

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
PEDAGOGICKÁ FAKULTA**

KATEDRA SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKY

**PROBLEMATIKA PACIENTŮ
HOSPITALIZOVANÝCH NA ODDĚLENÍ
LÉČEBNÝ DLOUHODOBĚ NEMOCNÝCH**

Vedoucí diplomové práce:	PaedDr. Jaroslava Zemková, Ph.D.
Autor diplomové práce:	Václav Červenka
Obor:	Speciální pedagogika
Typ studia:	magisterské - prezenční
Ročník:	5.
Dokončení diplomové práce:	březen 2007

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Problematika pacientů hospitalizovaných na oddělení Léčebny dlouhodobě nemocných“ vypracoval samostatně s použitím uvedené literatury a zkušeností z vlastní odborné praxe.

V Praze dne 27. března 2007

Václav Červenka

Rád bych poděkoval paní PaedDr. Jaroslavě Zemkové, Ph.D. za odborné vedení mé diplomové práce a cenné připomínky při jejím zpracování. Děkuji také prim. MUDr. Janu Hajíčkoví a ostatním pracovníkům bohnické LDN, kteří mi jakýmkoliv způsobem ve zpracování této práce poradili a poskytli mi své zkušenosti.

Anotace

Diplomová práce pojednává o problematice pacientů hospitalizovaných v léčebnách dlouhodobě nemocných. V teoretické části nám představuje prostředí těchto léčen, jejich vnitřní uspořádání a strukturu pacientů, na které jsou tato zařízení specializována. Jsou zde uvedena specifika somatických a psychických problémů těchto pacientů. V praktické části se pak máte možnost seznámit v uvedených kazuistikách s případy vybraných pacientů. Dále jsou zde uvedeny některé z možných nápravových metod a typů terapií pro tyto pacienty a součástí jsou i testovací metody zjišťující úroveň vybraných schopností jednotlivých pacientů.

Annotation

This thesis is about problematic of inpatients in long - term medical care institution. Theoretical part of this work focuses on environment and structure of this institution and composition of patients in these specialized institutions. There is speaking about specific of somatic and psychical problems of these patients. Practical part of this work introduces us anamnesis of some inpatients. There is focus on about kinds of correction methods and types of therapies for this patients and it include methods of testing, which are finding out the level of chosen abilities of every patient.

OBSAH

1. Úvod	8
TEORETICKÁ ČÁST	
2. Léčebna dlouhodobě nemocných	9
2.1 obecně	9
2.2 Léčebna dlouhodobě nemocných v Psychiatrické léčebně Bohnice	10
2.2.1 druhy péče poskytované v Léčebně dlouhodobě nemocných	10
2.2.2 léčebný řád	11
3. Struktura pacientů v Léčebně dlouhodobě nemocných	13
4. Kognitivní schopnosti hospitalizovaných pacientů	15
4.1 paměť	15
4.1.1 senzorická	16
4.1.2 krátkodobá	17
4.1.3 dlouhodobá	17
4.2 poruchy jazyka	18
4.3 pozornost	19
4.3.1 bezděčná	20
4.3.2 záměrná	20
5. Somatické změny ve stáří	20
6. Zjišťování kognitivních schopností hospitalizovaných pacientů	22
6.1 paměť	22
6.2 jazyk	23
6.3 pozornost	25
6.4 vizuomotorické funkce	25
7. Poruchy chování pacientů a jejich příčiny	26
8. Farmaceutika a jejich vliv na kognitivní schopnosti	29
PRAKTICKÁ ČÁST	
9. Kazuistiky vybraných pacientů	31
9.1 kazuistika 1 - Jiří T.	33
9.2 kazuistika 2 - Marie Č.	37
9.3 kazuistika 3 - Václav B.	41
9.4 kazuistika 4 - Zdeňka K.	45

9.5 kazuistika 5 - Arnošt S.	49
9.6 kazuistika 6 - Františka K.	53
9.7 kazuistika 7 - Vlastimila D.	57
9.8 kazuistika 8 - Václav K.	61
9.9 komentář ke kazuistikám	65
10. Možnosti terapie pacientů a hodnotící škály kognitivních poruch	66
10.1 vybrané možnosti nefarmakologické terapie	66
10.2 hodnotící škály kognitivních poruch	69
11. Využití pastorační péče v Léčebně dlouhodobě nemocných	72
12. Shrnutí a závěr	74
13. Použitá literatury a prameny	75
14. Seznam příloh	77
15. Fotogalerie	78

1. Úvod

Jako téma pro svou diplomovou práci jsem si vybral problematiku pacientů hospitalizovaných na oddělení Léčebny dlouhodobě nemocných. V práci, kterou předkládám, se zabývám nejen problematikou pacientů hospitalizovaných na oddělení Léčebny dlouhodobě nemocných (dále LDN) jako celkem, ale také možností působení a vlivu oboru psychopedie v tomto ryze lékařském prostředí.

Speciální pedagogika se jako každá jiná vědní disciplína rozvíjí a transformuje na základě požadavků a stavu společnosti, socioekonomické úrovně společnosti a v neposlední řadě také vědeckotechnologického pokroku. Z toho vyplývá, že se mění i rozsah působnosti a to nejen v rovině odborné, ale i demografické. Vliv této vědní disciplíny začíná již v období prenatálním a přes období vývoje dítěte, dospívání, zralý věk a stáří, zasahuje do paliativní péče a s ní související finální části lidského života.

Působnost psychopedie ve vyšších věkových stádiích života člověka byla velmi dlouho na okraji zájmu tohoto oboru, ale i tento trend se pomalu mění. Populace lidí v ČR stárne velmi rychle a její počet narůstá a to jak od shora tj. zvyšuje se věk stárnoucí populace a tím i zastoupení ve věkové struktuře 65 a starší, tak od zdola tj. snižuje se počet nově narozených dětí a tím i procentuelní podíl této generace v celkovém složení populace.

A proč by se tedy tímto problémem měla psychopedie zabývat? Psychopedie má ve svém základu péči a vzdělávání osob s mentálním postižením. Jak je z výše uvedeného patrné, tak populace stárne a její průměrný věk se prodlužuje. To s sebou přináší mnohá rizika, která se ruku v ruce s vysokým věkem pojí, jako například Alzheimerova demence a jiné typy demencí. Jejich výskyt se v dnešní populaci rapidně zvyšuje právě díky prodlužujícímu se věku. Se zvyšujícím se podílem takto postižených osob ve společnosti vyvstává problém, kdo se o tyto lidi adekvátně postará a zajistí jim tak důstojné stáří a dožití. Tato péče je samozřejmě v dnešní době zajištěna medicínsky, ale to v dnešní vyspělé kulturní civilizaci nestačí. A zde právě spatřuji místo pro působení psychopedie.

Cílem mé práce je seznámit vás s prostředím, ve kterém je možné takto postižené občany potkat a jak zde jako psychoped mohu působit. Práce má svou teoretickou část, jež popisuje prostředí léčebny pro dlouhodobě nemocné, základní kognitivní a somatické funkce pacientů a jejich možné poruchy. Praktická část je opatřena vzorkem

vybraných pacientů a jejich základními kazuistikami, testovými a nápravovými metodami a možným působením pastorační péče na tyto pacienty.

Abych předešel případným nedorozuměním, tak bych rád vysvětlil hned na počátku, proč, jakožto psychoped, používám označení pacient a nikoli klient? Touto otázkou jsem se zabýval již od samého začátku své práce a po mnoha konzultacích jsem dospěl k názoru, že toto označení je pro tento typ zařízení tj. lékařské, nejvhodnější. Jedná se o termín, v lékařství v rámci státem (pojišťovnou) hrazené péče, zcela běžně používaný a zavádění nového termínu by zde působilo rušivě a ne zcela přesvědčivě. Také jsem jakožto psychoped na cizí půdě a je tedy zcela normální přebírat „domácí“ terminologii.

2. Léčebna dlouhodobě nemocných

2.1 Obecně

Léčebna dlouhodobě nemocných je zdravotnické zařízení následné péče. Dostávají se sem nemocní ze spádových nemocnic na doléčení některého akutního onemocnění, na následnou rehabilitaci a možnou resocializaci, čili zapojení se zpět do společnosti, do běžného života, v různém stupni podle svých psychických a fyzických možností. Mnozí pacienti sem přichází i z domácího prostředí při celkovém zhoršení svého chronického onemocnění. V žádném případě se však nejedná o azylový pobyt. Příkladem nám může být starý člověk, který se již není schopen z nedostatku svých fyzických sil obsloužit a nemá žádné chronické onemocnění, které by bylo nutné ústavně ošetřovat. Pro takové lidi jsou zřízeny pečovatelské služby, pečovatelské domy, charita, případně ústavy sociální péče či domovy důchodců. Proto je také pobyt na LDN zdravotními pojišťovnami časově omezen (ze zákona maximálně po dobu tří měsíců) a zkracován na co nejmenší možnou dobu.

Po doléčení a rehabilitaci základního onemocnění se tak často řeší situace, kam dotyčného přeložit - zda domů do rodiny či do některého ze zařízení sociální péče. Jednoduše řečeno, příjem pacienta na toto oddělení neznamená příjem na dlouhodobý pobyt a dožití. Nelze totiž pominout vysoké náklady na pobyt způsobené zajištěním vysoce odborné péče. Cena pobytu pro soběstačného pacienta je nejnižší, i tak však činí přibližně 1000,-Kč denně a zvyšuje se případně podle aktuálního stavu při zvýšeném dohledu, medikace, nepohyblivosti či celkově zhoršeném stavu nemocného.

2.2 Léčebna dlouhodobě nemocných v Psychiatrické léčebně Bohnice

Oddělení LDN se nachází v areálu psychiatrické léčebny v pavilonu číslo 25 a je součástí interního primariátu. Pavilon je rozdělen na dvě samostatné jednotky. V přízemí je 34 lůžek, v 1. patře je 29 lůžek, obě oddělení jsou koedukovaná. Jsou zde pokoje dvou, tří a více lůžkové s maximálním počtem sedmi lůžek na pokoj. Dvou a tří lůžkové pokoje jsou určeny pro mobilní pacienty. Všechny pokoje jsou vybaveny elektricky polohovatelnými postelemi, nočními stolky s nastavitelnou deskou, televizory, lednicí a v případě potřeby přenosnými záchody. Ty jsou určeny především pro hůře mobilní pacienty a to zvláště v nočních hodinách.

Na každém patře je velká společenská místnost, která slouží jako jídelna, edukační a terapeutická místnost, prostor pro intimnější setkání s návštěvou či místnost pro konání nejrůznějších kulturních akcí. Pacienti mají v přízemí k dispozici velkou zastřešenou terasu, kde se zvláště v teplých jarních a letních dnech velmi často scházejí. Každé patro má k dispozici velkou koupelnu, kde se provádí pravidelná hygiena. Je zde k dispozici vana se zdvižným sedákem, sprchový kout a množství umyvadel. Podlaha je protiskluzově upravena.

Chod oddělení zajišťuje vedoucí lékař se specializací v oboru geriatrické ve spolupráci s ostatními lékaři, zdravotními sestrami a dalším pomocným personálem. Dále je zde k dispozici klinický psycholog, rehabilitační sestra a sociální pracovníce. Na oddělení dochází také farář, který věřícím pacientům poskytuje duchovní útěchu.

2.2.1 druhy péče poskytované v LDN

Diagnózy pacientů jsou polymorfní (různorodé) a prakticky ze všech oborů a tomu také odpovídá široké spektrum poskytované odborné péče, jež zahrnuje:

lékařskou péči - která je zajištěna po dobu 24 hodin, na každém oddělení je denní i ústavní pohotovostní služba s možností konsiliárních vyšetření buď přímo v LDN nebo na odborných ambulancích, s možností převozu k akutnímu vyšetření či hospitalizaci v nemocnici. Do LDN pravidelně dochází na odborná konzilia lékaři z oborů neurologie, psychiatrie, oční, kožní, ale i jiní odborní lékaři. Pracuje zde klinický psycholog, který pomáhá při vypracování příjmové zprávy a programu další rehabilitace. Jeho psychologická pomoc směřuje nejen k pacientům, ale často i k jejich příbuzným.

medikamentosní léčba - pacientovi jsou pravidelně podávány léky, které užíval před přijetím do LDN, popřípadě ošetřující lékař medikaci upraví dle aktuálního zdravotního stavu daného pacienta.

rehabilitační léčba - charakter rehabilitační péče se odvíjí od celkového zdravotního stavu pacienta. Cílem rehabilitační péče je dosažení takového stupně kompenzace a soběstačnosti, který pacientovi vyžadujícímu dlouhodobější léčbu dovolí návrat do domácího prostředí nebo bezproblémový přechod do sociální instituce pokud propuštění domů není z objektivních důvodů možné.

lůžka ošetrovatelské péče - tato péče se zaměřuje převážně na poskytování odborného ošetrovatelství osobám, u nichž není možnost zlepšení zdravotního stavu, za účelem udržení alespoň stávajícího stupně soběstačnosti s cílem udržet nebo zlepšit současnou kvalitu života. Jedná se o nemocné, jejichž zdravotní stav bude i po propuštění z péče personálu LDN vyžadovat i nadále intenzivnější ošetrovatelskou péči včetně rehabilitačního ošetřování a další navazující potřebnou rehabilitačně ošetrovatelskou péči. Tito pacienti jsou zpravidla plně imobilní a inkontinetní.

bazální stimulace - v rámci komplexní ošetrovatelské péče, pracuje ošetřující personál s konceptem bazální stimulace. Využívá jednotlivé prvky z tohoto konceptu v rámci stimulace somatické, taktilně-haptické, orální, auditivní a zrakové.

antidekubitární program - léčebna věnuje značné úsilí prevenci vzniku dekubitů, bércových vředů a chronických kožních onemocnění. Předejít těmto negativním dopadům dlouhodobě ležících pacientů se zde daří pomocí speciálních antidekubitních matrací, polštářků a dalších polohovacích pomůcek, ale hlavně správným a pravidelným polohováním těchto ležících pacientů.

péče o výživu pacienta - velmi důležitou léčebnou složkou je správná strava a pitný režim pacientů. O složení stravy se dle různorodých diagnóz jednotlivých pacientů stará dietní sestra. Velmi důležitý pitný režim obstarává veškerý personál, protože dehydratace způsobuje ležícím pacientům velmi vážné komplikace.

2.2.2 léčebný řád

Tak jako v každém zdravotnickém zařízení, tak i v LDN se řídí pacienti a ošetřující personál léčebným řádem. Tento řád je jakási časová jistota pro pacienta, aby se mohl orientovat ve svém volném čase a nezmeškal určité lékařské či rehabilitační procedury, což je zvláště záležitost mobilních pacientů, kteří se mnohdy bojí s touto obavou opustit

pokoj. Režim a jeho časová dotace by měla být víceméně stálá, ale občas je nutné jej přizpůsobit aktuálnímu stavu pacienta.

Časový rozvrh léčebného režimu:

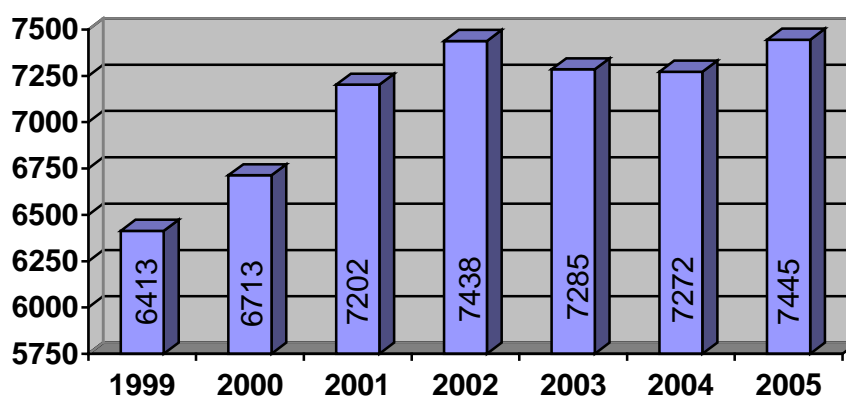
7:00	ranní hygiena, úprava lůžek, vylévání pokojových WC, popřípadě koupel znečištěných pacientů
8:00	snídaně
8:30	volno
9:00	koupání pacientů a převlékání postelí, aktivity s nekoupanými
9:00	dopolední aktivity – rehabilitace, pracovní terapie, ...
12:00	oběd – krmení pacientů, kteří mají sníženou sebeobsluhu
12:30	polední klid
13:30	odpolední aktivity – procházky, terapie, ...
15:00	odpolední hygiena – výměna plenkových kalhotek, vylévání pokojových WC
15:30	svačina
16:00	odpolední aktivity – návštěvní hodiny (doporučené)
18:30	večeře – příbuzní často své blízké krmí sami
19:00	volno
20:30	večerní hygiena – výměna plenkových kalhotek, atd.
22:00	večerka

Uvedené údaje jsou z části orientační, protože se časově mnohdy překrývají. To se týká zvláště mobilních pacientů, kteří jsou soběstačnější než ležící pacienti. Taktéž návštěvní doba je jen doporučená, protože příbuzní mohou svého blízkého navštívit prakticky kdykoliv přes den. V průběhu dne také probíhají u pacientů potřebné lékařské úkony, jako jsou převazy, běžné kontroly apod. Tyto úkony jsou ovšem pacientům dopředu hlášeny, aby nedocházelo k nedorozuměním a pacient nebyl v danou chvíli k dispozici. Výjimku tvoří úterý dopoledne, kdy probíhá primářská vizita a všichni pacienti musí být na svém lůžku. Jinak každodenní vizita, kterou provádí ošetřující lékař, musí být u všech pacientů provedena do jedenácté hodiny dopolední.

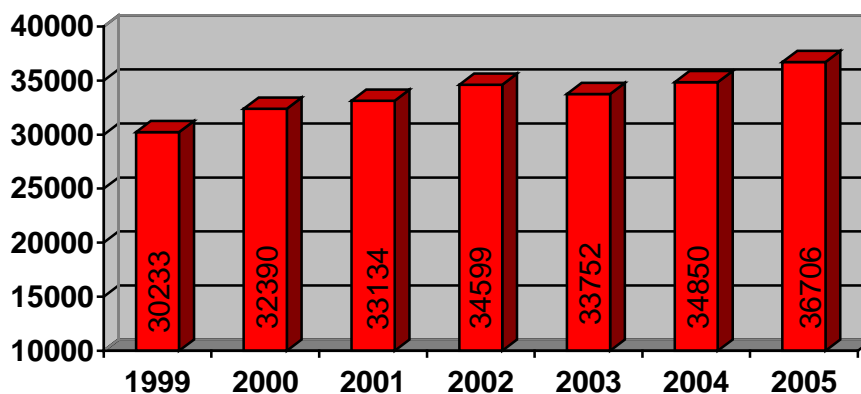
3. Struktura pacientů v Léčebně dlouhodobě nemocných

Pacienti jsou v LDN hospitalizováni většinou na základě doporučení praktického či odborného lékaře, příslušného zdravotnického zařízení akutní lůžkové péče tj. nemocnice, popř. zařízení sociální péče v případech zhoršení zdravotního stavu klientů. Pobyť nemocných v LDN je plně hrazen z veřejného zdravotního pojištění. Převážnou část tvoří pacienti starší 65 let (více než 80 %). Průměrný věk činí téměř 80 let. Jedná se o pacienty, jejichž stav již nevyžaduje další pobyt na akutním lůžku nemocnice, ale zatím nedovoluje propuštění do domácího ošetřování. Na druhou stranu jsou to také lidé nacházející se v domácí péči, popř. v péči některého ze zařízení sociálních služeb, u kterých došlo k celkovému zhoršení zdravotního stavu. Pacienti jsou obvykle umístováni na smíšených odděleních.

V současnosti se nachází na území ČR 75 samostatných Léčeben pro dlouhodobě nemocné s celkovou kapacitou 7.445 lůžek (viz. graf 1). Počet celkově hospitalizovaných pacientů se každoročně zvyšuje a dosáhl tak zatím nejvyššího údaje 36.706 pacientů za kalendářní rok (viz. graf 2). Toto číslo je samo o sobě dosti vysoké, ale stále schází několik tisíc potřebných lůžek. Průměrná doba pobytu pacienta je 65 dní a čekací doba na lůžko se pohybuje například v Praze i v řádu měsíců.



počet lůžek - graf 1



■ počet hospitalizovaných pacientů - graf 2

Zdroj: Český statistický úřad – ČSÚ – www.czso.cz
 Ústav zdravotnických informací a statistiky – ÚZIS ČR – www.uzis.cz

Vzhledem k nižšímu průměrnému dožití mužů, početně převažují ve starším věku ženy nad muži stejné věkové kategorie. S věkem tato převaha výrazně narůstá, poměrové zastoupení mužů a žen v populaci se nazývá index feminity. Zatímco při narození je početní stav mužů větší než početní stav žen, tj. na 100 žen připadá zhruba 106 mužů, ve věkové skupině 60-69 let připadalo v roce 2004 na 100 mužů 119 žen, ve věkové skupině 70-79 let 157 žen a ve věkové skupině 80 a více let to byl už více než dvojnásobek, tj. 232 žen na 100 mužů. (ČSÚ) Tato skutečnost je patrná i na LDN, kde jsem tuto studii zpracovával, neboť zde z celkového počtu 63 klientů bylo jen 15 mužů a zbytek tvořily pacientky, tedy poměr skoro 4 násobný.

Se zvyšujícím se věkem těchto pacientů také narůstá i procentuelní zastoupení osob s diagnostikovanou demencí. Dalo by se říci, že osoby s poruchami kognitivních funkcí a s výskytem demencí zastupují přibližně 70 procent u nás hospitalizovaných pacientů.

Z hlediska poskytované péče lze pacienty LDN rozdělit na ty, jejichž zdravotní stav vyžaduje:

doléčování a rehabilitaci - k obnovení či udržení mobility, soběstačnosti, sebeobsluhy; jedná se o pacienty po úrazech, operacích a amputacích, ve stabilizovaném stavu po traumatech s postižením funkce hybné soustavy, míchy, mozku – zejména po centrální mozkové příhodě, kardiovaskulárního systému atd.

dlouhodobou odbornou ošetrovatelskou péčí - jsou to pacienti přicházející s chronickým onemocněním nebo v postakutním stadiu, při současné stabilizaci zdravotního stavu a stanovené diagnóze.

paliativní péči - tj. léčbu bolesti a zmírňování příznaků nevyléčitelných nemocí. Jedná se o pacienty s onkologickým onemocněním, v terminálním stádiu nevyléčitelných nemocí.

pacienti s demencí - tvoří problematickou skupinu pacientů. Tito pacienti nejsou schopni navázat kontakt a nelze s nimi tudíž snadno komunikovat. Nejširší zastoupení tvoří skupina pacientů s demencí Alzheimerova typu.

4. Kognitivní schopnosti hospitalizovaných pacientů

Kognitivní (poznávací) schopnosti nám umožňují orientaci ve světě, pochopení světa kolem nás a utváření obrazu světa v našem vědomí. (Holmerová, I. 2003) Neporušené kognitivní funkce - schopnosti mozku adekvátně zpracovat dostupné informace - se významně podílí na společenské a pracovní zdatnosti jedince. Klíčovými oblastmi kognitivních funkcí jsou paměť, výkonné funkce, pozornost a další. Tyto oblasti přispívají k inteligenci a ke schopnosti předcházet problémům nebo je řešit, učit se, plánovat budoucnost. Neporušené kognitivní funkce jsou proto nezbytným předpokladem normálního, aktivního života každého jedince.

Kognitivní deficit se projevuje mnoha způsoby a zejména v těch aspektech, které jsou spojené s běžnou denní činností, jako je pracovní paměť a stanovení priorit, představují pro pacienta těžkosti v dostatečném organizování vlastního prostředí tak, aby byl schopen žít samostatně, užíval pravidelně a správně léky, aby dodržoval systém ambulantní péče apod. Proto je velmi důležité zjišťovat míru úbytku těchto schopností u pacientů hospitalizovaných na oddělení LDN a to zejména proto, aby se na základě zjištěných výsledků mohla individuálně upravit terapie pro každého jednotlivého pacienta.

4.1 Paměť

Paměť je soubor psychických procesů a vlastností osvojení zkušenosti: jejich zapamatování, uchování a vybavení. Paměť je jednou z nedůležitějších vlastností živých organismů. Ani zvířata by si bez paměti nedokázala opatřovat potravu a chránit se před nebezpečím. Fyziologickou podstatou paměti jsou dočasné spoje v šedé kůře mozkové. Jsou to soubory psychických procesů, odrážejících minulé zkušenosti a schopnost zaznamenat vjemy, myšlenky, představy a city.

Paměť jako sklad a využívání informací umožňuje také psychickou integritu lidské osobnosti, kontinuitu jejího vývoje a smysluplné jednání. Základní funkcí paměti je uchovávání, organizace a užívání zkušeností. Je třeba poukázat na podstatnou funkci paměti v lidské psychice vůbec, jíž je vlastně přiřazování významu podnětům a reakcím, všemu, co člověk vnímá, cítí, předmětu a operacím jeho myšlení, jeho motivaci a způsobům jednání.

To, že člověk rozpozná vnímaný objekt jako konkrétní věc, znamená současně že poznává jeho význam, stejně jako když operuje s nějakým pojmem nebo když něco říká, operuje s významy slov a vět, které mají zdroj v pamětním přiřazování. Za základní složky paměti jsou pokládány procesy kódování, ukládání a vybavování.

kódování (vštěpování, recepcce) - vytvoření paměťové stopy v mozkové kůře působením vnitřních nebo vnějších podnětů, lepší zapamatovatelnost ovlivňuje logická návaznost a kvalita stavu pozornosti. Z tohoto důvodu je mnoho problémů označovaných jako „problémy s pamětí“ vlastně jen problémem pozornosti. (Nakonečný, M. 2003)

ukládání (osvojení, retence) - časová etapa, která uplyne od zapamatování do vybavení. Je to doba, kdy jsme si schopni na určité zážitky, poznatky, vědomosti vzpomenout. Minulé zážitky nebo část zapamatovaného zůstává v naší psychice, aniž by byly přítomny v našem vědomí. Patří sem také proces zapomínání, který je velmi důležitý - chrání před zahlcením CNS. Někdy zapomínáme úmyslně, tento proces má psychohygienický význam.

vybavování (reprodukce) - je proces, kdy uloženou informaci použijeme v určité souvislosti. Tuto fázi usnadňuje dobrý fyzický a psychický stav, naopak znesnadňuje to stáří, vzrušení či tréma.

4.1.1 senzorická paměť

Senzorická paměť se uvádí jako souhrn paměti vizuální, sluchové a hmatové (haptické). Informace jsou v ní uchovávány po velice krátkou dobu, například vizuální paměť dokáže uchovat světelný vjem po dobu asi jedné desetiny sekundy. Toto je nazýváno "setrvačnost zrakového vjemu". O této vlastnosti se může každý přesvědčit sám. Pokud v zatemnělé místnosti bude někdo pohybovat bodovým zdrojem světla (rozžhaveným uhlíkem, zapálenou cigaretou), tak vaše oko bude schopno vnímat nejenom momentální polohu zdroje světla, ale i část trajektorie, kterou zdroj urazil během poslední desetiny sekundy.

Sluchová senzorická paměť má o něco trvalejší záznamový systém. Výsledky experimentů ukázaly, že její velikost se u různých lidí liší. Průměrná hodnota je asi tři sekundy, což by měl být maximální časový interval, po kterém rozlišíte pravidelně se opakujícími zvuky na chaotickém zvukovém pozadí.

4.1.2 krátkodobá paměť

Krátkodobou paměť využíváme pro zachycení informací, které jsou potřebné během pár sekund, ale které mohou být později zapomenuty. Krátkodobá paměť má dvě vlastnosti, které jí brání v tom, aby se do ní neustále ukládaly informace. Potřebuje koncentraci na to, aby informaci udržela, pokud přesuneme pozornost na něco jiného nebo provedeme jiný duševní úkon, vložená informace vypadne a my ji zapomeneme. (Nakonečný, M. 2003) Krátkodobá paměť je schopna uložit pouze šest nebo sedm položek. Například uložení telefonního čísla není problémem.

Každá informace, která má být uložena nastálo, se musí do dlouhodobé paměti dostat přes paměť krátkodobou, děje se to pomocí opakování. Čím častěji se informace opakuje, tím je větší pravděpodobnost, že bude převedena do paměti dlouhodobé.

4.1.3 dlouhodobá paměť

Její funkce je uchovávat informace na dlouhou dobu. Dlouhodobá paměť (DP) je někdy také nazývána pracovní pamětí, neboť je tvořena vyhledávacími a jinými „pracovními“ procesy. Nejčastější je názor, že informace z této paměti nikdy nemizí, stávají se pouze hůře dostupnými, nebo se přepisují informacemi novými. Člověk si obvykle vybavuje jen ty informace, se kterými denně pracuje nebo se nějakým způsobem opakuje. Ostatní zapomíná, což ale neznamená, že se jejich stopy v paměti neuchovávají.

S ohledem na obsah informací, které přicházejí do DP, rozlišujeme tyto druhy DP:

epizodická paměť - zaznamenává osobní zkušenosti v časových a prostorových souvislostech - jde např. o zapamatování si toho, co se kdy komu stalo a kde se to stalo. Je to paměť osobních zážitků - autobiografie. V této paměti je zachován i osobní postoj k zážitku.

sémantická paměť - zvaná někdy paměť lexikální - zahrnuje naše všeobecné vzdělání.

Je v ní obsaženo ovládání slov a pojmů. Umožňuje nám pojmenovávat vše, co nás

obklopuje a s čím přicházíme do styku. Ovládání slov a pojmů nám umožňuje dávat smysl tomu, co vnímáme, co se kolem nás děje.

procedurální paměť - umožňuje nám řídit běh našich činností, zvláště pak zautomatizované činnosti - chůze, násobilka, pletení, ...

normy - v DP se uchovávají nejen zážitky, ale i to, co stojí nad nimi - např. ve formě společenských, civilizačních, kulturních aj. norem. Tyto normy naznačují, jak se to či ono má dělat, chápat, hodnotit apod.

4.2 Poruchy jazyka

Jazyk je široce chápán jako prostředek komunikace. Jeho hlavní funkcí je poskytování informací a vyjádření určitého apelu či výzvy vůči ostatním i sobě navenek. Jazyk zahrnuje nejen tvorbu a porozumění řeči, ale pochopitelně také čtení a psaní. Četba je jednou z činností, která zajišťuje pacientům z LDN přísun nových informací a také možnost využití svého volného času. Ale právě u pacientů s počínající demencí či v pokročilém stáří se stává četba stále obtížnější. Je zřejmé, že bez dobře fungující dlouhodobé paměti by nebylo čtení a následné porozumění čtenému možné, neboť člověk si musí zapamatovat osnovu čteného. Důležitá je ovšem i potřeba krátkodobé paměti, protože čtenář musí podržet v paměti všechno, co právě přečetl, neboť v okamžiku, kdy by se došel na konec věty, by již zapomněl její smysl. Čtení tedy předpokládá aktivní zapojení celé řady smyslových, poznávacích, jazykových a paměťových dovedností.

Čtenářské schopnosti pacienta ovlivňuje mnoho faktorů. K výše uvedeným paměťovým schopnostem, musíme zmínit i fakt, že zrak většiny starých lidí se zhoršuje a snižuje se i jeho ostrost. Dále jsou to především čtenářské návyky a intelektová úroveň jedince. Je zřejmé, že staří lidé, kteří hodně čtou, byli téměř bez výjimky vášnivými čtenáři už jako mladší. I skladba čteného se s postupujícím věkem mění. Staří lidé volí častěji „lehké“ čtení jako jsou časopisy, noviny či zábavná beletrie. Mnoho u nás hospitalizovaných pacientů je v tomto ohledu plně závislé na obsahu místní knihovny a proto je třeba její obsah těmto lidem přizpůsobit. Samozřejmostí by měly být různé čtenářské pomůcky, jako je zvětšovací lupa či knihy psané použitím velkých písmen, jedná se o fonty o velikosti 16-20 bodů. Na trhu se také vyskytují knihy, které jsou psány v kratších větách a nikoli ve složitých souvětích, což bude jistě vyhovovat pacientům s poruchami krátkodobé paměti.

Dalším výrazným jevem jsou problémy při vybavování slov mluvené řeči. Pacient s kognitivní poruchou má potřebu zvláštní komunikace, která je důsledkem jeho emocionální závislosti a neschopnosti se přizpůsobit. Můžeme také obecně říci, že staří lidé jsou znevýhodněni ve zpracování mluvených informací v důsledku horšího sluchu, menší kapacity krátkodobé paměti apod. Tomuto jevu zabráníme tím, že s pacientem budeme komunikovat jasně a stručně bez zbytečného opisování sdělovaného. Jestliže má pacient problém s porozuměním slovům, můžeme napomoci použitím synonym anebo popisem sdělovaného. Rozhodně je dobrou praxí, když podporujeme verbální komunikaci konkrétními příklady nebo gestikulací, aby měl pacient co nejlepší šanci porozumět. Pro nás psychopedy je velmi důležité si uvědomit, že jazyk, kterým nám pacient sděluje informaci, nemusí někdy reflektovat jeho myšlenky, ale spíše stupeň, kterým je schopen pacient svou myšlenku kódovat do slov. Zodpovědnost za to, aby pacient rozuměl a bylo mu rozuměno, leží na nás a nikoli na něm.

4.3 Pozornost

Pozornost je psychický stav člověka, který se projevuje zaměřeností a soustředěností vědomí. Člověk nemůže v jednom okamžiku vstřebat všechny podněty, vybírá si tedy pouze některé z nich, to je zaměřenost vědomí. Podněty, na které se naše vědomí zaměřuje, nazýváme předměty pozornosti. Pozornost člověka se zaměřuje jak navenek (mluvená řeč, obraz, ...) tak i dovnitř (pocit bolesti, vzpomínka, ...). Soustředění vědomí rozumíme stupeň aktivity psychické činnosti – intenzita pozornosti. Při činnosti pozornosti se uplatňuje také zákon vzájemné indukce: ohnisko silného vzruchu vyvolává ve svém okolí útlum. To umožňuje vědomí soustředit se na předmět pozornosti a jakoby odsunout stranou ostatní podněty. Jakmile se ohnisko vzruchu přenesse na jinou mozkovou oblast, dochází k odvrácení pozornosti. Např. vstoupí-li zdravotní sestra do pokoje, pacient odvrátí hlavu a přestane vnímat. Pozornost je velmi úzce spjata se selekcí vnímání.

Proces, jehož prostřednictvím si vybíráme podněty, se nazývá selektivní pozornost. Selektivní pozornost je proces, jehož prostřednictvím některé podněty vybíráme k dalšímu zpracování a některé ignorujeme. V případě zraku jsou základním prostředkem pro zaměřování pozornosti oční pohyby. Většina očních fixací je zaměřena na nejvíce informací pozorované scény. Většinou jsme schopni selektivního poslouchání s využitím vodítek, jako je směr zdroje zvuku a hlasová charakteristika mluvčího. Kvalita pozornosti závisí na úrovni aktivace. Pozornost je výběrová, soustředíme se vždy na

jednu činnost nebo jeden objekt, dokážeme ale pozornost přenášet z jedné činnosti na druhou. (Hamilton, I. S. 1999)

Právě deficit pozornosti, který způsobuje nedostatečnou soustředěnost pacienta, způsobuje největší problémy při nápravové terapii. Pacient je například schopen plné pozornosti jen pár minut a poté již očima bloudí a hledá jiné podněty, ale ani u nich dlouho nevydrží. Terapie tím pádem musí být prováděna v málo podnětném prostředí, které nezpůsobí zbytečné rozptylování klienta a kde nedochází k rušivým podnětům. Například chodba či společenská místnost, kde se neustále někdo pohybuje, je pro nápravovou terapii u osob s poruchou pozornosti zcela nevhodná.

4.3.1 bezděčná pozornost

Vychází z orientační reakce, je vyvolávána podněty z okolí. Ty jsou pro daného jedince významné, upoutávají ho na základě kvality a nevyžadují předchozí úmysl. Umožňuje nám orientaci v běžném prostředí, reagovat na změny. Aby se nový podnět stal předmětem našeho zájmu, musí nás zaujmout nějakou zvláštností, patří mezi ně zejména jejich síla (např. hrom, výstřel), velikost (např. rozměrná budova), nevěšednost, nápadnost (např. výstřední model šatů), neočekávanost (výkřik v tiché noci), kontrastnost (velmi vysoký muž a nápadně malá žena, černá a bílá barva), změna (střídání světel v reklamě, ohňostroj), zajímavost (napínavý děj filmu), pestrost (květinový sad) apod.

4.3.2 záměrná pozornost

Ve vývoji člověka nastupuje později. Pojí se s jasnějším a uvědomovaným, souvisí s motivy osobnosti a jejími cíli. Vyvolává ji volní úsilí člověka a vzniká na základě nutnosti věnovat se určitému podnětu. Záměrná pozornost je náročnější, více vyčerpává, její rozvoj souvisí s rozvojem vůle, myšlení a charakteru. Pozornost je udržována vůlí, podnět neupoutává sám o sobě a neuspokojuje žádnou z potřeb jedince. Její kvalita je odvislá od zaměřeného cíle, návyku na trénink pozornosti a schopnosti koncentrace a odpočinku.

5. Somatické změny ve stáří

Stárnutí je kontinuální proces, součást celoživotního vývoje organismu. Jeho průběh je pro každý živočišný druh specificky určený jeho genetickou informací. Stárnutí je ale

individuální a asynchronní i pro jednotlivce v rámci jednoho druhu, tzn. organismy stejného druhu stárnou nerovnoměrně. Stupeň změn ve stáří u člověka je dán nejen vlastní involucí (fyziologické zmenšení), ale také množstvím výchozích parametrů jako je např. životní styl daného člověka (aktivita, stimulace, atrofie z nečinnosti) a chorobnými změnami (ateroskleróza a jiné).

Zjištění somatických změn je tudíž pro nastávající možnost terapií či náprav velmi důležitou informací. (Kalvach, Z. 1997)

Některé významnější somatické změny a jejich důsledky:

složení a řízení organismu

- atrofie tkání společně se zmnožením tuku a vaziva
- zvýšení obsahu tělesného tuku s posunem výško váhových indexů (lze měřit např. indexem BMI)
- zmenšení objemu celkové tělesné vody s větší závažností nedostatečného příjmu tekutin
- oslabení a zpomalení regulačních mechanismů s úbytkem funkčních rezerv
- zhoršení adaptačních schopností a odolnosti k zátěži

pohybový aparát a nervový systém

- pokles svalové síly a úbytek kostní hustoty (osteoporóza) a stárnutí chrupavky
- zhoršení hlubokého čítí a pohybové koordinace (poruchy stereotypu chůze)
- zpomalení nervového vedení včetně propriocepce (vnímání signálů ze svalů a šlach) a prodloužení reakční doby
- atrofie mozku a se zhoršením vstřípivosti i výbavnosti
- poruchy spánku

metabolismus, endokrinní a oběhový systém

- snížení maximální spotřeby kyslíku bez ohledu na výkonnost kardiovaskulárního systému a zhoršení vytrvalosti
- snížení produkce růstového hormonu
- snížení průtoku krve všemi orgány
- snížení elasticity tepen a jejich kornatění v důsledku aterosklerózy

respirační systém

- pokles vitální kapacity plic
- zvýšená rigidita (tuhost) hrudní stěny se zvýšením dechové práce

trávicí a vylučovací systém

- snížení žaludeční acidity

- poruchy motility trávicího traktu
- opotřebování a ztráta chrupu
- poruchy mikce a defekace
- pokles koncentrační schopnosti ledvin

ostatní

- atrofie kůže s poklesem její pružnosti a úbytkem potních žláz s následnou poruchou termoregulace (pocení)
- snížená vitalita tkání a zpomalené hojení
- zhoršení smyslového vnímání atd.

6. Zjišťování kognitivních schopností hospitalizovaných pacientů

Počáteční zjišťování stavu kognitivních schopností pacienta a jejich následné pravidelné hodnocení je pro personál, ale i pro pacienta samého velmi důležité. Každá osoba, která bude s tímto pacientem následně pracovat, musí mít reálnou představu o jeho schopnostech a dovednostech, ať už kvůli stylu komunikace s tímto pacientem, nabízení možných rehabilitačních činností, využití aktivit všedního života apod. Tuto představu získáme sběrem anamnestických dat, využitím informací získaných prostřednictvím rozhovoru, ale i možností získávat tyto informace běžným pozorováním při každodenní práci s pacientem. Bez těchto informací o stavu můžeme pacienta nechtěně dostat do situací, které jsou pro něj frustrující a často nad jeho síly. Toto naše zjištění samozřejmě nenahrazuje a ani neduplikuje odborná psychiatrická a psychologická vyšetření, ale slouží nám ke správnému nastavení terapie a práce s pacientem v rámci naší specializace a poskytne nám realističtější obrázek o tom, jak asi bude jedinec reagovat v situacích, ve kterých hraje důležitou roli paměť, pozornost apod.

6.1 Paměť – poruchy paměti

Naše otázky: Dokáže pacient vyprávět o činnostech z nedávné doby a blíže je časově zařadit? Vzpomíná si často na události a situace z dávné minulosti a ze svého dětství? Existují neshody mezi tím, co říká pacient o sobě samém, svém životě a svých zážitcích, a tím, co o něm vypovídají jeho blízcí či předchozí lékařské zprávy? Uvědomuje si pacient své problémy s pamětí a zapomnětlivostí či se záměrně tyto problémy snaží zastříť? Objevují se u pacienta záměrné konfabulace a v případě že ano, tak kdy? Při

testování krátkodobé paměti můžeme pacientovi po vzoru testu MMSE (Mini Mental State Examination) předložit tři různé předměty. Následně po něm chceme, aby si na ně vzpomněl a pak znovu po pěti minutách.

Co zjistíme: pacient, u něhož je krátkodobá paměť a vybavovací schopnost narušena, potřebuje opakování instrukcí, pravidelné ujišťování a reorientaci. Pro takovou osobu je velmi těžké se učit novým věcem a proto nebudeme pacienta do takových situací stavět. Naopak, má-li v pořádku dlouhodobou paměť, tak není problém vést s pacientem diskusi z období dávné minulosti a obohatit tak vzájemnou interakci. Jestliže se u pacienta objevuje konfabulace, snažíme se vyhýbat otázkám s otevřeným koncem a netrvat na přesnostech. Musíme si totiž uvědomit, že konfabulace je snahou osoby dát význam současným událostem. Nejedná se tedy o záměrné lhaní. (Zgola, J. M. 2003)

Nejčastější poruchy paměti:

amnézie - souhrnné označení pro ztrátu paměti, trvalou nebo dočasnou, částečnou nebo úplnou, která je způsobena omezením buď schopnosti zapamatovat si objekty nebo reprodukovat naučené či prožité. Chybí zde určitý časový úsek či obsah. Dochází k ní při úrazech, poruchách CNS, šoku apod.

hypermnézie - zvýšená funkce paměti a reprodukce omezena na určité zážitky na úkor ostatních např. dobře si pamatuje to co slyšel, ale nepamatuje si praktické postupy.

hypomnézie - snížená funkce paměti a reprodukce jak do šířky tak do hloubky. Postihuje všechny fáze paměti. Objevuje se i dočasná hypomnézie, jenž je způsobená např. trémou či únavou.

dysmnézie - porucha přesnosti a určitosti paměti. Při popisu určitých událostí vyplňuje pacient "mezery" v paměti nepravými vzpomínkami, postižený si nedokáže vzpomenout a nahrazuje nevybavené aktuální informací. Do této kategorie patří i výše zmíněná konfabulace.

6.2 Jazyk

Naše otázky: opisuje pacient složitě slova, aniž by se dostal k věci? Existuje zásadní rozdíl mezi jazykem kterým mluví spontánně a jazykem kterým nám odpovídá na naše otázky v rámci rozhovoru? Bývá spontánnější jazyk plynulejší a sdílnější a ten druhý naopak slovně chudý a těžkopádný? I když má pacient porušenou aktivní řeč, musíme zjistit, zda rozumí tomu, co mu sdělujeme. Umí tedy pacient ukázat na určitý předmět o kterém hovoříme či alespoň naznačit odpověď „ano“ a „ne“ na jednoduchou otázku? Dle testu MMSE můžeme pacientovi podat lístek s jednoduchým úkolem, např. aby

zvedl papír či zamrkal, a pozorujeme, zda to provede. Dokáže napsat krátkou smysluplnou větu? Ta věta by měla mít podnět a přísudek, na pravopisné chyby nehledíme.

Co zjistíme: abychom uslyšeli skrytý význam sdělovaného, musíme vynaložit více úsilí při naslouchání a pozorněji sledovat nonverbální komunikaci a také věnovat pozornost kontextu, ve kterém byl vzkaz sdělen. Nesmíme na základě dobré automatické a spontánní řeči usuzovat, že pacient nemá porušenou jazykovou funkci. Ať řekne pacient s kognitivní poruchou cokoli, je za tím nějaký význam. Pacienti s demencí nemají sklon říkat více nesmyslů, než říkali dříve. (Zgola, J. M. 2003) Proto to, co se nám může zdát nesmyslné, není nesmyslné pro pacienta, který nám to sděluje. Dělá vše pro to, aby nám něco sdělil, co má pro něj nějaký význam a je na nás, abychom mu porozuměli. Pokud má pacient problémy s verbální komunikací, tak se ji budeme snažit minimalizovat a snažíme se rozšířit náš projev o nonverbální pokyny, jako jsou gesta či využití konkrétních objektů. U psané formy jazyka můžeme zjistit, že i když dokáže pacient číst hezky nahlas, nemusí rozumět smyslu toho, co přečetl. Pokud tomu tak je, viz MMSE, tak se již nebudeme pokoušet o komunikaci pomocí psaných poznámek, připomínek apod.

Zásady komunikace s pacienty s kognitivní poruchou a demencí:

- Při komunikaci omezujeme rušivé a rozptylující vlivy prostředí (TV, hluk z chodby), ujistíme se, že pacient dobře slyší, že má správně nastaveny kompenzační pomůcky (naslouchadlo).
- Mluvíme srozumitelně, jasně, dostatečně nahlas, pomalu a v krátkých větách.
- V hovoru se vyhýbáme odborným výrazům, žargonu, ale i frázím či ironicky míněným protimluvům. Používáme výrazy pacientovi známé a přiměřené.
- Pro získání pozornosti a uklidnění užívejte dotek.
- Používáme přímá pojmenování, vyhýbáme se zájmenům a pokud lze, tak na předměty, osoby, části těla, o nichž hovoříme, ukazujeme. Pokud pacient něco správně nepochopil, použijeme pokud možno jinou formulaci a neopakujeme stejná slova.
- Aktivně navazujeme a udržujeme oční kontakt a zůstáváme v zorném poli pacienta.
- Využíváme neverbální komunikaci, mimiku, dotek a tyto projevy sledujeme i u pacienta.
- Dáme zřetelně najevo, zda odcházíme jen na chvíli nebo zda konverzace již skončila.
- Rekapitulujte informace od pacienta „Takže říkáte, že ...“.

6.3 Pozornost

Naše otázky: dokážeme snadno vzbudit pozornost pacienta a tuto pozornost následně udržet? Je snadné pacienta z jeho pozornosti vyrušit? Dokáže jednoduché úkoly jako např. vyjmenovat po sobě jdoucí měsíce roku dopředu a zpátky? Můžeme opět použít krátkou testovací pomůcku dle MMSE a to, postupné odečítání sedmičky od stanoveného čísla, nejčastěji je to od stovky.

Co zjistíme: pacient s poruchou pozornosti asi bude mít problémy setrvat u úkolu a při rozhovoru nemusí vydržet u zvoleného tématu a postupně se od něj může vzdalovat. Pacientovi s narušenou pozorností budeme muset častěji připomínat cíl jeho aktivity a opakovaně jej směřovat zpět k jeho úkolu. Velmi důležité pro správnou práci s takovou osobou je zajištění místa, kde nebude docházet ke zbytečnému vyrušování jeho pozornosti a zabránit vytvářet jen velmi malé terapeutické skupinky. Pacient si také nemusí všimnout náhodných podnětů a tudíž si je také nemusí zapamatovat.

Poruchy pozornosti můžeme rozdělit do pěti okruhů: únavnost pozornosti, její nepřiměřené kolísání, příliš malý rozsah, generalizovaná a nevýběrová pozornost a ulpívání pozornosti.

6.4 Vizuomotorická funkce

Naše otázky: dokáže pacient správně odhadnout vzdálenost a směr a má správnou představu o pravo-levé orientaci? Zdá se, že vnímá správně polohu vlastního těla ve vztahu k okolním předmětům? (Zgola, J. M. 2003) Dokáže si pacient zapamatovat a najít cestu do svého pokoje, na záchod, do jídelny apod.? Pokud to lze, můžeme použít testovací obrázek z MMSE spočívající v tom, aby pacient okopíroval dva protínající obrazce, popřípadě sestrojil tento obrazec pomocí párátek či sirek.

Co zjistíme: pacient s touto dysfunkcí bude mít problémy s orientací v prostředí, kde se nachází a může docházet k jeho bloudění či úrazům. V důsledku této poruchy bývají tito pacienti nejistí a může docházet k jejich izolaci, protože se budou bát opouštět svůj pokoj. Činnost budou proto zvládat lépe, jestliže obdrží jednoduché instrukce a budou při tom využívány různé smyslové podněty. Pro orientaci na oddělení lze použít výrazných označení pokojů.

7. Poruchy chování pacientů a jejich příčiny

Stárnutí přináší postupný pokles tělesných i duševních funkcí, které spolu s nemocemi omezují staršího člověka a zhoršují jeho celkovou výkonnost. Odchod do důchodu, úmrtí blízkých přátel nebo partnera, dlouhodobá nemoc, to vše mění společenské postavení a dlouholeté společenské vztahy staršího člověka. Všem těmto změnám se starší lidé musí přizpůsobovat. Zhoršená schopnost přizpůsobení se může projevat i změnami chování. Neplatí ovšem žádné pravidlo typu, že stárnutí samo o sobě vyvolává závažnější poruchu chování. Každá porucha chování u starého člověka signalizuje nějakou chorobnou změnu, kterou je nutné rozpoznat a vhodným způsobem léčit. Neléčená porucha chování ohrožuje zdravotní stav pacienta, vede k jeho izolaci a odmítání okolím a zhoršuje kvalitu života nemocného. Má také nepříznivý vliv na rodinu pacienta a vyčerpává všechny, kteří o nemocného dlouhodobě pečují.

Pacient trpící poruchami chování ve staří je často neklidný, neposedný, roztržitý, je hašteřivý, on i jeho okolí trpí neustálými bezdůvodnými stížnostmi a stereotypně se opakujícími stesky. Mívá časté poruchy spánku, převrácený cirkadiální systém (den/noc), v noci bloudí, často je negativistický.

Poruchu chování obvykle popisujeme nejnápadnějšími projevy a příznaky. Podle nich můžeme rozlišit:

agresivní chování - pacient ohrožuje nebo napadá fyzicky druhé osoby (bití, strkání), vyhrožuje jim, nadává a jinak je slovně napadá nebo agresí obrací proti sobě.

neklidné chování - pacient je úzkostný, vystrašený nebo dezorientovaný nepoznává známá místa ani osoby, je fyzicky neklidný, utíká, přechází nebo bloudí po pokoji či chodbě, vykonává zdánlivě neúčelné pohyby nebo činnosti.

specifické psychiatrické příznaky - u pacienta se vyskytují deprese (smutek, plačtivost, ztráta radosti, pocit bezcennosti, pocit viny, myšlenky na sebevraždu), poruchy spánkového rytmu (opakované probouzení se a aktivita v noci, pospávání přes den), úzkost a strach, halucinace a bludy.

- halucinace - falešný vjem něčeho, co neexistuje (pacient vidí a slyší neexistující hlasy, osoby nebo předměty). V některých případech pacient rozpozná, že nejde o skutečnost, to nazýváme tzv. pseudohalucinací. U většiny psychiatrických onemocnění je však pacient o jejich skutečné existenci nezvratně přesvědčen a může se jimi i řídit.

- bludy - porucha myšlení, jejímž základem je chorobný a falešný výchozí předpoklad, o němž je však člověk nezvratně přesvědčen. Z něho pak vyvozuje (již logicky) další závěry, které mohou výrazně ovlivňovat jeho chování a jednání. Pacient je přesvědčen že je okrádán, sledován, je mu ubližováno nebo je např. přesvědčen o své velikosti a moci, o své genialitě a geniálních vynálezech apod.

společensky nevhodné chování - se týká mnoha různých oblastí. Například pacient jí nevhodné předměty, shromažďuje nevyužité potraviny, schovává nebo ničí věci, vykonává potřebu na nevhodném místě, manipuluje s výkaly, odhaluje se a nevhodně se sexuálně chová na veřejnosti, odmítá péči rodiny, odmítá dodržovat hygienu.

Je důležité vědět, že poruchy chování jsou většinou dobře ovlivnitelné, zejména v těch případech, kdy je stav včas rozpoznán a odpovídajícím způsobem léčen či jinak napravován. U většiny nemocných s poruchami chování se, při pečlivém pozorování doplněném podle potřeby dalším vyšetřením a testováním, podaří vysledovat příčinu tohoto jevu nebo onemocnění, které poruchu chování vyvolává.

Nejčastěji jsou to:

psychiatrická onemocnění - zde je porucha chování součástí obvyklého obrazu psychiatrické choroby. Tak například u pacientů s depresí nacházíme smutek, beznaděj, pocity viny, myšlenky na sebevraždu a poruchy spánku. U nemocných se schizofrenií se objevují bludy, halucinace a poruchy myšlení. U zneužívání návykových látek zejména alkoholu a léků se poruchy chování objevují jako součást abstinčních příznaků. U takovýchto pacientů se objevuje celkově snížené psychomotorické tempo.

demence - ta se projevuje poruchami paměti, učení, myšlení a řeči, plánování činností, neschopností pracovat a starat se o sebe, rozpadem osobnosti a poruchami chování. Typická je u takto postižených pacientů dezorientace, stav zmatenosti spojený s neklidem nebo apatií, agresivita, bloudění a poruchy spánku.

neurologická onemocnění - zde se typicky poruchy chování objevují po mozkových příhodách (mozková mrtvice), po úrazech hlavy, u epileptiků, může jít i o postižení mozku vlivem nádoru nebo infekce.

reakce na nepříjemné tělesné pocity - jako jsou chronická zácpa, bolest, zažívací nebo močové potíže nebo reakce na nepříjemné duševní zážitky a změny v prostředí (ovdovění, umístění v léčebně, neshody se členy rodiny, spolubydlícími nebo s ošetřovateli, nedostatek podnětů a činnosti).

Poruchy chování lze samozřejmě do jisté míry korigovat a léčit. Možnost ovlivnění poruch chování:

denní režim - režim je třeba přizpůsobit potřebám pacienta, pakliže je to možné, a zachovávat jeho pravidelnost. Pravidelný denní režim pak vytváří určité časové orientační body a tím přispívá k určitému uklidnění pacienta. V průběhu dne pacienta zaměstnáváme přiměřenou aktivitou či jednoduchou prací a vytváříme pro něj takový program, který by mu poskytoval dostatek podnětů.

přístup k pacientovi - v kontaktu s takovým pacientem musíme být vlídní, laskaví a trpěliví. Pacienta se zřetelnou zmateností a dezorientací opakovaně informujeme o situaci, čase a místě, kde se nachází. Osvědčili se mi rozhovory o počasí a aktuální roční době a vyprávění o tradičních svátcích. Pomoci mohou rodinná alba či fotografie příbuzných, kde jsou zachyceny různé události z pacientova života.

U pacientů, u nichž změna přístupu a denního režimu nevedla k uspokojivému zlepšení situace, je nezbytné doplnit léčbu podáváním léků, které působí na psychické příznaky. Tuto skupinu léků nazýváme psychofarmaka. Podle převažujících příznaků používáme jednotlivé skupiny psychofarmak: antidepresiva u nemocných s projevy deprese, neuroleptika u poruch chování u demence a schizofrenie a hypnotika u pacientů s poruchami spánku. U většiny pacientů se stav léčbou zlepšuje, umožňuje větší nezávislost pacienta, usnadňuje jeho pobyt ve společnosti a snižuje náročnost ošetřování. Úplného vymizení poruch chování se dosahuje asi u 60 % léčených pacientů. Bohužel všechna psychofarmaka mohou mít nežádoucí účinky a ty se ve vyšším věku ještě násobí, takže se často vyskytuje jako vedlejší účinek útlum nebo ospalost, únava, poruchy zažívání atd. viz kapitola 8.

8. Farmaceutika a jejich vliv na kognitivní schopnosti

Farmakoterapie má významnou úlohu v léčbě psychiatrických onemocnění osob hospitalizovaných na odděleních LDN. Jde však o záležitost značně komplikovanou a změny, které probíhají během stárnutí organismu, mohou způsobit nárůst nežádoucích účinků, jakými jsou např. zhoršení kognitivních funkcí či poruchy spánku. Významným nežádoucím účinkem tohoto druhu léčby pacientů z LDN jsou poruchy rovnováhy, které mohou ústít v pády s vážnými následky např. zlomeniny krčku.

Léčbu psychofarmaky komplikuje i výskyt komorbidit tj. současný výskyt více nemocí a tzv. polypragmazie. Toto je velmi závažný problém, kdy zvláště nově přichodzí pacienti užívají množství medikamentů, které se svými účinky nejen překrývají, ale díky často protichůdným či přímo neslučitelným účinkům mohou vést u takového člověka ke zhoršení stavu v lepším případě či v horším případě způsobit smrt.

Pro psychopeda, který se stává členem ošetrovatelského týmu daného oddělení je velice důležitá znalost alespoň základních a nejvíce užívaných preparátů, které mohou mít vliv na jeho práci. Mnohá psychofarmaka mají vliv, ať už pozitivní či negativní, právě na kognitivní funkce a u pacientů postižených demencí zvláště. Je proto nutná znalost jednotlivých preparátů a jejich možných účinků, abych na základě možné změny medikace, mohl sám upravit či přepracovat terapii, kterou spolu s pacientem provádíme.

Při léčbě demencí se snažíme ovlivnit zejména kognitivní funkce, emoční reaktivitu, jednání a chování, osobnost pacienta, jinými slovy kvalitu života nemocného. U níže uvedeného výčtu nejčastěji používaných léků při léčbě osob s různými typy demencí, uvádím pouze základní informace, které jako „nelékaři“ snadno pochopíme a mohou nám být užitečné.

Léky jsem rozdělil na psychofarmaka, analgetika a nesteroidní antirevmatika.

- Psychofarmaka -

Kognitiva - skupina látek příznivě ovlivňujících kognitivní funkce, zejména posílením transmise v mozku. Užívají se při léčbě demence.

- galantamin (Reminyl): se používá k léčbě mírné až střední demence Alzheimerova typu. Tento lék pozitivně působí na kognitivní funkce. Nemá závažnější vedlejší účinky.
- donepezil (Aricept): je vhodný pro nemocné, u kterých byla rozpoznána lehká až středně těžká forma demence Alzheimerova typu. Tento lék ulehčuje myšlení a

zlepšuje paměťovou stopu. V průběhu užívání Ariceptu se může objevit únava, závratě, bolesti hlavy, obtížné usínání. Tyto příznaky se vyskytují obvykle jen občasně a mají krátké trvání.

Anxiolytika - užívají se při snaze ovlivnit úzkost.

- alprazolam (Neuro); bromazepam (Lexaurin): užívá při léčbě stavů úzkosti a napětí s depresemi nebo bez nich. Lze jej použít i pro léčbu panických úzkostných záchvatů. Nežádoucí účinky se obvykle projevují na začátku léčby, po delším podávání nebo při snížení dávky obvykle mizí. Vyskytuje se mírná ospalost, neostré vidění, poruchy paměti, poruchy schopnosti soustředění, zmatenost, poruchy koordinace pohybů, únava, poruchy řeči, svalová ochablost.

Antidepresiva - ovlivňují patologicky pokleslou náladu - depresi, některá i úzkost, popřípadě poruchy spánku. Deprese se u pacientů trpících různými typy demencí vyskytuje až několikanásobně častěji, než u zdravého obyvatelstva. Jedná se o velice závažnou nemoc, jejíž přítomnost výrazně komplikuje nejen diagnostiku demence, ale i její léčbu. Její výskyt se u pacientů s demencí odhaduje na 30-50 %. (Pidrman, V. 2005)

- citalopram (Citalec): je určen k léčbě depresivních, panických a obsedantně kompulzivních poruch. Citalopram je obvykle dobře snášen a nežádoucí účinky jsou mírné a vyskytují se pouze přechodně.
- fluoxetin (Deprex): používá se k léčbě depresí a depresivních stavů. Přípravek může být také užíván při poruše příjmu potravy a při obsedantně-kompulzivní poruše. Vedlejšími účinky jsou bolesti hlavy, únava, ospalost, nechutenství, snížená koordinace pohybů a občasný neklid.

Antipsychotika - skupina léků užívaných k léčbě psychóz.

- tiaprid (Tiapridal): je léčivo, které působí na psychické funkce a příznivě ovlivňuje mimovolní a abnormální pohyby nemocného. Tiapridal se užívá k odstranění psychicky vyvolaných nenormálních pohybů ve stáří. Příznivě ovlivňuje mimovolní pohyby úst, kroutivé pohyby rukou a některé formy třesu rukou. Je možno jej také užívat u jiných forem nenormálních pohybů (Huntingtonova chorea). Může docházet ke změnám krevního tlaku při změně polohy těla, které se projevují zejména závratěmi a zhoršeným viděním.

- risperidon (Risperidal): je antipsychotikum patřící do nové skupiny antipsychotik. Ve srovnání s klasickými neuroleptiky způsobuje nižší útlum psychomotorické aktivity. Je obvykle dobře snášen a je mnohdy obtížné odlišit nežádoucí účinky od projevů vlastního onemocnění.
- haloperidol (Haloperidol): se užívá při stavech provázených neklidem, útočností, těžkou úzkostí, při bludech, halucinacích a duševních poruchách. Po dlouhodobém užívání se může objevit snížení pohyblivosti, svalová ztuhlost a třes.

Hypnotika - léky používané při poruchách spánku a spánkového rytmu.

- zolpidem (Hypnogen): zkracuje dobu nástupu spánku, snižuje počet probouzení, prodlužuje celkovou délku spánku a zlepšuje tím jeho kvalitu. U citlivějších pacientů a zejména u starších pacientů, což je příklad LDN, se mohou objevit zmatenost a zřídka i halucinace.

- Analgetika -

- petidin (Dolsin); morphin (Morphin): používají se k ovlivnění silných bolestí a to i u onkologických pacientů a pacientů v terminálním stádiu nevléčitelných nemocí. Vedlejšími příznaky jsou ospalost a zmatenost.

- Nesteroidní antirevmatika -

- Ataralgin, Alnagon: tyto přípravky se užívají při bolesti mírné a střední intenzity. Dále se používají u poruch pohybového aparátu, jsou obvykle dobře snášeny.

Názvy preparátů jsou obchodními značkami a proto se mohou v průběhu doby měnit či nahrazovat novými. Jedná se tedy o údaje z období vzniku této práce.

9. Kazuistiky vybraných pacientů

Kazuistiky jsou jednou z velmi dobrých forem seznámení se s prostředím Léčebny dlouhodobě nemocných. Dovolují nám nahlédnout do struktury zde hospitalizovaných pacientů a uvádějí představu o možné práci s nimi. Kazuistiky nám ukazují stručnou historii pacientova života a seznamují nás s jeho etapami, které mohly mít nebo měly vliv na jeho nynější somatický a psychický stav. Porovnáváním jednotlivých kazuistik můžeme najít mnohé shodné body, které jsou charakteristické pro zde hospitalizované

pacienty a které nám zároveň nastíní možná rizika a problémy při práci s těmito pacienty. Uvedené kazuistiky také ilustrují, jak rozdílně pacienti přistupují ke své nemoci a zda si dokáží uvědomit své stávající potíže. Můžeme zde vyzorovat i rozdílné přístupy osob blízkých pacientovi a jejich vliv na pacientův stav.

Výběr následujících osmi pacientů nebyl náhodný. Jedná se o osoby, které mají jistější prognózu delšího života a na kterých lze ukázat množství možných terapeutických aktivit. Tento vzorek odpovídá klasickému složení pacientů těchto léčeben a ukazuje rozmanitost anamnéz i věkové zastoupení. Jak bylo ve druhé kapitole uvedeno, je věkový průměr pacientů okolo 80ti let, ale nachází se zde i pacienti mnohem mladší, jsou sice spíše výjimkou, ale přesto jsem je ve svých kazuistikách také uvedl.

Kazuistiky obsahují somatické, psychické a sociální charakteristiky jednotlivých pacientů, jsou doplněny o záznamový formulář, který slouží pro rychlý přehled pacientových schopností a dovedností. Jedná se o upravenou formu ADL testu. Dále je součástí i farmakologická položka, která nám může dát mnohé odpovědi na otázky týkající se změn kvality a síly jednotlivých kognitivních schopností apod. Do položky základní diagnóza viz. níže, se píše hlavní důvod přijetí do LDN.

Informace pro vytvoření kazuistik získáváme jak z vlastní činnosti, kterou s pacientem vykonáváme, tak sběrem dat. K tomu nám slouží následující prameny:

- chorobopis pacienta - a to jak aktuální, tak archivní. Archivní chorobopis je možno využít v případě předchozí hospitalizace pacienta v této léčebně nebo chorobopis „jdoucí“ s pacientem z jiného zařízení.
- vstupní vyšetření - základní vyšetření pacienta v okamžiku příjmu na oddělení
- dekurs - což je denní lékařský záznam o průběhu léčebných procesů
- ošetřovatelský program - záznam o pacientovi pořizovaný zdravotními sestrami z oddělení
- sociální karty - záznamy od sociální pracovníce daného oddělení
- preskripční karty - záznamy o lékové terapii pacienta

9.1 Kazuistika 1 Jiří T.

49-letý muž

základní diagnóza - roztroušená mozkomíšní sklerosa (RS)

ostatní diagnózy - spastická kvadruparéza s levostrannou převahou

- inkontinence

- demence

OA: pacient měl běžné dětské choroby a přibližně do dvacátého roku života je anamnéza bezvýznamná. V době výkonu povinné vojenské služby byl vyšetřen neurologem pro slabost LDK a byla vyslovena diagnóza roztroušené sklerosy (RS). Od té doby dochází k postupnému zhoršování pacientova stavu. Od čtyřicátého roku věku začínají pacientovi problémy s udržením moči a postupně dochází k úplné inkontinenci moči. Nebyl zjištěn žádný abusus návykových látek. První příznaky demence byly u pacienta zaznamenány okolo 46 roku života, od té doby dochází k mírné progresy.

RA: pacient je rozvedený, bezdětný. Matka nedávno zemřela a otec stále žije, má ischemickou chorobu srdeční. Má o dva roky mladší sestru. Dle rozhovoru se sestrou pacienta nebyla v rodině žádná psychiatrická ani genetická zátěž.

SPA: pacient absolvoval gymnázium a 9 semestrů ČVUT strojní. Pracoval vždy jako odborný technik, naposledy pro Dopravní podniky. Ve 40ti letech mu byl přiznán plný invalidní důchod a ještě jeden rok pracoval jako obchodní zástupce, poté pro inkontinenci není práce schopný.

Pacient žil s otcem a matkou společně v bytě 3+1, kde se o něj starali oba rodiče a docházející sestra. Po úmrtí matky již otec nezvládal péči o syna a tak byl z důvodu úplné ztráty soběstačnosti a potřebné celodenní péče umístěn do LDN a byl podán návrh na umístění do domu s pečovatelskou službou. Vzhledem k progresi demence byl pacient zbaven způsobilosti k právním úkonům. Za pacientem do zařízení dochází pravidelně sestra a otec v závislosti na momentálním zdravotním stavu. V LDN je hospitalizován již přes rok a půl.

Somatická anamnéza: pacient trpí těžkým postižením motoriky všech končetin, zejména levostranných a je aktuálně imobilní. Podstatné zlepšení motorických schopností není pravděpodobné. Pacient je kachektický - celkově tělesně sešlý, inkontinentní s nutností používat plenkové kalhotky. Zrak i sluch má v pořádku.

Psychický stav: pacient je orientován dobře osobou, ale ne časem a místem, což je důsledek přítomnosti demence. Odpovědi na otázky jsou přiměřené, ale velmi

pomalou se vyjadřuje. Paměť pacienta je narušena, má problémy s vybavováním. Jinak je při komunikaci klidný a euforický. Má částečný náhled svého stavu, v citové oblasti je stabilní, nebývá plačtivý, bez známek deprese. Dříve byla u pacienta patrná mimovolná mimika v oblasti kolem úst, ale po nasazení léků (Tiapridal), tento problém vymizel. Pacient se cítí celkově dobře a na nic si nestěžuje. V duchovní oblasti uvádí, že je nevěřící. Dle testu MMSE byl zjištěn výsledek 20 bodů, což odpovídá stavu lehčí formy demence.

Ošetrovatelská a rehabilitační péče: po stránce motorické je velmi důležitá aktivní terapie s pacientem a to jak na lůžku, tak mimo něj. Na naše oddělení dochází erudovaná fyzioterapeutka, která provádí pravidelnou rehabilitaci na lůžku. Pacient je dvakrát denně vysazován do křesla a to na dobu minimálně jedné hodiny, jestliže se cítí dobře a chce, tak se tato doba samozřejmě prodlužuje. Nácvik rehabilitace chůze, je možný pouze ve vysokém chodítku, kde má pacient oporu v podpaždí. Vzhledem k částečné hybnosti pacienta není nutné polohování, jako nástroj pro prevenci vzniku dekubitů. Pacient také občas vyjíždí na vozíku v doprovodu své sestry na projížďky po areálu. I při časté a aktivní rehabilitaci nedochází k výraznému zlepšení motorických funkcí pacienta. Pacient se zálibou čte časopisy a denní tisk. Knihy nečte, protože v důsledku horší krátkodobé paměti, nedokáže udržet dějovou linii. Velmi rád se baví o studiu na vysoké škole a zajímá se o strojírenskou techniku. Donášku denního tisku zajišťuje personál oddělení. Rádio poslouchá téměř celý den, ale nevnímá ho, má ho spíše jako kulisu. V televizi sleduje zpravodajství a sportovní přenosy. Paměť je posilována pravidelnou četbou, řízenými rozhovory s pacientem a podáváním farmaceutik, která mají na její funkci vliv. Avšak i tak je za poslední rok zjištěn pokles výkonnosti v testu MMSE o dva body na nynějších 20. I toto snížení je však úspěchem, neboť neléčená a nerehabilitovaná paměťová složka, má úbytek rychlejší. V současné době je tedy hlavním cílem u tohoto pacienta, vzhledem k progresi RS, udržet motorické tempo alespoň na stávající úrovni, kdy je pacient schopen chůze ve vysokém chodítku a dlouhodobého sezení v polohovacím křesle. Nácvik a posilování kognitivních funkcí je velmi závislé na intenzitě terapie a proto se této složce věnuje velká pozornost a časová dotace. Za pacientem dochází psycholog a speciální pedagog, který složky kognitivních funkcí posiluje. Pacient je léčen kognitivou, jejichž účinkem je zpomalení progresu demence. Důležité je udržování vzhledu pacienta, což přispívá k jeho dobré náladě a snižuje možnost vzniku depresí, které demence často provázejí.

Záznamový formulář pro diagnostiku - Jiří T.

Osobní hygiena

je pacient plně kontinentní	ano	ne	
má zaveden permanentní katetr	ano	ne	
pacient využívá plenkové kalhotky	ano	ne	jen na noc
využívá společné prostory WC	ano	ne	
využívá přenosné WC u postele	ano	ne	jen v noci
vykoupe se ve vaně	ano	ne	s dopomocí
vykoupe se ve sprchovém koutu	ano	ne	s dopomocí
pacient je koupán personálem	ano	ne	
provádí se koupel na lůžku	ano	ne	

Hrubá motorika

samostatně chodící	ano	ne	s dopomocí
chůze po schodech	ano	ne	s dopomocí
přesun lůžko ←→ židle	ano	ne	s dopomocí
posadí se na lůžku	ano	ne	s dopomocí
hybnost dolních končetin	úplná	částečná	žádná
hybnost horních končetin	úplná	částečná	žádná
chodící pomůcky	hůlka	franc.hole	chodítko
invalidní vozík	ano	elektrický	manuální

Jemná motorika a příjem potravin

pacient jí příborem	ano	ne	s dopomocí
pacient pije sám	z hrnku	z láhve	napájen
rozbalí zabalenou sušenku	ano	ne	s dopomocí
uchopí tužku ze stolu	ano	ne	s dopomocí
dokáže listovat knihou	ano	ne	s dopomocí
otevře šuplík stolku u svého lůžka	ano	ne	s dopomocí
přivolá zvonkem personál	ano	ne	
dokáže čitelně napsat vzkaz	ano	ne	s dopomocí

Zraková a sluchová percepce

čte si	ano	ne	
dokáže přečíst větší tiskací písmo	ano	ne	
rozlišuje 2D a 3D objekty	ano	ne	s dopomocí
sleduje televizi	ano	ne	
rozlišuje dobře barvy	ano	ne	
reaguje na oslovení svým jménem	ano	ne	
slyší tichou řeč	ano	ne	
slyší dobře na obě uši	ano	levé	pravé
poslouchá rádio	ano	ne	

Socializace

má pacient nějaké příbuzné	ano	ne	neví
má zde nějaké přátele	ano	ne	neví
dokáže o sobě hovořit	ano	ne	
má zde časté návštěvy příbuzných/přátel	ano	ne	neví
zapojuje se aktivně do terapie	ano	ne	
zajímá se o dění doma i ve světě	ano	ne	
dochází/dojíždí do společenské místnosti	ano	ne	
chodí/jezdí na vycházky po areálu	ano	ne	

Životní spokojenost

jste spokojený se svým životem	ano	ne	neví
máte pocit, že Váš život je prázdný	ano	ne	neví
nudíte se často	ano	ne	neví
máte většinou dobrou náladu	ano	ne	neví
cítíte se převážně šťastný	ano	ne	neví
cítíte se často bezmocný	ano	ne	neví
myslíte, že máte potíže s pamětí	ano	ne	neví
máte pocit, že je Vaše situace beznadějná	ano	ne	neví
myslíte si, že je krásné žít	ano	ne	neví
líbí se Vám v tomto pokoji	ano	ne	neví
máte nějaké koníčky a zájmy	ano	ne	neví

9.2 Kazuistika 2 Marie Č.

93-letá žena

základní diagnóza - rehabilitace po fraktuře krčku LDK

ostatní diagnózy - Parkinsonova nemoc

- smíšená demence

- polyartróza

OA: osobní anamnéza pacienta je celkem bezvýznamná. Pacientka neuvádí větší zdravotní problémy ani komplikace přibližně do 70 roku věku. Poté začala pociťovat zvýšenou únavnost a problémy s klouby. Příznaky Parkinsonovy nemoci byly diagnostikovány přibližně kolem 80 roku a krátce poté jí prý začaly problémy s pamětí. Pacientka má také delší dobu problémy s inkontinencí moče. Nikdy nekouřila a alkohol pila pouze příležitostně.

RA: pacientka je ovdovělá, má jednu dceru. Manžel zemřel před deseti lety. Pacientka udává, že v rodině nikdy nebyla dlouhověkost, matka i otec zemřeli kolem 60 roku věku. Stejný věk úmrtí udávala i u svých prarodičů. Nevzpomíná si na genetickou či psychickou zátěž v rodině.

SPA: pacientka se vyučila dámskou krejčovou a toto povolání vykonávala přibližně dvacet let. Poté nastoupila jako knihovnice, kde působila po zbytek svého profesního života. Na tuto práci velmi ráda vzpomíná a vykonávala ji i po nástupu do starobního důchodu, kdy se věnovala především literatuře pro mládež a děti.

Pacientka žila společně s manželem ve starším domku, kde se topilo uhlím. Po úmrtí manžela se o dům starala sama s přispěním své dcery a vnuka. Dcera však začala mít pohybové potíže a stav domku se tak začal zhoršovat. Jelikož byl kotel, kterým se dům vytápěl, ve sklepě, nebyla pacientka vzhledem ke svému zdravotnímu stavu schopna jeho obsluhy a při pokusu o sestoupení do sklepa upadla a utrpěla komplikovanou zlomeninu. Byla hospitalizována v nemocnici a po operaci převezena na rehabilitaci na naší LDN. Vzhledem k pokročilému věku pacientky a zdravotnímu stavu se již nepředpokládá návrat domu a tak byla podána žádost na umístění do domova důchodců. Za pacientkou dochází dcera i vnuk skoro každý den. V LDN je hospitalizována čtyři měsíce.

Somatická anamnéza: pacientka má sníženou mobilitu v důsledku hojené zlomeniny krčku a polyartrózy. Při zvýšené námaze se rychle zadýchává a má zvýšenou únavnost. Hůře slyší, ale zrak má v pořádku. Kvůli inkontinenci nosí pacientka celodenně plenkové kalhotky. Trpí mírnou nadváhou. Občasný třes rukou.

Psychický stav: vědomí pacientky je jasné. Pacientka se špatně orientuje na oddělení, ale časem a osobou je orientována dobře. Paní Marie je velmi povídatavá a ráda konverzuje na jakékoli téma. Má však problémy s udržením pozornosti a krátkodobou pamětí. Její „staropaměť“ je velmi detailní. Pacientka je citově stabilní, občas ale trpí steskem po domově. Nelíbí se jí tady. Náhled na vlastní zdravotní stav má celkem dobrý, je pyšná na svůj vysoký věk. Byla jí diagnostikována mírná forma demence, podle testu MMSE dosáhla výsledku 19 bodů.

Ošetrovatelská a rehabilitační péče: hlavní složkou rehabilitace je snaha o obnovení mobility pacientky. Pacientka k nám byla přijata jako ležící a tak se začínalo s rehabilitací na lůžku s doplněním antidekubitárního programu. Motivace k nápravě byla velmi vysoká a tak je pacientka v dnešní době již schopna zhruba dvaceti minutové chůze ve zvýšeném chodítku za asistence rehabilitační pracovnice. Pacientka dochází do společenské místnosti, kde se aktivně zapojuje do terapie. Ta probíhá formou ergoterapie, společným čtením apod. Pacientka velmi ráda a pěkně vypráví o své práci knihovnice a je mezi ostatními pacienty oblíbená. Paměť je posilována pravidelnou četbou a luštěním jednoduchých křížovek. Pacientce jsou podávány medikamenty na snížení třesu rukou v důsledku Parkinsonovy choroby, to však vyvolává zvýšenou únavu. Hlavním terapeutickým cílem je dosáhnou samostatné chůze bez asistence druhé osoby. Vzhledem k pokrokům, které pacientka činí, je pravděpodobné, že bude schopna samostatné chůze s hůlkou. Dalším úkolem personálu je udržet pacientku mentálně svěží tak, aby byl její přechod do domova důchodců co nejméně komplikovaný. Pacientka je římskokatolického vyznání a tak za ní jednou týdně dochází farář. S pacientkou se jezdí na pravidelné vycházky po areálu léčebny. Časté návštěvy dcery a vnuka mají velmi příznivý vliv na celkový stav pacientky a velmi zvyšují její rehabilitační motivaci. Dcera přinesla matce rozsáhlé fotoalbum, které si pacientka každý den prohlíží a popisuje jednotlivá období, která jsou na fotkách zachycena. Na případu paní Marie Č. je více než patrný pozitivní vliv na psychický stav pacienta v případě dobře fungujícího rodinného zázemí. Tyto rodinné podněty může terapeut využít ve svůj prospěch a motivovat jimi pacienta k další činnosti a otevřenější spolupráci. V tomto konkrétním případě se do širší terapie, která měla za úkol zlepšit paměťové stopy, zapojila i dcera s vnukem. Praktické procvičování kognitivních funkcí tak může probíhat i po opuštění z našeho zařízení a tím udržet kognitivní funkce na současné úrovni.

Záznamový formulář pro diagnostiku - Marie Č.

Osobní hygiena

je pacient plně kontinentní	ano	ne	
má zaveden permanentní katetr	ano	ne	
pacient využívá plenkové kalhotky	ano	ne	jen na noc
využívá společné prostory WC	ano	ne	
využívá přenosné WC u postele	ano	ne	jen v noci
vykoupe se ve vaně	ano	ne	s dopomocí
vykoupe se ve sprchovém koutu	ano	ne	s dopomocí
pacient je koupán personálem	ano	ne	
provádí se koupel na lůžku	ano	ne	

Hrubá motorika

samostatně chodící	ano	ne	s dopomocí
chůze po schodech	ano	ne	s dopomocí
přesun lůžko ← → židle	ano	ne	s dopomocí
posadí se na lůžku	ano	ne	s dopomocí
hybnost dolních končetin	úplná	částečná	žádná
hybnost horních končetin	úplná	částečná	žádná
chodící pomůcky	hůlka	franc.hole	chodítko
invalidní vozík	ano	elektrický	manuální

Jemná motorika a příjem potravin

pacient jí příborem	ano	ne	s dopomocí
pacient pije sám	z hrnku	z láhve	napájen
rozbalí zabalenou sušenku	ano	ne	s dopomocí
uchopí tužku ze stolu	ano	ne	s dopomocí
dokáže listovat knihou	ano	ne	s dopomocí
otevře šuplík stolku u svého lůžka	ano	ne	s dopomocí
přivolá zvonkem personál	ano	ne	
dokáže čitelně napsat vzkaz	ano	ne	s dopomocí

Zraková a sluchová percepce

čte si	ano	ne	
dokáže přečíst větší tiskací písmo	ano	ne	
rozlišuje 2D a 3D objekty	ano	ne	s dopomocí
sleduje televizi	ano	ne	
rozlišuje dobře barvy	ano	ne	
reaguje na oslovení svým jménem	ano	ne	
slyší tichou řeč	ano	ne	
slyší dobře na obě uši	ano	levé	pravé
poslouchá rádio	ano	ne	

Socializace

má pacient nějaké příbuzné	ano	ne	neví
má zde nějaké přátele	ano	ne	neví
dokáže o sobě hovořit	ano	ne	
má zde časté návštěvy příbuzných/přátel	ano	ne	neví
zapojuje se aktivně do terapie	ano	ne	
zajímá se o dění doma i ve světě	ano	ne	
dochází/dojíždí do společenské místnosti	ano	ne	
chodí/jezdí na vycházky po areálu	ano	ne	

Životní spokojenost

jste spokojený se svým životem	ano	ne	neví
máte pocit, že Váš život je prázdný	ano	ne	neví
nudíte se často	ano	ne	neví
máte většinou dobrou náladu	ano	ne	neví
cítíte se převážně šťastný	ano	ne	neví
cítíte se často bezmocný	ano	ne	neví
myslíte, že máte potíže s pamětí	ano	ne	neví
máte pocit, že je Vaše situace beznadějná	ano	ne	neví
myslíte si, že je krásné žít	ano	ne	neví
líbí se Vám v tomto pokoji	ano	ne	neví
máte nějaké koníčky a zájmy	ano	ne	neví

9.3 Kazuistika 3 Václav B.

84-letý muž

základní diagnóza - centrální mozková příhoda (dále CMP)

ostatní diagnózy - ischemická choroba srdeční (dále ICHS)

- smíšená demence (Alzheimerova + vaskulární demence)
- inkontinence
- sekundární parkinsonův syndrom

OA: dětství pacienta je z anamnestického hlediska bezvýznamné. Zhoršování paměti a dalších kognitivních funkcí se začalo projevovat přibližně před pěti lety. Poté se začala zhoršovat jeho nálada a začal být podezřívavý a slovně agresivní. Pacient prodělal ve svých 76 letech operaci tříselné kýly, po tomto zákroku se začaly objevovat první problémy s únikem moči. Plná inkontinence propukla přibližně před třemi roky. Po nedávné CMP se jeho stav radikálně zhoršil a od té doby je hospitalizován. Pacient je nekuřák a abstinent.

RA: pacient je ženatý, má syna a dceru. V rodině se vyskytla pozitivní psychiatrická anamnéza, jeho otec zemřel v psychiatrické léčebně. Diagnózu neznali. Matka zemřela ve vysokém věku, prý na infarkt myokardu.

SPA: pacient absolvoval gymnázium a poté vystudoval Filozofickou fakultu Univerzity Karlovy. Přednášel na vysoké škole a poté pracoval jako vědecký pracovník ve Výzkumném ústavu pedagogickém v Praze. Dosáhl akademického titulu PhDr. CSc. Odešel do starobního důchodu a ještě několik let aktivně působil jako přednášející na univerzitě a externě pracoval pro Výzkumný ústav.

Pacient žil s manželkou ve vlastním bytě o dispozici 4+1. Pan Václav byl v rodině dominantní a manželka se mu celý život přizpůsobovala. Odmítá přiznat diagnózu manžela a problémy přičítá vysokému věku. Pacient manželku s postupující demencí čím dál více slovně napadal a přestal poznávat své blízké. Byl velmi podezřívavý a téměř nevycházel z domova. Jednou, když šla manželka na nákup, našla po návratu manžela ležet v obývacím pokoji na zemi. Jednalo se o mozkovou příhodu a pacient byl převezen do nemocnice, odkud následně na rehabilitaci do naší léčebny. S diagnostikou demence nám pomohl svým svědectvím jeho syn, který na jeho stav, narozdíl od manželky, nahlížel objektivně. Pacient společně s manželkou podali návrh na umístění do domova s pečovatelskou službou, kde by oba mohli žít spolu. V současnosti je pacient v LDN pět měsíců.

Somatická anamnéza: pacient Václav B. má výrazné pohybové potíže. Problémy s vyprazdňováním stolice, dostává rektální čípky. Je plně inkontinentní, plenkové kalhotky nosí celodenně. Pacient velmi dobře slyší, používá brýle.

Psychický stav: pacient je dezorientován se značnými problémy s krátkodobou pamětí. Není schopen dlouhodobě udržet pozornost, „stále ho něco vyrušuje“. Dle zprávy z předchozí hospitalizace byly přítomny noční stavy zmatenosti doprovázené halucinacemi. Pacient je úzkostný, neklidný a nedůvěřivý. Nemá vůbec představu o náhledu vlastní nemoci (anozognozie). Dle testu MMSE byla stanovena středně těžká forma demence s výsledkem 16 bodů. Pan Václav je ateista.

Ošetrovatelská a rehabilitační péče: po strážce motorické nastal u pacienta výrazný posun v motorických funkcích. Pan Václav B. k nám byl přivezen jako ležící pacient a pravidelnou rehabilitací, zpočátku na lůžku, později mimo lůžko, došlo k obnovení schopnosti chůze. Pacient je zatím schopen chůze s pomocí chodítka za dozoru rehabilitační sestry, ale budoucí zlepšování schopnosti samostatné chůze je patrné. Léčba jeho demence je však komplikovanější. Když k nám byl pacient převezen, neznal ani své jméno, odmítal odpovídat na otázky a test MMSE nešlo provést. Pacient s námi komunikoval jen za přítomnosti manželky a proto bylo nutné nejprve seznámit manželku se skutečným stavem pacienta, aby se změnil její náhled na manželovu chorobu. Byla nasazena léčba antipsychotiky, aby se zvýšila kvalita pacientova spánku a zároveň zamezilo jeho negativním projevům chování. Současně se nasadila farmakoterapie příznivě ovlivňující kognitivní funkce pacienta. Manželka mezi tím začala spolupracovat s personálem a to spolu s lékovou terapií začalo příznivě ovlivňovat pacientův stav. Po několika týdnech začal pacient komunikovat i s námi a začal být klidnější a díky úpravě kvality spánku i méně unavený. Test MMSE tak mohl být proveden až po delší době hospitalizace s výše uvedeným výsledkem. Při spolupráci s námi byl však nadále podezíravý a tak byla tzv. reminiscenční terapie, mající za úkol aktivaci mozku, vykonávána po dohodě prozatím manželkou. Na tomto případě je velmi zajímavé, jak se osoba, zvyklá na určité postavení a direktivní chování, staví k léčbě. V tomto případě by bez pomoci manželky pacienta nebyla léčba možná, popřípadě by byla bez většího úspěchu. V současnosti je komunikace mezi pacientem, manželkou a personálem již v pořádku a léčba probíhá úspěšně. Pacient je schopen volných i řízených rozhovorů a začíná si číst a sledovat programy v televizi. Do budoucna lze očekávat mírné zlepšení kognitivních funkcí.

Záznamový formulář pro diagnostiku - Václav B.

Osobní hygiena

je pacient plně kontinentní	ano	ne	
má zaveden permanentní katetr	ano	ne	
pacient využívá plenkové kalhotky	ano	ne	jen na noc
využívá společné prostory WC	ano	ne	
využívá přenosné WC u postele	ano	ne	jen v noci
vykoupe se ve vaně	ano	ne	s dopomocí
vykoupe se ve sprchovém koutu	ano	ne	s dopomocí
pacient je koupán personálem	ano	ne	
provádí se koupel na lůžku	ano	ne	

Hrubá motorika

samostatně chodící	ano	ne	s dopomocí
chůze po schodech	ano	ne	s dopomocí
přesun lůžko \leftrightarrow židle	ano	ne	s dopomocí
posadí se na lůžku	ano	ne	s dopomocí
hybnost dolních končetin	úplná	částečná	žádná
hybnost horních končetin	úplná	částečná	žádná
chodící pomůcky	hůlka	franc.hole	chodítko
invalidní vozík	ano	elektrický	manuální

Jemná motorika a příjem potravin

pacient jí příborem	ano	ne	s dopomocí
pacient pije sám	z hrnku	z láhve	napájen
rozbalí zabalenou sušenku	ano	ne	s dopomocí
uchopí tužku ze stolu	ano	ne	s dopomocí
dokáže listovat knihou	ano	ne	s dopomocí
otevře šuplík stolku u svého lůžka	ano	ne	s dopomocí
přivolá zvonkem personál	ano	ne	
dokáže čitelně napsat vzkaz	ano	ne	s dopomocí

Zraková a sluchová percepce

čte si	ano	ne	
dokáže přečíst větší tiskací písmo	ano	ne	
rozlišuje 2D a 3D objekty	ano	ne	s dopomocí
sleduje televizi	ano	ne	
rozlišuje dobře barvy	ano	ne	
reaguje na oslovení svým jménem	ano	ne	
slyší tichou řeč	ano	ne	
slyší dobře na obě uši	ano	levé	pravé
poslouchá rádio	ano	ne	

Socializace

má pacient nějaké příbuzné	ano	ne	neví
má zde nějaké přátele	ano	ne	neví
dokáže o sobě hovořit	ano	ne	
má zde časté návštěvy příbuzných/přátel	ano	ne	neví
zapojuje se aktivně do terapie	ano	ne	
zajímá se o dění doma i ve světě	ano	ne	
dochází/dojíždí do společenské místnosti	ano	ne	
chodí/jezdí na vycházky po areálu	ano	ne	

Životní spokojenost

jste spokojený se svým životem	ano	ne	neví
máte pocit, že Váš život je prázdný	ano	ne	neví
nudíte se často	ano	ne	neví
máte většinou dobrou náladu	ano	ne	neví
cítíte se převážně šťastný	ano	ne	neví
cítíte se často bezmocný	ano	ne	neví
myslíte, že máte potíže s pamětí	ano	ne	neví
máte pocit, že je Vaše situace beznadějná	ano	ne	neví
myslíte si, že je krásné žít	ano	ne	neví
líbí se Vám v tomto pokoji	ano	ne	neví
máte nějaké koníčky a zájmy	ano	ne	neví

9.4 Kazuistika 4 Zdeňka K.

83-letá žena

základní diagnóza - ischemická choroba srdeční, sociální nouze

ostatní diagnózy - diabetes

- osteoporosa

- polyartróza

OA: pacientka prodělala běžné dětské nemoci. V mládí se léčila se štítnou žlázou.

V roce 1982 utrpěla polytrauma (byla poražena autem). Pacientka utrpěla několik drobných zlomenin a zhmožděnin. Po propuštění z nemocnice si začala stěžovat na bolesti kloubů a páteře a začala používat k chůzi francouzské hole. Později se přidaly problémy se závratěmi. Pacientka je nekuřačka, alkohol pila pouze příležitostně.

RA: pacientka je vdova, matka dvou dětí. Starší syn zemřel před pěti lety na mozkovou příhodu, dcera žije. Manžel zemřel před osmi lety při autonehodě. Rodiče pacientky se dožili poměrně vysokého věku, otec zemřel v 76 a matka v 80. V rodině se nevyskytovala žádná psychiatrická zátěž.

SPA: pacientka vystudovala střední obchodní akademii. Za druhé světové války byla nuceně nasazena a pracovala v továrně na výrobu vojenských uniforem. Po skončení války se vrátila zpět do Prahy a pracovala jako vedoucí obchodu s textilním sortimentem. Tuto práci vykonávala víceméně celý svůj život. Po uplynutí zákonné doby nastoupila do řádného starobního důchodu. Jako důchodkyně si občas přivydělávala prodejem drobných textilií v tržnici.

Pacientka žila s manželem v bytové jednotce o výměře 3+1. Po úmrtí manžela se k matce do bytu nastěhovala její bezdětná dcera. Na Vánoce v roce 2005 vznikl v bytě požár. Pacientka při evakuaci upadla a byla převezena na oddělení ortopedie na Bulovku. Po základním zaléčení byla pacientka ze sociálních důvodů přijata do LDN v Bohnicích. Dcera slíbila, že po rekonstrukci bytu, která se odhadovala na dva měsíce, si matku vezme zpět. Po uplynutí dané doby nebyl byt stále hotov, dcera se neustále vymlouvá na nedostatek peněz a průtahy při rekonstrukci. Matku však neustále ujišťuje, že si ji domu vezme a na rekonstrukci potřebuje její důchod. Paní Zdeňka tedy stále pobývá na oddělení. Bylo doporučeno, aby byla podána žádost na DD, to však dcera i pacientka odmítla. V poslední době dcera omezila kontakt s léčebnou a matku navštěvuje pouze v době výplaty jejího důchodu. Matku však neustále ujišťuje, že si ji vezme domu a odmítá dále návrhy na žádost do DD.

Somatická anamnéza: pacientka má mírně sníženou mobilitu. K chůzi používá chodítka a francouzské hole, dokáže chodit i po schodech. Jemná motorika HK je zachována úměrně věku pacientky. Je plně kontinentní. Pacientka dobře slyší a dobře vidí, na čtení používá brýle.

Psychický stav: pacientka je dobře orientována místem, časem, osobou i situací. Nebyly u ní zjištěny závažnější poruchy paměťových stop. Vnímání a myšlení je v pořádku, je schopna konstruktivních rozhovorů. Pacientka je dosti úzkostná a plačtivá. Na oddělení se jí nelíbí a má pocit, že jí tady zbytečně držíme proti vůli její dcery. S prodlužujícím se pobytem v našem zařízení se začínají vyskytovat náznaky deprese. Tyto stavy se objevují vždy po příchodu její dcery. Několikrát pohrozila, že jestli jí už nepustíme domů, tak si šáhne na život. Tuto výhrůžku ale nikterak blíže nespecifikuje.

Ošetrovatelská a rehabilitační péče: pacientka byla po přeložení z FN Bulovka schopna samostatné chůze s pomocí nízkého chodítka. V současnosti je pacientka po stránce pohybové plně samostatná, chodí s pomocí francouzských holí a je schopna vyjít i sejít schody. Proto se rehabilitace soustředí spíše na stránku psychickou. Pacientka je vůči personálu podezřívavá a to hlavně díky negativnímu vlivu své dcery. Bylo jí doporučeno, aby se začala stravovat ve společné jídelně s ostatními chodícími pacienty. Byla také zapojena do ergoterapie, která probíhá ve společenské místnosti. Pacientka se věnuje zejména práci s textiliemi. Ve svém volném čase pacientka pravidelně čte a to zejména časopisy, s oblibou čte také historické romány. V současnosti je nutno pacientku připravit na fakt, že její návrat do domácího prostředí již není pravděpodobný, jelikož dcera i přes soběstačnost pacientky, odmítá její návrat do společné domácnosti. V součinnosti s psychologem zařízení, je nutné přesvědčit pacientku o vhodnosti podat žádost na umístění do domova důchodců. Prevencí proti nástupu depresivních stavů je co nejširší zapojení pacientky do aktivní pracovní terapie. Při silnějších návalech těchto stavů, zejména po návštěvě dcery, jsou pacientce podávány antidepresiva. Paní Zdeňka je jeden z klasických typů pacientů, kteří se na lůžkách LDN často objevují. Jedná se o odložené pacienty, kteří jsou rodině na obtíž. Zároveň je ale pro rodinu výhodné, aby byli umístěni právě na tomto oddělení LDN, protože tak příbuzní mohou disponovat jejich pravidelným důchodem. Domov důchodců je totiž na rozdíl od LDN hrazen z důchodu pacienta.

Záznamový formulář pro diagnostiku - Zdeňka K.

Osobní hygiena

je pacient plně kontinentní	ano	ne	
má zaveden permanentní katetr	ano	ne	
pacient využívá plenkové kalhotky	ano	ne	jen na noc
využívá společné prostory WC	ano	ne	
využívá přenosné WC u postele	ano	ne	jen v noci
vykoupe se ve vaně	ano	ne	s dopomocí
vykoupe se ve sprchovém koutu	ano	ne	s dopomocí
pacient je koupán personálem	ano	ne	
provádí se koupel na lůžku	ano	ne	

Hrubá motorika

samostatně chodící	ano	ne	s dopomocí
chůze po schodech	ano	ne	s dopomocí
přesun lůžko ← → židle	ano	ne	s dopomocí
posadí se na lůžku	ano	ne	s dopomocí
hybnost dolních končetin	úplná	částečná	žádná
hybnost horních končetin	úplná	částečná	žádná
chodící pomůcky	hůlka	franc.hole	chodítko
invalidní vozík	ano	elektrický	manuální

Jemná motorika a příjem potravin

pacient jí příborem	ano	ne	s dopomocí
pacient pije sám	z hrnku	z láhve	napájen
rozbalí zabalenou sušenku	ano	ne	s dopomocí
uchopí tužku ze stolu	ano	ne	s dopomocí
dokáže listovat knihou	ano	ne	s dopomocí
otevře šuplík stolku u svého lůžka	ano	ne	s dopomocí
přivolá zvonkem personál	ano	ne	
dokáže čitelně napsat vzkaz	ano	ne	s dopomocí

Zraková a sluchová percepce

čte si	ano	ne	
dokáže přečíst větší tiskací písmo	ano	ne	
rozlišuje 2D a 3D objekty	ano	ne	s dopomocí
sleduje televizi	ano	ne	
rozlišuje dobře barvy	ano	ne	
reaguje na oslovení svým jménem	ano	ne	
slyší tichou řeč	ano	ne	
slyší dobře na obě uši	ano	levé	pravé
poslouchá rádio	ano	ne	

Socializace

má pacient nějaké příbuzné	ano	ne	neví
má zde nějaké přátele	ano	ne	neví
dokáže o sobě hovořit	ano	ne	
má zde časté návštěvy příbuzných/přátel	ano	ne	neví
zapojuje se aktivně do terapie	ano	ne	
zajímá se o dění doma i ve světě	ano	ne	
dochází/dojíždí do společenské místnosti	ano	ne	
chodí/jezdí na vycházky po areálu	ano	ne	

Životní spokojenost

jste spokojený se svým životem	ano	ne	neví
máte pocit, že Váš život je prázdný	ano	ne	neví
nudíte se často	ano	ne	neví
máte většinou dobrou náladu	ano	ne	neví
cítíte se převážně šťastný	ano	ne	neví
cítíte se často bezmocný	ano	ne	neví
myslíte, že máte potíže s pamětí	ano	ne	neví
máte pocit, že je Vaše situace beznadějná	ano	ne	neví
myslíte si, že je krásné žít	ano	ne	neví
líbí se Vám v tomto pokoji	ano	ne	neví
máte nějaké koníčky a zájmy	ano	ne	neví

9.5 kazuistika 5 Arnošt S.

61-letý muž

základní diagnóza - fraktura obratle C5

ostatní diagnózy - spastická paraplegie DK

- smíšená paraparéza HK

- ischemická choroba srdeční (ICHS)

- osteoporóza

OA: pacient měl běžné dětské choroby a ani neuvádí vážnější zdravotní problémy.

V roce 1975, na dovolené v Bulharsku, skočil do vody a narazil hlavou na kamenité dno. Došlo ke zlomenině krčního obratle C5 a pacient byl převezen do místní nemocnice, kde mu byla zjištěna hematomyelie (krvácení do míchy). Po základní stabilizaci byl pacient převezen do FN Bulovka. Následkem úrazu pan Arnošt S. zcela ochrnul na dolní končetiny a částečně na horní končetiny. V roce 1985 utrpěl při rehabilitačním cvičení zlomeninu stehenní kosti. Pacient byl velmi silný kuřák, v současnosti kouří čtyři cigarety denně.

RA: pacient je rozvedený, má syna a dceru. Otec prodělal dvě centrální mozkové příhody (CMP) a zemřel ve věku 82 let na zápal plic. Matka zemřela v 68 letech na srdeční selhání. Jeho sestra žije ve Švédsku a má diagnostikovanou leukémii.

SPA: pacient vystudoval střední školu elektrotechnickou a následně ČVUT, fakultu elektrotechnickou, kde získal titul Ing. Pracoval jako systémový inženýr a věnoval se programování. Po úrazu páteře mu byl přidělen invalidní důchod.

Pacient bydlel s manželkou a dvěma dětmi v bytě o dispozici 1+1. Po úrazu byl převezen na chirurgii na Bulovku a poté do Rehabilitačního ústavu v Kladrubech u Vlašimi (dále jen Kladruby). Po několika měsíčním rehabilitačním pobytu byl pacient převezen na LDN Vysočany a poté do spádové LDN v Bohnicích. Vzhledem k bytovým podmínkám, nízkému věku dětí a nutné komplexní celodenní péči nebyl možný návrat do domácího prostředí. Ten se následně úplně znemožnil rozvodem s manželkou. Pacient jezdil z LDN na dlouhodobé pobyty do různých rehabilitačních ústavů. Pacient i krátce uvažoval o umístění do ústavu sociální péče pro tělesně postižené, ale to posléze zamítl. Prý si na LDN v Bohnicích zvykl a nechce již místo měnit. Poslední rehabilitační pobyt v Kladrubech se uskutečnil před patnácti lety a poté již pacient tyto kúry odmítal. V léčebně je tak, s výjimkou rehabilitačních pobytů, hospitalizován již třicet let. V současné době se neuvažuje o jeho umístění na jiné oddělení a pacient sám stěhování odmítá.

Somatická anamnéza: pacient utrpěl těžký úraz páteře následkem něhož trpí paraplegií DK a paraparézou HK. Hybnost horních končetin je omezena od lokte směrem k dlani, pohyb ramenem je téměř nemožný a pro pacienta velmi bolestivý. Vysazovat pacienta do vozíku lze pouze po stažení hrudníku speciálním korzetem. K vyprazdňování stolice dochází za pomoci čípků přibližně obden. Pacient nemá zaveden permanentní katetr, močí do „bažanta“. Zrak i sluch jsou v pořádku.

Psychický stav: pacient je velmi dobře orientován místem, časem, osobou i situací. Svůj zdravotní stav si plně uvědomuje a je s ním smířen. Zpočátku byly u pacienta zaznamenány pokusy o sebevraždu, poslední byl zaznamenán přibližně před patnácti lety. Pacient je velmi komunikativní se širokým spektrem zájmů. Občas se u pana Arnošta S. objevují mírné stavy úzkosti, zejména když nedorazí, jinak pravidelně docházející, dcera.

Ošetrovatelská a rehabilitační péče: pan Arnošt S. je ležícím pacientem bez možnosti chůze. Dříve byl u pacienta prováděn nácvik v sedě na lůžku a nácvik stoje na polohovacím stole. To ale pacient již delší dobu odmítá a v současnosti je u něj prováděna jen pravidelná rehabilitace na lůžku, kterou pacient sám vyžaduje. Je zvyklý být přes den každé dvě hodiny polohován a v noci se interval prodlužuje na každé tři hodiny. I díky tomuto zaběhnutému antidekubitárnímu systému nebyly u pacienta za celou dobu pobytu zaznamenány žádné proleženiny. Pacient je schopen částečné sebeobsluhy a to díky speciálně upraveným pomůckám např. upravený ovladač na TV, držák na cigaretu apod. Pacient má vlastní elektrický vozík, do něhož může být vysazován pouze po nasazení speciálního stahovacího korzetu. Na vozíku jezdí na občasné vyjížděky po areálu léčebny, ale vždy za doprovodu druhé osoby a také jezdí do společenské místnosti, kde se věnuje šachu. Dříve se věnoval kreslení uhlem pod dohledem svého přítele, akademického malíře. Po jeho úmrtí na kresbu zanevřel. V současnosti by vzhledem ke stavu motoriky nebyl kresby bez speciálních pomůcek schopen. Pacient bydlí na dvoulůžkovém pokoji, kde má vlastní plazmovou televizi a speciální hudební aparaturu. Se zájmem sleduje dění ve světě a rád debatuje o politické situaci u nás. Pravidelně čte denní tisk a za asistence druhé osoby luští křížovky a sudoku. V současnosti je tedy hlavním cílem rehabilitace udržet alespoň stávající stav pacienta a zamezit tvoření proleženin a udržovat u pacienta dobrou náladu a jeho komunikační schopnosti. Pacient je zvyklý na svůj pravidelný denní režim a tak je nutné ho, k oboustranné spokojenosti, dodržovat. Velmi důležitá pro dobrou náladu pana Arnošta je ranní cigareta.

Záznamový formulář pro diagnostiku - Arnošt S.

Osobní hygiena

je pacient plně kontinentní	ano	ne	
má zaveden permanentní katetr	ano	ne	
pacient využívá plenkové kalhotky	ano	ne	jen na noc
využívá společné prostory WC	ano	ne	
využívá přenosné WC u postele	ano	ne	jen v noci
vykoupe se ve vaně	ano	ne	s dopomocí
vykoupe se ve sprchovém koutu	ano	ne	s dopomocí
pacient je koupán personálem	ano	ne	
provádí se koupel na lůžku	ano	ne	

Hrubá motorika

samostatně chodící	ano	ne	s dopomocí
chůze po schodech	ano	ne	s dopomocí
přesun lůžko \leftrightarrow židle	ano	ne	s dopomocí
posadí se na lůžku	ano	ne	s dopomocí
hybnost dolních končetin	úplná	částečná	žádná
hybnost horních končetin	úplná	částečná	žádná
chodící pomůcky	hůlka	franc.hole	chodítko
invalidní vozík	ano	elektrický	manuální

Jemná motorika a příjem potravin

pacient jí příborem	ano	ne	s dopomocí
pacient pije sám	z hrnku	z láhve	napájen
rozbalí zabalenou sušenku	ano	ne	s dopomocí
uchopí tužku ze stolu	ano	ne	s dopomocí
dokáže listovat knihou	ano	ne	s dopomocí
otevře šuplík stolku u svého lůžka	ano	ne	s dopomocí
přivolá zvonkem personál	ano	ne	
dokáže čitelně napsat vzkaz	ano	ne	s dopomocí

Zraková a sluchová percepce

čte si	ano	ne	
dokáže přečíst větší tiskací písmo	ano	ne	
rozlišuje 2D a 3D objekty	ano	ne	s dopomocí
sleduje televizi	ano	ne	
rozlišuje dobře barvy	ano	ne	
reaguje na oslovení svým jménem	ano	ne	
slyší tichou řeč	ano	ne	
slyší dobře na obě uši	ano	levé	pravé
poslouchá rádio	ano	ne	

Socializace

má pacient nějaké příbuzné	ano	ne	neví
má zde nějaké přátele	ano	ne	neví
dokáže o sobě hovořit	ano	ne	
má zde časté návštěvy příbuzných/přátel	ano	ne	neví
zapojuje se aktivně do terapie	ano	ne	
zajímá se o dění doma i ve světě	ano	ne	
dochází/dojíždí do společenské místnosti	ano	ne	
chodí/jezdí na vycházky po areálu	ano	ne	

Životní spokojenost

jste spokojený se svým životem	ano	ne	neví
máte pocit, že Váš život je prázdný	ano	ne	neví
nudíte se často	ano	ne	neví
máte většinou dobrou náladu	ano	ne	neví
cítíte se převážně šťastný	ano	ne	neví
cítíte se často bezmocný	ano	ne	neví
myslíte, že máte potíže s pamětí	ano	ne	neví
máte pocit, že je Vaše situace beznadějná	ano	ne	neví
myslíte si, že je krásné žít	ano	ne	neví
líbí se Vám v tomto pokoji	ano	ne	neví
máte nějaké koníčky a zájmy	ano	ne	neví

9.6 Kazuistika 6 Františka K.

84-letá žena

základní diagnóza - chronická ischemická choroba srdeční

ostatní diagnózy - zhoubný novotvar dělohy

- polyartróza

- katarakta

OA: u pacientky se uvádějí běžné dětské nemoci bez významného vlivu na zdravotní stav. Pacientce byl před několika lety diagnostikován zhoubný novotvar dělohy, léčba probíhala na příslušném oddělení FN Bulovka. Nádor je zhoubný a pacientka spolu s manželem, vzhledem k jejímu věku, odmítali operační zákrok. U pacientky se vyskytuje chronická ICHS. Přibližně před šesti lety se objevily první příznaky inkontinence, plná inkontinence propukla před dvěma roky. Pacientka si také stěžuje na rozmazané vidění, což je důsledek postupujícího šedého zákalu.

RA: pacientka je vdaná, matka tří dětí. Obě dcery jsou zdravé, syn zemřel minulý rok na srdeční selhání. V rodině pacientky se vyskytuje dlouhověkost, oba rodiče zemřeli po 80 roce věku, sestra pacientky dokonce v 96 letech. V rodině byl do té doby negativní výskyt nádorových onemocnění.

SPA: pacientka se vyučila v oboru dámská kadeřnice a posléze si dodělávala maturitní nástavbu. Po absolvování nástavby nastoupila jako krejčová do salonu a pracovala v oboru téměř celý život. Krátce po listopadové revoluci, již jako starobní důchodce, vypomáhala své dceři v malém obchodě, který si její dcera s manželem otevřeli v suterénu jejich rodinného domu.

Pacientka bydlela s manželem a rodinou nejstarší dcery ve společném rodinném domě. Manželé měli k dispozici horní patro domu, kde se nacházela samostatná bytová jednotka o dispozici 2+1. Manžel pacientky utrpěl před třemi roky cévní mozkovou příhodu a jeho stav se radikálně zhoršil. Pacientka již nebyla schopna se o manžela odpovídajícím způsobem postarat a dcera neměla v důsledku svých podnikatelských aktivit na tuto péči čas. Manželé se tedy rozhodli, že společně odejdou do domova s pečovatelskou službou, kde by měl manžel odpovídající péče a kde by mohli bydlet spolu. Po čase byla pacientka pro zhoršující se sebeobsluhu a soběstačnost přeložena na rehabilitaci do LDN. V současné době je pacientka umístěna v léčebně již čtvrtý měsíc a její návrat do domova s pečovatelskou službou se předpokládá v horizontu jednoho až dvou měsíců.

Somatická anamnéza: pacientka má zhoršenou mobilitu a stěžuje si na výrazné zhoršení jemné motoriky a na bilaterální tuhnutí od rukou až do ramen. Pacientka má zhoubný nádor v oblasti dělohy. Kvůli inkontinenci používá celodenně plenkové kalhotky. Pacientka má zhoršené vidění v důsledku katarakty (šedého zákalu), sluch je v pořádku. Nadváha pacientky je řešena upravením stravy dle příslušné diety.

Psychický stav: vědomí pacientky je jasné. Dobře se orientuje místem, časem, osobou i situací. Má vcelku dobrý náhled na svůj zdravotní stav a uvědomuje si důvod umístění v léčebně. Pacientka je velmi komunikativní a ráda si povídá, paměťová stopa je na dobré úrovni. Citově je pacientka stabilní, občas se u ní projevují plačtivé nálady, způsobené steskem po manželovi. Na oddělení se jí nelíbí, chybí jí zde manžel a soukromí, které měla v domově s pečovatelskou službou. S ošetřujícím personálem vychází velmi dobře, na péči si nestěžuje.

Ošetřovatelská a rehabilitační péče: pacientka byla přeložena z interního oddělení jako ležící se zvýšenou nadváhou. Hlavním cílem rehabilitace bylo tedy obnovení mobility pacientky a zvýšení schopnosti sebeobsluhy a samostatnosti. Zpočátku byla prováděna rehabilitace na lůžku. Pacientka byla zařazena do antidekubitárního programu, jelikož hrozilo, díky její nadváze, zvýšené riziko výskytu a možné tvorby proleženin. Paní Františka K. byla pravidelně vysazována do polohovacího křesla a v současné době je již schopna, za asistence rehabilitační sestry, pravidelné chůze ve vysokém chodítku a začala se již nacvičovat i chůze s nízkým chodítkem. Pacientku však brzdí její nadváha, díky níž se rychleji unaví. Musel se upravit i denní režim a bylo nutné promluvit s dcerou, která pacientku „zásobovala“ oblíbenými sladkostmi. Dcera dochází na oddělení obden a také pravidelně informuje matku o stavu jejího manžela, což pacientku uklidňuje. Byla taktéž zahájena cílená rehabilitace jemné motoriky, na jejíž zhoršování si pacientka stěžovala. Pacientka se velmi zajímá o dění doma i ve světě a informace získává poslechem rádia a televize. Čtení je v důsledku zrakové vady velmi komplikované a namáhavé a proto si nechává paní Františka K. od personálu předčítat některé zajímavosti z denního tisku. Její velkou zálibou jsou koně a tak jí dcera občas vezme na projížďce po areálu do místního statku, kde se provádí hipoterapie a pacientka má možnost koně pozorovat. U pacientky je zřetelná velmi silná vůle k obnovení vlastní schopnosti samostatné chůze a k následnému návratu do domova s pečovatelskou službou za manželem. Je nutné nadále dodržovat nastolený typ diety, aby se upravila váha pacientky. Tento dietní režim by měla pacientka dodržovat i po návratu z léčebny.

Záznamový formulář pro diagnostiku - Františka K.

Osobní hygiena

je pacient plně kontinentní	ano	ne	
má zaveden permanentní katetr	ano	ne	
pacient využívá plenkové kalhotky	ano	ne	jen na noc
využívá společné prostory WC	ano	ne	
využívá přenosné WC u postele	ano	ne	jen v noci
vykoupe se ve vaně	ano	ne	s dopomocí
vykoupe se ve sprchovém koutu	ano	ne	s dopomocí
pacient je koupán personálem	ano	ne	
provádí se koupel na lůžku	ano	ne	

Hrubá motorika

samostatně chodící	ano	ne	s dopomocí
chůze po schodech	ano	ne	s dopomocí
přesun lůžko \leftrightarrow židle	ano	ne	s dopomocí
posadí se na lůžku	ano	ne	s dopomocí
hybnost dolních končetin	úplná	částečná	žádná
hybnost horních končetin	úplná	částečná	žádná
chodící pomůcky	hůlka	franc.hole	chodítko
invalidní vozík	ano	elektrický	manuální

Jemná motorika a příjem potravin

pacient jí příborem	ano	ne	s dopomocí
pacient pije sám	z hrnku	z láhve	napájen
rozbalí zabalenou sušenku	ano	ne	s dopomocí
uchopí tužku ze stolu	ano	ne	s dopomocí
dokáže listovat knihou	ano	ne	s dopomocí
otevře šuplík stolku u svého lůžka	ano	ne	s dopomocí
přivolá zvonkem personál	ano	ne	
dokáže čitelně napsat vzkaz	ano	ne	s dopomocí

Zraková a sluchová percepce

čte si	ano	ne	
dokáže přečíst větší tiskací písmo	ano	ne	
rozlišuje 2D a 3D objekty	ano	ne	s dopomocí
sleduje televizi	ano	ne	
rozlišuje dobře barvy	ano	ne	
reaguje na oslovení svým jménem	ano	ne	
slyší tichou řeč	ano	ne	
slyší dobře na obě uši	ano	levé	pravé
poslouchá rádio	ano	ne	

Socializace

má pacient nějaké příbuzné	ano	ne	neví
má zde nějaké přátele	ano	ne	neví
dokáže o sobě hovořit	ano	ne	
má zde časté návštěvy příbuzných/přátel	ano	ne	neví
zapojuje se aktivně do terapie	ano	ne	
zajímá se o dění doma i ve světě	ano	ne	
dochází/dojíždí do společenské místnosti	ano	ne	
chodí/jezdí na vycházky po areálu	ano	ne	

Životní spokojenost

jste spokojený se svým životem	ano	ne	neví
máte pocit, že Váš život je prázdný	ano	ne	neví
nudíte se často	ano	ne	neví
máte většinou dobrou náladu	ano	ne	neví
cítíte se převážně šťastný	ano	ne	neví
cítíte se často bezmocný	ano	ne	neví
myslíte, že máte potíže s pamětí	ano	ne	neví
máte pocit, že je Vaše situace beznadějná	ano	ne	neví
myslíte si, že je krásné žít	ano	ne	neví
líbí se Vám v tomto pokoji	ano	ne	neví
máte nějaké koníčky a zájmy	ano	ne	neví

9.7 Kazuistika 7 Vlastimila D.

81-letá žena

základní diagnóza - ischemická choroba srdeční

ostatní diagnózy - osteoporosa

- smíšená demence

- inkontinence

- artróza kyčelních a kolenních kloubů

OA: v dětství prodělala difterii (těžké infekční onemocnění vyvolávající těžkou angínu a vysoké horečky; záškrť). Poté nejsou uváděny žádné významné zdravotní problémy. Na bolesti v oblasti kyčlí a kolen si stěžuje přibližně od padesáti let. Inkontinence se začala projevovat přibližně před čtyřmi roky. Po pádu na eskalátorech metra byla ošetřena ve FN Bulovka, kvůli špatné a zmatené komunikaci byla vyšetřena psychiatrem a byla stanovena diagnóza demence.

RA: pacientka je ovdovělá, má syna a dceru. Syn má lehkou mentální retardaci, je soběstačný a schopný základní sebeobsluhy. Dcera nežije v České Republice. Otec pacientky zemřel ve věku 54 let na Tuberkulózu, matka zemřela krátce po porodu pacientky. Manžel zemřel na následky selhání srdce asi před devíti lety.

SPA: pacientka má základní vzdělání, je absolventkou dvouleté obchodní školy bez maturity. Celý život pracovala v obchodech s potravinami, nejčastěji jako pokladní. Po nástupu do starobního důchodu ještě chvíli pracovala jako pomocná síla ve školní jídelně a vrátila se na základní škole.

Pacientka žila s manželem a se svým mentálně retardovaným synem v rodinném domku. Po úmrtí manžela se pacientka, podle sousedky jež za pacientkou dochází, uzavřela a omezila komunikaci s okolím. Domek přestal být udržován a postupně chátral, proto se také díky zvýšené vlhkosti domku a nedostatečnému vytápění zhoršil celkový zdravotní stav pacientky. Pacientka nedocházela několik let k obvodnímu lékaři na pravidelné prohlídky. Po nedávném pádu na eskalátorech v metru, kdy došlo k lehkým pohmožděninám, byla odvezena do FN Bulovka, kde lékaři diagnostikovali demenci. Po základním zaléčení, byla pacientka převezena na rehabilitaci do LDN v Bohnicích. Syn, který je na matku velmi fixovaný, toto odloučení nelibě nese. Vzhledem ke zdravotnímu stavu pacientky a nevyhovujícím bytovým podmínkám, není doporučován návrat zpět do společné domácnosti, ale podání společné žádosti se synem na umístění do některého ze zařízení sociální

péče, které přijme jak pacientku tak jejího syna. Situaci by mohla vyřešit rekonstrukce domku, ta je ale vzhledem k finanční situaci rodiny nereálná.

Somatická anamnéza: pacientka nemá výraznější pohybové obtíže, stěžuje si na bolest v oblasti kyčlí a kolen. Je schopná samostatné chůze s pomocí dvou francouzských holí. Pacientka měla značně zanedbaný chrup a nevyhovující zubní protézu. Trpí únikem moči, což je řešeno pravidelným chozením na toaletu a v nočních hodinách plenkovými kalhotkami. Zrak je v pořádku, pacientka je mírně nedoslýchavá, je nutné zvyšovat mírně hlas.

Psychický stav: pacientka je dezorientována, špatně se vyjadřuje a má problémy s udržením pozornosti. Patrný je i snížený výkon krátkodobé paměti. Nemá pojem o čase. Pacientka trpěla občasnými halucinacemi, hovořila o osobě se kterou bydlí společně se synem v jejich domku. Pacientka je citově labilní, nadává synovi, že jí sem nechal umístit on a vyhání ho, vzápětí se rozpláče a prosí, aby jí odpustil. Jsou přítomné poruchy spánku. Nemá představu o svém stavu, za problém pokládá pouze bolesti v kloubech. Dle testu MMSE byla diagnostikována lehká forma demence s výsledným skóre 18 bodů.

Ošetrovatelská a rehabilitační péče: z hlediska hybnosti je rehabilitace zaměřena zejména na obnovení plné schopnosti samostatné chůze bez pomoci francouzských holí, maximálně s dopomocí hůlky. Jemná motoriky je dobře zachovaná. Nutné je obnovit u pacientky hygienické návyky a základy zdravé výživy. Pacientka se léta stravovala uzeninami s pečivem a konzervami. Dále bylo nutné upravit spánkový rytmus. Pacientka se často v noci budila a rušila ostatní pacienty, ráno pak byla unavená a nevyspalá. Byla jí naordinována hypnotika a kvalita spánku se tak výrazně zvýšila. Pacientka trpěla vizuálními a auditivními halucinacemi. Tyto halucinace prožívala bez úzkosti a v klidu. Pacientce byla podávána antipsychotika a během čtyř až pěti týdnů halucinace odezněly. Paní Vlastimila D. velmi ráda a dlouze sleduje televizi, ale většinou nedokázala po shlédnutí filmu či pořadu vyprávět obsah sledovaného. Četba se omezovala spíše na listování časopisy, nikdy prý velká čtenářka nebyla. U pacientky je patrná malá slovní zásoba. Staropaměť má pacientka vcelku zachovanou, dokáže dlouze vyprávět o dětství svého syna. Snížená úroveň kognitivních funkcí byla způsobena nejen vlivem demence, ale i sociální izolací a vnitřní osamělostí. S pacientkou jsou prováděny řízené rozhovory a jsou jí podávána kognitiva. Zapojení pacientky zpět do sociálního prostředí se pozitivně odráží na zvyšování kvality pacientčina života.

Záznamový formulář pro diagnostiku - Vlastimila D.

Osobní hygiena

je pacient plně kontinentní	ano	ne	
má zaveden permanentní katetr	ano	ne	
pacient využívá plenkové kalhotky	ano	ne	jen na noc
využívá společné prostory WC	ano	ne	
využívá přenosné WC u postele	ano	ne	jen v noci
vykoupe se ve vaně	ano	ne	s dopomocí
vykoupe se ve sprchovém koutu	ano	ne	s dopomocí
pacient je koupán personálem	ano	ne	
provádí se koupel na lůžku	ano	ne	

Hrubá motorika

samostatně chodící	ano	ne	s dopomocí
chůze po schodech	ano	ne	s dopomocí
přesun lůžko ←→ židle	ano	ne	s dopomocí
posadí se na lůžku	ano	ne	s dopomocí
hybnost dolních končetin	úplná	částečná	žádná
hybnost horních končetin	úplná	částečná	žádná
chodící pomůcky	hůlka	franc.hole	chodítko
invalidní vozík	ano	elektrický	manuální

Jemná motorika a příjem potravin

pacient jí příborem	ano	ne	s dopomocí
pacient pije sám	z hrnku	z láhve	napájen
rozbalí zabalenou sušenku	ano	ne	s dopomocí
uchopí tužku ze stolu	ano	ne	s dopomocí
dokáže listovat knihou	ano	ne	s dopomocí
otevře šuplík stolku u svého lůžka	ano	ne	s dopomocí
přivolá zvonkem personál	ano	ne	
dokáže čitelně napsat vzkaz	ano	ne	s dopomocí

Zraková a sluchová percepce

čte si	ano	ne	
dokáže přečíst větší tiskací písmo	ano	ne	
rozlišuje 2D a 3D objekty	ano	ne	s dopomocí
sleduje televizi	ano	ne	
rozlišuje dobře barvy	ano	ne	
reaguje na oslovení svým jménem	ano	ne	
slyší tichou řeč	ano	ne	
slyší dobře na obě uši	ano	levé	pravé
poslouchá rádio	ano	ne	

Socializace

má pacient nějaké příbuzné	ano	ne	neví
má zde nějaké přátele	ano	ne	neví
dokáže o sobě hovořit	ano	ne	
má zde časté návštěvy příbuzných/přátel	ano	ne	neví
zapojuje se aktivně do terapie	ano	ne	
zajímá se o dění doma i ve světě	ano	ne	
dochází/dojíždí do společenské místnosti	ano	ne	
chodí/jezdí na vycházky po areálu	ano	ne	

Životní spokojenost

jste spokojený se svým životem	ano	ne	neví
máte pocit, že Váš život je prázdný	ano	ne	neví
nudíte se často	ano	ne	neví
máte většinou dobrou náladu	ano	ne	neví
cítíte se převážně šťastný	ano	ne	neví
cítíte se často bezmocný	ano	ne	neví
myslíte, že máte potíže s pamětí	ano	ne	neví
máte pocit, že je Vaše situace beznadějná	ano	ne	neví
myslíte si, že je krásné žít	ano	ne	neví
líbí se Vám v tomto pokoji	ano	ne	neví
máte nějaké koníčky a zájmy	ano	ne	neví

9.8 Kazuistika 8 Václav K.

85-letý muž

základní diagnóza - rehabilitace po fraktuře kosti stehenní

ostatní diagnózy - extrakce hlavice kosti stehenní

- hypertenze

- ateroskleróza

- chronická ischemická choroba srdeční

OA: pacient měl běžná dětská onemocnění, léčí se s vysokým tlakem. Má diagnostikován diabetes mellitus 2. typu, noninzulinový. Pacient byl před dvěma roky na operaci tlustého střeva. Před necelým rokem utrpěl vážný úraz, při kterém došlo ke komplikované zlomenině stehenní kosti. Byl převezen do FN Bulovka na ortopedickou kliniku, kde byl operován. Hojení provázely komplikace a pacientovi byla provedena nekrektomie (chirurgické odstranění odumřelé tkáně bránící hojení). Před úrazem neuváděl žádné závažnější zdravotní problémy. Pacient byl silný kuřák, od úrazu již nekouří, alkohol udává příležitostně.

RA: pacient je vdovec, bezdětný. Manželka zemřela před osmi lety na centrální mozkovou příhodu. Otec pacienta zemřel ve věku 70 let a matka v 75 letech, oba na srdeční selhání. Setra pacienta má také diabetes, jinak není v rodině žádná genetická ani psychiatrická zátěž.

SPA: pacient absolvoval školu gymnaziálního typu a poté nastoupil na učitelský ústav. Pracoval jako středoškolský učitel a několik let jako ředitel střední odborné školy dopravní. Tuto profesi vykonával až do svého nástupu do starobního důchodu a i poté ještě na této škole externě vyučoval. Je spoluautorem několika odborných publikací týkajících se dopravní infrastruktury. Od mládí vedl skautský oddíl a tomuto koníčku se věnoval až do svých 70 let.

Pacient žil se svou manželkou v malém domku se zahrádkou. Po úmrtí manželky se věnoval rekonstrukci domku, což vzhledem ke své kondici vcelku dobře zvládal. Při natírání okapů se pan Václav K. zřítil ze žebříku a následně byl převezen do nemocnice. Následkem úrazu utrpěl těžkou zlomeninu a byla provedena složitá operace, při níž byla vyňata hlavice kosti stehenní. Na ortopedickém oddělení byl základně zrehabilitován a byl převezen do LDN v Bohnicích na nácvik vertikalizace a znovuobnovení chůze. Za pacientem do léčebny pravidelně dochází jeho neteř. V současnosti je pacient v léčebně třetí měsíc a předpokládá se jeho brzký návrat do domácího prostředí.

Somatická anamnéza: pacient byl po těžkém úrazu a měl zásadně sníženou schopnost mobility. Po operaci má levou dolní končetinu (LDK) zkrácenu o čtyři centimetry. Jemná motorika zůstala zachována a je na velmi dobré úrovni. Pacient byl při přijetí kachektický. Pacient měl zavedený permanentní katetr. Udává bolest v oblasti kyčle, jinak si nestěžuje. Pacient velmi dobře vidí, na čtení používá brýle, sluch je také v normálu. Na noze jsou vidět výrazné jizvy po operaci.

Psychický stav: pacient je velmi dobře orientován časem, místem, osobou i situací. Má úplný náhled na svůj zdravotní stav, dokáže odborně popsat lékařské zákroky, které mu byly při operaci prováděny. Spolupracuje a velmi ochotně navazuje kontakt, rád si povídá. Pobyť v léčebně mu nevádí, protože si uvědomuje jeho nutnost. Pacient je citově stabilní. Krátkodobá i dlouhodobá paměť je zjevně nenarušena. Stěžoval si na zvukové projevy spolupacientů, díky nimž nemohl usnout, to bylo vyřešeno přesunem na dvoulůžkový pokoj.

Ošetrovatelská a rehabilitační péče: pacient byl po přeložení v FN Bulovka veden jako ležící pacient. Byla zahájena intenzivní rehabilitace zaměřená na znovuobnovení schopnosti samostatné chůze. Po rehabilitaci na lůžku a vysazování do polohovacího křesla, začal nácvik chůze ve vysokém chodítku. Poté se začalo s nácvikem chůze pomocí nízkého chodítka a dvou francouzských holí. Vzhledem ke zkrácení délky LDK o čtyři centimetry a bolesti v této oblasti, bylo nutné LDK odlehčit. V současnosti je pacient schopen samostatné chůze s pomocí nízkého chodítka, které mu vyhovuje více než francouzské hole. Pacientovi byl vyňat permanentní katetr a částečný únik moči byl řešen pravidelným režimem chůze na toaletu a na noc podáváním plenkových kalhotek, s čímž pacient po dohodě s personálem souhlasil. Kachektický stav pacienta byl vyřešen upravením stravy, jídlo mu začalo chutnat a začal přibývat na váze. Pan Václav K. dochází pravidelně do společenské místnosti a věnuje se ručním pracím, rád skládá papírové modely dopravních prostředků z časopisu ABC a modelování z keramické hlíny. Pacientova neteř dochází do LDN skoro každý den a jezdí s pacientem na pravidelné vyjížďky po areálu, také se po dobu jeho pobytu v léčebně stará o jeho domek a zahradu a to velmi přispívá k dobré náladě pacienta. Pan Václav K. se velmi zajímá o dění doma i ve světě a sleduje pravidelně televizní pořady a poslouchá rozhlas. Každodenně čte denní tisk a je náruživým čtenářem knih, zejména literatury faktu. O knížkách pak dokáže dlouho hovořit. Se svým spolubydlícím se spřátelil, plánují po propuštění vzájemné návštěvy.

Záznamový formulář pro diagnostiku - Václav K.

Osobní hygiena

je pacient plně kontinentní	ano	ne	
má zaveden permanentní katetr	ano	ne	
pacient využívá plenkové kalhotky	ano	ne	jen na noc
využívá společné prostory WC	ano	ne	
využívá přenosné WC u postele	ano	ne	jen v noci
vykoupe se ve vaně	ano	ne	s dopomocí
vykoupe se ve sprchovém koutu	ano	ne	s dopomocí
pacient je koupán personálem	ano	ne	
provádí se koupel na lůžku	ano	ne	

Hrubá motorika

samostatně chodící	ano	ne	s dopomocí
chůze po schodech	ano	ne	s dopomocí
přesun lůžko ← → židle	ano	ne	s dopomocí
posadí se na lůžku	ano	ne	s dopomocí
hybnost dolních končetin	úplná	částečná	žádná
hybnost horních končetin	úplná	částečná	žádná
chodící pomůcky	hůlka	franc.hole	chodítko
invalidní vozík	ano	elektrický	manuální

Jemná motorika a příjem potravin

pacient jí příborem	ano	ne	s dopomocí
pacient pije sám	z hrnku	z láhve	napájen
rozbalí zabalenou sušenku	ano	ne	s dopomocí
uchopí tužku ze stolu	ano	ne	s dopomocí
dokáže listovat knihou	ano	ne	s dopomocí
otevře šuplík stolku u svého lůžka	ano	ne	s dopomocí
přivolá zvonkem personál	ano	ne	
dokáže čitelně napsat vzkaz	ano	ne	s dopomocí

Zraková a sluchová percepce

čte si	ano	ne	
dokáže přečíst větší tiskací písmo	ano	ne	
rozlišuje 2D a 3D objekty	ano	ne	s dopomocí
sleduje televizi	ano	ne	
rozlišuje dobře barvy	ano	ne	
reaguje na oslovení svým jménem	ano	ne	
slyší tichou řeč	ano	ne	
slyší dobře na obě uši	ano	levé	pravé
poslouchá rádio	ano	ne	

Socializace

má pacient nějaké příbuzné	ano	ne	neví
má zde nějaké přátele	ano	ne	neví
dokáže o sobě hovořit	ano	ne	
má zde časté návštěvy příbuzných/přátel	ano	ne	neví
zapojuje se aktivně do terapie	ano	ne	
zajímá se o dění doma i ve světě	ano	ne	
dochází/dojíždí do společenské místnosti	ano	ne	
chodí/jezdí na vycházky po areálu	ano	ne	

Životní spokojenost

jste spokojený se svým životem	ano	ne	neví
máte pocit, že Váš život je prázdný	ano	ne	neví
nudíte se často	ano	ne	neví
máte většinou dobrou náladu	ano	ne	neví
cítíte se převážně šťastný	ano	ne	neví
cítíte se často bezmocný	ano	ne	neví
myslíte, že máte potíže s pamětí	ano	ne	neví
máte pocit, že je Vaše situace beznadějná	ano	ne	neví
myslíte si, že je krásné žít	ano	ne	neví
líbí se Vám v tomto pokoji	ano	ne	neví
máte nějaké koníčky a zájmy	ano	ne	neví

9.9 Komentář ke kazuistikám

Z výše uvedeného souboru kazuistik je patrné velmi rozmanité složení pacientů, jež do Léčebny dlouhodobě nemocných přicházejí. Výběr jednotlivých případů neodpovídá přesně procentuelnímu zastoupení jednotlivých pacientů, ale to ani nebylo účelem této kapitoly. Hlavním cílem bylo seznámit čtenáře se základními případy, které se zde mohou vyskytovat. Hlavní zastoupení mají samozřejmě velmi staří pacienti, ale je patrné, že se zde nacházejí i pacienti mladší 50ti let. Značným problémem je, jak je z uvedeného souboru kazuistik zřejmé, polymorbidita (přítomnost více chorob současně), což velmi často komplikuje rehabilitaci i možnost terapie. Jedním z nejčastějších důvodů hospitalizace je ICHS spolu s doprovodnými diagnózami. Přítomnost demence je také velmi vysoká a z uvedených případů je vidět, že se jedná o nemoc do jisté míry velmi „demokratickou“. Její zastoupení je patrné jak u osob se základním vzděláním, tak u osob vysokoškolsky vzdělaných.

Zajímavým ukazatelem je i délka pobytů jednotlivých pacientů na tomto oddělení. Ta je závislá nejen na somatickém a psychickém stavu konkrétního pacienta, ale i na sociálních podmínkách ze kterých pacienti přicházejí, míře jejich motivace k návratu domu, ale v neposlední řadě i na přístupu příbuzných a známých. Zejména poslední zmíněný faktor často negativně ovlivňuje nejen délku pobytu, ale i celkový stav pacienta viz. kazuistika číslo 4. Problematika délky pobytu je však způsobena i nedostatečným počtem míst v jiných zařízeních sociálních služeb. Stává se tak, že pacient má u nás prodloužený pobyt jen díky tomu, že ještě nebylo, z kapacitních důvodů, možné jeho přijetí do domova důchodců či do domu s pečovatelskou službou a zároveň však není možný jeho návrat do domácí péče.

Rozdíl je také v zaměření na rehabilitaci. Mnoho pacientů je zde kvůli obnovení schopnosti chůze či zvýšení kvality motoriky, jiní kvůli narušeným kognitivním schopnostem. Obě tyto složky terapie se však musí prolínat a to i u pacientů, kteří viditelné problémy s jednou či druhou složkou nemají. Často se totiž stává, že dlouhodobý pobyt v takovémto zařízení, bez aktivního zapojení pacienta do rehabilitace či terapeutické činnosti, vede k celkovému zhoršení pacientova stavu, hrozí zde výskyt depresivních stavů a celkový úbytek kognitivních schopností. Důvodem může být pocit osamění, letargie, rezignace na nemoc, strach ze své budoucnosti a další.

10. Možnosti terapie pacientů a hodnotící škály kognitivních poruch

10.1 Vybrané možnosti nefarmakologické terapie

Tato kapitola nastiňuje základní možnosti terapií, které lze provádět s pacienty hospitalizovanými v léčebnách dlouhodobě nemocných. Obecně se možnosti léčby dělí na farmakoterapii a behaviorální (nebiologickou) léčbu. Behaviorální terapie zahrnuje motivaci pacienta, jeho aktivizaci, kognitivní a tělesný trénink, každodenní aktivní kontakt, provádění nejrůznějších aktivit směřujících k rehabilitaci a mentální a somatickou reaktivizaci. Důležitým doplňkem je samozřejmě odpovídající složení či upravení stravovacích návyků pacienta.

Schématicky můžeme cíle léčby, terapie a rehabilitace shrnout do těchto bodů:

- zlepšení stavu pacienta, či jeho úplné vyléčení
- udržení dosavadního stavu pacienta
- zpomalení progresu nemoci či stavu pacienta

Z výše uvedeného schématu je patrné, že zlepšení stavu pacienta je úspěch, o kterém nikdo nepochybuje. Udržení dosavadních schopností je pozitivní výsledek, což je také bez diskuse. Nesmíme ale zapomínat, že i zhoršení stavu v míře, která je nižší, než je předpokládaná, je úspěchem. (Růžička, E. 2003)

Rehabilitace - pohybem vede ke znovuobnovení nebo zlepšení postižených pohybových funkcí. Díky pravidelnému cvičení se pacienti udržují v lepší fyzické i psychické kondici, mívají méně atak a komplikací a jejich prognóza je lepší. Pohyb udržuje nervosvalový přenos stále v činnosti, pomáhá předcházet komplikacím oběhového, dýchacího, vylučovacího, zažívacího systému. Je prevencí onemocnění pohybového aparátu, metabolických chorob a je základní jednotkou antidekubitárního programu. Rehabilitace se zaměřuje na posílení ochablých svalů, protažení zkrácených svalů, zlepšení taxy a prostorové orientace. Všechny činnosti se řídí únavou, kterou musí respektovat sám nemocný i rehabilitační pracovník. K rehabilitaci nelze pacienta nutit, vždy musíme brát ohled na jeho přání. Rehabilitace se řídí stupněm postižení mobility pacienta a jeho zdravotním stavem a obvykle začíná na lůžku, poté se pokračuje s nácvikem vysazování do polohovacího křesla, následuje vertikalizace a znovuobnovení schopnosti chůze s pohybovými pomůckami či bez nich.

Ergoterapie (pracovní terapie) - je jednou z důležitých součástí ucelené rehabilitace, jelikož pomáhá pacientům řešit praktické otázky související se snížením či ztrátou

soběstačnosti v činnostech, které jsou pro život nepostradatelné, čímž podporuje jejich aktivní začlenění do společnosti a přispívá ke zvýšení kvality jejich života. Rozčleňuje se podle místa zaměření na nácvik úchopů, nasycení, hygieny, vyprazdňování a celkové zvýšení schopnosti sebeobsluhy. Pacienti mají možnost pracovat s papírem, textilem, hlinou, různými přírodními materiály atd. Tento typ rehabilitace lze provádět nejen ve společenské místnosti, která je těmto aktivitám uzpůsobená, ale u imobilních pacientů i na lůžku.

Kognitivní terapie - jedná se o velmi důležitou složku terapie užívanou především u pacientů s diagnostikovanou demencí. V kognitivní terapii se používá množství pomůcek a technik převzatých ze speciálně pedagogických center (SPC). Pacienti pojmenovávají různé předměty, pracují s písmeny, čísly a obrázky, zapamatovávají si položky, které si mají později opět vybavit apod. Nenásilnou formou této terapie jsou modifikované společenské hry a jednoduché básničky a říkadla. Velmi důležité je mít na paměti, že cílem terapie je proces a nikoli cíl určité činnosti. (Holmerová, I. 2004)

Reminiscenční terapie - jedná se o aktivizační metodu, která využívá vzpomínek a jejich vybavování prostřednictvím různých podnětů. Vychází ze skutečnosti, že i v poměrně pokročilé fázi demence zůstává dlouhodobá paměť zachována. Je vhodná pro pacienty s lehkou či středně těžkou formou demence. Jejím cílem je nejen zlepšení stavu pacienta, ale také posílení jeho důstojnosti a zlepšení komunikace. (Vágnerová, M. 2004) Nejedná se v žádném případě o cvičení paměti. Princip terapie spočívá v obklopení pacienta prostředím, které v něm vzbuzuje důvěru a jistotu. Tím „důvěrným prostředím“ je míněno prostředí v době, kdy byl pacient zdravý, úspěšný a obklopený rodinou nebo přáteli. Terapeut pomáhá pacientovi vzpomínat na zážitky z dob minulých. Je dobré vybírat zážitky, které jsou hluboce emocionální, jako např. svatba, narození dítěte a to proto, že citové a tělesné zážitky zůstávají v paměti zachovány poměrně dlouho. S pacientem také provádíme činnosti, které jsou vázané na roční období. Ty zvýrazňují zvyklosti a rytmicky se opakující události v životě. Nikdy se nesnažíme jeho vzpomínky bagatelizovat, i kdyby dotyčný nemluvil pravdu. Součástí reminiscenční terapie je tzv. práce s biografií. Tato forma reminiscenční terapie pracuje se sesbíranými informacemi o pacientovi, získanými od samotného pacienta nebo od jeho příbuzných. Velice vhodná je práce s rodinnými fotografiemi dotyčného (rodinné fotoalbum),

s historickými událostmi, které se týkají jeho života. Důležité jsou taktéž profesní vzpomínky a události např. publikace které pacient napsal či se na nich podílel. Při komunikaci s pacientem se snažíme zjistit co nejvíce, ptáme se cíleně na jeho rodinu, životní dráhu, zvláštní schopnosti, nadání apod.

Muzikoterapie - podle své povahy může hudba určitého druhu pacienta stimulovat, aktivizovat, relaxovat, uklidňovat. Pro pacienta samotného má vybraný druh hudby vzpomínkový efekt, tj. vybaví se mu jeho mládí, příjemné pocity, které prožíval atd. Hudbu tak často doprovází i osobní zpěv. Často je také prostředkem jak „uniknout“ z nudy. V zařízeních typu léčebny dlouhodobě nemocných často probíhají různá hudební představení amatérských i profesionálních sborů, které pacienti velmi vítají a těší se na ně. Jedná se zejména o období Vánoc, Velikonoc a podobně. Pacienti mají na pokojích k dispozici radiopřijímače. V rámci zachování klidu na oddělení se však doporučuje využívat osobní přehrávače se sluchátky jako walkmany, discmany, popřípadě mp3 přehrávače.

Orientace realitou - také tato metoda má své nezastupitelné místo v celkové rehabilitaci pacientů či pacientů s nějakou formou demence. Pacienta pravidelně informujeme a opakujeme mu v jakém zařízení se nachází, jaký je den či kolik je hodin. Důležité je, aby pacient věděl s kým mluví. Proto se mu při rozhovoru představíme a je nutné naše označení viditelnou cedulkou s fotografií, jménem a označením profesního zařazení. Pacienta také pravidelně seznamujeme s denním režimem a předem ho informujeme o aktivitách, které ho v průběhu dne čekají např. odvoz k vyšetření mimo areál léčebny apod. K celkové orientaci pacienta pak slouží nástěnné hodiny a nástěnný kalendář s posuvným páskem určujícím aktuální datum, který visí na dobře viditelném místě.

Výběr výše uvedených rehabilitačních a terapeutických metod a postupů je spíše orientační, uvádím zde pouze nejčastěji praktikované metody v bohnické LDN. Jednou z velmi důležitých složek celkové rehabilitace pacienta je jeho motivace tyto činnosti podstupovat. Musíme brát ohled na pacientovo přání, aktuální zdravotní stav i aktuální „nenáladu“ k těmto činnostem. Rehabilitace a terapie však není jen činností uvedenou v denním rozvrhu pacienta, jedná se o komplexní péči, která probíhá po celý den a je do ní zapojen každý pracovník daného oddělení.

10.2 Hodnotící škály kognitivních poruch

Pro odhalení poruchy kognitivních funkcí i pro hodnocení závažnosti demence existuje nepřehledná řada testů. V první etapě diagnostikujeme demenci jako takovou a to především na základě klinického obrazu (poruchy paměti, řeči, orientace, změny chování, osobnosti, nálady, další příznaky jako poruchy abstrakce, plánování činností, poruchy počítání atd.) a objektivních údajů od blízké osoby (začátek onemocnění, vývoj poruchy, schopnost sebeobsluhy, prodělaná onemocnění, užívaná farmaceutika atd.). Diferenciálně diagnosticky musíme oddělit delirium, depresi, mírnou kognitivní poruchu, mentální retardaci a normální stárnutí viz. tab. 1. V diagnostice a diferenciální diagnostice demence nám mohou pomoci screeningové diagnostické škály (MMSE, clock test), popř. psychologické vyšetření.

Tab. 1

Příčina stavu	Častý klinický nález
Demence	Narušení především krátkodobé paměti, intelektu, řeči, celková dezorientace, trvalejší klinický obraz.
Delirium	Zastřené vědomí, dezorientace časem (místem, osobou), selhání v sedmičkovém testu (odečítání 7 od 100), náhlý začátek, kolísání stavu, psychomotorické poruchy, somatická či farmakogenní příčina.
Deprese	Celková skleslost, sebeobviňování, odmítání jídla, nespavost, odpovídání „nevím“ namísto podávání mylných odpovědí.
Mírná kognitivní porucha	Subjektivní stížnosti na zapomínání, ostatní kognitivní funkce ani schopnost sebeobsluhy nejsou výrazněji postiženy.
Normální stárnutí	Zhoršení kognitivních funkcí odpovídá věku, není narušena schopnost sebeobsluhy.
Mentální retardace	Anamnéza kognitivního deficitu od dětství bez hlubšího paměťového deficitu.

Ve druhé etapě diagnostikujeme typ demence. Snažíme se rozpoznat zda jde o demenci Alzheimerova typu, demenci vaskulární či smíšenou. Používají se běžná vyšetření (EKG, RTG plic, laboratorní vyšetření, EEG, někdy magnetická rezonance a počítačová tomografie). Ve třetí etapě určujeme stupeň demence, zda se jedná o demenci lehkou, středně těžkou či těžkou formu. Nejčastěji se používá kombinace škály Mini Mental State Examination a clock test.

Mini Mental State Examination (příloha 1) - je nepoužívanějším testem pro hodnocení kognitivních funkcí v klinické praxi. Objektivizuje a kvantifikuje kognitivní poruchu ve více oblastech, tak jak vyžaduje definice demence. Test se stává ze 30 otázek a činností, jejichž správné provedení se bodově hodnotí. Provedení testu není nikterak časově omezeno, u většiny pacientů však nepřesáhne 10 minut. MMSE je doporučen pro screening kognitivních funkcí u pacientů s podezřením na demenci i pro hodnocení závažnosti poruchy u nemocných s již potvrzenou demencí. S progresí demence klesá i bodové skóre, pokles však není lineární. U neléčené Alzheimerovy demence je obvyklý roční pokles asi 3-4 body. (Topinková, E. 1999)

Standardní hodnocení výsledků MMSE je:

25-30 bodů	bez poruchy kognitivních funkcí
18-24 bodů	lehká forma demence
6-17 bodů	středně těžká forma demence
< 6 bodů	těžká forma demence

Protože výsledky testu mohou být ovlivněny věkem a dosaženým vzděláním pacienta, doporučuje se u pacientů s méně než osmiletým základním vzděláním snížit rozlišovací skóre u lehké formy demence z 24 na 22 bodů.

Clock test (příloha 2, 2a) - test kreslení hodin je jednoduchým a praxi běžně používaným testem pro screening a diagnózu časných fází demencí, je však vhodný i pro sledování progresu již zjištěné demence. Je velice vhodným doplňkem testu MMSE. Trvání testu nepřesahuje obvykle 3 minuty. Pro hodnocení používáme jednoduché skóre: 1 bod (bezchybné provedení) až 6 bodů (hodiny nejsou nakresleny). Jako abnormální se udává skóre 3 a více bodů, které je pro demenci typické. Při patologickém výsledku obou testů tj. MMSE a clock testu, a vyloučení jiných onemocnění (delirium) je postižení demencí vysoce pravděpodobné, udává se až 95%.

Škála deprese pro geriatrické pacienty (příloha 3) - demence je provázena depresí až v 50% případů (Pidrman, V. 2005). Přitom správné rozlišení deprese a demence bývá obtížné. Může se stát, že pokud praktický lékař diagnostikuje depresi a správně ji léčí bez náležitého efektu, měla by se přehodnotit diagnóza. Stejně tak tomu je, léčíme-li demenci a přitom přetrvává emoční a psychomotorická labilita. Může jít o příznaky deprese, které byly původně přiřazeny demenci a naopak. Z těchto důvodů

je samostatná diagnostika problému deprese velmi důležitá. Výše zmíněný test trvá zpravidla 3 minuty. Každá z odpovědí (ano/ne) je bodově rozdílně ohodnocena.

Standardní hodnocení výsledků:

- 0-5 bodů normální stav bez deprese
- 6-10 bodů mírná deprese
- nad 10 bodů těžká forma deprese vyžadující podrobné psychiatrické vyšetření

Ischemické skóre podle Hachinského (příloha 4) - jako pomoc při rozlišení typu přítomné demence (Alzheimerova, vaskulární, smíšená) se používá Hachinského test. I když se v současnosti pro odlišení těchto skupin demencí doporučují neurozobrazovací metody, zůstává tento test vhodným doplňkem pro klinickou praxi užívanou v LDN. Jako zdroj dat nám slouží anamnéza, neurologické a psychiatrické vyšetření pacienta. Jednotlivé otázky jsou bodově různě ohodnoceny, v případě nepřítomnosti daného příznaku je otázka hodnocena bodem 0.

Standardní hodnocení výsledků:

- 0-4 body pravděpodobně jde o Alzheimerovu demenci
- 5-6 bodů pravděpodobnost demence smíšeného typu
- 7 a více pravděpodobně jde o demenci vaskulárního typu

Test ADL (příloha 5) - fyzická výkonnost se nejčastěji zjišťuje pomocí testu všedních činností ADL (Activities of Daily Living). Soběstačný (nezávislý) je pacient, který nemá podstatná omezení tělesných a duševních funkcí a který samostatně bez pomoci nebo dohledu druhých osob zvládá všechny potřebné aktivity denního života v prostředí, v němž žije. Pokud není schopen tyto činnosti vykonávat, stává se závislým (nesoběstačným), a to buď lehce, středně, nebo vysoce. K hodnocení závislosti se všeobecně používá Barthelův test ADL. Test hodnotí, zda je zkoumaná osoba schopna samostatně nebo s pomocí či není vůbec schopna provést deset, v testu hodnocených, činností.

Standardní hodnocení výsledků

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

11. Využití pastorační péče v Léčebně dlouhodobě nemocných

Na závěr své práce jsem zařadil často dosti opomíjenou možnost působení na pacientův stav. Pastorací, v tomto případě pastorační péčí o nemocné a trpící v širším slova smyslu, rozumíme takové jednání s člověkem, ve kterém ho respektujeme v jeho jedinečnosti, přistupujeme k němu z pozice věřících křesťanů, doprovázíme ho v jeho obtížích, nemoci, utrpení či umírání a pomáháme mu k lidsky důstojnému zvládnutí jeho životní situace, včetně smrti, a to na jemu dostupné úrovni víry. Pojem "úroveň víry" je velmi důležitý. Znamená to, že musíme brát ohled na to, že stupeň víry konkrétního člověka je např. nulový nebo vyloženě k víře odmítavý. Věřící osoby mají někdy představu, že jediným cílem pastorační péče je, aby se posílila víra pacienta, kterému je pastorační péče poskytována. Cílem však je, aby daný pacient svou situaci zvládl nebo ji zpracoval lidsky důstojným způsobem. Lidsky důstojné zvládnutí situace neznamená vždy jakýkoli „šťastný konec“, znamená mnohem častěji třeba i dlouhý vnitřní boj, u kterého může duchovní asistovat, který ale nemůže sám za pacienta vybojovat. (Opatrný, A. 2001)

Konkrétní poznatky o vzájemném vztahu spirituálních a psychických faktorů lidského zdraví a nemoci vycházejí z praxe pastoračních pracovníků a duchovně založených psychoterapeutů. Nejčastěji se tyto pracovníci setkávají s těmito problémy a stavy:

nedostatek naděje - tento stav charakterizuje z duchovního hlediska jako dobu, jíž pacient právě prožívá. Pacient si uvědomuje svou nezajištěnost, obává se důsledků stárí a nečeká odnikud pomoc. Nedostatek životní radosti je často důsledkem neprobuzenosti ve spirituální dimenzi. Takoví lidé jsou "nešťastní sami od sebe".

nespokojenost se životem - pacientem prožívaná skutečnost života se mu zdá šedá a prázdná. Negativní obraz sebe sama vede k trvalému pocitu ukřivdění, k přesvědčení o nespravedlnosti tohoto světa, k lítosti nad tím, co v životě chybí a co promeškal.

nenávisť k sobě - negativní sebehodnocení pacientovi zmenšuje či znemožňuje možnost navazovat vztahy s ostatními i personálem. Pacient se nedovede otevřít a vystupuje agresivně vůči druhým i sobě. Agrese se zpočátku projevuje odtažitostí, nezájmem a apatií a postupně může narůstat přes slovní výpady až k výpadům fyzickým.

strach z nicoty - věřící pacient trpící spirituální nouzí pociťuje svůj život jako cestu od neexistence před narozením do neexistence po smrti a zdráhá se uvěřit v

transcendentní bytí. Neuvědomovaný strach z nicoty prostupuje pacienta, každý jeho den. Jeho projevem je strach ze smrti, prožívaný na vědomé úrovni. Jiní nešťastní lidé si nevědomě přejí, aby jejich utrpení co nejdříve skončilo a urychlují svou cestu k nicotě například alkoholem či přehnaným kouřením.

fenomén útěku - pacient na útěku není schopen nikde zakotvit, snaží se mít všechno rychle za sebou, vše co nejrychleji vyřídít, záměrně se zbavuje hodnot, které mu ještě zbyly. Často se pak stává, že si pacient tímto chováním zneprátní své příbuzné a jiné blízké osoby.

ztráta životního partnera - mnoho pacientů se do léčebny dostává po ztrátě svého partnera. Ztrácejí tak motivaci k dalšímu žití a možnost sdílet „radosti i strasti“ s osobou nejbližší. Jestliže selhává i komunikace s dětmi pacienta, nastává pocit absolutní prázdnoty. Takový pacient často odmítá pomoc a nedokáže najít vhodný impuls k odrazení se ode dna.

Velmi důležitou kapitolou je osobnost duchovního. Je v podstatě jedno jestli je oním duchovním římskokatolický, evangelický či husitský farář, ale je velmi důležité, respektovat pacientovo vyznání a určitý směr náboženství nevnucovat. Ze zkušeností z LDN vím, že pacientům se jedná často spíše o duchovní rozpravu než o teologický směr daného duchovního.

Samozřejmostí je, že se duchovní se začátkem svého působení na půdě léčebny stává součástí ošetrovatelského týmu. To, že hluboce věřící pacienti mají možnost obrátit na duchovního, je často prvním krokem k úspěšnému zvládnutí jejich problému, popřípadě k navázání hlubší spolupráce při terapii s ostatními pracovníky v léčebně. Pastorační terapeut by měl tedy znát alespoň základní anamnézy pacientů a být tak zasvěcen do náhledu na jejich zdravotní stav. Společné výstupy lékaře, psychologa, speciálního pedagoga, duchovního a dalších spolupracovníků dávají širší možnost pomoci pacientovi překonat jeho často neblahý somatický i psychický stav.

Tuto duchovní instituci velice vítají i příbuzní našich pacientů a často žádají, nemají-li tu možnost, aby při terminální části pacientova života, byl přítomný právě pastorační pracovník.

12. Shrnutí a závěr

Cílem této diplomové práce bylo zmapovat prostředí léčebny dlouhodobě nemocných a obeznámit tak stávající ale i budoucí odborníky z řad psychopedie s tímto prostředím, ve kterém se otevírá nové pole jejich působnosti. Z práce je patrné, že v nemocničním prostředí není pacient léčen pouze po stránce medicínské, ale je mu poskytována péče komplexní. Úkolem této práce bylo také změnit neblahý náhled na tento druh zařízení a pokusit se o zbourání mnoha mýtů typu, že léčebny dlouhodobě nemocných jsou jen pouhá odkladiště pro nepotřebné pacienty, levnými „umírárnami“ a podobně. Institut speciálního pedagoga by se měl stát pevnou součástí týmu specialistů, kteří na tomto oddělení působí. Jeho role je nezastupitelná zejména při nápravách poruch kognitivních funkcí a to hlavně u pacientů s diagnostikovanou demencí.

Z uvedených případových studií (kazuistik) je patrná rozmanitá struktura pacientů, jenž jsou zde hospitalizováni. LDN v Bohnicích je primárně nepsychiatrické pracoviště spadající pod interní oddělení. Vzhledem k průměrnému věku pacientů okolo 83 let, se zde však setkáváme hlavně s pacienty s přítomností více diagnóz současně a to i psychiatrických jako např. demence. Všichni pacienti jsou odkázáni na celodenní zdravotně-ošetrovatelskou péči, péči rehabilitační, resocializační a lékařskou. Inkontinence dosahuje téměř 90%, úplná imobilita 80%.

Jedním z mnoha specifíků této léčebny je motivování pacientů a jejich blízkých ke spoluúčasti při péči a způsobu vlastního života. Velikým problémem je však financování a přístup některých příbuzných našich pacientů. Tuto situaci však možná vyřeší realizace nového Zákona o sociální péči, v jehož intencích by mohla být i ústavní zdravotní péče hrazena ze tří zdrojů: pacientem, státním příspěvkem na péči a zdravotní pojišťovnou. Tak by se vyřešila etická disproporce pobírání sociální dávky státu a zároveň duplicitní čerpání peněz z veřejného zdravotního pojištění i na „živobytí“.

Doufám, že se má práce stane vítaným pomocníkem i průvodcem světem pacientů z léčeben dlouhodobě nemocných.

13. Použitá literatury a prameny

- 1) HOLMEROVÁ, I. a kol.: *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Praha: ČASL 2003. ISBN 80-86541-12-6
- 2) ZAVÁZALOVÁ, H. a kol.: *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. Praha: Karolinum 2001. ISBN 80-246-0326-8
- 3) PLEVOVÁ, J., BOLELOUCKÝ, Z.: *Psychofarmakoterapie vyššího věku*. Praha: Grada 2000. ISBN 80-7169-959-4
- 4) DASS, R.: *Stále tady-Přijímání stárnutí, změn a smrti*. Praha: PRAGMA 2002. ISBN 80-7205-882-7
- 5) KALVACH, Z. a kol.: *Gerontologie obecná a aplikovaná*. Praha: Karolinum 1997. ISBN 80-7184-366-0
- 6) RŮŽIČKA, E. a kol.: *Diferenciální diagnostika a léčba demencí*. Praha: Galén 2003. ISBN 80-7262-205-6
- 7) KOUKOLÍK, F., JIRÁK, R.: *Alzheimerova nemoc a další demence*. Praha: Grada 1998. ISBN 80-7169-615-3
- 8) MATOUŠEK, O.: *Ústavní péče*. Praha: SLON 1999. ISBN 80-85850-76-1
- 9) HOLMEROVÁ, I. a kol.: *Alzheimerova nemoc v rodině*. Praha: Pfizer 2004. ISBN 80-85800-96-9
- 10) NIETZSCHE, F.: *Genealogie morálky*. Praha: Aurora 2002. ISBN 80-7299-048-9
- 11) TOPINKOVÁ, E.: *Jak správně a včas diagnostikovat demenci*. Praha: UCB Pharma 1999. ISBN 80-238-4913-1
- 12) ŘEHOŘ, K., BRICHTA, P.: *Stáří – důstojná etapa života*. M. Lázně: PROPAGACE 2002.
- 13) GEIST, B.: *Psychologický slovník*. Praha: Vodnář 2000. ISBN 80-86226-07-7
- 14) WHO.: *Slovník psychiatrických termínů*. Praha: Psychiatrické centrum Praha 1998. ISBN 80-85121-78-6
- 15) RHEINWALDOVÁ, E.: *Novodobá péče o seniory*. Praha: Grada 1999. ISBN 80-7169-828-8
- 16) ZGOLA, J. M.: *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada 2003. ISBN 80-247-0183-9
- 17) STUART-HAMILTON, I.: *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál 1999. ISBN 80-7178-274-2

- 18) JIRÁK, R., KOUKOLÍK, F.: *Demence*. Praha: Galén 2004. ISBN 80-7262-268-4
- 19) NAKONEČNÝ, M.: *Úvod do psychologie*. Praha: Academia 2003. ISBN 80-200-0993-0
- 20) PIDRMAN, V.: *Demence pro praktické lékaře*. Praha: MAXDORF 2005. ISBN 80-7345-052-6
- 21) BUIJSSEN, H.: *Demence – průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Praha: Portál 2006. ISBN 80-7367-081-X
- 22) WALSH, D.: *Skupinové hry a činnosti pro seniory*. Praha: Portál 2005. ISBN 80-7178-970-4
- 23) KALVACH, Z., ONDERKOVÁ, A.: *Stáří – pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén 2006. ISBN 80-7262-455-5
- 24) PIDRMAN, V, KOLIBÁŠ, E.: *Změny jednání seniorů*. Praha: Galén 2005. ISBN 80-7262-363-X
- 25) HAŠKOVCOVÁ, H.: *Lékařská etika*. Praha: Galén 1997. ISBN 80-85824-54-X
- 26) OPATRNÝ, A.: *Pastorace v postmoderní společnosti*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství 2001. ISBN 80-7192-557-8
- 27) VÁGNEROVÁ, M.: *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál 2004. ISBN 80-7178-802-3
- 28) LECHTA, V.: *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál 2005. ISBN 80-7178-961-5

webové odkazy:

www.plbohnice.cz

www.gerontologie.cz

www.alzheimer.cz

www.gerontocentrum.cz

www.pecujici.cz

www.stari.cz

www.pacienti.cz

14. Seznam příloh

- příloha A** Screeningové vyšetření u pacienta s podezřením na demenci
- příloha 1** Test psychických funkcí – Mini-Mental State Examination (MMSE)
- příloha 2** Test kreslení hodin – Clock test - pokyny a vyhodnocení
- příloha 2a** Test kreslení hodin – Clock test - testová předloha
- příloha 3** Škála deprese pro geriatrické pacienty
- příloha 4** Ischemické skóre podle Hachinského
- příloha 5** Barthelův test všedních činností – Activities of Daily Living (ADL)

15. Fotogalerie



Budova Léčebny dlouhodobě nemocných v Psychiatrické léčebně v Bohonicích.



Chodba je opatřena madly usnadňujícími pohyb pacientů. Na chodbě se také provádí rehabilitace a nácvik chůze.



Pokoje pacientů jsou vybaveny moderními elektricky polohovatelnými postelími.



Společenská místnost sloužící i jako jídelna a prostor pro pracovní terapii.



Vana je opatřena zdvihovým ramenem pro snazší manipulaci s pacienty.



Sprchový kout se speciální sprchovací židlí.