

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.

Praha 5

**KOMPLEXNÍ PÉČE O NEMOCNÉHO
S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

PAVLÍNA VOGELTANZOVÁ, DIS.

Praha 2012

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

**KOMPLEXNÍ PÉČE O NEMOCNÉHO
S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

PAVLÍNA VOGELTANZOVÁ, DIS.

Stupeň kvalifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Ivana Jahodová

Praha 2012

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 ke studijním účelům.

V Praze dne 16.4.2012

.....

PODĚKOVÁNÍ

Touto cestou bych ráda poděkovala vedoucí práce PhDr. Ivaně Jahodové za hodnotné rady a odborné vedení během mé práce a v neposlední řadě bych také ráda poděkovala mé rodině a přátelům za podporu během studia.

ABSTRAKT

VOGELTANZOVÁ, Pavlína. *Komplexní péče o nemocného s Alzheimerovou chorobou*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Ivana Jahodová. Praha. 2012. 68 s.

Alzheimerova choroba je v současnosti poměrně rozšířené onemocnění. Jeho rozšířenost však nejde ruku v ruce se znalostí této nevyzpytatelné nemoci. Široká veřejnost má jen nejasné představy o tom, co tato choroba ve skutečnosti představuje, co přináší, čím ohrožuje jednotlivce i celou společnost. Hlavním tématem bakalářské práce je komplexní péče o nemocného s Alzheimerovou chorobou. Teoretická část čtenáře seznamuje s chorobou obecně, kde se popisují projevy, stádia vývoje, diagnostika a léčba nemoci. Praktická část obsahuje ošetrovatelský proces, který byl vytvořen u pacientky v Psychiatrické léčebně v Dobřanech. Cílem této práce je celkově popsat problematiku dementních pacientů i ošetrovatelskou péči.

Klíčová slova

Alzheimerova choroba. Demence. Domácí péče. Farmakoterapie. Ošetrovatelská péče. Prevence. Psychoterapie.

ABSTRACT

VOGELTANZOVÁ, Pavlína. *Complex care of a patient with Alzheimer disease*. College of Health, o.p.s. Level of qualification: Bachelor. Supervisor: PhDr. Ivana Jahodová. Prague 2012. 68 pages.

In the present Alzheimer disease is a quite extended illness. In spite of that prevalence doesn't go hand in hand with knowledge of this unpredictable disease. A wide public has only unclear visions about what does it mean, what does it bring and how does it endanger persons or all the society. The main theme of this work is the complex care of patient with Alzheimer disease. A theoretic part is an introduction to universal description of illness, its manifestations, development stages, diagnostics and treatment. A practical part describes the nursing process in a patient of the mental hospital in Dobřany.

A goal of this work is to describe in general the problems of demented patients and the nursing care of them.

Key words

Alzheimer disease. Dementia. Homecare. Pharmacotherapy. Nursing care. Prevention. Psychotherapy.

OBSAH

ÚVOD.....	15
TEORETICKÁ ČÁST.....	16
1 Složení nervové tkáně.....	16
2 Definice choroby.....	17
3 Patologickoanatomické projevy, etiopatogeneze, epidemiologie.....	18
3.1 Patologickoanatomické projevy.....	18
3.2 Etiopatogeneze.....	19
3.3 Epidemiologie.....	19
4 Stádia vývoje.....	20
4.1 Lehké stádium demence.....	20
4.2 Střední stádium demence.....	21
4.3 Těžké stádium demence.....	21
5 Diagnostika.....	23
5.1 Hodnotící škály.....	23
5.2 Zobrazovací metody.....	25
6 Terapie.....	27
6.1 Farmakoterapie.....	27
6.2 Nebiologické terapeutické přístupy.....	29
6.3 Potravinové doplňky.....	30
7 Práva pacientů trpících Alzheimerovou chorobou nebo jinými formami demence.....	32
8 Zdravotní a sociální zařízení pečující o postižené demencí	

v Plzeňském kraji.....	34
9 Psychiatrická léčebna Dobřany.....	36
9.1 Historie.....	36
9.2 Současnost.....	36
9.3 Dílny.....	37
PRAKTICKÁ ČÁST.....	38
10 Ošetrovatelský proces.....	38
10.1 Identifikační údaje.....	38
10.2 Anamnéza.....	40
10.3 Posouzení současného stavu.....	44
10.4 Medicínský management.....	52
10.5 Situační analýza.....	54
10.6 Celkové hodnocení.....	71
10.7 Doporučení pro praxi.....	71
ZÁVĚR.....	74
SEZNAM LITERATURY.....	75
PŘÍLOHY	

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ADL.....	activity of daily living
ACH.....	Alzheimerova choroba
CNS.....	centrální nervová soustava
CT.....	počítačová tomografie
LDK.....	levá dolní končetina
MMSE.....	mini mental state examination
MR.....	magnetická rezonance
PHK.....	pravá horní končetina
PL.....	Psychiatrická léčebna
SPMSQ.....	short portable mental status questionnaire

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A: Alois Alzheimer	I
Příloha B: MMSE test	II
Příloha C: ADL test	V
Příloha D: Vyšetření SPECT	VI
Příloha E: Vyšetření CT	VII
Příloha F: Reminiscenční terapie	VIII
Příloha G: Psychiatrická léčebna v Dobřanech	IX
Příloha H: Logo hudebního festival MEZI PLOTY	X
Příloha CH: Výstava obrazů v areálu PL v Dobřanech	XI
Příloha I: Prohlášení	XII

ÚVOD

Toto téma jsme si zvolili, protože v současné době představují různé formy demencí vážný celospolečenský problém. Ten je dán nejen mohutným růstem počtu takto postižených, ale i častým výskytem komplikací, které tyto choroby provázejí.

Další důvod je ten, že s tématem Alzheimerovy choroby (dále jen ACH) jsme se setkali již dříve, když jsme chodili na brigádu do Psychiatrické léčebny v Dobřanech (dále jen PL).

ACH je nejčastějším typem demence. Demence je souhrnný název pro progresivní, degenerativní mozkové syndromy, které ovlivňují paměť, myšlení, chování a emoce. Nezná sociální, ekonomické, etnické nebo geografické hranice. Ovlivňuje paměť člověka, jeho náladu a chování. Tato choroba neovlivňuje pouze lidi, kteří jí trpí. Ovlivňuje i lidi, kteří se o nemocného starají, především rodinu. Péče o nemocného je obtížná a vyžaduje mnoho dovedností, zvládnout nemocného potřeby, jak fyzické, emocionální, mentální, zdravotní ale i finanční. ACH začíná obvykle po 65 věku, ale jeho nástup se může objevit již v ranném věku. V současné době neexistuje žádný lék.

Cílem bakalářské práce je popsat problematiku dementních pacientů i ošetrovatelskou péči. Rádi bychom přispěli k rozšíření informovanosti pečujících profesionálů i laiků.

Práce je rozdělena na dvě části, na teoretickou a praktickou. V teoretické části jsme se zabývali samotným onemocněním. Popsali jsme vznik nemoci, patologickoanatomické projevy, stádia vývoje a jeho příznaky, diagnostiku a léčbu. V této části jsou zahrnuty zajímavosti jako jsou Práva pacientů, Zdravotní a sociální zařízení pečující o postižené demencí v Plzeňském kraji a Psychiatrická léčebna v Dobřanech. Do praktické části byl zvolen ošetrovatelský proces, kde je popsána anamnéza, fyzikální vyšetření, aktivity denního života u 71 leté pacientky hospitalizované v PL v Dobřanech. Stanovili jsme ošetrovatelské diagnózy podle priorit, které jsme potom rozepsali.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Složení nervové tkáně

Šedá hmota se skládá z nervových buněk, které jsou dvojího typu. Neurony a glie. Neurony jsou hlavní funkční jednotkou centrální nervové soustavy (dále jen CNS). Jejich hlavní vlastností je vzrušivost. Přibližný počet je okolo 30 miliard. Všechny jsou vytvořeny při narození a v pozdějším věku zanikají. Nové se již nevytvoří. Neuron se skládá z těla a ze dvou typů výběžků. Jednak dendrity, krátké a rozvětvené, které vedou impulzy směrem k tělu neuronu. Další výběžek se nazývá axon neboli neurit. Vzruch vedou dále k jiným neuronům nebo ke svalu. Uvnitř axonu proudí tekutina, v níž jsou látky potřebné pro metabolismus svalů. Většina axonů bývá obalena myelinovou pochvou (KÁŠ, 1996).

Vzájemné propojení dvou neuronů se nazývá synapse. Axony se sdružují do provazců, které pak probíhají buď odstředivě, tedy z centra do periferie, anebo naopak dostředivě, z periferie k centru. Tyto provazce se nazývají dráhy. V oblasti axonu se tvoří vzruch, který vzniká dosud neznámým způsobem. Jde o průtok elektrickým proudem o velice nízkém napětí (KÁŠ, 1996; AMBLER, 2000).

Neuron má tyto funkce:

- zajišťuje vnitřek buňky,
- je schopen tvořit a přenášet vzruchy,
- je schopen tvořit mediátory (látky, přenášející vzruch pomocí chemickou cestou).

Druhý typ nervových buněk jsou buňky gliové neboli glie. Jedná se o několik druhů buněk, které mají za úkol vytvářet podpůrnou a výživnou tkáň (KÁŠ, 1996).

2 Definice choroby

Německý lékař Alois Alzheimer vysledoval v roce 1906 specifické změny ve struktuře mozku, které jsou typické pro nemoc, která nyní nese jeho jméno - příloha A.

Ve stáří dochází ke zhoršování paměťových funkcí. Starý člověk se hůře učí novým věcem a častěji si nemůže vybavit jména či detaily některých událostí. Pokud je pokles paměti takový, že je na překážku běžným denním činnostem, tak už nejde o přirozený projev stárnutí. Jedná se o chorobný proces, demenci. Demence vzniká v důsledku onemocnění mozku. Dochází při ní k významnému zhoršování paměti. Nemocný přestává být schopen naučit se novým poznatkům. Zhoršují se i další mozkové funkce jako je myšlení, orientace, úsudek, řeč, schopnost počítání, plánování, abstrakce a další. Onemocnění se většinou postupně zhoršuje (CALLONE, 2008; HÖSCHL, 1999).

Nejčastějším typem demence je ACH. Je to nejčastěji vyskytující se demence vůbec a je čtvrtou až pátou nejčastější příčinou smrti. Dělí se podle doby vzniku:

- Forma s časným začátkem, presenilní demence Alzheimerova typu. V mezinárodní klasifikaci nemocí je označována jako F00.0, která vzniká do 65 let života,
- Forma s pozdním začátkem, senilní demence Alzheimerova typu. Se začátky příznaků po 65 letech. V mezinárodní klasifikaci nemocí je označována jako F00.1 (KOUKOLÍK, 1998).

21. září 1994 bylo na celém světě ustanoveno za Mezinárodní den Alzheimerovy nemoci. Tím je upozorňováno na rizika a možnosti prevence.

3 Patologickoanatomické projevy, etiopatogeneze, epidemiologie

Tato choroba postihuje celý mozek, postupně dochází díky odumírání mozkových buněk ke ztenčení mozkové kůry, nejvíce v parietotemporální oblasti (kost temenní a kost spánková). Zjednodušeně se dá říci, že ACH vede ke zrychlenému odumírání nervových mozkových buněk a zhoršenému přenosu informací mezi mozkovými buňkami ještě zachovanými. Nejvíce odumírají buňky acetylcholinergního systému, tolik důležitého pro paměť, a další poznávací funkce. V mozku ubývá acetylcholin, který zajišťuje přenos informací mezi nervovými buňkami (KOUKOLÍK, 1998; HRDLIČKA, 1999).

3.1 Patologickoanatomické projevy

Hlavní makroskopickou změnou ACH je atrofie mozku. V mozku probíhají stejné změny jako při stárnutí. S přibývajícím věkem se snižuje hmotnost a velikost mozku. Hmotnost může klesnout až o 200 - 300g. Snižuje se tloušťka mozkové kůry, nejvíce ve frontální oblasti. Mezi dvacátým a padesátým rokem života rychleji ubývá šedá hmota, než hmota bílá. Ta ubývá až v pozdějším období. Mozkové komory se rozšiřují po šedesátém roce života. Míra rozšiřování je proměnlivá. Při nálezů se onemocnění může prozradit i lehkým zužováním závitů a mírným rozšiřováním rýh mezi závitů (HORT,2007; ZVOLSKÝ, 2003).

Hlavní mikroskopickou změnou je úbytek neuronů. V mozku se ukládá škodlivá bílkovina, která není ve své normální formě škodlivá, ale při ACH vytváří v mozku ložiska, která se nazývají alzheimerovské plaky. Způsobují poškození a zánik nervových buněk a jejich spojů. Ty se prokážou při histologickém vyšetření, kde se specificky barví (HÖSCHL, 1999).

3.2 Etiopatogeneze

Příčiny a mechanismy nejsou dosud zcela objasněny. Podílí se spolu na nich několik faktorů, přičemž nejdůležitější roli hraje genetika, zejména 21., 19. a 14. chromozom.

Mezi další rizikové faktory řadíme: vyšší věk, demence v rodinné anamnéze, prodělaný úraz hlavy, ženské pohlaví, Downův syndrom, hypotyreóza, deprese, deficiencie vitamínu B 12, nízká úroveň vzdělání a nízká duševní aktivita (KOUKOLÍK, 1998).

3.3 Epidemiologie

Podle Františka Koukolíka a Romana Jiráka se odhaduje, že v současnosti je na světě 17-25 milionů lidí s tímto onemocněním. V ČR je to asi 50-70 tisíc lidí. Tato choroba je nevratná a postihuje především seniory, více ženy. V 65letech trpí ACH přibližně 10% populace. Prevalence se zdvojnásobuje každých 4,5 roku a je příčinou přibližně dvou třetin případů demence (KOUKOLÍK, 1998).

4 Stádia vývoje

Ve vývoji Alzheimerovy choroby lze rozlišit tři odlišná stádia. Pro každé z nich jsou charakteristické rozlišné specifické problémy, přičemž však některé z těchto problémů se mohou objevit v kterémkoli stádiu, zatímco jiné nemusejí nastat vůbec. Přejchod mezi stádiem I. a II. a mezi stádiem II. a III. může trvat i několik let (HORT, 2007).

4.1 Lehké stádium demence

Toto stádium je často považováno za příznaky stárnutí. Člověk zapomíná, není si schopen zapamatovat nové věci a naopak si někdy dobře vybavuje vzpomínky z mládí, rád o nich opakovaně mluví. Zhoršuje se jeho obrazová představivost a logické uvažování. Objevují se poruchy prostorové orientace. Nemocný bloudí na méně známých místech. Trpí také přechodnou časovou dezorientací. Není schopen vybavit si, jaký je den, měsíc nebo rok. Má sníženou schopnost plynulého vyjadřování a mohou se vyskytnout i první psychologické příznaky a poruchy chování – deprese, poruchy vnímání. Když jsou přivedeni k lékaři a dostávají otázky, otáčejí se bezradně na doprovázejícího příbuzného – příznak otáčení hlavy (KALVACH, 2004).

I když se u něj může vyskytnout ztráta iniciativy a průbojnosti, pacient je schopen základní péče o sebe sama. Poruch paměti si nemocní nebývají vědomi, cítí se často zdraví. Podezírají někdy blízké, že jim věci schovávají. Popírají své problémy, odmítají možnost, že by se jim zhoršovala paměť. Toto stádium trvá 2 až 3 roky (CALLONE, 2008).

Shrnutí problémů 1. stádia: obtížné dorozumění, zapomínání základních věcí, podezíravost a vztahovačnost, popírání problémů a poruch paměti, dezorientace v čase, bloudění na známých místech, obtížné rozhodování, příznak otáčení hlavy, ztráta iniciativy, známky deprese, úzkosti a agresivity, ztráta zájmu o koníčky, změna osobnosti, egocentričnost a sobeckost. Řada postižených je těmito prvními příznaky vystrašena, uvedena do rozpaků a deprimována.

4.2 Střední stádium demence

S postupem času můžeme u postiženého sledovat již závažnější příznaky a problémy, které mu znemožňují vykonávat běžné denní činnosti. Nedovede pojmenovat známé věci, z paměti vypadávají běžná slova. Zhoršuje se a ztrácí se schopnost počítat, číst a psát. Zůstávají zachovány útržky vzpomínek na události z mládí. Objevují se výraznější poruchy chování, halucinace a bludy. Myslí si, že mu někdo chodí do bytu, podezírá a obviňuje blízké, sousedy nebo zcela cizí osoby z krádeží. Postižený je již z velké části odkázán na péči okolí. Má potíže s dodržováním hygieny, nedovede se přiměřeně obléci, udržovat si své věci v pořádku. Mohou se již objevovat i přechodné odpolední a noční stavy zmatenosti. Toto stádium trvá 2 až 10 let (CALLONE, 2008).

Shrnutí problémů tohoto stádia: ztráta paměti poruchy soudnosti, nekritičnost prohlubování změn osobnosti, sobeckost, egocentričnost neschopnost vykonávat běžné aktivity (vaření, nakupování, úklid), potřeba pomoci při mytí, vykonávání osobní hygieny a oblékání, obtížná komunikace, zatoulávání se, bloudění, poruchy chování, agrese, halucinace, podezřívavé chování, bludná vztahovačnost, obviňování blízkých, stavy zmatenosti.

4.3 Těžké stádium demence

U postižených se vyskytují poruchy chůze, pády, neurologické poruchy, poruchy chování (především agresivita), odpolední a noční stavy zmatenosti. Zhoršuje se schopnost řeči. Nemocný opakuje jedno nebo několik slov či větu a někdy přestane mluvit úplně. Nepoznává přátele ani členy vlastní rodiny, má obtíže při příjmu potravy a s dodržováním pravidelné osobní hygieny. Nemocný neudrží moč a stolici. V posledním stádiu onemocnění se mohou objevit další souběžná onemocnění (např. infekce dýchacích nebo močových cest). Tyto choroby mohou být pro postiženého rizikové a život ohrožující. Dochází k naprosté ztrátě soběstačnosti a tento postižený může zůstat upoután na vozíku nebo na lůžku. Toto stádium trvá 1 až 3 roky (CALLONE, 2008; KOUKOLÍK, 1998).

Shrnutí problémů 3. stádia: poruchy příjmu potravy, nerozpoznání blízkých osob, nechápání okolního dění, ztráta schopnosti souvislé řeči, opakování slov, vět, křik, odpolední a noční stavy zmatenosti, obtížná chůze, poruchy vylučování moči a stolice, inkontinence, chování neodpovídající situaci, úplná ztráta soběstačnosti, upoutání na invalidní vozík, těžké duševní i tělesné chátrání, hubnutí.

5 Diagnostika

Při podezření na ACH je třeba v první řadě vyloučit onemocnění, která Alzheimerovu chorobu mohou připomínat (např. deprese, onemocnění štítné žlázy nebo jiná tělesná onemocnění). Postiženého čekají vyšetření u praktického lékaře a u specialistů – neurologa nebo psychiatra. Součástí diagnostického vyšetření je pohovor o zdravotním stavu postiženého, o prodělaných nemocech, zjišťuje se výskyt vážných chorob v rodině i životní styl pacienta. Následují vyšetření, která jsou zaměřena na odhalení případného tělesného onemocnění, určení typu a stupně demence. Diagnostika je složitá a dosud neexistuje metoda, která by nemoc stoprocentně potvrdila. Spolehlivou diagnózu může stanovit s naprostou jistotou až patolog (DUŠEK, 2010).

Kromě hodnotících škál, důkladného interního (neurologického a psychiatrického) vyšetření, laboratorních metod a speciálních testů se stále více využívá moderních zobrazovacích metod (jednofotonová emisní výpočetní tomografie, počítačová tomografie, magnetická rezonance, elektroencefalografie) (KALVACH, 2004).

5.1 Hodnotící škály

Mini-mental state examination

Tento test je vhodný pro screening a stanovení diagnózy. Zaměřuje se na kognitivní funkce, nikoli na poruchy nálad. Obsahuje 30 otázek a doba jeho provedení nepřesahuje 20 minut. Počet bodů nižší než 24 určuje střední a těžkou demenci - příloha B.

Clock test

Před nemocného předložíme předkreslený kruh a vyzveme ho, aby tužkou dokreslil čísla a rafičky ukazující čas 11hodin a 10 minut. 2 body a méně značí patologii.

Skore:

1bod-Perfektní hodiny i se správně vyznačeným časem

2body-Mírné zrakově-prostorové chyby

3body-Chyby v označení požadovaného času

4body-Mírné až středně vyjádřené poruchy

5bodů-Vážné poruchy

6bodů-Žádná spojitost s hodinami

Hodnotící škála ADL

Škála obsahuje 6 jednoduchých aktivit denního života. Za každou aktivitu, kterou je nemocný schopen vykonávat sám přičteme 1 bod. Maximální počet je 6 bodů. Čím nižší je skóre, tím menší je soběstačnost pacienta- příloha C.

1. Koupání

2. Používání toalety

3. Uléhání a vstávání

4. Najedení

5. Oblékání

6. Kontrola vyprazdňování moči a stolice

SPMSQ- Short Portable Mental Status Questionnaire

Test obsahuje 10 otázek. Zjišťuje se intelekt.

Skóre:

0-2 chyby- Intaktní intelekt

3-4 chyby- Mírně narušený intelekt

5-7 chyb- Středně defektní intelekt

8-10 chyb- Těžce defektní intelekt

5.2 Zobrazovací metody

SPECT

Název SPECT je zkratka z anglického názvu „Single Photon Emission Computed Tomography“, což česky zní „jednofotonová emisní výpočetní tomografie“. Je to zobrazovací metoda, která dokáže zobrazit prostorové rozložení nějaké radioaktivně značené látky v těle, tato látka je před zobrazením do organismu podána nejčastěji nitrožilně.

Metoda SPECT je obohacena o výpočetní systém, který dokáže z mnoha obrazů nasnímaných z různých úhlů zrekonstruovat trojrozměrný obraz- příloha D. Před většinou scintigrafických vyšetření není třeba speciální přípravy. SPECT nepředstavuje pro pacienta žádné velké riziko. Pacientovi musí být ovšem před vyšetřením podána radioaktivní látka, ale ve velmi malém množství, dávka záření, kterou pacient obdrží, je srovnatelná s vyšetřením rentgenem (CALLONE, 2008).

Pomocí metody SPECT lze detekovat oboustrannou temporoparietální hypoperfúzi (snížené prokrvení), která je velmi časným, ale bohužel vysoce nespecifickým příznakem Alzheimerovy nemoci. Cena jednoho vyšetření je 5800kč (ZVOLSKÝ, 2003).

CT

Počítačová tomografie patří dnes již prakticky k základním rentgenovým metodám. Obraz CT vyšetření vzniká průnikem rentgenového záření vyšetřovaným objemem (částí těla pacienta), jeho měřením na detektorech záření a následným vyhodnocením počítačem. CT vyšetření se nejčastěji využívá k diagnostice změn mozku, kostí lebky, páteře a břišních a pánevních orgánů. Při CT vyšetření nacházíme u ACH zmenšení objemu, atrofii, mozkové tkáně s rozšíření komor i rýh mezi závity - příloha E.

CT má velké rozlišení. Dokáže přesněji odlišit větší podrobnosti než prostý RTG snímek. Speciální CT vyšetření umožňuje zachytit detail o velikosti 5 milimetrů. Zobrazuje lidské tělo v jednotlivých vrstvách, jakoby rozřezané na malá kolečka. Odhalí tak procesy, které jsou jinými způsoby obtížně zjistitelné (např.: zánět, nádor, krvácení).

Pomocí CT může lékař tyto procesy navíc přesně lokalizovat. Kromě velikosti se dozví jaký je jejich vztah k ostatním orgánům (DUŠEK, 2010).

MR

Magnetická rezonance je moderní vyšetřovací metoda, která velmi přesně zobrazí požadované oblasti. Zvláště vhodná je pak tato metoda k zobrazení mozku a míchy. Rezonance "rozřeže" na kolečka lidské tělo. Princip je založen na silném magnetickém poli, který je přístroj schopen vyvolat, ovlivňuje pohyb vodíkových iontů. Vodíkové ionty jsou součástí každé tkáně, každé buňky. Vyšetření trvá 15-20 minut. Kdokoliv s implantovaným kardiostimulátorem je zcela vyloučen z vyšetření. Vyšetření rovněž nelze provádět u pacientů s implantátem ve vnitřním uchu (ZVOLSKÝ, 2003).

EEG

Elektroencefalogram je záznam časové změny elektrického potenciálu způsobeného mozkovou aktivitou. Je to standardní neinvazivní metoda funkčního vyšetření elektrické aktivity centrálního nervového systému. Pro rozmístění elektrod na povrchu hlavy je používán tzv. systém 10/20, jehož název vznikl z jeho obvodu hlavy rozdělen na úseky po 10% a 20% (ZVOLSKÝ, 2003).

6 Terapie

Terapie má být komplexní a měla by zahrnovat farmakoterapii, psychosocioterapii, rehabilitaci tělesných funkcí a práci s rodinou nebo jinými pečovateli o nemocného. Neexistuje kauzální léčba, používají se farmaka, která zmírňují symptomy nemoci (BAŠTECKÝ, 1994).

6.1 Farmakoterapie

Můžeme rozdělit do dvou skupin. Na kognitivní farmakoterapii a nekognitivní farmakoterapii.

Kognitivní farmakoterapie spočívá v použití inhibitorů acetylcholinesterázy (enzym odbourávající acetylcholin v CNS). U ACH je nejvíce postižen mozkový acetylcholinergní systém. Základem léčby jsou farmaceutika pro podporu kognitivních poruch, neboli kognitiva. Tyto inhibitory acetylcholinesterázy zajišťují v mozku dostatečné množství acetylcholinu, jenž zastává úlohu nositele nervových vzruchů (DUŠEK, 2010).

Používají se přípravky z těchto skupin:

- karbamáty, například Exelon,
- piperidinové přípravky, např. Aricept,
- alkaloidy, např. Galantamin, Huperzin A.

Acetylcholin zprostředkovává přenos vzruchu v centrální i periferní nervové soustavě. Substituce samotným acetylcholinem není možná, protože má velmi krátký poločas rozpadu.

Nejužívanější jsou lecitiny. Jsou to lipidy, které zlepšují látkovou výměnu. Nejčastěji používaný je sojový lecitin.

Vzhledem ke sníženému neuronálnímu metabolismu se používají léky označované jako nootropní farmaka, která zlepšují metabolismus mozku (BOUČEK, 2005).

- Piracetam (Preparáty Piracetam AL, Nootropil, Geratam a další) je nejpoužívanější nootropikum,
- Pyritinol (Enerbol),
- Meklofenoxat (Lucidril).

U žen působí preventivně podávání estrogenu, protože se zjistilo že, u žen po menopauze, u kterých se neprováděla substituce estrogenu, je vyšší výskyt ACH než u žen substituovaných (BOUČEK, 2005).

Látky likvidující volné kyslíkové radikály chrání neurony před narušením metabolismu, poškozením. Jde většinou o doplňkovou terapii, která však může být zvolena za součást hlavní léčebné strategie či prevence.

Mezi ně řadíme:

- antioxidanty (vitamíny C a E, koenzym Q 10),
- účinné látky červeného vína, borůvek a černého rybízu,
- účinné látky kořene lékořice,
- účinné látky plodu granátového jablka.

K nekognitivní farmakoterapii u Alzheimerovy choroby se používá v léčbě přidružených symptomů onemocnění. Patří sem poruchy spánku, stavy neklidu, úzkostné nebo depresivní stavy.

Agitovanost se označuje jako porucha chování a často se vyskytuje v průběhu choroby. Základní skupinou léčiv, která se užívají k ovlivnění agitovanosti, se nazývají neuroleptika. Používají se stejné typy léčiv jako u poruch spánku, ale ve vyšších dávkách a s podáváním vícekrát denně (BOUČEK, 2005; DUŠEK, 2010).

Neuroleptika se používají tam, kde je spánek rušen neklidem pacientů nebo přidruženými delirantními stavy. Mezi farmaka patří:

- tiapridal,
- buronil,

- haloperidol.

Vyskytuje-li se posun cyklu spánek-bdění, může dojít až k rozvratu spánku, tj. denní pospávání a noční bdění. Mezi hypnotika řadíme Dormicum, což je krátkodobě působící hypnotikum. Průměrná dávka na noc je 7,5 mg. Stilnox velmi dobře působí při poruchách usínání. Průměrná dávka je 1 tableta á 10mg.

Pokud se objeví přidružené deprese je ordinován:

- novéril,
- vivalan, je výhodný u depresivních stavů s útlumem,
- fevarin, který působí i protiúzkostně,
- seropram, Zoloft, Nion a další.

6.2 Nebiologické terapeutické přístupy

Stejně tak, jako má význam farmakoterapie, je důležitá a nezbytná psychosocioterapie, správný psychologický přístup k nemocnému. Tento přístup vyžaduje od ošetřujícího personálu velkou trpělivost. Psychoterapie má být zaměřena na uchování běžných denních aktivit a návyků. Je třeba udržet dosud zachované kognitivní funkce (poznávací funkce) a zajistit maximální soběstačnost nemocného.

Jako první uvádíme léčebnou metodu - Ergoterapii. Je zaměřená na rozvoj hrubé a jemné motoriky, koordinaci, vnímání, citlivost, vytrvalost, výkonnost mozkových funkcí a také na psychické, emocionální a sociální schopnosti. Ergoterapie se provádí v různých rehabilitačních, zdravotnických, terapeutických a sociálních zařízeních. Je součástí ucelené rehabilitace (HOLMEROVÁ 2003).

Další důležitou metodou je reminiscenční terapie. Tato terapie je založena na poznání toho, že v mozku zůstávají nejdéle zachovány vzpomínky, vědomosti a návyky, které jsou fixovány v dlouhodobé paměti. Je to léčba vzpomínek, např. poznávání starých fotografií, sledování filmů z archivů, prohlížení a četba starých novin, připomínání a opakování - příloha F.

Fyzioterapie je metoda, která aktivizuje nemocného v rámci jeho kondice, pohybu, nácvičku chůze nebo rehabilitování té části, která je nemocná a potřebuje odbornou péči.

Léčba vůněmi se nazývá aromaterapie. Aroma a esence ovlivňují v mozku určité látky, které působí povzbudivě nebo mají uklidňující účinek.

Pro ilustraci uvádíme vůně:

- rozmarýn povzbuzuje koncentraci a činnost mozku,
- máta pozvedá sebevědomí,
- citron oživuje, zlepšuje náladu, podporuje koncentraci,
- meduňka působí proti stresu a depresím,
- jasmín odstraňuje strach, povzbuzuje fantazii a zlepšuje náladu.

Léčba založena na základě konceptu je bazální stimulace. Dotýkat se, je základní lidská schopnost. Velký význam v této péči mají doteky. Bazálně stimulační ošetrovatelská péče se přizpůsobuje věku a stavu klienta. Tento koncept vychází z poznatků pedagogiky, fyziologie, anatomie, neurologie, vývojové psychologie a ošetrovatelství (RHEINVALDOVÁ, 1999).

6.3 Potravinové doplňky

Přestože je ACH nevléčitelná, věda dělá stále pokroky v léčení jejích jednotlivých příznaků. Potravinové doplňky můžou v počátečních stadiích onemocnění pomáhat obnovit mentální funkce. Jedním z přípravků je jinan, známý jako Ginkgo biloba. Jinan dvojlaločný, zvyšuje prokrvení mozku, a může u některých postižených zlepšit paměť. Kromě toho má i antioxidační vlastnosti, které udržují zdravé nervové buňky. Vitaminy C a E a směs karotenoidů mohou také působit příznivě jako další antioxidant (RHEINVALDOVÁ, 1999; ŠIPR, 1997).

Důležité jsou vitamíny ze skupiny B. Jejich nízké hladiny bývají spojovány právě s Alzheimerovou chorobou. Za zmínku stojí také pupalkový olej a ženšen. Všechny příznivě ovlivňují paměť zlepšením přenosu nervových vzruchů.

7 Práva pacientů trpících Alzheimerovou chorobou nebo jinými formami demence

V dřívějších dobách pacienti nepotřebovali žádná práva, neboť vztah lékaře a pacienta byl založen na paternalistickém modelu mezi lékařem a pacientem. Pacient byl na svém lékaři odborně a lidsky plně závislý (tzv. rodinný lékař). Vznik Práv pacientů mají svou historii a nazýváme je etickým kodexem. Postupně se vyvíjel od 70 let 20 století, protože se současně měnila i role pacienta a jeho postavení ve zdravotnickém systému (DUINOVÁ, 1997).

Uvádíme některé mezivládní dokumenty, které položily základy na formování etického kodexu Práv pacientů: Všeobecná deklarace lidských práv a svobod (1948); Evropská dohoda o lidských právech a základních svobodách (1950); Evropská sociální charta (1961); Lucemburská deklarace k bezpečí pacientů (2005).

Hlavním cílem je znovu potvrzení základních lidských práv, které je nutné dodržovat ve zdravotnictví. Je velmi nutné chránit důstojnost člověka a podporovat vždy úctu. Dalším cílem je podpora humanizace zdravotní péče.

V lednu r. 1991 byla v naší republice schválena a potvrzena Listina základních práv a svobod. Považujeme za důležité tato práva zmínit, protože stále není obvyklé, aby se lidé chovali k nemocným s ACH nebo demencí s respektem a ohledy, bez zbytečného soucitu a jako k rovnocenným bytostem.

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 (ALZHEIMERCENTRUM, 2012).

8 Zdravotní a sociální zařízení pečující o postižené demencí v Plzeňském kraji

Existují organizace, které poskytnou potřebné informace i rady. Jednou z nejnámějších organizací pro ACH je Česká alzheimerovská společnost. Vznikla v průběhu roku 1996 a zaregistrovaná byla v roce 1997. Vznikla na základě spolupráce odborníků z oboru gerontologie (lékaři a zdravotnický personál). Jejich cílem je podpora pacientů postižených touto demencí a jejich rodiny. Česká alzheimerovská společnost má i své logo, vážku a také maskota Nedejsu. 21. září je Mezinárodní den Alzheimerovy nemoci. Od roku 2001 si tento den připomínáme jako Pomerančový den. V roce 2005 se Pomerančový den přesunul na 21. června, tedy den, kdy v Česku slaví jmeniny Alois. Tato společnost sídlí v budově Gerontocentra v Praze 8 - Kobylisích. Kontaktní místa jsou v celé České republice, v každém kraji (SNOPOVÁ, 2007).

Zmapovali jsme, které instituce pečují v Plzeňském kraji o lidi s ACH. Jako první uvádíme domácí péči. Kdy rodina zajistila tuto péči v domácím prostředí nemocného. Myslíme si, že pro nemocného je to klidnější a méně stresující.

Agentura HOME CARE zajišťuje péči na základě doporučení praktického lékaře. Sídlí v Plzni na Borech. Má formu zdravotní a sociální. Péči hradí zdravotní pojišťovna. Je zahájena a ukončena na pokyn lékaře. Nebo si péči hradí sám klient za nadstandartní požadavky.

Další agenturou je agentura Domovinka. Sestra v domácí péči zabezpečuje ošetrovatelskou péči (odebírání biologického materiálu, ošetřuje proleženiny, rány, stomie). Tato péče je poskytována klientům na základě doporučení praktického lékaře.

Další zařízení, které jsme vybrali je Denní stacionář. Jedná se o jednodenní stacionář, kam postižený dochází sám nebo v doprovodu druhé osoby. Klienti tohoto stacionáře jsou hendikepovaní senioři a senioři s Alzheimerovou chorobou. Vždy se vychází z individuálního plánu postiženého. Podmínkou přijetí je částečná mobilita. Průměrný věk postižených je 79let. Je i stacionář týdenní, kde postižený přebývá od pondělí do neděle.

Jsou pacienti, kterým péči v domácím prostředí zajistit nelze z jakékoliv ho důvodu, proto je možnost takového pacienta umístit do Domu s pečovatelskou službou. Zde uvádíme zařízení, které je v Dobřanech. Jedná se o takovou službu, kde personál pomáhá klientům při zvládnání běžných každodenních úkonů (pomoc s osobní hygienou, podávání stravy, praní prádla, obstarání nákupu). Péči si klient hradí sám.

Poslední zařízení, které uvádíme je PL v Dobřanech. V takových to zařízení končí pacienti se střední a těžkou demencí, u nichž domácí péče není zvladatelná. Zabezpečuje především péči dlouhodobou a opakovatelnou. Tato léčebna je státní příspěvková organizace. Péče je zajištěna prostřednictvím specializovaných oddělení (pedopsychiatrie, gerontopsychiatrie, oddělení pro léčbu závislostí). Celkový počet lůžek na gerontopsychiatrii je 124.

9 Psychiatrická léčebna Dobřany

9.1 Historie

Stavba ústavu probíhala v letech 1876-1883. V roce 1880 byl dán slavnostně do provozu. Finanční náklad tehdy činil 1 800 000 zlatých. Zakladatel ústavu byl Dr. Fischel a prvním ředitelem se stal Dr. Arnold Pick, který se stal celosvětově známý objevením degenerativně- mozkového onemocnění – morbus Pick. Posledním ředitelem před 2. světovou válkou byl Mudr. Václav Poseděl, který řídil léčebnu do roku 1939, kdy byly Dobřany zabrány do tzv. velkoněmecké říše a jejich vedení přešlo do německých rukou. V roce 1943 svrhli američtí piloti zápalné a trhivé bomby na psychiatrickou léčebnu. Během náletu zmatení nemocní utekli do polí, kde byli nalezeni zcela vysílení. Část nemocných byla převezena do věznice Bory. V tomto roce přišlo nařízení o překládání pacientů do jiných ústavů kamsi do Rakouska. Po válce se zjistilo, že pacienti byli posíláni do plynových komor (PLDOBRANY, 2012).

Pro představu uvádíme „chod ústavu“ před 2. světovou válkou. Koncem třicátých let bylo v ústavu 7 lékařů a 2183 nemocných. Vizita se prováděla dopoledne i odpoledne a vyšetřování příjmů se konalo večer. Při vizitě musela být především vidět hlava, aby se poznalo, zda nemocný přibývá nebo ubývá na váze. Opatrovnický personál zapisoval do dekurzu chudé zápisy: „jedl, spal, čistotu zachoval...“. Nejznámější léky, které se tehdy používaly, byly Trional, Medinal a Tinctura Opii. Významnou událostí pro oddělení bylo, když lékař aplikoval injekci. Ke zklidnění pacienta se používaly zábaly z mokřých prostěradel, do kterých se pacient zabalil. Pacienti jedli z plechových talířů a hrnků. Zaměstnání v léčebně bylo pro obyvatele Dobřan a okolí atraktivní. Stali se státními zaměstnanci, kteří měli různé výhody a byli penzijně zajištěni (PLDOBRANY, 2012).

9.2 Současnost

Celkový počet pracovníků v PL je 1098. Počet pacientů je kolem 900. Nynějším ředitelem léčebny je MUDr. Vladislav Žížka. Léčebna se nachází na pozemku o velikosti 42 ha. Je zde 29 oddělení, které jsou rozdělené do 14 primariátu. V léčebně se nachází: prodejna potravin, kulturní dům, katolický kostel, sportovní hřiště, knihovna,

květinářství, prádelna, rehabilitace, lékárna, komplex ambulancí, biochemická laboratoř, sexuologická laboratoř, patologicko-anatomické oddělení a jiné - příloha G.

Každý rok v květnu se koná divadelní a hudební festival Mezi ploty. Divadelní dění je rozděleno do několika scén - divadelní sál, tři plenéry a volný prostor U Pávů. Hudba je rozdělena na dvě scény. U hřiště vždy hrají rockový kapely a na druhé scéně se obvykle hraje jazz a blues. V areálu je dostatek stánků s občerstvením, ale zákaz prodeje alkoholických nápojů - příloha H.

9.3 Dílny

Úsek zajišťuje psychologické, psychoterapeutické a ergoterapeutické činnosti pro léčebnu. Místo působnosti je různé:

- kmenově na odděleních, kde je zajištěn zejména komunitní systém a režimová léčba na různých režimových odděleních např. pro dospělé - oddělení protialkoholní, pro děti a dorost - oddělení dětské a pro gerontopsychiatrický pacienty,
- v chráněných terapeutických dílnách, kam pacienti mohou docházet. Jsou dílny keramické, košíkářské, ručních prací, truhlářské a výtvarné. Pacienti pracují v zahradě a v parku,
- v arteterapeutickém ateliéru. Pořádají se výstavy prací pacientů, jednou ročně i vernisáž v Plzni - příloha CH,
- v R-klubu, jehož název je odvozen od těžiště činností, relaxace, rekondiční cvičení, resocializace a rehabilitace. Provádí se relaxace, jóga a pohybové aktivity (PLDOBRANY, 2012).

PRAKTICKÁ ČÁST

10 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

10.1 IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Jméno a příjmení : XY	Pohlaví : žena
Datum narození : 8. 2. 1941	Věk : 71
Adresa bydliště a telefon : 0	
Adresa příbuzných : 0	
RČ : 0	Číslo pojišťovny : 211
Vzdělání : vysokoškolské	Zaměstnání : v důchodu
Stav : ovdovělá	Státní příslušnost : česká
Datum přijetí : 14. 10. 2009	Typ přijetí: nedobrovolný vstup
Oddělení : Psychiatrická léčebna v Dobřanech, odd. 28	Ošetřující lékař : 0

Důvod přijetí udávaný pacientem :

„Já nevím, proč jsem tady, ale Jana (dcera) říkala, že se tu o mě postarají sestřičky. Často něco zapomínám... Mám vysoký tlak a taky cukrovku.“

Medicínská diagnóza hlavní :

FOO.1 Demence u Alzheimerovy nemoci s pozdním začátkem.

Medicínské diagnózy vedlejší :

E10 Diabetes mellitus

I10 Hypertenze

I70.2 Ateroskleróza končetinových tepen

E78.2 Dyslipidemie

VITÁLNÍ FUNKCE PŘI PŘIJETÍ

TK : 150/90	Výška : 169 cm
P : 72/min	Hmotnost : 65 kg
D : 15/min	BMI : 22,8
TT : 36,8 C	Pohyblivost : normální
Stav vědomí : zmatenost	Krevní skupina : 0+

Nynější onemocnění :

Přetrvávající problémy u pacientky jsou občasné stavy nočního neklidu, objevování bludů. Častěji se objevuje dezorientace a zmatenost. Pacientka trpí od roku 1996 diabetem I. typu a je léčena pro vysoký tlak. Na levé dolní končetině má bérkový vřed.

Informační zdroje :

Informace byly čerpány jak od pacientky tak od její rodiny. Dále bylo čerpáno z lékařské dokumentace, z našich poznatků a sledování pacientky. Použili jsme orientační test MMSE a Barthelův test.

10.2 ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza :

Matka : Prodělala běžné dětské nemoci. Nikdy více nestonala, zemřela v 76 letech na stáří.

Otec : Prodělal běžné dětské nemoci, více nestonal. Zemřel v 73 letech na mozkovou mrtvici.

Sourozenci : Pacientka měla dva sourozence. Bratr zemřel na rakovinu tlustého střeva v 57 letech. Sestra zdravá, 62 let.

Děti : Pacientka má dvě děti. Prodělaly běžné dětské nemoci. Obě dvě děti jsou zdravé.

Osobní anamnéza :

Překonané a chronické onemocnění :

Od roku 1996 na inzulínu. Občasné bolesti zad.

Hospitalizace a operace :

1972 gynekologická operace pro myom. Pacientka prodělala dva porody a dva potraty.

Úrazy :

0

Transfúze :

0

Očkování :

Povinné, dle rozpisu očkovacího kalendáře.

Léková anamnéza:

Náze v léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Tritace	Tbl. per os	2,5 mg	1-0-0	Antihypertenzivum
Betaloc Zok	Tbl. per os	25 mg	1-1-0	Antihypertenzivum
Torvacard	Tbl. per os	20 mg	0-0-1	Hypolipidemikum
Buronil	Tbl. per os	25 mg	1-0-0	Neuroleptika
Pirabene	Tbl. per os	800 mg	2-2-0	Nootropika
Nootropil	Oral solution	20 %	6ml-6ml-6ml	Nootropika
INZ	Inj. s.c	Humulin R	12j-12j-12j	Antidiabetikum
Ataralgin	Tbl. per os	20 mg	Při bolestech	Analgetika
Ibumax	Tbl. per os	400 mg	Při zvýšené TT a bolestech	Antipyretika
Dormicum	Tbl. per os	7,5 mg	Při nespavosti	Benzodiazepíny
Tiapridal	Inj. i.m	100 mg	Při neklidu	Antipsychotikum

Alergologická anamnéza:**Léky:**

0

Potraviny :

0

Chemické látky :

0

Jiné :

Náplasti

ABÚZY:

Alkohol: nekonзумuje

Kouření: denně vykouří 3 cigarety

Káva: denně vypije 2 kávy

Léky: 0

Jiné drogy: 0

Gynekologická anamnéza:

Menarché : od 15 let

Cyklus : pravidelný

Trvání : 4-5 dní

Intenzita , bolesti: mírné bolesti

PM: červen 1991

A: 2

UPT: 0

Antikoncepce : 0

Menopauza : v 50 letech

Potíže klimakteria : pocení, třes, nervozita, návaly bušení srdce

Samovyšetřování prsou : neprováděla

Poslední gynekologická prohlídka : V roce 2007

Sociální anamnéza :

Stav :

Ovdovělá

Bytové podmínky :

Bydlela v bytě 3+1, kde s ní byl její pes. Dcery ji často chodili navštěvovat. Nynější hospitalizace je v PL v Dobřanech.

Vztahy, role a interakce v rodině :

Pacientka udává normální vztahy v rodině. Jednou za čas byli hádky. Říká: „taková normální rodina.“

Záliby:

Mezi oblíbené záliby jsou luštění křížovek a hra pexeso.

Volnočasové aktivity :

Mezi oblíbené aktivity byla hra na klavír.

Pracovní anamnéza:

Vzdělání : vysokoškolské

Pracovní zařazení : dříve pedagog

Čas působení, čas odchodu do důchodu, jakého :

Působila jako pedagog v Plzni na konzervatoři. Vyučovala hru na klavír. Touto profesí se živila cca 40 let.

Spirituální anamnéza:

Ateistka

10.3 POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU

POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU ze dne 17.7.2011

Popis fyzického stavu		
SYSTÉM	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Hlava a krk	Pacientka udává bolesti hlavy a zhoršené vidění.	Normocefalie, držení hlavy je přirozené, víčka jsou bez edémů a skléry bílé, zornice izokorické, pacientka nosí brýle na blízko, jazyk plazí ve střední čáře, rty má suché, červené, pacientka vlastní horní zubní protézu, štítná žláza na pohled není zvětšená.
Hrudník a dýchací systém	Pacientka neudává dušnost ani při námaze.	Hrudník souměrný, dýchání čisté, počet dechů 15/min.
Srdcovo- Cévní systém	Pacientka udává občasné bušení srdce.	Frekvence 72/min., TK- 150/90, akce srdeční pravidelná, dle EKG sinusový rytmus.

Břicho a GIT	Pacientka neudává žádné potíže.	Břicho souměrné, suchá, růžová kůže, na podbřišku má viditelné strie a jizvy od gynekologických operací, palpačně nebolestivé.
Močovo-pohlavní systém	Pacientka neudává žádné potíže.	Občasná inkontinence. Pacientka je inkontinentní většinou přes den.

Kostrovo-svalový systém	Pacientka udává bolesti v kříži.	Skolioza a bolestivost zad, svaly nebolestivé.
Nervovo-smyslový systém	Neudává žádné potíže.	Občasná zmatenost, halucinace, úzkost, slovní napadání, zpomalené reflexy.
Endokrinní	Pacientka si je vědoma svého	Štítná žláza není zvětšená. Laboratorní

System	onemocnění DM I. Typu.	výsledky v normě. Inzulin- dependentní DM.
Imunologický systém	Pacientka neudává žádné potíže.	Imunita není snížena.
Kůže a její adnexa	Pacientka si je vědomá o defektu na LDK. Není si vědoma příčiny vzniku hematomu.	Bércový vřed na LDK. 10cm x 8 cm, čistá léze, nepovleklá, bez přítomnosti hnisu, bez zápachu. Hematom na PHK (způsobený při neklidu). 10cm x 10cm, fialové barvy.

Aktivity denního života			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Stravování	Doma	Udává normální stravování. Má ráda maso.	Nejsou viditelné znaky podvýživy, dle rodiny byla strava pravidelná.
	V nemocnici	Občas udává pocity hladu.	Pacientka dostává stravu pravidelně, 5x denně, vždy sní celou porci.

Příjem tekutin	Doma	Udává dostatečný příjem tekutin, má ráda kafe.	Nejeví známky dehydratace (turgor kůže v normě).
	V nemocnici	Neudává pocity žízně.	Příjem tekutin více jak 2l za 24h.
Vylučování moče	Doma	Neudává potíže.	Rodina pozorovala občasnou inkontinenci.
	V nemocnici	Neuvědomuje si nějaké potíže.	Občasná inkontinence, většinou přes den.
Vylučování stolice	Doma	Pacientka udává pravidelnou stolici.	Rodina nepozorovala známky poruchy vyprazdňování.
	V nemocnici	Stolice pravidelná.	Stolice pravidelná.
Spánek a bdění	Doma	Pacientka uvádí, že po spánku nebyla odpočatá. Probouzela se brzo ráno.	Dle rodiny pacientka krátce spala a často se procházela po bytě.

	V nemocnici	Udává zlepšení spánku.	V noci se často budí, je zmatená, dezorientovaná místem a časem, hledá psa.
Aktivita a odpočinek	Doma	Ráda hrála na klavír.	Rodina udává stejnou informaci.
	V nemocnici	Cítí se dobře, ráda hraje pexeso a společenské hry.	Hraje společenské hry. Nejraději hraje pexeso. O poledním klidu odpočívá.
Hygiena	Doma	Pacientka udává pravidelnost hygieny. Každý večer si myla nohy ve studené vodě, 3x týdně se sprchovala.	Rodina udává nutnou dopomoc při sprchování.
	V nemocnici	Ráda se sprchuje.	Hygiena pravidelná, nutný dohled a dopomoc (spuštění sprchy, nanášení zubní pasty na kartáček, příprava oblečení).
Samostatnost	Doma	Pacientka udává soběstačnost.	Rodina udává schopnost samostatnosti ve známém prostředí.

	V nemocnici	Pacientka udává, že je samostatná a nepotřebuje pomoc.	Je nutný neustálý dohled a dopomoc (s hygienou, s oblékáním, se stravou, s použitím toalety).
--	--------------------	--	---

Posouzení psychického stavu			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Vědomí		Dle pacientky normální.	Kvalitativní porucha vědomí.
Orientace		Občas je smutná protože, neví kde je.	Častá místní dezorientace, hledá svého psa.
Nálada		Dobrá.	Euforická nálada se střídá s úzkostnou náladou.
Paměť	Staropaměť	Dobrá.	Pacientka vypráví historky z dětství.
	Novopaměť	Pacientka uvádí, že je smutná, když si nemůže vzpomenout na jednoduchá slova.	Zapomíná, často si nepamatuje události z předchozího dne.
Myšlení		Dobré.	Zpomalené myšlení, dlouho přemýšlí nad běžnými věcmi. (pacientku přestává

		bavit odpovídat na dotazy.)
Temperament	Udává, že byla cholerická, teď nemůže posoudit.	Cholerická.
Sebehodnocení	Neví jak se má sebehodnotit.	0
Vnímání zdraví	Na otázku jak vnímá své zdraví, mi odpověděla: „nijak“	Pacientka se snaží dodržovat léčebný režim.
Vnímání zdravotního stavu	Stejná odpověď jako u vnímání zdraví – nijak.	Pacientka se často ptá kde je, nerozumí podstatě onemocnění ACH, ale ví, že trpí DM.
Reakce na onemocnění a prožívání onemocnění	Pacientka si nepamatuje.	Lhostejné prožívání nemoci.
Reakce na hospitalizaci	Tvrdí, že se jí na oddělení moc líbí.	Spokojenost.
Adaptace na onemocnění	Pacientka si nepamatuje.	Dlouhodobé onemocnění, rodina si není jistá, jak se pacientka přizpůsobila onemocnění.
Projevy jistoty a nejistoty (úzkost, strach, obavy,	Pacientka udává, že se občas bojí, ale neví čeho, popisuje tlak na hrudi.	Pacientka je často úzkostná, bázlivá a plačtivá.

stres)		
Zkušenosti z předcházejících hospitalizací (iatropatogenie, sorrorigenie)	Neví.	Nelze zjistit.

Posouzení sociálního stavu			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Komunikace	Verbální	Normální.	Komunikuje adekvátně, v rámci možností onemocnění.
	Neverbální	Pacientka po vysvětlení dotazu, neví, co má odpovědět. Nerozumí.	Minimální gestikulace.
Informovanost	O onemocnění	Pacientka ví, že je nějak nemocná, ale neví, jak se to jmenuje. Je si vědoma, že nemůže jíst sladké a musí dodržovat pravidelnost užívání léků.	Není schopna si uvědomit a zapamatovat závažnost onemocnění. Podané léky vždy spolkně. Vzhledem k stavu, se vylučuje propuštění.
Sociální role a jejich ovlivnění nemocí, hospitalizací a změnou životního stylu	Primární (role související s věkem a pohlavím)	Babička.	Děti a vnoučata často chodí na návštěvy.

v průběhu nemoci a hospitalizace	Sekundární (související s rodinou a společenskými funkcemi)	Často vzpomíná na sousedu se kterou kamarádila, když bydlela doma.	Vypráví o sousedce a o dětství.
	Terciální (související s volným časem a zálibami)	Pacientka ráda vzpomíná, když učila na konzervatoři. Ráda hrála na klavír a chodila na túry.	Na oddělení se účastní společenských aktivit, ráda hraje pexeso.

10.4 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

Provedené vyšetření:

V roce 2008 MR, CT mozku, EKG, RTG srdce a plíce

Výsledky:

CT: Atrofie mozku, rozšířené mozkové komory.

EKG: sinusový rytmus, akce srdeční pravidelná.

RTG: bez patrných zánětlivých ložiskových změn, srdce bez dilatace.

Konzervativní léčba :

Medikamentózní léčba a ošetrovatelská péče

Dieta: 9

Pohybový režim: chodící, zvýšený dohled

Výživa: per os

RHC: ergoterapie a fyzioterapie

Medikamentózní léčba:

Per os :

Tritace 2,5 mg

Buronil 25 mg

Torvacard 20 mg

Betaloc ZOK 25 mg

Pirabene 800 mg

Nootropil 20%

Ataralgin 20 mg

Ibumax 400 mg

Dormicum 7,5 mg

Intra venózní:

0

Per rectum :

0

Jiná :

INZ 12j

Tiapridal 100mg i.m

Chirurgická léčba :

10.5 SITUAČNÍ ANALÝZA

71 letá pacientka, u níž byla diagnostikována před 4-5 roky Alzheimerova choroba, byla přijata do Psychiatrické léčebny v Dobřanech v roce 2009. Na oddělení 28 byla přijata 14.10.2009. Rodina zažádala o hospitalizaci, protože se u pacientky začaly objevovat stavy zmatenosti. Pacientky děti se snažily matku co nejdéle udržet v domácím prostředí, ale péči již nezvládaly (komplikovaná péče o nemocnou). Jelikož si pacientka nechtěla připustit, že je vážně nemocná, odmítala hospitalizaci v léčebně. V takových to případech, se do dokumentace zapisuje jako vstup nedobrovolný. Onemocnění je ve středním stádiu vývoje.

Pacientka je afebrilní, tlakově a oběhově stabilní. Bez známek klidové dušnosti, anikterická, acyanotická. Spolupracuje, je náladová a bradypsychická. Kontakt s pacientkou je navoditelný, odpovídá většinou k tématu, místy jsou odpovědi nelogické. Je orientovaná osobou a časem, ale občas má stavy zmatenosti, vyptává se kde je a kde je její pes. Pacientka bez agrese. Výživa a hydratace je dostatečná. Je plně mobilní, ale stav pacientky vyžaduje zdravotnický dozor a mírnou dopomoc. Na levé dolní končetině má bércový vřed a na pravé horní končetině hematom. Dolní končetiny bez otoků a varixů. Pacientka trpí hypertenzí a DM I.typu.

Stanovení ošetřovatelských diagnóz a jejich uspořádání podle priorit:

- Paměť porušená způsobená neurologickým postižením projevující se zapomínáním, neschopností určit, zda něco již bylo či nebylo vykonáno.
- Zmatenost chronická z důvodu degenerace nervové soustavy projevující se nepřesnou interpretací podnětů a reakcí na ně, poruchou krátkodobé paměti, poruchou osobnosti a zhoršenou socializací.
- Péče o sebe sama nedostatečná v důsledku pokročilého stádia onemocnění projevující se neschopností zajistit péči o sebe sama bez pomoci.

- Inkontinence moči způsobená změnou kognitivních funkcí projevující se občasným únikem moči.
- Kožní integrita porušená způsobená nedostatečným prokrvením dolních končetin z důvodu aterosklerózy tepen dolních končetin projevující se bérčovým vředem.
- Spánek porušený z důvodu změny psychického stavu, projevující se únavou.
- Bolest chronická z důvodu špatného držení těla projevující se verbalizací.
- Riziko nestabilní glykémie z důvodu poruchy metabolismu sacharidů.
- Riziko vzniku traumatu z důvodu poruchy kognitivních funkcí.

<p>Ošetrovatelská diagnóza:</p> <p>Paměť porušená způsobená neurologickým postižením projevující se zapomínáním, neschopností určit, zda něco již bylo či nebylo vykonáno.</p>
<p>Cíl dlouhodobý: Zajistit pacientce příjemné prostředí na oddělení - do 3 týdnů</p> <p>Cíl krátkodobý: Vytvořit metody na pomoc zapamatování si nejdůležitějších věcí- do 3 dnů</p> <p>Priorita: střední</p>
<p>Výsledná kritéria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientka si bude pamatovat denní režim oddělení (čas podávání snídaně, oběda a večere, polední klid) - denně • Pacientka bude při rozhovoru soustředěná - do 1 dne • Pacientka umí vyjádřit své pocity a upozornit na potíže - do 1 dne • Pacientka bude orientovaná na oddělení (bude vědět, kde má místo u stolu, kde je sesterna, kde je toaleta, kde má své hygienické pomůcky) - do 1 dne • Pacientka má ve své blízkosti fotografie rodinných příslušníků - do 3 dnů

- Pacientka bude vědět důvod hospitalizace - do 2 dnů
- Pacientka informuje zdravotnický personál o každé změně psychického stavu (smutek, úzkost) - do 2 dnů
- Pacientka bude každý den provádět jednoduché aktivity (procvičovat jemnou motoriku, pozornost)

Plán intervencí:

- Zjistí vyvolávající příčiny - do 3 hodin - všeobecná sestra
- Promluv s pacientkou o důležitosti rozpoznání předcházejících projevů psychické alternace - do 1 dne - všeobecná sestra
- Posuď duševní stav pacientky, poruchy paměti týkající se nedávné i vzdálené minulosti, místní i osobnostní orientovanost - do 3 hodin - všeobecná sestra
- Použij test k posouzení kognitivních funkcí - do 2 dnů - všeobecná sestra
- Snaž se pacientku časově, místně, osobnostně reorientovat - denně - všeobecná sestra, ošetřovatelka
- Na noční stolek ulož fotografie a předměty vyvolávající příjemné vzpomínky - do 3 dnů - všeobecná sestra, ošetřovatelka
- Zadávej pacientce jednoduché pokyny a přesvědč se, zda je schopna rozumět sdělenému slovu - denně - všeobecná sestra, ošetřovatelka
- Mluv na pacientku pomalu, klidným hlasem - vždy - všeobecná sestra, ošetřovatelka
- Vyvaruj se použití cizích a odborných názvů - po dobu hospitalizace - všeobecná sestra
- Dbej o bezpečnost pacientky - po dobu hospitalizace - všeobecná sestra, ošetřovatelka
- Zdůrazňuj rodině pacientky, aby se při každé návštěvě snažili o její reorientaci - vždy - všeobecná sestra
- Po domluvě s lékařem zajisti vhodnou rehabilitaci - do 2 dnů - všeobecná sestra

Realizace:

Zjistila jsem, že vyvolávající příčinou daného stavu je Alzheimerova choroba, kterou pacientka trpí cca 3-4 roky. Zjistila jsem že, choroba je ve středním stádiu vývoje. U pacientky se vyskytují občasné stavy nočního neklidu, objevování bludů. Častější příznakem byla zmatenost. Promluvila jsem s pacientkou o důležitosti předcházejících projevech. Pacientka udávala, že na sobě často cítila špatnou náladu a pocit stísněnosti. Domluvila jsem se s ní, aby mě o tomhle stavu ihned informovala. Na oddělení byli rozvěšeny různé orientační tabule a plakáty (označení toalety, hodiny, datum, jídelní lístek). Nad pacientkou byl držen pravidelný dozor, u lůžka byly zajištěny zábrany proti pádu. V MMSE testu pacientka dosáhla 17bodů, což určuje demenci mírného až středně těžkého stupně.

Zjistila jsem, že pacientka rozumí mým pokynům, když na ni mluvím pomalu, klidným hlasem. Používala jsem krátké a jednoduché věty. Rodina byla informována o důležitosti reorientace. Po domluvě s lékařem za pacientkou chodí jak ergoterapeut, tak i fyzioterapeut, se kterým jednou denně prováděla různá cvičení.

Hodnocení:

Cíl dlouhodobý byl splněn částečně. U pacientky se střídají stavy zmatenosti se stavy jasně orientace. Vzhledem k pokročilosti choroby se stav pacientky nezlepšil. Cíl krátkodobý byl splněn.

Ošetrovatelská diagnóza:

Zmatenost chronická zdůvodu degenerace nervové soustavy projevující se nepřesnou interpretací podnětů a reakcí na ně, poruchou krátkodobé paměti, poruchou osobnosti a zhoršenou socializací

Cíl dlouhodobý: Zapojení se do péče a léčby tak, aby bylo možno situaci účinně zvládnout - po dobu hospitalizace

Cíl krátkodobý: Zachování zdraví a bezpečnosti - do 1 dne

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

- Pacientka se vyzná ve svých pocitech a umí je včas rozpoznat - do 3 dnů

- Pacientka se zapojuje do léčby - denně
- Pacientka vykonává ve svém volném čase jednoduché činnosti po dobu hospitalizace
- Pacientka má ve své blízkosti fotografie rodinných příslušníků
- Pacientka spolupracuje s ergoterapeutickým pracovníkem, vykonává jednoduché činnosti pro udržení případné zlepšení jemné motoriky - denně
- Pacientka informuje zdravotnický personál o každé změně psychického stavu (smutek, úzkost) - do 2 dnů

Plán intervencí:

- Sleduj vitální funkce - denně - všeobecná sestra
- Vyslechni pacientku a odpovídej jí v krátkých větách - denně - všeobecná sestra, ošetřovatelka
- Zhodnoť pacientky pocity - denně - všeobecná sestra, ošetřovatelka
- Zhodnoť stupeň úzkosti - po dobu hospitalizace - všeobecná sestra
- Posiluj orientaci v realitě pacientky umístěním hodin, kalendáře, osobních předmětů do její blízkosti, včetně obrázků a fotografií - do 2 dnů - ošetřovatelka
- Zaměstnej pacientku jednoduchými úkoly - denně - ošetřovatelka
- Dbej na pacientky bezpečnost (pečlivý dohled, uchování léků) - vždy - všeobecná sestra, ošetřovatelka
- Snaž se začlenit pacientku do skupinové terapie - do 3 dnů - všeobecná sestra
- Vyhni se otázkám a příkazům, které nabírají více možností volby - po dobu hospitalizace - všeobecná sestra, ošetřovatelka
- Při vzniku neklidu, agrese zkontroluj stav předepsané medikace - po dobu hospitalizace - všeobecná sestra
- Podej léky dle ordinace lékaře a zapiš do dokumentace - po dobu hospitalizace - všeobecná

sestra

- Sleduj působení léků a případné nežádoucí účinky - po dobu hospitalizace - všeobecná sestra

Realizace:

Pravidelně jsem měřila fyziologické funkce. Pacientku jsem vyslechla a snažila jsem se vcítit do jejich pocitů. Zhodnotila jsem psychický stav pomocí klasifikace projevů úzkosti. Pacientka byla rozrušená, plačtivá, tachyponická a tachykardická. Naměřené hodnoty byly, D- 20/min, P- 115/min, TK- 155/90. Tyto příznaky poukazují na stupeň střední úzkosti. Na oddělení v každé místnosti jsou umístěné hodiny, kalendáře, obrázky. Na pacientky noční stolek jsem rozmístila fotografie rodinných příslušníků i domácích mazlíčků a pár osobních věcí.

Po domluvě s lékařem a rodinou jsem pacientce zajistila procházky v areálu s doprovodem. Pacientka se pravidelně účastní ergoterapeutických kurzů. Velice jí bavila výroba obrazů, které se tvořili z malých, zmačkaných barevných papírů, a poté se lepili na velké čtvrtky. Pacientku jsem zaměstnávala jednoduchými aktivitami jako je stlaní lůžka, skládání prádla. Při stavech neklidu jsem podala medikamenta dle ordinace lékaře. Vše jsem řádně zaznamenala do dokumentace.

Hodnocení:

Cíle bylo dosaženo částečně. Psychický stav pacientky se zlepšil, ale stavy neklidu a zmatenosti bez pomoci farmak zvládá obtížně. Pacientka se zapojila do léčby a společenských aktivit, denně prováděla jednoduché činnosti. Velice jí to bavilo.

Ošetrovatelská diagnóza:

Péče o sebe sama nedostatečná v důsledku pokročilého stádia onemocnění projevující se potřebou pomoci při běžných denních aktivitách

Cíl dlouhodobý: Pacientka má snahu postarat se o sebe v největší možné míře - po dobu hospitalizace

Cíl krátkodobý: Pacientka má zajištěné bio-psycho-sociální potřeby - do 1 týdne

Priorita: střední
<p>Výsledná kritéria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientka se zúčastní aktivit každodenního života - denně • Pacientka se snaží zvyšovat si skóre v testu ADL - do 5 dnů • Pacientka se stará o svůj zevnějšek a hygienu (učesat vlasy, vyčistit zuby) - do 2 dnů • Pacientka spolupracuje s rehabilitačními pracovníky - denně • Pacientka spolupracuje s ošetřovatelským týmem při vykonávání aktivit každodenního života (pokud je potřeba pomoci s hygienou, stravou) - denně
<p>Plán intervencí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seznam pacienta se základními požadavky zdravotně-hygienické péče - do 1 dne - ošetřovatelka • Zjistí rozsah dopomoci za použití škálových testů (ADL test) - do 3 hodin - všeobecná sestra • Dopomáhej pacientce v úkonech, které není schopna zvládat sama - vždy - všeobecná sestra, ošetřovatelka • Zjistí hygienické zvyky pacientky - do 1 dne - ošetřovatelka • Povzbuzuj a motivuj pacientku k soběstačnosti - vždy - všeobecná sestra, ošetřovatelka • Spolupráce s rehabilitačními pracovníky již byla zajištěna dříve • Chval pacientku i za malý pokrok - vždy - všeobecná sestra, ošetřovatelka • Zajisti podpůrné pomůcky (úprava prostředí) - do 2 dnů - ošetřovatelka • Buď empatická a taktní - vždy - všeobecná sestra, ošetřovatelka
<p>Realizace:</p> <p>Pacientku jsem informovala o důležitosti hygienické péče. Vysvětlila jsem jí možnost spolupráce formou dohledu a dopomoci při činnostech, které sama nezvládá. Za použití ADL testu jsem u</p>

pacientky zjistila lehkou závislost- 80 bodů. Od rodinných příslušníků jsem se dozvěděla, že pacientka byla zvyklá se sprchovat ráno. Pacientku jsem chválila za snahu i za minimální pokrok. K ranní hygieně jsem zajistila pomůcky, jako jsou kafrová mast, přípravky menalindové řady. Během dne jsem u pacientky použila plenkových kalhotek, v noci jednorázové podložky, během stravování měla pacientka bryndák.

Hodnocení:

Cílů bylo dosaženo. Pacientka v rámci možností zvládá běžné denní aktivity, a však vzhledem k stavu onemocnění je nutný dohled a mírná dopomoc.

Ošetrovatelská diagnóza:

Inkontinence moči způsobená změnou kognitivních funkcí projevující se občasným únikem moči

Cíl dlouhodobý: Pacientka bude spolupracovat po dobu hospitalizace

Cíl krátkodobý: Pacientka bude informovaná o inkontinenci, zajistit opatření, která by ji mohla předcházet - do 5 dnů

Priorita: nízká

Výsledná kritéria:

- Pacientka ví, co je inkontinence - do 1 dne
- Pacientka má chuť spolupracovat po dobu hospitalizace
- Pacientka ví, kde je toaleta po dobu hospitalizace
- Pacientka používá ochranné pomůcky každý den
- Pacientka informuje zdravotnický personál v případě pomočení - do 2 dní

Plán intervencí:

- Vysvětlí pacientce co je inkontinence a pokus se zjistit její příčiny - do 3 dnů - všeobecná sestra
- Zajisti, aby pacientka snadno poznala umístění toalety (srozumitelné označení na dveřích,

stále svítící světlo, cesta bez překážek) - do 5 dnů - ošetřovatelka

- Uprav schéma močení, při kterém by pacientka močila v určité době na určitém místě - do 5 dnů - všeobecná sestra, ošetřovatelka
- Postarej se, aby pacientka měla vhodné oblečení, které se snadno uvolňuje a svléká - vždy - všeobecná sestra, ošetřovatelka
- Zajisti dostatečný příjem tekutin, a však bezprostředně před spaním nenabízej nic k pití - vždy - všeobecná sestra, ošetřovatelka
- Používej u pacientky plenkové kalhotky přes den, v noci jednorázovou podložku - po dobu hospitalizace - všeobecná sestra, ošetřovatelka
- Pravidelně kontroluj stav plenkových kalhotek - denně - všeobecná sestra, ošetřovatelka
- V případě pomočení zajisti hygienu a použij ochranné pomůcky - po dobu hospitalizace - všeobecná sestra, ošetřovatelka
- Chval pacientku i za malý úspěch - vždy - všeobecná sestra, ošetřovatelka

Realizace:

Pohovořila jsem s pacientkou o inkontinenci a informovala jsem jí o výhodách použití plenkových kalhotek. Pravidelně jsem kontrolovala jejich stav. Á 2 hodiny jsem pacientku doprovázela na toaletu, aby si nacvičila schéma močení. Při pomočení jsem zajistila hygienu a použila ochranné pomůcky. Toaleta je řádně označená, osvětlená a na cestě nejsou žádné překážky. Před spánkem jsem u pacientky omezila příjem tekutin na minimum. Pacientka byla oblékána do volné košile a volných kalhot. Pacientku jsem chválila při každé snaze.

Hodnocení:

Cílů bylo dosaženo. Pacientka byla informována a snažila se spolupracovat. Byla po celou dobu v čistém a suchém prádle. Výskyt inkontinence se minimalizoval.

Ošetřovatelská diagnóza:

Kožní integrita porušena způsobená nedostatečným prokrvením dolních končetin z důvodu

aterosklerózy tepen dolních končetin projevující se bérčovým vředem
<p>Cíl dlouhodobý: Dojde ke zhojení defektu bez průvodních komplikací - po dobu hospitalizace</p> <p>Cíl krátkodobý: Pacientka bude spolupracovat při převazech - do 5 dnů</p> <p>Priorita: střední</p>
<p>Výsledná kritéria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientka ví o defektu a příčinách jeho vzniku - do 1 dne • Pacientka spolupracuje při převazech - denně • Pacientka monitoruje bolest a umí popsat její charakter po dobu hospitalizace
<p>Plán intervencí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vysvětlí pacientce příčinu vzniku defektu a důležitost jeho zhojení - do 1 dne - všeobecná sestra • Sleduj denně parametry poruchy kožní citlivosti - denně - všeobecná sestra • Získej informaci o kožním defektu s ohledem na velikost, barvu, tvar, konzistenci a zápach - do 2 dnů - všeobecná sestra • Po domluvě s lékařem zajisti kožní konzílium - do 2 dnů - všeobecná sestra • Zaznamenej charakteristiku kožní léze do dokumentace - denně - všeobecná sestra • Zajisti dostatečnou vzdušnost postiženého místa - vždy - zdravotní sestra • Aplikuj do okolí a místa defektu léčiva dle ordinace lékaře - denně - všeobecná sestra • Kontroluj místní efekt aplikovaných léčiv - denně - všeobecná sestra • Získej přehled o vývoji kožního defektu - po dobu hospitalizace - všeobecná sestra • Zajisti hygienu pouze v nepostižených místech - denně - všeobecná sestra, ošetřovatelka • Proveď stěry z postiženého místa a okolí - do 1 dne - všeobecná sestra

- Dbej na výživu a hydrataci - vždy - všeobecná sestra, ošetřovatelka

Realizace:

Pacientce jsem vysvětlila, že defekt byl způsoben nedostatečným prokrvením dolních končetin. Informovala jsem o důležitosti jeho zhojení. Zjistila jsem, že defekt je na levé dolní končetině, cca 10cm× 8cm, čistá léze, nepovleklá, bez zápachu, bez přítomnosti hnisu. Provedla jsem stěry z rány a okolí na bakteriologické vyšetření, výsledek byl negativní. Prováděla jsem hygienu pouze sprchováním okolí defektu.

Denně jsem prováděla převazy dle pokynů kožního lékaře. Ránu jsem vyčistila Prontosanem, aplikovala Hydro gel a dala sterilní krytí. Během týdne došlo k výraznému zhojení defektu. Vše jsem řádně zaznamenávala do dokumentace. Dbala jsem na dostatečný příjem tekutin a stravu bohatou na bílkoviny.

Hodnocení:

Cíl dlouhodobý byl splněn částečně. Nedošlo ke vzniku komplikací. Vzhledem ke krátké době mého ošetřování došlo k pouze částečnému zhojení. Cíl krátkodobý byl splněn. Pacientka se snažila spolupracovat při převazech.

Ošetřovatelská diagnóza:

Spánek porušený z důvodu změny psychického stavu, projevující se únavou

Cíl dlouhodobý: Pacientka se bude po probuzení cítit odpočatá - do 3 týdnů

Cíl krátkodobý: Pacientce bude upraveno prostředí pro spánek dle jejich zvyklostí - do 2 dnů

Priorita: nízká

Výsledná kritéria:

- Pacientka je během dne zaměstnána (RHC činnosti, ergoterapeutické činnosti) - denně
- Pacientka sdělí své zvyklosti a rituály před spánkem - do 1 dne
- Pacientka chodí spát ve stejnou dobu – denně

Plán intervencí:

- Zjistí, o jakou poruchu spánku se jedná - do 3 dnů - všeobecná sestra
- Zjistí zvyklosti pacientky, rituály před spánkem - do 1 dne - všeobecná sestra, ošetřovatelka
- Povzbuzuj pacientku k co největší aktivitě během dne - denně - všeobecná sestra, ošetřovatelka
- Nedoporučuj odpolední spánek delší než 1 hodinu - denně - všeobecná sestra, ošetřovatelka
- Zajisti, aby pacientka chodila spát ve stejnou dobu - po dobu hospitalizace - všeobecná sestra, ošetřovatelka
- Nedávejte pacientce před spánkem tekutiny - po dobu hospitalizace - všeobecná sestra, ošetřovatelka
- Zajisti vhodné prostředí k spánku. Vyvětrej, eliminuj hluk, zajisti tlumené světlo a uprav lůžko - denně - všeobecná sestra, ošetřovatelka
- Po domluvě s lékařem podej medikamenty - po dobu hospitalizace - všeobecná sestra

Realizace:

Zjistila jsem, že pacientka nemůže usnout a často se budí. Sdělila mi, že byla zvyklá chodit spát po večerních zprávách a před spánkem vypila jeden hrníček teplého mléka. To jí pomáhalo usnout, ale často se budila i doma. Pacientka byla během dne zaměstnána jak RHC pracovníky tak i ergoterapeutickými pracovníky. Před ulehnutím ke spánku jsem pacientce vyvětrala pokoj, upravila lůžko, odstranila hluk a zhasla velké světlo. Nechala jsem zapnuté tlumené světlo, které osvětlovalo cestu na toaletu.

Hodnocení:

Cílů bylo dosaženo. Po probuzení se pacientka cítila dobře. Při provedení večerních rituálů, na které byla pacientka zvyklá, se jí usínalo lépe, i když během noci se občas vzbudila.

<p>Ošetrovatelská diagnóza:</p> <p>Bolest chronická z důvodu špatného držení těla projevující se verbalizací</p>
<p>Cíl dlouhodobý: U pacientky dojde ke zmírnění či odstranění bolesti - do 2 týdnů</p> <p>Cíl krátkodobý: Pacientka umí určit frekvenci bolesti a informovat zdravotnický personal - do 3 dnů</p> <p>Priorita: střední</p>
<p>Výsledná kritéria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientka určí charakter, frekvenci bolesti - do 3 dnů • Pacientka umí zhodnotit stupeň bolesti dle škály 0-5 - do 1 dne • Pacientka umí zvládat bolest - do 1 dne • Pacientka včas informuje o vzniku bolesti - do 2 dnů
<p>Plán intervencí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seznam se s vyvolávajícími příčinami - do 1 dne - všeobecná sestra • Sleduj projevy bolesti, lokalizaci, typ bolesti, četnost, vyzařování a okolnosti při kterých dochází ke zhoršování nebo zmirňování bolesti - po dobu hospitalizace - všeobecná sestra • Umožni úlevovou polohu - vždy při potížích - všeobecná sestra • Při podání analgetik sleduj jejich účinek, nástup a jejich odeznívání - po dobu hospitalizace - všeobecná sestra • Vše zaznamenej do dokumentace - po dobu hospitalizace - všeobecná sestra • Respektuj individuální citlivost na bolest - vždy - všeobecná sestra, ošetrovatelka • Redukuj faktory, které zhoršují bolest (hluk, teplo) - po dobu hospitalizace - všeobecná sestra, ošetrovatelka • Přikládej teplo nebo chlad - po dobu hospitalizace - všeobecná sestra

<p>Realizace:</p> <p>Zjistila jsem, že pacientka má chronickou bolest v oblasti křížové kosti, vystřelující do okolí zad, ke které dochází při dlouhodobém sezení. Pravděpodobným důvodem bolesti je skolióza, kterou pacientka trpí dlouhodobě. Po delším sledování a spolupráci s pacientkou jsem zjistila, že jí pomáhá úlevová poloha na boku. Po podání analgetik do 1 hodiny dochází ke zmírnění bolesti. Pacientka udává, že ke zmírnění bolesti ji pomáhají teplé obklady. Vše jsem řádně zaznamenávala do dokumentace.</p>
<p>Hodnocení:</p> <p>Cílů bylo dosaženo. Pacientka udává zmírnění bolesti.</p>

<p>Ošetrovatelská diagnóza:</p> <p>Riziko nestabilní glykémie z důvodu poruchy metabolismu sacharidů</p>
<p>Cíl dlouhodobý: Po dobu hospitalizace u pacientky nedojde ke vzniku ketoacidózy</p> <p>Cíl krátkodobý: Pacientka dodržuje v rámci možností léčebný režim (ne Konzumuje sladké potraviny a nápoje) - do 3 dnů</p> <p>Priorita: střední</p>
<p>Výsledná kritéria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientka je informovaná o onemocnění DM - do 1 dne • Pacientka zná příznaky hypoglykemie a hyperglykemie (pocení, slabost, pocit žízně) - do 2 dnů • V případě vzniku příznaků pacientka ihned kontaktuje zdravotnický personál během hospitalizace • Pacientka ví, že nesmí jíst sladké potraviny a pít sladké nápoje - do 3 dnů
<p>Plán intervencí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informuj pacientku o onemocnění, o vzniku a léčebném režimu - do 3 dnů - všeobecná

sestra

- Vysvětlí pacientce o počínajících příznacích hypoglykémie a hyperglykémie - do 3 dnů - všeobecná sestra
- Přesvědčí se, zda-li pacientka pochopila sděleným informacím - vždy - všeobecná sestra, ošetřovatelka
- Kontroluj hladinu glykemie v krvi - denně - všeobecná sestra
- Dohlédni, zda pacientka dodržuje léčebný režim - denně - všeobecná sestra, ošetřovatelka
- Vše řádně zaznamenej do dokumentace - po dobu hospitalizace - všeobecná sestra
- V případě vzniku komplikací informuj lékaře - po dobu hospitalizace - všeobecná sestra
- V případě vzniku hypoglykemie informuj lékaře a podej sladký čaj - po dobu hospitalizace - všeobecná sestra
- V případě vzniku hyperglykemie informuj lékaře a aplikuj naordinované množství INZ - po dobu hospitalizace - všeobecná sestra

Realizace:

Informovala jsem pacientku o podstatě DM, o možném vzniku komplikací a jejich závažnosti. Vysvětlila jsem jí počínající příznaky hypoglykemie a hyperglykemie (bolesti hlavy, studený pot, pocit na zvracení). Použitím kontrolních otázek jsem se přesvědčila, že pacientka všemu porozuměla. Vysvětlila jsem pacientce důležitost dodržování diety, upozornila jsem jí na nevhodné potraviny a tekutiny. Před každým hlavním jídlem jsem zkontrolovala hladinu glykemie v krvi a aplikovala naordinované množství INZ.

Hodnocení:

Cíle bylo dosaženo. Během mého působení na oddělení nedošlo ke vzniku ketoacidózy.

Ošetřovatelská diagnóza:

Trauma, zvýšené riziko z důvodu poruchy kognitivních funkcí

<p>Cíl dlouhodobý: U pacientky nevznikne trauma po dobu hospitalizace</p> <p>Cíl krátkodobý: Zajistit bezpečnost pacientky - do 5 dnů</p> <p>Priorita: nízká</p>
<p>Výsledná kritéria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientka používá kompenzační pomůcky (madla, držáky) - denně • Pacientka nosí vhodnou obuv - denně • Pacientka ví o riziku vzniku úrazu - do 1 dne
<p>Plán intervencí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informuj pacientku o možném vzniku pádu - do 2 dnů - všeobecná sestra, ošetřovatelka • Měj pacientku vždy na očích - denně - zdravotní sestra, ošetřovatelka • Odstraň překážky, které brání v cestě (nábytek, koberce) - do 2 dnů - všeobecná sestra, ošetřovatelka • Zajisti dostatek světla - do 1 dne - všeobecná sestra, ošetřovatelka • Odstraň nábytek s ostrými hranami - do 2 dnů - všeobecná sestra, ošetřovatelka • Odstraň z dosahu pacientky veškeré nebezpečné předměty - do 2 dnů - všeobecná sestra, ošetřovatelka • Zajisti vhodnou obuv - do 1 týdne - všeobecná sestra, ošetřovatelka • Zajisti zabrzděné kolečka u lůžka - do 1 dne - všeobecná sestra, ošetřovatelka • Zajisti, aby na mokré podlaze byl vždy výstražný žlutý jehlan - do 3 dnů - ošetřovatelka • Nastav lůžko nemocného do nízké polohy nad zemí - do 1 dne - všeobecná sestra, ošetřovatelka • Zajisti ochranné postranice u lůžka - do 1 dne - všeobecná sestra, ošetřovatelka • Zajisti dostatečný příjem tekutin - denně - všeobecná sestra, ošetřovatelka

- Pravidelně kontroluj hladinu glykémie v krvi - denně - všeobecná sestra

Realizace:

Pacientku jsem informovala o možném vzniku pádu a úrazu. Po celou dobu jsem měla pacientku na očích. Prostředí na oddělení bylo upraveno pro snížení rizika vzniku traumatu. Z dosahu byly odstraněny veškeré rizikové předměty. V noci byla osvětlená cesta na toaletu, byly odstraněny všechny překážky z cesty. K lůžku byli použité postranice. Pravidelně jsem pacientce kontrolovala hladinu glykémie v krvi. Brala jsem v úvahu riziko vzniku hypoglykémie / hyperglykémie.

Hodnocení:

Cílů bylo dosaženo. Po dobu mého působení na oddělení u pacientky nedošlo k vzniku traumatu.

10.6 Celkové hodnocení

Na oddělení 28 se přijímají pacienti z ostatních interních oddělení léčebny. Na tomto oddělení jsou pacienti se sdruženou somatickou a primární psychickou poruchou, pacienti trpící demencí způsobenou nadměrným užíváním alkoholu, pacienti trpící vaskulární demencí a demencí Alzheimerova typu.

Pacientka musela být pod zvýšeným dohledem, jelikož u takto nemocných lidí hrozí riziko nebezpečí pádu, úrazu, v případě možných depresí hrozí riziko sebepoškození. Pacientce jsme pomáhali se stravou, s oblékáním a s podáváním léků. Snažili jsme se k pacientce přistupovat jako trpělivé a klidné osoby. Důležitý je empatický přístup a jasná mluva. Velmi důležitá je spolupráce s rodinou. U pacientky nebyl nedostatek kontaktu s rodinou. Návštěvy byly pravidelné. Během praxe jsme neměli s pacientkou žádné velké problémy. Vždy se vše vyřešilo, když se použil klidný hlas a vše se jí vysvětlilo. Při edukaci, je důležité se přesvědčit pomocí kontrolních otázek, zda tomu pacientka porozuměla. U takto nemocných je zřetelně vidět příznak Alzheimerovy choroby a to je poškození paměti. Pacienti mají zachovanou dlouhodobou paměť, ale krátkodobá paměť zachovaná není. Pamatují si věci spojené s minulostí, ale nepamatují si, co udělali nebo řekli před hodinou. Čerpali jsme z lékařské dokumentace, z našich poznatků a sledování pacientky.

10.7 Doporučení pro praxi

Na základě vykonání ošetrovatelské péče u pacientky s Alzheimerovou chorobou navrhuje tato doporučení pro praxi.

Pro pacienta:

- Dát průchod svým emocím, citům.
- Nepodléhat onemocnění předčasně.
- Nadále se věnovat věcem, koníčkům, kterého zajímali a bavili.
- Nemocný by měl navázat kontakt se stejně nemocnými lidmi.

- Neměl by se vyhýbat společnosti (kamarádi, příbuzní).
- Udržovat psychickou a fyzickou kondici.
- Dodržovat zásady správné výživy.
- Naučit se přijímat pomoc a podporu.
- Stanovit si cíle.
- Dostatečně odpočívat.

Pro rodinu:

- Co nejvíce se informovat o onemocnění.
- Snažit se co nejvíce se přizpůsobit měnícím se potřebám nemocného.
- Snažit se podporovat co největší soběstačnost nemocného.
- Stimulovat nemocného a dávat mu jednoduché úkoly.
- Užívat krátké a jednoduché věty.
- Být trpělivý, empatický, nekritizovat a nehádat se.
- Nešetřit komplimenty, mít zájem o společné aktivity a co nejvíce chválit.
- Ujistit nemocného, že mu budou neustále na blízku, kdykoliv a kdekoliv ho podporovat.
- Upravit domácí prostředí (madla, vhodná obuv, protiskluzová podlaha).
- Odpočívat.

Pro ošetřovatelský personál:

- Držet nad nemocným co největší dohled.

- Zajistit komplexní ošetrovatelskou péči (hygiena, stravování, podávání léků).
- Nutnost dodržet přesné dávkování léků.
- Přistupovat ke každému nemocnému individuálně.
- Být trpěliví, empatičtí.
- Užívat krátké a jednoduché věty. Rozhodně ne se hádat, za každou cenu vyvracet, nechovat se autoritativně.
- Podporovat dobrou náladu.
- Uměl ocenit snahu nemocného.
- Po domluvě s lékařem zajistit rehabilitační a ergoterapeutický činnosti.
- Upravit prostředí tak, aby nedošlo u nemocného k traumatu.

ZÁVĚR

„Pane doktore, jak že se jmenuje ten Němec, co mi pořád schovává všechny věci?“ „Alzheimer, babičko, Alzheimer.“ – Úsměvný vtip, který zná skoro každý. Bohužel, diagnóza Alzheimerovy choroby tak úsměvná není.

Alzheimerova choroba představuje asi 50-60% všech demencí. Přichází pomalu a zcela člověka zbaví soběstačnosti. Tato choroba nese spoustu omezení po zbytek života, pro některé pacienty je velice těžké se s tímto onemocněním smířit. Někteří jedinci tuto diagnózu spolu se změnou osobnosti bagatelizují a mnohdy jí i opovrhují. Je to dnes poměrně rozšířené onemocnění mezi seniory a již existují organizace, které poskytnou potřebné informace i praktickou radu. Často se stává, že ošetřující se obětují s péčí o nemocného, zapomínají na sebe a velmi často podléhají stresu. Riziko této choroby lze významně snížit či propuknutí o několik let oddálit aktivním způsobem života a častým trénováním paměti. Mozek totiž funguje jako sval, pokud se nepoužívá, tak zakrní. Rizikovým faktorem je věk, jelikož se lidé v dnešní době dožívají relativně vysokého věku, mohlo by to znamenat, že v budoucnu bude toto onemocnění rozšířenější než diabetes mellitus či centrální mozková příhoda. V 65 letech trpí ACH přibližně 10% populace a její prevalence se zdvojnásobuje každých 4,5 roku.

Cílem této práce bylo poskytnout informace o Alzheimerově chorobě, diagnostice a léčbě. Ve druhé části byl uveden ošetrovatelský proces u 71 leté pacientky hospitalizované v Psychiatrické léčebně v Dobřanech.

Bakalářskou práci je zakončena citátem od J. W. Goethe, který říká:

„Starý člověk ztrácí jedno z největších lidských práv. Není už posuzován svými, svou generací.“

SEZNAM LITERATURY

AMBLER, Z. 2000. *Neurologické poruchy ve vyšším věku. Základní principy jejich farmakoterapie*. Praha: Triron, 2000. 186 s. ISBN 80-7254-116-1.

BAŠTECKÝ, J.; KÚMPEL, Q.; VOJTĚCHOVSKÝ, M. a Kol. 1994. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Grada Avicenum, 1994. 311 s. ISBN 80-7169070-8.

BOUČEK, J.; PIDRMAN, V. 2005. *Psychofarmaka v medicíně*. 1. vyd. Praha GRADA Publishing a.s., 2005. 304 s. ISBN 80-247-1136-2.

CALLONE, P. aj. 2008. *Alzheimerova nemoc*. 1. vyd. Praha GRADA Publishing a.s. 2008. 120 s. ISBN 978-80-247-2320-4.

DUINOVÁ, N.; SUTCLIFFOVÁ, J. 1997. *Historie medicíny od pravěku do roku 2020*. 1. vyd. Praha : Slovart, 1997. 256 s. ISBN 80-85871-04-1.

DUŠEK, K.; VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A. 2010. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 1. vyd. Praha GRADA Publishing a.s. 2010. 632 s. ISBN 978-80-247-1620-6.

HOLMEROVÁ, I.; JURÁŠKOVÁ, B.; ZIKMUNDOVÁ, K. 2003. *Vybrané kapitoly z gerontology*. ČSLA 2003, 2. Doplněné vydání. 88 s. ISBN 80-86541-12-6.

HORT, J.; RUSINA, R. 2007. *Paměť a její poruchy: paměť z hlediska neurovědního a klinického*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2007. 422 s. ISBN 80-7345-004-6.

HRDLIČKA, M.; HRDLIČKOVÁ, D. 1999. *Demence a poruchy paměti*. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7269-797-4.

HUUB, B. 2006. *Demence- průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. 1. vyd. Praha Portál 2006. 160 s. ISBN 80-7367-081-X.

HÖSCHL, C. ET AL. 1999. *Alzheimerova choroba*. 1. vyd. Praha Galén, 1999. 96 s. ISBN 80-7262-025-8.

JEDLIČKA, P.; BOČAN, P. 1993. *Neurologie*. 1. vyd. Praha Medprint, 1993. 135 s. ZPL-5314-24.11.1993.

KALVACH, Z.; ZADÁK, Z. a kol. 2004. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.

KÁŠ, S.; ORSZÁGH, J. 1996. *Neurologie pro 4. Ročník středních zdravotnických škol*. 1. vyd. Praha: SCIENTIA MEDICA, 1996. 93 s. ISBN 80-85526-53-0.

KOUKOLÍK, F.; JIRÁK, R. 1998. *Alzheimerova nemoc a další demence*. 1.vyd. Praha: GRADA Publishing a.s. 1998. 229 s. ISBN 80-7169-615-3.

PACOVSKÝ, V. 1990. *O stárnutí a stáří*. 1 vyd. Praha: Avicem, 1990. 129 s. ISBN 80-201-0076-8.

RHEINVALDOVÁ, E. 1999. *Novodobá péče o seniory*. Praha: GRADA Publishing, 1999. 88 s. ISBN 80-7169-828-8.

ŠIPR, K. 1997. *Jak zdravě stárnout*. Rosice u Brna: Gloria, 1997. 118 s. ISBN 80-901834-1-7.

ZGOLA, J.M. 2003. *Úspěšná péče o člověka s demencí*, 1. vyd. Praha: GRADA Publishing, 2003. ISBN 80-247-0183-9

ZVOLSKÝ, P. a Kol. 2003. *Obecná psychiatrie*. Praha: Karolinum 2003. 192 s. ISBN 80-7184-494-2.

Časopisy

SNOPOVÁ I., GEMBICKÁ I., Alzheimerova demence. *Sestra*, 2007 roč.17, č.2. ISSN 1210-0404

VETSCH W., Alzheimerova nemoc- cesta do země nikoho. *Ethos* č.1, 2003

Internetové zdroje

<http://www.gerontologie.cz/showdoc.do?docid=25> (11. 3. 2012)

<http://www.alzheimer.cz/alzheimerova-choroba/> (11.3. 2012)

<http://www.pldobrany.cz/> (13.3.2012)

<http://www.alzheimercentrum.cz> (17.3.2012)

Příloha A: Dr. Alois Alzheimer



Dr. Alois Alzheimer

Zdroj: <http://biographywanted.com/alois-alzheimer-biography.html>

Příloha B: MMSE- mini mental State Examination

A. Orientace

(Nechte nemocnému 10 vteřin na odpověď na každou otázku.)

- ▶ Který je teď rok?
- ▶ Které je nyní roční období?

(V posledním nebo prvním týdnu ročního období hodnotěte jako správnou odpověď obě období.)

- ▶ Můžete mi říci dnešní datum?
- ▶ Který je den v týdnu?
- ▶ Který je teď měsíc?

(V prvním dnu měsíce hodnotěte jako správný i předchozí měsíc, v posledním dnu měsíce přijměte i předchozí měsíc.)

- ▶ Ve kterém jsme státě?
- ▶ Ve kterém jsme okrese (kraji)?
- ▶ Ve kterém jsme městě?
- ▶ Jak se jmenuje tato nemocnice (ústav, zařízení)?

(Název nemusí být přesný a úplný.)

- ▶ Na kterém jsme poschodí?

B. Zapamatování

Budu jmenovat tři předměty. Až je pojmenuji všechny tři, budu chtít, abyste je zopakoval(a). Zapamatujte si je, poněvadž se Vás na ně zeptám znovu za několik minut. Vyslovujte pomalu s jednovteřinovou přestávkou mezi slovy.

- ▶ lopata
- ▶ šátek
- ▶ váza

Prosím, opakujte tato slova.

Nechte nemocnému 20 vteřin na odpověď. Dejte skóre za každou správnou odpověď bez ohledu na pořadí. Jestliže pacient nezopakuje všechny tři, opakujte nanejvýše pětkrát, nebo než se to nemocný naučí. Jinak nelze vyšetřovat smysluplně kapitolu "Výbavnost".

C. Pozornost a počítání

Začněte od 100 a odečítejte po 7. Skončete po 5-ti odečtech.

Jestliže se nemocný zmýlí a další výsledky jsou proto posunuty, skórujte jako jednu chybu.

- ▶ 93
- ▶ 86
- ▶ 79
- ▶ 72
- ▶ 65

Jestliže nemocný nemůže, nebo nechce počítat, požádejte ho:

Hláskujte nazpět slovo POKRM.

Opakujte nanejvýš třikrát, až nemocný rozumí. Skóre je počet písmen ve správném pořadí (tedy např. MRKOP=5, PKORM=3).

D. Výbavnost

Ted, prosím, mi řekněte ta tři slova, která jste si měl(a) zapamatovat. (Na odpověď dejte 10 vteřin).

- ▶ lopata
- ▶ šátek
- ▶ váza

E. Pojmenování předmětu

- ▶ Jak se to jmenuje?

(Ukažte náramkové hodinky).

- ▶ Co je to?

(Ukažte tužku).

F. Opakování

Opakujte po mně větu:

- ▶ "Žádná kdyby nebo ale."

(Na odpověď nechejte 10 vteřin. Skórujte 1 jen za celou větu a jen na první pokus).

G. Třístupňový příkaz

Přečtěte nemocnému následující příkaz a dejte mu do ruky kus prázdného papíru.

- ▶ Vezměte do ruky tento papír, přeložte ho na polovinu a položte na podlahu.

(Ponechte nemocnému na provedení 30 vteřin. Za každý provedený stupeň skórujte jeden bod).

1. stupeň: pravá ruka
2. stupeň: složení na polovinu
3. stupeň: položení na podlahu

H. Čtení a vyhovění příkazu

Ukažte nemocnému kartu s nápisem: "Zavřete oči".

- ▶ Přečtěte nápis na papíru a udělejte, co žádá.

(Nechte nemocnému 10 vteřin na provedení příkazu, instrukci můžete opakovat maximálně třikrát. Skóre je na místě jen tehdy, jestliže nemocný skutečně zavře oči).

I. Psaní

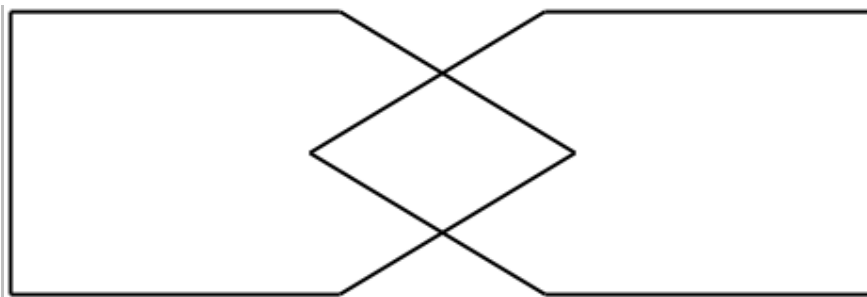
Dejte nemocnému tužku a papír.

- ▶ Napište jakoukoli větu.

(Nechte nemocnému na provedení 30 vteřin. Věta by měla mít podstatné jméno a sloveso a musí mít smysl. Pravopisné chyby nevadí).

J. Opisování

- ▶ Dejte nemocnému papír, tužku a pryž. Ukažte mu obraz a požádejte ho, aby obraz obkreslil. Ponechte mu několik pokusů během 1 minuty.



(Skórujte jako 1, jestliže jsou zachovány všechny strany a úhly a jestliže protnutí vytváří čtyřúhelník. Tremor a rotace nevadí)

Hodnocení

30-27 bodů (Normální stav)

Stav kognitivních funkcí testovaného je normální. Alzheimerova choroba se jej s největší pravděpodobností netýká. Pokud byl výsledek hraniční, zkuste s odstupem opět testovat.

26-25 bodů (Hraniční stav, možnost demence)

Test prokázal poruchu kognitivních funkcí. Možná se jedná o počínající demenci. Tento stav se může vyvíjet a vyústit až do rozvoje Alzheimerovy choroby. Po čtvrt roce zopakujte MMSE!

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

Test prokázal vážnější poruchy kognitivních funkcí testovaného. Jedná se o nějaký typ demence. Neprodleně kontaktujte odborníka. Je čas zahájit intenzivní léčbu.

9-6 bodů (Demence středního až těžkého stupně)

Demence testovaného je velmi vážná, pravděpodobně již ve stádiu, kdy není možné léčbou účinně zasáhnout. Přesto se obraťte na odborníka.

5-0 bodů (Demence těžkého stupně)

Demence testovaného je velmi vážná, pravděpodobně již ve stádiu, kdy není možné léčbou účinně zasáhnout. Přesto se obraťte na odborníka.

Zdroj: <http://www.mudr.org/web/mmse>

Barthelův test základních všedních činností (ADL – Activities of Daily Living)

Jméno pacienta:.....

Datum narození pacienta (věk):

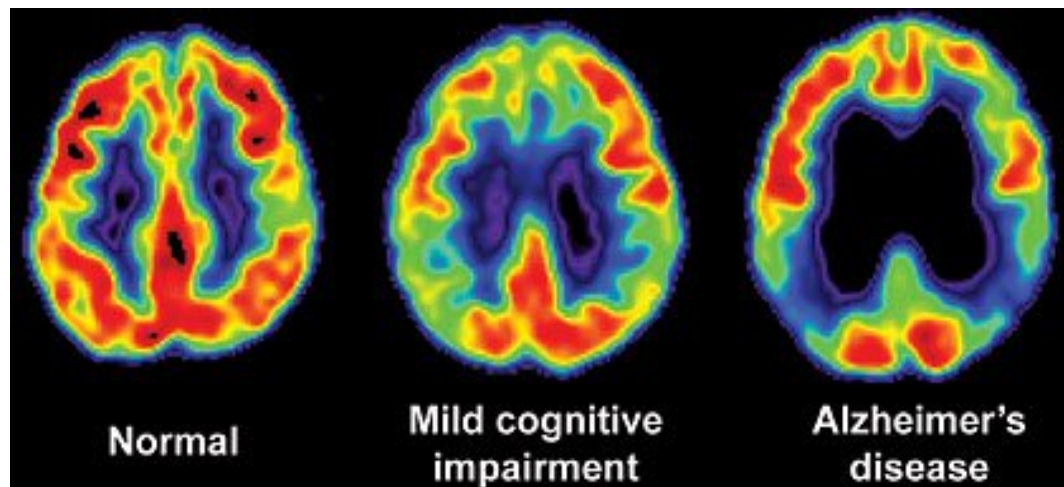
	Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre*
1.	Příjem potravy a tekutin	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
2.	Oblékání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
3.	Koupání	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
4.	Osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
5.	Kontinence moči	plně inkontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
6.	Kontinence stolice	plně inkontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
7.	Použití WC	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
8.	Přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci s malou pomocí vydrží sedět neprovede	15 10 5 0
9.	Chůze po rovině	samostatně nad 50 m s pomocí 50 m na vozíku 50 m neprovede	15 10 5 0
10.	Chůze po schodech	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
Celkem			

Hodnocení stupně závislosti: **

ADL 4 0 – 40 bodů **vysoce závislý**
ADL 3 45 – 60 bodů **závislost středního stupně**
ADL 2 65 – 95 bodů **lehká závislost**
ADL 1 96 – 100 bodů **nezávislý**

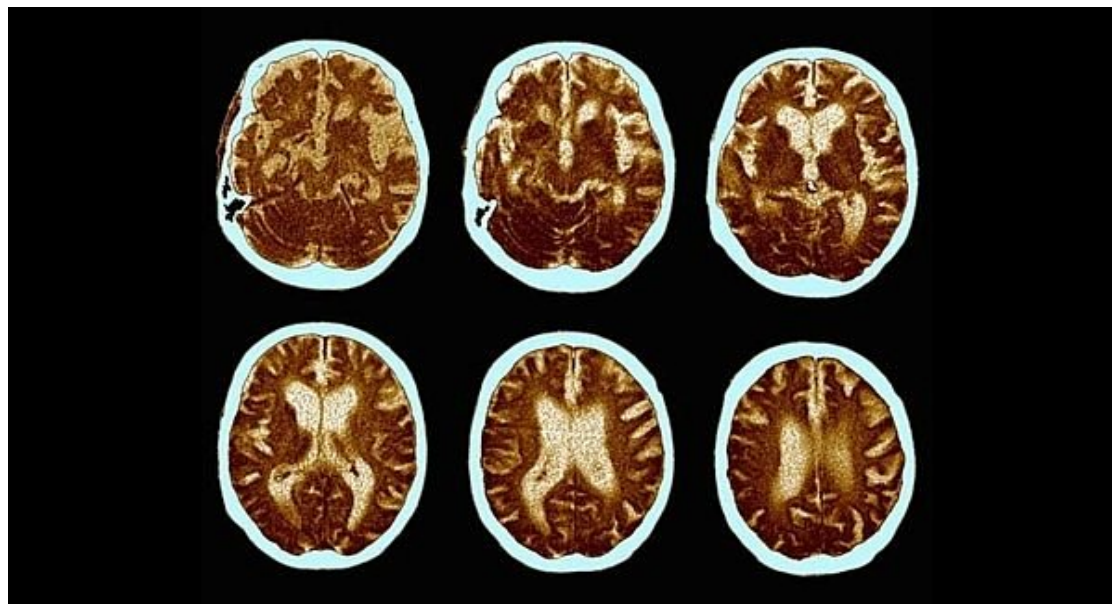
Zdroj: is.muni.cz/th/174363/pedf_b/Pr._c._2_Bartheluv_test.doc

Příloha D: Vyšetření mozku pomocí SPECT



Zdroj: <http://www.braindamage.net/>

Příloha E: Vyšetření mozku pomocí CT



Zdroj: <http://www.sciencephoto.com/media/186571/view>

Příloha F: Reminiscenční terapie



Zdroj: <http://www.alzheimercentrum.cz/poskytovana-pece/reminiscenci-terapie>

Příloha G: Areál psychiatrické léčebny v Dobřanech



Zdroj: <http://www.pldobrany.cz/fotogalerie.html>

Příloha H: Logo festival MEZI PLOTY



Zdroj: <http://i-klik.cz/festivaly/festival-mezi-ploty/>

Příloha CH: Výstava obrazů v areálu PL v Dobřanech



Zdroj: http://zpravy.idnes.cz/odvracena-tvar-festivalu-mezi-ploty-nekteri-pacienti-hospatne-snaseji-1nl-/domaci.aspx?c=A090521_165928_domaci_ban

Příloha I: Prohlášení

Prohlašuji, že veškeré informace obsažené v praktické části mé bakalářské práce, týkající se mé praxe v Psychiatrické léčebně Dobřany, byli použity se souhlasem ošetřující lékařky oddělení 28 MUDr. Marie Vokáčové.

V Dobřanech dne 15.4.2012

.....