacient udává pouze mírnou námahovou dušnost, např. při chůzi do schodů.	<p> hrudník – astenický, přiměřeně věku prsy – symetrické, bez rezistence dechová vlna – šíří se symetricky plíce poklep – plný, jasný dýchání – mírně oslabené vedlejší dechové šelesty – 0 pleurální třecí šelest – 0 srdeční krajina – bez vyklenutí dech – 16/min</p>

Srdcovo-cévní systém	Pacient udává, že se léčí se srdcem, neví přesně kolik let, léky na srdce užívá, jaké a v jakém dávkování si nepamatuje. Nyní potíže nemá.	úder hrotu – neviditelný akce srdeční – pravidelná srdeční ozvy – ohraničené, bez šelestů DK – nebolestivé varixy – 0 otoky – 0 periferní pulzace – hmatná kůže – v normě TK – 125/75 P – 76/min, pravidelný EKG – sinusový rytmus, bez patologických změn
Močovo-pohlavní systém	Nemocný neudává žádné obtíže. Dle jeho tvrzení inkontinencí netrpí.	ledviny – nehmatné, nebolestivé uretrální body – nebolestivé močový měchýř – nebolestivý, nepřesahuje symfýzu scrotum – nebolestivé, zduření – 0 uretra – bez výtoku
Kosterní a svalový systém	Pacient si stěžuje na bolesti páteře, někdy má bolesti kolen a zápěstí, blíže nespecifikuje.	konstituce – normostenik otoky – 0 páteř – skolióza, svalový tonus zvýšený, pohyblivost zhoršená šlachové reflexy – snížené, přiměřené věku klouby – mírné deformity, přiměřené věku, pohyblivost mírně zhoršená prsty – symetrické svaly – mírná atrofie

		<p>svalová síla – v normě, přiměřená věku</p> <p>pohyblivost – chůze – zatím bez pomůcek</p>
<p>Nervovo-smyslový systém</p>	<p>Pacient neudává potíže, připouští, že někdy zapomíná a občas hledá věci.</p>	<p>vědomí – při vědomí, orientace místem, časem, osobou zhoršená</p> <p>nálada – přiměřená</p> <p>paměť – krátkodobá paměť zhoršená</p> <p>vertigo – 0</p> <p>třes – 0</p> <p>koordinace pohybu – přiměřená věku</p> <p>nauzea – 0</p> <p>zvracení – 0</p> <p>čítí – v normě</p> <p>motorika – pohyblivý</p> <p>řeč – nižší výbavnost, zabíhavost, výslovnost dobrá</p> <p>sluch – mírně zhoršený, přiměřeně věku</p>
<p>Endokrinní systém</p>	<p>Pacient neudává obtíže.</p>	<p>štítná žláza – nehmatná, symetrická, měkká, povrch hladký, nebolestivá</p>
<p>Imunologický systém</p>	<p>Nemocný v této oblasti potíže nemá.</p>	<p>tělesná teplota – 36,5 °C – v normě, nejví známky zánětu</p>

Kůže a její adnexa	Pacient neudává potíže.	barva – růžová, bez ikteru a eflorescencí hematomy – 0 hyperpigmentace – 0 kožní turgor – snížený, jeví známky dehydratace vlasý – prořídle, čistý nehty – v normě, čistý pocení – 0 jizvy – 0 otoky – 0
---------------------------	-------------------------	---

Poznámky z tělesné prohlídky:

Dne 12. 11. 2008 jsem uskutečnila s pacientem A. P. anamnestický rozhovor a fyzikální vyšetření. Po vzájemném představení a vysvětlení účelu vyšetření jsme se dohodli na oslovení „pan“ P.

Celkově nemocný působí příjemným, sympatickým dojmem, je upravený a čistý. Na vyšetřovnu přišel za mého doprovodu sám, bez pomůcek a opory. Chůze je však mírně nejistá.

Pan A. P. je částečně dezorientován místem a časem. Při rozhovoru hovoří klidně, otevřeně a přátelsky, je pozitivně naladěný. Občas hovoří zabíhavě a má horší výbavnost slov. Na svou situaci nemá náhled, chce se vrátit domů, udává, že zvládne nákupy, domácí práce, vaření apod.

Stěžuje si pouze na občasné bolesti páteře a kolen. Inkontinenci popírá. V nemocnici používá záchytné vložky a na noc plenkové kalhotky.

Stav výživy je u pana A. P. v normě, chuť k jídlu má dobrou, většinou, jak uvádí, sní vše, co dostane, v nemocnici mu chutná. Je nutný dohled personálu, od jídla odchází. Pacient je dehydratovaný, je nutno doplnit objem tekutin.

Aktivity denního života

		Subjektivní údaje	Objektivní údaje
Stravování	Doma	Udává, že je schopen si jídlo připravit sám, někdy přijde dcera a donese mu moučník. Jí vše, nejraději má maso a zeleninu.	Obědy denně donáší pečovatelská služba, dcera dochází denně, jídlo mu připravuje, občas najde nedojedené zbytky.
	V nemocnici	Chutná mu a vše sní.	Občas nutná příprava jídla (namazat pečivo apod.), nutný dohled na jídlo (odchází od nedojedeného). Dcera denně nosí pochutiny.
Příjem tekutin	Doma	Udává, že pije dostatečně, množství není schopen vyjádřit. Rád pivo po obědě.	Dle dcery pije asi 0,45 až 1 litr tekutin denně. Více nechce, nemá pocit žízně.

	V nemocnici	Vadí mu, že ho personál nutí do pití, žízeň nemá.	Nutný dohled na hydrataci. Bilance tekutin 2 až 2,5 litru/den. K dispozici má dostatek tekutin.
--	--------------------	---	---

		Subjektivní údaje	Objektivní údaje
Vylučování moče	Doma	Pacient udává, že doma vše zvládal sám, bez obtíží.	Dle dcery se občas pomočoval, hygienu sám zvládal obtížně.
	V nemocnici	Nemocný uvádí, že problém nepocituje, má pocit, že vše zvládá.	Nutný dohled personálu, připomínat, doprovázet na WC, k dispozici má pokojové WC a močovou láhev. Na noc používá plenkové kalhotky.
Vylučování stolice	Doma	„Nikdy neměl problém“.	Dle dcery občasná zácpa, po úpravě stravy bez obtíží. Laxativa nepoužíval.
	V nemocnici	„Nemá problémy“.	Stolice zatím obden, nutný dohled, případné podání laxativa. Dcera nosí kompoty a ovocné šťávy.

Spánek a bdění	Doma	Spal vždy dobře, neměl problémy.	V noci občasné stavy zmatenosti, občas telefonoval dceři, zvonil na sousedy. Má rád odpolední spánek.
	V nemocnici	Spí dobře, nemá problémy.	Po obědě spí asi 45 minut, v noci se budí, je zmatený místem a časem.

		Subjektivní údaje	Objektivní údaje
Aktivita, odpočinek	Doma	Udává, že chodil nakupovat a na dlouhé procházky.	Dle dcery v poslední době sám z bytu nechodil, pouze v jejím doprovodu. Pohyblivost mírně zhoršená.
	V nemocnici	Uvádí stejnou odpověď.	Pohyblivost zhoršená, chůze střídavě nestabilní. Nedostatek zájmových aktivit. Riziko pádu. Barthel – 55 bodů (závislost středního typu)

Hygiena	Doma	Dle pacienta vše zvládal.	Dle dcery nezvládal, hygienu zajišťovala ona a pečovatelská služba.
	V nemocnici	Nemocný uvádí, že se myje sám.	Při hygieně nutná pomoc a dohled personálu. Při koupeli závislý na sestře. Dcera s manželem při hygieně pomáhají. Hygienické pomůcky má.

		Subjektivní údaje	Objektivní údaje
Samostatnost	Doma	Udává, že je naprosto soběstačný.	Částečně závislý na druhé osobě – dcera, pečovatelky.
	V nemocnici	Udává, že je naprosto soběstačný.	V určitých oblastech závislý na personálu. Některé činnosti zvládá s dohledem. Po dohodě s dcerou podána žádost do LDN.

Posouzení psychického stavu

		Subjektivní údaje	Objektivní údaje
Vědomí		Nemá potíže.	Při vědomí, občasné kvalitativní poruchy, stavy zmatenosti, dezorientace v prostoru a čase.
Orientace		Cítí se být naprosto orientován.	Zhoršená orientace v místě a čase.
Nálada		Dle pacienta dobrá, je optimista.	Střídavá, občas je depresivní.
Paměť	Staropaměť	Dobrá.	Střídavě dobrá a horší výbavnost.
	Novopaměť	Dobrá.	Časté výpadky, Zabíhavost, nízká výbavnost.
Myšlení		Nemá potíže.	Narušení poznávacích činností a konání. Zabíhavost.
Temperament		Neví.	Přiměřený stavu, převážně klidný.
Sebehodnocení		Nedokáže odpovědět.	Spíše se nadhodnocuje.
Vnímání zdraví		Vždy žil zdravě, sportoval.	Nemá náhled, snaží se

		dodržovat doporučení personálu.
Vnímání zdravotního stavu	Cítí se zdravý, jen ho občas bolí záda.	Nemá náhled, snaží se dodržovat doporučení personálu.
Reakce na onemocnění a prožívání onemocnění	Cítí se zdrav, chce domů.	Zhoršení orientace v prostoru, depresivní nálady.
Reakce na hospitalizaci	Obavy nemá, „půjde domů“.	Stavy úzkosti, dezorientace.
Adaptace na onemocnění	Neví.	Špatná, do důsledků si onemocnění neuvědomuje.
Projevy jistoty a nejistoty (úzkost, strach, obavy, stres)	Těší se domů, obavy nemá.	Stavy nejistoty a úzkosti.
Zkušenosti z předchozích hospitalizací (iatropatogenie, srororigenie)	Dobrá, ale šel rád domů.	Dobrá, bez problémů.

Posouzení sociálního stavu

		Subjektivní údaje	Objektivní údaje
Komunikace	Verbální	Uvádí, že nemá problém.	Občas zmatený, snaha maskovat a fabulovat.
	Neverbální	Dle nemocného Nemá problém.	V normě.
Informovanost	O nemoci	Nemá náhled, „nic mu není“.	Pacient nemá náhled, rodina opakovaně informována.
	O diagnost. metodách	Nemá náhled, „nepotřebuje vyšetřovat“.	Nemocný je opakovaně informován. Rodina pacienta je seznámena s vyšetřením, spolupracuje.
	O léčbě a dietě	„Sní, co dostane, léčit se nepotřebuje“.	Pacient je opakovaně informován o dalším postupu léčby. Dieta racionální. Nutná pomoc personálu.

	O délce hospitalizace	Chystá se domů, chce propustit.	Pacient není orientován, po dohodě s rodinou podána žádost do LDN.
Sociální role a jejich ovlivnění nemocí, hospitalizací a změnou životního stylu v průběhu nemoci a hospitalizace	Primární (role související s věkem a pohlavím)	„Muž, bude mu asi 75 let“.	Muž, 77 let.
	Sekundární (související s rodinnou a společenskými funkcemi)	Udává, že má manželku a dceru, kolik má vnoučat neví, přátel má hodně.	Vdovec, dcera, zeť, dvě vnučky, vztahy dobré, všichni nemocného navštěvují. Přátelé již nemá, stýkal se pouze se sousedy.
	Terciární (související s volným časem a zálibami)	Uvádí, že doma bude chodit na procházky, nakupovat.	Záliby velmi omezené, snaží se číst, sledovat televizi, poslouchat rádio. Účastní se aktivizačního cvičení a rehabilitace, odpoledne ho zaměstnává rodina.

Medicínský management

Ordinovaná vyšetření:

- KO + diff.
- FW
- Biochemické vyšetření krve
- Močový sediment
- EKG
- CT mozku

Hodnotící škály:

- Barthelův test základních denních činností (ADL – activity daily living) (viz příloha 6)
- Test instrumentálních všedních činností (IADL) (viz příloha 7)
- Test MMSE – Mini Mental State Examination (viz příloha 8)
- Test hodin (viz příloha 9)
- Ischemické skóre podle Hachinského (viz příloha 10)
- Dotazník pro funkční hodnocení pacienta (FAQ – Functional activities questionnaire (viz příloha 11)
- Funkční klasifikace pacienta (viz příloha 14)
- Zjištění rizika pádu (viz příloha 15)
- Škála bolesti (viz příloha 16)

Výsledky vyšetření:

- Laboratorní vyšetření krve a moče – dehydratace, ostatní hodnoty v normě
- CT mozku – potvrzuje diagnózu Alzheimerovy choroby
- EKG – sinusový rytmus, nález v normě
- ICHS a hypertenze – kompenzovaná

Testy:

- Barthelův test základních všedních činností (ADL – activity daily living) (viz příloha 6) – **55 bodů (závislost středního stupně)**
- Test instrumentálních všedních činností (IADL) (viz příloha 7) – **15 bodů (závislost v IADL)**

- Test hodin (viz příloha 9) – **výsledek potvrzuje poruchu kognitivních funkcí**
- Ischemické skóre podle Hachinského (viz příloha 10) **0–4 body (pravděpodobnost Alzheimerovy choroby)**
- Dotazník pro funkční hodnocení pacienta (FAQ – Functional activities questionnaire) (viz příloha 11) – **29 bodů (funkční postižení svědčící pro demenci)**
- Funkční klasifikace pacienta (viz příloha 14) – **3 body (vyžaduje pomoc druhé osoby a podpůrné vybavení)**
- Zjištění rizika pádu (viz příloha 15) – **5 bodů (riziko pádu zvýšené)**
- Škála bolesti (viz příloha 16) – **hodnoty se v průběhu hospitalizace pohybují od 0 do 3 (žádná až snesitelná bolest)**

Konzervativní léčba:

- **Dieta:** racionální
- **Výživa:** per os
- **Pohybový režim:** kategorie 3, vyžadující dohled, dopomoc, nucení do aktivit
- **Rehabilitace:** rehabilitace chůze, nácvik denních činností, aktivizační terapie

Medikamentózní léčba:

Per os:

Název léku	forma	síla	dávkování	skupina
Aricept	p. o.	5 mg	1 – 0 – 0	inhibitor acetylcholinesterázy
Prestarium neo	p. o.	5 mg	1 – 0 – 0	antihypertenzivum
Anopyrin	p. o.	100 mg	0 – 1 – 0	antiagregans
Tiapro	p. o.	100 mg	1 – 1 – 1 – 2	psychofarmakum
Tiapro	i. m.	100 mg	při stavech zmatenosti	psychofarmakum
Tramal	p. o.	50 mg		analgetikum

- **Intravenózní:** 0
- **Per rektum:** glycerini supp., při obstipaci
- **Jiná:** Tiapra 100 mg 1 amp. i. m. při stavech zmatenosti

Chirurgická léčba: 0

Situační analýza

Pacient A. P. byl přijat k hospitalizaci na standardní oddělení geriatrické klínky Všeobecné fakultní nemocnice pro ztrátu soběstačnosti, sebeděče a k definitivnímu potvrzení dg. Alzheimerovy choroby. Do nemocnice přijel v doprovodu dcery, je schopen samostatně, i když mírně nejisté chůze. Při anamnestickém rozhovoru jeví známky neklidu, má tendence odcházet „domů“, není schopen delší dobu udržet pozornost, odpovědi jsou zabíhavé. Zaujímá polohu přirozenou a pohybový režim má volný s dohledem personálu. Po zhodnocení stupně soběstačnosti byl umístěn na pokoj v blízkosti sesterny a WC. Z důvodu částečné dezorientace jsem zřetelně označila dveře pokoje pacienta a vyznačila jsem směrovkami cestu na toaletu. Dohodli jsme se na oslovení „pan“.

První den po přijetí jeví známky neklidu a úzkosti, bloudil po oddělení, nebyl orientován v čase a prostoru. Zvláště v noci rušil ostatní pacienty, byl agitovaný, hledal dceru a již zemřelou manželku. Tento problém vyplývá ze změny prostředí. Bylo nutné nemocnému aplikovat Tiapru i. m. (psychofarmakum). Pro zajištění pacientovi bezpečnosti má na noc zvednuté postranice u lůžka a rozsvíceno noční světlo. Dopoledne nemocný nespí, je zaměstnáván rehabilitací a aktivizací, odpoledne po obědě odpočívá asi 45 minut, než přijde rodina, která pacienta rovněž aktivizuje.

V oblasti jídla a hydratace vyžaduje aktivní pomoc personálu. Není schopen se samostatně najíst ani napít. Má tendence odcházet od stolu, bloudí po oddělení.

Postupně se snažím vhodným přístupem získat jeho důvěru a navázat otevřený vztah. Zdá se, že výsledek bude pozitivní, nemocný reaguje pozitivně, snaží se spolupracovat, zvyká si na prostředí. Injekční forma Tiapry již není nutná, pacient je saturován tabletovou formou.

Na toaletu je doprovázen personálem v pravidelných intervalech, plenkové kalhotky používá pouze na noc. Z anamnézy je zřejmé, že nemocný má sklon k obstipaci. Po dohodě s dcerou, která přináší dostatek ovocných šťáv a ovoce, je problém eliminován a pan A. P. má pravidelnou stolicí obden.

Hygienu nemocný nezvládá, je nutná přítomnost a pomoc druhé osoby, neustále se mu musí opakovat co má učinit, někdy ho domýt. Koupání snáší hůře, raději se sprchuje s dcerou, která spolu s manželem toto zajistí.

Chronická bolest páteře a nosných kloubů je eliminována, analgetika ordinovaná pouze při bolesti využívá minimálně.

Vzhledem k potvrzené diagnóze je prognóza pacienta neuspokojivá. Po rozhovoru s rodinou se dcera přiklonila k ústavní léčbě. Sociální pracovnice kliniky rodině nabídla vhodné ústavy a podala žádost do léčebny dlouhodobě nemocných.

Problémy

1. úzkost
2. porušený spánek
3. dehydratace
4. chronická bolest
5. inkontinence moči
6. deficit sebepečce při oblékání a úpravě zevnějšku
7. deficit sebepečce při koupání a hygieně
8. deficit sebepečce při jídle
9. poškozená paměť
10. poškozená sociální interakce
11. riziko stresového syndromu po přemístění
12. riziko úniku
13. riziko pádu
14. riziko obstipace

6. OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

6.1 Stanovení sesterských diagnóz a jejich uspořádání dle priorit

1. **Úzkost (00146)** z důvodu změny prostředí projevující se občasným neklidem a noční zmateností.
2. **Porušený spánek (00095)** v důsledku změny životního rytmu a nezvyklého prostředí projevující se únavou, neklidem, nervozitou.
3. **Deficit tělesných tekutin (00027)** v důsledku neschopnosti reagovat na reflex žízně projevující se suchostí sliznic, sníženým kožním turgorem, patologickou hladinou sodíku v krevním séru a zvýšenou koncentrací moče.
4. **Chronická bolest (00133)** stupeň 3 z důvodu degenerativních změn páteře a nosných kloubů projevující se verbalizací, mimikou a sníženou pohyblivostí.
5. **Funkční inkontinence moči (00020)** z důvodu neschopnosti včas dosáhnout toalety projevující se občasným únikem moči.
6. **Deficit sebeděče při oblékání a úpravě zevnějšku (00109)** z důvodu snížených kognitivních funkcí projevující se zhoršenou schopností dbát o svůj zevnějšek.
7. **Deficit sebeděče při koupání a hygieně (00108)** z důvodu snížených kognitivních funkcí projevující se neschopností vykonávat hygienické úkony.
8. **Deficit sebeděče při jídle (00102)** z důvodu porušeného myšlení, paměti, aktivit denního života projevující se zhoršenou schopností stolovat, najíst se, popřípadě si jídlo připravit.
9. **Poškozená paměť (00131)** v důsledku neschopnosti zapamatovat si nové informace projevující se nervozitou, neklidem, dezorientací.
10. **Poškozená sociální interakce (00052)** z důvodu duševního stavu projevující se zdrženlivostí, nekomunikativností a uzavíráním do sebe.

Potenciální sesterské diagnózy

11. **Riziko stresového syndromu po přemístění (00149)**
12. **Riziko úniku z oddělení**
13. **Riziko pádu (00155)**
14. **Riziko zácpy (00015)**

6.2 Plán ošetrovatelské péče

Sesterská diagnóza
Úzkost (00146) z důvodu změny prostředí projevující se občasným neklidem a noční zmateností.
Cíl: Priorita: střední CD: pacient bude bez úzkosti (10 dnů) CK: zmírnit úzkost (4 dny)
VK: <ul style="list-style-type: none">• efektivně využívat všech druhů pomoci a podpory (2 dny)• dosáhnout uvolněného vzhledu (2 dny)• snížení úzkosti na zvladatelnou míru (3 dny)
Plán intervencí: <ul style="list-style-type: none">• vypracuj přehled o rodinných i zdravotních faktorech a užívaných lécích (2 dny, sestra)• zjisti, jak pacient vnímá ohrožení v dané situaci (2 dny, sestra)• sleduj jeho fyziologickou odpověď (průběžně, sestra)• všímej si chování pacienta z hlediska hladiny úzkosti (průběžně, sestra)• vytvoř terapeutický vztah plný vstřícnosti a opravdového respektu (3 dny, sestra)• buď k dispozici, naslouchej nemocnému a hovoř s ním (průběžně, sestra)• měj ho k ujasnění si a vyjádření pocitů (průběžně, sestra)• pomoz mu k sebeuvědomování verbálního i neverbálního chování (průběžně, sestra)• uznej jeho úzkost (průběžně, sestra)• učíš součástí péče klidné a tiché prostředí, poslech hudby, relaxaci (průběžně, sestra, aktivizační sestra)• akceptuj nemocného takového, jaký je (průběžně, celý oš. tým)• na chování pacienta nikdy nereaguj osobně (průběžně, celý oš. tým)• zachovávej klidnou a důvěryhodnou atmosféru (průběžně, celý oš. tým)

- hovoř v krátkých větách, volte jednoduchá slova, popřípadě opakuj (průběžně, celý oš. tým)
- stanov hranice nevhodného chování (průběžně, sestra)
- prober s pacientem, které události, myšlenky předcházejí úzkosti (průběžně, sestra)
- využij metody hraní rolí (průběžně, sestra)
- věnuj pozornost medikaci a interakci léků (průběžně, sestra)
- edukuj rodinu (průběžně, sestra)

Realizace:

- seznámila jsem se se zdravotními a sociálními faktory (1 den, s. D. K.)
- provádím hodnocení stavu nemocného (průběžně, s. D. K.)
- vyhodnocuji měřicí škály (průběžně, s. D. K.)
- sleduji výsledky vyšetření (průběžně, s. D. K.)
- pacient je opakovaně seznámen s novým prostředím (průběžně, s. D. K.)
- pacient má výrazně označen pokoj a toaletu (1 hodina, s. D. K.)
- hovořím s nemocným v krátkých srozumitelných větách (průběžně, s. D. K.)
- vždy se přesvědčím, zda mi nemocný rozumí (průběžně, s. D. K.)
- reaguji na chování pacienta přiměřeně (průběžně, s. D. K.)
- akceptuji nemocného takového jaký je (1 den, s. D. K.)
- využívám metody hraní rolí (průběžně, s. D. K.)
- navázán vstřícný vztah s nemocným (2 dny, s. D. K.)
- nemocný otevřeně komunikuje s personálem (2 dny, s. D. K.)
 - pacient důvěřuje personálu (3 dny, D. K.)
 - v denních hodinách je pacient klidný (4 den, s. D. K.)
 - přehled o rodinných i zdravotních faktorech a užívaných lécích je vypracován (1 den, s. D.K:)
 - pacient je v pravidelných intervalech hydratován (průběžně, s. D. K.)
 - pacient pravidelně užívá předepsané léky (průběžně, dle ordinace, s. D. K.)
 - reakce na léky jsou přiměřené (průběžně, s. D. K.)
 - rodina dochází denně, s personálem komunikuje, je průběžně edukována o aktuálním stavu (průběžně, s. D. K.)

Hodnocení: 20. 11. 2008 Dana Květoňová

Efekt částečný – úzkost zmírněna.

Při přijetí se pacient neorientuje v čase a prostoru, neustále hledá dceru, v průběhu hospitalizace personál s nemocným navázal přátelský vztah, komunikuje otevřeně.

První noc v nemocnici se budí, je velice zmatený a rozrušený. Po aplikaci 1 amp. Tiapry i.m. se zklidnil a spal do rána.

V příštích dnech došlo ke zlepšení, tabletová forma Tiapry vyhovuje, injekce Tiapry není třeba aplikovat.

Nyní se nemocný chová klidně, uvolněně, pouze někdy je mírně rozrušen, po rozhovoru se uklidní.

<p>Sesterská diagnóza:</p> <p>Porušený spánek (00095) v důsledku změny životního rytmu a nezvyklého prostředí projevující se únavou, neklidem, nervozitou.</p>
<p>Cíl:</p> <p>Priorita: střední</p> <p>CD: nemocný spí celou noc (8 dnů)</p> <p>CK: zlepšení spánku a odpočinku (4 dny)</p>
<p>VK:</p> <ul style="list-style-type: none">• slovně vyjádřit pochopení poruchy spánku (1 den)• přizpůsobit životní styl tak, aby vyhovoval biochronologickým rytmům (3 dny)• zlepšení pocitu celkové pohody a odpočatosti (3 dny)
<p>Plán intervencí:</p> <ul style="list-style-type: none">• zjistí přítomnost souvisejících faktorů (1 den, sestra)• posuď souvislost spánkové poruchy se základním onemocněním (1 den, sestra)• všimni si individuálních a osobnostních charakteristik (2 dny, sestra)• asistuj při vyšetření (průběžně, sestra)• prováděj vyšetření (průběžně, sestra)• sleduj a zjistí spánkové návyky (3 dny, sestra)• zjistí představu o tom, jak má vypadat přiměřený spánek (2 dny, sestra)

- vyslechni subjektivní stížnosti na kvalitu spánku (průběžně, sestra)
- vyptej se na okolnosti, které ruší spánek (průběžně, sestra)
- pozoruj fyzické známky únavy (průběžně, sestra)
- pomoz nemocnému dosáhnout optimálního odpočinku (průběžně, sestra)
- postarej se o klidné prostředí a přiměřený komfort (průběžně, sestra)
- omez večerní příjem tekutin (denně, sestra)
- podávej léky dle ordinace (průběžně, sestra)
- sleduj účinky léků (průběžně, sestra)
- zvol pravidelnou dobu k ukládání ke spánku (denně, sestra)
- pobízej pacienta k pravidelnému cvičení během dne (průběžně, sestra)

Realizace:

- znám přítomnost souvisejících faktorů (1 den, s. D. K.)
- pacient zná chod oddělení (průběžně reedukován, s. D. K.)
- nemocný odpočívá po obědě maximálně 45 minut (denně, s. D. K.)
- dbej na úpravu lůžka (průběžně, s. D. K.)
- před spánkem vyvětrej (průběžně, s. D. K.)
- pacienta při spánku neruší žádné faktory, zajisti klid (průběžně, s. D. K.)
- nemocný nejeví známky fyzické únavy (2 dny)
- nemocný před spánkem nadměrně nepije (denně, s. D. K.)
- léky užívá dle ordinace v pravidelných intervalech (průběžně, s. D. K.)
- nemocný usíná po 21 hodině (denně, s. D. K.)
- pacient během dne cvičí (denně, f. H. M.)
- pacient chodí na aktivizační cvičení (denně, s. D. K.)

Hodnocení: 20. 11. 2008 Dana Květoňová

Efekt úplný – pacient spí celou noc, ráno se cítí odpočatý.

V prvních dnech po přijetí je nemocný neklidný, v noci se často budí, je zmatený, hledá dceru a manželku. Po aplikaci Tiapry 1 amp. i.m. spal. V dalších dnech je saturován pouze tabletovou formou Tiapry – léčba, je účinná, čtvrtý den od přijetí spal celou noc, cítí se odpočatý.

<p>Sesterská diagnóza:</p> <p>Deficit tělesných tekutin (00027) v důsledku neschopnosti reagovat na reflex žízně projevující se suchostí sliznic, sníženým kožním turgorem, patologickou hladinou sodíku v krevním séru a zvýšenou koncentrací moče.</p>
<p>Cíl:</p> <p>Priorita: střední</p> <p>CD: dosáhnout optimálního objemu tekutin (3 dny)</p> <p>CK: pod dohledem je schopen vypít 2 litry tekutin za den per os (2 dny)</p>
<p>VK:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pacient akceptuje potřebu zvýšení objemu tekutin (1 den) • pacient zná možné komplikace (1 den) • akceptuje případnou potřebu infuzní terapie (1 den)
<p>Plán intervencí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • posud' příčiny deficitu tekutin (1 den, sestra) • urči účinky věku (1 den, sestra) • zhodnot' nutriční stav (1 den, sestra) • zhodnot' základní fyziologické parametry (2 dny, sestra) • pátrej po fyzikálních známkách nedostatku tekutin (2 dny, sestra) • zajisti dostatek tekutin (okamžitě, sestra) • sleduj diurézu (denně, sestra) • sleduj laboratorní výsledky (denně, sestra) • stanov nároky 24hodinového hrazení tekutin (denně, sestra) • urči cestu jejich podávání (denně, sestra) • dle vhodnosti podávejte tekutiny venózně (denně, sestra) • snaž se o rovnoměrný přívod bez velkých výkyvů (denně, sestra) • zjisti, kterým tekutinám dává přednost (1–2 dny, sestra) • ošetřuj kůži, aby nedocházelo k dalšímu vysoušení (denně, sestra) • pečuj o dutinu ústní (4xdenně, sestra) • v případě zmatenosti zaved' bezpečnostní opatření (průběžně, sestra) • edukuj a redukuj pacienta (průběžně, sestra) • edukuj a redukuj rodinu (průběžně, sestra)

<ul style="list-style-type: none"> • nauč pacienta a rodinu zaznamenávat příjem a výdej tekutin (1den, sestra) • upozorni na příznaky signalizující potřebu dalšího vyšetření a sledování (denně, sestra)
<p>Realizace:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pacient má k dispozici dostatek tekutin (průběžně, s. D. K.) • personál průběžně pobízí pacienta k pití (průběžně, s. D. K.) • sestra edukuje rodinu (průběžně, s. D. K.) • personál pacienta průběžně reedukuje (průběžně, s. D. K.) • sestra podává infuzní terapii v případě potřeby (průběžně, s. D. K.) • sestra pravidelně odebírá materiál k laboratornímu vyšetření (průběžně, s. D. K.) • pomoc při péči o dutinu ústní (4x denně, s. D. K.) • pomoc v péči o kůži (průběžně, s. D. K.)
<p>Hodnocení: 20. 11. 2008 Dana Květoňová</p> <p>Efekt úplný – pacient má optimální objem tekutin</p> <p>První den hospitalizace bylo nutné doplnit deficit tekutin intravenózně. Od druhého se podařilo nemocnému pod dohledem vypít 2 litry tekutin. V dalších dnech činí příjem tekutin per os 2 až 2,5 litru.</p>

6.3 Celkové hodnocení pacienta (20. 11. 2008 – 10. den hospitalizace)

Pacient se v nemocničním prostředí dobře adaptuje. Občas ztratí orientaci a pak bloudí po oddělení. I když má dveře pokoje a cestu na toaletu vyznačené, je třeba nemocného opakovaně edukovat, ukazovat mu cestu, vysvětlovat provoz oddělení, pomáhat mu orientovat se v čase.

Nemocný i jeho rodina jsou informováni o plánovaných vyšetřeních. Vzhledem k tomu, že vyšetření počítačovou tomografií se provádí mimo pracoviště a je nutný převoz sanitním vozem, požádala jsem dceru o doprovod. Díky tomu vyšetření proběhlo bez komplikací a pacient ho snášel klidně, cítil se bezpečněji. Na oddělení se chová uvolněně, stavy úzkosti nemá. Problém poruchy spánku je efektivně vyřešen, nemocný

většinou spí celou noc. Během dne je zaměstnán rehabilitací a aktivizačním cvičením, odpoledne dochází rodina, která pacienta rovněž zaměstnává. Stávající medikace psychofarmaky je dostatečná v tabletové formě, injekční podání není třeba.

Problém chronické bolesti zad a nosných kloubů se podařilo vyřešit částečně. Pacient sice není schopen vyplnit tabulku bolesti ale na přímé dotazy personálu dokáže bolest specifikovat. Ze záznamů o intenzitě bolesti je zřejmé, že bolesti nejsou trvalé a mají intenzitu od 0 do 3 stupně. V současné době má naordinovánu 1 cps. Tramalu 50 mg při bolesti maximálně jedenkrát denně. Nemocný ji využívá přibližně 1x za tři až čtyři dny.

V oblasti výživy a hydratace v současné době není problém. U jídla je nutný dohled a pomoc, pacient občas odchází. Hydratace je v normě, nemocný pod dohledem vypije za den 2 až 2,5 litru tekutin. Zapisovat příjem a výdej tekutin není schopen, sleduje a znamená sestra či rodina.

Inkontinence se daří eliminovat častým připomínáním a doprovodem na toaletu. Na noc dostává plenkové kalhotky. Rodina zajistila vhodné oblečení, které jde včas svléknout.

V oblasti sebezpečí je velice snaživý, je však nutný dohled a pomoc. Každý den se účastní aktivizačních cvičení ve skupině, je velice společenský, spolupracuje, snaží se i když je jeho výbavnost výrazně zhoršená.

Prognóza pacienta není dobrá, kognitivní funkce a péče o sebe sama se bude neustále zhoršovat.

Dcera pacienta je na otce velice fixovaná, jeho situace ji velice trápí. Jak jsem již uvedla, snaží se každý den otce navštěvovat. Nemůže-li přijít sama, nahrazují ji děti či manžel. V průběhu hospitalizace nemocného jsem měla možnost s dcerou opakovaně hovořit. Její situace je nesnadná, zpočátku se nechtěla smířit s trvalou ústavní péčí, měla výčitky svědomí. Po opakovaných rozhovorech se mnou, lékařem a sociální pracovnící se nám podařilo reálně zvážit situaci a vybrat optimální řešení.

Rodina nemocného je průběžně informována o zdravotním stavu, vzhledem k tomu, že pacient není v současné době schopen žít sám v bytě ani s pomocí rodiny a pečovatelské služby, po dohodě podá sociální pracovnice žádost o přijetí do Léčebny dlouhodobě nemocných.

7 ZÁVĚR

Péče o pacienty s Alzheimerovou chorobou je velice náročná a představuje jeden z nejzávažnějších problémů pro zdravotnické a sociální systémy vyspělých zemí. Podle statistik Gerontologického centra Praha, žije v současné době v České republice 100 až 140 tisíc lidí postižených Alzheimerovou chorobou nebo jinou formou demence, zhruba 80 % z nich žije ve svém domácím prostředí a většinu péče jim poskytují rodinní příslušníci. Vzhledem ke stárnutí populace a k dalším faktorům souvisejícím s managementem těchto onemocnění lze předpokládat, že počet pacientů bude výrazně narůstat. Z výše uvedeného tedy vyplývá, že péče o pacienty s demencí je jedním ze závažných problémů, které je zapotřebí řešit tak, abychom co nejvíce vyšli vstříc potřebám pacientů a jejich rodin.

Pojem „demence“ pochází z latinského jazyka a doslova znamená „bez myslí“. Předpona „de“ znamená „odstranit“ a „mens“ je latinské slovo pro „mysl“. Jak jednoduše a rychle řečeno. Ohlédnu-li se však zpět a vzpomenu-li nepřeberné množství mnou ošetřovaných nemocných, pacientů či klientů, nemohu se s těmito strohými, i když pravdivými slovy, snadno smířit. Vidím a slyším řadu životních příběhů, radosti, smutku, slz, smíchu i bolesti. Cítím doteky upracovaných rukou, čerpajících z mých alespoň trochu porozumění a pochopení. Vybavují se mi příběhy starých lidí „bez myslí“, kteří na sklonku svého života znovu a znovu prožívají hrůzy koncentračních táborů, kteří v noci volají svou maminku, k ránu odcházejí na ryby, bezcílně bloudí po oddělení a čekají na své nepřicházející milované. Tyto hluboké zážitky mne nutí se zamyslet nad formulací „bez myslí“.

Během tvorby této práce jsem měla možnost s panem A. P. a jeho rodinou trávit mnoho času, zažít množství neradostných, bolestných, ale i příjemných a úsměvných situací. Domnívám se, že se mi úspěšně podařilo navázat s nemocným přátelský kontakt a vzbudit tak jeho důvěru, což se pozitivně projevilo při řešení ošetřovatelských problémů. Nyní jsou tyto problémy relativně eliminovány na únosnou míru, pacient se v nemocničním prostředí dobře adaptoval, chová se uvolněně a přátelsky. Chtěla bych panu A. P. poděkovat za trpělivost, se kterou snášel mé všetečné dotazy, děkuji mu za

možnost nahlédnout do jeho „mysli“, a přeji mu ještě mnoho šťastných chvil prožitých se svou rodinou.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A ZDROJŮ INFORMACÍ

BAYER, Antony, REBAN, Jan: Demencia – ako sa starať o ľudí postihnutých touto chorobou. Bratislava: Národné centrum podpory zdravia, 1999. ISBN 80-7159-109-2.

BUIJSSEN, Huub: Demence. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-081-X.

CALLONE, P. R., KUDLACEK, C., VASILOFF, B. C., MANTERNACH, J.,
BRUMBACH, R. A.: Alzheimerova nemoc. Praha: Grada, 2006.
ISBN 978-80-247-2320-4

ČIHÁK, R.: Anatomie 1. Praha: Grada, 2001. ISBN 80-7169-970-5.

DOENGES, M. E., MOORHOUSE, M. F.: Kapesní průvodce zdravotní sestry.
Praha: Grada Publishing, 2001. ISBN 80-247-0242-8.

HOLMEROVÁ, I., ROKOSOVÁ, M., VAŇKOVÁ, H.: Kvalita péče o pacienty
s demencí aneb co potřebují pacienti a jejich rodinní příslušníci. Česká geriatrická
revue, 2006, č. 4(2), s.77–83, ISSN 1214-0732.

HÖSCHL, C., HOLMEROVÁ, I., HONZÁKOVÁ, L., JIRÁK, R., KÜMPEL, Q.,
OBENBERGER, J., TOPINKOVÁ, E., VINAŘ, O., VOJTĚCHOVSKÝ, M.:
Alzheimerova choroba. Praha: Galén, 1999. ISBN 80-7262-025-8.

JIRÁK, Roman, OBENBERGER, Jiří, PREISS, Marek: Alzheimerova choroba.
Praha: MAXDORF s.r.o., 1998. ISBN 80-85800-88-8.

JIRÁK, Roman a kol.: Demence. Praha: MAXDORF, 1999. ISBN 80-85800-44-6.

JIRÁK, R.: Přehled vzácněji se vyskytujících demencí. Posgraduální medicína, 2008,
roč. 10, č. 7, s. 786–789.

KLEVETOVÁ, Dana, DLABALOVÁ, Irena: Motivační prvky při práci se seniory. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2169-9.

KOLEKTIV AUTORŮ: Alzheimerova nemoc v rodině. Praha: Pfizer, 1998. ISBN 80-85800-96-9.

KOLEKTIV AUTORŮ: Průvodce ošetrovatelskou dokumentací od A do Z. Praha: Grada Publishing, 2001. ISBN 80-247-0278-9.

KOUKOLÍK, F., JIRÁK, R.: Alzheimerova nemoc a další demence. Praha: Grada. 1998. ISBN 80-7169-615-3.

KUČEROVÁ, Helena: Demence v kazuistikách. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1491-4.

MAREČKOVÁ, Jana: Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1399-3.

MARTÍNEK, P., BARTOŠ, A.: Aktivity denního života pacientů s Alzheimerovou nemocí očima jejich pečovateli... Česká geriatrická revue, 2008, č. 6(3), s. 186–192, ISSN 1214-0732.

MASTILIAKOVÁ, D.: Úvod do ošetrovatelství. Praha: Karolinum, Universita Karlova, 2003. ISBN 80-246-0429-9.

MATĚJ, R., RUSINA, R.: Tauopatie a frontotemporální demence. Česká geriatrická revue, 2006, č. 4(4), s. 217–223, ISSN 1214-0732.

MIKŠOVÁ, Z., FRONKOVÁ, M., HERNOVÁ, R., ZAJÍČKOVÁ, M.: Kapitoly z ošetrovatelské péče I. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1442-2.

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

PIDRMAN, Vladimír: Demence. Praha: Grada Publishing, 2007.
ISBN 978-80-247-1490-5.

RŮŽIČKA, Evžen, et al.: Diferenciální diagnostika a léčba demencí. Praha: Galén, 2003. ISBN 80-7262-205-6.

SERBINOVÁ, Iveta, BENEŠOVÁ, Vanda, VANÍČKOVÁ, Věra: Staráte se o pacienta s Alzheimerovou nemocí? Potřebujete vědět víc? Praha: Pfizer s.r.o., 1998.

STAŇKOVÁ, M.: Základy ošetřovatelství. Praha: Karolinum, Universita Karlova, 1996. ISBN 80-7184-243-5.

ŠAFRÁNKOVÁ, Alena, NEJEDLÁ, Marie: Interní ošetřovatelství I. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1148-6.

ŠAFRÁNKOVÁ, Alena, NEJEDLÁ, Marie: Interní ošetřovatelství II. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1177-8.

TOPINKOVÁ, Eva: Jak správně a včas diagnostikovat demenci. Praha: UCB Pharma, s.r.o., 1999. ISBN 80-238-4913-1.

TOPINKOVÁ, Eva: Geriatrie pro praxi. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-365-6.

TOŠNEROVÁ, Tamara: Pocity a potřeby pečujících o starší rodinné příslušníky. Praha: UCB Pharma, s.r.o., 2001, ISBN 80-238-8001-2.

VENGLÁŘOVÁ, Martina: Problematické situace v péči o seniory. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5.

Internetové zdroje:

Alzheimer možná půjde léčit jako mozková cukrovka [on-line]. 2009.

Dostupné z <http://www.novinky.cz/clanek/160382-alzheimer-mozna-pujde-lecit-jako-mozkova-cukrovka.html>

HORT, J.: Alzheimerova choroba – prevence [on-line]. 2006.

Dostupné z <http://www.tretivek.cz/?p=292>

RUSINA, R.: Stari.cz, Alzheimerova choroba [on-line]. 2007.

Dostupné z http://www.stari.cz/ukaz_sekci.php?id=31

ŠÁCHA, P.: Alzheimerova choroba [on-line]. 2005.

Dostupné z <http://www.celostnimedicina.cz/alzheimerova-choroba.htm>

ŠEBKOVÁ, S.: Alzheimerova choroba [on-line]. 2004.

Dostupné z <http://www.ordinace.cz/clanek/alzheimerova-choroba/>

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

A. D.	iniciály pacientky
ADL	aktivity daily living (Barthelův test základních všedních činností)
amp.	ampule
A. P.	iniciály pacienta
BMI	Body mass index (tělesný hmotnostní index)
CD	cíl dlouhodobý
CK	cíl krátkodobý
CMP	cévní mozková příhoda
cps.	kapsle
CT	počítačová tomografie
č.	číslo
ČALS	Česká alzheimerská společnost
ČR	Česká republika
D	dolní
DAD	dotazník (informuje o průběhu a vývoji choroby)
D. K.	iniciály sestry
diff.	diferenciál
EKG	Elektrokardiogram
f.	forte
FAQ	dotazník pro funkční hodnocení pacienta
FW	sedimentace
HACH	Hachinskiho ischemický skór
H	horní
H. M.	iniciály fyzioterapeuta
IADL	Test instrumentálních všedních činností
ICHS	ischemická choroba srdeční
i. m.	intra muskulárně (do svalu)
IM	infarkt myokardu
KO	krevní obraz
LDN	Léčebna dlouhodobě nemocných

min.	minut
mg	mikrogramy
MMSE	Mini-Mental State Examination
MR	magnetická rezonance
např.	například
P	puls (tep)
p. o.	per os (ústy)
oš.	ošetřující
s.	strana
SPECT	jednorázová emisní tomografie
stp.	stav po
supp.	čípek
TK	krevní tlak
TT	tělesná teplota
tzv.	takzvané
VFN	Všeobecná fakultní nemocnice v Praze
VK	výsledná kritéria
WC	Water Closet (vodní, resp. splachovací toaleta)

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Graf č. 1 – Graf odhadované četnosti typů demencí. (Psychiatrické centrum Praha)

Příloha č. 2: Graf č. 2 – Graf prevalence demence v populaci v závislosti na věku (prof. MUDr. Eva Topinková)

Příloha č. 3: Graf č. 3 – Podíl starších osob na celkové populaci do roku 2050. (Český statistický úřad)

Příloha č. 4: Graf č. 4 – Přibližný odhad vývoje počtu pacientů s Alzheimerovou demencí v ČR do roku 2030. (Psychiatrické centrum Praha)

Příloha č. 5: Obrázek č. 1 – Snímky postiženého mozku. (Česká geriatrická revue)

Příloha č. 6: Tabulka č. 1 – Barthelův test základních všedních činností. (ADL-activity daily living). (Měřicí škály, Liberec: Ústav zdravotních studií 2006, poslední aktualizace 3. 2. 2008 dostupný z:

http://www.uzs.tul.cz/pro_studenty/soubory/data/2007-11-28/13-15-38.doc)

Příloha č. 7: Tabulka č. 2 – Test instrumentálních všedních činností (IADL-instrumental activity daily living). (Měřicí škály, Liberec: Ústav zdravotních studií 2006, poslední aktualizace 3. 2. 2008 dostupný z:

http://www.uzs.tul.cz/pro_studenty/soubory/data/2007-11-28/13-15-38.doc)

Příloha č. 8: Tabulka č. 3 – MMSE – (Minimal state examination) test kognitivních funkcí (Rusina R.: Staří.cz, Alzheimerova choroba [on-line]. Pears health cyber. s.r.o. 2003–2007 Staří.cz, poslední aktualizace 1. 2. 2008, dostupný z:

<http://www.stari.cz/mmse.php>)

Příloha č. 9: Tabulka č. 4 – Test hodin

(Rusina R.: Staří.cz, Alzheimerova choroba [on-line]. Pears health cyber. s.r.o.)

2003-2007 Staří.cz, poslední aktualizace 1. 2. 2008, dostupný z:

http://www.stari.cz/cesta.php?text_id=76)

Příloha č. 10: Tabulka č. 5 – HACH (Hachinského ischemický skór)

(Měřicí škály, Liberec: Ústav zdravotních studií 2006, poslední aktualizace 3. 2. 2008

dostupný z: http://www.uzs.tul.cz/pro_studenty/soubory/data/2007-11-28/13-26-48.doc)

Příloha č. 11: Tabulka č. 6 – FAQ (dotazník pro funkční hodnocení pacienta)

Functional activities questionnaire. (Měřicí škály, Liberec: Ústav zdravotních studií 2006, poslední aktualizace 3. 2. 2008 dostupný z:

http://www.uzs.tul.cz/pro_studenty/soubory/data/2007-11-28/13-17-52.doc

Příloha č. 12: Tabulka č. 7 – Seznam specializovaných zařízení v Praze dostupné z:

<http://www.alzheimer.cz>, <http://gerontocentrum.cz>, <http://gerontologie.cz>.

Příloha č. 13: Tabulka č. 8 – Seznam institucí nabízejících pomoc pečujícím dostupné

z: <http://www.alzheimer.cz>, <http://gerontocentrum.cz>, <http://stari.cz>,

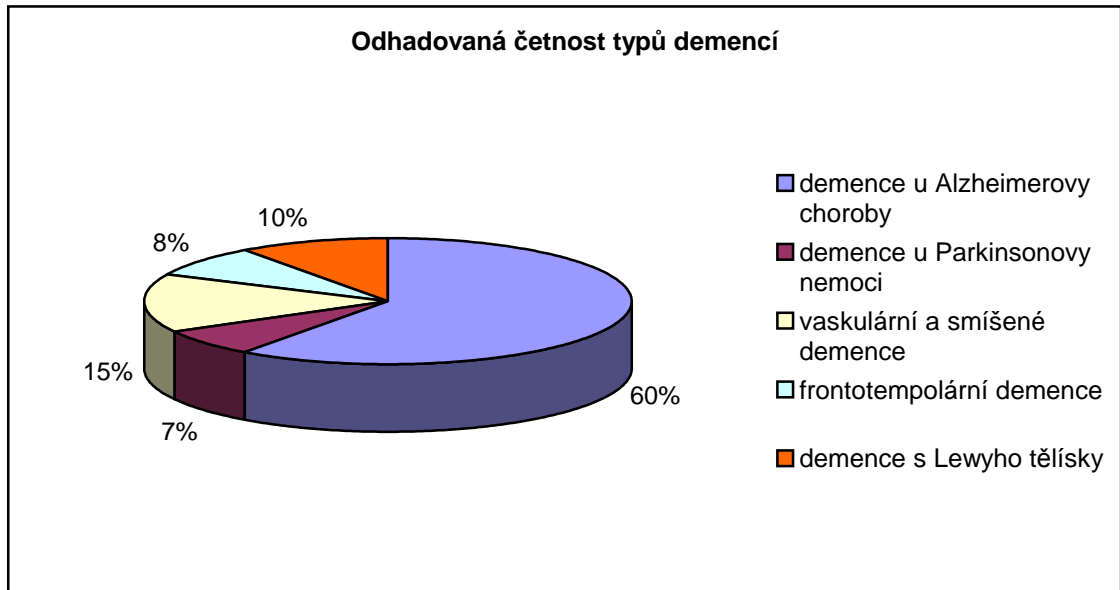
<http://gerontologie.cz>.

Příloha č. 14: Tabulka č. 9 – Funkční klasifikace pacienta (dokumentace VFN)

Příloha č. 15: Tabulka č. 10 – Zjištění rizika pádu (dokumentace VFN)

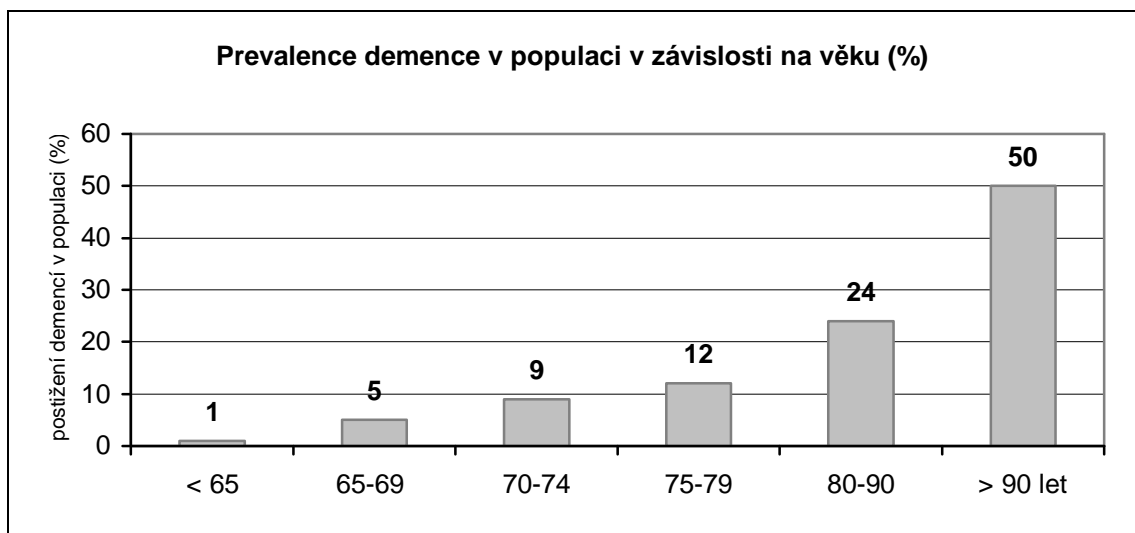
Příloha č. 16: Tabulka č. 11 – Funkční škála bolesti (Functional Pain Scale) pro pacienty vyššího věku. (dokumentace VFN)

Příloha č. 1



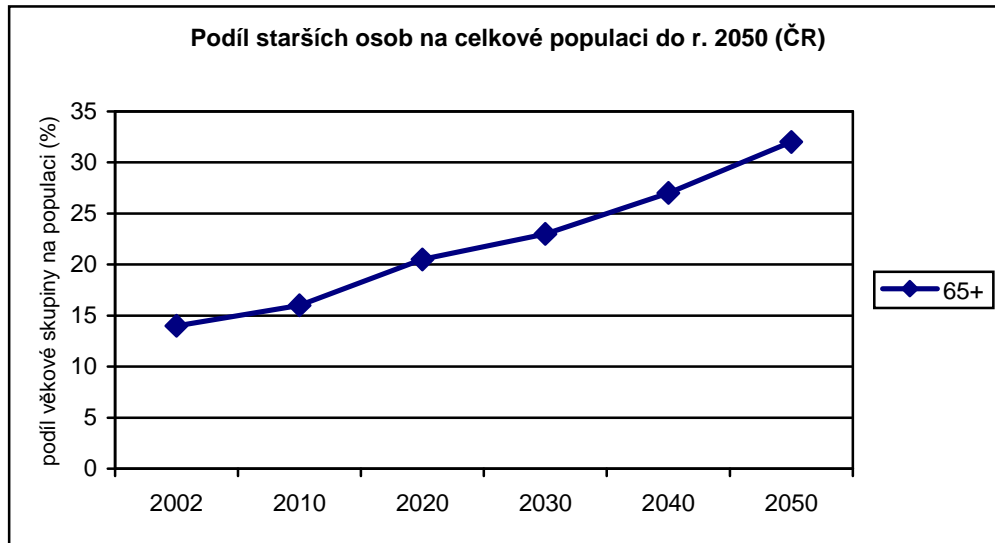
**Graf č. 1 – Graf odhadované četnosti typů demencí.
(Psychiatrické centrum Praha)**

Příloha č. 2



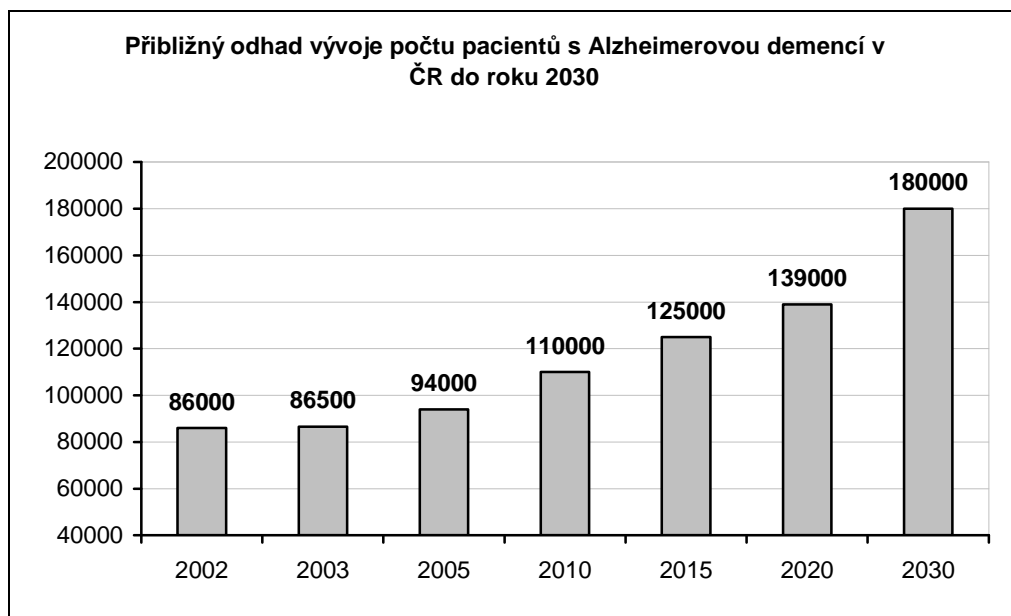
**Graf č. 2 – Graf prevalence demence v populaci v závislosti na věku
(prof. MUDr. Eva Topinková)**

Příloha č. 3



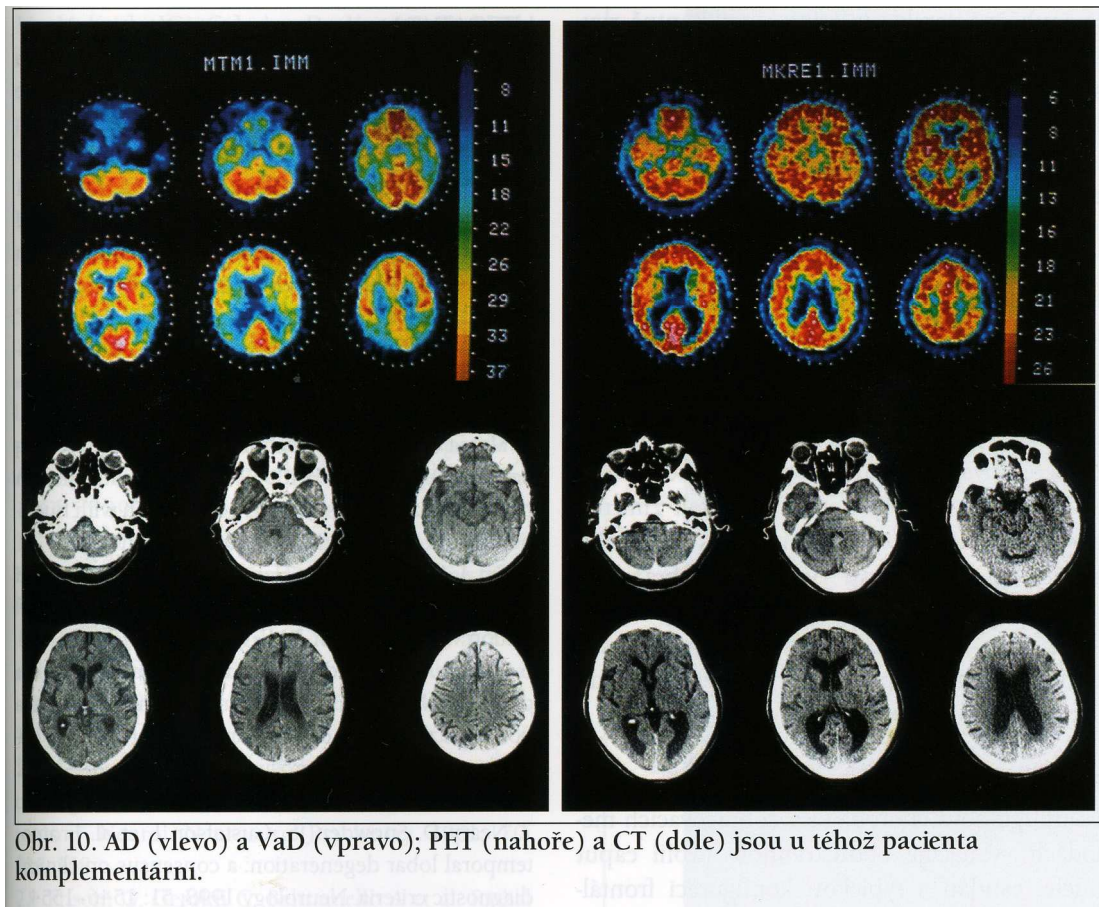
Graf č. 3 – Podíl starších osob na celkové populaci do roku 2050.
(Český statistický úřad)

Příloha č. 4



Graf č. 4 – Přibližný odhad vývoje počtu pacientů s Alzheimerovou demencí v ČR do roku 2030. (Psychiatrické centrum Praha)

Příloha č. 5



Obrázek č. 1 – Snímky postiženého mozku.

(Česká geriatrická revue) 2005, č. 3(4)

Příloha č. 6

Tabulka č. 1 – Barthelův test základních všedních činností. (ADL-activities daily living). (Měřicí škály, Liberec: Ústav zdravotních studií 2006)

	Činnost:	Provedení činnosti:	Bodové skóre
01.	Najedení, napití	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	05

		Neprovede	00
02.	Oblékání	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	05
		Neprovede	00
03.	Koupání	Samostatně nebo s pomocí	05
		Neprovede	00
04.	Osobní hygiena	Samostatně nebo s pomocí	05
		Neprovede	00
05.	Kontinence moči	Plně kontinentní	10
		Občas inkontinentní	05
		Trvale inkontinentní	00
06.	Kontinence stolice	Plně kontinentní	10
		Občas inkontinentní	05
		Inkontinentní	00
07.	Použití WC	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	05
		Neprovede	00
08.	Přesun lůžko-židle	Samostatně bez pomoci	15
		S malou pomocí	10
		Vydrží sedět	05
		Neprovede	00
09.	Chůze po rovině	Samostatně nad 50 metrů	15
		S pomocí 50 metrů	10
		Na vozíku 50 metrů	05
		Neprovede	00
10.	Chůze po schodech	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	05
		neprovede	00

Hodnocení stupně závislosti

Hodnocení:	Závislost	Body
	Vysoce závislý	00–40 bodů
	Závislost středního stupně	45–60 bodů

	Lehká závislost	65–95 bodů
	nezávislý	96–100 bodů

Příloha č. 7

Tabulka č. 2 – Test instrumentálních všedních činností (IADL-instrumental activity daily living). (Měřicí škály, Liberec: Ústav zdravotních studií 2006)

Činnost	Hodnocení	Bodové skóre
telefonování	vyhledá samostatně číslo, vytočí je zná několik čísel, odpovídá na zavolání nedokáže použít telefon	10 5 0
transport	cestuje samostatně dopravním prostředkem cestuje, je-li doprovázen vyžaduje pomoc druhé osoby, speciálně upravený vůz apod.	10 5 0
nakupování	dojde samostatně nakoupit nakoupí s doprovodem a radou druhé osoby není schopen nakoupit bez podstatné pomoci	10 5 0
vaření	uvaří samostatně celé jídlo jídlo ohřeje jídlo musí být připraveno druhou osobou	10 5 0
domácí práce	udržuje domácnost s výjimkou těžkých prací provede pouze lehčí práce nebo neudrží přiměřenou čistotu potřebuje pomoc při většině prací nebo se práce v domácnosti neúčastní	10 5 0
práce kolem domu	práce provádí samostatně a pravidelně práce provede pod dohledem vyžaduje pomoc, neprovede	10 5 0
užívání léků	užívá samostatně v určenou dobu správnou dávku, zná názvy léků	10

	užívá léky, jsou-li mu připraveny a připomenuty	5
	léky mu musí být podány druhou osobou	0
finance	spravuje samostatně, platí účty, zná příjmy a výdaje	10
	zvládne drobné výdaje, potřebuje pomoc se složitějšími operacemi	5
	není schopen bez pomoci zacházet s penězi	0
Celkové skóre		15

Hodnocení stupně závislosti v instrumentálních všedních činnostech
0–40 bodů – závislý v IADL
45–75 bodů – částečně závislý v IADL
80 bodů – nezávislý v IADL

Příloha č. 8

Test MMSE – Mini Mental State Examination

Test MMSE je standardem pro vyšetřování poruch paměti u demencí. K provedení testu budete potřebovat asi čtvrt hodiny času. Připravte si několik čistých papírů, psací potřeby a hodinky a samozřejmě chvíli času svého blízkého. Vyberte pokud možno klidné prostředí bez rušivých vlivů. Vyžadujte plnou spolupráci testované osoby. Pozorně si přečtěte zadání každého úkolu a připravte se na jednotlivé úkoly. Každou otázku položte nejvýše třikrát. Pokud testovaný neodpovídá, skórujte „0“. Akceptujte jakoukoliv odpověď, nepouštějte se do diskusí. Za každou správnou odpověď přiřičte 1 bod.

**Tabulka č. 3 – MMSE – (Minimal state examination) test kognitivních funkcí
(Rusina R.: Staří.cz, Alzheimerova choroba)**

1. Orientace

Položte nemocnému následující otázky:

1 „*Které je roční období?*“

1 „*Který máme nyní rok?*“

„*Kolikátého je dnes?*“

„*Který den v týdnu je dnes?*“

1 „*Který je měsíc?*“

1 „*Ve kterém jsme městě?*“

„*Ve kterém jsme okrese?*“

„*V jaké jsme zemi?*“

„*Jak se jmenuje místo, kde teď jsme?*“

„*V kolikátém jsme poschodí?*“

2. Opakování a paměť

Upozorněte nemocného, že budete vyšetřovat paměť:

„Nyní vyjmenuji tři věci. Až je všechny vyjmenuji, budu chtít, abyste je zopakoval. Dobře si je zapamatujte. Za několik minut se Vás na tyto předměty znovu zeptám.“

LOPATA ŠÁTEK VÁZA

„A nyní prosím slova zopakujte.“

1 LOPATA ŠÁTEK 1 VÁZA

Pokud není pacient schopen splnit úkol, opakujte výrazy, dokud si je nezapamatuje. Maximálně však pětkrát. Je to podmínka pro další úkoly.

3. Pozornost a počítání

„Nyní odečtěte od 100 vždy číslo 7. Až odečtete pětkrát za sebou, skončete.“

1 93 86 79 72 65

Jestliže testovaný udělá chybu a od chybné hodnoty dál odečítá správně, počítejte pouze tuto chybu.

Alternativa: Pokud testovaný nechce počítat, vyzvěte jej:

„Hláskujte pozpátku slovo POKRM.“

M R K O P

4. Vybavování

"A teď prosím zopakujte slova, která jsem Vám před chvílí říkal."

LOPATA ŠÁTEK VÁZA

5. Poznání předmětů

"Co je to?" Ukažte hodinky.

"Co je to?" **1** Ukažte tužku.

6. Opakování

Vyzvěte nemocného, aby po Vás opakoval následující větu:

1 **„První pražská paroplavba“**

7. Stupňovaný příkaz

Položte před pacienta čistý papír.

„Nyní vezměte do pravé ruky tento papír, přeložte jej napůl a dejte ho na podlahu.“

1. stupeň: uchopení papíru do pravé ruky

2. stupeň: přeložení papíru na polovinu

3. stupeň: **1** položení papíru na podlahu

8. Reakce na psaný pokyn

Napište na papír čitelný pokyn **„ZAVŘETE OČI“**.

Ukažte pacientovi napsaný pokyn a vyzvěte jej:

„Přečtěte, co je tady napsáno, a udělejte to.“

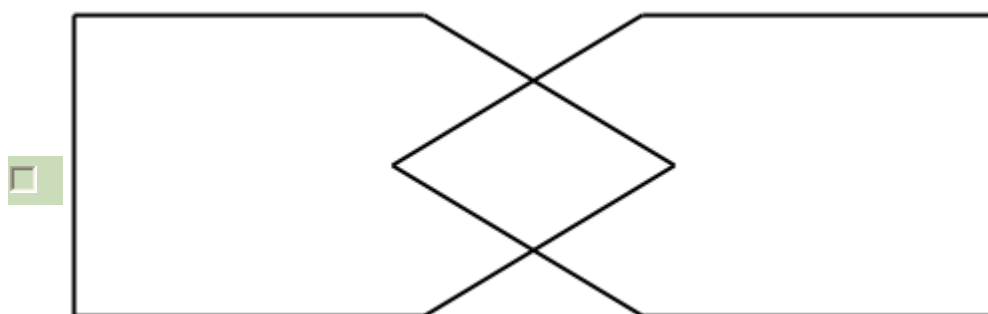
9. Psaní

Dejte pacientovi psací potřeby a papír a vyzvěte jej „Napište libovolnou větu.“

Věta musí být smysluplná a napsaná spontánně. Může obsahovat chyby, ale musí mít podmět a přísudek.

10. Malování podle předlohy

Dejte pacientovi papír a psací potřeby. Požádejte ho, aby podle předlohy nakreslil následující:



Pro započítání bodu musí být zachováno všech 10 úhlů a dva musí být v překřížení. Průnik obou pětiúhelníků musí tvořit čtyřúhelník. Roztřesení a rotace obrazce nevádí.

Hodnocení

30–27 bodů (Normální stav)

Nemusíte se vzrušovat. Stav kognitivních funkcí testovaného je normální. Alzheimerova choroba se jej s největší pravděpodobností netýká. Informujte se na možnosti pomoci nemocným a jejich rodinám. Pokud byl výsledek hraniční, zkuste s odstupem opět testovat.

26–25 bodů (Hraniční stav, možnost demence)

Test prokázal poruchu kognitivních funkcí testovaného. Možná se jedná o počínající demenci. Tento stav se může vyvíjet a vyústit až do rozvoje Alzheimerovy choroby. Seznamte se s jejími příznaky a riziky. Určitě test MMSE po čtvrtroce zopakujte!

24–10 bodů (Demence mírného až středně těžkého stupně)

Test prokázal vážnější poruchy kognitivních funkcí testovaného. Jedná se o nějaký typ demence. Neprodleně kontaktujte odborníka.

9–6 bodů (Demence středního až těžkého stupně)

Demence testovaného je velmi vážná. Pravděpodobně již ve stádiu, kdy není možné léčbou účinně zasáhnout.

5–0 bodů (Demence těžkého stupně)

Demence testovaného je velmi vážná. Pravděpodobně již ve stádiu, kdy není možné léčbou účinně zasáhnout.

Příloha č. 9

Tabulka č. 4 – Test hodin. (Rusina R.: Staří.cz, Alzheimerova choroba)

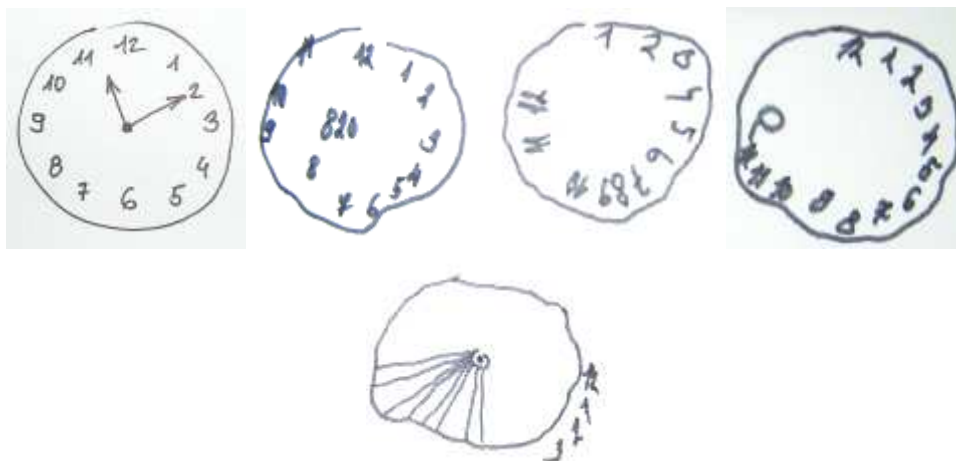
Test hodin představuje citlivou metodu pro odhalení již počátečních stádií Alzheimerovy choroby. Jeho podstatou je jednoduchý úkol. Nakreslit hodiny.

Jak testovat?

Dejte vyšetřovanému tužku a papír s předkresleným kruhem. Požádejte ho, aby doplnil všechna čísla tak, aby vznikl hodinový ciferník. Po nakreslení hodin ho poproste, aby doplnil ručičky ukazující čas jedenáct hodin deset minut (11:10).

Hodnocení

Porovnejte nakreslené hodiny s následně uvedenými obrázky.



Obrázek č. 2 – Test hodin

Pokud se obrázek nejvíce podobá obrázku vlevo, zdá se být vše v pořádku, pro jistotu doporučujeme provést ještě následující MMSE test. Pokud se však kresba podobá více ostatním obrázkům, výsledek naznačuje poruchu tzv. kognitivních funkcí, která může souviset s počínající Alzheimerovou chorobou.

Příloha č. 10

**Tabulka č. 5 – HACH (Hachinského ischemický skór)
(Měřicí škály, Liberec: Ústav zdravotních studií 2006)**

	Klinický příznak:	Body:
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 současnosti	1
10.	Cévní mozková příhoda v anamnéze	2

11.	Jiné známky (extracerebrální) aterosklerozy	1
12.	Ložiskové neurologické příznaky (motorické, faktické)	2
13.	Ložiskový neurologický nálezn (patologické reflexy, hemianopsie)	2
	Celkové skóre	3

Hodnocení:

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

Příloha č. 11

Tabulka č. 6 – FAQ (dotazník pro funkční hodnocení pacienta) Functional activities questionnaire. (Měřicí škály, Liberec: Ústav zdravotních studií 2006)

	Činnosti:	Body
1	Placení účtů, spoření, používání vkladní knížky/šeků/sporožirových účtů a podobně	3
2	Vyplňování úředních dokumentů (daňových přiznání, žádostí a formulářů).	3
3	Samostatně nakupování oblečení, potřeb pro domácnost nebo potravin.	3
4	Hraní společenských her, věnování se koníčkům.	2
5	Ohřát vodu a připravit kávu, vypnout sporák.	3
6	Uvařit kompletní jídlo.	3
7	Pamatovat si současné události.	3
8	Udržet pozornost, porozumět a hovořit o televizních programech, knihách a časopisech.	3
9	Pamatovat si termíny schůzek, rodinných událostí, svátků, léky a jejich užívání	3
10	Cestovat mimo nejbližší okolí, řídit auto, použít autobus nebo vlak	3
	Celkové skóre	29

Hodnocení:

0 bodů	Činnost vykonává samostatně, správně (normální výkon)nebo činnost nikdy nevykonával, ale mohl by samostatně
1 bod	Provádí sám, ale s potížemi
2 body	Vyžaduje pomoc
3 body	Činnost neprovede, zcela závislý na pomoci

Celkové hodnocení:

Body:	Hodnocení
0–8 bodů	Normální výsledek
9 a více bodů	Funkční postižení svědčící pro demenci

Příloha č. 12**Tabulka č. 7 – Seznam specializovaných zařízení v Praze**

Lůžková zdravotnická zařízení	
Centrum sociální a ošetřovatelské péče	Praha 7
Centrum sociálních služeb	Praha 2
CLINICUN a. s.	Praha 9
CSOP	Praha 1
Diagnostické a terapeutické centrum, s.r.o. – lůžka následné péče	Praha 4
Domov sv. Karla Boromejského	Praha 1
Geriatrická klinika VFN a 1. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy	Praha 2
Gerontocentrum Slunné stáří	Praha 9
Gerontologické centrum	Praha 8
Léčebné a rehabilitační středisko Chvaly	Praha 9
MediCentrum Praha, a. s. – rehabilitační zařízení	Praha 1
Městská nemocnice následné péče	Praha 9
Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského	Praha 1
Ošetřovatelské centrum TEREZA	Praha 1

Poliklinika Prosek – Lůžkové oddělení následné péče	Praha 9
Sociálně ošetrovatelská zařízení	Praha 1
Sociálně ošetrovatelské centrum Zárubova	Praha 1

Specializovaná péče o pacienty s demencí	
Ambulance pro poruchy paměti	Praha 4
Ambulantní centrum pro ACH – Ambulance MUDr. Miloše Rýce	Praha 2
Domov důchodců	Praha 10
Domov seniorů	Praha 2
Česká alzheimerovská společnost	Praha 8
FN Motol, neurologická klinika	Praha 5
Geriatrická klinika VFN a 1. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy	Praha 2
Gerontologické centrum	Praha 8
Psychiatrická léčebna Bohnice	Praha 8
Sociálně ošetrovatelské zařízení	Praha 11
Vojtěchovský, Doc.	Praha 3

Hospice	
Cesta domů	Praha 7
Hospic Štrasburk	Praha 8

Příloha č. 13

Tabulka č. 8 – Seznam institucí nabízejících pomoc pečujícím

Bezplatné seniorské linky: 800 157 157 – nepřetržitě

Zlatá linka seniorů: 800 207 007, pondělí až pátek 8–20 hodin

Existují tzv. odlehčovací sociální služby, kde může váš blízký nějakou dobu pobýt.

Informace dostaneme v informačním centru na Palackého náměstí, v podchodu metra.

Pomoc nabízí dobrovolníci Českého červeného kříže a organizace Hestia (www.hest.cz).

Diakonie ČCS, Belgická 22, Praha 2 pořádá pravidelně setkání s rodinami osob s demencí. Poskytují také bezplatnou pomoc, informace o sociálních službách a příspěvcích. Telefon 222 521 912, email: sos@diakoniecce.cz.

Občanské sdružení GEMA se zabývá podporou zdraví seniorů, v rámci tohoto projektu vznikly Kavárničky pro seniory po celé ČR, v mnohých probíhají počítačové kurzy.

V Domě kultury barikádníků probíhají taneční kurzy. Taneční pro seniory jsou součástí taneční terapie, neboli prevence z hlediska socializační a psychoterapeutické. Pomoc nabídl Mgr. Petr Veleta (asistent režie ND), který tyto taneční pro seniory vede, a je zároveň autorem speciálního projektu „tanec pro seniory“.

Společnost přátelská všem generacím je společný projekt Diakonie ČCE a Walmark, a.s., který napomáhá dialogu napříč generacemi.

Na internetové adrese Alzheimer fórum je možné pomocí emailů diskutovat okamžitě. Informační a diskusní portál na internetových stránkách „umirani.cz“, je internetovou poradnou, která je financována ze zdrojů EU.

Internetové adresy:

www.alzheimer.cz

www.gerontologie.cz

www.gerontocentrum.cz

www.stari.cz

www.zivot90.cz , telefon 222 333 335

www.remedium.cz

www.elpida.cz

www.pecujici.cz

www.elanplus.cz

www.rytmus.org

www.diakoniecce.cz

Příloha č. 14

Tabulka č. 9 – Funkční klasifikace pacienta (dokumentace VFN)

- 0- zcela samostatný
- 1- vyžaduje užívání podpůrných pomůcek/vybavení
- 2- vyžaduje pomoc druhé osoby, dohled nebo edukaci
- 3- vyžaduje pomoc druhé osoby a podpůrné vybavení**
- 4- zcela závislý, neschopen pohybové aktivity

Na této stupnici pacient odpovídá bodu 3. Vyžaduje dohled, dopomoc, nucení do aktivity, hlavně v oblasti hygieny a oblékání.

Příloha č. 15

Tabulka č. 10 – Zjištění rizika pádu (Skóre vyšší než 3, riziko pádu) (dokumentace VFN)

Pohyb:

Neomezený – 0

Používá pomůcky – 1

Potřebuje k pohybu pomoc – 1

Neschopnost přesunu – 1

Věk:

18–75 – 0

75 a více – 1

Vyprazdňování:

Nevyžaduje pomoc – 0

V anamnéze inkontinence – 1

Vyžaduje pomoc – 1

Mentální status:

Orientován – 0

Občasná noční inkontinence – 1

Historie desorientace/demence – 1

Pád v anamnéze: – 0

Medikace:

Neužívá rizikové léky – 0

Užívá léky za skupiny diuretik,

Smyslové poruchy:

Žádně – 0

Vizuální, sluchový, smyslový deficit – 1 antiepileptik, psychotropní léky – 1

Pacient má po sečtení 5 bodů – riziko pádu je zde zvýšené.

Příloha č. 16

Tabulka č. 11 – Funkční škála bolesti (Functional Pain Scale) pro pacienty vyššího věku. (dokumentace VFN)

Skóre/stupeň	Funkční dopad bolesti
0	bez bolesti
1	bolest snesitelná, nebrání v žádných činnostech a aktivitách
2	bolest snesitelná, brání v některých činnostech a aktivitách
3	nesnesitelná, ale pacient může telefonovat, číst nebo sledovat televizi
4	nesnesitelná, pacient nemůže telefonovat, číst ani sledovat televizi
5	nesnesitelná, pro bolest není pacient schopen slovní komunikace

U starších nemocných se osvědčila i tzv. Funkční škála bolesti, která intenzitu bolesti doplňuje o zhodnocení vlivu bolesti na denní aktivitu pacienta a byla valorizována pro pacienty vyššího věku Glothem et al. 1999. Cílem léčby je dosáhnout funkčního stupně 0–2, v optimálním případě 0–1.