

**KOMPLEXNÍ PÉČE O PACIENTA S ALZHEIMEROVOU
NEMOCÍ**

Bakalářská práce

IVANA HRUBOŇOVÁ

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., PRAHA 5

Vedoucí práce: Mgr. Bronislava Kořístková

Stupeň kvalifikace: Bakalář

Datum předložení práce: 2011- 05 -30

Praha 2011

Poděkování

Děkuji Mgr. Bronislavě Kořístkové za vedení, cenné rady a připomínky při zpracování závěrečné bakalářské práce.

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou bakalářskou práci Komplexní péče o pacienta s Alzheimerovou nemocí vypracovala samostatně pod odborným vedením vedoucí bakalářské práce, v seznamu literatury jsem uvedla všechny použité prameny, z nichž jsem pro tuto práci čerpala.

V Praze 30.5.2011

Podpis

ABSTRAKT

HRUBOŇOVÁ, Ivana: Komplexní péče o pacienta s Alzheimerovou nemocí.

[Bakalářská práce] Ivana Hruboňová – Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Praha 5 -

Školitel: Mgr. Bronislava Kořístková. - Stupeň odborné kvalifikace: Bakalář - Praha

2011. 49s.

Předkládaná bakalářská práce je zaměřena na přiblížení pojmu Alzheimerova nemoc. V teoretické části popisujeme rizikové faktory, anatomické změny na mozku, klinický obraz, diagnostiku a terapii. V ostatních kapitolách se v této bakalářské práci zabýváme rozlišením jednotlivých stádií Alzheimerovy nemoci, popisujeme varovné signály přicházející Alzheimerovy nemoci, uvádíme rady pro pečující příbuzné a modifikaci domácího prostředí. V neposlední řadě chceme upozornit, že i osoby s Alzheimerovou nemocí mají svá práva a zaslouží si důstojné zacházení.

V praktické části se zaměříme na ošetrovatelský proces u pacientky s Alzheimerovou nemocí, který probíhá v zařízení sociálních služeb. Tímto chceme ukázat propojenost ošetrovatelství a pečovatelství v péči o pacienty s Alzheimerovou nemocí, ale s i s ostatními nemocemi.

Klíčová slova: Alzheimerova nemoc. Ošetrovatelský proces. Rizikové faktory. Klinický obraz. Terapie. Stádium. Modifikace.

ABSTRAKT

The presented work is aimed to approach the concept of Alzheimer's disease. The theoretical part describes risk factors, changes in brain anatomy, clinical presentation, diagnostics and therapy. In other chapters of the thesis we distinguish between the stages of Alzheimer's disease, describe the warning signs of coming Alzheimer's disease coming, we give advice to caring relatives and how to modify your home environment. Finally, we note that even people with Alzheimer's disease have rights and deserve human treatment. The practical part will focus on the nursing process of patients with Alzheimer's disease, which takes place in the social services. We hereby show coherence of nursing and care for patients with Alzheimer's disease as well as other other diseases.

Keywords: Alzheimer's disease. Nursing process. Risk factors. Clinical picture. Therapy. Stage. Modification.

PŘEDMLUVA

Cílem naší závěrečné bakalářské práce je přiblížit pojem Alzheimerovy nemoci, který je velice široký a problematický a zároveň poukázat na provázanost a neoddělitelnost zdravotní a sociální péče. V teoretické části si připomeneme dvě jména spojovaná s objevem Alzheimerovy nemoci, stručně zde popisujeme nejznámější rizikové faktory, anatomické změny, klinický obraz, diagnostiku, terapii farmakologickou i nefarmakologickou. Druhá kapitola bakalářské práce se zabývá rozlišením jednotlivých stádií Alzheimerovy nemoci, ve třetí části upozorníme na deset varovných signálů, podle kterých se dá usuzovat na počátek Alzheimerovy choroby. Čtvrtá a pátá kapitola je zajímavá tím, že zde uvádíme deset rad pro pečující soby, kteří se ocitli v situaci, kdy zjišťují, že jejich příbuzný zapomíná více a popisuje modifikaci domácího prostředí pro osoby s Alzheimerovou nemocí. Poslední kapitola teoretické části nás seznámí s právy pacientů postižených Alzheimerovou nemocí.

V praktické části zpracujeme ošetrovatelský proces u vybrané pacientky s Alzheimerovou nemocí umístěné v sociálním zařízení.

OBSAH

ÚVOD	10
1 ALZHEIMEROVA NEMOC	12
1.1 Rizikové faktory	12
1.2 Anatomické změny	13
1.3 Klinický obraz	14
1.4 Diagnostika	16
1.5 Terapie	17
1.5.1 Farmakoterapie kognitivních funkcí	17
1.5.2 Farmakoterapie nekognitivních funkcí	17
1.5.3 Nefarmakologické přístupy	18
2 ROZLIŠENÍ STADIA ALZHEIMEROVY NEMOCI	19
3 DESET VAROVNÝCH RAD ALZHEIMEROVY NEMOCI	20
4 DESET RAD PRO PEČUJÍCÍ O POSTIŽENÉ AN	22
5 MODIFIKACE DOMÁCÍHO PROSTŘEDÍ	24
6 PRÁVA PACIENTŮ S ALZHEIMEROVOU NEMOCÍ	27
7 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES	28
7.1 Identifikační údaje	28
7.2 Anamnéza	28
7.3 Objektivní nález	30
7.4 Aktivity denního života	30
7.5 Psychický stav	31
7.6 Fyzikální vyšetření sestrou	33
7.7 Situační analýza	35
7.8 Aktuální ošetřovatelské diagnózy	36
7.8.1 Analýza aktuálních ošetřovatelských diagnóz	37
7.9 Doporučení pro praxi	46
8 ZÁVĚR	48
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	49
PŘÍLOHY	

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ADAS	Alzheimer's Disease Assessment Scale
ADL	Activities of Daily Living (aktivity denního života)
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome (syndrom získané imunodeficiency)
AN	Alzheimerova nemoc
D	Dýchání
DM	Diabetes Mellitus
HCD	Horní cesty dýchací
MMSE	Mini- Mental State Examination(krátká škála mentálního stavu)
PT	pracovní tým(zdravotní sestra a pečovatel zapojeni do ošetrovatelských intervencí při naplňování stanoveného cíle)
REM	Rapid eyes movement (rychlé pohyby očí)
TK:	Tlak krve
TT:	Tělesná teplota

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Arteterapie	léčba uměním
etiopatogeneze	soubor příčin a mechanismů vedoucích ke vzniku nemoci
exhaustivní	vyčerpávající
interkurentní	přidružená
muzikoterapie	léčba hudbou
pet-terapie	léčba domácím zvířete
progredující	postupující
prozopagnózie	přestávají rozeznávat jednotlivé osoby, tváře, své nejbližší
socioterapie	sociální a psychická integrace do normálního života
vizuospaciálních	vizuálně- prostorová orientace

ÚVOD

O stáří koluje spousta mýtů. Jeden z nich hovoří o ztrátě schopností ve stáří, o ztrátě zájmu o své okolí, dění kolem sebe, o zapomínání. Velice často slyšíme, „stáří je smutné“. Stáří ale takové nemusí být. Česká rčení mluví o moudrém stáří, o podzimu života. Podzim může být krásný, barevný, sluníčko stále příjemně hřeje. Nelze říci, že ve stáří ochabují pouze svaly. Za přirozené se považuje, že ani mysl není pružná jako za mlada. Je ale nutné správně rozlišit normální zapomínání a zapomínání, které již může signalizovat zdravotní potíže [4]

V současné době žije v ČR přibližně 1,5 milionu lidí starších 65let. Asi 100tisíc z nich trpí demencí narušující každodenní život. Každý pátý vykazuje mírnou kognitivní poruchu, zapomínání, které může signalizovat mozkové onemocnění. Komu hrozí toto riziko, nelze jednoznačně určit. Je proto vhodné podstoupit důkladné vyšetření a chodit na pravidelné kontroly [2].

K typickým agistickým projevům patří podceňování psychických schopností, obzvlášť u velmi starých lidí. I přesto, že staří lidé procházejí mnohočetnými involučními změnami, jejich osobnost zůstává stejná a je třeba ji respektovat. Také koncept života je zachován do pokročilého stáří. Podpora kontinuity života se dá vyjádřit slovy: „Stále jsem to já“. Tato podpora se vztahuje i na péči o nemocné se syndromem demence [4].

„On mě znal dříve, než já jeho. Netušila jsem, že mám takového přítele, nestála jsem o něj, ani po něm netoužila. Ale díky doktorce jsem ho poznala osobně. Kamarádíme spolu již několik měsíců a poznáváme se navzájem. On mě navštívil osobně a já se ho snažím poznat blíže. Chci poznat, co od něj mohu očekávat. Je to takový můj soupeř, se kterým jsem začala bojovat, ale on mě nezná. Tak dobře. Musí ale vědět, že já jsem bojovník a jen tak se nevzdám. I on má těžkého soupeře (Ševelová, str.47)“.

To je jen krátká citace paní Marušky, která onemocněla Alzheimerovou nemocí. V povídkách *Můj život s Alzheimerem* od Oldřišky Ševelové popisuje svůj příběh ne jen od doby, kdy jak píše, jí navštívil sám Ali. Vystihla zde své první pocity, kdy se dověděla krutou pravdu o přítomnosti Alzheimerovy nemoci. Popisuje, že život miluje a Alzheimer jí ho nevezal, nýbrž posunul kousek jinam. Díky němu poznala osudy jiných

lidí, stejně nemocných, ale i zdravých, kteří na tom byli z různých důvodů mnohem hůře [5].

I TEORETICKÁ ČÁST

1 Alzheimerova nemoc

Za počátek výzkumu Alzheimerovy nemoci se považuje histologický objev senilních plaků již v roce 1892. Nejčastěji se však dějiny vývoje pojmu Alzheimerovy nemoci počítají od roku 1906 a 1907. Vezme-li se v úvahu soudobý molekulárněgenetický výzkum, vyvíjí se pojem Alzheimerovy nemoci až dodnes.[3]

Alois Alzheimer narozen 14.6.1861- německý neurolog, který se zabýval zejména neurohistologií, byl velmi pečlivým laboratorním praktikem a proslavil se studiem patologie nervového systému. Studoval alkoholické delirium, schizofrenii, epilepsii a syfilitické encefalitidy. Popsal arteriosklerotickou atrofii mozku a později i presenilní demenci. Spolupracoval s E.Kraepelinem, který označil nemoc jeho jménem. V roce 1912 byl Alzheimer jmenován profesorem neurologie a psychiatrie ve Vratislavi. [6]

Alzheimerova choroba je nejčastějším typem demence. Tvoří 50 až 60% všech demencí, vyskytuje se u 2 až 3% lidí ve věku 65 až 69 let. Počet nemocných s Alzheimerovou chorobou v České republice se odhaduje na 70 až 100 tisíc, na celém světě je postiženo kolem 20milionů lidí. Častěji postihuje ženy než muže [10].

1.1 Rizikové faktory

Rizikovými faktory pro vznik Alzheimerovy nemoci jsou věk a familiární agregace včetně genetických vlivů, k nimž se přiřazuje Downův syndrom.

Diskutovanými rizikovými vlivy jsou ženské pohlavní hormony, poranění hlavy, nižší vzdělání, hypertenze, kouření, hliník a vyšší hladina sérového homocysteinu. Mezi ochranné vlivy snižující výskyt choroby se řadí užívání nesteroidních antirevmatik, postmenopauzální estrogenová terapie a užívání statinů.

Obě formy Alzheimerovy nemoci, raná i pozdní vykazují familiární agregaci. Jako velmi pozdní Alzheimerova nemoc se začíná označovat toto onemocnění, jakmile propukne ve věku 85 a více let.

Délka života nemocných s Alzheimerovou nemocí závisí na věku, v němž byla stanovena diagnóza. Jestliže je diagnóza stanovena v šestém nebo počátek sedmého

decennia, bývá střední doba přežití 7 – 10 let, jestliže je stanovena v desátém decenniu, žijí nemocní přibližně 3 roky.

1.2 Anatomické změny

Anatomické změny mozku při Alzheimerově nemoci se do jisté míry překrývají se změnami doprovázejícími stárnutí. Hmotnost i velikost mozku se zmenšují v průběhu obou procesů, podobně jako se rozšiřují mozkové komory. Rozdíly mezi stárnutím a Alzheimerovou nemocí jsou nápadnější jen u jejich presenilních forem. Ty doprovází globální atrofie mozku, zatímco pozdní formu nemoci makroskopicky charakterizuje atrofie spánkového laloku. Numerická atrofie neuronů doprovázející stárnutí je menší. Významnou neuronální změnou doprovázející stárnutí je zmenšování. V řadě podkorových neuronálních populací počet neuronů s věkem neklesá, v jiných klesá diferencovaně a mírně. Dendrity a jejich spiny prodělávají v průběhu klinicky normálního stárnutí jak progresivní, tak regresivní, regionálně specifické proměny. Numerická atrofie neuronů v průběhu Alzheimerovy nemoci převyšuje numerickou atrofii doprovázející stárnutí jak v mozkové kůře, tak v podkorových oblastech. Ve spánkové kůře převyšuje numerická atrofie v průběhu nemoci stárnutí o 40 – 78 %, o něco menší numerická atrofie v kůře čelní.

Vývoj Alzheimerovy nemoci doprovázejí regresivní, ale i progresivní změny dendritických systémů. Jsou úměrné stupni kognitivních poruch. Synapse numericky atrofují, postižení však není v mozkové kůře rovnoměrné. Klasickými diagnostickými znaky doprovázejícími Alzheimerovu nemoc jsou senilní plaky a neuronální klubka. Neuritické (senilní) plaky (viz.příloha obrázek 1, 2) jsou v histologických řezech nepravidelně okrouhlé útvary, které obsahují amyloid. Znázornit se dají řadou barvicích a impregnačních technik jak v mozkové kůře, tak v podkorové šedi a v kůře mozečku. Plaky se objevují nenáhodně v průběhu klinicky normálního stárnutí v čichovém kortexu, prepiriformní kůře, amygdale a hipokampu, později v neokortexu. Různými druhy barvení bylo zjištěno osm druhů plaků. Lze v nich prokázat dystrofické neurity obsahující amyloidový nekursorový protein a další látky. Plaky s těmito neurity se najdou v průběhu v klinicky normálního stárnutí u lidí i při stárnutí mozku zvířat, například dalších primátů, psů a transgenních myší. Je pravděpodobné, že vlastnosti

distrofických neuritů určují události v okolí plaků. Druhý typ poškozených neuritů obsahuje párová spirální vlákna.

1.3 Klinický obraz

Alzheimerova choroba je neobyčejně náročné onemocnění ze zdravotního, sociálního i ekonomického hlediska. Osoby v pokročilejších stádiích choroby vyžadují péči druhé osoby – nejbližšího příbuzného, profesionálního pečovatele, nebo jsou odkázáni na péči instituce – domova důchodců, nemocnice, psychiatrické léčebny a podobně. Nemoc výrazně snižuje kvalitu života pečovatelů zejména rodinných příslušníků pacienta, u pečovatelů se pak vyskytují deprese, exhaustivní stavy či různé neurotické obtíže. Narůstá u nich sociální problematika, jako je pracovní neschopnost nebo dokonce ztráta zaměstnání. Alzheimerova choroba je jedna z největších zdravotních zátěží lidstva, podobně jako kardiovaskulární choroby, zhoubné nádory a AIDS.

Alzheimerova choroba je nemoc především vyššího věku. S prodlužujícím se věkem populace narůstá počet alzheimerovských pacientů. Hovoří se proto o jakési tiché epidemii. Alzheimerova choroba je v současnosti mnohem častěji diagnostikována než dříve. Je to především tím, že o této nemoci mnohem více víme, dříve byla chybně diagnostikována především jako cévní demence. Druhá příčina častějšího výskytu je výrazné stárnutí populace, četnost této choroby se zvyšuje s věkem.

Arbitárně se Alzheimerova choroba dělí na formu s časným začátkem (presenilní formu), kdy se příznaky objevují do 65 let a na formu s pozdním začátkem (senilní), kdy příznaky začínají v 65 letech života a výše. Druhá forma je podstatně častější.

Choroba se projevuje jako demence s typickým postižením tří typů funkcí, s postižením poznávacích funkcí, schopnosti vykonávat běžné aktivity denního života a s postižením chování, spánku a emotivity.

Nemoc začíná velmi pomalu, plíživě, nenápadně. U vaskulárních podmíněných demencí se rozvíjí rychle. Někdy si počínajících poruch všimne spíše nejbližší okolí, někdy si pacient začne stěžovat na subjektivní poruchy paměti a psychické výkonnosti. Často předchází mírná porucha kognitivních funkcí – jde o primární postižení paměti, intelektu a motivace. Nemocní zpočátku zapomínají, kam odložili různé předměty, klíče, brýle atd. Jsou nepozorní, první příznaky se dají zaměnit s roztržitostí.

Zapomínají telefonní čísla, jména a adresy známých. Plíživě dochází k regresi. Poměrně často se vyvíjí poruch soudnosti a logického uvažování. V souvislosti se ztrátou soudnosti ztrácejí postižení i dostatečný náhled choroby. Jeden z častých příznaků je porucha vizuospaciálních funkcí, což se v praxi projevuje poruchami orientace v prostoru, blouděním nejprve v méně známých, později i ve známých místech. Při testování nejsou schopni obkreslit trojrozměrně krychli nebo kvádr, nebo namalovat dle předlohy mnohoúhelníky.

Je rovněž postižena schopnost správné časové orientace, správné časové lokalizace dějů. Pacient neodhadne, kolik je právě přibližně hodin. Později se přidávají i další poruchy paměti, dochází k výrazné deterioraci intelektu. Jsou porušeny výkonné funkce, což se projevuje úbytkem schopnosti vykonávat běžné aktivity denního života, nejsou schopni vykonávat komplexní úlohy, skládají se z více dílčích jednoduchých úkonů, přestávají být schopni nakládat s penězi, nakupovat, používat automatickou pračku, telefonovat, připravovat si složitější pokrmy atd. Přitom je i význačně postižena motivace k činnosti. V pokročilých stádiích Alzheimerovy choroby se objevuje prozopagnózie- přestávají rozeznávat jednotlivé osoby, tváře, své nejbližší. Bývají kompletně dezorientováni místem, bloudí ve svém vlastním bytě. V terminálních stádiích se vyskytuje inkontinence moči i stolice, nejsou schopni provést hygienu, sami se najíst a obléct. Často se objevují korové výpadové jevy typu afázie, apraxie, agnozie, atd. Tyto poruchy se významně podílejí na sociální izolovanosti pacienta. V pozdních stádiích nejsou schopni vést samostatný život, jsou zcela odkázáni na péči jiné osoby.

Dalšími poruchami, které se objevují, jsou poruchy nálad a afektů, chování a spánku. Tyto jevy se označují behaviorální a psychologické symptomy demence. Bývají nápadnější rušivější než poruchy kognitivních funkcí. Poruchy emotivity se vyskytují v různé míře, jsou přítomny deprese, úzkost, nekontrolovatelné a nezvladatelné afekty vzteku s přítomností nebo nepřítomností agrese. Poruchy chování bez agrese jsou útěky z domova a toulavost, neúčelná kutivost a mluvení sám pro sebe. Poruchy chování s verbální agresivitou se projevují nadávkami, klením, slovním atakováním okolí a neodůvodněnými stížnostmi. Poruchy s brachiální agresivitou se projevují kopáním, štípáním, ničením věcí. Neustálý neklid někdy drobný jindy poměrně silný se nazývá agitovanost. Poruchy spánku jsou časté, nejčastěji se vyskytuje posunutí cyklu spánek – bdění, někdy až plná inverze spánku. Může se však objevit nespavost bez posunu spánkového cyklu, nebo hypersomnie. Snižuje se trvání fáze 4 non- REM spánku.

Občas se mohou objevit paranoidně- persekucní bludy nebo halucinace. Bludy jsou bizarního obsahu, např. vykrádání peří z peřin, šatů ze skříně, jídla. Často schovávají peníze a cennosti, ale zapomenou, kam je schovali a to ještě více posiluje bludy okrádavosti. Halucinace bývají nejčastěji zrakové, mají ve svém bytě cizí osoby.

Alzheimerovští pacienti umírají na interkurentní choroby, např. bronchopneumonie, následky úrazů. Průměrná doba přežití od objevení prvních příznaků do exitu je různá, nejčastěji do 6 – 8let, někdy i 15let. U familiární zátěže s genetickým podmíněním je pozorován rychlý maligní průběh choroby.

1.4 Diagnostika

V naší zemi bývá často nedostatečně diagnostikována, bývá často zaměňována s vaskulární demencí. Pro určení správné diagnózy je důležitý klinický obraz. Typický je pomalý, nenápadný začátek s postupnou progresí.

Jeden z orientačních testových metod je MMSE(příloha B). Tento test slouží k posouzení přítomnosti narušení kognitivních funkcí. Je ve světě nejužívanější. Tento výkonový test hodnotí kognitivní funkce pomocí třiceti otázek, každá správná odpověď se skóruje jedním bodem, za špatnou odpověď nula body. Příznaky jsou rozděleny celkem do deseti skupin. 30 – 27 bodů značí normální kognitivní funkce, 26 – 25 bodů je hraniční nález, jde o lehkou poruchu poznávacích funkcí nebo počínající demenci a je doporučeno sledování testované osoby. Pásmo 24 – 18 bodů představuje lehkou demenci, 17 – 6 bodů středně těžkou demenci a pásmo méně než 6 bodů označuje těžkou demenci. K posouzení stupně narušení psychických funkcí slouží celá řada testů, které se skládají z několika podtextů, mají svou kognitivní i nekognitivní složku, je to tzv. ADAS

V biochemických vyšetřeních jsou hledány markery časně Alzheimerovy choroby. Potvrzuje se vyšetřením mozkomíšního moku.

Elektroencefalografické vyšetření ukazuje jen nespecifické změny.

Zobrazovací metody jako jsou výpočetní tomografie a magnetická rezonance jsou velmi důležité, ukazují obraz kortikosubkortikální atrofie. Někdy nemusí být tato atrofie výrazná, proto se provádí měření hippokampů, kde bývá atrofie konstantní. Citlivé je měření šířek temporálních rohů postranních mozkových komor. Speciální

vyšetření je pozitronová tomografie, kde se zjišťuje krevní průtok a metabolismus v mozku.

1.5 Terapie

Etiopatogeneze Alzheimerovy choroby není dosud plně objasněna, proto není terapie ideální. Je snaha ovlivnit jednotlivé etiopatogenetické řetězce, které jsou známé. Používají se metody biologické, především farmakoterapii, ale i metody nebiologické, především reedukační techniky, socioterapii a také psychoterapii pečovatелů pacientů s Alzheimerovou chorobou. Farmakoterapie se pak dělí na farmaka ovlivňující kognitivní funkce a farmaka neovlivňující kognitivní poruchy – jsou zaměřena na ovlivnění nálady, spánku a chování. Dělení farmakoterapie není zcela jednoznačné, protože dochází k prolínání obou poruch.

1.5.1 Farmakoterapie kognitivních funkcí

- Látky ovlivňující acetylcholinergní systém
- Látky likvidující volné kyslíkové radikály nebo tlumící jejich nadměrnou tvorbu
- Látky tlumící excitotoxicitu
- Látky blokující napěťové řízené kalciové kanály
- Látky blokující projevy sterilního zánětu
- Látky zlepšující neuronální metabolismus
- Látky způsobující uvolnění nervových růstových faktorů
- Látky ovlivňující neurotransmitterové a neuromodulátorové systémy

1.5.2 Farmakoterapie nekognitivních funkcí

- Antidepresiva
- Anxiolytika
- Hypnotika
- Antipsychotika

1.5.3 Nefarmakologické přístupy v léčbě Alzheimerovy choroby

K nefarmakologickým přístupům náleží zejména reedukační metody a další aktivizační metody, socioterapie, rehabilitace.

Psychiatrická rehabilitace je zaměřena na nejběžnější aktivity denního života, posilování zachovalých schopností a dovedností, trénink paměti, který může být prováděn individuálně nebo skupinově, nácvik realitní orientace, součástí které jsou nápisy umožňující orientaci v bytě nebo na odděleních nemocnice či ústavů sociální péče. Mají k dispozici kalendáře a hodiny ke zlepšení časové orientace.

Velký význam má pet terapie – pomocí domácího zvířete. Starost o domácí zvíře zlepšuje kognitivní a emoční funkce. Další metody mohou být arteterapie, muzikoterapie, ergoterapie.

Cílem ergoterapie je aktivizace pacienta a jeho kognitivních funkcí. Při práci s pacientem se vychází z aktivit denního života a ze zdravotního stavu pacienta. K těmto aktivitám patří stání lůžka, při kterém se po něm vyžaduje, aby pojmenoval věci i činnosti, které zrovna dělá. Snahou je zachovat nebo udržet základní obslužné činnosti, jako je nalití čaje, příprava příboru na stůl, utření stolu, poskládání utěrek, zametání jídelny, oblečení, učešání se, umytí zubů apod. K tomu se zachovává postup návodných otázek, kterými se pomůže nemocnému, aby si na danou činnost vzpomněl. To je velmi důležité ke stimulaci mozkové činnosti a tím k udržení a rozvíjení základních návyků nemocného. Ne vždy jsou nemocní schopni říct, jaké měli koníčky a zájmy, proto je velmi důležitá spolupráce s rodinou. Na základě toho se dá provádět reminiscenční terapie. Ergoterapie se dá provádět skupinově, nebo u více postižených jedinců individuálně. K rozvoji a udržení kognitivních funkcí a trénování paměti se nejčastěji používají kognitivní sady.

Při využití arteterapie se nejedná o malování podle předlohy, nýbrž spíše o malování abstraktů, z nichž mají nemocní velkou radost.

V muzikoterapii nevyužívají nemocní hudební nástroje, ale velice rádi sami zpívají.

V neposlední řadě je důležitý psychoterapeutický přístup k takto postiženému člověku, ošetrovatelská rehabilitace k zachování mobility a jako prevence kontraktur [7] a práce v konceptu bazální stimulace.

2 ROZLIŠENÍ STADIA ALZHEIMEROVY NEMOCI

- 1. STADIUM

První stadium AN je stadium časných příznaků jako porucha paměti, problematická pohotovost výbavnost potřebného slova, porucha koncentrace pozornosti a unavitelnost. Lidé mají problém vstřípit si nové paměťové informace. Dlouhodobá paměť je zachovalá. Projevy jsou ve špatné organizaci dne, opakovaném hledání běžných věcí, zapomínání telefonních čísel a jmen svých blízkých a známých.

- 2. STADIUM

Je charakterizováno progredujícími kognitivními změnami spojené s mozkovou atrofií. Projevuje v oblasti dlouhodobé paměti zejména při podávání osobní a rodinné anamnézy. Objevuje se porucha zrakově- prostorových funkcí, neorientují se v prostoru nejprve v cizím později i ve známém. Neumí plánovat aktivity, vyskytují se problémy s oblékáním, počítáním, psáním, nerozumí přečtenému textu. Dochází k poruchám spánku a příjmu potravy, začínají se objevovat úzkostné stavy a poruchy nálady. Tyto změny vedou ke ztrátě běžných sociálních dovedností. Člověk přestává rozumět mluvenému slovu, začíná narůstat potřeba nonverbální komunikace. Vnímá gesta, mimiku, intonaci hlasu, snaží se zrcadlit chování svého okolí. V tomto stadiu je nutné synchronizovat řeč těla, abychom nemátli již zmatené.

- 3 STADIUM

Toto stadium je spojeno s degradací osobností vedoucí k terminální fázi, naprostá ztráta komunikace, apatie, dezorientace a v posledním stadiu ztráta očního kontaktu, inkontinence. Lidé jsou zcela úplně závislí na pomoci jiné osoby, umírají na některé přidružené onemocnění, průměrná doba přežití od prvních projevů je 5- 19 let.

V této fázi je nezbytným informačním kanálem bazální stimulace včetně iniciačního dotyku [8].

3 DESET VAROVNÝCH RAD ALZHEIMEROVY NEMOCI

1. Ztráta paměti, která ovlivňuje schopnost plnit běžné pracovní úlohy
 - Zapomínání úkolů, telefonních čísel, jména kolegů a vzpomenout si na ně později je normální. Lidé s AN zapomínají častěji a později si nevzpomenou.
2. Problémy s vykonáváním běžných činností
 - Občas člověk dá uvařit a stane se, že připálí. Lidé s AN jídlo připraví, ale už se nenají a ani si nevzpomenou, že uvařili.
3. Problémy s řečí
 - Každému člověku se někdy stane, že hledá to správné slovo, ale člověk s AN si nevzpomene ani na jednoduchá slova, nahrazuje je nesprávnými a věty pak nedávají smysl.
4. Časová a místní dezorientace
 - Každému se může stát, že si uvědomí, že neví, kam jede, nebo jaký je zrovna den. Lidé s AN bloudí před vlastním bytem, neví, jak se tam dostali a kde jsou.
5. Špatný nebo zhoršující se racionální úsudek
 - Lidé se při některých činnostech zaberou do práce natolik, že zapomenou třeba na své dítě, ale člověk s AN si ani nevzpomene, že nějaké dítě vůbec existuje. Mohou se nesmyslně oblékat a dát si na sebe třeba i několik košil.
6. Problémy s abstraktním myšlením
 - I zdravému jedinci se někdy stanou čísla na účtech nesrozumitelná, obzvláště jedná-li se o komplikovaný výpis z účtu. Lidé s AN časem zapomenou, co ta čísla znamenají a co se s nimi dělá.

7. Zakládání věcí na nesprávné místo

- Každému se může stát, že si založí peněženku tak, že ji pak hledá, člověk s AN ukládá věci na zcela nesmyslná místa, např. žehličku do lednice, hodinky do cukřenky.

8. Změny nálady nebo chování

- Každý někdy má špatnou náladu. Lidé s AN podléhají prudkým změnám nálad a chování. Náhle a nečekaně pláčou nebo se naopak hněvají bez zjevného důvodu.

9. Změna osobnosti

- Povahy lidí se v průběhu života s věkem mění. Lidé s AN se změní rychle a zásadním způsobem. Stávají se zmatenými, podezíravými a ustrašenými.

10. Ztráta iniciativy

- Člověk je někdy prací znechucen, ale chuť do práce se mu vrátí. U člověka s AN dochází k naprosté pasivitě a potřebuje neustálé stimuly k nějaké činnosti.[10, dopis č.9]

4 DESET RAD PRO PEČUJÍCÍ O POSTIŽENÉ ALZHEIMEROVOU NEMOCÍ

1. Diagnózu potřebujete co nejdříve
 - Zdravý člověk může symptomy AN lehce přehlédnout. Až budete vědět, o co se jedná, můžete se na budoucnost lépe připravit.
2. Zajistěte si pomoc
 - Zjistit si dostupné zdroje pomoci a služby ve vlastním okolí. Je to ve vlastním zájmu i v zájmu člověka, o kterého pečujete.
3. Získejte informace o ošetřování nemocných
 - Česká alzheimerovská společnost a další společnosti, které mají bohaté zkušenosti, podávají informace o tom, jak lépe chápat změny chování a změny osobnosti.
4. Neodmítejte pomoc
 - Nechtějte zvládat vše sám, brzy se vyčerpáte. Přijímejte pomoc svých blízkých a odborníků.
5. Nezapomínejte na sebe
 - Pečující se často věnují pouze péči o nemocné a zapomínají na své potřeby jako je pohyb, správná výživa a dostatek odpočinku.
6. Nepodléhejte stresu
 - Stres může způsobit různé zdravotní potíže, proto nezapomínejte odpočívat.
7. Přijímejte změny
 - Potřeby lidí s Alzheimerovou nemocí se mění a s tím i nemožnost zajistit jim tu odpovídající péči. Sledujte další možnosti péče va vašem okolí.

8. Zvažte situaci z hlediska finančního i právního

- Snažte se o spolupráci s celou rodinou a příbuznými ohledně budoucnosti nemocného

9. Buďte realisté

- Na AN sice existují léky, které zpomalují její rozvoj, ale vyléčit nemoc nedokáží. Nebraňte se zármutku a radujte se z pozitivních chvil a pěkných vzpomínek

10. Važte si sami sebe a neobviňujte se

- Pečujete o člověka, který vaši pomoc vyžaduje. Za to, že mu ji poskytujete, si važte sami sebe. Kdyby nemocný mohl, rád by vám poděkoval.[10, dopis č.4]

5 MODIFIKACE DOMÁCÍHO PROSTŘEDÍ

Česká alzheimerovská společnost pomáhá nejen lidem postiženým Alzheimerovou nemocí, ale také pečujícím osobám. Prostřednictvím dopisů podává důležité informace, které ocení výše zmiňovaní. Dopis č.3 popisuje uspořádání domácnosti postižených osob.

Dveře a vchody

Nízké prahy	lidé s AN se často šourají. Zvýšené prahy mohou způsobit pád
Zámky	přidat druhý zámek
Kamufláž dveří	přikrýt dveře závěsem
Zvonky na dveřích	zavěšení zvonků má stejný efekt jako alarm
Brzdíčka na dveřích	brzdíčka umístěna u spodku dveří
Kulaté kliky	vyžaduje zvláštní tlak
Temná chodba	lidé mají ze tmy strach, když budou dveře ve tmě, nemají odvahu přistoupit blíže

Obytné prostory a jídelna

Těžký nábytek	lidé ztrácejí stabilitu a rádi se opírají o nábytek, lehký nábytek se lehce převrhne
Židle s kolečky	může pomoci při přisunování ke stolu
Uspořádání nábytku	nábytek nestěhovat, zvyšuje se dezorientace
Houpací židle	při vstávání musí mít pevnou oporu, ale jsou vhodnou stimulací
Závěsy	zatahovat z důvodu zmírnění strachu z odrážejícího se světla
Lesklé podlahy	odstranit, způsobuje klamné vjemy a vzbuzuje strach

Kuchyň

Kuchyň	zamykat, eliminovat vstup do kuchyně
Mikrovlnná trouba	méně nebezpečná než trouba

Pískací hrnce	mohou upozornit na vřící vodu
Ostré předměty	uschovat tak, aby nebyly nebezpečné pro osobu s AN
Mixéry	uschovat tak, aby nebyly nebezpečné pro osobu s AN
Zásuvky	vypínat vše z elektrických zásuvek

Ložnice

Čidla	takové zařízení informuje pečovatele o vstávání osoby s demencí
Oblečení	lidé s AN se špatně rozhodují, k udržení pořádku odstraňte nadbytečné kusy šatstva
Lůžka	nízká pohovka minimalizuje pád
Zábradlí	zábradlí u lůžka omezuje noční vstávání

Záchody a koupelny

Kontrastní barvy	zvýraznění splachovače, umyvadla a mísy usnadní jejich použití
Ručníkové tyče	mohou zabránit úrazu
Dveře na WC	odlišit barevně
Značky	ukazující směr k WC
Světlo	rozsvícené světlo upoutává pozornost, přivede osobu k toaletě
Gumové rohože	ve vaně zabrání uklouznutí
Madla	pomáhají osobám s AN i pečovatелům
Pevné závěsy	ve sprše mohou zpomalit nebo úplně zabránit pádu
Koberečky	gumou podložené zmírní následky pádu
Toaletní mísa	vyvýšená k jednoduššímu vstávání z mísy
Zamykání dveří	odstranit
Židle do vany	umožní snadnější sprchování
Zamykat	šampony, mýdla, holicí strojky, léky

Další nápady

Oplocený dvorek	vytvořit bezpečný venkovní prostor
Ucpávky elektrických zásuvek	mohou zamezit neštěstí
Značky a upoutávky	na domě mohou pomoci zejména v časném stadiu

Jedovaté rostliny	odstranit z dosahu osob s demencí
Koberce	volně položené odstranit
Odpadkový koš	ukrýt, lidé s AN si je zaměňují s WC
Cenné předměty	uschovat, lidé s AN je skrývají

6 PRÁVA PACIENTŮ TRPÍCÍCH ALZHEIMEROVOU CHOROBOU

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

7 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

7.1 Identifikační údaje:

Jméno a příjmení:	X.Y.	Pohlaví:	žena
Titul:	Mgr.	Věk:	88let
Datum narození:	00.00. 1923	Rodné číslo:	23 00 00/ 000
Rodinný stav:	vdova	Pojišťovna:	111
Trvalý pobyt:	Vsetín v bytě 1+1	Děti:	0
Nejbližší příbuzný:	neteř	Telefon.číslo neteře:	000 000
Adresa příbuzné:	Vsetín, ul.xxx, 12345		
Státní příslušnost:	ČR		
Národnost:	česká		
Zaměstnání:	důchodkyně		
Vzdělání:	vysokoškolské		

Příjem na oddělení respitní péče:

Pacientka byla přijata dne 27.6.2006 v 8 hodin z důvodu zhoršování paměti a neschopnosti postarat se sama o sebe.

Hlavní medicínská diagnóza: Morbus Alzheimer

Ostatní medicínské diagnózy: hypotyreóza

7.2 Anamnéza

Rodinná anamnéza:

Matka: dožila se vysokého věku a zemřela na kardiovaskulární onemocnění, poruchami paměti netrpěla.

Otec: zemřel ve věku 82 let, měl poruchy paměti, zemřel na bronchopneumonii po úraze.

Sourozenci: měla 3 sourozence, všichni měli diabetes mellitus na dietě. Dva z nich měli vysokou školu, dva už nežijí.

Děti:	bezdětná
Osobní anamnéza:	V dětství prodělala běžné dětské nemoci. Trpěla obstipací, občas katary HCD, 5 let chodí na kontroly s DM, je jen na dietě, byla sledována v revmatologické a endokrinologické ambulanci, kam již nedochází. Opakovaně vyšetřena neurologem. Vystudovala vysokou školu filozofickou, pracovala jako učitelka na gymnáziu.
Alergologická anamnéza:	neudává alergii na léky, potraviny ani jiné látky
Abúzy:	kouření neudává, alkohol konzumovala jen příležitostně, kávu pije 2x denně, dopoledne a po obědě, závislost na jiných látkách neuvádí.
Gynekologická anamnéza:	menstruace od 14 let, cyklus pravidelný, krvácení střední intenzity po dobu 4 – 5 dní, bolesti netrpěla, antikoncepci nikdy neužívala, porody 0, potraty 0, umělé ukončení těhotenství 0, menopauza od 46 let.
Sociální anamnéza:	vdova, starobní důchodkyně, děti neměla, po manželově smrti bydlela sama v bytě 1+1, v poslední době jí denně navštěvovala neteř, která se o ni starala, mezi její záliby patřila zahrádka a ráda chodila na procházky
Pracovní anamnéza:	vzdělání vysokoškolské profese středoškolská učitelka
Spirituální anamnéza:	bez vyznání
Hospitalizace:	v lednu 2006 – mozková komoce a zlomenina pravého předloktí- chirurgické oddělení Od 27.1 do 7.4.2006- psychiatrická léčebna Kroměříž Od 7.4- 27.6.2006 - hospic Citadela Valašské Meziříčí

Farmakologická anamnéza:	Euthyrox 50	1 – 0 – 0(hormon štítné žlázy)
	Anopyrin 100	1 – 0 – 0(antitrombotikum)
	Tiapridal	0 – 1 – 2(psychiatrický lék)

Transfúze: 0

Nynější onemocnění: pacientka farmakologicky kompenzována, celková nesoběstačnost v péči o vlastní osobu, vyžaduje péči jiné osoby, porucha paměti, myšlení, mobilní, inkontinentní

7.3 Objektivní nález:

Tlak krvi:	120/60 Torr
Pulz:	68/ min
TT:	36,6 ⁰ C
D:	16 / min
Výška:	155 cm
Hmotnost při příjmu:	55 kg
Mobilita:	mobilní

7.4 Aktivity denního života

Stravování:	dieta	dieta č.3, 5 x denně, chrup vlastní
	příjem tekutin	2,5 l/ den, preferuje čaje, ovocné šťávy, vodu
	nechutenství:	ne
	nauzea:	ne
	zvracení:	ne

Vylučování:	močení	inkontinence, ve dne nosí navlékací pleny, na noc používá lepící kalhotkové pleny
-------------	--------	---

	stolice	inkontinence, pravidelná, každé ráno
Spánek:	denní	2 hodiny po obědě
	noční	spí špatně, neklidná
	známky únavy	ne
	léky na spaní	ne
Pohyb:		mobilní
Samostatnost:		nesoběstačná
Omezení soběstačnosti:		hygiena, stravování, oblékání

7.5 Psychická stav

Vědomí: při vědomí

Orientace: Porušená interpretace okolí

- trvalá dezorientace v čase i místě
- neschopnost úsudku
- pomalé reagování na otázky

Potulka

- náhodný pohyb z místa na místo
- časté přesouvání z místa na místo

Vnímání: Porucha smyslového vnímání

- dezorientace v místě a čase
- bludy, halucinace
- změny ve způsobu komunikace - verbální obsahová nesrozumitelnost
- neklid

Poznávání: Chronická zmatenost

- porucha dlouhodobé i krátkodobé paměti
- změna osobnosti

- porucha socializace
- Alzheimerova choroba

Poškozená paměť

- poskytované informace si nevybavuje přesně
- není schopna si zapamatovat ani se naučit nové dovednosti

Porušené myšlení

- nepřesná interpretace okolního prostředí
- kognitivní nesoulad
- deficit paměti

Sebepojetí: Bezmocnost

- pasivita
- nepodílí se na plánu péče
- závislost na druhých
- nepečuje sama o sebe, když byla k tomu vyzvána
- nedožaduje se informací, které s péčí souvisejí

Beznaděj

- úbytek verbálních projevů
- spavost
- nedostatek iniciativy
- na rozhovor reaguje pokrčením ramen

7.6 Fyzikální vyšetření sestrou

28. 6. 2006	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Hlava a krk	„Bolestí hlavy jsem netrpěla, jen když jsem málo spala.“	<p>Lebka: normocefalická, bez bolesti</p> <p>Oči: bulby v pohybu, skléry bílé, zornice izokorické, spojivky růžové, pokles víček</p> <p>Uši a nos: bez výtoku a deformit</p> <p>Rty: prokrvené</p> <p>Dutina ústní: jazyk vlhký, bez povlaku, chrup ošetřován, sliznice vlhké</p> <p>Krk: pohyblivý, štítná žláza, lymfatické uzliny nezvětšeny</p>
Hrudník a dýchací systém	Na otázku „ jak se vám dýchá“ odpovídá „dobře“	<p>Hrudník: bez deformit, souměrný,</p> <p>Dýchání: 16 vdechů za minutu, nekouří</p>
Kardiovaskulární systém	„Se srdíčkem jsem nikdy potíže nemívala“	<p>Srdeční akce: pravidelná puls pravidelný, plný</p> <p>Otoky: nepřítomné</p> <p>Křečové žíly: nepřítomné</p>
Břicho a trávicí systém	„Stolici mám pravidelnou, naposledy včera“	<p>Břicho: při pohmatu bez bolesti, měkké, kůže břicha hladká.</p> <p>Játra: nepřesahují pravý žeberní oblouk, nezvětšená, nebolestivá</p> <p>Defekace: stolice pravidelná, poslední stolice včera, plyny odcházejí</p>

Močový a pohlavní systém	„Nemám žádné potíže“.	Ledviny: při poklepu nebolestivé Moč: světlá Prsa: souměrné, bez bolesti, bradavky vpáčené, bez sekrece
Kosterně - svalový systém	Na otázku: „Bolí vás záda a svaly!“ Odpovídá: „Ne“	Páteř: kulatá záda Klouby: nebolestivé Svalová síla: velmi silný stisk
Nervově - smyslový systém	Na otázku: „jak se jmenujete“ odpoví svým jménem	Při vědomí, kontaktní, neorientovaná místem, časem, osobou je orientována. Reflexy zachovány. Zrak: vidí dobře Sluch: dobrý
Endokrinní systém	„Nemám problémy.“	Štítná žláza nezvětšena, cukrovku neudává, jiné potíže neudává
Kůže a její adnexa	Neodpovídá	Kůže: suchá, bledá, turgor je dobrý, Vlasy: téměř bez vlasů, paruka Nehty: krátké, pevné Ochlupení: na bradě zvýšené ochlupení

7.7 Situační analýza

83letá pacientka:

- je dezorientována místem i časem, nemůže najít svůj pokoj ani jídelnu, na jídelnu musí být doprovázena.
- má poruchu paměti, nepamatuje si, co bylo řečeno před půl hodinou, nepamatuje si, že jedla, špatně interpretuje podněty ze svého okolí.
- jídlo si nedokáže připravit sama, to přijímá pouze, je-li připravené na talíři, neví k čemu je příbor, používá jen polévkovou lžici. Jídlo musí být nakrájené.
- je inkontinentní, nosí plenkové kalhotky ve dne natahovací, na noc pleny lepící. Občas vyjádří potřebu vyprázdnění.
- v noci spí velmi neklidně, svléká se z noční košile, trhá si plenu, spí nepřetržitě pouze 4 hodiny.
- při ranní hygieně spolupracuje pomocí přesných pokynů sestry. Sama si umyje pouze obličej a ruce.
- obléci se sama nedokáže, pouze uposlechne výzvy k natažení paží, zvednutí dolních končetin a zapnutí knoflíků na košili. Na úpravě zevnějšku jí nezáleží.

7.8 Aktuální ošetřovatelské diagnózy

1. Chronická zmatenost (00129) v důsledku degenerace mozkových buněk projevující se poruchou paměti a sníženou kapacitou myšlení.
2. Porušený spánek (00095) z důvodu základního onemocnění projevující se spánkovou inverzí.
3. Porušená interpretace okolí (00127) v souvislosti se základním onemocněním projevující se špatnou orientací místem a časem.
4. Úplná inkontinence moči (00022) z důvodu poškození nervových přenosů při degenerativním onemocnění mozku projevující se naprostým neuvědoměním si projevů inkontinence.
5. Deficit sebepěče při jídle (00102) z důvodu poruchy zpracování přenosů v mozku projevující se neschopností si připravit jídlo, stupněm číslo 3.
6. Deficit sebepěče při oblékání a úpravě zevnějšku (00109) z důvodu poruchy zpracování nervových přenosů v mozku projevující se sníženou schopností oblékat se a upravovat vlastní zevnějšek, stupněm číslo 3.
7. Deficit sebepěče při koupání a hygieně (00108) z důvodu poruchy zpracování nervových přenosů v mozku projevující se sníženou schopností provádět péči o vlastní tělo, stupněm číslo 3.

7.8.1 Analýza aktuálních ošetřovatelských diagnóz

- 1) Chronická zmatenost (00129) v důsledku degenerace mozkových buněk projevující se poruchou paměti a sníženou kapacitou myšlení.

Cíl: Pacientka má uspokojivé stavy vyplývající z poruchy paměti a myšlení.

Priorita: střední

VK: Zvolit správná opatření k účinnému zvládnání dané situace
Rozpoznat a předcházet stavům vyplývajícím z podrážděnosti
Provádět trénink paměti

Intervence: Proved' test MMSE a ADL dle Barthelové do 2 hodin po přijetí PT
Všímej si projevů roztržitosti, verbální a neverbální komunikace PT
Dbej na dodržování denních aktivit a odpočinku PT
Snaž se o dodržování jeho orientace (hodiny, kalendář, zvyklosti) PT
Snaž se o eliminaci dráždivých podnětů PT
Respektuj projevy individuality PT
Opakuj společně s pacientkou názvy předmětů PT
Podporuj ji při začlenění do aktivit denního života PT
Zadávej ji jednoduché úkoly PT

Realizace: **27.6.**

10 hodin - provedli jsme test kognitivních funkcí MMSE(příloha C), ADL test(příloha A) a zhodnotili jsme riziko pádu(příloha B). Seznámili jsme ji s oddělením, upozornili na upoutávky označující toaletu, koupelnu, denní místnost a její pokoj, během dne jsme tuto činnost několikrát zopakovali.

Tento den byl zaměřen především na pozorování chování a verbální a neverbální projevy

Po celou dobu se s klientkou hovoří srozumitelně a stručně.

12 hodin – pomohli jsme pacientce uložit na lůžko k odpolednímu odpočinku.

14 hodin - pro začlenění do denního života jsme ji nechali skládat utěrky.

28.6.

10 hodin - proběhlo trénování paměti

11 hodin - utírání příborů

12 hodin - uložení do lůžka

16 hodin - procházka na čerstvém vzduchu

Hodnocení: **27.6** - výsledek MMSE je 17 bodů = středně těžká demence,

ADL test je 40 bodů = vysoce závislý.

Z pozorování vyplynulo, že pacientka byla v poledne hodně unavená, což se projevilo neklidem a vulgárními výrazy a negativně reagovala na zapnutý televizní přijímač.

28.6. - Pomocné práce v kuchyni pacientku zaujaly a aktivně se do nich zapojovala. Při tréninku paměti velmi dobře pojmenovávala květiny, což asi vyplynulo z jejich dřívějších zálib, naopak rozlišení času na cvičných hodinách jí činilo potíže.

Po měsíci – pacientka se zadaptovala na nové prostředí, v této době na základě pozorování jsme zjistili projevy chování v různých situacích a eliminovali jsme podněty, které vyvolávají u pacientky neklid.

Cíl je splněn a v naplánovaných aktivitách je třeba dále pokračovat.

Po 5 letech – stav pacientky se s postupem času změnil. Pacientka je klidná, verbálně se vyjádří pouze při pocitu bolesti. Test ADL = 0 bodů, MMSE = 3 body. I nadále u ní provádíme reminiscenční terapii.

2) Porušený spánek (00095) z důvodu základního onemocnění projevující se spánkovou inverzí.

Cíl: Pacientka má fyziologický rytmus spánku

Priorita: střední

VK: Pacientka nejeví známky únavy

Pacientka spí v noci nejméně 6 hodin bez probuzení

Pacientka souhlasí s prováděním bazální stimulace před spaním

Intervence:	Nepodávej tekutiny před usínáním	PT
	Zajisti klidné prostředí	PT
	Vyvětrej pokoj před spaním	PT
	Aplikuj bazální stimulaci zklidňující	PT

Realizace: **27.6.**

16 hodin – procházka na čerstvém vzduchu

18 hodin – podána sklenice teplého čaje

19 hodin – večerní hygiena v konceptu bazální stimulace

20 hodin - před uložením na lůžko sestra vyvětrala pokoj a zajistila klid i v ostatních pokojích.

20,30 hodin - uložení pacientky do polohy „mumie“.

Hodnocení: **28.6.**- pacientka spala 4 hodiny bez probuzení, pak se její neklid projevil cupováním plenkových kalhotek a svlékáním se. Proto jsme v následujících nocích využili další prvky z konceptu bazální stimulace. Do rukou jsme pacientce vložili váčky naplněné polystyrenovými kuličkami a místo tzv. mumie jsme pacientku polohovali za pomoci polohovacího válce do polohy hnízdo.

Po měsíci - pacientka se zklidnila, nepřetržitě dokázala spát 6 hodin, pak se budila co 2 hodiny.

Ve dne pacientku zapojujeme do aktivit denního života a nemá převrácený spánkový rytmu, odpočívá pouze po obědě.

Po 6 měsících – pacientka spí nepřetržitě 8 hodin.

Cíl je splněn a v naplánovaných aktivitách je třeba dále pokračovat.

Po 5 letech – pacientka nemá potíže se spaním, spí celou noc, ale spí také převážnou většinu dne, i přesto, že je ve stimulujícím prostředí.

3) Porušená interpretace okolí (00127) v souvislosti se základním onemocněním projevující se špatnou orientací místem a časem.

Cíl: Pacientka se orientuje alespoň v místě

Priorita: střední

VK: Pacientka je orientovaná za pomoci označení.
Pacientka nevykazuje známky zmatenosti
Pacientka chápe význam značek a umí se podle nich orientovat

Intervence: Označ dveře koupelny a toalety sestra
Označ dveře pokoje a šatní skříň sestra
Upozorňuj denně na nástěnné hodiny a nástěnku s datem PT
Opakuj neustále číslo pokoje PT

Realizace: **27.6.**
13 hodin - dveře koupelny, toalety, pokoj pacientky i šatní skříň jsme označili
28.6.
8 hodin - ráno u ranní hygieny je pacientka obeznámena s ročním obdobím, dnem v týdnu, datem a hodinou. Při příchodu do jídelny jí ukážeme nástěnku, která označuje den a aktuální datum a nad ní nástěnné hodiny.

Hodnocení: **Po měsíci** - pacientka bloudila po oddělení, byla dezorientována zejména místem, neustále si nemohla vzpomenout, kde je koupelna s toaletou. Tento stav trval celý měsíc. Po měsíci se orientace zlepšila, pacientka si osvojila cestu do svého pokoje. Vzhledem k prognóze onemocnění můžeme tento stav považovat za uspokojivý.
Cíl splněn a v naplánovaných aktivitách je třeba dále pokračovat.
Po 5 letech – pacientka je již imobilní. Pro časovou orientaci jí každé ráno u hygieny uvedeme den a datum a občas jí připomeneme, kde se momentálně nachází.

4) Úplná inkontinence moči (00022) z důvodu poškození nervových přenosů při degenerativním onemocnění mozku projevující se naprostým neuvědoměním si projevů inkontinence.

Cíl: Pacientka se naučí vyprazdňovat v pravidelných časových intervalech

Priorita: střední

VK: Pacientka nemá známky opruzenin
Pacientka má zabezpečenou rovnováhu příjmu a výdeje tekutin
Pacientka má zajištěnou hygienu

Intervence:	Umožni každé ráno použít toaletu	PT
	Dodržuj hygienické návyky	PT
	Zajisti vyvážený příjem tekutin	PT
	Dbej na prevenci porušení kožní integrity a opruzenin	PT
	Doprovázej pacientku pravidelně na toaletu	PT
	Vytvoř podmínky vedoucí k vyprázdnění	PT

Realizace: **Denně** - ošetřující personál je poučen o nutnosti umožnit pacientce použít toaletní židli hned po vstávání z lůžka i přesto, že plenkové kalhotky jsou mokré. K vypěstování návyku je možné pustit vodu nebo podat tekutiny. Půl hodiny po snídani pacientku doprovázíme na toaletu k vytvoření návyku vyprázdnění stolice. Při výměně plenkových kalhotek dbáme na zvýšenou hygienu a prevenci opruzenin omytím a ošetřením pokožky krémem.

Hodnocení: **Po měsíci** - pacientka má pokožku bez známek poškození integrity a opruzenin. Vypěstovala si návyk chodit na velkou stranu co dva dny. Výměna plen se provádí 2 x denně, v případě průjmu dle potřeby. Po probuzení používá toaletní židli k vyprázdnění moči a ve dne je pravidelně doprovázena na toaletu.
Cíl je splněn a v naplánovaných aktivitách je třeba dále pokračovat.

Po 5 letech – pacientka je imobilní, své potřeby nesignalizuje, denní příjem tekutin je 2 litry, nemá známky opruzenin, výměna plen se provádí 3x denně, v případě potřeby i častěji.

- 5) Deficit sebepečce při jídle (00102) z důvodu poruchy zpracování nervových přenosů v mozku projevující se neschopností si připravit stravu, stupněm č.3.

Cíl: Pacientka je maximálně soběstačná v příjmu potravy

Priorita: střední

VK: Pacientka nejeví známky malnutrice
Pacientka bude dostatečně hydratována
Pacientka bude mít připravenou stravu 5 x denně

Intervence: Zajisti pomoc při krájení potravin PT
Zajisti pomoc při rozbalování potravin PT
Zajisti dostatečný příjem tekutin PT
Podávej stravu 5 x denně PT

Realizace: **Denně** - pacientce je nutné připravit jídlo na talíř, v případě potřeby jídlo nakrájet na menší kousky, zejména maso u oběda. Příjem tekutin je zaznamenáván do listu bilance tekutin. Jednou měsíčně provádíme kontrolu váhy pacientky.

Hodnocení: **Po měsíci** – pacientka přípravu stravy nezvládá, ale nají se sama, chuť k jídlu má velkou, v jídlu není vybíravá, sní vše připravené, často si řekne o přídavek. Váha pacientky po měsíci je stejná jako při příjmu, 55 kg. Cíl je splněn a v naplánovaných aktivitách je třeba i nadále pokračovat.
Po 3, 5 letech - stav pacientky se v oblasti mobility zhoršil, nastávají podkolenní kontraktury, díky nim již není možné pacientku převážít. I přesto pacientka nejeví známky malnutrice, chuť k jídlu má, je dostatečně hydratována, připravenou stravu přijímá sama.

Po 5 letech – pacientka zcela imobilní, nelze zkontrolovat váhu. Pacientka jí velmi dobře, tuhou stravu dokáže přijímat sama, nedokáže použít příbor, proto musí být krmena.

- 6) Deficit sebepečce při oblékání a úpravě zevnějšku(00109) z důvodu poruchy zpracování nervových přenosů v mozku projevující se sníženou schopností oblékat se a upravovat vlastní zevnějšek, stupněm č.3.

Cíl: Pacientka je upravená

Priorita: střední

VK: Zajistit upravený zevnějšek pacientky
Zapojit pacientku do činnosti spojenou s oblékáním
Poskytnout pomoc při oblékání

Intervence: Výběr ošacení ponechej na pacientce PT
Poskytuj pomoc při oblékání PT
Dbej na upravený zevnějšek PT

Realizace: **Denně** - při oblékání se snažíme slovními návody pomáhat pacientce při oblékání. Pacientka má snahu zapínat knoflíky a dokáže si vyzouvat obuv. Snažíme se o zachování jejího zvyku z domova a vždy ji nasadit klobouček na hlavu.

Hodnocení: **Po měsíci** - pacientka by se bez pomoci druhé osoby nedokázala sama obléct, je závislá na pomoci druhé osoby. Výběr ošacení nedokáže provést samostatně, při výběru bývá vulgární, někdy se k výběru oblečení vyjádří zcela adekvátně. Pomocí slovních návodů pomáhá při oblékání zvedat ruce, nohy nebo se snaží zapnout si knoflíčky na blůzce. Nerozezná pravou a levou přezůvku, je nutný slovní doprovod. Je vždy upravená.

Cíl je splněn a v naplánovaných aktivitách je třeba dále pokračovat.

Po 5 letech – pacientka je v oblasti úpravy zevnějška zcela odkázána na pomoc personálu. Nereaguje na slovní návody, nespolupracuje, spíše je při oblékání vulgární. Práce s oblékáním a výměnou plen je velmi náročná, protože pacientka zaujímá téměř embryonální polohu.

- 7) Deficit sebepečce při koupání a hygieně (00108) z důvodu zpracování nervových přenosů v mozku projevující se sníženou schopností provádět hygienické výkony, stupněm č.3.

Cíl: Pacientka zvládne hygienu za pomoci ošetřujícího personálu

Priorita: střední

VK: Umožnit pacientce podílet se na hygienických úkonech co nejvíce a co nejdéle
Zajistit pomoc při provádění hygieny a koupání
Napomáhat při používání toalety

Intervence: Zjistí míru sebeobsluhy při provádění toaletních výkonů PT
Pomáhej při svlékání PT
Pomáhej při usednutí a vstávání z mísy PT
Pomáhej při činnosti spojené s hygienou PT
Pomáhej při spláchnutí mísy PT

Realizace: **Denně** - při používání toalety se snažíme o zachování co největší samostatnosti. K tomu jí pomáháme slovními návody. Návody jsou stručné a srozumitelné, ale i přesto se neobejde bez pomoci sestry. Každé ráno jí pomáháme s ústní hygienou, další pomoc spočívá v usazení na mísu a pomoc při vstávání z ní. Po použití WC jí vždy ukazujeme splachovač a zavedeme pacientku umýt ruce.

Hodnocení: **Po měsíci** - pacientka hygienu rukou zvládá sama, po podání ručníku se i sama utře, po upozornění na nutnost spláchnutí dokáže spláchnout WC, nedokáže si sama navléct kalhoty. Při usedání i vstávání z mísy potřebuje oporu.

Cíl splněn a v naplánovaných aktivitách je třeba dále pokračovat.

Po 5 letech – pacientka tráví den v polohovacím křesle nebo na lůžku.

Všechny toaletní úkony u ní provádí sestra.

7.9 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Lidé s Alzheimerovou nemocí a s různými syndromy demence jsou velmi křehcí a závislí geriatričtí pacienti s ohroženou či ztracenou soběstačností v základních aktivitách denního života. Je nutné si uvědomit, že péče o takové pacienty vyžaduje komplexní týmovou spolupráci, dobrou koordinaci, kontinuitu a aktivní přístup včetně ošetrovatelské dispenzarizace, neboť právě tyto staří a mnohdy bezmocní pacienti nesignalizují své potřeby. Do péče o nemocné s Alzheimerovou nemocí je zahrnuta nejen zdravotní složka, léčebny dlouhodobě nemocných, ale i pečovatelská služba, osobní asistence, podpora pečujícím rodinám, ale také domovy pro seniory a ústavy sociální péče. Velmi se osvědčila spolupráce zdravotníků a pečovatelů s rodinami pečujících o pacienty s Alzheimerovou nemocí.

Onemocnění neprobíhá u všech stejně, liší se příčinou mozkového postižení. U někoho je zpočátku onemocnění nepostřehnutelné, i jiných jde o devastující postižení. Někteří jsou v pokročilém stádiu apatičtí a pasivní, jiní naopak velmi neklidní, agitovaní.

Obecně lze doporučit vlídné rodinné zázemí. Je nutné pomoci nemocným, aby se naučili žít s takovým postižením jako je Alzheimerova choroba. Je třeba jim pomoci zvládnout situaci, aby mohli zůstat co nejdéle sami sebou, neztráceli svou identitu, aby se nezměnili v pasivně ošetřovaného pacienta. Sami pacienti říkají, že je to pro ně těžké, když mají stále svá přání a potřeby, chtějí se podílet na jejich uspokojování, chtějí být stále prospěšní, ale zapomenou, nepovede se, nedotáhnou do konce, pokazí. V počátečním a středním stádiu se doporučuje podávání kognitiv, které zvyšují hladinu acetylcholinu, látku důležitou pro paměť. V pozdějších fázích je podávání těchto preparátů bezpředmětné, těmto pacientům jsou podávány léky ovlivňující depresi, úzkost, neklid a strach. Léčba spadá do kompetence lékaře psychiatra. Při střední pokročilosti dochází k narůstání chyb spojených s všedními dovednostmi, tady se uplatňuje procvičování „orientace v realitě“, tzn. opakování toho, jak se co jmenuje a k čemu se to používá. Vzhledem k poruchám novopaměti je dobré opakovat, co bylo k obědu, co jsme dělali odpoledne atd. a pracovat se vzpomínkami, se zachovanou staropamětí, prohlížet si staré fotografie, vzpomínat na práci, na děti, záliby apod.

U pacientů s Alzheimerovou nemocí často dochází k poruše v orientaci, k bloudění. Je tedy velmi důležitý zvýšený dohled a úprava domácího prostředí. Pacienty s těžkým postižením nestresujeme neustálým opravováním, komunikujeme

s nimi na úrovni jejich vnímání a provádíme ty činnosti, které ještě zvládají např. procházky, pohybové aktivity, kontakt s domácími zvířaty. Využíváme možnosti komunikace z konceptu bazální stimulace. Oslovujeme je důstojně, pro získání pozornosti užíváme „iniciální dotek“, dotek na pravé nebo levé rameno, mluvíme jasně, srozumitelně, v krátkých větách, při hovoru odstraníme rušivé podněty. Pokud vidíme, že nám nerozumí, formulujeme větu jinými vhodnějšími slovy, ukončení hovoru dáme srozumitelně najevo opět iniciálním dotekem na zvolené rameno, pacienta povzbuzujeme vlídnými slovy, vyhýbáme se odborným výrazům, v průběhu hovoru udržujeme oční kontakt, aktivně chráníme důstojnost pacienta s Alzheimerovou nemocí a posilujeme jejich autonomii.

A přestože se o pacienty s Alzheimerovou nemocí zpravidla stará rodina nebo je jim péče poskytována v sociálních zařízeních, mají tito lidé stále své potřeby, přání a problémy. Je tedy nejprve na zdravotníkovi, aby uměl poradit a nasměrovat péči tím správným směrem.

8 ZÁVĚR

Degenerativní onemocnění mozku jsou velmi vážným celospolečenským problémem. S vyspělou medicínou můžeme předpokládat nárůst tohoto onemocnění projevující se nestandardním chováním takto postižených osob. Přestože nových poznatků o patogenezi Alzheimerovy choroby neustále přibývá, stále je toto onemocnění neléčitelné. Včasná léčba může progresi zmírnit a zpomalit. Osmdesát procent takových pacientů zůstává v domácím ošetřování. Rodinní příslušníci jsou touto náročnou prací přetížení a vyčerpáni nejen fyzicky, ale zejména psychicky. Zde je na místě pomoc zdravotníků a pečovatелů.

Bakalářskou prací jsme chtěli poukázat na širokou problematiku týkající se péče o pacienty s Alzheimerovou nemocí. V teoretické části jsme se zmínili o pojmu Alzheimerovy nemoci a popsali jsme klinický obraz a terapii. Upozornili jsme na práva lidí s Alzheimerovou nemocí a poskytli jsme několik rad pro pečující.

V praktické části bylo naším cílem představit Alzheimerovu nemoc v ošetrovatelském procesy zaměřeného na pacientku v pobytovém zařízení poskytující odlehčovací služby a zároveň ukázat provázanost a neoddělitelnost péče ošetrovatelské a pečovatelské v sociálním zařízení.

Stav naší pacientky se s přibývajícím věkem zhoršuje. V současnosti je zcela závislá na pomoci druhé osoby, nesoběstačná ve všech oblastech, deficit sebepéče se projevuje stupněm číslo 5. V tomto stádiu onemocnění již neužívá ani Tiapridal.

Ze svých zkušeností mohu jen potvrdit náročnost péče o pacienty s Alzheimerovou nemocí a nutnost neustálého vzdělávání se v oblasti péče o osoby s demencí. Díky těmto znalostem je práce snadnější pro ošetroující personál a určitě je lépe přijímaná takto postiženou osobou.

Byli bychom rádi, kdyby práce byla nejen zajímavá, ale zároveň přinesla rady pro laickou veřejnost i odborníky.

Seznam použité literatury

- [1] Doenges.M.E.,Moorhouse.M.F. 1996. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*, Praha. Grada, 1996. 576 s. ISBN 80-7169-294-8
- [2] Franková. V. Jak předcházet poruchám paměti ve stáří. In *Diagnóza v ošetřovatelství*. Ročník 5, číslo 10. Praha. 2009.Promediamotion.s.19. ISSN 1801-1349
- [3] Jirák. R. 2004. *Demence*. 1.vydání. Praha. Galén.2004. 335s. ISBN 80-7262-268-4
- [4] Kalvach, Z., Onderková, A. 2006. *Stáří*, Praha. Galén, 2006, 44s. ISBN 80-7262-455-5
- [5] Ševelová.O. 2006. *Můj život s Alzheimerem*. II.vydání. Polička. 2006. 55 s. ISBN 80-901887-6-0
- [6] Vokurka.M, Hugo.J.a kolektiv. 2005. *Velký lékařský slovník*. 5.vydání.Praha. Maxdorf. 2005. 1001s. ISBN 80-7345-058-5
- [7] Balátová.J, Havlíčková.T. 2009. Ergoterapie u pacientů s demencí a Alzheimerovou nemocí. In *Diagnóza v ošetřovatelství*. Ročník 5,číslo3.Praha. 2009.Promediamotion. s.9.ISSN 1801-1349
- [8] Procházková. E.2010. *Rozlišení stadia Alzheimerovy demence napomáhá při komunikaci s klienty*. In *Sociální péče*. Brno. 2010. Ikaría. s.16.ISSN 1213-2330
- [9] Přichystalová.P, Mlčochová. R. 2009. *Informovanost pečujících v péči o klienta s Alzheimerovou chorobou*. In *Sestra*. Praha. 2009.Mladá fronta. s.75. ISSN 1210-0404
- [10] <http://www.alzheimer.cz/index.php?PageID=557>dostupné na internetu 3.3.2011

Bartelův test běžných denních činností

- autor: Mahoney,F.L.,Barthel,D.W.,1965

Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre
1. najedení napití	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
2. oblékání	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
3. koupání	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
4. osobní hygiena	Samostatně nebo s pomocí	5
	Neprovede	0
5. kontinence moči	Plně kontinentní	10
	Občas inkontinentní	5
	Inkontinentní	0
6. kontinence stolice	Plně kontinentní	10
	Občas inkontinentní	5
	Inkontinentní	0
7. použití WC	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
8. přesun lůžko - židle	Samostatně bez pomoci	15

	S malou pomocí	10
	Vydrží sedět	5
	Neprovede	0
9. chůze po rovině	Samostatně nad 50 m	15
	S pomocí 50 m	10
	Na vozíku 50 m	5
	Neprovede	0
10. chůze po schodech	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0

Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech

- 0-40 bodů - vysoce závislý
- 45-60 bodů - závislost středního stupně
- 65-95 bodů - lehká závislost
- 100 bodů - nezávislý

Hodnocení rizika pádu

- Pohyb
 - 0 - neomezený
 - 2 - používá pomůcky
 - 1 - potřebuje pomoc k pohybu
 - 1 - neschopen přesunu
- Vyprazdňování
 - 0 - nevyžaduje pomoc
 - 1 - nykturie / inkontinence
 - 1 - vyžaduje pomoc
- Medikace
 - 0 - neužívá rizikové léky
 - 1 - Užívá následující léky: diuretika, antiepileptika, antiparkinsonika, antihypertenziva, psychotropní látky, benzodiazepiny
- Smyslové poruchy
 - 0 - žádné
 - 1 - vizuální, smyslový deficit
- Mentální status
 - 0 - orientován
 - 1 - občasná noční dezorientace
 - 1 - dřívější dezorientace / demence
- Věk
 - 0 - 18 až 75 let
 - 1 - nad 75 let
- Pád v anamnéze
 - 1 - ano
- Vyhodnocení:
 - zaškrtneme a sečteme body
 - skóre 3 a vyšší = pacient je ohrožen rizikem pádu

Mini-Mental State Examination

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

1. Orientace

Položte nemocnému následující otázky:

- "Které je roční období?"
- "Který máme nyní rok?"
- "Kolikátého je dnes?"
- "Který den v týdnu je dnes?"
- "Který je měsíc?"
- "Ve kterém jsme městě?"
- "Ve kterém jsme okrese?"
- "V jaké jsme zemi?"
- "Jak se jmenuje místo, kde teď jsme?"
- "V kolikátém jsme poschodí?"

2. Opakování a paměť

Upozorněte nemocného, že budete vyšetřovat paměť: "Nyní vyjmenuji tři věci. Až je všechny vyjmenuji, budu chtít, aby jste je zopakoval. Dobře si je zapamatujte. Za několik minut se Vás na tyto předměty znovu zeptám."

- LOPATA
- ŠÁTEK
- VÁZA

"A nyní prosím slova zopakujte."

- LOPATA
- ŠÁTEK
- VÁZA

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

3. Pozornost a počítání

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

- 93 86 79 72 65

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

Alternativa: Pokud testovaný nechce počítat, vyzvěte jej: "Hláskujte pozpátku slovo POKRM."

- M R K O P

4. Vybavování

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

- LOPATA
- ŠÁTEK
- VÁZA

5. Poznání předmětů

- "Co je to?" Ukažte hodinky.
- "Co je to?" Ukažte tužku.

6. Opakování

Vyzvěte nemocného, aby po Vás opakoval následující větu:

- "První pražská paroplavba."

7. Stupňovaný příkaz

Položte před pacienta čistý papír. "Nyní vezměte do pravé ruky tento papír, přeložte jej napůl a dejte ho na podlahu."

- 1. stupeň: uchopení papíru do pravé ruky
- 2. stupeň: přeložení papíru na polovinu
- 3. stupeň: položení papíru na podlahu

8. Reakce na psaný pokyn

Napište na papír čitelný pokyn "ZAVŘETE OČI". Ukažte pacientovi napsaný pokyn a vyzvěte jej:

- "Přečtěte, co je tady napsáno, a udělejte to."

9. Psaní

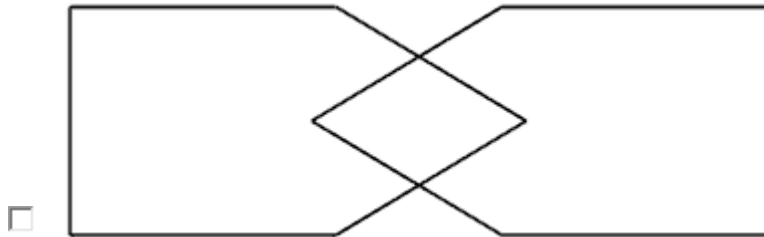
Dejte pacientovi psací potřeby a papír a vyzvěte jej:

- "Napište libovolnou větu."

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

10. Malování podle předlohy

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



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

