

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

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA
S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

ANDREA MIŠÁKOVÁ

Stupeň kvalifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Ivana Jahodová

Praha 2013



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

Mišáková Andrea
3. A VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 5. 4. 2012 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelská péče o pacienta s Alzheimerovou chorobou

Nursing Care of a Patient with Alzheimer's Disease

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Ivana Jahodová

V Praze dne: 3. 9. 2012

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.
rektor

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

podpis

Poděkování:

Tímto bych ráda poděkovala PhDr. Ivaně Jahodové za její čas, pomoc a cenné rady při zpracování bakalářské práce.

Motto:

„Paměť je naším jediným bohatstvím. Teprve přijdeme-li o ni, stanou se z nás skuteční žebráci.“

Jean Etienne Dominique Esquirol

ABSTRAKT

MIŠÁKOVÁ, Andrea. *Ošetrovatelská péče o pacienta s Alzheimerovou chorobou*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Ivana Jahodová. Praha. 2013. 44 s.

Hlavním tématem bakalářské práce je přiblížit problematiku Alzheimerovy choroby. Tato práce je koncipována jako teoreticko-praktická. Část teoretická zahrnuje stručnou charakteristiku stárnutí a s tím nejčastěji spojených onemocnění, odborné poznatky o Alzheimerově chorobě, její patofyziologii, epidemiologii, etiologii, symptomy v jednotlivých stádiích onemocnění, diagnostiku a terapeutické metody využívané v současné době. Dále je zde začleněna kapitola o ošetrovatelské péči a zásadách komunikace s takto nemocným pacientem. Praktickou část tvoří ošetrovatelský proces dle modelu V. Hendersonové. V této části práce je popisován průběh hospitalizace pacientky s diagnózou pravděpodobná Alzheimerova choroba na gerontopsychiatrickém oddělení. Je zpracována ošetrovatelská anamnéza, ošetrovatelské diagnózy, plán ošetrovatelské péče a celkové zhodnocení.

Klíčová slova

Alzheimerova choroba. Demence. Ošetrovatelská péče. Stáří.

ABSTRACT

MIŠÁKOVÁ, Andrea. *Nursing Care of a Patient with Alzheimer's Disease*. The College of Nursing, o.p.s. Degree of qualification: Bachelor (Bc.). Consultant: PhDr. Ivana Jahodová. Praha. 2013. 44 pages.

The main theme of this work is to introduce problems of Alzheimer's disease. The work is divided into theoretical and practical components. The theoretical part focuses on a brief characteristics of ageing and the most common problems related to it. It also deals with Alzheimer's disease and its pathophysiology, epidemiology, etiology, symptoms in every stage of the disease, diagnostics and current therapeutic methods. In the theoretical part are also described nursing care and communication with people with dementia. The practical part comprises nursing process using the model of nursing by V. Henderson. It describes the period of hospitalization of a patient with a diagnosis probable Alzheimer's disease on a gerontopsychiatric ward. Furthermore it includes nursing anamnesis, nursing diagnoses, plan of nursing care and overall assessment.

Key words

Ageing. Alzheimer's disease. Dementia. Nursing care.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

SEZNAM GRAFŮ A TABULEK

ÚVOD	15
1 STÁRNUTÍ A S NÍM NEJČASTĚJI SPOJENÉ PROBLÉMY	16
1.1 Stařecká polymorbidita	17
1.2 Demence jako závažný problém stárnoucí populace	17
1.2.1 Definice demence	18
1.2.2 Dělení demencí	18
2 ALZHEIMEROVA CHOROBA	19
2.1 Charakteristika onemocnění	19
2.2 Epidemiologické údaje	19
2.3 Etiologie, rizikové a protektivní faktory	20
2.4 Neurobiologické změny	21
2.5 Projevy a vývoj onemocnění	21
2.6 Diagnostika Alzheimerovy choroby	23
2.7 Terapie Alzheimerovy choroby	24
2.7.1 Terapie farmakologická	24
2.7.2 Terapie nefarmakologická	25
2.8 Ošetrovatelská péče	27
2.8.1 Stádium mírné demence	27
2.8.2 Stádium rozvinuté demence	28
2.8.3 Stádium pokročilé a terminální demence	29
2.9 Komunikace s dementním pacientem	31
3 ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST A JEJÍ SLUŽBY	33
3.1 Kontaktní a informační centrum	33
3.2 Služby ČALS	33
3.2.1 Bezpečný návrat	34
3.2.2 Čaje o páté	34
3.2.3 Respitní péče	34
4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES	35
4.1 Základní údaje o pacientce	35
4.2 Lékařská anamnéza	36
4.3 Lékařská ordinace	38

4.4	Terapie	39
4.5	Posouzení celkového stavu pacientky	39
4.6	Ošetrovatelská anamnéza dle modelu Virginie Hendersonové	40
4.7	Ošetrovatelské diagnózy dle NANDA taxonomie I seřazené dle priorit	45
4.8	Zhodnocení ošetrovatelské péče	53
4.9	Doporučení pro praxi	53
ZÁVĚR		55
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY		56
SEZNAM PŘÍLOH		

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ADAS - Alzheimer's Disease Assessment Scale (hodnotící škála Alzheimerovy choroby)

ADL – Activities of Daily Living (test běžných denních činností člověka)

BMI – Body Mass Index (ukazatel tělesné hmotnosti)

CT – Computed Tomography (počítačová tomografie)

ČALS – Česká alzheimerovská společnost

D - dech

EEG – Electroencephalography (elektroencefalografie)

i.m. – intramuskulárně

i.v. – intravenózně

MMSE - Mini Mental State Examination (test kognitivních funkcí)

MR - Magnetic Resonance (magnetická rezonance)

NINCDS-ADRDA - National Institute of Neurological and Communicative Disorders – Alzheimer's Disease and Related Dementias Association (Národní institut neurologických a komunikativních poruch – Alzheimerova choroba a související demence)

P - puls

PET – Positron Emission Tomography (pozitronová emisní tomografie)

PM – poslední menstruace

SPECT - Single-Photon Emission Computed Tomography (jednofotonová emisní výpočetní tomografie)

TK – tlak krve

TT – tělesná teplota

UPT – umělé přerušování těhotenství

WHO – World Health Organisation (Světová zdravotnická organizace)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Abúzus – nadměrné užívání

Acetylcholin – látka přenášející vzruchy v nervové soustavě

Acetylcholinesteráza – enzym, který rozkládá acetylcholin, a tlumí tak jeho působení na synapsi

Afázie – porucha tvorby a porozumění řeči

Agnózie – neschopnost poznat a interpretovat smyslové vjemy, přičemž vlastní smyslové ústrojí není poškozeno

Aminokyselina – organická kyselina obsahující dusík, základní stavební kameny bílkovin

Aneurysma - výduť

Anorexie - nechutenství

Antidepresiva – skupina léků užívaných k léčbě deprese

Anxiolytika – léky odstraňující úzkost

Apoptóza – programovaná buněčná smrt

Apraxie – neschopnost vykonávat složitější a účelné pohyby, vlastní hybnost končetiny přitom není porušena

Ascites – přítomnost volné tekutiny v dutině břišní

Ateroskleróza – onemocnění tepen, při němž se v jejich stěnách ukládají tukové látky a druhotně vápník

Atrofie – zmenšení normálně vyvinutého orgánu v důsledku úbytku či zmenšení buněk

Autozomální dědičnost - dědičnost znaků či chorob, jejichž geny jsou umístěny na autosomech, tedy na chromozomech, které nepatří mezi pohlavní

Behaviorální – týkající se chování

Benzodiazepiny – skupina léků, psychofarmak, které zklidňují, odstraňují úzkost, navozují spánek, tlumí křeče

Beta-amyloid - bílkovina tvořící významnou součást plaků u Alzheimerovy nemoci

Cyanóza – namodralé zbarvení kůže a sliznic, které je důsledkem nedostatku kyslíku v krvi

Degenerace – úbytek až ztráta specializované funkce buněk, tkáně či orgánu a organismu

Delirium – kvalitativní porucha vědomí s prudkým průběhem

Demence – chronický, trvalý úbytek duševních funkcí a schopností

Downův syndrom – vrozená choroba, při níž je v genetické výbavě o jeden chromozom více

Empatie – schopnost vcítit se do druhého, do jeho myšlenek a pocitů

Epidemiologie - výskyt

Epilepsie – skupina poruch v mozku projevujících se opakovanými záchvaty různého charakteru

Etiologie – příčina vzniku

Extracelulární – nacházející se mimo buňku

Fosforylace – metabolický proces, při němž se do organické sloučeniny zavádějí zbytky kyseliny fosforečné

GABA-ergní – týkající se synapsí, u kterých je neurotransmiterem GABA

Geriatric – lékařský obor zabývající se diagnózou a léčbou starých osob a péčí o ně

Glutamát - sůl nebo ester glutamové kyseliny, významný budivý přenašeč v nervovém systému

Hipokampus – součást limbického systému nacházející se ve spodní části mozku

Hysterektomie – chirurgické odstranění dělohy

Cholecystektomie – chirurgické odstranění žlučníku

Cholinergní – týkající se acetylcholinu jako neurotransmiteru

Cholinesteráza – enzym, který rozkládá estery cholinu

Imobilizace – znehybnění normálně pohyblivé části těla z léčebných důvodů

Inhibitor – látka schopná tlumit určitý děj

Inkontinence – neschopnost udržet moč nebo stolici

Interkurentní – nemoc postihující člověka již trpícího jinou základní chorobou

Intracelulární – uvnitř buňky

Intramuskulární – nitrosvalový

Intravenózní - nitrožilní

Ionotropní – mající afinitu k iontům

Katetr - cévka

Kognitivní – poznávací, týkající se vnímání a myšlení

Kortikální - korový

Lumbální - bederní

Neuroleptika – skupina léků užívaná zejména k léčbě psychóz

Per os - ústy

Peristaltika – vlnovitý pohyb stěn dutých orgánů, který slouží k posouvání jejich obsahu

Polymorbidita – přítomnost více chorob současně

Posttraumatický - poúrazový

Reminiscenční – týkající se vzpomínek

Sigmoideum – esovitá klička tlustého střeva

Sporadický – vyskytující se ojediněle

Suicidium - sebevražda

Sulky – zářezy, rýhy

Synapse – štěrbinovité spojení mezi výběžkem nervové buňky a další nervovou buňkou, popř. svalem či žlázou

Tumor - nádor

Turgor – napětí kůže dané jejím naplněním tekutinou

Vaskulární – cévní

SEZNAM GRAFŮ A TABULEK

Graf 1 Počet lidí s demencí na světě	20
Tabulka 1 Perspektiva zachovaných dovedností ve stádiích progresu onemocnění.....	23
Tabulka 2 Léková anamnéza	37
Tabulka 3 Výsledky vyšetření	38
Tabulka 4 Farmakologická terapie	39

ÚVOD

Stárnutí populace se v poslední době stává velmi aktuálním tématem. Tento demografický trend, postihující více či méně všechny země světa, má za následek mimo jiné nárůst počtu lidí trpících Alzheimerovou chorobou. Jen v České republice je počet postižených touto zákeřnou nemocí odhadován asi na 123 tisíc. A proč zákeřnou? Hlavně proto, že tato nemoc má progredující charakter a dříve či později nemocnému vezme vše, co dosud měl, co ho dělalo tím, čím byl. Takový člověk se postupem času stane zcela závislý na péči rodiny, což také velmi změní její chod. Bohužel i přes nesmírný pokrok v medicíně za poslední desetiletí Alzheimerovu chorobu stále nejsme schopni vyléčit, a tak nesmírně důležitá je včasná diagnostika a nasazení vhodné léčby, kdy alespoň ještě můžeme zpomalit průběh nemoci a zachovat co nejlepší kvalitu života nemocného i jeho pečovateli.

Téma bakalářské práce jsme zvolili záměrně z několika důvodů. Především se domníváme, že této velice aktuální problematice není věnována dostatečná pozornost. Žijeme v době, kdy rapidně přibývá starých lidí a právě oni jsou tímto onemocněním ohroženi nejvíce. S nemocnými Alzheimerovou chorobou se setkáváme či o nich slyšíme poměrně často a to nejen ve zdravotnických zařízeních. Dalším důvodem výběru tématu byla i účast v projektu TACT Europe, který se zabývá péčí o postižené demencí Alzheimerova typu. Díky němu jsme mohli získat cenné informace i rady od zahraničních kolegů a společně s nimi navštívit několik různých specializovaných Alzheimerovských zařízení.

Cílem práce je navrhnout a realizovat plán ošetrovatelské péče o pacientku s Alzheimerovou chorobou a získat nové poznatky o tomto onemocnění. Bakalářská práce bude sloužit jako zdroj informací studentům zdravotnických oborů, všeobecným sestrám i rodinným pečovateli.

1 STÁRNUTÍ A S NÍM NEJČASTĚJI SPOJENÉ PROBLÉMY

Stárnutí jedince je naprosto přirozený biologický jev, je procesem, kdy dochází ke specifickým degenerativním, morfologickým a funkčním změnám v jednotlivých orgánech na všech úrovních. Tyto změny nastupují v ontogenezi člověka v různou dobu a pokračují různou rychlostí. Jedná se tedy o proces disociovaný, desintegrovaný a asynchronní.

Stárnutí se projevuje snižováním účinnosti a efektivity fungování organismu, zvýšenou náklonností k nemocem, hromaděním defektů v organismu a klesající schopností tyto defekty opravovat (WEBER, 2000).

„Stárnutí představuje neodvratný fyziologický děj, který je vlastně cestou do stáří, jež je poslední ontogenetickou periodou lidského života“ (WEBER, 2000, s. 15).
Nadefinovat přesně pojem stáří je poměrně složitým úkolem. Nejčastěji bývá stáří vymezeno věkem. Rozdělujeme několik druhů věků:

Kalendářní věk - lze jej velmi přesně vymežit, protože je určen datem narození.

Sociální věk - vychází z určitého kalendářního věku a vyjadřuje, jak by se měl jedinec chovat dle společenských měřítek. Zachycuje především změny v sociálních rolích, životním stylu, ekonomické situaci, atd.

Biologický věk - nám říká, jak staré je tělo podle kritických životních znaků a procesů na buněčné úrovni. Popisuje biologické stárnutí organismu.

Psychologický věk - psychologický věk vyjadřuje subjektivní vnímání vlastního věku jedince. Přesně jej popisuje známé rčení: „Jsi tak starý, na kolik se cítíš“ (WEBER, 2000, MINIBERGEROVÁ, 2006).

Minibergerová se domnívá, že stáří je z vývojově psychologického hlediska životní období nad 60 či 65 let. Vezmeme-li v potaz vyšší věkovou hranici, pro Českou republiku lze stáří definovat přechodem jedince do důchodu. V ČR je totiž důchodová hranice 65 let. Nelze to však aplikovat celosvětově, protože v různých zemích jsou odlišné věkové hranice pro odchod do důchodu.

Stáří lze dále dělit například na:

rané stáří - lidé ve věku od 60 do 74 let,

pokročilý věk – lidé ve věku od 75 do 89 let,

dlouhověkost – lidé ve věku 90 let a více (MINIBERGEROVÁ, 2006).

1.1 Stařecká polymorbidita

Vztah mezi stářím a chorobami zkoumá medicínský obor zvaný geriatric. Zakladatelem tohoto oboru byl Leo Ignaz Nasher.

Jedním z typických znaků stárnutí a stáří je přítomnost více onemocnění u jednoho jedince neboli polymorbidita. Může, ale i nemusí existovat příčinná souvislost mezi chorobami navzájem. Je třeba říci, že chorobné stavy ve stáří se vyznačují četnými zvláštnostmi a ty mají tendenci se kumulovat a navzájem potencovat. Postiženo bývá několik orgánů s místem nejmenší odolnosti a řetězovou reakcí mají následné choroby sklon ke komplikacím. Nemoci u geriatrických nemocných většinou trvají déle, chybí úplné vyhojení a často přechází do chronicity (WEBER, 2000).

Mezi nejčastěji se vyskytující onemocnění ve vyšším věku patří zejména:

- kardiovaskulární onemocnění,
- nemoci pohybového ústrojí,
- nádory,
- úrazy,
- cukrovka,
- duševní a nervové choroby,
- poruchy smyslových orgánů,
- onemocnění urogenitální (WEBER, 2000, MINIBERGEROVÁ, 2006).

1.2 Demence jako závažný problém stárnoucí populace

Jak již bylo zmíněno v úvodu této práce, počet obyvatel na zeměkouli se neustále zvyšuje, průměrná délka života člověka se prodlužuje, což jde ruku v ruce s přibývajícím počtem pacientů s diagnózou demence v ordinaci praktického lékaře.

A co vlastně znamená slovo demence? Demence pochází původně z latinského slova de-mens znamenající nerozum, nepřičetnost, nebo také šílenost. Poprvé bylo použito

Aureliem Corneliem Celsem v prvním století našeho letopočtu jako protiklad deliria. Poté byl tento pojem zaveden do moderní psychiatrické klasifikace Dominiquem Esquirolelem a to v roce 1814 (KUČEROVÁ, 2006).

1.2.1 Definice demence

Demence je výsledkem získaného chronického onemocnění mozku, které vede k poruchám paměti a dalších kognitivních funkcí. Je natolik závažná, že postupem času znemožní postiženému jedinci vykonávat každodenní aktivity (HOLMEROVÁ, 2007).

Jiná definice říká, že „*Demence je skupina duševních poruch, jejichž nejzákladnější charakteristický rys je získaný podstatný úbytek kognitivních funkcí, především paměti a intelektu, jako důsledek určitého onemocnění mozku. Demence je syndrom, který zahrnuje různé symptomy, a to nejen z oblasti kognitivních funkcí. Výsledkem je pak celková degradace duševních činností postiženého, ubývající schopnosti běžných denních aktivit, nakonec ztráta schopnosti samostatné existence*“ (HOLMEROVÁ, 2007, s. 9).

1.2.2 Dělení demencí

Existuje více způsobů rozdělení demencí, avšak asi nejčastější je dělení na primárně degenerativní a sekundárně degenerativní.

Do prvně zmíněné kategorie řadíme demence atroficko-degenerativního původu, pokud je postižení intelektu způsobeno organickým onemocněním mozku primárně degenerativní, vaskulární, či smíšené etiologie. Zejména sem patří Alzheimerova choroba (představující až 60 % demencí ve stáří), vaskulární demence (15-30 %), demence s Lewyho tělísky (cca 10-20 %), demence u Parkinsonovy nemoci a frontotemporální demence (KLÁN, 2011, TOPINKOVÁ, 2005).

Sekundární a smíšené demence jsou nesourodou skupinou nemocí, na jejichž vzniku může mít podíl mnoho příčin. Jedná se například o demence posttraumatické, infekční, metabolické při poruchách jater, respiračního systému, ledvin, při endokrinních onemocněních, tumorech, epilepsii (PIDRMAN, 2007).

2 ALZHEIMEROVA CHOROBA

„Člověka postiženého demencí čeká postupný úpadek a nemoc je tak destruktivní, že v její poslední fázi se pacient stěží podobá člověku, jímž byl na začátku... Člověk s těžkou demencí končí svůj život tak, jak do něho vstoupil: jako bezmocné dítě“ (BUIJSSEN, 2006, s. 13).

2.1 Charakteristika onemocnění

Alzheimerova choroba je závažné chronické neurodegenerativní onemocnění, které se klinicky projevuje demencí. Je primárním onemocněním šedé kůry mozkové. Patří mezi nejčastější příčinu demencí vůbec a je ve svém důsledku 4. - 5. nejčastější příčinou smrti v západní Evropě a USA. Je ekonomicky velmi zatěžující jak pro rodinu nemocného, tak i pro státní pokladnu.

Existuje tzv. presenilní forma Alzheimerovy choroby – to je s časným začátkem, u které se příznaky rozvinou do 65 let života, avšak daleko častější je forma senilní s pozdním začátkem s prvními příznaky obvykle po 65. roce života.

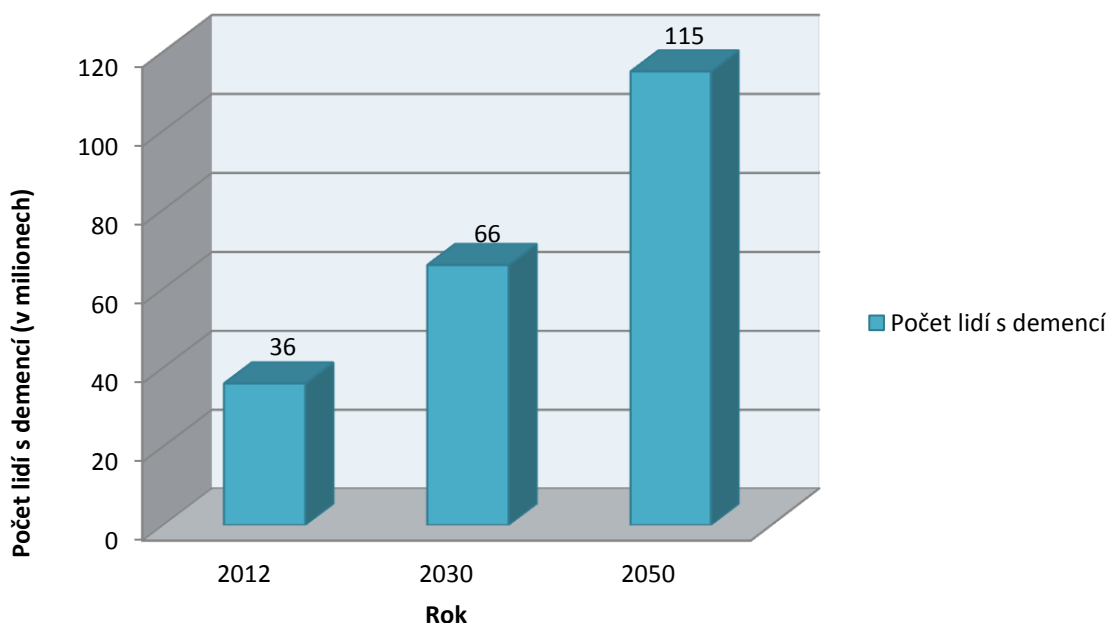
Dle jiné klasifikace můžeme Alzheimerovu chorobu také rozdělit na familiární a sporadickou. U prvně zmíněné, vzácné formy jsou obvykle zjišťovány genetické abnormality a je postiženo více pokrevních příbuzných. Sporadická forma je mnohem častější a není zde rodinná souvislost (RŮŽIČKA, 2003).

2.2 Epidemiologické údaje

Podle nejnovějších odhadů světové zprávy o Alzheimerově chorobě je počet lidí na světě trpících demencí odhadován asi na 36 milionů. Jen v roce 2010 se objevilo 7,7 milionů nových případů. Dle prognóz WHO se do roku 2030 toto číslo zdvojnásobí a za dalších 20 let dokonce více než ztrojnásobí. V České republice žije odhadem více než 120 tisíc lidí s demencí, která postihuje asi 5 % lidí ve věkové skupině 65-69 let a dokonce 30-50 % lidí ve věku nad 85 let.

Celosvětové náklady spojené s léčbou demence přesáhly v roce 2010 604 miliard dolarů (KLÁN, 2011, BATSCH, 2012).

Graf 1 Počet lidí s demencí na světě



2.3 Etiologie, rizikové a protektivní faktory

Přesná etiologie není známá, ale domníváme se, že je multifaktoriální. Velmi významnou roli hraje věk nemocného, dále u některých typů byla prokázána autozomálně dominantní dědičnost, mluvíme zde o genetických změnách na chromozomech 1, 14, 19 a 21. Větší riziko pro rozvoj Alzheimerovy choroby představuje ženské pohlaví, určitý vliv mají některá onemocnění jako například ateroskleróza či Downův syndrom. Nižší vzdělání se zdá být dalším rizikovým faktorem, stejně tak i úrazy hlavy, toxické látky a pomalé viry.

Naopak mezi protektivní faktory řadíme nesteroidní antirevmatika, substituci estrogenu u žen, zdravý životní styl, včasnou léčbu deprese, vyšší vzdělání a psychickou aktivitu (SEIDEL, 2004, PIDRMAN, 2007, VÁGNEROVÁ, 2002).

2.4 Neurobiologické změny

Alzheimerova nemoc je progresivní primárně degenerativní onemocnění CNS projevující se kortiko-subkortikální atrofií, jejíž rozsah vždy nemusí korelovat s tíží demence. Makroskopicky dochází ke ztenčení mozkové kůry, rozšíření sulků i komor mozkových. Obvykle bývá výrazná atrofie v oblasti hipokampů a rozšíření temporálních rohů postranních komor. Mikroskopicky nacházíme změny intra i extracelulární.

Ukládání beta-amyloidu je nedůležitější extracelulární patologickou změnou. Uložená depozita této bílkoviny tvoří shluky, kolem kterých vznikají další neurodegenerativní procesy. Takto vznikají útvary, kterým říkáme Alzheimerovské plaky. Platí zde, že čím větší je počet plaků, tím horší je tíže demence. V okolí dále dochází k apoptóze neuronů (PIDRMAN, 2007).

Jako hlavní intracelulární změna u Alzheimerovy choroby je degenerace bílkoviny tau, která je spojená s neuronálními vlákny. Dochází k jejímu nadměrnému fosforylování, vlákna se zkracují, ztrácí svou funkci a tvoří neuronální uzlíky, nazývané tangles. Postižené neurony apoptózou zanikají. V oblasti plaků také dochází ke vzniku sterilního zánětu (RŮŽIČKA, 2003).

Na neurochemické úrovni dochází k deficitu acetylcholinu. Snižuje se jeho tvorba a naopak se zvyšuje aktivita cholinesteráz, což jsou enzymy regulující množství acetylcholinu na synapsích. Nacházíme zde také deficit noradrenalinu, poruchu GABA-ergních tlumivých receptorů a poruchu uvolňování a vychytávání glutamátu (PIDRMAN, 2005).

2.5 Projevy a vývoj onemocnění

Alzheimerova choroba vyvíjející se nejčastěji plíživě a pomalu (průměrně onemocnění trvá 9 let) způsobuje nemocnému relativně brzké postižení osobnostních rysů a charakteristik, dochází ke ztrátě základních etických a estetických pravidel, návyků a zvyklostí. Takto postižení se stávají překvapivě nápadnými svým jednáním a chováním. Bývají podezřaví a hašteřiví, postupně ztrácí své zájmy, narušují dlouholeté

vztahy. Objevuje se postižení emocí, avšak hlavně zpočátku také deprese až suicidní myšlenky.

Nejdříve dochází k poruchám krátkodobé paměti, vyskytnou se i poruchy dalších kognitivních funkcí, například afázie, apraxie, agnózie, trpí i prostorová orientace. Postupem času dochází k tomu, že nemocní přestávají zvládat péči o sebe sama (PIDRMAN, 2007).

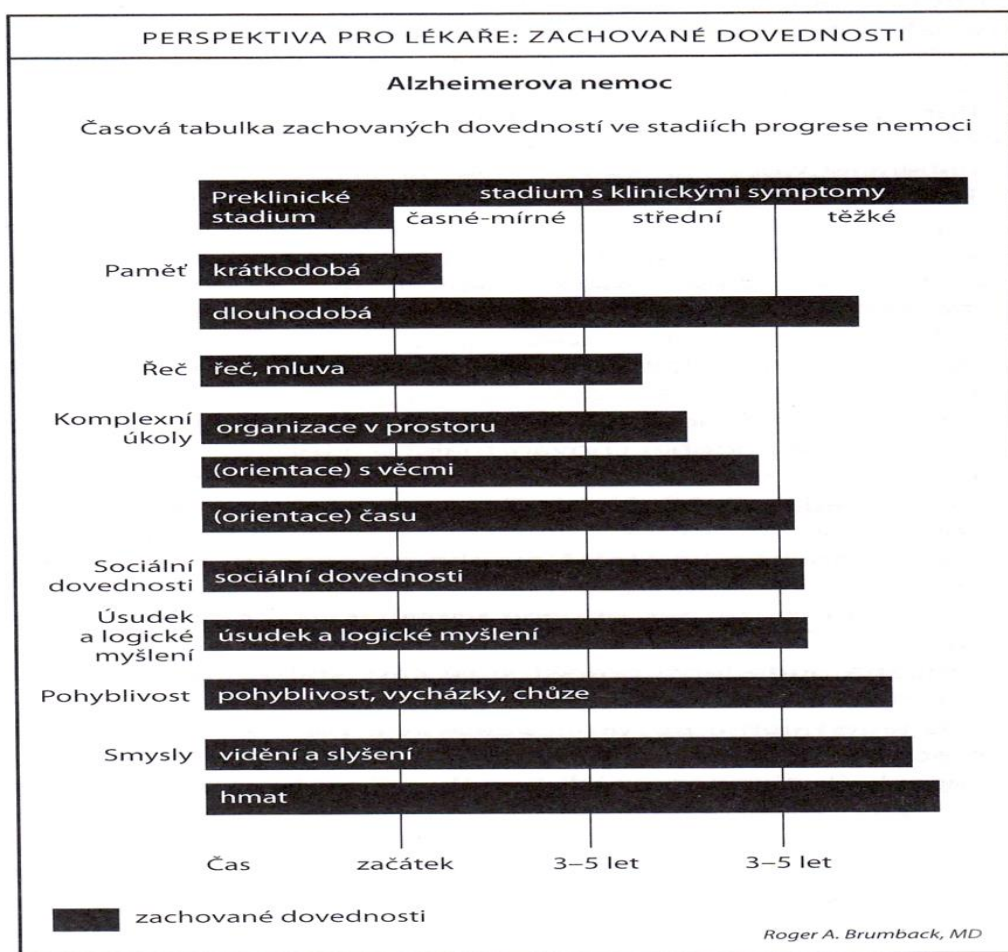
Vývoj onemocnění Alzheimerovou demencí lze rozdělit do tří stádií. Pro každé stádium jsou charakteristické jiné problémy.

První stádium – Postižení mívají obvykle jen mírné příznaky, které jsou často přehlédnutelné. Patří mezi ně zhoršování paměti, prostorová dezorientace, obtížné hledání slov a ztráta iniciativy.

Druhé stádium – Zde se vyskytují již výraznější příznaky, které brání nemocnému vykonávat některé běžné denní aktivity, jako například zhoršování řeči, významnější výpadky paměti, dezorientace, problémy se sebedepečí.

Třetí stádium – Člověk se stane plně závislý na svém okolí, dochází až k rozpadu osobnosti, nedokáže sám přijímat potravu, neudrží moč či stolici, mívá potíže s chůzí, nerozezná své známé (HOLMEROVÁ, 2007).

Tabulka 1 Perspektiva zachovaných dovedností ve stádiích progresu onemocnění



Zdroj: RŮŽIČKA, Evžen. Diferenciální diagnostika a léčba demencí, 2003.

2.6 Diagnostika Alzheimerovy choroby

Je nutné poznamenat, že diagnózu jisté Alzheimerovy choroby může určit zatím pouze patolog, využitím různých diagnostických kritérií založených na počtu patologických změn v mozkové tkáni. Za života člověka jsme pouze schopni stanovit diagnózu pravděpodobná Alzheimerova choroba a to využitím současných klinických kritérií. Mezi nejznámější patří kritéria NINCDS-ADRDA (National Institute of Neurological and Communicative Disorders – Alzheimer's Disease and Related Dementias Association), podle kterých je pravděpodobná Alzheimerova choroba nejvyšší stupeň diagnostické přesnosti, o stupeň níže je potom možná Alzheimerova choroba (RŮŽIČKA, 2003).

Dále jako pomocná vyšetření používáme různé škálovací metody a testy, které sice neumožňují diagnostikovat Alzheimerovu chorobu, ale spíše určit stupeň demence. Řadíme mezi ně například náročnější test ADAS (Alzheimer's Disease Assessment Scale), který obsahuje kognitivní i nekognitivní složku, nebo jednoduchou metodu MMSE (Mini Mental State Examination), test kreslení hodin či ADL (Activities of Daily Living) test soběstačnosti dle Barthela. Kritéria NINCDS-ADRDA, testy MMSE, ADL a test kreslení hodin jsou v plném znění uvedeny v příloze.

Ze zobrazovacích metod je přínosné CT vyšetření mozku a MR, které obvykle ukáží mozkovou atrofii nejvíce postihující hipokampus a temporální rohy postranních komor. Vyšetřovacími metodami SPECT a PET lze prokázat snížení metabolismu difúzně v šedé hmotě. Tyto výsledky, ač nespécifické, mohou být cenné hlavně v časném stádiu demence. Navíc použitím zobrazovacích metod dokážeme vyloučit některé jiné příčiny demence. Odebrání mozkomíšního moku při lumbální punkci může prokázat snížení obsahu bílkoviny tau a beta-amyloidu a EEG vyšetření zase ukazuje zvýšený výskyt pomalých vln (RŮŽIČKA, 2003, SEIDL, 2004, PIDRMAN, 2007).

2.7 Terapie Alzheimerovy choroby

Jelikož ještě nebyla zcela objasněna etiologie a patogeneze tohoto onemocnění, není proto možná kauzální léčba. Ta vychází z ovlivnění známých etiologických a patogenetických článků. V každém případě musí být terapie komplexní, vedle farmakoterapie je důležitá i léčba reedukační, socioterapie a léčba interkurentních chorob. Je také nutná úprava životního prostředí a poučení všech ošetřujících. Nemocní často mírní neklid tím, že se vytrvale procházejí, a tak je nutné, aby měli dostatek prostoru, uměli se v něm orientovat a hlavně měli zajištěnu bezpečnost. Velmi důležitá je také maximální trpělivost při péči o nemocné ze strany všech pečujících (RŮŽIČKA, 2003, SEIDL, 2004).

2.7.1 Terapie farmakologická

Jedny z prvních léků, které byly schváleny pro symptomatickou léčbu Alzheimerovy choroby, působící uvnitř synapse, jsou centrální inhibitory acetylcholinesterázy, kam patří například donepezil (Aricept), rivastigmin (Exelon) či galantamin (Reminyl).

Tyto léky posílí cholinergní transmissi, která je u Alzheimerovy choroby porušená, a tím výrazně zpomalí progresi onemocnění a často udrží soběstačnost nemocného. Jsou indikovány především u lehkých až středně těžkých forem demence. U těžších stádií onemocnění byl naopak prokázán pozitivní efekt memantinu, blokátoru ionotropních receptorů excitačních aminokyselin (RŮŽIČKA, 2003, SEIDL, 2004).

V současné době se zkouší další léky jako například antirevmatika-antiflogistika, které brání ukládání beta-amyloidu, dále nimopidin, selegilin, estrogeny, vitamin E, ginkgo biloba a další, ale jejich účinek nebyl ještě definitivně prokázán (KLÁN, 2011).

Farmakologická léčba při výskytu poruch chování je symptomatická a opírá se o anxiolytika, antidepresiva a neuroleptika. Důležité je omezit především anticholinergní léky, jako tricyklická antidepresiva, benzodiazepiny a nahradit je jinými. Velmi pokročilá stádia Alzheimerovy choroby obvykle vyžadují ústavní péči (SEIDL, 2004).

2.7.2 Terapie nefarmakologická

Alzheimerova choroba vyžaduje celostní a multidisciplinární přístup pravděpodobně ještě více než jiná závažná onemocnění, a tak do managementu demencí zahrnujeme nefarmakologické metody, podporu pečujících rodin a organizační opatření.

Nefarmakologická léčba by měla být užívána ve všech stádiích onemocnění, ale je nutno přizpůsobovat ji tíži kognitivního postižení. Pro zachování či zlepšení kognitivních funkcí využíváme cvičení paměti a kognitivní rehabilitaci, avšak s ohledem na onemocnění. Můžeme sem zařadit jednoduché slovní hry, doplňování říkanek, skládání obrazců, hraní pexesa atd.

Reminiscenční terapie zase využívá vzpomínek a jejich vybavování prostřednictvím různých podnětů, například prohlížením alb fotografií či sledováním starých filmů k upevnění sebeúcty a identity pacienta. Toto je obzvláště důležité pro lidi s demencí, u kterých bývá porucha krátkodobé paměti, naopak události dávno minulé si pamatují velice dobře (HOLMEROVÁ, 2007).

Dále sem řadíme realitní terapii. Pacienta konfrontujeme s realitou co nejvíce. Místa, kde se nemocný pohybuje, musí být označena nápisy nebo srozumitelnými obrázky ke

zmírnění dezorientace. Toto musí být aplikováno s citem, neboť klinické zkušenosti ukazují, že orientace realitou může být v některých případech dobrým nástrojem a někdy naopak může zhoršovat behaviorální a psychologické příznaky, může provokovat agresivitu či úzkost zejména při intenzivnější aplikaci ve skupině (SHEARDOVÁ, 2010, HOLMEROVÁ, 2007).

Pro zachování či zlepšení soběstačnosti je důležité pacienta aktivovat a usilovat o to, aby dle možností zvládal alespoň ty nejzákladnější aktivity denního života. Tento přístup, zejména u pacientů v institučních zařízeních, je třeba podporovat a zároveň o něm informovat rodinné příslušníky, aby nebyl považován za neochotu ošetřujícího personálu. I zde je nutná citlivá aplikace s ohledem na pacientův stav.

Další metodou je tzv. *lifestyle approach*, neboli návod k pacientovi. Podstatou je vzájemné sdělení důležitých informací mezi pečujícími. Patří sem například jeho denní režim, v kolik hodin vstává, jaké věci zvládne či nezvládne sám, zda je schopen jíst příborem atd. Na první pohled se může jednat o drobnosti, ale pokud ošetřující personál nerespektuje pacientovy dlouhodobé zvyklosti a rituály, může tím vyvolat neklid, agresivitu či zhoršení stavu u nemocného (HOLMEROVÁ, 2007).

Při nezvládání nevhodného chování a psychologických příznaků nemocného je doporučováno systematické vedení pacientů, snaha o předvídání a analyzování tohoto chování ve všech souvislostech, které by ho mohly vyvolávat či zhoršovat. Následně se snažíme minimalizovat tyto příznaky správným přístupem k pacientovi.

Validační terapie usiluje o zachování a posílení lidské důstojnosti, práci s pacientem prostřednictvím pozorného naslouchání a empatie. Pečovatel nikdy neříká ne a postupnými kroky vede pacienta správným směrem. Využívá paměťové poruchy tak, aby laskavým odvedením pozornosti předešel nežádoucímu chování.

Pozitivní vliv při léčbě demencí může mít i muzikoterapie, kterou rozumíme jakékoli využití hudby ve prospěch léčení, ve formě aktivního zpívání písniček či jen pasivního poslechu, dále arteterapie a pet terapie (SHEARDOVÁ, 2010).

2.8 Ošetřovatelská péče

Přístupy k pacientům s demencí se liší v závislosti na fázi onemocnění. Existují tři stádia Alzheimerovy choroby, jimž také odpovídají potřeby pacientů a z toho vyplývající přístupy k nim.

2.8.1 Stádium mírné demence

„Demence začíná zapomnětlivostí a tím, že stále častěji nevíme, kolik je hodin, kdo včera volal, kde jsou klíče, na co se včera někdo právě ptal, jaké byly plány na dnešní dopoledne a tak dále“ (BUIJSSEN, 2006, s. 44).

Pro ranou fázi onemocnění je typické, že je člověk ještě relativně soběstačný a zatím nepotřebuje trvalou péči či trvalý dohled. Avšak vykonávání složitějších úkolů, vyžaduje ze strany člověka s demencí nesmírné úsilí. Pokud dojde k nějakým chybám, objevuje se frustrace či sklíčenost nemocného. Pacient si stěžuje na poruchy paměti, soustředění, rozhodování, orientace.

V poslední době se množí důkazy o tom, že existuje prevence vzniku rozvoje demence a toto období se zdá být pro ni nejvhodnější. Je doporučováno zaměřit se na správnou životosprávu, mít dostatek pohybu a duševní aktivity, pravidelně číst, učit se novým věcem a naopak minimalizovat rizikové faktory, jako je nadužívání alkoholu a kouření (JIRÁK, 2009, KOPÁČIKOVÁ, 2010).

V této fázi onemocnění je základním předpokladem dobrého managementu správná a včasná diagnóza. Avšak ze studií vyplývá, že od doby, kdy má pacient první příznaky, ke stanovení správné diagnózy uběhne většinou mnoho měsíců, někdy i let. Důvod je prostý - nedostatečná informovanost veřejnosti, a tak se obvykle lidé obracejí na lékaře až v rozvinuté fázi demence.

Poté co je stanovena správná diagnóza, musí být pacient i jeho rodina důkladně informováni o onemocnění i jeho pravděpodobném průběhu. Lékař by měl tomuto kroku věnovat dostatek pozornosti, vše vysvětlit způsobem, který je srozumitelný pro pacienta, protože sdělení této diagnózy zásadně ovlivní jeho další život. Tak si nemocný

bude moci naplánovat a učinit rozhodnutí, majetkové i finanční záležitosti v době, kdy je toho ještě schopen. Také by měl být informován o možnostech pomoci, podpory a péče v České republice (HOLMEROVÁ, 2007, JIRÁK, 2009).

V každém případě se snažíme o komplexní přístup, pátráme po známkách deprese a úzkosti, které se mohou objevit. Psychologická podpora je rovněž důležitá.

V tomto stádiu je důležité v maximální míře podporovat samostatnost pacienta, měli bychom se vyhnout vykonávání věcí, které je schopný zvládnout sám i když s chybami. Cílem péče je spokojenost pacienta. Dbáme na jeho bezpečí, aktivity směřujeme k maximálnímu využívání zachovaných schopností. Zajistíme dostatek jídla, tekutin, přiměřenou teplotu. Pravidelně kontrolujeme smyslové funkce, všímáme si jeho celkového tělesného stavu a léčíme všechna přidružená onemocnění (FRANKOVÁ, 2011).

2.8.2 Stádium rozvinuté demence

V této fázi onemocnění je třeba pacientovi zajistit nepřetržitý dohled, péči a pomoc, protože schopnost vykonávat složitější věci se zcela vytrácí. Také některé tělesné funkce mohou slábnout a selhávat. Jakmile se poškození šíří dále do čelního mozkového laloku, nemocný přestává být schopen přiměřeně jednat. Dochází ke ztrátě schopnosti úsudku, logického uvažování a sociálních dovedností a objevuje se i nepřiměřené chování. Nemocný může reagovat různě, někdy násilně a vztekle, jindy naopak poddajně a apaticky. Toto stádium je pro pečující velmi náročné na trpělivost a dostatek času. Jejich hlavním úkolem je zachovat nemocnému důstojnost a úctu. V rozvinuté fázi demence často již není možné o pacienta dále pečovat v domácím prostředí (CALLONE, 2008).

Denní stacionář

Optimální formou péče pro lidi trpící demencí je možnost pobytu v denním stacionáři. Pacienti tu mohou trávit celý den, několik hodin denně, nebo jen několik dní v týdnu. Je to velice individuální dle potřeb pacienta a jeho pečujících, avšak předpokládá se funkční sociální zázemí, kam se nemocný denně může vracet. Tuto

formu péče ocení hlavně pečující rodinní příslušníci, kteří mají pocit, že je o pacienta postaráno v době jejich nepřítomnosti. Pobyt v denním stacionáři umožňuje aktivizaci pacienta a tím i lepší zachování jeho soběstačnosti i sociálních dovedností (JIRÁK, 2009).

Ústavní péče

Umístění pacienta do ústavní péče, ať už z důvodu špatného rodinného zázemí či nevladatelnosti situace ze strany pečujících, může znamenat velký problém. V současnosti totiž neexistují dostatečné legislativní podmínky pro zajištění adekvátní péče a čekací doba na umístění nemocného do specializovaného zařízení může trvat delší dobu. Problém nastává ve zdravotnických zařízeních, kde je jejich pobyt časově limitován v důsledku hrazení péče z veřejného pojištění, navíc zdravotnický režim oddělení často nevyhovuje jejich specifickým potřebám. Psychiatrické léčebny či léčebny pro dlouhodobě nemocné, kam jsou nemocní nejčastěji umísťováni, nerespektují potřeby zvláštního režimu, denní aktivizaci, vedení k soběstačnosti a tak dále. Avšak ani sociální zařízení většinou nemohou vyhovět specifickým potřebám pacientů. Je tedy potřeba vytvořit kvalitní oddělení dlouhodobé zdravotně sociální péče speciálně pro tyto pacienty, která by poskytovala i respitní péči rodinám, aby se předešlo naprostému vyčerpání a vyhoření pečujících a dlouhodobé institucionalizaci nemocného (JIRÁK, 2009).

2.8.3 Stádium pokročilé a terminální demence

„Člověk s demencí sotva dokáže jednat s nějakým cílem nebo správnou koordinací. Už nehledá podněty, vlastně ani nemůže. Jeho vnímání okolních věcí je v této fázi jeho života možná stejné jako u kojence. Jako u malého dítěte, zranitelného a závislého na druhých, se i pacientův život v tomto stádiu točí kolem uspokojování jeho základních fyzických potřeb, jídla, pití, odpočinku a tepla, a také emočních potřeb ve formě bezpečí a důvěry“ (BUIJSSEN, 2006, s. 55).

Alzheimerova choroba postupem času dospěje do stádia, kdy pacienti potřebují náročnou ošetrovatelskou péči. Dochází k omezení komunikace na minimum, nemocný zpravidla nepoznává své blízké, není schopen se najíst, obléknout, můžou se objevit

potíže s polykáním, pacient je inkontinentní. I v této fázi je nutné, aby měl svůj denní režim, ten však musíme přizpůsobit jeho možnostem a potřebám. Podporujeme alespoň nějakou míru soběstačnosti, ale zároveň dbáme na to, aby v pacientovi nevyvolala nežádoucí chování. Sledujeme nonverbální vyjadřování.

Terminální fáze onemocnění trvá většinou týdny, pacient je totálně nesoběstačný, upoután na lůžko, neschopný přijímat potravu, vyskytují se záškuby či křeče, projevy aspirace, potíže s vyprazdňováním. V této fázi je již zřejmé, že aktivizační metody nemají žádný smysl. Je potřebná zejména empatická a laskavá ošetrovatelská péče, zajištění komfortu a pohodlí. Lékař rozhodne o možnosti paliativní léčby (JIRÁK, 2009).

Používání omezovacích prostředků

Problematika užívání omezovacích prostředků je více než aktuální. Navíc z různých studií vyplývá, že jsou indikovány až příliš často.

Existuje spektrum omezovacích prostředků, které je možné použít. Jednak jsou to prostředky fyzické, za něž je považována jakákoli fixace k lůžku či křeslu, používání postranic, permanentní katetr fixovaný k posteli, zamknutí na pokoji, ale za formu omezování je považována i neadekvátní aplikace tlumící medikace, nejčastěji neuroleptik či jakékoli další nedobrovolné postupy, včetně skrývané medikace, kterou pacient nechce přijmout a tak mu je například dána do pití nebo jídla. Dále sem patří i dohlížení prostřednictvím videa a provádění jakýchkoli postupů bez souhlasu pacienta (HOLMEROVÁ, 2007).

Vzhledem k tomu, že lidé zejména ve fázi rozvinuté demence mohou ohrožovat sebe i své okolí, není možné používání všech omezovacích prostředků paušálně zakázat. Je ale nezbytné dodržovat určité zásady:

- Používání některých omezovacích prostředků je pouze výrazem špatné praxe. Například k zamykání pacientů na pokoji či k jakékoli dlouhodobé nucené imobilizaci by vůbec nemělo docházet.

- Použitím omezovacích prostředků nikdy a v žádném případě nemůžeme ospravedlňovat nedostatek pracovníků. Naopak při jejich užití je zapotřebí posílení personálu, protože pacienti, u kterých tyto prostředky aplikujeme, je nutné sledovat intenzivněji.
- Použití omezovacích prostředků je krajním řešením, až poté co byly vyčerpány všechny ostatní možné přístupy. Vše by mělo být vždy pečlivě zváženo a dokumentováno kvalifikovaným pracovníkem.
- Přílišné užívání těchto prostředků je ukazatelem špatného přístupu (JIRÁK, 2009).

2.9 Komunikace s dementním pacientem

Komunikace je jednou ze základních dovedností, kterou využíváme v každodenním životě. Je podmínkou úspěšného začlenění člověka do svého sociálního prostředí, navazování a udržování vztahů. Prostřednictvím komunikace si vyměňujeme veškeré informace. Avšak v důsledku onemocnění je tato schopnost velmi narušena a to jak v přijímání, tak i předávání svých sdělení. Jako překážky v komunikaci s člověkem trpícím Alzheimerovou chorobou vystupují příznaky demence. Mezi nejčastější patří poruchy paměti, orientace, chování, nesrozumitelná řeč a neschopnost se vyjadřovat. Komunikace v tomto případě je sice obtížná, ale ne nemožná (JIRÁK, 2009, MARTINKOVÁ, 2012).

Mezi všeobecné zásady komunikace s pacienty s demencí patří:

- **Získání si pozornosti.** Sestra se ujistí, že pacient vnímá a udržuje oční kontakt.
- **Odstranění šumů.** Při komunikaci s dementním pacientem je obzvláště důležité omezit rušivé vlivy na minimum. Některé zvuky, jako například zapnutá televize, mohou způsobit neklid a zmatenost, proto je vhodné chránit pacienta od přemíry zrakových či sluchových podnětů.
- **Pozorné naslouchání.** Sestra aktivně naslouchá pacientovi, poskytuje čas a prostor na rozhovor. Hovoří hlasitě, pomalu a v jednoduchých větách, snaží se zamýšlet nad tím, jak pacient vnímá realitu.
- **Řeč těla.** Jejím využitím může pacient lépe porozumět, avšak roztržitý pohyb či napjatý výraz tváře sestry může u pacienta naopak vyvolat podrážděnost a úzkost.
- **Fyzický kontakt.** Každý člověk má jinou potřebu fyzického kontaktu. Je to velmi individuální, avšak u většiny pacientů s demencí není tento kontakt dostatečný, je-li

vůbec nějaký. Doteková komunikace uklidňuje, zmírňuje agresivitu. Dotek je důležitý stimul, který ještě zintenzivníme, pokud při něm budeme hovořit.

- **Krátká sdělení.** Všechny pokyny pacientovi by měly být krátké, přesné a jednoznačné. Platí zásada, že každá instrukce by měla zahrnovat jen jeden krok. Tím předejdeme možnému selhání ze strany pacienta. Efektivní je držet se jednoho tématu, to, co říkáme, také děláme.

- **Respektování zvláštní logiky demence.** Dementní pacienti často vyhodnocují situace jinak, reagují na určité věci nepřiměřeně v důsledku jejich onemocnění. Naším úkolem je však snaha o porozumění a respektování každého jako jedinečné a důstojné lidské bytosti (JIRÁK, 2009, MINIBERGEROVÁ, 2006, BAKER, 2010).

S postupujícím onemocněním se dorozumívání stává problematictější, pacient je čím dál tím méně schopen komunikace, a proto je nutné, aby iniciativu převzala sestra. S pacientem hovoří jasně, klidným tónem, nezvyšuje hlas, aby nevyvolala u nemocného agresivitu. Vyvaruje se kladení přímých otázek, a pokud pacient nerozumí, snaží se zvolit jiný způsob, jak podat informace. Humor a smích odlehčí situaci a můžou vést k lepšímu porozumění. Taktéž je nutná co nejmenší konfrontace pacienta se svou nesoběstačností a nedostatečností. Při každé komunikaci sestra projevuje úctu, pochopení a důstojnost nemocného (MARTINKOVÁ, 2012).

Mezi nejčastější chyby v komunikaci patří:

- apelace na nemocného, aby se více snažil,
- nedostatek času,
- rušivé vlivy,
- kárání nemocného za jeho nedostatky (VENGLÁŘOVÁ, 2006).

3 ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST A JEJÍ SLUŽBY

Vznik České alzheimerovské společnosti (ČALS) se sídlem v Gerontologickém centru v pražských Kobylisích se datuje do roku 1997. Přitom ve světě první taková organizace vznikla již 20 let předtím a to v Kanadě. Jedním z podnětů pro její vytvoření byl pocit některých profesionálů i rodinných příslušníků, že problematice demencí, především aspektům péče, není věnován dostatek pozornosti. Za více než deset let své činnosti zaznamenala ČALS některé velmi podstatné úspěchy, jako například prosazení kognitiv do úhrady z veřejného zdravotního pojištění, pro pacienty dostupné od roku 2002 po dlouhé a komplikované cestě. Dále v roce 2004 uspořádala tato společnost mezinárodní kongres a výroční kongres evropské asociace Alzheimer Europe a v současnosti se podílí i na dalších aktivitách, například na činnosti pracovní skupiny pro paliativní péči o lidi s demencí (JIRÁK, 2009).

3.1 Kontaktní a informační centrum

Kontaktní a informační centrum, které podává osobní i telefonické informace či poskytuje osobní konzultace s odbornými pracovníky je k dispozici denně od 8:00 do 20:00 hodin. Zaškolení pracovníci odpoví na dotazy týkající se problematiky demencí, poskytnou základní informace o službách a jsou schopni nasměrovat klienta na další vhodný zdroj informací. V ČALS je také možnost získat brožury a letáky určené zejména laické veřejnosti s cílem poskytnout co možná nejvíce informací o onemocnění. K dispozici jsou i různé příručky pro pacienty a jejich rodinné příslušníky pro získání co nejvíce informací a lepší zvládnutí péče. Nesmíme zapomenout ani na informační materiály určené pro pracovníky pečujících profesí, které mají za cíl zlepšit kvalitu péče a služeb poskytovaných pacientům s demencí, nejen v oblasti zdravotnictví, ale i sociálních služeb (JIRÁK, 2009).

3.2 Služby ČALS

Cílem České alzheimerovské společnosti už od doby vzniku je pomoc a podpora lidí postižených demencí, ale i jejich pečujícím, protože toto onemocnění postihne stejně těžce obě skupiny. ČALS nabízí několik služeb, které může veřejnost využít. Patří sem

zejména poradenství, „Čaje o páté“, „Bezpečný návrat“, podpora po ztrátě blízkého či respitní péče (<http://www.alzheimer.cz>).

3.2.1 Bezpečný návrat

Projekt Bezpečný návrat je jedním z dlouhodobých projektů ČALS pomáhající lidem, kteří jsou ohroženi blouděním. U nemocných Alzheimerovou chorobou se velmi často stává, že ztrácí orientaci ať už na vzdálenějších tak i na velmi známých místech a snadno se přihodí, že nemůžou najít cestu domů. Účastník programu získá tři náramky, na kterých je uveden speciální kód a telefonní číslo na ČALS. V případě, že je bloudící nemocný nalezen, je možné na základě poskytnutých základních údajů kontaktovat rodinu nemocného a informovat ji o místě, kde se jejich příbuzný právě nachází. Systém funguje na základě tzv. pasivního vyhledávání a je díky podpoře partnera programu bezplatný (<http://www.alzheimer.cz>).

3.2.2 Čaje o páté

Jde o jednu z prvních služeb, kterou nabídla Česká alzheimerovská společnost již krátce po svém vzniku. Rodinní pečovatelé se scházejí každý druhý čtvrtek v Gerontologickém centru v Kobylisích, kde si vyměňují své zkušenosti a emoční prožitky za podpory odborného pracovníka. Také se snaží najít řešení praktických problémů a navzájem si poskytují podporu (JIRÁK, 2009).

3.2.3 Respitní péče

Cílem této služby je poskytnout oddech rodinným pečujícím, kteří jsou velmi často přetížení fyzicky i psychicky. Jedná se o převzetí péče, neboli pohlídání pacienta na několik hodin v týdnu, o kterého jinak pečují v rodině, nejde tedy o náhradu jiných zdravotnických či sociálních služeb. Pečovatelé obvykle hodnotí tuto možnost velmi pozitivně, protože jim umožňuje zařídit si záležitosti, ke kterým se nemohou během péče dostat, odpočinou si a mají čas i sami na sebe (JIRÁK, 2009).

4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

Za účelem vypracování praktické části bakalářské práce jsem absolvovala klinickou praxi na gerontopsychiatrickém oddělení Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, kam byla pacientka přijata dne 7. 2. 2013 pro zhoršení kognitivních funkcí, chování a emocí. Opakovaně vyhrožovala suicidiem. Navíc v posledních týdnech výrazný úbytek na váze, nechutenství, odmítání potravy. Údaje pro zhodnocení zdravotního stavu jsem získala ze zdravotnické dokumentace, od zdravotnického personálu, pacientky a její rodiny. Pomocí modelu Teorie základní ošetřovatelské péče od Virginie Hendersonové jsem sestavila ošetřovatelskou anamnézu a na základě zjištěných údajů vytvořila aktuální a potencionální ošetřovatelské diagnózy seřazené dle priorit. Navrhla jsem plán ošetřovatelské péče, který byl vyhodnocen. U pacientky jsem aplikovala ošetřovatelskou péči od 11. 2. 2013 do 15. 2. 2013.

4.1 Základní údaje o pacientce

Jméno a příjmení: H. M.	Pohlaví: žena
Datum narození: 1933	Věk: 80
Adresa bydliště a telefon: Praha	
Adresa příbuzných: xxx	
ŘC : xxx	Číslo pojišťovny: 111
Vzdělání: středoškolské	Zaměstnání: důchodkyně
Stav: vdaná	Státní příslušnost: ČR
Datum přijetí: 7. 2. 2013	Typ přijetí: akutní
Oddělení: Gerontopsychiatrie	Ošetřující lékař: doc. MUDr. R. Jirák, CSc.

Medicínská diagnóza hlavní: Alzheimerova choroba s pozdním začátkem

Medicínské diagnózy vedlejší: colitis ulcerosa, stav po dvou polypektomiích

anémie

revmatoidní artritida

osteoporóza

chronická bronchitida se sezónním výskytem

stav po hysterektomii pro myomy

kolísavá hypertenze

Nynější onemocnění: několik let se pozvolně vyvíjejí poruchy paměti, především v epizodické složce. Zároveň se objevují již první příznaky ztráty orientace v prostoru, poruchy emocí, především úzkost. Rozčiluje se, pokud si na něco nemůže vzpomenout a manžel ji koriguje. Před přijetím vyhrožovala skokem z okna. Poslední týdny se vyskytuje anorexie, hubnutí. Aktivita denního života zvládala, první obtíže poslední dva týdny. Na CT atrofie vystupňovaná mediotemporálně, podporuje diagnózu morbus Alzheimer.

4.2 Lékařská anamnéza

Rodinná anamnéza

Matka: zemřela v 80 letech na demenci

Otec: zemřel v 82 letech snad na rupturu aneurysmatu

Sourozenci: 1 sestra o tři roky starší, potíže s pamětí nemá

Děti: 1 syn, zdrav

Osobní anamnéza

Překonané a chronické onemocnění: anémie

chronická bronchitida (sezónní výskyt)

osteoporóza

revmatoidní artritida

polyneuropatie DK

hraniční kolísavá hypertenze

Hospitalizace a operace: cholecystektomie 1985

operace sigmoidea pro vředovou chorobu tlustého střeva

hysterektomie 1989

Úrazy: 0

Transfúze: ano

Očkování: běžná očkování

Léková anamnéza

Tabulka 2 Léková anamnéza

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
ASACOL	Per os	400 mg	0-1-0-1	Antirevmatikum
EBIXA	Per os	10 mg	0-0-0-1/2	Psychostimulancium
ESCITIL	Per os	10 mg	0-0-0-1/2	Antidepresivum
MIRTAZAPIN SANDOZ	Per os	15 mg	0-0-1-0	Antidepresivum

Alergologická anamnéza

Léky: 0

Potraviny: 0

Chemické látky: 0

Jiné: 0

Abúzy

Alkohol: příležitostně

Kouření: 0

Káva: ano

Léky: 0

Jiné drogy: 0

Gynekologická anamnéza

Menarche: 13

Cyklus: pravidelný

Trvání: 5 dní

Intenzita, bolesti: 0

PM: 48

UPT: 0

Antikoncepce: 0

Menopauza: ve 48 letech

Potíže klimakteria: neudává

Samovyšetřování prsou: neprovádí

Poslední gynekologická prohlídka: neví

Sociální anamnéza

Stav: vdaná

Bytové podmínky: žije s manželem v bytě 1+1

Vztahy, role a interakce v rodině: výborné, pacientka se často vídá se synem, s vnoučaty a pravnoučaty

Vztahy, role a interakce mimo rodinu: dobré

Záliby: úklid domácnosti, čtení, procházky

Pracovní anamnéza

Vzdělání: středoškolské

Pracovní zařazení: důchodkyně

Čas odchodu do důchodu, jakého: pobírá starobní důchod, neví od kdy

Vztahy na pracovišti: není aktuální

Ekonomické podmínky: dobré

Spirituální anamnéza

Religiózní praktiky: pacientka není věřící

4.3 Lékařská ordinace

Během hospitalizace na gerontopsychiatrickém oddělení pacientka podstoupila laboratorní vyšetření krve dne 12. 2. 2013.

Tabulka 3 Výsledky vyšetření

Laboratorní zkratka	Naměřené hodnoty	Referenční meze
Leukocyty	2,32 x 10 ⁹ /l	4,0 – 10,7 x 10 ⁹ /l
Erytrocyty	2,26 x 10 ¹² /l	3,54 – 5,18 x 10 ¹² /l
Hemoglobin	73 g/l	116 – 163 g/l
Hematokrit	0,226	0,330 – 0,470
Trombocyty	225 x 10 ⁹ /l	131 – 364 x 10 ⁹ /l
INR	0,91	0,80 – 1,25
APTT	33,2 s	25,9 – 40 s
D-dimery	1575 µg/l	0 - 190 µg/l

Dále byl proveden orientační paměťový test, který pacientka splnila na 20 bodů, což je na hranici lehké až středně těžké demence.

4.4 Terapie

Tabulka 4 Farmakologická terapie

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
ASACOL	Per os	400 mg	0-1-0-1	Antirevmatikum
EBIXA	Per os	10 mg	0-0-0-1/2	Psychostimulancium
ESCITIL	Per os	10 mg	0-0-0-1/2	Antidepressivum
MIRTAZAPIN SANDOZ	Per os	15 mg	0-0-1-0	Antidepressivum
TIAPRIDAL	i.m.	100 mg	1 amp. při neklidu	Antipsychotikum
GLUKÓZA	i.v.	5 %	0-1-0-0	Infuzní roztok
FYZIOLOGICKÝ ROZTOK	i.v.	0,9 %	1-0-0-0	Infuzní roztok

4.5 Posouzení celkového stavu pacientky

Tělesná hmotnost: 51 kg

Výška: 165 cm

BMI: 19

TK: 120/70

P: 110'

D: 16

TT: 36,0 °C

Celkový nález

Při vědomí, lehce odbržděná emotivita. Nemá dostatečný náhled na poruchy paměti, exekutivní funkce dosud slušně zachovány. Počínající osobnostní defekt.

Hlava: lebka normocefalická, pokleповě nebolestivá. Deformity nepřítomné. Výstupy trigeminu nebolestivé. Kůže bez patologického nálezu, vlasy husté.

Oči: oční bulby ve středním postavení, pohyblivé, spojivky růžové, skléry bílé, rohovka průhledná, zornice izokorické.

Dutina ústní: rty souměrné, růžové bez cyanózy. Jazyk plazí ve střední čáře, povleklý, bez zánětu. Tonzily klidné, bez zánětu. Chrup sanován.

Uši, nos: bez výtoku.

Krk: krční páteř dobře pohyblivá, pulzace karotid oboustranně nezvětšená, náplň krčních žil nezvýšená, krční uzliny a štítná žláza nezvětšeny.

Hrudník: souměrný, bez změn tvaru a postavení. Prsy bez hmatné rezistence. Lymfatické uzliny nehmatné. Dýchání čisté, sklípkové bez vedlejších fenoménů.

Srdce: akce srdeční pravidelná, ozvy ohraničené, šelest 0.

Břicho: měkké, nebolestivé, poklep diferencovaně bubínkový. Ascites nepřítomný. Povrchová i hluboká palpáce bez hmatné rezistence, bez známek peritoneálního dráždění. Peristaltika přítomna. Játra nepřesahují pravý oblouk žeberní. Slezina nenaráží.

Reflexy: výbavné.

Čítí: přiměřené.

Periferní pulzace: oboustranně hmatné.

Varixy: 0, Homansovo znamení 0.

Kůže: prokrvená, anemický kolorit, turgor snížený.

Otoky: 0.

4.6 Ošetřovatelská anamnéza dle modelu Virginie Hendersonové

1. Dýchání

Subjektivně: „Dýchá se mi dobře. Žádné problémy jsem nikdy neměla.“

Objektivně: Dýchání spontánní, pravidelné. Frekvence 16/min. Dýchací šelesty nepřítomné. Typ a hloubka dýchání normální. Kašel nemá. Pacientka zaujímá polohu

vleže na zádech. Emocionální stres nepocituje. Teplota prostředí pokoje je 22°C, vlhkost asi 50 %.

Ošetrovatelský problém: 0

Použitá měřicí technika: měření dechové frekvence

2. Přijímání jídla a pití

Subjektivně: „Doma jím 3 jídla denně, občas si dám i svačinu. Když jdu do práce, tak nesnídám. Mám ráda škusbány, bramborové placky a taková ta typicky česká jídla. Nejčastěji piju vodu z vodovodu, nebo čaj, někdy si dám i pivo.“

Údaje poskytnuté manželem: „Nevím, čím to je, ale manželka poslední dobou nic nejí.“

Objektivně: Pacientka má v posledních týdnech sníženou chuť k jídlu. Má dietu číslo 3, stravuje se na jídelně, je soběstačná. Strava není ovlivněná kulturními zvyky. Jí 3x denně. Také málo pije, a proto je třeba na ni neustále dohlížet a povzbuzovat ji. Její kožní turgor je snížený. Vypije asi 1 l tekutin / 24 hodin. Pacientka dostává infúzní terapii pro dostatečné zavodnění. Sledujeme příjem a výdej tekutin.

Ošetrovatelský problém: dehydratace, váhový úbytek, nechutenství

Použitá měřicí technika: příjem a výdej tekutin, BMI Index

Priorita: vysoká

3. Vylučování

Subjektivně: „Na záchod chodím normálně, tak 5x denně na malou a většinou ráno na velkou. Vše zvládám bez pomoci.“

Objektivně: Pacientka má stolicí jednou denně, většinou ráno. Stolica je hnědé barvy, bez patologických příměsí. Zvládá to sama, ale někdy zabloudí a netrefí zpět do pokoje. Vymočí asi 1 l tekutin denně. Žádné pomůcky na vyprazdňování nepoužívá, speciální zvyky neudává.

Ošetrovatelský problém: Snížený výdej moči

Použitá měřicí technika: příjem a výdej tekutin

4. Pohyb a udržení žádoucího držení těla při chůzi, sezení, ležení a změně polohy

Subjektivně: „Doma většinu věcí zvládám sama, manžel mi občas pomáhá. Při chůzi používám hůl, protože mám motolici.“

Objektivně: Pacientka má vhodnou postel, kterou lze polohovat podle potřeby. Povlečení na posteli je čisté, pravidelně vyměňované. Stolička pod nohy je na pokoji, rovněž i křeslo, na které se pacientka může posadit. Polohování není zapotřebí, pacientka se sama obrací. Při chůzi používá hůl z důvodu motolice. K dispozici má i chodítko.

Ošetrovatelský problém: riziko pádu

Použitá měřicí technika: zhodnocení rizika pádu u pacientky

Priorita: střední

5. Odpočinek a spánek

Subjektivně: „ Spím dobře, přesto se cítím pořád unavená. Mohla bych spát celý den. Je to asi tou motolicí.“

Objektivně: Pacientka v noci spí dobře, nestěžuje si, avšak po probuzení se cítí stále unavená. Přes den většinou také spává. Žádnou medikaci na spaní nevyžaduje. Každý den před spaním provádí večerní hygienu s pomocí ošetrovatelského personálu.

Ošetrovatelský problém: 0

Použitá měřicí technika: rozhovor s pacientkou

6. Výběr oblečení, oblékání a svlékání

Subjektivně: „ Snad se ještě umím obléknout sama!“

Objektivně: Pacientka je v tomto směru soběstačná, je adekvátně oblečená dle ročního období. Na oddělení ráda nosí pyžamo, přes které má župan, aby jí nebyla zima. Někdy ji manžel vezme ven na vycházku a pomůže jí vhodně se obléknout.

Ošetrovatelský problém: 0

Použitá měřicí technika: Barthelův test soběstačnosti

7. Udržování tělesné teploty v rámci normálních hodnot

Subjektivně: „Tady je mi pořád zima, tak jsem často v posteli pod peřinou.“

Objektivně: Výběr oblečení dle ročního období zvládá sama, nebo s pomocí manžela. Okolní prostředí jako je průvan, chlad, teplo toleruje bez známek zvýšené teploty. Pacientku měříme jednou denně, je afebrilní.

Ošetrovatelský problém: 0

Použitá měřicí technika: měření tělesné teploty

8. Udržování čistoty, úpravy těla a ochrana pokožky

Subjektivně: „, Nikam nechodím, doma mě stříhá manžel. V rodině si tak normálně vypomáháme.“

Objektivně: Během hospitalizace koupeme pacientku dle potřeby, zuby si čistí 2x denně. Vlasy si češe sama, na žádné kosmetické procedury nechodí. Je upravená.

Ošetrovatelský problém: snižená schopnost péče o sebe sama v některých oblastech

Použitá měřicí technika: Barthelův test soběstačnosti

Priorita: střední

9. Odstraňování rizik z okolí, ochrana před násilím, nákazou

Subjektivně: „,Nevím.“

Objektivně: Pacientka je při vědomí, orientovaná hůře místem i časem. Nejeví zájem o náboženské zvyky. Vyžaduje dohled, protože je někdy zmatená. Doma doposud téměř vše zvládala, poslední dobou se ale její stav zhoršil a tak jí pomáhal manžel, nebo syn.

Ošetrovatelský problém: riziko pádu

Použitá měřicí technika: zhodnocení rizika pádu u pacientky

Priorita: střední

10. Komunikace, odpovídání na potřeby, pocity

Subjektivně: „, Myslím, že jsem výřečná, ráda komunikuji. U nás je vždy někdo, s kým si mohu povídat.“

Údaje poskytnuté manželem: „,Někdy je těžké manželku na chvíli umlčet.“

Objektivně: Pacientka velice ráda mluví. S ohledem na její zdravotní stav je nutné některé věci opakovat či vysvětlit jinak. Jsou potíže s orientací v čase.

Ošetrovatelský problém: mírně zhoršená komunikace a domluva s pacientkou

Použitá měřicí technika: osobní rozhovor

Priorita: nízká

11. Vyznání náboženské víry, přijímání dobra a zla

Subjektivně: „Nejsem věřící, do kostela ale chodíme třeba na Vánoce, ráda tam občas zajdu.“

Objektivně: Pacientka má velice kladný vztah k rodině. Duchovní služby od rodiny pacientky požadovány nejsou.

Ošetrovatelský problém: 0

Použitá měřicí technika: rozhovor s pacientkou

12. Práce a produktivní činnost

Subjektivně: „Já pořád něco dělám.“

Objektivně: Pacientka se během hospitalizace denně účastní aktivit společně s ostatními pacienty. S fyzioterapeutem provádí ergoterapii, různá cvičení, arteterapii apod.

Ošetrovatelský problém: 0

Použitá měřicí technika: Barthelův test soběstačnosti

13. Odpočinkové (rekreační) aktivity

Subjektivně: „Líbí se mi tu, ale už bych ráda šla domů.“

Údaje poskytnuté manželem: „Manželka by pořád něco dělala, starala se o domácnost a tak, ale já se bojím ji pustit samotnou i na nákup.“

Objektivně: Pacientka během dne často spí, cítí se unavená. Každý den se ale účastní denních aktivit určených pro pacienty. Často mívá návštěvy rodinných příslušníků, ráda povídá o vnoučatech, nepamatuje si ovšem jejich jména.“

Ošetrovatelský problém: 0

Použitá měřicí technika: Barthelův test soběstačnosti

14. Učení

Subjektivně: „Nevím.“

Objektivně: Pacientka má středoškolské vzdělání. Její paměť, především krátkodobá, je narušená z důvodu pokročilé demence. Je informovaná o svém onemocnění, ale nepřipouští si ho. Domnívá se, že je hospitalizovaná z důvodu motolice.

Ošetrovatelský problém: porucha krátkodobé paměti

Použitá měřicí technika: Orientační paměťový test MMSE

Priorita: střední

SITUAČNÍ ANALÝZA

Pacientka, 80 let, léčená v ambulanci kliniky pro progredující demenci byla přijata dne 7. 2. 2013 na gerontopsychiatrické oddělení VFN pro zhoršení kognitivních funkcí, poruchy chování a emocí za poslední dva týdny. Opakovaně vyhrožovala sebevraždou. V důsledku onemocnění se objevují již první příznaky ztráty orientace v prostoru. Chybí dostatečný náhled na poruchy paměti. Je patrný počínající osobnostní defekt. Dle provedeného orientačního paměťového testu MMSE, který je uveden v příloze, je pacientka na hranici lehké až středně těžké demence.

4.7 Ošetřovatelské diagnózy dle NANDA taxonomie I seřazené dle priorit

AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

1. **Deficit tělesných tekutin** z důvodu nedostatečného příjmu, projevující se suchostí sliznic, sníženým kožním turgorem a sníženým výdejem moči.
2. **Výživa porušená, nedostatečná** z důvodu ztráty pocitu hladu, projevující se nezájmem o jídlo, odmítáním stravy a ubýváním na váze.
3. **Zdraví, snížená schopnost zachování** z důvodu zhoršení kognitivních funkcí, projevující se neschopností spolehlivě zastat základní péči o zdraví v některých oblastech.
4. **Komunikace verbální porušená** z důvodu neurologického onemocnění, projevující se potížemi s chápáním a udržováním obvyklého způsobu komunikace.
5. **Senzorická a percepční porucha** z důvodu neurologického onemocnění, projevující se vystupňovanými emočními reakcemi, dezorientací časem, místem a osobami.
6. **Zmatenost chronická** z důvodu demence Alzheimerova typu, projevující se poruchou krátkodobé i dlouhodobé paměti, porušenou interpretací podnětů a odpovědí na ně.

POTENCIONÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

1. **Trauma, zvýšené riziko** z důvodu potíží s rovnováhou a primárního onemocnění.

2. **Infekce, riziko vzniku** z důvodu zavedení periferního žilního katetru.

Aktuální ošetrovatelská diagnóza č. 1

Deficit tělesných tekutin z důvodu nedostatečného příjmu, projevující se suchostí sliznic, sníženým kožním turgorem a sníženým výdejem moči.

Priorita: vysoká

Cíl dlouhodobý: Pacientka nejeví známky dehydratace

Cíl krátkodobý: Pacientka vypije alespoň 1,5 l tekutin denně

Interval hodnocení: každých 24 hodin

Výsledná kritéria:

- Pacientka je informována o důležitosti pitného režimu do 24 hodin
- Pacientka má příjem a výdej tekutin v normě 48 hodin
- Pacientka má přiměřený kožní turgor do 24 hodin
- Pacientka má k dispozici nápoj u lůžka do 2 hodin
- Pacientka zná následky dehydratace do 2 hodin

Plán intervencí:

- Zjistí příčinu dehydratace – do 2 hodin – všeobecná sestra
- Podávej pacientce tekutiny per os - každou hodinu – všeobecná sestra
- Dbej na vhodný výběr tekutin – vždy – všeobecná sestra
- Zajisti, aby měla pacientka nápoj u lůžka – do 1 hodin – všeobecná sestra
- Podej infuzní terapii - dle ordinace lékaře – všeobecná sestra
- Sleduj vitální funkce, puls a tělesné známky dehydratace – pravidelně každý den – všeobecná sestra
- Pečuj pravidelně o dutinu ústní a oči, aby nedošlo k poškození v důsledku suchosti – dvakrát denně - všeobecná sestra
- Nauč pacienta či rodinné příslušníky, jak zaznamenat příjem a výdej tekutin – do 24 hodin - všeobecná sestra
- Měř příjem a výdej tekutin – denně – všeobecná sestra, pečovatel

Realizace ze dne 11. 2. 2013:

Ráno před snídaní si pacientka provedla hygienu dutiny ústní, v 8:00 hodin dostala snídani a vypila dva hrnky kávy. V 9:00 hodin jsem jí nalila ještě jeden hrnek čaje a dopoledne jsem ji napojila na infuzi. Dostala 500 ml glukózy dle ordinace lékaře. Infuzi snášela dobře, na nic si nestěžovala. K obědu dostala polévku, které snědla jen polovinu. Dále dostala dva hrnky čaje. V 15:00 byly pacientce změřeny fyziologické funkce a vypila ještě 1 hrnek vody. Následně jí byla podána infuze s fyziologickým roztokem dle ordinace lékaře. Večeři snědla a vypila ještě dva hrnky čaje. Před spaním byla provedena hygiena dutiny ústní. Pacientce byl sledován příjem a výdej tekutin za celý den.

Hodnocení dne 11. 2. 2013:

Cíl se podařilo splnit. Pacientka nejeví známky dehydratace, kožní turgor je přiměřený, sliznice nejsou suché. Pacientka vypila asi 1,5 l tekutin per os za den a dostala 1 l infuzních roztoků. Příjem i výdej tekutin je v normě. Přestože byl cíl splněn, je třeba pokračovat v jejich aktivním podávání.

Aktuální ošetřovatelská diagnóza č. 2

Výživa porušená, nedostatečná z důvodu ztráty pocitu hladu, projevující se nezájmem o jídlo, odmítáním stravy a ubýváním na váze.

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Během hospitalizace u pacientky nedojde k dalšímu snížení její váhy, neprojeví se příznaky malnutrice

Cíl krátkodobý: Pacientka sní 3 jídla denně

Interval hodnocení: 72 hodin

Výsledná kritéria:

- Pacientka se stravuje pomocí ošetřovatelského personálu do 24 hodin
- Hmotnost pacientky odpovídá její výšce a věku do jednoho měsíce
- Potrava je dostatečně výživná do 24 hodin
- Pacientka změní vztah k přijímání potravy do 3 dnů
- Pacientka vypije 1500 ml za den do 24 hodin

Plán intervencí:

- Při podávání stravy buď trpělivá, dej pacientce dostatek času – vždy - všeobecná sestra, pečovatel
- Zjistí, jaká tělesná hmotnost odpovídá věku pacientky – do 2 hodin - všeobecná sestra
- Prodiskutuj stravovací návyky pacientky a co je ovlivňuje – do 1 dne - všeobecná sestra, pečovatel
- Sleduj celkový příjem potravy a tekutin - každý den – všeobecná sestra
- Dbej na to, aby potrava měla správný poměr výživných látek – vždy – nutriční terapeut
- Važ pacientku a sleduj vývoj tělesné hmotnosti – dvakrát týdně - pečovatel, všeobecná sestra
- Snaž se u pacientky změnit vztah k jídlu – do 1 dne - všeobecná sestra, pečovatel
- Konzultuj s lékařem, zda je přijímaná potrava vhodná – do 1 dne - všeobecná sestra

Realizace ze dne 11. 2. - 13. 2. 2013

S pacientkou jsem prodiskutovala její stravovací návyky, sledovala jsem celkový příjem potravy a tekutin, snažila jsem se změnit její vztah k jídlu. Vždy jsem na ní měla dostatek času a v případě potřeby jí u jídla asistovala. Pacientka dostávala tři jídla denně, do kterého jsem ji musela nutit, sama se stravovala nedostatečně. Dle ordinace lékaře vždy dostala infuzi glukózy nebo fyziologického roztoku, které snášela dobře. Po třech dnech jsem zkontrolovala její váhu.

Hodnocení dne 13. 2. 2013:

Cíl se podařilo splnit částečně. U pacientky se zlepšil příjem potravy, po třech dnech přibrala 1 kg na váze. Pacientka přijímá dostatečně vyváženou stravu. Je však potřeba dále v plánovaných intervencích pokračovat a nadále pacientku povzbuzovat při příjmu potravy.

Aktuální ošetřovatelská diagnóza č. 3

Zdraví, snížená schopnost zachování z důvodu zhoršení kognitivních funkcí, projevující se neschopností spolehlivě zastat základní péči o zdraví v některých oblastech.

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacientka s pomocí pečovatelů projevuje schopnost adekvátně řešit současnou situaci a má zajištěny bio – psycho - sociální potřeby

Cíl krátkodobý: Pacientka po dobu hospitalizace zastává péči o sebe sama či s pomocí zdravotnického personálu

Interval hodnocení: každých 24 hodin

Výsledná kritéria:

- Pacientka provádí péči o sebe sama v co největší možné míře do 24 hodin
- Pacientka spolupracuje s ošetřovatelským personálem do 24 hodin
- Pacientka má zajištěné bio-psycho-sociální potřeby do 24 hodin
- Pacientka potřebuje minimální pomoc při oblékání, koupání, přijímání stravy do 3 dnů
- Pacientka přijímá pomoc druhých do 24 hodin

Plán intervencí:

- Zjistí, jaká je míra soběstačnosti pacientky dle Barthelova testu všedních činností – do 3 hodin - všeobecná sestra
- Posuzuj celkový psychický a fyzický stav pacientky – denně - všeobecná sestra
- Zjistí, s čím má pacientka největší obtíže – do 24 hodin - všeobecná sestra
- Dopomoz pacientce s činnostmi, které nezvládne sama – vždy - všeobecná sestra, pečovatel
- Podporuj pacientku v péči o sebe sama – vždy - všeobecná sestra, pečovatel
- Snaž se u pacientky vybudovat blízký vztah a poskytni jí dostatek času – neustále - všeobecná sestra
- Pochval pacientku při sebemenším pokroku – neustále - všeobecná sestra
- Zapoj rodinu v péči o pacientku – do 24 hodin - všeobecná sestra

Realizace ze dne 12. 2. 2013:

Ráno se pacientka umyla, následně šla do jídelny na snídání. Namazala jsem jí housku s máslem a nalila hrnek kávy. Po snídání se pacientka se osprchovala s pomocí ošetřovatelského personálu. V 10:00 šla na rehabilitaci společně s ostatními pacienty. V 12:30 jí byl podán oběd, který snědla. V 15:00 jsem ji změřila fyziologické funkce dle ordinace lékaře. V rámci rehabilitace jsem se s pacientkou odpoledne několikrát prošla po chodbě. Večer jsem jí podala večeři a pomohla s hygienou.

Hodnocení dne 12. 2. 2013 :

Cíl byl splněn částečně. Pacientka má zajištěny všechny základní potřeby. Některé zvládá sama, někdy potřebuje pomoc či dohled. Pacientka se snaží zvládat péči o sebe sama v rámci svých možností. V intervencích je třeba nadále pokračovat.

Aktuální ošetřovatelská diagnóza č. 4

Komunikace verbální porušená z důvodu neurologického onemocnění, projevující se potížemi s chápáním a udržováním obvyklého způsobu komunikace.

Priorita: nízká

Cíl dlouhodobý: Pacientka rozumí svým ošetřovatelům

Cíl krátkodobý: Pacientka není agitovaná z důvodu porušené verbální komunikace

Interval hodnocení: po dobu hospitalizace

Výsledná kritéria:

- Pacientka reaguje přiměřeně na oslovení do 1 dne
- Pacientka se zapojuje do komunikace do 1 dne
- Pacientka rozumí ošetřovatelskému personálu pomocí verbální a neverbální komunikace v rámci možností do 2 dnů
- Mimický projev u pacientky je přítomný

Plán intervencí:

- Posuď, do jaké míry pacientka rozumí ošetřovatelskému personálu – do dvou hodin – všeobecná sestra
- Měj na pacientku dostatek času – vždy - všeobecná sestra, pečovatel
- Mluv na pacientku dostatečně hlasitě, zřetelně, používej jednoduché věty – vždy - všeobecná sestra, pečovatel
- Využívej neverbální komunikace – neustále – všeobecná sestra, pečovatel
- Povzbuzuj pacientku ke komunikaci – každý den – všeobecná sestra, pečovatel
- Povzbud' rodinu k častým návštěvám, aby byla pacientka stimulována ke komunikaci – do 24 hodin – všeobecná sestra
- Pro co nejkvalitnější komunikaci využívej různé pomůcky (obrázky, papír a tužku, gesta) – vždy – všeobecná sestra, pečovatel
- Poskytni vhodné prostředí pro komunikaci, bez rušivých vlivů – vždy – všeobecná sestra, pečovatel

Realizace ze dne 11. 2. - 15. 2. 2013:

Vždy když jsem se o pacientku starala, mluvila jsem zřetelně, používala neverbální komunikaci a jednoduchý jazyk, aby došlo k co nejlepšímu porozumění. Pacientce jsem vždy vše důkladně vysvětlila a ujistila se, že mi rozuměla. Každý den se účastnila rehabilitačního cvičení s fyzioterapeutem, kde se prováděla ergoterapie, arteterapie či muzikoterapie. Na pacientku jsem si vždy udělala dostatek času a odstranila vlivy, které by mohly zhoršovat výměnu informací.

Hodnocení dne 15. 2. 2013:

Cíl byl splněn částečně. S pacientkou občas bývá horší domluva v důsledku jejího onemocnění. Často je nezbytné věci opakovat či názorně ukázat. Pacientka se však snaží spolupracovat. Nadále je nutné v intervencích pokračovat.

Potencionální ošetrovatelská diagnóza č. 1

Trauma, zvýšené riziko z důvodu potíží s rovnováhou a primárního onemocnění.

Priorita: střední

Cíl: U pacientky nedojde ke vzniku traumatu během hospitalizace

Interval hodnocení: po dobu hospitalizace

Plán intervencí:

- Zhodnot' prostředí oddělení nemocnice z hlediska bezpečnostních rizik - do 24 hodin – všeobecná sestra
- Vezmi v úvahu věk, duševní schopnosti, čilost a poruchu pohyblivosti ohrožené osoby - do 24 hodin – všeobecná sestra, pečovatel
- Urči faktory, vztahující se k individuální situaci a míru rizika poranění - do 24 hodin - všeobecná sestra, pečovatel
- Snaž se zorientovat pacientku v prostředí - do 24 hodin – všeobecná sestra
- Dbej na bezpečnost a prevenci pádu pacientky - do 2 hodin – všeobecná sestra
- Informuj pacientku o bezpečnosti při užívání kompenzačních pomůcek - po dobu hospitalizace – všeobecná sestra

Realizace ze dne 11.2 – 15.2 2013:

Dne 11. 2. 2013 jsem pacientku ještě jednou seznámila s oddělením.

Věci pacientky jsem uložila do skříní, tak aby nebyly v cestě a nedošlo ke šokbrnutí a pádu. Pomáhala jsem jí při úkonech, které sama nebyla schopna zvládnout. Pacientce jsem zajistila kompenzační pomůcky a dala zvonek v případě nutnosti k jejímu dosahu. Denně jsem posuzovala její celkový stav a měřila fyziologické funkce dle ordinace lékaře.

Hodnocení dne 15.2 2013:

Cíl byl splněn. Během hospitalizace nedošlo u pacientky ke vzniku traumatu. Pacientka vcelku zvládá základní péči o sebe sama a v případě nutnosti jí asistuje ošetrovatelský personál.

Potencionální ošetrovatelská diagnóza č. 2

Infekce, riziko vzniku z důvodu zavedení periferního žilního katetru.

Priorita: střední

Cíl: U pacientky nedojde ke vzniku infekce během hospitalizace

Interval hodnocení: po dobu hospitalizace

Plán intervencí:

- Sleduj okolí periferního žilního katetru - neustále - všeobecná sestra
- Pátřej po projevech infekce - nepřetržitě – všeobecná sestra
- Postupuj asepticky při převazu a aplikaci léků - vždy – všeobecná sestra
- Informuj pacientku o možných komplikacích - do 1 hodiny – všeobecná sestra
- Sleduj funkčnost a dobu zavedení periferního žilního katetru neustále – všeobecná sestra
- Při počátečních známkách infekce, odstraň PŽK a informuj o tom lékaře – ihned – všeobecná sestra

Realizace ze dne 11. 2. - 15.2 2013:

Dne 11. 2. 2013 jsem pacientce zavedla periferní žilní katetr pro aplikaci infuzní terapie a informovala jí o riziku vzniku infekce. Při zavádění periferního žilního katetru jsem postupovala asepticky. Pacientka dostávala denně infuzní terapii dle rozpisu lékaře. Při manipulaci s PŽK jsem vždy dodržovala zásady asepsy. Pacientka snášela infuze bez

obtíží. Při každé kontrole bylo místo vpichu klidné, bez známek infekce. Dle zvyklosti oddělení jsem kanylu pravidelně převazovala. Pacientce jsem denně měřila teplotu.

Hodnocení dne 15.2 2013:

Cíl byl splněn. U pacientky během hospitalizace nedošlo ke vzniku infekce. Místo vpichu je klidné, není zarudlé a nejsou přítomné známky infekce.

4.8 Zhodnocení ošetrovatelské péče

V rámci lékařské terapie a ošetrovatelské péče se stav pacientky zlepšil. Hospitalizaci snášela vcelku dobře, ale často mluvila o tom, že by chtěla jít domů. Vzhledem ke své diagnóze nerozuměla tomu, proč je v nemocnici. Často působila zmateně a dezorientovaně. Její rodina byla plně seznámena s jejím onemocněním, terapií i prognózou. S pacientkou se podařilo navázat důvěryhodný vztah, zajistit spolupráci rodiny, ke které má velice blízko. Z důvodu demence Alzheimerova typu se však některé problémy nedají odstranit, takže ošetrovatelské zásahy musí pokračovat i nadále, do budoucna je pravděpodobná ještě intenzivnější péče o pacientku a pomoc rodiny. Pacientka potřebuje pevné zázemí, dostatek času a trpělivosti, porozumění. S rozvojem nemoci bude i nadále nezbytná edukace především rodinných pečovatelů.

4.9 Doporučení pro praxi

Na základě osobních zkušeností získaných absolvováním odborné klinické praxe na gerontopsychiatrickém oddělení Všeobecné fakultní nemocnice, studiem odborné literatury na dané téma a možností porovnat péči v nemocničním zařízení a ve specializovaných Alzheimer centrech, usuzujeme následné doporučení pro praxi pro všeobecné sestry:

- neustále se vzdělávat a využívat nejnovější postupy a trendy v péči o pacienty trpícími Alzheimerovou chorobou,
- obměnit ošetrovatelský personál, tak aby se předešlo syndromu vyhoření a poskytování nekvalitní péče,

- rozšířit možnosti rehabilitační péče a denních aktivit pro pacienty, jako například více využívat arteterapii, ergoterapii, muzikoterapii apod.,
- snížit používání omezovacích prostředků na minimum a využívat jiné metody ke zklidnění pacienta,
- být vždy trpěliví při poskytování ošetrovatelské péče, o to víc při práci s pacienty s demencí, respektovat jejich zvláštní logiku myšlení,
- respektovat všechny potřeby pacienta, jeho individualitu, brát v úvahu jeho bio-psycho-sociální složku,
- co nejvíce využívat komunikaci a pomoc příbuzných, je-li to možné,
- poskytovat pacientovi dostatek času, projevovat zájem o něj,
- dodržovat všechny fáze ošetrovatelského procesu a docílit tak smysluplné a logické práce,
- poskytnout rodině informace o možnostech následné péče.

ZÁVĚR

Alzheimerova choroba je závažné neurodegenerativní onemocnění, při kterém dochází k nevratným změnám v mozkových buňkách a úbytku mozkové hmoty. Je to nejčastější příčina demence. Velmi ovlivňuje kvalitu života nemocného i jeho rodiny. Onemocnění se nejčastěji projevuje ve vyšším věku, přichází obvykle pomalu a plíživě, a proto může být dlouhou dobu nerozpoznáno. Varovným signálem bývá neobvyklá ztráta paměti, především krátkodobé, poruchy chování a emocí, zmatenost.

V každém případě platí, že i když je Alzheimerova choroba doposud nevléčitelná, při včasné diagnostice a léčbě lze výrazně zpomalit její průběh, zlepšit kvalitu života nemocného a oddálit období, kdy bude nezbytná trvalá péče o něj, jak už v domácím prostředí, nebo častokrát ve specializovaném zařízení.

Cílem bakalářské práce bylo poskytnout odborné informace o Alzheimerově chorobě, poukázat na důležitost včasné diagnostiky a stále se vyvíjející terapie, možnosti využití nefarmakologické léčby, dále navrhnout a realizovat plán ošetrovatelské péče. Cíl byl splněn.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. ARCHALOUSOVÁ, Alexandra a Zuzana SLEZÁKOVÁ. 2005. *Aplikace vybraných ošetrovatelských modelů do klinické a komunitní praxe*. 1. vyd. Hradec Králové: Nucleus HK, 2005, 107 s. ISBN 80-862-2563-1.
2. BAKER, Susan Keane. 2012. *Twenty strategies for communicating with patients with dementia*. In: [online]. [cit. 2012-11-02]. Dostupné z: http://www.nursingdegrees.com/communicating_with_alzheimers_patients.htm
3. BATSCH, Nicole L. a Mary S. MITTELMAN. 2012. *World Alzheimer Report 2012*. In: [online]. [cit. 2012-10-12]. Dostupné z: <http://www.alz.co.uk/research/world-report-2012>
4. BOROŇOVÁ, Jana. 2010. *Kapitoly z ošetrovatelství I*. Plzeň: Maurea, 2010, 193 s. ISBN 978-80-902876-4-8.
5. BUIJSSEN, Huub. 2006. *Demence: průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2006, 132 s. Rádci pro zdraví. ISBN 80-736-7081-X.
6. CALLONE, Patricia [et a Přeložila Jitka KLINKEROVÁ]. 2008. *Alzheimerova nemoc: 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*. Vyd. 1. české. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-802-4723-204.
7. Česká alzheimerovská společnost. Česká alzheimerovská společnost [online]. Praha, 2004, 20/12/2012 [cit. 2012-10-31]. ČALS. Dostupné z [www: <http://www.alzheimer.cz/?PageID=2>](http://www.alzheimer.cz/?PageID=2)
8. DOENGES, Marilyn E. 2001. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. přepr. a rozšíř. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001, 565 s. ISBN 80-247-0242-8.
9. FRANKOVÁ, Vanda. 2011. *Paní Anežka má demenci: příručka pro pečující a rodinné příslušníky nemocných s Alzheimerovou chorobou*. 2., upr. vyd. Praha: Galén, 2011, 54 s. ISBN 978-80-7262-760-8.
10. HERMANOVÁ, Marie. 2008. *Aktuální kapitoly z péče o seniory*. Vyd. 1. Brno: T.I.G.E.R., 2008, 111 s. ISBN 978-80-7013-475-7.
11. HOLMEROVÁ, Iva, Eva JAROLÍMOVÁ a Jitka SUCHÁ. 2007. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: Pro Gerontologické centrum vydalo EV public relations, 2007, 299 s. Vážka. ISBN 978-80-254-0177-4.

12. 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.
13. KLÁN, Jan. 2011. *Demence – závažný medicínský problém stárnoucí populace*. In Practicus: odborný časopis praktických lékařů. Praha: Společnost všeobecného lékařství, 2011, roč. 2011, č. 5. ISSN 1213-8711.
14. KUČEROVÁ, Helena. 2006. *Demence v kazuistikách*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 109 s. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1491-4.
15. MARTINKOVÁ, Jana a Andrea BOTÍKOVÁ. 2012. *Komunikace s pacientem s Alzheimerovou nemocí*. In Sestra: Praha: Mladá fronta a.s., 2012, roč. 22, č. 2. ISSN 1210-0404.
16. MINIBERGEROVÁ, Lenka a Jiří DUŠEK. 2006. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. 1. vyd. Brno: NCONZO, 2006, 67 s. ISBN 80-701-3436-4.
17. NĚMCOVÁ, Jitka a Ilona MAURITZOVÁ. 2011. *Manuál k úpravě písemných prací: text pro posluchače zdravotnických studijních oborů*. Plzeň: Maurea, 2011, 84 s. ISBN 978-80-902876-8-6.
18. PIDRMAN, Vladimír a Eduard KOLIBÁŠ. 2005. *Změny jednání seniorů*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005, 189 s. ISBN 80-726-2363-X.
19. PIDRMAN, Vladimír. 2007. *Demence*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 183 s. Psyché (Grada Publishing). ISBN 978-802-4714-905.
20. REGNAULT, Mathilde. 2011. *Alzheimerova choroba: průvodce pro blízké nemocných*. Vyd. 1. Překlad Daniela Šimková. Praha: Portál, 2011, 119 s. ISBN 978-802-6200-109.
21. RŮŽIČKA, Evžen. 2003. *Diferenciální diagnostika a léčba demencí: příručka pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2003, 175 s. ISBN 80-726-2205-6.
22. SEIDL, Zdeněk a Jiří OBENBERGER. 2004. *Neurologie pro studium i praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, 363 s. ISBN 80-247-0623-7.
23. SHEARDOVÁ, Kateřina. 2010. *Alzheimerova nemoc a zapojení pečovatele do boje o kvalitu života*. In Neurologie pro praxi. Olomouc: SOLEN, s.r.o., 2010, roč. 11, č. 3. ISSN 1213-1814.
24. TOPINKOVÁ, Eva. 2005. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, c2005, 270 s. ISBN 80-726-2365-6.

25. VÁGNEROVÁ, Marie. 2002. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2002, 444 s. ISBN 80-717-8678-0.
26. VOKURKA, Martin a Jan HUGO. 2008. *Kapesní slovník medicíny: výkladový slovník lékařských termínů pro širokou veřejnost : [3500 nejdůležitějších hesel]*. 2., rozš. vyd. Praha: Maxdorf, c2008, 188 s. ISBN 978-80-7345-163-9.
27. WEBER, Pavel. 2000. *Minimum z klinické gerontologie: pro lékaře a sestru v ambulanci*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 2000, 151 s. ISBN 80-701-3314-7.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Barthelův test základních všedních činností	I
Příloha B – Kritéria NINCDS-ADRDA	II
Příloha C – Orientační paměťový test MMSE	III
Příloha D – Test kreslení hodin	V
Příloha E – Síťové lůžko	VI
Příloha F – Prohlášení o sběru informací	VII

Příloha A – Barthelův test základních všedních činností

Barthelův test základních všedních činností (ADL)

Činnost	Provedení činnosti	Body
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
3. koupání	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
5. kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
6. kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
8. přesun lůžko-židle	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
	s pomocí 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
Celkové skóre		

Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech

0–40 bodů vysoce závislý

65–95 bodů lehká závislost

45–60 bodů závislost středního stupně

100 bodů nezávislý

Zdroj: RŮŽIČKA, Evžen. Diferenciální diagnostika a léčba demencí, 2003.

Příloha B – Kritéria NINCDS-ADRDA

<p>A. Diagnostická kritéria: všechny otázky musí mít odpověď ano:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Byla klinickým vyšetřením stanovena diagnóza demence?2. Má pacient deficit ve dvou nebo více oblastech kognitivních funkcí nebo celkový, graduálně progredující deficit kognice?3. Horší se pacientovi progredientně paměť a jiné kognitivní funkce?4. Je nepřítomna porucha vědomí (delirium)?5. Začala demence ve věku 40–90 let?6. Je nepřítomno systémové onemocnění nebo jiné onemocnění mozku, které by mohlo přímo nebo nepřímo zodpovídat za progredientní poruchy paměti a jiných kognitivních funkcí?
<p>B. Podpůrná kritéria: Odpovědi typu ano podporují diagnózu pravděpodobné Alzheimerovy nemoci, odpovědi typu ne ji však nevylučují:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Má pacient progredující poruchu specifických kognitivních funkcí, jako jsou řeč (afázie), motorické dovednosti (apraxie) a percepce (agnozie)?2. Má pacient poruchu aktivit denního života a chování?3. Vyskytla se v pokrevním příbuzenstvu pacienta podobná porucha, zvláště neuropatologicky ověřená (familiární výskyt)?4. Bylo u pacienta provedeno vyšetření mozkomíšního moku standardními technikami s normálním výsledkem?5. Má pacient normální EEG záznam nebo nespecifické změny EEG, jako je zvýšený výskyt pomalých vln?6. Má pacient prokázanou mozkovou atrofii na CT nebo MRI s průkazem progresu při opakovaných vyšetřeních?
<p>Následující okolnosti jsou slučitelné s diagnózou pravděpodobné Alzheimerovy nemoci po vyloučení jiných příčin demence (odpověď ano):</p> <ol style="list-style-type: none">1. Má pacient v průběhu progresu choroby období plátó?2. Má pacient přidružené symptomy deprese, insomnie, inkontinence, bludů, halucinací, iluzí, katastrofických verbálních, emočních či tělesných výbuchů, sexuálních poruch nebo úbytku hmotnosti?3. Má pacient jiné neurologické abnormality, zvláště u pokročilého onemocnění, včetně motorických příznaků, jako je zvýšení svalového tonu, myoklonus nebo poruchy chůze?4. Má pacient v pokročilém stadiu choroby epileptické záchvaty?5. Má pacient normální CT nebo MRI záznam vzhledem k věku?6. Má pacient výkyvy v průběhu a klinickém obrazu demence?7. Má pacient jiné systémové nebo mozkové onemocnění, které může způsobit demenci, ale které není pokládáno za příčinu pacientovy demence?
<p>Následující okolnosti činí diagnózu pravděpodobné Alzheimerovy nemoci nejistou nebo nepravděpodobnou (odpovědi ne svědčí pro pravděpodobnou Alzheimerovu nemoc):</p> <ol style="list-style-type: none">1. Byl náhlý, apoplektický začátek demence?2. Jsou přítomny fokální neurologické nálezy (např. hemiparéza, poruchy citlivosti, poruchy zorného pole, ataxie časně na počátku choroby)?3. Vyskytly se záchvaty nebo poruchy chůze na počátku nebo velmi brzy v průběhu choroby?

Zdroj: RŮŽIČKA, Evžen. Diferenciální diagnostika a léčba demencí, 2003.

Orientace
Položím Vám několik otázek, sloužících pro vyšetření paměti. Některé jsou zcela snadné, jiné jsou obtížnější. Odpovězte na všechny otázky, jak nejlépe dokážete.

Jaké je dnešní datum?
Pokud je odpověď nesprávná nebo neúplná, zeptejte se na chybný údaj znovu, v následujícím pořadí:

	0 0 1
1. Který je rok?	<input type="text" value="1"/>
2. Které je roční období?	<input type="text" value="1"/>
3. Který je měsíc?	<input type="text" value="1"/>
4. Kolikátého je dnes?	<input type="text" value="0"/>
5. Který je den v týdnu?	<input type="text" value="0"/>

Nyní se Vás zeptám několika otázkami na místo, kde teď jsme.

6. Jak se jmenuje nemocnice, ve které jsme?	<input type="text" value="0"/>
7. Ve kterém městě jsme?	<input type="text" value="1"/>
8. Jak se jmenuje čtvrť, kde je naše nemocnice?	<input type="text" value="0"/>
9. Ve kterém státě jsme?	<input type="text" value="1"/>
10. Ve kterém jsme poschodí?	<input type="text" value="0"/>

Registrace
Řeknu Vám 3 slova. Chtěl(a) bych, abyste mi je zopakoval(a) a pokusil(a) si je zapamatovat, protože se Vás na ně zeptám později ještě jednou.

11. klobouk	<input type="text" value="1"/>
12. citron	<input type="text" value="1"/>
13. auto	<input type="text" value="1"/>

Pozornost a počty
Počítejte od sta pozpátku, pokaždé odečítejte sedm.

14. 93	<input type="text" value="1"/>
15. 86	<input type="text" value="1"/>
16. 79	<input type="text" value="0"/>
17. 72	<input type="text" value="0"/>
18. 65	<input type="text" value="0"/>

Paměť

Zopakujte mi prosím ta tři slova, která jste před chvílí měli opakovat a zapamatovat si.

19. klobouk

1

20. citron

0

21. auto

0

Jazyk

22. Ukažte pacientovi tužku.

1

Můžete mi říci, co to je? (*)

23. Ukažte pacientovi hodinky.

1

Můžete mi říci, co to je? (**)

24. Pozorně poslouchajte a opakujte po mně:

1

Žádná jestli, ano, nebo ale. (***)

25. Položte list papíru na stůl, ukažte ho

1

pacientovi a řekněte mu:

Pozorně poslouchajte, co Vám teď řeknu:

vezměte papír do pravé ruky.

1

26. Přeložte ho napolovic.

1

27. A hodte ho na podlahu. (****)

1

28. Držte před pacientem list papíru, na kterém je napsáno: „Zavřete oči“ a řekněte pacientovi:

1

Prosím udělejte to, co je zde napsáno.

1

29. Podejte pacientovi list papíru a tužku a řekněte mu: Napište prosím nějakou větu. Může být o čemkoliv, ale musí být úplná. (*****)

Praxe

30. Podejte pacientovi list papíru, na němž jsou nakresleny dva pětiúhelníky a řekněte mu: Prosím, nakreslete stejný obrázek.

1

Vzor k úkolu



Celkové skóre (0 až 30)

20

Příloha D – Test kreslení hodin

Skóre	Popis	Příklady
1	Bezchybné provedení <ul style="list-style-type: none"> • číslice 1–12 ve správném pořadí i místě • dvě ručičky ve správnou poloze 	
2	Lhká prostorová chyba ciferníku hodin <ul style="list-style-type: none"> • vzdálenosti mezi číslicemi nerovnoměrné • číslice mimo kruh • otočení papíru s otočením číslic • použití pomocných čar pro lepší orientaci 	
3	Chybné zaznamenání času, zachované prostorové uspořádání hodin <ul style="list-style-type: none"> • pouze jedna ručička • čas zaznamenán slovně „10 hodin 10 minut“ • čas vůbec nezaznamenán 	
4	Střední stupeň prostorové dezorganizace, takže zaznamenání času není možné <ul style="list-style-type: none"> • nepravidelné mezery • zapomenutí čísel • perseverace: opakování kruhu, číslice na jednu stranu od 12 • záměna pravý-levý (čísllice proti směru) • dysgrafie - chybějí čitelné číslice 	
5	Těžká prostorová dezorganizace <ul style="list-style-type: none"> • jako u skóre 4, ale silněji vyjádřeno 	
6	Chybí zakreslení hodin (CAVE: vylučte depresi/delirium) <ul style="list-style-type: none"> • žádný pokus zakreslit hodiny • ani vzdálená podobnost s hodinami • napsáno slovo nebo jméno 	

Zdroj: HERMANOVÁ, Marie. Aktuální kapitoly z péče o seniory, 2008.

Příloha E – Síťové lůžko



Příloha F – Prohlášení o sběru informací

Prohlašuji, že jsem veškeré podklady pro zpracování praktické části bakalářské práce získala pouze během výkonu odborné klinické praxe.

podpis