

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

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA  
S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**VERONIKA TUPÁ, DiS.**

**Praha 2014**

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

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA  
S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU**

Bakalářská práce

VERONIKA TUPÁ, DiS.

Stupeň kvalifikace: bakalář  
Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra  
Vedoucí práce: MUDr. Josef Hošek

Praha 2014



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

**Tupá Veronika**  
**3. C VS**

**Schválení tématu bakalářské práce**

Na základě Vaší žádosti ze dne 2. 10. 2013 Vám oznamuji  
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelská péče o pacienta s Alzheimerovou chorobou

*Nursing Care for Patients with Alzheimer Disease*

Vedoucí bakalářské práce: MUDr. Josef Hošek

V Praze dne: 1. 11. 2013

  
doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.  
rektorka

## **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 15. 3. 2014

*podpis*

## **PODĚKOVÁNÍ**

Ráda bych touto cestou poděkovala MUDr. Josefu Hoškovi za jeho ochotu spolupracovat na této bakalářské práci a mé rodině za podporu při studiu.

## ABSTRAKT

TUPA, Veronika. *Ošetrovatelská péče o pacienta s Alzheimerovou chorobou*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: MUDr. Josef Hošek. Praha. 2014. 57 s.

Hlavním tématem bakalářské práce je přiblížit problematiku Alzheimerovy choroby. Tato práce je koncipována jako teoreticko – praktická. Teoretická část zahrnuje stručnou charakteristiku stáří a stárnutí, definici, klasifikaci a příznaky demence. Dále jednotlivá stádia demence, diagnostiku a terapii Alzheimerovy demence. Také je zde začleněna kapitola o ošetrovatelské péči a zásadách komunikace s takto nemocným pacientem. Praktickou část tvoří ošetrovatelský proces dle V. Hendersonové. V této části je popisován ošetrovatelský proces u pacienta s diagnostikovanou Alzheimerovou chorobou. Je zpracována ošetrovatelská anamnéza, ošetrovatelské diagnózy, plán ošetrovatelské péče a celkové zhodnocení.

Klíčová slova

Alzheimerova choroba. Demence. Ošetrovatelská péče. Stáří.

## **ABSTRACT**

TUPA, Veronika. Nursing Care for Patients with Alzheimer's disease. Medical College of Nursing, o. p. s. Degree: Bachelor (Bc). Supervisor: Dr. Josef Hosek. Prague. 2014. 57 pages.

The main aim of the thesis is to explain the issue about Alzheimer's disease. This thesis contains a theoretical – practical part. The theoretical part includes a brief characteristic of old age and aging, definition, classification and symptoms of dementia. In addition, this part describes each stage of dementia, diagnosis and therapy of Alzheimer's dementia and contains a chapter on nursing care and the principles of communicating with such sick patients. The practical part consists of the nursing process by V. Henderson. This part describes also the nursing process, diagnosis of the patients with Alzheimer's disease. So this part contains the processing of nursing history, nursing diagnosis, nursing care plan and overall evaluation.

Key words

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

# OBSAH

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

## SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝH VÝRAZŮ

<b>ÚVOD.....</b>	<b>12</b>
<b>1 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ.....</b>	<b>13</b>
<b>1.1 STÁŘÍ.....</b>	<b>13</b>
<b>1.2 STÁRNUTÍ.....</b>	<b>13</b>
1.2.1 KALENDÁŘNÍ STÁŘÍ.....	14
1.2.2 SOCIÁLNÍ STÁŘÍ.....	15
1.2.3 BIOLOGICKÉ STÁŘÍ.....	16
<b>2 DEMENCE.....</b>	<b>17</b>
<b>2.1 DEFINICE DEMENCE.....</b>	<b>17</b>
<b>2.2 KLASIFIKACE DEMENCE.....</b>	<b>17</b>
<b>2.3 PŘÍZNAKY DEMENCE.....</b>	<b>19</b>
<b>2.4 STÁDIA DEMENCE.....</b>	<b>20</b>
<b>3 ALZHEIMEROVA CHOROBA.....</b>	<b>22</b>
<b>3.1 OBJEV ALZHEIMEROVY DEMENCE.....</b>	<b>22</b>
<b>3.2 CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ.....</b>	<b>22</b>
<b>3.3 STADIA DEMENCE.....</b>	<b>24</b>
3.3.1 PRVNÍ STADIUM MÍRNÁ DEMENCE.....	24
3.3.2 DRUHÉ STADIUM STŘEDNÍ DEMENCE.....	25
3.3.3 TŘETÍ STADIUM TĚŽKÁ DEMENCE.....	26
<b>3.4 DIAGNOSTIKA ALZHEIMEROVY DEMENCE.....</b>	<b>27</b>



<b>3.5 TERAPIE ALZHEIMEROVY DEMENCE.....</b>	<b>28</b>
3.5.1 TERAPIE FARMAKOLOGICKÁ.....	28
3.5.2 TERAPIE NEFARMAKOLOGICKÁ.....	29
<b>3.6 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE.....</b>	<b>30</b>
3.6.1 STÁDIUM MÍRNÉ DEMENCE.....	31
3.6.2 STÁDIUM ROZVINUTÉ DEMENCE.....	32
3.6.3 STÁDIUM POKROČILÉ A TERMINÁLNÍ DEMENCE.....	33
3.6.4 KOMUNIKACE S DEMENTNÍM PACIENTEM.....	34
<b>4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES.....</b>	<b>37</b>
<b>4.1 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY DLE NANDA I. TAXONOMIE I .....</b>	<b>47</b>
<b>4.2 ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE.....</b>	<b>53</b>
<b>4.3 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....</b>	<b>53</b>
<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>54</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A ZDROJ INFORMACÍ.....</b>	<b>55</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>57</b>

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

**ALD** - Activities of Daily Living (test běžných denních činností člověka)

**BMI** - Body Mass Index (ukazatel tělesné hmotnosti)

**D** - dech

**G-S** – glykémie - hladina krevního cukru (glukosy) v krvi

**GSC** - Glasgow coma scale (hodnocení bezvědomí a jeho hloubky)

**HIV** - virus lidského imunodeficitu (human immunodeficiency virus)

**MMSE** - Mini Mental State Examination (test kognitivních funkcí)

**P** - puls

**PDK** - pravá dolní končetina

**PMK** – permanentní močový katétr

**TK** - tlak krve

**TT** – tělesná teplota

## SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

**Abúzus** – nadměrné užívání

**Acetylcholin** – látka přenášející vzruchy v nervové soustavě

**Adaptabilita** – schopnost a dovednost přizpůsobování

**Afázie** – porucha tvorby a porozumění řeči

**Agitovanost** - neklid, často provázený mimovolnými pohyby či afektivními projevy

**Antidepresiva** – skupina léků užívaných k léčbě deprese

**Apatie** – lhostejnost

**Atrofie** - zmenšení normálně vyvinutého orgánu v důsledku úbytku či zmenšení buněk

**Behaviorální** – týkající se chování

**Bludy** - mylné, chorobné přesvědčení

**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

**Dehydratace** - snížení objemu tělesné vody

**Demence** – chronický, trvalý úbytek duševních funkcí a schopností

**Dezinhibice** – ztráta sebekontroly

**Egocentrický** - sobecký

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

**Epidemiologie** – výskyt

**Etiologie** – příčina vzniku

**Halucinace** – vidina, přelud

**Hematurie** – přítomnost krve v moči

**Imobilizace** – znehybnění normálně pohyblivé části těla z léčebných důvodů

**Inhibitor** – látka schopná tlumit určitý děj

**Inkontinence** – neschopnost udržet moč nebo stolicí

**Interkurentní** – nemoc postihující člověka již trpícího jinou základní chorobou

**Izokorická** – stejná velikost zornic

**Katétr** - cévka

**Kognitivní** – poznávací, týkající se vnímání a myšlení

**Mánie** - afektivní porucha nálady

**Nootropika** - tzv. chytré drogy, kognitiva, potravinové doplňky a medikamenty zlepšující činnost mozku

**Per os** – ústy

**Polypektomie** – chirurgické odstranění polypů

## ÚVOD

Stárnutí populace se v poslední době stává velmi častým tématem. Tento trend postihující více či méně všechny země světa, má za následek mimo jiné i velký nárůst lidí trpících Alzheimerovou chorobou. Jen v České republice je počet postižených touto záľudnou chorobou odhadován asi na 124 tisíc. Proč záľudnou? Především proto, že tato nemoc má postupující charakter a dříve či později nemocnému sebere vše, co dosud měl, co ho dělalo tím, kým byl. Tito lidé se postupem času stanou zcela závislými na péči rodiny. I přes nesmírný pokrok v medicíně za poslední desetiletí nejsme stále schopni Alzheimerovu chorobou vyléčit.

Téma bakalářské práce jsme zvolili záměrně z několika důvodů. Především proto, že toto téma poměrně často slycháme i mimo zdravotnická zařízení a také proto, že žijeme v době, kdy extrémně rychle přibývá starých lidí a právě oni jsou touto nemocí ohroženi nejvíce.

Cílem práce je navrhnout a realizovat plán ošetrovatelské péče o pacienta s Alzheimerovou chorobou a získat tak nové poznatky o této nemoci. Bakalářská práce bude sloužit jako zdroj informací studentům zdravotnických oborů a všeobecným sestřám.

# 1 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ

O stáří lidé mnoho neuvažují. Většina lidí si myslí, že stáří nestojí za moc. *Logickým důsledkem takového paušálního pojmání stáří je odklon od všeho a všech, kteří stáří jsou nebo kteří nějakým způsobem stáří připomínají* (Haškovcová, 1989, s. 12). Každý by si však měl uvědomovat, že nezůstane „stále mlád“. Každý člověk stárne a na konci jeho života ho čeká stáří.

## 1.1 STÁŘÍ

*„Dbejme, aby nám stáří neudělalo vrásky také na duši, když je dělá na tváři.“*

Michel de Montaigne (Citáty slavných osobností, Citáty o stáří: strana 5)

Dle vývojové psychologie jsou pod pojem stáří řazeny dvě etapy života člověka. První etapou je období raného stáří, pod které „spadají“ jedinci mezi šedesáti až sedmdesátipěti let. Druhým obdobím je tzv. pravé stáří, to zahrnuje jedince starší sedmdesátipěti let (Vágnerová, 2007, s. 299).

*Stáří je poslední etapou života, fázi, která bývá označována jako postvývojová, protože již byly realizovány všechny latentní schopnosti rozvoje. Přináší nadhled a moudrost, pocit naplnění, ale také úbytek energie a nezbytnou proměnu osobnosti směřující k jejímu konci* (Vágnerová, 2007, s. 299). Rané stáří, tzv. třetí věk je obdobím, ve kterém dochází k závažným změnám daným stárnutím. Tyto změny však nemusí být natolik velké, aby znemožnily danému jedinci aktivní a nezávislý život.

Jako životní fáze pravého stáří je považováno období po 75. roce života. Ve chvíli, kdy senior dosáhne věku osmdesáti let, dosáhne tzv. čtvrtého věku. V tomto období narůstají tělesné a mentální problémy, dochází k jejich úpadku. Vznikají různé zátěžové situace, při kterých jsou na seniora kladeny nároky na adaptaci (např. umístování do institucionální péče). Na zátěžové i jiné situace reagují senioři různými způsoby. *Na jedné straně existují lidé, kteří jsou oceňováni pro svou moudrost a nadhled, a na druhé straně tohoto spektra je relativně početná skupina těch, kteří jsou poznamenáni značným psychickým i somatickým úpadkem* (Vágnerová, 2007, s. 399). Často se jedná o projevy onemocnění, kterými je ovlivňováno fungování centrální nervové soustavy nebo celý organismus, nejde jen o důsledky pokročilého věku.

## 1.2 STÁRNUTÍ

*„Stáří se nevysmívej - vždyť k němu směřuješ.“*

Menandros (Citáty slavných osobností, Citáty o stáří)

Stárnutí je celoživotním biologickým neodvratným procesem. Na konci stárnutí je stáří. Autorka Ondrušová (2011, s. 13) uvádí několik definic stárnutí:

- *Stárnutí není pouhé plynutí času. Je ovšem projevem biologických dějů, které nastávají v čase a po určitý čas trvají.*

- *Stárnutí je specifický, nevratný a neopakovatelný biologický proces, univerzální pro celou přírodu.*
- *Stárnutí je proces všeobecný (stárne celá populace) a zároveň individuální (stárne konkrétní jedinec).*

Proces stárnutí charakterizuje několik znaků:

- Je individuální, u každého jedince probíhá jiným způsobem.
- Stárne vždy celý člověk (po stránce psychické, biologické, sociální).
- Jednotlivé orgány stárnou různě rychle.
- Postupně omezovány různé funkce a struktury osobnosti.
- Schopnost adaptace je ve stáří snížena (Ondrušová, 2011, s. 14).

Stárnutí je možné rozdělit na primární a sekundární. Základem primárního stárnutí jsou genetické dispozice. Je možné říci, že každý jedinec má ve svém *genetickém programu zakódován počátek a průběh stárnutí i pravděpodobnou délku života* (Vágnerová, 2007, s. 311). Sekundární stárnutí je charakterizováno vlivy vnějších faktorů. Stáří je nepochybně ovlivněno stylem života, výživou, nebo nadměrným zatěžováním některých orgánů a jejich systémů.

Autorka Vidovičová (2008, s. 104) na základě výzkumu uvádí, že při otázce na definiční charakteristiky stáří, respondenti uváděli na prvním místě zdravotní stav, na druhém neschopnost se o sebe postarat a na třetím místě byl věk.

### 1.2.1 KALENDÁŘNÍ STÁŘÍ

*„Stárnutí je otrava, ale je to jediný způsob, jak se dožít vysokého věku.“*

George Bernard Shaw (Carperová, 2011, s. 13)

Kalendářní stáří je považováno za nejvýznamnější ukazatel toho, kdo je starý. Tento ukazatel je sice jasně vymežitelný, ale *nevypovídá nic o involučních změnách, pracovních schopnostech či změnách sociálních rolí v životě člověka* (Ondrušová, 2011, s. 16). Dalo by se říci, že ukazatel kalendářní stáří není přesným a nelze ho na sto procent považovat za spolehlivého prediktora životního stavu daného jedince. Je však dobrým nástrojem pro demografii a statistiku.

*Světová zdravotnická organizace (WHO) akceptovala v šedesátých letech minulého století patnáctiletou periodizaci lidského života a dále klasifikuje vyšší věk na:*

- *60-74 let: rané stáří (počínající stáří)*
- *75-89 let: vlastní stáří (osoby pokročilého, vysokého věku)*
- *90 a více let: období dlouhověkosti* (Ondrušová, 2011, s. 17).

V současné době existuje i členění stáří, které je orientační:

- *65-74 let: mladí senioři*

- 75-84 let: staří senioři
- 85 a více let: velmi staří senioři (Ondrušová, 2011, s. 17)

V současné době je za počátek stáří považován věk 65 let, vlastní stáří začíná v 75. letech. Jak bylo výše uvedeno, známé je také rozdělení na třetí a čtvrtý věk (Ondrušová, 2011, s. 17).

### 1.2.2 SOCIÁLNÍ STÁŘÍ

Sociální stáří je charakterizováno rolí, kterou člověk má ve společnosti. Počátek sociálního stáří bývá započat vznikem nároku na starobní důchod. Současná doba nabízí oproti představě, že starý člověk je neužitečný, příležitosti, kdy se může senior seberealizovat, vzdělávat, osobně se rozvíjet (Ondrušová, 2011, s. 17).

Lidé nestárnou stejně, proto mezi nimi vznikají rozdíly i ve stáří. Nejen z hlediska biologického, zdravotního nebo psychologického, ale také sociálního. Přesto však existují charakteristiky, které jsou pro daná období typická. *Pro mladé seniory je to především problematika penzionování, náplně volného času a seberealizace. Pro vlastní stáří je typická nižší adaptabilita a tolerance zátěže* (Ondrušová, 2011, s. 18). Dále se přidávají stonání a postupná osamělost v průběhu života. Vzniká postupná závislost na druhých osobách.

Autorka Vágnerová (2007, s. 350) uvádí, že *v období stáří dochází k postupné diferencované proměně či redukci různých sociálních dovedností, kterou lze v krajním případě chápat i jako proces desocializace*. Jak již bylo výše uvedeno, probíhá u každého jedince jinak. Starší lidé jsou postupně stále více izolováni od společnosti (např. odchodem do důchodu), často se ubírají pouze ke komunikaci s rodinou, snižuje se jejich sociální orientace a mění se společenské chování.

Senioři dle autorky Vágnerové (2007, s. 350) prožívají své stáří v rámci několika sociálních skupin:

- Rodina
- Přátelé a známí ze sousedství
- Společenství obyvatel určité instituce (např. domov důchodců, LDN)

Důležitou součástí procesu socializace je nepochybně komunikace. Senioři mohou mít komunikaci ztíženou percepčními problémy (nedoslýchavost), pomalou mluvou, paměťovými problémy, zhoršováním využití jazykových dovedností nebo také redukcí obsahu komunikace (Vágnerová, 2007, s. 351-353).

U starších lidí dochází také ke změně morálního uvažování a mění se vztah k sociálním normám. Ve stáří bývají lidé konzervativní, *ulpívají na zažitých pravidlech* (Vágnerová, 2007, s. 354), což se může také stát významnou bariérou mezi nimi a okolním světem.

Ve stáří jsou také zredukovány sociální role. Hlavními rolami jedince ve stáří jsou ty, které se týkají rodiny, např. rodiče, prarodiče. Starý člověk odchází do důchodu a získává roli důchodce. Častou a běžnou rolí ve stáří je také role vdovy/vdovce a role



nemocného (Vágnerová, 2007, s. 354-355). S postupujícím věkem se počet rolí stále snižuje.

### 1.2.3 BIOLOGICKÉ STÁŘÍ

Biologické stáří zahrnuje tělesné změny organismu: *omezení jeho rezerv, snížení adaptačních schopností a odolnosti k zátěži, pokles funkcí orgánů, úbytek svalové a kostní hmoty, zhoršování smyslů, pokles odolnosti imunitního systému, hormonální změny* (Ondrušová, 2011, s. 14).

V období stáří se zhoršuje somatický a psychický stav. Opět platí, že u každého tyto změny přichází jindy. Biologické stáří je ovlivněno především genetickými faktory a faktory vnějšími (např. životní styl) (Vágnerová, 2007, s. 311).

V období stáří přibývá v životě člověka stonání, která často vznikají na základě prodělaných nemocí v průběhu života. *Seniory netrápí jen somatické choroby, ale i psychické potíže, které nebývají vždycky správně diagnostikovány* (Vágnerová, 2007, s. 312). Duševní onemocnění postihují ve stáří poměrně hodně osob, až 20% starých lidí.

Ve stáří má zdraví jiné dimenze, za zdravého se považuje především ten, kdo se cítí dobře, je soběstačný a netrpí žádnou zjevnou chorobou. Významnou roli hrají subjektivní postoje jedince k daným potížím. *Zdůrazňování zdravotních problémů a zaměřenost na vlastní tělo může významně zkomplikovat i sociální postavení staršího člověka* (Vágnerová, 2007, s. 313). Pokud se někdo na své nemoci zaměřuje a zdůrazňuje je, zvýší se také riziko, že ho jeho okolí nebude přijímat. Proces socializace bude značně omezen.

V období stáří se po tělesné stránce mění také vzhled člověka.

Období pravého stáří je z biologického hlediska charakteristické zhoršováním zdravotního stavu, snižováním soběstačnosti, častými chronickými onemocněními oběhové soustavy, nemocemi pohybového ústrojí, depresemi, bývají postihováni centrální mozkovou příhodou a v neposlední řadě je častým problémem stáří demence (Vágnerová, 2007, s. 402-406).

## 2 DEMENCE

*„Važ si starce i tehdy, kdyby ze stařecké slabosti pozapomněl svých vědomostí.“*

Talmud (Citáty a přísloví, Stáří a stárnutí)

### 2.1 DEFINICE DEMENCE

*„Dokázal jsem dělat všechno, a teď nedokážu dělat nic.“*

(Buijssen, 2006, s. 16)

Pojem demence pochází z latinského slova „dementia“ a znamená „bez mysli“. Pro člověka, který je postižen demencí, je charakteristický úpadek (Buijssen, 2006, s. 13).

*Demence je termín, který označuje vážné duševní onemocnění, které vzniká v průběhu života člověka až po ukončení rozvoje jeho kognitivních funkcí* (Vitalion.cz, 2012).

Autorka Boydová uvádí, že demence je onemocnění mozku, které vážně ovlivňuje schopnost člověka provádět každý den aktivity. Nejčastější formou demence je Alzheimerova choroba (Boydová, 2011).

Demence patří mezi syndromy, tudíž se jedná o skupinu symptomů nebo rysů, které se objevují v kombinaci. Základem nemoci je ztráta paměti, *vzorec pacientova života prodělává podstatnou změnu* (Buijssen, 2006, s. 16).

Autoři Hrdlička a Hrdličková (1999, s. 11) uvádí, že se nejedná jen o poruchu paměti. Nemoc postihuje také myšlení, orientaci, chápání, uvažování, schopnost učení, početní schopnosti, řeč a úsudek. Postupně je narušeno chování, emoce a volní vlastnosti postižené osobnosti. *Proces demence postupně hluboce naruší celý život postiženého. Nejprve vede k nenápadné, ale progredující redukci původních zájmů a aktivit, později se přidružuje ztráta soběstačnosti, sociálních a hygienických návyků a nakonec i schopnosti komunikace a samostatného pohybu* (Hrdličková, Hrdlička, 1999, s. 11).

### 2.2 KLASIFIKACE DEMENCE

*„A jsem tady. To je všechno, co vím.“*

(Buijssen, 2006, s. 16)

Demence je chorobou, která postihuje řadu seniorů. *Mortalita pacientů s demencí je dvojnásobná než u pacientů stejného věku bez demence* (Hrdlička, Hrdličková, 1999, s. 27).

Existuje řada forem demence, kterou může být starý člověk postižen. Autoři Hrdlička a Hrdličková (1999, s. 27-35) uvádí tyto:

- Demence Alzheimerova typu

- Vaskulární demence
- Demence s Lewyho tělísky
- Demence u Pickovy choroby
- Demence u Creutzfeld-Jakobovy choroby
- Demence u Huntingtonvy chorey
- Demence u Parkinsonovy choroby
- Demence u infekce HIV
- Sekundární demence

Nejčastějším typem demence je Alzheimerova choroba.

Vaskulární demence je druhým nejčastějším typem. Jsou zde řazeny multiinfarktová demence, demence vzniklá infarktem strategicky významného místa v mozku, demence při lakunárním stavu, Binswangerova nemoc, smíšená demence vznikající kombinací multiinfarktové demence a Binswangerovy nemoci (Koukolík, Jirák, 1998, s. 132).

Demence s Lewyho tělísky patří k poměrně nově objeveným typům demence. Má řadu synonym: *korová nemoc s Lewyho tělísky, varianta Alzheimerovy nemoci s Lewyho tělísky, senilní demence s Lewyho tělísky, senilní demence Lewyho typu apod.* (Koukolík, Jirák, 1998, s. 145). Tato demence postihuje především muže, má kolísavý průběh. Mezi rané příznaky patří kolísání pozornosti, zrakové halucinace. Motorika je podobná jako u Parkinsonovy choroby.

Pickovu chorobu provází euforie, emoční otupělost, zhoršení sociálního chování, apatie nebo neklid a dezinhibice (Hrdlička, Hrdličková, 1999, s. 31).

Demence u Creutzfeld-Jakobovy choroby se dostala do popředí v souvislosti s „nemocí šílených krav“. Je možné, že je částečně přenesena z hovězího dobytka. Nemoc trvá převážně jeden až dva roky, končí smrtí. Mezi příznaky patří rychle progredující demence. Aby byla diagnostika této nemoci jistá, je nutné provést mozkovou biopsii (Hrdlička, Hrdličková, 1999, s. 32).

Demence u Huntingtonvy chorey *se vyskytuje jako součást celkové degenerace mozku. Diagnóza se opírá o familiární výskyt, typické choreatické poruchy hybnosti a přítomnost demence* (Hrdlička, Hrdličková, 1999, s. 32).

Demence u Parkinsonovy choroby se rozvíjí u těžkých forem této nemoci (Hrdlička, Hrdličková, 1999, s. 32).

*Působením viru HIV vzniká subakutní encefalitida, odpovědná za demenci. Ta začíná stížnostmi na zapomnětlivost, pomalost, nesoustředěnost, potížemi při řešení problémů a při čtení* (Hrdlička, Hrdličková, 1999, s. 32). Běžnou také bývá apatie, zhoršená socializace. Často končí smrtí během několika týdnů.

Demence může být také projevem řady nemocí nebo poruch, jedná se o tzv. sekundární demenci (Hrdlička, Hrdličková, 1999, s. 33).

## 2.3 PŘÍZNAKY DEMENCE

„*Moje paměť je prázdná, nedokážu myslet na jediné slovo.*“

(Buijssen, 2006, s. 43)

Tak jako proces stárnutí probíhá u každého člověka jinak, i demence se projevuje individuálně. Má však i společné znaky. *Jejich projevy přibývá s věkem a s průběhem stadií - od počátečního přes střední až po pozdní - během nichž se projevy od sebe liší a stav se zhoršuje* (Hajdovská - Tlustá, 2006).

Aby mohla být u člověka demence diagnostikována, je důležité, aby se projevovала současně ve třech oblastech:

- *Kognitivní funkce (intelekt)*
- *Funkční schopnosti (pracovní a sociální oblast, celková soběstačnost)*
- *Chování (oblast behaviorální)* (Hajdovská - Tlustá, 2006)

Je nutné, aby projevy byly pozorovány dlouhodobě a setrvale (Hajdovská – Tlustá, 2006).

Mezi první varovné signály patří postupná ztráta paměti. Ke stáří zapomínání nepochybně patří, je však nutné rozpoznat, zda se jedná o neškodnou zapomnětlivost (benigní), mírnou kognitivní poruchu (do určité míry zhoršená paměť, ale stále je možné si v běžném životě poradit, může dojít ke zhoršení a následné Alzheimerově nemoci nebo nemusí) nebo demenci (Glenner a kol., 2012, s. 9).

Varovnými signály, které mohou poukazovat na demenci, jsou např. potíže s řízením, špatná orientace, zhoršená schopnost určitých činností (např. vaření)(Glenner a kol., 2012, s. 11).

Dalšími příznaky mohou být:

- Ztráta soudnosti
- Ztráta schopnosti logického myšlení
- Porucha prostorové představivosti a orientace (u některých typů demence)
- Anamnestická dezorientace (porucha krátkodobé paměti, jedinec si nepamatuje, kde se zrovna nachází)
- Neschopnost vykonávat složitější úkony (tzv. poruchy exekutivních funkcí, např. elektrikář zapomene i ty nejjednodušší úkony)
- Postupné snižování intelektové výkonnosti (tzv. deteriorace intelektu)
- Poruchy psychických funkcí - emotivity (nepřiměřené reakce vzhledem k daným situacím), deprese, mánie (někdy)
- Poruchy chování (agrese, neklid, poruchy spánku) (Vitalion.cz, 2012)

## 2.4 STÁDIA DEMENCE

„Jsem pořád jako v mlze, jako v těžkém polospánku.“

(Buijssen, 2006, s. 43)

*Jednotlivé základní symptomy demence se nezhoršují stejně rychle* (Glennner a kol., 2012, s16). Lékaři a vědci jsou rozeznávány nejméně tři fáze demence. Měly by sloužit pouze jako obecné vodítko. Je například možné, že daný jedinec má dobré řečové dovednosti (1. fáze), ale má už velmi poškozenou paměť a nezvládá své emoce (2. až 3. fáze).

Dle autora Glennnera a kol. (2012, s. 16) existují následující tři fáze:

1. fáze: počínající, mírná demence
2. fáze: rozvinutá demence
3. fáze: pokročilá, terminální demence

V první fázi nebývá jednoduché demenci poznat. Mezi hlavní příznaky patří:

- *Zhoršení krátkodobé paměti, mírné zhoršení řečových schopností (afázie)*
- *Zmatenost*
- *Snížený rozsah pozornosti*
- *Narušená schopnost racionálního uvažování a úsudku*
- *Úzkost, deprese a uzavřenost*
- *Zjevné obtíže při obsluze přístrojů a pomůcek* (Glennner a kol., 2012, s. 16)

Druhá fáze je provázena výraznějšími příznaky první fáze a přidávají se:

- *Neklid a agitovanost*
- *Repetitivní chování nebo perseverace*
- *Dezorientovanost na známých místech*
- *Nejisté a ztuhlé držení těla (hypertonie)*
- *Problémy s vnímáním a motorikou*
- *Problémy spojené s chozením na toaletu a s kontinencí*
- *Potíže při dalších aktivitách denního života*
- *Určité zhoršení dlouhodobé paměti* (Glennner a kol., 2012, s. 16)

Pokud se člověk nachází ve třetí fázi demence, je nutné, aby byl pod nepřetržitým dohledem. K příznakům patří:

- *Bludy a halucinace*
- *Neschopnost udržet moč a později i stolici (střevní inkontinence)*
- *Obtíže s polykáním způsobující vdechnutí potravy nebo dušení*
- *Hubnutí*
- *Neschopnost reagovat na podněty a uvědomovat si okolní dění (Glennner a kol., 2012, s. 17)*

### 3 ALZHEIMEROVA CHOROBA

*„Být někdy nemocen, je zdravé.“*

Henry David Thoreau („Citáty“, Zdraví a nemoc)

Alzheimerova nemoc je neurologickou poruchou nebo chorobou, která se vyskytuje nejčastěji u starších lidí. *Likviduje životně důležité mozkové buňky, což vede k celkovému zhoršení duševních i fyzických schopností postiženého* (Glennner a kol., 2012, s. 18).

#### 3.1 OBJEV ALZHEIMEROVY DEMENCE

Alzheimerova choroba byla objevena a popsána v Německu psychiatrem Aloisem Alzheimerem. Roku 1906 poprvé popsal klinické a neuropatologické nálezy na své pacientce Auguste D., která měla 51 let. Pacientka zemřela čtyři roky poté (Boydová, 2011, s. 1).

Alzheimer objevil v „šedé hmotě“ mozkové kůry *neboli ve vnější vrstvě mozku abnormální plak s neurofibrilární klubka* (Glennner a kol., 2012, s. 18). Tyto abnormality jsou označovány jako „presenilní demence“, jelikož poškození mozku bylo pozorováno nejdříve u jedinců mladších šedesáti let.

Později v roce 1968 bylo třemi patology zjištěno, že Alzheimerova nemoc není vzácná choroba vyskytující se u mladších pacientů, ale že se jedná o to, co bylo tehdy označováno jako senilita (Glennner a kol., 2012, s. 19).

Vývoj pojmu Alzheimerovy nemoci byl dlouhým a složitým procesem. Počátek výzkumu je počítán od přednášky již zmiňovaného Aloise Alzheimerera v roce 1906 nebo od uveřejnění jeho práce v roce 1907. Z hlediska soudobého vývoje poznání genetiky se dá říci, že vývoj pojmu této choroby ještě stále není ukončen (Koukolík, Jiráček, 1998, s. 12).

#### 3.2 CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ

*„Mám pocit, jako by se celá moje osobnost najednou rozpadla.“*

(Buijssen, 2006, s. 43)

*Alzheimerova nemoc (AN) narušuje část mozku a způsobuje pokles takzvaných kognitivních funkcí – myšlení, paměti, úsudku. Bývá nejčastější příčinou demence, která vede postupně k závislosti nemocného na každodenní pomoci jiného člověka* (Česká alzheimerovská společnost, Alzheimerova choroba).

Autorka Carperová (2011, s. 20) uvádí, že přesná definice uvádí, že *Alzheimerova demence je pomalý a progresivní úpadek a zmenšování mozku*. Rizikovým faktorem číslo jedna je vyšší věk. Jedná se o chronickou nemoc, u které jsou prvním varovným příznakem abnormální problémy s pamětí (Carperová, 2011, s. 20-21).

Náchylnost k této nemoci je dána geny, životním stylem a prostředím. Je nutné rozlišovat mezi *časnou Alzheimerovou chorobou s nástupem před šedesáti lety věku a pozdním Alzheimerem, který se začíná projevovat až po šedesátce* (Carperová, 2011, s. 21). Alzheimerova choroba s časným nástupem bývá zapříčiněna mutacemi genů, je silně dědičně podmíněna. Vyskytuje se však vzácně.

Současná doba pohlíží na tuto nemoc jako na sérii faktorů, které se postupně vyvíjejí po celá desetiletí (v mladém, středním a pozdním věku). Tyto faktory jsou ovlivňovány mnoha vlivy (prodělané infekce, výživa, výše dosaženého vzdělání apod.) (Carperová, 2011, s. 21-22).

Mezi příznaky nemoci je možné řadit ztrátu paměti, která ovlivňuje schopnost plnit běžné pracovní úkoly, problémy s vykonáním běžných činností, problémy s řečí, časovou a místní dezorientací, špatný nebo zhoršující se racionální úsudek, problémy s abstraktním myšlením, zakládání věcí na nesprávné místo, změny v náladě nebo chování, změny osobnosti, ztrátu iniciativy (Česká alzheimerovská společnost, Příznaky).

Autorka Regnaultová (2011, s. 19) uvádí, že v počátcích choroby se může postižený jedinec snažit příznaky skrývat. Varovnými signály jsou především neobvyklá agresivita a změny chování. K prvním symptomům autorka řadí *opakování úkonů nebo vět, duševní nepřítomnost, potíže s poznáváním obličejů, špatná orientace ve vlastním domě*.

Je důležité si uvědomit, že poruchy paměti způsobují také jiné patologie, vždy se nemusí jednat o Alzheimerovu chorobu. K určení je nutné odborné vyšetření (Regnaultová, 2011, s. 19).

Auto Glenner a kol. (2012, s. 19) uvádí ve své knize některé ze statistik, týkajících se Alzheimerovy choroby:

- *Alzheimerova nemoc způsobuje šedesát pět procent případů demence, a je tedy její nečastější příčinou.*
- *Alzheimerovou nemocí trpí více než čtyři miliony dospělých.*
- *Alzheimerova nemoc postihuje každého pátého člověka nad šedesát pět let. S přibývajícím věkem se počet postižených zvyšuje a ve věkové skupině nad osmdesát pět let trpí touto nemocí téměř polovina osob. Spojené státy americké stojí léčba Alzheimerovy nemoci sto miliard dolarů ročně.*
- *Více než padesát procent klientů zařízení dlouhodobé péče bylo přijato z důvodu Alzheimerovy nemoci.*



### 3.3 STADIA DEMENCE

#### 3.3.1 PRVNÍ STADIUM MÍRNÁ DEMENCE

*„Než došla na roh ulice, zapoměla, co chtěla udělat.“*

(Buijssen, 2006, s. 45)

V prvním stadiu nemoci je možné si myslet, že jedinec „jen přirozeně stárne“. Na počátku stojí poruchy paměti, což je opravdu obvyklým jevem stáří. Postižený jedinec není schopen si zapamatovat nové věci, vybavuje si vzpomínky z mládí a často a rád o nich mluví. *Zhoršuje se jeho obrazová představivost a logické uvažování, schopnost úsudku a počítání* (Třetivěk.cz, Stadia Alzheimerovy nemoci, strašák důchodce a seniora, 2006).

V prvním stadiu nemoci se vyskytují také poruchy prostorové orientace, bloudění na méně známých místech. Člověk je časově dezorientován (neschopnost vybavit si, jaký je rok, měsíc či den). *Má sníženou schopnost plynulého vyjadřování a mohou se vyskytnout i první psychologické příznaky a poruchy chování – deprese, poruchy vnímání, ojedinele i bludy* (Třetivěk.cz, Stadia Alzheimerovy nemoci, strašák důchodce a seniora, 2006).

I přesto, že pacient trpí již značnými závažnými problémy, stále je schopen se o sebe postarat na základní úrovni. Může se u něj však vyskytnout ztráta iniciativy na základě různých situací (např. založí někam věci a nemůže je najít) (Třetivěk.cz, Stadia Alzheimerovy nemoci, strašák důchodce a seniora, 2006).

*Poruch paměti si nemocní nebývají vědomi, cítí se často zdraví. Podezírají někdy blízké, že jim věci schovávají. Popírají své problémy, odmítají možnost, že by se jim zhoršovala paměť. Zůstává jim schopnost povrchně diskutovat a společensky povídat. Někdy kontrastuje s podezíráním blízkých naivní důvěra, se kterou se svěřují cizím lidem. Mění se osobnost a povaha nemocných, jsou zvýšeně sobečtí, soustředění jen na sebe* (Třetivěk.cz, Stadia Alzheimerovy nemoci, strašák důchodce a seniora, 2006).

Problémy, které mohou v prvním stadiu nemoci vznikat:

- *Obtížné dorozumění*
- *Zapomínání*
- *Zakládání věcí*
- *Podezíravost, vztahovačnost*
- *Popírání problémů, poruch paměti*
- *Dezorientace v čase*
- *Bloudění na známých místech*
- *Obtížné rozhodování, bezradnost*

- Příznak „otáčení hlavy“ (např. u lékaře se otáčí na příbuzné, aby mu poradili s odpovědí)
- Ztráta iniciativy
- Znamky deprese, úzkosti a agresivity
- Ztráta zájmu o koníčky
- Změna osobnosti, sobeckost a egocentričnost (Třetívěk.cz, Stadia Alzheimerovy nemoci, strašák důchodce a seniora, 2006).

### 3.3.2 DRUHÉ STÁDIUM STŘEDNÍ DEMENCE

„Uvažoval jsem, jak to musí být šílené, když člověk už nevládní své vzpomínky.“

(Buijssen, 2006, s. 54)

Postupem času přichází na řadu druhé stádium nemoci a projevují se závažnější příznaky a problémy, které už se vyskytují v takové míře, že znemožňují pacientovi vykonávat běžné denní činnosti. Jedná se především o neschopnost se soustředit a výrazné výpadky paměti. Z paměti vypadávají už i běžná slova (Třetívěk.cz, Stadia Alzheimerovy nemoci, strašák důchodce a seniora, 2006).

Začínají problémy s počítáním, čtením a psáním. Vzpomínky z mládí v paměti zůstávají už jen v útržcích. Vznikají poruchy soudnosti, *těžší formy poruchy časové a prostorové orientace a také zhoršování řečových schopností* (Třetívěk.cz, Stadia Alzheimerovy nemoci, strašák důchodce a seniora, 2006).

Poruchy chování, halucinace a bludy se začínají projevovat výrazněji (*myslí si, že mu někdo chodí do bytu, podezírá a obviňuje blízké, sousedy nebo zcela cizí osoby z krádeží*) (Třetívěk.cz, Stadia Alzheimerovy nemoci, strašák důchodce a seniora, 2006). Vyskytují se potíže s hygienou a jejím dodržováním, oblékáním. Člověk ve druhé fázi nemoci je již velkým dílem závislý na péči druhých.

*Mohou se již objevovat i přechodné odpolední a noční stavy zmatenosti – jedná se o poruchy vědomí, odborně nazývané deliria. Častější je také bloudění, ztráta se. Přesto zůstává zachovaná schopnost vést povrchní společenskou konverzaci. Na první dojem mohou být nenápadní, postižení paměti není při krátkém kontaktu patrné. Prohlubuje se změna osobnosti, egocentričnost, sobeckost* (Třetívěk.cz, Stadia Alzheimerovy nemoci, strašák důchodce a seniora, 2006).

Problémy:

- Ztráta paměti
- Poruchy soudnosti, nekritičnost
- Prohlubování změn osobnosti, sobeckost, egocentričnost
- Neschopnost vykonávat běžné aktivity – vaření, nakupování, úklid
- Potřeba pomoci při mytí, vykonávání osobní hygieny a oblékání

- *Obtížná komunikace*
- *Zatoulávání se, bloudění*
- *Poruchy chování, agrese*
- *Halucinace, podezřívavé chování, bludná vztahovačnost, bludy okrádanosti, obviňování blízkých*
- *Stavy zmatenosti – deliria* (Třetivěk.cz, Stadia Alzheimerovy nemoci, strašák důchodce a seniora, 2006).

### 3.3.3 TŘETÍ STÁDIUM TĚŽKÁ DEMENCE

*„Můj úsměv je můj nejdůležitější prostředek při jednání s dědečkem. Když se na něho usmívám, dveře, jež normálně zůstávají zavřené, se otevírají dokořán.“*

(Buijssen, 2006, s. 66)

Ve třetí fázi nemoci je pacient již zcela odkázán na druhou osobu, je absolutně nesoběstačný. Stádium se projevuje poruchami chůze, neurologickými poruchami, poruchami chování (vyskytuje se především agresivita), nočními i odpoledními stavy zmatenosti (Třetivěk.cz, Stadia Alzheimerovy nemoci, strašák důchodce a seniora, 2006).

Smutným doprovázejícím projevem, především pro blízké nemocného, je nepoznávání členů rodiny. Dalšími příznaky jsou obtíže s příjmem potravy, dodržováním osobní hygieny, udržením moči a stolice (ani si včas neřekne), a také s příjmem potravy a tekutin (Třetivěk.cz, Stadia Alzheimerovy nemoci, strašák důchodce a seniora, 2006).

Zhoršuje se také schopnost řeči (opakování slov, vět, někdy úplná ztráta schopnosti). V tomto stádiu se mohou k Alzheimerově chorobě přidat také další nemoci. *Tyto, jinak mnohdy zanedbatelné choroby, mohou být pro pacienta s Alzheimerovou chorobou rizikové a život ohrožující* (Třetivěk.cz, Stadia Alzheimerovy nemoci, strašák důchodce a seniora, 2006).

Ve třetím stádiu se tedy objevují především tyto problémy:

- *Poruchy příjmu potravy*
- *Nerozpoznání blízkých osob*
- *Nechápání okolního dění*
- *Ztráta schopnosti souvislé řeči, opakování slov, vět, křik*
- *Odpolední a noční stavy zmatenosti – deliria*
- *Obtížná chůze*
- *Poruchy vylučování moči a stolice, inkontinence*
- *Chování neodpovídající situaci*

- *Úplná ztráta soběstačnosti, ve všem závisí na pečovateli*
- *Upoutání na invalidní vozík*
- *Těžké duševní i tělesné chátrání, hubnutí* (Třetivěk.cz, Stadia Alzheimerovy nemoci, strašák důchodce a seniora, 2006).

### 3.4 DIAGNOSTIKA ALZHEIMEROVY DEMENCE

*Chceme-li zjistit, zda dotyčný trpí Alzheimerovou nemocí, je nejlepší provést diferenciální diagnózu, která spočívá v odlišení příznaků jiných nemocí, a jedná se tudíž o složitější proces, který se nestihne během jediné návštěvy lékaře* (Glennner a kol., 2012, s. 24). V současné době je tento typ diagnostiky velmi spolehlivý (její úspěšnost je téměř 90%, jednoznačnou odpověď však předá až pitva). Správná diagnóza je velmi důležitá, jelikož některé typy nemoci jsou léčitelné.

*Dlouhodobé prospektivní sledování zpočátku nedementních stárnoucích jedinců, vyhledávající vývoj prvních příznaků Alzheimerovy nemoci ukazuje, že diagnózu Alzheimerovy nemoci předcházejí o dva až pět roků změny v mentálním stavu měřitelné některým z testů (např. Mini – Mental State Examination) a zejména pokles skóre v testu slovní plynulosti (verbal fluency)* (Koukolík, Jiráček, 1998, s. 89).

Součástí diferenciální diagnózy jsou klinická a neuropsychologická diagnóza.

Klinická vychází z uvedených klinických příznaků a vývoje onemocnění. *Kritéria rozlišují diagnózu pravděpodobné, možné a jisté Alzheimerovy nemoci. Definitivní diagnóza je diagnóza histologická. Pravděpodobná se uvádí v případech onemocnění s typickými klinickými příznaky. Možná diagnóza se uvádí v případech s atypickými příznaky nebo v případech kombinovaných s dalšími současně probíhajícími systémovými chorobami* (Koukolík, Jiráček, 1998, s. 92).

Cílem neuropsychologického vyšetření je ověření nemorbidního i současného stavu kognitivních funkcí a osobnosti, včetně hodnocení sekundární emoční adaptace na probíhající postižení mozku (Koukolík, Jiráček, 1998, s. 95-96). Součástí tohoto vyšetření jsou dle Koukolíka a Jiráčka (1998, s. 96):

- Vyšetření výkonnosti motorického systému
- Vyšetření výkonnosti senzorických systémů
- Vyšetření pozornosti
- Vyšetření krátkodobé a dlouhodobé paměti deklarativní i nedeklarativní
- Vyšetření procedurální paměti
- Vyšetření jazyka a řeči
- Vyšetření vizuospaciálních funkcí (reprezentace trojrozměrného prostoru bez ohledu na modalitu percepce)
- Vyšetření exekutivních funkcí (tvorba cílů, plánování, efektivní provedení cílených aktivit)

K vyšetření jsou používány neuropsychologické testy. Bývají pro pacienta poměrně náročné (Koukolík, Jirák, 1998, s. 96).

Při diferenciální diagnóze jsou používány také výpočetní tomografie a magnetická rezonance, které *se zaměřují na ložiskovou nebo celkovou atrofii mozku a na výskyt stupeň postižení bílé hmoty* (Koukolík, Jirák, 1998, s. 100).

Jak již bylo výše uvedeno, definitivní diagnóza nemoci je histologická. Je však důležité si uvědomovat, že choroba je proces, vyvíjí se (Koukolík, Jirák, 1998, s. 117).

### **3.5 TERAPIE ALZHEIMEROVY DEMENCE**

Terapie Alzheimerovy nemoci by měla být komplexní. Obsahuje farmakoterapii, psychosocioterapii (především trénink kognitivních funkcí), léčbu interkurentních onemocnění a rehabilitaci tělesných funkcí. Nesmí chybět také práce s rodinou a jinými pečovateli nemocného (Koukolík, Jirák, 1998, s. 213).

#### **3.5.1 TERAPIE FARMAKOLOGICKÁ**

V současné době není možné Alzheimerovu chorobu vyléčit. Existují však léky, které mají účinky na symptomy nemoci. Tyto léky dokáží nemoc pouze zpomalit. Stává se, že u některých pacientů nejsou účinné (Regnaultová, 2009, s. 95).

Farmakologická terapie je autory Koukolíkem a Jirákem (1998, s. 213) rozdělena do dvou skupin:

- Kognitivní farmakoterapie
- Nekognitivní, symptomatická farmakoterapie

Jak již bylo výše uvedeno, dnes existují farmakologické možnosti, které mohou zpomalit průběh demence. Tato oblast se neustále vyvíjí a to s sebou přináší řadu problémů. Vyžaduje především vysoké náklady, léčba se stává poměrně drahou záležitostí (Hrdlička, Hrdličková, 1999, s. 39).

Farmaka, která se užívají v terapii kognitivních funkcí, se nejčastěji dle Hrdličky a Hrdličkové (1999, s. 39-44) dělí do těchto skupin:

- Nootropika (mezi účinky patří např. zlepšení některých aspektů učení nebo paměti, jejich efekty jsou výraznější při mozkovém poškození, jejich efekt je spíše nepřímý, např. Piracetam, Pyritinol))
- Farmaka ovlivňující cholinergní systém (podávání prekurzorů acetylcholinu, inhibice acetylcholinesterázy, přímá stimulace muskarinových receptorů, např. cholin, takrin)
- Látky ovlivňující jiné mediátorové systémy (např. selegilin)
- Dehydrované námelové alkaloidy (mají příznivé metabolické působení na neurony, normalizují distribuci kyslíku v mozku, např. nicergolin))
- Vazodilatátory s přímým metabolickým působením (např. naftidrofuryl, vinpocetin)

- Klasické vazodilatátory (např. papaverin)
- Blokátory kalciových kanálů a ostatní přípravky (např. nimodipin)
- Ostatní přípravky (např. vitamin E, vitamin C, beta-karoten)

U léků, které ovlivňují kognitivní funkce, se objevují příznivé účinky až při dlouhodobějším užívání (měsíce). U demence ve třetím stádiu nebývá efekt výrazný (Hrdlička, Hrdličková, 1999, s. 39).

Nekognitivní farmakoterapie bývá využita k léčbě přidružených symptomů, které jsou nekognitivní. Mezi tyto dle Koukolíka a Jiráka (1998, s. 219 - 224) patří:

- Poruchy spánku (vyskytuje se i posunutý cyklus spánek – bdění, při volbě farmak je nutné vycházet z toho, zda nepůsobí nepříznivé účinky, neměly by narušovat kognitivní funkce, vlastní hypnotika by měla být používána co nejméně, mohou nepříznivě ovlivnit paměť, např. triazolam, clomethiazol, risperidon)
- Agitovanost a podobné poruchy chování (poruchy jsou spojeny s excitovaností, expanzivitou, verbální nebo brachiální agresivitou, používány jsou především neuroleptika – ve vyšších dávkách než u poruch spánku, např. risperidon, tiaprid)
- Paranoidní a halucinatorní syndromy (opět se používají především neuroleptika, např. risperidon, haloperidol, Tigrid, clozapin)
- Přidružená deprese (lékaři se snaží nevyužívat antidepressiva s výraznějšími vedlejšími účinky, využívají se především thymoleptika II. generace, např. dibenzepin, citalopram, paroxetin)
- Přidružená úzkost (využívají se opět neuroleptika, v malých dávkách, někdy malé množství haloperidolu, melperonu nebo risperidonu, méně často se používají malé trankvilizéry pro jejich inhibiční vliv na acetylcholinergní systém)

Autorka Regnaultová (2009, s. 96) uvádí, že Alzheimerova choroba patří k onemocněním, které jsou v zájmu vědců po celém světě. Ti věří, že jednou se jim podaří objevit způsob, jakým bude možné nemoc léčit.

### 3.5.2 TERAPIE NEFARMAKOLOGICKÁ

Pro terapii Alzheimerovy choroby je neméně důležitá také psychosocioterapie, jejímž základem je správný psychologický přístup k jedinci trpícího demencí. *Tento přístup vyžaduje od zdravotnického personálu velkou trpělivost* (Koukolík, Jiráka, 1998, s. 224). Nefarmakologická terapie by měla být zaměřena spíše na daný problém než na restrukturalizaci osobnosti, měla by být zaměřena především na uchování běžných návyků a denních aktivit, měla by udržovat a rozvíjet funkce, které nemocnému ještě zůstaly.

Pacienti s méně výraznými senzoryckými defekty bývají zařazováni v gerontopsychiatrických odděleních nebo ústavech sociální péče do terapeutických skupin. V takovýchto skupinách se provádí nácvik paměti a orientace a nácvik

základních úkonů denní rutiny. *Procvičují se různé dovednosti, které postižení v důsledku demence zapomínají* (Koukolík, Jirák, 1998, s. 224-225). V rámci terapií bývají používány i muzikoterapie a arteterapie.

Mezi další způsoby terapie patří kontrola realitou skrze dobře čitelné kalendáře, označení místností (např. WC) apod. (Koukolík, Jirák, 1998, s. 225).

Především ve vyspělých západních státech bývají v terapii používány některé počítačové programy (např. „Train the brain“). Postižený jedinec však musí být zvyklý na práci s počítačem. Jindy mohou pacienti pečovat o zvíře. V takovýchto případech se jedná o individuální programy terapie (Koukolík, Jirák, 1998, s. 225).

V neposlední řadě je pro terapii nefarmakologickou důležitá spolupráce s pečovateli a rodinou nemocného. *Pečovatelsví, zvláště je-li prováděno nejbližšími rodinnými příslušníky s velkou citovou vazbou na postiženého, přináší velké nároky a nezřídka vede i k těžké neurotizaci. V posledních letech vznikají alzheimerovské společnosti, které sdružují příbuzné a pečovatele pacientů, organizují jejich vzdělávání i pečovatelskou službu, spolupracují se zdravotními i sociálními institucemi. V naší republice existuje Česká alzheimerovská společnost* (Koukolík, Jirák, 1998, s. 225).

Důležitou roli v terapii hrají také *sanace všech interkurentních onemocnění a rehabilitace somatických funkcí* (Koukolík, Jirák, 1998, s. 225).

### 3.6 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

*„Také pokud jde o mozek, vrací se pacient s demencí ke svým počátkům.“*

(Buijssen, 2006, s. 40)

Současná doba předpokládá, že za zajištění potřeb nemocných osob, je zodpovědná rodina. Státní služby nastupují u většiny případů až tehdy, kdy rodina (tzv. neformální poskytovatelé) péči nezvládá nebo neexistuje (Dvořáčková, 2012, s. 80).

*Je velmi důležité utvářet dostatečnou nabídku služeb, které mohou rodinu doplnit či dočasně, v případě potřeby, nahradit a podporovat tak život seniora v jeho přirozeném prostředí, kde bude kladen důraz na jeho individuální potřeby. Služby pobytových zařízení mohou využít senioři, kteří jsou natolik nesoběstační, že nemohou žít ve svém původním, přirozeném prostředí a péče ze strany jejich rodinných příslušníků je nedostatečná či úplně chybí* (Dvořáčková, 2012, s. 80).“

Autorka Dvořáčková (2012, s. 80-81) uvádí, že základem pomoci seniorům je péče zdravotní, která jde ruku v ruce s péčí sociální. Základem zdravotní pomoci je primární péče poskytovaná praktickým lékařem. V práci se seniory spolupracuje s rodinou, popřípadě s ošetřovatelskou péčí, pečovatelskou službou nebo jinými neziskovými organizacemi. Praktický lékař může doporučit domácí ošetřovatelskou péči, která je hrazena ze zdravotního pojištění. Ošetřovatelství je zajišťováno různými státními, městskými, charitativními nebo soukromými agenturami. Takováto pomoc je možná jen v případě, že pacient je stabilizovaný a prostředí tuto péči umožňuje. *K typickým úkolům domácí péče patří ošetřování chronických ran, aplikace inzulínu, poskytování fyzioterapie a poradenství o kompenzačních pomůckách* (Dvořáčková, 2012, s. 81). Pokud je to potřebné, zdravotní péči poskytují také ambulantní specialisté

u oborů vnitřního lékařství, neurologie, urologie, stomatologie, gynekologie apod. Prostřednictvím sociální podpory je zajišťována např. pomoc při péči o nemocného, zajišťování stravování, ubytování, ošetřování, pomoc při prosazování práv a zájmů.

Ošetřovatelská péče o seniory je práce, která vyžaduje jistě spoustu trpělivosti, především tehdy, je-li senior postižený nějakým typem demence.

### 3.6.1 STÁDIUM MÍRNÉ DEMENCE

*„Ne že by zapomínala na jednotlivé události, nebyla schopna se zařadit do smysluplné posloupnosti těch událostí. Věděla, kdo byla, ale ne kým se stala.“*

(Buijssen, 2006, s. 49)

Jak bylo výše uvedeno, v prvním stádiu nemoci se vyskytují problémy jako obtížné dorozumění, zapomínání, zakládání věcí, podezíravost, vztahovačnost, popírání problémů, poruchy paměti, dezorientace v čase, bloudění na známých místech, obtížné rozhodování, bezradnost, ztráta iniciativy, známky deprese, ztráta zájmu o koníčky. Osobnost se značnou mírou mění, jedinec se stává sobeckým a egocentrickým. Při takovéto změně osobnosti, je zřejmé, že je potřeba, aby o pacienta někdo pečoval. Není však potřeba se o ně starat nepřetržitě (Třetívěk.cz, Stadia Alzheimerovy nemoci, strašák důchodce a seniora, 2006).

*Charakteristickým rysem pro toto stádium je, že lidé v této fázi demence jsou ještě relativně soběstační (s určitou větší či menší dopomocí a službami) a aktivní. Mohou být například po určitou část dne či týdne sami. Postačuje jim, pokud je jim zajištěna pečovatelská služba či občasný dohled a dopomoc ze strany rodinných příslušníků, telefonická konzultace, různé návody a upomínky (kterým zatím rozumějí) apod. (Česká alzheimerská společnost, Strategie České alzheimerské společnosti). V první fázi nemoci často rozumějí svému stavu a na tomto základě se u nich mohou projevit deprese a pocity nejistoty.*

Je vhodné, aby pacient vykonával činnosti běžného dne (praní prádla, nakupování, telefonování, cestování, užívání léků apod.), musí na ně však mít dostatek času, jednotlivé činnosti by měly být zjednodušeny. Některé činnosti může vykonávat opakovaně, i tehdy nejsou-li potřeba. Smyslem je, aby nemocný cítil, že je užitečný, aby cítil úspěch (Glennier a kol., 2012, s. 113-114).

Člověk, jehož život je mozkovou poruchou ovlivněn natolik, že „už není schopn zvládat situaci bez pomoci a podpory druhých, (Buijssen, 2006, s. 44) se kvůli častým chybám dostává do konfliktů s druhými. To by pečující osoba měla mít na paměti.



### 3.6.2 STÁDIUM ROZVINUTÉ DEMENCE

„Nemoc vrátila matku do situace mých dětí.“

(Buijssen, 2006, s. 54)

Druhé stádium Alzheimerovy nemoci obvykle trvá 2-10 let. Soběstačnost je již omezená. Problémy, které se vyskytují, jsou ztráta paměti, poruchy soudnosti, změny osobnosti se stále prohlubují, obtížná komunikace, neschopnost vykonávat běžné denní aktivity aj. (Třetívěk.cz, Stadia Alzheimerovy nemoci, strašák důchodce a seniora, 2006). Je již potřebný stálý dohled nad nemocným.

I přesto jsou lidé s demencí *schopni vykonávat určité aktivity, kvalita jejich života je v mnoha ohledech dobrá či velmi dobrá, radují se z určitých aktivit či skutečností, které jsou schopni vnímat, více či méně uspokojivě komunikují. Tito lidé se zapojují do programových aktivit, profitují z nich a nevyskytují se u nich (či jsou zvládnutelné nebo přechodné) závažné poruchy chování* (Česká alzheimerovská společnost, Strategie České alzheimerovské společnosti) nebo halucinace.

V rámci domácí péče je vhodné zapojovat nemocného do všeho dění. *Pochvalte ho, když se mu něco povede, na neúspěchy neupozorňujte* (Regnaultová, 2009, s. 93).

Ve druhé fázi demence je již více pravděpodobné, že nemocný bude potřebovat stálou péči, kterou mu rodina a blízcí nedokážou dát, je možné ubytovat ho v pro něj vhodném zařízení (stacionáře a denní centra, domy s pečovatelskou službou). Aby byl pacient ubytován v ozdravném zařízení, je nutné, aby dal svůj souhlas (Česká alzheimerovská společnost, Strategie České alzheimerovské společnosti).

Při péči o pacienta by měl být zaveden pravidelný režim, který mu bude přinášet užitek (bývá individuální). V rámci režimu by měl být pacient veden k soběstačnosti, měla by být podporována jeho důstojnost, a kvalita života, měl by být veden k zaujetí aktivitami a k zachování nočního spánku a denní aktivity (Česká alzheimerovská společnost, Strategie České alzheimerovské společnosti).

Ošetřovatel vede svého pacienta, tak aby aktivity zaplnily jeho den jednotlivými činnostmi *se zřetelem na zachování soběstačnosti prostřednictvím rámce sebeobslužných činností (ranní a večerní toaleta, pravidelné stolování) a dalších aktivit, které zlepšují kvalitu jejich života a vytvářejí náplň dne* (Česká alzheimerovská společnost, Strategie České alzheimerovské společnosti). V rámci těchto aktivit jsou využívány také další nefarmakologické přístupy jako rehabilitace, kinezioterapie, vycházky, senzorická stimulace apod.

V případě, že ošetřovatelská péče probíhá v některém ze zařízení, je nutné, aby obsahovala technické zázemí jako místnost pro odpočinek (ne lůžka, ale křesla) či cvičení, měla by nemocným lidem připomínat domácnost. Také nemá chybět dostatečné množství pomůcek pro práci s pacienty (pomůcky na kreslení, hudební nástroje apod.). Stačí, když je vykonávána jednoduchá aktivita, která připomíná běžný život (Česká alzheimerovská společnost, Strategie České alzheimerovské společnosti).

Pracovníci v zařízeních musí být kvalifikováni a seznámeni se syndromem demence, jejími příznaky, nejčastějšími onemocněními, nefarmakologickými přístupy a také znají strategii péče o nemocného (Česká alzheimerovská společnost, Strategie České alzheimerovské společnosti).

Ošetřovatel, který se stará o člověka postiženého Alzheimerovou nemocí v pobytovém zařízení, by měl dbát na to, aby byla zachována důstojnost člověka a byla respektována jeho práva. Měl by dbát na to, aby se člověk v této fázi oblékal běžným způsobem, měl by dbát na to, aby bylo pro pacienta vytvořeno bezpečné prostředí, především proti pacientovu nepozorovanému odchodu. Ošetřovatel se stará, aby byly pacientovi podávány jen ty léky, které jsou předepsány ošetřujícím lékařem. V tomto stádiu nemoci jich však ještě moc nebývá (Česká alzheimerská společnost, Strategie České alzheimerské společnosti).

Pacient je stále méně chápe řeč druhých a je citlivější na řeč těla, gesta, tón hlasu apod. (Buijssen, 2006, s. 53). *Aby přežil, potřebuje pomoc druhých. Proto je pro něho naprosto zásadní, aby „cítit“, že lidem kolem sebe může důvěřovat a že to s ním myslí dobře* (Buijssen, 2006, s. 53-54).

### 3.6.3 STÁDIUM POKROČILÉ A TERMINÁLNÍ DEMENCE

*„Protože už nedokázala říct, co se stalo, šeptala jsem jí něžná slova, hladila jsem ji po vlasech a manipulovala s ní.“*

(Buijssen, 2006, s. 56)

Vnímání nemocného v této fázi nemoci je podobné 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). Svět nemocného je omezen na svět jeho těla, spoustu věcí si neuvědomuje, např. že by měl vypít šálek čaje, který je před ním (Buijssen, 2006, s. 56).

Třetí stádium choroby již vyžaduje zdravotní péči, která je dlouhodobá. Vyskytují se závažné formy nemoci jako poruchy příjmu potravy, nerozpoznávání blízkých, obtížná chůze, nesouvislá řeč, stavy zmatenosti, upoutání na invalidní vozík apod. (Třetivěk.cz, Stadia Alzheimerovy nemoci, strašák důchodce a seniora, 2006).

Lidé v této fázi již potřebují individuální program, aktivity, které jsou programované, pro ně již nemají smysl, nemohou se na nich podílet. *V této fázi syndromu demence dochází k výraznému omezení verbální komunikace, což klade nároky na schopnost personálu komunikovat s člověkem s demencí nonverbálně* (Česká alzheimerská společnost, Strategie České alzheimerské společnosti). Je nutné, aby ošetřovatel uměl analyzovat příčiny poruch chování, které mohou být vyvolány například bolestí břicha, dehydratací, zácpou apod. Mobilita pacienta je omezená a je potřebné kvalifikovaně rehabilitovat, někdy i adekvátně polohovat. *Vzhledem k častým poruchám polykání je třeba prostřednictvím ošetřovatelské péče zajistit adekvátní příjem potravy, výživu a hydrataci* (Česká alzheimerská společnost, Strategie České alzheimerské společnosti).

Ve chvíli, kdy se pacienti ve třetím stádiu Alzheimerovy choroby chtějí zapojovat do denních aktivit, je to možné. Je však nutné, aby byl nad nemocným zajištěn neustálá péče kvalifikovaného zdravotnického personálu (samostatně pracující zdravotní sestry zaškolené v problematice demence), nutné je zajištění dostupnosti lékaře (Česká alzheimerská společnost, Strategie České alzheimerské společnosti).

Souhlas s pobytem v zařízení bývá vyjádřený chováním člověka s demencí a svědectvím nezávislých osob. Pokud nemocný nesouhlasí nebo z jeho chování není možné usoudit, že souhlasí, musí být započato tzv. detenční řízení u soudu (Česká alzheimerská společnost, Strategie České alzheimerské společnosti).

I při třetím stádiu demence je nutné dbát na respektování práv a důstojnost člověka. Opět je vhodné adekvátní oblečení, chráněné prostředí. Pokud jsou užity nějaké omezovací prostředky, může to být pouze na základě vyšetření lékaře (omezovací prostředky nejsou postranice u postele u pacientů, kteří jsou náchylní ke spadnutí z ní) nebo uzavření prostoru, kde jsou pacienti s nemocnými – v rámci pobytového zařízení (Česká alzheimerská společnost, Strategie České alzheimerské společnosti). Medikace se provádí pouze na základě lékařského vyšetření.

V tzv. terminální fázi se blíží smrt pacienta. Je nutné, aby byl každodenně dostupný lékař, o nemocného se stará kvalifikovaný personál a pomocníci. Důraz je kladen *na zajištění komfortu, sledování a dostatečné zvládnutí trýznivých příznaků, zejména bolesti* (Česká alzheimerská společnost, Strategie České alzheimerské společnosti).

### 3.6.4 KOMUNIKACE S DEMENTNÍM PACIENTEM

*„Cit lásky je možno sdílet.“*

(Buijssen, 2006, s. 69)

Komunikace je pro člověka nezbytně důležitou záležitostí. Pacient, který trpí demencí, schopnosti komunikace postupně ztrácí, stále méně a méně dokáže s druhými mluvit a stojí ho to více a více úsilí. Také je pro něj velkým problémem porozumět, co od něj okolí chce. *Chceme-li efektivně komunikovat s pacientem s demencí, musíme do toho investovat mnohem víc energie. Čím pokročilejší je demence, tím víc energie bude potřeba vynaložit, abychom dosáhli jistého stupně opravdové komunikace* (Buijssen, 2006, s. 60).

V první fázi demence, kdy je potřebné, aby na pacienta někdo dohlížel, nedokáže nemocný mluvit o událostech, které se staly nedávno, mívá potíže nalézt správná slova. Často se uchyluje k tzv. prázdným slovům jako „to“, „někde“, „věci“, „něco“, „lidé“ apod. (např. „nemůžu tu věc najít, musí to někde být“). Ve většině případů však jedinci s demencí v této fázi nemoci rozumějí, co se jim říká (Buijssen, 2006, s. 60).

Druhá fáze s sebou přináší zhoršování porozumění, které má za následek to, že pacient se méně zapojuje do rozhovoru a uchyluje se spíše k samotě. *Pro lidi kolem něho bude docela složité, aby mu porozuměli, protože pokládá za samozřejmé, že automaticky vědí, o čem mluví* (Buijssen, 2006, s. 60). Jeho mluva často začíná bez úvodu, prostě tam, kde ho napadne (např. zprostředka myšlenky). Pacient v této fázi nerozumí abstraktním pojmům, např. „politika“, „inteligence“, „myšlenka“. Nerozeznává přítomnost a minulost, nedokáže vyprávět logický příběh. Stojí ho velké úsilí, dát dohromady souvislou a správnou větu, proto se uchyluje k frázím (Buijssen, 2006, s. 60-61).

V poslední fázi jedinec s demencí přestává mluvit zcela. Nedokáže říct už ani fráze, jeho vyjadřovací schopnosti mizí úplně, je schopen vydat několik zvuků, při kterých ale neartikuluje. *Stěží dokáže odpovědět na jakoukoli otázku a reaguje pouze na fyzické impulzy jako bolest, teplo, chlad nebo pohyb* (Buijssen, 2006, s. 61).

Autor Buijssen (2006, s. 62-69) uvádí několik tipů a rad, jak je možné se s člověkem s demencí dorozumívat:

- Je důležité, aby při rozhovoru byly odstraněny zvuky z pozadí (rádio, televize, zvuky z ulice)
- Při rozhovoru by neměl být ani pečovatel ve stresové situaci (např. časové omezení)
- V přítomnosti nemocného nešeptat
- Přístupovat k pacientovi s úctou, nemluvit o něm ve třetí osobě (např. „Pacient dnes vypadá dobře“)
- Vést stručný a jasný rozhovor
- Žádosti, aby něco udělal pokládat těsně předtím, než mají být provedeny, nejlépe na místě, kde mají být provedeny (např. převlékání v ložnici)
- Ověřovat si, zda pacient pochopil, co mu bylo řečeno (dělá, co se mu řeklo, pokud dělá něco jiného, nejspíš nerozuměl nebo nechce danou věc udělat)
- Nechat pacientovi na zpracování informace dostatek času
- Pomocí může být i předvedení toho, co se po nemocném žádá nebo pomoci mu udělat první krok
- Snažit se co nejvíce vyhýbat diskusím, které vyžadují odpovědi „ano“ a „ne“ (vznikají pak nesmyslné diskuse a hádky, zda nemocný něco udělal či ne, on tvrdí „ano“, my víme „ne“)
- Nerozčilovat se nad věcmi, na kterých nezáleží
- Neustále si uvědomovat, že pacient je nemocný a žije v jiném čase a světě. Nepřicházet s ním zbytečně do konfliktu. Přístupovat k němu s klidem a trpělivostí.
- Je lepší neptat se na věci, které se odehrály před krátkou dobou, většinou si je nepamatují
- Je lepší vyprávět o sobě než se pacienta neustále na něco vyptávat, někdy sice nerozumí úplně všemu, budou na ně příjemně působit pocity a emoce, které vyzařují z vyprávění druhé osoby. Je pro něj důležité, že někdo mluví právě k němu.
- Mluvit klidným tónem (hlasitou mluvu si často vyjadřuje jako hněv, může to způsobit jeho rozčilení, depresi, pocity úzkosti apod.)
- Důležitý je oční kontakt, být v jeho zorném úhlu

- Vysvětlovat, co se právě děje
- Propojovat při komunikaci co nejvíce smyslů (např. při povídání o počasí se postavit před okno, otevřít jej a mluvit)<sup>4</sup>
- Nejlepší je mluvit o dávné minulosti pacienta (dávné lásky, zájmy, rodina apod.)
- Pacient lépe komunikuje v oblastech, které jsou spojeny s jeho city a emocemi (např. o dětech, o které má starost, i když už žijí dlouhá léta mimo domov)
- I v poslední fázi, kdy už nemocný není schopen komunikovat, je dobré určitou míru komunikace a kontaktu udržet. To je možné skrze doteky, úsměv, pracovat s melodií věty (rozpoznávají ji až do úplného konce, pochopí, zda je melodie smutná, přátelská apod., i když už nerozumí obsahu)
- V poslední fázi je pro nemocného důležité, že u něj někdo „prostě je“. Potřebují cítit: „Neboj se, jsem tu, jsi v bezpečí.“

Autorka Regnaultová (2009, s. 42) se způsobem komunikace s člověkem s demencí také zabývá a k výše uvedeným uvádí ještě tyto rady:

- Při rozhovoru je lepší mluvit hlubším hlasem, který je srozumitelnější než vysoký
- V pokročilejším stádiu možná bude nutné opakovat, s kým nemocný hovoří
- Být při rozhovoru pozorný, postižený jedinec se bude možná hůře vyjadřovat

V poslední fázi nemoci se ztrácí schopnost usmívat. *Když už se neusmívá, smrt je blízko* (Buijssen, 2006, s. 57).

## 4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

Ošetřovatelský proces jsme zpracovali u pacienta hospitalizovaného na geriatrickém oddělení plzeňské nemocnice s diagnózou Alzheimerova choroba. Pacient byl hospitalizován na geriatrickém oddělení od 1.10.2013 do 16.10.2013. Ošetřovatelskou péči jsme vykonávali ve dnech od 2.10.2013 do 4.10.2013. Z důvodu ochrany osobních údajů pacienta, neudáváme jméno, příjmení, rodné číslo atd. Cílem práce bylo vytvořit individuální ošetřovatelský plán a jeho realizaci v rámci ošetřovatelského procesu. Na základě zdravotnické dokumentace, anamnestického rozhovoru a pozorování pacienta jsme zhodnotili zdravotní stav pacienta a podle všeobecné dokumentace jsme sestavili ošetřovatelskou anamnézu.

### IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Jméno a příjmení: XY	Pohlaví: muž
Datum narození: 1933	Věk: 80
Adresa bydliště a telefon: Plzeň	
Adresa příbuzných: Plzeň	
Rodné číslo: 330000/000	Číslo pojišťovny: 201
Vzdělání: středoškolské	Zaměstnání: důchodce
Stav: vdovec	Státní příslušnost: ČR
Datum přijetí: 1.10.2013	Typ přijetí: akutní
Oddělení: geriatric	Ošetřující lékař: MUDr. J.K.
Důvod přijetí udávaný pacientem: „Rodina mi sem dala.“	
Medicínská diagnóza hlavní:	G301 Alzheimerova choroba s pozdním začátkem
Medicínské diagnózy vedlejší:	Arteriální hypertenze, kompenzovaná
	Diabetes mellitus II.typu na dietě
	St.p. endoskopické polypektomii v 10/2012
	histologicky negativní

## VITÁLNÍ FUNKCE PŘI PŘIJETÍ

TK: 140/80

Výška: 165cm

P: 72

Hmotnost: 63kg

D:15

BMI: 23,7

TT: 36,4

Pohyblivost: mobilní bez podpůrných prostředků

Stav vědomí: při vědomí

Krevní skupina: nezjištěno

**Nynější onemocnění:** Přetrvávající problémy u pacienta jsou občasné stavy nočního neklidu, objevování bludů. Častěji se objevuje dezorientace a zmatenost. Pacient trpí od roku 1996 diabetem II. typu a je léčen pro vysoký tlak.

**Informační zdroje:** rozhovor s pacientem, lékařská a ošetřovatelská dokumentace, rozhovor s rodinou

## ANAMNÉZA

### Rodinná anamnéza:

Matka: zemřela v 75 letech na karcinom dělohy, trpěla diabetem mellitem a arteriální hypertenzí

Otec: zemřel – neví věk ani příčinu

Děti: 3 synové – r.1964 - leukémie, podstoupil chemoterapii, čeká na transplantaci kostní dřeně

r. 1961 – zdrav

r. 1955 – sebevražda ve 33 letech

Sourozenci: 0

### Osobní anamnéza:

Překonané a chronické onemocnění: St. p. endoskopické polypektomii v 10/2012 –  
histologicky negativní

Hospitalizace a operace: již byl hospitalizován v říjnu 2012, podstoupil  
endoskopickou polypektomii ve FN Motol, která byla histologicky negativní

Úrazy: běžné dětské úrazy

Transfúze: 0

Očkování: běžná dětská povinná očkování, očkování proti tetanu v roce 2010

**Léková anamnéza:**

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Ebixa	tbl.	10mg	2-0-0	Memantin – léčivo proti demenci
Citalon	tbl.	10mg	0-0-0-1	Antidepressivum
Buronil	tbl.	25mg	0-0-1	Atypické antipsychotikum
Prestarium Neo Combi	tbl.	5mg	1-0-0	Antihypertenzivum

**Alergologická anamnéza:**

Léky: neguje

Potraviny: neguje

Chemické látky: neguje

Jiné: neguje

**Abúzy:**

Alkohol: neguje

Kouření: neguje

Káva: 1 x denně černá káva

Léky: neguje

Jiné drogy: neguje

**Urologická anamnéza:**

Překonané urologické onemocnění: neguje

Poslední návštěva u urologa: nepamatuje si

Samovyšetřování varlat: nevyšetřuje se

**Sociální anamnéza:**

Stav: vdovec 9 let

Bytové podmínky: bydlí doma sám, v bytě

Vztahy, role a interakce v rodině: v rodině se vztahy nemá problémy, syn ho chodí často navštěvovat



Vztahy, role a interakce mimo rodinu: s komunikací s cizími lidmi nemá problém, je vstřícný, ochotný komunikovat

Záliby: v mládí rád sportoval, koníček je hlavně národní házená, kterou nejdříve hrál a poté trénoval, neví do kolika let

Volnočasové aktivity: sledování zpráv, čtení novin

### **Pracovní anamnéza:**

Vzdělání: středoškolské vzdělání

Pracovní zařazení: nejdříve zaměstnanec armády, poté stavebí dělník, dále jako ostraha, nyní důchodce

Čas působení, čas odchodu do důchodu, jakého: nepamatuje si

Vztahy na pracovišti: nikdy neměl s nikým problém

Ekonomické podmínky: pobírá starobní důchod

### **Spirituální anamnéza:**

Religiozní praktiky: toto pro něj není

## **POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU ze dne 2.10.2013**

Popis fyzického stavu:

Systém:

### **Hlava a krk**

Subjektivní údaje: „Nevím.“

Objektivní údaje: Hlava normocefalická, poklepově nebolestivá, bez deformit, zornice izokorické, používá dioptrické brýle, jazyk plazí středem, je vlhký, bez povlaku, chrup má protetický, náplň krčních žil přiměřená, štítná žláza nezvětšená.

### **Hrudník a dýchací systém**

Subjektivní údaje: „To je problém momentálně, nevím co a jak.“

Objektivní údaje: Hrudník souměrný, bez deformit, dýchání sklípkovité, čisté, akce srdeční pravidelná, klidná, bez pískotů, dýchací cesty bez nadměrné sekrece, bez odchylek. Dechů 15/minutu, saturace kyslíku 97%, bez klidové dušnosti a cyanosy.

### **Břicho a GIT**

Subjektivní údaje: „Vše je v pořádku.“

Objektivní údaje: Břicho měkké, palpačně nebolestivé, bez rezistence, játra nezvětšená, peristaltika lehce slyšitelná, jinak bez deformit.

### **Močový a pohlavní systém**

Subjektivní údaje: „Musím si to hlídat.“

Objektivní údaje: Podbřišek nebolestivý, bez retence, občasná inkontinence - funkční, čirá moč, varlata nezvětšená.

### **Kosterní a svalový systém**

Subjektivní údaje: „Když se ve sportu dělalo, tak jsem údery nebo něco takového, ale to je v můj prospěch.“

Objektivní údaje: Dolní končetiny klidné, varixy bilaterálně, bez otoků, lýtka volná, bez známek tromboembolické nemoci. Hybnost končetin bez problémů, pacient chodí většinu dne po chodbě rychlou chůzí, aby trénoval. Pociťuje občasné závratě. Riziko pádu (Příloha C) = 4 body – zvýšené riziko pádu.

### **Nervový systém a smysly**

Subjektivní údaje: „Co chci, to slyším, i když někdy nerad.“

Objektivní údaje: Pacient vidí i slyší dobře, neschopen zpracovat a podržet podané informace, orientace správně jménem, zná ulici, kde bydlí, věk - 80 let řekne správně, ovšem rok narození udává 1930, čich, hmat, chuť bez patologických projevů. MMSE= 13bodů – středně těžká kognitivní porucha.

### **Endokrinní systém**

Subjektivní údaje: „Vše je v pořádku.“

Objektivní údaje: Štítná žláza nezvětšená, G-S ve 13h= 5,9mmol/l, diabetik na dietě – kompenzovaný. Jinak bez patologických projevů endokrinního systému.

### **Imunologický systém**

Subjektivní údaje: „To záleží, o co se jedná, na něco jdu klidně a někdy je špatně.“

Objektivní údaje: Uzliny nebolestivé, nezvětšené, bez patologie, Bez známek infektu. TT=36,4

### **Kůže a její adnexa**

Subjektivní údaje: „Dobré.“

Objektivní údaje: Kůže bez patologických projevů, bez ikteru, jen hematom na PDK stehno – uhodil se o stolec, nehty DKK myotické, vlasy šedé prořídle. Dle Nortonovy stupnice (Příloha D) = 28 bodů – minimální riziko vzniku dekubitů.

### **Poznámky z tělesné prohlídky:**

Pacient zmatený, dezorientovaný, většinu otázek nechápe, neví, jak má odpovídat, nepodrží myšlenku, je to na něj moc požadavků. Snaží se spolupracovat.

## **Aktivita denního života**

### **Stravování**

Doma subjektivní údaje: „Doma si vždycky dobře rozuměli a bylo to dobré.“

Doma objektivní údaje: Nelze objektivně posoudit.

V nemocnici subjektivní údaje: „Ne, chutná mi tu, nejím, abych toho měl v sobě tolik, dle potřeby.“

V nemocnici objektivní údaje: Pacient trpí nechutenstvím, stravu odmítá, dieta č. 9 (diabetická). Za poslední 2 měsíce úbytek na váze 8kg. Váha= 63kg, Výška= 165cm, BMI= 23,7 (norma)

### **Příjem tekutin**

Doma subjektivní údaje: „Džusy jsou dobré.“

Doma objektivní údaje: Nelze objektivně posoudit.

V nemocnici subjektivní údaje: „Piju.“

V nemocnici objektivní údaje: Pacient hydratuje dobře, není potřeba ho vyzívat, pitný režim dodržuje, pije vodu a neslazený čaj. Denní příjem tekutin přibližně 1,5 – 2 litry.

### **Vylučování moče**

Doma subjektivní údaje: „To se musí hlídat.“

Doma objektivní údaje: Nelze objektivně posoudit.

V nemocnici subjektivní údaje: „Musím si to hlídat.“

V nemocnici objektivní údaje: Pacient bez zavedeného PMK. Občasná inkontinence - funkční, především v noci, moč tmavší barvy bez makroskopické hematurie.

### **Vylučování stolice**

Doma subjektivní údaje: „Ne.“

Doma objektivní údaje: Nelze objektivně posoudit.

V nemocnici subjektivní údaje: „Chodím.“

V nemocnici objektivní údaje: Vylučování stolice pravidelné, bez potíží. Poslední stolice dnes ráno, normální konzistence, barvy, bez příměsí.

### **Spánek a bdění**

Doma subjektivní údaje: „Ani ne, jdu si podle svého.“

Doma objektivní údaje: Nelze objektivně posoudit.

V nemocnici subjektivní údaje: „Ani ne.“

V nemocnici objektivní údaje: Pacient s občasnými poruchami spánku. Spánek narušují občasné halucinace a bludy.

### **Aktivita a odpočinek**

Doma subjektivní údaje: „Tam jsem spíš pro sebe atd... ale ne sobecky. Byl to sport a tak.“

Doma objektivní údaje: Nelze objektivně posoudit.

V nemocnici subjektivní údaje: „Chodím po chodbě.“

V nemocnici objektivní údaje: Pacient se přes den rychlou chůzí prochází po oddělení, udržuje se v kondici.

### **Hygiena**

Doma subjektivní údaje: „Když jsem to potřeboval. Někdy to nebylo třeba. Záleželo, co jsem sportoval.“

Doma objektivní údaje: Nelze objektivně posoudit.

V nemocnici subjektivní údaje: „Někdy ano, jindy ne.“

V nemocnici objektivní údaje: Pacient potřebuje dopomoc při osobní hygieně, nutný dohled. Test Barthelové (Příloha A) = 85b – lehká závislost.

### **Soběstačnost**

Doma subjektivní údaje: „To nevím.“

Doma objektivní údaje: Nelze objektivně posoudit.

V nemocnici subjektivní údaje: „Tady sestry.“

V nemocnici objektivní údaje: Pacient částečně soběstačný, nutný dohled především při osobní hygieně. Test Barthelové = 85b – lehká závislost.

### **Posouzení psychického stavu**

#### **Vědomí**

Subjektivní údaje: „Já myslím, že to je dobré.“

Objektivní údaje: Pacient zcela při vědomí. GCS (Příloha B) = 14 bodů

#### **Orientace**

Subjektivní údaje: „To jste mi teď zaskočila, záleží na situaci, tak nějak rovně.“

Objektivní údaje: Pacient orientovaný pouze částečně osobou, nepřesně časem – ví rok a měsíc, dezorientovaný místem a situací.

#### **Nálada**

Subjektivní údaje: „Dobrá.“

Objektivní údaje: Nálada přiměřená, pouze při rozhovoru je pacient

### **Paměť**

Staropaměť subjektivní údaje: „Dost si pamatuju a vzpomínám i na věci, který nebyly nejhezčí pro mě.“

Staropaměť objektivní údaje: Pacient si vybavuje některé věci z minulosti dobře. Má zhoršené vyjadřovací schopnosti.

Novopaměť subjektivní údaje: „Pamatuju si dobře.“

Novopaměť objektivní údaje: Pacient se hůře vyjadřuje, krátkodobá paměť je porušena, zapomíná, není schopen podržet některé podané informace.

### **Myšlení**

Subjektivní údaje: „Já myslím, že mi sedí všechno, když něco, tak si to vyřídíme.“

Objektivní údaje: Pacient většinu otázek nechápe, odpovídá zmateně a nepřiléhavě.

### **Temperament:**

Subjektivní údaje: „Nevím.“

Objektivní údaje: Pacient působí jako sangvinik.

### **Sebehodnocení**

Subjektivní údaje: „Normální člověk.“

Objektivní údaje: Pacient se ohodnotil jako normální člověk.

### **Vnímání zdraví**

Subjektivní údaje: „Je to v dobrý.“

Objektivní údaje: Pacient spolupracuje, dle jeho možností se snaží dodržovat léčebný režim.

### **Vnímání zdravotního stavu**

Subjektivní údaje: „Dobrá.“

Objektivní údaje: Pacient nechápe důvod hospitalizace, cítí se zdrav.

### **Reakce na onemocnění a prožívání onemocnění**

Subjektivní údaje: „Snažím se zjistit co, kde a jak a eventuelně brát, co je k potřebě.“

Objektivní údaje: Pacient se cítí zdrav, chtěl by domů, hospitalizace je pro něj dlouhá.

### **Reakce na hospitalizace**

Subjektivní údaje: „Zprvu mi to bylo nemilé, byl jsem zvyklý na něco jiného.“

Objektivní údaje: Pacient je hospitalizován nyní 2 den. Je dezorientovaný, první noc nespál.

### **Adaptace na onemocnění**

Subjektivní údaje: „Nic zvláštního nemám a nedělám.“

Objektivní údaje: Pacient nechápe své onemocnění.

### **Projevy jistoty a nejistoty (úzkost, strach, obavy, stres)**

Subjektivní údaje: „Já myslím, že ano, poněvadž musím sám vytvářet věci a tak. Byl jsem fit, ale stát se může ledacos.“

Objektivní údaje: Pacient má obavy z pokračující hospitalizace.

### **Zkušenosti z předcházejících hospitalizací (iatropatogenie, sorrorigenie)**

Subjektivní údaje: „To se musí brát s rezervou, někdy je to špatné z té strany, někdy z druhé, ale tak nějak vycházíme.“

Objektivní údaje: Pacient neudával negativní zkušenosti z dřívější hospitalizace.

### **Posouzení sociálního stavu**

#### **Komunikace verbální**

Subjektivní údaje: „Řek bych, že umím mluvit dobře, ale umím být i protivný, záleží, o co se jedná.“

Objektivní údaje: Pacientova slovní zásoba není bohatá, zhoršená vyjadřovací schopnost.

#### **Komunikace neverbální**

Subjektivní údaje: „Nejdřív mi musíte říct, co to je...Ruce mi pomáhají, ale ne na tělo. Sám si řeknu.“

Objektivní údaje: Pacient udržoval oční kontakt, mimika a gesta byla přiměřená.

#### **Informovanost o onemocnění**

Subjektivní údaje: „Ano.“

Objektivní údaje: Pacient je o svém zdravotním stavu informován, nepamatuje si to.

#### **Informovanost o diagnostických metodách**

Subjektivní údaje: „Taky dobře.“

Objektivní údaje: Pacient je informován, ovšem informace nepodrží.

#### **Informovanost o specifikách ošetrovatelské péče**

Subjektivní údaje: „Já si myslím, že je prováděná dobře, vycházíme si vstříc.“

Objektivní údaje: Pacient je informován, ovšem informace nepodrží

### **Informovanost o léčbě a dietě**

Subjektivní údaje: „To jsem informovaný.“

Objektivní údaje: Pacient je informován, ovšem informace nepodrží

### **Informovanost o délce hospitalizace**

Subjektivní údaje: „To nevím.“

Objektivní údaje: Pacient neví, jak dlouho bude hospitalizován.

### **Sociální role a jejich ovlivnění nemocí, hospitalizací a změnou životního stylu v průběhu nemoci a hospitalizace**

Primární role (související s věkem a pohlavím) subjektivní údaje: „Nevím, co tím myslíte.“

Primární role (související s věkem a pohlavím) objektivní údaje: Muž 80 let.

Sekundární role (související s rodinou a společenskými funkcemi) subjektivní údaje: „Nevím, co tím myslíte.“

Sekundární role (související s rodinou a společenskými funkcemi) objektivní údaje: Vdovec, otec.

Terciární role (související s volným časem a zálibami) subjektivní údaje: „Nevím.“

Terciární role (související s volným časem a zálibami) objektivní údaje: Pacient.

### **MEDICÍNSKÝ MANAŽMENT:**

Ordinovaná vyšetření: G-S 1x týdně v pondělí (6,13h)

Výsledky: výsledky glykemií v normě

#### **Konzervativní léčba:**

Dieta: 9 - diabetická      Pohybový režim: pohybuje se sám      RHB: 0

Výživa: enterální, chuť k jídlu nemá, ztráta pocitu hladu

#### **Medikamentózní léčba:**

- |                      |      |             |         |
|----------------------|------|-------------|---------|
| - per os: Ebixa      | 10mg | 2tbl ráno   | 2-0-0   |
| Citalon              | 10mg | 1tbl na noc | 0-0-0-1 |
| Buronil              | 25mg | 1tbl večer  | 0-0-1   |
| Prestarium Neo Combi | 5mg  | 1tbl ráno   | 1-0-0   |
| - intra venózní:     | 0    |             |         |
| - per rectum:        | 0    |             |         |

- jiná: 0

**Chirurgická léčba: 0**

### **SITUAČNÍ ANALÝZA:**

Pacient 80 let, hospitalizován 1.10.2013 na geriatrické oddělení FN Plzeň z důvodu zhoršení kognitivních funkcí a úbytku na váze. Pacient je orientovaný pouze částečně osobou, nepřesně časem – ví rok a měsíc, dezorientovaný místem a situací. Je zmatený, zapomíná, mobilní bez podpůrných prostředků, při rozhovoru navazuje oční kontakt, snaží se spolupracovat, v projevu usměvavý, milý, obtížně komunikující, má zhoršenou vyjadřovací schopnost, obtížně zpracovává informace a hůře je podrží. Je částečně soběstačný, nutná dopomoc, dohled a vedení, především při osobní hygieně, oblékání, mytí, úpravě zevnějšku (dle testu Báthelové = 85b – lehká závislost), občasná inkontinence moče (funkční). Trpí občasnými poruchami spánku z důvodu vyskytujících se halucinací a bludů. Hydratace přiměřená. Výživa porušená z důvodu ztráty pocitu hladu. Dieta č. 9 – diabetická. Za poslední 2 měsíce úbytek na váze 8kg. BMI 23,7. Má strach z dlouhodobé hospitalizace, je celkově nejistý. Často a rád chodí po chodbě, kde je nutný častější dohled. Riziko pádu u pacienta je zvýšené. V testu získal 4 body. TK 140/80, P 72', D 15, výška 165cm, hmotnost 63kg, TT=36,4

## **4.1 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY DLE NANDA I. TAXONOMIE I.**

Ošetřovatelské diagnózy byly stanoveny dle NANDA Taxonomie I. Pro získání informací byly použity informace od pacienta, z ošetřovatelské a lékařské dokumentace a od rodiny pacienta. Dle stanovených ošetřovatelských diagnóz jsem vytvořila ošetřovatelský proces, který jsem realizovala. Ošetřovatelský proces by měl končit uspokojením pacientových potřeb.

### **Ošetřovatelské diagnózy dle NANDA I. taxonomie I. seřazené dle priorit**

#### **Aktuální ošetřovatelské diagnózy:**

1. **Výživa porušená, nedostatečná** z důvodu ztráty pocitu hladu, projevující se nezájmem o jídlo, odmítáním stravy a ubýváním na váze.
2. **Zdraví, snížená schopnost zachování** z důvodu zhoršení kognitivních funkcí, projevující se neschopností spolehlivě zastat základní péči o zdraví v některých oblastech.
3. **Zmatenost chronická** z důvodu demence Alzheimerova typu, projevující se poruchou krátkodobé i dlouhodobé paměti, porušenou interpretací podnětů a odpovědí na ně.



4. **Komunikace verbální porušená** z důvodu neurologického onemocnění, projevující se potížemi s chápáním a udržováním obvyklého způsobu komunikace.
5. **Paměť porušená** způsobená neurologickým postižením projevující se zapomínáním, neschopností určit, zda něco již bylo či nebylo vykonáno.
6. **Spánek porušený** z důvodu často se vyskytujících halucinací a bludů, projevující se nespavostí.
7. **Strach** z důvodu dlouhodobé hospitalizace projevující se zvýšeným napětím.
8. **Inkontinence moči** způsobená změnou kognitivních funkcí projevující se občasným únikem moči.

#### **Potenciální diagnózy:**

1. **Trauma, zvýšené riziko** související se zhoršením kognitivních funkcí.
2. **Přemístění, stresový syndrom, riziko vzniku** související s anamnézou.

Aktuální ošetřovatelská diagnóza č. 1

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

**Priorita:** střední

**Cíl dlouhodobý:** U pacienta nedojde k dalšímu snížení jeho váhy, neprojeví se příznaky malnutrice po dobu hospitalizace

**Cíl krátkodobý:** Pacient sní 3 jídla každý den

#### **Výsledná kritéria:**

- Pacient se stravuje pomocí ošetřovatelského personálu do 24 hodin
- Hmotnost pacienta odpovídá jeho výšce a věku do jednoho měsíce
- Potrava je dostatečně výživná do 24 hodin
- Pacient změní vztah k přijímání potravy do 3 dnů
- Pacient vypije 1500 ml za den do 24 hodin 48

#### **Plán intervencí:**

- Při podávání stravy buď trpělivá, dej pacientovi dostatek času – vždy - všeobecná sestra, pečovatel
- Zjistí, jaká tělesná hmotnost odpovídá věku pacienta – do 2 hodin - všeobecná sestra
- Prodiskutuj stravovací návyky pacienta a zjisti, 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 pacienta a sleduj vývoj tělesné hmotnosti – dvakrát týdně - pečovatel, všeobecná sestra
- Snaž se u pacienta 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 2. 10. 2013 – 4. 10. 2013:**

S pacientem jsem prodiskutovala jeho stravovací návyky, sledovala jsem celkový příjem potravy a tekutin, snažila jsem se změnit jeho vztah k jídlu. Vždy jsem na něj měla dostatek času a v případě potřeby mu u jídla asistovala. Pacient dostával tři jídla denně, do kterých jsem ho musela nutit, sám se stravoval nedostatečně. Po třech dnech hospitalizace jsem pacienta převážila.

### **Hodnocení dne 4. 10. 2013:**

Cíl se podařilo splnit částečně. U pacienta se zlepšil příjem potravy, po třech dnech přibral 0,5kg na váze. Pacient přijímá dostatečně vyváženou stravu. Je však potřeba dále v plánovaných intervencích pokračovat a nadále pacienta povzbuzovat při příjmu potravy.

Aktuální ošetřovatelská diagnóza č. 2

**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:** Pacient s pomocí pečovatelů projevuje schopnost adekvátně řešit současnou situaci a má zajištěny bio – psycho – sociální potřeby i za měsíc

**Cíl krátkodobý:** Pacienta vedeme k posilování již naučených dovedností každý den

### **Výsledná kritéria:**

- Pacient provádí péči o sebe sama v co největší možné míře do 24 hodin
- Pacient spolupracuje s ošetřovatelským personálem do 24 hodin
- Pacient má zajištěné bio-psycho-sociální potřeby do 24 hodin
- Pacient potřebuje minimální pomoc při oblékání, koupání, přijímání stravy do 2 dnů
- Pacient přijímá pomoc druhých do 24 hodin

### **Plán intervencí:**

- Zjistí, jaká je míra soběstačnosti pacienta dle Barthelova testu všedních činností – do 3 hodin - všeobecná sestra
- Posuzuj celkový psychický a fyzický stav pacienta – denně - všeobecná sestra
- Zjistí, s čím má pacient největší obtíže – do 24 hodin - všeobecná sestra
- Dopomoz pacientovi s činnostmi, které nezvládne sám – vždy - všeobecná sestra, pečovatel

- Podporuj pacienta v péči o sebe sama – vždy - všeobecná sestra, pečovatel
- Snaž se u pacienta vybudovat blízký vztah a poskytni mu dostatek času – neustále - všeobecná sestra
- Pochval pacienta při sebemenším pokroku – neustále - všeobecná sestra
- Zapoj rodinu v péči o pacienta – do 24 hodin - všeobecná sestra

### **Realizace ze dne 4. 10. 2013:**

Pacienta jsem zhodnotila dle testu Bárthelové a zjistila jsem, že je lehce závislý. V testu získal 85 bodů. Ráno se pacient s lehkou pomocí pečovatelského personálu umyl, následně šel s jejich pomocí do jídelny na snídani. Namazala jsem mu chléb s máslem a nalila hrnek hořké kávy. Po snídani se pacient šel osprchovat s pomocí ošetřovatelského personálu. V 10:00 šel na rehabilitaci společně s ostatními pacienty. Ve 12:30 mu byl podán oběd, který snědl. V 15:00 jsem mu změřila fyziologické funkce dle ordinace lékaře. V rámci rehabilitace jsem se s pacientem odpoledne několikrát prošla po chodbě a popovídala jsem si s ním. Večer jsem mu podala večeři a pomohla s hygienou.

### **Hodnocení dne 4. 10. 2013:**

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

Aktuální ošetřovatelská diagnóza č. 3

**Zmatenost chronická** z důvodu demence Alzheimerova typu, projevující se poruchou krátkodobé i dlouhodobé paměti, porušenou interpretací podnětů a odpovědí na ně.

**Priorita:** střední

**Cíl dlouhodobý:** Pacientova zmatenost zůstane stávající po dobu 3 měsíců

**Cíl krátkodobý:** Pacient se zapojí do jednoduchých činností pro udržení zdraví a orientace do 3 dnů

### **Výsledná kritéria:**

- Pacient ví, kde se nachází na oddělení hodiny a kalendář, pokud zapomene, každý den se zeptá
- Pacient spolupracuje s aktivizačním pracovníkem, vykonává jednoduché činnosti do 3 dnů
- Pacient nosí denně na ruce identifikační náramek
- Pacient ví, že při každé návštěvě má trénovat paměť
- Pacient ví, že každý den má na vše dostatek času, pokud neví, zeptá se
- Pacient zná rozmístění cedulí na oddělení po dobu 48 hodin
- Pacient ví, že má chodit přes den na toaletu každé dvě hodiny, aby zabránil úniku moči

### **Plán intervencí:**

- Udržuj denně pacientovu orientaci v realitě pomocí hodin, kalendáře – všeobecná sestra, pečovatel, rodina
- Zapoj pacienta do aktivizačních činností na oddělení každý den – aktivizační pracovník, pečovatel
- Dbej každý den na bezpečnost pacienta, dohlížejte na něj, dbej, aby měl identifikační náramek – všeobecná sestra, pečovatel, rodina
- Spolupracuj s rodinou pacienta při každé návštěvě a snaž se ji začlenit do péče o pacienta především při trénování orientace a paměti – všeobecná sestra, pečovatel, rodina
- Nespěchej na pacienta nikdy – všeobecná sestra, pečovatel, lékař, rodina
- Snaž se zajistit klidné prostředí, především v noci – všeobecná sestra, pečovatel
- Ulehči pacientovi orientaci v prostředí pomocí cedulí, nápisů každý den – všeobecná sestra, pečovatel
- Povzbuzuj pacienta k vyprazdňování moče každé dvě hodiny – všeobecná sestra, pečovatel, rodina
- Pomoz pacientovi denně trénovat paměť – všeobecná sestra, pečovatel, rodina

### **Realizace ze dne 2. 10. 2013 – 4. 10. 2013**

Každý den jsem se s pacientem snažila trénovat paměť. Při každé vhodné příležitosti, jsem se mu snažila ukázat, kde se nachází na oddělení hodiny a kalendáře a rozmístila jsem po oddělení cedule pro lepší orientaci. Pacient se druhý den začal zapojovat do jednoduchých činností pod vedením aktivizačního pracovníka. Na pacienta jsem si vždy udělala dostatek času a vyslechla jsem si jeho přání a potřeby. Pacientovi jsem se každý den snažila připomínat, že musí dostatečně jíst a dodržovat diabetickou dietu. Vždy jsem mu vysvětlila jaké potraviny jsou pro něj vhodné a ujistila jsem se, že si alespoň část pamatuje. Každé 2 hodiny jsem se pacientovi snažila připomenout, že musí jít na toaletu, aby zabránil úniku moči. Snažila jsem se zajistit klidné prostředí, především v noci.

### **Hodnocení dne 4. 10. 2013:**

Cíl byl splněn částečně. Pacient se snaží spolupracovat. V intervencích je třeba i 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:** střední

**Cíl dlouhodobý:** Pacient rozumí svým ošetřovatelům i za 1 měsíc

**Cíl krátkodobý:** Pacient není agitován z důvodu porušené verbální komunikace do 3 dnů

**Výsledná kritéria:**

- Pacient reaguje přiměřeně na oslovení do 1 dne
- Pacient se zapojuje do komunikace do 1 dne
- Pacient rozumí ošetrovatelskému personálu pomocí verbální a neverbální komunikace v rámci možností do 24 hodin
- Mimický projev u pacienta je přítomný vždy

**Plán intervencí:**

- Posud', do jaké míry pacient rozumí ošetrovatelskému personálu – do dvou hodin – všeobecná sestra
- Měj na pacienta dostatek času – vždy - všeobecná sestra, pečovatel
- Mluv na pacienta dostatečně hlasitě, zřetelně, používej jednoduché věty – vždy - všeobecná sestra, pečovatel
- Využívej neverbální komunikace – neustále – všeobecná sestra, pečovatel
- Povzbuzuj pacienta ke komunikaci – každý den – všeobecná sestra, pečovatel
- Povzbud' rodinu k častým návštěvám, aby byl pacient stimulován 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 dne 4. 10. 2013:**

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

**Hodnocení dne 4. 10. 2013:**

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

## 4.2 ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

V rámci lékařské terapie a ošetrovatelské péče zůstává stav pacienta stejný. Pacient trpí středně těžkou kognitivní poruchou, proto není možnost zlepšení jeho stavu. Je nutností snažit se zachovat jeho dosavadní zdravotní stav a snažit se, o co nejlepší zachování kvality jeho života. Hospitalizaci snáší vcelku dobře, ale často mluvila o tom, že by chtěl jít domů. Vzhledem ke své diagnóze nerozumí tomu, proč je v nemocnici. Často je zmatený a dezorientovaný. Rodina pacienta byla plně seznámena s jeho onemocněním, terapií i prognózou. S pacientem se podařilo rychle navázat dobrý vztah a 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 pacienta a pomoc rodiny, popřípadě umístění do domova se zvláštním režimem. Je důležité, aby měl pacient pevné zázemí a aby měli všichni v jeho blízkosti na něj dostatek času, trpělivosti a porozumění. S rozvojem nemoci bude i nadále nezbytná edukace především rodinných pečovatelů.

## 4.3 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Díky osobním zkušenostem získaných absolvováním odborné klinické praxe na geriatrickém oddělení Všeobecné fakultní nemocnice, studiem odborné literatury na dané téma a možností porovnat péči v nemocničním zařízení a ve specializovaných domovech pro seniory, 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.
- 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,
- poskytovat rodině informace o možnostech následné péče.

## ZÁVĚR

Alzheimerova choroba je závažné neurodegenerativní onemocnění mozku postihující především starší osoby. Toto onemocnění způsobuje nevratné změny v mozkových buňkách a úbytek mozkové hmoty. Je to nejčastější příčina demence. Onemocnění ve většině případů přichází pomalu a plíživě, a proto může být dlouhou dobu nerozpoznáno. Varovným signálem bývá abnormální ztráta paměti, především krátkodobé, poruchy chování a emocí, zmatenost.

I v dnešní době 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 prostřední nebo častokrát ve specializovaném zařízení. Alzheimerova choroba vzniká nejspíše komplikovanou shodou několika faktorů s určitým viníkem, který nemoc spustí.

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

## Seznam použité literatury a zdroj informací

Alzheimer.cz [online]. Česká alzheimerovská společnost. *Alzheimerova choroba*. c2013. [cit.2013-22-11]. Dostupné z:< <http://www.alzheimer.cz/alzheimerova-choroba/>>

Alzheimer.cz [online]. Česká alzheimerovská společnost. *Příznaky*. c2013. [cit.2013-22-11]. Dostupné z:< <http://www.alzheimer.cz/alzheimerova-choroba/priznaky/>>

Alzheimer.cz [online]. Česká alzheimerovská společnost. *Strategie České alzheimerovské společnosti*. c2013. [cit.2013-22-11]. Dostupné z:<<http://www.alzheimer.cz/res/data/000063.pdf>>

BOYD, M. R., 2011. *Alzheimer's disease: Diagnosis and treatments*. New York: Nova. 298 s. ISBN 978-1-61122-586-0.

BUIJSSEN, H., 2006. *Demence*. 1. vyd. Praha: Portál. 132 s. ISBN 80-7367-081-X.

CARPEROVÁ, J., 2011. *100 jednoduchých věcí, které můžete udělat proti Alzheimerově nemoci a úbytku paměti*. 1. vyd. Praha: Vyšehrad. 288 s. ISBN 978-80-7429-194-4.

Citáty a přísloví. *Stáří a stárnutí*. [online]. [cit.2013-22-11]. Dostupné z:< <http://the.cz/citaty/index.php?page=citaty&kategorie=15>>

Citáty slavných osobností. *Citáty o stáří*. [online]. c2007-2013. [cit.2013-22-11]. Dostupné z:< <http://citaty.net/citaty-o-stari/>>

Citáty slavných osobností. *Citáty o stáří: strana 5*. [online]. c2007-2013. [cit.2013-22-11]. Dostupné z:< <http://citaty.net/citaty-o-stari/?page=5>>

„Citáty“. *Zdraví a nemoc*. [online]. c 2003-2013. [cit.2013-22-11]. Dostupné z:< <http://citaty.kukulich.cz/temata/zdravi-a-nemoc/2>>

DOENGES, Marilyn E., Mary Frances MOORHOUSE. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*, 2. vydání. Praha: Grada, 2001. ISBN 80- 247-0242-8.

DVOŘÁČKOVÁ, D., 2012. *Kvalita života seniorů*. 1. vyd. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-4148-3.

GLENNER, J. A. a kol., 2012. *Péče o člověka s demencí: Průvodce pro rodinné příslušníky*. 1. vyd. Praha: Portál. 136 s. ISBN 978-80-262-0154-0.

HAJDOVSKÁ - Tlustá, K., 2006. *Demence – palčivý problém i výzva dnešní doby*. [online]. [cit.2013-22-11]. Dostupné z:< <http://www.haj-tl.wz.cz/htm/DEMENCE.htm>>

HAŠKOVCOVÁ, H., 1990. *Fenomén stáří*. 1. vyd. Praha: Panorama. 416 s. ISBN 80-7038-158-2.

HRDLIČKA, M. a D. HRDLIČKOVÁ, 1999. *Demence a poruchy paměti*. 1. vyd. Praha: Grada. 56 s. ISBN 80-7169-797-4.

KOUKALOVÁ, Magda, 2011. Hodnocení rizika pádu. In: *Zápisky zdravotní sestřičky*. [online]. [17.3.2014]. Dostupné z: [http://vnl.xf.cz/ose/ose-riziko\\_padu.php](http://vnl.xf.cz/ose/ose-riziko_padu.php)



KOUKOLÍK, F. a R. JIRÁK, 1998. *Alzheimerova nemoc a další demence*. 1. vyd. Praha: Grada. 232 s. ISBN 80-7169-615-3.

Multimediální trenažér plánování ošetrovatelské péče [online]. VOŠ zdravotnická a Střední zdravotnická škola, Hradec Králové. [cit.2014-14-03]. Dostupné z:<  
<http://ose.zshk.cz/vyuka/hodnotici-skaly.aspx>>

NĚMCOVÁ, Jitka a kol. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. Plzeň: Maurea, 2013. ISBN 978-80-902876-9-3.

ONDRUŠOVÁ, J., 2011. *Stáří a smysl života*. 1. vyd. Praha: Karolinum. 168 s. ISBN 978-80-246-1997-2.

REGNAULTOVÁ, M., 2011. *Alzheimerova choroba: Průvodce pro blízké nemocných*. 1. vyd. Praha: Portál. 120 s. ISBN 978-80-262-0010-9.

RŮŽIČKA, Evžen. 2003. *Diferenciální diagnostika a léčba demencí: příručka pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2003, 175 s. ISBN 80-726-2205-6.

TRACHTOVÁ, Eva, Gabriela FOJTOVÁ a Dagmar MASTILIAKOVÁ, 2004. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN-10: 80-7013-324-4.

Třetivěk.cz. *Stádia Alzheimerovy nemoci, strašák důchodce a seniora*. [online]. c2005-2010. [cit. 2006-09-13]. Dostupné z:< <http://www.tretivek.cz/200609/stadia-alzheimerovy-nemoci-priznaky-pr/>>

VÁGNEROVÁ, M., 2007. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. 1. vyd. Praha: Karolinum. 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.

VIDOVIČOVÁ, L., 2008. *Stárnutí, věk a diskriminace – nové souvislosti*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita. 233 s. ISBN 978-80-210-4627-6.

Vitalion.cz. *Demence*. [online]. c2012. [cit.2013-22-11]. Dostupné z:<  
<http://nemoci.vitalion.cz/demence/>>

## SEZNAM PŘÍLOH

<b>Příloha A</b> – Barthelův test základních všedních činností .....	I
<b>Příloha B</b> – Glasgow coma scale (GCS).....	II
<b>Příloha C</b> – Hodnocení rizika pádu .....	III
<b>Příloha D</b> - Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Northonové.....	IV
<b>Příloha E</b> – Čestní prohlášení studenta k získání podkladů pro zpracování bakalářské práce.....	VI

**Příloha A – Barthelův test základních všedních činností**

**Barthelův test základních všedních činností (ADL)**

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

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 – Glasgow coma scale (GCS)**

### **Glasgow Coma Scale (GCS)**

- slouží ke kvantifikaci hloubky poruchy vědomí u dospělých

Otevření očí	Počet bodů
Spontánní	4
na výzvu	3
na bolestivý podnět	2
žádné	1

Vědomí – komunikace, kontakt, bdělost

Orientován	5
Dezorientován	4
zmatená a neodpovídající slovní reakce	3
nesrozumitelné zvuky	2
bez reakce	1

Motorická reakce na slovní výzvu, případně na bolestivý podnět

vyhoví správně výzvě	6
cílená reakce na bolest	5
necílená reakce na bolest	4
flekční reakce na bolest	3
extenční reakce na bolest	2
bez reakce	1

Bolestivý podnět způsobíme tlakem kloubů prstů na sternum ve střední čáře v úrovni spojnice prsních bradavek, tlakem na nehty palců ruky nebo nohy, stiskem trapézového svalu v oblasti supraklavikulárních nervových pletení.

Maximum bodů:	15 = normální stav
	13 = vyžaduje hospitalizaci
	8 = mez kritického stavu mozku
Minimum bodů:	3 = areflektorické kóma

Zdroj: <http://ose.zshk.cz/media/p5804.pdf>

### **Příloha C - Hodnocení rizika pádu**

<b>Pohyb</b>	neomezený	0	
	používá pomůcky	2	
	potřebuje pomoc k pohybu	1	
	neschopen přesunu	1	
<b>Vyprazdňování</b>	nevyžaduje pomoc	0	
	nykturie / inkontinence	1	
	vyžaduje pomoc	1	
<b>Medikace</b>	neužívá rizikové léky	0	
	užívá následující léky: diuretika, antiepileptika, antiparkinsonika, antihypertenziva, psychotropní látky, benzodiazepiny	1	
	<b>Smyslové poruchy</b>	žádné	0
		vizuální, smyslový deficit	1
	<b>Mentální status</b>	orientován	0
občasná noční dezorientace		1	
dřívější dezorientace / demence		1	
<b>Věk</b>	18 až 75 let	0	
	nad 75 let	1	
<b>Pád v anamnéze</b>	ano	1	
	ne	0	

**Vyhodnocení:** skóre 3 a vyšší = pacient je ohrožen rizikem pádu

Zdroj: KOUKALOVÁ, 2011

## **Příloha D - Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Northonové**

<b>Duševní stav</b>	bdělost, čilost	4
	apatie	3
	zmatenost	2
	sopor, koma	1
<b>Kontinence</b>	kontinence	4
	inkontinence moči bez katétru	3
	inkontinence stolice	2
	inkontinence moči i stolice	1
<b>Mobilita</b>	plná pohyblivost	4
	mírné omezení	3
	velmi omezená pohyblivost	2
	imobilita	1
<b>Aktivita</b>	chodící	4
	chůze s pomocí	3
	pouze na vozíku	2
	ležící	1
<b>Výživa</b>	dobrá	4
	uspokojivá	3
	špatná	2
	kachexie	1
<b>Cirkulace</b>	normální prokrvení	4
	snížené prokrvení	3
	mírné otoky	2
	střední a velké otoky	1
<b>Tělesná teplota</b>	do 37,2°C	4
	37,3 – 37,7	3
	37,8 – 38,3	2
	38,4 a více	1

<b>Medikace</b>	bez steroidů, analgetik, trankvilizerů	4
	jedna z uvedených skupin	3
	dvě z uvedených skupin	2
	všechny uvedené skupiny	1

**Vyhodnocení:** 16 bodů a méně představuje významné riziko vzniku dekubitů

Zdroj: TRACHTOVÁ, 2004

**ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ STUDENTA K ZÍSKÁNÍ  
PODKLADŮ PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem ošetrovatelský proces u pacienta s chronickou ránou v komunitní péči v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne 15. 3. 2014

Jméno a příjmení studenta