

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

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S DEMENCÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

VERONIKA KOUTOVÁ

Praha 2013

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

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S DEMENCÍ

Bakalářská práce

VERONIKA KOUTOVÁ

Stupeň kvalifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: MUDr. Vojtěch Mezera

Praha 2013

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem získala podklady pro zpracování praktické části bakalářské práce s názvem Ošetrovatelský proces u pacienta s demencí v průběhu praxe realizované v rámci studia na vysoké škole zdravotnické, o.p.s., Duškova 7, Praha 5. Bakalářskou práci jsem 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 21. 9. 2012

PODĚKOVÁNÍ

Touto cestou bych ráda poděkovala vedoucímu bakalářské práce panu MUDr. Vojtěchovi Mezerovi, že i přes svou časovou vytíženost si našel čas, který mi věnoval. Dále bych chtěla poděkovat konzultantce práce PhDr. Ivaně Jahodové za cenné konzultace a připomínky, při tvorbě této práce. Krajské Pardubické nemocnici a.s., za svolení nahlédnout do dokumentace pacienta a standardu ošetrovatelské péče. Celému zdravotnickému a ošetrovatelskému týmu Geriatrického centra PKN pod vedením prim. MUDr. Ivo Bureše, za trpělivost a podporu po dobu mého studia.

ABSTRAKT

KOUTOVÁ, Veronika. *Ošetrovatelský proces u pacienta s demencií*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mudr.Vojtěch Mezera. Praha. 2013. 45 stran.

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces u pacienta s demencií. Práce je rozdělena do dvou částí. Teoretická část práce charakterizuje patofyziologii a rozdělení onemocnění. Všeobecná sestra není v kontaktu pouze s pacientem, ale i s jeho rodinou, která je při chronickém, degenerativním onemocnění nezbytnou součástí ošetrovatelského procesu. Praktickou částí práce je kazuistika u pacienta s diagnózou Creutzfeld – Jacobovou chorobou. Jeho hospitalizace, edukace rodiny a paliativní péče jsou rovněž zmíněny.

Klíčová slova

Creutzfeld-Jacobova choroba. Demence. Ošetrovatelský proces. Paliativní péče. Pacient.

ABSTRACT

KOUTOVÁ, Veronika. *Nursing process for a patient with dementia*. Medical college, o.p.s. Degree: Bachelor (Bc.). Tutor: Mudr. Vojtěch Mezera. Prague. 2013. 45 pages.

The theme of this work is the nursing process for patient with dementia. The work is divided into two parts. The theoretical part of the paper describes the pathophysiology and distribution of disease. General Nurse is not only in contact with the patient, but also with his family. Advancing the family is part of the nursing process. The practical part of this thesis is a case report of a patient with a diagnosis of Creutzfeldt - Jacob disease, which is a chronic, degenerative disease. His hospitalization, family education and palliative care are also mentioned.

Keywords

Creutzfeld-Jacob disease. Dementia. Nursing process. Palliative care. Patient.

OBSAH

SEZNAM ZKRATEK

| | |
|---|----|
| ÚVOD..... | 11 |
| 1 DEMENCE..... | 12 |
| 1.1 Patofyziologie onemocnění..... | 12 |
| 1.2 Historie demence | 13 |
| 1.3 Dělení demencí | 13 |
| 1.4 Vyšetřovací metody | 18 |
| 1.5 Léčba..... | 18 |
| 2 KOGNITIVNÍ FUNKCE | 20 |
| 3 PÉČE O PACIENTY S DEMENCÍ | 21 |
| 3.1 Desatero komunikace s pacienty se syndromem demence | 21 |
| 3.2 Možnosti sociální a zdravotní péče o pacienty s demencí | 23 |
| 3.3 Komplikace demencí | 24 |
| 4 CREUTZFELDOVA – JAKOBOVA DEMENCE | 25 |
| 4.1 Vyšetřovací metody | 26 |
| 4.2 Diagnostika CJD | 26 |
| 4.3 Léčba..... | 27 |
| 5 PALIATIVNÍ PÉČE..... | 28 |
| 5.1 Principy paliativní péče | 28 |
| 5.2 Hlavní zásady paliativní péče | 29 |
| 5.3 Rozdělení paliativní péče..... | 29 |
| 5.4 Model podle Elizabeth Kübler-Rossové | 30 |
| 6 UMÍRÁNÍ A SMRT | 32 |
| 6.1 Postoje ke smrti a umírání v minulosti | 32 |
| 7 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S DEMENCÍ | 33 |
| 7.1 Metodika | 33 |
| 7.2 Základní informace o pacientovi | 34 |
| 7.3 Průběh hospitalizace | 34 |
| 7.4 Základní screeningové fyzikální vyšetření sestrou | 36 |

| | | |
|--------|---|----|
| 7.5 | Model fungujícího „zdraví“ M. Gordonová | 37 |
| 7.5.1 | Vnímání zdraví | 37 |
| 7.5.3 | Vylučování..... | 38 |
| 7.5.4 | Aktivita, cvičení..... | 38 |
| 7.5.5 | Spánek, odpočinek | 39 |
| 7.5.6 | Vnímání, poznávání | 39 |
| 7.5.7 | Sebekoncepce, sebeúcta..... | 39 |
| 7.5.8 | Plnění rolí, mezilidské vztahy..... | 40 |
| 7.5.9 | Sexualita, reprodukční schopnost | 40 |
| 7.5.10 | Stres, zátěžové situace | 40 |
| 7.5.11 | Víra, přesvědčení | 41 |
| 7.6 | Plán ošetrovatelské péče | 42 |
| 7.6.1 | Zhoršená pohyblivost - 00085 | 42 |
| 7.6.2 | Úzkost ze smrti - 00147 | 43 |
| 7.6.3 | Riziko deficitu tělesných tekutin - 00028 | 44 |
| 7.6.4 | Riziko infekce - 00004..... | 45 |
| 8 | ZHODNOCENÍ PÉČE | 47 |
| | ZÁVĚR | 48 |
| | SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY | 49 |
| | PŘÍLOHY | |

SEZNAM ZKRATEK

ADAS..... alzheimer diseases assesment scale

ADL..... activities of daily living

CJD..... Creutzfeld - Jacobova choroba

CNS..... centrální nervová soustava

CT..... počítačová tomografie

DG..... diagnostika

EEG..... elektroencefalogram

IADL..... instrumental activities of daily living

MMSE..... mini-mental state examination

MR..... magnetická rezonance

PET..... pozitronová emisní tomografie

PHK..... pravá horní končetina

SPECT..... jednofotonová emisní počítačová tomografie

ÚVOD

Demence je choroba, která začíná být v současné době stále aktuálnější onemocněním. Celosvětově přibývá stále více lidí s touto nemocí a její problematika zahrnuje oblasti bio-psycho-sociální oblasti. Demence jsou provázeny neinformovaností veřejnosti a strachem. Hlavním důvodem je nejspíše to, že nevíme co je vlastně příčinou onemocnění, nevíme jak vzniku zabránit a nevíme ani jak je léčit. Dokážeme pouze rozpoznat příznaky a zpomalit její průběh. Zvláštností tohoto onemocnění je, že i když postihne jednoho člena rodiny, jsou jí ovlivněny všichni členové rodiny.

Pro bakalářskou práci byl vybrán pacient s diagnózou CJD. Toto onemocnění není příliš časté, spíše by se dalo říci, že je vzácné. Cílem práce je zhodnotit vhodnost použití modelu dle nanda taxonomie II a doporučit plán ošetrovatelské péče o pacienty s tímto onemocněním. Bakalářská práce je rozdělena do dvou částí. V teoretické části jsou zpracovány informace z odborné literatury. Pojednává o všeobecné problematice tohoto onemocnění (patofyziologické rozdělení jednotlivých demencí, příčiny, příznaky, diagnostika a léčba jednotlivých demencí, patofyziologie prionových demencí). Praktická část tvoří tematický celek získaných informací ze zdravotnické dokumentace. Byly stanoveny ošetrovatelské diagnózy podle NANDA taxonomie II a vypracovány plány ošetrovatelské péče, realizace a hodnocení. Závěrečná část je věnována vlastní ošetrovatelské péči a edukaci pacientovy rodiny.

Téma jsme vybrali z důvodu rozmanitosti, demence mají totiž široké spektrum působnosti. Můžeme se o nich dozvědět v oblastech medicíny jako je neurologie, interna, geriatrie, ale i psychiatrie. V nemocničním zařízení se s demenčními pacienty můžeme setkat nejvíce na geriatrických či interních odděleních. Také jsem si chtěla prohloubit vědomosti z oblasti neurologie. Dalším důvodem a takovým hlavním impulsem však bylo mé pracovní zařazení na geriatrickém oddělení Pardubické krajské nemocnice, kde se s demencí jako nemocí setkáváme velice často. Práce s pacienty postiženými tímto onemocněním je velice náročná, jak po stránce trpělivosti, tak po stránce komunikační. Proto bych se chtěla v práci zmínit i o komunikačním procesu s pacienty trpícími demencí.

1 DEMENCE

Syndrom, který vznikl následkem onemocnění mozku s podstatným úbytkem kognitivních funkcí, zejména paměti a intelektu a narušením řady dalších vyšších korových funkcí. Až vede k akutní degeneraci duševní činnosti postiženého až ke ztrátě schopnosti samostatné existence.⁽¹⁾ Je syndrom způsobený chorobou mozku, obvykle chronické nebo progresivní povahy.⁽²⁾

Dochází k porušení mnoha vyšších funkcí, jako jsou paměť, orientace, chápání, myšlení, počítání, schopnost učení, používat jazyk a úsudek. Dále se připojuje porušení emoční kontroly, chování i motivace.⁽³⁾

1.1 Patofyziologie onemocnění

Progresivní onemocnění mozku, periferních nervů či míchy je heterogenní skupina chorob, u kterých je společným znakem neurodegenerace. Neurodegenerace je proces, při kterém dochází k předčasnému stárnutí nervového systému až zániku neuronů, které se postupně nahrazují gliovou jizvou. Mohou to být onemocnění získaná i dědičná.⁽⁴⁾

Je syndrom daný poruchou paměti (amnézií), společně s dalším počtem poruch kognitivních funkcí – afázií, agnózií a poruchou exekutivních funkcí (porucha řídicích funkcí).⁽³⁾ Je to degenerativní onemocnění mozku. Má neznámou příčinu. Vyznačuje se plíživý začátek, kterému předchází bezpříznakové období, pomalý progresivní průběh až řadu let, symetrické postižení specifických nervových struktur.⁽⁵⁾

2.1 Historie pojmu demence

Pojem demence je používán již 2500 let. Jeho obsah je možné nalézt již u antických lékařů a filozofů, kteří popisovali úpadek duševních funkcí někdy doprovázející stáří. Právní obsah získal pojem demence v 17. století, lékařský však až o století později. ⁽⁶⁾

V průběhu 19. Století bylo rozlišování syndromu demence od jiných poruch dost složité. První klinický popis presenilní demence uveřejnil Griesinger, v roce 1845. Za přelom v dějinách pojmu demence se považuje rok 1906, kdy Alois Alzheimer popsal případ jedenapadesátileté ženy. Od 20. Století se demence začaly rozlišovat a oddělovat podle příčin jejich vzniku. ⁽⁷⁾

2.2 Dělení demencí

Demence můžeme rozdělovat podle závažnosti:

- Mírné demence (26-25 bodů podle testu MMSE)- Tento stav se může vyvíjet a vyústit až do rozvoje Alzheimerovy choroby.
- Středně těžké demence (24-18 bodů podle testu MMSE)- Vážnější porucha kognitivních funkcí, čas zahájit léčbu.
- Těžké demence (17-6 bodů podle testu MMSE)- Již se nedá změnit ani ovlivnit léčbou.
- Hluboké demence (6-0 bodů podle testu MMSE) ⁽⁸⁾

Dělení podle patofyziologie:

1. Atroficko-degenerativní

➔ Alzheimerova choroba

Progresivní degenerativní onemocnění, při kterém dochází k postupné destrukci nemocných buněk mozku a úbytku funkční mozkové tkáně. Vede v průběhu několika let k postupnému poklesu schopností ve všech oblastech života. Průměrné trvání nemoci je 5 – 10 let. Mezi příčiny patří abnormální ukládání bílkovin, nedostatek neurotransmiteru acetylcholinu. Příznaky jsou zapomnětlivost, zhoršování krátkodobé paměti, podezřívavost vůči okolí, schopnost povrchní komunikace, později změny osobnosti a povahy, úbytek inteligence, dezorientace, agitovanost, nespavost, ztráta soběstačnosti, poruchy chování, pády, strach, paranoia. Nemoc nelze vyléčit, lze pouze oddálit její propuknutí v plné síle a zmírnit její příznaky. Používají se inhibitory acetylcholinestázy, memantin.⁽⁶⁾

➔ Korová demence s Lewyho tělísky

Demence, parkinsonský syndrom se zrakově prostorovými poruchami a produktivní psychiatrickou symptomatikou (zrakové halucinace). Přecitlivělost nemocných na účinek neuroleptik.⁽⁹⁾

➔ Demence při Parkinsonově chorobě

Chronické progresivní onemocnění, nejčastější chronické onemocnění dospělého věku. V rozvinutých zemích postihuje jednu až dvě osoby z tisíce, ve věku nad 60 let až 1 ze 100 osob. Za normálních okolností umožňuje dopamin přenos informací mezi jednotlivými nervovými zakončeními a umožňuje naplánování plynulého pohybu. U Parkinsonovy nemoci chybí dopamin a přenos informací, jakož i pohyb je narušen. Postižený organismus se pohybuje pomalu nebo vůbec ne. Příznaky jsou strnulá mimika, sliny odkapávající z úst, tichá monotónní řeč, problém provést dva pohyby najednou,

problém se spaním – třes, problém s držením těla a chůzí, chůze drobnými krůčky, problém se startem pohybu – „zamrzání“, únava, bolesti šíje a páteře, návaly potu, zácpa, chybějící souhyby paží při pohybu, ztráta vitality, zpomalení pohybů, pády, svalová ztuhlost. Léčba umožní obnovit transport informací mezi jednotlivými zakončeními – buď napodobí funkci dopaminu, nebo zvýší jeho účinnost. Onemocnění nelze zcela vyléčit, ale lze zmírnit příznaky, zejména motorické a doplňovat chybějící dopamin. Součástí péče o tyto nemocné je podpůrná léčba a rehabilitace. ⁽¹⁰⁾

→ Pickwickova choroba a jiné frontální a frontotemporální demence

Degenerativní změny mozku postihují převážně frontální a temporální laloky. Od počátku dominují progresivní změny osobnosti a poruchy chování s asociálními projevy. ⁽⁹⁾

→ Huntingtonova choroba

Rychle progredující onemocnění s demencí, poruchami chování, afektivity a osobnostními změnami. Typický dyskinetický choreatický syndrom, tzn. Přítomnost abnormálních a mimovolních pohybů, které jsou popisovány jako taneční a kroutivé. Dědičné onemocnění s genovým defektem na krátkém raménku 4. chromozomu. Neléčitelné se 100% mortalitou. ⁽⁹⁾

2. Sekundární demence

→ Ischemicko-vaskulární demence

Multiinfarktová demence je způsobena mnohočetnými mozkovými infarkty. Binswangerova nemoc (subakutní arteriolární encefalopatie) je projevem postižení drobných cév bílé hmoty s tvorbou mnohočetných lakun. ⁽¹¹⁾

3. Ostatní demence

Alkoholická demence, která postihuje 50 – 70 % alkoholiků se projeví jako mírný kognitivní pokles při neuropsychologickém vyšetření. Občas nacházíme Korsakovův syndrom (selektivní, retrográdní či anterogádní amnézie s konfabulací a apatií). Wernickeova encefalopatie: okohybné poruchy, ataxie a psychická symptomatika - apatie, amence, psychomotorický neklid.⁽⁷⁾

4. Prionové demence

Priony jsou proteinové částice nesoucí genetickou informaci, které se chovají jako viry. Složitý specifický protein, který je netypicky zformován. Po kontaktu s normálním proteinem v mozku ho nezničí, ale normální protein začne napodobovat prion a formovat se podle něj, tím se stává prionem. Postupně se většina proteinů v mozku změni na priony. Prionové nemoci jsou smrtelná neurodegenerativní onemocnění, která postihují lidi i zvířata. Jsou neléčitelné s průměrným přežitím 1 rok. Působí spongiformní encefalopatie, mozek se mění v houbovitou hmotu. Demence mají dlouhou inkubační dobu (několik měsíců až let), rychlou progresi a infaustní prognózu.⁽⁹⁾

- **Kuru**

Choroba domorodců na Papui – Nové Guinei, kteří z rituálních důvodů pojídají mozky a játra svých zabitých nepřátel. Projevuje se silným třesem kosterního svalstva, nekoordinovaností pohybů, postupné ochrnutí až degeneralizovaná paralýza a smrt.⁽¹⁾

- **Nemoc šílených krav**

Bovinní spongiformní encefalopatie.⁽¹⁾

- **Gerstmannův – Stausslerův – Scheinkerův syndrom**

Usmrcuje do 1 roku.⁽¹⁾

- **Creutzfeld – Jacobova choroba (CJD)**

Nová varianta C-J choroby vzniká pravděpodobně přenosem původce BSE (bovine spongiform encephalopathy) – „nemoc šílených krav“⁽¹⁾

Další rozdělení:

- Primárně degenerativní demence
- Sekundární demence
- Smíšené demence
- Symptomatické demence ⁽¹²⁾

2.3 Vyšetřovací metody

Nejdůležitějším ukazatelem je pro nás anamnéza pacienta – rodinná, osobní, farmakologická, pracovní a sociální, informace o onemocnění z hlediska časové posloupnosti, dále psychiatrické a psychologické vyšetření. K diagnostice používáme skupinu jednoduchých testů jako je mini mental state examination (MMSE), alzheimer disease assesment scale (ADAS), dále test kreslení hodin, Wechslerova škála paměti, WAB, test řečové plynosti, testy vizuospeciálních funkcí, Stroopův test. Ze zobrazovacích technik používáme CT mozku, magnetickou rezonanci, SPECT, PET- tyto metody nám zobrazí látkovou přeměnu a krevní průtok mozem. Pro odlišení, některých neurologických onemocnění používáme elektroencefalografické metody, které zachycují elektrickou aktivitu mozku.⁽¹³⁾

2.4 Léčba

Nefarmakologické postupy - léčba zahrnuje především základní péči o pacienta, kterou mají na starosti pečovatelé (profesionální zdravotníci nebo rodinní příslušníci). V této části léčby je lékař konzultant a řídí celkovou léčbu. Důležitou součástí je také práce alzheimerovských společností, které poskytují pomoc a poradenství jak pečovatelům, tak samotným pacientům.⁽¹³⁾

Psychoterapie:

- orientace v realitě,
- paměťový a senzorický trénink,
- externí paměťové pomůcky,
- resocializace a demotivace,
- muzikoterapie, arteterapie, ergoterapie, canisterapie, pohybová terapie,
- reminiscenční terapie,⁽¹²⁾

Farmakoterapie:

Neuroprotektiva

- **prekurzory acetylcholinu** – lecitin,
- **inhibitory acetylcholineráz** - donepezil (Aricept)
 - rivastigmin (Exelon)
 - galantamin (Reminyl)
- **antagonisté NMDA receptorů** - memantin (Ebixa),
- **nootropika** - piracetam (Piracetam), pyritinol,
- **antioxidanty** - selegilin, tokoferol,
- **centrální vasodilatancia** - nicergolin (Sermion), pentoxifylin (Agapurin), vinpocetin (Cavinton),
- **ginkgo biloba** - Tanakan, Tebokan - sporný efekt, ⁽¹²⁾

3 KOGNITIVNÍ FUNKCE

Jako poznávací funkce označujeme ty, které nám slouží k reagování na podněty z vnějšího okolí, k adaptaci na vnější svět. Porucha kognitivních funkcí je bazální porucha u demencí. K poznávacím funkcím řadíme, i takzvané výkonné (exekutivní) funkce. Jsou to funkce sloužící k provádění složitějších, motorických úkonů, k realizaci jednání. Sem bychom zařadili schopnosti jako je naplánování úkonu a správné seřazení podúkonů, provést jej a zpětně si to zhodnotit. ⁽⁸⁾

Dále sem zahrnujeme poruchy paměti, intelektu, orientace, soudnosti, abstraktního myšlení, poruchy pozornosti a motivace, poruchy chápání. ⁽⁹⁾

Intelekt je podle většiny autorů rozumová schopnost člověka, vztahující se především k řešení teoretických problémů. ⁽¹⁾

Intelligence je obecná psychická schopnost adaptovat se na nové problémy a podmínky života. ⁽⁹⁾

4 PÉČE O PACIENTY S DEMENCÍ

K dementním pacientům přistupujeme jako ke každému jinému pacientovi. V žádném případě je neponižujeme. Důležitá je správná komunikace, dále dopomoc v oblastech sebe péče, které jsou pro pacienta nad jeho síly jako je hygiena, stravování atd.. Neméně důležitý je pitný režim, staří lidé ztrácí pocit žízně, proto jsou ohroženi dehydratací organismu. Rehabilitační péče - zde se věnujeme hlavně prevenci pádů a návniku správné chůze. Možné využívat i ergoterapii, muzikoterapii, aromaterapii, barvoterapii a kanisterapii. V pokročilých stádiích nemoci lze využívat pomoc společností poskytujících sociální služby.⁽¹²⁾

Pacient by si měl vytvořit svůj pravidelný denní režim, aby si „zapamatoval“ co se děje. Například: ráno vstanu, provedu ranní hygienu, obléknu se, nasnídám se. Jednotlivé úkony by měly jít chronologicky za sebou. Při jakékoli změně v denním harmonogramu by mohl být pacient více zmatený a mohl by vykazovat známky mírné agrese. V prvním stádiu demence, kdy pacient zvládá být v domácím prostředí, můžeme používat připomínkové lístečky (např. na lednici nalepit lísteček s textem LEDNICE - JÍDLO).⁽³⁾

4.1 Desatero komunikace s pacienty se syndromem demence

1. Při komunikaci omezujeme rušivé a rozptylující vlivy prostředí, ujistíme se, že pacient dobře slyší, že má správně nastaveny kompenzační pomůcky (naslouchadlo) a že netrpí komunikační poruchou ve smyslu afázie.
2. Pacienta povzbuzujeme vlídným zájmem, usilujeme o klidné chování a pozitivní výraz, omezujeme prudké pohyby a přecházení, zůstáváme v zorném poli pacienta, důsledně respektujeme fenomén zpomalení- spěch často vyvolá úzkost a zmatenost.
3. Mluvíme srozumitelně, pomalu a v krátkých větách.

4. V hovoru se vyhýbáme odborným výrazům, ale i ironické mluvě. Používáme výrazy pacientovi známé a přiměřené. Používáme přímá pojmenování, vyhýbáme se zájmenům a na předměty o nichž hovoříme, ukazujeme. Pokud pacient větu nepochopí, zvolíme jinou formulaci, neopakujeme.
5. Aktivně navazujeme a udržujeme oční kontakt a ověřuje, zda pacient naším informacím rozumí, pro zklidnění používáme dotek.
6. Využíváme non-verbální komunikaci.
7. Dáme jasně najevo, zda odcházíme, nebo budeme v komunikaci dále pokračovat.
8. Pacienta nepodceňujeme, komunikaci neomezujeme, ale přizpůsobujeme ji jeho schopnostem. O všem bychom měli pacienta pečlivě informovat a předejít tak strachu např. z vyšetření.
9. Aktivně chráníme důstojnost lidí trpícím syndromem demence, posilujeme jejich autonomii a možnost rozhodovat o sobě, bráníme jejich ponižování, nehovoříme o nich, jako by nevnímali (fenomén zvěcnění lidské bytosti), dodržujeme alespoň obecnou úroveň respektování lidského studu.
10. Při komunikaci posilujeme orientaci pacienta osobou, místem i časem, oslovujeme jej důstojně jménem anebo tak, jak si sám přeje či vyžaduje. Jistotu pacienta posilujeme umožněním kontaktu s blízkou osobou, na kterou je zvyklý nebo na které je závislý, pokud to jde, umožníme účast této osoby při vyšetření.⁽¹⁴⁾

4.2 Možnosti sociální a zdravotní péče o pacienty s demencí

Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče ČR (ADMPP ČR) – společnost, která sdružuje organizace poskytující lůžkovou nebo mobilní hospicovou péči. Společnost byla založena roku 2006.

Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR (APSS ČR) – větší profesní organizace sdružující poskytovatele sociálních služeb v ČR. Vydává časopis Sociální služby.

Centrum denních (sociálních) služeb – centra existující ve větších a velkých městech. V menších městech jsou v provozu střediska osobní hygieny.

Česká alzheimerská společnost – sdružení vzniklo roku 1997. Organizace sdružuje odborníky zabývající se problematikou demencí. Úzce spolupracuje s Českou gerontologickou a geriatrickou společností.

Česká asociace pečovatelských služeb (ČAPS) – poskytují sociálně zdravotní služby.

Denní centrum (domovinka) – zařízení speciálního typu, fungující přes den, na noc se klienti vracejí do svých domovů.

Denní stacionář – poskytuje seniorům se sníženou soběstačností stravu a přiměřené volnočasové aktivity, podobně jako předchozí po dobu dne.

Domácí péče (home care) – je systém odborných zdravotnických služeb, které jsou klientům poskytovány v domácím prostředí.

Domovy pro seniory – domy s různě širokou nabídkou sociálních služeb. ⁽¹⁵⁾

4.3 Komplikace demencí

Demence, byť samy o sobě primárně postihují mozek, mohou vést nepřímo i k poškození dalších orgánových systémů. ⁽¹⁶⁾

Časté jsou úrazy způsobené pádem pacienta. Vzhledem k tomu, že demence se vyskytují typicky u osob vyššího věku, bývá často zároveň přítomna osteoporóza a může dojít ke vzniku zlomeniny. ⁽¹⁶⁾

Dále je to rozvinutí imobilizačního syndromu, který může nastat již po 36 hodinách úplného klidu na lůžku. Poté se začínají projevovat změny v pohybovém a oběhovém systému, postupně se přidávají i další orgánové systémy jako je dýchací, nervový, zažívací, kožní a močový. ⁽¹²⁾

Dementní pacienti jsou ohroženi rozvojem dehydratace a malnutrice, neboť v důsledku poklesu soběstačnosti si nejsou schopni zajistit adekvátní příjem stravy a tekutin. ⁽¹⁶⁾

U demencí se mohou objevovat nasedající psychické poruchy, zejména ve smyslu afektivních a psychotických poruch, u některých pacientů se manifestují jako bloudění. ⁽¹⁶⁾

5 CREUTZFELDOVA – JAKOBOVA DEMENCE

Objevitelem onemocnění je Creutzfeldt Hans Gerhard roku 1909. Průměrný věk při začátku onemocnění je 60 let, průměrné trvání nemoci asi 8 měsíců. 85–90 % nemocných umírá do roka od klinické manifestace onemocnění, jen 4 % nemocných přežívají déle než 2 roky. Obě pohlaví jsou postižena stejně. ⁽¹⁹⁾

3 základní typy CJD:

- Sporadická – příčina je neznámá a není zjištěn žádný vztah k prionovému onemocnění zvířat.
- Genetická
- Náhodně přenesená

CJN postihuje mnoho oblastí mozku, což má za následek heterogenní klinický obraz s mnohočetným deficitem. Typická je rychle progredující demence s časným začátkem. Asi u 1/3 nemocných se objevují nespecifické prodromální příznaky. V průběhu dalších měsíců dochází k rychlé deterioraci mentálních funkcí až do obrazu těžké demence. Změny chování, extrapyramidová, mozečková a pyramidová symptomatika. ⁽¹³⁾

Zároveň se objevují neurologické příznaky: rychle progredující demence, myoklonus/ataxie, typické jsou EEG abnormality se zpomalením základního rytmu a periodickými komplexy ostrých vln. Tyto příznaky má pouze polovina pacientů. Pacienti umírají většinou na aspirační pneumonii nebo interkurentní infekci. Mezi typické příznaky patří únava, nespavost, úzkost, deprese, úbytek hmotnosti, bolest hlavy či bolest jiné lokalizace, psychotické příznaky, deteriorace, imobilita, mutismus, svalová rigidita, korová slepota, dysfagie. ⁽¹³⁾

5.1 Vyšetřovací metody

V současné době neexistuje žádný diagnostický test, který by potvrdil klinickou diagnózu negenetické CJN. Vyšetření se provádějí s cílem vyloučit jinou příčinu nemoci. Některé nálezy spolu s typickým klinickým obrazem mohou však diagnózu CJD jednoznačně podpořit. Mezi tyto příznaky patří rychle progredující demence s časným začátkem, prodromální psychiatrické příznaky, myoklonus, ataxie, pyramidové/extrapiramidové příznaky, EEG – periodický vzorec generalizovaných trifazických nebo polyfazických ostrých vln, likvor – průkaz proteinu, MR.⁽¹³⁾

Definitivní diagnóza je založena na neurohistologickém vyšetření doplněném imunohistochemickými metodami a metodou western blot, které ověřují přítomnost prionů ve tkáni.⁽¹³⁾

5.2 Diagnostika CJD

1. Možná diagnostika

- progresivní demence trvající méně než 2 roky,
- nejméně 2 z následujících klinických příznaků:
 - myoklonus,
 - pyramidové/extrapiramidové příznaky,
 - zrakové/mozečkové příznaky,
 - akinetický mutismus,

2. Pravděpodobná diagnostika

- možná diagnostika a typický EEG nález,
- možná diagnostiky a průkaz 14-3-3 proteinu,

3. Prokázaná diagnostika

- potvrzení neurohistologickým vyšetřením, imunohistochemickými metodami a metodou western blot, popř. i genetickým vyšetřením (určení polymorfizmu kodonu 129 genu PRNP).⁽¹³⁾

5.3 Léčba

Hlavní součástí léčby pacientů s CJN je ošetrovatelská péče (zajištění dostatečné výživy, rehabilitace, prevence dekubitů) a léčba jednotlivých příznaků, která nemocnému přináší úlevu. Rodinné příslušníky informujeme o povaze onemocnění, pomáháme zajistit pomoc v péči a řešení sociálně-právní problematiky, v případě hospitalizace nabízíme možnost zapojení do péče. Umožňujeme jim mluvit o jejich pocitech, poskytujeme psychoterapii podpůrnou či jinou dle individuální potřeby.⁽⁹⁾

6 PALIATIVNÍ PÉČE

Slovo paliativní je odvozeno z latinského „pallium“, což znamená rouška nebo plášť. Paliativní péče tedy představuje ucelený a nadějný systém pomoci umírajícím a jejich rodinám.

Protože obsah pojmu paliativní péče není ustálen, lze se v odborné literatuře setkat s celou řadou definic. Podle Světové zdravotnické organizace je paliativní péče „přístup zlepšující kvalitu života pacientů a jejich rodin, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožující nemocí, prostřednictvím předcházení a zmírňování utrpení pomocí včasného zjištění, vyhodnocení a řešení bolesti a dalších fyzických, psychosociálních a duchovních potíží“. Paliativní medicína je celková léčba a péče o nemocné osoby, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, řešení sociálních, psychologických a duchovních problémů nemocných. Paliativní péče smrt ničím neurychluje ani neoddaluje, zahrnuje i péči o rodinu nemocného a to v období pre finem, in finem, post finem. Má komplexní, multidisciplinární přístup k nemocnému.^{(16) (17)}

6.1 Principy paliativní péče

- zachování důstojnosti pacienta a jeho rodiny,
- účastná péče o pacienta a jeho rodinu,
- rovnoprávnost v přístupu k paliativní péči,
- úcta k pacientovi, jeho rodině a pečovatelům,
- obhajoba vyjádřených přání pacienta, rodiny, komunit,
- snaha o dosahování výjimečné úrovně při poskytování péče a podpory,
- odpovědnost pacientovi, rodině a širší komunitě⁽¹⁶⁾

6.2 Hlavní zásady paliativní péče

- poskytuje úlevu od bolesti a dalších symptomů,
- podporuje život, avšak pohlíží na umírání jako na přirozený proces,
- neusiluje ani o urychlení ani o oddálení smrti,
- obsahuje psychologické a duchovní aspekty péče o pacienta,
- nabízí systém podpory, která pomáhá rodinám zvládat období pacientovy nemoci a období zármutku,
- využívá týmové práce pro uspokojování potřeb pacientů a jejich rodin, včetně případného psychologického poradenství v období zármutku,
- usiluje o zlepšení kvality života a může též pozitivně ovlivnit průběh nemoci,
- je použitelná v raném stadiu nemoci s řadou jiných terapií, jejichž cílem je prodloužení života, jako chemoterapie či radioterapie, a zahrnuje vyšetření nutná k lepšímu pochopení a zvládnutí tíživých klinických komplikací.⁽¹⁶⁾

5.3 Rozdělení paliativní péče

a) Obecná paliativní péče

Obecnou paliativní péčí rozumíme klinickou praxi v situaci pokročilého onemocnění, která je poskytována zdravotníky v rámci jejich jednotlivých odborností.⁽¹⁸⁾

b) Specializovaná paliativní péče

Specializovaná paliativní péče je aktivní interdisciplinární péče poskytovaná pacientům a jejich rodinám týmem odborníků, kteří jsou v otázkách paliativní péče speciálně vzděláni a disponují potřebnými zkušenostmi. Tento tým tvoří lékař, sestry, sociální pracovník, případně psycholog, fyzioterapeut, pastorační pracovník, koordinátor dobrovolníků a další odborníci.⁽¹⁸⁾

5.4 Model podle Elizabeth Kübler-Rossové

Elisabeth Kübler-Rossová vypracovala na základě svých mnohaletých zkušeností s umírajícími pacienty široce využívaný model, který poukazuje na charakter duševního dění nevyлéčitelně nemocných pacientů a jejich blízkých. Podle Kübler-Rossové se tento model člení do následujících fází: ⁽¹⁹⁾

První fáze: Zavírání očí před skutečností a osamění

Tuto fázi tvoří první reakce umírajícího na osud. Je velmi často prožívána v šoku. Potlačení může jít dokonce tak daleko, že nemocný odmítá nutné diagnostické a terapeutické zásahy, protože podle něho nejsou nutné. ⁽¹⁹⁾

Druhá fáze: Zloba

Pro toto období je charakteristické, že se pacient začíná vyrovnávat se svým osudem. Projevuje se to útočností vůči okolí.

Třetí fáze: Vyjednávání

Tato fáze je méně známá, pro pacienta však velmi často důležitá, neboť na ni spoléhá jako na svého pomocníka. ⁽¹⁹⁾

Čtvrtá fáze: Deprese

Přichází deprese, která je vyvolána různými příčinami. V tomto období se nemocný vymaňuje ze svých sociálních vztahů. Lituje všeho, co opustí a jeho smutek pramení především z nadcházejícího rozloučení se všemi blízkými lidmi. ⁽¹⁹⁾

Pátá fáze: Souhlas

V této fázi se pacient vyrovnává se svým stavem, nachází vnitřní klid a kvantita jeho zájmů se snižuje. ⁽¹⁹⁾

6 UMÍRÁNÍ A SMRT

Pojem umírání je v lékařské terminologii skutečně synonymem terminálního stavu. Definice terminálního stavu uvádí, že dochází k postupnému a nevratnému selhávání důležitých vitálních funkcí tkání a orgánů, jehož důsledkem je zánik individua, tj. smrt.⁽²⁰⁾

Smrt patří k člověku. Patří k životu a nelze ji od života oddělit. Umožňuje nám najít smysl života, umožňuje nám využít náš omezený čas smysluplně. Otázka života a smrti je jednou z nejtěžších a nejstarších otázek, které si lidstvo klade. Z materialistického hlediska lze smrt definovat jako „zánik organismu jako celku, trvalé, nezvratné poškození všeho dění – přirozený důsledek života“⁽²¹⁾

6.1 Postoje ke smrti a umírání v minulosti

Smrt a umírání je jedno z nejzákladnějších lidských témat. „Každá kultura, každá doba se s tímto tématem vyrovnává jinak, každá hledá jeho smysl jinak – a vždycky těžce a bolestně“. V průběhu historického vývoje lidstva, je tato problematika velmi úzce svázána s vývojem náboženského pojetí, filozofického poznání, etického cítění a sociokulturním rozvojem dané společnosti.⁽²⁰⁾

7 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S DEMENCÍ

7.1 Metodika

K získání informací potřebných k této práci jsem použila především anamnézu. Anamnéza je součástí ošetrovatelského procesu, který má 5 částí. Anamnéza je rozdělena do několika oblastí. V práci je použit model NANDA International II, který zahrnuje 13 oblastí. Dále je zde použit model dle Marjory Gordonové. Tento model je z hlediska holistické filozofie nejkomplexnější, který byl zatím vytvořen. Podle tohoto modelu může sestra kvalifikovaně zhodnotit zdravotní stav jak zdravého, tak i nemocného člověka. Při použití tohoto modelu sestra získá komplexní informace k sestavení ošetrovatelské anamnézy, pak stanoví aktuální i potenciální ošetrovatelské diagnózy a může pak efektivně naplánovat i realizovat svoji péči. Základní strukturou tohoto modelu tvoří 12 oblastí, z nichž každá představuje funkční nebo dysfunkční součást zdravotního stavu.

Informace o nemocném jsem získala ze zdravotnické dokumentace. Další informace jsem získala pozorováním pacienta během hospitalizace na Geriatrickém centru krajské nemoc a.s.

Zjištěné problémy jsou promítnuty do ošetrovatelských diagnóz. Ty jsou sestaveny dle priorit pacienta. K jednotlivým diagnózám jsou uvedeny příslušné cíle a intervence. Ke stanovení diagnóz jsem použila multimediální тренаžér plánování ošetrovatelské péče

7.2 Základní informace o pacientovi

Muž A.T. narozen r. 1957 – zemřel r. 2009

52 letý muž, žijící v Pardubickém kraji, přichází do nemocnice v Kladně pro instabilitu chůze s tendencemi k pádu. Pacient byl zaměstnancem obchodního řetězce, kde měl pozici dělníka. Byl jednou krát ženatý a byl otcem dvou dospělých synů.

7.3 Průběh hospitalizace

Hospitalizován od 29.6.2009 – 21.7. 2009 na interní klinice v Kladně. Pacient přichází pro dva měsíce trvající instabilitu chůze (tvrdí, že si okolí myslí, že je neustále opilý), při chůzi vyrovnává tendence k pádu. Dále diplopie – objevuje se intermitentně bez jasného vyvolávacího faktoru. Zhoršení obtíží po celkové námaze. Poruchy mluvy, polykání, hybnosti končetin. Zde bylo pacientovi uděláno CT mozku, kde byl normální nález, USG břicha, kde byla mírně zvětšená játra a oční vyšetření, kde byl nález přiměřený k věku. MR mozku, nejasný nález pro demyelinizaci. EKG, hrubě abnormální graf s přítomností specifické aktivity generalizovaně -> pro podezření na Wilsonovu chorobu proveden penicilamonový test. Dne 21.7.2009 dimise ve stabilizovaném stavu. 6.8.2009 Hospitalizován na neurologickém oddělení v Praze, pro časté pády. Pacient je lucidní, orientovaný, izokorické zornice, jazyk plazí středem, bolesti hlavy neudává, bulby ve střední linii, volně pohyblivé, poruchy čítí. Zde provedeno další MR se závěrem nevýrazné signálové změny a zjevná restrikováná difuze v bazálních gangliích mající charakter změn obvyklých u Creutzfeldt Jacobovy choroby. 18.8.2009 Přeložen do Thomayerovy nemocnice v Praze na neurologickou kliniku, zde onemocnění rychle progreduje s postižením všech kognitivních domén, ataxií a hybným postižením. 21.8.2009 přeložen do Pardubic na neurologické oddělení. 7.9.2009 pro špatnou prognózu přeložen na geriatrické oddělení Pardubické krajské nemocnice. Pacient je imobilní, ležící, zcela závislý na cizí pomoci, inkontinentní, třes končetin, snaží se komunikovat, řeč je zatřelá, v podstatě nesrozumitelná, bulby stočeny směrem dolů, jazyk nevyplázne, ale otevře ústa. Během hospitalizace mírná progrese polykání, ale zatím pacient přijímá stravu per os. Hypokineticko –rigidní syndrom,

cerebrální symptomatologie. Pacient v důsledku svého primárního onemocnění dne 16.9.2008 umírá na geriatrickém oddělení Pardubické krajské nemocnice.

Vyšetření a hodnotící škály během hospitalizace:

30. 6 2009 – psychiatrické vyšetření

Deficit kognitivních funkcí pravděpodobně organického charakteru. Psychomotorické tempo výrazně zpomalené, narušeny vizuoprostorové schopnosti, porucha pozornosti.

7.7.2009 - Katarakta, myopia levis, intermitentní diplopie

10.7.2009 - Kaiser – fleischenův prstenec nenalezen

13.7.2009 - Pacient je schopen v běžném životě stupeň deficitu do velké míry kompenzovat, díky dobrým verbálním schopnostem, všeobecnou inteligencí.

7.9.2009 – MMSE 9 bodů

7.9.2009 – ADL 0 bodů

7.9.2009 – IADL 0 bodů

7.9.2009- Glasgow Coma Scale

7.9.2009- Hodnocení nutričního stavu

7.9.2009- Hodnocení rizika vzniku dekubitů – Nortonové stupnice

7.9.2009- Vizualní analogová škála bolesti

18.9.2009 – pitevní protokol

Při pitvě 52 letého muže byla neuropatologickým a imunohistologickým vyšetřením mozku definitivně potvrzena klinicky diagnóza Creutzfeldt Jacobova choroba. Pravděpodobně bezprostřední příčina úmrtí byla katarálně hnisavá bronchopneumonie.

7.4 Základní screeningové fyzikální vyšetření sestrou

Anamnéza byla odebrána v den příjmu pacienta.

- **Celkový vzhled, úprava zevnějšku, hygiena:** upravený, kůži, nehty i vlasy má čisté, hygiena prováděna ošetřovatelkou na lůžku pacienta ráno a rodinou v podvečerních hodinách, hygiena dutiny ústní pomocí pagavitových tyčinek ráno a večer
- **Dutina ústní a nos:** pacient je zahleněný, chrup vlastní, sliznice růžové mírně bělavé, bez defektů
- **Stav vědomí:** pacient je při plném vědomí, není orientovaný časem, místem ani osobou
- **Sluch:** dobrý, reaguje na zvukové podněty, nepoužívá žádné kompenzační pomůcky
- **Zrak:** zhoršený, používal brýle na čtení i na dálku
- **Pulz:** frekvence 80', pravidelný, plný
- **Krevní tlak:** 105/70 mmHg
- **Dýchání:** frekvence 26 dechů/min., pravidelné, čisté, s občasnými chrčivými fenomény
- **Tělesná teplota (axilární):** 36,6 °C
- **Hmotnost:** 70 kg
- **Výška:** 170 cm
- **BMI:** 24,5
- **Stisk ruky:** žádný
- **Tělesná hybnost:** imobilní zcela závislý na pomoci a péči ostatních

- **Funkční úroveň sepeče:**
 - Schopnost najít se 4
 - Schopnost umýt se 5
 - Schopnost vykoupat se 5
 - Schopnost upravit se 5
 - Celková pohyblivost 5
 - Schopnost dojít si na toaletu 5
 - Schopnost obléci se 5
 - Schopnost pohybu na lůžku 4
- **Chybění části těla:** ne
- **Kanyly intravenózní:** ano, na pravé horní končetině v kubitě
- **Vývody, cévky:** ano

7.5 Model fungujícího „zdraví“ podle Gordonové

7.5.1 Vnímání zdraví

Pacient nebyl v posledním roce mimo nynějšího onemocnění nijak vážně nemocný. V mládí začal kouřit a pokračoval do hospitalizace v Kladenské nemocnici. Příležitostně pil alkoholické nápoje, drogy neužíval.

Měřicí technika: 0

Ošetřovatelský problém: neefektivní léčebný režim

7.5.2 Výživa a metabolismus

Klient žil s manželkou, rád vařil a dopřával si stravu, na kterou měl chuť 5x denně bez ohledu na dietní omezení, časovou dobu a množství. Vypil asi 2 litry nealkoholických nápojů denně. Preferoval minerální slazené vody. Nyní je vyživován kašovitou stravou pomocí stříkačky, kvůli poruše polykání.

Měřicí technika: nutriční screening

Ošetrovatelský problém: nedostatečná výživa, riziko deficitu tělesných tekutin

7.5.3 Vylučování

Klient je inkontinentní jak v oblasti vyprazdňování moči, tak i stolice. Pro svou imobilitu má stolici nepravidelně.

Měřicí technika: 0

Ošetrovatelské problémy: zácpa, úplná inkontinence moči, riziko infekce

7.5.4 Aktivita, cvičení

Pacient je zcela imobilní, odkázaný na pomoc ostatních. Je polohován každé dvě hodiny přes den a každé čtyři hodiny v noci. K pacientovi přes den ve všední dny dochází fyzioterapeutka, která s pacientem rehabilituje.

Měřicí technika: hodnocení rizika vzniku dekubitů, hodnocení říká pádů, vizuální analogová škála bolesti, test IADL

Ošetrovatelský problém: zhoršená pohyblivost, riziko vzniku dekubitů, riziko pádů

7.5.5 Spánek, odpočinek

Pacient spí v noci v klidu, je pravidelně polohován. Pokud u sebe nemá rodinu spí i během dne. Žádné sny a noční děsy nemá.

Měřicí technika: 0

Ošetřovatelský problém: 0

7.5.6 Vnímání, poznávání

Potíže se sluchem nemá, kompenzační pomůcky neužívá. Pacient se snaží komunikovat, ale není mu rozumět. Hlas je zastřený. Pacient je dezorientovaný, zmatený.

Měřicí technika: test ADL, MMSE, test hodin

Ošetřovatelské problémy: porušené myšlení, chronická zmatenost, zhoršení verbální komunikace

7.5.7 Sebekoncepce, sebeúcta

Pacient je zcela závislý na pomoci a péči druhých osob.

Měřicí technika: 0

Ošetřovatelský problém: 0

7.5.8 Plnění rolí, mezilidské vztahy

Žil s manželkou, se kterou má pěkný vztah. Bydlí v Pardubickém kraji v rodinném domě. S rodinou má velmi dobré vztahy, každý den u pacienta je přítomen někdo z rodiny.

Měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: 0

7.5.9 Sexualita, reprodukční schopnost

Klient má dva syny, se kterými se rád stýká. S manželkou před onemocněním měli aktivní sexuální život. Jíž je i dědečkem.

Měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: 0

7.5.10 Stres, zátěžové situace

Pobyt v nemocnici je pro pacienta velkou zátěží. Pacient má strach z blížící se smrti.

Měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: strach z léčebného procesu

7.5.11 Víra, přesvědčení

Jeho cílem bylo užívat si co nejvíce života, protože život je krátký a pacient si je vědom, že se může stát cokoli. Věřící není.

Měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: 0

7.5.12 Jiné

Pacient trpí progredujícím degenerativním onemocněním nervové soustavy, které mu způsobuje svalové záškuby na končetinách. Dále i přes pravidelné polohování vznikají pacientovi na kůži otlaky, které jsou nepříjemné, ale nezpůsobující bolest. Pro zajištění dostatečné hydratace má pacient zavedenou kanylu na PHK v kubitě.

Měřicí technika: Biensteinova škála

Ošetrovatelský problém: riziko vzniku dekubitů, riziko porušení kožní integrity, riziko vzniku infekce

7.6 Plán ošetrovatelské péče

Vybrané ošetrovatelské diagnózy:

Zhoršená pohyblivost - 00085

Úzkost ze smrti - 00147

Riziko deficitu tělesných tekutin - 00028

Riziko deficitu tělesných tekutin - 00028

7.6.1 Zhoršená pohyblivost - 00085 ⁽²²⁾

Příčiny vzniku: vlastní onemocnění, poškození smyslů a vnímání, neuromuskulární poškození, úbytek svalové hmoty a síly, ztuhlé klouby a kontraktury

Určující znaky:

- ➔ **Subjektivní:** stížnosti na bolest a nepohodlí při vykonávání pohybu
- ➔ **Objektivní:** limitovaná schopnost vykonávat dovednosti ovlivněné hrubou motorikou, limitovaná schopnost vykonávat dovednosti ovlivněné jemnou motorikou, nekoordinované pohyby, omezený rozsah pohybu, obtíže při otáčení se

Krátkodobý cíl: pacient nemá známky vzniku dekubitů.

Dlouhodobý cíl: pacient nemá poškozenou kožní integritu.

Výsledná kritéria: pacient nemá poškozenou kožní integritu a je bez kontraktur a jiných následků, u pacienta je zachována síla a funkce postižené i zdravé části těla.

Ošetřovatelské intervence: posuď příčinu a související faktory, zhodnoť funkční úroveň pacienta, urči příčinu porušené pohyblivosti, posuď intenzitu bolesti, zaznamenej jeho emoční odpověď na imobilitu – posoudí sestra.

Realizace: vysvětli pacientovi důsledky nepohyblivosti, využij polohovacích a ortopedických pomůcek na podporu postižené části těla, v případě bolesti podávej před aktivitou analgetika, dbej na bezpečnost pacienta, a to včetně úpravy prostředí, pobízej pacienta k pití a příjmu potravy za účelem získání energie, pečuj o kůži pacienta, dle indikace kontaktuj fyzioterapeuta a spolupracuj s ním, při rehabilitaci se řiď jeho pokyny.

Hodnocení: pacient zemřel, ale nejevil známky poškození kožní integrity ani dekubitů, cíl krátkodobý i dlouhodobý byl splněn.

7.6.2 Úzkost ze smrti - 00147 ⁽²²⁾

Příčiny vzniku: strach z vývoje nevléčitelného onemocnění, strach z umírání, strach ze ztráty tělesných a duševních schopností v období umírání, úplná ztráta kontroly nad sebou samým, očekávaná bolest při umírání, obavy z dopadu vlastního úmrtí na blízké osoby, obavy z vyvolání smutku a utrpení blízkých osob.

Určující znaky:

→ **Subjektivní:** pocit marnosti, beznaděj, ztráta motivace pomoci si sám

→ **Objektivní:** hluboký smutek

Cíl krátkodobý: pacient si přizná, že má strach.

Cíl dlouhodobý: pacient se smíří se smrtí.

Výsledná kritéria: pacient dokáže rozeznat a vyjádřit své pocity (např. smutek, strach), pacient se smíří se smrtí.

Ošetrovatelské intervence: posouzení příčin a souvisejících faktorů, posuď, zda je pacient schopen zvládat péči o sebe sama, zda je schopen vyrovnat se s konečností svého života a dalšími záležitostmi, naslouchej pacientovi a jeho blízkým, jejich obavám, hněvu.

Realizace: vytvoř vstřícný, důvěryhodný vztah, respektuj přání pacienta, povzbuzuj pacienta k vyjádření svých pocitů (hněv, strach, smutek), uznej jeho úzkost, strach, odpovídej na otázky a informuj podle pravdy, posiluj důvěru a terapeutický vztah, dbej na klidné prostředí a dostatek soukromí, umožni pacientovi na jeho přání zapojit se do duchovních aktivit, pomoz pacientovi, aby snáze prošel procesem smutku (zajisti přítomnost psychologa, event. jiného odborníka), respektuj vyjádřená rozhodnutí a přání (přítomnost blízkých osob apod.), edukuj rodinu pacienta, aby s pacientem komunikovali.

Hodnocení: pacient zemřel, cíl splněn nebyl.

7.6.3 Riziko deficitu tělesných tekutin - 00028 ⁽²²⁾

Rizikové faktory: ztráta tekutin normálními cestami (stolice, moč, pocení, vydechované páry vzduchu), snížená možnost přijímat tekutiny z důvodu snížené mobility

Cíl krátkodobý: pacient nejeví známky dehydratace během 24 hodin.

Cíl dlouhodobý: pacient nebude dehydratován do konce svého života.

Očekávané výsledky: pacient rozumí možnému riziku deficitu tekutin, pacient zná individuální rizikové faktory, pacient zná doporučený denní příjem tekutin

Ošetřovatelské intervence: posuď příčinu a související faktory, zhodnoť celkový stav pacienta (věk, vědomí, duševní stav), posuď dostupnost tekutin pro pacienta s ohledem na jeho celkový stav, sleduj základní vitální funkce (ortostatická hypotenze, tachykardie, horečka), sleduj kožní turgor, sleduj stav sliznic, sleduj laboratorní výsledky (hemoglobin, hematokrit, elektrolyty, urea, kreatinin)

Realizace: zajisti pitný režim (se zřetelem na rovnoměrný příjem tekutin), seznam pacienta s rizikovými faktory.

Hodnocení: pacient zemřel, ale nejevil známky dehydratace, proto byl cíl splněn.

7.6.4 Riziko infekce - 00004 ⁽²²⁾

Rizikové faktory: destrukce tkáně a zvýšená expozice patogenů z okolí, malnutrice, chronické onemocnění, invazivní vstupy (permanentní močový katetr, kanyla), snížená expektorace hlenu v dýchacích cestách

Cíl krátkodobý: pacient nejeví známky infekce.

Cíl dlouhodobý: pacient nejeví známky infekce v okolí invazivních vstupů.

Očekávané výsledky: pacient chápe individuální rizikové faktory

Ošetřovatelské intervence: posouzení příčin a souvisejících faktorů, monitoruj rizikové faktory výskytu infekce, pátrej po místních známkách infekce v místech invazivních vstupů, mysli na možnost sepse, k jejímž příznakům patří horečka, třesavka, pocení, porucha vědomí, pozitivní hemokultivace.

Realizace: prováděj prevenci nozokomiálních nákaz, zaveď v případě indikace izolaci pacienta k omezení rizika infekce, dodržuj důsledně u všech invazivních zákroků aseptický postup, prováděj časnou mobilizaci pacienta, prováděj u pacienta dechovou rehabilitaci, pečuj o adekvátní hydrataci pacienta, dbej u pacienta na dostatečnou výživu, informuj pacienta i rodinu o zásadách péče o pokožku

Hodnocení: cíl krátkodobý byl splněn, pacient neměl známky infekce v oblasti invazivních vstupů. Cíl dlouhodobý splněn nebyl pacient zemřel.

8 ZHODNOCENÍ PÉČE

Pacient, kvůli progredujícímu degenerativnímu onemocnění přišel o možnost plného vnímání své rodiny a svého okolí. Dále o schopnost sám se obléci, změnit polohu, plynule hovořit, najíst se, napít se, kontrolovat své vyměšování.

Plně jsme si uvědomovali pacientovu situaci a snažili se mu zajistit důstojné a klidné umírání. Udržovali jsme čistotu a klid na pokoji klienta. Zajišťovali jsme pomoc v sebeděči v oblastech přijímání potravy, hydratace, hygieny, vylučování, péče o pokožku. Dbali jsme na prevenci vzniku dekubitů, opruzenin a infekce.

Pacient nakonec zemřel po několika dnech klidnou smrtí v přítomnosti své rodiny a blízkých.

ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo navrhnout a doporučit plán ošetrovatelské péče u pacientů postižených Creutzfeldtovou Jacobovou chorobou.

Základem péče je znalost a potřebná aktivita sester v této oblasti, která je pro svou specifitu jiná, než běžné uspokojování potřeb pacienta, který se navrátí do běžného života. Je potřeba, aby sestra byla dostatečně vzdělaná, empatická, smířená se smrtí a uvědomovala si smrtelnost lidí.

Při práci s lidmi v terminálních stádiích nemoci je nutné zahrnout do ošetrovatelského procesu i rodinu postiženého, která je nedílnou součástí pacienta samotného. Sestra zde proto nemá pouze úlohu pečovatelky, ale i edukátorky.

U pacienta s touto chorobou se nám model sebepéče podle Dorothy Oremové neosvědčil. Myslíme, že použití modelu „fungujícího“ zdraví podle Majory Gordonové je vhodné. Z vyplynulých ošetrovatelských problémů jsme si stanovili prioritní ošetrovatelské diagnózy a pokračovali jsme standardně podle ošetrovatelského procesu.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. HORČIČKO Jan, Psychiatrická péče. Přednáška pro 3.ročník všeobecných sester – Demence. Havlíčkův Brod. 2012.
2. SEIDL Zdeněk, Neurologie. Přednáška pro 3.ročník všeobecných sester. Praha. 2012
3. JIRÁK, Roman a František KOUKOLÍK. Demence: neurobiologie, klinický obraz, terapie. 1. vyd. Praha: Galén, 2004, 335 s. ISBN 80-726-2268-4.
4. NOVOTNÁ, Martina. Neurologie pro všeobecné praktické lékaře. Editor Petr Herle. Praha: Raabe, c2012, 186 s. Ediční řada pro všeobecné praktické lékaře. ISBN 978-808-7553-312.
5. SEIDL, Zdeněk a Jiří OBENBERGER. Neurologie pro studium i praxi. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, 363 s. ISBN 80-247-0623-7.
6. JIRÁK, Roman a Iva HOLMEROVÁ. *Demence a jiné poruchy paměti*. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2454-6.
7. PIDERMAN, Vladimír. Demence. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1490-5.
8. JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ. Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 164 s. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4724-546.
9. VALIŠ Martin, Gerontologie. Přednáška pro 4.ročník všeobecných lékařů. Intelektové poruchy, delirium a diferenciační diagnostika demence. Hradec Králové. 2010
10. SEIDL, Zdeněk a Jiří OBENBERGER. Neurologie pro studium i praxi. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, 363 s. ISBN 80-247-0623-7.

11. AMBER, Zdeněk. *Základy neurologie*. sedmé. Praha: Galén, 2011.
12. MATĚJKOVÁ Astrid, *Geriatrická péče. Přednáška Kožní lékařství na dni zdraví*. Pardubice. 2009.
13. MUMENTHALER, Marco a Claudio BASSETI. *Neurologická diferenciální diagnostika*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2298-6.
14. VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1262-8.
15. POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3271-8.
16. Monika Marková, *Sestra a pacient v paliativní péči*, ISBN 978-80-247-3171-1
17. O organizaci paliativní péče. Doporučení Rec (2003) 24 výboru ministrů rady Evropy členských států. In: „O organizaci paliativní péče“, 2004, s.22. Dostupné na: <http://www.umirani.cz/res/data/010/001125.pdf>.
18. O'CONNOR, Margaret. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. 1. české vyd. Překlad Jana Heřmanová. Praha: Grada, 2005, 324 s. ISBN 80-247-1295-4.
19. Ross, K. E.: *Odpovědi na otázky o smrti a umírání*. Grafické závody Svoboda, Praha 1995
20. Haškovcová, H. *Thanatologie, Nauka o umírání a smrti*, 1.vyd. Praha, Galén 2000
21. ŘÍČAN, Pavel. Nakonec o smrti... In: ŘÍČAN, Pavel. *Cesta životem*. 2., přeprac. vyd. Praha: Portál, 2006, s.363-385. ISBN 80-736-7124-7.
22. MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetřovatelské diagnózy v nanda doménách*. První. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1399-3.

PŘÍLOHY

| | |
|--|------|
| Příloha A – Hodnocení rizika pádu | I |
| Příloha B – MMSE | II |
| Příloha C – Hodnocení nutričního stavu | V |
| Příloha D – Test základních všedních činností | VI |
| Příloha E – Biensteinova škála | VII |
| Příloha F – Test instrumentálních všedních činností | XI |
| Příloha G – Glasgow coma scale | XIII |
| Příloha H – Hodnocení rizika vzniku dekubitů | XIV |
| Příloha CH – Test hodin | XV |

Příloha A- Hodnocení rizika pádu

| Oblast hodnocení | Stav | body |
|--|-------------------------------------|------|
| Kvalita vědomí | orientovaný | 0 |
| | dezorientovaný | 2 |
| | Chronicky zmatený | 4 |
| Výskyt pádu za poslední 3 měsíce | Žádné pády | 0 |
| | 1-2 pády | 2 |
| | 3 a více pádů | 4 |
| Chůze (samostatnost) | Bez pomoci | 0 |
| | S pomocí kompenzačních pomůcek | 2 |
| | Neprovede | 4 |
| Chůze a rovnováha | Chůze a rovnováha v normě | 0 |
| | Rovnováha porušena při chůzi | 1 |
| | Rovnováha porušena při stoji | 1 |
| | Rovnováha porušena při obratu | 1 |
| | Snížená svalová koordinace | 1 |
| | Změna ve způsobu chůze | 1 |
| Systolický krevní tlak | V normě (160 – 140) | 0 |
| | Snížení (120 – 100) | 2 |
| | Snížení (pod 95) | 4 |
| Predispoziční faktory (závratě, CMP, Parkinsonova choroba, amputace končetin, artritida, fraktury, osteoporóza, záchvaty) | Žádné | 0 |
| | 1-2 | 2 |
| | 3-Více | 4 |
| Kvalita zraku | Přiměřená | 0 |
| | Špatná | 2 |
| | Nevidí | 4 |
| Léčba | Žádná v posledních 7 dnech | 0 |
| | Užívá 1-2 léky v posledních 7 dnech | 2 |
| | Užívá 3-4 léky v posledních 7 dnech | 4 |
| | Změna léčby v posledních 7 dnech | 1 |
| Celkový počet bodů více jak 10 představuje velké riziko pádu | | |

Příloha B- MMSE (Mini Mental State Examination)

1. Orientace - odpověď do 10 s

„**Jaký je dne den?**
Jaký je dnes měsíc?
Kolikátého je dnes?
Které je roční období?
Který máme nyní rok?
Ve kterém jsem městě?
V kterém okrese (kraji)?
V jaké zemi?
Jak se jmenuje naše ulice?
V kolikátém poschodí jsme?“

2. Zapamatování

„**Nyní vyjmenuji tři věci. Až je všechny vyjmenuji, budu chtít, abyste je zopakoval(a). Dobře si je zapamatujte! Za několik minut se Vás na ty předměty znovu zeptám.**“

Bod přidělte za každou správnou odpověď. Pořadí je libovolné. Pokud není pacient schopen splnit úkol, opakujte výrazy, dokud si je nezapamatuje, maximálně však ještě 5x. Je to podmínka pro úkol číslo 4. vybavování.

„**Lopata - Hrnek - Váza**“

3. Pozornost a počítání.

„**Nyní odečítejte od 100 vždy 7, až odečtete pětkrát za sebou, skončete.**“

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

„**93 - 86 - 79 - 72 – 65...**“

Pokud nechce vyšetřovaný počítat, vyzvěte jej: "**Hláskujte pozpátku slovo Tarok**".
Dejte vždy bod za každé správné písmeno např. K-O-R-A-T = 5, K-O-T-A-R = 3.

4. Vybavování

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

Za každou správnou odpověď přísluší jeden bod.

- **Lopata**
- **Hrnek**
- **Váza**

5. Pojmenování předmětu

- „Co je to?“ (ukážte hodinky)
- „Co je to?“ (ukážte tužku)

6. Opakování

Za odpověď celou větou přidejte vyšetřovanému jeden bod. Ale jen je-li odpovězeno bezchybně na první pokus.

„Opakujte: **Dobrá kočka, která nemlsá.**“

7. Stupňovaný příkaz.

Dejte vyšetřovanému do ruky čistý papír a dejte mu tento úkol.

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

1. stupeň - uchopení papíru do pravice
2. stupeň - přeložení papíru na polovinu
3. stupeň - položení papíru na zem

8. Čtení a plnění příkazu

Vyšetřovanému ukažte kartičku s nápisem: **ZAVŘETE OČI.** Zároveň ho vyzvěte.

„**Přečtěte, co je tady napsáno a udělejte to!**“

Jeden bod přidejte vyšetřovanému za splnění příkazu do 10 sekund, maximálně na tři pokusy.

9. Psaní

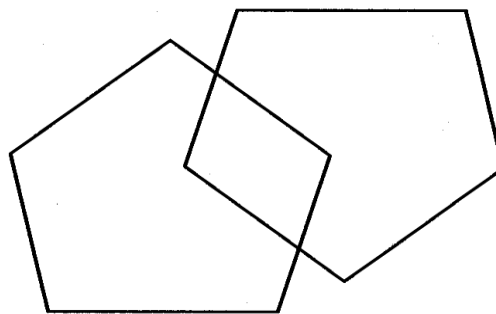
Dejte vyšetřovanému psací potřeby a papír a vyzvěte jej:

„Napište libovolnou větu.“

Věta může obsahovat pravopisné chyby, musí ale mít smysl a musí obsahovat podmět a přísudek.

10. Obkreslování

Dejte vyšetřovanému bílé papíry a psací potřeby, vyzvěte jej aby namaloval níže uvedený obrázek. Úkol může plnit na několik pokusů, ale v limitu jedné minuty. Nevadí zrotování ani roztřesenost. Musí být ale zachovány všechny úhly. Průnik obou pětiúhelníků musí tvořit čtyřúhelník.



Dosažené skóre _____

HODNOCENÍ:

max. počet - 30 bodů

27 - 30 bodů: normální stav

25 - 26 bodů: hraniční nález, možnost demence

10 - 24 bodů: patologický nález, demence mírného až středně těžkého stupně

06 - 09 bodů: demence středního až těžkého stupně

6 a méně bodů: demence těžkého stupně

Pokud je výsledek výše uvedeného testu pod 26 bodů, kontaktujte nejbližší specializované pracoviště, které může rozhodnout, zda se může jednat o Alzheimerovu či jinou demenci.

Příloha C- Hodnocení nutričního stavu

Screening:

A. Jíte méně v posledních 3 měsících (například pro menší chuť k jídlu, zažívací potíže, potíže s kousáním či polykáním?)

- 0- ano, výrazně méně
- 1- ano, trochu méně
- 2- ne, jím pořád stejně

B. Zhubl jste v posledních měsících? O kolik kilogramů?

- 0- více než o 3 kg
- 1- nevím
- 2- úbytek mezi 1-3 kg
- 3- žádný úbytek na váze

C. Stav hybnosti

- 0- upoutaný na lůžko nebo invalidní vozík
- 1- schopen vstát, ale většinu dne tráví na lůžku či vozíku
- 2- samostatně se pohybuje

D. Prodělal jste v posledních 3 měsících nějaké akutní onemocnění nebo výrazný stres?

- 0- ano
- 1- ne

E. Neuropsychologický stav pacienta

- 0- deprese nebo těžká demence
- 1- mírná a střední demence (pacient je schopen komunikovat, může být dezorientovaný, ale není agresivní či neklidný, v noci převážně spí)
- 2- bez těchto problémů

F. BMI-Body Mass Index (váha v kilogramech/výška na druhou)

- 0- BMI méně než 19
- 1- BMI 19 až méně než 21
- 2- BMI 21 až méně než 23
- 3- BMI 23 či vyšší

Výsledek screeningu (maximální počet bodů 14):

12 a více bodů- pacient není ohrožen malnutricí

11 a méně bodů – pacient je ohrožen malnutricí

Příloha D- Test základních všedních činností podle Barthelové

(ADL – Activities of Daily Living)

| | Činnost: | Provedení činnosti: | Bodové skóre |
|------------|--------------------------------|----------------------------|---------------------|
| 01. | Najedení, napití | Samostatně bez pomoci | 10 |
| | | S pomocí | 05 |
| | | Neprovede | 00 |
| 02. | Oblékání | Samostatně bez pomoci | 10 |
| | | S pomocí | 05 |
| | | Neprovede | 00 |
| 03. | Koupání | Samostatně nebo s pomocí | 05 |
| | | Neprovede | 00 |
| 04. | Osobní hygiena | Samostatně nebo s pomocí | 05 |
| | | Neprovede | 00 |
| 05. | Kontinence moči | Plně kontinentní | 10 |
| | | Občas inkontinentní | 05 |
| | | Trvale inkontinentní | 00 |
| 06. | Kontinence stolice | Plně kontinentní | 10 |
| | | Občas inkontinentní | 05 |
| | | Inkontinentní | 00 |
| 07. | Použití WC | Samostatně bez pomoci | 10 |
| | | S pomocí | 05 |
| | | Neprovede | 00 |
| 08. | Přesun lůžko- židle | Samostatně bez pomoci | 15 |
| | | S malou pomocí | 10 |

| | | | |
|------------------------------|--|-------------------------|----|
| | | Vydrží sedět | 05 |
| | | Neprovede | 00 |
| 09. Chůze po rovině | | Samostatně nad 50 metrů | 15 |
| | | S pomocí 50 metrů | 10 |
| | | Na vozíku 50 metrů | 05 |
| | | Neprovede | 00 |
| 10. Chůze po schodech | | Samostatně bez pomoci | 10 |
| | | S pomocí | 05 |
| | | neprovede | 00 |

Hodnocení stupně závislosti

| Hodnocení: | Závislost | Body |
|------------|----------------------------|---------------|
| | Vysoce závislý | 00 – 40 bodů |
| | Závislost středního stupně | 45 – 60 bodů |
| | Lehká závislost | 65 – 95 bodů |
| | nezávislý | 96 – 100 bodů |

Příloha E - Biensteinova škála k hodnocení situace a rizik v oblasti dýchání

| | | |
|------------------------------------|--|---|
| Ochota spolupracovat | ochoten kontinuálně spolupracovat | 0 |
| | spolupracuje na požádání | 1 |
| | občas spolupracuje | 2 |
| | nechce nebo nemůže spolupracovat | 3 |
| Současné plicní onemocnění | nemá žádné | 0 |
| | lehké infekce v oblasti nosu a úst | 1 |
| | infekce v průduškách | 2 |
| | plicní onemocnění | 3 |
| Prodělané plicní onemocnění | neprodělal žádné | 0 |
| | v posledních 3 měsících prodělal lehké plicní onemocnění | 1 |
| | v posledních 3 měsících prodělal plicní onemocnění s těžkým průběhem | 2 |
| | plicní onemocnění s následky na dýchacích cestách | 3 |
| Porucha imunity | není | 0 |
| | lehké oslabení imunity, které nesouvisí s generalizovanou infekcí | 1 |
| | výraznější porucha imunity | 2 |
| | úplné selhání imunity | 3 |
| Orotracheální manipulace | žádné výkony v dýchacích cestách | 0 |
| | ošetřovatelské výkony v nose a v ústech | 1 |
| | oronasální odsávání | 2 |
| | endotracheální odsávání | 3 |

| | | |
|-------------------------------------|--|---|
| Kuřák/pasivní kuřák | nekouří a nebývá v zakouřené místnosti | 0 |
| | méně než 6 cigaret denně/bývá v zakouřené místnosti | 1 |
| | kouří denně 6—15 cigaret denně/v blízkém okolí jsou kuřáci | 2 |
| | intenzivní kuřák | 3 |
| Bolest | nemá | 0 |
| | lehké trvalá bolest | 1 |
| | silnější bolest bez vlivu na dýchání | 2 |
| | silná bolest ovlivňující dýchání | 3 |
| Porucha polykání | žádná | 0 |
| | porucha polykání tekutin | 1 |
| | porucha polykání tekuté a kašovitě stravy | 2 |
| | porucha polykání veškeré stravy a slin | 3 |
| Omezení pohybu | žádné | 0 |
| | porucha kompenzovaná holí či změnou držení těla | 1 |
| | pobyt na lůžku,pouze sezení v křesle | 2 |
| | úplné omezení pohybu,pouze na lůžku | 3 |
| Povolání ohrožující plíce | nevykonává takové povolání | 0 |
| | pracoval 1—2 roky v zaměstnání ohrožující plíce | 1 |
| | pracoval 2—10 let v zaměstnání ohrožující plíce | 2 |
| | více než 10 let ve zvlášť exponovaném prostředí | 3 |
| Intubační narkóza/respirátor | nebyly v posledních 3 týdnech | 0 |
| | krátká intubační narkóza (do 2 hodin) | 1 |
| | déletrvající narkóza (nad 2 hodiny | 2 |
| | několik narkóz nebo napojení delší než 12 hodin | 3 |
| Stav vědomí | při vědomí | 0 |

| | | |
|-----------------------------|--|---|
| | somnolence | 1 |
| | sopor | 2 |
| | koma | 3 |
| Hloubka dechu | dýchá bez námahy | 0 |
| | dýchá namáhavě | 1 |
| | těžká dušnost | 2 |
| Dechová frekvence | 14-20 dechů/min. | 0 |
| | přechodně nepravidelná tachypnoe/bradypnoe | 1 |
| | pravidelná trvalá tachypnoe/bradypnoe | 2 |
| | pravidelné patologické, hluboké nebo povrchní dýchání/střídání tachypnoe a bradypnoe | 3 |
| Léky tlumící dýchání | žádné nedostává | 0 |
| | občas dostává léky tlumící dýchání | 1 |
| | pravidelně dostává léky tlumící dýchání | 2 |
| | dostává léky s výrazným tlumícím účinkem např. morfin, barbituráty | 3 |

Hodnocení:

| | |
|--------------------|---|
| Bodové vyhodnocení | |
| 00—06 | není ohrožen |
| 07—15 | ohrožen |
| 16—45 | vysoce ohrožen (eventuálně poruchy dýchání jsou již přítomny) |

Příloha F- Test instrumentálních všedních činností

podle Lawsona a Bodyho

(IADL - Instrumental Activities of Daily Living)

| Činnost: | Hodnocení: | Body: |
|-----------------------------|--|--------------|
| 01. Telefonování | Vyhledá samostatně číslo, vytočí je | 10 |
| | Zná několik čísel, odpovídá na zavolání | 05 |
| | Nedokáže používat telefon | 00 |
| 02. Transport | Cestuje samostatně dopravním prostředkem | 10 |
| | Cestuje, je-li doprovázen, vyžaduje pomoc druhé osoby | 05 |
| | Speciálně upravený vůz | 00 |
| 03. Nakupování | Dojde samostatně nakoupit | 10 |
| | Nakoupí s doprovodem a radou druhé osoby | 05 |
| | Neschopen bez podstatné pomoci | 00 |
| 04. Vaření | Uvaří samostatně celé jídlo | 10 |
| | Jídlo ohřeje | 05 |
| | Jídlo musí být připraveno druhou osobou | 00 |
| 05. Domácí práce | Udržuje domácnost s výjimkou těžkých prací | 10 |
| | Provede pouze lehčí práce nebo neudrží přiměřenou čistotu | 05 |
| | Potřebuje pomoc při většině prací nebo se prací v domácnosti neúčastní | 00 |
| 06. Práce okolo domu | Provádí samostatně a pravidelně | 10 |
| | Provede pod dohledem | 05 |
| | Vyžaduje pomoc, neprovede | 00 |
| 07. Užívání léků | Samostatně v určenou dobu správnou dávku, zná názvy léků | 10 |
| | Užívá, jsou-li připraveny a připomenuty | 05 |

| | | | |
|--------------------|--|--|------------|
| | | Léky musí být podány druhou osobou | 00 |
| 08. Finance | | Spravuje samostatně, platí účty, zná příjmy a výdaje | 10 |
| | | Zvládne drobné výdaje, potřebuje pomoc se složitějšími operacemi | 05 |
| | | Neschopen bez pomoci zacházet s penězi | 00 |
| | | | |
| Hodnocení | | Závislí | 00-40 bodů |
| | | Částečně závislí | 41-75 bodů |
| | | Nezávislí | 76-80 bodů |

**Příloha G - Glasgow Coma Scale - hodnocení stavu vědomí a event.
hloubky bezvědomí**

| | | |
|---------------|--|------------------------|
| 1. | otevření očí | |
| | spontánní | 4 |
| | na oslovení | 3 |
| | na bolest | 2 |
| | bez reakce | 1 |
| 2. | slovní odpověď | |
| | orientovaná | 5 |
| | zmatená | 4 |
| | nekomunikuje | 3 |
| | nesrozumitelné zvuky | 2 |
| | žádná odpověď | 1 |
| 3. | reakce na bolest | |
| | provede na příkaz pohyb | 6 |
| | lokalizuje podnět (pohyb k podnětu) | 5 |
| | úniková reakce (pohyb od podnětu) | 4 |
| | necílená flexe končetiny (dekortikační reakce) | 3 |
| | necílená extenze končetiny (decerebrační reakce) | 2 |
| | nereaguje | 1 |
| celkem | | |
| hodnocení: | 15 - 13 bodů | lehká porucha vědomí |
| | 12 - 9 bodů | střední porucha vědomí |
| | 8 - 3 body | závažná porucha vědomí |