

Univerzita Karlova v Praze

3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetrovatelství



Radka Hovorková

Ošetrovatelská péče o pacientku s Alzheimerovou
chorobou v domácí péči

*Nursing care of a patient with Alzheimer's disease in
home care*

Bakalářská práce

Praha 2013

Autor práce: Radka Hovorková

Studijní program: Ošetřovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: **Mgr. Milena Vaňková**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetřovatelství 3. LF UK**

Odborný konzultant: MUDr. Jana Vošahlíková

Pracoviště odborného konzultanta:

Neurologická ambulance - Poliklinika Ukrajinská Praha 10

Rok obhajoby: 2013

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Prohlašuji, že odevzdaná tištěná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do Studijního informačního systému – SIS 3. LF UK jsou totožné.

V Praze dne

Radka Hovorková

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Mileně Vaňkové za podněty, připomínky a cenné rady při zpracování mé práce. MUDr. Janě Vošahlíkové za odbornou pomoc při zpracování klinické části této práce.

1 Obsah

2	Úvod.....	7
3	Základní historické údaje o demenci.....	8
4	Klinická část bakalářské práce	9
4.1	Údaje o anatomii nervového systému.....	9
4.2	Fyziologie a patofyziologie nervové soustavy	16
4.3	Etiologie Alzheimerovy demence	21
4.4	Kognitivní funkce	22
4.4.1	Paměť	23
4.4.2	Demence.....	24
4.5	Alzheimerova choroba.....	25
4.5.1	První stádium Alzheimerovy choroby.....	26
4.5.2	Druhé stádium Alzheimerovy choroby	26
4.5.3	Třetí stádium Alzheimerovy choroby.....	26
4.5.4	Alzheimerova demence s časným počátkem	27
4.5.5	Alzheimerova demence s pozdním počátkem.....	27
4.6	Diagnostické metody	28
4.6.1	Vyšetření kognitivních funkcí.....	28
4.6.2	Hodnocení denních aktivit.....	29
4.6.3	Hodnocení chování nemocného.....	29
4.6.4	Komplementární vyšetření.....	30
4.6.5	Další vyšetření	30
4.6.6	Speciální vyšetření.....	30
4.7	Kognitivní farmakoterapie	31
4.8	Nekognitivní farmakoterapie	32
4.9	Nefarmakologická terapie	33
4.10	Reminiscence.....	34
4.11	Prognóza	34

4.11.1	Základní statistika	35
5	Ošetrovatelská část bakalářské práce.....	36
5.1	Péče o klienty s Alzheimerovou demencí v domácí péči	36
5.2	Základní údaje o klientce	37
5.3	Údaje z neurologické ambulance	38
5.3.1	Kontrola vyšetření neurologem.....	39
5.3.2	Kontrola praktickým lékařem	39
5.3.3	Kontrola sestry	40
5.4	Současná terapie	40
5.5	Ošetrovatelský model.....	40
5.5.1	Fáze ošetrovatelského procesu.....	41
5.5.2	Charakteristika modelu dle V. Henderson	41
5.5.3	Ošetrovatelská anamnéza	43
5.5.4	Ošetrovatelské diagnózy.....	48
5.5.5	Dlouhodobý plán péče	54
5.5.6	Socioekonomická oblast	56
5.5.7	Změny v rodině.....	57
5.5.8	Poradní organizace	59
6	Závěr	60
7	Seznam použité literatury	61
8	Přílohy.....	64
8.1	Příloha 1	64
8.2	Příloha 2	66
8.3	Příloha 3	74
8.4	Příloha 4	75
8.5	Příloha 5	79
8.6	Příloha 6	87
8.7	Příloha 7	92

2 Úvod

Cílem práce je zpracování případové studie ošetrovatelské péče u 87leté klientky nemocné Alzheimerovou demencí, žijící v domácím prostředí. Péče probíhá za přispění jejího manžela, domácí zdravotní péče a pečovatelské služby.

Téma práce jsem si vybrala z důvodu zájmu o tuto problematiku, protože v praxi se s dementními pacienty setkávám často. Potřebuji znát problematiku péče o klienty s demencí, abych mohla takto nemocným poskytovat kvalitní péči na profesionální úrovni v jejich přirozeném prostředí. Péče o klienty v jejich domácím prostředí často vyžaduje improvizaci a úpravu prostředí ve prospěch nemocného, pro zlepšení jeho života a snadnější orientaci v prostoru bytu.

V klinické části uvádím základní historické údaje o nemoci. Popisuji anatomii a fyziologii nervového systému, etiologii Alzheimerovi demence, kognitivní funkce, klinický obraz, nejpoužívanější diagnostické a terapeutické metody, indikační skupiny léků a prognostický výhled.

Pro ošetrovatelskou část jsem zvolila model dle Virginie Hendersonové. Popisuji charakteristiku modelu a jeho význam. Provádím podle něj zhodnocení stavu nemocné, ošetrovatelskou anamnézu. Stanovím aktuální i potencionální ošetrovatelské problémy. Zhodnotím řešení krátkodobého i dlouhodobého plánu péče. Zaměřuji se na péči o psychický stav nemocné a edukaci rodinných příslušníků v péči o nemocnou s přihlédnutím k socioekonomické situaci nemocné i pečujících rodinných příslušníků.

Závěrem popisuji předpokládaný průběh nemoci, dle dlouhodobých statistik.

Práce je doplněna seznamem použité odborné literatury, přílohami a seznamem zkratk.

3 Základní historické údaje o demenci

Jako první použil slovo demence ve své knize De medicina Aurelius Cornelius Celsus v 1. Století našeho letopočtu jako protiklad deliria. Do moderní psychiatrické klasifikace zavedl tento pojem Dominique Esquirol v roce 1814. Označil ji jako chorobu mozku, kterou charakterizují oslabená vnímavost, porozumění a vůle. Roku 1906 publikoval Alois Alzheimer popis specifické, tehdy vzácné demence u 51leté ženy s bludnou žárlivostí, poruchami paměti a halucinacemi. O několik let později označil Emil Kraepelin v 8. vydání své učebnice psychiatrie Alzheimerovu chorobu jako senium praecox. (Růžička 2003)

Dle Koukolíka uveřejnil Grisinger roku 1845 klinický obraz senilní demence. Za přelomový v dějinách pojmu senilní demence se však považuje rok 1906, v němž Alois Alzheimer (1846-1915) popsal zmiňovaný případ 51 leté Auguste D. , vědecky podložený objevem neuronálních klubek-tangles. (Jirák, Koukolík 2004)

4 Klinická část bakalářské práce

Demence je syndrom způsobený chorobou mozku, obvykle chronické nebo progresivní povahy, kde dochází k porušení mnoha vyšších nervových kortikálních funkcí, k nimž patří paměť, myšlení, orientace, počítání, schopnost učení, jazyk a úsudek. Vědomí není zastřeno. Obvykle je přidruženo porušené chápání a příležitostně mu předchází i zhoršení emoční kontroly, sociálního chování nebo motivace. Tento syndrom se objevuje u Alzheimerovy choroby, cerebrovaskulárního onemocnění a u jiných stavů, které primárně postihují mozek. (Jirák, Koukolík 2004)

„Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4. Edice užívaný v USA a mnoha dalších zemích světa, zakládá diagnózu demence na následujících kritériích. Vývoj mnohotných poruch kognitivních funkcí, které se projevují společně poruchou paměti (poškozená schopnost učení novým informacím nebo poškozené vybavování informací naučených dříve a jednou nebo větším počtem následujících poruch kognitivních funkcí. Afázií – poruchou jazykových funkcí a mluveného slova. Apraxií – poruchou schopnosti vykonávat motorické aktivity bez ohledu na zachovanou motorickou funkci. Agnózií – selhává poznávání nebo identifikace předmětů bez ohledu na nedotčené sensorické funkce. Poruchou řídicích funkcí, například plánování, organizování, abstrakce. Výše uvedené poruchy jsou příčinou významného poškození sociálních funkcí nebo výkonu v zaměstnání a představují významný pokles předchozí funkční úrovně. Průběh je charakterizován postupným nástupem a trvalým zhoršováním poznávacích funkcí.“ (Jirák, Koukolík 2004, s. 20-21)

4.1 Údaje o anatomii nervového systému

„Nervový systém společně s endokrinním a imunitním systémem zabezpečují výměnu informací uvnitř mnohobuněčných živočichů mezi jejich vnitřním a vnějším prostředím a zajišťují stálost vnitřního prostředí, homeostázu. Funkcí nervového systému je obecně příjem, analýza a integrace informací získaných z vnitřního a vnějšího prostředí organismu a vytvoření

odpovědi(reakce) na změny v těchto prostředích. Významné součásti informací jsou ukládány do paměti. V nervovém systému rozlišujeme systema nervosum centrale (centrální nervový systém, CNS) a systema nervosum periphericum (periferní nervový systém, PNS). Centrální nervový systém zahrnuje encefalon (mozek) uložený v dutině lebeční a medulla spinalis (hřbetní míchu) nacházející se v páteřním kanále. Periferní nervový systém je tvořen nervovými vlákny a neurony v periferních gangliích, pleteních a nervech. Nervová tkáň je tvořena dvěma základními typy buněk, neurony a gliovými buňkami.“(Druga, Grim, Dubový 2011, s. 11)

„Neuron je základní stavební a funkční jednotkou nervové tkáně. Je to buňka specializovaná pro příjem, šíření (vedení) a zpracování informací. Významnou součástí činnosti neuronů je syntéza mediátorů a neuromodulátorů. Neuron se skládá z buněčného těla a funkčně diferencovaných výběžků. Z buněčného těla vybíhá několik dostředivých (aferentních) výběžků - dendritů a vystupuje z něj jeden odstředivý(eferentní) výběžek - axon. Na povrchu neuronu je buněčná membrána, která přechází do povrchové membrány výběžků neuronu (axon, dendrity). Buněčná membrána neuronů je v kontaktu s výběžky gliových buněk a její specializované úseky vytvářejí synaptické kontakty (axo-somatické synapse). Buněčná membrána dále obsahuje velké množství různých typů receptorů glykoproteinového charakteru. Membránové receptory předávají do nitra neuronu informaci o svém kontaktu se signální molekulou (mediátor, modulátor). Cytoplazma obsahuje jádro (nukleus) s difúzně uspořádaným chromatinem a zpravidla jedním jádérkem nucleolus (Druga, Grim, Dubový 2011, s. 11)

Gliové buňky jsou významnou stavební součástí CNS a převažujícím elementem. Poměr neuronu a gliových buněk je 1:10. Gliové buňky zauímají polovinu objemu CNS, mají mnoho funkcí a reagují na různé patologické stavy. Astrocyty jsou největšími a nejpočetnějšími gliovými buňkami jejich výběžky se dotýkají neuronů, dendritů, synapsí, Ranvierových zářezů a kapilár. (Druga, Grim, Dubový 2011)

„Nervová soustava vzniká během nitroděložního vývoje tak, že ektoderm na hřbetní straně embrya zesílí v tzv. neurální ploténku, která se zanořuje do hloubky v podobě žlábků neurální rýže, až se nakonec odštěpí od povrchu a pod opětně se zacelivším ektodermem se stočí do neurální trubice. Jejimi hlavními buňkami jsou neuroblasty, z nichž vývojem vznikají všechny neurony CNS a periferní nervy. Hlavová část neurální trubice se postupně zvětšuje, nejdříve ve tři, nakonec v pět mozkových váčků, ze kterých se vyvíjí pět základních oddílů mozku, tj. telencephalon - koncový mozek, diencephalon - mezimozek, mesencephalon - střední mozek, pons Varoli a cerebellum, Varolův most a mozeček, medulla oblongata - prodloužená mícha. Protože se CNS vyvíjí od počátku jako dutá trubice, vznikají během vývoje uvnitř mozku a míchy dutiny, mozkové komory a centrální míšní kanálek.“ (Kolektiv Anatomického ústavu 3.LF UK 2001, s. 17)

Mezi útvary chránící mozek patří lebka, 3 mozkové pleny a mozkomíšní mok. Mozkové pleny dura mater encephali - tvrdá plena mozková je tuhá vazivová blána která srůstá s periostem. Její funkcí je mechanická ochrana, cévní zásobení a odvod krve z mozku. V tvrdé pleně jsou uloženy splavy - durální siny, fungují jako žíly a sbírají krev z mozku. Arachnoidea - pavučnice je tenká blána s trámčinou. Mezi ní a pia mater je subarachnoidální prostor vyplněný mozkomíšním mokem. V horní části vytváří pavučnice klky, které vybíhají vzhůru přes tvrdou plenu do durálních splavů a umožňují odtok mozkomíšního moku ze subarachnoidálního prostoru. Pia mater měkká plena je tenká vazivová blána, která vniká do všech záhybů a zářezů na povrchu CNS, srůstá s povrchem mozkových komor. Obsahuje velké množství cév. Liquor cerebrospinalis - mozkomíšní mok je čirá tekutina obklopující mozek a míchu, jehož objem činí 100-160 ml, složením se podobá krevní plazmě, ze které vzniká. Asi 20% mozkomíšního moku se nachází v mozkových komorách. Důležitou funkcí mozkomíšního moku je nadlehčování struktur mozku, výživa mozku, odstraňování odpadních látek nervových buněk a pomáhá přenášet chemické signály mezi různými částmi CNS. Dutiny CNS tvoří 4 mozkové komory, ventriculilaterales

- postanní komory, ventriculus III. -třetí komora mozková ventriculus IV. -
čtvrtá komora mozková. (Kolektiv Anatomického ústavu 3.LF UK 2001)

Mozkový kmen se skládá z několika stavebně i funkčně odlišných částí,
prodloužené míchy, Varolova mostu, mozečku, středního mozku.

1. Medulla oblongata prodloužená mícha je nejkaudálnější částí
mozkového kmene, uložená mezi spinální míchou a Varolovým
mostem, součástí prodloužené míchy je i IV. komora mozková.
Vystupují zde hlavové nervy IX. Nervus glossopharyngeus -
nerv jazykohltanový, X. nervus vagus - bloudivý, XI. Nervus
accessorius - přídatný, XII. Nervus hypoglossus - podjazykový.
Probíhají tudy sestupné i vzestupné nervové dráhy.
Prodloužená mícha je i sídlem retikulární formace. Ta reguluje
srdeční činnost, obsahuje vasomotorické centrum a centrum
nepodmíněných reflexů-škytání, slinění, polykání, kašel
kýchání, zvracení.(Lungová 2012)
2. Cerebellum - mozeček je uložen na dorsální straně mozkového
kmene. Skládá se ze tří částí vermis - červ, a dvou hemisfér -
polokoulí. Povrch mozečku je krytý kůrou, obsahující krom
jiných i velké Purkyňovy buňky a je zprohýbán v jemné závitky
které na řezu tvoří v červu typickou stromovitou kresbu (arbor
vitalis). Do mozečku přicházejí velmi četné dráhy z míchy,
z vestibulárního aparátu a z mozkové kůry. Dráhy, které
mozeček opouštějí, se významně podílejí na řízení a ladění
motorických drah, zejména souhybů, koordinovaných cílených
pohybů a svalové souhry. Typickým obrazem blokády funkce
mozečku je porucha hybnosti při intoxikaci
alkoholem.(Kolektiv Anatomického ústavu 3. LF UK 2001)
3. Mesencephalon střední mozek je vřazen mezi Varolův most a
mezimozek. Na jeho dorsální straně jsou typické čtyři malé
hrbolky, z nichž horní jsou vřazeny do systému zrakové dráhy a

dolní do systému sluchové dráhy. Dorsální částí mesencephala probíhá tenký kanálek, spojující III. a IV. mozkovou komoru. Další typickou strukturou středního mozku je velké černé jádro - substantia nigra. (Kolektiv Anatomického ústavu 3. LF UK 2001)

Diencephalon mezimozek

Vřazen mezi mesencephalon a koncový mozek. Je jednou ze 4 hlavních částí mozku. Skládá se ze tří párových struktur, thalamu - mezimozkový hrbol, hypothalamu - podhrbolí a epithalamu-epifýzy šišinky. Jednotlivé části ohraničují III. mozkovou komoru. K hypothalamu je pomocí nálevky - infundibulum připojena hypofýza - podvěsek mozkový. Thalamus zaujímá 80% mezimozku. Jádra thalamu přepojují senzitivní informace z míchy, např. bolest, hmatové vjemy, zrakové nebo sluchové signály do mozkové kůry. Každá informace směřující do mozkové kůry se musí v thalamu přepojit - je to jakási brána. Informace se v thalamu i aktivně zpracovává, thalamus zesiluje nebo zeslabuje signály určené pro mozkovou kůru. Hypothalamus je dolní část mezimozku, na spodní straně je uloženo chiasma opticum - překřížení zrakových nervů. Kaudálně je zavěšena hypofýza ta vylučuje velké množství hormonů a dělí se na dvě funkční části - adenohipofýzu, která vylučuje hormony: STH - somatotropní hormon, ACTH - adenokortikotropní hormon, TSH - thyreostimulační hormon, LH - luteinizační hormon, FSH - folikulostimulační hormon, prolaktin a - neurohypofýzu, produkuje ADH - antidiuretický hormon a oxytocin. Funkčně je hypothalamus hlavním centrem pro řízení orgánů těla, zejména kontroluje a reguluje autonomní nervový systém sympatikus a parasympatikus, emoční odpověď-oblast pro strach, vztek, sexuální energii, radost, tělesnou teplotu, pocit žízně a hladu, cyklus spánku a bdění. Endokrinní hypothalamo-hypofyzární systém, se podílí na tvorbě paměti. Epithalamus - epifýza je dorsálně uložená část mezimozku její funkcí je vylučování hormonu melatoninu, ten ovlivňuje nástup puberty, biologické hodiny, spánkový cyklus. (Lungová 2012)

Telencephalon koncový mozek

„Je největší oddíl mozku a je tvořen dvěma hemisférami, které spojuje rozsáhlá příčná ploténka - corpus callosum. Povrch hemisfér je krytý mozkovou kůrou - cortexcerebri. Podkorové oblasti tvoří bílá hmota mozková a v ní jsou v hloubce uložena velká jádra - basální ganglia. Basální ganglia dělíme na nukleus caudatus – které má velkou hlavu, umístěnou pod thalamem, zevně od něj užší tělo táhnoucí se dozadu a štíhlý ocas, stáčeující se dolů do temporálního laloku, nukleus lentiformis-čočkovité jádro, které dále dělíme na zevní putamen, odpovídající strukturálně nukleus caudatus a vnitřní pallidum. Nukleus amygdale je drobné jádro uložené v bílé hmotě temporálního laloku, Claustrum - plášťové jádro uložené zevně od putamen blízko kůry mozkové. Funkční význam bazálních ganglií je obecně takový, že většina z nich je zapojena do řízení motoriky, ve složitém zapojení senzitivních drah thalamu, mozečku, mozkové kůry a dalších struktur.“
(Kolektiv Anatomického ústavu 3.LF UK 2001, s.25)

Hemisféry mozkové

Vyplňují většinu objemu přední a střední jámy lebeční, Jsou odděleny hlubokým zářezem. Každá hemisféra se dělí na pět laloků: frontální-čelní, parietální-temenní, temporální – spánkový, okcipitální – týlní a insulu (úsek mozkové kůry skrytý pod spánkovým lalokem). Povrch hemisféry je zprohýbán v mozkové závitě gyry cerebrales, jejichž větší soubory jsou odděleny hlubšími zářezy sulci, fissurae. (Kolektiv Anatomického ústavu 3.LF UK 2001)

Mozková kůra - cortexcerebri

Je složitě uspořádaná tkáň centrálního nervstva, která vykazuje charakteristické rysy horizontální a vertikální organizace. Mozková kůra – šedá hmota musí mít minimálně tři vrstvy, přičemž 1. Vrstva lamina zonalis uložená pod povrchem mozku obsahuje jen malý počet neuronů. Korové vrstvy musí být navzájem spojeny vertikálně i horizontálně. Vertikální

spojení zajišťují radiálně orientované výběžky neuronů (dendrity a axony). Horizontální spojení zajišťují axony spojující sousední neurony nebo sousední korové okrsy. Spojení vertikálně uspořádanými vlákny je základem pro členění mozkové kůry do strukturálních a funkčních jednotek. (Druga, Grim, Dubový 2011)

Bílá hmota mozková - corpus medullare

„Tvoří nitro mozkových hemisfér. Na horizontálním řezu má tvar půloválu. Skládá se z převažujících myelinizovaných vláken, z nemyelinizovaných vláken, z glie a z řídké cévní a kapilární sítě.“ (Druga, Grim, Dubový 2011, s. 147)

Hřbetní mícha - medullaspinalis

Uložena je v páteřním kanálu a má kruhovitý nebo oválný průřez. Její délka je 40-50 cm. Vlastním zakončením míchy je nitkovité filum terminále, které probíhá až ke 2. sakrálnímu obratli, kde srůstá s periostem a s dura mater. Kaudální zbytek páteřního kanálu je vyplněn souborem vláken lumbálních a sakrálních míšních kořenů a nervů, zvaný caudaequina - koňský ohon. Míchu dělíme na část krční - cervikální označení C1-C8, kde rozlišujeme osm segmentů, dvanáct segmentů hrudních - thorakálních, Th1-Th12, pět bederních - lumbálních S1-S5, a jeden až tři segmenty kostrční - coccigis Co1-Co3. Struktura míchy-středem celé míchy probíhá úzký kanálek, canalis centralis, vystlaný ependymem a obsahující mozkomíšní mok. Kolem něj je soustředěna šedá hmota míšní, mající na příčném řezu podobu motýla. Dělíme ji na rohy míšní- přední, boční a zadní ta obsahují důležitá buněčná jádra. Kolem šedé hmoty je pak rozložena bílá hmota míšní, kterou dělíme na míšní provazce-přední, boční a zadní. (Kolektiv Anatomického ústavu 3. LF UK 2001)

4.2 Fyziologie a patofyziologie nervové soustavy

Nervová soustava má trojí základní funkci

- Zprostředkovává vztahy se zevním prostředím a tak uskutečňuje reakce organismu na různé vlivy prostředí.
- Provádí reakce na změny vnitřního prostředí.
- Je místem duševní činnosti, mozek orgán myšlení (Trávníček 1987, s.613)

Stavba a funkce nervových buněk

„Nervová tkáň se skládá ze dvou druhů buněk. Nervových a gliových. Z hlediska zpracování informací jsou důležitější nervové buňky. Pro vývoj metabolické funkce a homeostázu nervové tkáně jsou však neméně důležité gliové buňky. Neurony jsou svojí strukturou a funkcí vysoce specializovanými buňkami, jejich základní stavební schéma je však totožné s ostatními tělními buňkami. Ty mají stejné organely, jejich uspořádání je však pro mnohé z nich charakteristické. Například v mnoha typech neuronů je hojné endoplasmatické retikulum a četné mitochondrie. To svědčí o intenzivní syntéze a energetické přeměně. Tělo nervové buňky je totiž místem tvorby většiny stavebních i funkčních látek, které jsou pak transportovány do jednotlivých výběžků. Pro nervové buňky jsou rovněž typické různé elementy cytoskeletu: tubuly, filamenta. Jsou součástí buněčné kostry, umožňují transport látek podél dendritů a axonů, uplatňují se pravděpodobně také při pohybech buněčných organel. Axonální a dendritický transport dopravuje stavební a funkční látky z těl neuronů do jednotlivých výběžků. Důležitý je však i transport opačným směrem, který umožňuje přenos některých signálních látek z periferie směrem k tělu nervové buňky. Je pravděpodobně odpovědný za udržování, růst a obnovu axonů a dendritů.“ (Kolektiv Fyziologického ústavu 1. LF UK 1996, s. 53-54).

„Dendrity jsou výběžky nervových buněk, které přijímají signály z jiných neuronů a vedou je směrem k tělu buňky. Většina dendritů jsou více či méně pokryty dendritickými trny. Nesou synaptická zakončení axonů a umožňují modulaci signálu přenášeného synapsí.

Axon neurit představuje výstupní část neuronu. Bohatě větvení většiny axonů přenáší vzruchy na desítky až stovky jiných buněk. Na přenosu vzruchu se významně podílí myelinová pochva, kterou je většina axonů obalena. Konečné a kolaterální větve axonů, stejně jako krátké axony myelinovou pochvu nemají. Myelin je látka tukové povahy. Myelinová pochva je přerušována v místě Ranvierových zářezů. Vytváří tak přibližně 0,3-1,2 mm dlouhé myelinové úseky. Při některých chorobách jsou myelinové obaly rozrušeny (demaelinizace), což je obvykle spojeno s těžkými neurologickými poruchami.

Přenos nervových vzruchů z jedné buňky na druhou umožňují specializované útvary- synapse. Skládají se z presynaptického útvaru (synaptické zakončení, terminální knoflík), odděleném synaptickou štěrbinou od subsynaptické membrány, která je již součástí dalšího neuronu. Nejčastější jsou synapse mezi axonem jedné nervové buňky a dendritem nebo tělem druhého neuronu. U většiny synapsí je vzruch přenášen zvláštní chemickou látkou, přenašečem (neurotransmitter, mediátor), uloženém v synaptických váčcích. Při změně membránového potenciálu presynaptického útvaru např. při příchodu vzruchu, proudí z extracelulárního prostoru do synapse přes napětím řízené vápníkové kanály ionty Ca^{2+} . Ty aktivují interakci synaptických váčků s presynaptickou membránou a jejich posun směrem k synaptické štěrbině. Synaptické váčky splývají s presynaptickou membránou a vylévají svůj obsah do synaptické štěrbině. Mediátor se pak váže na receptory v postsynaptické membráně. Po uvolnění mediátoru z vazby na receptor se inotové kanály navracejí do původního stavu a ukončují tak postsynaptický potenciál. Uvolněný mediátor je pak příslušnými enzymy odbouráván nebo je resorbován zpět do presynaptického útvaru a okolních elementů.

Protože je mediátor uskladněn v presynaptické části a receptory jsou naopak jen v postsynaptickém útvaru, vedou chemické synapse jen jedním směrem. Z toho důvodu se vzruchy po nervových drahách pohybují také pouze jedním směrem.“ (Kolektiv Fyziologického ústavu 1. LF UK 1996, s. 54-55)

Mediátory - transmittery centrálního a periferního nervstva jsou specifické látky, které na chemických synapsích zprostředkovávají přenos nervové aktivity. Tvoří čtyři základní třídy.

1. Acetylcholin je důležitým mediátorem v CNS např. velkých pyramidových buněk motorických oblastí mozkové kůry a neuronů v basálních gangliích. Uplatňuje se také v autonomním nervstvu a při přenosu signálů na nervosvalové ploténce. V CNS má excitační účinky. V cytoplasmě synapsí je syntetizován z cholinu a acetyl-koenzymu A. V postsynaptické štěrbině je rychle štěpen enzymem acetylcholin-esterázou. Vznikající cholin je aktivně transportován zpět do synapse a znovu využíván. Poruchám neuronálních systémů CNS, používajících acetylcholin, jsou připisovány některé patologické stavy (Alzheimerova choroba, poruchy paměti).
2. Mezi monoaminy patří katecholaminy (dopamin, noradrenalin, adrenalin), serotonin, a histamin. Katecholaminy jsou syntetizovány z aminokyseliny tyrozinu společným enzymatickým systémem. Většina katecholaminů vypuštěných do synaptické štěrbině, je opět zpětně vstřebávána a znovu využívána.
3. Aminokyseliny se v nervovém přenosu uplatňují nejen pro syntézu mediátorů, ale mohou být i samy mediátory. Glutamát a aspartát jsou excitační mediátory v řadě korových i podkorových neuronálních okruhů. Naproti tomu glycin, uvolňovaný hlavně v páteřní míše, a kyselina gama-

aminomáselná (GABA), prokázána v mozečku, bazálních gangliích a v některých oblastech mozkové kůry, patří mezi hlavní mediátory inhibičních okruhů. Léky ovlivňující jejich účinek, jsou proto mnohdy i léky tlumící epileptické záchvaty.

4. Mezi peptidy jsou látky s excitačním i inhibičním působením. Některé z nich sice přenos vzruchu přímo nezprostředkovávají, jejich uvolnění však vede ke změně citlivosti postsynaptického útvaru k vlastnímu mediátoru. Tento neuromodulační účinek trvá zpravidla delší dobu (vteřiny, minuty). Peptidové mediátory jsou syntetizovány na ribozomech v těle neuronů a do synapsí se dostávají axonálním transportem. (Kolektiv Fyziologického ústavu 1. LF UK 1996)

Membránový potenciál

Klidový membránový potenciál je základní vlastností všech buněčných membrán. Je funkčním předpokladem činnosti membrán nervových a svalových buněk, sekrece, transportu některých látek apod. V nervové tkáni jsou hodnoty klidového membránového potenciálu relativně vysoké. Zatím co jeho hodnota u velkých axonů je kolem -90 mV, v oblasti těla dendritů je zpravidla jen asi -65 mV. To dovoluje ovlivňovat dráždivost excitabilitu membrány jak snížením tohoto potenciálu (depolarizace-excitace), tak jeho zvýšením (hyperpolarizace-inhibice). Klidový membránový potenciál je výsledkem odlišné propustnosti plazmatické membrány pro jednotlivé ionty a jejich různé koncentrace v intra i extracelulárním prostředí. Koncentrace sodíkových iontů je mnohem vyšší v mimobuněčné než v intracelulární tekutině.

Akční potenciál představuje rychlou změnu membránového potenciálu, během kterého se membránový potenciál změní z klidové hodnoty -65 mV v místě těla a začátku axonu, nebo z -90 mV u axonu na hodnotu +30 mV a v zápětí se navrátí k původní hodnotě. Základem akčního potenciálu jsou změny permeability membrány pro sodík, draslík a vápník.

Pouze několik typů buněk je schopných vytvořit akční potenciál, ten vznikne tehdy, když je úroveň membránového potenciálu snížena-depolarizována natolik, aby se otevřely napětím řízené sodíkové kanály. Díky takto vznikající mnohonásobně zvýšené permeabilitě, může se sodíkový rovnovážný potenciál plně uplatnit. Má opačný směr než draslíkový rovnovážný potenciál a protože permeabilita pro sodík je vyšší i než pro draslík, potenciál membrány se rychle blíží hodnotě sodíkového rovnovážného potenciálu. Dochází k transpolarizaci na hodnoty +10-+30 mV. Depolarizace membrány však způsobuje také otevření napětím řízených draslíkových kanálů, nebo změnu cyklu otevření-uzavření v prospěch otevírání kanálů. Tím se dále zvýší permeabilita pro draslík, draslíkový potenciál se stává opět významnější než sodíkový a potenciál membrány se vrací směrem k původním hodnotám. Tuto fázi nazýváme repolarizace a přispívá k ní i opětné uzavírání sodíkových kanálů. Rychlost šíření akčního potenciálu po nervovém vlákne závisí na průměru vlákna a na přítomnosti myelinových obalů. (Kolektiv Fyziologického ústavu 1. LF UK 1996)

V mozkové tkáni nemocných trpících Alzheimerovou chorobou, dochází v prostorách mimo nervové buňky k ukládání chorobně vzniklé bílkoviny – beta amyloidu. Tato bílkovina tvoří krystalky (drůzy), kolem nichž dochází k řadě neurodegenerativních dějů. Vznikají tak útvary nazývané neuritické plaky. Čím více je plak v určité oblasti mozkové kůry, tím více je tato oblast postižena.

Beta amyloid vzniká z bílkoviny, která je fyziologicky v mozkových buňkách přítomna, nazývá se amyloidový prekurzorový protein. Ten je štěpen za normálních okolností enzymem alfa-sekretázou na krátké rozpustné fragmenty. Za patologických okolností je amyloidový prekurzorový protein následně štěpen enzymy beta a gama-sekretázami, které vytváří podstatně delší fragmenty než při štěpení alfa sekretázou. Tyto delší fragmenty neplní své fyziologické úkoly, přestávají být rozpustné, srážejí se, a polymerují-spojují se v dlouhé řetězce. Tím vzniká beta-amyloid.

Další základní neuropatologická změna se odehrává v neuronech. Dochází k degeneraci bílkoviny, nazývané tau-protein. Změněný tau-protein vytváří vlákna, která mají dvojité šroubovice tzv.párověheliakálnífilamenta, ta jsou podkladem útvarů – neurofibrilárních klubek (tangles). Neurony obsahující tangles, neplní svou funkci a postupně zanikají (Jirák, Holmerová, Borzová 2009)

U Alzheimerovy demence se v synaptické štěrbině odbourává acetylcholin enzymem acetylcholinesterázou na cholin a kyselinu octovou. Při demenci se na odbourávání acetylcholinu podílí molekuly butyrylcholinesterázy, tento enzym je patologicky tvořen v mobilizovaných gliových elementech, tvořících zánětlivý lem akumulující beta-amyloid (plak). (Jirák, nedatováno)

4.3 Etiologie Alzheimerovy demence

Zcela jistým rizikem pro vznik Alzheimerovy demence je věk, familiární výskyt případů, genové mutace a nosičství alely epsilon-4 genu pro apolipoprotein E. Bylo nalezeno několik genových mutací na chromozomech 21,14,1, což vede ke spuštění tvorby a ukládání chorobné bílkoviny beta-amyloidu. (Koukolník, Jirák 1998)

Možným rizikem jsou kraniocerebrální poranění a nízká úroveň vzdělání.

Vztah mezi Alzheimerovou demencí, kouřením cigaret, zinkem, hliníkem není vyjasněn.

Nižší výskyt Alzheimerovy demence v souvislosti s vyšší hladinou estrogenů u žen užívajících náhradní hormonální terapii v postmenopauzálním období, je předmětem výzkumu. (Koukolník, Jirák 1998).

Pokračuje výzkum vztahů demence a užívání nesteroidních antirevmatik. U nemocných s chronickou artritidou, kteří užívají dlouhodobě

antirevmatika, se objevuje méně často AD. (The onset of the disease: Arranging who will be responsible for care 2009).

4.4 Kognitivní funkce

Schopnost zaznamenání, zpracování, selektivního uchování a vybavení informace v případě potřeby. Je nezbytná pro orientaci jedince v časoprostorové ose a jeho fungování ve společnosti.

Každá porucha paměti zhoršuje kvalitu života, a zejména ve vyšším věku se stává obávaným příznakem ve spojitosti s demencí. (Bartoš, Hasalíková 2010)

Kognitivní funkce jsou postiženy u demencí primárně. Na počátku bývají poruchy paměti, a to nejčastěji poruchy novopaměti (zapamatování si a vybavení nových informací) nemocní nejsou schopni najít své věci, špatně si ukládají do paměti nové pojmy, jména telefonní čísla, zapomínají klíč v zámku. Postupně se porucha paměti rozšiřuje i na staropaměť (dříve naučené informace, postupy, zážitky apod.). Obtížně si vybavují ze zásobní paměti, vzpomínky bývají nepřesné, mohou se vyskytovat nesprávné časové lokalizace. V těžkých stádiích demence nejsou pacienti schopni vstřípit si nové paměťové obsahy, nastává amnézie, na jejímž podkladě může vzniknout dezorientace v prostoru i čase. U dementních lidí dochází k deterioraci inteligence, což je možné změřit psychologickými testy. Nastává úpadek logického myšlení, abstrakce, soudnosti. Je snížena rychlost myšlení. Objevuje se nesoustředěnost, roztržitost. Společně s poruchami kognitivních funkcí dochází k poruchám tzv. Exekutivních výkonných funkcí, motivace, schopnost naplánovat jednotlivé úkony, seřadit správně dílčí úkony při provádění komplexnějších úkonů správně za sebou. Ve stádiu těžké demence nepoznává nemocný své nejbližší příbuzné, není schopen si vybavit základní pojmy, mnohdy je plně afatický. (Jirák, Koukolík 2004)

4.4.1 Paměť

Pracovní paměť je pojem v současnosti užívaný pro krátkodobou paměť (short-term memory). Z neuropsychologického hlediska se rozlišují tři složky pracovní paměti: fonologická smyčka, vizuospaciální náčrtník a centrální výkonnostní složka.

Fonologická smyčka je systém, v němž se ukládají zvukové neřečové i řečové informace, které se, nejsou-li opakovány, ztrácejí během 2-3 sekund. Nehlasným opakováním si je lidé mohou udržovat delší dobu.

Vizuospaciální náčrtník odpovídá aktivaci zrakové kůry týlních laloků je tedy objemově daleko rozsáhlejší než fonologická smyčka.

Centrální výkonnostní složka je vázána na činnost předních a dorzolaterálních částí prefrontální kůry mozkové. Tyto korové oblasti se podílejí na integraci různých druhů sensorických informací. (Jirák, Koukolík 2004)

„Deklarativní paměť je vědomá neboli explicitní paměť pro fakta a události. Obsahy deklarativní paměti pro fakta se přirovnávají k obsahům hesel encyklopedického slovníku. Tento druh deklarativní paměti se nazývá sémantická paměť. Obsahem deklarativní paměti pro události jsou autobiografické epizody vázané na konkrétní čas a prostor. Tento druh nazýváme pamětí epizodickou. Obsahy epizodické paměti charakterizuje vztah ke kontextu, zatímco obsahy sémantické paměti na kontextu závislé nejsou.“ (Jirák, Koukolík 2004, s. 27)

„Amnézie je porucha deklarativní paměti, která se může týkat epizodické a sémantické paměti společně nebo zvlášť. Kromě toho se může týkat událostí, které proběhly před dobou vzniku amnézie, to je retrogradní amnézie, ale i událostí, které se odehrají po době vzniku amnézie, to je anterogradní amnézie. Jiné druhy paměti při amnézii postiženy nebývají. Amnestičtí pacienti jsou například schopni učení hybným dovednostem, mají tedy zachovanou procedurální paměť (postupy při manuálních činnostech),

aniž si pamatují, že se něčemu naučili. Nejčastější současnou příčinou je Alzheimerova nemoc.“ (Jirák, Koukolík 2004, s. 33-34)

„Afázie je porucha vyjadřování a chápání jazyka podmíněná poškozením řečově dominantní hemisféry mozku. Pacient stížen afázií není schopen přesně proměnit neslovní mentální reprezentace tvořící myšlení do symbolů a gramatického uspořádání jazyka. Tvorba mentálních reprezentací myšlení ze slyšitelných nebo čtených vět je při některých druzích afázií postižena také.“ (Jirák, Koukolík 2004, s.43)

„Alexie a agrafie –doslovný překlad alexie je ztráta schopnosti číst, agrafie je ve stejném slova smyslu ztráta schopnosti psát, obě jsou důsledkem poškození mozku. Klinicky viděno jsou alexie i agrafie do jisté míry škálou od úplné ztráty funkce do částečného zachování. Kromě toho se, jako prakticky všechny neurologické poruchy různým způsobem vyvíjejí v čase. Definice čisté alexie říká, že se jedná o těžkou poruchu chápání čteného textu při zachovaném psaní.“ (Jirák, Koukolík 2004, s. 47)

Agnózie porucha poznávacích funkcí. Příkladem mohou být poruchy poznávání tvaru a polohy objektu, poznávání barev, známých tváří, rozlišování času apod. Obvykle je součástí syndromu demence (Jirák, Koukolík 2004)

4.4.2 Demence

„Demence je procesem poklesu až ztráty intelektových schopností. Významnými rysy jsou zhoršení paměti, snížení schopnosti získávat a uchovávat si nové poznatky, usuzovat, ale i počítat a mluvit. Obvyklé je také postižení emotivní složky osobnosti, ať již ve formě její zvýšené lability nebo celkového oploštění. Demence je klinickým syndromem, který se může objevit prakticky u všech organických onemocnění mozkových hemisfér bez ohledu na jejich etiologii, ať to jsou například nádory, záněty, epilepsie nebo jiné. V popředí klinického obrazu stojí demence u degenerativních chorob postihujících převážně mozkovou kůru.

Z etiopatogenetického i morfologického hlediska, s přihlédnutím k diferenciálně diagnostickým možnostem zobrazovacích metod, se jeví účelným rozlišovat samostatnou demenci do dvou hlavních typů. Jednak je to demence Alzheimerova typu, jednak typu multiinfarktového. Dále je známa řada degenerativních a metabolických onemocnění, u nichž demence bývá jedním ze symptomů, byť se projeví až v pokročilejších stádiích.

Donedávna byly demence obecně pokládány za onemocnění neléčitelné. Dnes je uváděno, že až 20% demencí lze patřičnou terapií významně zlepšit. Mezi ovlivnitelné formy demence jsou řazena i psychiatrická onemocnění typu depresí, alkoholizmu a abúzu drog.

Moderní klasifikace rozlišuje 7 skupin demencí

1. Senilní a presenilní demence Alzheimerova typu
2. Demence u dalších degenerativních chorob (Parkinsonova choroba, Huntingtonova chorea, Pickova lobální atrofie, multisystémové atrofie, kortikobazální degenerace, progresivní supranukleární paralýzy)
3. Vaskulární demence multiinfarktové se strategickým uložením léze, subkortikální infarkty Binswangerova typu
4. Smíšené, obvykle s kombinací Alzheimerovy a vaskulární formy
5. Demence v rámci prionových infekcí Jakob-Creutzfeldt
6. Demence u normotenzního hydrocefalu
7. Demence u různých organických lézí, nádorů, encefalitid, alkoholických a jiných toxických encefalopatií.“ (Urbánek 2000, s. 175-176)

4.5 Alzheimerova choroba

„Onemocnění je charakterizováno histopatologickým nálezem neuronální ztráty, především v mozkové kůře, tvorbou agyrofilních plak,

obsahující amyloidní substanci intraneuronálních neurofibrilárních útvarů (uzlíků pletení), podobajícím se nepořádně spleteným dívčím copům.“(Urbánek 2000, s. 177)

4.5.1 První stádium Alzheimerovy choroby

Tato fáze má mírné a často přehlédnutelné příznaky. Zhoršuje se paměť, objevuje se časová dezorientace, neschopnost vybavit si den v měsíci, rok. Prostorová dezorientace, neschopnost zmapovat se zpočátku v neznámém prostředí, později i v důvěrně známém prostředí. Ztráta iniciativy a průbojnosti, nejistota v rozhodování, obtížné hledání slov.

Řada nemocných je těmito příznaky zaskočena, deprimována a bývají depresivní. Tito lidé však ještě mohou žít samostatně, za pravidelného dohledu a pomoci. Zvláště pak, jsou-li včas a správně léčeni. Důležitý je pro ně pocit, že je tu někdo, kdo je připraven jim pomoci.

4.5.2 Druhé stádium Alzheimerovy choroby

Takto postižení jedinci vyžadují téměř nepřetržitou přítomnost a dohled druhé osoby při aktivitách běžných denních činností. Jejich stav může kolísat a záleží na mnoha faktorech, jako je například rozrušení, pocit ohrožení, denní doba. V odpoledních a večerních hodinách se příznaky demence zhoršují.

Toto stádium charakterizují významné výpadky paměti, závažné poruchy orientace ve známém prostředí (nemocný se ztratí nebo bloudí na známých místech). Snížená schopnost sebeobsluhy, potřebují pomoc při hygieně, oblékání, stravování. Zhoršení řečových schopností a to vyjadřovacích i v porozumění řeči. Vyskytují se poruchy chování, neklid, vykřikování, agresivita, začíná se objevovat inkontinence.

4.5.3 Třetí stádium Alzheimerovy choroby

Je to fáze pokročilé demence, kdy jsou již nemocní odkázáni na ošetrovatelskou péči, na které se postupně stávají zcela závislými.

Vyznačuje se těmito příznaky: potíže při příjmu potravy a stolování, je nutná pomoc další osoby. Celková dezorientace, kdy nepoznává ani své nejbližší příbuzné. Značné zhoršení komunikace, nemožnost navázat slovní kontakt. Potíže při chůzi, někdy až upoutání na lůžko. Neudržení moči ani stolice (Holmerová, Jarolímová, Nováková 2008).

4.5.4 Alzheimerova demence s časným počátkem

Začíná již ve středním věku, a to před 65 rokem života. Může probíhat relativně rychle. Prvotním příznakem bývá zapomínání a hledání (klíče, doklady apod.). Zpočátku se projevuje poruchou řeči, obtížným vyjadřováním (nemocný nenalézá vhodná slova), nebo se zhoršuje schopnost porozumět, při zachování schopnosti vyjadřování. Nemocní hovoří v nesouvislém kontextu, nedokážou odpovědět na jednoduchou otázku. Rychlý nástup mívá i porucha neschopnosti čtení, psaní a počítání. Taktéž nastupuje fáze apraxie, kdy postižený není schopen vykonat složitější pohyby či drobné úkony sebeobsluhy.

V první fázi onemocnění si nemocný uvědomuje svou sníženou schopnost psychickou i výkonnostní. Mohou být přítomny deprese.

Ve druhé fázi onemocnění si dotyčný neuvědomuje své obtíže. Prohlubují se příznaky demence. Nemocný se nedokáže sám pohybovat v časoprostoru, nezvládá úkony základní péče o svou osobu, nedbá o hygienické návyky, přestává komunikovat s okolím.

Třetí fáze je nejtěžším stupněm tohoto onemocnění. Postupem času se objevuje svalová ztuhlost, inkontinence a nemocný je plně odkázán na pomoc a péči druhých osob.

4.5.5 Alzheimerova demence s pozdním počátkem

V minulosti se obvykle používal název senilní demence. Objevuje se po 65 roce, nejčastěji však kolem 80 let. Nástup příznaků demence je zpravidla pomalejší a hlavním problémem je porucha kognitivních funkcí.

4.6 Diagnostické metody

Při podezření na demenci, je třeba pacienta nejprve klinicky vyšetřit, provádí odborný lékař, neurolog nebo psychiatr.

Vyšetření zahrnuje posouzení stavu vědomí a všech domén psychiky, jako je orientace (osoba, místo, čas), kvalitativní poruchy vnímání (halucinace, iluze), nálada (cíleně pátráme po příznacích deprese a rizika sebevražedného chování), emoční nastavení, myšlení (kvantitativní a kvalitativní poruchy). Změny osobnosti, úpadek intelektu.

Posuzuje se též chování, přiměřenost oblečení, čistoty a ochoty spolupracovat. Při podezření na demenci se provádí cílené vyšetření zaměřené na tři oblasti. Kognitivní funkce, denní aktivity, chování.

4.6.1 Vyšetření kognitivních funkcí

Screeningové testy

Základním kognitivním testem je MMSE mini mental state examination výhodou je dobrá specifická pro diagnózu demence a průběžné monitorování. Dalším testem je ACE-R představuje rozšířenou verzi MMSE. Sedmiminutový test hodnotící orientaci, paměť, konstrukční schopnosti a slovní plynulost. K diagnostice prvotního kontaktu se používá i test hodin.

Test paměti

V testu paměti se nemocného ptáme na otázky týkající se běžné denní činnosti. Můžeme se dotázat, co měl předchozí den k obědu, požadujeme opakování slov po časové prodlevě, opakování číselné řady a podobně.

Hodnocení řečových schopností

Řeč posuzujeme již během anamnézy (plynulost, porozumění, chybění či záměna slov). Porozumění testujeme na drobných úkonech (zavřete oči, zvedněte levou ruku).

Psaní a čtení, nemocný napíše krátký diktát, dále jej vyzveme, aby větu přečetl a vysvětlil význam.

Test logického myšlení a abstrakce

Nemocný vysvětlí známé přísloví, určí rozdíl mezi dvěma slovy (dítě-trpaslík, schody-žebřík).

Pozornost testujeme odříkáním dnů v týdnu.

Praxi hodnotíme vyzváním nemocného, aby předvedl, jak zatlouká hřebík, nasazuje si brýle apod.

Vyšetření zrakově-prostorových funkcí je obsaženo v MMSE.

4.6.2 Hodnocení denních aktivit

Je založeno především na výpovědi doprovázející osoby, pacient se často hodnotí, jako zcela soběstačný. Doprovod obvykle upřesňuje informace ohledně soběstačnosti v běžných denních činnostech jako je například dodržování osobní čistoty a hygieny, používání toalety, samostatné uléhání a vstávání, soběstačnost při stolování a zajišťování stravy, péči o oděv a oblékání, schopnost používání telefonu, postarat se o domácnost, uklidit, samostatně cestovat, schopnost samostatně užívat léky, obhospodařovat vlastní finance apod.

4.6.3 Hodnocení chování nemocného

V hodnocení chování je důležitá výpověď pečovatele, který objektivizuje data o příznacích, době a délce vzniku a průběhu nemoci. Nejčastěji se zjišťují poruchy jako je apatie, deprese, podrážděnost, neklid, úzkost, podezřívavost, halucinace, bloudění. Je potřeba pátrat, zda někdy nedošlo k úrazu hlavy, mozkové příhodě, zda nemocný netrpí poruchou metabolismu tuků, diabetem, nemocí kardiovaskulárního systému. (Jiráková, Holmerová, Borzová 2009)

4.6.4 Komplementární vyšetření

Každý pacient s demencí by měl podstoupit strukturální zobrazovací vyšetření mozku CT nebo MR. Vyšetření slouží nejen k vyloučení jiné demence než degenerativní, ale umožňuje i pozitivní diagnostiku na základě typické lokalizace mozkové atrofie (hypokampální atrofie jako první známka počínající AD).

Dalším diagnostickým prvkem je funkční zobrazovací vyšetření SPECT, které může doplnit informace o lokalizaci a poruchách perfuze.

Detailním vyšetřením je PET a není v našich podmínkách běžně dostupná. Indikuje se u složitých případů, či v rámci výzkumného projektu. (Franková 2010).

EEG- Upozorňuje na změnu mozkové aktivity ve smyslu zpomalení difuzního či ložiskového, které může být významné pro organickou změnu typu demence. (Jirák, Holmerová, Borzová 2009))

4.6.5 Další vyšetření

RTG plic, EKG, biochemické vyšetření moči, biochemické vyšetření krve a krevní obraz. Tato vyšetření probíhají ve spolupráci s praktickým lékařem a slouží k odhalení jiných příčin stavu, nalezení přidružených nemocí, (kardiovaskulárních, plicních, artritické onemocnění, záněty, apod.)

4.6.6 Speciální vyšetření

Provádíme při nejednoznačných nálezech a zahrnuje specializované neurologické, geriatrické, psychiatrické, neuropsychologické vyšetření. Vyšetření likvoru – mozkomíšního moku genetické testování, extrakraniální popřípadě intrakraniální ultrazvukové vyšetření tepen, CT, MR angiografie (Franková 2010)

4.7 Kognitivní farmakoterapie

Léčba inhibitory mozkových acetylcholinesteráz – způsobují blokádu enzym ukládajícího acetylcholin, zvyšují obsah acetylcholinu v synaptické štěrbině neuronů mozku. Předpokládá se, že cholinergní deficit souvisí nejen s kognitivními projevy nemoci, ale též s poruchami chování a počínajících poruch běžných denních aktivit. Jsou indikovány pro mírná až středně závažná stadia AD (Franková 2010). Dávka by měla být od začátku maximální z důvodů, aby se nejdéle zachoval co možná největší počet funkčních neuronů.

Doporučená léčba při MMSE 25-13 bodů ze 30. Tento přístup je v současnosti nejdůležitější v terapii lehké až střední formy Alzheimerovy demence. Enzymy cholinesterázy odbourávají v synaptické štěrbině acetylcholin na cholin a kyselinu octovou. Zablokováním enzymů odbourávajících acetylcholin, acetylcholinesteráz, resp. i butyrylcholinesteráz, se dosáhne zvýšené nabídky molekul acetylcholinu k vazbě na jejich receptory. Navíc inhibicí cholinesteráz dochází ke snížení toxicity i tvorby beta-amyloidu. Tato terapeutická strategie je zatím v terapii Alzheimerovy choroby nejúspěšnější. Od těchto látek nelze očekávat vyléčení nemoci, ale především zpomalení průběhu.

Jako inhibitory AChE se používají tři chemicky odlišné substance. Donepezil, preparát Aricept, čistý inhibitor acetylcholinesteráz.

Rivastigmin preparát Exelon, má dvojí působení, na acetylcholinergní systém, výrazně blokuje molekuly butyrylcholinesterázy.

Galantamin preparát Reminil, je klinicky užívaná látka, která je zvláštní tím, že je to acetylcholinergní dualista, kromě reverzibilní inhibice acetylcholinesterázy, moduluje presynaptické i postsynaptické receptory. (Jirák, Koukolík 2004)

Doporučená léčba u MMSE 17-6 bodů ze 30 „ Klinicky největší význam u pokročilejších stádií Alzheimerovy demence mají blokátory tzv. NMDA-

receptorů (N-methyl-D-aspartátových). Plné nekompetitivní blokátory, jako jsou např. ketamin nebo fencyklidin mají anestetické a halucinogenní působení. Užíván je parciální inhibitor NMDA receptorů memantin (Ebixa), u kterého klinické studie prokázaly účinnost u Alzheimerovy choroby, především v pokročilejších stádiích demence.“ (Jirák, Koukolík 2004, s. 156)

V praxi se používají a často kombinují inhibitory AChE a dalšími skupinami látek (scavengery volných kyslíkových radikálů vit E, alfa-tokoferol, batakaron, retinol, vit C, selen, nootropní farmaka Piracetam, pyritinol, extrakt ginkgo biloba, nesteroidní antirevmatika procházející hematoencefalickou bariérou, prekuzory nervových růstových hormonů, u žen po klimakteriu estrogenní substituce). (Jirák, Holmerová, Borzová 2009).

4.8 Nekognitivní farmakoterapie

„V léčbě přidružené deprese jsou používána antidepresiva. Vyhýbáme se tricyklickým antidepresivům, které kromě neselektivní inhibice zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu ovlivňují některé další mediátorové systémy. Antidepresiva druhé generace tzv. heterocyklická antidepresiva jsou výhodnější, neboť podstatně postrádají anticholinergní efekty. Nejvíce jsou používána antidepresiva třetí generace, a to jak selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu SSRI (fluvoxamin, fluoxetin, citalopram, sertralin, paroxetin) tak i reverzibilní inhibitory monoaminoxidázy A (moclobemid). Paroxetin však má mírně anticholinergní působení. SSRI zvyšují obsah serotoninu v synaptické štěrbině. Serotonin je u Alzheimerovy choroby deficitní, podílí se na řízení trofiky mozkové tkáně, a tudíž použití SSRI může být vhodné i z tohoto hlediska.

K ovlivnění úzkosti jsou stále nejčastěji používány benzodiazepinové přípravky. Ty mohou nepříznivě ovlivnit kognitivní funkce prostřednictvím svého působení přes GABAergní systém. Poměrně dobře snášen je Oxazepam. V anxiolytické indikaci u Alzheimerovy choroby je možno užít také některá neuroleptika v malých dávkách. (Tiapridal, melperon, risperidol).

Při poruchách spánku se vyhýbáme zejména použití benzodiazepinových hypnotik, na která vzniká návyk a pro možné zhoršení kognitivních funkcí. Používáme moderní nebenzodiazepinová hypnotika. Mezi tato hypnotika náleží zolpidem a zolpiclon.“ (Jirák, Koukolík 2004)

4.9 Nefarmakologická terapie

Nefarmakologická léčba se zaměřuje na principy přístupu k dementním nemocným, na metody práce s nemocnými, vhodnou fyzickou aktivitu, úpravu prostředí nemocného a podobně.

- Člověka postiženého demencí přijímáme jako důstojnou a jedinečnou lidskou bytost a tak se k němu chováme i v situaci, kdy není schopen poskytnout adekvátní odezvu.
- Soustavně podporujeme důstojnost a autonomii člověka s demencí.
- Jednáme v souladu s přáním člověka s demencí, které vyjadřuje slovně, či svým chováním, a pokud možnou zohledňujeme přání, která byla předem vyslovena.
- V léčbě a péči trvale reflektujeme momentální stav a potřeby pacienta.
- Poskytujeme, nabízíme a zprostředkováváme všechny možné podněty, pokud jsou pro pacienta příznivé, nebo příjemné a naopak se snažíme eliminovat šum a nepříznivé vjemy.
- Prostřednictvím komunikace přiměřené stavu pacienta, tedy komunikace verbální i neverbální, poskytujeme podporu, pocit jistoty a bezpečí.
- Všichni ošetřující profesionálové i pečující rodinní příslušníci tvoří spolupracující tým, ve kterém jsou si všichni rovni, i když jsou jejich role rozličné. (Jirák, Holmerová, Borzová 2009)

V péči o dementní pacienty je zásadní pravidlo dodržování programových aktivit a pravidelný denní režim s cyklicky se opakujícími činnostmi. Ustálení pravidel a času při vstávání, stolování, hygieně, aktivních činností a drobných domácích pracích. Důležitá je reedukace v běžných denních aktivitách, nedílnou součástí nastoleného režimu musí být i čas na odpočinek. S ohledem na fázi onemocnění zařazujeme individuální činnosti zaměřené na procvičení paměti, lehkou dechovou rehabilitaci a protažení svalových partií. Jako dopomoc při orientaci v realitě je důležité mít k dispozici kalendář, hodiny, nástěnku s různými připomínkami: jaké je roční období, návštěva lékaře, narozeniny člena rodiny. Pro lepší orientaci v domácím prostředí volíme úpravu bytu ve smyslu barevného značení důležitých prostor jako je toaleta, kuchyň, koupelna, ložnice, odstranění nebezpečných předmětů například nože, nůžky, čisticí a chemické prostředky, pohyblivé koberce apod. Další důležitou činností je kognitivní trénink. Slouží k tomu speciálně připravené cvičné listy. Procvičují paměť, prostorové vnímání a orientaci, logické myšlení.

4.10 Reminiscence

„Je vzpomínání, vyvolávání vzpomínek a jejich podporování. Techniku lze využít nejen u osob s demencí, ale i pro aktivaci dlouhodobě ležících klientů. Reminiscence respektuje prožívání zážitků z dětství, manželství, pracovní činnosti apod. Velmi vhodnou pomůckou jsou rodinné fotografie klienta a vzpomínání na jména osob a společné zážitky“. (Klvetová a Dlabalová 2008).

4.11 Prognóza

Alzheimerova demence je nevléčitelné progresivní onemocnění, nelze u něj v současné době očekávat zlepšování stavu. Léčbou je možné pouze pozdržet narůstající potíže.

4.11.1 Základní statistika

Demencí je postiženo podle nejnovějších odhadů prevalenční studie Alzheimer Europe více než 7,3 milionů osob v zemích evropské unie, V České republice kolem 123 000 obyvatel. Prevalence demence stoupá s věkem. v populaci nad 65 let postihuje demence 5% a ve věkové kategorii nad 85 let dokonce 30-50% osob. Procentuální zastoupení demencí: Alzheimerova choroba zaujímá z celkového počtu demencí 50-60%, vaskulární demence 15-30%, demence s Lewyho tělísky 10-20%, demence u Parkinsonovy choroby a jiných extrapyramidových onemocnění 5-10%, frontotemporální demence 3-5%. (Klán 2011)

5 Ošetrovatelská část bakalářské práce

5.1 Péče o klienty s Alzheimerovou demencí v domácí péči

Výhody péče v domácím prostředí nemocného jsou nesporné. Umístění nemocného do ústavního zařízení, určeného pro klienty s demencí, byť je uzpůsobeno i vybaveno dle specifických potřeb těchto nemocných, může vést k neblahému adaptačnímu syndromu. Zhorší se projevy demence, někdy se přidají deliria. Proto by umístění v těchto zařízeních mělo být až jako krajní řešení krizové situace, při nástupu těžkých, nezvladatelných poruch chování, nebo v případě kdy dojde k selhání rodinných pečovateli.

Konkrétní projevy nemoci jsou ovlivňovány také typem osobnosti, předešlým stylem života, tělesným i duševním stavem.

Agentury domácí péče poskytují péči klientům obvykle ve fázi středně těžké až těžké demence. Zahájení péče o takto nemocného člověka indikuje zpravidla praktický lékař.

Na základě zadání praktika a pověření vrchní sestry z agentury domácí péče, provede sestra návštěvu klienta. Seznámí se s prostředím, ve kterém žije, naváže pozitivní a přátelský vztah s nemocným. Zhodnotí jeho situaci, zdravotní stav, zaznamená kontakty na praktického a odborné lékaře, vyplní osobní údaje o klientovi, kód zdravotní pojišťovny. Součástí prvotního kontaktu je i fyzikální vyšetření, sestra hodnotí, zda nemocný netrpí smyslovým postižením nebo bolestmi. Posoudí stav pokožky též zhodnotí stav neurologických, dechových, kardiovaskulárních, gastrointestinálních funkcí. Zjistí míru kontinence moče a stolice, mobilitu, ochablost, stav vědomí, orientaci časem, místem, osobou, zhodnotí stav paměti, duševní stav, komunikaci, chování. Takto zjištěné skutečnosti zapíše do dokumentace o převzetí pacienta do programu domácí zdravotní péče, vyplní ošetrovatelskou dokumentaci, zhodnotí úroveň sociálního zázemí, kontaktů na příbuzné a pečovatele a zapíše všechny léky užívané klientem domácí péče. Také je třeba zhodnotit prostředí, ve kterém nemocná žije, zda je

hygienicky nezávadné, a míru spolupráce rodiny. Je důležité zjistit, zda rodina využívá pečovatelské služby, nebo péči společnice, z důvodu komunikace a spolupráce při péči o nemocnou. Nemocný nebo pečující osoba vyjádří svůj souhlas s poskytováním péče a stvrdí podpisem.

V další fázi procesu vypracuje sestra plán péče s ohledem na fyzické, sociální, psychické a spirituální potřeby. Dbá na to, aby se klient dle svých možností mohl vyjádřit ke každému kroku navrhované péče. Zda je pro něj vyhovující, nebo nepřijatelný.

Klienti se středně těžkým postižením, přijímají návštěvy sestry obvykle 1-3 krát denně. Sestra doplňuje nejčastěji úkony spojené s deficitem sebez péče v oblasti výživy a hydratace, hygienické péče a ochrany pokožky. Součástí je i péče o pohybový aparát, ať už pasivní nebo aktivní, dechová cvičení, chůze, masáže. Nesmí chybět ani aktivizace, procvičování paměti, nácvik soběstačnosti. Dopomáhá nemocnému orientovat se v prostoru, provádět úkony běžných denních činností, edukuje nemocného i rodinné pečující. Vybízí klienta ke čtení a následnému vyprávění přečteného textu, zda správně pochopil obsah. Kontroluje pečující, jestli správně pochopili edukaci.

5.2 Základní údaje o klientce

Jméno: L. O.

Věk: 87 let

OA: Manžel nemocné uvádí, že v dětství prodělala běžné dětské nemoci. Nikdy vážně nestonala. Demence Alzheimerova typu byla diagnostikována v roce 2007.

RA: V rodině se opakovaně vyskytuje Alzheimerova demence, nebo demence Alzheimerova typu ve vyšším věku.

GA: Menarche v 14,5 roce. Dva porody, z toho 1x dvojčata dívky, jedna nepřežila. Klimakterium ve 48 letech.

AA: Neudává žádnou alergii.

SA: Žije s manželem v bytě 2+1, s ústředním topením a soc. zařízením.

FA: Ebixa 10 mg 1-0-1 Lokren 20 mg 1-0-0, Vitamin E 600 mg 1-0-0, Gingio 40 mg 1-0-0 všechny léčivé přípravky užívá orálně

NO: Demence Alzheimerova typu, hypertenze

5.3 Údaje z neurologické ambulance

Nemocná přichází v dubnu 2007 za doprovodu manžela, ten podává informace o anamnéze a příznacích onemocnění. Uvádí problém s pamětí, který trvá asi 2 roky. Opakovaně se ptá, nepoznává známá místa, má zhoršenou prostorovou orientaci, často hledá klíče. MMSE 14/30. Nasazena kognitiva. Aricept 5 mg. 1 tableta večer.

Po měsíční kontrole dle rodiny stav nezměněn. Uvádí středně silné bolesti hlavy. Lékařka naordinovala Cinarizin 75 mg 1 tbl. ráno.

Následující kontrola v neurologické ambulanci byla v říjnu 2007. Manžel uvádí výraznou dezorientaci. MMSE 16/30. Nasazen preparát Ebixa 10mg 1 tbl večer.

Při pravidelné kontrole v prosinci 2007, manžel nemocné uvádí. Zhoršenou komunikaci, nepamatuje si jména dcer. Lékařka zvyšuje dávku Ebixy na 20mg denně 1 tbl ráno a večer.

Po tříměsíčním užívání Ebixy stav stabilizován, zlepšení orientace v domácím prostředí. Není orientována časem a prostorem. Až do ledna 2010 užívá Ebixu. Po kontrole na neurologii MMSE 7/30. Lékařka rozhodla o ukončení léčby memantinem, pro velmi nízké skóre. Doporučuje vysoké dávky vitamínu E a preparát s obsahem Ginkobiloba. V červenci 2010 žádá rodina opět o nasazení memantinuEbixy, ale z důvodů nízkého skóre na MMSE pojišťovna preparát nehradí. Manžel hradí preparát jako samoplátce. Dle jeho slov při znovu užívání se stav jeho ženy výrazně zlepšil. Při kontrole

v lednu 2011 MMSE 9/30. Při tomto skóre pojišťovna opět hradí léčbu mementinem. Lékařem je doporučováno procvičování paměti, stimulace, přiměřený pohyb, drobné úkony v péči o domácnost.

Duben 2011 přichází nemocná v doprovodu manžela. Udává stabilizaci stavu. V denní době nebývá zmatená. V noci spí klidně. MMSE 11/30. Pokračuje v léčbě Ebixou 10mg 1 tbl ráno a večer, vysoké dávky vit E 600mg, preparát Gingio. Při současné léčbě, kontrola opět za 3 měsíce.

Únor 2012 provedeno opět vyšetření MMSE skóre 10/30. Doporučená léčba stejná.

Na začátku léčby bylo nabídnuto vyšetření psychiatrem, to však nikdy neproběhlo z důvodu snížené mobility jejího manžela.

5.3.1 Kontrola vyšetření neurologem

Obvykle dochází na pravidelné neurologické kontroly jedenkrát za tři měsíce. Lékařka předepisuje medikaci Ebixa 10 mg 1 tbl ráno a večer.

5.3.2 Kontrola praktickým lékařem

V červenci 2011 byla zjištěna hypertenze při pravidelné preventivní prohlídce. Obvodní lékař nasadil preparát Lokren 20mg 1 tbl ráno. Preventivní prohlídky jsou prováděny 1x za 2 roky včetně odběru krve na krevní obraz s výsledky: WBC: 8,1 x 10⁹/l, RBC: 3,4 x 10¹²/l což je nižší hladina, HGB: 115 g/l rovněž nižší hladina, HCT: 0,360 l, MCV: 83,0 fl, PLT: 173x10⁹/l. Biochemické vyšetření krve s výsledky: natrium 142 mmol/l, kalium 3,63mmol/l což je mírně snížená hladina draslíku, chloridy 102mmol/l, Urea 6,56 mmol/l, Kreatinin 62 mmol/l, Kyselina močová 192 umol/l, ALT 1,1 ukat/l mírně zvýšená hodnota, AST 0,63 ukat/l alkalická fosfatáza 1,45 ukat/l, cholesterol 5,4 mmol/l mírně zvýšená hodnota, glukosa 5,4 mmol/l. Orientační zkouška moči prokázala bílkovinu na stupnici 2-3, ostatní hodnoty byly v pořádku. Vyšetření praktickým lékařem je na vyžádání rodiny. Recept na antihypertenzivum vyzvedává manžel dle potřeby.

5.3.3 Kontrola sestry

Každý den, měření fyziologických funkcí (tlak krve, puls, tělesná teplota, dech) nejen z diagnostických důvodů, ale pro celkovou stimulaci a spolupráci. Hygienická péče, prevence opruzenin. Základní ošetrovatelská rehabilitace, dechová cvičení. Aktivizační činnosti, dopomoc při provádění úkonů běžných denních aktivit.

5.4 Současná terapie

Ebixa 10 mg 1 tableta ráno a večer. Memantin nekompetitivní antagonist NMDA receptorů. Je indikován u pokročilejších fází AD při hodnocení 17/30 a méně.

Nežádoucí účinky mohou být závratě, bolesti hlavy, únava, obstipace, výjimečně halucinace.

Lokren 20 mg 1 tableta ráno. Antihypertenzivum, beta-blokátor.

Nežádoucí účinky jsou hypotenze, bradykardie, metabolická acidóza.

Vitamin E 600 mg ráno. Vitamínový přípravek, podávaný zejména jako antioxidant, podpůrná léčba a prevence kardiovaskulárních onemocnění, nemocí kloubního a vazivového aparátu, dermatologických nemocí.

Gingio 40 mg 1 tableta ráno. Podává se obvykle jako podpůrná léčba demence, vazodilatans.

5.5 Ošetrovatelský model

Ve sledovaném období bylo o nemocnou pečováno dle modelu Virginie Hendersonové.

Ošetrovatelský proces je cyklický a dynamický děj, je to nový způsob organizování péče, zaměřuje se na komplexní holistický přístup k nemocnému, umožňuje individualizovanou péči a aktivní přístup. Zdůrazňuje kooperaci sestry s nemocným člověkem.

5.5.1 Fáze ošetřovatelského procesu

Zhodnocení nemocného. Tato část se zaměřuje na získávání informací nejen o aktuálním stavu, ale i z období předchorobí. Je výhodné zjišťovat data z více zdrojů, například od samotného nemocného, rodinných příslušníků, pečovatelky, praktického či odborného lékaře. V této fázi si sestra zvolí typ modelu ošetřovatelské péče, který je podkladem pro další fáze a ošetřovatelské zásahy.

Stanovení diagnóz ošetřovatelské péče. Ošetřovatelskou diagnózou se pojmenují potřeby nemocného, které jsou deficitní, narušené či vyvolané nemocí. Důležité je zjistit, co klienta trápí, nebo čím je ohrožen.

Plán péče. Ve fázi plánování se zaměříme na cíle, čeho je třeba dosáhnout ve prospěch nemocného. Nastolit postupy a určit pořadí, ve kterém budou uspokojovány potřeby nemocného v souladu s jeho přáním. Také je vhodné zainteresovat rodinné pečující.

Realizace plánu. Vykonávání naplánovaných postupů ošetřovatelské péče, podle vytvořeného systému. Koordinace rodinných pečujících v provádění úkonů ve prospěch nemocného.

Zhodnocení provedené péče. V této fázi dochází k hodnocení výsledků ošetřovatelské péče se stanovenými cíli. Pokud nebylo dosaženo plánovaných výsledků, provedeme přehodnocení jednotlivých částí procesu a směřujeme k jejich nápravě.

5.5.2 Charakteristika modelu dle V. Henderson

„Virginia A. Henderson patří mezi jedny z prvních profesionálních odborníků v oblasti teorie a vzdělávání v ošetřovatelství v USA. Je autorkou jedné z nejznámějších definicí ošetřovatelství: Jedinečnou funkcí sestry je pomáhat člověku, nemocnému nebo zdravému, provádět činnosti přispívající k udržení nebo návratu zdraví, případně klidné smrti, které by prováděl bez pomoci, kdyby měl potřebnou sílu, vůli a znalosti. A dělá to tak aby mu

pomohla co nejrychleji dosáhnout samostatnosti.“(Archalousová, Slezáková 2005, str. 34)

Její koncepční ošetrovatelský model vychází ze základních potřeb člověka, ze soběstačnosti a nezávislosti v uspokojování potřeb, ze základních ošetrovatelských aktivit při pomoci klientovi. Ošetrovatelským cílem je podpořit nezávislost v uspokojování potřeb a dosáhnout tak co nejvyššího stupně soběstačnosti. Klient/pacient je vnímán jako celistvá nezávislá bytost. Jeho potřeby shrnuje do 14 základních oblastí. Vychází z předpokladu, že všechny lidské bytosti mají stejné základní potřeby bez rozdílu rasy, kultury, pohlaví i věku.(Archalousová, Slezáková 2005)

1. Normální dýchání
2. Adekvátní strava a pití
3. Vylučování
4. Pohyb a udržení tělesné polohy, držení těla
5. Spánek odpočinek
6. Výběr vhodného oděvu – oblékání, svlékání
7. Udržování tělesné teploty v normě
8. Udržování tělesné hygieny, upravenost zevnějšku, ochrana pokožky
9. Vyvarování se nebezpečí z okolí a zabránění zranění jiných
10. Komunikace s okolím, vyjádření emocí, potřeb, obav a názorů
11. Konání pobožnosti podle vlastní víry
12. Práce, zaměstnání, tvořivá činnost
13. Hry nebo účast na různých formách rekreace
14. Učit se, objevovat nebo uspokojovat zvědavost, která vede k normálnímu vývoji osobnosti a zdraví

5.5.3 Ošetřovatelská anamnéza

K hodnocení a vytvoření ošetřovatelské anamnézy jsem si zvolila období listopadu a prosince 2011. Anamnestické údaje jsem zjistila, základním vyšetřením a celkovým zhodnocením fyzického stavu, testem dle Barthela, provedením MMSE, a ACE-R. Nemalou měrou se podílel ne podávání informací manžel nemocné a lékařka neurolog-konzultant.

5.5.3.1 Fyzikální vyšetření

TK – 125/70

P – 52' nepravidelný

D – 16' za minutu

TT – 36,6 °C

Hmotnost – výška 67kg/172 cm BMI – 22.64

Hlava na poklep nebolestivá, uši a nos bez sekrece, hnisavý sekret v očním koutku ukazuje na infekci, spojivky bledé.

Dutina ústní - jazyk bez povlaku a známkem závažné dehydratace, plazí ve střední čáře, chrup velmi zanedbán zbývají 4 trvalé zuby, zubní náhradu nepoužívá a nemá. Sliznice bez známkem infekce.

Krk – pohyblivost omezená, uzliny nezvětšeny, krkavice tepou symetricky, bradykardie 52' tep nepravidelný. Štítnici nehmatám.

Hrudník – dýchání čisté, poklep bez patologických fenoménů. 2. Doba akce srdeční je akcentovaná. Na zádech drobné hematomy.

Břicho na pohmat nebolestivé, měkké. Játra ani slezinu nehmatám. Na povrchu četné strie.

Horní končetiny jsou hypotrofické, bez známkem parézy. Rovněž pozorují drobné hematomy ve velikosti do 4 cm.

Dolní končetiny taktéž hypotrofické s varixy a drobnými hematomy různého stáří ve velikosti do 5 cm. Nehty na nohou vykazují známky mykotického onemocnění.

Celkový stav pokožky je přiměřený věku, bez známek kožních chorob, hydratace se dle kožního turgoru jeví jako nedostatečná.

Dle výpovědi manžela si někdy stěžuje na bolest při mikci, bez léčby to ale samo po čase přechází. Dalším problémem je obstipace. K defekaci dochází asi jedenkrát za 4 dny.

5.5.3.2 Pomoc pacientce s dýcháním

Paní L.O. v průběhu péče dýchala samostatně, bez potíží. Nevykazovala žádné známky infekce dýchacích cest. Výměnu vzduchu v místnostech a větrání zajišťoval manžel. Zvlhčovat vzduchu se v bytě nenacházel.

5.5.3.3 Pomoc pacientce při příjmu potravy a tekutin

Stravovací návyky vypovídají o nevhodně složeném jídelníčku s energetickým deficitem a absencí ovoce a zeleniny. Turgor kůže poukazuje na nedostatečnou hydrataci.

Příklad denního rozvrhu stravy: snídaně-vánočka nebo buchta a černý čaj s 1 lžičkou cukru, oběd-zajišťuje centrum sociální pomoci, manželé si však berou pouze jeden oběd, který si mezi sebou pělí, večeře-většinou jogurt, nebo sladké oplatky, odpoledne pije paní L.O. jednu černou kávu). Nákup potravin a jiných potřeb zajišťuje pečovatelka. V bytě mají dostatek jídla.

Nemocná stoluje společně se svým manželem. Jedí 3x denně, menší porce jídla. Paní jí samostatně na výzvu, při jídle používá pouze lžíci. Je schopna se sama napít, ale pitný režim dodržuje pouze po vybídnutí. S přípravou jídla nedokáže pomoci, nechápe, co má udělat. Vše připravuje na stůl její muž. Potravinovou alergii neudává nemocná ani její muž.

5.5.3.4 Pomoc pacientce při vyměšování

Manžel nemocné uvádí potíže s obštipací a občasné dysurické potíže při močení, stěžuje si na pálení. Lékaře s tímto problémem nikdy nevyhledala, samo to po různě dlouhé době odezní. V současné době neuvádí žádné potíže s močením. Na toaletu je schopna dojít sama, nedokáže však důkladně provést očistu po použití toalety. Moč je tmavě žlutá, objem vyloučené moči za 24 hodin je asi 750 ml.

5.5.3.5 Pomoc pacientce při udržování tělesné polohy

Paní L. O. je mobilní, zvládá pohyb, chůzi, sezení a ležení sama. Manžel doplňuje údaje, že se objevují potíže v prostorové orientaci. Podle drobných hematomů po těle usuzují, na problémy při chůzi, v tento den se nemocná opakovaně udeřila při chůzi po bytě o dveřní rám, v rámci bezpečí nemocné a jako prevenci pádu bylo nutné nemocnou po bytě vodit. Venkovní procházky manžel nemocné odmítl.

5.5.3.6 Pomoc pacientce při odpočinku a spánku

V denní době obvykle nespává. Po obědě je zvyklá odpočívat na křesle v obývacím pokoji. Na lůžko uléhá zpravidla kolem půl desáté večer manžel ji dovede do ložnice a spí až do příchodu sestry, což je kolem půl deváté ráno. Péči o čistotu lůžka zajišťuje dcera 1x za měsíc převléká lůžkoviny. V této oblasti péče je téměř soběstačná. Nemocná však na mě působí unaveným dojmem.

5.5.3.7 Pomoc pacientce s výběrem oděvu s oblékáním a svlékáním

Oblékání je náročným úkonem, je třeba nemocnou navést, jak oděv obléci, téměř vždy vyžaduje dopomoc. Výběr oděvu určuje manžel, obvykle doma nosí noční košili nebo šatovou zástěru a přes ni župan. Spodní prádlo si musí měnit i několikrát denně, z důvodu nedokonalé očisty po použití

toalety, ale výměnu spodního prádla provede pouze na výzvu. Praní prádla zajišťuje jednou týdně dcera.

5.5.3.8 Pomoc pacientce při udržování tělesné teploty v rámci normálních mezí

V průběhu péče se u klientky neobjevila zvýšená tělesná teplota, pohybovala se v mezích normy. Vzhledem k příznivé teplotě v bytě, zhruba 24 °C nemohlo dojít ani k podchlazení. Při pocitu chladu, a po celkové hygieně nosila paní ještě župan.

5.5.3.9 Pomoc pacientce při udržování čistoty a upravenosti těla a při ochraně pokožky

Péči o čistotu a hygienu těla si nedokáže paní L.O. zajistit sama. Ráno po probuzení, se odebereme společně s klientkou do koupelny. Do vany dokáže vstoupit s dopomocí. Po nasměrování si dokáže umýt obličej a nohy, o ostatní části těla pečuji sama. Vlasy myjeme jeden krát týdně. Intimní partie jsou bez známek opruzenin, nebo jiného podráždění pokožky. Na vaně je umístěno sedátko pro snazší péči a bezpečí při koupeli. Při oblékání po očištění spoléhá na mou dopomoc. Péči o dutinu ústní nedokáže zvládnout sama, pomáhám s čištěním chrupu, ale projevuje svou nelibost. Nehty na ruce stíhám jeden krát za týden. Nehty na nohou stříhá a ošetřuje jedenkrát za měsíc pedikérka. Stav pokožky jeví známky dehydratace, a zaznamenávám četné drobné hematomy a strie.

5.5.3.10 Pomoc pacientce při vyvarování se nebezpečí v okolí a při ochraně ostatních

Riziko nebezpečí spočívá pro nemocnou především ve ztrátě prostorové orientace. Je ohrožena zraněním a rizikem pádu. Má sníženou svalovou sílu v důsledku hypotrofie kosterní muskulatury a z důvodu malnutrice. Z důvodu bezpečnosti, zamyká její manžel byt, aby nemohla odejít, a zabloudit. Je potřebné odstranit z bezprostředního dosahu všechny

ostré předměty, chemické a čisticí prostředky, pohyblivé koberce na chodbě, umístit záslepky do nepoužívaných elektrických zásuvek.

5.5.3.11 Pomoc pacientce při komunikaci s ostatními při sledování jeho potřeb a pocitů

Vázne verbální a neverbální komunikace. Na otázky odpovídá nepřiléhavě, stále se ve vzpomínkách vrací do mládí, zmiňuje matku a hovoří o sobě jako by byla v dětském věku. Často si zpívá, ale pouze melodii beze slov. Stále se usmívá. Při procvičování paměti se nedokáže soustředit na požadovanou věc. Některé předměty denní potřeby nedokáže pojmenovat, ale ví, jak má předmět použít, (nasadí si brýle, ale neví, že tato optická pomůcka se nazývá brýlemi, umí použít hřeben, pero a lžici, ale rovněž nepojmenuje.) Při návštěvě dcery ji nepoznala, stalo se, že nepoznala ani svého muže, sdělila mi, „že tam někdo je“. Ke všem osobám i cizím, se chová velmi přátelsky. Neví však o nich jak se jmenují a za jakým účelem přišli.

5.5.3.12 Pomoc pacientce při vyznání náboženské víry

Paní L.O. je ateistka, stejně jako její muž, neprojevují potřebu duchovního života. Manžel nemocné uvádí, že jeho rodiče chodili dříve do kostela.

5.5.3.13 Pomoc pacientce při práci

Zapojení do jednoduchých domácích prací je v tomto případě možné, ale pouze pod dohledem a srozumitelnou instrukcemi. Dokáže však sklidit hrnky a talířky od jídla do dřezu. Umí otevřít a zavřít okno. Zvládá zapnutí rychlovarné konvice, pokud je naplněna vodou. V domácnosti se neorientuje. Neví, kde má jaké nádobí, ani nezvládá připravit hrnky na čaj, po instrukci ale zvládne do připraveného hrnku vložit sáček, a čaj potom osladit. Připravené pokrmy a nápoje umí odnést na jídelní stůl. Uloží květiny do připravené vázy.

5.5.3.14 Pomoc pacientce při poskytování odpočinkových či relaxačních činností

Jako relaxační činnost jsem zvolila lehké tělesné cvičení, dechové cviky, procvičování jemné motoriky - míchání karet, navlékání velkých korálek, třídění a rozdělování drobných předmětů na stejné hromádky, (několik druhů těstovin, korálky, malé kostky). Nemocná nezvládá opakování jednoduchých cviků, ale při pomoci se zvládnutím úkonu byla ráda, projevila libost a potřebu tělesného kontaktu. Oblíbila si masírování zad.

5.5.3.15 Pomoc pacientce při učení

Nemocná dosáhla středoškolského vzdělání, začala studovat vysokou školu chemickou, kterou nedokončila. V současné době jsou u ní natolik postiženy kognitivní funkce, že učení je velmi obtížné. Soustředila jsem se proto na procvičování paměti z pracovního sešitu pro pacienty se středně těžkou kognitivní poruchou, který vypracovala Mgr. Jitka Suchá z gerontologického centra v Praze. Tyto úlohy jsou však pro ni příliš těžké, prakticky nedokázala vypracovat s pomocí ani jeden úkol z cvičného listu. Pracujeme tedy s několika kartami pexesa, při učení používáme též domino, pohlednice nastříhané na několik kusů, které skládáme a u domina a pexesa párujeme stejné symboly.

5.5.4 Ošetřovatelské diagnózy

Krátkodobý plán ošetřovatelské péče jsem vypracovala k 12. 12. 2011.

5.5.4.1 Riziko pádu a poranění v důsledku dezorientace

Cíl – Nemocné zabezpečím, prostředí, ve kterém žije vhodnými úpravami bytu, aby se minimalizovalo riziko poranění.

Plán – po dohodě s manželem, odstraníme pohyblivé koberce, běhouny na přístupové chodbě k toaletě a koupelně, bude potřeba instalace většího madla v koupelně u vany a na toaletě zajištění protiskluzové

podložky v koupelně i ve vaně, odstranění pracích ačistících prostředků z dosahu. Zajištění elektrických zásuvek vložení záslepky, uložení ostrých a nebezpečných předmětů mimo dosah nemocné, odstranění jednostranného zámku u koupelny a toalety, aby se nemocná nemohla sama zamknout a vystavit se tak nebezpečí a stresu.

Realizace – všechny navrhované změny ve prospěch bezpečí nemocné se podařilo zrealizovat a zmenšit tak riziko nežádoucí události ve smyslu poškození zdraví.

Hodnocení – u nemocné jsme zmírnili rizika, která by mohla přispět k poškození zdraví nemocné, ale i jejího manžela.

5.5.4.2 Nutriční deficit a dehydratace v důsledku snížení psychických a fyzických schopností

Cíl – nemocné změním složení i množství stravy dle moderní nutričních požadavků, a bude přijímat stravu pravidelně 5-6 krát denně. Udrží si stálou hmotnost.

Plán – Pomoc manželovi nemocné při vhodném výběru potravin, a nutnosti přijímat stravu 5-6 x denně a v dostatečném množství. Nastavíme pravidla při stolování. Jídlo bude podáváno vždy v pravidelnou denní dobu a u stolu v kuchyni. Bude považováno za příjemný rituál, přispívající k dobré tělesné i duševní kondici. Upozorním, na možnost sippingu což je popíjení nutričně hodnotných nápojů. Do stravy zahrneme ovoce, zeleninu, dostatek bílkovin, které v jídelníčku chyběly. Zajistím dostatečný příjem tekutin minimálně 1,5-2 litry denně. Poskytnu ubrousek pro lepší komfort stolování a prevenci znečištění oděvu. Návrh jídelníčku: snídaně-slunečnicový chléb 2 plátky 30 gramů lučiny, 1 rajské jablíčko, jablečkový džus 300ml, dopolední svačina: bílý jogurt, 2 čajové lžičky dýňových semínek, 1 lžička vlákniny, 1 pomeranč, ovocný čaj 250 ml, oběd: polévka s játrovými knedlíčky a zeleninou 200 ml, rybí filé zapečené se sýrem 150 gramů a bramborová kaše 150 gramů, hlávkový salát 120 gramů, sklenice minerálky 300 ml, odpolední

svačina: tvarohový koláč, sklenice mléka 200 ml, večeře:krutí přírodní plátek 120 gramů s dušenou zeleninou 200 gramů, minerální voda 200 ml, druhá večeře: jablko nastrohané s mrkví 150 gramů. V průběhu dne nabídnu nemocné ovocný nápoj 500 ml(džus naředěný napůl s vodou), mimo stanovená jídla.

Realizace – manžel a dcery jsou seznámeny s navrhovanými změnami a souhlasí. Klientka si pomalu začíná zvykat na pestřejší jídelníček, zpočátku, se jí zdály být porce neobvykle velké. Dle projevů při konzumaci stravy se zdá, že jí tento způsob stravování velmi chutná. Začlenila se do přípravy stolu před jídlem, připravuje ubrousky a hrnky na nápoje. Systém popíjení nutričně vyvážených doplňků stravy se nepodařilo uskutečnit z finančních důvodů.

Hodnocení – Strava je poskytována pravidelně, ale opět pouze 3x denně, nemocná nezvládá jíst potřebné množství stravy, porce jsou pro ni příliš velké a časté. Došlo k návratu ke starým stravovacím zvyklostem. Reedukovala jsem tedy manžela nemocné, ale uvedl, že jim jejich zaběhnutý systém stravování vyhovuje lépe. Rehydrataci se podařilo udržet zejména díky změně a chuti nápojů.

5.5.4.3 Deficit sebezpečí v oblasti hygieny v důsledku snížení psychických funkcí a fyzických schopností

Cíl – Pacientka zvládne hygienu s dopomocí sestry, bude vždy čistě umytá a upravená. Sprchování bude příjemnou součástí dne, a příležitostí ke komunikaci a nácviku soběstačnosti.

Plán – Hygienická očista bude prováděna denně, obvykle ráno po probuzení, k navození příjemného pocitu po celý den. Hygiena zahrnuje kompletní péči o tělo, vlasy, nehty, dutinu ústní a čištění nosu. V případě znečištění exkrety bude hygiena provedena dle potřeby. Zajistím intimitu v době výkonu očisty pro zachování důstojnosti osobnosti.

Realizace – při hygienické péči se nemocná cítí dobře, má ráda teplou vodu. Při mytí se po instruktáži zvládla namydřit na místech, kam sama dosáhla. Umývání vlasů provádíme 1x za týden, stříhání nehtů na rukou také jedenkrát týdně. Péči o nohy a stříhání nehtů zajišťuje pedikérka 1x za měsíc. Péči o dutinu ústní zajišťuji sama. Nemocná však tuto činnost odmítá, je jí nepříjemná.

Hodnocení – nemocná se dle projevů těší na sprchu, tato činnost je jí příjemná. Péče o stav a očistu chrupu jí nevyhovuje, nebyla zvyklá o svoje zuby pečovat. Výhodou při hygieně je nerušená komunikace a pozorování nemocné. Stav její pokožky a celkové projevy. Péči o očistu už její muž nezvládal, proto uvítal, že tuto činnost převzala sestra.

5.5.4.4 Chronická obstipace v důsledku nevhodného složení stravy a nedostatku vlákniny

Cíl – Úprava stolice a vylučování, pacientka se bude vyprazdňovat pravidelně každý druhý den.

Plán – Edukace rodiny o vhodnosti konzumace ovoce a zeleniny, včetně vlákniny – 1 kávová lžička do jogurtu a dostatečně zapít. Zvýšit příjem tekutin, zejména ovocné džusy s vlákninou například hruškový. Upravit pohybový režim.

Realizace – podáváme jogurt s 1 kávovou lžičkou vlákniny psyllium a ovocem. Zařadili jsme místo vánočky a buchty celozrnné pečivo. Zvýšili jsme hydrataci i pohybovou aktivitu důležitou pro správný pohyb střev (protahování a strečinkové cviky, předklony, pohyb v rytmu hudby, chůze v bytě).

Hodnocení – chronická zácpa zcela vymizela (stolice má fyziologickou konzistenci a barvu) nemocná se vyprazdňuje denně a neudává žádné potíže. Cítí celkovou pohodu a má dobrou náladu, což přičítám též rehydrataci.

5.5.4.5 Porucha komunikace v důsledku degenerativních změn

Cíl – udržet stávající úroveň komunikace, zařazení neverbálních komunikačních dovedností a gest.

Plán – Komunikovat s porozuměním, pomalu a zřetelně. Dodávat odvalu při komunikaci. Vhodně oslovovat nemocnou, navázat přátelský a pozitivní vztah. Trpělivě povzbuzovat k verbálním i neverbálním projevům. Edukovat pečující o procvičování a opakování. Člověk může být díky své nedostatečné komunikaci osamocen a izolován a to i v případě, že je obklopen lidmi. Je třeba hledat jiné formy komunikace, kterými ještě nemocný disponuje, jako jsou jednoduchá sdělení gesta, náznaky. Soustředit se a vnímat i drobná a zdánlivě nevýznamná nonverbální sdělení, porozumět jim a reagovat na ně.

Realizace – Při komunikaci s nemocnou jsem sledovala pocity při verbálním projevu, který byl zcela nepřiléhavý, nedokáže odpovědět na otázku a nezvládá označit předměty jejich názvy. Při psaní správně drží pero. Stále se usmívá a snaží se o více forem komunikace, jakoby potřebovala něco sdělit, ale nenachází slova a nonverbální projev jsem ještě nedokázala rozluštit, mám dojem, že se cítí být nepochopena, a ubývá jí odvaha k dalším komunikačním projevům.

Hodnocení – Nemocná by velmi ráda komunikovala, ale vzhledem k závažnému degenerativnímu onemocnění se jí to nedaří. Slovní projev je bez logického obsahu, není možné rozluštit z několika významově nesourodých slov, co nemocná chtěla sdělit. Je třeba mít trpělivost a být vnímavější k jejím nedokonalým projevům. Projevit jí svou náklonnost a dodat odvalu komunikovat.

5.5.4.6 Deficit v oblasti učení a relaxačních činností

Cíl – nemocná nebude v denní době v nečinnosti, bude aktivována různými způsoby, tak aby je pochopila a dokázala reagovat a splnit daný úkol.

Plán – aktivizační činnosti, procvičení paměti z pracovních listů pro nemocné demencí, nácvik řeči a paměti opakováním slov a krátkých vět, prostorového vnímání, rozložení předmětů na stole, hra s dominem, a pexesem, cvičení jemné motoriky, používání malého masážního míčku do rukou, práce s modelínou. Zařadíme více pohybových aktivit, lehkou ošetřovatelskou rehabilitaci, lehkou masáž. Poslech oblíbené hudby, tanec dle pohybových možností nemocné. Prohlížení známých předmětů a fotografií, popis osob na podobence.

Realizace – pokusili jsme se o plnění některých úkolů z pracovního sešitu, bylo to ale pro nemocnou příliš náročné. Od manžela paní L. jsem získala potřebné suvenýry z dovolených, památeční předměty a fotografie. Poznávala pouze svojí matku. V pohybové aktivitě se nejvíce osvědčilo lehké cvičení při hudbě a masírování zad.

Hodnocení – Při aktivizačních činnostech byla nemocná vždy v dobré pohodě, stále se usmívala a to, že jí někdo věnuje pozornost a komunikuje s ní, jí činilo potěšení, jakoby dlouhodobě nedostávala potřebnou pozornost. Nejpozitivnější reakci jsem zaznamenala při prohlížení předmětů a fotografií po matce. Libé reakce projevovala také při poslechu hudby a pohybu v rytmu tónů. Podařilo se mi vždy změnit její smutný výraz do radostného rozpoložení.

5.5.4.7 Zmatenost v důsledku postižení kognitivních funkcí

Cíl – orientovat se bez problémů ve svém přirozeném domácím prostředí.

Plán – posílím orientaci v čase-viditelně umístím kalendář, nejlépe jednodenní trhací a hodiny do nejčastěji užívaných prostor. Vhodně označím používané prostory – toaleta, koupelna, kuchyň a ložnice. Zvýrazním vypínače barevnou páskou okolo, popřípadě můžeme označit barevnými šipkami směr na toaletu. Není vhodné měnit stávající rozložení nábytku. Pro

zvýšení bezpečí, je dobré odstranit běhouny na chodbě vedoucí k toaletě a koupelně. Edukovat rodinu o pomoci při orientaci v prostoru.

Realizace – Rodinní pečující jsou informováni o vhodných opatřeních. Výrazně jsme označili všechny zmiňované místnosti obrázky s nápisem, o který prostor se jedná.

Hodnocení – Nemocná se orientuje pomocí jasně označených místností. S barevným vyznačením cesty na toaletu manžel nemocné nesouhlasil. Klientka najde dobře cestu na toaletu. V rámci jejího bezpečí ji ale na WC doprovázím.

5.5.5 Dlouhodobý plán péče

V plánu dlouhodobé péče se budu věnovat nemocné stávajícím způsobem. Vzhledem k nepříznivé současné situaci a prognóze se očekává, že se stav bude ještě zhoršovat. Nastanou pravděpodobně problémy s inkontinencí, výživou, a mobilitou. Proto bude zapotřebí plán průběžně upravovat a přizpůsobovat aktuálním požadavkům.

Je zapotřebí, aby farmakoterapie a ošetrovatelská péče byly poskytovány ve vzájemném souladu a v nejlepším zájmu nemocné. K tomu může přispět neustálé sebevzdělávání sester pečujících o nemocné s demencí Alzheimerova typu. Dlouhodobý plán se opírá o obecné zásady v přístupu k pacientům s demencí.

Dobré přijetí, pozitivní vztah a neustálá podpora a ochota ke komunikaci, vysílání gest směrem ke klientovi, úsměv, mrknutí oka, dávat nemocnému pocit, že je přijímán. V opačné situaci může nemocný reagovat negativně, pokud cítí, že je přehlížen.

Respektovat osobnost nemocného, získat maximum informací o nemocném z předchozího života, navázat co nejlepší kontakt, přizpůsobit péči jeho zvyklostem a potřebám, aby se pacient cítil dobře fyzicky, psychicky, sociálně i duchovně. K tomu nám může dopomoci například

dotazník, příslušníci rodiny, kolegové ze zaměstnání. Co je vhodné pro jednoho, nemusí být dobré pro druhého, a to i v případě, že trpí stejným onemocněním. Pokud pečovatel nemocného dobře zná a dokáže analyzovat jeho příznaky, je to dobrá pozice v péči o klienta.

Ocenění je pro nemocného důležité, cítí tím vlastní hodnotu. Všichni lidé s demencí by měli být považováni za toho, kým kdysi byli.

Zdvořilost a klidný přístup je velmi důležitý. Nekritizovat, nepoukazovat na její nedostatky, mohla by se cítit zahanbeně a reagovat agresivně.

Podpora dobré nálady, vyhýbat se situacím, ve kterých by nemocná mohla selhat, tempo činností přizpůsobit možnostem nemocné.

S ohledem na poruchu paměti využíváme pomůcky pro její podporu a udržení této schopnosti. Nejlépe se osvědčil trhací kalendář, na kterém je datum jen pro jeden den. Nástěnka s důležitými symboly, připomínkami a výročími.

Pozornost, zejména při rodinných setkáních věnovat nemocné dostatek pozornosti a komunikovat způsobem, který jí vyhovuje.

Fyzický kontakt patří mezi základní lidské potřeby, u dementních pacientů je třeba otestovat, zda je jim fyzický kontakt příjemný, nebo vede ke zneklidnění. Důležité je nemocné dopřát fyzický kontakt, pokud jí dodává pocit bezpečí a je jí příjemný. Stačí stisk ruky, pohlazení na rameni, hlavě.

Jednoduchá komunikace- je dobré si nacvičit drobná gesta o kterých víme co značí a používat je pro společnou komunikaci.

Dobrá komunikace s rodinnými pečujícími. Výměna informací pečujících, sestry a pečovatelky, společně nacházet cesty ke zlepšení nebo udržení stávající situace a přispět tak i k pohodě pečujících, kteří na sebe vzali nelehký úkol, starat se o dementního blízkého. (Jiráková, Holmerová, Borzová 2009)

5.5.6 Socioekonomická oblast

Klientka žije v bytě 2+1 s manželem 92 let. Dům je opatřen výtahem. Přihlédneme-li k věku pečujícího manžela, je zapotřebí, aby sestra z DP převzala péči o všechny základní potřeby. Manžel se zaměřuje na finanční záležitosti, telefonické zajištění různých služeb například pedikérky, kadeřnice, objednání termínu k lékaři. Objednává obědy, zajišťuje pečovatelku, která dochází nepravidelně, podle potřeby, ale zpravidla 2x týdně. Přináší nákupy a uklízí v bytě. Péči o prádlo si vzaly na starost dcery, které dochází jednou týdně, v pátek. Někdy zajistí recepty na léky a přinesou je z lékárny.

Na finanční nouzi si nestěžují, a dosud nepobírají příspěvek na péči. Manžel uvádí, že pokud by nemohl zvládnout péči o svou ženu, zažádal by o umístění do domu se zvláštním režimem, ale chce být umístěn s manželkou. Nechce ji opustit. V případě, že by pobyt v takovémto zařízení byl příliš nákladný, zažádal by o příspěvek na péči. Ten by mu byl zcela jistě přiznán a jím by pak hradil pobyt ve specializovaném zařízení. Paní L. O. nemá omezení k právním úkonům.

Oba manželé byli poučeni o tom, jaké možnosti lze využít v péči o takto nemocné. Umístění v denním stacionáři považovali za nevhodné a příliš složité, vzhledem k dojíždění, oblékání apod.

V této rodině je hlavním pečujícím manžel nemocné, mají dvě dcery, ty nemohou pečovat o svou matku, z důvodu dlouhého dojíždění, mají obavy o ztrátu zaměstnání, kdyby nepracovaly řádně jako doposud. Pomáhají s péčí o prádlo a někdy nakupují a uvaří na víkend. Pokud nastane kritická situace, přijede mladší dcera na moje zavolání. Nastala situace, kdy se zhoršil zdravotní stav manžela nemocné, ten musel být hospitalizován a paní L.O. by zůstala sama doma. Dcera přislíbila, že tuto situaci vyřeší. Poskytla jsem jí tedy informace kam se v případě nouze obrátit, ať už je to umístění v denním stacionáři, či dočasné umístění v domě se zvláštním režimem, v krajním řešení lze také využít umístění do LDN. Tyto informace a všechny náležitosti

a formuláře poskytuje též místně příslušný úřad práce a též, obvodní lékař. Než se mohl vrátit manžel nemocné, zůstávala pacientka sama doma, dcera ji navštěvovala a kontroloval několikrát denně a v noci přespávala s matkou v bytě. Psychický stav dcery se ale zhoršil, vlivem narůstajících nároků na péči o svou matku. Po návratu manžela klientky, se její vztah k matce natolik změnil, že již nebyla schopna se jakýmkoliv způsobem podílet na péči.

5.5.7 Změny v rodině

Péče o nemocného s demencí je velmi náročná a dlouhodobá, proto je třeba ji plánovat a rozdělovat mezi více pečujících. Je třeba pečovat nejen o nemocného, ale i sami o sebe. Duševní zdraví a emocionální pohoda jsou důležité nejen pro nemocného, ale zejména pro toho kdo se péči věnuje. Na dobrém emocionálním stavu osoby starající se o nemocného závisí skoro vše. Proto je nutné mít čas i na obnovu duševních i tělesných sil, čas na aktivity, které přinášejí odpočinek a potěšení.

Zpočátku péče o nemocného se jedná o poruchy paměti a poznávacích schopností. V dalších fázích nastávají komplikace v podobě poruch chování, agrese, udržování čistoty. Je to velmi psychicky i fyzicky náročné. Lze to však zvládat v domácím prostředí. Pomáhá vhodně zvolená medikace, pomoc sester z DP, rady různých organizací zabývajících se demencí a poruchami chování.

Závažná začíná být situace, kdy již poruchy hybnosti došly do takového stádia, kdy je nemocný upoután na lůžko a je plně inkontinentní. V této fázi nebývá neobvyklé, že rodinní pečující jsou natolik vyčerpaní, že nedokáží pokračovat v úkolu, který si předsevzali. Stávají se, že umisťují své blízké do gerontologických center, či do léčebny pro dlouhodobě nemocné.

Psychická zátěž spojená s péčí o blízkého člena rodiny, může vést k závažným konfliktům. Manžel či manželka nezvládají péči o svého druhu, protože jsou již též nemocní nebo staří. Děti nemocných však tuto úlohu nechtějí nebo nemohou přijmout z důvodu konfliktu se zaměstnáním nebo

možných rozporů ve vlastních rodinných či partnerských vztazích. Proto je dobré, aby rodinní pečující znali všechny možnosti, které by mohli využít, jako pomoc při péči o člena rodiny.

Jsou dána doporučení, která mohou vést ke zkvalitnění péče rodinnými příslušníky jako například sdílení odpovědnosti, vypracování seznamu úkolů, jejichž plnění je třeba zajistit. Dále vypracování časového rozvrhu, určení ekonomické náročnosti, míry úsilí, rozdělení úkolů dle možností a schopností pečujících.

Mezi prostředky ke zkvalitnění péče patří například rodinná schůze, diskuze o problémech a odpovědné řešení, přizvání odborného poradce či duchovního. Důležité je také pokračovat v komunikaci a průběžně přehodnocovat potřeby nemocného i pečujících dle stádia demence.

Existují také vybrané druhy služeb, které může rodina využít. Prvním místem, kde o takových službách lze získat informace je místně příslušný úřad práce. Zná ústavy a stacionáře, které se specializují na poskytování péče o nemocné s demencí. ÚP nasměruje pečující na vhodný typ péče.

Odlehčovací služby – Respitní péče. V tomto zařízení je možno umístit nemocného na krátkodobý pobyt 1-2 týdny. Například, když chce odjet rodina na dovolenou načerpat nové síly a odpočinout si a nemá nikoho, kdo by se o jejich nemocného postaral v době nepřítomnosti.

Denní stacionář, umísťuje nemocné v pracovní dny, funguje podobně jako mateřská škola.

Osobní asistent pečuje o nemocného v předem sjednaném termínu.

Všechny tyto služby si hradí klienti sami. Většinou z příspěvku na péči. Prvotním impulzem při žádosti o příspěvek na péči, který může žádat nemocný ale i pečující, je kontaktovat místní úřad práce – sociální odbor. Ten poskytne formulář, který žadatel vyplní. Následně jej navštíví pracovník úřadu, který provede šetření v místě bydliště a postoupí žádost i s

příslušnými lékařskými zprávami posudkovému lékaři, který se k žádosti vyjádří a určí dle daných kritérií výši příspěvku.

I. stupeň- mírná závislost příspěvek činí 800 Kč

II. stupeň-středně těžká závislost příspěvek činí 4000 Kč a vzniká nárok na průkaz ZTP

III. stupeň-těžká závislost příspěvek činí 8000 Kč a vzniká nárok na průkaz ZTP/P

IV. stupeň úplná závislost příspěvek činí 12 000 Kč a též vzniká nárok na průkaz ZTP/P

Tyto příspěvky jsou určeny na uhrazení služeb spojených s péčí o postiženého. (úřední deska Praha 10)

5.5.8 Poradní organizace

Mezi hlavní poradní organizace patří Česká Alzheimerovská společnost – Gerontologické centrum, Šimůnkova 1600 Praha 8, dále je možno získávat informace z internetových stránek www.alzheimer.cz, www.pecujici.cz, www.gerontologie.cz, www.iregistr.mpsv.cz a www.pecujidoma.cz.

V roce 2008 zahájila česká Alzheimerovská společnost projekt Dny paměti, který je zaměřen na včasnou diagnostiku AD nebo jiných typů demence. Cílem je přivést co nejdříve osoby s poruchou paměti ke specialistovi.

6 Závěr

Demence Alzheimerova typu je choroba, u které se očekává, že jí bude výrazně přibývat. Je neobvykle finančně náročná s rozsáhlými důsledky pro nemocnou, její rodinu i celou společnost.

Často se diagnostikuje až v pozdějších stádiích nebo vůbec a léčba kognitivity je nasazována pozdě. Tím se snižuje šance na prodloužení aktivního způsobu života.

Méně časté typy demencí zůstávají nediodnostikovány nebo jsou špatně označeny na AD a tudíž nesprávně léčeny.

V případě L. O. byla diagnostikována demence až ve středně těžkém stádiu. I přes nákladnou léčbu se její stav stále zhoršuje. Zůstává ale nadále v domácím prostředí zvláště díky péči manžela, dcer, sester z DP a pečovatelky. Věřím, že pokud to zdravotní stav jejího manžela dovolí, bude i nadále pobývat ve svém prostředí.

7 Seznam použité literatury

1. ARCHALOUSOVÁ ALEXANDRA , Zuzana Slezáková. *Aplikace vybraných ošetrovatelských modelů do klinické a komunitní praxe*. 1. vyd. Hradec Králové: Nucleus HK, 2005. ISBN 80-862-2563-1.
2. BARTOŠ, Aleš a Martina HASALÍKOVÁ. *Poznejte demenci správně a včas: příručka pro klinickou praxi*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2010, 181 s. ISBN 978-802-0422-828.
3. DANA KLEVETOVÁ, Irena Dlabalová. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 80-247-2169-4.
4. DRUGA, Rastislav, Miloš GRIM a Petr DUBOVÝ. *Anatomie centrálního nervového systému*. 1. vyd. Praha: Galén, 2011, 219 s. ISBN 978-807-2627-066.
5. FRANKOVÁ, Vanda. *Alzheimerova demence v praxi: konsenzus psychiatricko-neurologicko-geriatrický*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2010, 70 s. Aeskulap. ISBN 978-802-0424-235.
6. HOLMEROVÁ, Iva, Eva JAROLÍMOVÁ a Helena NOVÁKOVÁ. *Alzheimerova choroba v rodině*. 2. vyd. Česká republika: Pfizer spol. s.r.o., 2008. [cit. 2013-05-09], Dostupné z: <http://www.vzpominkovi.cz/data/files/alzheimerova-nemoc-v-rodine.pdf>
7. JIRÁK, Roman a František KOUKOLÍK. *Demence: neurobiologie, klinický obraz, terapie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2004, 335 s. ISBN 80-726-2268-4.
8. JIRÁK, Roman. Farmakoterapie kognitivních funkcí u Alzheimerovy choroby. In: *Centrum duševního zdraví* [online]. [cit. 2013-05-09]. Dostupné z: <http://www.cdzjesenik.cz/Ter.kognit.por.uAlheimera.pdf>
9. JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 164 s. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4724-546.

10. KÁŠ, Svatopluk. *Neurologie v běžné lékařské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 1997, 338 s. ISBN 80-716-9339-1.
11. KLÁN, Jan. Demence - závažný medicínský problém stárnoucí populace. *Practicus*. 2011, roč. 2011, č. 3, s. 18-21. [cit. 2013-05-09], Dostupné z: <http://web.practicus.eu/sites/cz/Documents/Practicus-2011-05/18-demence.pdf>
12. KOUKOLÍK, František a Roman JIRÁK. *Alzheimerova nemoc a další demence*. Vyd. 1. Praha: Grada, 1998, 229 s. ISBN 80-716-9615-3.
13. Ošetrovatelská dokumentace podle teorie Hendersonové. *Www.webgarden.cz* [online]. [cit. 2013-06-17]. Dostupné z: https://www.google.cz/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&ved=0CDIQFjAB&url=http%3A%2F%2Fmedia1.webgarden.name%2Ffiles%2Fmedia1%3A4a50c41be36b4.doc.upl%2F0%25C5%25A1et%25C5%2599ovatelsk%25C3%25A1%2520dokumentace%2520podle%2520teorie%2520Hendersonov%25C3%25A9.doc&ei=5ze_UZyyJMfKsgaRhIE4&usg=AFQjCNGSA1nthttpw79qcOYbX-CsYapozVQ
14. PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 150 s. ISBN 80-247-1211-3.
15. PŘICHYSTATOVÁ, Petra a Renata MLČOCHOVÁ. Informovanost pečujících v péči o klienta s Alzheimerovou chorobou. *Sestra*. 2009, č. 7. [cit. 2013-05-09], Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/informovanost-pecujicich-v-peci-o-klienta-s-alzheimerovou-chorob-435468>
16. RŮŽIČKA, Evžen. *Diferenciální diagnostika a léčba demencí: příručka pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2003, 175 s. ISBN 80-726-2205-6.

17. SEIDL, Zdeněk. *Neurologie pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-802-4727-332.
18. Stavba a funkce lidského mozku. RNDR. VLASTA LUNGOVÁ PH.D. *E-learningová podpora mezioborové integrace výuky tématu vědomí na UP Olomouc* [online]. 23.11.2012, 23.11.2012 [cit. 2013-06-04]. Dostupné z: <http://pfyziollfup.upol.cz/castwiki/?p=3265&print=1>
19. The onset of the disease: Arranging who will be responsible for care. In: *Alzheimer Europe* [online]. 2009. vyd. [cit. 2013-05-09]. Dostupné z: <http://www.alzheimer-europe.org/EN/Living-with-dementia/Caring-for-someone-with-dementia/The-onset-of-the-disease/Arranging-who-will-be-responsible-for-care>
20. TRÁVNÍČEK, Tomáš. *Patologická fyziologie: učebnice pro lékařské fakulty*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1987, 726 s.
21. UK, Kolektiv Anatomického ústavu 3.LF. *Základy anatomie pro bakalářské studiu: IV. blok*. Praha, 2001.
22. UK, Kolektiv Fyziologického ústavu 1. LF a Redakce Jaroslav POKORNÝ. *Přehled fyziologie člověka*. 2., přeprac. vyd. Praha: Karolinum, 1996. ISBN 80-718-4323-7.
23. URBÁNEK, Karel. *Neurodegenerativní onemocnění*. 1. vyd. Praha: Triton, 2000. ISBN 80-725-4078-5.

8 Přílohy

8.1 Příloha 1

Seznam zkratk

AD- Alzheimerova demence

ACE-R- Adenbrookský kognitivní test

AChE- Acetylcholinesteráza

BMI- Body mass index

CNS-Centrální nervový systém

CT- Computerová tomografie

D- Dech

DP- Domácí péče

EEG- Elektroencefalograf

EKG-Elektrokardiograf

LDN- Léčebna dlouhodobě nemocných

mmol/l – milimol na litr – jednotka koncentrace

MMSE- Mini-MentalStateExamination

MR- Magnetická rezonance

mV-milivolt

NMDA- Neurotransmitter

OÚ- Obecní úřad

P- Puls

PET- Pozitronová emisní tomografie

PNS-Periferní nervový systém

RTG- Rentgen

SPECT- Single photonemissioncomputed tomography - jednofotonová emisní výpočetní tomografie

SSRI-Selective Serotonin Reuptake Inhibitor – selektivní inhibitor zpětného vychytávání serotoninu

TK- Tlak krve

TT- Tělesná teplota

$\mu\text{kat/l}$ -mikrokatal na litr – jednotka koncentrace

$\mu\text{mol/l}$ – mikromol na litr – jednotka koncentrace

ZTP – zvláště těžce postižený

ZTP/P – zvláště těžce postižený/průvodce

8.2 Příloha 2

Ošetřovatelská anamnéza

Ošetřovatelský záznam

Jméno a příjmení :

Věk : 84

Vyznání : BEZ VYZNÁNÍ

Povolání : V. DŮCHODU DŘÍVE VE FARMACEUTICKÉM PRŮMYSLU

Národnost : ČESKA

Osoba, kterou lze kontaktovat : MANŽEL

Oslovení :

Datum přijetí : 12. 12. 2011

Hlavní důvod přijetí : DEMENCE

Datum a kam propuštěn :

Lékařská diagnóza:

1. ALZHEIMEROVA CHOROBA

2. HYPERTENZE

3.

4.

Jak je nemocný informován o své diagnóze?

Osobní anamnéza : BĚŽNĚ DĚTSKÉ NEMOCI, NIKDY VLOŽNĚ NESTOMALA, ALZHEIMEROVA CHOROBA ZAPOKOŠTOVÁNA V. ROKU 2007

Rodinná anamnéza : V. RODINĚ SE OPAKOVANĚ VYSKYTUJE ALZHEIMEROVA DEMENCE

Vyšetření : NEUROLOGICKÉ

Terapie : EBIXA 10mg 1-0-1

LOPEREN 20mg 1-0-0

VIT. E. 600mg 1-0-0

GINGIVO 40mg 1-0-0

Důležité informace o stavu nemocného : NEORIENTUJĚ SE ČASEM, PROSTŘEHM ANI DŮBOU, I. ROZVINUTÁ DEMENCE

Alergie : jídlo Ne Ano pokud ano, které

 léky Ne Ano pokud ano, které

 jiné Ne Ano pokud ano, které

Nemocný má u sebe tyto léky : LORREN, ERIXALON, VITE, GIUGIO

Je poučen, že je nemá brát Ano Ne
Jak je má brát Ano Ne

Psychický stav (vědomí, orientace, neklid, nálada)

ORIENTACE DOBOU, MÍSTEM, ČASEM... JE VELMI SPATNÁ, VZNECEM
K POSTIŽENÍ KOGNITIVNÍM FUNKCÍ

Sociální situace (bydlení, příbuzní, kontakt se sousedy, sociální pracovníci...)

BYDLÍ S MANŽELEM V BYTĚ 2+1, DCERY SI UPUSTĚVÍ
ASI 1x TYDNE, SE SOUSEDY SE NESETÝKA

Jak pacient vnímá svou nemoc a hospitalizaci, co očekává :

1. Proč jste přišel do nemocnice (k lékaři) ? DOVEDL JI MANŽEL S DŮVODU ZAPOMĚTLIVOSTI
2. Co si myslíte, že způsobilo vaši nemoc? NEVÍ
3. Změnila tato nemoc nějak váš způsob života? Pokud ano, jak? NEDOKÁŽE ODPOVĚDĚT
4. Co očekáváte, že se s Vámi v nemocnici stane? PÉČE PROBÍHA V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ
5. Jaké to pro Vás je být v nemocnici? PÉČE V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ
6. Jak dlouho tu podle Vás budete? PÉČE V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ
7. S kým doma žijete? Je na Vás někdo závislý? ŽÍJE S MANŽELEM JE NA NĚM ZAVISLÁ
8. Kdo je pro Vás nejdůležitější (nejbližší) člověk? MANŽEL
9. Jaký dopad má vaše přijetí do nemocnice na Vaši rodinu? PÉČE PROBÍHA V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ
10. Může Vás někdo z rodiny (nebo blízkých) navštěvovat? ANO DCERY
11. Co děláte rád ve volném čase? NEVÍ
12. Jak očekáváte, že se vám bude po propuštění doma dařit? NEVÍ

Specifické základní potřeby

1. Pohodlí, odpočinek, spánek

a) Bolest / nepohodlí

- Pociťujete bolest nebo něco nepříjemného?
pokud ano, upřesněte..... **Ano** **Ne**

- Měl jste bolest nebo jiné nepříjemné potíže už před přijetím?
pokud ano, upřesněte... *NEKDY* *PALENÍ* *PŘI KŮŘENÍ* **Ano** **Ne**

- Na čem je bolest závislá? *NA KŮŘENÍ*

- Co jste dělal pro úlevu bolesti (obtíži)? *NIC*

- Došlo po naší léčbě k úlevě? **Úplně** **Částečně** **Ne**

- Pokud budete mít u nás bolesti/ potíže, co bychom mohli udělat pro jejich zmírnění?

Hodnocení sestry: *ŽEJ* *KOLETIVEM* *MOCENÍ* *ZVÝŠIT* *PŮJSEM* *TEKUTIN,*
VYT. KŮŘI - BAKTERIOLOGICKÉ *DALŠÍ* *LÉČBA* *NE* *LÉČBA*

b) Odpočinek /spánek

- Máte nějaké obtíže se spánkem nebo odpočinkem od té doby, co jste přišel do nemocnice?
pokud ano, upřesněte..... **Ano** **Ne**

- Měl jste potíže i doma? **Ano** **Ne**

- Usínáte obvykle těžko? **Ano** **Ne**

- Budíte se příliš brzy?
pokud ano, upřesněte..... **Ano** **Ne**

- Co podle Vás způsobuje Vaše potíže? *NEVÍ*

- Máte nějaký návyk, který Vám pomáhá lépe spát? *NEVÍ*

- Berete doma léky na spaní? **Ano** **Ne**
pokud ano, které.....

- Zdřímnete si i během dne? Jak často a jak dlouho? *NE*

Hodnocení sestry: *V. DENNÍCH* *HODINÁCH* *NE SPÍ* *I POUZE ODPOČÍVA*

2. Osobní péče

- Můžete si všechno udělat sám? **Ano** **Ne**

- Potřebujete pomoc při umytí? **Ano** **Ne**

- Potřebujete pomoc při čištění zubů? Ano Ne
- Máte obvykle kůži suchou mastnou normální
- Pokud máte problémy, jak si ošetřujete doma pleť?
- Potřebujete pomoc při koupání? Ano Ne
- Kdy se obvykle koupete? ráno odpoledne večer je to jedno

Hodnocení sestry: NEMOCNÁ JE ZÁVISLÁ NA POMOCI SESTRY

3. Bezpečí

a) lokomotorické funkce

- Máte potíže s chůzí? Ano Ne
pokud ano, upřesněte: NEMOCNÁ JE NEORIENTOVANÁ V PROSTORU
- Měl jste potíže s chůzí už před přijetím? Ano Ne
pokud ano, upřesněte:
- Řekl Vám zde v nemocnici někdo, abyste nechodil? Ano Ne
pokud ano, upřesněte:
- Očekáváte nějaké problémy s chůzí po propuštění? Ano Ne Nevím
pokud ano, jak očekáváte, že je zvládnete?

b) zrak

- Máte nějaké potíže se zrakem? Ano Ne
pokud ano, upřesněte: NEVIDÍ NA ČTENÍ
- Nosíte brýle? Ano Ne
pokud ano, máte s nimi nějaké problémy?

c) sluch

- Slyšíte dobře? Ano Ne
- Pokud ne, užíváte naslouchadlo? Ano Ne
- Jak jinak si pomáháte, abyste rozuměl?

Hodnocení sestry: NEMOCNÁ SLÝŠÍ DOBRĚ, ALE VZHLÉDEM K DEMENCI MÁ POTÍŽE S POROZUMĚNÍM OBSAHU

4. Strava/dutina ústní

- a) Jak vypadá váš chrup? dobrý vadný
- Máte zubní protézu? horní dolní žádnou
- Dělá Vám stav Vašeho chrupu při jídle potíže? Ano Ne
pokud ano, upřesněte: NEMOŽE VÍST TUHE MASO, ORECHY, TVRDEJŠÍ POTRAVINY

- Máte rozbolavělá ústa? Ano Ne
pokud ano, ruší Vás to při jídle?
- b) Myslíte, že máte tělesnou váhu přiměřenou? Ano Ne
 - pokud vyšší (o kolik?).....
 - Pokud nižší (o kolik?).....
- c) Změnila se Vaše váha v poslední době? Ano Ne
 - pokud ano, o kolik kg jste zhubnul. *12* přibral.....
- d) Změnila nemoc Vaši chuť k jídlu? Ano Ne
 - Co obvykle jíte? *CO JI PŘEDTÍM!*
 - Je něco, co nejíte? Ano Ne
 - Pokud ano, co a proč?
 - Máte zvláštní dietu? Ano Ne
 - Pokud ano, jakou?
 - Měl jste nějakou dietu, než jste přišel do nemocnice? Ano Ne
 - Pokud ano, upřesněte.....
 - Co by mohlo Váš problém vyřešit?
 - Čekáte, že po návratu z nemocnice budete mít speciální dietu? Ano Ne
 - Pokud ano, očekáváte, že ji budete schopni dodržovat?

Hodnocení sestry: *NEHOCNÁ NEJÍ SCHOPNA SE VYJÁDLIT, JÍ VELMI MÁLE*
POURCE, NEDOSTATEČNÁ, VYSNÁ

5. Tekutiny

- Změnil jste příjem tekutin, od té doby, co jste onemocněl?
Zvýšil *snížil* nezměnil
- Co rád pijete?
vodu mléko ovocné šťávy
kávu *čaj* nealkoholické nápoje
- Co nepijete rád? *NEV!*
- Kolik tekutin denně vypijete? *NEV!*
- Máte k dispozici dostatek tekutin? Ano Ne

Hodnocení sestry: *POKUD JI TEKUTINU MŮŽE NENABÍDNĚ, TAK*
NEPIJE

6. Vyprazdňování

a) Střeva

- Máte obvykle normální stolici zácpu průjem
- Jak často chodíte obvykle na stolicí? 1-2x 4-8x
- Kdy se obvykle vyprazdňujete? NEVÍ
- Berete projímadlo? pravidelně často příležitostně nikdy
- Pomáhá Vám něco, abyste se vyprázdnil? Ano Ne
Pokud ano, co je to?
- Máte nyní problémy se stolicí? NEVÍ Ano Ne
Pokud ano, jak by se daly řešit?

b) Močení

- Měl jste potíže s močením před příchodem do nemocnice? Ano Ne
Pokud ano, upřesněte. PALEVI PŘI MOČENÍ
Jak jste je zvládal/a? SAMO TU VDEKNELO
- Co by Vám pomohlo řešit potíže s močením v nemocnici? NEVÍ
- Očekáváte potíže s močením po návratu z nemocnice? Ano Ne
Pokud ano, myslíte, že to zvládnete? NEVÍ
Hodnocení sestry: INFORMACE PŘEDÁVA PARIŽEL, NEHODUJE SE NEBOJÁŠE VYKÁZAT

7. dýchání

- Měl jste před onemocněním nějaké problémy s dýcháním? Ano Ne
Pokud ano, upřesněte.....
- Měl jste potíže před příchodem do nemocnice? Ano Ne
Pokud ano, upřesněte.....
Jak jste je zvládal?.....
- Máte nyní potíže s dýcháním? Ano Ne
Pokud ano, co by Vám pomohlo?.....
- Očekáváte, že budete mít potíže po návratu domů? Ano Ne Nevím
Pokud ano, zvládnete to?.....
- Kouříte? Ano Ne
Pokud ano, kolik?.....
Hodnocení sestry: V NEHODUJE SE NEBOJÁŠE PŘI ZNÁMKY PORUCHY DÝCHÁNÍ

8. Kůže

- Pozorujete změny na kůži? Ano Ne
- Svědí Vás kůže? Ano Ne Někdy

Hodnocení sestry: PROBĚHELY HEMATOMY DO VELIKOSTI PRŮMĚRU 4cm

9. Aktivita, cvičení, záliby

- Chodíte do zaměstnání? Ano Ne
Pokud ano, co děláte?
- Máte potíže pohybovat se v domácnosti? Ano Ne
- Máte doporučeno nějaké cvičení? Ano Ne
Pokud ano, upřesněte:
- Víte, jaký je Váš pohybový režim v nemocnici? Ano Ne
- Jaké máte záliby, které by Vám vyplnily volný čas v nemocnici? NEVÍ
- Můžeme něco udělat v jejich uskutečnění? NEVÍ

Hodnocení sestry: NE MŮŽNÁ POMOČ PŘI ORIENTACI V PROSTORU

10. Sexualita (otázky závisí na tom, zda pacient považuje za potřebné o tom mluvit)

- Způsobila Vaše nemoc nějaké změny ve Vašem pohlavním životě? Ano Ne
Pokud ano, upřesněte:
- Očekáváte, že se Váš pohlavní život změní po odchodu z nemocnice? Ano Ne
Pokud ano, upřesněte:

Hodnocení sestry: VEDOUKŽE SE VYJASŘIT

Různé

- Jakou školu jste ukončil? BYVAŘIUM
- Očekáváte, že se po odchodu z nemocnice změní Vaše role manžela (manželky), otce (matky), nebo jiné sociální vztahy? Ano Ne
Pokud ano, upřesněte:
- Jak velká je Vaše rodina? MANŽEL A 2 DĚTY
- S kým společně žijete? S MANŽELEM
- Kdo se o Vás může postarat? MANŽEL

- V jakém bytě žijete? BYT 217 VE DOLNÍM PATŘE V DOLE A VÝTAHEM
 - Máte dostatek informací o Vašem léčebném režimu? Ano Ne
 - Máte dostatek informací o nemocničním režimu? Ano Ne
 - Máte nějaké specifické problémy týkající se Vašeho pobytu v nemocnici? NEHODI NA SE NEKŮDE BEZ POMOCI A DOPRAVU DRUHÉ OSOBY
 - Chcete mi ještě něco říci, co by nám pomohlo v ošetrovatelské péči? JE LITNA' TEPELIVOST
- Hodnocení sestry: NEHODI NA SE VE STAVU, KDY NEJÍ S OHROUVA PRILE'HAU' ODPOVEDET NA ZADNOU OTAZKU

Jak sestra nemocného souhrnně vidí

Snadno odpovídá	Odpovídá váhavě
Neptá se	Mlčenlivý
Hovorný	Spolupracuje
Úzkostlivý	Vyděšený
Nejistý	Nedůvěřivý
Rozzlobený	Smutný
Rychle chápe	Pomalu chápe
Nechápavý	Aktivní
Přizpůsobivý	Nepřizpůsobivý
Psychicky stabilní	Psychicky labilní
Dobře se ovládá	Spatně se ovládá

Shrnutí závěrů důležitých pro ošetrovatelskou péči:

PRO OŠETROVATELSKÝ PERSONÁL JE NUTNÉ SE INFORMOVAT V MANŽELA O ZVYKLOSTECH A NÁVYKLECH SVÉ MANŽELKY JE NUTNÉ MÍT VĚDOMOCI STALE NA OČIACH - PRO JEJÍ BEZPEČÍ, HYGIENICKOU PÉČÍ ZVLÁDA POUZE S VÝRAZNOU POMOCÍ, STRAVU PŘIJÍMÁ POUZE NA VÝZVU, JE TĚŽKÁ DOKÉŽT VEMOCNOU, VAJDE S HODINY NA TOALETU ŽITNÝ REŽIM ZÁVISÍ POUZE NA DRUHÉ OSOBE

8.3 Příloha 3

Bárthelův test základních všedních činností ADL

Multimediální тренаžér plánování a ošetrovatelské péče

Barthelův test základních všedních činností ADL (activity daily living)

- slouží ke zhodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech

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

HODNOCENÍ: 65

0-40 bodů vysoce závislý
45-60 bodů závislost středního stupně
65-95 bodů lehká závislost
100 bodů nezávislý

12.12.2011

8.4 Příloha 4

Ošetrovatelská dokumentace podle teorie Hendersonové

Ošetrovatelská dokumentace podle teorie Hendersonové

- teorie o uspokojování potřeb nemocného

- **Osobní údaje:**
 - jméno a příjmení L.O.
 - pohlaví ŽENA
 - narozen 1924
 - věk 84
 - vztah k zařízení : hospitalizace - ambulantní
 - důvod přijetí : dg. vyšetření - akutní onemocnění - chronické onemocnění - akutní operace - plánované operace - jiné
 - oddělení
 - pooperační den
 - den pobytu
 - příjem: 1. přijetí - přeložen z - opakované přijetí - jiné
- **Sociální situace:**
 - žije sám: ano - ne
 - zaměstnán dnes DĚCHODKYNĚ
 - zaměstnán dříve VE FARMACEUTICKÉM PRŮMYSLU
 - stav VDAVA
 - jak chce být osloven PANI' LIDUNKO
 - kontakt se sociální sestrou
 - příbuzní a osoby, které kontaktovat: jméno, vztah k N, adresa, telefon MAŘEL SLAVOJIR
 - lékařská diagnóza DEMENCE ALZHEIMEROVA TYPU
 - důvod přijetí
 - alergie
 - riziko: HbsAg - HIV - jiné není
- **Fyzikální vyšetření sestrou**
 - celkový vzhled
 - úprava, hygiena
 - puls
 - krevní tlak
 - dýchání
 - tělesná teplota
 - kůže
 - výška
 - hmotnost
 - chybějící části těla
 - chůze
 - riziko pádu
 - riziko dekubitů
 - mentální test (dle Gaida)
- **Ošetrovatelská dokumentace dle Hendersonové**
- **1-dýchání**
 - doma : problémy BEZ POTÍŽÍ
 - nyní : dušnost
 - kouření cigaret, doutníků, jiné: ne - ano jak dlouho a kolik za 24 hod
 - kašel
 - sputum
 - léky na dýchání
 - léčba kyslíkem
- **2-výživa a hydratace**
 - stav výživy DEFICITNÍ
 - chuť k jídlu NEMA
 - změna váhy ANO - UBYTEK HMOTNOSTI
 - způsob přijímání potravy SAMA
 - forma stravy
 - porucha polykání NENÍ

- stav chrupu *KAPLEČKI*
- nauzea *NENI*
- zvracení *NEZVRACÍ*
- pálení žáhy *NEUVAĐI*
- doma :
 - složení stravy *NEPOSTATEK VITAMINŮ, KALNI NY*
 - frekvence *3X DNEVNE*
 - oblíbená jídla *NEMA*
 - dieta doma *NEVI ŠADNA*
 - příjem tekutin *DEFICITNI*
- nyní :
 - dieta *NENI NI ČO JE, K DISPOZICI*
 - schopnost sám se najíst *NI SAHA*
 - potřeba pomoci - *PRI PRAVIT POKRM NA STŮL PŘED NEMOCNOU*
 - příjem tekutin - *NEPOSTATEČNY*
 - dostatek tekutin
 - pocit sucha v ústech *NEUVAĐI*
 - oblíbené nápoje *NEMA*
- 3-vylučování
 - mikce
 - změna v poslední době
 - vylučování moče
 - obtíže s močením - *NEĽDY HÍVA' BOLESTI PŘI MIKCI*
 - močení : *retence - katétr*
 - příměsí v moči
 - vyprazdňování střeva
 - stolice
 - barva
 - vyprazdňovací návyky
 - změna v poslední době
 - užívání preparátů k vyprázdňení
 - obtíže během vyprazdňování
- 4-pohyb
 - pocit dostatečného elánu
 - dříve :
 - nyní :
 - chybějící části těla
 - kompenzační pomůcky
 - úroveň soběstačnosti
 - prevence imobilizačního syndromu
 - režim v nemocnici
- 5-spánek a odpočinek
 - kvalita *DOBRA*
 - ráno se cítí *ODPOČATA*
 - bolest
 - bolest vnímá
 - bolest tiší
 - intenzita bolesti
- 6-oblékání
 - sám *-s pomoci - neprovede - pomůcky*
 - vzhled *ÚPRAVA s DOPOMOCI*
- 7-regulace tělesné teploty
 - změna TT
 - potíže
 - máte raději: teplo - chlad
 - spíte raději: v teple - chladu
- 8-hygiena
 - dříve : *CELKOVÁ OČISTA, SPRCHOVÁNÍ JEDENKRÁT TÝDNĚ*
 - zvyky

- nyní : s pomocí sestry denně
schopnost snížená
častost
vyžadovaná pomoc ANO
- teplota vody PŘÍMĚŘENÁ
- mytí vlasů - VEHA RÁDA, AX TÝDNĚ
- holení vousů
- stříhání nehtů AX 2 TÝDNY NA RUKY, AX MĚSÍČNĚ, DOUHÁZÍ PEDIKÉRKA
- čištění chrupu - NEČISTI, POUZE NA VÝVU - ODHÍTA
- změny na kůži
- 9-ochrana před nebezpečím
 - informovanost
 - adaptece na nové prostředí
 - závislost - POTŘEBA PŘÍTOMNOSTI DRUHÉ OSOBY
 - sdělování informací komu MAUŽELOVI
 - nejbližší člověk MAUŽEL
 - návštěvy
 - vědomí PŘI VĚDOMÍ
 - sluch
 - zrak - POUŽÍVÁ BRÝLE NA ČTENÍ
 - kompenzační pomůcky
- 10-komunikace, kontakt
 - přiměřenost
 - řeč - NEDAVA RHYSL
 - oční kontakt ANO
 - orientace - NENÍ V MÍSTĚ, ČASOPROSTORU, DROBNU
 - komunikační bariéry - PŘIHOPEMÍ VÝZNAMU
 - psychický stav - DEMENCE
- 11-víra
 - důležitost víry při hospitalizaci
 - omezení vyplývající z víry
 - omezení JE ATENKTA
 - osobní zájem vyznávání víry
- 12-práce
 - jste zaměstnán
 - druh práce
 - spokojenost
 - pracovní problémy
- 13-aktivity zájmy
 - dříve :
 - koničky
 - zájmy
 - doporučené aktivity - CVIČILA VE S
 - fyzická aktivita doma
 - bydlí
 - nyní :
 - záliby
 - individuální nápady
 - osobní zájem na aktivitě
- 14-učení
 - dosažené vzdělání VJLNE STŘEDNÍ, ZAČALA STUDOVAT VŠ ALE NEDOKONČILA
 - role, mezilidské vztahy PROBLEMATICKÉ
 - dodržuje ústavní režim NE
 - seznámen s dokumenty zařízení
 - zná : lékaře - sestru BYLA PŘEDSTAVENA ALE NEPOZNAVA
 - edukace v oblasti ANO
 - zaměření edukace TĚČI O VLASTNÍ OSOBU A BEŽIM

Zdroj: Ošetrovatelská dokumentace podle teorie Hendersonové. *Www.webgarden.cz* [online]. [cit. 2013-06-17]. Dostupné z: https://www.google.cz/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&ved=0CDIQFjAB&url=http%3A%2F%2Fmedia1.webgarden.name%2Ffiles%2Fmedia1%3A4a50c41be36b4.doc.upl%2F0%25C5%25A1et%25C5%2599ovatelsk%25C3%25A1%2520dokumentace%2520podle%2520teorie%2520Hendersonov%25C3%25A9.doc&ei=5ze_UZyyJMfKsgaRhIE4&usg=AFQjCNGSA1nhtpw79qcOYbX-CsYapozVQ

8.5 Příloha 5

Addenbrookský kognitivní test

ADDENBROOKSKÝ KOGNITIVNÍ TEST (revidovaná verze 2010)

Jméno a příjmení: <u>L.O.</u>	Administrátor: _____
Datum narození: <u>1924</u>	Pracovní diagnóza: <u>DEMENTICE</u>
Délka vzdělání (roky): _____	Laterální: pravák <input checked="" type="checkbox"/> levák <input type="checkbox"/> ambidextr <input type="checkbox"/>
Dosažený stupeň vzdělání: _____	DATUM VYŠETŘENÍ: <u>25.11.11</u>

SUBSKÓRE				SKÓRE
Pozornost a orientace	úloha č. 1, 2, 3	<u>1</u> /18	/18	
Paměť	úloha č. 4, 5, 6, 17, 18	<u>2</u> /26	/26	
Slovní produkce	úloha č. 7a, 7b	<u>0</u> /14	/14	
Jazyk	úloha č. 8a, 8b, 9, 10a–c, 11, 12, 13	<u>10</u> /26	/26	
Zrakově-prostorové schopnosti	úloha č. 14a–c, 15, 16	<u>5</u> /16	/16	
CELKOVÉ SKÓRE				
	ACE-R	<u>18</u> /100	/100	
	MMSE	<u>9</u> /30	/30	

1. ORIENTACE

■ Zeptejte se pacienta:

1. Který je dnes den v týdnu? <input type="text" value="0"/>	6. Ve kterém státě se nacházíme? <input type="text" value="0"/>	(Skóre 0–10)	(Skóre 0–10)
2. Kolikátého je dnes? <input type="text" value="0"/>	7. Ve kterém jsme městě? <input type="text" value="0"/>	ACE	ACE
3. Který je měsíc? <input type="text" value="0"/>	8. Ve kterém jsme kraji nebo oblasti? <input type="text" value="0"/>	MMSE	MMSE
4. Který je rok? <input type="text" value="0"/>	9. Jak se jmenuje tato nemocnice / budova? <input type="text" value="0"/>	MMSE	MMSE
5. Které je roční období? <input type="text" value="0"/>	10. Na kterém poschodí se nacházíme? <input type="text" value="0"/>	MMSE	MMSE

■ U otázky č. 2 tolerujeme ± 2 dny v datumu. Otázku č. 5 hodnotíme následovně: jaro – březen, duben, květen; léto – červen, červenec, srpen; podzim – září, říjen, listopad a zima – prosinec, leden, únor. Nevyžadujeme tedy znalost přesných astronomických přechodů jednotlivých ročních období. U otázky č. 6 doporučujeme uznat odpověď Česká republika nebo Česko. U otázky č. 8 doporučujeme v případě testování v Praze uznat i Středočeský kraj.
Každá správná odpověď se hodnotí 1 bodem.

2. PAMĚŤ – ZAPAMATOVÁNÍ

■ Řekněte pacientovi:
„Můžeme si nyní vyzkoušet Vaši paměť? Řeknu Vám 3 slova. Pokuste se je po mně opakovat a zapamatovat si je. Za chvíli se Vás na tato slova znovu zeptám.“

lopata šátek váza

		(Skóre 0–3)	(Skóre 0–3)
		ACE	ACE
		MMSE	MMSE

■ Slova vyslovujte zřetelně a pomalu rychlostí asi jedno slovo za vteřinu. Pokud si je pacient nevybaví, opakujte je nejvíce ještě 3x, než se je naučí. Jinak bude zkeslen výsledek položky výbavnost.
Započítajte 1 bod za každé správně opakované slovo pouze při PRVNÍM opakování.

POZORNOST A ORIENTACE

ADDENBROOKSKÝ KOGNITIVNÍ TEST • První verze vyvíjena Selskí kognitivní testologie v roce 2000 za podpory firmy Pfizer, v roce 2010 za podpory firmy Pfizer v rámci druhé verze úpravě doc. MUDr. Aloisii Bartáček, Ph.D. a PhDr. Miroslavu Páskově, Ph.D. z AB Contra, Praha. 1

3. POZORNOST A POČÍTÁNÍ

■ Požádejte pacienta:

„Nyní odečítejte od čísla 100 opakovaně číslo 7, tedy sto mínus sedm, mínus sedm atd., dokud Vám neřeknu dost.“

100 M | 93 R | 86 K | 79 O | 72 P | 65

(Skóre 0–5)

ACE

MMSE

(Skóre 0–5)

ACE

MMSE

- Instrukci se snažte vysvětlovat tak dlouho, dokud ji dotyčný nepochopí. V průběhu odečítání již není možné opakovat instrukci. Zastavte odečítání, až osoba odečte 5x za sebou. Jestliže posuzovaný tento úkol nedokáže nebo nechce provést, vyzvěte ho: „Hláskujte slovo POKRM po jednotlivých písmenech. Nyní hláskujte slovo POKRM po jednotlivých písmenech pozpátku.“

Za každou správnou odpověď přidáme 1 bod. Pokud osoba udělá chybu a dále odečítá/ hláskuje správně, počítajte pouze jako jednu chybu. Maximum je 5 bodů. Např. MROKP – 3 body.

POZORNOST

4. PAMĚŤ – VYBAVENÍ

■ Řekněte pacientovi:

„Nyní si pokuste vzpomenout na 3 slova, která jste si měl/a před chvílí zapamatovat.“

lopata šátek váza

Za každou správnou odpověď započítáme 1 bod. Na pořadí slov nezáleží.

(Skóre 0–3)

ACE

MMSE

(Skóre 0–3)

ACE

MMSE

5. PAMĚŤ – ANTEROGRADNÍ PAMĚŤ

■ Řekněte pacientovi:

„Nyní Vám řeknu jméno a adresu. Teprve až skončím, zopakujete po mně všechny údaje. Takto to provedeme 3x, abyste měl(a) možnost se vše dobře naučit. Na konci testování se Vás na všechny údaje budu ptát.“

- Přečtete celé jméno s adresou a necháme pacienta všechny údaje zopakovat. Tímto způsobem provedeme celkově 3x.

Za každou správnou odpověď přidáme 1 bod. Do bodování započítáváme pouze třetí pokus.

	1. pokus		2. pokus		3. pokus	
Martin Dvořák	1	0	1	0	1	0
Sadová třída 73	0	0	0	0	0	0
Královice	0		0		0	
Soběslav	0		0		0	

(Skóre 0–7)

ACE

ACE

(Skóre 0–7)

ACE

ACE

PAMĚŤ

6. PAMĚŤ – RETROGRADNÍ PAMĚŤ

■ Zeptejte se pacienta:

Kdo je současným předsedou vlády (premiérem)?

Kdo byl prvním prezidentem naší republiky po revoluci v roce 1989?

Kdo je současným prezidentem Spojených států amerických?

Který prezident Spojených států amerických byl zavražděn v roce 1963?

Za každou správnou odpověď přidáme 1 bod.

(Skóre 0–4)

ACE

ACE

(Skóre 0–4)

ACE

ACE

7. SLOVNÍ PRODUKCE – slova začínající písmenem „P“

7a **Písmena**

■ Řekněte pacientovi:

„Nyní Vám řeknu jedno písmeno z abecedy a Vaším úkolem bude vyjmenovat co nejvíce slov, která tímto písmenem začínají. Nesmí to však být jména osob ani měst, ani nesmíte vyjmenovávat slova se stejným slovním základem. Například od písmena „B“ mají stejný slovní základ slova: bydlet, bydlíme, bydlíště, bydlí apod. Jste připraven(a)? Můžeme začít? Máte jednu minutu na to, abyste vyjmenoval(a) co nejvíce slov, která začínají na písmeno „P“. Ted!“

1	POKLADNÍ	8	15	22
2		9	16	23
3		10	17	24
4		11	18	25
5		12	19	26
6		13	20	27
7		14	21	28

Počet SPRÁVNĚ vyjmenovaných slov přenecháme na odpovídající skóre.

Počet slov

>17
14–17
11–13
8–10
6–7
4–5
2–3
<2

Odpovídá skóre

7
6
5
4
3
2
1
0

(Skóre 0–7)

ACE

ACE

(Skóre 0–7)

ACE

ACE

SLOVNÍ PRODUKCE

7. SLOVNÍ PRODUKCE - zvířata

7b Zvířata

■ Řekněte pacientovi:

„Nyní je Vaším úkolem vyjmenovat co nejvíce zvířata, která znáte. Slova mohou začínat jakýmkoliv písmenem. Na tuto úlohu máte opět jednu minutu. Jste připraven/a? Můžeme začít? Ted!“

1	PES	9	17	25
2		10	18	26
3		11	19	27
4		12	20	28
5		13	21	29
6		14	22	30
7		15	23	31
8		16	24	32

Počet slov

Odpovídá skóre

>21	7
17-21	6
14-16	5
11-13	4
9-10	3
7-8	2
5-6	1
<5	0

(Skóre 0-7)

(Skóre 0-7)

ACE

ACE

Počet SPRÁVNĚ vyjmenovaných slov převedemo na odpovídající skóre.

8. JAZYK - POROZUMĚNÍ

8a Ukažte pacientovi nápis „Zavřete oči“ (na Listu pro pacienta) a vyzvěte ho k vykonání příkazu. Instrukci neopakujte.

„Pokud potřebujete brýle na čtení, tak si je nyní nasadte. Přečtete tento pokyn a provedte ho.“

Započítejte 1 bod pouze tehdy, pokud vyšetřovaný skutečně zavře oči.

(Skóre 0-1)

(Skóre 0-1)

ACL

ACE

MMSE

MMSE

8b Položte před pacienta list papíru a vyzvěte ho k následujícímu úkolu:

„Nyní budete mít úkol, který si nejdříve vyslechnete a pak ho teprve budete provádět. Vezmete tento papír do pravé ruky, přeložíte ho oběma rukama na polovinu a položíte ho na zem.“

Za každou správně provedenou činnost započítejte 1 bod.

(Skóre 0-3)

(Skóre 0-3)

ACE

ACE

MMSE

MMSE

9. JAZYK - PSANÍ

■ Dejte vyšetřovanému tužku, List pro pacienta a vyzvěte ho k napsání věty.

„Napište do tohoto volného prostoru listu jakoukoli jednoduchou větu, která Vás napadne a která dává smysl.“

Jeden bod započítajte, pokud má věta poámet (1 nevyjádřený) a přísudek a dáva smysl. V textu mohou být pravopisné a interpunkční chyby.

(Skóre 0-1)

(Skóre 0-1)

ACE

ACE

MMSE

MMSE

10. JAZYK - OPAKOVÁNÍ

■ Požádejte pacienta: „Opakujte po mně následující slova.“

Slova vyslovujeme zřetelně a jednotlivě. Pacient vždy opakuje pouze jedno slovo, ne všechna dohromady.

10a chobotnice výstřednost nesrozumitelný statistik

Hodnotíme: 2 body, pokud jsou zopakována všechna slova správně
1 bod, pokud jsou zopakována tři slova správně
0 bodů, pokud jsou správně zopakována dvě a méně slov

(Skóre 0-2)

(Skóre 0-2)

ACE

ACE

■ Požádejte pacienta: „Opakujte po mně následující věty.“

10b „Prostě tak a ne jinak.“

Přípustný je pouze 1 pokus. Za správnou odpověď započítejte 1 bod.

(Skóre 0-1)

(Skóre 0-1)

ACE

ACE

MMSE

MMSE

10c „Nahoře, vzhůru a dole.“

Přípustný je pouze 1 pokus. Za správnou odpověď započítejte 1 bod.

(Skóre 0-1)

(Skóre 0-1)

ACE

ACE

11. JAZYK – POJMENOVÁNÍ PŘEDMĚTŮ

- Použijte List pro pacienta a požádejte pacienta: „Pojmenujte předměty na obrázcích.“
Místo prvních dvou obrázků (tužka a hodinky) na Listu pro pacienta doporučujeme pacientovi ukázat skutečné předměty. V následujícím textu jsou uvedeny názvy jednotlivých obrázků. Jiné názvy doporučujeme neuznávat.

1. Tužka nebo správný název ukazovaného předmětu.	1
2. Hodinky, náramkové hodinky	1
3. Klokan, klokanice, klokanice s mládětem	0
4. Tučňák, pinguin	0
5. Kotva	1
6. Velbloud, velbloudice, dromedár, jednohrbý velbloud	0
7. Harfa	0
8. Nosorožec	0
9. Sud, soudek, bečka	0
10. Královská koruna, koruna	0
11. Krokodýl, aligátor, ještěr, ještěrka	0
12. Harmonika, tahací harmonika, akordeon	0

Přiděleme 1 bod za každý správně pojmenovaný obrázek.

tužka + hodinky

(Skóre 0–2)	(Skóre 0–2)
2 MMSE	 MMSE

všech 12 obrázků

(Skóre 0–12)	(Skóre 0–12)
3 ACE	 ACE

12. JAZYK – POROZUMĚNÍ

- Použijte obrázky z Listu pro pacienta z úlohy č. 11 a zeptejte se pacienta:

Ukažte jeden obrázek, který souvisí s královstvím.	0
Ukažte jeden obrázek, na kterém je vačnatec.	0
Ukažte jeden obrázek, který souvisí s Antarktidou.	0
Ukažte jeden obrázek, který souvisí s námořnictvím.	0

U otázky dotazující se na souvislost s námořnictvím lze kromě kotvy uznat jako správné odpovědi i sud a harmonika.

Přiděleme 1 bod za každou správnou odpověď.

(Skóre 0–4)	(Skóre 0–4)
0 ACE	 ACE

13. JAZYK – ČTENÍ

- Použijte List pro pacienta a požádejte pacienta:
„Nyní přečtete následující slova“ (šit, litr, saze, těsto, výška).

Přiděleme 1 bod, pokud pacient přečte správně VŠECHNA slova.

(Skóre 0–1)	(Skóre 0–1)
1 ACE	 ACE

14. ZRAKOVÉ – PROSTOROVÉ SCHOPNOSTI

14a Překrývající se pětiúhelníky

- Použijte List pro pacienta a požádejte pacienta:
„Překreslete obrázek co nejpřesněji podle předlohy.“
Dejte vyšetřovanému tužku a vyzvěte ho k překreslení obrázku. Třes ani rotace nevdí.

Započítá se 1 bod, jestliže jsou zachovány správné strany, počet úhlů a 2 překřížení.

Přidat: Správně = skóre 1	Přidat: Špatně = skóre 0

(Skóre 0–1)	(Skóre 0–1)
1 ACE	 ACE
 MMSE	 MMSE

Úloha č. 14 pokračuje na další straně.

14. ZRAKOVÉ – PROSTOROVÉ SCHOPNOSTI (pokračování)

14b Kostka 

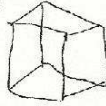
- Použijte List pro pacienta a požádejte pacienta:
„Nyní překreslete tento obrázek co nej přesněji podle předlohy.“
U kresby by měly být rozpoznatelné všechny strany v adekvátních úhlech a vzájemných prostorových propojeních. Podle kvality provedení hodnotíme 0–2 body.

(Skóre 0–2)

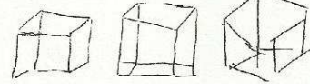
ACE

(Skóre 0–2)

Příklad: Skóre 2



Příklad: Skóre 1



14c Hodiny

- Použijte List pro pacienta a požádejte pacienta:
„Nakreslete hodiny, ciferník a číslicemi, a poté dokreslete ručičky, které ukazují 5 hodin 10 minut.“

(Skóre 0–5)

ACE

(Skóre 0–5)

Zvlášť přidělujeme body za provedení kruhu, rozmístění číslic na ciferníku a umístění ručiček. Podle kvality provedení hodnotíme 0–5 body.

Pravidla pro skórování hodin

Kruh

1 bod – za rozpoznatelné provedení kruhu

Číslice

2 body – pokud jsou napsány všechny číslice a současně jsou správně rozmístěny

1 bod – pokud ciferník zahrnuje všechny číslice, ale tyto jsou nekvalitně či chybně rozmístěné

Umístění ručiček










2 body – obě ručičky jsou správně umístěné, mají odlišnou délku („malá“ a „velká“ ručička) a směřují ke správným číslicím (můžete se pacienta zeptat a ujistit si, která z ručiček je velká a která malá)

1 bod – pokud jsou ručičky správně nasměrovány k číslicím, ale mají špatnou délku

nebo 1 bod – pokud je jedna ručička nasměrována ke správné číslici a má také správnou délku

nebo 1 bod – pokud je alespoň jedna ručička nasměrována ke správné číslici

Přklady:

<p>Kruh (1) číslice správně rozmístěné po obou stranách ciferníku (2), obě ručičky správně umístěné (2).</p> <p>Skóre 5</p> 	<p>Kruh (1) číslice v kruhu a správně rozmístěné (2), jedna ručička umístěná správně (1).</p> <p>Skóre 4</p> 	<p>Kruh (1) všechny číslice, ale nesprávně rozmístěné (1), obě ručičky umístěné správně (2).</p> <p>Skóre 4</p> 
<p>Kruh (1) číslice v kruhu a správně rozmístěné (2), jedna ručička umístěná správně (1).</p> <p>Skóre 4</p> 	<p>Kruh (1) číslice nejsou umístěné v kruhu, 2 x číslo 10 (0), ručičky správně umístěné (2).</p> <p>Skóre 3</p> 	<p>Kruh (1) všechny číslice, avšak neumístěné (1) v kruhu, jedna ručička správně umístěná (1).</p> <p>Skóre 3</p> 
<p>Kruh (1) všechny číslice, ale chybně rozmístěné (1), jedna ručička správně umístěná (1).</p> <p>Skóre 3</p> 	<p>Kruh (1) všechny číslice jsou napsány, ale nejsou umístěny v kruhu (1).</p> <p>Skóre 2</p> 	<p>Kruh (1) jedna ručička umístěná správně (1).</p> <p>Skóre 2</p> 

15. PERCEPČNÍ SCHOPNOSTI

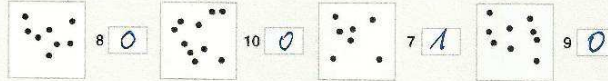
- Použijte List pro pacienta a požádejte pacienta: „Spočítejte všechny tečky v daném obrázku bez toho, aniž byste si na ně ukazovali.“
Přiděleme 1 bod za každý správně určený počet teček ve čtverci.

(Skóre 0–4)

(Skóre 0–4)

1
ACE

ACE



16. PERCEPČNÍ SCHOPNOSTI

- Použijte List pro pacienta a požádejte pacienta: „Přečtěte následující písmena.“
Přiděleme 1 bod za každé správně rozpoznané písmeno.

(Skóre 0–4)

(Skóre 0–4)

3
ACE

ACE



17. VYBAVENÍ (RECALL) – VYBAVENÍ ANTEROGRÁDNÍCH PAMĚTOVÝCH INFORMACÍ

- Řekněte pacientovi: „Před chvílí jste se učil(a) a měl(a) si zapamatovat jméno s adresou. Zkuste mi nyní všechny údaje zopakovat.“
Přiděleme 1 bod za každou správně vybarvenou položku.

(Skóre 0–7)

(Skóre 0–7)

0
ACE

ACE

Martin Dvořák
Sadová třída 73
Královice
Soběslav

18. ZNOVUPOZNAVÁNÍ (REKOGNICE)

Tato část je administrována, pokud pacient selže v předchozí zkoušce ve vybavení jedné nebo více položek. Testujeme pouze pacientem nevybavené položky. Pokud si pacient vybaví všechny položky předchozí zkoušky, přeskočíme tuto zkoušku a automaticky skórujeme 5 body.

(Skóre 0–5)

(Skóre 0–5)

1
ACE

ACE

- Pacientovi řekněte: „Dobře, nyní Vám budu trochu napovídat. Například, řeknu Vám tři jména a Vy z nich zkusíte vybrat to, které bylo uvedeno na adrese. Takto budeme pokračovat i v dalších položkách.“
Každá správně rozpoznaná položka je hodnocena jedním bodem, který připočteme k bodům případně získaným automaticky správným spontánním vybavením v minulé zkoušce.

Pavel Dvořák Martin Dvořák Martin Doležel vybaveno
Květinová ulice Sadová třída Sadová ulice vybaveno
37 76 73 vybaveno
Pavlovice Královice Smíchov vybaveno
Soběslav Vsetín Tachov vybaveno

ZRAKOVÉ – PROSTOROVÉ SCHOPNOSTI

PAMĚŤ

8.6 Příloha 6

Mini-Mental State Examination

Reminyl
GALANTAMINE

Jméno a příjmení, datum: L.O. 25.11.11

Mini - Mental State Examination (MMSE)

Za každý správně provedený úkol zařčíte tj. 1 bod.

1./ ORIENTACE - odpověď do 10s

- Které je roční období?
- Který máme nyní rok?
- Kolikátého je dnes?
- Který den v týdnu je dnes?
- Který je měsíc?
- Ve kterém jsme městě?
- Ve kterém jsme okresu (kraji)?
- V jaké jsme zemi?
- Jak se jmenuje toto zdravotní zařízení kde jsme?
- V kolikátém jsme poschodí?

2./ ZAPAMATOVÁNÍ

„Nyní vyjmenuji tři věci. Až je všechny vyjmenuji, budu chtít, aby jste se zopakoval. Dobře si je zapamatujte! Za několik minut se vrátím na tyto předměty znovu zeptám.“

Bod přičítejte za každou správnou odpověď. Pořád je libovolné. Pokud pacient schopen splnit úkol, opakujte výrazy dokud si je nezapamatuje, maximálně však ještě pětkrát. Je to podmínka pro úkol číslo 4, tj. Vybarvení.

LOPATA ŠÁTEK VÁZA

„A nyní prosím tato slova opakujte.“

3./ POZORNOST A POČÍTÁNÍ

„Nyní odečtete od 100 vždy 7, až odečtete pětkrát za sebou, skončete.“ Jestliže udělá pacient chybu a od chybné hodnoty dál odečítá správně, počítejte pouze tuto chybu.

93 - 86 - 79 - 72 - 65

Pokud pacient nechce počítat, vyzvěte jej:
„Hláskujte pozpátku slovo POKRM.“
Dejte vždy bod za každé správné písmeno, např. M - R - K - O - P = 5

4./ VYBARVOVÁNÍ

„A teď, prosím zopakujte slova, která jsem Vám před chvílí říkal.“
Za každou správnou odpověď přísluší jeden bod.

LOPATA ŠÁTEK VÁZA

5./ POJMENOVÁNÍ PŘEDMĚTU

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

6./ OPAKOVÁNÍ

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

Opakujte! „První pražská paroplavba.“

7./ STUPŇOVANÝ PŘÍKAZ

Dejte pacientovi do ruky čistý papír a dejte mu tento úkol:
„Nyní vezměte do pravé ruky tento papír, přeložte jej na půl a dejte ho na zem.“

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

8./ ČTENÍ A PLNĚNÍ PŘÍKAZU

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

„Přečtete co je tady napsáno a udělejte to!“

Jeden bod přičítejte pacientovi za splnění příkazu do 10 sekund, maximálně na tři pokusy.

9./ PSANÍ

Dejte pacientovi psací potřeby a papír a vyzvěte jej:

„Napište libovolnou větu.“

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

10./ OBKRESLOVÁNÍ

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

Dosažené skóre

HODNOCENÍ

Maximální počet - 30 bodů

27 - 30 bodů	normální stav
25 - 26 bodů	hraniční nálezy, možnost demence
10 - 24 bodů	patologický nálezy, demence mírného až středně těžkého stupně
6 - 9 bodů	demence středního až těžkého stupně
5 a méně bodů	demence těžkého stupně

JANSSEN-CILAG
Mylime na každé stránce

Na Radosti 399, 155 25 Praha 5-Zličín, Tel.: +420/2/330 12 222, Fax: +420/2/330 12 195
www.janssen-cilag.cz

8.7 Příloha 7

Měření schopnosti používat předměty denní potřeby IADL

	body
Jídlo: je schopen	
Napít se z hrnku	2
Napít se ze sklenice	2
Najíst se příborem	0
Najíst se lžící	2
Otevřít lahev otvírákem	0
Nalít tekutinu z lahve do sklenice	1
Ukrojit si chléb	0
Namazat chléb	1
Osobní hygiena: je schopen	
Umýt a utřít si ruce	1
Umýt a utřít si obličej	1
Vyčistit si zuby	0
Použít kapesník	2
Oholit se	0
Osprchovat se	0
Umýt se u umyvadla	0
Upravit si nehty na rukou	0
Upravit si nehty na nohou	0
Použít WC	2
Použít mísu	0
Oblékání: je schopen	
Obléknout si horní polovinu těla	1
Obléknout si dolní polovinu těla	1
Obout a vyzout si vycházkovou obuv	0
Použít zip	0
Rozepnout a zapnout knoflíky	1
Zavázat si tkaničku na botě	0

Předměty: je schopen	
Držet knihu, obracet stránky	1
Vysunout a zasunou zásuvku nočního stolku	1
Zapnou televizi, rádio	0
Zasunout dopis do obálky a zalepit ji	0
Vyjmout dopis z obálky	1
Napsat dopis	0
Telefonovat	0
Odemknout, zamknout	0
Sebrat drobný předmět ze země	1

Pacientka dosáhla 21 bodů z 68.

Hodnocení: 0- neprovede, 1- provede částečně, nebo náhradním pohybem, 2- provede dobře

0-34 bodů: nesoběstačnost v aktivitách denního života

36-66 bodů: částečná nesoběstačnost v aktivitách denního života

68 bodů: soběstačnost v aktivitách denního života