

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S  
ALZHEIMEROVOU CHOROBU**

Bakalářská práce

KRISTÝNA DUDKOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PaedDr. Bianka Rolníková, PhD.

Praha 2016



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

**Dudková Kristýna**  
**3. VSV**

**Schválení tématu bakalářské práce**

Na základě Vaší žádosti ze dne 23. 10. 2015 Vám oznamuji  
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

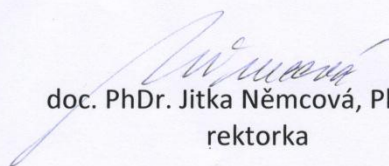
Ošetrovatelský proces u pacienta s Alzheimerovou chorobou

*Nursing Process by a Patient with Alzheimer's Disease*

Vedoucí bakalářské práce: PeaDr. Bianka Rolníková, PhD.

Konzultant bakalářské práce: PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH

V Praze dne: 11. 11. 2015

  
doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.  
rektorka

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 31. 5. 2016

*podpis*

## **PODĚKOVÁNÍ**

Ráda bych poděkovala mé vedoucí práce PaedDr. Biance Rolníkové, PhD., za cenné rady, věcné připomínky a vstřícnost při konzultacích a vypracování bakalářské práce. Mé poděkování patří také PhDr. Dušanu Syslovi, PhD., MPH, za přínosné konzultace při zpracování mé bakalářské práce.

## ABSTRAKT

DUDKOVÁ, Kristýna. *Ošetrovatelský proces u pacienta s Alzheimerovou chorobou*. Vysoká škola zdravotnická o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PaedDr. Bianka Rolníková, PhD. Praha 2016. 61 stran.

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces u pacienta s Alzheimerovou chorobou. Teoretická část obsahuje základní charakteristiku onemocnění, přístup k těmto lidem v historii, četnost výskytu u nás a ve světě, příznaky, léčbu a diagnostiku tohoto onemocnění a v neposlední řadě různé formy pomoci a příspěvků pro nemocné a jejich blízké.

Praktická část práce je zaměřena na zpracování ošetrovatelského procesu u pacientky trpící touto nemocí. Součástí procesu bude zpracování ošetrovatelských diagnóz spolu s intervencemi. Taktéž je zaměřena na specifika ošetřování v péči o tyto pacienty.

### Klíčová slova

Alzheimer. Alzheimerova demence. Alzheimerova choroba. Demence. Nemocný. Ošetrovatelský proces. Pacient.

## **ABSTRACT**

DUDKOVÁ, Kristýna. Nursing process by a Patient with Alzheimer's disease. . Vysoká škola zdravotnická o.p.s. Degree qualification: Bachelor Degree (Bc.) Thesis supervisor: PaedDr. Bianka Rolníková, PhD. Praha 2016. 61 pages.

The thesis topic is specialized on Nursing process at patient with Alzheimer's disease. The theoretical part contains basic characteristic of the disease, attitude to these patients in history, frequency of occurrence in this country and abroad, symptoms, treatment and diagnosis of this disease and last but not least various forms of help for patients and their relatives. The practical part is focused on elaboration of Nursing process at patient suffering from this disease. Part of this thesis will be processing of nursing diagnoses along with interventions. The thesis is also focused on specifications of nursing treatment for these patients.

### Keywords

Alzheimer. Alzheimer dementia. Alzheimer's disease. Dementia. Sick. Nursing process. Patient.

# OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	
SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ .....	
ÚVOD.....	13
<b>1 DEMENCE .....</b>	<b>15</b>
1.1 HISTORIE PÉČE O PACIENTY S DEMENCÍ .....	15
1.2. ALZHEIMEROVA DEMENCE .....	17
1.1.1 PATOFYZIOLOGIE ALZHEIMEROVY DEMENCE.....	17
1.1.2 ETIOLOGIE ALZHEIMEROVY DEMENCE.....	18
1.1.3 PREVENCE ALZHEIMEROVY DEMENCE.....	19
1.1.4 PŘÍZNAKY ALZHEIMEROVY DEMENCE .....	21
1.1.5 DIAGNOSTIKA ALZHEIMEROVY DEMENCE.....	24
1.1.6 LÉČBA ALZHEIMEROVY DEMENCE .....	27
1. 3. SOCIÁLNÍ POMOC PRO PACIENTY A JEJICH RODINY.	31
<b>2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA S ALZHEIMEROVOU CHOROBU .....</b>	<b>34</b>
<b>3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES .....</b>	<b>39</b>
POSUZOVÁNÍ .....	39
DIAGNOSTIKA .....	40
PLÁNOVÁNÍ.....	40
REALIZACE .....	41
HODNOCENÍ.....	41
<b>4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S ALZHEIMEROVOU CHOROBU .....</b>	<b>42</b>
4.1. STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ PODLE PRIORIT .....	63
4.2. DOPORUČENÍ PRO PRAXI .....	70
<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>71</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>72</b>

## SEZNAM PŘÍLOH



## **SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK**

**AN** - Alzheimerova nemoc

**CT** - computer tomography

**IChE** - inhibitory acetylcholinesteráz

**MMSE** - mini mental state examination (test pro zhodnocení kognitivních funkcí)

**MR** - magnetická rezonance

**ncl** - nucleus

**NMDA** - N-metyl D- aspartát

**SPECT** - Single-Photon Emission Computed Tomography

# SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

**Acetylcholinesteráza** - enzym rozkládající acetylcholin

**Afázie** - ztráta nebo porucha řeči

**Agitovanost** - neklid a rozrušení s bezcílnou fyzickou aktivitou

**Agnozie** - porucha poznávání (osob, předmětů, aj.)

**Agrafie** - neschopnost psát

**Alexie** - neschopnost čtení

**Amnestická afázie** - porucha výběru adekvátních slov ze své slovní zásoby

**Amygdala** - centrum limbického systému umístěné ve spánkovém laloku

**Apraxie** - porucha získaných pohybových dovedností

**Apoplektický** - náhlý, náhle vzniklý

**Expresivní afázie** - neschopnost hledat správná slova a tvořit věty

**Gnostické poruchy** - porucha poznávání

**Hipokampus** - tzv. mořský koník, část velkého mozku

**Cholinacetyltransferáza** - enzym syntetizující acetylcholin

**Korová** - kůrová (část mozku)

**Locus coeruleus** - noradrenergní jádro uložené pod spodinou IV. mozkové komory

**ncl. basalis Meynerti** - skupina nervových buněk bohatá na acetylcholin a cholinacetyltransferázu

**ncl. olfactorius** - první hlavový nerv

**Nucleus suprachiasmaticus** - jádro v hypotalamu řídící cirkadiální rytmy

**Senzorická afázie** - potíže s porozuměním toho, co mluví jiní lidé

**Septum verum** - prekomisurální část pars septalis telencephala

**Substantia nigra** - tzv. černá substance v bazálních gangliích mozku

**Tangles** - neurofbrilární klubka

**Telencefalus** - velký mozek

## ÚVOD

V dnešní době se často hovoří o emancipaci. Emancipaci nejen ze stran zdravotnických pracovníků ale i ze stran samotných pacientů. U zdravotnických pracovníků to znamená větší samostatnost, která jde však ruku v ruce s větší zodpovědností. Podobné je to také u pacientů - i oni se chtějí samostatně rozhodovat. V případě pacientů s duševní nemocí to však sebou přináší mnoho komplikací. *Ošetřování nemocných jest úkolem těžkým, dvakrát, třikrát těžším, jedná - li se o ošetřování choromyslných* (PETR a kol., 2014, s.13).

Všeobecné zdravotní sestry tvoří nejpočetnější skupinu v oboru zdravotnictví. Stráví s pacienty mnoho hodin a mohou se tak výrazně podílet na péči a míře samostatnosti pacienta. Trendem dnešní doby proto je, aby se sestry přesunuly z institucí do místních komunit. Základem je pak spolupráce sestry, pacienta a jeho rodiny při péči, rozhodování a motivaci. Při poskytování péče může také často docházet ke konfliktům, kdy se názor zdravotníka liší s názorem pacienta.

Alzheimerova demence je nejčastějším typem demence a i přesto se udává, že péče o demenční pacienty je na velmi nízké úrovni obzvláště kvůli absenci specializovaného vzdělávání pro ošetřující personál. Žádný z předmětů na školách se péčí o pacienta s demencí příliš nezabývá. Častou praxí je, že se ošetřovatelská péče poskytuje tak, jak kdo umí. Zatímco u pacienta s nádorovým onemocněním by byla nehoráznost, ošetřoval-li by jej laik bez kvalifikace, u pacienta s demencí se to má tak nějak samo sebou a ošetřovatelský proces v podstatě neexistuje.

Autoři předkládají první výsledky pilotní studie 119 dyád pacientů s demencí a rodinných pečujících s použitím dotazníku Resource Utilization in Dementia ve čtvrté verzi (RUD 4,0). Ze studie vyplývá, že pečující v České republice využívají pro své blízké relativně málo terénních služeb jak zdravotnického, tak sociálního charakteru. Sami tak poskytují převážnou část péče (HOLMEROVÁ a kol., 2015).

Incidence Alzheimerova, tedy počet nově zjištěných nemocných osob za určité období, se vyskytuje hlavně v populaci u lidí nad 65 rokem života. Průměrný postih Alzheimerovy demence je 10 případů na 1000 obyvatel za rok ve věku kolem 65 let. A protože jedním z rizikových faktorů Alzheimerova je věk, u populace nad 85 rokem života se počet

zvyšuje na 90 případů z 1000 obyvatel za rok. Stejně jako u incidence je tomu stejně i s prevalencí

Prevalence znamená souhrn všech případů dané nemoci, jedná se tedy o součet jak nově zjištěných, tak už i dříve diagnostikovaných nemocných za určitý časový úsek.

Z epidemiologického měření vyplívá, že výskyt těžké demence se u osob nad 65 let vyskytuje u 2 - 5 %. Nejpočetnější údaje statistik se týkají právě Alzheimerovy demence, ve kterých se můžeme dočíst, že dochází ke vzrůstu této choroby co 5 let až dvojnásobně. *Ve věku 80 let trpí demencí asi 20-25 % populace, kolem 85 let 30 %, odhady pro věkovou skupinu nad 95 let hovoří již o 50-60 % prevalenci (HORT, 2007, s. 155).*

V České Republice žilo v roce 2002 13,9 % obyvatel starších 65 let (548 000 mužů a 870 000 žen). Střední délka života činila u žen 78,5 roku a u mužů 72,1 roku. Kolem roku 2030 se očekává, že podíl osob starších 65 let bude dosahovat více než čtvrtiny obyvatelstva (HORT, 2007, s. 155). Počet osob trpících demencí obecně se odhaduje na 150 000 až 200 000, z toho 75 000 až 120 000 nemocných má Alzheimerovu chorobu (HORT, 2007).

Cílem bakalářské práce je zpracování a prezentace základních údajů o Alzheimerově demenci a vypracování ošetrovatelského procesu.

# 1 DEMENCE

Termín demence vzniká spojením latinských slov de (bez) a mens (mysl, rozum, vědomí). Demenci lze definovat v souladu s Diagnostickým a statistickým manuálem *Americké psychiatrické asociace v jejím 4. vydání (DSM - IV) jako rozvoj mnohočetných kognitivních defektů zahrnujících poškození paměti a nejméně jednu z následujících kognitivních poruch: afázie, apraxie, agnozie, nebo poškození exekutivních (tj. funkcí zajišťujících organizaci cíleného chování vedoucího k nějakému mentálnímu nebo fyzickému výkonu) ve srovnání s premorbidním stavem, a to do té míry, že jsou narušeny každodenní aktivity (zaměstnání, společenské kontakty, osobní život) (HORT, 2007, s.153 ). V odborné literatuře se objevuje, že vznik demence je možný už po rozvoji kognitivních funkcí, tedy již po druhém až čtvrtém roku života. Vzhledem k dnešnímu trendu delší délky života se pak demence řadí mezi jedny z nejčastěji vyskytujících se onemocnění (PETR a kol., 2014).*

Demence obecně se dělí na dvě základní skupiny rozdělující se podle příčiny vzniku. Je to demence na podkladě atroficko-degenerativního onemocnění mozku, druhý typ je demence symptomatická. Při atroficko-degenerativní demenci dochází k ukládání patofyziologických bílkovin v buňkách mozku a tím k poškození až zániku těchto buněk. Nejznámějším a nejpočetnějším typem je Alzheimerova demence.

Ta představuje až 50 % všech vyskytujících se demencí. Dalším příkladem patřící do této skupiny je např. demence s Lewyho tělísky nebo demence u Parkinsonovy a Huntingtonovy nemoci. U druhého typu, symptomatické demence, bývá základem systémové onemocnění organismu jako intoxikace, malignity, metabolické poruchy aj. U tohoto typu je nejpočetnější skupinou vaskulární demence, která vzniká na podkladě poruchy cévního zásobení mozku, které je způsobeno drobnými mnohočetnými infarkty (PETR a kol., 2014).

## 1.1 HISTORIE PÉČE O PACIENTY S DEMENCÍ

Postoj k duševně nemocným přešel dlouhým vývojem. První zmínky o duševně nemocných se dochovaly ze Starého Egypta nebo Babylonu (asi 15. století př. n. l.). Lidé si v tomto období neuměli vysvětlit zvláštní chování jedinců a pro primitivní

myšlení tomu odpovídala také léčba. Až v 6.století př.n.l. prohlásil Pythagoras, že to mozek je sídlem rozumu a že tyto nemoci mají sídlo právě v mozku. První změnu v léčbě duševně nemocných provedl Hippokrates, který se odpoutal od myšlenky, že tyto nemoci jsou následkem jakési mystiky. Soustředil se na pozorování klinických příznaků a položil tak základy vědy na půdě duševních nemocí.

Těžké období prožívali postižení obzvláště v období středověku, kde nebyli považováni za nemocné ale za posedlé ďáblem a duchy. Jejich terapie spočívala v obřadech a exorcizmu, které prováděli zkušení kněží. Bludy a další příznaky byly považovány za nepřijatelné pro společnost a tak byli upalováni na hranicích. V této době pak vznikly první instituce, např. věž bláznů nebo loď bláznů. Nemocní byli vykázáni na loď, ze které nemohly utéct a tím zajistili, že už nebudou ve městě nikoho obtěžovat.

K radikální změně dochází v 15. století. V tomto období docházelo k výstavbám prvních azylových domů a začala se tak rýsovat první sociální pomoc pro nemocné, kterým byla poskytována péče za poplatek jejich rodin. Jestliže neměli dostatek financí, bylo jim nařízeno držet nemocného doma, třeba i násilně.

Ke konci 18. století došlo k ústupu démonologie a bizarních praktik a vznikl prostor pro vznik psychiatrie jako samostatného oboru. První radikální změna v přístupu k duševně nemocným se připisuje pařížskému lékaři Phillipovi Pinelovi, který se zasloužil o základy důstojného života pro duševně choré. Začátkem 19. století se navíc objevují už první zmínky o právech duševně nemocných v právních legislativách.

Počátek 20. století, byl příznivější pro duševně nemocné. Objevil se pojem shell shock, který ovlivnil celkový pohled společnosti. Shell shock jsou příznaky, které postihovaly vojáky během 1. světové války a zanechávaly na nich známky psychických potíží.

Z toho vyplynulo, že změnu psychiky může postihnout kohokoliv a nejsou způsobeny jen na základě genetické predispozice. Mezi první způsoby léčby patřilo biologické ovlivnění těla nemocného jako umělé vyvolání horečky, dietoterapie nebo hormonální terapie. Praktický účinek to ale příliš nepřineslo a tak došlo k zavedení konvulzivní léčby. Jednou z metod byla inzulinová léčba, kdy vyvolávali stavy bezvědomí jako následek hypoglykémie. Nejznámější metodou, která se využívá dodnes, je léčba elektrošoky. Zlom na půdě psychiatrie nastal v 50. letech, kdy došlo k objevení prvních

psychofarmak s pozitivními účinky. Tím došlo ke snížení používání omezovacích prostředků a k vývoji ambulantní léčby nemocných.

Následkem politických změn v roce 1989 došlo k obratu v psychiatrii. O psychických nemocech se začalo více hovořit a s tím došlo i ke změně přístupu společnosti a zároveň se zrušila izolace psychiatrie od dalších lékařských oborů. Začala vznikat speciální centra, která nabízejí komunitní služby pacientům a jejich rodinám (HORT, 2007).

## **1.2. ALZHEIMEROVA DEMENCE**

Alzheimerova nemoc je nejčastěji se vyskytující druh demence a představuje až polovinu všech zjištěných demencí. It is the only cause of death in the US top 10 that cannot be prevented, cured or slowed (MacGill, 2016).

### **1.1.1 PATOFYZIOLOGIE ALZHEIMEROVY DEMENCE**

Alzheimerova nemoc je typickým příkladem kortikální demence. Jejím významným rysem je postupný zánik cholinergních neuronů bazálního telencefala s následným úbytkem množství korové acetylcholinesterázy i cholinacetyltransferázy. Pokles enzymatické aktivity je výrazný a koreluje s klinickými projevy a jejich tíží. Tak rozsáhlá postižení však nelze uspokojivě vysvětlit pouze úbytkem cholinergních neuronů v bazálním telencefalu (ncl. basalis Meynerti a septum verum). Z toho plyne, že zčásti musí docházet i k jejich retrográdnímu zániku a tento proces je úměrný korovému postižení. Během onemocnění je popisováno i postupné snižování počtu a velikosti noradrenergických neuronů locus coeruleus i dopaminergních pigmentových neuronů v substantia nigra, nucleus suprachiasmaticus, jádrech thalamu, sítnice, ncl. olfactorius a v jiných místech. Intaktní nezůstává ani serotonergní systém (HORT, 2007, s. 166).

Typickou neuropatologií Alzheimerovy demence jsou senilní plaky, neurofibrilární klubka (tangles) a úbytek neuronů. Součástí buněčné membrány neuronů je bílkovina APP (amyloidový prekurzorový protein), která se odbourává dvěma možnými cestami.



Štěpením enzymem  $\alpha$ - sekretázou vznikají neškodné rozpustné peptidy.  $\beta$ -Sekretáza dává vznik toxickým  $\beta$ -amyloidovým peptidům, které se stávají jádrem tzv. senilních (neuritických) plaků v mezibuněčném prostoru, které pak navozují zánětlivé tkáňové změny. Tohoto procesu se pravděpodobně účastní mikroglie s produkcí toxických cytokinů a radikálů (HORT, 2007, s. 172). Literatury uvádí, že zdravé neurony za normálních okolností obsahují normální tau protein, který se podílí na udržování integrity cytoskeletu. U Alzheimerovy demence dochází k degeneraci tohoto proteinu což má za následek vznik tangles a tím poruchy axonálních transportů a následně zánik neuronů. Při rozpadu neuronů můžeme zdegenerovaný tau protein nalézt v likvoru. Při normálním stárnutí dochází k úbytku neuronů v různých částech mozku různou rychlostí. Z dostupných prací můžeme vyčíst, že při Alzheimerově chorobě dochází k rychlejšímu úbytku neuronů, obzvláště pokud jde o presenilní typ oproti pozdnímu typu demence (HORT, 2007), (HALOVÁ, 2010).

### **1.1.2 ETIOLOGIE ALZHEIMEROVY DEMENCE**

Jednoznačnou příčinu Alzheimerovy choroby nelze určit. Jsou pouze jakési podezření na rizikové faktory, které by se na vzniku této choroby mohly podílet. První možnou příčinou by mohly být stopové minerály, konkrétně hliník a zinek. V mozkové tkáni postižených pacientů se našla zvýšená koncentrace hliníku, u dialyzovaných pacientů se navíc prokázaly patologické tau proteiny při zvýšené hladině hliníku. Zinek se považuje za spouštěče amyloidového  $\beta$ - proteinu. Další pravděpodobnou příčinou jsou viry. V mozku pacientů postižených Alzheimerovou chorobou se našel virus herpes simplex. Mezi další možné vyvolávající příčiny řadíme autoimunitní a genetické faktory. Při familiárním výskytu nemoci je riziko onemocnění i 4 x vyšší, jedná se o nosičství alely  $\epsilon$  - 4 genu pro ApoE. Ohroženější skupinou jsou v tomto případě ženy. Další, dalo by se říci podmínkou, pro vznik této nemoci je vysoký věk. Dále zde řadíme kraniocerebrální poranění, nižší úroveň vzdělání, určitý životní styl jako kouření, strava bohatá na cholesterol. Svou roli hraje stres, který zvyšuje tzv. stresové hormony a ty ničí mozkové buňky. Neméně důležitým faktorem je alkohol, kdy alkoholici a lidé požívající větší množství mají až 2 x vyšší riziko vzniku. Některá metabolická onemocnění, jako např. diabetes mellitus, mohou přispět ke vzniku Alzheimerovy choroby (VATEHOVÁ, VATEHA, 2013).

### 1.1.3 PREVENCE ALZHEIMEROVY DEMENCE

Protože neznáme příčinu Alzheimerovy choroby, nemůžeme se ani preventivně bránit. I když je k mání mnoho literatur a zdrojů o preventivních opatřeních proti této chorobě, které jsou založeny na mnoha výzkumech vědců, jejich dodržování by nemělo být bráno jako spolehlivý způsob, jak se ubránit Alzheimerově demenci. Říkejme tomu spíše doporučení, které by nám mohlo pomoci se této chorobě alespoň částečně vyhnout. Jedním z fascinujících zjištění je to, že i přes fatální patologické nálezy na mozků člověka nemusí být tak destruktivní, jak se mnoho lidí možná domnívá. Některé z postižených mozků, které jsou pokryty plaky a masami amyloidu i přesto výborně pracují. A věda má pro tento jev vysvětlení: určitý životní styl, jako například vyšší kontinuální vzdělávání, společenské vztahy a aktivity podporující intelekt mohou podpořit tzv. kognitivní rezervu. Tato rezerva zajistí normální fungování mozku i po tom, co už je fyzicky poškozen. Existuje mnoho rad a typů jak se alespoň částečně vyvarovat Alzheimerově demenci, mezi které například patří:

**Alkohol** – studie dokázaly, že lidé, kteří pravidelně požívají malé množství alkoholu, jsou méně náchylní k Alzheimerově nemoci. Jeden z provedených výzkumů dokázal, že lidem, kteří vypili týdně 1 až 2 sklenice vína hrozí až o 37 % menší riziko vzniku Alzheimerovy demence. U alkoholu ale pozor na hranici mezi sklenicí a láhví vína. U lidí, kteří holdují většímu množství alkoholu je riziko vzniku demence až dvakrát vyšší.

**Pití jablečného džusu** – výsledky nejnovějších výzkumů ukazují, že při pití jablečného džusu dochází ke zvýšení produkce acetylcholinu, který se považuje za lék proti Alzheimerově chorobě. Acetylcholin je zodpovědný za správné učení a paměť.

**Bobulovité ovoce** – jejich ukládání v mozku zlepšuje funkci neuronů a jejich vzájemnou komunikaci a zjednodušeně lze říci, že se rozhodnou zda li se stanou nefunkčními a podlehnou zánětu nebo se obnoví a zůstanou funkčními.

**Zvětšení mozku** – každému člověku, který dosáhne 30 a 40 roku života se začne zmenšovat mozek a s tím souvisí i horší paměť a zvýšené úsilí se naučit novým věcem. Vědci při výzkumu ale zjistili, že každodenní aktivitou, např. procházkami, lze

dosáhnout neurogeneze, tedy každodenní obnově tisíce neuronů a tím lze zvětšit intelektuální kapacita mozku a do určité míry tak předejít ztrátám paměti a demenci.

**Kontrola krevního tlaku** – skutečnost, kterou může každý z nás ovlivnit. Vysoké hodnoty krevního tlaku přispívají ke zhoršení kognitivních funkcí a při neléčení dochází ke ztrátám paměti, zdvojnásobuje se riziko vzniku Alzheimerovy demence a je až 6 x vyšší riziko vzniku vaskulární demence.

**Kofein** – pozitivní působení kofeinu bylo prokázáno při pokusech na myších. Myši, které pily vodu smíchanou s kofeinem neprokazovaly chování, které je typické pro patologické změny na mozku. U lidí kofein funguje jako uklízeč, který vymete jedy poškozující mozek pryč z těla.

**Čokoláda** – čokoláda obsahuje kakao, které má pozitivní účinky na srdce a mozek. Při každodenní konzumaci asi 15 dkg čokolády bylo po dvou týdnech prokázáno snížení krevního tlaku a prevence před cévní mozkovou příhodou. Navíc pití kakaa zvyšuje prokrvení mozku, které se stářím zhoršuje a může tak vznikat strukturální poškození.

**Vitamín B** – každá těhotná žena může pomoci svému dítěti už tím, že v těhotenství bude jíst vejce a jiné potraviny bohaté na cholin. Proto se doporučují pravidelné dávky cholinu.

**Skořice** – potíže mozku může způsobit i špatně fungující inzulin, který zapříčiní hladovění mozku po glukóze a zvýšenou koncentraci  $\beta$ - amyloidu a tím i zvýšené riziko vzniku Alzheimerovy choroby. Proto se doporučuje skořice, která působí na slabý inzulin a tím zaručí správné zpracování glukózy.

**Kari koření** – z výzkumu se můžeme dozvědět, že právě Indie je zemí, kde se Alzheimerova choroba vyskytuje nejméně. Kari je bohaté na kurkumin, což je látka pozitivně působící na paměť jak u lidí, tak i u zvířat.

**Deprese** – je deprese příčinou nebo důsledkem Alzheimerovy choroby? Dlouhou dobu se deprese prezentovala jako příznak dlouhodobé Alzheimerovy choroby. Po několikaletých výzkumech se ale vědci začali přiklánět ke druhé variantě a to že deprese je rizikovým faktorem. Čím hlubší deprese je, tím větší je riziko ke vzniku této nemoci.

**Vyšší vzdělání** – při srovnání dvou pacientů s Alzheimerovou chorobou bylo prokázáno, že člověk s vyšším vzděláním, který se déle formálně vzdělávat si dokáže s Alzheimerovou chorobou poradit lépe než ten s nižším vzděláním.

**Enviromentální jedy** – není tajemstvím, že městské ovzduší je plné škodlivých výparů výfukových plynů a jiných látek. Můžeme zde ale zařadit i tzv. nervové jedy jako pesticidy, různé čisticí prostředky, hliník a olovo. Studie prokázala, že dlouhodobé vystavení těmto látkám zvyšuje riziko vzniku Alzheimerovy demence. Např. při dlouhodobém vystavení člověka pesticidům se zvyšuje riziko až na 42 %, což převyšuje i pravděpodobnost genetické příčiny vzniku.

Těchto pár případů je jen zlomkem rad, kterých se může každý držet při snaze vyhnout se Alzheimerově chorobě. K dalším radám, jak se demenci pokusit vyhnout ještě patří např. užívání marihuany, konzumace ryb, kyseliny listové a špenátu, dostatek spánku, dostatek vitamínu D, octa, pití červeného vína aj. (CALLONE, 2008), (CARPER, 2011).

#### **1.1.4 PŘÍZNAKY ALZHEIMEROVY DEMENCE**

Alzheimerova choroba se obecně rozlišuje na formu s časným a s pozdním začátkem. Obě tyto formy se od sebe klinicky nijak zvlášť neliší. Jedním z rozdílů u časně formy je patrnější genetické zastoupení spolu s rychlejším průběhem choroby. Demence Alzheimerového typu nastupuje plíživě a nenápadně. Často se stává, že jsou příznaky demence zaměňovány za obyčejné znaky stárnutí a to i přesto, že stárnutí se nepovažuje za chorobu. Typickým příznakem pro Alzheimerovu demenci bývá porucha paměti a postižení kognitivních i nekognitivních funkcí. Celkové postižení těchto schopností se odvíjí od stupně postižení mozku. Dle literatury lze Alzheimerovu chorobu rozlišit do tří stupňů odvíjejících se od příznaků a stupně postižení. Všem stupňům nemoci navíc předchází amnestická forma lehké poruchy poznávacích funkcí (JIRÁK a kol., 2013).

##### ***Amnestický typ lehké poruchy poznávacích funkcí***

Amnestický typ bývá ve většině případů považován za subklinický typ Alzheimerovy nemoci. Postižená paměť zahrnuje většinou jen jednu složku a to epizodickou. Porucha je jak subjektivního rázu, kdy si sami nemocní uvědomují problém, který pocítují jako stěžení života, tak objektivního, kdy lze poruchu změřit dostupnými testovacími metodami. V tomto stádiu nedochází k tak velkému postižení jako v průběhu demence

samotné. Soběstačnost pacientů a schopnost vykonávat běžné denní aktivity bývá nepostížená. V některých případech dochází i ke snaze dělit stupně demence podle výsledku MMSE, což je ale nemožné pro jejich hrubý odhad. Při vyplnění testu pacientem s amnestickou lehkou poruchou mohou výsledku dosahovat i 27- 26 bodů. Předpokládaným rizikovým faktorem pro vstup do lehkého stupně Alzheimerovy choroby lze předpokládat hipokampální atrofii, kterou lze prokázat při vyšetření s pomocí magnetické rezonance (JIRÁK a kol., 2013).

### ***Lehká alzheimerovská demence***

Dochází k výraznějšímu postižení epizodické paměti. Další postiženou složkou je pracovní paměť- nejvýrazněji se projevuje na neschopnosti pamatovat a vybavovat si nové informace. Nevybavují si různé události svého života, častěji nově prožité ale i z dávnější doby. Typické je ukrývání předmětů na neobvyklá místa, jako např. banány do šatní skříně aj. bez toho, aniž by si to uvědomovali. Může docházet k zapomínání jmen svých blízkých a k zaměňování tváří. U mnoha nemocných můžeme sledovat dezorientaci, obzvláště v čase a prostoru a proto není žádoucí, aby se pohybovali sami. Tato dezorientace se zhoršuje, jsou-li na jim neznámých místech. Může dojít i ke ztrátě soudnosti. Zhoršuje se schopnost logického myšlení. Přestávají zvládat nároky svých denních potřeb. Nejsou schopni provádět především složitější úkony, časem jim dělá problém plnit i běžné rutinní potřeby, např. pokud je dementní pacient kuchař, může zapomenout jednotlivé ingredience a postup receptu i přesto, že už jídlo mnohokrát vařil. Mají zhoršenou schopnost adaptace na nové prostředí a učení se novým věcem, jako např. manipulace s mobilním telefonem. Celkově dochází ke ztrátám zájmů, k poklesu fyzické aktivity psychomotorického tempa. Už od začátku onemocnění doprovází pacienty typické emoční poruchy, kdy mezi nejčastější patří deprese, úzkost, labilita. Při MMSE testu můžeme vyzorovat úpadek schopností s výsledkem testu s 25-18 body (JIRÁK a kol., 2013).

### ***Střední alzheimerovská demence***

Poruchy kognitivních funkcí se stupňují. Zhoršující se dezorientace má za následek časté bloudění a tak je v tomto stádiu vyloučen samostatný pohyb po okolí. Neschopnost zapamatovat a vybavit si nové informace přetrvává. Dochází ke gradaci úbytku logického myšlení a soudnosti, nemocní ztrácí náhled na svou nemoc

a neuvědomují si ji. U některých případů můžeme zpozorovat fatické poruchy jako expresivní parafázie i afázie, sensorická afázie a amnestická afázie spolu s gnostickou a praktickou poruchou. Tyto fatické poruchy se mohou vyskytnout i u lehkého stupně Alzheimerovy demence, ale to bývá spíš výjimkou než pravidlem. Slovní zásoba pacientů se zmenšuje, dochází k celkovému zhoršení slovní komunikace, začínají používat jen jednoduchá slova např. ve formě zájmen. Všimáme si podstatného zhoršení při denních aktivitách, kdy už nejsou schopni samostatné péče o sebe sama. Nejsou schopni si samostatně nakoupit ani uvařit, horší se módní vkus, někdy se mohou obléct neadekvátně. Často zapomínají vypínat plynové a elektrické vařiče a spotřebiče, což může vést k život ohrožujícímu stavu. Nezájem o jejich hobby přetrvává a prohlubuje se. Je zhoršená osobní hygiena doprovázená inkontinencí moči a to především v nočních hodinách. Z dalších psychických příznaků lze vyzpozorovat zhoršující se labilita, gradující afekty vzteku a agitovanost, bludy, poruchy vnímání.

V tomto stádiu je vyloučeno, aby takto nemocný člověk byl sám a tak je nutné zajistit mu celodenní dohled a péči. Dalším problémem je už zmiňovaná porucha řeči, která sebou přináší sociální izolaci nemocného a další psychické příznaky ve formě smutku, deprese, aj. Hodnoty MMSE jsou v tomto období v rozmezí 17 - 11 bodů (JIRÁK a kol., 2013).

### ***Těžká alzheimerovská demence***

Opětovné postupné zhoršení kognitivních funkcí. Dochází k vícesložkovému poškození paměti. Zapomínají jmény svých blízkých nebo už je dokonce ani nepoznávají. Nedokážou vykonávat smysluplnou činnost, dezorientace se prohlubuje a postupně rozšiřuje i na jejich vlastní prostředí jako např. neumí najít svou postel, neví, kde mají toaletu. Objevuje se zhoršení fatických poruch spolu s agrafií a alexií. Celkové zhoršení v oblasti sebezpečí. Potřebují pomoci s oblékáním, v některých případech i s příjmem jídla a tekutin. Výjimkou nejsou ani problémy v oblasti vyprazdňování, kdy dochází k částečné nebo úplné inkontinenci moče a stolice. Další stádia se projevují formou motorického poškození, charakteristické svými sklony k pádům, apraktickou chůzí s drobnými krůčky až imobilizací pacienta. Imobilizace je sama o sobě velmi nepříjemná pro všechny pacienty, ať psychicky zdravé či nemocné a nese sebou mnoho dalších komplikací. S imobilizací úzce souvisí riziko vzniku dekubitů, a tak žádný

pečovatel o imobilního pacienta nesmí zapomínat na důslednou péči a prevenci. Dalším rizikem u ležících pacientů je riziko vzniku pneumonie. Může docházet k dalším poruchám chování projevující se agresivitou, ničením předmětů, nevhodnými způsoby jak na sebe upoutat pozornost. V některých případech bývá euforická nálada. Hodnoty MMSE v tomto období jsou mezi 10 - 6 body u těžké demence a 5 - 0 body u velmi těžké demence (JIRÁK a kol., 2013).

Pacient s Alzheimerovou chorobou se většinou průměrně dožije asi 7 - 15 let od stanovení diagnózy. S dnešní dobou se pravděpodobně prodlužuje i délka jejich přežití, jednoznačně to však prozatím prokázáno nebylo. Při diagnostikování Alzheimerovy demence na základě genetického podkladu lze ale vyzorovat, že doba přežití pacientů se může zkrátit i na 3-5 let od prvních příznaků. Alzheimerova nemoc po všech stádiích končí smrtí. Většinou umírají na nemoci vyplývající z imobilizace. Typickou příčinou smrti bývá hypostatická pneumonie a dekubitální sepse. Objevují se úmrtí na následky úrazů, které by člověk, který nemá těžkou demenci, neutrpěl. Lidé s těžkou demencí navíc mají sníženy pocit hladu a žizně a tak se na zhoršení stavu podepisuje také dehydratace. Při úmrtí by měla být Alzheimerova choroba považována za základní příčinu smrti (JIRÁK a kol, 2013).

### **1.1.5 DIAGNOSTIKA ALZHEIMEROVY DEMENCE**

Alzheimerovu nemoc lze diagnostikovat na základě kombinací typických příznaků a vylučovacích metodách (vyloučení jiných typů demencí, deprese, tumoru, aj.). V současné době tudíž není žádné vyšetření, které by demenci odhalilo v časném či dokonce preklinickém stádiu. S určitostí lze ale tuto diagnózu potvrdit až post mortem, tedy po smrti patologem. Jen zcela výjimečně se provádí mozková biopsie. Nejčastěji se k určení diagnózy používají NINCDS – ADRDA kritéria ( National institute of neurological and communicative disorders - Alzheimer's disease and related dementias association ) dle McKhanna et al (JIRÁK a kol, 2013).

Kritéria pravděpodobné Alzheimerovy demence

Demence byla prokázána hodnocením MMSE nebo Blessedovou škálou demence, potvrzeno i dalšími neurologickými testy. Deficit alespoň ve dvou oblastech kognitivních funkcí společně s postupnou ztrátou paměti a dalších kognitivních funkcí.

Při vyšetření se neprokázala jako primární příčina porucha vědomí a nemocný je ve věku mezi 40 - 90 lety a taktéž nebylo prokázáno jiné metabolické onemocnění nebo poranění mozku, které by dané příznaky vysvětlilo. Mezi další podpůrná vyšetření patří zhodnocení aktivit denního života, kontrola rodinné anamnézy s pozitivním familiárním výskytem této nemoci a laboratorní se zobrazovacím vyšetřením.

Zhodnocují se přidružené příznaky jako deprese, inkontinence, bludy, iluze, sexuální poruchy, poruchy chování, aj. Obecně lze říci, že diagnóza může být potvrzena při přítomnosti syndromu demence, za nepřítomnosti jiných neurologických a psychiatrických nebo systémových poruch schopných zapříčinit demenci. Dále se diagnóza může stanovit v případě určitého systémového onemocnění ale za předpokladu, že dané onemocnění nezapříčinilo vznik demence (JIRÁK a kol, 2013).

Definitivně je diagnóza potvrzena, pokud pacient splňuje kritéria pro Alzheimerovu demenci a při potvrzení mozkovou biopsií nebo autopsií.

Kritéria Alzheimerovy choroby podrobněji popisují osm kognitivních oblastí, které bývají u této nemoci postiženy a jsou to: paměť, řeč, percepční dovednosti, pozornost, konstruktivní dovednosti, orientace, řešení problémů, funkční schopnosti.

S moderní dobou se zlepšují i diagnostické metody pro přesnější diagnostiku AN. Tyto metody však nejsou příliš vhodná pro domácí použití a to pro velké finanční náklady a speciální přístrojové vybavení. Mezi diagnostické kritéria řadíme: kontrola poruch epizodické paměti, kontrola změn koncentrace proteinů v likvoru. Při srovnání dvou osob stejného věku, z toho jedna trpí Alzheimerovou chorobou, lze z likvoru vyšetřit menší hladiny  $\beta$ - amyloidu a vyšší obsah tau proteinu a fosforylovaného tau proteinu (tzv. likvorová triáda). Dalším kritériem je atrofie mozkových struktur při magnetické rezonanci a hypometabolismus v temporálních a parietálních oblastech mozku při počítačové emisní tomografii (JIRÁK a kol, 2013).

Základním vyšetřením je odebrání anamnézy. Odebíráme anamnézu rodinnou, farmakologickou, sociální, pracovní a informace o současném onemocnění. Důležité je somatologické vyšetření, kdy měříme základní fyziologické funkce, EKG vyšetření, laboratorní vyšetření KO, FW, biochemické vyšetření ke zjištění hladiny glukózy, urey, kreatininu, jaterní a tyreoidální testy. Důležité je vyšetření neurologem



a neuropsychologem spolu s EEG vyšetřením, které nám může podat první informace o změně mozkové aktivity. Nezapomínejme na sonografické a interní vyšetření s vyšetřením očního pozadí k vyloučení jiných chorob.

V poslední době se hovoří o MR. Při fyziologickém stárnutí člověka dochází k postupnému zmenšování mozkové tkáně a k rozšiřování mozkových komor. U Alzheimerovy choroby je toto postižení větší (JIRÁK a kol, 2013). Jedním z rozšířenějších vyšetření při diagnostice demence je volumetrie, při které zjišťujeme objem určitých částí mozku na obrazech MR při použití speciálních programů. *Objem hipokampů, amygdaly a přilehlé entorinální kůry je signifikantně nižší u pacientů s časnou formou Alzheimerovy nemoci ve srovnání se zdravými lidmi, a s průběhem choroby se tato atrofie urychluje. Praktickému využívání MRI volumetrie však brání skutečnost, že sice existuje prokazatelná korelace mezi stupněm atrofie a tíží kognitivní deteriorace, na druhé straně však řada zdravých jedinců bez jakéhokoliv postižení kognice může vykazovat známky atrofie na MRI. Proto může být MRI volumetrie, jak ve svých publikacích dokazuje Rossor na příkladu sériových MRI vyšetření u týchž pacientů s časovým odstupem, užitečným markerem progresu onemocnění a tím i do jisté míry mít prognostický význam. Rozhodně však nelze MRI volumetrii doporučit jako screeningový test u asymptomatických jedinců s rodinnou zátěží Alzheimerovy nemoci. Může však predikovat rozvoj této choroby u pacientů s mírnou kognitivní poruchou* (HORT, 2007, s. 169).

Častým jevem při Alzheimerově chorobě je ukládání amyloidu na cévní stěně, což má za následek mikroangiopatii prokazatelnou na CT nebo MR. Další široce používanou metodou je SPECT. Typickým nálezem bývá snížení průtoku krve v temporálních a parietálních lalocích. Na tento příznak se však nemůže spolehnout, objevuje se i u jiných druhů onemocnění např. Parkinsonovy nemoci s demencí. Může také informovat o snížené aktivitě mozku i přes zachovalou perfuzi. Normální perfuze mozku totiž bývá zachována i dlouhou dobu po tom, co už je mozková tkáň postižena.

Dalším diagnostickým kritériem je stanovení  $\beta$ - amyloidových peptidů v likvoru. Taktéž se vyšetřuje genotyp apolipoproteinu E, tzv. ApoE. Při přítomnosti ApoE je vyšší riziku vzniku Alzheimerovy demence a infarktu myokardu. Ve výsledcích bylo zjištěno, že ne každý nositel ApoE však Alzheimerovou demencí onemocní a tak se toto vyšetření nebere jako vhodné a doporučující vyšetření (HORT, 2007).

### 1.1.6 LÉČBA ALZHEIMEROVY DEMENCE

I přes intenzivní výzkum však dosud není k dispozici taková terapie, která by umožnila nemoc léčit či alespoň zastavit její progresi. Za úspěch farmakologické terapie lze v současnosti pokládat stabilizaci nemocného na určitou omezenou dobu a prodloužení doby soběstačnosti pacienta, což oddálí nutnost institucionalizace nemocného (SHEARDOVÁ,2011).

#### *Farmakologická léčba*

V rámci farmakoterapie byly prokázány dva terapeutické postupy s pozitivním účinkem a to při užívání inhibitorů mozkových cholinesteráz a slabých kompetitivních inhibitorů glutamátergních ionotopních receptorů typu NMDA. Léky na bázi inhibitorů acetylcholinesteráz (IAChe) lze taktéž nazývat jako kognitiva.

Mnohé studie prokázaly příznivé účinky IAChe při podávání lidem s Alzheimerovou demencí a to ve všech stádiích choroby v porovnání s placebo efekty. Acetylcholinergní systém, který má důležitou funkci pro mechanismus paměti bývá postižen již v prvních stádiích Alzheimerovy demence. Dochází ke snížené tvorbě acetylcholinu z nesynaptických zakončení a zároveň i k omezení při tvorbě enzymu syntetizujícího acetylcholin, tedy cholineacetyltransferázy. Samotná kognitiva dokážou zlepšit acetylcholinergní přenos blokadou enzymů, které odbourávají acetylcholin. Mezi nejznámější IAChe zástupce patří např. donepezil, galantamin nebo rivastigmin. Celková účinnost farmak je srovnatelná a vždy závislá na dávce. Nevýhodou při užívání galantaminu a rivastigminu je ale intolerance uživatelů, která se začala objevovat při vyšších dávkách. Jak už bylo řečeno, tyto farmaka Alzheimerovu demenci nevyлéčí, ale zaručí zpomalení příznaků a celkový průběh nemoci do těžších stádií. Kontraindikací k užívání těchto léků jsou pacienti trpící těžkou srdeční převodní chorobou a pacienti trpící akutním gastroduodenálním vředem. Při výzkumných studiích se prokázal účinek

farmak ovlivněním symptomů až při vyšších denních dávkách a to 16 - 24 mg galantaminu, 6 - 12 mg rivastigminu a 5 - 10 mg donepezilu. Z toho lze usoudit, že pokud pacient tyto dávky nesnese, nelze u něj čekat žádný léčebný efekt.

Ze statistik lze vyčíst, že v České Republice bylo touto metodou léčeno z celkového počtu nemocných jen 6,8 % pacientů. To je výrazně menší počet než v jiných evropských zemích jako Francie, s léčbou 21 % pacientů a pro srovnání s USA, kde se léčilo 27,5 % pacientů. Jedním z důvodů je problém, že jsou neadekvátně nastavená pravidla iniciující léčbu s IChE (HORT, 2007).

„Inhibitory acetylcholinesterázy (IChE) předepisuje neurolog, psychiatr nebo geriatr pacientům, u kterých je diagnosticky vyloučena demence jiného typu než Alzheimerova a potvrzena diagnóza Alzheimerovy demence (AD) se stupněm postižení vyjádřeným dle škály MMSE (Mini-Mental State Examination) v rozmezí dosaženého skóre 25–13 bodů včetně. Po 12 týdnech (3 měsíce) od zahájení podávání IChE je provedeno další vyšetření pacienta škálou MMSE. Léčba IChE je indikována při setrvání skóre, nebo jeho poklesu o nejvíce 2 body ve srovnání s hodnotou MMSE dosahovanou pacientem před zahájením léčby IChE. Další kontroly MMSE jsou prováděny nejméně po každých 3 měsících léčby. Léčba IChE není indikována u pacientů, u nichž po 6, 9 a 12 měsících od zahájení léčby nedojde k objektivně prokazatelnému terapeutickému účinku (tj. zastavení progresu anebo pokles menší než 2 body dle škály MMSE oproti původnímu stavu) a dále při zjištěném skóre škály MMSE 12 bodů. Tato kritéria se vztahují i na léčbu pacientů trvajících v rámci stanovených kritérií déle než 9 měsíců.

Rivastigmin předepisuje neurolog, psychiatr nebo geriatr u pacientů s mírnou a středně závažnou demencí u pacientů s idiopatickou Parkinsonovou chorobou.

Celé nastavení této léčby by se dalo považovat za diskriminující, protože v jiných zemích se tyto farmaka podávají i při jiných výsledcích MMSE než li u nás a právě léčba v počátečních stádiích choroby se považuje za nejdůležitější. Komplexní léčba těmito farmaky je sice nákladná, ale prokazuje pozitivní výsledky na léčených osobách spolu s příznivým celospolečenským významem. Při užívání IChE se oddaluje pacientova nesoběstačnost a snižuje se potřeba péče druhé osoby a s tím také souvisí oddálení umístění nemocného do sociálního zařízení nebo hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení a tím snížení celkových nákladů na jeho léčbu (HORT, 2007).

Další volbou léku pro pacienty s Alzheimerovou chorobou jsou slabé kompetitivní inhibitory glutamatergických ionotropních receptorů typu NMDA. V pokročilých stádiích Alzheimerovy choroby bývá postižen tzv. glutamatergický systém. Zjednodušeně lze říci, že dochází ke snížení vychytávání glutamátu důležitého pro paměť. Z těchto důvodů byl pro střední až těžké formy Alzheimerovy demence doporučen memantin. Memantin je úzce spojen s kalciovými kanálky. Blokádou NMDA receptorů dojde ke snížení množství kalcia, které vstupuje do neuronu a tím dochází k ochraně základních mechanismů učení.

Příznivý účinek kognitiv a memantinu byl prokázán také u dalších neurodegenerativních onemocnění jako Parkinsonově chorobě nebo demence s Lewyho tělísky.

Rozšířenou volbou při onemocnění Alzheimerovou chorobou se v posledních letech stává užívání Ginkgo biloby i když pozitivní účinek není až na pár výjimek přesvědčivě dokázán. Ginkgo bilobu je nejvhodnější užívat při počátečních stádiích demence, kdy je možné očekávat mírný pozitivní efekt v důsledku zlepšení neuronálního metabolismu

Mezi další léčebná opatření patří užívání vitamínu E při dávkách 1000 - 2000 UI každý den. Stoprocentní účinnost ale prokázána není, někteří odborníci tuto metodu začínají i zpochybňovat

Slibným pokrokem v léčbě se zdála vakcinace  $\beta$ -amyloidem, která byla testována na laboratorních myších. Při očkování myši docházelo k úbytku amyloidových plaků a zlepšení chování. Při prvních studiích na lidech s Alzheimerovou chorobou se však prokázalo mnoho komplikací ve formách zánětů CNS.

Nekognitivní farmakoterapie se týká přidružených příznaků při Alzheimerově demenci jako léčba změn nálad, poruch spánku, depresí, úzkostí a dalších doprovodných příznaků (HORT, 2007).

### ***Nefarmakologická léčba***

Psychoterapie se snaží o co nejdelší udržení pacientových denních aktivit a návyků a o rozvoj funkcí, které je pacient ještě schopen provádět.

Programové aktivity jsou vhodné pro pacienty, u nichž je demence v jistém stupni už rozvinuta. Obvykle jsou tito lidé ještě schopni určitých samoobslužných výkonů,

komunikace ještě není příliš postižena a tak mají k dispozici širokou škálu programových aktivit. Pacienti obecně jsou často zvyklí na určitý denní režim a o to se při této metodě také snaží. Individualizované aktivity se zaměřují na nemocné s progredujícím stupněm Alzheimerovy demence. Denní režim není naplánován tak důsledně jako v předchozí metodě, snaží se o zpestření jejich dne formou jednoduchých činností a nezapomínají při tom na permanentní snahu o rozvoj soběstačnosti, i když v tomto stádiu jsou už na pomoc druhých závislí.

Při skupinové terapii se využívá orientace na realitu. Pomáhá pacientovi získat nové sociální zkušenosti, vyrovnat se s obavami i následky spojené s Alzheimerovou chorobou, posiluje pacientovo přijetí své choroby a v důsledku snižuje případnou úzkost.

Orientace realitou se jako celek už nepoužívá, užívají sen z některých jejich prvků jako např. kalendář a hodiny na jasně viditelném místě, nástěnka nebo obrázky připomínající roční období

Principem validity je úcta k člověku. Jestliže člověk s demencí tvrdí něco, co není pravdivé, tak ho neopravujeme ale ani mu tuto myšlenku nepotvrzujeme. Trénink kognitivní stránky člověka se uplatňuje zejména u pacientů s lehkým až středním stupněm onemocnění. Tato metoda nemá za úkol zlepšení kognitivních dovedností ale jejich trénink a aktivizaci, aby nedošlo k rapidnímu zhoršení. Využívá se hlavně na trénink dlouhodobé paměti, která nebývá příliš poškozená a je vcelku dlouho zachovaná. Trénink kognitivních dovedností vede k celkovému zlepšení kvality života a k oddálení nemoci.

Metodou vzpomínání, nebo li reminiscence je snaha dosáhnout takových vzpomínek, které jsou pro pacienta důležité. Vhodným spojením je spolupráce s rodinou, která může poskytnout fotografie nebo předměty vyvolávající zážitky.

Pro pacienta s Alzheimerovou chorobou je důležitý určitý denní režim, který se snaží osvojit při naučném postupu spolu s pečovatelem při jejich dlouhodobé spolupráci.

Další složkou v péči o pacienta je úprava prostředí, která je důležitá jednak pro bezpečnost a jednak pro jednodušší orientace pacienta ve svém prostředí.

Kinezoterapie spolu s taneční terapií přispívají k udržení svalové síly a stability. Přispívají také ke zlepšení sociálního chování a non verbální komunikace. Pacienta může zaujat okolí kolem sebe, vede ke zvýšení sebedůvěry a celkovému vnímání okolního světa. Arteterapie lze považovat za diagnostickou a terapeutickou metodu. Pacienti malují, modelují, popřípadě dělají to, co je baví. Celá metoda je doplněna se zlepšením sociální interakce s okolím. Muzikoterapie má kladný vliv na psychickou stránku klienta tím, že zvuk hudby vyvolá pozitivní pocity v člověku a navíc v něm může iniciovat pohyb (VATEHOVÁ, VATEHA, 2013).

### **1. 3. SOCIÁLNÍ POMOC PRO PACIENTY A JEJICH RODINY**

Existuje mnoho institucí, organizací a společností pro pomoc pacientům i jejich pečovatelům. Dle potřeby, zda li potřebují pomoci s financemi, s péčí o nemocného nebo jen s informacemi se tak musí obracet na různé instituce.

Nejznámější organizací u nás je Česká alzheimerovská společnost a to již od roku 1997. Organizace je vytvořena spojením multidisciplinárního týmu z oboru gerontologie zabývajících se pacienty s demencí. ČALS je zároveň členem Alzheimer Europe a Alzheimer Disease International. ČALS si klade za cíl podporovat pacienty postižené právě tímto typem demence spolu s jejich rodinami. Nabízí konkrétní informace ohledně onemocnění, péče o pacienty, sociálních služeb a organizuje setkání nemocných a jejich pečovatelů. (REGNAULT, 2011).

#### **Přiznání invalidního důchodu**

Tento krok začíná sepsáním žádosti o důchod a dodáním potřebnými doklady jako průkaz totožnosti, doklad prokazující dobu zaměstnání aj. a pokračuje nezbytnou lékařskou prohlídkou. Verdikt o uznání důchodu je orgán sociálního zabezpečení nucen vydat do 90 dnů od dne zahájení řízení.

#### **Příspěvek na péči**

Na tento příspěvek má nárok každý člověk, který je ze dlouhodobých zdravotních potíží odkázán na pomoc jiného člověka. Příspěvek tedy slouží pro osobu nemocnou, ne pro jejího pečovatele. Žádost o příspěvek je podána na sociální odbor obecního úřadu v místě bydliště žadatele a musí obsahovat jméno osoby, která nemoc bude poskytovat včetně souhlasu poskytující osoby. Následuje šetření ze strany úřadu, nejčastěji v domácnosti žadatele. Druhým krokem bývá posouzení lékařem pověřeného sociálním zabezpečením o stupni závislosti nemocného. Na konci obecní úřad přidělí daný příspěvek na péči. Při posuzování soběstačnosti jsou hodnoceny úkony sebez péče jako mytí nádobí, nákup potravin aj. a základní sociální funkce jako komunikace, schopnost vyřizovat osobní věci atd.

### **Celý příspěvek závisí na stupni závislosti ve čtyřech stupních:**

lehká závislost - 800 Kč

středně těžká závislost - 4000 Kč

těžká závislost - 8000 Kč

úplná závislost - 12 000 Kč

### **Příspěvek na kompenzační pomůcky**

Tento příspěvek obdrží postižení lidé k odstranění nebo zmírnění svého postižení. Podmínkou pro uznání částky je, že danou pomůcku pojišťovna nehradí. Tento příspěvek se hradí osobám s tělesným, zrakovým nebo sluchovým postižením. Výše částky se poskytuje v prodejní ceně za základní provedení.

### **Příspěvek na bezbariérovou úpravu bytu**

Finanční pomoc pro úpravu bytu je poskytnuta osobám s těžkým zdravotním postižením. Rekonstrukce zahrnuje úpravu podlah, přizpůsobení koupelny a WC včetně vhodného sociálního vybavení aj. Výše příspěvku se určuje podle celkových příjmů a majetkových poměrů nemocného a jeho rodiny, s maximálním proplacením 70 % prokazatelných nákladů s maximálním příspěvkem 50 000 Kč.

### **Příspěvek na koupi a provoz motorového vozidla**

Příspěvek na motorové vozidlo dostanou lidé s těžkým stupněm postižení nebo rodiče postiženého dítěte. Částka pro dvoustopové vozidlo se odvíjí dle II. nebo III. stupně mimořádných výhod. Pro III. stupeň je částka vyčíslena na 7920 Kč, pro II. stupeň výhod se částka vykalkulovala na 3000 Kč.

### **Ostatní dávky**

Tyto příspěvky reagují na určité nepříznivé životní situace. Patří sem dávka pomoci v hmotné nouzi nebo příspěvek na živobytí, doplatek na bydlení a mimořádná okamžitá pomoc. Příspěvek na živobytí je základem pomoci při hmotné nouzi, který pomáhá lidem s nedostatečným finančním příjmem. Doplatek na bydlení se vydává při nedostatečných financích k uhrazení nákladů za byt. Další finanční úlevy se týkají např. dálničních poplatků, sleva zemního plynu a energií a další.

### **Mimořádné výhody pro zdravotně postižené**

Alzheimerova choroba sebou přináší i mnoho fyzických nepříjemností a proto je vhodné zažádat si o mimořádné výhody podle stupně postižení (stupeň I. - III.) Tento stupeň a slevy s ním spojené lze prokázat průkazem, který se odvíjí od jednotlivých stupňů. I. stupeň, průkaz je označen jako TP, II. stupeň, označení průkazu ZTP a III. stupeň označen ZTP/P.

#### **I. stupeň mimořádných výhod (průkaz TP - těžce postižen)**

Pacienti s tímto průkazem mají vyhrazené místa k sezení ve vozidlech hromadné dopravy a právo přednosti při osobních jednáních, je-li nutné čekání a stání. Není zahrnuto čekání ve frontě v obchodech a ve zdravotnických zařízeních.

#### **II. stupeň mimořádných výhod (průkaz ZTP - zvláště těžce postižen)**

Mají stejné výhody jako držitelé TP průkazu. Navíc jim je přidělena možnost bezplatné jízdy v místní hromadné dopravě, 75 % sleva na cestování osobním vlakem či rychlíkem a 62 % sleva na vnitrostátní cestování autobusovou dopravou.

#### **III. stupeň mimořádných výhod (průkaz ZTP/P - zvláště těžce postižen s průvodcem)**



Tytéž výhody jako držitelé průkazu TP a ZTP. Mají nárok na bezplatnou hromadnou vnitrostátní dopravu, u nevidomých včetně bezplatné přepravy slepeckého psa.

Pacienti, obvykle s II. či III. stupněm postižení mají nárok např. na slevu daně z příjmu, sleva na vstupné do kin a divadel a na koncerty nebo označení svého vozidla logem invalidity.

Důležitou pomocí v péči o nemocné jsou pečovatelské služby a domácí ošetrovatelské péče. Domácí ošetrovatelská péče je hrazena zdravotní pojišťovnou v případě, že byla předepsána po propuštění z nemocnice nebo z indikace praktického lékaře. Pečovatelská služba patří mezi služby sociální a je hrazena z příspěvku na péči. Tuto péči si lze zajistit prostřednictvím pečovatelské služby nebo agentury domácí péče. Poté je tu ještě možnost najmutí soukromé ošetrovatelky. Velmi rozšířené jsou zmiňované pečovatelské služby, které mohou nabídnout asistenci při osobní hygieně, dovoz jídla, nákupy, pomoc s běžným domácím úklidem, doprovod na lékařské vyšetření nebo na vycházky, podávání léků a některé sesterské zdravotnické úkony jako aplikace injekcí, převazy, odběry, aj. Zdravotnické úkony jsou hrazeny ze zdravotního pojištění a mohou být objednány na doporučení lékaře (REGNAULT, 2011).

## **2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU**

Alzheimerova nemoc je nemoc specifická a tak nedílnou součástí každodenního kontaktu s demenčním pacientem je určitá znalost konkrétních postupů při poskytování kvalitní péče.

### **Komunikace s pacientem**

Není lehké hovořit o Alzheimerově chorobě s člověkem, jehož se tato choroba týká a zvláště pak o tom, že už není příliš soběstačný a v budoucnu už nebude moci dělat to, co dělá nyní. Celá tato situace se lépe zvládá s člověkem, kterému nemocný věří a který ví, jak s ním komunikovat a jednat. Několik zásad pro lepší komunikaci.

Komunikace o onemocnění by měla být otevřená, aby se pacient mohl aktivně účastnit léčebného procesu.

Oznamovat diagnózu, její vývoj by měl lékař. Jedná se o to, aby rodinní příslušníci nestrašili nemocného vývojovými etapami nemoci. Nicméně, žádné informace o nemoci nezatajujeme. Snaha šetřit pacientovu duši tím, že budeme zatajovat informace, na které se zeptá, není dobrý přístup

Je důležité, aby pacientovi nebylo dáváno najevo, že ztrácí své schopnosti a zhoršuje se. Naopak, pochvala nemocného, že něco zvládl, má pozitivní účinek na jeho zvládání nemoci.

Mluvte pomalu a hlubším hlasem, nezapomínejte na dobrou artikulaci.

Stůjte k nemocnému čelem, aby viděl pohyb vašich rtů a viděl jasně artikulaci. Důvěru lze upevnit např. doteky nebo pohlazením, bude se cítit v bezpečí.

Mluvte v jednoduchých větách se srozumitelnými slovy.

Typickým projevem Alzheimerovy demence jsou výpadky paměti. Pokud si na vás nevpomene, představte se mu ihned před začátkem rozhovoru. Postupem času bude docházet na jeho straně k poruchám řeči. Důležitou doprovodnou komunikací jsou gesta nemocného. I když to někdy může být těžké, musíme zachovat klid a nerozčilovat se, protože to by mohlo nemocného rozrušit (REGNAULT, 2011).

### **Pomoc s každodenním životem**

Dříve či později bude každý člověk trpící Alzheimerovou chorobou potřebovat pomoc při zorganizování jeho života, aby ho co nejjednodušeji a nejlépe zvládl.

Zaveďte každodenní rutinní postupy v téže časovém sledu. Pomůže mu to provádět automaticky naučené návyky i po zhoršení paměti.

Snažte se o co nejjednodušší úkony a pokyny. Např. při výběru oblečení volte oděvy, které se snadno oblečou. Nachystejte mu každý večer oblečení na druhý den, jinak by mohl strávit hodiny dumáním před skříní, co si obleče.

Časem se jeho mysl zhoršuje a tak pokud dementní pacient není pod každodenním dohledem, je nutné mu pomoci po dobu, co je sám. Vhodným pomocníkem jsou např.

kartičky se vzkazem, jako umyj si zuby, další volbou jsou fixy na zrcadla a jiné povrchy, kdy mu můžete např. na zrcadlo napsat, aby se ráno učešal.

Schovejte nebezpečné předměty, o které by se mohl zranit. Velkou pozornost musíme věnovat elektrickým a plynovým ohříváčům.

Všechny pokoje by měly být jednoduše zařízené, aby se v nich mohli snadno orientovat a pohybovat bez úrazu.

Je běžné, že se dementní pacienti vydávají sami na procházky a tak se mohou snadno ztratit. Tady je vhodné vyměnit dveřní zámky a nedávat mu klíče. V tomto případě to nepovažujeme za věznění ale za ochranu.

### **Reakce na nepřiměřené chování**

Alzheimerova choroba sebou přináší mnoho nevyzpytatelných projevů ve formě neobvyklého, nerozvážného až nebezpečného chování. Je dobré vědět, jak se tato nemoc může projevit a případně se na tyto projevy připravit a vhodně zareagovat. Prvním krokem je zjištění, co daný projev vyvolalo, aby se mu příště dalo předejít.

Neklid, nervozita a podrážděnost se může objevit z různých důvodů. Je důležité, aby se nemocný zklidnil, můžeme zkusit pustit relaxační hudbu.

Agresivita je dalším doprovodným příznakem Alzheimerovy choroby. V těchto situacích musí být každý opatrný, protože pacient může být nebezpečný. Doporučuje se nerozčilovat se a nekrotit v jeho agresivitě, ale mluvit na něj klidným hlasem, popřípadě ho nechme, aby se s hněvem vyrovnal sám.

Bloudění a bloumání může být nebezpečné, neboť nemocní z domu mohou odcházet bez toho, aniž by o tom někomu řekli a pak se často stane, že se neumějí vrátit zpátky. Preventivním krokem je zamykání dveří nebo schovat dveře např. za závěs.

Nepříjemnými doprovodnými příznaky mohou být sexuální návrhy. Jen těžko se tomuto chování zabraňuje a proto je dobré, pokud osoby v okolí na toto možné chování upozorníme a poprosíme je, aby se neurazili, ale brali jej s humorem.

### **Denní aktivity**

Důležitým krokem při zjištění diagnózy Alzheimerova choroba je dostatečný pohyb každého člověka. V žádném případě to neznamena, že nemocného posadíme do křesla a budeme jej šetřit. Hlavním důvodem je udržení péče o sebe sama po co nejdelší dobu.

Zapojte nemocného do jednoduchých domácích prací. Zalévání květin nebo utírání nádobí pro něj nebude žádným problémem. Správně mu vysvětlíte, jak to má udělat a průběžně ho kontrolujte. Za práci ho pochvalte.

Zkuste pacientovi nabídnout nějakou ruční práci jako malování, pletení. Výsledky sice možná nebudou moc zdařilé, ale můžeme mu tím přinést radost.

Důležitou součástí je přiměřená fyzická námaha nemocného. Zkuste najít vhodnou fyzickou aktivitu, co by nemocného bavilo, jako plavání nebo jen procházky.

Každého nemocného potěší, když si s ním zavzpomínáte na staré dobré časy. Poproste ho, aby vám o tom vyprávěl.

Důležité je nezanevřít na společenský život. Vhodné jsou návštěvy po menších skupinách.

Nezapomínejme na hudbu a televizi, i ty mohou v pacientovi probudit zájem.

### **Stravování**

Vařte nemocnému stravu bohatou na ovoce, zeleninu a ostatní důležité složky stravy. Upravte stravu tak, aby ji dokázal pacient sníst, při problémech s držním příboru upřednostněte jídlo, které lze jíst jen lžící nebo rukama.

Člověk trpící Alzheimerovou chorobou nepotřebuje žádné zvláštní dietní opatření a tak mu vařte, co má rád.

Dbejte na dostatečnou hydrataci pacienta.

Při nechutenství, kdy odmítá nemocný jíst, si ověřte: zda li má dobře nasazenou zubní protézu, připravte mu jídlo, co má rád, popřípadě se obraťte na lékaře.

### **Osobní hygiena**

Situace spojené s osobní hygienou mohou být občas těžko řešitelné, i když se to na první pohled tak nemusí projevovat. Pacient může mít problém s intimní hygienou a tak je v této situaci velmi důležitý trpělivý a pomalý přístup.

Nechávejte v koupelně jen nezbytné věci pro hygienu

Věnujte zvýšenou pozornost dostatečné bezpečnosti v koupelně. Vhodnou pomůckou je nainstalování madel, sedačka do sprchového koutu a protiskluzové podložky.

Je vhodné dohlédnout na přiměřenou teplotu vody při hygieně, nemocný by se jí mohl opařit (REGNAULT, 2011).

### **Pády a bezpečnost pacienta**

Mezi základní poruchy u pacientů s Alzheimerovou chorobou patří, obzvláště v pokročilých stádiích nemoci, postižení aktivit denního života. Dochází k poruše plánování aktivit a ke snížení motivace daný pohyb udělat. Právě postižení motorických funkcí vede k pádu pacienta s následným možným upoutáním na lůžko a tím i ke zrychlení úmrtnosti pacientů (JIRÁK, 2007).

K nejjednodušším krokům pro bezpečnost pacienta patří odstranění klouzavých kobereců, na kterých by mohl pacient uklouznout nebo zakopnout, aplikace madel pro přichycení se a odstranění nebezpečných pomůcek, o které by se pacient mohl poranit.

Mnoho zařízení používá škály pro zhodnocení celkového stavu klienta, jeho soběstačnosti a s tím i související riziko pádu. Prvním často užívaným testem je Barthelův test všedních základních činností, tzv. ADL test. Při tomto testu hodnotíme schopnost pacienta obstarat si základní potřeby jako hygienu, oblékání, výživu a vyprazdňování. Standardně by se měl tento test provádět při příjmu klienta jako součást anamnézy. U dementních pacientů se spoléháme obzvláště na objektivní hodnocení, protože jejich informace mohou být nepravdivé.

Dalším široce používaným testem obzvláště u geriatrických pacientů je test kognitivních funkcí, tzv. MMSE test. Dle výsledku lze orientačně určit výskyt demence u daného pacienta.

Test hodin patří k dalšímu orientačnímu testu, který nám poukáže na poruchu poznávacích funkcí pacienta a tím i na možnost výskytu demence. Tento test by se neměl brát jako závazný, je nutné další rozšířenější vyšetření pacienta. Test spočívá v nakreslení hodin, obrys hodin se poté zhodnotí danými body. *Třebaže byly popsány různé metody skórování nakreslených hodin, 2,3,4 je zde prezentováno pětibodové hodnocení (0–4 body), které je stručné, citlivé a snadno použitelné*<sup>4</sup> : Pacient nakreslí uzavřený kruh = 1 bod, správně umístí čísla do ciferníku = 1 bod, vepíše všech 12 čísel správně = 1 bod, umístí ručičky do správné pozice = 1 bod ( ŠENKÁROVÁ, 2012).

### 3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

Ošetrovatelský proces lze definovat jako metodu systematického plánování a poskytování ošetrovatelské péče. Jednotlivé kroky na sebe vzájemně navazují, je individuálně nastaven, tudíž lze použít na kteréhokoliv pacienta.

Účelem ošetrovatelského procesu je zhodnotit zdravotní stránku pacienta, jeho aktuální či potencionální ošetrovatelské diagnózy, stanovit plán pro následný postup péče, realizovat jej a zhodnotit námi vytyčené cíle. Ošetrovatelský proces je široce využíván v mnoha zařízeních pro svou jednoduchost a mnoho výhod. Je zaměřen na individuální péči pro každého pacienta a umožňuje pacientovi podílet se na péči o jeho osobu. Personálu poskytuje ošetrovatelský proces uspokojení ze svého zaměstnání, šetří jeho čas a v neposlední řadě je chrání před rozpory se zákony (SYSEL a kol., 2011).

#### POSUZOVÁNÍ

První krok, tedy posuzování, se skládá ze dvou fází. Je to systematický a logický sběr informací o stavu pacienta a jejich následné zpracování. Sběr informací probíhá od prvního kontaktu s pacientem i během jeho celého pobytu v zařízení. Informace lze získat mnoha způsoby, např. rozhovorem s pacientem, pozorováním, ze zdravotnické dokumentace, či od rodinných příslušníků a to rozhovorem, dotazníkem či pozorováním. Při posuzování zjišťujeme biografické údaje, anamnézu (rodinnou, osobní, sociální, psychologickou a duchovní) (SYSEL a kol., 2011).

Při posuzování pacienta s Alzheimerovou chorobou se mimo standardní anamnestické údaje musíme zaměřit také na životní styl a vzdělání, stávající deficit v oblasti

uspokojování potřeb, stupeň poruchy paměti, poruchy vnímání a chování, dezorientaci a schopnost komunikace. V případě takto nemocných, nemusí být informace vždy pravdivé, proto je důležitá také komunikace s příbuznými (HOSÁKOVÁ a kol., 2007).

## **DIAGNOSTIKA**

Diagnostika patří pod druhý krok ošetrovatelského procesu. Ošetrovatelská diagnóza je výsledkem systematického a důkladného sběru dat o pacientovi. Formulace ošetrovatelské diagnózy patří do kompetence profesionálních sester a poukazují na aktuální a potencionální zdravotní problémy, které se mohou během pobytu pacienta vyskytnout. Při diagnostice se setkáváme jak s ošetrovatelskou tak s medicínskou diagnózou. Ošetrovatelská diagnóza se mění se stavem pacienta, nemá všeobecný klasifikační systém, a skládá se ze dvou nebo tří složek. Medicínská diagnóza popisuje patologický proces, většinou se nemění během pobytu a nemění se ani po jeho skončení, má obecně přijatý klasifikační systém.

Ošetrovatelská diagnóza je výsledek aktuálního či potencionálního problému pacienta. Diagnóza se skládá ze základních tří částí, která bývá označována zkratkou PES, kdy P znamená problém, E znamená etiologii, tedy příčinu, a S znamená symptom. V diagnostice rozeznáváme dvousložkové a tříložkové diagnózy. Dvousložkové diagnózy se používají v případě potencionálních problémů. Písmeno P, tedy problém charakterizuje potencionální potíže pacienta. Písmeno E, tedy etiologie je pravděpodobná příčina pacientových problémů. Tříložková diagnóza se používá při aktuálně vzniklých problémech. U tříložkové hodnotíme oproti dvousložkové diagnózy také S, příznaky choroby (SYSEL a kol., 2011).

V případě dementního pacienta se nejčastěji mohou objevit diagnózy deficit sebeděče, inkontinence moči, porucha chůze, akutní zmatenost, zhoršená paměť aj (HOSÁKOVÁ a kol., 2007).

## **PLÁNOVÁNÍ**

Třetím krokem je naplánování si konkrétních intervencí se snahou redukovat pacientovy bio – psycho – sociální – duševní problémy. Správné naplánování je klíčem ke kvalitní ošetrovatelské péči. Během třetího kroku využíváme informace z předchozích etap (SYSEL a kol., 2011).

Při plánování musíme myslet na aktuální stav pacienta a stanovení cílů tak musí být pro pacienta reálné. U pacientů s Alzheimerovou demencí je snaha docílit: uvědomění si problémů s pamětí, přizpůsobení denního režimu pacienta, dosáhnout sebeděče v rámci možností pacienta aj. (HOSÁKOVÁ a kol., 2007).

## **REALIZACE**

Ve čtvrtém kroku, při realizaci, vykonáváme námi stanovené intervence z předchozích etap ošetrovatelského procesu. Prostřednictvím realizace se snažíme splnit vytyčené intervence za pomoci plnění ošetrovatelských a medicínských ordinací. Proces realizace začíná opětovným posouzením stavu pacienta a pokračuje zhodnocením potřeb pacienta při daných intervencích (SYSEL a kol., 2011). U pacienta s Alzheimerovou chorobou lze realizovat např. zavedení vhodných technik k tréninku paměti, aktivní zapojení pacienta v péči o sebe sama, edukace rodiny i pacienta o chorobě aj. (HOSÁKOVÁ a kol., 2007).

## **HODNOCENÍ**

V posledním kroku ošetrovatelského procesu pravidelně vyhodnocujeme dosažené výsledky a změny ve stavu pacienta. Hodnocení by mělo být konkrétní, podrobné realizované zápisem v dané dokumentaci (HOSÁKOVÁ a kol., 2007). Celý proces lze zhodnotit v následujících několika krocích. V prvním zjišťujeme, zda li jsme získaly např. všechny potřebné informace a jestli jsme je logicky analyzovali. Při druhém kroku se zaměřujeme na konkrétní ošetrovatelské diagnózy, zjišťujeme, jestli jsme stanovili všechny diagnózy, včetně potencionálních. Během třetího kroku kontrolujeme správně stanovené cíle, hodnotíme dosažitelnost cíle pro pacienta. V posledním kroku hodnotíme dosažené cíle, jak se na splněných cílech podílel pacient a jak sestra aj. (SYSEL a kol., 2011).



## 4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU

### IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

<b>Jméno a příjmení:</b> M.K.	<b>Datum narození:</b> 15.8.1925
<b>Rodné číslo:</b> 25XXXX/X25	<b>Věk:</b> 91
<b>Pohlaví:</b> ženské	<b>Bydliště:</b> ulice Dubna, Ostrava
<b>Zaměstnání:</b> důchodkyně	<b>Vzdělání:</b> základní
<b>Národnost:</b> česká	<b>Státní občanství:</b> české
<b>Stav:</b> vdova	
<b>Jméno příbuzného:</b> V.K.	<b>Bydliště příbuzného:</b> ulice Dubna, Ostrava
<b>Datum příjmu:</b> 1.9.2015	<b>Čas příjmu:</b> 9:00
<b>Typ přijetí:</b> plánované	<b>Účel příjmu:</b> úprava medikace
<b>Oddělení:</b> interní oddělení	<b>Přijal:</b> MuDr. XXX
<b>Ošetřující lékař:</b> MuDr. XXX	<b>Obvodní lékař:</b> MuDr. XXX

**Důvod přijetí udávaný pacientem :** pacient odpovídá jednoslovně nebo vůbec, na důvod hospitalizace neumí odpovědět, neví, proč je hospitalizovaná

**Medicínská diagnóza hlavní:** Alzheimerova demence

**Medicínské diagnózy vedlejší:**

inkontinence moče a stolice

imobilita

ateroskleróza

arteriální hyepertenze

status post cholecystektomii

status post CKP pro frakturu krčku levého femuru

presbyakuze – stařecká nedoslýchavost

status post pneumonii

fractura levé tibie

uroliáza

**VITÁLNÍ FUNKCE PŘI PŘIJETÍ**

<b>TK:</b> 110/60	<b>Výška:</b> 155 cm
<b>P:</b> 69´	<b>Hmotnost:</b> 55 kg
<b>D:</b> 17´	<b>BMI:</b> 22,89
<b>TT:</b> 36,5	<b>Pohyblivost:</b> imobilní
<b>Stav vědomí:</b> bdělý	<b>Krevní skupina:</b> nezjištěno

**Nýnější onemocnění:** Pacientka přijata 1.9.2015 na interní oddělení Městské nemocnice Ostrava Fifejdy pro neklid a úpravu medikace. Během dne, někdy i v noci bývá neklidná a tím ruší ostatní osoby.

**Informační zdroje:** Informace o současném stavu pacientky jsou získány od příbuzných, zdravotnického personálu, dokumentace a mým vlastním pozorováním.

## ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza:

**Matka:** zemřela na tumor žaludku v 75 letech

**Otec:** zemřel na prasklý žaludeční vřed v 77 letech

**Sourozenci:** bratr – zemřel na akutní leukemii, sestra umřela na komplikace DM po amputaci DK, další sestra umřela na selhání srdce

**Děti:** jeden ze synů zemřel na encefalitidu v 6 letech.

Osobní anamnéza:

**Překonané a chronické onemocnění:** pacientka dlouhodobě trpí aterosklerózou, arteriální hypertenzí a stařeckou nedoslýchavostí

**Hospitalizace a operace:** status post cholecystektomii 11/2011, hospitalizace pro penumonii 7/2014

**Úrazy:** status post CKP pro fracturu krčku femuru 2/2011, status post fracturae levé tibiae 8/2015

**Transfuze:** není známo

**Očkování:** není známo

**Léková anamnéza:**

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
NEBILET	Per os	5 mg	¼-0-0	Selektivní betablokátory
TIAPRA	Per os	100 mg	0-1-0	Neuroleptikum
CALTRATE PLUS	Per os		0-1-0	Doplňěk stravy
ASPIRIN PROTECT	Per os	100 mg	0-1-0	Antiagregancium

Alergologická anamnéza:

**Léky:** není známo

**Potraviny:** není známo

Chemické látky: není známo

**Jiné:** není známo

Abúzy:

**Alkohol:** příležitostně, například na oslavách si ráda dala sklenici vína

**Kouření:** 0

**Káva:** ano, ráda pije kávu ke snídani

**Léky:** 0

**Jiné drogy:** 0

Gynekologická anamnéza:

**Menarche** od 14 let, cyklus pravidelný, hormonální antikoncepci nikdy nepoužívala, porodila dvě zdravé děti bez komplikací, UPT 0

**Menopauza** v 50 letech

Potíže klimakteria neudává

Samovyšetření prsou nikdy neprováděla

Poslední gynekologická prohlídka v roce 2014, podle syna

Mamografické vyšetření nikdy neabsolvovala

Sociální anamnéza

**Stav:** vdova

**Bytové podmínky:** před hospitalizací bydlela doma se synem a jeho rodinou

**Vztahy, role a interakce v rodině:** pacientka vztahové role příliš nevnímá, pravidelně za ní dochází její syn, občas i vnoučata

Vztahy, role a interakce mimo rodinu: dobré, pacientka není konfliktní

**Záliby:** sledování TV, občas si ráda prohlédne staré fotografie nebo něco namaluje

Pracovní anamnéza:

**Vzdělání:** základní

Pracovní zařazení: důchodkyně

**Čas působení, čas odchodu do důchodu, jakého:** pobírá starobní důchod, přesné období odchodu do důchodu neví

**Vztahy na pracovišti:** pacientka nepracuje, je důchodkyně

**Ekonomické podmínky:** dobré, její rodina ji v případě nouze finančně dopomůže

Spirituální anamnéza:

**Religiózní praktiky:** pacientka je křesťanského vyznání, nikdy se ale nemodlí ani netrvá na návštěvě nemocniční kaple

**POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU ze dne 22.4.2016**

Pacientka má pro své základní onemocnění postižené kognitivní funkce, subjektivní údaje proto nelze získat.

<b>Popis fyzického stavu</b>		
<b>SYSTÉM:</b>	<b>SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE:</b>	<b>OBJEKTIVNÍ ÚDAJE:</b>
Hlava a krk:		<p>Hlava normocefalická, bez deformitů, palpačně bez algických projevů. Nos a uši bez sekrece. Skléry anikterické, bulby ve středním postavení.</p> <p>Dutina ústní bez defektů, vlhká, jazyk růžový, nepovleklý. Chrup – pacientka má zubní protézu, kterou občas používá. Bez přítomnosti zápachu z úst.</p> <p>Krk bez omezení pohybu do všech stran, krkavice symetrické, bez známek přeplnění. Lymfatické uzliny a štítná žláza objektivně nezvětšeny.</p>

Hrudník a dýchací systém:		<p>Postavení hrudníku symetrické, bez známek deformit či jiného poranění. Lymfatické uzliny objektivně nezvětšené. Prsa bez hmatných abnormalit, bradavky bez sekrece. Frekvence dýchání 16 dechů za minutu, bez známek dušnosti. Poslechově obě plíce čisté, patologické znaky nezjištěny.</p>
Srdečně cévní systém:		<p>Srdeční frekvence 69 tepů za minutu, srdeční ozvy bez patologických šelestů, TK 160/70 mmHg, periferie teplé, pulzace na horních a dolních končetinách dobrá, nehtové lůžko růžové fyziologické barvy, dolní končetiny bez otoků.</p>
Břicho a GIT:		<p>Břicho palpačně měkké, nebolestivé, játra a slezina nezvětšené, peristaltika poslechově slyšitelná. Inkontinence stolice, stolice pravidelná, pevné konzistence bez patologických příměsí.</p>

Močový a pohlavní systém		<p>Genitálie bez patologických nálezů, bez poševního výtoku.</p> <p>Inkontinence moči, moč čirá, žluté barvy bez patologických příměsí, bez zápachu.</p>
Kosterní a svalový systém:		<p>Horní končetiny: viditelné poškození jemné motoriky, svalová síla mírně zhoršená, bez třesu.</p> <p>Dolní končetiny: bez svalové síly na obou dolních končetinách, zcela imobilní.</p> <p>Klouby bez deformitů, palpačně nebolestivé.</p> <p>Svaly bez atrofí a deformitů.</p> <p>Kosterní aparát bez patologií.</p>
Nervový systém a smysly:		<p>Při vědomí, dezorientovaná místem a časem, částečně také osobou. Staropaměť v mezích zachovaná, novopaměť dlouhodobě poškozená. Bez křečí.</p> <p>Čich v normě, sluch zhoršen, trpí stařeckou nedoslýchavostí, zrak na blízkost orientačně</p>



		v normě.
Endokrinní systém:		Pacientka netrpí žádnou poruchou endokrinních žláz, bez objektivních příznaků.
Imunologický systém:		Afebrilní, TT 36,4 °C, alergie nezjištěny, lymfatické uzliny nezvětšeny. Alergie nezjištěny.
Kůže a její adnexa:		Kůže čistá, suchá, kožní turgor v normě, bez ikterických či cyanotických projevů. Kůže bez defektů. Vlasy a ochlupení šedivé.

Aktivity denního života			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Stravování:	doma	Pacientka na otázky nezodpoví.	Z rozhovoru se synem jsem zjistila, že pacientce chutná vše. Nikdy nebyla vybíravá, kdysi ráda vařila.
	v nemocnici		Strava v nemocnici bývá 3 x denně, pacientka sní celé porce. Dieta 3K. Syn jí pravidelně nosí čokolády, nejraději má Milka čokoládu.
Příjem tekutin:	doma:		„Maminka neměla nikdy problém s hydratací. Ráno si ráda dá šálek kávy ke snídani. Během dne pila to, co se jí nabízelo. Alkohol pila jen příležitostně,“ říká syn pacientky.
	v nemocnici:		Během dne je k dispozici slazený čaj, který má pacientka ráda. Ráno si ke snídani dává

			kávu nebo kakao, podle toho, co je k dispozici. Denní příjem tekutin je dostatečný, dosahuje až 2 litrů za 24 hodin.
Vylučování moče:	doma:		„Maminka trpí inkontinencí už dlouho, už ani nevím od kdy přesně,“ říká syn pacientky.
	v nemocnici:		Pacientka trpí dlouhodobě inkontinencí moče. Močí do plenkových kalhot, syn si nepřeje zavedení permanentního močového katetru. Močí dostatečně, moč je bez příměsí, fyziologické barvy.
Vylučování stolice:	doma:		„Inkontinencí stolice už trpí maminka dlouho. Stolicí má pravidelně,“ říká syn.

	v nemocnici:		Pacientka trpí inkontinencí stolicí, vyprazdňuje se do plenkových kalhot. Stolice je pravidelná, normální konzistence až 2 x denně.
--	--------------	--	---

Aktivity denního života			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Spánek a bdění:	doma:		„Doma maminka spávala přibližně 8 hodin, nikdy jsem si nevšiml, že by trpěla patologickou únavou, nikdy si ani nestěžovala, že má spánek narušen nebo že by se špatně vyspala, z dlouhodobého hlediska,“ řekl syn pacientky.
	v nemocnici:		Pacientka pospává během dne, na noc neužívá žádnou medikaci na spánek, spánek je nenarušený,

			po probuzení vypadá odpočatě.
Aktivita a odpočinek:	doma:		„Maminka doma odpočívala u sledování TV nebo pečovala venku o zahradu. Nikdy aktivně nesportovala. Občas si jen vyjela na kole, “ říká syn.
	v nemocnici:		Pacientka ráda sleduje TV. Nemá žádný oblíbený pořad ani seriál. Ve volných chvílích si s ní personál něco namaluje, prohlédne si s ní staré fotografie nebo s ní procvičuje kognitivní funkce prohlížením obrázků.
Hygiena:	doma:		„S osobní hygienou jsme doma mamince pomáhali já s mou ženou, “ říká syn.
	v nemocnici:		Hygiena pacientky je v plném rozsahu zajišťována zdravotnickým personálem. Kůže je bez defektu, pravidelně

			promazávána.
Soběstačnost:	doma:		„Při ztrátě soběstačnosti jsme se snažili o maminku starat já s mou rodinou, později už to ale bylo náročné, protože maminka potřebovala celodenní dohled a péči,“ říká syn.
	v nemocnici:		Pacientka je zcela nesoběstačná při chůzi, oblékání a hygieně. Při výživě a hydrataci je nutná jen dopomoc.

<b>Posouzení psychického stavu</b>		
	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Vědomí:		Pacientka je při vědomí.

Orientace:		Pacientka je dezorientována místem a časem, částečně i osobou. Svého syna vždy pozná.
Paměť:	staropaměť	Staropaměť je částečně zachována, pacientka si pamatuje, co v mládí dělala za profesi, někdy během dne nesouvisle počítá.
	Novopaměť	Novopaměť je těžce zapamatovatelná, i přes opakování si pacientka nezapamatuje.
Myšlení:		Myšlení nesouvislé, zabíhavé, nedokáže se soustředit na jedno téma.
Temperament:		Pacientka působí extrovertně, nemá problém se seznamováním, někdy ale cizím osobám neodpovídá. Je nekonfliktní.
Sebehodnocení:		Pacientka sebe sama neumí zhodnotit.
Vnímání zdraví:		Pacientka má už příliš vysoký věk na to, aby vnímání zdraví nějakým způsobem prožívala. Nedodržuje žádná dietní opatření, necvičí. Nadváhou netrpí.

Vnímání zdravotního stavu:		Pacientka si svou nemoc neuvědomuje.
Reakce na onemocnění a prožívání onemocnění:		Své onemocnění pacientka nijak neprožívá, protože si ho neuvědomuje.
Reakce na hospitalizaci:		I přes dlouhodobou hospitalizaci pacientka neprojevuje žádné strádání. Zřejmě si hospitalizaci ve nemocnici neuvědomuje.
Adaptace na onemocnění:		Adaptace na své onemocnění dobré, svou nemoc si neuvědomuje.
Projevy jistoty a nejistoty (úzkost, strach, obavy, stres):		Žádné projevy jistoty nebyly zpozorovány. Pacientka vypadá spokojeně a v pohodě.
Zkušenosti z předcházejících hospitalizací (iatropatogenie, srororigenie):		Sama pacientka žádné špatné zkušenosti z předchozích hospitalizací neudává. Ani její syn o žádných špatných zkušenostech neví.

**Posouzení sociálního stavu**



		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Komunikace:	verbální		Pacientka komunikuje většinou jednoslovně, občas řekne i celou větu, avšak špatně srozumitelnou.
	neverbální		Základnímu prvky neverbální komunikace je usmívání nebo šklebení pacientky. Někdy na personál vyplazuje jazyk z legrace.
Informovanost:	o onemocnění		Pacientka je o svém onemocnění informována, ale zřejmě svou nemoc nevnímá.
	o diagnostických metodách		Při případných vyšetřeních je pacientka o metodách informována, nikdy nemá žádných otázek.
	o specifikách ošetrovatelské		Pacientka je se specifiky péče seznámena, nic

	péče		nenamítá a nemá žádných otázek.
	o léčbě a dietě		S léčbou je seznámena pacientka i její syn a souhlasí s ní. S dietou je pacientka spokojená, nikdy nenamítala, že by jí nechutnalo.
	o délce hospitalizace		Syn pacientky je s délkou hospitalizací seznámen, pacientka také nic nenamítá.
Sociální role a jejich ovlivnění nemocí, hospitalizací a změnou životního stylu v průběhu nemoci a hospitalizace:	primární role (související s věkem a pohlavím):		Pacientka je již vdovou, o svém bývalém manželovi nikdy nemluví.
	Sekundární role (související s rodinou a společenskými funkcemi):		Pacientka je maminkou a babičkou, její syn ji pravidelně navštěvuje, občas ji navštíví také vnoučata s pravnoučaty, dětmi. Pacientka si zřejmě neuvědomuje žádná omezení ve styku s rodinou.

	terciální role ( související s volným časem a zálibami):		Pacientka je již dlouho dobu imobilní a hospitalizovaná, proto mnoho volnočasových aktivit nemá. Objektivně lze ale posoudit, že ji to nemrzí, nikdy se o tomto tématu nezmínila.
--	--	--	---

### MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT:

Ordinovaná vyšetření: Laboratorní vyšetření krve na biochemické a hematologické vyšetření ze dne 12.5.

Výsledky:

Vyšetření	Hodnota odběru ze dne 12.5.	Referenční hodnota
<b>BIOCHEMICKÉ VYŠETŘENÍ</b>		
Sodík	142,00 mmol/l	137-144 mmol/l
Draslík	4,10 mmol/l	3,9-5,6 mmol/l
Chloridy	106,00 mmol/l	95-110 mmol/l
Celková bílkovina	54,00 g/l	65-80 g/l

Albumin	35,00 g/l	35-53 g/l
Bilirubin	8,00 $\mu\text{mol/l}$	5-17 $\mu\text{mol/l}$
Amylasa	1,28 $\mu\text{kat/l}$	0,00-1,50 $\mu\text{kat/l}$
ALT – Alaninaminotransferáza	0,22 $\mu\text{kat/l}$	0,00-0,60 $\mu\text{kat/l}$
AST – Aspartátaminotransferáza	0,22 $\mu\text{kat/l}$	0,00-0,60 $\mu\text{kat/l}$
ALP – Alkalická fosfatáza	1,60 $\mu\text{kat/l}$	0,7-2,9 $\mu\text{kat/l}$
GGT – Glutamyltransferáza	0,20 $\mu\text{kat/l}$	0,0-0,5 $\mu\text{kat/l}$
Lipáza	0,50 $\mu\text{kat/l}$	0,22-1,00 $\mu\text{kat/l}$

Vyšetření	Hodnota odběru ze dne 12.5	Referenční hodnota
<b>HEMATOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ</b>		
Hemoglobin	132,00 g/l	120-160 g/l
Hematokrit	0,391	0,350-0,470
Erytrocyty	$4,18 \times 10^{12}/l$	$3,80-5,20 \times 10^{12}/l$
MCH- hemog. ery	31,50 pg	28,0-34,0 pg
MCHC – Hb konc.	337,00 g/l	320-360 g/l
MCV- objem ery	94,00 fl	80-98 fl
RDW	14,80 %	10,0-15,2 %
Objem tromb.	9,00 fl	7,8-11,00 fl

Leukocyty	7,20 x 10 <sup>9</sup> /l	4,0-10,0 x 10 <sup>9</sup> /l
Trombocyty	170,00 x 10 <sup>9</sup> /l	150-400 x 10 <sup>9</sup> /l

### Konzervativní léčba:

**Dieta:** 3K                      **Pohybový režim:** 4                      **Fyzioterapie:** pasivní  
cvičení s pomocí ošetrovatelského personálu.

**Výživa:** per os

### Medikamentózní léčba:

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
NEBILET	Per os	5 mg	<sup>1</sup> / <sub>4</sub> -0-0	Selektivní betablokátory
TIAPRA	Per os	100 mg	0-1-0	Neuroleptikum
CALTRATE PLUS	Per os		0-1-0	Doplněk stravy
ASPIRIN PROTECT	Per os	100 mg	0-1-0	Antiagregancium

### Situační analýza

91 letá pacientka byla přijata na interní oddělení pro úpravu medikace při nestabilním průběhu Alzheimerovy demence. Pacientka byla přijata na oddělení dne 1.9.2015, sběr informací a posouzení stavu probíhali 22.4. 2016. U pacientky je patrné postižení kognitivních funkcí, dezorientace v čase a prostoru, částečnou dezorientaci lze vyzorovat také při poznávání osob. Pacientka vyžaduje celodenní a téměř celkovou péči. Při provedení MMSE testu vyšel výsledek těžké demence. U Barthelova ADL testu vyšel výsledek rovný vysoké závislosti a z výsledku testu na riziko vzniku dekubitu dle Nortonové lze usoudit, že pacientka je rizikovým pacientem. Dalším

provedeným ošetrovatelským testem je hodnocení rizika pádu, kdy pacientka je ve vysokém riziku. Posledním testem je zhodnocení nutričního stavu pacientky, tento test vyšel v pozitivním smyslu, hydratace a výživa pacientky je dostatečná. Pacientka je nesoběstačná při hygieně, oblékání a chůzi, při výživě a hydrataci je nutná pouze dopomoc. Má dietu 3K.. Je inkontinentní močí i stolicí, vyprazdňování je pravidelné.

#### **4. 1. STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ PODLE PRIORIT**

##### **Aktuální ošetrovatelské diagnózy:**

Zhoršená verbální komunikace (00051)

Deficit sebeděže při koupání (00108)

Deficit sebeděže při vyprazdňování (00110)

Funkční inkontinence moči (00020)

Inkontinence stolice (00014)

Zhoršená paměť (00131)

##### **Potencionální ošetrovatelské diagnózy**

Riziko syndromu nepoužívání (00040)

Riziko pádu (00155)

Riziko narušení integrity kůže (00047)

Riziko sníženého objemu tekutin v organizmu (00028)

## **AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY**

**Diagnóza:** Zhoršená verbální komunikace související s alterací centrálního nervového systému projevující se dezorientací a neschopností komunikovat.

**Priorita:** střední

**Cíl:** dlouhodobý.

Zlepšit dovednost komunikace s ošetřujícím personálem do 1 měsíce.

**Očekávané výsledky:** Pacientka používá piktogramy zaměřené na efektivní komunikaci s ošetřujícím personálem do 1 měsíce.

Pacientka bude využívat svou neverbální komunikaci při svých potřebách do 1 měsíce.

Pacientka bude schopna interpretovat vlastní pocity a potřeby do 14 dní.

**Plán intervencí:** Vypracuj/použij/ vhodné piktogramy pro komunikaci /všeobecná sestra/.

Pravidelně komunikuj s pomocí piktogramů /všeobecná sestra/.

Postupně rozšiřuj seznam piktogramů pro širší komunikaci /všeobecná sestra/.

Navaž s pacientem tělesný kontakt (např. stisk ruky) pro neverbální komunikaci /všeobecná sestra/.

Nauč pacientku gesta a výrazy související s jejími potřebami /všeobecná sestra/.

Nauč pacientku používat prvky neverbální komunikace /všeobecná sestra/.

Poskytni pacientce dostatek času pro odpověď /všeobecná sestra/.

### **Realizace:**

Pacientka trpí narušenou verbální komunikací. Její slovní zásoba je dosti omezená, při rozhovoru odpovídá často jen jednoslovně anebo vůbec, často nechápe, na co se jí ptám. Při zhoršení stavu bývá neklidná, mluví nesrozumitelně a rychle a zvyšuje tón hlasu, aby jí ošetřovatelský personál nebo ostatní návštěvy pacientů věnovaly pozornost. Pro

zlepšení komunikace a kognitivních funkcí jsem zvolila piktogramy. Pravidelně s pacientkou začínáme poznáváním obrázků a jejich souvislostí. Ze začátku jsem vybrala jednodušší piktogramy, jako např. zvířata, aby je pojmenovávala a hledala mezi nimi souvislosti. Postupně jsem výběr piktogramů rozšířila o seznam obrázků jako je jídlo, pití a další související s denními potřebami. Při komunikaci s pacientkou jsem s pacientkou navázala tělesný kontakt stiskem ruky. Pacientka namísto slovní odpovědi stisk ruky opětovala. Jedním z neverbálních projevů pacientky při potřebě je vyplazování jazyka nebo pohyby ukazováčku, abychom k ní přišli. Někdy se také usmívá, čímž projevuje svou spokojenost a souhlas. Pacientka má dostatek času pro svůj projev.

**Hodnocení:** Stanovený cíl byl částečně splněn. Pacientka spolupracuje při komunikaci s piktogramy a projevuje jistou dovednost. Některé piktogramy si pamatuje, v případě piktogramu, na kterém je toaleta, však nedokáže odpovědět, zda li se potřebuje jít vyprázdnit. Při stisku ruky stisk opětuje, vyjadřuje tím souhlas nebo uspokojení. Při neverbální komunikaci pacientka prokazuje dovednost formou mimiky a pohyby horních končetin. Při pohybu ukazováčkem pacientka sděluje, abychom k ní přišli, co však potřebuje, občas neumí sdělit, nebo jsou její požadavky zkomolené a zmatené. Občas si pozornost ošetřujícího personálu přitahuje hlasitým projevem křiku a nesouměrným počítáním čísel. U pacientky lze vyzorovat mírné zlepšení, v naplánovaných intervencích je ale pro další zlepšení nutné pokračovat.

**Ošetřovatelská diagnóza:** Deficit sebeděže při koupání související se zhoršenou kognicí projevující se neschopností dostat se do koupelny a umýt si tělo.

**Priorita:** Střední

**Cíl:** Dlouhodobý.

Zlepšit úroveň hygieny o sebe sama do 1 měsíce.

**Očekávaný výsledek:** Pacientka si bude schopná umýt obličej do 14 dnů.

Pacientka bude schopná pečovat o svou zubní protézu.



Pacientka bude schopná umýt si horní polovinu těla.

**Plán intervencí:** Pacientka bude používat žínku při hygieně svého těla / všeobecná sestra/.

Pacientka si dostatečným způsobem umyje obličej bez zásahu ošetřujícího personálu /všeobecná sestra/.

Pacientka si osvojí režim hygieny, při kterém se začíná umytím obličeje /všeobecná sestra/.

Pacientka bude schopna umýt si krk, horní končetiny a trup /všeobecná sestra/.

Pacientka si zapamatuje nezbytnost hygieny podpaží /všeobecná sestra/.

Pacientka projeví dovednost při vysušování těla ručníkem /všeobecná sestra/.

Pacientka se naučí pečovat o svou zubní protézu ihned po jídle /všeobecná sestra/.

Pacientka bude mít místo, kde bude odkládat svou zubní protézu /všeobecná sestra/.

Pacientka se naučí nasazovat si zubní protézu /všeobecná sestra/.

**Realizace:** Pacientka je nesoběstačná při hygieně svého těla. Během sběru dat byla pacientka nabádána k sebepěči o obličej a horní polovinu těla. Každou ranní koupel jsme začínali poskytnutím mycí žínky a připomenutím, že každá hygiena začíná umytím obličeje. Pacientka zvládne žínku uchopit a namočit ve vodě, umýt si obličej v rámci jejich schopností. Po umytí obličeje jí je připomínána také péče o uši. Po umytí obličeje je u ní dohlíženo a umytí krku, trupu a podpaží. Pacientka si horní polovinu těla umývá ledabyle, na některá místa úplně zapomíná. Vysušení ručníkem není důkladné. Pacientka má na kraji svého stolečku nádobu s roztokem pro uložení zubní protézy. Zubní protézu si nenasazuje pravidelně, podle konzistence stravy. Dovednost při nasazování zubní protézy neproказuje, po jídle si ji zapomíná vyndávat a pečovat o ní. Taktéž si nezapamatuje místo s nádobkou pro uložení zubní protézy.

**Hodnocení:** Cíl byl částečně splněn. Pacientky při ranní hygieně uchopí mycí žínku a umývá si obličej podle svých schopností, který ale není dostačující. Na péči o uši a dutinu ústní úplně zapomíná. Krk si v rámci možností zvládne umýt, zbylá hygiena

horní poloviny těla není dostatečná a musí být zajištěna ošetřujícím personálem. Osušení těla ručníkem taktéž pacientka nezvládá na požadovaném stupni. Záhyby těla si neosuší vůbec a tak je tato péče opět zajištěna ošetřujícím personálem jako prevence vzniku opruzenin. Před jídlem si pacientka zapomíná nasadit zubní protézu, při nasazování zubní protézy neproказuje dovednost a pečovat o ni taky nezvládá. Při dotazu, zda li ví, k čemu je nádobka na jejím stolečku a co v ní je odpovídá, že neví. Stanovený cíl byl splněn jen v několika málo bodech, v naplánovaných intervencích je nutné pokračovat.

**Ošetřovatelská diagnóza:** Deficit sebekpěče při vyprazdňování, související s kognitivním poškozením, neschopností přesunu a poruchou mobility projevující se neschopností provést řádnou vyprazdňovací hygienu.

**Priorita:** střední

**Cíl:** Dlouhodobý.

Úprava frekvence vyprazdňování do 1 měsíce.

**Očekávaný výsledek:** Pacientka bude schopná regulovat potřebu vyprázdnit se.

Pacientka bude schopná informovat ošetřující personál při potřebě vyprázdnit se.

Pacientka bude vědět, jak se ovládá signalizační zařízení a bude jej mít na dosah ruky

**Plán intervencí:** Zajisti pacientce vhodnou stravu a dostatek tekutin /všeobecná sestra/.

Dohlédni na dostatečný příjem stravy a tekutin, popřípadě zajisti bilanci tekutin /všeobecná sestra/.

Poskytni pacientce signalizační zařízení na dosah ruky v případě potřeby vyprázdnit se /všeobecná sestra/.

Vysazuj pacientku pravidelně na podložní mísu v přibližně 6 hodinových intervalech /všeobecná sestra/.

Sleduj délku vysazení na podložní míse, aby nedocházelo k otlakům kůže /všeobecná sestra/.

Poskytni pacientce přiměřený čas a soukromí pro vyprázdnění /všeobecná sestra/.

Dodržuj omezení tekutin ve večerních hodinách v rámci spánkové hygieny /všeobecná sestra/.

**Realizace:** Pacientka je nesoběstačná v oblasti vyprazdňování. Trpí inkontinencí moči i stolice. Pacientka má dietu 3K přizpůsobenou svému stavu. Přes den pije čaj, denní hydratace dosahuje až 2 litrů za 24 hodin. Pacientka pije sama, bez nutnosti nabádání k hydrataci, bilance tekutin tudíž není nutná. Sní celé porce. Pacientka má u své postele signalizační zařízení. Je jí vysvětleno, jak se zařízení používá a v jakých případech ho má použít. Pacientka po mém vysvětlení a za mé přítomnosti prokázala dovednost. Pacientku jsem pravidelně vysazovala na podložní mísu a to v 8 hodin ráno, ve 12 hodin odpoledne a o půl 6 večer, vždy po jídle na 10 minut. Pacientka se již v prvních minutách bránila vysazování, udávala, že jí podložní mísa tlačí. Během vysazování jsme zajistila pacientce dostatek soukromí. Ve večerních hodinách, tedy od 6 hodiny byl omezen její příjem tekutin.

**Hodnocení:** Cíl byl částečně splněn. Pacientka má dostatečný příjem tekutin i stravy. I přes instrukce ohledně signalizačního zařízení pacientky neprokázala dovednost za nepřítomnosti ošetřujícího personálu. Pacientka při vysazování na podložní mísu odporovala. Při 10 minutovém intervalu vysazení na podložní mísu se pacientky ani jednou nevyprázdnila i přes zajištění dostatečného soukromí. Pacientce byl ve večerních hodinách omezen příjem tekutin. V naplánovaných intervencích je nutné i nadále pokračovat.

### **Další aktuální diagnózy:**

Funkční inkontinence moči (00020)

Inkontinence stolice (00014)

Zhoršená paměť (00131)

**Potencionální ošetřovatelské diagnózy**

Riziko syndromu nepoužívání (00040)

Riziko pádu (00155)

Riziko narušení integrity kůže (00047)

Riziko sníženého objemu tekutin v organismu (00028)

## 4.2. DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Alzheimerova demence není jen nejrozšířenějším typem demence obecně, ale také široce rozšířenou chorobou postihující mnoho lidí vyššího. Každý z ošetrovatelského personálu, kdo přijde do styku s takto nemocným člověkem, by měl disponovat základními znalostmi v péči o demenčního pacienta. A protože je péče o demenčního člověka specifická, navrhujeme následná doporučení.

Každý člen ošetřujícího personálu by se měl dostatečně informovat o tomto onemocnění a pravidelně své znalosti prohlubovat.

Důležitým krokem při léčbě pacientů je dodržování medikace a dopomoc dle stavu pacienta pro udržení co nejvyššího stupně soběstačnosti.

Základním prvkem přístupu v péči o pacienta je trpělivost. Nezapomínejme, že pacient za svou chorobu nemůže a proto při progresi onemocnění není řešení navýšení medikace ani použití omezovacích prostředků, ale trpělivý a vlídný přístup. Snažte se pacienta podporovat a rozvíjet jeho fyzickou i psychickou stránku dle jeho možností.

Pacienti trpící demencí jsou velmi vázaní na svou rodinu a blízké osoby. Spolupráce s rodinou pacienta je nedílnou součástí kvalitní péče a dobrého výsledku.

## ZÁVĚR

Předmětem bakalářské práce bylo seznámení s problematikou Alzheimerovy demence.

Cílem teoretické části bylo shrnutí základních informací a poznatků zabývajících se historickým přístupem k těmto nemocným, patofyziologií, etiologií, prevencí, diagnostikou a léčbou Alzheimerovy demence, spolu s vypracováním sociálního řešení a specifík ošetrovatelské péče.

Praktická část je zaměřena na sběr informací a zpracování ošetrovatelského procesu u pacientky trpící Alzheimerovou demencí spolu s rozdělením ošetrovatelských diagnóz a s jejich následným zpracováním.

Jak již bylo řečeno, Alzheimerova nemoc je nemoc nevléčitelná a tak z velké části ovlivňuje kvalitu života každého nemocného člověka. Alzheimerova demence nezasahuje však jen pacienty, ale také jejich rodiny a blízké. Z tohoto důvodu je důležité vyhledat odbornou pomoc jak pacientovi, tak jejich rodinám, protože péče o takto postiženého člověka je velmi náročná jak z fyzické, tak z psychické stránky.

Cíle bakalářské práce byly splněny.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

CALLONE, R., P., et al., 2008. *Alzheimerova nemoc: 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2320-4

CARPER, JEAN, 2011. *100 jednoduchých věcí, které můžete udělat proti Alzheimerově nemoci a úbytku paměti*. Praha: Vyšehrad. ISBN 978-80-7429-194-4.

FRANKOVÁ, VANDA, 2010. *Program Mates: manuál pro skupinovou práci se seniory s poruchami paměti*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-205-6.

HALOVÁ, MIROSLAVA, 2010. *Nemocný v domácí péči II: demence a demence Alzheimerova typu: věnováno nemocným postižených demencí, zvláště pak demencí Alzheimerova typu a všem, kteří o ně pečují*. Bouzov: VEF Enterprises. ISBN 978-80-904611-0-9.

HORT, JAKUB, 2007. *Paměť a jejich poruchy: paměť z hlediska neurovědního a klinického*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-004-5.

HOSÁKOVÁ, JIŘINA, 2007. *Ošetrovatelská péče v psychiatrii*. Opava: Slezská univerzita v Opavě, Filozoficko-přírodovědecká fakulta, Ústav ošetrovatelství. ISBN 978-80-7248-442-3.

JIRÁK, R. A kol., 2013. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-873-5.

JIRKOVSKÝ, Daniel a kol., 2012. *Ošetrovatelské postupy a intervence – učebnice pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Fakultní nemocnice v Motole. ISBN: 978-80-87347-13-3.

LUŽNÝ, JAN, 2012. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-573-2.

NANDA INTERNATIONAL, 2013. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2012–2014*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4328-8.

NĚMCOVÁ, J. a kol., 2015. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. Třetí vydání. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. ISBN 978-80-904955-9-3.

PETR, TOMÁŠ, 2014. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4236-6.

REGNAULT, MATHILDE, 2011. *Alzheimerova choroba: průvodce pro blízké nemocných*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0010-9.

SLEZÁKOVÁ, L., a kol., 2007. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty I*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1775-3.

VATEHOVÁ, DRAHOMÍRA, 2013. *Manažment ošetrovateľskej starostlivosti o pacientov s vybranými chronickými chorobami*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-383-7.

VOKURKA, M., J. HUGO a kol., 2002. *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf. ISBN 80-85912-70-8.

#### **Internetové zdroje:**

HOLMEROVÁ, Iva, Jakub HORT, Robert RUSINA, Michal Šteffl. Výsledky pilotní studie: neformální péče o pacienty s demencí. *Geriatric a gerontologie* [online]. 2015, 117-124 [cit. 20. 5. 2016]. ISSN 1805-4684. Dostupné z: <http://www.prolekare.cz/geriatrie-gerontologie>

JIRÁK, Roman. Poruchy chování u pacientů s Alzheimerovou chorobou. *Neurologie pro praxi* [online]. Neurologie pro praxi, [cit. 05.09. 2007]. Dostupné z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2007/05/09.pdf>

MCGILL, Markus. Alzheimer's Disease: Causes, Symptoms and Treatments [online]. *Medical News Today*, 2016. [cit. 29. 4. 2016]. Dostupné z: <http://www.medicalnewstoday.com/articles/159442.php>

SHEARDOVÁ, Kateřina. Alzheimerova nemoc a zapojení pečovatele do boje o kvalitu života. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2011, 13-18 [cit. 1. 3. 2011]. ISSN 1213-0508. Dostupné z <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2011/01/03.pdf>

ŠENKÁROVÁ, Z. Management pádů v ošetrovatelství [online]. *Zdravi. Euro*, 2012. [cit. 2012-10-05]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/management-padu-v-osetrovatelstvi-466839>



# **PŘÍLOHY**

Příloha A – MMSE.....	<b>I</b>
Příloha B – Hodnocení rizik .....	<b>II</b>
Příloha C – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů.....	<b>III</b>
Příloha D – Žádost o umožnění sběru dat.....	<b>IV</b>
Příloha E – Rešeršní protokol.....	<b>V</b>

# Příloha A – MMSE

**MINI-MENTAL STATE EXAMINATION - ZÁZNAMOVÝ LIST**

Jméno a příjmení pacienta, rok narození (Bližak) \_\_\_\_\_

Datum vyšetření

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.

Den: \_\_\_\_\_  
Měsíc: \_\_\_\_\_  
Rok: \_\_\_\_\_

**1. ORIENTACE**

Jaký den v týdnu je dnes? \_\_\_\_\_  
Kolikátého je dnes? Jaké je dnes datum? \_\_\_\_\_  
Který měsíc v roce je nyní? \_\_\_\_\_  
Který rok je nyní? \_\_\_\_\_  
Jaká je nyní roční období? \_\_\_\_\_  
Ve kterém státě jsme? \_\_\_\_\_  
Ve kterém kraji jsme? \_\_\_\_\_  
Ve kterém městě jsme? \_\_\_\_\_  
Jak se jmenuje tato nemocnice (zdravotnická zařízení)? \_\_\_\_\_  
Ve kterém poschodí se nacházíme? \_\_\_\_\_

**2. ZAPAMATOVÁNÍ**

Bezprostřední reprodukce tří předmětů: citron, lopata, šátek, babička, vízra

--	--	--	--	--	--	--	--

**3. POZORNOST A POČÍTÁNÍ**

Opakované odečítání čísla 7 od čísla 100 nebo hláskování slova POKRM pozpátku

100	M						
93	R						
86	K						
79	O						
72	P						
65							

**4. PAMĚT, VÝBAVNOST**

Reprodukce tří předmětů z bodu 2: lopata, šátek, vízra

--	--	--	--	--	--	--	--

**5. POJMENOVÁNÍ**

Ukažte náramkové hodinky: „Co je to?“ \_\_\_\_\_  
Ukažte tužku: „Co je to?“ \_\_\_\_\_

**6. OPAKOVÁNÍ**

Opakování věty: „První pražská paropletba“ \_\_\_\_\_

MNO 181 (verze: 09-2014) Tisk: www.medprint.cz

**7. TŘÍSTUPŇOVÝ PŘÍKAZ**

Porozumění (sdělený třístupňový příkaz):  
„Verměte tento papír do Vaší pravé ruky, přeložte ho jednou na polovinu oběma rukama a položte na zem.“

--	--	--	--	--	--	--	--

**8. ČTENÍ A SPLNĚNÍ PŘÍKAZU**

Porozumění (přemýšlení) jedostupňový zvěstí: „ZAVŘETE OČI“

--	--	--	--	--	--	--	--

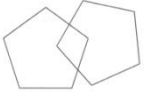
**9. PSÁNÍ**

Napsání věty \_\_\_\_\_

**10. OBKRESLOVÁNÍ**

Obkreslení předlohy průřezu dvou přiluhánek \_\_\_\_\_

**CELKOVÉ SKORE** \_\_\_\_\_



## ZAVŘETE OČI

Razítko oddělení:

Zdroj: Folstein, M., Folstein, S., Mc Hugh, P., 1975.

Zdroj: Městská nemocnice Ostrava Fifejdy



## **Příloha C – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů**

### **ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ**

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

V Praze dne...31.5.2016.....

.....  
Jméno a příjmení studenta

## **Příloha D - Žádost o umožnění sběru dat**

## Příloha E – Rešeršní protokol



### Moravskoslezská vědecká knihovna v Ostravě, příspěvková organizace

---

**Číslo rešerše:** III-7836  
**Název rešerše:** Ošetřovatelský proces u pacienta s Alzheimerovou chorobou  
**Jazykové omezení:** ČJ  
**Časové omezení:** 2005-2015

Příspěvková organizace  
Moravskoslezského kraje



---

U knih, které jsou k vypůjčení v MSVK v Ostravě, je uvedena signatura. Knihy bez signatury jsou k dispozici v jiných knihovnách ČR (viz [http://aleph.nkp.cz/F/CA5I79II3RXXK8Q16H9VKA5QU532X3FRTG9214CXE8FI5M2HDAI-18714?func=file&file\\_name=find-b&local\\_base=SKC](http://aleph.nkp.cz/F/CA5I79II3RXXK8Q16H9VKA5QU532X3FRTG9214CXE8FI5M2HDAI-18714?func=file&file_name=find-b&local_base=SKC) Tyto knihy je možno objednat prostřednictvím meziknihovní výpůjční služby v naší knihovně).  
U článků je nutné vyhledat celý časopis.

---

## Články

1.

TI: Výsledky pilotní studie: neformální péče o pacienty s demencí

AU: Holmerová, Iva, 1955- — Hort, Jakub, 1970- — Rusina, Robert, 1969- — Štefl, Michal

CI: **Geriatric a gerontologie : odborný časopis České gerontologické a geriatrické společnosti. 2015, roč. 4, č. 3, s. 117-124. ISSN: 1805-4684; (OCoLC)798991883.**

Literatura

LA: cze RT: články

PT: práce podpořená grantem

DE: staří ; poskytování zdravotní péče (statistika a číselné údaje) ; demence (ošetřování) ; bydlení ; hospitalizace ; lidé ; lidé středního věku ; zaměstnání ; pilotní projekty ; dotazníky ; staří nad 80 let ; statistika jako téma ; čas ; Alzheimerova nemoc (ošetřování) ; rodina ; domácí ošetřování ; domácí ošetřovatelé

AB: Autoři předkládají první výsledky pilotní studie 119 dyád pacientů s demencí a rodinných pečujících s použitím dotazníku Resource Utilization in Dementia ve čtvrté verzi (RUD 4,0). Ze studie vyplývá, že pečující v České republice využívají pro své blízké relativně málo terénních služeb jak zdravotnického, tak sociálního charakteru. Sami tak poskytují převážnou část péče. Ve srovnání s ostatními zeměmi jsou tak relativně osamoceni i s ohledem na to, že průměrný počet pečujících o jednoho člověka s demencí je u nás 1, 6, což je méně, než uvádějí mezinárodní studie. Pro získání ucelenějšího pohledu na náklady péče bude zapotřebí ještě další analýzy dat a s ohledem na poskytování formálních služeb i další studie s pomocí revidované české verze dotazníku, která bude lépe formulovat otázky týkající se zejména zdravotnických a sociálních služeb.

LI: <http://www.prolekare.cz/geriatrie-gerontologie> - domovská stránka časopisu

2.

TI: Lepší péče pro pacienty s pokročilou demencí

CI: **Medical tribune : aktuální - nezávislá - mezinárodní. 2015, roč. 11, č. 13 (Remedia), F3. ISSN: 1214-8911.**

LA: cze RT: články

PT: novinové články

DE: poskytování zdravotní péče (metody, organizace a řízení, etika) ; lidé ; Alzheimerova nemoc (ošetřování)

LI: <http://www.tribune.cz/tituly/mtr> - domovská stránka časopisu

3.

TI: Domovy Odry má "svého" tuleně

AU: Chodurová, Miroslava

CI: **Ošetřovatelská péče : odborný časopis zdravotnických pracovníků v sociálních službách. 2014, roč. 2014, č. 2, s. 4-5. ISSN: 2336-1603.**

LA: cze RT: články

DE: demence ; lidé ; terapeutický dotek ; Alzheimerova nemoc ; domovy pro seniory ; věnování darů