

**Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.**

**Praha 5**

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U SENIORA  
S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU**

**Bakalářská práce**

**IRENA HORMANDLOVÁ**

Praha 2011

# OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U SENIORA S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU

Bakalářská práce

IRENA HORMANDLOVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s, PRAHA 5

Vedoucí práce: PhDr. Anna Mazalánová, Ph.D.

Stupeň kvalifikace: bakalář

Datum předložení:

Praha 2011

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce k studijním účelům.

V Praze dne.....

.....

*podpis*

## **Abstrakt**

HORMANDLOVÁ, Irena. Ošetrovatelská péče u seniora s Alzheimerovou chorobou. Vysoká škola zdravotnická o.p.s., stupeň kvalifikace: bakalář. Vedoucí práce: PhDr. Anna Mazalánová, Ph.D. Praha. 2011. s. 65.

Hlavním tématem bakalářské práce je ošetrovatelská péče u pacienta s Alzheimerovou chorobou a zaměření se na potřeby takto nemocného člověka. Teoretická část práce charakterizuje Alzheimerovu nemoc jako takovou, zaměřuje se na stádia onemocnění, neurologické změny v mozku, dále je věnována pozornost kognitivním poruchám, behaviorálním a psychologickým změnám u takto nemocných. Nedílnou součástí péče je i samotná léčba Alzheimerovy nemoci a starost o pečující příbuzné a pečovatele samotné. Zmínka je zde i o České Alzheimerovské společnosti, která se věnuje této problematice řadu let.

Největší část práce je věnována péči o pacienta s Alzheimerovou chorobou a zpracování ošetrovatelského procesu. Ošetrovatelský proces je zde použit, jako systematická metoda plánování, poskytování a dokumentování ošetrovatelské péče u pacienta s Alzheimerovou nemocí. Cílem ošetrovatelské péče je zhodnotit zdravotní stav pacienta, stanovení ošetrovatelských problémů u pacienta s Alzheimerovou nemocí a vytyčení plánů na zhodnocení potřeb pacienta a poskytnutí specifické ošetrovatelské péče vedoucí k jejich uspokojení. Dalším důležitým cílem ošetrovatelské péče by mělo být i to, aby takto nemocní mohli být sami sebou a měly k tomu přizpůsobené prostředí a podmínky. Ať už se jedná o péči v domácím prostředí nebo péči v daném zařízení.

Klíčová slova: Alzheimerova choroba. Behaviorální změny. Demence. Kognitivní poruchy.

## **Abstract**

HORMANDLOVÁ, Irena. Nursing Care of the Senior Person with Alzheimer Disease. Nursing College o.p.s., degree: bachelor. Tutor: PhDr. Anna Mazalánová, Ph.D. Prague 2011. 65 pages.

The main theme of my thesis is about nursing care of a patient with Alzheimer's disease and focusing on patient's needs. The theoretical part characterizes Alzheimer's disease as such stage of the disease, neurological changes in the brain, also points to cognitive disorders, behavioral and psychological changes in the patients. The important part is about care and treatment of Alzheimer's disease, and also care of his relatives and health care providers. Mention is also the Czech Alzheimer's Society, which deals with this issue for years.

The largest part is devoted to care of patients with Alzheimer's disease, treatment and nursing process. The nursing process is used here as a systematic method of planning, providing and documenting nursing care for patients with Alzheimer's disease. The aim of nursing is to assess the health status of the patient, the determination of nursing problems in patients with Alzheimer's disease and identification of plans to assess patient's needs and provide specific nursing care leading to their satisfaction. The other important goal of nursing care the patients should live in dignity, adequate surroundings and condition, whether it is home care or care in the facility.

Keywords: Alzheimer's disease. Behavioral changes. Dementia. Cognitive Disorders.

## **Předmluva**

Skutečností je, že vše živé a stejně tak i většina věcí se opotřebovává a stárne, není tomu jinak ani u lidského těla. Jde o proces, který je u každého jedince individuální. Měli bychom mít ovšem na mysli, že jde o proces, který mi samy můžeme ovlivnit. Každý z nás se může podílet na vlastním zdraví a to formou prevence a zdravého životního stylu, můžeme se tak radě nemocí vyhnout, či je oddálit. Nepřímo se tak podílíme na délce a kvalitě našeho života.

Tato práce vznikla ve snaze zaměřit se na problematiku Alzheimerovy nemoci a věnovat pozornost ošetrovatelské péči, která je s tímto onemocněním neodmyslitelně spjatá. V této práci je velký důraz kladen právě na ošetrovatelský proces, jako hodnotící nástroj kvality péče poskytované nemocnému. Chtěli bychom poukázat na skutečnost, že ošetrovatelský proces je procesem plánovaným a cílevědomým.

Výběr tématu práce byl ovlivněn studiem této problematiky a absolvováním praktických cvičení na gerontopsychiatrickém oddělení v Praze. Podklady pro práci jsem čerpala jak z knižních, tak i časopiseckých a internetových pramenů.

Práce je určena nejen studentům oboru všeobecná sestra, ale všem všeobecným sestřám z praxe, které mají o tuto problematiku zájem a chtějí se dozvědět něco více o tomto onemocnění a problematice, jako takové.

Touto cestou vyslovuji poděkování vedoucí bakalářské práce PhDr. Anně Mazalánové, Ph.D. za pedagogické usměrnění, podnětné rady a podporu, kterou mi poskytla při vypracovávání mé bakalářské práce.

## **OBSAH**

ÚVOD .....	11
<b>TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	12
<b>1 Alzheimerova nemoc</b> .....	12
1.1 Neurologické změny při Alzheimerově nemoci.....	14
1.2 Klinický obraz Alzheimerovy nemoci .....	15
1.2.1 Důsledky kognitivních poruch .....	16
1.2.2 Poruchy chování u pacientů s Alzheimerovou nemocí.....	18
1.3 Diagnostika Alzheimerovy nemoci.....	19
1.4 Terapie Alzheimerovy nemoci .....	21
1.4.1 Farmakologická léčba Alzheimerovy nemoci.....	22
1.4.2 Nefarmakologická léčba Alzheimerovy nemoci.....	23
1.5 Role nejbližších příbuzných a pečovatелů pečujících o pacienty s Alzheimerovou nemocí.....	25
<b>2 Česká Alzheimerovská společnost</b> .....	28
2.1 Jednotlivé činnosti České Alzheimerovské společnosti.....	29
<b>PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	31
<b>3 Péče o pacienta s Alzheimerovou nemocí</b> .....	31
3.1 Základní rady a pravidla při pečování o pacienta s Alzheimerovou nemocí .....	32
<b>4 Ošetrovatelský proces</b> .....	37
4.1 Ošetrovatelský proces u pacient s Alzheimerovou nemocí.....	38
4.1.1 Anamnéza.....	39
4.1.2 Popis fyzického stavu.....	40
4.1.3 Aktivity denního života .....	44
4.1.4 Posouzení psychického stavu .....	48
4.1.5 Posouzení sociálního stavu .....	50
4.1.6 Medicínský management.....	51

4.1.7 Situační analýza.....	53
4.1.8 Stanovení sesterských diagnóz.....	54
4.1.9 Rozepsané ošetrovatelské diagnózy .....	56
4.1.10 Celkové hodnocení .....	62
4.2 Doporučení pro praxi.....	63
ZÁVĚR.....	64
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....	65
SEZNAM PŘÍLOH	



## Seznam použitých odborných výrazů

Abúzus	- škodlivé užívání, zneužívání, nadměrné nebo nevhodné užívání látek, které mohou, ale nemusí vyvolat závislost
Afázie	- organicky podmíněná ztráta nebo porucha motorické složky řeči nebo neschopnost porozumění řeči
Agitovanost	- výrazný až bouřlivý neklid spojený s úzkostí
Agrese	- nepřátelské, zlostné až útočné projevy na úrovni slovní i násilného chování (proti věcem, zvířatům, lidem)
Apatie	- vyhasnutí emotivity a volní aktivity
Apoptóza	- geneticky programovaná buněčná smrt, jde o fyziologický proces
Apraxie	- porucha zručnosti, dovednosti
Amnézie	- výpadek paměti na určitý časový úsek
Behaviorální	- týkající se chování (ang. Behaviour – chování)
Blud	- těžká porucha myšlení označující nevývratné přesvědčení vycházející z nesprávného předpokladu, je projevem zcestného, nelogického (paranoidního) myšlení a je příznakem duševní poruchy, pod jeho vlivem nemocný může jednat i proti svému zaměření
Degenerace	- patologická změny tkáně
Degradace	- celkový pokles, úpadek (osobnosti, citů)
Demence	- syndrom, jehož hlavním příznakem jsou získané poruchy paměti a intelektu v důsledku organického poškození mozku
Deprese	- smutná nálada, též jako označení chorobného stavu, u něhož je kromě skleslé nálady snižená aktivita, narušený spánek, pocit tělesného onemocnění, časté je nebezpečí sebevraždy
Dezorientace	- ztráta orientace, nejčastěji v čase a místě
Encefalopatie	- nepřesné označení pro jakékoliv organické postižení mozku
Halucinace	- šalebný vjem
Intelekt	- schopnost hromadit poznatky a vědomosti učním, schopnost abstraktního myšlení
Intelligence	- schopnost používat získaných informací, vyznat se v situaci, nacházet řešení

Inverze spánková	- převrácený spánkový rytmus
IQ	- inteligenční kvocient, číselný údaj hodnotící intelektovou úroveň
Konfabulace	- okamžitý nápad, kterým nemocný nahrazuje výpadky těžce organicky narušené paměti, nemocný nemá na poruchu paměti náhled
Mnestické funkce	- paměťové funkce
Náhled	- uvědomování si choroby, situace, kritičnost
Neuromediátor	- látka uvolňovaná na synapsích nervových buněk a zajišťující přenos vzruchu
Zmatenost	- kvalitativní porucha vědomí, delirium

## ÚVOD

Alzheimerova nemoc patří k vůbec nejčastějším formám demence, představuje 55-60% všech případů. S prodlužujícím se věkem a rostoucím podílem starších osob v populaci se její výskyt trvale zvyšuje. Nyní postihuje asi 5 % populace ve věku 65 let, v populaci nad 65 let má jedinec 15% pravděpodobnost, že onemocní AN (Alzheimerova nemoc). Odhaduje se, že ve světě je v současnosti 17-25 milionů lidí postižených Alzheimerovou nemocí a v České republice je to kolem 70-90 tisíc postižených AN.

Ve stáří je běžné, že dochází ke zhoršování paměťových funkcí, starý člověk se hůře učí novým věcem, častěji dochází k tomu, že si nemůže vybavit jména či podrobnosti některých událostí z jeho života. V případě, kdy je pokles paměti takový, že je nemocnému na překážku v běžných denních činnostech, již nelze mluvit o přirozených projevech stárnutí. Může jít tedy o chorobný proces zvaný demence, ta vzniká v důsledku onemocnění mozku. V důsledku tohoto onemocnění dochází k výraznému zhoršování paměti, logického uvažování, nemocný přestává být schopen učit se novým věcem a vybavit si poznatky dříve naučené. Zhoršují se i další mozkové funkce jako je myšlení, orientace, úsudek, plánování, konstrukční myšlení, zhoršují se i schopnosti řeči i motorické dovednosti. Nejčastějším typem demence je právě Alzheimerova nemoc.

Tato nemoc mění nejen život pacienta, ale i celé jeho rodiny. Rodina se často s nezvyklým chováním a jednáním svého blízkého obtížně vyrovnává. Právě zde je důležitá úloha všeobecné sestry, aby rodinu informovala a edukovala.

Vzhledem ke stárnutí populace bude v dalších letech přibývat lidí trpících demencí, proto bude nutné vytvořit komplexní systém péče, který bude vyhovovat, jak nemocným tak jejich rodinným příslušníkům.

## TEORETICKÁ ČÁST

### 1 Alzheimerova nemoc

„Alzheimerova nemoc je progredientní onemocnění, které se vyznačuje charakteristickými klinickými a patofyziologickými příznaky (PIDRMAN, 2007, str. 34).“

První popis Alzheimerovy nemoci podal Aloise Alzheimer na 37. schůzi jihoněmeckých psychiatrů v Tübingenu již v roce 1906, kde referoval o jedné své pacientce se známkami demence. Publikovaná práce Aloise Alzheimerera o rok později je považována za základní kámen pojmu Alzheimerovy nemoci. (KOUKOLÍK et al., 1998).

AN se vyvíjí nejčastěji plíživě, přitom pomalu a trvale progreduje. Relativně brzy dochází k postižení osobnostních rysů a charakteristik, nemocní ztrácejí základní estetická pravidla, návyky a zvyklosti. Nemocní ztrácejí své zájmy, narušují dlouholeté vazby a vztahy, stávají se podezřívými a hašteřivými (PIDRMAN, 2007).

Alzheimerova choroba by se dala rozdělit na presenilní formu (forma se začátkem klinických symptomů do 65 let) a formu senilní (začátky projevů nemoci po 65. roce) (JIRÁK et al., 1999).

Někdy se AN vyskytuje u více členů rodiny, uplatňují se zde dědičné vlivy, jedná se o familiární formu Alzheimerovy nemoci. Tato forma choroby je velmi vzácná a vyskytuje se častěji v mladším věku (po 50. roce věku). Předpokládá se, že familiární agregace případů nemoci spjatá s vysokým relativním rizikem je podmíněna kombinací vlivů genetických s vlivy zevního prostředí (KOUKOLÍK et al., 1998). Avšak většina případů AN nemá zjistitelné genetické podmínění, nevyskytuje se familiárně, jedná se o tzv. sporadickou (občasnou) formu AN, která má na svědomí 80% všech případů. Je to typické onemocnění vyššího věku (KALVACH et al., 2004).

Etiologie AN zůstává dosud neznámá, avšak mezi nepříznivé faktory řadíme: genetické, zánětlivé, virové a životní prostředí. Uvedené faktory mohou způsobovat

onemocnění ve vzájemné součinnosti (PFIZER, 1998). Z genetického hlediska jde o multifaktoriální chorobu. Vyskytují se mutace více proteinů. Změny související s AN jsou nejspíše zakódovány na chromozomech. Ty jsou zodpovědné za tvorbu lipoproteinů E4, které jsou považovány za jeden z rizikových faktorů vzniku AN (PIDRMAN, 2007).

Průběh Alzheimerovy choroby lze rozdělit do tří stádií. Pro každé stádium nemoci jsou charakteristické určité příznaky, přičemž některé z nich se mohou objevit v kterémkoli stádiu, zatímco jiné se nemusí vyskytnout vůbec (ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST, 2011b).

V počátečním stádiu onemocnění se začínají objevovat poruchy paměti, pacienti si těžko a nepřesně vybavují staré vzpomínky nebo je mají zkreslené. Začíná se projevovat porucha krátkodobé paměti a paměťové konsolidace (vstřípivosti). Nemocní si nejsou schopni zapamatovat nové informace objevují se poruchy prostorové orientace. V tomto období si pacient tyto potíže často uvědomuje a může na ně reagovat depresivní náladou, úzkostí, smutkem nebo vztekem. Velmi brzy dochází k degradaci osobnosti (RŮŽIČKA et al., 2003).

Ve středním stádiu nemoci dochází k prohlubování problémů, které stále více znesnadňují nemocnému i jeho okolí každodenní život. Dochází postupně k poruše aktivit denního života, pacient si nepamatuje nedávné události, není schopen vařit, uklízet, nakupovat, zhoršuje se jeho soběstačnost, potřebuje pomoc s osobní hygienou, velmi špatně se vyjadřuje. Pacient může zaměňovat současnost s minulostí, mohou se vyskytnout bludy nebo halucinace. Objevuje se apraxie, emotivita se oplošťuje a začínají se projevovat behaviorální a psychologické příznaky demence (ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST, 2011b, KALVACH et al., 2004).

V posledním stádiu nemoci je pacient vysoce závislý na pomoci druhých osob. Nemoc způsobuje výrazné zhoršení tělesného stavu. Objevuje se inkontinence moči postupně i stolice, pacient bývá upoutaný na lůžko. Nemocný má obtíže s příjmem potravy, objevují se výrazné poruchy chování. Pacient, už není schopen poznat členy své rodiny. Pacienti přestávají číst, psát a komunikovat se svým okolím (JIRÁK et al., 1999).

Průměrná délka trvání choroby od prvních příznaků do smrti je 7-10 let, někdy i více než 15 let, u familiární formy AN může končit smrtí dříve (RABOCH et al., 2008).

## 1.1 Neurologické změny při Alzheimerově nemoci

Při Alzheimerově nemoci probíhají podobné změny jako při stárnutí. Klesá hmotnost a objem mozku, snižuje se tloušťka mozkové kůry, rozšiřují se mozkové komory. Změny jsou podstatně nápadnější u presenilních onemocnění u nichž může pokles hmotnosti mozku v porovnání s mozky kontrolními dosáhnout o 200 až 300g méně. Atrofie v průběhu Alzheimerovy nemoci nastává zejména ve spánkovém laloku, následuje čelní lalok a gyrus cynguli. Vývoj Alzheimerovy nemoci provázejí změny dendrických systémů včetně synapsí, změny většinou odpovídají stupni postižení kognitivních funkcí (KOUKOLÍK et al., 1998).

Mezi hlavní histologické projevy Alzheimerovy nemoci patří intracelulární a extracelulární degenerativní změny v buněčném skeletu. Projevují se vznikem neuronálních klubek a senilních plak. Senilní plaky jsou v histologických řetězech okrouhlé útvary obsahující amyloidový  $\beta$ -protein. Vzniklé patologické částice  $\beta$ -peptidu jsou delší, koagulují a následně polymerují. Dávají tak vzniknout základům neurodegenerativních útvarů – plaků. Je možné je znázornit řadou technik, jak v mozkové kůře, tak v podkorové šedi a kůře mozečku ( JIRÁK et al.,1999, KALVACH et al., 2004).

Neuronální klubka jsou Alzheimerovým objevem a můžeme je považovat za synonymum klasického pojmu Alzheimerovy změny neurofibril. V elektronově mikroskopickém obrazu je můžeme sledovat, jako párová spirální vlákna s charakteristickou periodicitou (KOUKOLÍK et al., 1998).

Při tvorbě klubek je bílkovina  $\tau$ -protein, která je spojena s neuronálními vlákny fosforizována, tím dochází k jejich zkracování, ztrátě jejich funkce a tvorbě neuronálních uzlíčků (klubek) (KALVACH et al., 2004).

Těmito procesy se spouští kaskáda dalších degenerativních projevů. V oblasti plaků dochází k tvorbě sterilního zánětu, kdy dochází k aktivaci zánětlivého enzymu. Důsledkem těchto změn je aktivace apoptických mechanismů a smrt neuronů. Významným činitelem je i zvýšené množství volných kyslíkových radikálů (PIDRMAN, 2007).

Včetně morfologických změn u AN je třeba doplnit i změny cévní a změny bílé hmoty. Změny bílé hmoty jsou u AN poměrně časté. Mají charakter dystrofický, jedná se o mírné regresivní změny vyjádřené prořídnutím myelinu, úbytkem oligodendroglálních elementů, někdy i zánikem axonů. Jsou přičítány mírné chronické ischémii v důsledku degenerativně změněných malých cév (JIRÁK at al., 1999).

## 1.2 Klinický obraz Alzheimerovy nemoci

Rozlišení od příznaků doprovázejících klinicky normální stárnutí nemusí být zpočátku jednoduché. Není totiž jasné, jak dlouho trvá preklinické stádium nemoci, čímž se rozumí vývoj choroby do prvních klinických příznaků. Pravděpodobné je, že nejméně několik let (KOUKOLÍK, at al., 1998).

Začátek nemoci je někdy tak nenápadný, že si nevšimne projevů demence ani nejbližší okolí pacienta. Onemocnění má plynule postupující charakter, bez nápadných výkyvů. Někdy se mohou objevit fáze zdánlivého zastavení nebo zpomalení průběhu onemocnění (BUIJSSEN, 2006). Nejčastěji se uvádí, že prvním příznakem bývají v typických případech poruchy recentní epizodické paměti s charakteristickým zapomínáním každodenních událostí. (např. „Co jsme měli k večeři?“). V raných obdobích vývoje choroby bývá krátkodobá paměť měřitelná například počtem zapamatovaných číslic (digit span) (KOUKOLÍK at al, 1998).

Pokud pacient trpí demencí v důsledku Alzheimerovy nemoci, nedokáže již přenášet informace ze své krátkodobé paměti do dlouhodobé. Schopnost pacienta zapamatovat si, co se kolem něho dělo před pouhými 30 sekundami je narušena. Pokud ale informace evokuje množství emocí, nebo se často opakuje, je možné že si ji pacient zapamatuje (BUIJSSEN, 2006).

Paměť bývá nejčastěji porušena difúzně ve všech složkách, pouze výbavnost ze zásobní paměti bývá porušena méně, především pokud se týče starých, dobře zafixovaných informací. Výrazně bývá postižena krátkodobá paměť a konsolidační fáze paměti, klinicky se projevují poruchou vštípivosti, tj. zapamatováním si nových paměťových obsahů. V pozdějších stádiích nahrazují pacienti výpadky paměti

konfabulacemi, tj. odpověďmi zapadajícími do kontextu otázky či diskutovaného tématu, ale neodpovídajícími pravdě. Pacienti jsou přesvědčeni o pravdivosti svého tvrzení (např. pacient má k snídani chleba s džemem a kakaem a na otázku co snídál, odpoví že rohlík a čaj). Údaj je adekvátní, ale zcela nepravdivý (JIRÁK et al., 1999).

### 1.2.1 Důsledky kognitivních poruch

Mírný kognitivní deficit je přechodná fáze mezi kognitivními změnami normálního stárnutí a časnou demencí. Osoby s mírným kognitivním deficitem jsou ve vyšším věku náchylnější k rozvoji AN. Z hlediska kognitivních postižení se v poslední době vyčleňují 2 skupiny: 1. pacienti s čistě mnestickými deficity bez poruch v jiných kognitivních doménách, 2. pacienti mající kromě mnestického syndromu ještě navíc postižení dalších kognitivních funkcí (REKTOROVÁ et al., 2007).

Prvním příznakem jsou poruchy paměti, následují změny chování a osobnosti a prohlubující se ztráta jazykových funkcí. V závěrečných fázích se objevují poruchy chůze, časté jsou epileptické záchvaty a myoklonus. Muži obvykle na tuto chorobu umírají dříve než ženy. Věk v němž choroba propukne, její průběh podle některých autorů neovlivňuje, existuje však i opačný názor. Střední délka přežití je u lidí postižených ranou i pozdní formou choroby stejná (KOUKOLÍK et al., 1998).

Osoba s kognitivní poruchou se nemůže, vzhledem k nedostatku paměti, vhledu a úsudku, přizpůsobit rozporuplnostem, nedorozuměním a opominutím, která jsou součástí normální lidské interakce, nebo je kompenzovat. Je tedy úkolem pečovatelů, aby zajistili nemocnému neustálý přísun takových zpráv, ve kterých najde podporu a potvrzení správnosti svého počínání. Zprávy by měly být pro nemocného vždy přínosné, nikoliv ohrožovat jeho hodnotný systém, identitu, pocit bezpečí a vládu nad svým světem (ZGOLA, 2003).

Protože proces ukládání do paměti je narušený a konfrontace nemocného s AD (Alzheimerova demence) s realitou je tak bolestná, že nemocný často začne věřit svým výmyslům. Věří, že jejich paměť funguje dobře, a budou popírat, že jsou vůbec nemocní (BUIJSSEN, 2006).



Pacient s kognitivní poruchou si neuvědomuje, že zapomíná, nepozná, že ztratil paměť, a tak je opakovaně konfrontován s událostmi a okolnostmi, kterých si není vědom. Při AN ovlivňuje ztráta paměti neboli amnézie vzpomínky nepříliš vzdálené, nemocný si nevybavuje události, ke kterým došlo před několika dny nebo měsíci. Vzpomínky ze vzdálené minulosti jsou obvykle zachovány do mnohem pozdějších stádií nemoci (ZGOLA, 2003).

Ve velmi pokročilém stádiu nemoci už si pacient nepamatuje nic víc než prvních pět let života a v konečné fázi zmizí i ty a brzy nato pacient umírá (BUIJSSEN, 2006).

Jazyk je při vývoji Alzheimerovy nemoci zpočátku uchován, chování nemocných se proto pojmenovává sociální fasádou. Řeč je sice plynulá, nicméně je obsahově prázdná, význam slovních spojení je nutné hledat, nemocní sami často hledají slova (KOUKOLÍK et al, 1998).

Rozpad schopnosti receptivního jazyka v pozdějších stádiích nemoci působí u nemocného s AD těžkosti s rozeznáním slov a porozuměním složitým větám. Nemocným napomáhá, když je verbální komunikace podporovaná konkrétními příklady nebo gesty, aby měla osoba s kognitivní poruchou co nejlepší šanci porozumět. Při problému s expresivním jazykem, pacient obtížně hledá slova, která by přesně vyjádřila jeho myšlenku. Dalším příznakem neschopnosti používat expresivní jazyk je neschopnost slova správně řadit a vytvořit smysluplnou větu (ZGOLA, 2003).

Deficit pozornosti se u pacienta projevuje tím, že není schopen vydržet u žádného úkolu déle než dvě minuty, není schopen posedět na jednom místě. Nemocný bloumá a soustavně hledá něco na práci, ale nic ho nezaujme. Stává se, že činnost v půlce přeruší. Příklady nejobvyklejších vzorců chování spojených s problémy pozornosti (neschopnost začít nebo ukončit úkol, fixace na jeden nepodstatný aspekt úkolu, snížená schopnost reagovat, zmatené reakce atd.). Nemocný, který má problémy s pamětí, není schopen odblokovat rušivé vlivy. Na všechny stimuly reaguje stejně intenzivně, a tím je jeho pozornost rozpolcená mezi veškeré činnosti, které kolem něho probíhají, a nedokáže se soustředit na jedinou (ZGOLA, 2003).

Poruchy vhledu, úsudku a abstraktního myšlení spolu se sníženou kontrolou emocionálních projevů a nesprávným hodnocením emocionálních projevů druhými činí z nemocného někoho, kdo se může jevit jako tvrdohlavý, nerealistický a egocentrický

(ZGOLA, 2003). Pacient nepoznává své okolí a chybně ho hodnotí, pacient je zoufalý a zklamáný, ztrácí se sám v sobě. Odmítá pomoc a ztrácí schopnost chovat se podle společenských konvencí (MARKOVÁ et al., 2006).

Poruchy ve vnímání a prostorové orientaci se projevují blouděním nemocného, pacient není schopen nalézt cestu, zapomíná, jak se jde do míst, která navštěvoval desítky let, např. na poštu nebo do obchodu. Některé nemocné začnou postihovat poruchy exekutivních funkcí vázaných na čelní laloky, přestanou být schopni plánovat a sekvencovat i velmi jednoduché činnosti. U žen se to běžně projevuje vynecháváním a záměnami pořadí akcí v průběhu běžných domácích prací, např. vaření nebo praní (KOUKOLÍK et al., 1998).

Deformace vnímání je neschopnost dát smysl vlastním vjemům, může ovlivnit každou složku poznávacího procesu. Pacient má problém s orientací v čase, poruchy zrakové percepce mohou dokonce vyústit až v problémy při rozeznávání předmětů a lidí, mylný výklad podnětů, potíže s nacházením věcí, zakopávání a nepřesný odhad cílové vzdálenosti, úzkost a nejistotu. Nemocný s kognitivní poruchou nepoznává běžné věci ve svém okolí. Jestliže nemocný už nedokáže přesně identifikovat věci ve svém okolí, obzvláště když si není této skutečnosti vědom, má sklon ke klamným představám, k prožívání bludů (ZGOLA, 2003).

Dezorientace může být patrnější v noci při nedostatečné senzoričké stimulaci a pacientově snížené schopnosti percepce (MARKOVÁ et al., 2006).

Poruchy komunikace provázejí různými projevy a intenzitou AN. Projevují se poruchami kontaktu s okolím, poruchami řeči, jazykového vyjadřování, rozumění verbálnímu projevu a jsou spjaty s poruchami čtení a psaní. Tyto poruchy jsou důležitým diagnostickým vodítkem (JIRÁK et al., 1999).

V pokročilé fázi onemocnění klesá schopnost pacientů komunikovat s okolím. Nemocní bývají apatičtí, přestávají poznávat přátele i příbuzné. Nakonec přijdou i o schopnost udržet oční kontakt s lidmi, kteří o ně pečují (KOUKOLÍK et al., 1998).

### **1.2.2 Poruchy chování u pacientů s Alzheimerovou nemocí**

Poruchy chování bývají projevem základního chorobného procesu, ale mohou se na nich podílet i faktory ze zevního prostředí a průvodní onemocnění. Poruchy chování

obvykle vyžadují léčebné řešení. Jsou častou zátěží pro pečovatele a častým důvodem pro umístění pacienta do ústavní péče (RŮŽIČKA et al, 2003).

Poruchy chování se ve stáří vždy rozvíjí spolu s poruchami kognitivních funkcí. Poruchy chování jsou nápadné, bývají proto příznakem, který u pečovatelů vzbudí pozornost. Mohou být prvním důvodem, který povede k vyšetření odborníkem (PIDRMAN, 2007).

Pacient se stává neschopný objektivně posoudit své chování a jeho důsledky na své okolí. Může se agresivně projevovat i vůči personálu, i svým blízkým, kteří se o něho starají. Za vztekem pacienta, je třeba vidět spíše způsob, jak odreagovat pocit zmatenosti a úzkosti, které pacienta stravují (MARKOVÁ et al., 2006).

Poruchy chování jsou obzvlášť stresující pro příbuzné nemocného. Jsou součástí širšího syndromu, který se nazývá BPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia). BPSD zahrnují relativně široké spektrum symptomů (paranoidní ladění, paranoidní myšlení, výskyt halucinací, poruchy v běžných činnostech, poruchy rytmu spánek/bdění, změny nálad apod.).

Výskyt agresivity a agitovanosti u pacienta je bezesporu podmíněn kognitivním zhoršením. Verbální agresivita se daleko častěji vyskytuje u žen. Riziko zvyšuje špatný tělesný stav či chronická bolest. Fyzická a verbální agresivita se častěji vyskytuje u nemocných, kteří mají špatné sociální zázemí a je výrazná u pacientů s výrazným kognitivním zhoršením, převládá u mužů.

Poruchy nálady zahrnují zejména depresi, úzkost, fobie, méně často mánie. Vyskytují se ve všech stádiích onemocnění (PIDRMAN, 2007).

Když nemoc začne bránit pacientovy v jeho každodenních činnostech, propadá se do deprese. Začne být zmatený, je neschopný činit vlastní rozhodnutí a mění se jeho nálady. Může být úzkostný až apatický. Takový pacienti jsou vnímavější na bolest (MARKOVÁ et al., 2006).

### **1.3 Diagnostika Alzheimerovy nemoci**

Při podezření na AN je třeba v první řadě vyloučit jiná onemocnění, která mohou AN připomínat, ale jsou léčitelná. Pacienta čeká vyšetření u praktického lékaře a případně

u specialistů. Součástí diagnostického vyšetření je pohovor o zdravotním stavu pacienta, o prodělaných onemocněních, lékař zjišťuje výskyt vážných chorob v rodině i životní styl pacienta (FRANKOVÁ, 2010).

Klinická diagnóza Alzheimerovy nemoci vychází z uvedených klinických příznaků Americké psychiatrické asociace. Zakládá se na mezinárodně doporučených a užívaných kritériích. Tato kritéria rozlišují diagnózu pravděpodobné (probably), možné (possible) a jisté (definite) Alzheimerovy nemoci. Definitivní diagnózu Alzheimerovy nemoci lze potvrdit pouze histologicky. Pravděpodobná diagnóza se uvádí v případech onemocnění s typickými klinickými příznaky. Možná diagnóza Alzheimerovy nemoci se uvádí v případech s atypickými klinickými příznaky nebo v případech kombinovaných s dalšími současně probíhajícími systémovými chorobami (KOUKOLÍK et al., 1998).

Vývoj prvních příznaků Alzheimerovy nemoci ukazuje, že diagnózu Alzheimerovy nemoci předcházejí o dva až pět roků změny v mentálním stavu měřitelné některým z testů (např. Mini-Mental State Examination) a zejména pokles skóre v testu slovní plynulosti. Poruchy slovní paměti jsou tedy jedním z klasických příznaků předpovídajících pozdější vývoj Alzheimerovy nemoci (KOUKOLÍK et al., 1998).

Včasná a správná diagnóza AN může být podpořena nebo určena podle celé řady vyšetření, včetně důkladného psychiatrického i somatického vyšetření, zobrazovacích metod SPECT (jednofotonová emisní počítačová tomografie), CT (počítačová tomografie), MR (magnetická rezonance), biochemického a hematologického vyšetření, včetně např. stanovení sérového vitamínu B<sub>12</sub> (JIRÁK et al., 1999).

Výpočetní tomografie i magnetická rezonance se při diagnóze a diferenciální diagnostice Alzheimerovy nemoci zaměřuje na ložiskovou nebo celkovou atrofii mozku nebo jeho části měřené jednorázovým vyšetřením nebo opakovanými vyšetřeními. Celkový a regionální úbytek mozku odpovídá zániku neuronů a probíhá podle určitých zákonitostí (REKTOROVÁ et al., 2007).

Popis a závěry výpočetní tomografie v tomto případě užívají pojem hypersenzitivity v bílé hmotě. Výpočetní tomografie nalézá zmenšení temporálních laloků, které je obvykle vyššího stupně než zmenšování doprovázející klinicky normální stárnutí a rozšíření postranních komor. Změny jsou diagnosticky výraznější u rané podoby

onemocnění. Magnetická rezonance určuje jako poměrně spolehlivý diagnostický znak Alzheimerovy nemoci výrazné zmenšení hipokampu a rozšíření spánkového rohu postranní komory (KOUKOLÍK et al., 1998).

Pacienti s AN mají na pozitivní emisní tomografii typický hypometabolismus v temporální, parietální a zadní cingulární kůře při porovnání s podobně starými osobami bez kognitivní poruchy. FDG-PET (fluorodeoxyglukózové pozitronové emisní tomografie) má poměrně velkou schopnost také odlišovat AN od ostatních demencí. (REKTOROVÁ et al., 2007).

Diferenciální diagnostické odlišení Alzheimerovy choroby od jiných typů demencí je někdy velmi obtížné a nepřesné. Někdy lze klinicky stanovit tuto diagnózu pouze vyloučením jiných typů demence. V klinice je nejčastěji nutno odlišit Alzheimerovu chorobu od ischemicko-vaskulární demence a od sekundárních demencí (JIRÁK et al., 1999).

Biochemické ukazatele mohou podpořit klinickou diagnózu, a to zejména v situacích těžko prokazatelného, atypického nebo složitého klinického obrazu nebo časného stádia nemoci.

Prognostický význam spočívá v určení osob ještě v raných fázích s rizikem propuknutí nemoci. Pomocí biochemických ukazatelů je možné monitorovat průběh onemocnění, odpověď na léčbu a určení stádia nemoci. V mozkomíšním moku se stanovuje tau protein odpovídající neurofibrilárním klubkům a beta-amyloid související s amyloidní patologií a senilními plaky (REKTOROVÁ et al., 2007).

## **1.4 Terapie Alzheimerovy nemoci**

Alzheimerovu nemoc zatím neumíme vyléčit. Dosavadní přístupy vedou pouze k přechodnému zlepšení obtíží, a především k oddálení těžkých stádií demence, spojených s nesoběstačností (RABOCH et al., 2008).

V současnosti není ještě zcela známá etiopatogeneze AN. To nám umožňuje optimální léčebný postup. Je však známo více etiopatogenetických řetězců, vzájemně spolu souvisejících (KOUKOLÍK et al., 1998).

Dnes mnohé nasvědčuje tomu, že alespoň u části nemocných, kde se započne s léčbou včas, je možné stav do jisté míry zlepšit a progresi onemocnění alespoň dočasně zatavit nebo zpomalit (ZACHARIASOVÁ, 2000).

Terapie Alzheimerovy nemoci má být komplexní. Zahrnují farmakoterapii, psychosocioterapii (především kognitivní trénink a další behaviorální postupy), léčbu interkurentních onemocnění, rehabilitaci tělesných funkcí a v neposlední řadě i práci s rodinou a dalšími pečovateli nemocného (KOUKOLÍK et al., 1998).

Stupeň projevů demence je rozhodující pro stanovení vhodného přístupu a metod terapie. V časném, mírném stádiu AN jde především o postupy k zachování sociálních schopností dané osoby, úpravy prostředí a intenzivní stimulaci kognitivních schopností. V pokročilých, středních a těžších stádiích nemoci je rozhodující snahou zachovat přiměřené emoční prožívání a chování. Nadále pokračovat v přiměřené stimulaci kognitivních funkcí a využívat neverbálních možností komunikace (JIRÁK et al., 1999).

Komplexnost patogeneze a také terapie umožňuje s pomocí vhodných testovacích metod kontrolovat průběh léčení a v případě nutnosti poopravit terapeutický postup. Takto by měla být kontrolována každá terapie při použití kognitiv po třech až šesti měsících od jejího počátku, aby mohly být eventuálně použity jiné léky nebo stávající léky kombinované s jinými (ZACHARIASOVÁ, 2000).

### **1.4.1 Farmakologická léčba Alzheimerovy nemoci**

Farmakologická léčba AN se dělí na kognitivní a nekognitivní farmakoterapii. Kognitivní terapie má vliv na poznávací funkce, paměť, intelekt, motivaci a nekognitivní terapie působí proti behaviorálním a psychologickým příznakům AD (RŮŽIČKA et al., 2003).

Porucha kognitivních funkcí (paměti, intelektu, motivace aj.) je primární porucha u demencí. Příznivé ovlivnění kognitivních funkcí je tedy spojeno se zmírněním projevů AD (PIDRMAN, 2007).

Kognitivní farmakoterapie patří mezi základní léčbu AN, i když není zatím kauzální. V kognitivní farmakoterapii se využívá více přístupů, které se navzájem kombinují. Podle klinických studií je ověřena účinnost pouze u skupiny inhibitorů acetylcholinesteráz. U jiných druhů farmak nejsou důkazy jednoznačné. Inhibitory acetylcholinesteráz zlepšují acetylcholinergní přenos a jsou určeny především pro léčbu lehčích až středních stádií AD (RABOCH et al., 2008). Tyto látky používané ke zlepšení funkce centrálního acetylcholinergního systému, jsou obvykle označovány jako kognitiva (PIDRMAN, 2007).

V praxi jsou dále používány a často kombinovány s dalšími skupinami látek, jako jsou nootropní farmaka (látky vychytávající volné kyslíkové radikály, extrakt Gingo biloba a další), inhibitory monoaminoxidázy B typu, nesteroidní antirevmatika, vitaminy E a C, prekurzory nervových růstových hormonů a u žen estrogenní substituce (RŮŽIČKA et al. 2003).

Při podávání těchto léků dochází ke zpomalení progresu demence, k oddálení těžkých stádií choroby spojených s nesoběstačností pacienta a jeho umístěním ve zdravotnickém nebo sociálním zařízení.

Nekognitivní farmakoterapie působí proti behaviorálním a psychologickým příznakům AD. Při výskytu poruch chování spojených s agitovaností, neklidem, agresivitou nebo psychotickými příznaky se používají neuroleptika (antipsychotika) (RABOCH et al., 2008).

Používají se nejvíce antipsychotika druhé generace, které se používají také při poruchách spánku. Z antidepresiv jsou používány látky bez anticholinergního působení, opět nejvíce z druhé generace. Benzodiazepiny se používají co nejméně (JIRÁK et al., 1999).

### **1.4.2 Nefarmakologická léčba Alzheimerovy nemoci**

Hlavními přístupy v časném stádiu AN jsou psychoterapie, orientace v realitě, paměťový trénink, resocializační a remotivační postupy.

Psychoterapeutické působení se pokouší redukovat nástup pocitů bezmoci a zoufalství spojené s nepříznivými projevy nemoci. V časných stádiích AN může mít psychoterapie význam pro zlepšení v emočním prožívání a komunikaci. Do této oblasti lze zahrnout

celou řadu pedagogicky zaměřených aktivit, muzikoterapii a arteterapii, jež spadají do resocializačních technik (JIRÁK et al., 1999).

Cílem nefarmakologické léčby je zachování, popřípadě zlepšení úrovně jednotlivých dovedností, jako je hrubá a jemná motorika, chůze, soběstačnost a kognitivní funkce. Dále sem můžeme zařadit smysluplné vyplnění volného času a zlepšení verbální i nonverbální komunikace pacienta s příbuznými/ošetřovateli (PIDRMAN, 2007).

- Fyzioterapie

Všeobecná aktivizace pomocí lehké tělesné činnosti a cílené pohybové terapie dává naději na delší zachování motorických schopností nemocného. Díky této terapii se mohou nemocní déle pohybovat ve svém prostředí a zároveň vytvořit základnu pro delší zachování kognitivních schopností (ZACHARIASOVÁ, 2000).

Neverbální techniky nabývají v pokročilejších stádiích významnou úlohu a mají v rehabilitačním působení větší rozsah. Často využívanými technikami bývají muzikoterapie, arteterapie a ergoterapie. Muzikoterapie působí na zachování neverbální schopnosti komunikace, zlepšuje schopnost kontaktu s okolím a emoční prožívání dané situace, pomáhá k dosažení relaxace. Většinou zahrnuje i taneční pohybovou terapii, která stimuluje neverbální komunikaci s okolím, zmírňuje fyzické a emoční napětí způsobující agitovanost či útlum.

Možnosti arteterapie a ergoterapie jsou limitovány aktuálními možnostmi zúčastněných osob a nejčastěji jsou realizovány využíváním jednoduchých činností. Tyto činnosti stimulují myšlení, verbální i neverbální kontakt s okolím a emoční prožívání (JIRÁK et al., 1999).

- Duševní trénink

I když nemoc nemůže být odstraněna cerebrálními tréninkovými metodami, umožňuje terapie zaměřená na centrální symptomatiku choroby delší zachování vlastních kognitivních schopností (ZACHARIASOVÁ, 2000).

Tyto postupy usilují o zlepšení či alespoň stabilizaci kognitivních funkcí, komunikace a soc. dovedností. Realizují se jak formou přímého trénování programů individuálně či skupinově – např. vybavování zrakových představ na podporu verbální sluchové paměti apod. Ve skupinové práci herních činností a reprodukce čteného a slyšeného (JIRÁK et al., 1999).



Dále bychom neměli opomíjet, aby měl nemocný vždy k dispozici zřetelné hodiny, jejichž odečítání mu nečiní potíže. Stejně jednoduchou pomůckou je i poskytnutí velkého zřetelného kalendáře. Nemocný by měl dostávat jednoduché úkoly, jednoduchá zadání, která v určitém časovém úseku vyplní (PIDRMAN, 2007).

Všestranně orientovaný trénink směřuje k posílení vnímání, koncentrace, nacházení slov, schopnosti postřehu a logickému uvažování (KALVACH et al., 2004).

- Socioterapie jako „strukturalizované prostředí“

Včas by mělo být registrováno i sociální zařazení nemocného. Všichni zúčastnění na ošetřování a opatrování pacienta by měli být již od začátku informováni o důsledcích nemoci. Včas stanovený pečovatelský program s účastí veškerých dostupných ošetřovatelů pomůže odbourat nároky na domácí ošetření a „šestatřicetihodinový den“ jediného pečovatele (ZACHARIASOVÁ, 2000).

Důležitá je také edukace pacienta, jeho podpora, trvalá péče o něho a přátelská atmosféra v prostředí, kde se nachází. Smyslem je zachování jeho sociální funkčnosti co nejdéle (PIDRMAN, 2007). Edukovat je třeba nejen pacienta, ale i jeho rodinu a pečovatele. Zde má velký význam Česká Alzheimerovská společnost (MARKOVÁ et al., 2006).

## **1.5 Role nejbližších příbuzných a pečovatelů pečujících o pacienty s Alzheimerovou nemocí**

Domov, v němž nemocný žije, musí podporovat také životní styl a potřeby pečovatele a ostatních členů rodiny. Každý člen rodiny potřebuje svůj soukromý prostor pro sebe samé. Toho lze dosáhnout izolací obytného prostoru osoby s omezením jejího přístupu k částem obytného prostoru, obývaných jinými členy rodiny. Pokud to není možné, hrozí nebezpečí vzniku konfliktů, to může ohrozit rodinnou integritu a podpůrný systém. Často se jedná o psychologické a sociální problémy, vztahující se k bydlení s nemocným trpícím AN než o potíže s fyzickou péčí. Tyto problémy poté mohou vyvrcholit umístěním pacienta mimo domov (ZGOLA, 2003).

Proces AN trvá v průměru asi sedm let, tato nemoc neovlivňuje pouze nemocného člověka, ale také ty kolem něho. Je to nemoc, která převrací život celé rodiny úplně naruby. Jednotliví pečovatelé se mohou od sebe lišit, ale všechny trápí stejné obavy

a emoce. Všichni členové se musí vyrovnávat s bolestí, že se loučí s jedním z nich, s někým, koho mají rádi (BUIJSSEN, 2006).

Pečující příbuzný partner nebo jiný příbuzný z rodiny se musí vyrovnat s faktem, že bude žít s člověkem, u kterého se bude syndrom demence postupně a nezadržitelně rozvíjet, bude to, jako by žil s někým jiným, než doposud. Jde o situaci závažnou a náročnou. Nepřipravený příbuzný, popř. pečovatel, může jednat zkratkovitě, což může vést k dalšímu zhoršení spolupráce ze strany nemocného (PIDRMAN, 2007).

Kromě ztráty milovaného člena rodiny je tu také ztráta svobody pečovatele. Pečovatel už nemůže žít svůj vlastní život, protože pacientova nemoc se zmocňuje i jeho jako pečovatele, fyzicky i mentálně. Kromě obav, že se pacientovy něco stane, sdílejí pečovatelé také obavy o budoucnost. Někdo se trápí, že nezvládne starost o nemocného, jiného pečovatele zase trápí obavy o budoucnost nemocného člověka (BUIJSSEN, 2006).

Až osmdesát procent nemocných AD zůstává v domácím ošetřování. Rodinní příslušníci jsou touto náročnou a vyčerpávající prací duševně a fyzicky přetíženi (ZACHARIASOVÁ, 2000).

Vysoké nároky kladené na pečovatele znamenající vyšší fyzickou i duševní zátěž, mohou vést i k zhoršení vztahu s nemocným. Je proto důležité, aby pečovatel rozuměl projevům nemocného, dokázal je popsat a uměl na ně reagovat. Péče o pacienta s AN bývá proto také spojena s vyšší nemocností pečovatelů samotných (PIDRMAN, 2007).

Jedním z problémů může být, když pečovatel svému partnerovi nebo příbuznému s AD podřídí své vlastní zdraví a blaho. Proto je důležité, když pečovatel chce plnit svůj úkol snadno a s pocitem uspokojení, aby věnoval náležitou pozornost i svému vlastnímu fyzickému a duševnímu zdraví (BUIJSSEN, 2006).

Pečovatelé jsou ohrožení z hlediska duševního afektivními poruchami, zejména depresí a poruchami úzkostnými. Ty jsou doprovázeny bohatou symptomatologií, somatizačními potížemi, poruchami spánku, a poruchami soustředění. Z hlediska tělesného zdraví jsou ohrožení celou řadou nemocí, které jsou označovány za psychosomatické. Jde například o vyšší krevní tlak a poruchy trávicího systému, tak i častější výskyt infekcí (PIDRMAN, 2007).

Abychom nechodili v začarovaném kruhu, na jehož konci je ošetřovatel, který sám potřebuje být ošetřován, je proto nutné poskytnout rodinným příslušníkům takto nemocných osob co nejrozsáhlejší podporu (ZACHARIASOVÁ, 2000).

„V každém případě platí, že pravidelný odpočinek je pro ty, kdo o pacienty s AN trvale pečují, nezbytný (PFIZER, 1998, str.91).“

Téměř bez výjimky mají pečovatelé sklon k protichůdným a smíšeným emocím. Pociťují ke svému partnerovi nebo příbuznému lásku, zájem a soucit, ale na druhé straně také vztek, hněv a zlost. Skoro všichni pečovatelé budou pociťovat v této situaci okamžiky, že se jim všechno vymyká z ruky a mohou náhle „vybuchnout“. Někteří mohou stále kolísat mezi touhou starat se o pacienta a přáním žít svůj vlastní život. Pro většinu pečovatelů je také těžké požádat o pomoc zvenčí. Někdy může rodina vnímat příchod sociální pracovnice nebo zdravotní sestry jako živý důkaz své vlastní neschopnosti vypořádat se situací (BUIJSSEN, 2006).

Role pečovatele v péči o nemocného je klíčovým faktorem. Postoje, vztah, schopnost zvládat nepředvídatelné situace, emoční napětí mezi pečovatelem a pacientem je nakonec tím momentem, který určí, zda bude nemocný schopen dále pobývat v rodině, či zda bude muset být umístěn do ústavu (PIDRMAN, 2007).

Systém denní péče umožňuje umístit pacienta přechodně do zařízení, kde je se stejně postiženými pod trvalým dohledem. Zatímco osoba, která o nemocného pečuje si může dopřát odpočinek. Tato centra navíc zabezpečují pro pacienty stimulační programy a aktivity. Jsou obvykle součástí nemocnice nebo domu s ošetřovatelskou péčí (PFIZER, 1998).

Dále je také velice důležité, aby byl pečovatel dostatečně edukován a vzděláván v této oblasti. Jde o dostatečný přísun adekvátních informací, které pečovateli objasní danou problematiku. Pečovatel by měl využít možnost komunikace s profesionály v daném oboru, ať již se sociálními pracovníky, zdravotními sestrami či ošetřovatelkami.

Informace je možné poskytnout pomocí osobního setkání, konzultací, vytištěných forem, webových stránek, svépomocných skupin, respitní péče a pobytů v denním centru (PIDRMAN, 2007).

## 2 Česká Alzheimerovská společnost

Česká alzheimerovská společnost vznikala v průběhu roku 1996 a zaregistrována byla jako občanské sdružení v únoru 1997. Vznikla na základě setkávání a spolupráce profesionálů v oboru gerontologie (lékařů, sester, sociálních pracovníků, studentů sociální práce a dalších), kteří se zabývali problematikou občanů postižených demencí. Postupně se členy ČASL (České Alzheimerovské společnosti) stávali ti, jichž se problematika demencí zejména týká – rodinní příslušníci a pečovatelé. V současné době je Česká alzheimerovská společnost již respektovaným členem významných mezinárodních organizací – Alzheimer Europe a Alzheimer Disease International (ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST, 2011a).

V roce 1996 byla prostřednictvím PhDr. Hany Janečkové seznámena tato skupina profesionálů v oboru gerontologie s Noreen Siba, která aktivně působila v britské a mezinárodní společnosti Alzheimerovy choroby. Té bylo umožněno seznámit tuto rozmanitou skupinu s bohatou činností mezinárodní společnosti Alzheimerovy choroby. Postupně se posluchači dozvídali o zkušenostech, které tyto společnosti za desítky let své činnosti získaly, o informačních materiálech pro rodinné příslušníky a jiných jejich aktivitách. Noreen Siba mezitím získala souhlas Mezinárodní společnosti Alzheimerovy choroby k tomu, aby mohla být u nás vydaná česky přeložená příručka „Help for Caregivers“, aniž bychom byli členové této společnosti. Tato příručka byla vydaná v roce 1997 díky podpoře Odboru zdravotní a sociální péče Ministerstva zdravotnictví ČR, poté vyšla znovu ve druhém vydání, a dále vychází prakticky každoročně v mnoha tisících výtisků. Tato první skrovná příručka „Na pomoc pečujícím“ představuje stále základní informační materiál, ze kterého čerpá většina rodin postižených pacientů. Cílem společnosti, která u nás vznikla, měla být podpora a pomoc pacientům se všemi druhy demence a jejich rodinným příslušníkům (ZACHARIASOVÁ, 2000).

Jako logo České alzheimerovské společnosti byla zvolena vážka, jedná se o symbol jednoduchý a estetický, dosud nepoužitý, snadno ztvárnitelný do podoby, šperku či jiného předmětu. Logo vážky se nyní nachází v tiráži veškerých materiálů vydávaných Českou alzheimerovskou společností nebo ve spolupráci s ní.

Zlatá vážka (zlatý šperk ve tvaru vážky) se také stalo oceněním České alzheimerovské společnosti, jež je udělováno osobnostem, které se zasloužily o zlepšení situace postižených pacientů i jejich rodinných příslušníků. Česká alzheimerovská společnost uděluje také svou anticenu „vážkomola“, sochu degenerovaného živočicha blízkého hmyzu, který je udělován osobám či organizacím, které problematice seniorů a chronicky nemocných škodí či uškodily, ač by mohli být z pozice své funkce či společenského postavení naopak velmi prospěšné (ZACHARIASOVÁ, 2000).

## 2.1 Jednotlivé činnosti České Alzheimerovské společnosti

Kontaktní a informační centrum sídlí v recepci Gerontologického centra v Praze 8, Šimůnkova 1600. Každý den od 8-20 h zde mohou zájemci získat konkrétní informace, a to buď osobně nebo telefonicky. Jsou zde k dispozici tištěné informační materiály, které předávají osobně nebo zasílají poštou (ZACHARIASOVÁ, 2000, ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST, 2011a).

- ***Bezpečný návrat***

Cílem projektu je zajistit pomoc lidem, kteří často bloudí a nemohou nalézt cestu domů. Princip je jednoduchý: náramek, který zájemce obdrží po odeslání přihlášky, je označen identifikačním kódem (slouží pro identifikaci bloudícího) a telefonním číslem ČALS. Pracovníci zjistí na základě kódu identitu bloudícího a zajistí mu pomoc jeho příbuzného (v databázi je telefonní číslo příbuzného) (ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST, 2011a).

- ***Kontinuální vzdělávání***

Nedílnou součástí společnosti je vzdělávání. Každoročně se vypisuje cyklus pravidelných školení pro spolupracovníky v respitní péči a v kontaktním a informačním centru. Veškeré edukační aktivity jsou otevřené i pracovníkům ve zdravotnictví a sociálních službách, studentům a dalším zájemcům. Informace o plánu vzdělávání ČALS lze získat v kontaktním a informačním centru ČALS (ZACHARIASOVÁ, 2000).

- ***Konzultace***

Konzultacím se věnují zkušení pracovníci ČALS. Pro jednotlivá setkání s rodinnými příslušníky si vyhražují dostatek času, aby mohli problémy, s nimiž se potřebují pečující svěřit, pozorně vyslechnout, poradit jim a předat informační materiály či zprostředkovat další odbornou pomoc.

- ***Svépomocné skupiny***

Svépomocné skupiny představují dle obecných znalostí a zkušeností ČALS velmi účinnou formu pomoci rodinným příslušníkům. Tato aktivita byla započata v Gerontologickém centru, kde se na tzv. „čajích o páté“ setkávají rodinní příslušníci pacientů postižených těmito syndromy a předávají si své zkušenosti a znalosti, ale také vyjadřují své pocity, obavy, naděje i vzájemnou podporu. Svépomocné skupiny organizují a koordinují zkušení pracovníci ČALS v Praze a v jednotlivých pobočkách regionů (ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST, 2011a).

- ***Respitní péče***

Tímto názvem se označuje tzv. úlevová, odpočinková péče (z angl. respite – oddech, odpočinek). Cílem této péče je poskytnout odpočinek rodinnému příslušníkovy, který dlouhodobě pečuje o svého blízkého. Může se jednat o krátkodobý pobyt v instituci nebo o pomoc v bytě nemocného. Na několik dnů či nocí v denních nebo nočních centrech nebo v rámci hospitalizace ve specializovaných zařízeních (MARKOVÁ et al., 2006).

Existují vědecké důkazy, které potvrzují, že respitní péče významným způsobem oddaluje umístění klientů v institucích a zmírňuje stres a sekundární nemocnost rodinných pečovatelů. Rodinný pečovatel si tak může odpočinout a zařídit si co potřebuje (ZACHARIASOVÁ, 2000).

- ***Denní centrum***

Zpravidla se zřizují při domovech-penzionech, domovech-důchodců či charitativních zařízeních. Jsou určeny na pomoc rodinám, které pečují o nemocné v domácím prostředí. Péče je poskytována celodenně (KALVACH et al., 2004).

- ***Pomerančový den***

Mezinárodní alzheimerská asociace „Alzheimer’s Disease International“ si připomíná již od roku 1994 21. září jako Mezinárodní den Alzheimerovy nemoci. Česká alzheimerská společnost se k této tradici připojila krátce po svém vzniku v roce 1997. Od roku 2001 si tento den připomínáme jako Pomerančový den (ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST, 2011a).

- ***Pražské gerontologické dny***

Tato celostátní konference s gerontologickou problematikou se koná každoročně v centru Prahy. Pražské gerontologické dny pořádá ČALS ve spolupráci s Českou gerontologickou a geriatrickou společností (ZACHARIASOVÁ, 2000).

## PRAKTICKÁ ČÁST

### 3 Péče o pacienta s Alzheimerovou nemocí

Cílem efektivní péče je podpořit kvalitu života, která respektuje důstojnost, identitu a potřeby jak postižené osoby, tak pečovatele. K takové péči může dojít pouze v prostředí důvěry a vzájemného respektu. Vztah vytvářející mezi pečovatelem a pacientem může být obohacující zkušeností nebo naopak se pečování může stát předmětem nejrůznějších sporů. Nemocný postižený AD se stává na pečovateli závislý nejen fyzicky, ale i emocionálně. Takto nemocný člověk spoléhá v každém okamžiku na své okolí a na lidi, kteří mu poskytují zpětnou vazbu (ZGOLA, 2003).

Měly bychom mít tedy na paměti, že nemocní s AD ztrácejí schopnost provádět všechny nezbytné úkony související se sebeobsluhou. Pacient postupně začne mít obtíže s prováděním složitých úkolů, jako je vaření, nakupování a správa financí. V pozdější fázi si nebude pacient schopen vybrat ani správné oblečení. V následující fázi se nebude umět bez pomoci obléct a později bude potřebovat pomoc i při koupeli a umývání. V posledním stádiu nemoci si pacient nebude ani vzpomínat co znamená jít na toaletu, začne se pomočovat a neudrží stolicí. Nevyhnutelně přijde doba, kdy bude pacient potřebovat pomoc s jídlem a pitím.

V poslední fázi už pacient nemůže ani chodit, jen sedět, až v určitém okamžiku ani to už nebude možné (BUIJSSEN, 2006).

Čím déle je umožněno nemocnému s AN využívat vlastních schopností, jak duševních tak tělesných, tím déle bude zachována dostatečná kvalita jeho života (PFIZER, 1998).

„Cílem péče není učít nemocné, aby se chovali podle nejvyšších etických principů svých pečovatelů. Cílem péče je, dovolit lidem postiženým AN, aby mohli být sami sebou a vytvořit jim k tomu co možná nejlepší podmínky (ZGOLA, 2003, str. 140).“

### **3.1 Základní rady a pravidla při pečování o pacienta s Alzheimerovou nemocí**

Prostředí domova je obvykle pro člověka místem, které mu skýtá pocit bezpečí, pocit klidu, které pozitivně připomíná pacientovy významné role z jeho minulosti a usnadňuje využívání všech jeho zachovaných schopností. Některým lidem naopak může domov připomínat frustrace a ztracené schopnosti, může vzbuzovat u nemocných depresi či podněcovat nemocného k činnostem, které jsou pro něho nevhodné nebo nebezpečné.

Každá úprava domova pro lidi s AN by měla zvažovat tři základní oblasti: faktory, které budou pomáhat k co možná nejdelšímu zachování funkcí, poté ty, které budou mít vliv na bezpečí nemocných, a v poslední řadě ty, které budou podporovat jejich emoční zdraví. Při zvažování domácího prostředí je třeba věnovat pozornost také potřebám pečovatele.

Prostředí může mít na zachování funkčních schopností pacienta významný vliv. Prostředí nemocnému pomáhá využít plně jeho zachovaných schopností. Mezi zachované schopnosti u osob s AN patří nejčastěji staré, celoživotním učení silně zafixované pohybové vzorce. Dále může pomoci, když prostředí přizpůsobíme. Prostředí, které pomáhá, zužuje prostor pro chyby a nehody tak, že nabízí pouze ty předměty, které jsou vhodné pro specifický úkol. Znakem nápomocného prostředí je i zajištění možnosti uspokojit individuální potřeby pacienta. Pacient trpící AN často potřebuje k vyjádření neverbální prostředí (ZGOLA, 2003).

Přizpůsobení prostředí zahrnuje například uzamčení oken, úpravu zámků, aby pacient nemohl utéct, dále odstranění klouzavých běhounů, nízkých stolků, protiskluzové vrstvy a zabudování držáků a různé jiné bezpečnostní pojistky (BUIJSSEN, 2006).

V domě, kde bydlí pacient s AN, je třeba vždy najít rovnováhu mezi změnami, které mají zajistit bezpečí, a mezi neměnným stavem, který má přispět k zachování jistoty a orientace pacienta (ZGOLA, 2003).

Pacienta je třeba povzbuzovat, aby udržoval osobní hygienu, a to jako běžnou rutinní záležitost. Je třeba z koupání udělat klidnou, odpočinkovou a příjemnou záležitost.



Místo koupele použít sprchu, nechat pacienta pokud možno mít se sám. Pomáhat mu při holení a česání.

Důležité je zajistit, aby nemocný snadno poznal umístění toalety. Postarat se o to, aby pacient měl oblečení, které se snadno uvolňuje a svléká. Pokud se vyskytne inkontinence, vyhledat lékařskou pomoc. Důležité je sledovat frekvenci vyprazdňování pacienta, aby pečovatel včas odhalil poruchu vyprazdňování (PFIZER, 1998).

Jedním z příznaků AN v časných stádiích je nadměrná chuť k jídlu, v takovém případě je nutno omezit přístup nemocného k potravě s vysokým obsahem cukrů a tuků.

Strava by proto měla být vyvážená, pacient by měl jíst vždy ve stejnou dobu každý den a v téže místnosti. Jídlo a pití je vhodnější podávat na plastovém nádobí, které je lehčí (MARKOVÁ et al., 2006). Co nejdříve udržení optimálního stavu výživy je jednou z podmínek pro zpomalení progresu onemocnění. Včasné poznání narušení výživy u pacienta a následná včasná intervence jsou nedílnou součástí úspěšné komplexní terapie AN. Rovněž jsou i nezanedbatelnou prevencí vzniku malnutrice (PIDRMAN, 2007).

V pozdějších fázích nemoci je mnohdy potřeba nemocnému pomáhat, neboť pacient sám má s příjmem potravy stále větší obtíže, proto je vhodné jídlo rozkrájet na menší kousky. Požití stravy je tak jednodušší (PFIZER, 1998). Pokud má pacient problém s polykáním podává se strava rozmixovaná s větší konzistencí. Výrazné obtíže při žvýkání a polykání je vhodné s konzultovat s lékařem. V pokročilejších stádiích onemocnění může mít pacient problémy s polykáním potravy a hrozí nebezpečí aspirační pneumonie.

Saturace potřeby hydratace je pro člověka s AN zcela zásadní. Pacientovy jinak hrozí známky dehydratace, proto je velmi důležité, aby pečovatel byl schopen zaznamenat snížený příjem tekutin. A to zejména vzhledem k tomu, že nemocný sám v určitých stádiích nemoci necítí ani hlad, ani žízeň. Proto je důležité zahrnout do ošetrovatelského plánu dostatečný přísun tekutin (MARKOVÁ et al., 2006).

Pacient s AN postupně přestane být schopen se i sám oblékat a svlékat. V některých případech si přestane uvědomovat nutnost pravidelně se převlékat a měnit prádlo. Proto je třeba, když se svlékne připravit mu jednotlivé součásti oděvu přehledně v tom pořadí, v jakém se bude oblékat. Vhodné je oblečení, které se snadno obléká. Veďte nemocného

k tomu, aby se co nejdéle oblékal a svlékal sám. Snažte se mu oblékání a svlékání změnit v zábavnou cvičení. Pořídte nemocnému boty s protiskluzovou podrážkou, které se snadno oblékají a svlékají (PFIZER, 1998).

Schopnost pohybu je pro nemocného zcela zásadní, díky pohybu je schopen zajistit si základní potřeby. Pohyb je základem nezávislosti a soběstačnosti. Jestliže má s touto aktivitou potíže, je to pro něj velmi nepohodlné a stresující (MARKOVÁ et al., 2006).

Pády jsou významnou komplikací u pacientů trpících AD. Pád je definován jako změna polohy, která končí kontaktem těla se zemí. Mezi rizikové faktory patří věk, porucha chůze, kognitivní poruchy, nevhodně podané léky apod. Pády lze rozlišit na pády z vnějších a vnitřních příčin. Většinou je typický u nemocných AD kombinovaný původ pádu (PIDRMAN, 2007).

Znamená to odstranit koberce, zajistit dostatečné světlo ve dne i v noci, odstranit nábytek s ostrými rohy a hranami. Neobouvat nemocného do příliš těsných bot nebo kůží podražených bot. Pokud má nemocný i přes všechna opatření problémy s udržení rovnováhy. Je nezbytné uspořádat byt, aby měl pacient při přesunu z jednoho pokoje do druhého možnost zastavit se a odpočinout si (ZGOLA, 2003).

Nemocný někdy neudrží moč, protože nedorazí včas na toaletu. Inkontinence moči i stolice může vyvolat u pacienta velmi nepříjemné psychické pocity. Pacient se stydí, má tendence to tajit (MARKOVÁ et al., 2006). Inkontinence může vzniknout v důsledku nesprávného užití léku, sníženého příjmu tekutin nebo šoku z toho, že se nemocný ocitl na neznámém místě. Jakmile se člověku vrátí vědomí nebo narušená rovnováha, může se kontrola svěrače obnovit. Dále to může být způsobeno sníženou pohyblivostí, bránící pacientovy včas navštívit toaletu. Často nejde o skutečnou inkontinenci, nýbrž o nemožnost dojít z různých důvodů včas na toaletu. Vhodné je naučit pacienta, aby navštěvoval toaletu v různých intervalech.

Inkontinence stolice není tak častá a dochází k ní většinou s poruchami které komplikují a stěžují svlékání, oblékání a mytí nemocného. V takovém případě je důležité nemocného doprovázet a pomáhat mu při všech potřebných aktivitách (PFIZER, 1998).

Problémem nemocných trpících AN je i změna denního a nočního rytmu. To znamená narušení rytmu spánek-bdění. Jde o závažný psychopatologický faktor, který významně snižuje komfort jak nemocného, tak i jeho okolí. Tyto změny jsou charakterizovány inverzí spánek-bdění, což znamená, že nemocný v noci bdí a přes den pospává. Zahrnují celou řadu patologických aktivit, jak nočních, tak i denních. Jedná se zejména o nepřiměřenou agitovanost, v noci pak neklid spojený s blouděním. Poruchy spánku mohou být v počátečních stádiích nemoci provázeny depresí a úzkostí. Extrémní změnou, která může nastat je spánková inverze, kdy nemocný má tendenci celý den spát a v noci být aktivní (PIDRMAN, 2007).

Nespavost a noční neklid patří do kategorie problémů, jež bohužel nemají jednoduché řešení. Co tedy dělat, povzbuzujte pacienta k co největší aktivitě během dne. Nepodporujte odpolední spánek. Pokuste se, aby nemocný chodil spát vždy ve stejnou dobu. Nedávejte nemocnému večer před ulehnutím stravu s vysokým obsahem cukru ani příliš tekutin (PFIZER, 1998).

Nejčastější příčinou bloudění je dezorientace pacienta, zvláště v neznámém prostředí anebo také neustálé hledání čehosi, co dříve nebyl schopen nalézt. Rizikem proto je jakákoliv změna v běžném stereotypu. Jedná se jak o hospitalizaci, tak o přijetí do různých zařízení sociální péče (PFIZER, 1998).

Jedná se o jeden z nejčastějších behaviorálních symptomů, který stresuje rodinu i pečovatele. Bloudění je velmi nebezpečné pro pacienta, může se nenávratně ztratit nebo se může zranit. Bloudění se objevuje zvláště u středně těžké formy onemocnění.

Bloudění, zejména noční bloudění, může souviset se spánkovou inverzí. Často bývá podporován tím, že nemocný není během dne dostatečně zaměstnán, motivován, stimulován. Nedostaví se proto fyziologická únava, a je tím narušen jeden ze základních stimulů ke spánku. Další příčinou bloudění může být i pocit osamocení a separace (PIDRMAN, 2007).

Neustálá touha chodit a toulat může také pramenit z potřeby pacienta uniknout z prostředí, jež ho obklopuje a které vnímá jako nepříjemné a nežádoucí. Jinou příčinou toulavého chování pacienta s AD může být to, že vnímá prostředí ve kterém se nachází, jako neznámé (BUIJSSEN, 2006).

Bolest je příznakem, který může nemocný jen těžko ignorovat, avšak v některých případech si na bolest stěžovat nemusí. Pak je obtížné posoudit, kdy a jak nemocný trpí. Alzheimerova choroba nejen snižuje schopnost percepce bolesti, ale mění i reakce na bolestivé stimuly. Citlivost nemocného je narušena. Je důležité, aby pečovatel sledoval chování nemocného.

Jedním z nejobtížnějších problémů v pozdních stádiích AN jsou opruzeniny a proleženiny.

Jsou nemocní, u nichž kombinace vážných kognitivních a mentálních poruch vyžaduje specializované prostředí a léčení. Jedná se o osoby, jejichž potřeby přesahují možnosti většiny domácích pečovatelů, denních center nebo běžných zařízení dlouhodobé péče (PFIZER, 1998).

„Psychiatrická péče musí být dostupná a komplexní a musí mít individuální charakter při maximálním respektování důstojnosti a ochraně lidských práv nemocných. Veškerá rozhodnutí týkající se léčení, přijímání a propouštění pacientů do psychiatrické péče musí být v souladu s platnými zákony (MALÁ et al., 2008, str.121).“

## 4 Ošetrovatelský proces

Termín ošetrovatelský proces byl zaveden v 50 letech a byl všeobecně přijat jako základ ošetrovatelské péče. Ošetrovatelský proces je účinnou metodou usnadňující klinické rozhodování a řešení problematických situací (DOENGES et al., 2001).

Ošetrovatelský proces lze definovat jako systematickou, racionální metodu plánování, poskytování a dokumentování ošetrovatelské péče. Cílem ošetrovatelské péče je zhodnotit zdravotní stav pacienta, stanovení skutečných či potencionálních problémů péče o zdraví, vytyčit plány na zhodnocení potřeb a poskytnout specifické ošetrovatelské zásahy na uspokojení těchto potřeb. Ošetrovatelský proces je cyklický, což znamená, že jeho složky následují za sebou v logickém pořadí (KOZIEROVÁ et al., 1995).

Charakteristickým rysem moderního ošetrovatelství je systematické hodnocení a plánovité uspokojování potřeb zdravého i nemocného člověka. Ošetrovatelský proces je myšlenkovým algoritmem sestry při plánování ošetrovatelských aktivit a také systémem kroků a postupů při ošetrování nemocného.

Sestry se zabývají člověkem jako celkem, jako bytostí bio-psycho-sociální, bytostí holistickou. V pojetí holismu je lidský organismus integrovaná, organizovaná jednota. Celostní pohled na člověka je v souladu s neredukovaným chápáním lidské bytosti, s bio-psycho-sociálním modelem zdraví a nemoci (TRACHTOVÁ et al., 2008).

Ošetrovatelský proces je série vzájemně propojených činností, které se provádějí ve prospěch nemocného, případně za jeho spolupráce při individualizované ošetrovatelské péči. Tyto ošetrovatelské činnosti umožňují, aby se sestra samostatně rozhodovala pro nejvhodnější způsob péče. Ošetrovatelský proces se odráží v aktivních činnostech sestry, k nimž se sama rozhodne na základě hlubšího poznání nemocného (STAŇKOVÁ, 2005).

Ošetrovatelský proces proto vyžaduje naučit se systematicky shromažďovat údaje o pacientovy a jeho problémech, rozpoznat problém (analýza dat, stanovení ošetrovatelských diagnóz), plánovat (kladení cílů, volba řešení), realizovat (uskutečnění cílů) a hodnotit (posouzení činnosti plánu, pokud to vyžadují aktuální potřeby) (DOENGES et al., 2001).

## 4.1 Ošetrovatelský proces u pacient s Alzheimerovou nemocí

### IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

<b>Jméno a příjmení :</b>	J. T.	<b>Pohlaví :</b>	muž
<b>Datum narození :</b>	O	<b>Věk :</b>	58
<b>Adresa bydliště a telefon :</b>	Kubelíkova, Praha		
<b>Adresa příbuzných :</b>	O		
<b>RČ :</b>	O	<b>Číslo pojišťovny :</b>	111
<b>Vzdělání :</b>	SOU s maturitou	<b>Zaměstnání :</b>	Nepracující
<b>Stav :</b>	Rozvedený	<b>Státní příslušnost :</b>	ČR
<b>Datum přijetí :</b>	15.6. 2010	<b>Typ přijetí :</b>	akutní
<b>Oddělení :</b>	Gerontopsychiatrie – 4 odd.	<b>Ošetřující lékař :</b>	O

**Důvod přijetí udávaný pacientem :** Neví, cítí se normálně, neví proč je hospitalizován

#### **Medicínská diagnóza hlavní:**

Středně těžká demence na podkladě Alzheimerovy demence s časným začátkem (F 00.0).

#### **Medicínské diagnózy vedlejší:**

G 30.0 + (F 00.0) s pravděpodobným podílem alkoholové encefalopatie.

Škodlivé užívání alkoholu F 10.1.

Syndrom zadních provazců míšních, pravděpodobně alkoholové etiologie.

### VITÁLNÍ FUNKCE PŘI PŘIJETÍ

<b>TK :</b>	140/70 mm/Hg	<b>Výška :</b>	175 cm
<b>P :</b>	81`	<b>Hmotnost :</b>	65 Kg
<b>D :</b>	16 / min	<b>BMI :</b>	21,22
<b>TT :</b>	36,7 °C	<b>Pohyblivost :</b>	dobrá
<b>Stav vědomí :</b>	při vědomí, dezorientován	<b>Krevní skupina :</b>	O

### **Nynější onemocnění :**

Mnohaletý abúzus alkoholu, bližší informace nelze zjistit. Nelze ani zjistit, kdy se u pacienta začaly zhoršovat kognitivní funkce. Dle obj. zprávy poruchy paměti asi 2 roky, možná déle, pomalu se rozvíjející. Před rokem již začal ztrácet orientaci v prostoru, přestal docházet do zaměstnání, zanedbával hygienu, chátal. Také porucha časové orientace a porucha zapamatování si nových informací. Kolísání nálad, bezobsažnost v projevu.

### **Informační zdroje :**

- Rozhovor s pacientem, dcerou a ostatním zdravotnickým personálem, zdravotnická dokumentace, vlastním pozorováním a fyzickým vyšetřením.

## **4.1.1 Anamnéza**

### ***Rodinná anamnéza:***

**Matka :** neví

**Otec :** zemřel na srdeční selhání, v kolika letech neví.

**Sourozenci :** nemá

**Děti :** dcera - zdravá

- Anamnestické validní údaje nelze získat, stále mění svou výpověď, konfabuluje. Rodiče prý zemřeli, když chodil do školy, nebo když byl na vojně. Není možné od pacienta získat validnější údaje. Dcera si také nevzpomíná.

### ***Osobní anamnéza:***

**Překonané a chronické onemocnění:** pacient vážněji nestonal

**Hospitalizace a operace:** O

**Alergologická anamnéza:**

**Léky:** O

**Chemické látky:** O

**Potraviny:** O

**Jiné:** O

**ABÚZY**

**Alkohol:** 3x týdně 5-6 piv

**Léky:** O

**Kouření:** nekouří už 4 roky

**Jiné drogy:** O

**Káva:** 2x – 3x denně

### ***Sociální anamnéza:***

**Stav :** Pacient je rozvedený a je rok a půl nezaměstnaný.

**Bytové podmínky :** Pacient žije sám v malém bytu, který přestal udržovat.

### **Vztahy, role, a interakce v rodině :**

Pacient je rozvedený s manželkou se nevidá, dceru vídá jen velice zřídka. Nemají příliš dobré vztahy v rodině. Žije sám a tvrdí, že nikoho nepotřebuje.

**mimo rodiny :** Pacient moc přátel nemá, pouze pár se kterými se vídá v hospodě.

**Záliby:** fotbal v televizi a jiné sportovní pořady

### ***Pracovní anamnéza:***

**Vzdělání :** SOU s maturitou – strojník, zámečník

**Pracovní zařazení :** nyní nezaměstnaný

**Čas působení, čas odchodu do důchodu, jakého :** O

**Vztahy na pracovišti :** nelze zjistit

**Ekonomické podmínky :** špatné, pacient žije s podpory

### ***Spirituální anamnéza:***

**Religiozní praktiky:** ateista, dle tvrzení dcery nebyl nikdy věřící

## **4.1.2 Popis fyzického stavu**

### **SYSTÉM**

#### **Hlava a krk**

*Subjektivní údaje:*

- Na otázku zdali ho nebolí hlava - „Ne“

Údaje poskytnuté dcerou: „Otec si nikdy neztěžoval na bolesti hlavy ani krku, pohyblivost omezenou nemá, zuby ho nebolí, nikdy si na bolesti neztěžoval.“



*Objektivní údaje:*

- hlava – normocefalická, na poklep nebolestivá
- oči – bulvy ve středním postavení, zornice izokorické, skléry bílé, kompenzace zraku brýlemi (na dálku i na blízko), jiné oční vady nejuje
- nos – bez výtoku a jiných deformit, uši – sluch v normě, obtíže neudává
- dutina ústní – rty jsou lehce suché, jazyk je lehce povleklý, suchý, tonsily klidné
- horní a dolní chrup – neudržován, povlaky a černé skvrny na zubech
- tvář – pohublá, unavený výraz v obličeji
- krk- v normě, nebolestivý při pohybech hlavou

**Hrudník  
a dýchací  
systém**

*Subjektivní údaje:*

- Na otázku zda-li ho někde nebolí - „Ne“, na otázku zda-li se mu dobře dýchá „Ano“

Údaje poskytnuté dcerou: „Otec dlouho kouřil a občas pokašlával. Nyní, když už nekouří tak nekašle. Jiné obtíže snad nemá.“

*Objektivní údaje:*

- hrudník na pohled souměrný bez patologických změn
- páteř na poklep nebolestivá
- pohyby nebolestivé
- pacient udává, že žádné bolesti nepocítuje
- dcera udává, že otec nějakou dobu kouřil, neví jak dlouho, ale už přestal
- frekvence dechů 16 za min., dýchání normální, klidné a pravidelné, dýchání čisté bez vedlejších fenoménů

**Srdcovo-  
cévní  
systém**

*Subjektivní údaje:*

- na otázku jestli měl někdy problémy se srdcem nebo krevním tlakem – „Ano, beru léky na tlak.“

Údaje poskytnuté dcerou: „Otec se mi nikdy nesvěřoval, co se rodiče rozvedli byla jsem za ním pouze několikrát, takže nevím.“

*Objektivní údaje:*

- TK 135/75 mm/Hg , P 78 pravidelný, dobře hmatný
- srdeční akce klidná a pravidelná
- dolní končetiny bez varixů
- periferní zbarvení: pokožka normálního koloritu
- pacient kardiopulmonálně kompenzován léky

### **Břicho a GIT**

*Subjektivní údaje:*

- na otázku jestli ho nebolí břicho – „Ne“, na otázku jestli se mu chodí dobře na stolici – „Ano“

Údaje udávané dcerou: „Nevím, na bolest břicha nebo jiné obtíže si neztěžoval, víc vám asi nepomůžu.“

*Objektivní údaje:*

- břicho na pohled symetrické, není vyklenuté ani rozšířené
- na prohmat měkké, nebolestivé, klidné, bez operačních ran
- peristaltika auskultačně přítomná, bez patologické rezistence

### **Močovo- pohlavní systém**

*Subjektivní údaje:*

- na otázku jestli má nějaké problémy s močením odpovídá – „Ne“

Údaje poskytnuté dcerou: „Když jsem byla občas otce navštívit byl někdy cítit močí a celkově byl velice zanedbaný a bylo zřejmé, že se nemyje.“

*Objektivní údaje:*

- pacient trpí inkontinencí, pomočuje se občas na lůžku nebo cestou na toaletu, nutné jsou pleny na noc
- moč je sytě žluté barvy koncentrovaná, aromatická

### **Kostrovo- svalový systém**

*Subjektivní údaje:*

- na otázku jestli ho bolí ruce, nohy nebo záda – „Ano, mám bolesti v levém chodidle docela již dlouho.“

Údaje poskytované dcerou: „Nikdy si neztěžoval ani jsem si nevyšimla, že by ho něco bolelo nebo si ztěžoval na bolest.“

*Objektivní údaje:*

- pacient si ztěžuje na bolest v levém chodidle, podle dcery žádné obtíže neměl
- tělo normostenické, držení těla v normě
- rozsah hybnosti v normě
- HK hybnost bez obtíží, bez dalších zjevných patologií
- DK bez otoků, zánětů a varixů, pacient se hůře pohybuje

### **Nervovo- smyslový systém**

*Subjektivní údaje:*

- Na otázku zda špatně vidí - „Ano“, zda nosí brýle - „Ano“, jestli pociťuje další obtíže třeba se sluchem, chutí – „Ne“

Údaje poskytované dcerou: „Vím, že otec nosí brýle na dálku i na blízko. Poslední dobou bývá dezorientovaný neví co je za den ani kolik je hodin. S pamětí to je také horší nevybavuje si spoustu věcí z minulosti, zapomíná i události, které proběhly v nedávné době.“

*Objektivní údaje:*

- pacient je při vědomí, reflexy jsou přítomné
- smysly sluchové a čichové zachované, zrakové omezené, chuť snižena
- pacient je dezorientován v čase, prostoru a místě
- pozornost a komunikace velmi špatná

### **Endokrinní systém**

*Subjektivní údaje:*

- „Nevím“

Údaje poskytované dcerou: „Nejsem si vědoma nějakých onemocnění nebo obtíží.“

*Objektivní údaje:*

- endokrinní systém v normě
- štítná žláza, bez obtíží

<b>Imunologický systém</b>	<p><i>Subjektivní údaje:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• „Nepamatuje si“</li> </ul> <p>Údaje poskytované dcerou: „Nepamatuji si, že by byl otec v nedávné době nemocný nebo na něco alergický.“</p> <p><i>Objektivní údaje:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pacient ani dcera si nepamatují, kdy byl naposled nemocný</li> <li>• alergické projevy nebo ekzémy nejsou přítomny</li> </ul>
<b>Kůže a její adnexa</b>	<p><i>Subjektivní údaje:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• „Nevím“</li> </ul> <p>Údaje poskytované dcerou: „Nevím, otec si nikdy nestěžoval na nic.“</p> <p><i>Objektivní údaje:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• kůže je místy suchá, vlasy, ochlupení a nehty v pořádku, kůže bez kožních defektů a patologických změn</li> <li>• kožní turgor je snížený pro nedostatečný příjem tekutin, riziko dekubitů je nízké, barva kůže je v normě</li> </ul>

### 4.1.3 Aktivity denního života

<b>Stravování</b>	<b>Doma</b>	<p><i>Subjektivní údaje:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• „Nevím“</li> </ul> <p>Údaje poskytované dcerou: „Doma se otec stravoval velmi jednoduše, kupoval si rohlíky nějaký salám nebo něco jiného, pokud vím vůbec nevařil, domácnost byla neudržovaná, dost zhubl co jsem ho viděla naposled.“</p> <p><i>Objektivní údaje:</i></p> <p>Pacient se nijak nevyjádřil, dle dcery se stravoval velmi jednoduše, nic nevařil ani nikam nedocházel na jídlo.</p>
	<b>V nemocnici</b>	<p><i>Subjektivní údaje:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• „Nemám chuť k jídlu.“</li> </ul>

*Objektivní údaje:*

- pacient má dietu č.3, jí dobře, avšak tvrdí, že mu tolik nechutná
- pacient se stravuje dle harmonogramu oddělení 5x denně

**Příjem  
tekutin**

**Doma**

*Subjektivní údaje:*

- „Nevím“

Údaje poskytované dcerou: „Nemohu se vyjádřit, vím jen, že občas chodil do hospody a pil pivo“

*Objektivní údaje:*

Dcera uvádí, že pacient chodil do hospody každý den na pivo, jinak neví.

**V nemocnici**

*Subjektivní údaje:*

- na otázku proč, tak málo pije – „Nevím“

*Objektivní údaje:*

- pacient pije velice málo, sám není schopen dodržovat pitný režim a zaznamenávat ho, je potřeba dohled
- pacient vypije kolem 1500 ml vody a čaje, bílá káva 1x denně

**Vylučování  
moče**

**Doma**

*Subjektivní údaje:*

- „Nevzpomínám si“

Údaje poskytované dcerou: „Otec byl často cítit močí a působil velmi neudržovaným dojmem.“

*Objektivní údaje:*

Podle dcery trpěl pacient inkontinencí i doma a velice zanedbával hygienu.

**V nemocnici**

*Subjektivní údaje:*

- „Nemám žádný problém.“

*Objektivní údaje:*

- pacient trpí inkontinencí
- odkládá potřebu na toaletu, většinou se pomocí na lůžku nebo cestou na toaletu, pacient dostává pleny
- moč je koncentrovaná a lehce zapáchající, zřejmě z důvodu malého příjmu tekutin

**Vylučování stolice**

**Doma**

*Subjektivní údaje:*

- „Nevzpomínám si“

Údaje poskytované dcerou: „Nevím jak otec chodil pravidelně na stolicí, ale velmi zanedbával hygienu.“

*Objektivní údaje:*

Podle dcery nelze vyvodit nějaké závěry, podle jejího vyjádření pacient zanedbával hygienu.

**V nemocnici**

*Subjektivní údaje:*

- „Nemám žádný problém.“

*Objektivní údaje:*

- vylučování stolice bez obtíží, pacient stíhá dojít na toaletu
- pacient má stolicí pravidelnou 1x za den
- konzistence a barva v normě

**Spánek a bdění**

**Doma**

*Subjektivní údaje:*

- „Spím dobře“

Údaje poskytované dcerou: „Vím jen, že otec dlouho ponocoval a přes den odpočíval. Většinou byl dlouho v hospodě. Později úplně přestal chodit do práce.“

*Objektivní údaje:*

Podle údajů udávaných dcerou, pacient dlouho do noci pobýval v hospodě a přes den spal a odpočíval, později přestal úplně docházet do zaměstnání.

	<b>V nemocnici</b>	<p><i>Subjektivní údaje:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• „Můžu jít spát, jsem unavený?“</li> </ul> <p><i>Objektivní údaje:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pacient v noci nespí, hledá různé věci, bloudí po pokoji, chce neustále někam odejít</li> <li>• přes den naopak pospává, odmítá různé aktivity je rozmrzelý, někdy až depresivní, působí unaveným dojmem</li> </ul>
<b>Aktivita a odpočinek</b>	<b>Doma</b>	<p><i>Subjektivní údaje:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• „Koukám rád na fotbal.“</li> </ul> <p>Údaje poskytované dcerou: „Otec rád sledoval fotbal v televizi a rád chodil za kamarády do hospody.“</p> <p><i>Objektivní údaje:</i></p> <p>Pacient rád doma sledoval fotbal v televizi, když dávali fotbal při pobytu v nemocnici nejevil zájem.</p>
	<b>V nemocnici</b>	<p><i>Subjektivní údaje:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• „Cítím se normálně.“</li> </ul> <p><i>Objektivní údaje:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pacient přes den pospává, protože v noci chodí po pokoji a toulá se po chodbě, pacient má přehozený denní režim</li> <li>• Aktivitám se věnovat nechce, pouze po dlouhém přemlouvání, avšak odmítá cokoli dělat, nebo neví co má dělat</li> </ul>
<b>Hygiena</b>	<b>Doma</b>	<p><i>Subjektivní údaje:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• „Nepamatuji si“</li> </ul> <p>Údaje poskytované dcerou: „Otec byl často velmi zanedbaný, nemyl se i několik dní.“</p>

*Objektivní údaje:*

Pacient neví, informace poskytnuté dcerou udávají, že se pacient i několik dní nemyl a nosil stejné oblečení.

**V nemocnici** *Subjektivní údaje:*

- „Koupu se normálně.“

*Objektivní údaje:*

Pacient zvládá hygienu celkem sám, je schopen si dojít do umývárny, ale musí mu někdo říct co si má vše vzít s sebou a dovést ho na místo. Ve sprše je soběstačný, stačí pouze dohled.

**Samostatnost**      **Doma**

*Subjektivní údaje:*

- „Nevím, já jsem doma tady.“

Údaje poskytované dcerou: „Otec přestal zvládat starost o domácnost, zanedbával úklid a začali se mu tam hromadit odpadky a jiný nepořádek.“

*Objektivní údaje:*

Dle informací poskytnutých dcerou pacient, už delší dobu nezvládal starost o domácnost, měl doma skladiště.

**V nemocnici** *Subjektivní údaje:*

- „Cítím se normálně.“

*Objektivní údaje:*

Pacient je celkem samostatný, potřebuje pomoc, když neví kam má jít nebo nachystat oblečení, které si má obléci.

#### **4.1.4 Posouzení psychického stavu**

**Vědomí**

*Objektivní údaje:*

Lucidita vědomí kolísá, objevují se až velmi krátká deliria.



<b>Orientace</b>		<p><i>Objektivní údaje:</i></p> <p>Pacient je dezorientovaný neví jaký je den, matně si vzpomíná, kde je, v osobě se orientuje.</p>
<b>Nálada</b>		<p><i>Subjektivní údaje:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• „Dobrou“</li> </ul> <p><i>Objektivní údaje:</i></p> <p>Pacient působí unaveně až depresivním naladěním, dochází k velkým změnám nálad během krátké doby.</p>
<b>Paměť</b>	<b>Staropaměť</b>	<p><i>Subjektivní údaje:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• „Za všechno můžou rusáci.“</li> </ul> <p><i>Objektivní údaje:</i></p> <p>Pacient si matně vybavuje některé vzpomínky z minulosti, ale nepůsobí věrohodně. Objevují se konfabulace a také perverzní projevy.</p>
	<b>Novopaměť</b>	<p><i>Subjektivní údaje:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• „Nevím“</li> </ul> <p><i>Objektivní údaje:</i></p> <p>Pacient má porušenou paměť ve více složkách, výrazně ve složce epizodické, porušena pracovní paměť. Výrazné poruchy kognitivních funkcí.</p>
<b>Myšlení</b>		<p><i>Objektivní údaje:</i></p> <p>Pacient má myšlení narušené dezorientací, neudrží pozornost, není schopen splnit jednoduché úkoly. Kolísá kontakt s realitou.</p>
<b>Temperament</b>		<p><i>Objektivní údaje:</i></p> <p>Pacient působí pesimistickým dojmem se sklony k občasným útokům na okolí.</p>
<b>Sebehodnocení</b>		<p><i>Objektivní údaje:</i></p> <p>Pacient není schopen se nějak sebehodnotit, narušena kritičnost i soudnost.</p>

<b>Vnímání zdraví</b>	<i>Objektivní údaje:</i> Pacient se nezabývá myšlenkami na své zdraví, dlouhou dobu abúzus alkoholu.
<b>Vnímání zdravotního stavu</b>	<i>Objektivní údaje:</i> Pacient se svým zdravotním stavem nezabývá, odmítá jakoukoliv péči.
<b>Reakce na onemocnění a prožívání onemocnění</b>	<i>Subjektivní údaje:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• „Jsem zdraví.“</li> </ul> <i>Objektivní údaje:</i> Pacient si nemyslí, že by byl nemocný.
<b>Reakce na hospitalizaci</b>	<i>Subjektivní údaje:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• „Ano, líbí se mi tu.“</li> </ul> <i>Objektivní údaje:</i> Pacient reaguje celkem dobře, musí si zvyknout na oddělení.
<b>Adaptace na onemocnění</b>	<i>Subjektivní údaje:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• „Mně nic není.“</li> </ul> <i>Objektivní údaje:</i> Pacient se neadaptoval na onemocnění, tvrdí, že mu nic není a neví proč je hospitalizovaný.
<b>Projevy jistoty a nejistoty (úzkost, strach, obavy, stres)</b>	<i>Objektivní údaje:</i> Pacient působí úzkostným dojmem, zřejmě způsobeno novým prostředím a ošetřovatelskou péčí.

#### 4.1.5 Posouzení sociálního stavu

<b>Komunikace</b>	<b>Verbální</b>	<i>Objektivní údaje:</i> Pacient při rozhovoru nespolupracoval, působil zmateně, odpovídal jednoduchými odpověďmi typu ano nebo ne. Zřejmě si ani neuvědomoval obsah otázek.
-------------------	-----------------	---

<b>Neverbální</b>	<i>Objektivní údaje:</i> Neverbální vyjadřování je v normě, pacient udržuje zrakový kontakt.
<b>Informovanost O onemocnění</b>	<i>Subjektivní údaje:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• „Ano“</li> </ul> <i>Objektivní údaje:</i> Pacient byl informován o onemocnění, ale z důvodu porušení kognitivních a paměťových funkcí není schopen pochopit vážnost svého onemocnění.
<b>O diagnost. metodách</b>	<i>Objektivní údaje:</i> Pacient byl informován o všech vyšetřeních, které ho čekají několikrát. Samozřejmě i před vyšetřením samotným, ale nic si nepamatoval a působil zmateně.

#### 4.1.6 Medicínský management

##### **Ordinovaná vyšetření :**

Krevní obraz, jaterní testy, pozorování, rozhovor s dcerou a pacientem, ROR, MMSE, WAIS-R (plná verze), paměťový test učení, kresba postavy a stromu.

##### **Výsledky:**

- Krevní testy v normě, jaterní testy – pouze GGT (Gama-glutamyltransferáza) zvýšené.

- ***Pozorování:***

Orientován osobou někdy i místně, čase, nikoliv, při vyšetření ochotně spolupracoval spontánně mluvný, ale nevypravný, zabíhavý, ulpívá na tématu „bolševiků“, kteří jsou odpovědni za to, že přišel o práci , lze pozorovat až paranoidní nastavení. V klinickém obraze dominují poruchy paměti.

- ***Rozhovor s dcerou pacienta:***

Před cca 1 rokem zpozorovala, že nemocný začal ztrácet praktickou orientaci v prostoru, zanedbával hygienu, pozvolně celkově chátral. Poslední dva měsíce pozoruje zhoršenou orientaci v čase a významné poruchy krátkodobé paměti (nic na

čem se domluví si pacient nepamatuje), nálada kolísá od rozvernosti ke staženosti až k depresivnímu ladění. Dále sděluje, že již řadu let pije 5-6 piv 3x týdně, destiláty výjimečně.

- **Rozhovor s pacientem:**

Cítí se normálně, je rok a půl nezaměstnaný, protože vyhráli bolševici. Teď to v továrně vedou němci a dělají tam rusáci....pacient pokračuje. Já už končím, nemám už ani pětník, musím si hodit kšandu. Říká, že má pouze 700,-, několikrát opakuje, že bolševici vyhráli a soudruhu Havlovi se to vůbec nepovedlo.

### **Z použitých psychologických metod:**

- **ROR:**

Výsledek testu je přesvědčivý pro organický nález. V testu jsou zřetelné známky myšlenkové rozvolněnosti, stereotypie, oslabeného kontaktu s realitou, avšak nikoliv psychotického typu. Myšlení je nekritické, mírně paranoidně laděné, četné jsou konfabulované řešení.

- **MMSE:**

Výsledek testu (21 bodů) je signifikantní pro přítomnost kognitivního deficitu – dle norem testu vztahováno k projevům demence mírného až středního stupně. Dominuje postižení krátkodobé paměti a orientace v čase (neví datum, den v týdnu, měsíc ani současný rok).

- **WAIS-R (plná verze)**

Celková úroveň intelektových výkonů pacienta se pohybuje na rozhraní dolní hranice nižšího průměru a mentální retardace – aktual. celk. IQ = 77

Analýzou výsledků lze říci, že snížení premorbidní intelektuální kapacity je cca o 30 bodů IQ (permorbidně lze předpokládat IQ v pásmu průměru) a je difúzní ve prospěch verbální složky (IQ = 82, IQp = 71). Lze říci, že dominuje postižení krátkodobé verbálně-auditivní paměti, významně narušen proces učení, PMT je výrazně subnormní, stejně tak prostorová orientace, manipulace s objekty a veškeré zpětnovazebné mechanismy.

- **Paměťový test učení:**

(I. –V. –1-2-2-1-1, konfabulace 6x) je hluboko pod průměrem referenční skupiny, ukazuje na výrazné oslabení krátkodobé, střednědobé a verbální paměti a schopnosti učit se.

- **Kresba postavy a stromu:**

Provedení kreseb velmi jednoduché, nepropracované, celková úroveň kresebného projevu je nízká.

**Závěr:** celková úroveň intelektových pacienta se aktuálně pohybuje na rozhraní dolní hranice nižšího průměru a mentální retardace. Organické postižení intelektu je difúzní i když jednoznačně převažuje postižení paměti vedoucí k dezorientaci, mezery vyplňuje pacient četnými konfabulacemi. Přítomno je mírné paranoidní nastavení spojené s nevýpravností myšlení, zabíhavostí. Vlivem kognitivních poruch kolísá kontakt s realitou. Snížená kvalita sociálního kontaktu, celková deprivace osobnosti, narušena kritičnost i soudnost.

**Medikamentózní léčba :**

- **Per os :**

Název léku	Forma	Síla	Dávkování
Calofra	tbl.	50 mg	0-0-1
Giovax	tbl.	50 mg	1-0-0
Tiapridal	tbl.	100 mg	1/2-1/2-1-1
Tiapridal	sol.	100 mg	při neklidu 1 amp. i.m

#### 4.1.7 Situační analýza

Pacient 58-let starý přijat na oddělení gerontopsychiatrie z důvodu zhoršování kognitivních funkcí, k poruchám paměti začlo docházet před asi 2 roky, možná déle, pacient přestal docházet do zaměstnání, začal ztrácet orientaci v prostoru a čase. Pacient se přestal starat o domácnost, velmi zanedbával osobní hygienu a stravoval se pouze nákupem základních potravin, pacient začal celkově chátrat a strádat. Pacient si není schopen zapamatovat nové informace a staré vzpomínky má velice zkreslené, pacient často konfabuluje. U pacienta se objevuje kolísání nálad občas s náznaky agresivity. Komunikace je velmi omezená, bezobsažná v projevu. Pacient je schopen provádět osobní hygienu s doprovodem, na toaletu někdy nestíhá dojít včas a dojde k pomočení, zdá se, že v důsledku dezorientace. Pacient celý den podřimuje a v noci bloumá po pokoji a po chodbě. Stravování pacienta je v normě, je třeba dohlédnout na pitný režim, pacient nepocituje potřebu pít. Pacient má obtíže s oblékáním, připravené oblečení na hromádce si je schopen sám obléknout.

## 4.1.8 Stanovení sesterských diagnóz

### Aktuální diagnózy seřazené podle priority

- 00016 Porušené vyprazdňování moči, v souvislosti s naléhavým nucením na močení a otálením s vymocněním, projevujícím se pomocněním na lůžku nebo cestou na toaletu.
- 00130 Porušené myšlení, v souvislosti s duševními a emočními změnami, projevující se ztrátou krátkodobé paměti, dezorientací, vztahovačností a sníženou bdělostí.
- 00131 Poškozená paměť, v souvislosti s degenerativním poškozením mozku a dlouhodobého abúzu alkoholu, projevující se neschopností vybavovat si určité vzpomínky z minulosti a konkrétní informace.
- 00129 Chronická zmatenost, v souvislosti s porušenou interpretací podnětů a poruchou krátkodobé a dlouhodobé paměti, projevující se hledáním různých předmětů a nepřítomných osob.
- 00051 Zhoršená verbální komunikace, v souvislosti s dezorientací, poruchou vnímání a pozornosti při konverzaci, projevující se hledáním určitých slov a jednoduchým vyjadřováním.
- 00127 Porušená interpretace okolí, v souvislosti s degenerativním onemocněním mozku a ztrátou orientace osobami, místem a časem, projevující se soustavnou dezorientací, neschopností plnit jednoduché příkazy a neschopností logického myšlení.
- 00122 Porucha smyslového vnímání, v souvislosti se špatnou orientací časem, místem, osobami, špatnou koncentrací a změnou smyslové ostrosti, projevující se podrážděností, změnou ve způsobu chování a intenzitou vnímání chutě a bolesti.

- 00108 Deficit sebezpečí při koupání a hygieně, v souvislosti s poruchou kognitivních schopností a dezorientací, projevující se sníženou potřebou k hygieně, neschopností vzít si pomůcky potřebné k mytí a dojít do koupelny.
- 00109 Deficit sebezpečí při oblékání a úpravě zevnějšku, v souvislosti s poruchou koncentrace, orientace a neschopností se rozhodnout, projevující se obtížemi při oblékání, hledáním věcí a špatným vrstvením oblečení.
- 00154 Potulka, v souvislosti se zhoršením kognitivních funkcí, poškozením paměti a špatnou prostorovou vizualizací, projevující se bezcílným blouděním po chodbě a přesouváním z místa na místo.
- 00095 Porušený spánek v souvislosti s obráceným denním režimem, projevující se nočním potulováním a spaním přes den.
- 00099 Neefektivní podpora zdraví, v souvislosti s neschopností činit promyšlená, smysluplná rozhodnutí a spolehlivě zastat základní péči o zdraví, projevující se nezájmem a odmítáním poskytované péče.
- 00053 Společenská izolace, v souvislosti s narušením duševního stavu a neschopností navázat osobní vztahy, projevující se nekomunikativností, stahováním se do sebe a projevem agresivity vůči jiným.

#### **Potencionální diagnózy**

- 00026 Riziko deficitu tělesných tekutin, v souvislosti se sníženou potřebou tekutin a neschopností dojít si pro ně.
- 00140 Riziko násilí vůči jiným, v souvislosti s poruchou kognitivních funkcí a emočními změnami.
- 00094 Riziko intolerance aktivity, v souvislosti s pospáváním během dne a neochotou něco vykonávat.

## 4.1.9 Rozepsané ošetřovatelské diagnózy

Alzheimerova nemoc, jak již bylo zmíněno a jak vyplývá ze stanovených ošetřovatelských diagnóz je onemocnění zasahující do všech rovin lidského života. Z tohoto důvodu jsou zde uvedeny vypracované pouze čtyři aktuální ošetřovatelské diagnózy seřazené podle priority pro pacienta.

### 1. Sesterská diagnóza aktuální:

00016 Porušené vyprazdňování moči, v souvislosti s naléhavým nucením na močení a otálením s vymočením, projevujícím se pomočením na lůžku nebo cestou na toaletu.

**Cíl :** Pacient se naučí chodit na toaletu ve vhodnou dobu, bude chodit močit po individuálně vhodných množstvích a pamatuje si, kde se přesně toaleta nachází a nebude muset používat pleny – do 7 dnů.

**Priorita :** *Střední*

**Výsledné kritéria :**

- Pacient najde bezpečně toaletu, stihne ji použít včas a nepotřebuje pleny - do 5 dnů.
- Pacient ví, kde hledat značení směřující na toaletu a které dveře to jsou – do 4 dnů.
- Pacient chodí močit po intervalech a nepomočí se – do 3 dnů.

### **Plán intervencí :**

- určete poměr mezi dobou, než pacient dojde na záchod/uvolní oděv, a intervalem mezi nucením a nekontrolovaným spuštěním moči – sestra ve službě
- vezměte v úvahu onemocnění a užívané léky – primární sestra
- věnujte pozornost podmínkám prostředí, které mohou bránit včasnému dosažení toalety a jeho úspěšnému dosažení (neznámé prostředí, špatné osvětlení, velká vzdálenost toalety) – sestra ve službě
- změřte/odhadněte množství moči, vymočené nebo uniklé v rámci inkontinence – sestra ve službě



- zvolte oblečení, které lze snadno a rychle svléknout (suché zipy, kalhoty na gumu apod.) – sestra ve službě
- ponechejte přes noc rozsvícená světla na cestě k toaletě – sestra ve službě
- každé tři hodiny, připomeňte pacientovi potřebu močení a dvě až tři hodiny před spaním nepodávejte žádné tekutiny – sestra ve službě
- dbejte na řádné osvětlení večer, pomůže i označení šipkami a barevné odlišení nebo cedulka na dveřích, ukažte pacientovi – sestra ve službě

- Realizace :**
- 1.den • Pozorovala jsem pacienta, jak zvládá potřebu na močení, cestu na toaletu a svlékání oblečení.
  - 1.den • Odhadla jsem množství moči uniklé při inkotinenci.
  - 1.den • Vybrala jsem pacientovy oblečení, které se snadno svléká.
  - 1-3.den • Ukázala jsem pacientovy podle jakého označení se má držet, když jde na toaletu, aby nebloudil, opakovali jsme několikrát.
  - 1-3.den • Ukázala jsem pacientovy označení dveří toalety, aby nebloudil.
  - 1-6.den • Chodila jsem za pacientem a připomínala mu zda-li nemá potřebu na toaletu.

### **Hodnocení :**

Cíl byl částečně splněn, pacient se naučil chodit na toaletu v pravidelných intervalech, už ví jak se zorientovat při hledání toalety, ale i přesto dojde občas k pomočení, nadále je potřeba pokračovat v intervencích.

### **2. Sesterská diagnóza aktuální:**

00130 Porušené myšlení, v souvislosti s duševními a emočními změnami, projevující se ztrátou krátkodobé paměti, dezorientací, vztahovačností a sníženou bdělostí.

**Cíl :** Pacient bude mít zachovanou orientaci na realitu co nejdéle, důležité bude zaměřit se na jakékoli změny myšlení/chování a pacient bude mít upravený životní styl/chování ve prospěch stabilního duševního stavu – po dobu hospitalizace.

**Priorita :** *střední*

- Výsledné kritéria:**
- Pacient má zachovanou orientaci na realitu co nejdéle – po dobu hospitalizace.
  - Pacient si udrží pozornost a výbavnost nedávno proběhlých událostí – po dobu hospitalizace.
  - Pacient dobře reaguje na komunikaci a správně interpretuje sdělení – po dobu hospitalizace.

**Plán intervencí :**

- zhodnoťte duševní stav pacienta, zejména rozsah poruchy myšlení, paměť (výbavná, krátkodobá), orientace osobami/místem/časem, náhled a úsudek – primární sestra
- posuďte, jak dlouho udrží pacient pozornost a zda je schopen se soustředit, činit rozhodnutí a řešit problémy – sestra ve službě
- povšimněte si neupravenosti/nepořádnosti, zpomalené řeči či špatné artikulace – sestra ve službě
- posuďte výskyt paranoidních projevů, bludů a halucinací – sestra ve službě
- v rozmluvě s blízkými osobami pacienta zjistěte dříve obvyklé myšlenkové schopnosti pacienta, nastalé změny chování, dobu trvání poruchy a další informace, pro pozdější porovnání – primární sestra
- pomozte pacientovi zorientovat se časem, místem i osobami – sestra ve službě
- sledujte, zda se neobjevuje chování, které může ukazovat na riziko násilí – sestra ve službě
- doporučte vhodnou rehabilitaci (např. kognitivní program apod.) – primární sestra
- udržujte vlídné prostředí a klidný přístup v pomalejším tempu – sestra ve službě
- používejte jednoduché příkazy, stručně a jednoduše formulované – sestra ve službě
- udržujte vztah pacienta k realitě a prostředí (hodiny, kalendář, osobní věci apod.) – sestra ve službě
- omezte provokativní podněty, negativní kritiku, konflikty apod. – sestra ve službě

- Realizace :** 1-5.den
- Při rozhovoru jsem zhodnotila rozsah poruchy myšlení, to jak je pacient orientován časem, místem a osobou a jak dlouho pacient udrží pozornost.

- 1-5.den • Při rozhovoru jsem si všímala, jak pacient udrží pozornost a zda je schopen se soustředit na dané téma, dále jsem si všímala zda pacient konfabuluje a zda trpí halucinacemi.
- 3.den • Promluvila jsem s dcerou nemocného a zjistila, jak na tom byl pacient dříve.
- 1-5.den • Ptala jsem se pacienta, kde se nachází a jaký je den a rok, probrali jsme jeho osobní věci, aby si je připomněl, když si nevěděl rady nebo odpověděl chybně opravila jsem ho a zopakovala.
- 1-6.den • S pacientem jsem mluvila jasně a vstřícně, všímala jsem si jestli nemá pacient agresivní sklony.

### **Hodnocení :**

Cíl byl částečně splněn, pacient ví, kde se nachází a co je za den. Na dotaz, jaká byla snídaně nebo jak se mu líbilo cvičení nechce odpovídat. O rodině se odmítá bavit. Nadále je potřeba pokračovat v intervencích.

### **3. Sesterská diagnóza aktuální:**

00131 Poškozená paměť, v souvislosti s degenerativním poškozením mozku a dlouhodobého abúzu alkoholu, projevující se neschopností vybavovat si určité vzpomínky z minulosti a konkrétní informace.

**Cíl :** Pacient bude brát na vědomí vytvořené metody na pomoc zapamatování si nejdůležitějších věcí a bude akceptovat svoje omezení v důsledku stavu a účinně využívat zdroje – po dobu hospitalizace.

**Priorita :** *střední*

**Výsledné kritéria :**

- Pacient trénuje paměť pomocí různých cvičení – každý všední den, po dobu hospitalizace.
- Pacient se zapojuje do skupinových aktivit – každý všední den, po dobu hospitalizace.

- Pacient spolupracuje při kognitivním testování a snaží se – do 2 dnů.

### **Plán intervencí :**

- asistujte při testování kognitivních (poznávacích) schopností a seznáňte se s výsledky testů – primární sestra
- zhodnoťte stupeň dovedností včetně schopnosti pečovat o sebe – primární sestra
- zaveďte vhodné techniky trénování paměti, např. pomocí kalendáře, psaní seznamů, mnemotechnické pomůcky apod. – primární sestra
- povzbuzujte pacienta k vyjádření pocitů frustrace, bezmocnosti atd. – sestra ve službě
- zdůrazněte význam přiměřeného tempa učení a náležitého odpočinku – sestra ve službě
- pomozte pacientovi, vyvinout kompenzační postupy zlepšující výkon a bezpečnost pacienta – primární sestra

- Realizace :**
- 1.den • Zhodnotila jsem kognitivní schopnosti a seznámila jsem se s výsledky testů.
  - 1.den • Všimla jsem si, jak je pacient soběstačný a dokáže pečovat sám o sebe.
  - 1.den • S pacientem jsem si povídala o jeho minulosti, co dělal, jestli má děti apod. a všimla jsem si i neverbálních projevů komunikace.
  - 1-5.den • Probírala jsem s pacientem jaký je den, rok a kde se nachází, pacient zkoušel napsat své jméno.
  - 1-8.den • Motivovala jsem pacienta, aby chodil nacvičení a procvičování paměti.

### **Hodnocení :**

Stanoveného cíle nebylo dosaženo pacient nechce spolupracovat, nechce si připustit, že by byl nemocný a nechce se zúčastňovat aktivit k trénování paměti. Nadále je potřeba pokračovat v intervencích a motivovat pacienta.

#### 4. Sesterská diagnóza aktuální:

00129 Chronická zmatenost, v souvislosti s porušenou interpretací podnětů a poruchou krátkodobé a dlouhodobé paměti, projevující se hledáním různých předmětů a nepřítomných osob.

**Cíl :** Pacient se bude snažit zapojit do ošetrovatelské péče a léčby, tak aby byla situace zvládnutelná, bude se snažit pochopit nemoc a snažit se zachovat si paměť co nejdéle, aby byl co nejdéle nezávislý – po dobu hospitalizace.

**Priorita :** *Střední*

**Výsledné kritéria :**

- Pacient je schopen rozumět sdělenému a zúčastňovat se komunikace – po dobu hospitalizace.
- Pacient je povzbuzován, aby vyprávěl o své minulosti – po dobu hospitalizace.
- Pacient je klidný a orientovaný, nemá důvod k obranným reakcím – po dobu hospitalizace.

#### **Plán intervencí :**

- posuďte výsledky diagnostických vyšetření (např. paměti, orientace, udržení pozornosti, schopnosti počítat atd.) – primární sestra
- posuďte schopnost rozumět sdělenému a účinně komunikovat – sestra ve službě,
- povšimněte si zhoršení/změn v osobní hygieně a chování – sestra ve službě
- promluvte s blízkými osobami pacienta o jeho dřívějším chování, délce trvání/progresi změn – sestra ve službě
- určete hladinu úzkosti v souvislosti se situací, povšimněte si chování, ukazující na možnost násilí – sestra ve službě
- zajistěte klidné prostředí bez nadměrné stimulace – primární sestra
- vyhněte se vyvolání nelogického myšlení, protože může vést k obranné reakci – sestra ve službě
- udržujte orientaci v realitě (hodiny, osobní předměty apod.) – sestra ve službě
- dbejte na bezpečnost (pečlivý dohled, bezpečné uschování léků apod.) – sestra ve službě

- Realizace :**
- 1.den • Posoudila jsem schopnost pacienta rozumět sdělenému a účinně komunikovat.
  - 1-3.den • Všímala jsem změn v osobní hygieně a chování pacienta.
  - 1-4.den • Posoudila jsem hladinu úzkosti v souvislosti s různými situacemi.
  - 1-5.den • Zajistila jsem pacientovy klidné prostředí při konverzaci.
  - 1-8.den • Opakovaně jsem se pacienta vyptávala kde se nachází, kolik je hodin, jaký je den, rok apod.

**Hodnocení :**

Stanoveného cíle bylo dosaženo částečně, pacient se snaží zapojovat do komunikace, ale dělá mu to obtíže cítí se nejistý a občas reaguje podrážděně a odmítavě. Nadále je potřeba pacienta povzbuzovat a motivovat, nadále je potřeba pokračovat v daných intervencích.

#### **4.1.10 Celkové hodnocení**

Celkově by se dal pacientův zdravotní stav zhodnotit takto, pacient v oblasti trénování paměti, myšlení a logického uvažování nejeví příliš známky ochoty a zájmu. Po dlouhém přemlouvání a povzbuzování se většinou zapojí, ale nemá zájem zapojovat se do aktivit. Je potřeba nadále věnovat pozornost tomuto problému a dál provádět naplánované intervence. Problém s inkontinencí se díky naplánovaným intervencím zlepšil pacient se naučil, kde se nalézá toaleta a nebloudí po chodbě, takže k pomočení dochází výjimečně. Ranní hygienu pacient zvládá téměř sám, je potřeba na něho dohlédnout a zkontrolovat zda provádí všechny úkony tak jak má. Potřeba je nachystat pacientovy všechno oblečení, které si má vzít v daném pořadí, jinak oblečení špatně vrství nebo si ho obléká obráceně. Pacient nadále přes den pospává a v noci bloudí po pokoji a po chodbě, ruší pacienty a je někdy agresivní, nadále je potřeba věnovat pozornost intervencím a zaměstnávat pacienta během dne různými aktivitami. Snažit se, aby se pacient zapojoval do kolektivu a trénoval komunikaci. Potřeba je i dohlížet na pitný režim pacienta, pacient sice vypije kolem 1500 ml tekutin, ale nepociťuje potřebu pít a zapomíná, kde jsou tekutiny na oddělení k dispozici. Pacient se stravuje dobře, je schopen používat příbor, většinou sní vše. Pacient se někdy projevuje

agresivně vůči okolí, používá hanlivé výrazy, objevuje se i kolísání nálad. Realizace je uvedena ve dnech vzhledem k charakteru onemocnění.

## 4.2 Doporučení pro praxi

Aby byla ošetrovatelská péče u pacienta s Alzheimerovou nemocí efektivní je třeba, aby péče měla komplexní charakter. V praxi to znamená, že aby byla léčba efektivní je třeba zapojení všech složek účastnících se ošetrovatelské péče. To by znamenalo propojení léčby farmakologické, psychoterapeutické a rehabilitační. Současně bychom měli mít na paměti, že léčbu a podporu nepotřebuje pouze nemocný, ale často i pečující osoby a jejich a blízcí. Nemoc samotná hlavně v pozdějších stádiích klade velké nároky právě na pacientovo okolí.

Velkým přínosem by bylo pro rodiny s pacienty s Alzheimerovou nemocí, kdyby byly pod odborným dohledem, jak z hlediska pečovatelského tak lékařského. V této oblasti má velký význam česká Alzheimerovská společnost, která napomáhá rodinám pečujících o takto nemocné různými programy. Ať už je to vzájemné vyměňování informací a zkušeností rodin a pečovatelů sdílejících stejné starosti o nemocné nebo poskytování konzultací a rad odborným vyškoleným personálem a různé jiné aktivity. V této oblasti vidím přínos i této práce, která může pomoci pochopit blíže toto onemocnění, seznámit všeobecné sestry a jiné zájemce s touto problematikou a pomoci tak někomu koho se nemoc nějak bezprostředně dotýká. Jak formou edukace, kdy můžou rodinným příslušníkům tak pečovatelům vysvětlit co je Alzheimerova nemoc, jak správně přistupovat k pacientům, ale také o pravděpodobné prognóze a celkovém postupu onemocnění. Tak formou ošetrovatelské péče, kdy mohou sestry, které se zajímají a pracují s takto nemocnými přímo pomoci pečovatelům s pečováním o pacienty s Alzheimerovou nemocí a ulehčit tak rodinám v jejich obtížné situaci.

Proto je nedílnou součástí tohoto povolání i neustálé prohlubování znalostí a absolvování pravidelných školení, která jsou zaměřena právě na vzdělání pracovníků ve zdravotnictví a sociálních služeb, kteří pracují a jsou v neustálém kontaktu s takto nemocnými pacienty a jejich rodinami.

## ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo zaměřit se na ošetrovatelskou péči a vypracovat ošetrovatelský proces u pacienta s Alzheimerovou nemocí. Z vypracovaného ošetrovatelského procesu jasně vyplynulo, že tato nemoc zahrnuje stanovení spousty ošetrovatelských diagnóz a s nimi spojených intervencí. To poukazuje nejen na to, jak je toto onemocnění závažné, ale i to jak zasahuje do všech směrů lidského života. A to jak do psychických, fyzických tak sociálních a spirituálních rovin. Docházíme tedy k závěru, že nejde pouze o onemocnění, které ovlivňuje pouze pacienta samotného, ale je i značnou zátěží pro celé jeho okolí. Rodina potřebuje dostatek informací a to vyžaduje, aby byla rodina dostatečně edukována a vzdělávána, odborníky v dané oblasti, ať již se jedná o sociální pracovníky, zdravotní sestry či ošetrovatelky. To znamená i neustálé prohlubování znalostí odborníků v dané oblasti a zájem o danou problematiku.

Péče o pacienta s Alzheimerovou nemocí vyžaduje také dostatečné finanční prostředky a zejména čas, který je třeba nemocnému věnovat. Důležitá je bezesporu i podpora rodiny ve snaze pečovat o svého blízkého, proto existují různé psychoedukační programy využívající kognitivně-behaviorální a relaxační techniky.

Pečovatelé by měli vyvíjet snahu o komplexní péči u pacienta s Alzheimerovou nemocí. Především důležité je ve vztahu pečovatel-pacient usilovat o důstojnost, spokojenost a samostatnost nemocného. Snažit se o ochranu před zbytečným strachem, úzkostí a studem a jednat s pacientem tak, aby docházelo k obohacování jeho života. V tomto směru hraje významnou roli kvalitní péče, proto je třeba pečovatele neustále edukovat a vzdělávat v dané oblasti.

Problematikou Alzheimerovy nemoci se už začli zabývat i úřady ČR, příslušným rezortům bylo zadáno zpracovat do června 2011 návrh koncepce na řešení problematiky Alzheimerovy nemoci a obdobných onemocnění. Vznikl tzv. plán Alzheimer, který by měl analyzovat současnou situaci lidí s demencí a jejich rodinných příslušníků, se zaměřením na potřeby lidí takto nemocných a zajištění těchto potřeb, ale i na dostupnost a kvalitu zdravotnických a sociálních služeb pro tuto skupinu obyvatel. Plán bude obsahovat také opatření v oblasti poskytování zdravotní péče. Součástí plánu by mělo být i opatření směřující k systematické podpoře rodinných pečujících a péče v domácím prostředí. Plán by měl zahrnovat nejen problematiku Alzheimerovy demence, ale i dalších demencí či degenerativních onemocnění s obdobnými důsledky.



## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. ARCHALOUSOVÁ, A.; SLEZÁKOVÁ, Z., 2005. *Aplikace vybraných ošetrovatelských modelů do klinické a komunitní praxe*. Hradec králové : Nucleus HK, 2005. 107 s. ISBN 80-86225-63-1.
2. BUIJSSEN, Huub, 2006. *Demence: Průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Z angl. orig. přel. Kašparovská Hana. Praha : Portál, 2006. 132 s. ISBN 80-7367-081-X.
3. DOENGES, M., E.; MOORHOUSE, M.,F., 2001. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. rozš. a aktualiz. vyd. Praha : Grada publishing, 2001. 568 s. ISBN 80-247-0242-8.
4. FRANKOVÁ, V. 2010. Alzheimerova choroba. *Vademecum zdraví*, 2010, roč. 6, č. 4, s. 10-12. ISSN 1802-3959.
5. JIRÁK, Roman a kol., 1999. *Demence*. Praha : Maxdorf, 1999. 226 s. ISBN 80-85800-44-6.
6. KALVACH, Z. aj. 2004. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha : Grada publishing, 2004. 861 s. ISBN 80-247-0548-6.
7. KALVACH, Jiří; ONDERKOVÁ, Alice. 2006. *Stáří: Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha : Galén, 2006. ISBN 80-7262-455-5.
8. KOUKOLÍK, J.; JIRÁK, R., 1998. *Alzheimerova nemoc a další demence*. Praha : Grada publishing, 1998. 229 s. ISBN 80-7169-615-3.
9. KOZIEROVÁ, B.; ERBOVÁ, G.; OLIVIEROVÁ, R., 1995. *Ošetrovatel'stvo 1*. Martin : Osvěta, 1995. 836 s. ISBN 80-217-0528-0.
10. KUČEROVÁ, Helena, 2006. *Demence v kazuistikách*. 1. vyd. Grada publishing, 2006. 109 s. ISBN 80-247-149-4.
11. MALÁ, Eva; PAVLOVSKÝ, Pavel. 2002. *Psychiatrie*. Praha : Portál, 2002. 144 s. ISBN 80-7178-700-0.
12. MAREČKOVÁ, Jana, 2006. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha : Grada publishing, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
13. MAREČKOVÁ, Jana, 2006. *NANDA - International diagnostika v ošetrovatelském procesu, NIC a NOC klasifikace*. 1. vyd. Ostrava : Ostravská univerzita v Ostravě, 2006. ISBN 80-7368-109-9.
14. MARKOVÁ, E.; VENGLÁŘOVÁ, M.; BABIAKOVÁ, M. 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha : Grada publishing, 2006. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.

15. NĚMCOVÁ, Jitka; MAURITZOVÁ, Ilona. 2009. *Skripta k tvorbě bakalářských a magisterských prací*. Plzeň : Maurea, s.r.o., 2009. 75 s. ISBN 978-80-902876-0-0.
16. PFIZER s.r.o., *Alzheimerova nemoc v rodině*. 1. vyd. Praha : Maxdorf, 1998. 97s. ISBN 80-85800-96-9.
17. PIDRMAN, Vladimír, 2007. *Demence*. 1. vyd. Praha : Grada publishing, 2007. 183 s. ISBN 978-80-247-1490-5.
18. RABOCH, Jiří; PAVLOVSKÝ, Pavel et al. 2008. *Klinická psychiatrie v denní praxi*. Praha : Galén, 2008. 158 s. ISBN 978-7262-586-4.
19. REKTOROVÁ, Irena et al., 2007. *Kognitivní poruchy a demence*. 1. vyd. Praha : Triton, 2007. 190 s. ISBN 978-80-7387-017-1.
20. RŮŽIČKA, Evžen et al. 2003. *Diferenciální diagnostika a léčba demenci*. 1. vyd. Praha : Galén, 2003. 175 s. ISBN 80-7262-205-6.
21. STAŇKOVÁ, Marta, 2005. *České ošetřovatelství 3, Jak zavést ošetřovatelský proces do praxe*. Brno : Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2005. ISBN 80-7013-282-5.
22. TRACHTOVÁ, Eva a kol., 2008. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. 2. rozš. vyd. Brno : Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008. 185 s. ISBN 80-7013-324-4.
23. ZACHARIASOVÁ, Silvia. 2000. *Diagnóza Alzheimer: Helmut Zacharias: reportáž*. 1 vyd. Praha : Galén, 2000. 85 s. ISBN 80-7262-218-8.
24. ZACHAROVÁ, E.; HERMANOVÁ, M.; ŠRÁMKOVÁ, J. 2007. *Zdravotnická psychologie*. Praha : Grada publishing, 2007. 229 s. ISBN 978-80-247-2068-5.
25. ZGOLA, Jitka. M. 2003. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2003. 226 s. ISBN 80-247-0183-9.

#### **Internetové zdroje:**

26. ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST. 2011a. *ČASL, Bezpečný návrat, Pomerančový den* [online]. [cit. 2011-25-02]. Dostupné z WWW:< <http://www.alzheimer.cz/?PageID=2> >.
27. ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST. 2011b. *Průběh onemocnění* [online]. [cit. 2011-25-02]. Dostupné z WWW:< <http://www.alzheimercentrum.cz/alzheimerovo-onemocneni/prubeh-onemocneni> >.
28. ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST. 2011c. *Základní rady a pravidla při pečování o vaše blízké* [online]. [cit. 2011-25-02]. Dostupné z WWW: < <http://www.gerontologie.cz/showdoc.do?docid=37>, >.

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A - Mini-Mental State Examination (MMSE)	I.
Příloha B - Desatero: komunikace s pacienty se syndromem demence	IV.
Příloha C - Desatero: základní rady a pravidla při pečování o vaše blízké	V.
Příloha D - Jak se pozná Alzheimerova nemoc?	VI.
Příloha E - Evropská charta pacientů postižených demencí a těch, kteří o ně pečují – deklarace Alzheimer Europe	VII.

Příloha A - Mini-Mental State Examination (MMSE)

Mini-Mental State Examination (MMSE)

# Test kognitivních funkcí

Jméno pacienta:

Datum vyšetření:

	1	2	3	4	5	6	7	8
den	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
měsíc	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
rok	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

---

**1. Orientace**

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

**Kolikátého je dnes?**

**Který je dnes den v týdnu?**

**Který je měsíc?**

**Který je rok?**

**Které je roční období?**

**V jaké zemi se nacházíme?**

**Ve kterém okrese?**

**Ve kterém městě?**

**Jak se jmenuje tato nemocnice?**

**Na kterém jsme poschodí?**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

---

**2. Zapamatování**

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

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

**lopata**

**šátek**

**váza**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

---

**3. Pozornost a počítání**

Za každou správnou odpověď započítáte 1 bod. Pokud pacient udělá chybu a dále odečítá správně, počítejte pouze jako jednu chybu. (Maximálně 5 bodů)

Za každé správné písmeno započítáte 1 bod. (Maximálně 5 bodů)

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

**100**

**93 M**

**86 R**

**79 K**

**72 O**

**65 P**

*Jestliže pacient tento úkol nedokáže nebo nechce provést, vyzvěte ho: Hláskujte, prosím, pozpátku slovo POKRM po jednotlivých písmenech.*

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

---

**4. Výbavnost**

Za každou správnou odpověď započítáte 1 bod


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


**lopata**

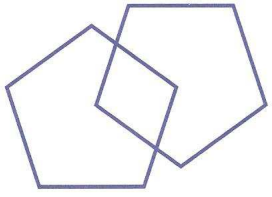
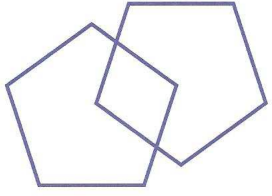
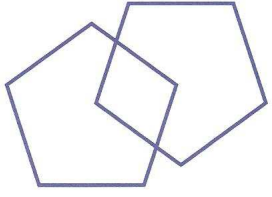
**šátek**

**váza**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>





9	
10	
9	
10	
9	
10	
9	
10	



### 5. Pojmenování předmětu

Za správnou odpověď započítáte 1 bod.

Ukažte náramkové hodinky

Co je to?

Ukažte tužku

Co je to?

### 6. Opakování

Za správnou odpověď započítáte 1 bod, přípustný je pouze jeden pokus.

Opakujte, prosím, po mně:

„První pražská paroplavba“.

### 7. Třístupňový příkaz

Položte před pacienta list papíru a dejte mu následující pokyn:

Nyní vezměte tento papír do pravé ruky, přeložte ho na polovinu a položte na zem.

Za každou správně provedenou činnost započítáte 1 bod.

Pravá ruka

Přeložení na polovinu

Položení na podlahu

### 8. Čtení a vykonání psaného příkazu

Ukažte pacientovi spodní část tohoto testu s nápisem: „Zavřete oči“ a vyzvěte ho:

Přečtěte, prosím, co je zde napsáno a udělejte to.

Nechte pacientovi 10 vteřin na provedení. Instrukci můžete opakovat nejvýše 3x. Započítáte 1 bod pouze, pokud pacient skutečně zavře oči.

### 9. Psaní

Dejte vyšetřovanému tužku a papír a vyzvěte jej:

Napište, prosím, jakoukoli větu.

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

### 10. Obkreslení obrazce

Dejte vyšetřovanému tužku a papír a vyzvěte jej:

Nakreslete obrázek co nejprěsněji podle předlohy.

Započítáte 1 bod, pokud pacient nakreslí obrazec v časovém limitu do 1 minuty, jestliže jsou zachovány správné strany, počet úhlů a překřížení. Třes ani rotace nevadí.

Zpracováno na podkladě:

Prof. MUDr. Eva Topinková – Jak správně a včas diagnostikovat demenci, Praha, 1999; se souhlasem autorky.

Odborná spolupráce při grafické realizaci: MUDr. Aleš Bartoš, FN KV, Praha 10

Celkem:

# ZAVŘETE OČI!

**EXELON**  
(rivastigmin)

**NOVARTIS**

Zdroj: PSYCHIATRICKÁ KLINIKA VŠEOBECNÉ FAKULTNÍ NEMOCNICE, 2010

## Příloha B - **DESATERO komunikace s pacienty se syndromem demence**

1. **Při komunikaci omezujeme rušivé a rozptylující vlivy prostředí** (např. rozhlasové vysílání), ujistíme se, že pacient dobře slyší, že má správně nastaveny kompenzační pomůcky (naslouchadla) a že netrpí komunikační poruchou ve smyslu afázie.
2. **Pacienta povzbuzujeme vlídným zájmem, usilujeme o klidné chování a pozitivní výraz**, omezujeme prudké pohyby a přecházení, zůstáváme v zorném poli pacienta.
3. **Mluvíme srozumitelně, pomalu a v krátkých větách.**
4. **V hovoru se vyhýbáme odborným výrazům, žargonu, ale i frázím či ironicky míněným protimluvům.** Používáme výrazy pacientovi známé a přiměřené. Používáme přímá pojmenování, vyhýbáme se zájmenům a pokud lze, tak na předměty, osoby, části těla, o nichž hovoříme, ukazujeme. Pokud pacient něco správně nepochopil, použijeme pokud možno jinou formulaci a neopakujeme stejná slova.
5. **Aktivně navazujeme a udržujeme oční kontakt a průběžně ověřujeme, zda pacient našim informacím správně porozuměl**, důležité údaje píšeme navíc na papír. Pro získání pozornosti, případně pro zklidnění, používáme dotek.
6. **Využíváme neverbální komunikaci, mimiku, dotek a tyto projevy sledujeme a umožňujeme i u pacienta**; jsme vnímaví k projevům úzkosti, strachu, deprese, bolesti.
7. **Dáme zřetelně najevo, zda odcházíme jen na chvíli nebo zda konzultace skončila.**
8. **Pacienta nepodceňujeme, komunikaci neomezujeme, ale přizpůsobujeme jeho schopnostem.** Pacienty informujeme o povaze a důvodu vyšetření či léčebného výkonu, během vyšetření s nimi komunikujeme, uklidňujeme je, postup komentujeme.
9. **Aktivně chráníme důstojnost lidí trpících syndromem demence**, bráníme jejich ponižování, posilujeme jejich autonomii a možnost rozhodovat o sobě.
10. **Při komunikaci posilujeme orientaci pacienta osobou, místem i časem, oslovujeme jej důstojně jménem nebo tak, jak si sám přeje či vyžaduje.**

Zdroj: KALVACH et al., 2006

## Příloha C - DESATERO základní rady a pravidla při pečování o vaše blízké

DESATERO – Základní rady a pravidla při pečování o vaše blízké	
<b>Jak zajistit bezpečnost?</b>	
<b>1.</b>	<b>Odklíďte z místnosti vše, co tam překáží, aby se snížilo nebezpečí pádu nemocného.</b>
<b>2.</b>	<b>Zabezpečte plynové a elektrické sporáky a jiné spotřebiče.</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Přikryjte ovládací knoflíky a mikrovlnné i jiné elektrické trouby odpojte ze sítě, když jsou mimo provoz.</li></ul>
<b>3.</b>	<b>Odstraňte i jiné předměty, které by mohly pacienta ohrozit</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Používáte-li bojler, snižte teplotu pod 50 stupňů, abyste nemocného uchránili před opařením.</li><li>• U dveří do koupelny a ložnice odstraňte zámky z vnitřní strany dveří.</li><li>• Prostory, kde je vana nebo bazén nechávejte uzamčené.</li><li>• Peněženky, klíče, účty a důležité doklady ukládejte mimo dosah nemocného. Nemocní s Alzheimerovou nemocí mohou různé předměty přemístit nebo schovat, aniž si to uvědomují.</li><li>• Zamykejte nebezpečné látky, jako jsou čisticí prostředky, zápalky a léky.</li></ul>
<b>4.</b>	<b>Zabraňte nemocnému s Alzheimerovou nemocí v řízení auta</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Váš blízký se pravděpodobně nebude chtít této činnosti vzdát. Pro obecnou bezpečnost je však třeba udělat vše, aby nemocný nesedl za volant.</li><li>• Znemožňujte mu přístup k autu. Klíče od auta schovávejte a auto nechávejte zamčené. Snažte se auto zaparkovat tak, aby je nemocný neviděl.</li></ul>
<b>5.</b>	<b>Kontrolujte, kam nemocný chodí</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Nemocní s Alzheimerovou nemocí bývají neklidní a zmatení. Snadno mohou bloudit a ztratit se.</li><li>• Dveřní zámky upravte tak, aby byly pro nemocného těžko odemykatelné.</li><li>• Požádejte sousedy, aby vás upozornili, pokud uvidí, že se nemocný pohybuje někde sám.</li><li>• Kupte nemocnému náramek, na který se dá umístit jméno a adresa a dbejte na to, aby jej nosil.</li></ul>
<b>6.</b>	<b>Pomoc při péči o vlastní osobu nemocného</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Jídlo a pití</b><p>Alespoň jedno jídlo denně konzumujte společně s nemocným. Dbejte na to, aby jídlo mělo co nejvyšší výživnou hodnotu a aby nemocný během dne vypil dostatek tekutin.</p></li><li>• <b>Oblékání</b><p>Pro nemocného je někdy obtížné vybrat si, co si má obléci. Zkuste mu připravit každý den oblečení sami. Potřebuje-li nemocný pomoc při oblékání, podávejte mu jednotlivé kusy oblečení a říkejte mu, jak si je má obléci.</p></li><li>• <b>Podávání léků</b><p>Dbejte na to, aby nemocný denně užíval všechny léky, které má předepsány. Nespoléhejte na to, že si nemocný vezme léky sám. Dávejte mu je raději sami, abyste si byli jisti, že je užívá včas a ve správném množství. Léky uchovávejte ne bezpečném místě, abyste zabránili tomu, že si jich nemocný omylem vezme více.</p></li></ul>
<b>7.</b>	<b>Komunikace a chování</b> <p>Pro nemocného s Alzheimerovou nemocí je často obtížné se dorozumět a být pochopen. K projevům Alzheimerovy nemoci patří i to, že nemocní jednají a chovají se takovým způsobem, který vás může znechutit nebo rozčlílit. Uvědomte si, že to je důsledek nemoci a ne záměr. Naučte se s takovými obtížnými situacemi vyrovnávat.</p> <p>Nemocní s Alzheimerovou nemocí mají často potíže porozumět smyslu řečeného, ale jsou velmi citliví na to, jak se co říká. Snažte se vždy komunikovat vlídným a klidným tónem.</p>
<b>8.</b>	<b>Plánujte každodenní činnost pro nemocného</b> <p>Pacienti s Alzheimerovou nemocí se často nudí. Rádi by něco dělali, ale nevědí co a jak. Proto je dobré připravit jim na každý den nějakou činnost. Úkoly musí být jednoduché. Vhodné je, když se činnosti opakují. Pracujte spolu s nemocným a obtížnější část úkolů udělejte případně sami (např. při pečení koláče sami obstarajte vážení nebo odměřování surovin). Dbejte na to, abyste se vy i nemocný udržovali v co nejlepší fyzické kondici. Výborným pohybem je procházka v přírodě. Cvičení zmírňuje neklid a zlepšuje spánek.</p>



Zdroj: ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST, 2011c



## Příloha D - Jak se pozná Alzheimerova nemoc?

### Jak se pozná Alzheimerova nemoc? - 10 příznaků, které by Vás měly varovat

#### 1. Ztráta paměti, která ovlivňuje schopnost plnit běžné pracovní úkoly

Zapomínat občas pracovní úkoly, jména kolegů nebo telefonní čísla spolupracovníků a vzpomenout si na ně později je normální. Lidé trpící duševní chorobou, jako je například Alzheimerova nemoc, však zapomínají častěji a nevzpomenou si ani později.



#### 2. Problémy s vykonáváním běžných činností

Hodně vytížení lidé jsou občas roztržití, takže někdy nechají dušenou mrkev stát v kastrolu na sporáku a vzpomenou si na ni, až když už je po jídle. Lidé trpící Alzheimerovou chorobou například připraví jídlo a nejen, že ho zapomenou dát na stůl, ale zapomenou i na to, že ho vůbec udělali.

#### 3. Problémy s řečí

Každý má někdy problém najít správné slovo, ale člověk s Alzheimerovou chorobou zapomíná i jednoduchá slova nebo je nahrazuje nesprávnými, a jeho věty pak nedávají smysl.



#### 4. Časová a místní dezorientace

Každý občas může zapomenout, jaký je den a kam vlastně jede, to je normální. Ale lidé s Alzheimerovou nemocí se ztratí v ulici kde bydlí a nevědí, kde jsou, jak se tam dostali, ani jak se dostanou domů.

#### 5. Špatný nebo zhoršující se racionální úsudek

Lidé se někdy tak zaberou do nějaké činnosti, že na chvíli zapomenou na dítě, které mají na starosti. Lidé s Alzheimerovou nemocí úplně zapomenou, že nějaké dítě existuje. Mohou se i nesmyslně obléknout, například si vezmou na sebe několik košil nebo halenek najednou.

#### 6. Problémy s abstraktním myšlením

Kontrola výpisu z účtu může někoho vyvést z míry, když je trochu komplikovanější než jindy. Člověk s Alzheimerovou nemocí může úplně zapomenout, co ta čísla znamenají a co s nimi má dělat.

#### 5. Zakládání věcí na nesprávné místo

Každý někdy někam založí peněženku nebo klíče. Člověk s Alzheimerovou nemocí dává věci na zcela nesmyslná místa: zehličku do ledničky nebo hodinky do cukřenky.

#### 6. Změny nálady nebo chování

Každý má někdy špatnou náladu. Člověk s Alzheimerovou nemocí podléhá prudkým změnám nálady. Náhle a nečekaně propukne v pláč nebo podlehne návalu hněvu, i když k tomu nemá žádný zjevný důvod.

#### 7. Změny osobnosti

Lidské povahy se běžně do určité míry mění s věkem. Ale člověk s Alzheimerovou nemocí se může změnit zásadním způsobem. Stává se někdy velmi zmateným, podezřivým nebo ustrašeným.

#### 8. Ztráta iniciativy

Když je člověk někdy znechucen domácími pracemi, zaměstnáním nebo společenskými povinnostmi, je to normální. Většinou se chuť do práce opět brzy dostaví. Člověk s Alzheimerovou nemocí může propadnout naprosté pasivitě a potřebuje neustále podněty, aby se do něčeho zapojil.



#### Kde lze najít pomoc?

V celém světě usilují alzheimerovské společnosti o zlepšení situace pacientů postižených demencí a jejich rodin.

V České Republice se můžete obracet přímo na Českou alzheimerovskou společnost (283 880 346), kde získáte základní informace i o kontaktních místech ČALS v jednotlivých regionech. Základní informace najdete také na naší webové stránce [www.alzheimer.cz](http://www.alzheimer.cz), [www.gerontologie.cz](http://www.gerontologie.cz)



## **Příloha E - Evropská charta pacientů postižených demencí a těch, kteří o ně pečují – deklarace Alzheimer Europe**

Tato deklarace byla diskutována na výročním sjezdu Evropské alzheimerovské asociace v Lucernu (7.- 9. května 1998).

Evropská alzheimerovská asociace reprezentuje 3,5 milionu lidí postižených demencí a jejich rodiny ve více než 20 evropských zemích. Jako občané Evropy také oni mají právo na to, aby jejich potřeby byly respektovány. Evropská alzheimerovská asociace uznává, že demence jsou chronickým onemocněním, které způsobuje omezení a ztrátu soběstačnosti se všemi sociálními důsledky. Proto se Evropská alzheimerovská společnost zasazuje o prosazování práv a naplňování potřeb lidí postižených demencí i těch, kteří o ně pečují v každé evropské zemi.

1. Lidé s Alzheimerovou chorobou a jinými formami demence potřebují:
  - správnou a včasnou diagnózu
  - dostatek informací a porozumění
  - zdravotní a sociální služby

Mají právo na to, aby se podíleli na rozhodnutích o svém vlastním životě, na právní ochranu a co nejlepší v jejich zemi dostupné zdravotní i sociální služby

2. Pečovatelé a rodinní příslušníci potřebují:
  - informace a porozumění
  - společenské ocenění jejich unikátní role a jejího významu pro poskytování péče
  - respektování jejich vlastních potřeb
  - dostupnost zdravotnických a sociálních služeb
  - finanční pomoc

Pečovatelé a rodinní příslušníci jsou klíčovým článkem v péči o pacienty postižené demencí. Mají proto právo na to, aby jejich role byla respektována a společensky oceněna, aby jejich názor byl respektován při rozhodování a zajišťování další péče a služeb.

3. Lidé s demencí potřebují spektrum zdravotnických a sociálních služeb, a to zejména
  - včasné a přesné stanovení diagnózy a odstranění léčitelných onemocnění či příznaků:
  - dostupnost běžné medikamentózní terapie
  - dostupnost specializované neurologické a psychiatrické péče
  - denní centra a domácí péči
  - respitní péči pro rodinné pečovatele
  - citlivou a správnou péči o umírající
4. Systém sociální péče a sociálního zabezpečení v každé evropské zemi by měl garantovat:
  - informace a nediskriminovaný přístup k sociálním výhodám pro zdravotně postižené, které jsou dostupné v jejich zemi

- finanční podporu pro mladší nemocné postižené demencí a jejich rodiny
  - přiměřenou finanční podporu pro rodinné pečovatele
5. Zvýšení informovanosti a vzdělání jsou základem pro lepší péči o pacienty postižené demencí:
    - Je nutné zlepšit informovanost široké veřejnosti – to je základem pro porozumění této problematice a pro odstranění předsudků a diskriminace
    - Je třeba zajistit dostatek informací pro rodinné pečující
    - Je třeba zajistit komplexní edukační programy o problematice demencí pro lékaře a ostatní zdravotnické profesionály
    - Je třeba vypracovat vzdělávací a výcvikové programy pro ošetřující personál a zdravotní sestry
  6. Výzkum o biologických, klinických a psychosociálních aspektech demencí je zásadní podmínkou pro zlepšení péče a léčení a konečně i jedinou možnou cestou k nalezení kauzálního léku:
    - Výzkumné priority by se měly zaměřit dle potřeb pacientů postižených demencí a jejich rodin
    - Výzkumné programy by měly respektovat pacienty postižené demencí a jejich rodinné příslušníky jako aktivní účastníky
    - Výzkum musí být založen na etických zásadách a zejména respektovat důležitost souhlasu
    - Výzkum by měl být vždy zaměřen na praktické výstupy
  7. Evropská alzheimerovská asociace a její členové chtějí výše uvedených cílů dosáhnout následujícími cestami:
    - Spolupráci s profesionály v oblasti zdravotnictví i sociálních služeb
    - Prosazováním potřeb pacientů postižených demencí a jejich rodin v kontaktu s národními vládami a parlamenty
    - Prosazování potřeb pacientů postižených demencí a jejich rodin v rámci Evropské Komise a Evropského Parlamentu
    - Podporou výzkumu, prosazováním nových strategií, rozšiřováním informací i zkušeností z praxe
    - Podporou rodinných pečovatelů, podporou mezigenerační solidarity
    - Spolupráci ke zlepšení situace pacientů postižených demencí, která povede k prosazování jejich důstojnosti, nezávislosti, autonomie a bezpečnosti.

Zdroj: ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST, 2011a