

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U NEMOCNÉHO
S DEMENCÍ**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

KRISTÝNA JANÁKOVÁ

Praha 2016

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U NEMOCNÉHO
S DEMENCÍ**

Bakalářská práce

KRISTÝNA JANÁKOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

Praha 2016



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

Janáková Kristýna
3. C VS

Schválení tématu bakalářské práce

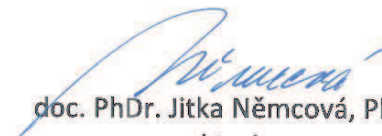
Na základě Vaší žádosti ze dne 22. 10. 2015 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u nemocného s demencí

Nursing Care Plan for Dementia

Vedoucí bakalářské práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

V Praze dne: 2. 11. 2015


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně, že jsem řádně citoval/a 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

podpis

Poděkování

Ráda bych poděkovala doc. PhDr. Jitce Němcové, PhD. za odborné vedení mé bakalářské práce, cenné rady, podněty, připomínky a pomoc při jejím zpracování.

Dále bych ráda poděkovala Městské nemocnici Hořice za spolupráci, díky níž jsem mohla realizovat ošetrovatelský model M. Gordon u pacienta s Alzheimerovou demencí.

ABSTRAKT

JANÁKOVÁ, Kristýna. *Ošetrovatelský proces u nemocného s demenci*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD. Praha. 2016. 55 s.

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces u nemocného s demencí. Teoretická část práce charakterizuje demenci, její problematiku v globálním měřítku i v rámci České republiky. Dále věnuje pozornost Alzheimerově demenci a přibližuje model funkčních vzorců zdraví Marjory Gordon. Praktická část se zabývá ošetrovatelským procesem u nemocného s Alzheimerovou chorobou, jehož realizace proběhla v Městské nemocnici Hořice.

Klíčová slova

Alzheimerova choroba. Demence. Kognitivní porucha. Ošetrovatelská péče.

ABSTRACT

JANÁKOVÁ, Kristýna. *Nursing Care Plan for Dementia*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD. Prague. 2016. 55 pages.

The subject of this thesis is a nursing care plan for dementia. The theoretical part describes dementia, dementia issues on a global scale and within the Czech Republic. It is focused on the Alzheimer's Disease and brings the model of Functional Health Patterns of Marjory Gordon. The practical part deals with a nursing care plan for dementia, the implementation of which took place in City hospital Hořice.

Keywords

Alzheimer's disease. Dementia. Cognitive impairment. Nursing care.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

| | |
|--|----|
| ÚVOD..... | 13 |
| 1 DEMENCE..... | 16 |
| 1.1 DĚLENÍ DEMENCÍ..... | 17 |
| 1.2 PŘÍSTUP K DEMENTNÍM PACIENTŮM A JEJICH EDUKACE..... | 18 |
| 1.2.1 PROBLEMATIKA KOMUNIKACE..... | 18 |
| 1.2.2 EDUKACE SENIORŮ JAKO PREVENCE..... | 19 |
| 1.3 SYNDROM BEHAVIORAL AND PSYCHOLOGICAL SYMPTOMS OF DEMENTIA..... | 20 |
| 2 DEMENCE V GLOBÁLNÍM MĚŘÍTKU..... | 22 |
| 2.1 WORLD ALZHEIMER REPORT 2015..... | 23 |
| 2.2 GLOBÁLNÍ AKCE PROTI DEMENCI..... | 24 |
| 2.3 BRITSKÁ STUDIE NÁKLADŮ DEMENCE PRO EKONOMIKU..... | 25 |
| 2.4 DEKLARACE Z GLASGOW..... | 26 |
| 3 DEMENCE V ČESKÉ REPUBLICCE..... | 27 |
| 3.1 STÁRNUTÍ ČESKÉ POPULACE..... | 28 |
| 3.2 ZPRÁVA O STAVU DEMENCE 2015..... | 29 |
| 3.3 STRATEGIE P-PA-IA..... | 30 |
| 4 ALZHEIMEROVA DEMENCE..... | 31 |
| 4.1 NEUROBIOLOGICKÉ ZMĚNY U ALZHEIMEROVY DEMENCE..... | 32 |
| 4.2 RIZIKOVÉ FAKTORY VZNIKU ALZHEIMEROVY DEMENCE..... | 34 |
| 4.3 PŘÍZNAKY ALZHEIMEROVY DEMENCE..... | 35 |
| 4.4 VYŠETŘOVACÍ METODY V DIAGNOSTICE ALZHEIMEROVY DEMENCE..... | 36 |
| 4.5 LÉČBA ALZHEIMEROVY DEMENCE..... | 37 |
| 4.5.1 NEFARMAKOLOGICKÁ LÉČBA..... | 38 |
| 4.5.2 FARMAKOLOGICKÁ LÉČBA..... | 39 |
| 4.6 KAM SMĚŘUJE VÝZKUM ALZHEIMEROVY DEMENCE..... | 40 |
| 5 MARJORY GORDON - MODEL FUNKČNÍCH VZORCŮ ZDRAVÍ..... | 42 |
| 5.1 VZORCE..... | 42 |

| | | |
|-----|---|----|
| 6 | PRAKTICKÁ ČÁST – OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY S ALZHEIMEROVOU DEMENCÍ | 44 |
| 7 | DISKUZE | 65 |
| 7.1 | DOPORUČENÍ PRO PRAXI | 66 |
| | ZÁVĚR | 68 |
| | SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ | 69 |
| | SEZNAM PŘÍLOH..... | I |
| | PŘÍLOHY | |

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

- AD** – Alzheimerova demence
- ADI** – Alzheimer Disease International
- AE** – Alzheimer Europe
- APP** - amyloidový prekurzorový protein
- BPSD** – Behaviorální a psychologické symptomy demence
- CNS** – Centrální nervová soustava
- CT** – Počítačová tomografie
- ČALS** – Česká Alzheimerovská společnost
- MMSE** – Test kognitivních funkcí
- MR** – Magnetická rezonance
- NAP** – národní akční plán
- PET** – Pozitronová emisní tomografie
- SPECT** – Jedno fotonová emisní výpočetní tomografie
- USD** – Americký dolar
- WAR** – Světová zpráva o Alzheimerově chorobě
- WHO** – Světová zdravotnická organizace

(VELKÝ LÉKAŘSKÝ SLOVNÍK, 2016)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Afázie - porucha řeči způsobená narušením řečových center v mozku

Agitovanost – uvolňování nervového napětí spojeného s úzkostí, strachem, či duševním strachem

Agnózie – porucha schopnosti zpracovávat smyslové (senzorické) informace

Alterace – změna, porucha, poškození nemocí nebo prostředím

Apoptóza – buněčná sebevražda (v genomu naprogramovaná buněčná smrt)

Apraxie - ztráta naučených nebo vžitých pohybů stereotypů způsobená funkčním poškozením určité oblasti mozkové kůry

Ateroskleróza – kornatění tepen

Atrofie - – regresivní změna postihující normálně vyvinutý orgán nebo tkáň

Behaviorální – týkající se chování

Brachiální agresivita – násilí vedené na tělo oběti

Dezinhibice – odtlumení, nekontrolovanost

Etiologie – původ nemoci

Excitotoxicita - patologický proces při kterém jsou nervové buňky poškozovány a zabíjeny nadměrnou stimulací neurotransmitery

Fatické poruchy – poruchy tvorby a porozumění řeči

Hippokamp – obloučkovitý závit ve spodní části mozku, součást limbického systému

Koagulace - srážení, ztužení

Kognitivní poruchy – poruchy rozpoznávací, týkající se vnímání a myšlení

Neuron - nervová buňka

Nuclues Meynerti - rozptýlená šedá hmota tvořená neurony produkujícími acetylcholin

Oligofrenie - slabomyslnost, duševní zaostalost

Perseverace - ulpívání na jednom tématu, jedné myšlence, k čemuž se nemocný opakovaně vrací

Progredience – pokračování, postup, postupné šíření

Symptom – příznak

Syndrom – soubor příznaků

Verbigerace - stereotypní opakování jednoho slova

Hydrocefalus – nahromadění mozkomíšního moku v nitrolebním prostoru

Elace - stav zvýšené nálady provázené vyšším psychomotorickým tempem

Anxieta – úzkost

(VELKÝ LÉKAŘSKÝ SLOVNÍK, 2016), (SLOVNÍK CIZÍCH SLOV, 2016),

(VOKURKA a kol., 2009)

ÚVOD

Kašpárková (2013) uvádí, že Alzheimerova demence představuje složitý zdravotnický, sociální i ekonomický problém. Stárnutí populace má za následek stále se zvyšující počet osob postižených Alzheimerovou demencí a dalších onemocnění, která demenci způsobují a která významným způsobem zasahují do všech oblastí lidského života a jeho kvality. Nemocných přibývá a náklady na péči o ně se neustále zvyšují. Umístění těchto pacientů jsou zpravidla nesprávná a systémy služeb, ve světě obecně, nejsou na epidemii těchto onemocnění připraveny. Lidé o nemoci nejsou dostatečně informováni a onemocnění není včas diagnostikováno a léčeno. Jedná se o globální problém, který vyžaduje řešení v podobě národních strategických plánů. Nezbytná je spolupráce vládních organizací s odbornými alzheimerovskými společnostmi k nalezení řešení, k vytvoření Plánů Alzheimer, s ohledem na již fungující Plány, po vzoru zemí, kde se staly skutečností a nezbytností.

V České republice byl Národní akční plán pro Alzheimerovu demenci vládě předložen teprve počátkem února 2016, přestože původně to mělo být již v průběhu roku 2013. Na základě problémů, se kterými se pracovníci v oblasti péče o nemocné s Alzheimerovou demencí a demencí obecně potýkají, se jako zásadní problém jeví nedostatek zdravotně sociálních lůžek, které by těmto pacientům poskytovaly kvalitní péči zaměřenou na jejich specifické potřeby. V současnosti poskytují dvě třetiny ošetrovatelské péče o tyto pacienty jejich rodiny. Vzhledem ke stárnutí populace však tento model není do budoucna udržitelný.

Dle Meluzínové a Webera (2013) představují demence obecně novodobou pandemií na přelomu tisíciletí, která má hluboké biologické, psychologické i společenské dopady. Vzhledem k omezeným možnostem farmakoterapie již rozvinuté demence se stává významnou potřebou prevence a hledání možností ovlivnění rizikových faktorů před rozvojem demence.

Všechna tato fakta přispěla ke zvolení tématu této bakalářské práce. Hlavním cílem teoretické části bylo předložit dohledané publikované poznatky týkající se problematiky demence obecně a konkrétně pak Alzheimerovy demence, včetně pohledu na

problematiku demence z globálního hlediska a přiblížení aktuálních podmínek v České republice. Cílem praktické části práce bylo vypracovat ošetrovatelský proces u nemocného s demencí, konkrétně s Alzheimerovou demencí. Nejdůležitější poznatky, problémy a jejich případné řešení je shrnuto v závěrečné části práce.

Vstupní literatura:

FRANKOVÁ, Vanda, 2011. *Alzheimerova demence v praxi: konsenzus psychiatricko-neurologicko-geriatrický*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2423-5.

GLENNER, Joy A., 2012. *Péče o člověka s demencí*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0154-0.

REGNAULT, Mathilde, 2011. *Alzheimerova choroba: průvodce pro blízké nemocných*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0010-9.

REKTOROVÁ, Irena. 2007. *Kognitivní poruchy a demence*. 1. vyd. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-017-1.

ZGOLA, Jitka, 2003. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-0183-9.

Popis rešeršní strategie:

Vyhledávání odborných publikací, které byly následně využity pro tvorbu bakalářské práce s názvem Ošetrovatelský proces u nemocného s demencí, proběhlo v časovém období říjen 2015 až únor 2016. Pro vyhledávání bylo použito elektronických databází Katalogu Národní lékařské knihovny, Vysoké školy zdravotnické, Databáze vysokoškolských prací a MEDLINE.

Jako klíčová slova byla zvolena v jazyce českém demence, Alzheimerova choroba, kognitivní porucha, ošetrovatelská péče a komunikace. V jazyce anglickém byly těmito

slovy dementia, Alzheimer's disease, cognitive impairment, nursing care and communication.

Hlavní kritéria pro zařazení dohledaných článků do zpracování bakalářské přehledové práce byla - plnotext odborné publikace (meta-analýza, systematický přehled nebo randomizovaná kontrolovaná studie), tematicky odpovídající stanoveným cílům bakalářské práce, v českém nebo anglickém jazyce, vydaný odbornými recenzovanými periodiky v časovém období 2005 až současnost.

Vyřazovacími kritérii byla obsahová nekompatibilita se stanovenými cíli bakalářské práce, publikace s nízkým stupněm důkaznosti (odborné názory jednotlivců, kazuistiky, série případů) nebo duplicitní nálezy publikace.

Pro tvorbu přehledové bakalářské práce bylo využito 24 relevantních plnotextů v českém jazyce z let 2006 až 2015 a 4 v jazyce anglickém z let 2005 až 2015.

1 DEMENCE

Preiss (2006) uvádí, že demence je obvykle choroba osob vyššího věku a v obecném slova smyslu ji rozumíme jako získanou ztrátu kognitivních schopností s dopadem na kvalitu fungování člověka v oblasti sociální, pracovní a v běžných denních aktivitách. Velice často bývají přidruženy i změny behaviorální a osobnostní. Jedná se tedy o syndrom příznaků, který vzniká na základě různé etiologie, a symptomy nemoci jsou přítomny při neporušeném vědomí člověka.

Dle Seidla (2008) je demence z neurologického hlediska popisována jako organicky podmíněný nezvratný pokles intelektu, který provázejí poruchy chování a změny osobnosti na rozdíl od oligofrenie, kdy se jedinec s defektem intelektu již narodí.

Pidrman (2007) označuje demenci jako syndrom, který je následkem onemocnění mozku, obvykle chronického nebo progresivního charakteru. Dle Pidrmana (2007, s. 9) „Dochází k narušení vyšších korových funkcí, včetně paměti, myšlení, orientace, schopnosti řeči, učení a úsudku, přitom vědomí není zastřeno. Zhoršení uvedených funkcí je doprovázeno (někdy dokonce předcházeno) zhoršením kontroly emocí, sociálního chování nebo motivace“. Diagnózu demence tak lze stanovit na základě klinického obrazu – psychiatrického (neuropsychiatrického) a psychologického vyšetření. K jejímu stanovení však nestačí pouze patologický nález zobrazovacích technik, jakými jsou CT, MR, PET, SPECT, protože míra atrofie nebo funkčního poškození nemusí zákonitě korespondovat se stupněm demence. CT a MR mohou odhalit atrofické změny, v některých případech dokonce i v časných stádiích. Metody PET a SPECT mohou oproti tomu prokázat funkční změny, jako např. snížení metabolismu v určitých oblastech CNS. Avšak ani tyto změny nelze považovat za specifické.

Kalvach (2008) popisuje, že k syndromu demence dochází organickým poškozením mozku, na základě něhož podstatným způsobem upadají kognitivní funkce a druhotně i další, které postiženým vadí v profesním i osobním životě. Demence mají progredientní tendenci a způsobují tak upadání i schopnost vykonávání běžných denních činností. Dochází ke ztrátě soběstačnosti až k plné odkázanosti na druhé osoby. Demenci postihují 3 okruhy funkcí – kognitivní, aktivity denního života a behaviorální

a psychologické, kam patří chování, emotivita a cyklus spánek – bdění. U většiny demencí je navíc poškozena i motorika a v průběhu choroby dochází k degradaci osobnosti různého stupně. Některé příčiny demence, např. neurodegenerace Alzheimerovy choroby, znamenají základní příčinu smrti.

1.1 DĚLENÍ DEMENCÍ

Demence lze jako celek dělit na více způsobů. Již od počátku se toto dělení neustále měnilo nejen na základě autorů a psychiatrických směrů, ale zejména na podkladě nejnovějších poznatků vědy. WHO dělí demence dle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) v rámci skupiny poruch duševních a poruch chování.

Kučerová (2006) uvádí, že v roce 1945 americký klinický profesor a ředitel oddělení neuropsychiatrie v nemocnici v Clevelandu, spolu se svým kolegou E. M. Zuckerem, zařadili demenci mezi organické reakční typy, kde kromě jiných rozlišují:

- Psychózy s mozkovou aterosklerózou – mentální symptomy při maligní hypertenzi, mentální symptomy při prosté ateroskleróze, presenilní (Alzheimerova) demence a Pickova nemoc
- Senilní psychózy – prostá deteriorace, delirózní typy a typy zmatenosti, depresivní a agitované typy, paranoidní typy a presbyofrenické typy

Pidrman (2007) rozlišuje demence na primární, sekundární a smíšené následujícím způsobem:

- Primárně degenerativní demence – Alzheimerova demence, demence s Lewyho tělísky a frontotemporální demence
- Sekundární demence – vaskulární, metabolické a toxické demence, demence při Parkinsonově a Huntingtonově chorobě, traumatické demence, demence při normotenzním hydrocefalu a nádorech CNS, demence při infekcích
- Smíšené demence – smíšená Alzheimerova/vaskulární demence, smíšená Alzheimerova/jiné primárně degenerativní demence
- Ostatní smíšené demence

Jirák (2009) rozdělil demence do dvou skupin:

- Demence vzniklé na atroficko – degenerativním procesu mozku
- Demence symptomatické – demence vaskulární a ostatní symptomatické demence

1.2 PŘÍSTUP K DEMENTNÍM PACIENTŮM A JEJICH EDUKACE

Kalvach (2011) popisuje, že lidé se zdravotními problémy, zejména s dlouhodobým zdravotním postižením, poruchami mobility, motoriky, orientace, mentálních, kognitivních nebo fatických schopností, s únavou a nevykonností, jsou ve svých aktivitách, naplňování sociálních rolí, svých plánů, potřeb a přání včetně komunikace, více či méně znevýhodněni. Velmi záleží na míře adaptace, kompenzace, motivace a vůle. Čím je zdravotní postižení těžší, ať už tělesné, duševní smyslové nebo kombinované, tím důležitější je podpůrná role okolí, jeho vstřícnost, přátelskost, empatie, přístupnost, nediskriminace atd. K nejzávažnějším pochybením v přístupu k takovým lidem dochází zejména na základě zúžení péče na biologické potřeby, jako je zajištění potravy, přístřeší, hygieny a základní zdravotní péče se zaměřením na tlumení tělesného utrpení, tj. bolesti.

Látalová (2013) uvádí, že mnoho problematických situací vzniká mezi dementními pacienty a jejich pečovateli při naprosto běžných činnostech, jakými jsou pokusy pacienta vykoupat, přimět jej k hygieně nebo mu vyměnit oblečení. Pacienti, kteří tuto péči nechápou, se takovýmto činnostem ve velké většině brání. Velice často je jejich chování považováno za agresivní, avšak rozdíl mezi skutečnou agresí a odporovou činností je významný, protože odpor ustane, jakmile pečovatel přestane nutit pacienta, aby se podrobil něčemu, co on sám nechápe a nechce.

1.2.1 PROBLEMATIKA KOMUNIKACE

Kučerová (2006) popisuje, že práce a vůbec komunikace s lidmi postiženými demencí patří k těm nejtěžším. Je náročná nejen psychicky, ale i fyzicky, jedná-li se

o pacienta, který není schopen udržovat čistotu a je imobilní. Především je nutné počínající demenci rozpoznat a včas nasadit léčbu, která může stav pacienta zpomalit, zastavit nebo dokonce zlepšit. Nejtěžší spolupráce a komunikace bývá s pacienty, kteří si uvědomují, že zapomínají, ale mají určité zábrany to komukoli říci, nebo si to neuvědomují a někteří to mohou i zcela vylučovat.

Dle Venglářové (2007) je v komunikaci s dementními pacienty kladen veliký důraz na nedirektivní a otevřený způsob. U některých situací, které lze předvídat, je možné zaujmout opatření vedoucí ke snížení jejich výskytu, což se týká např. prevencí pádů a rozpoznávání delirantních stavů.

Ptáček (2011) ve své knize uvádí důležité východisko pro komunikaci se staršími lidmi, kterým je fakt, že staří lidé jsou dospělými osobami nadanými důstojností dospělého člověka stejně, jako jiné skupiny dospělých a to i v situaci omezené soběstačnosti nebo závažného syndromu omezujícího jejich autonomii, jakým může být demence. Tato problematika se v naší společnosti vzhledem k vývoji v posledních letech stává stále významnější.

1.2.2 EDUKACE SENIORŮ JAKO PREVENCE

Jako velice důležitá se jeví edukace seniorů pojatá jako příprava na stáří, kterou ve své knize uvádí Špatenková (2015), kde popisuje tři etapy přípravy na stáří:

- Dlouhodobou
- Střednědobou
- Krátkodobou

Zásadní je zejména krátkodobá příprava, která by měla začít asi tak tři až pět let před odchodem do starobního důchodu. Zahrnuje hlavně pragmatické plánování například v oblasti bydlení a vybavení domácnosti, které by předešlo mnohým složitým situacím přinášejícím psychickou zátěž nejen příbuzným, ale zejména samotným seniorům.

1.3 SYNDROM BEHAVIORAL AND PSYCHOLOGICAL SYMPTOMS OF DEMENTIA

V roce 1999 skupina odborníků definovala BPSD jako řadu patologických symptomů, kam patří poruchy vnímání, poruchy myšlení, změny nálad a chování, které se často objevují u pacientů trpících demencí. BPSD je možné rozdělit do dvou skupin, které spolu z klinického hlediska velmi těsně souvisejí:

- Behaviorální symptomy
- Psychologické (psychiatrické) symptomy

Behaviorální symptomy jsou zjevné a obvykle jsou zjistitelné na základě pozorování pacienta. Zahrnují verbální nebo brachiální agresivitu a agitovanost, bloudění, nepřiléhavé jednání, sexuální dezinhibici, vykřikování, špehování, shromažďování zbytečných předmětů a haštěřivost. Jedná se o příznaky, které je možné objevit na základě cíleného psychiatrického vyšetření pacienta, nebo otázkami směřovanými na jeho příbuzné. Patří sem poruchy nálady – anxieta, deprese, popř. elace nálady, dále pak poruchy vnímání – halucinace a myšlení – bludy.

Pidman (2007) popisuje BPSD jako většinou nápadné, protože se jedná o novou kvalitu chování a jednání jedince. Bývají příbuznými relativně častěji identifikovány jako patologické známky na rozdíl od výrazných poruch paměti, které za patologické nepovažují a přitom jsou jedním z jádrových příznaků demence. BPSD zahrnují relativně široké spektrum symptomů:

- Paranoidní ladění, paranoidní myšlení, popř. výskyt bludů
- Výskyt halucinací
- Poruchy v běžných činnostech
- Agitovanost, agresivitu
- Poruchy rytmu spánků/bdění
- Změny nálad: deprese, mánie, úzkosti a fobie

Heuke (2014) ve své knize uvádí, že demence je pracovníky sociálních služeb hodnocena jako porucha, kterou nejčastěji spojují s výskytem problémového chování. Jinak tomu nebude ani v kterémkoli jiném zařízení, které poskytuje péči pacientům

trpícím demencí. Vzhledem ke stoupajícímu počtu nemocných demencí je nutné tuto poruchu přesně diagnostikovat a nelze ji přehlížet.

2 DEMENCE V GLOBÁLNÍM MĚŘÍTKU

Zatímco v České republice byl vládou přijat a schválen Národní akční plán pro Alzheimerovu chorobu, který by měl být účinný v letech 2016 až 2019, teprve začátkem února 2016, pro vyspělé země se téma demence stalo problematikou číslo jedna již před několika lety. Toto tvrzení bylo výrazným způsobem podpořeno summitem G8 (nyní G7), konaným v roce 2013, kdy Velká Británie využila svého předsednictví G8 a následně vytvořila Global Action Against Dementia, čímž tuto problematiku jasně posunula na globální úroveň. V historii samotné G7 se konaly pouze dva summity zaměřené k nemocem – první k HIV/AIDS v 90. letech, jehož iniciátorem byl Tony Blair a druhý již zmíněný v roce 2013 k demenci, který byl iniciován Davidem Cameronem (<http://www.zdravotnickydenik.cz/>).

Na základě odhadů, které byly předloženy ve World Alzheimer Report 2015 by měly náklady spojené s péčí o osoby trpící demencí do roku 2018 celosvětově dosáhnout více než trilionu USD (<http://www.worldalzreport2015.org/>). Přičemž Mátl (2015) ve Zprávě o stavu demence 2015 v České republice přináší informaci vycházející z předpokladu, že roční náklady spojené s řešením problémů spojených s demencí dosahují v průměru 1 % HDP. V České republice tedy konkrétně 42,6 mld. korun.

WAR, která se stala zdrojem nejnovějších informací, přinesla aktualizované globální odhady prevalence, incidence a nákladů spojených s péčí o postižené demencí, je založena na výzkumu, který je veden profesorem Martinem Princem z King's College London's Global Observatory for Ageing and Dementia Care. Prostřednictvím této studie byly předloženy ohromující dopady demence – lidské i finanční. Nelze pochybovat, že v současné době demence představuje největší výzvu, které systém zdravotnických a sociálních služeb čelí a bude jí čelit zejména v budoucnu. Systém je nutné neprodleně připravit a posílit, aby byl schopen reagovat na potřeby osob trpících demencí (<http://www.dustojnestarnuti.cz/>).

2.1 WORLD ALZHEIMER REPORT 2015

Jak popisuje WAR 2015, kterou každoročně vydává organizace Alzheimer's Disease International od roku 2009, celkové odhadované celosvětové náklady demence dosáhly 818 mld. USD, což je o 35,4 % více, než bylo uvedeno ve WAR z roku 2010. Pouze v Evropě se v roce 2015 zvýšily tyto náklady o 25 %, konkrétně na 300 mld. USD. Pokud by péče o lidi postiženými demencí měla představovat zemi, jednalo by se o 18. největší ekonomiku světa. Pro představu větší, než je například tržní ekonomika společnosti Apple se 742 mld. USD nebo Google se 368 mld. USD.

V roce 2015 odhadovala WAR celosvětově počet žijících lidí s demencí na 46,8 milionů. Zároveň navýšila předpoklady z WAR 2010 o 12-13 % tím, že předpovídá téměř zdvojnásobení tohoto počtu každých příštích 20 let na 74,7 milionů v roce 2030 a 131,5 milionu v roce 2050. Skupina 58 % všech lidí s demencí žije v zemích, které Světová banka řadí mezi země s nízkým či středním národním příjmem. Tento podíl do roku 2030 vzroste na 63 % a do roku 2050 dokonce na 68 %.

Ze zprávy WAR z roku 2015 také jasně vyplývá, že došlo ke zvýšení odhadu ročního počtu nových případů demence o 30 %, než které předpokládala WAR z roku 2010. Konkrétně se jedná o více než 9,9 milionů nových případů demence, jeden nový případ každé 3,2 sekundy oproti 7,7 milionům nových případů každé 4,2 sekundy. Regionální distribuce nových případů demence je 4,9 milionu (49 % všech nových případů) v Asii, 2,5 milionu (25 %) v Evropě, 1,7 milionu (18 %) na obou amerických kontinentech a 0,8 milionu (8 %) v Africe. Ve srovnání s odhady z roku 2012 se jedná o navýšení očekávaného počtu nových případů demence zejména v Africe, obou amerických kontinentech a Africe, odhad pro Evropu je oproti tomu mírně nižší.

Incidence demence exponenciálně roste se zvyšujícím se věkem, každých 6,3 roku věku se zdvojnásobuje. Konkrétně od 3,9 případů na 1000 osob ve věku 60-64 let na 104,8 případů na 1000 osob ve věku starších 90 let. V současné chvíli žije na světě téměř 900 milionů lidí starších 60 let. Během let 2015 a 2050 se počet starších lidí výrazným způsobem zvýší, v zemích s vysokým národním příjmem o 56 %, zatímco v zemích s nízkým národním příjmem o 239 %. S tímto faktem úzce souvisí zvyšování prevalence chronických nemocí včetně demence (<http://www.worldalzreport2015.org/>).

2.2 GLOBÁLNÍ AKCE PROTI DEMENCI

V březnu 2015 se v Ženevě poprvé konala ministerská konference jako součást Global Action Against Dementia. Tuto aktivitu ve WAR 2015 ocenila a podpořila i ADI, kde zároveň vyzvala k pokračování a rozšíření této akce o další důležité problémy (<http://www.worldalzreport2015.org/>).

Na Konferenci mimo jiné zazněla i doporučení WHO k potřebám výzkumu demence, definovala potencionální oblasti výzkumu, které by mohly přinést zásadní informace v poznání problematiky demence:

- Porozumět základním biologickým mechanismům neuronální smrti, které jsou zřejmě počátkem, součástí progresu neurodegenerativních onemocnění způsobujících demenci
- Porozumět základním biologickým mechanismům dysfunkce buněčného metabolismu, jejich regulace v počátcích a progresi neurodegenerativních onemocnění vedoucích k demenci
- Porozumět roli zánětu a imunitního systému v počátcích a progresi neurodegenerativních onemocnění vedoucích k demenci
- Rozpoznat roli non-neuronálních mozkových buněk (mikroglie, astrocytů a makrofágů) v patogenezi a progresi neurodegenerativních onemocnění způsobujících demenci
- Identifikovat základní mechanismy odolnosti vůči neurodegenerativním onemocněním způsobujícím demenci, a to ve všech jejich stádiích (kognitivní rezervy, protektivní genotypy, neuroprotektce)
- Porozumět vlivům neurodegenerativních onemocnění způsobujících demenci na strukturu a funkci neuronálních systémů a sítí s cílem identifikovat nové terapeutické cíle
- Porozumět metabolismu proteinů a jejich forem v mozku a roli těchto procesů v iniciaci a progresi neurodegenerativních onemocnění
- Zkoumat, jak biologické stárnutí souvisí a ovlivňuje neurodegenerativní procesy způsobující demenci
- Porozumět roli vaskulárních faktorů v procesu neurodegenerativních změn vedoucích k demenci

- Porozumět roli environmentálních faktorů na neurodegenerativní procesy vedoucí k demenci a jejich interakci s ostatním patofyziologickými procesy na úrovni epigenetické, molekulární i celých systémů (<http://www.alzheimer.cz/>)

2.3 BRITSKÁ STUDIE NÁKLADŮ DEMENCE PRO EKONOMIKU

Public Health England a Alzheimerovská společnost v roce 2014 zadaly Centru pro ekonomiku a výzkum v Británii studii, která se zabývá studiem nákladů demence pro tamní ekonomiku. Studie předkládá, že se do roku 2030 počet osob, které budou nuceny předčasně opustit trh práce na základě demence nebo v důsledku péče o osobu trpící demencí, jen v Británii zvýší z 83 000 na 140 000 osob. Počet lidí trpících demencí by se měl do roku 2030 v Británii zvýšit na téměř 1,1 milion. Jak obyvatelstvo stárne a věk odchodu do důchodu se zvyšuje, bude mít rostoucí prevalence demence stále významnější dopad nejen na trh práce, ale i na ekonomiku v Británii.

Studie zároveň nabízí i případné řešení. Náklady by nemusely být tak vysoké v případě, že by zaměstnavatelé zvýšili zaměstnanost pečujících o osoby s demencí do roku 2030 o pouhých 2 % např. tím, že jim nabídnou flexibilnější pracovní podmínky. Udržení těchto pracovníků s kvalifikací a zkušenostmi na trhu práce by podle zmíněné studie poskytlo úspory ve výši 415 000 liber. Podle uvedené studie mělo v Británii v roce 2014 ukončit pracovní poměr z důvodu péče o osobu trpící demencí 50 000 lidí a dalších 60 000 bylo nuceno upravit podmínky ve stávajícím pracovním poměru.

Krátce na zveřejnění této studie přišla Public Health England a Alzheimerovská společnost v Británii s projektem „Dementia Friends“, kde mimo jiné nabádají zaměstnavatele, aby upravili pracovní podmínky a vyjádřili tak podporu rostoucímu počtu osob zasažených touto nemocí. Projekt podpořil i současný britský premiér David Cameron, a to zejména z důvodu nutnosti zkvalitnění péče o pacienty s demencí (<http://www.tribune.cz/zpravy>), (<http://www.zdravotnickydenik.cz/>).

2.4 DEKLARACE Z GLASGOW

Deklaraci z Glasgow představila Alzheimer Europe na své výroční konferenci 20. října 2014 a ještě téhož dne ji přijali delegáti z 26 členských organizací. Tato deklarace vyzývá k vytvoření Evropské strategie proti demenci a k vytvoření národních strategií v každé evropské zemi (příloha A).

Snahou AE bylo získat 10 000 podpisů napříč celou Evropou do konce listopadu 2015. K tomuto snažení se připojila i ČASL, která doufala, že Deklaraci podpoří alespoň 500 českými podpisy. Konečné číslo všech podpisů z celé Evropy, které Deklaraci podpořily, je 11 613, z nichž 610 připojila ČALS.

„Podepsáním Alzheimer Europe, její členské a další organizace, stejně tak další připojující své podpisy: prohlašují tímto své odhodlání podporovat práva, důstojnost, a autonomii lidí žijících s demencí“ (<http://alzheimer-europe.org/>).

Každý člověk žijící s demencí má následující práva:

- Právo na správnou diagnózu ve správný čas
- Právo na dostupnou a kvalitní podporu pro stanovení diagnózy
- Právo na individualizovanou, koordinovanou a kvalitní péči v průběhu progresu onemocnění způsobujícího demenci
- Právo na rovný přístup k léčbě a terapeutickým intervencím
- Právo být ve své komunitě respektován jako dospělá osoba

(<http://alzheimer-europe.org/>), (<http://www.alzheimer.cz/>).

3 DEMENCE V ČESKÉ REPUBLICE

Jak již bylo řečeno výše, Česká republika má NAP pro Alzheimerovu chorobu, který by měl být účinný v letech 2016 až 2019, schválený vládou, teprve od počátku února letošního roku. Vládě byl NAP předložen v prosinci 2015, přitom původně tomu mělo být už do konce října roku 2013 s účinností v letech 2014–2017. Řadu věcí by však bylo možné udělat i ve stávajících podmínkách a to zejména identifikovat potřeby nemocných, koordinovat výsledky výzkumu nebo vyjádřit politickou podporu danému problému. Jistě by tato intervence přinesla lepší porozumění problematice z pohledu široké veřejnosti i investice z privátních zdrojů, jako tomu bylo v zahraničí. Podle posledních zpráv NAP ministerstvo zdravotnictví pro jednání vlády připravilo, ale jak upozornilo ministerstvo financí v připomínkovém řízení, chybí mu zásadní vyčíslení jeho dopadů na veřejné rozpočty. Vzhledem k tomu, že obsahuje řadu projektů a úkolů, neměla by takováto informace v NAP chybět.

Přestože dokument zcela nespĺňuje standardy jiných národních plánů, mohl by přinést do života lidí s demencí pozitivní změnu. Na základě informací, které jsou veřejnosti dostupné, by hlavní předností plánu měla být jeho komplexnost. Měl by se zabývat tím, co je nutné zlepšit v diagnostice a léčbě Alzheimerovy choroby, ale i sociálními dopady, organizací péče a co je velice důležité, pomocí pro pečující. Zpráva o stavu demence 2015 přinesla informaci, že je v ČR počet lidí s demencí, o které se starají neformální pečující, odhadován na 100 tisíc.

Úkoly, které jsou v NAP obsaženy, by se měly týkat zejména ústředních orgánů státní správy. Dále by pak měl poskytnout informace o prioritách a plánovaných opatřeních vlády v této oblasti všem organizacím a poskytovatelům zdravotních nebo sociálních služeb působícím v oblasti péče o pacienty s Alzheimerovou chorobou. Podobně by měl také sloužit krajům a obcím při plánování zdravotní a sociální politiky, příp. vzdělávání (<http://www.zdravotnickydenik.cz/>).

Podle Kalvacha (2011), je nutné usilovat o modifikaci zaběhnutých postupů a podmínek, zejména nemocničních pobytů. Podřizovat dílčí zdravotnické služby kontextu pacientova života, jeho úsilí, zachování identity, smysluplnosti, důstojnosti a sebeúcty mnohem citlivěji, než u běžné populace.

3.1 STÁRNUTÍ ČESKÉ POPULACE

Callone (2008) ve své knize popisuje, že pro normální proces stárnutí je charakteristické, že nedochází ke změně obecné inteligence, tj. psychomotorických a kognitivních funkcí a nezhoršuje se logické myšlení.

Dle Štěpánkové (2014, s. 34): „... v době péče směřující k prodloužení života a s novými postupy případů, které ještě donedávna představovaly fatální stavy, jako např. raná diagnostika a následná péče v případě infarktu myokardu nebo terapie chronických onemocnění, jakým je například cukrovka, je jedincům umožněn delší život i lepší zdraví, než jejich rodičům a prarodičům. Ve své knize uvádí, že chlanci narození v roce 2011 mají naději na dožití asi 75 let, dívky 81 let. Přitom ještě na počátku osmdesátých let minulého století to bylo 68 a 74 let, tedy zhruba o 7 let méně. Již dnes může šedesátiletý Čech v průměru očekávat téměř devatenáct let dalšího života, stejně stará Češka dokonce téměř dvacet tři let. Při uvedené celkové naději na dožití připadá zhruba čtvrtina života na období, kterému si společnost, v rámci konvencí, zvykla říkat stáří. Vzhledem k tomu, že roste počet takto dlouhověkých lidí a současně se v průměru snižuje počet narozených dětí, naplňuje společnost základní podmínky pro označení stárnoucí.“

Kalvach (2008) popisuje uchování vitality do vysokého věku jako výsledek několika rozličných faktorů, k nimž nejpodstatnějším způsobem přispívá genetická a vrozená dispozice. Dále pak převládající minulý a současný životní styl, prostředí, ve kterém daná osoba žije, stravování, opotřebením organismu, minulé i současné choroby degenerativního charakteru, ale i takové faktory, jakými jsou nezdolnost, zacházení se stresem, převládající psychologické mechanismy atd. Izolovat vliv faktoru stáří od vlivu ostatních faktorů je velmi těžké. Proto není snadné určit, co je způsobeno věkem a co jinými faktory, přičemž věkové faktory nelze změnit, na rozdíl od ostatních, u kterých to zpravidla možné je. Dále Kalvach (2008, s. 21) uvádí, že: „Stárnutí populace se chápe jako přirozený civilizační vývoj přinášející řadu šancí i výzev týkajících se např. povahy dlouhého života „stáří“, seberealizace a využití potenciálu starších lidí, změny konceptu zaměstnanosti a penzionování, financování zdravotnických a sociálních systémů i stereotypů při poskytování podpory a služeb“. Dvořáčková (2014) uvádí, že stárnutí populace je záležitostí celosvětovou a nelze očekávat, že by se České republice vyhnulo. Proto je v této oblasti vyžadován aktivní přístup profesionálů i hledání

optimálních řešení ve všech sférách společenského života. Rostoucí počty seniorů tvoří heterogenní skupinu jedinců, ve které se nacházejí zdraví i nemocní. Všichni bez rozdílu však mají nárok na odpovídající profesionální zdravotní i sociální péči, díky nimž bude zachována jejich důstojnost i ve vysokém věku.

Kalvach (2011) však uvádí, že i přes zlepšování funkčního stavu nově stárnoucích generací povede absolutní přírůstek seniorů, především zestárnutí početně velmi silných poválečných ročníků, ke zvýšení absolutního počtu lidí s disabilitou a potřebou podpůrných služeb a jako významný uvádí počet osob trpících právě demencí.

3.2 ZPRÁVA O STAVU DEMENCE 2015

V roce 2015 ČALS vydala Zprávu o stavu demence 2015 s podtitulem Jaký názor má veřejnost a co prezentují média? Mátl (2015, s. 19) uvádí, že: „vzhledem k tomu, jak málo informací je o problematice demence veřejně dostupných, v mnoha oblastech je nezbytné se spolehnout na expertní odhady, které jsou však velmi nepřesné. V pořadí je tato Zpráva již druhá, první byla zveřejněna v roce 2014 a to s podtitulem Existují v krajích České republiky významnější rozdíly? ČALS plánuje tuto Zprávu vydávat každoročně a věří, že se jí v budoucnu podaří navázat spolupráci s významnými aktéry z řad ministerstev, statistických úřadů, zdravotních pojišťoven i poskytovatelů služeb osobám s demencí tak, aby byly informace o demenci co možná nejúplnější.“

Ve Zprávě jsou shrnuta veškerá dostupná data o demenci vč. údajů, které z těchto dat vycházejí, doplněná o popis potřeby péče o osoby s demencí v jednotlivých regionech. Pouhá čtvrtina nemocných (26 %) využívá ambulantní péči, necelých 6 % lůžkovou péči a tak jasně vyplývá, že podstatná část péče je zajišťována rodinami. V České republice odborníci odhadují, že je péče poskytována pouze necelým 10 % osob s demencí, což je ve srovnání s ostatními zeměmi Evropské unie alarmující číslo. Kdyby měla Česká republika nabízet obdobný objem služeb stejně jako v Evropě, musela by stávající kapacity téměř ztrojnásobit.

Zásadní se jeví také zcela nevyvážená síť péče poskytované osobám s demencí. Mátl (2015, s. 19) dále uvádí, že: „V jednotlivých krajích České republiky jsou přitom

zcela zásadní rozdíly, které by si zasloužily podrobnější zkoumání. Nejméně využívaná je zdravotní péče lidmi s demencí v Libereckém a Jihočeském kraji, nejvíce pak v kraji Moravskoslezském. Rozdíly v tom, kolika lidem s demencí jsou poskytovány zdravotní služby, jsou mezi jednotlivými kraji dvojnásobné, v případě ambulantní péče až téměř trojnásobné. V krajích přitom nelze vysledovat významnější souvislosti a vazby mezi četností jednotlivých druhů služeb a nelze tak konstatovat, že by jedna forma služeb byla kompenzována druhou.“ Otázkou tak stále zůstává, v jakém kraji, je zdravotní péče o lidi s demencí nejrozšířenější a nejdostupnější.

3.3 STRATEGIE P-PA-IA

Strategie P-PA-IA byla s podtitulem Péče a podpora lidem postiženým syndromem demence vydána ČALS již v roce 2006. Pro vznik této Strategie byly podkladem diferencované potřeby nemocných v jednotlivých stádiích demence a stala se východiskem diskuze odborníků i laických a profesionálních pečovatелů v rámci ČALS i dalších institucí, které se touto problematikou zabývaly.

Přestože byla Strategie od svého vydání poměrně široce využívána i diskutována, dle názoru ČALS nebyla dostatečně široce prezentována geriatrické a gerontologické obci a z toho důvodu geriatrickými pracovišti relativně málo využívána. Na základě toho došlo v roce 2013 k vydání Doporučení, které předložilo Strategii v mírně revidované formě (viz Příloha B).

Je zde uvedeno, že cílem správného managementu demence by měla být kvalita života osoby s demencí a jeho rodiny, zmírnění obtěžujících příznaků i podpora důstojnosti. Dále klade důraz na současné možnosti farmakoterapie, které mohou zmírnit progresi onemocnění i nefarmakologické přístupy, které jsou nápomocny při zachování kvality života a soběstačnosti i prevenci a zmírnění poruch chování nemocných. Důležitou součástí je prostředí, podpora, prostředí pro péči, vybavení a personální zajištění a v neposlední řadě spolupráce s rodinou a jejich podpora (<http://www.alzheimer.cz/>).

4 ALZHEIMEROVA DEMENCE

Dle Pidrmána (2007) zaznamenal již v roce 1901 profesor Alois Alzheimer, profesor z Frankfurtu, rozhovor mezi ním a jeho 51 letou pacientkou Auguste D., která byla hospitalizována na základě rostoucí zmatenosti a ztráty paměti. L. C. Lu (2011) popisuje, že mimo jiné trpěla i paranoiou, že její muž má poměr a slyšela hlasy. Stav této pacientky se nakonec natolik zhoršil, že byla upoutána na lůžko, ztratila kontrolu nad funkcemi močového měchýře, dnes známou jako inkontinence a po pěti letech zemřela. Po její smrti dostal od rodiny souhlas k provedení pitvy mozku, při jehož zkoumání popsal nález neobvyklých boulí, známých jako amyloidní plaky. V roce 1906 na konferenci v Tübingenu v jihozápadním Německu veřejnosti poprvé systematicky představil případ jeho pacientky Auguste D., která trpěla příznaky, jež se později staly nozologickou jednotkou pojmenovanou po samotném profesorovi.

Preiss (2006) popisuje Alzheimerovu chorobu jako primární atroficko-degenerativní onemocnění mozku nejasné etiologie, kdy je průvodním znakem této choroby rozvoj demence. V současnosti se řadí mezi nejčastější příčinu demence na světě. Je udáváno, že tvoří až 65-75 % všech demencí. Její diagnostika vyžaduje interdisciplinární přístup a opírá se zejména o metody neurologické, zobrazovací, neuropsychologické, psychiatrické, laboratorní, histopatologické, příp. genetické. Z neuropsychologického hlediska je demence u Alzheimerovy choroby charakteristická pozvolna progredující deteriorací kognitivních funkcí, zejména mnestických a kortikálních, jako je afázie, apraxie a agnozie vč. behaviorálních alterací.

Fišar (2009) uvádí, že minimálně 10 % demencí (spíše více), vzniká na podkladě smíšené etiologie, u které se kromě alzheimerovských změn etiologicky podílejí změny ischemicko-vaskulární podstaty. Nemoc je relativně dobře definována patologickými nálezy, které jsou společné u všech postižených. Na druhou stranu, co se týče doby vzniku, rychlosti progresu i některých dalších klinických odchylek, existuje interindividuální proměnlivost. Významným způsobem se mohou lišit genetické predispozice i množství a druh nejrůznějších faktorů, které mohou ovlivňovat rozvoj a průběh choroby u každého z pacientů.

Dušek (2010) ve své knize shodně uvádí, že v současné době většina autorů soudí, že až 70 % všech demencí tvoří Alzheimerova demence a výskyt choroby prudce stoupá po 65. roce věku.

4.1 NEUROBIOLOGICKÉ ZMĚNY U ALZHEIMEROVY DEMENCE

Základní neuropatologické nálezy u AD shrnul Fišar (2009, s. 299-300) následujícím způsobem:

- „Atrofie mozku (nejvýrazněji mediální temporální struktury)
- Selektivní zánik především acetylcholinergních neuronů
- Tvorba beta-amyloidu, formace plaků
- Amyloidová angiopatie
- Degenerace tau-proteinu, tvorba tangles
- Sterilní zánět – akutní reakční fáze
- Působení volných kyslíkových radiálů
- Mitochondriální léze s poruchami mozkového metabolismu
- Excitotoxicita
- Nedostatek nervových růstových faktorů
- Vysoký obsah monoaminoxidázy typu B
- Nadměrná neuronální apoptóza (ale také selektivní nedostatečná apoptóza).“

Pidrman (2007, s. 42) uvádí, že: „Alzheimerova demence se projevuje jako kortiko-subkortikální atrofie, přičemž rozsah této atrofie nemusí vzájemně souviset s tíží samotné demence. Makroskopicky jsou zřejmé ztenčené mozkové kůry, rozšířené sulky i komory mozkové. Atrofie bývá významná i v oblasti hippocampů a je přítomné rozšíření temporálních rohů postranních komor. Mikroskopicky jsou zřejmé extracelulární i intracelulární změny.“

Dále Pidrman (2007, s. 42) uvádí, že: „Základní a nejdůležitější extracelulární patologickou změnou je ukládání beta-amyloidu. Takto uložená depozita beta-amyloidu tvoří shluky, kolem kterých vzniká komplex dalších neurodegenerativních procesů.“

Tímto způsobem vznikají útvary, které se nazývají Alzheimerovské plaky“. Mezi počtem plaků a funkčním postižením, tedy tíží demence, platí přímá úměra. Beta-amyloid je tvořen fragmenty amyloidového prekurzorového proteinu, který je ve zdravém mozku štěpen alfa-sekretázou na rozpustné fragmenty nazývané beta-peptidy. V mozku, který je postižen AD, dochází k patologickému štěpení APP pomocí gama-sekretáz. APP je štěpena na jiném místě, než je tomu při štěpení alfa-sekretázou a vznikají tak fragmenty, které nejsou rozpustné a dochází k jejich koagulaci. Na tomto podkladě vzniká základ plaků, beta-amyloid. Následně v okolí dochází k apoptóze neuronů.

Nejzávažnější intracelulární změnou je pak degenerace tau-proteinu, což je bílkovina spojená s neuronálními vlákny. Mikrotubuly tau-proteinu jsou patologicky fosforizovány, čímž jsou vlákna zkracována a dochází ke ztrátě jejich funkce a tvorbě neuronálních uzlíčků. Tím je způsobena opět apoptóza a zánik neuronů.

Na základě těchto dvou procesů dochází ke spuštění dalších degenerativních projevů. V oblasti plaků dochází ke sterilnímu zánětu, jehož důsledky vedou dále k aktivaci apoptotických mechanismů a smrti neuronů. Významným patologickým činitelem je i zvýšené množství volných kyslíkových radikálů. Za patologických podmínek jsou uvolňovány nadměrným způsobem a CNS není schopna takové množství odbourat. Pod jejich vlivem dochází např. k peroxidaci lipidů neuronální membrány i k inaktivaci řady neuronů, což vede rovněž k apoptóze.

Topograficky je nejvíce postiženou oblastí nucleus Meynerti ovlivňující přímo kůru mozkovou. Výrazným způsobem je poškozena i oblast hippokampů. Z mediátorových systémů je pak nejvíce postižen cholinergní systém, kde je narušena syntéza i uvolňování acetylcholinu a zároveň i schopnost zpětného vstupu cholinu do neuronu. U AD je navíc zřejmý deficit enzymu cholinacetyltransferázy, který syntetizuje acetylcholin z acetylkoenzymu A a cholinu. Cílové orgány působení acetylcholinu, postsynaptické i presynaptické, acetylcholinergní, muskarinové a nikotinové zůstávají relativně dlouho zachovány, degenerovány jsou až v pokročilejších stádiích nemoci.

4.2 RIZIKOVÉ FAKTORY VZNIKU ALZHEIMEROVY DEMENCE

Dle Slezákové (2007) jednoznačná příčina, proč člověk onemocní Alzheimerovou demencí, neexistuje. Existují však určité rizikové faktory demence, žádný z těchto faktorů však nezpůsobí onemocnění samostatně. Mezi tyto faktory lze řadit:

- Věk – vzácně přichází demence před 60. rokem, ale u lidí nad 85 let se vyskytuje ve 24 %
- Pohlaví – ženy jsou AD postiženy více, naopak muži jsou více ohroženi demencí cévního původu
- Rodinná predispozice – pravděpodobnost je tři až čtyřikrát větší
- Vzdělání – u lidí s vyšším vzděláním je AD méně častá
- Kouření – riziko AD zvyšuje
- Alkohol – větší množství alkoholu po delší dobu má vliv na vznik demence stejně, jako na ostatní onemocnění
- Poranění hlavy – u pacientů s AD se vyskytují úrazy hlavy, v jejichž důsledku dojde ke ztrátě vědomí minimálně na 15 minut, 2x častěji
- Deprese – starší lidé trpící depresí mají 3-4x vyšší riziko demence
- Další faktory – demenci mohou vyvolávat také infekční onemocnění jakým je syfilis nebo AIDS, součástí klinického obrazu jiných onemocnění mozku je demence např. u Parkinsonovy či Huntingtonovy choroby, Creutzfeld-Jakobovy choroby nebo roztroušené sklerózy

Brill (2005) uvádí, že některé případy AD mohou anebo nemusí vzniknout na podkladě rodinné predispozice. Studie však ukazují, že pokud člověk onemocní AD dříve, než v 65 letech, jedná se většinou o člena rodiny, ve které se choroba již vyskytla. Přitom největší nebezpečí představují geny předávané z rodičů na děti. Vědci zjistili, že některé geny jsou schopny měnit způsob, jakým buňky tvoří bílkoviny.

4.3 PŘÍZNAKY ALZHEIMEROVY DEMENCE

Pidman (2007) označuje za zcela typický pro AD pomalý a nenápadný začátek, v důsledku čehož si okolí velmi často nepovšimne prvních projevů nemoci. Prvními diskrétními příznaky bývají drobné změny osobnosti, chování, návyků i zvyků. Nemocný přestává být aktivní, začíná se spíše izolovat a ztrácí pružnost v myšlení. Pozvolna se objevuje degradace v etické a estetické oblasti, dochází ke ztrátě sexuálních zájmů, nebo se naopak mohou objevit nepřiměřené projevy sexuality.

Poruchy kognitivních funkcí se někdy objevují až v průběhu progresu, ale mohou být zřejmé již od samého počátku, kdy je nemocný může určitý čas do jisté míry maskovat. V poměrně časných stádiích dochází k poruše orientace v prostoru, nemocný se ztratí v jemu důvěrně známých místech. Typická bývá i porucha schopnosti abstrakce, kdy nemocný není schopen vysvětlit banální přísloví nebo přirovnání.

Poruchy paměti jsou difuzní, nicméně typické a zejména na počátku bývá přítomno narušení hlavně krátkodobé paměti. Schopnost zapamatovat si nové (porucha všítivosti) je však postižena nejvíce, přičemž dlouhodobá paměť bývá zachována relativně dlouho. Myšlení nemocného se stává chudým, neohebným a nemocný ztrácí schopnost syntézy, analýzy i logických úvah. Významným způsobem se snižuje slovní zásoba, objevují se poruchy typu afázie, agnózie, apraxie. Řeč je obsahově chudá a stereotypní, objevují se verbigerace a perseverace. Halucinace se mohou objevit v terminálních stádiích.

Jeden z příznaků, který klinicky významně odlišuje AD od demence vaskulárního typu a který se objevuje velmi brzo, je změna osobnosti. Objevuje se egocentrismus, egoizmus, sobeckost, podezřívavost. Nemocní o sebe přestávají pečovat, typická je i ztráta motivace, ztráta zájmů a dřívějších aktivit.

Většina odborníků rozděluje AD do tří stádií dle tíže ztráty paměti a soběstačnosti, stejně jako Turkington (2010):

1. Počáteční stádium – zde pacienti zcela typicky zažívají různé neobvyklé příhody bez zřejmých podnětů a v noci nemohou usnout. Mohou mít občasné potíže s vyjadřováním a vybavováním si jmen. V neznámém prostředí se velice často ztrácejí. Prvních příznaků si většinou všimnou kolegové v práci. S pomalým vytrácením

kognitivních schopností pacienti stále více a více zapomínají aktuální a nedávné události. V této fázi pacienti ještě obvykle vědí, kde se nacházejí a dokážou si vybavit známé osoby a obličeje.

2. Střední stádium – v tomto stádiu mají pacienti již sklon k zapomínání obličejů známých lidí, rozvíjí se neklid a pacienti nejsou schopni odpočívat - velice často probdívá polovinu noci. Během této fáze si nedokážou poradit bez pomoci druhých. Mnoho pacientů není schopno si pamatovat zásadní informace, jako vlastní adresu, telefonní čísla, jména příbuzných, nebo kam chodili na vysokou školu. Velice často jsou zmatení a nepamatují si datum, den v týdnu, ani roční období. V této fázi si nedokážou ani vzdělaní lidé poradit s odčítáním ze 40 po čtyřech nebo z 20 po dvou. V počátku stádia si pacienti stále ještě pamatují svoje jméno, jméno svých partnerů a dětí, ale s postupem času se tato schopnost zhoršuje.

3. Pozdní stádium – během této fáze pacient může zapomenout, jak provádět základní běžné aktivity denního života, dokonce i to, jak jíst. Spánkový vzor je často převrácen, pacienti ve dne spí a v noci bdí. Dochází k velmi těžkému poklesu kognitivních funkcí, kdy může dojít až k úplné ztrátě schopnosti mluvit. Pacienti trpí inkontinencí a vyžadují komplexní ošetrovatelskou péči. Základní motorické schopnosti, jakými jsou chůze, sed a držení hlavy, jsou zcela ztraceny. Mozek nadále není schopen tělu říct, co má dělat.

4.4 VYŠETŘOVACÍ METODY V DIAGNOSTICE ALZHEIMEROVY DEMENCE

ZOBRAZOVACÍ METODY

Pidman (2007) uvádí, že nespécifickou mozkovou atrofií, případně intracerebrální léze, které jsou dokladem koincidence s cerebrovaskulárním onemocněním, může prokázat CT mozku. Při MR lze na koronárních řezech mozku nalézt atrofiu mediálního temporálního laloku, přičemž tento nález velmi často koreluje s tíží kognitivního deficitu a lze ho považovat za relativně specifický pro AD. Při použití metod PET nebo SPECT lze prokázat snížení perfuze mediálních částí temporálních laloků.

Při vyšetření mozkomíšního moku lze u AD prokázat zvýšený obsah tau-proteinu a snížení beta-amyloidu

VYŠETŘENÍ KOGNITIVNÍCH FUNKCÍ

Schuller (2008) uvádí, že kognitivní funkce lze vyšetřovat pomocí screeningových testů, testů paměti, hodnocení řečových schopností a testování frontálních funkcí. U pacientů s AD je základním kognitivním testem Mini Mental State Examination (příloha C). MMSE je jedním z nejčastěji používaných testů k úvodnímu vyšetření kognitivních deficitů. V první části je hodnocena orientace, paměť a pozornost, ve druhé pak pojmenovávání předmětů, čtení, psaní a vizuálně konstruktivní schopnosti. Tato screeningová metoda však není schopna získat informace o kognitivním výkonu v různých specifických oblastech paměti a není vhodná k časnému zachytu kognitivního postižení. V případě těžké demence je provádění MMSE zcela neúčelné. Z výsledku testu také nelze odvozovat diagnózu demence. Franková (2011) dále uvádí, že je možné použít Adenbroek Cognitive Examination nebo Montreal Cognitive Assessment. Velice důležitým testem je také Test hodin, který je součástí ACE-R i MoCA. Představuje citlivou metodu pro odhalení počátečních stádií AD. Jeho podstatou je nakreslit hodiny, číslice v hodinách a pomocí ručiček zakreslit konkrétní čas. Testem, kterým je možné zhodnotit orientaci, paměť, konstrukční schopnosti a slovní plynulost je také Sedmiminutový screeningový test. Podobně je možné paměť testovat pomocí Testu 5 slov dle Duboise.

4.5 LÉČBA ALZHEIMEROVY DEMENCE

Dle Pidrmana (2007, s. 93) „se léčba demence a dalších symptomů, které ji provázejí, skládá ze dvou vzájemně provázaných kroků – behaviorálních a farmakogenních.“

U nemocného postiženého demencí se stávají cílem léčby narušené kognitivní funkce, exekutivní schopnosti, emoční reaktivita, jednání a chování vč. snahy korigovat patologické změny osobnosti pacienta. Tím dochází ke zlepšení kvality života nemocného a s tím i jeho okolí. Pidrman (2007, s. 93) uvádí, že „Dnes je hlavním

očekáváním v léčbě demence stabilizace nemocného, oddálení progresu, oddálení přechodu onemocnění do těžších stádií. Léčbou prodlužujeme období soběstačnosti nemocného, prodlužujeme dobu jeho funkčních schopností a tím snižujeme potřebu a náročnost pečovatelské péče, stejně tak zatížení příbuzných. Díky léčbě se oddaluje nutnost hospitalizace“. Dle Frankové (2011) by měl být hlavní důraz kladen na individuální přístup, hodnocení každé konkrétní poruchy, zvažování rizika a léčby, nefarmakologické postupy a obecná opatření zahrnující i práci s pečovateli. Léčba by měla být cílená na konkrétního člověka s ohledem na množství okolních faktorů a vlivů.

Z klinického hlediska lze cíle léčby demence shrnout následujícím způsobem:

- Zlepšení stavu pacienta
- Udržení jeho dosavadního stavu
- Zhoršování stavu s menší progresí, než jaké jsou předpoklady

Pidrman (2007) popisuje, že průběh demence vykazuje, stejně jako u kteréhokoli jiného onemocnění, individuální variabilitu. Z placebem kontrolovaných studií však jasně vyplývá, na základě MMSE, že u neléčeného pacienta dochází za jeden rok k úbytku nejméně o 2 až 3 body.

4.5.1 NEFARMAKOLOGICKÁ LÉČBA

Pidrman (2007, s. 94) uvádí, že cílem behaviorální nefarmakologické léčby je:

- „Zachování, popř. zlepšení úrovně jednotlivých dovedností, jako je hrubá a jemná motorika, chůze, soběstačnost, kognitivní funkce
- Smysluplné vyplnění volného času
- Ovlivnění behaviorálních a psychologických příznaků demence a aktivit denního života
- Zlepšení verbální i nonverbální komunikace pacienta s příbuznými/ošetřovatelem.

Aktivity, které jsou zvoleny, musí být přiměřené stavu nemocného. Měly by být komplexní, adekvátně ovlivňovat psychickou i fyzickou stránku, psychosociální

kontakty a saturovat senzorické funkce. „Aktivity mají vždy podporovat pacientovy silné stránky (nezdůrazňovat ty slabé), důležité je, aby probíhaly v pacientovi známém prostředí, kde se dobře orientuje“. Dle Frankové (2011) by nemocný měl mít pravidelný režim, do jehož programu by měl být každý den začleněn nácvik péče o sebe sama, pracovní činnosti i zájmové aktivity.

Pidrman (2007) označuje jako velice důležitou roli i přiměřenou fyzickou aktivitu, psychickou aktivitu a zejména péči o nutriční, která patří mezi základní opatření v léčbě demence.

4.5.2 FARMAKOLOGICKÁ LÉČBA

Pidrman (2007, s. 119) popisuje „jako základní léčbu AD zejména terapii kognitivních funkcí, která je zajišťována inhibitory cholinesteráz a memantinem a podpůrnou (přídavnou) léčbu. Léčba inhibitory cholinesteráz má v některých případech kladný vliv na léčbu nekognitivních příznaků, a naopak léky podpůrné nebo přídavné mohou zlepšit podmínky léčby kognitivního postižení.

V současnosti nejpoužívanějším a nejúspěšnějším způsobem léčby AD je ovlivnění acetylcholinergního systému, což je teoreticky možné pěti způsoby:

- Podáním inhibitorů cholinesteráz
- Podáním prekurzorů acetylcholinu
- Podáním antagonistů nikotinových a muskarinových receptorů
- Ovlivněním acetylcholinergního systému cestou jiných mediátorů
- Některými dalšími cestami

Inhibitory cholinesteráz jsou při léčbě AD v současnosti léky první volby. Jejich účinnost je dána inhibicí AchE, která je nezbytná. Úspěšná léčba vyžaduje rovněž alespoň částečně zachované nikotinové receptory, jejich stimulace může vést ke zlepšení výsledků“.

Historicky první IchE byl takrin, nyní jsou k dispozici tři IchE:

- Donepezil (Aricept)
- Galatamin (Reminyl)
- Rivastigmin (Exelon)

Inhibitory cholinesteráz se liší svým chemickým složením i některými klinickými vlastnostmi. Ty jsou dány zčásti různými mechanismy účinku včetně farmakokinetických a farmakodynamických rozdílů.

Při léčbě nemocného trpícího AD platí následující: včasné zahájení léčby má větší úspěch, než když dojde k jejímu zahájení v pokročilých stádiích. Při léčbě demence nelze opomíjet individuální reaktivitu nemocného, stejně jako při kterékoli jiné léčbě. Jsou nemocní, u kterých i přes adekvátní léčbu dojde k velice rychlé progresi onemocnění, nebo ti, kteří léčbu nesnášejí. Takovéto výsledky by však neměly vést k pocitu zbytečnosti, protože dnes již mnohaleté praktické zkušenosti s inhibitory cholinesterázy, ale i kontrolované klinické studie jasně prokazují jejich smysl i přes naprosto pochopitelné dílčí neúspěchy. Tato individuální variabilita může být dána vlastní formou nemoci, diagnostickými nepřesnostmi, abnormalitami metabolismu acetylcholinu i jiných mediátorů, dalšími přídatnými chorobami anebo atypickými morfologickými poměry v mozku.

4.6 KAM SMĚŘUJE VÝZKUM ALZHEIMEROVY DEMENCE

Jiráček (2009, s. 157) označuje „výzkum AD ve světě za prioritu podobně jako výzkum kardiovaskulárních onemocnění, zhoubných nádorů nebo AIDS. Předmětem zkoumání jsou zejména mechanismy neurodegenerace a z toho vyplývající možnosti ovlivnění.

Co se týče prognózy, postižení kvality života nemocných i jejich pečovateli a ekonomické náročnosti, je AD jedno z nejzávažnějších onemocnění. Výzkumu samotnému jsou věnovány nemalé finanční prostředky a pozornost je zaměřena především na:

- Genetiku AD
- Mechanismus tvorby patologických bílkovin beta-amyloidu a tau-proteinu

- Poruchy přenosu informací uvnitř buňky
- Nervové růstové faktory, jejich tvorba, uvolnění a vazba
- Apoptózu
- Vývoj nových léčiv proti AD a dalším demencím

Naděje jsou vkládány do použití kmenových buněk – buněk lidských embryí, které nejsou dosud diferencované a ze kterých se mohou tvořit různé typy buněk včetně nervových“. Očekávání je vkládáno i do očkování proti beta-amyloidu a použití specifických protilátek proti této bílkovině. Vyvíjena jsou léčiva, která zamezují tvorbě a srážení beta-amyloidu i degeneraci jiných mozkových bílkovin.

5 MARJORY GORDON - MODEL FUNKČNÍCH VZORCŮ ZDRAVÍ

Dle Pavlíkové (2006, s. 99) „je model funkčních vzorců zdraví výsledkem grantu, který v 80. letech minulého století financovala federální vláda USA. Teoretickým východiskem modelu Gordonové se stala holistická a humanistická filozofie. Obsah a koncepce modelu je odvozena z interakce osoba - prostředí, kdy je zdravotní stav jedince vyjádřením bio-psycho-sociální interakce, přičemž sestra identifikuje funkční nebo dysfunkční vzorce zdraví.“

Odborníci na ošetrovatelskou teorii označují model M. Gordon za nejkompexnější pojetí člověka v ošetrovatelství z hlediska holistické teorie. Model funkčních vzorců zdraví splňuje předpoklad na rámcový standard pro systematické ošetrovatelské hodnocení zdravotního stavu pacienta v jakémkoli systému zdravotní péče.

5.1 VZORCE

Pavlíková (2006) uvádí, že vzorce jsou popisovány jako úseky chování jedince v určitém čase reprezentující základní ošetrovatelské údaje v subjektivní a objektivní podobě.

„Základní struktura modelu je tvořena dvanácti oblastmi, označenými autorkou jako dvanáct funkčních vzorců zdraví, kdy každý vzorec představuje určitou část zdraví, která může být funkční, nebo dysfunkční. Popis a hodnocení dvanácti vzorců zdraví umožňuje sestře rozeznat, zda se u pacienta jedná o funkční chování ve zdraví, nebo dysfunkční chování v nemoci:

1. Vnímání zdraví – udržování, vnímání zdraví a pohody jedincem a metody, jakými se stará o vlastní zdraví
2. Výživa – metabolismus, způsob přijímání potravy a tekutin ve vztahu k metabolické potřebě organismu
3. Vylučování, exkreční funkce střev, močového měchýře a kůže

4. Aktivita – cvičení, udržování tělesné kondice cvičením nebo jinými aktivitami, patří sem aktivity denního života, volného času a rekreační aktivity
5. Spánek – odpočinek, způsob spánku, oddechu, relaxace
6. Citlivost (vnímání) – poznávání, schopnost smyslového vnímání a poznávání, včetně bolesti, kognitivní schopnosti, jako orientace, řeč, paměť, abstraktní myšlení, schopnost rozhodování
7. Sebepečení – sebeúcta, vnímání sebe samého, představa o sobě
8. Role – vztahy, přijetí a plnění životních rolí a úrovně interpersonálních vztahů
9. Reprodukce – sexualita, reprodukční období a sexualita, včetně spokojenosti a změn
10. Stres, zátěžové situace – zvládání, tolerance, celkový způsob tolerance a zvládání stresových či zátěžových situací
11. Víra – životní hodnoty, individuální vnímání životních hodnot, cílů a přesvědčení, včetně víry (náboženského vyznání) a transcendentna (to, co překračuje naši rozumovou a smyslovou zkušenost), které jedince ovlivňují
12. Jiné“ (PAVLÍKOVÁ, 2006, s. 102).

6 PRAKTICKÁ ČÁST – OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY S ALZHEIMEROVOU DEMENCÍ

Posouzení

Identifikační údaje

Jméno a příjmení: XY

Datum narození: 1933

Rodné číslo: 33.....

Věk: 83 let

Pohlaví: žena

Bydliště: X

Zaměstnání: důchodkyně, dříve účetní

Vzdělání: Středoškolské s maturitou

Národnost: česká

Státní občanství: ČR

Stav: vdova

Jméno příbuzného: dcera XY

Bydliště příbuzného: X

Datum příjmu: 1. 2. 2016

Čas příjmu: 10:30

Typ přijetí: plánované

Účel příjmu: terapeutický

Oddělení: LDN, Stanice A

Přijal: XY

Ošetřující lékař: XY

Obvodní lékař: XY

Pacientka byla poučena o léčebném režimu: ano

Informovaný souhlas s léčbou: pacientka podepsala, její dcera podepsala

Medicínská diagnóza při příjmu: Alzheimerova choroba

Vedlejší medicínské diagnózy: Sy demence stř. st. smíšené etiologie s převahou AD

St. p. amentně-delirentním stavu nasedajícím na demenci při neléčené hypotyreóze a dehydrataci

ICHS, st. p. IM v anamnéze

Arteriální hypertenze II. – III. stupně

St. p. TEP obou kolenních kloubů

Důvod příjmu udávaný pacientkou: „Potřebuji si odpočinout“ - pacientka trpí středně těžkou demencí, na nic si nestěžuje.

Vitální funkce při příjmu

P: 67/min., pravidelný

Hmotnost: 45 kg

TK: 128/56 torr

BMI: 19

TT: 36,2 °C

Stav vědomí: zmatená, při vědomí

D: 19/min.

Pohyblivost: omezená

Výška: 155 cm

Krevní skupina: nezjištěno

Pacientka souhlasí s realizací lékařských vyšetření a výkonů. Prohlašuje, že byla dostatečně a pro ni srozumitelným způsobem poučena o povaze jejího zdravotního stavu, postupně navrhovaného způsobu vyšetření či lékařských výkonů, jako i o výsledku a možných komplikacích spojených se způsobem vyšetření.

Bere na vědomí zákaz kouření!

Zdroj informací: lékař, ošetřující personál, pacientka, dcera, dokumentace.

Nynější onemocnění

83 letá pacientka přeložena z interního oddělení ON Jičín, kde byla 5 dní hospitalizována pro amenní stav a dehydrataci – žila sama, dcera pouze docházela.

Anamnéza

Rodinná anamnéza

Matka zemřela ve věku 83 let na karcinom tlustého střeva. Otec zemřel ve věku 74 let na sklerózu. Bratřovi je 86 let, rovněž trpí Alzheimerovou chorobou. Manžel zemřel před 20 lety na infarkt myokardu. Dcera (64 let), trpí arteriální hypertenzí, má 2 děti – dceru a syna, kteří jsou zdraví.

Osobní anamnéza

V dětství prodělala neštovice a zápal plic. Ischemická choroba srdce – st. p. IM v roce 1997, hypertenze. Pacientka je v péči kardioložky, MUDr. XY – t. č. bez medikace hypertenze pro sklon k hypotenzi a dále v péči psychiatřky MUDr. XY. Artróza nosných kloubů. Hospitalizace a operace: TEP obou kolenních kloubů v roce 2008. V lednu 2016 interní oddělení ON Jičín, kam byla odeslána PL pro zhoršující se stav progresse demence a amenní stavy. Dle dcery byla pacientka zmatená, stav vyžadoval dohled nad příjmem stravy i tekutin, léky sama neužívala, nedodržovala hygienu a zmatená běhala po vsi. Úrazy žádné, transfuze žádné, očkování – povinné, na podzim roku 2014 proti chřipce.

Léková anamnéza

Anopyrin 100 mg, Ebixa 20 mg, Quetiapin 25 mg.

Gynekologická anamnéza

1 dítě, UPT: O, aborty: O. Menarche od 13 let, pravidelný cyklus, antikoncepci neužívala. Samovyšetřování prsou neprovádí. Klimakterium prodělala ve 49 letech bez problémů. Na gynekologickém vyšetření byla v roce 2014.

Alergologická anamnéza

Negativní.

Abúzy

Alkohol neguje, káva 1x denně černá, tabák neguje, léky – žádná závislost.

Psychologická anamnéza

Vývojové období – vysoké stáří, premorbidní osobnost – sangvinik, emoční oblast – labilita, podpora dcery a její rodiny

Sociální a pracovní anamnéza

Pacientka je 20 let vdova, v důchodě je od roku 1988. Bydlí sama v rodinném domě, dcera za ní pravidelně dochází. Vztahy s dcerou a zbytkem rodiny jsou dobré. Vztahy mimo rodinu jsou také dobré. Záliby nyní nemá žádné, jen se stará o slepice. Na otázku týkající se trávení volného času nebyla schopna odpovědět.

Posouzení současného stavu dne 1. 2. 2016

| Assessment | Subjektivní údaje | Objektivní údaje |
|--------------------|--------------------------|--|
| Hlava a krk | „Hlava mě nebolí.“ | Hlava normocefalická, na poklep nebolestivá. Tvář: oči – spojivky růžové, bez zánětu, brýle nepoužívá, vízus nevyšetřený, oči ve středním postavení, pohyblivé, skléry bílé, zorničky izokorické. Nos bez deformit a výpotku, uši bez výtoku, naslouchací přístroj nepoužívá. Kůže na tváři bledá, rty souměrné bez ragád, mírně cyanotické. Chrup – používá zubní protézy, jazyk bez povlaku a poranění, plazí ve střední rovině. Zápach z úst nepřítomný. Krk souměrný, bez otoků, lymfatické |

| | | |
|--|----------------------|--|
| | | uzliny nehmatné, štítná žláza nezvětšená, náplň jugulárních žil v normě, šíje bez opozice. |
| Hrudník a dýchací systém | „Dýchá se mi dobře.“ | Hrudník symetrický bez deformit a bez kožních eflorescencí. Prsa bez patologických změn. Počet dechů: 19/minutu, pravidelně, bez potíží. Bolesti na hrudi neudává. |
| Srdeční a cévní systém | „Nevím.“ | ICHS a arteriální hypertenze t. č. bez medikace pro sklon k hypotenzi. Srdeční akce pravidelná, frekvence 67/min. TK 128/56 torrů. Puls je dobře hmatný. Pulsace na dolních končetinách také dobře hmatatelná. Dolní končetiny bez otoků a zánětlivých změn. |
| Břicho a gastrointestinální trakt | „Nevím.“ | Břicho měkké, na dotyk nebolestivé, bez hmatné rezistence. Peristaltika auskultačně přítomná. Flatus = normální odchod plynů. Játra, slezina a slinivka nezvětšené. |
| Močový a pohlavní systém | „Na záchod chodím.“ | Genitál ženský. Sledování P + V tekutin. V – 1300 ml. Moč je čirá, bez příměsí, laboratorní výsledky v normě. Tappotment oboustranně negativní. |
| Kosterní a svalový systém | „Nevím.“ | Poloha pasivní. Hrubá i jemná motorika snižená. Pohyblivost omezená. Páteř bez patologických změn. TEP kolenních kloubů obou DKK. Bolestivost kloubů občasná. Kosterní aparát bez deformit. Svalový aparát – normotonus. |
| Nervový a smyslový systém | „Brýle nepoužívám.“ | Při vědomí. Rámcově orientovaná osobou, místem a časem nikoli. MMSE |

| | | |
|----------------------------|-------------------------|--|
| | | 15 – středně těžká demence. Tremor a tiky nepřítomné. Čich bez patologie, sluch zhoršený. Je dalekozraká, brýle nepoužívá. Staropaměť i novopaměť narušena. Kognitivní fce. také narušeny. Reflexy výbavné. |
| Endokrinní systém | „Nevím.“ | Bez příznaků poruch endokrinního systému. |
| Imunologický systém | „Nevím.“ | Lymfatické uzliny nezvětšené. Infekty horních a dolních dýchacích cest nejsou časté. Alergie neguje. TT: 36,2 °C. |
| Kůže a její adnexa | „Mám jizvy na kolenou.“ | Kůže bledá, rty prokrvené, turgor snížený, bez erytému. Pocení přiměřené. Otoky nepřítomné. Na kolenou obou DKK jizvy po TEP, jinak bez zjevných změn. Dekubity nepřítomné. Ochlupení přiměřené ženskému pohlaví. Vlasy delší, čisté. Nehty čisté, upravené. |

Aktivity denního života

| | Subjektivní údaje | Objektivní údaje |
|----------------------------------|--------------------------|--|
| Stravování a pitný režim | „Nevím.“ | Za poslední měsíc úbytek 3 kg. BMI: 19 – normální (hraniční) hodnota. Dle MNA-SF 6 bodů – možná porucha výživy. Výživa - enterální. Dieta – 3 mletá. Tekutiny přijímá obtížně. P – 1500 ml. Je nutný dohled nad příjmem stravy i tekutin. |
| Vylučování moče a stolice | „Problémy nemám.“ | Během předchozí hospitalizace měla zaveden PMK – předchozí den ex. |

| | | |
|-----------------------------|-------------------------|--|
| | | Močení bez obtíží, bez známek infekce. Poslední defekace 31. 1. 2016, bez obtíží. Občasná inkontinence moče, inkontinenční pomůcka – vložka. V oblasti vyprazdňování stolice plně kontinentní. |
| Spánek a bdění | „Nevím.“ | Pacientka je zmatená, neklidná. Vstává z křesla, vychází z pokoje a bloudí po chodbě. V noci se zpočátku snaží opustit lůžko, ale poté usíná. Probudí se maximálně 1x za noc s tím, že potřebuje na WC. |
| Aktivita a odpočinek | „Nevím.“ | Pacientka je mobilní, neklidná, chce si zašívát košili, vařit, péct, uklízet, bloudí po oddělení apod. Spolupráce i komunikace s ní je velice obtížná, na většinu otázek odpovídá „nevím“. Dle dcery, která pacientku doprovází, jezdí běžně na kole. |
| Hygiena | „Všechno zvládám sama.“ | Hygienickou péči zabezpečuje ošetřující personál pomocí sprchovacího křesla, protože pacientka odmítá spolupracovat - včetně péče o dutinu ústní, oči, nos, uši. Péče o osobní a ložní prádlo. |
| Samostatnost | „Nevím.“ | Podle Barthelové testu bazálních denních činností má pacientka momentálně těžký stupeň závislosti (40 bodů). |

Posouzení psychického stavu

Vědomí – lucidní.

Orientace – pacientka je orientovaná osobou, nikoli místem, časem a situací.

Nálada – neklidná, zmatená, neustále má potřebu něco vykonávat (vařit, péct, uklízet...).

Paměť – staropaměť i novopaměť je porušená.

Myšlení – narušené, z důvodu progresu AD.

Temperament – sangvinik.

Sebehodnocení – „Nevím“.

Vnímání vlastního zdraví: „Potřebuji si odpočinout“.

Popis sociálního stavu

Komunikace – pacientka kontakt naváže, je však dezorientována časem, místem i situací. Zpočátku klidná, při kladení dalších otázek přichází tenze a dysforie. Při kontaktu velice často odpovědi typu „nevím“.

Sociální role:

Primární – 83 letá žena

Sekundární – matka, babička – ovlivněna progresí demence při AD, o své rodině velice ráda mluví, ale nemůže si vzpomenout na jména jednotlivých členů rodiny

Terciární – o své nemoci je informována, ale nepřipouští si ji, říká, že si v nemocnici potřebuje jen odpočinout

Sociální interakce – se zdravotnickým personálem vychází obtížněji, spolupracuje pouze někdy. Má velkou podporu rodiny. Dcera i vnoučata ji prý navštěvují, ale má problémy s jejich jmény. Momentálně pociťuje potřebu vykonávat roli hospodyně.

Pacientka je plně informovaná o onemocnění, o diagnostických metodách a léčbě. Vzhledem k aktuálnímu stavu pacientky je rovněž plně informována o všech souvisejících záležitostech i dcera pacientky.

Péči po propuštění rodina není schopna zajistit, proto podána žádost do DS.

Pacientka byla donedávna velice aktivní, jezdila po vsi na kole, navštěvovala sousedky a starala se o domácnost, což ji dle dcery udržovalo vzhledem k věku stále v dobré kondici.

Jak hospitalizace ovlivní ekonomickou situaci

Pacientka je v důchodu. Hospitalizace neovlivní její ekonomickou situaci.

Popis spirituálního stavu

Pacientka je nevěřící.

Medicínský management

Ordinovaná vyšetření: odběry krve, EKG, psychiatrické konsilium, nutriční screening

Výsledky: ↑ CHOLESTEROL, ↑ UREA

Sledovat krevní tlak, P tekutin, bolest.

Konzervativní léčba:

Dieta: 3 mletá

Pohybový režim: neomezený

RHB: chodí sama bez pomůcek, dle stavu skupinové a individuální cvičení s fyzioterapeutem

Medikamentózní léčba

Per os:

- Anopyrin 100 mg 0-1-0-0, antiagregancia
- Ebixa 20 mg 1-0-0-0, psychostimulancia
- Quetiapin 25 mg 0-0-0-2, antipsychotika

Chirurgická léčba: 0

Situační analýza

83 letá pacientka plánovaně přeložena v 10:30 hod. dne 1. 2. 2016 z interního oddělení ON Jičín do LDN Hořice k pokračování v terapii progresivní demence až amentních stavů při AD. Je bledá, rty prokrvené. Dýchání je pravidelné, bez potíží. Bolesti na hrudi neudává. Počet dechů 19/minutu. Saturace O₂ 98%. Puls je pravidelný, dobře hmatatelný 67/minutu. Pulsace na dolních končetinách také dobře hmatatelná. Dolní končetiny bez otoků a zánětlivých změn. Krevní tlak 128/56. Tělesná teplota je 37,3 °C. Vzhledem k progresi demence a amentním stavům v posledním měsíci úbytek hmotnosti 3 kg, má dietu číslo 3 mletou s dostatkem tekutin min. 1,5–2 l/den. Sledování P tekutin. Pohyblivost je omezená pro občasné bolesti nosných kloubů, držení těla je pasivní, snížená motorika, pohybový režim neomezen. Občasná inkontinence moče, v oblasti vyprazdňování stolice plně kontinentní. Hygienickou péči zabezpečuje z větší části ošetřující personál. Barthelové test bazálních denních činností u pacientky ukazuje na těžký stupeň závislosti. Pacientka je zmatená, neklidná a bloudí po oddělení. Orientovaná pouze osobou, nikoli časem, místem a situací. Komunikace je vzhledem k jejímu stavu obtížná, spolupráce taktéž. Dle provedeného orientačně paměťového testu MMSE je pacientka postižena středně těžkou demencí a středním rizikem pádu, bolestivé projevy u ní nejsou pozorovány.

STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ DLE PRIORIT

Nevyvážená výživa: méně, než je potřeba organismu (00002)

Potulka (00154)

Neefektivní udržování zdraví (00099)

Riziko sníženého objemu tekutin v organismu (00028)

Riziko pádů (00155)

Zhoršená verbální komunikace (00051)

Porušené vyprazdňování moči (00016)

Chronická zmatenost (00129)

Ošetrovatelská diagnózy byly stanoveny dle NANDA I taxonomie II - NANDA INTERNATIONAL, 2015. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2015-2017.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5412-3.

NEVYVÁŽENÁ VÝŽIVA: MÉNĚ, NEŽ JE POTŘEBA ORGANISMU (00002)

Doména 2: Výživa

Třída 1: Příjem potravy

Definice: Příjem živin nepostačuje k uspokojení potřeb metabolismu

Určující znaky:

- nezájem o jídlo
- změněná chuť
- příjem potravy je menší, než je doporučená denní dávka

Související faktory:

- neschopnost přijmout potravu
- psychogenní faktory

Priorita: vysoká

Cíl dlouhodobý:

- pacientka přibere 2,5 kg své hmotnosti (tj. na 47,5 kg) do 1 měsíce

Cíl krátkodobý:

- u pacientky nedojde k dalšímu snížení její hmotnosti do 1 týdne

Očekávané výsledky:

- pacientka přijímá potravu s dopomocí ošetrovatelského personálu do 24 hod.
- pacientka sní 3 jídla denně od prvního dne hospitalizace
- pacientka změní vztah k přijímání potravy do 5 dní
- pacientka komunikuje a v rámci možností spolupracuje s nutriční specialistikou při sestavování kaloricky bohatého jídelníčku po dobu hospitalizace

Plán intervencí :

1. Zjistí, jaká tělesná hmotnost je odpovídající výšce a věku pacientky, všeobecná sestra, do 1 hod.
2. Proved' posouzení nutričního stavu pacientky (MNA-SF), všeobecná sestra a lékař ve spolupráci s nutričním terapeutem, do 3 hod.

3. Zjistí a prodiskutuj stravovací návyky a co je ovlivňuje a zajisti vhodnou dietu (mletou), všeobecná sestra a nutriční terapeut, do 12 hod.
4. Dbej na to, aby strava měla správný poměr živin a byla kaloricky bohatá, nutriční terapeut, vždy.
5. Pravidelně sleduj tělesnou hmotnost pacientky a zaznamenávej křivku do teplotní tabulky, ošetřovatel, všeobecná sestra, 2x týdně.
6. Při podávání stravy dej pacientce dostatek času, vytvoř vhodné prostředí a buď trpělivá, ošetřovatel, všeobecná sestra, vždy.
7. Snaž se u pacientky odstranit bariéry a vytvořit kladný vztah k jídlu, do 24 hod., všeobecná sestra, ošetřovatel.
8. Snaž se vést pacientku k samostatnosti v příjmu stravy – vždy, všeobecná sestra, ošetřovatel.
9. Prováděj pravidelně záznam o příjmu stravy do dokumentace, všeobecná sestra.

Realizace:

1. 2. 2016

- 11:00 - Kontrola a posouzení tělesné váhy.
- 11:30 - Posouzení nutričního stavu dle MNA-SF, založen formulář pro sledování příjmu stravy na 3 dny.
- 11:45 - Podán oběd, pacientka snědla půl porce polévky, půl mletého kuřecího masa a 2 lžíce bramborové kaše, zpočátku jedla sama, ale poté bylo nutné ji dokrmit, více jídla odmítala.
- 12:30 - Konzultace s nutričním terapeutem (sestavení stravovacího plánu na následující dny), pacientka omezeně spolupracující, nesoustředěná.
- 13:00 - Po konzultaci s ošetřujícím lékařem a nutričním terapeutem, dle ordinace lékaře, podán sipping 200 ml 1x vypít během odpoledních hodin. Kontrola váhy naplánována na 4. den hospitalizace.
- 14:00 - Sipping pacientka přijala dobře, dle vlastních slov jí chutná.

2. 2. 2016

- 6:00 - Odběr krve, nutriční screening dle ordinace lékaře.
- 7:45 - Podána snídaně v jídelně, pacientka snědla půlku porce.
- 8:20 - Výsledky nutričního screeningu, ↓ Albumin, ↓ Celková bílkovina. Informován nutricionista - založena Nutriční karta a ordinován doplněk stravy v podobě krému k dopolední svačině, plánovaná kontrola za měsíc.

- 8:45 - Lékař pacientku informuje o výsledcích screeningu a snaží se jí vysvětlit důležitost příjmu stravy a všech doplňků, jako důležitou součást její léčby a zejména rehabilitace.
- 9:00 - pacientce podán krém dle OL, nutná asistence oš. personálu, protože sama ho jíst odmítá
- 11:45 - Pacientka v průběhu dopoledne s asistencí oš. personálu snědla $\frac{3}{4}$ krému, nyní podán oběd. Pacientka ho odmítá s tím, že už toho dnes snědla dost. S asistencí snědla menší polovinu porce.
- 14:00 - Pacientce podán sipping dle ordinace lékaře, pomalu ho popíjí bez asistence, ale je nutné ji pobízet.

3. - 5. 2. 2016

U pacientky změna medikace, celkový stav i příjem stravy se lepší. S pacientkou byly prodiskutovány její stravovací návyky, obden za ní dochází nutriční terapeut a snaží se postavit jídelníček na stravě, kterou pacientka upřednostňuje. Pacientka dostávala 3 jídla denně plus doplňky stravy ve formě krému a sippingu, které snáší nadále dobře – krém je pro snížení sladké chutě pacientce před podáváním zmrazen, takto jí chutná více. Kontrola váhy byla provedena 4. den hospitalizace.

Hodnocení:

Cíl krátkodobý splněn, pacientka svou hmotnost nadále nesnižuje. Cíl dlouhodobý splněn částečně, po 4 dnech hospitalizace došlo k navýšení váhy o 0,3 kg. Spolupráce a komunikace je nyní méně problematická, pacientka odpovídá na dotazy ohledně stravy a více se snaží přijímat stravu sama. Stále je však nutné ji pobízet a dokrmovat.

Pokračují intervence: 4., 5., 6., 7., 8., 9.

POTULKA (00154)

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 3: Rovnováha energie

Definice: Vlnitý bezcílný nebo opakující se pohyb, který vystavuje jedince újmě; často navzdory hranicím, omezením nebo překážkám

Určující znaky:

- častý pohyb z místa na místo
- bezcílný pohyb

- ztrácení se
- pohyb, který nelze dotyčné osobě snadno rozmluvit

Související faktory:

- alterace kognitivních funkcí
- atrofie mozkové kůry

Priorita: vysoká

Cíl dlouhodobý:

- pacientka neopustí svévolně oddělení, do konce hospitalizace

Cíl krátkodobý:

- pacientka ví, kde je její pokoj a WC, do 5 dní

Očekávané výsledky:

- pacientka nebude vystavena žádnému nebezpečí po dobu hospitalice
- pacientka se pohybuje jen v místech k tomu určených do 48 hod.
- pacientka nepocítuje žádný fyzický diskomfort do 24 hod.
- pacientka bude v rámci možností soběstačná do 48 hod.

Plán intervencí :

1. Proved' posouzení mentálního stavu (MMSE – 15), všeobecná sestra, do 3 hod.
2. Posud' schopnost porozumět sdělenému obsahu, všeobecná sestra, do 2 hod.
3. Přesvědč se, zda pacientka porozumí jednoduchým pokynům, všeobecná sestra, do 24 hod.
4. Proved' pacientku po oddělení a snaž se jí pomoci s orientací, v příp. potřeby opakuj, ošetřovatel, všeobecná sestra, pečovatel, po dobu hospitalizace.
5. Informuj ostatní členy zdravotnického týmu a všechny pracovníky oddělení o bezcílném pohybu pacientky, jejím neklidu a zmatenosti, všeobecná sestra, ošetřovatel, pečovatel, po dobu hospitalizace.
6. Zamykej oddělení a veškeré prostory, kam má přístup pouze personál a nikoli pacienti, všeobecná sestra, ošetřovatel, pečovatel, po dobu hospitalizace.
7. Věnuj pozornost užívaným lékům a jejich účinkům, všeobecná sestra, po dobu hospitalizace.
8. Monitoruj střídání spánku a bdění a prováděj pravidelný záznam, všeobecná sestra, po dobu hospitalizace.
9. Aktivizuj a orientuj pacientku osobou, časem a místem v rámci možností, fyzioterapeut, všeobecná sestra, ošetřovatel, pečovatel, po dobu hospitalizace.

10. Co nejvíce ji zapoj do aktivit na oddělení, zjisti její oblíbené činnosti, všeobecná sestra, ošetřovatel, pečovatel, po dobu hospitalizace.
11. Dbej na bezpečnost pacientky a pravidelně prováděj kontroly, všeobecná sestra, ošetřovatel, pečovatel, po dobu hospitalizace.

Realizace :

1. 2. 2016

- 10:30 – Při příjmu pacientky je ošetřovatelský personál upozorněn na přítomnost bezcílného pohybu pacientky, její zmatenost a neklid.
- 10:45 - Pacientka provedena po oddělení, má ráda tulipány, jejichž obrázek visí u pokoje, kam byla přijata. Tulipány tedy použity jako orientační bod.
- 11:15 - Posouzení mentálního stavu (MMSE) vč. schopnosti porozumění sděleného obsahu a jednoduchých pokynů
- 11:15 – Pacientka přichází na sesternu a shání velkou mísu na těsto na buchty, oš. personálem je odvedena zpět na pokoj a opět upozorněna na orientační bod v podobě obrázku s tulipány.
- 11:20 – Provedeno uzamčení místností, které představují pro pacientku potencionální riziko, uzamčeno oddělení.
- 12:00 – Pacientka leží v posteli, cítí se unavená, po jídle trochu klidnější.
- 12:25 – Pacientka přichází opět na sesternu a ptá se, kdy konečně přivezeme tu mouku, odvedena zpět na pokoj, snaha o orientaci místem a osobou
- 12:45 – Kontrola pacientky, byla na WC, ale teď neví, kam má jít. Potřebuje si odpočinout.
- 13:15 – Pacientka sedí v křesle a chce si spravovat košili.
- 14:00 – Pacientka stále vychází z pokoje a chce uklízet.

2. 2. 2016

- 6:00 – Předávající sestra z noční služby upozorňuje na neklid pacientky zpočátku noci, kdy chtěla několikrát opustit lůžko, snažila se přelézt postranice. V rámci predejití pádu z lůžka postranice odstraněny, poté pacientka klidnější, od 24 hod. spala. Kolem 5. hodiny ranní se probudila a začala si stlát postel. Po příchodu sestry začala být unavená, lehla si a znovu usnula.
- 7:00 – Pacientka chodí po oddělení, vchází do ostatních pokojů, oš. personálem odváděna na pokoj, nadále pokusy o zlepšení orientovanosti pacientky, upozornění na tulipány u pokoje.

- 7:05 – Lékař informován o nočním neklidu pacientky.
- 8:30 – Pacientka opakovaně vychází z pokoje na chodbu.
- 9:00 – na základě psychiatrického konsilia změna medikace Quetiapin 25 mg tbl. 0-0-0-2 p. o., Buronil 25 mg tbl. 1-0-1-0 p. o.
- 9:15 – Pacientce donesen papír a pastelky, nakreslen tulipán. Po chvíli pacientka začíná kreslit také.
- 9:45 – Pacientka se účastní skupinového cvičení, prozatím se chce jen podívat.
- 10:30 – Pacientka se vrací ke kreslení, ale po chvíli pastelky odkládá a přechází po chodbě, chtěla by hadr, aby mohla uklízet.
- 12:15 – Pacientka po obědě usnula.
- 13:15 – Pacientka opět bloudí oddělením.
- 14:00 – Pacientka sedí v křesle a „spravuje si župan“

3. – 5. 2. 2016

U pacientky změna medikace. Každý den je ošetřujícím personálem prováděna po oddělení, snaha o lepší orientaci místem a osobou. Pacientka je zapojována do činností na oddělení a aktivně se účastní skupinového cvičení. Pacientka je pravidelně kontrolována, snaha o eliminaci spánku během dne, která je v rámci možností úspěšná.

Hodnocení :

Krátkodobý cíl splněn, dlouhodobý splněn částečně, pacientka potřebuje neustále dohled.. Změna medikace má pozitivní vliv na pacientčin celkový stav. Je klidnější, už tak často nevychází na chodbu. Zapojuje se do skupinového cvičení a se spolupacientkou si povídá o vaření. Ošetřujícím personálem je zapojována do dalších činností na oddělení. Její orientace v prostoru oddělení se mírně zlepšila, ví, že její pokoj je u tulipánů. Zná cestu na WC i zpět, pouze 1x v noci netrefila zpět na pokoj.

Pokračují intervence: 4., 5., 6., 7., 8., 9., 10., 11.

NEEFEKTIVNÍ UDRŽOVÁNÍ ZDRAVÍ (00099)

Doména 1: Podpora zdraví

Třída 2: Management zdraví

Definice: Neschopnost identifikovat, zvládat nebo vyhledat pomoc k udržení zdraví.

Určující znaky:

- absence adaptivního chování na okolní změny

- neschopnost přijmout odpovědnost za dodržování základních zdravotních praktik
- vzorec chování nepodporující zdraví

Související faktory:

- alterace kognitivních funkcí
- snížení jemných motorických dovedností
- neefektivní komunikační dovednosti
- zhoršené rozhodování

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý:

- pacientka má zajištěny bio-psycho-sociální potřeby, s pomocí okolí projevuje schopnost udržet své zdraví, do 1 měsíce

Cíl krátkodobý:

- pacientka je schopna v maximální možné míře pečovat o své zdraví pouze s minimální dopomocí ošetrovatelského personálu, do týdne

Očekávané výsledky:

- pacientka spolupracuje s ošetrovatelským personálem a přijímá jejich pomoc do 48 hodin
- pacientka užívá medikaci dle ordinace lékaře každý den
- pacientka provádí péči o sebe sama a své zdraví v maximální možné míře do 72 hodin
- pacientka vyžaduje minimální pomoc při koupání, oblékání, stravování a při příjmu tekutin do 72 hodin
- pacientka má zajištěny bio-psycho-sociální potřeby do 24 hodin

Plán intervencí :

1. Proved' posouzení míry soběstačnosti pacientky dle Barthelové testu všedních činností, všeobecná sestra, do 3 hod.
2. Identifikuj oblasti, ve kterých má pacientka největší obtíže, všeobecná sestra, do 24 hodin.
3. Zajisti pacientce dopomoc během všech činností, které sama nezvládne, pečovatel, ošetrovatel, všeobecná sestra, vždy
4. Pravidelně hodnot' celkový psychický a fyzický stav pacientky, všeobecná sestra, denně

5. Poskytni pacientce dostatek času a podporuj ji v péči o sebe sama, pečovatel, ošetřovatel, všeobecná sestra, vždy.
6. Do péče o pacientku zapoj i rodinu, v jejich činnosti je podporuj, všeobecná sestra, do 24 hodin.
7. Zdůrazňuj pokroky a úspěchy pacientky, dále ji motivuj, všeobecná sestra, vždy
8. Prováděj pravidelně zápis do dokumentace, všeobecná sestra.

Realizace :

1. 2. 2016

- 10:30 - Pacientka uložena na pokoj, s pomocí ošetřovatelského personálu se oblékla do košile
- 10:35 - Pacientka si nechce vybalit věci, protože půjde určitě zase brzo domů, odmítá spolupráci.
- 10:40 – Pacientka provedena po oddělení a seznámena s fyzioterapeutem, se kterým bude cvičit.
- 11:40 – Pacientce podány léky, pod dohledem je sama bez problému spolkla, se zapitím chtěla pomoci.
- 11:45 - Podán oběd, pacientka snědla půl porce polévky, půl mletého kuřecího masa a 2 lžíce bramborové kaše, zpočátku jedla sama, ale poté bylo nutné ji dokrmit, více jídla odmítala.
- 12:15 – Posouzení míry soběstačnosti pacientky dle Brathelové testu všedních činností
- 12:25 – Pacientka přichází opakovaně na sesternu a ptá se, kdy konečně přivezeme tu mouku, odvedena zpět na pokoj, snaha o orientaci místem a osobou
- 12:45 – Kontrola pacientky, byla na WC, ale teď neví, kam má jít. Potřebuje si odpočinout.
- 13:15 – Pacientka sedí v křesle a chce si spravovat košili.
- 13:30 - Individuální cvičení s fyzioterapeutem.
- 14:00 – Pacientka stále vychází z pokoje a chce uklízet.

2. 2. 2016

- 6:00 - Předávající sestra z noční služby upozorňuje na neklid pacientky zpočátku noci, kdy chtěla několikrát opustit lůžko. Od půlnoci již klidná, spala. Kolem 5.

hodiny ranní se probudila a začala si stlát postel. Po příchodu sestry začala být unavená, lehla si a znovu usnula.

- 6:45 - Pacientka provedla ranní hygienu u umyvadla s dopomocí ošetrovatelského personálu a oblékla se rovněž s dopomocí.
- 7:45 - Podána ranní medikace, zpočátku je pacientka odmítala, po chvíli, kdy jsem se vrátila, je spolkla a s pomocí zapila
- 7:55 - Pacientce podána snídaně v jídelně, namazala jsem jí housku s máslem a marmeládou a nalila hrnek kávy. Pacientka se snaží jíst sama, druhou půlku housky snědla s dopomocí. Hrnek kávy vypila bez pomoci.
- 9:00 - pacientce podán krém dle OL, nutná asistence oš. personálu, protože sama ho jíst odmítá
- 9:45 - Pacientka se účastní skupinového cvičení, prozatím se chce jen podívat.
- 11:40 - Pacientce podány léky, pod dohledem je sama bez problému spolkla, sama je i zapila.
- 11:45 - Pacientka v průběhu dopoledne s asistencí oš. personálu snědla $\frac{3}{4}$ krému, nyní podán oběd. Pacientka ho odmítá s tím, že už toho dnes snědla dost. S asistencí snědla menší polovinu porce, sama se ho ani nedotkla.
- 14:00 - Pacientce podán sipping dle ordinace lékaře, pomalu ho popíjí bez asistence, ale je nutné ji pobízet.

3. – 5. 2. 2016

Pacientka provádí ranní hygienu u umyvadla s menší dopomocí ošetrovatelského personálu. Vzhledem ke změně medikace se její celkový stav i aktivita a soběstačnost zlepšují. V rámci příjmu potravy a tekutin je také soběstačnější, podpora stravy – sipping a krém, jí chutnají. Pravidelně se účastní skupinového cvičení a individuálně cvičí s fyzioterapeutem, příp. šlape na motomedu. S přijímáním léků nemá obtíže.

Hodnocení :

Krátkodobý i dlouhodobý cíl splněn částečně, pacientka vyžaduje k některým činnostem stále dopomoc, příp. dohled, některé zvládá sama. Bio-psycho-sociální potřeby jsou zajištěny. Změna medikace má pozitivní vliv na pacientčin celkový stav, snaží se zvládat péči o sebe sama v rámci svých aktuálních možností. Zapojuje se do skupinového cvičení a pravidelně cvičí s fyzioterapeutem. Ošetrujícím personálem je zapojována do dalších činností na oddělení. Medikace dle ordinace lékaře užívá bez obtíží.

Pokračují intervence: 3., 4., 5., 6., 7., 8.

Shrnutí ošetrovatelské péče

V rámci ošetrovatelské péče se pacientčin stav během sledovaných 5 dní výrazným způsobem zlepšil a to zejména s přispěním změny medikace a aktivní realizací ošetrovatelských intervencí. Na základě Modelu funkčních vzorců zdraví Marjory Gordon byly stanoveny a zpracovány ošetrovatelské diagnózy dle NANDA I taxonomie II, 2015 – 2017.

Při příjmu bylo zjištěno, že pacientka během posledního měsíce zhubla 3 kg. Bylo provedeno posouzení nutričního stavu - BMI 19 – normální (hraniční) hodnota. Dle MNA-SF 6 bodů – možná porucha výživy. Zajištěna konzultace a péče nutričního specialisty. Výsledky nutričního screeningu - ↓ Albumin, ↓ Celková bílkovina, o čemž byl informován nutricionista, který založil Nutriční kartu a naordinoval doplňky stravy ve formě krému a sippingu k dopolední a odpolední svačině. Zpočátku byla, vzhledem k aktuálnímu stavu pacientky, velice obtížná spolupráce i komunikace. Pacientka stravu přijímala ve velmi omezeném množství, dokrmovat ji musel ošetrovatelský personál. Dostávala 3 jídla denně plus doplňky stravy, které přijala velice dobře - krém jí byl pro snížení sladké chutě před podáváním zmrazen a takto jí chutnal více. Celkový stav i příjem stravy se den ode dne zlepšil. Kontrola váhy byla provedena 4. den hospitalizace. Cíl krátkodobý byl splněn, pacientka svou hmotnost nadále nesnižuje. Cíl dlouhodobý splněn částečně, po 4 dnech hospitalizace došlo k navýšení váhy o 0,3 kg. Spolupráce a komunikace je nyní méně problematická, pacientka odpovídá na dotazy ohledně stravy a více se snaží přijímat stravu sama. Stále je však nutné ji pobízet a dokrmovat.

Při příjmu pacientky byl ošetrovatelský personál upozorněn na přítomnost bezcílného pohybu, její zmatenost a neklid. Bylo provedeno posouzení mentálního MMSE – 15, středně těžká demence. Druhý den hospitalizace došlo u pacientky na základě projevů neklidu a zmatenosti ke změně medikace. Každý den byla ošetřující personálem prováděna po oddělení - snaha o lepší orientaci místem a osobou. Byla zapojována do činností na oddělení a aktivně se účastnila skupinového cvičení. Byla pravidelně kontrolována - snaha o eliminaci spánku během dne, která byla v rámci možností úspěšná. Krátkodobý cíl byl splněn, dlouhodobý splněn částečně, pacientka potřebuje neustále dohled.. Změna medikace má pozitivní vliv na pacientčin celkový

stav. Je klidnější, už tak často nevychází na chodbu. Zapojuje se do skupinového cvičení a se spolupacientkou si povídá o vaření. Její orientace v prostoru oddělení se mírně zlepšila, ví, že její pokoj je u tulipánů. Zná cestu na WC i zpět, pouze 1x v noci netrefila zpět na pokoj.

Provedeno posouzení míry soběstačnosti pacientky dle Barthelové testu všedních činností – 40, těžký stupeň závislosti. Byly identifikovány oblasti, ve kterých má pacientka největší obtíže a zajištěna dopomoc během všech činností, které sama nezvládne. Byl jí poskytnut dostatek času včetně podpory v péči o sebe samu. Krátkodobý i dlouhodobý cíl splněn částečně, pacientka vyžaduje k některým činnostem stále dopomoc, příp. dohled, některé zvládá sama. Bio-psycho-sociální potřeby jsou zajištěny. Změna medikace má pozitivní vliv na pacientčin celkový stav, snaží se zvládat péči o sebe sama v rámci svých aktuálních možností. Zapojuje se do skupinového cvičení a pravidelně cvičí s fyzioterapeutem. Ošetřujícím personálem je zapojována do dalších činností na oddělení. Medikace dle ordinace lékaře užívá bez obtíží.

Co se týče potencionálních dg., které byly stanoveny a realizovány - tekutiny pacientka nyní přijímá v dostatečné míře a k pádů u ní prozatím také nedošlo.

Komunikace s ní se od příjmu výrazným způsobem zlepšila. V rámci porušeného vyprazdňování moče používá během dne inkontineční vložky a na noc si bere natahovací kalhotky pro mobilní pacienty. Zmatenost je díky změně medikace méně výrazná.

Přestože pacientka udělala během 5 dní zásadní pokrok a je pravděpodobné, že s pomocí péče fyzioterapeuta a dalších činností, ve kterých je podporována ošetrovatelským personálem i její rodinou a včetně pozitivního účinku medikace, se její stav a zejména soběstačnost budou nadále zlepšovat, péči po propuštění rodina není schopna zajistit. Z tohoto důvodu byla podána žádost o umístění pacientky do DS.

7 DISKUZE

Při psaní této bakalářské práce a studiu dané problematiky bylo zjištěno, že dlouhodobě chybí přehledové informace o problematice demence, která zasahuje nejen do oblasti zdravotnictví, ale také do sociálního sektoru. I přesto, že uběhlo více než století od doby, kdy Alois Alzheimer popsal symptomy tohoto onemocnění, problematiku demence můžeme označit jako oblast, která stála dlouhou dobu mimo pozornost médií, politické i široké veřejnosti. Základní informace, poskytnuté přehlednou formou přinášejí v rámci České republiky Zprávy o stavu demence z roku 2014 a 2015, které vydala Česká alzheimerská společnost. Již druhý rok se tak snaží přinést srozumitelné a pro širší veřejnost přehledné informace o potřebách lidí s demencí a nabídce specifických služeb.

Každý den se v praxi setkávám se zoufalými členy rodiny pacienta postiženého demencí, kteří se na nás zdravotníky obracejí s prosbou o pomoc. Nevědí si rady, nevědí, na koho se mohou obrátit, kdo jim poskytne potřebné a hlavně cenné rady. Můžeme si tedy položit otázku, zda má česká veřejnost o Alzheimerově demenci dostatečné informace, ví, na koho se může v případě potřeby obrátit? Mátl (2015) uvádí, že podle šetření společnosti STEM/MARK z roku 2014 se 71 % internetové populace domnívá, že přestože populace stárne, o Alzheimerově demenci se ve společnosti dostatečně nehovoří a neinformuje. Dalších přibližně 77 % internetové populace se domnívá, že stát by měl věnovat onemocnění Alzheimerovou demencí více pozornosti, než doposud. Z šetření vyplývá, že společnost problémy s pamětí související s AD reflektuje, další následky tohoto onemocnění však výrazně méně. Pouhých 5 % dotázaných zná nějakou organizaci, která pomáhá pacientům s AD a jejich rodinným příslušníkům. Velice zajímavé je, že i přesto, že se o Alzheimerově demenci mluví častěji než dříve, v porovnání s ostatními hlavními příčinami úmrtí věnují média AD pouze zlomek pozornosti. Denně se objeví 63–75 informací o rakovině a úrazech ve srovnání s 11 případy o AD.

Náklady vynaložené na problematiku demence se s postupem let, stárnoucí populací a narůstajícím počtem nemocných postižených demencí, neustále navyšují. Jak popisuje WAR 2015, celkové odhadované celosvětové náklady demence dosáhly 818 mld. USD, což je o 35,4 % více, než bylo uvedeno ve WAR z roku 2010. Pouze

v Evropě se v roce 2015 zvýšily tyto náklady o 25 %, konkrétně na 300 mld. USD. Jen v České republice jsou tyto náklady odhadovány na 1 % HDP, tj. při současné ekonomické výkonnosti 42,6 miliard korun. Studie Public Health England a Alzheimerovské společnosti, kterou v roce 2014 zadaly Centru pro ekonomiku a výzkum v Británii, zabývající se studiem nákladů demence pro tamní ekonomiku, předkládá i případné řešení. Náklady by nemusely být tak vysoké v případě, že by zaměstnavatelé zvýšili zaměstnanost pečujících o osoby s demencí do roku 2030 o pouhých 2 % např. tím, že jim nabídnou flexibilnější pracovní podmínky. Udržení těchto pracovníků s kvalifikací a zkušenostmi na trhu práce by podle zmíněné studie poskytlo úspory ve výši 415 000 liber, což rozhodně není zanedbatelnou částkou.

Velice obtížné je i dozvědět se, kdo se o nemocné stará a jaké jsou jim poskytovány služby. Vzhledem k informaci, kterou přináší Mátl (2015), že Ústav zdravotnických informací a statistiky přestal sbírat a publikovat příslušná data a aktuálních informací je tak stále méně a méně, je toto více než obtížné s ohledem na neexistující statistiky. Část péče je poskytována prostřednictvím systému zdravotnictví, část prostřednictvím sociálních služeb. Podstatná část služeb je dále zajišťována neformálními rodinnými příslušníky a dalšími pečovateli v domácnostech. Standardizovaná data ukazují, že přibližně čtvrtina (26 %) osob trpících demencí využívá ambulantní péči, necelých 6 % péči lůžkovou a pětina (19 %) osob trpících demencí bydlí v domovech pro seniory, více než 6 % v domovech se zvláštním režimem. Češi v péči o lidi s demencí za Evropou zaostávají. Pokud by chtěla v Česká republika nabízet obdobný objem služeb, jako je tomu průměrně v Evropě, musely by se stávající kapacity ztrojnásobit.

7.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Na základě diskuze, zkušeností a zejména nových poznatků získaných studiem literatury na dané téma předkládáme následující doporučení pro praxi vládě, rodině, zdravotnickému personálu a společnosti.

Doporučení pro rodinu:

- informovat se a co možná nejvíce se orientovat v problematice demence
- využívat veškeré dostupné formy podpory
- využívat respitní služby
- účastnit se vzdělávání neformálních pečovateli

Doporučení pro vládu:

- podpořit informační kampaně
- vyjádřit politickou podporu danému problému
- identifikovat potřeby nemocných
- koordinovat výsledky výzkumu
- zajistit včasnou a správnou diagnostiku
- podporovat pečovatele a vytvořit jim příznivější podmínky
- zajistit dostatečné kapacity pro péči o nemocné

Doporučení pro zdravotnický personál:

- věnovat pozornost preventivním opatřením
- včasně diagnostikovat a zajistit dostatečnou léčbu
- vzdělávat se v problematice demence
- být oporou a zdrojem informací pro rodinné příslušníky
- zajišťovat kvalitní péči orientovanou na specifické potřeby pacientů
- aktivně se podílet na shromažďování dat v problematice demence
- hovořit a informovat o problematice demence

Doporučení pro společnost:

- informovat se o problematice demence a umět s nimi zacházet
- zbavit se předsudků a obav
- umět rozpoznat projevy onemocnění
- znát všeobecná preventivní opatření
- být oporou pro nemocné i jejich okolí

ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo předložit dohledané publikované poznatky týkající se problematiky demence obecně a konkrétně pak Alzheimerovy demence, včetně pohledu na problematiku demence z globální hlediska a přiblížení aktuálních podmínek v České republice. Shrnutí poznatků v diskuzi jasně poukazuje na význam, který problematika demence v dnešní době představuje. Dále pak vypracovat ošetrovatelský proces u nemocného s demencí, konkrétně s Alzheimerovou demencí, který tvoří praktickou část této práce. V něm bylo stanoveno celkem 8 diagnóz seřazených dle priorit. Detailně zpracovány byly 3 hlavní diagnózy, u kterých byly stanoveny cíle, výsledná kritéria, plán intervencí, jejich realizace a zhodnocení v průběhu 5 dní hospitalizace. Stanovené ošetrovatelské cíle se podařilo splnit částečně.

Demence představuje pro společnost České republiky významný problém. Pro jeho řešení je nadále nutné pokračovat v intervencích vlády, České alzheimerovské společnosti ve spolupráci se zdravotními pojišťovnami na úpravě podmínek úhrady diagnostiky, ale i nefarmakologické a farmakologické léčby. Je nutné přeložit a adaptovat mezinárodně uznávané postupy v diagnostice demence a zajistit posílení role praktických lékařů v zachycení časných příznaků demence. Zejména je však nutné zajistit sběr dat pro statistické sledování počtu nemocných za účelem plánování zdravotně-sociálních služeb a podporovat vznik center zaměřených na AD a demence obecně.

Vzrůstající počet lidí postižených syndromem demence, který přímo souvisí se stárnutím populace, nedostatečný systém služeb orientovaný na nemocného s demencí a nedostatečná podpora nemocných i jejich pečujících, špatná informovanost, pozdní diagnóza, nedostatečná léčba a s tím související vysoké náklady na řešení tohoto problému a v neposlední řadě také aktivní argumentace alzheimerovských společností, donutily Evropský parlament a vlády členských zemí, včetně České republiky, k jeho řešení, vytvoření a schválení návrhu národních akčních plánů.

Cíl bakalářské práce, stanovený v Úvodu, se podařilo splnit.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

ANON, 2014. *Cameron vyzývá k boji s demencí*. [online]. [cit. 4-1-2016]. Dostupné z: <http://www.zdravotnickydenik.cz/2014/10/cameron-vyzyva-k-boji-s-demenci-kvuli-spatne-peci/>

ANON, 2015a. *Deklarace z Glasgow*. [online]. [cit. 6-1-2016]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/tiskove-zpravy/deklarace-z-glasgow/>

ANON, 2015b. *Deklarace z Glasgow*. Z angl. orig. přel. Iva Holmerová. [online]. [cit. 6-1-2016]. Dostupné z: <http://alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Glasgow-Declaration-2014/Other-languages/Cesky>

ANON, 2015c. *Globální dopady demence*. [online]. [cit. 6-1-2016]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/tiskove-zpravy/globalni-dopady-demence/>

ANON, 2015d. *Plán pro Alzheimerovu nemoc má zpoždění a chybí mi vyčíslení dopadů na rozpočty*. [online]. [cit. 7-1-2016]. Dostupné z: <http://www.zdravotnickydenik.cz/2015/12/plan-pro-alzheimerovu-nemoc-ma-zpozdeni-a-chybi-mu-vycisleni-dopadu-na-rozpocety/>

ANON, 2016a. *Slovník cizích slov*. [online]. [cit. 15-02-2016]. Dostupné z: http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/hledat?cizi_slovo=&typ_hledani=prefix

ANON, 2016b. *Velký lékařský slovník*. [online]. [cit. 15-02-2016]. Dostupné z: <http://lekarske.slovníky.cz/>

BRILL, Marlene Targ, 2005. *Alzheimer's Disease*. 1. vyd. New York: Marshall Cavendish Benchmark. ISBN: 0-7614-1799-0.

CALLONE, Patricia R. et al., 2008. *Alzheimerova nemoc – 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-2320-4.

DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2010. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1620-6.

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar, 2012. *Kvalita života seniorů*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4138-3.

FIŠAR, Zdeněk a kol., 2009. *Vybrané kapitoly z biologické psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2737-0.

FRANKOVÁ, Vanda a kol., 2011. *Alzheimerova demence v praxi*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2423-5.

HERDMAN, T. Heather, 2015. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2015–2017*. 10. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5412-3.

HEUKE, Marcela, 2014. *Zvládání problémových situací se seniory: nejen v pečovatelských službách*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5216-7.

HOLMEROVÁ, Iva a kol., 2013. *Strategie České alzheimerovské společnosti P-PA-IA: Péče a podpora lidem postiženým syndromem demence*. [online]. [cit. 7-1-2016]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/res/data/000136.pdf>

JIRÁK, Roman a kol., 2009. *Demence a jiné poruchy paměti*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-2454-6.

KALVACH, Zdeněk a kol., 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2490-4.

KALVACH, Zdeněk a kol., 2011. *Křehký pacient a primární péče*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4026-3.

KAŠPÁRKOVÁ, Jana, 2013. *Plány Alzheimer – potřeba, nutnost nebo zbytečný přepych?* [online]. [cit. 01-03-2016]. Dostupné z: <file:///E:/e->

[fulltexty%20k%20souboru%202/Plány%20Alzheimer%20%20potřeba,%20nutnost%20nebo%20zbytečný%20přepych.pdf](#)

KOUBOVÁ, Michaela, 2014. *Alzheimerova choroba: pomoci má zákon o dlouhodobé péči a pečovatelská dovolená*. [online]. [cit. 20-12-2015]. Dostupné z: <http://www.zdravotnickydenik.cz/2014/10/alzheimerova-choroba-pomoci-ma-zakon-o-dlouhodobpe-ci-a-pecovatelska-dovolena/>

KUČEROVÁ, Helena, 2006. *Demence v kazuistikách*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1491-4.

LÁTALOVÁ, Klára, 2013. *Agresivita v psychiatrii*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4454-4.

LU, Linda C. a Juergen H. BLUDAU, 2011. *Alzheimer's Disease*. 1. vyd. Santa Barbara: Greenwood. ISBN 978-0-313-38110-2.

MÁTĽ, Ondřej a Martina MÁTLOVÁ, 2015. *Zpráva o stavu demence 2015: Jaký názor má veřejnost a co prezentují média?* [online]. [cit. 28-1-2016]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/res/data/002/000331.pdf>

MELUZÍNOVÁ, Hana a Pavel WEBER, 2013. *Alzheimerova demence – epidemie 21. století: můžeme a umíme jí předcházet?* [online]. [cit. 01-03-2016]. Dostupné z: <file:///E:/efulltexty%20k%20souboru%202/Alzheimerova%20demence%20%20epidemie%2021.%20století.pdf>

PAVLÍKOVÁ, Slavomíra, 2006. *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1211-3.

PIDRMAN, Vladimír, 2007. *Demence*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1490-5.

PREISS, Marek a kol., 2006. *Neuropsychologie v neurologii*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-0843-4.

PRINCE, Martin et al., 2015. *World Alzheimer Report 2015: The Global Impact of Dementia*. [online]. [cit. 29-12-2015]. Dostupné z: <http://www.worldalzreport2015.org/downloads/world-alzheimer-report-2015.pdf>

PTÁČEK, Radek a kol., 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3976-2.

SEIDL, Zdeněk a kol., 2008. *Neurologie: pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2733-2.

SCHULER, Matthias a kol., 2010. *Geriatric od A do Z pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3013-4.

SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol., 2012. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy I*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3601-3.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Lucie SMÉKALOVÁ, 2015. *Edukace seniorů*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-9917-9.

ŠTĚPÁNKOVÁ, Hana, Cyril HÖSCHL a Lucie VIDOVICOVÁ a kol., 2014. *Gerontologie: Současné otázky z pohledu biomedicíny a společenských věd*. 1. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2628-4.

TURKINGTON, Carol a Deborah MITCHELL, 2010. *The Encyclopedia of Alzheimer's Disease*. 2. vyd. New York: Infobase. ISBN 978-0-8160-7766-3.

VENGLÁŘOVÁ, Martina, 2007. *Problematické situace v péči o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2170-5.

VOKURKA, Martin a Jiří HUGO, 2009. *Velký lékařský slovník*. 9. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 978-807-3452-025.

WIJA, Petr, 2014. *Náklady demence pro ekonomiku se zdvojnásobí, ukazuje britská studie*. [online]. [cit. 4-1-2016]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/33936>

SEZNAM PŘÍLOH

| | |
|--|-----|
| Příloha A – Deklarace z Glasgow..... | I |
| Příloha B – Strategie P-PA-IA..... | III |
| Příloha C – MMSE..... | X |
| Příloha D – Rešerše..... | XI |
| Příloha E – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů..... | XII |

Příloha A – Deklarace z Glasgow



*Making dementia a priority:
changing perceptions, practice and policy.*

Alzheimer Europe představila Deklaraci z Glasgow 20. října 2014 na své výroční konferenci. Ještě téhož dne ji přijali delegáti z 26 členských organizací. Deklarace z Glasgow vyzývá k vytvoření Evropské strategie proti demenci a k vytvoření národních strategií v každé evropské zemi. Signatáři také vyzývají světové lídry, aby problematiku demence prosazovali jako prioritu veřejné zdravotní politiky a vytvořili globální akční plán proti demenci.

Deklarace z Glasgow

přijata v průběhu výroční konference Alzheimer Europe 20.-22. října 2014

Podepsaní Alzheimer Europe, její členské a další organizace stejně tak jako další, kteří připojují své podpisy: prohlašují tímto své odhodlání podporovat práva, důstojnost a autonomii lidí žijících s demencí. Tato práva jsou univerzální, garantovaná Evropskou úmluvou o lidských právech a mezinárodními konvencemi, zejména Dohodou o ekonomických, sociálních a kulturních právech a Dohodou o právech lidí s disabilitou.

Každý člověk žijící s demencí má následující práva:

- Právo na správnou diagnózu ve správný čas
- Právo na dostupnou a kvalitní podporu po stanovení diagnózy
- Právo na individualizovanou, koordinovanou a kvalitní péči v průběhu progresu onemocnění způsobujícího demenci
- Právo na rovný přístup k léčbě a terapeutickým intervencím
- Právo být ve své komunitě respektován jako dospělá osoba

Vítáme, že je demence stále více respektována jako priorita veřejného zdravotnictví, a to jak na Evropské úrovni, tak v jednotlivých členských státech. Vyzýváme proto jak instituce Evropské unie, tak vlády evropských zemí, aby využily svých kompetencí a zajistily, aby práva lidí žijících s demencí byla prosazována a respektována. Zvláště pak následující:

Vyzýváme Evropskou komisi:

1. Aby připravila Evropskou strategii boje s demencí
2. Aby delegovala v hierarchii úřadu EU vysoce postaveného zástupce, který by koordinoval aktivity a výzkum v oblasti demence s dosud existujícími iniciativami jako jsou Horizon2020, AALP, EIP AHA, JPND, IMI (Ambient Assisted Living Programme, the European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing, the Joint Programme on Neurodegenerative diseases research a Innovative Medicines Initiative);
3. Aby sestavila evropskou expertní skupinu k problematice demence, složenou z představitelů Komise, zástupců členských zemí a občanské společnosti – která by umožnila výměnu dobré praxe
4. Aby finančně podporovala aktivity Alzheimer Europe, a to prostřednictvím programu veřejného zdraví projekt European Dementia Observatory and European Dementia Ethics Network

Vyzýváme poslance Evropského parlamentu:

1. Aby se zúčastnili a podpořili European Alzheimer's Alliance
2. Aby podpořili kampaň Alzheimer Europe a jejích členských organizací a přijali problematiku demence za evropskou prioritu a vytvořili Evropskou strategii boje s demencí
3. Aby byli vstřícní vůči lidem s demencí, jejich rodinným příslušníkům i organizacím zabývajícím se touto problematikou.

Vyzýváme vlády členských zemí:

1. Aby vytvořily ucelené národní strategie boje proti demenci, alokovaly na ně zdroje a monitorovaly a vyhodnocovaly jejich průběh
2. Aby zahrnuly lidi s demencí a jejich rodinné příslušníky do přípravy a evaluace těchto národních strategií
3. Aby podporovaly národní alzheimerovské společnosti

Vítáme mezinárodní uznání demence jako globální priority a oceňujeme činnost Alzheimer's Disease International a skupiny zemí G7, které tento proces prosazují. Vyzýváme proto mezinárodní společenství:

1. Aby zahrnuly evropské iniciativy do přípravy globálního akčního plánu boje proti demenci, a to s ohledem na úspěšnost evropské spolupráce v oblasti demence
2. Aby při přípravě Globální výzkumné agendy byly zohledněny názory lidí s demencí a alzheimerovských společností a aby tito byli konzultováni;
3. Aby byl ve výzkumu přijat holistický přístup zahrnující psychosociální aspekty, péči, socioekonomické aspekty a výzkum zdravotnických systémů tak, aby bylo zajištěno, že výsledky výzkumu přinesou užitek lidem, kteří žijí s demencí nyní i těm, kteří se s ní budou potýkat v budoucích letech
4. Aby významně zvýšily financování všech oblastí výzkumu zabývajících se demencí.
5. Aby byla problematika demence prosazována jako priorita, a to i v rámci jiných mezinárodních organizací včetně skupiny G20, OECD a WHO.

(překlad Iva Holmerová)

Zdroj: <http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Glasgow-Declaration-2014/Other-languages/Cesky>

a...

Česká
alzheimerovská
společnost

DOPORUČENÍ

Strategie České alzheimerovské společnosti P-PA-IA

Péče a podpora lidem postiženým syndromem demence

I. Holmerová, N. Baláčková, M. Baumanová, L. Hájková, D. Hradcová, P. Hýblová, H. Janečková,
E. Jarolímová, L. Kabelka, M. Mátlová, H. Nováková, J. Suchá, M. Šusová, H. Vaňková, P. Veleta, P. Wija

Konzultováno: Centrum pro studium dlouhověkosti a dlouhodobé péče CELLO-ILC-CZ UK FHS, Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP, ELTECA (Exchange of Experience in Long-term Care), Gerontologické centrum v Praze

SOUHRN

Česká alzheimerovská společnost (ČALS) vydala v roce 2006 strategii P-PA-IA[®], „péče a podpora lidem trpícím syndromem demence“, která vycházela z diferencovaných potřeb pacientů v jednotlivých stadiích demence. Strategie vznikla na základě široké diskuse odborníků i laických a profesionálních pečujících na půdě ČALS i dalších institucí a organizací, které se v té době zabývaly problematikou kvality péče o tuto významnou a dosud stále velmi znevýhodněnou a křehkou skupinu lidí. Později byla strategie P-PA-IA diskutována i na mezinárodní úrovni se zástupci Alzheimer Europe a v rámci pracovní skupiny ELTECA (Exchange of Experience in Long-term Care). U nás patřila k významným partnerům též pracovní skupina kanceláře veřejného ochránce práv. Strategie P-PA-IA se stala základem pro formulaci indikátorů kvality péče o osoby s demencí, které v současné době již tvoří ucelený systém a podklad pro certifikaci oddělení a pracovišť poskytujících péči o lidi s demencí v souladu

s principy a názory České alzheimerovské společnosti (jedná se o certifikaci „Vázka“[®], která byla přiznána v současné době již více než třiceti poskytovatelům zdravotní či sociální péče). Přestože je tedy strategie širou využívána a diskutována, nebyla podle našeho názoru dosud dostatečně široce prezentována vůči naší geriatrické a gerontologické obci, takže zatím je ze strany geriatrických pracovišť relativně málo využívána. Tuto chybu se snažíme napravit, a dovolujeme si vám nyní předložit Strategii P-PA-IA v mírně revidované verzi (tyká se zejména péče orientované na člověka, podávání antipsychotik a zohlednění některých legislativních změn). Strategie P-PA-IA je stále otevřená diskusi a změnám tak, aby odpovídala vývoji zdravotní i sociální péče o osoby s demencí a požadavkům na udržení co nejvyšší kvality života s tímto postižením.

KLÍČOVÁ SLOVA

demence – Alzheimerova choroba – kvalita péče – certifikace – strategie péče – P-PA-IA

SUMMARY

The P-PA-IA strategy of Czech Alzheimer Society. Czech Alzheimer Society (CALS) published in 2006 its strategy „P-PA-IA“[®], „care and support of persons suffering from dementia“ according to needs of patients in different stages of dementia. This strategy is based on broad discussion of professionals and informal caregivers in CALS and on collaboration with other organisations and institutions interested in the care of this disadvantaged and frail group of persons. Later, the strategy was discussed also on the international level with Alzheimer Europe and international ELTECA (Exchange of Experience in Long-term Care) advisory board. In our country the input of Public Defender of Rights has been very important. Strategy P-PA-IA has been a base for indicators of quality of care of persons with dementia and for the system of quality certification of CALS „Vazka“ which has certified already more than 30 care providers in the field of health and social care. Despite the

fact that the strategy is widely used in practice, our gerontological and geriatric public has not been informed sufficiently. This fact might be a cause why the strategy is not used in geriatric practice. Therefore we are trying to improve this situation and to publish the slightly revised strategy P-PA-IA in the main Czech geriatric journal. Strategy P-PA-IA is opened for comments and its main aim is to improve quality of care and life of persons with dementia and their caregivers.

KEYWORDS

dementia – Alzheimer’s disease – quality of care – certification – strategy of care – P-PA-IA

ÚVOD

Demence je dlouhodobý postupně progredující stav, který vzniká v důsledku degenerativních onemocnění, vaskulárních a dalších poruch centrálního nervového systému⁽²⁾. Zpravidla prochází (v závislosti na příčině, která ji způsobuje) jednotlivými stadii funkčního postižení a potřeby péče⁽³⁾. Přes tuto charakteristiku a obvykle dlouhodobě nepříznivou prognózu onemocnění způsobujících demenci je možné adekvátní podporou, léčbou a péčí zachovat po dlouhou dobu uspokojivou kvalitu života jak lidí trpících syndromem demence, tak jejich rodinných příslušníků. Kvalita života člověka s demencí a jeho rodiny, zmírnění obtěžujících příznaků a podpora důstojnosti jsou cílem správného managementu demence.

Současné možnosti **farmakoterapie** umožňují omezit progresi onemocnění a po určitou dobu tak zachovat jak soběstačnost, tak dobrou kvalitu života. Správná farmakoterapie a titrace zejména kognitiv minimalizuje i problematické chování. Nedílnou součástí komplexní péče o lidi s demencí jsou také psychosociální intervence a **přístupy nefarmakologické**, které napomáhají k zachování kvality života a soběstačnosti i k prevenci a zmírnění poruch chování nemocného. Umožní také minimalizovat či eliminovat užití léků s tlumivým účinkem, zejména antipsychotik, která ohrožují pacienty závažnými nežádoucími účinky. Součástí nefarmakologického managementu je i zajištění adekvátního podpůrného a bezpečného prostředí⁽⁴⁾.

Východiskem k adekvátní podpoře a péči o osoby s demencí v jakékoli fázi onemocnění musí být vždy správné stanovení diagnózy, zjištění typu a stadia demence, vyhodnocení funkčního stavu a rozhodnutí o možné léčbě⁽⁵⁾.

Většina péče se odehrává v rodinném prostředí a je zajišťována rodinnými příslušníky, kteří potřebují jak finanční pomoc (v současné době příspěvek na péči), tak i další služby a **podporu**, aby mohli tuto důležitou roli co nejdéle vykonávat. Nezbytným východiskem je dostatek informací o onemocnění, službách, možnostech pomoci, příspěvku na péči a podobně⁽⁶⁾.

Pokud není možné poskytnout péči v rodině, je třeba zajistit takové služby, které budou odpovídat stavu a progresi onemocnění. Onemocnění vedoucí k demenci, zejména onemocnění degenerativní (např. Alzheimerova choroba) jsou onemocněními terminálními, tedy těmi, která zkracují a předčasně ukončují lidský život. Proto je třeba věnovat adekvátní pozornost i péči paliativní, kterou potřebují nemocní v pokročilých a zejména terminálních stádiích demence⁽⁷⁾.

Prostředí pro péči, vybavení a personální zajištění. Považujeme za důležité zdůraznit, že pokud je péče poskytována v zařízení, je třeba adekvátně přizpůsobit prostředí potřebám lidí s demencí a péči poskytovat prostřednictvím kvalifikovaného personálu, který je zaškolen v problematice demence. Prostředí, vybavení a personální obsazení jsou do značné míry komplementární – tam, kde prostředí či vybavení nevyhovuje, je třeba navýšit počet personálu.

Spolupráce s rodinou a podpora rodinných příslušníků je důležitá i tehdy, když člověk s demencí pobývá v denním stacionáři nebo v pobytovém zařízení, ať již krátkodobě či dlouhodobě. I tehdy představují rodinní příslušníci partnery pro péči. Komunikace s rodinou je stejně důležitá jako komunikace s člověkem s demencí. Poskytnutí informací a zaučení v péči je důležitou podmínkou její kontinuity a kvality. Blízcí člověka s demencí jsou nemocí postiženi také, i když jinak než samotný nemocný, a to v důsledku změn rodinných rolí

a kompetencí, finanční náročnosti péče i dalších problémů. Vzniká tak výrazná zátěž pečujících, která se zvyšuje zejména při poruchách chování souvisejících s demencí. Blízcí nemocného jsou tedy nejen partnery péče, ale zvláště při rozvoji problémového chování a zvyšující se náročnosti péče potřebují podporu a pomoc profesionálního týmu.

Zkratka P-PA-IA označuje jednotlivá stadia vývoje demence, která jsou spojena s nároky na péči a podporu. „P“ označuje první stadium, které vyžaduje zejména **podporu, psychologickou pomoc a poradenství**. „PA“ je zkratkou pro **programované aktivity**, které jsou potřebné zejména ve druhém stadiu. „IA“ označuje **individuální asistenci** nutnou ve třetím stadiu, tedy při pokročilé demenci. Poskytování jednotlivých typů péče vyplývá z potřeb lidí s demencí v jednotlivých fázích onemocnění.

A. STADIUM P-PA-IA 1: POČÍNÁJÍCÍ A MÍRNÁ DEMENCE

Toto stadium je charakterizováno relativní soběstačností, lidé v tomto stadiu demence potřebují určitý dohled a dopomoc, nikoli však nepřetržitě.

Na základě vyšetření (anamnéza, testy kognitivních funkcí, klinické a laboratorní vyšetření a zobrazovací vyšetření mozku) je stanovena diagnóza demence a pravděpodobného onemocnění, které ji způsobuje. Zpravidla je postižena paměť a další kognitivní funkce a více či méně se objevují u jednotlivých typů demence i nekognitivní příznaky (změněné chování, depresivita atd.).

Charakteristickým rysem této fáze demence je ještě relativní soběstačnost (s potřebou určité větší či menší dopomoci a služeb) a aktivita. Člověk může žít například po určitou část dne či týdne sám, postaruje mu, pokud je zajištěna pečovatelská služba či občasný dohled a dopomoc ze strany rodinných příslušníků, sousedů či přátel, telefonická konzultace, různé návody a upomínky, kterým rozumí, a podobně. Lidé zpravidla vnímají změny svého stavu a uvědomují si své obtíže, z čehož vzniká deprese a pocit nejistoty. Toto stadium odpovídá přibližně stupni 2 až 4 Reisbergovy škály.

Potřeby lidí ve stadiu 1

Potřeba správné a včasné diagnózy, zavedení adekvátní farmakoterapie, pokud je indikována, a seznámení s pravděpodobnou prognózou onemocnění. Sdělení diagnózy musí být věnována dostatečná pozornost a dostatek času ze strany lékaře. Lékař musí umět zodpovědět dotazy pacienta i rodinných příslušníků, kteří pacienta doprovázejí, a doporučit další postup (navazující služby – psychologa, sociálního pracovníka apod.).

Plánování budoucího postupu léčby a péče za pomoci lékaře (předem vyslovená přání). V této fázi onemocnění se může člověk trpící demencí rozhodnout o dalším postupu v případě progresu onemocnění. Měl by být natolik informován, aby mohl předem vyslovit svá přání ohledně další léčby a péče o svou osobu. Zvláště důležité je umožnit nemocnému i jeho relevantním blízkým zodpovězení otázek o pozdních fázích demence. Rozhodování o nutriční podpoře, léčbě komplikací či resuscitační péči může být velmi usnadněno institutem předem vyslovených přání. Aby k jejich vyslovení vůbec mohlo dojít, je třeba vzájemné důvěry a otevřené komunikace mezi ošetřujícím lékařem, člověkem s demencí a jeho blízkými. Paragraf 36 zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách doporučuje, aby dříve vyslovená přání měla

DOPORUČENÍ

písemnou formu a byla opatřena úředně ověřeným podpisem pacienta. Součástí dříve vysloveného přání by mělo být také písemně dokumentované poučení pacienta⁽⁸⁾.

Právní záležitosti. V této fázi by měl člověk s onemocněním způsobujícím demenci být natolik informován, aby mohl uspokojit záležitosti, které považuje za důležité, a přijmout rozhodnutí, jichž nebude schopen v dalších fázích onemocnění.

Podpora, psychologická pomoc, poradenství. Zjištění příčiny existujících problémů a diagnóza demence přináší pro člověka potřebu podpory a poradenství (například ze strany České Alzheimerovy společnosti), i profesionální psychologické pomoci. Základem této pomoci je sdílení problémů, podpora při zachování sociálních rolí a začlenění člověka s počínající demencí do života společnosti, trénink kognitivních funkcí a další formy podpory zdraví (zdravá a chutná strava, pohyb).

B. STADIUM P-PA-IA 2: STŘEDNĚ POKROČILÁ A ROZVINUTÁ DEMENCE

Toto stadium syndromu demence odpovídá možnosti a potřebě poskytování péče v denních stacionářích či pobytových zařízeních sociálních služeb. Jde o období, které trvá například u Alzheimerovy choroby 2-10 let a je provázeno omezenou soběstačností, dezorientací, potřebou pomoci v jednotlivých denních aktivitách a potřebou trvalého dohledu. Lidé jsou schopni vykonávat různé aktivity, zejména ty, které vykonávali rutinně po celý život, kvalita jejich života je v mnoha ohledech dobrá či velmi dobrá, radují se z určitých činností, situací či skutečností, které vnímají a prožívají, více či méně uspokojivě komunikují. Tito lidé se obvykle rádi zapojují do smysluplného denního programu a profitují z něj. Zpravidla se u nich nevyskytují (či jsou zvládnutelné a přechodné) závažné poruchy chování (neklid, agitovanost, odpor k péči atd.) či jiné psychiatrické symptomy (halucinace). U lidí s demencí se velmi zřídka vyskytuje spontánní agresivita, mnohem spíše se jedná o obrannou reakci na určitou situaci, kterou vnímají jako nesrozumitelnou, nepřijemnou či dokonce ohrožující, reakce může být vyvolána či potencována diskomfortem způsobeným například ošetrovatelskou manipulací, nevládnutou bolestí a podobně⁽⁹⁾. Brání se péči v důsledku nepochopení. Toto stadium odpovídá stadiu 4-5 Reisbergovy škály.

K pobytu člověka s demencí v zařízení nesmí dojít bez jeho souhlasu, který vyjádří svým podpisem (souhlas s hospitalizací, podpis smlouvy o poskytování sociálních služeb). Souhlas by se měl projevit i v chování člověka, v jeho spolupráci. Tomu napomáhá pečlivá příprava přechodu do zařízení (plánování přechodu v interdisciplinárním týmu – lékař, komunitní sestra, sociální pracovník, psycholog, rodina), komunikační dovednosti a neustálé získávání důvěry člověka s demencí. Takto postupujeme i v případě, že osoba má svého zákonného zástupce (opatrovníka). Podrobněji upravuje proces jednání se zájemcem o službu a uzavírání smlouvy o poskytování služeb zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, ten však neřeší situaci, kdy člověk s demencí odmítá odchod do pobytové služby či jinou sociální službu nebo domácí péči. Jde o velmi složité situace, které je třeba individuálně řešit ve spolupráci lékaře/ů, rodiny, sociálního pracovníka, sociální služby⁽¹⁰⁾. Tzv. poruchy chování osob s demencí v pobytových zařízeních bývají často projevem nesouhlasu s pobytem. Lze jim předcházet kvalitou poskytované péče, přístupem orientovaným na člověka⁽¹¹⁾.

V případě, že je hospitalizace člověka s demencí nezbytně nutná a nemocný s ní nesouhlasí při příjmu nebo kdykoli později, je třeba situaci řešit dle platných právních předpisů (tzv. detenční řízení ve zdravotnických zařízeních, § 38-40 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách – hospitalizace pacienta a poskytování zdravotních služeb bez souhlasu a použití omezovacích prostředků).

Lidé v této fázi demence profitují z pravidelného a strukturovaného denního rytmu a zapojování do činností podle jejich individuálních možností. Zavedení tohoto pravidelného a strukturovaného programu vede k vytvoření určitého řádu v péči, který jim přináší užitek: zaujetí smysluplnými činnostmi, podporu zachovalých schopností a soběstačností, kvalitu života a podporu důstojnosti, zachování normálního diurnálního rytmu, kdy je den naplněn aktivitami a noc slouží odpočinku. Pravidelná a předvídatelná struktura dne, zachování přirozeného, normálního denního rytmu a tomu odpovídající nabídka činností pro člověka s demencí jsou užitečné i pro pečující rodinné příslušníky, kterým umožní poskytovat péči v domácím prostředí co nejdéle⁽⁸⁾.

V ústavních zařízeních jsou programy aktivit součástí trvalé péče o lidi s demencí, které umožňují zapojit více lidí najednou. Denní aktivity tvoří základ pravidelné struktury všedního dne, která směřuje k vytvoření předpokladů pro zachování co nejkvalitnějšího nočního odpočinku pro všechny obyvatele.

Přestože se v dalším textu budeme zabývat činnostmi a strukturou dne v pobytových zařízeních, považujeme za nutné zdůraznit, že péče by měla být orientovaná na každého jednotlivého člověka s demencí a zajištění jeho potřeb, nikoli na výkon oddělení (tedy maximalizaci nabídky různých činností). Jednotlivé činnosti a strukturu každého dne chápeme jako prostředek ke zlepšení kvality života lidí, nikoli jako cíl péče⁽¹²⁾.

Programované aktivity představují takové aktivity, které naplňují den člověka jednotlivými činnostmi se zřetelem na zachování jeho soběstačnosti. Jde zejména o sebeobslužné činnosti (ranní a večerní toaletu, pravidelné stolování) a další aktivity, které zlepšují kvalitu jeho života a vytvářejí náplň dne. Patří sem také nefarmakologické přístupy a psychosociální intervence, u nichž lze důvodně na základě množících se vědeckých důkazů očekávat pozitivní efekt na zachování soběstačnosti, fyzické kondice i prevenci poruch chování (kinezioterapie, vycházky, kognitivní rehabilitace, senzomotorická stimulace, reminiscence a podobně).

Jídlo a stolování představují významné mezníky dne, příjemný zážitek, příležitost ke společné činnosti a interakci. Příprava i podávání jídla je zapotřebí věnovat dostatečnou pozornost, individualizovat je podle preferencí a možností člověka, podporovat tak jeho soběstačnost a důstojnost i způsobem, jak je jídlo podáváno. Kromě zajištění dostatečné nutriční má jídlo ještě mnoho dalších osobních, společenských i kulturních významů. Tomu by měla odpovídat pozornost, kterou budeme jídlu v rámci péče o lidi s demencí věnovat. Výše uvedené činnosti mohou probíhat také v denních stacionářích, kam lidé s demencí denně přicházejí nebo přijíždějí za doprovodu svých blízkých či profesionálních pečujících. Při poskytování služeb v zařízení považujeme za nutné adekvátní prostředí pro péči (podobné domácímu prostředí), technické vybavení a pomůcky a adekvátní personální obsazení (podrobněji viz Doporučení ČALS a Podklady pro certifikaci Vážka).

Prostory. Společenská místnost, kde se společně aktivity uskutečňují, by měla být zařízena tak, aby lidem s demencí připomínala domácnost. Za účelné považujeme:

- aby tu bylo drobné „kuchyňské“ vybavení umožňující přípravu kávy, společnou přípravu na stolování apod.
- důležitá je dostupnost a dostatečná prostornost toalet
- tišší zákoutí na odpočinek (nikoli lůžka, spíše křesla)
- společný prostor pro vykonávání jednotlivých aktivit včetně cvičení, tance, aktivit v kruhu na židlích apod.

Pomůcky. Pro jednotlivé aktivity je zapotřebí mít k dispozici některé pomůcky, například „Sadu pro kognitivní trénink“, pomůcky na kreslení, „hudební nástroje“, kuchyňské či drobné domácí náčiní, reminiscenční podněty (fotografie, staré módní časopisy, pohlednice, kuchařky, hudební nahrávky, gramofon) apod., podle preferencí lidí s demencí i zaměření a možností jednotlivých pracovišť a jejich odborných pracovníků.

Není rozhodující, jaké aktivity program dne naplní, důležité však je, aby byly blízké lidem s demencí, aby vycházely z jejich dřívějších zájmů, aby je bavily, podporovaly jejich důstojnost a aby byla vhodně kombinována aktivita duševní a fyzická. Velmi důležité je vycházet při aktivitách z životních příběhů a zkušeností lidí, podporovat jejich identitu a kontinuitu jejich života a přispívat tak k jejich sebeúctě, posilovat jejich důstojnost. Není třeba a v mnoha případech ani není vhodné a účelné, vytvářet složité a nákladné aktivity. Pro udržení soběstačnosti i podporu sebeúcty osob s demencí mají význam zejména běžné každodenní činnosti, které vykonávaly v běžném životě, střídání činností v zařízení s pobytem venku. Důležité je věnovat dostatečnou pozornost spíše „obvyčejným“ úkonům, jako je podpora soběstačnosti při hygieně, včetně režimové podpory kontinence, samostatné oblékání, podpora soběstačnosti při jídle, stolování, pomoc při prostírání a úpravě stolu, příprava kávy, umytí hrnečku, uklizení drobného nádobí na jeho místo a podobně. Tyto a další běžné každodenní činnosti vytvářejí rámec normálního dne, oporu, rituál a pocit jistoty. Pokud v nich osoby s demencí (pacienti a klienty) podporujeme, správně je vedeme, hovoříme s nimi a poskytneme jim dostatek času, vytváříme tím potřebný základ pro péči a komunikaci. Ostatní činnosti (výtvarné, hudební a další) tvoří jakousi nadstavbu této péče a adekvátní efekt mají zpravidla pouze v těch případech, kdy je zajištěna struktura základních, běžných, každodenních aktivit. Smyslem těchto kreativních činností by mělo být uklidnění, pohoda a radostné vyladění, nikoli vlastní výkon či produkt.

Personální vybavení. Péče je poskytována prostřednictvím pracovníků obeznámených se syndromem demence, jejich počet odpovídá potřebám lidí s demencí. Jednotlivé skupiny by neměly být větší než 15 osob, pokud je v zařízení více lidí v této fázi demence, je zapotřebí vytvořit více skupin⁽¹⁴⁾. Jedné skupině by se měli věnovat nejméně 2 pracovníci (pracovníci v sociálních službách či speciálně zaškolení sanitáři). To znamená, že pokud mají lidé s demencí zvláštní potřeby, je třeba jim pomáhat při jídle a podobně, je nutné počet personálu podle těchto potřeb navýšit (například v době podávání jídla, při ranní hygieně apod.). Pokud je skupina větší, je účelné jí podle povahy aktivit rozdělit a množství pracovníků zvýšit o 1 na každých 5-8 dalších osob. Pokud lidé s demencí v zařízení setrvávají i v noci, je třeba zajistit nepřetržitou přítomnost školeného personálu.

Kvalifikace: péče o lidi ve stadiu P-PA-IA 2 může být poskytována v denních i pobytových zařízeních sociálních služeb,

kde pracují kvalifikovaní pracovníci v sociálních službách zaškolení v problematice péče o osoby s demencí.

Pracoviště by mělo mít k dispozici zdravotní sestru na volání (sestru domácí péče, pokud se jedná o komunitní zařízení, sestru z jiného oddělení, pokud se jedná o součást ústavního zařízení).

Rozsah znalostí a dovedností. Pracovníci jsou obeznámeni se syndromem demence a nejčastějšími onemocněními, která jej způsobují, s příznaky demence, psychosociálními intervencemi a nefarmakologickými přístupy. Jejich dovednosti zahrnují praktické provádění péče orientované na potřeby jednotlivých uživatelů služeb, validační přístup, znalost životního příběhu člověka s demencí a schopnost jej využít v péči, podporu důstojnosti, schopnost komunikace s lidmi s demencí.

Vybavení pobytových zařízení. Především lidé žijící dlouhodobě v pobytovém zařízení by měli mít možnost svého soukromí, a to nejlépe v jedolůžkových pokojích. Praxe většiny zařízení je však v současnosti jiná, proto za důležité považujeme zajištění soukromí alespoň při hygieně, toaletě nebo v průběhu návštěv. Nově vznikající zařízení pro dlouhodobý pobyt lidí s demencí by však měla být bezpodmínečně řešena tak, aby jim poskytovala soukromí. Oddělení či zařízení má být přehledné, lidé s demencí mají vidět na pečující personál a také tyto pracovníci mají mít o nich přehled (podrobněji viz Doporučení ČALS).

RESPEKTOVÁNÍ PRÁV A DŮSTOJNOSTI, ZAJIŠTĚNÍ BEZPEČÍ

Jedná se o klíčové důležité aspekty v péči o lidi s demencí. Součástí podpory důstojnosti je adekvátní oslovení „pane, paní“, titulem, profesním oslovením, případně jak si člověk přeje⁽¹⁵⁾.

Oblékání. Klade se důraz na to, aby se lidé v této fázi onemocnění oblékali obvyklým způsobem (tedy noční oblečení pouze v noci a ve dne civilní oblečení denní, eventuálně oblečení adekvátní prováděným činnostem).

Chráněné prostředí. Vytvoření chráněného prostředí považujeme vzhledem k charakteru nemoci (doprovází ji dezorientace, lidé jsou ohroženi zabloucením i ve známém prostředí) za nezbytné. Lidé postižení demencí by měli pobývat společně s těmi, kteří o ně pečují, v prostoru, který je chráněn před jejich nepozorovaným odchodem.

Chráněné prostředí mohou podle našeho názoru vytvářet rovnocenné technické prostředky – signalizace odchodu, číselné kódy nebo uzamčení oddělení zevnitř (uzamčení číselným kódem je pro člověka s demencí stejně neprostupným jako uzamčení na klíč). Nicméně zdůrazňujeme, že v tomto chráněném prostředí musí pobývat lidé s demencí **společně** s pečujícími personálem. V žádném případě nepovažujeme za možné, aby byli lidé s demencí uzamykáni či uzavíráni v prostoru či místnosti sami a bez dohledu a podpory pečujících⁽¹⁶⁾.

Omezovací prostředky (farmakologické, zejména bez indikace lékaře, a mechanické omezování, kurty, fixace v lůžku či na židli, tzv. bezpečné místnosti či zamykání pacientů v prostorech bez dohledu personálu, síťová a klecová lůžka) **v těchto zařízeních či na těchto odděleních nelze používat, s výjimkou danou zákonem**^(15, 16, 17, 18).

Chráněné prostředí, kde je přítomen personál společně s lidmi s demencí a kde je k dispozici přiměřené strukturování dne a programování aktivit, nepovažujeme za omezovací prostředky.

DOPORUČENÍ

Poruchy chování. Pokud se vyskytnou situace, které nebyly zvládnuty nefarmakologickým přístupem a zejména kdy člověk s demencí ohrožuje sebe a své okolí svým chováním, je třeba tyto situace řešit prostřednictvím (přivoláním) kvalifikovaného zdravotnického pracovníka (samostatně pracující sestry), který bude analyzovat příčinu stavu a eventuálně přivolat lékaře. Medikaci lze aplikovat výhradně a v každém jednotlivém případě pouze na základě vyšetření a indikace lékaře. Pokud se tyto stavy u člověka s demencí opakují, jedná se o stadium P-PA-IA 3 a je třeba zajistit adekvátní péči odpovídající tomuto stadiu demence.

C. STADIUM P-PA-IA 3: TĚŽKÁ DEMENCE, dále demence komplikovaná poruchami chování či somatickými problémy a stadium terminální s potřebou zajištění zdravotní (zdravotně-sociální), dlouhodobé péče (long-term care) a péče paliativní
Jedná se o stadium pokročilé a těžké demence a o ty formy demence, které jsou komplikovány poruchami chování (6 a 7 stadium Reisbergovy škály).

Lidé s demencí v této fázi profitují z individualizované asistence a z aktivit individualizovaných podle jejich potřeb, protože jejich stav pokročil již natolik, že se na režimu programovaných aktivit již pro ně není přínosná, naopak je příliš zatěžující a způsobuje diskomfort. Onemocnění, které je příčinou demence, pokročilo již natolik, že tyto lidé profitují spíše ze šetrné individualizované péče a asistence při sebeobslužných aktivitách, kterých jsou ještě schopni. V této fázi syndrom demence dochází k výraznému omezení verbální komunikace, což klade nároky na schopnost personálu navázat s člověkem s demencí kontakt, komunikovat s ním nonverbálně a umět mu porozumět. Dále je třeba umět kvalifikovaně analyzovat příčiny problematického chování, které může být způsobeno somatickou poruchou (bolest, diskomfort, dehydratace, zácpa, retence moči atd.). Dochází k omezení mobility, takže je třeba šetrně a kvalifikovaně rehabilitovat, eventuálně pacienta adekvátně polohovat a zajistit tak prevenci bolestivých kontraktur, užitečná je též bazální stimulace. Vzhledem k častým poruchám polykání je třeba ošetrovatelské péče zajišťující adekvátní příjem potravy, výživu a hydrataci. Varujeme před nadužíváním PEG stejně tak jako permanentních katétrů a dalších „medicínských postupů“, které ve svých důsledcích mohou zhoršovat či zhoršují komfort pacientů.

Nicméně i pro lidi v tomto stadiu demence může být užitečné se do denních aktivit zapojovat, nebo jim být přítomní, a to vždy tehdy, když s tím souhlasí a když z nich profitují.

Z výše uvedeného popisu problematiky tohoto stadia demence je zřejmé, že péči v zařízení nelze zajistit jinak než za trvalé (24hodinové) přítomnosti (v noci dostupnosti) kvalifikovaného zdravotnického pracovníka (samostatně pracující sestry zaškolených v problematice demencí), nutné je zajistit též dostupnost lékaře.

Pobyt v zařízení poskytujícím péči o osoby v tomto stadiu demence může být i v tomto případě jedině dobrovolný. Souhlas je zpravidla vyjádřen chováním člověka, svědčícím o jeho spokojenosti, které je dokumentováno zápisy v dokumentaci. Pokud se jedná o hospitalizaci, se kterou člověk s demencí nesouhlasí (vyjadřuje nesouhlas svým chováním) nebo se jedná o takový stupeň demence, kdy po přijetí není ani možné usoudit z chování pacienta, zda s pobytem ve zdravotnickém zařízení souhlasí, a pokud je pobyt s ohledem

na jeho zdravotní stav nutný (ohrožuje sebe nebo své okolí a podobně) je neprodleným oznámením soudu zahájeno tzv. detenční řízení. Postup je stejný jako v případě P-PA-IA 2 (viz příslušná pasáž – § 38–40 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách).

Kompetence pracovníků. Při poskytování služeb ve stadiu P-PA-IA 3 jsou pracovníci na všech úrovních podle svých kompetencí obeznámeni s problematikou demencí, jejich příčinami a příznaky, komplikacemi, možnostmi psychosociálních intervencí, nefarmakologickými přístupy. Musí umět komunikovat s lidmi s demencí a uplatňovat validaci, a to s ohledem na naplňování principů péče orientované na člověka a podporu důstojnosti.

Jsou zaškoleni v péči o lidi s těžkými formami demence včetně principů paliativní péče. Zdravotní sestry umějí identifikovat zhoršení stavu člověka s demencí, hodnotit bolest, řešit komplikace v mezích svých kompetencí a rozhodnout o přivolání lékaře.

RESPEKTOVÁNÍ PRÁV A DŮSTOJNOSTI, ZAJIŠTĚNÍ BEZPEČÍ

Jedná se o klíčové důležité aspekty v péči o lidi s demencí. Součástí podpory důstojnosti je adekvátní oslovování (nejlépe oslovení, na které člověk příznivě reaguje, dohodnuté se zákonným zástupcem či blízkou osobou, v žádném případě oslovení ponižující či infantilizující) a vyloučení psychosociálních malignit (ignorování, infantilizace, zpředměťování, zesměšňování, zneschopňování aj.).

Oblékání. Adekvátní oblékání podporuje důstojnost člověka s demencí. Netváme na zcela civilním oblečení, vhodné jsou například pohodlné „sportovní“ či domácí obleky, které neomezují pacienty v pohybu a snadno se udržují. Noční oblečení je vhodné pouze v noci nebo v situacích, kdy je člověk nemocen a setrvává na lůžku, tyto situace bychom však měli minimalizovat. Naprosto se nelze smířit s oblékáním osob s demencí do prádla typu „anděl“ (pokud se nejedná o závažné zdravotní důvody), denním oblékáním do uniformních košilí či županů. Jednoznačně preferujeme vlastní či individualizované oblečení, vyvarujeme se nevhodných označení.

Chráněné prostředí. Vytvoření chráněného prostředí považujeme za nezbytné (viz P-PA-IA 2). Nicméně i zde zdůrazňujeme, že v tomto prostředí musí pobývat lidé s demencí společně s pečujícími personálem. **V žádném případě nepovažujeme za možné, aby byli lidé s demencí uzamykáni či uzavíráni v prostoru sami bez dohledu a podpory personálu.**

Omezovací prostředky. Jakékoli omezovací prostředky lze použít pouze na základě vyšetření a předpisu lékaře, a to v každém individuálním případě (každé omezení u každého člověka s demencí). Toto omezení musí být řádně dokumentováno. Pokud je omezení použito, je třeba zajistit počet personálu tak, aby člověk s demencí, který je omezen, byl nepřetržitě sledován po dobu omezení, a to až do odeznění problémového chování (viz Doporučení Alzheimer Europe i Doporučení ČALS).

Za omezení nepovažujeme postraníce na lůžku v době spánku lidí s demencí, pokud jsou náchylní k pádům z postele. V takovém případě je však třeba vysledovat chvíli, kdy se člověk s demencí budí a kdy by mohl přepadnout přes postraníci z výšky vyšší, než je postel, a postraníci odstranit. Za omezení také nepovažujeme uzavření celého prostoru pro

pěči (chráněné prostředí), ve kterém pobývají lidé s demencí společně s pečujícím personálem.

Poruchy chování. Poruchám chování lidí s demencí je třeba předcházet prostřednictvím nefarmakologických metod, psychosociálních intervencí a vhodnou úpravou prostředí. Pokud se vyskytnou situace, kdy člověk s demencí ohrožuje sebe a své okolí svým chováním (a situace nebyla zvládnuta nefarmakologickými přístupy), je třeba tyto situace řešit prostřednictvím kvalifikovaného zdravotnického pracovníka (samostatně pracující sestry), který bude analyzovat příčinu stavu (příčinou může být zácpa, retence, bolest, dehydratace atd.) a eventuálně přivolá lékaře. Medikaci lze podat výhradně na základě vyšetření a indikace lékaře. Pokud ošetřující lékař volí některé z antipsychotik, musí mít na paměti, že tyto léky je zapotřebí podávat pouze po nezbytné nutnou dobu v co nejmenší dávce, neboť v současnosti existují přesvědčivé vědecké důkazy, které potvrzují riziko této medikace zejména při dlouhodobém podávání (více než 4-6 týdnů).

Aktivita. Lidé v těžkém stavu pokud možno nebudíme k dennímu režimu, nicméně po probuzení provedeme denní toaletu (pokud není vhodné ji u daného pacienta provádět v jinou dobu), podle možnosti je převlékneme, posadíme do křesla či polohujeme. Nicméně i v zařízení na úrovni P-PA-IA 3 je program aktivit vytvořen pro osoby s demencí, které z něj mohou profitovat a budou se na něm podílet. Neznamená to tedy, že v tomto zařízení budou všichni lidé v posteli či v křesle u postele. A naopak nebudou ani všichni ve společenské místnosti, protože jejich program bude přizpůsoben jejich potřebám a velmi pravděpodobně bude v každou denní dobu někdo setrávat na lůžku či u něj, někdo bude sám a někdo se bude podílet na denních aktivitách. Respektujeme vůli těchto lidí se na aktivitách nepodílet.

Jídlo a stolování. U osob s těžkou demencí je zapotřebí přizpůsobit jídlo tak, aby se mohli sami dobře najíst třeba i rukama (finger food – jídlo, které se jí rukama), zajistit eventuálně asistenci při jídle s ohledem na komfort a pohodu v jeho průběhu a zachování kontroly člověka nad situací. Je nutné též přizpůsobit konzistenci jídla (měkká strava, zahuštěný nápoj) tak, aby je bylo možné snadno polykat, ale aby zachovávalo estetické a chuťové hodnoty. Dostatečná pozornost věnovaná jídlu je jednak nezbytným předpokladem pro zachování dobrého nutričního stavu a hydratace člověka, ale také kvality jeho života navzdory demenci.

D. TERMINÁLNÍ STADIUM

U terminálního stadia jde o prognózu v měsících, v případě terminálního stavu je prognóza dny až týdny. Demence je stavem zkracujícím život a onemocnění, která jí způsobují, jsou zpravidla terminální. Terminální stadium u demence trvá několik měsíců (většinou se za něj považuje poslední rok života) a přechází dle typu demence a komplikací plynule či náhle v terminální stav s prognózou v týdnech. Kvalita života v této fázi je závislá především na kvalitě ošetrovatelské a lékařské péče. Toto stadium je charakterizováno tím, že člověk postupně ztrácí schopnost komunikovat a být v kontaktu s okolím, komunikace je omezena na minimum stejně jako mobilita, došlo k úbytku svalstva, člověk omezuje příjem potravy a tekutin, jsou přítomny poruchy polykání, úplná inkontinence, další somatická symptomatologie. Pacient často trpí bolestí v důsledku kontraktur, nepohodlné polohy i v důsledku somatických

poruch. V tomto stadiu choroby je velmi důležitá ošetrovatelská péče, paliativní péče a podpora blízkých, k zajištění důstojného umírání.

Paliativní péče a péče o ošetrovatelsky náročné pacienty s demencí se od výše uvedené péče na úrovni P-PA-IA 3 liší právě potřebou vyššího počtu kvalifikovaného zdravotnického i pečovatelského personálu, každodenní dostupností lékařské péče (systém paliativní a hospicové péče v zařízeních zdravotních i sociálních služeb).

Paliativní péče má jednoznačně charakter kvalifikované zdravotní péče, důraz je kladen na zajištění komfortu, sledování a dostatečné zvládnutí trýznivých příznaků, zejména bolestí.

Výše uvedená strategie P-PA-IA je východiskem pro doporučení České Alzheimerovy společnosti k péči o osoby s demencí ve zdravotních i sociálních službách. Tato doporučení stejně tak jako další strategické materiály České Alzheimerovy společnosti a Alzheimer Europe jsou průběžně publikována na webových stránkách ČALS: www.alzheimer.cz.

Literatura

1. Strategie České Alzheimerovy společnosti P-PA-IA, podpora a péče lidem postiženým syndromem demence, Praha, ČALS, 2006; (online) dostupné na www.alzheimer.cz.
2. Holmerová I, Jarolímová E, Suchá J: Péče o pacienty s kognitivní poruchou. Praha: Pro Gerontologické centrum vydalo EV public relations, 2007.
3. Reisberg B, Ferris SH, de Leon MJ et al.: The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. *The American Journal of Psychiatry* Vol 139(9), Sep 1982, 1136-1139.
4. Volicer L, Hurley C: Review Article: Management of Behavioral Symptoms in Progressive Degenerative Dementias. *The Journals of Gerontology, Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 2003; 58:9: M837-M845.
5. Brooker D: Person-Centred Dementia Care. Making Services Better. London: Jessica Kingsley Publishers 2007.
6. Zgola J: Úspěšná péče o člověka s demencí. Praha, Grada 2003.
7. der Steen, JT et al.: White paper defining optimal palliative care in older people with dementia: A Delphi study and recommendations from the European Association for Palliative Care. *Palliative medicine* 2013. (published online 4 July 2013).
8. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách.
9. Volicer L, Bass EA, Luther SL: Agitation and resistiveness to care are two separate behavioral syndromes of dementia. *Journal of the American Medical Directors Association* 2007; 8:8: 527-532.
10. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.
11. Volicer L, van der Steen, JT et al.: Modifiable factors related to abusive behaviors in nursing home residents with dementia. *Journal of the American Medical Directors Association* 2009; 10:9: 617-622.
12. Kitwood T: Dementia Reconsidered. Buckingham: Open University Press 1997.
13. Doporučení ČALS k personálnímu vybavení – Podklady pro certifikaci Vážka, (online) dostupné na www.alzheimer.cz.
14. Zprávy veřejného ochránce práv o péči v zařízeních sociálních služeb pro seniory 2007 (od roku 2007) konkrétně (online), dostupné na www.ochrance.cz.
15. Doporučení Alzheimer Europe k použití omezovacích prostředků u péči o pacienty s demencí. In: Madridský plán a jiné strategické dokumenty. Gerontologické centrum, Praha 2007, dostupné na www.alzheimer.cz/res/data/000062.pdf.
16. The American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *J Am Geriatr Soc* 2012; 60(4): 616-631.
17. Hamilton HJ, Gallagher PF, O'Mahony D: Inappropriate prescribing and adverse drug events in older people. *BMC Geriatrics* 2009; 9:5.

DOPORUČENÍ

78. Gallagher, P et al.: STOPP (screening tool of older person's prescriptions) and START (screening tool to alert doctors to right treatment). Consensus validation. *International journal of clinical pharmacology and therapeutics* 2008; 46.2: 72-83.

Geriatr a Gerontol 2013; 3: 158-164

doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.,
Nina Baláčková,
MUDr. Michaela Baumanová,
Mgr. et Mgr. Lucie Hájková,
Mgr. Dana Hradcová, Pavla Hýblová,
PhDr. Hana Janečková, Ph.D.
PhDr. Eva Jarolímová,
MUDr. Ladislav Kabelka, Ph.D.,
Mgr. Martina Mátlová
Helena Nováková, Mgr. Jitka Suchá, ,
Martina Súsová, MUDr. Hana Vaňková,
Dr. Petr Veleta M.A., Mgr. Petr Wija, Ph.D.
Česká alzheimerovská společnost

Iva Holmerová

e-mail: iva.holmerova@gerontocentrum.cz




Od roku 1992 působí jako ředitelka Gerontologického centra Praha 8. Je docentkou Fakulty humanitních studií UK, Ph.D. získala v sociální gerontologii, postgraduální specializaci ve veřejném zdravotnictví, všeobecném lékařství a geriatрии. V letech 2007-2008 byla členkou skupiny pro paliativní péči (Alzheimer Europe), od roku 2008 je členkou výboru Alzheimer Europe, od roku 2011 jeho místopředsedkyní. V letech 2007-2011 byla předsedkyní České gerontologické a geriatrické společnosti ČLS JEP a členkou výboru IAGG, od roku 2011 je místopředsedkyní ČGGS a plnou členkou EUGMS. Od roku 2011 vede výzkumný tým Centra pro studia dlouhověkosti a dlouhodobé péče (CELLO) při FHS UK. Dále je spoluzakladatelkou (od r. 1997) a předsedkyní České alzheimerovské společnosti. Publikuje v oblasti problematiky demence, geriatрии, dlouhodobé péče a poskytování a organizace zdravotních a sociálních služeb pro seniory.

Zdroj: <http://www.alzheimer.cz/res/data/000136.pdf>

Příloha C – MMSE

Test kognitivních funkcí-Mini Mental State Exam (MMSE)

| Oblast hodnocení: | Max.skóre: |
|--|---|
| <p>1. Orientace:</p> <p>Položte nemocnému 10 otázek. Za každou správnou odpověď započítejte 1 bod.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Který je teď rok? - Které je roční období? - Můžete mi říci dnešní datum? - Který je den v týdnu? - Který je teď měsíc? - Ve kterém jsme státě? - Ve které jsme zemi? - Ve kterém jsme městě? - Jak se jmenuje tato nemocnice?(toto oddělení?,tato ordinace?) - Ve kterém jsme poschodí?(pokoji?) | <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> |
| <p>2. Paměť:</p> <p>Vyšetřující jmenuje 3 libovolné předměty (nejlépe z pokoje pacienta-například židle, okno, tužka)a vyzve pacienta, aby je opakoval. Za každou správnou odpověď je dán 1 bod</p> | 3 |
| <p>3. Pozornost a počítání:</p> <p>Nemocný je vyzván, aby odečítal 7 od čísla 100, a to 5 krát po sobě. Za každou správnou odpověď je 1 bod.</p> | 5 |
| <p>4. Krátkodobá paměť (=výbavnost):</p> <p>Úkol zopakovat 3 dříve jmenovaných předmětů (viz bod 2.)</p> | 3 |
| <p>5. Řeč,komunikace a konstrukční schopnosti: (správná odpověď nebo splnění úkolů = 1 bod)</p> <p>Ukažte nemocnému dva předměty (př.tužka,hodinky) a vyzvěte ho aby je pojmenoval. Vyzvěte nemocného, aby po vás opakoval:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Žádná ale - Jestliže - Kdyby <p>Dejte nemocnému třístupňový příkaz: „Vezměte papír do pravé ruky, přeložte ho na půl a položte jej na podlahu.“ Dejte nemocnému přečíst papír s nápisem „Zavřete oči“. Vyzvěte nemocného, aby napsal smysluplnou větu (obsahující podmět a přísudek), která dává smysl) Vyzvěte nemocného, aby na zvláštní papír nakreslil obrazec podle předlohy. 1 bod jsou-li zachovány všechny úhly a protnutí vytváří čtyřúhelník.</p> | <p>2</p> <p>1</p> <p>3</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> |
|  | |
| <p>Hodnocení:</p> <p>00 – 10 bodů těžká kognitivní porucha 11 – 20 bodů středně těžká kognitivní porucha 21 – 23 bodů lehká kognitivní porucha 24 – 30 bodů pásmo normálu</p> | |

Zdroj: <http://ddalbrechtice.cz/data/ext-21.pdf>

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U NEMOCNÉHO S DEMENCÍ

Kristýna Janáková

Jazykové vymezení: čeština, angličtina

Klíčová slova: demence – dementia, Alzheimerova choroba – Alzheimer’s disease, kognitivní porucha – cognitive impairment, ošetrovatelská péče – nursing care, komunikace- communication

Časové vymezení: 2005–2015

Druhy dokumentů: knihy, články, abstrakta, kvalifikační práce, elektronické zdroje

Počet záznamů:

- České zdroje: 178 záznamů/plné texty: 40
- Zahraniční zdroje: 26 záznamů/39 plné texty (39 MEDLINE)

Použitý citační styl: Harvardský, ČSN ISO 690-2:2011 (česká verze mezinárodních norem pro tvorbu citací tradičních a elektronických dokumentů)

Základní prameny:

- Katalog Národní lékařské knihovny (www.medvik.cz)
- Vysoká škola zdravotnická (www.vszdrav.cz)
- Databáze vysokoškolských prací (www.theses.cz)

Příloha E – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem Ošetrovatelský proces u nemocného s demencí

v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne 21. 3. 2016

.....

Kristýna Janáková