

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

2. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetrovatelství

Milena Cihrová

**Ošetrovatelský proces u pacienta
s diagnózou Alzheimerova choroba**

Bakalářská práce

Praha 2009

Autor práce: **Milena Cihrová**

Vedoucí práce: **PhDr. Šárka Tomová**

Oponent práce: **prim. MUDr. Jan Štěpán**

Datum obhajoby: červen 2009

Hodnocení: viz příloha

Bibliografický záznam

CIHROVÁ, Milena. *Ošetrovatelský proces u pacienta s diagnózou Alzheimerova choroby*. Praha: Univerzita Karlova, 2. lékařská fakulta, Ústav ošetrovatelství, 2009.

70 s. Vedoucí bakalářské práce PhDr. Šárka Tomová

Anotace

Tématem této bakalářské práce je ošetrovatelský proces u pacientky s diagnózou Alzheimerova choroba. Práce je rozdělena na dvě části - teoretickou a praktickou. V první, teoretické části je stručně popsána fyziologie nervového systému. Dále jsou zde popsány druhy paměti a poruchy paměti. Následuje kapitola o demenci, mezi kterou řadíme i Alzheimerovu chorobu. Je zde popsáno rozdělení demencí, příznaky a stádia demence.

Poslední kapitola teoretické části je věnována Alzheimerově chorobě, její historii, klinickému obrazu, příčinám a faktorům, které ji ovlivňují, diagnostice a léčbě.

Druhá, praktická část se zabývá samotným ošetrovatelským procesem u pacientky. V úvodu této části je shrnutí ošetrovatelského procesu a modelu Marjory Gordonové, podle kterého je zpracována ošetrovatelská část. Dále jsou zde uvedeny základní informace o pacientce, průběh hospitalizace, terapie, přehled vyšetření a také ošetrovatelské diagnózy, které vystihují aktuální potíže a potencionální rizika pro pacientku.

V závěru práce je uvedeno několik praktických rad pro ty, kteří pečují o nemocné s Alzheimerovou chorobou, také celkové shrnutí průběhu hospitalizace a zhodnocení stavu pacientky.

Klíčová slova

Alzheimerova choroba, demence, kognitivní funkce, neurotransmitery, acetylcholin, ošetrovatelský proces, model Marjory Gordonové

Annotation

The subject of this work is the nursing process for patients with a diagnosis of Alzheimer's disease. The work is divided into two parts - theoretical and practical. In the first, theoretical part is a brief description of the nervous system physiology. There are also described the types of memory and memory disorders. Here is a chapter on dementia, which include the Alzheimer's disease.

It described the distribution of dementia, symptoms and stages of dementia.

The last chapter is devoted to the theoretical part of Alzheimer's disease, its history, clinical picture, causes and factors that affect it, diagnosis and treatment.

The second, practical part deals with the actual process of ošetrovatelským patients. At the beginning of this section is a summary of nursing process and Marjory Gordon model, which is processed part of nursing. There are also given basic information about the patient, the course of hospitalization, treatment, examination and survey of nursing diagnoses, which reflect the current problems and potential risks to the patient.

In conclusion, this work is some practical advice for those who care for patients with Alzheimer's disease, a summary of the overall course of hospitalization and to assess the extent of the patient.

Keywords

Alzheimer's disease, dementia, cognitive function, neurotransmitters, acetylcholine, nursing process, model Marjory Gordon

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla umístěna v Ústřední knihovně UK a využívána ke studijním účelům.

V Praze dne 3. dubna 2009

Milena Cihrová

Poděkování

Děkuji vedoucí práce PhDr. Šárce Tomové za vedení mé práce, za ochotu, trpělivost, čas a rady, které mi věnovala. Mgr. Tereze Koláčné děkuji za cenné připomínky a informace.

Ráda bych také poděkovala vrchní sestře, Květoslavě Simmerové, z LDN I v Motole za umožnění odborné stáže v rámci této práce, staniční sestře Jaroslavě Uhrové a celému kolektivu z 2. stanice LDN I za ochotu a vstřícnost.

OBSAH

ÚVOD	10
TEORETICKÁ ČÁST	11
1. NERVOVÝ SYSTÉM	11
1. 1 NEURON.....	11
1. 1. 1 Stavba neuronu:.....	11
1. 1. 2 Rozdělení neuronů.....	12
1. 2 PODPŮRNÉ BUŇKY.....	12
1. 3 MYELINOVÁ POCHVA.....	12
1. 4 PŘENOS INFORMACÍ.....	13
1. 5 SYNAPSE.....	13
1. 6 PŘENAŠEČE.....	14
1. 6. 1 Acetylcholin.....	14
1. 6. 2 Monoaminy.....	14
1. 6. 3 Aminokyseliny.....	14
2. PAMĚŤ	15
2. 1 STÁDIA PAMĚŤOVÉHO PROCESU.....	15
2. 1. 1 Vštěpování.....	15
2. 1. 2 Uchování.....	15
2. 1. 3 Vybavování.....	16
2. 2 DRUHY PAMĚTI.....	16
2. 2. 1 Krátkodobá paměť.....	16
2. 2. 2 Dlouhodobá paměť.....	17
2. 2. 3 Deklarativní paměť.....	17
2. 2. 4 Nedeclarativní paměť.....	18
2. 3 PORUCHY PAMĚTI.....	18
3. DEMENCE	20
3. 1 ROZDĚLENÍ DEMENCÍ.....	20
3. 1. 1 Atroficko - degenerativní demence.....	20
3. 1. 2 Ischemicko - vaskulární demence.....	21
3. 1. 3 Sekundární demence.....	21
3. 2 NĚKTERÉ DRUHY DEMENCÍ.....	22
3. 3 DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA DEMENCE.....	23
3. 4 STÁDIA DEMENCE.....	23
3. 5 TYPICKÉ PŘÍZNAKY PRO DEMENCI.....	23
4. ALZHEIMEROVA CHOROBA	24
4. 1 HISTORIE.....	24
4. 2 KLINICKÝ OBRAZ.....	25
4. 3 PŘÍČINY VZNIKU.....	26
4. 4 RIZIKOVÉ A PROTEKTIVNÍ FAKTORY.....	27
4. 5 DIAGNOSTIKA.....	27
4. 6 TERAPIE.....	28
4. 6. 1 Farmakoterapie kognitivních funkcí.....	28
4. 6. 2 Farmakoterapie nekognitivních poruch.....	30
4. 6. 3 Nefarmakologické přístupy v léčbě.....	31

PRAKTICKÁ ČÁST	32
5. OŠETŘOVATELSKÝ PROCES.....	32
5. 1 OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA	33
5. 2 OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA	33
5. 3 PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE.....	33
5. 4 REALIZACE PLÁNU	34
5. 5 ZHODNOCENÍ EFEKTU	34
6. MARJORY GORDONOVÁ: MODEL FUNKČNÍCH VZORCŮ ZDRAVÍ.....	34
7. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST	37
7. 1 ZÁKLADNÍ ÚDAJE O PACIENTCE.....	37
7. 2 ANAMNÉZA	37
7. 3 STAV PŘI PŘIJETÍ	38
7. 4 PRŮBĚH HOSPITALIZACE	40
7. 5 FARMAKOTERAPIE	42
7. 6 PŘEHLED VYŠETŘENÍ	45
7. 7 OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA	47
7. 8 PŘEHLED OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ	51
7. 9 PRAKTICKÉ RADY PRO PEČOVATELE	63
ZÁVĚR.....	67
POUŽITÁ LITERATURA.....	68
SEZNAM PŘÍLOH.....	70

ÚVOD

Pro zpracování své bakalářské práce jsem si vybrala ošetrovatelský proces u pacientky s Alzheimerovou chorobou. Toto onemocnění jsem si zvolila jednak z důvodu jeho aktuálnosti a také z důvodu nedostatečné informovanosti o tomto onemocnění, zejména mezi laiky. Většina veřejnosti totiž na otázku, co je Alzheimerova choroba, po chvíli zamyšlení odpoví rádo by vtípnou definicí, ovšem konkrétně odpovědět na tuto otázku není schopen nikdo, nebo jen málokdo.

Vzhledem k četnosti výskytu demence obecně se o ní již v některé literatuře s trochou nadsázky zmiňují jako o epidemii třetího tisíciletí.

Alzheimerova choroba je vůbec nejčastější forma demence. Odhaduje se, že v současné době ji trpí na celém světě 17 - 25 milionů lidí. V Evropské unii se prevalence uvádí mezi 5 - 7%, což znamená asi 3 - 4 miliony postižených. S prodlužujícím se věkem a tudíž rostoucím počtem starších osob v populaci se její výskyt trvale zvyšuje. (10, 11)

Výjimečně může postihnout i jedince mladší 50 let, nejčastěji se ale vyskytuje ve věkové skupině nad 65 let. Poté prevalence prudce stoupá tak, že se zdvojnásobuje každých 5 let; z 1,5 - 2% ve věkové skupině 65letých, na 4% u 70letých, na 8% u osob po 75. roce života, dokonce na 20 - 40% ve věkové skupině nad 85 let. Podle odhadů trpí Alzheimerovou chorobou u nás minimálně 70 000 - 90 000, ale možná až 130 000 - 160 000 lidí. (10, 11)

U tohoto onemocnění je velkým problémem to, že je často diagnostikováno až v pokročilém stádiu, protože počáteční stádium je často mylně spojováno s přirozenými projevy stárnutí. Proto by měl důležitou roli při vyhledávání postižených osob hrát praktický lékař. Ten má optimální pozici pro včasný záchyt tohoto onemocnění, vzhledem k tomu, že je se svými pacienty v užším kontaktu než mnozí jiní lékaři. Navíc díky jednoduchým testům má příležitost zhodnotit kognitivní funkce nebo například schopnost vykonávat běžné denní aktivity.

Pokud se nezmění postoj k tomuto závažnému onemocnění, stane se jistě brzy obrovským ekonomickým, společenským i sociálním problémem.

TEORETICKÁ ČÁST

1. NERVOVÝ SYSTÉM

Nervový systém se rozděluje na **centrální nervový systém (CNS)**, který je tvořen *mozkem* uloženým v lebce a *míchou*, která prochází páteřním kanálem a **periferní nervový systém (PNS)**, což je část nervového systému ležící mimo CNS, je tvořen hlavně nervy vycházejícími z mozku a míchy. *Kraniální (hlavové) nervy* vedou signály do mozku a z mozku, zatímco *spinální (míšňní) nervy* do míchy a z míchy. Periferní nervy slouží jako komunikační linky, propojující všechny části těla s centrálním nervovým systémem.

Nervový systém je tvořen 2 hlavními typy buněk: *neurony* - vzrušivými nervovými buňkami, které přenášejí elektrické signály a *podpůrnými buňkami* - nevzrušivými, jež obklopují a obalují neurony. (12)

1.1 NEURON

Nervová buňka je základní stavební jednotkou nervového systému. Přijímá a předává informace ve formě vzruchových aktivit. Jsou to vysoce specializované buňky, které vedou elektrické signály z jedné části těla do druhé. Kromě schopnosti vést elektrické signály, mají neurony i další *specifické vlastnosti*:

1. jsou extrémně dlouhověké, mohou žít a fungovat po celý lidský život
2. nedělí se - pokud jsou zničeny, nemohou být nahrazeny
3. mají mimořádně vysoký metabolický obrat, potřebují nepřetržité a bohaté

zásobování kyslíkem a glukózou, neurony bez přísunu kyslíku nemohou přežít déle než pár minut (12, 16)

1.1.1 Stavba neuronu:

- *buněčné tělo*, které je tvořeno jedním jádrem obklopeným cytoplazmou
- *výběžky neuronu*, které vybíhají z těla neuronu, rozeznáváme 2 typy: **dendrity**, což jsou krátké výběžky, které přijímají informace a **axon (neurit)**, což je výběžek neuronu specializovaný pro vedení vzruchu, na rozdíl od dendritů je axon jen jeden a je obalen myelinovou pochvou.

Místo, kde z těla neuronu odstupuje axon se nazývá **axonový hrbolek**. **Nervová zakončení** (koncová cibulka nebo axonální knoflík) tvoří konečný, výstupní úsek axonu, specializovaný k uvolňování synaptických mediátorů. Tyto struktury jsou v kontaktu s těly nebo dendrity jiných neuronů a tvoří speciální druh buněčného spojení nazývaný **synapse**. (12, 16)

1. 1. 2 Rozdělení neuronů

Neurony se dělí *podle počtu výběžků* na **multipolární, bipolární, unipolární**.

Podle funkce se neurony dělí na **senzitivní (smyslové) neurony**, neboli *aférentní neurony* (přenášejí impulsy z PNS do CNS), **motorické neurony**, neboli *eferentní neurony* (vedou impulsy z CNS k efektorům - svaly a žlázy) a **interneurony**, neboli *přidružené neurony* (leží mezi motorickými a senzitivními, tvoří nejpočetnější skupinu nervových buněk). (12, 13, 16)

1. 2 PODPŮRNÉ BUŇKY

Tvoří podpůrnou kostru pro neurony v nervové tkáni. Podpůrné buňky v CNS nazýváme *neuroglie* nebo gliové buňky, v PNS jsou 2 druhy podpůrných buněk a to *satelitní* a *Schwannovy buňky*. (12, 16)

1. 3 MYELINOVÁ POCHVA

Myelinová pochva tvoří izolační vrstvu bránící úniku elektrického proudu z axonu a zvyšuje rychlost vedení impulsu. V PNS je tato pochva tvořena Schwannovými buňkami, v CNS ji tvoří oligodendrocyty. V myelinové pochvě jsou zářezy, nazývané Ranvierovy zářezy. (12, 16)

1.4 PŘENOS INFORMACÍ

Přenos informací v nervovém systému se uskutečňuje pomocí tzv. *akčních potenciálů* nebo pomocí specifických molekul, tzv. *neurotransmiterů*. V centrálním nervovém systému (CNS) jde o kombinaci obou těchto možností. Přenos informace by nebyl možný bez **klidového membránového potenciálu (KMP)**. Klidovým membránovým potenciálem rozumíme rozdíl elektrického potenciálu (elektrického napětí) mezi vnějškem a vnitřkem buněčné membrány. Jeho hodnota je asi -70 až -90 mV. Výsledkem KMP je kladný náboj vně buněčné membrány a záporný uvnitř. Při tomto stavu je membrána polarizovaná.

Pokud dojde k tzv. místnímu podráždění membrány, dojde ke změnám membránového potenciálu ve formě buď depolarizace nebo hyperpolarizace. Hyperpolarizace je vždy svázána s útlumem (inhibicí), depolarizace membrány dává vznik **akčnímu potenciálu** (vzruchu).

Akční potenciál je krátká výrazná změna v membránovém potenciálu. Podstatou akčního potenciálu je šíření místních elektrických proudů, které dráždí sousední úsek axonu. (12, 13, 16)

1.5 SYNAPSE

Představuje funkční kontakt, kde dochází ke vzájemné komunikaci mezi neurony. Jde o buněčné spojení zprostředkující přenos informací od jednoho neuronu k druhému.

Neuron přivádějící signál na synapsi se nazývá **presynaptický neuron**. Neuron, který přenáší elektrickou aktivitu od synapse se nazývá **postsynaptický neuron**. Většina neuronů funguje zároveň jako presynaptické (informace posílající) buňky i jako postsynaptické (informace přijímající) buňky. Dostávají informace od jedněch neuronů a odesílají je jiným.

Axonální zakončení, tvořící presynaptickou část, obsahuje **synaptické vezikuly**. To jsou váčky naplněné neurotransmiterem, tedy molekulami látky, která umožňuje přenášet signály přes synaptickou štěrbinu.

Synapse funguje tak, že když po axonu presynaptického neuronu dorazí impuls, je to znamením pro synaptické váčky, aby splynuly s presynaptickou membránou. Uvolněné molekuly neurotransmiteru se pak šíří přes synaptickou štěrbinu a váží se na postsynaptickou membránu. Tato vazba změní náboj membrány postsynaptického neuronu, což způsobí vznik nervového impulsu nebo akčního potenciálu v tomto neuronu.

Podle účinku na postsynaptické neurony *rozlišujeme synapse na 2 typy*: excitační (budivé) synapse a inhibiční (tlumivé) synapse.

Aktivace *excitační synapse* vyvolává na postsynaptickém neuronu změny, které zvyšují pravděpodobnost vzniku akčního potenciálu. Aktivace *inhibiční synapse* vyvolává na postsynaptickém neuronu změny, které snižují pravděpodobnost, že na neuronu vznikne akční potenciál. (12, 13, 16)

1. 6 PŘENAŠEČE

Jsou to chemické látky, vylučované nervovými buňkami, které umožňují přenos elektrického vzruchu z jednoho neuronu na druhý.

Z chemického hlediska můžeme rozdělit přenašeče do 3 skupin: *Acetylcholin*, *monoaminy*, *aminokyseliny*. (13, 16)

1. 6. 1 Acetylcholin

Je nejrozšířenějším přenašečem (neurotransmitterem). Je uložen v synaptických váčcích (vezikulech). V každém váčku je uloženo 10 - 20 tisíc molekul acetylcholinu. Toto množství se označuje jako kvantová jednotka (kvantum). Z těchto váčků se uvolňuje při akčním potenciálu na presynaptické membráně. Acetylcholin je rychle rozkládán enzymem cholinesterázou uloženou v postsynaptické membráně. Acetylcholinové receptory jsou dvojího typu: *a) nikotinové receptory*, kde účinek acetylcholinu napodobují nízké koncentrace nikotinu, *b) muskarinové receptory*, kde účinek napodobuje muskarin. (13, 16)

1. 6. 2 Monoaminy

Zahrnují 2 typy přenašečů: *katecholaminy* (dopamin, noradrenalin, adrenalin) a *indolalkylaminy* z nichž nejdůležitější je serotonin.

Dopamin má důležitou roli v motorických funkcích mozku. Serotonin se účastní procesů, které se podílejí na vzniku nálad; jeho nedostatek způsobuje změny nálad, celkově deprese, podrážděnost až agresivitu, eventuelně poruchy spánku; má také vliv na svalové napětí.

(12, 15)

1. 6. 3 Aminokyseliny

Jsou 3: kyselina glutamová, kyselina γ - aminomáselná (GABA) a glycin.

GABA je přímo zodpovědná za regulaci svalového napětí. (13, 16)

2. PAMĚŤ

Paměť je jednou z nejdůležitějších vlastností živých organismů. Je to psychická funkce, kterou lze charakterizovat jako schopnost přijímat, uchovávat a vybavovat minulé vjemy, děje a poznatky. Paměť je předpokladem učení a komunikace. Díky paměti udržujeme kontinuitu našeho každodenního života.

2.1 STÁDIA PAMĚŤOVÉHO PROCESU

Jde o proces vštěpování (ukládání) do paměti, uchovávání a vybavování informací.

2.1.1 Vštěpování

Informace do paměti ukládáme v různé formě a to *vizuální, akustické nebo sémantické*. *Vizuální forma ukládání* spočívá v tom, že to, co vidíme a máme si zapamatovat, pozorně prohlédneme vcelku i část po části, jako kdybychom si to v duchu kreslili. *Akustická forma*: to co si máme zapamatovat nahlas nebo v duchu vyslovujeme, akustická forma je pro zapamatování výhodná a proto jí dáváme často přednost i tehdy, když si máme zapamatovat vizuální materiál. Naopak pro děti je výhodnější vizuální forma. *Sémantická forma*: ukládáme význam informace, zatímco její akustická i vizuální podoba mají jen pomocnou, vedlejší úlohu. (5, 22)

2.1.2 Uchování

Pro uchování je efektivní, když jsou informace v nějakém smysluplném celku. Snadněji vybavitelné a reprodukovatelné jsou informace, které pro nás mají význam - ten je dán motivací, osobními potřebami či spojením se silnějším citovým zážitkem. Dále si lze lépe zapamatovat to, co se člověk učí záměrně systematicky, promyšlením učiva a spojováním s příklady a s praxí. Naopak mechanicky vštípené informace z paměti rychleji mizí, nelze je vybavovat.

Musí se ovšem počítat s úbytkem, protože s uchováváním také začíná **proces zapomínání**. Nejvíce se zapomíná v prvních hodinách po vštípení do paměti, oproti tomu množství zapomenutého po 5 dnech a po měsíci se již významně neliší. Zpravidla hodně zapomínáme to, co nás nezajímá (také to, co považujeme za nedůležité a zbytečné), čemu jsme dobře neporozuměli, nebo co jsme si dostatečně neopakovali a čeho nevyužíváme v praxi.

Naopak to, co je zajímavé, co jsme logicky zpracovali a čeho občas užíváme, dokážeme si pamatovat po léta nebo dokonce po celý život. Nepoužívané informace jsou během zapomínání překryty jinými. (3, 5, 14, 22)

2. 1. 3 Vybavování

Výborně se vybavuje to, na co jsme přišli sami, co dovedeme vyjádřit vlastními slovy, případně i aplikovat v praxi. (22)

Co si většina lidí pamatuje:

- 10% z toho, co čtou
- 20% z toho, co slyší
- 30% z toho, co vidí
- 50% z toho, co slyší a vidí
- 70% z toho, co říkají
- 90% z toho, co dělají (22)

2. 2 DRUHY PAMĚTI

2. 2. 1 Krátkodobá paměť (STM - short term memory)

Pro krátkodobou paměť je typické, že je přechodná. Lze ji charakterizovat jako druh paměti, která uchovává informaci dočasně, dokud není zapomenuta nebo uložená do dlouhodobé paměti. Krátkodobá paměť je důležitá, protože je prvním krokem k trvalému uchování informací. (5, 14)

Dále se dělí na okamžitou a pracovní paměť.

Okamžitá paměť odpovídá tomu, co je aktivně udržováno v naší mysli od chvíle, co jsme se s informací poprvé setkali. Je závislá na naší aktuální pozornosti. Kapacita okamžité paměti je omezená, může obsáhnout pouze omezené množství položek (pravděpodobně 5 - 9).

Pokud není informace aktivně opakována, uchová se maximálně 30 sekund. Pokud však dojde k aktivnímu opakování informace po několik minut, informace není zapomenuta, ale převládá delší dobu. Toto rozšíření okamžité paměti se označuje jako **pracovní paměť**. Informace z pracovní paměti může být buď uložena do dlouhodobé paměti, nebo bude zapomenuta.

Pracovní paměť je dočasná, obvykle trvá minuty. Kapacitou a trváním má charakter na rozhraní mezi krátkodobou a dlouhodobou pamětí, častěji je však klasifikována jako druh krátkodobé paměti. (5, 14, 15)

Zvláštním typem krátkodobé paměti je **paměť ikonická**. Pokud zavřeme oči, umožňuje nám ještě chvíli vidět obraz, který jsme vnímali krátce před zavřením očí. Tato paměť může mít velkou kapacitu a v případě sluchového systému ji nazýváme **echoickou pamětí**. (5, 15)

2. 2. 2 Dlouhodobá paměť (LTM - long term memory)

Dlouhodobou paměť je považována za určitou formu víceméně trvalého archivu, kde jsou uloženy informace získávané po celý život, tedy novějšího i staršího data.

Uchovává již od dětství známé informace typu: jak a kde člověk vyrůstal, jména příbuzných, jméno prvního učitele ve škole aj.

Její kapacita je hypoteticky neomezená. Vštěpování informace do dlouhodobé paměti trvá přibližně 30 minut, a může probíhat buďto záměrně (např. mechanickým opakováním), nebo bezděčně. (5, 14, 15)

2. 2. 3 Deklarativní paměť

Vztahuje se k vědomému vybavování uložených informací buď osobního rázu (vzpomínky na prožité události, zážitky apod.), nebo obecně deklarativního faktografického materiálu (zeměpisné znalosti, dějiny, slovní zásoba, matematické rovnice aj.).

Vlastní deklarativní paměť je to, co si dovedeme vědomě vybavit, na co si můžeme vědomě vzpomenout a co dovedeme popsat (proto se také označuje jako paměť *explicitní*).

Deklarativní paměť se dělí na paměť sémantickou a epizodickou.

Epizodická paměť uchovává prostorové i časové údaje, které mají vztah ke konkrétní události, slouží tedy k zapamatování událostí a příběhů. Je citlivá na běh času, a pokud v hlavních bodech nebo alespoň po jednotlivých událostech není pravidelně vyvolávána nebo opakována, je stále rozmazanější. Epizodická paměť je snadno artikulovatelná, tzn. může být popsána slovy, ale její obsah se týká spíše událostí ze života jednotlivce než všeobecné znalosti. Její součástí je tzv. zdrojová paměť - paměť na to, kdy a kde byla informace získána.

Sémantická paměť je paměť na znalosti a faktické informace. Týká se tedy všeobecných znalostí o světě v celé jeho rozmanitosti. Netýká se specifických událostí v životě nebo zkušenosti jednotlivce. Stejně jako epizodická paměť je snadno artikulovatelná a může být vyjádřena slovy. (5, 14, 15)

2. 2. 4 Nedeklarativní paměť

Není přístupná vědomému vybavení a nedokážeme ji popsat, také se jí říká paměť *implicitní* nebo také *procedurální*. Vyznačuje se tím, že jejím obsahem jsou motorické dovednosti (např. jízda na kole, plavání).

Uchovává informace typu „vědět jak“, podobně jako u deklarativní paměti se motivací a učením její výkonnost zvyšuje. (5, 14, 15)

2. 3 PORUCHY PAMĚTI

Paměť je založena na schopnosti mozku ukládat, uchovávat a vybavovat informace. Porucha paměti může být tedy způsobena postižením jednoho nebo více těchto kroků. Z toho vyplývá, že postižení může mít různou formu i klinické příznaky.

Amnézie

Amnézie je porucha nebo ztráta deklarativní paměti způsobená vlivem silného citového, psychického nebo traumatizujícího zážitku.

Může dojít k úplné (totální) nebo částečné (ostrůvkovité), při které dochází ke ztrátě paměti na určité období.

Rozlišují se 3 druhy amnézie:

- *retrogradní*: dochází ke ztrátě poznatků a vzpomínek, které předcházely amnézii
- *anterogradní*: neschopnost zapamatovat si nové poznatky a informace
- *dětská*: neschopnost vybavit si vzpomínky na první roky života, příčin může být několik (např. vzpomínky na toto období jsou tak úzkostné, že jsou vytěsněny do nevědomí)

Hypomnézie

Porucha paměti, kdy je snižena paměťová výkonnost. Vzniká na podkladě poruchy vstřípivosti a někdy vede až k totální dezorientaci. Vyskytuje se u vaskulárních demencí, Alzheimerovy choroby, alkoholické demence, při psychických poruchách. Setkáváme se s ní také při únavě.

Hypermnézie

Zvýšená výbavnost paměti, kdy dochází k nepřiměřenému zapamatování určitého selektivního obsahu. Vyskytuje se u neuróz, nejčastěji při požití alkoholu, kdy je větší výbavnost na úkor kvality.

Paramnézie

Porucha přesnosti a spolehlivosti paměti, při které dochází ke vzpomínání na události, které se nestaly. Dotyčný má pocit, že je to v pořádku.

Konfabulace

Při poruchách paměti vyplňuje dotyčný mezery v paměti smyšlenkami a je zcela přesvědčen o jejich skutečnosti. Není to lhaní. Konfabulace jsou velmi nestálé a měnlivé. Již za několik minut můžeme dostat jinou odpověď, protože dotyčný si to nepamatuje. S konfabulacemi se setkáváme u demencí, zejména u alkoholické demence.

Výpadky paměti

Nemusí být známkou choroby, dochází k výpadku určitého údaje v paměti. K výpadkům paměti dochází nejčastěji při nervozitě nebo rozčilení. (5, 21)

Mezi nejčastější příčiny poruch nebo ztráty paměti patří vedlejší účinky různých léků, užívání drog nebo alkoholu. Další častou příčinu tvoří **demence**.

3. DEMENCE

Pojem demence vznikl spojením latinských slov *de* (bez) a *mens* (vědomí, mysl, rozum). Demence jsou choroby, u kterých dochází k výrazným poruchám paměti. Rovněž je postiženo myšlení, orientace, chápání, uvažování, schopnost učení, početní schopnosti, řeč a úsudek (tzv. kognitivní - poznávací funkce). Toto zhoršení kognitivních funkcí je dříve nebo později provázeno narušením chování, emocí, mohou se objevit depresivní stavy. V průběhu demence dochází nejprve k nenápadné, ale progredující redukci původních aktivit a zájmů, později se přidružuje ztráta soběstačnosti, sociálních a hygienických návyků a nakonec i schopnosti komunikace a samostatného pohybu. Je to onemocnění s individuálním nástupem, charakterem zhoršování kognitivních funkcí i charakteristickými klinickými a patologickými rysy, které je odlišují od poruch paměti a intelektu z jiných příčin.

Paměť je u demence postižena charakteristicky nerovnoměrně. Zejména v počátcích dominuje postižení vstřípivosti paměti a v důsledku toho je více postiženo zapamatování nového. Naopak paměť starých informací bývá nejprve zachována a její vyhasínání je neklamnou známkou progresu demence. (6, 10, 11)

Incidence demence (počet nově zjištěných případů onemocnění v daném časovém období v populaci) se pohybuje v populaci starší 65 let okolo 10 případů na 1000 lidí za rok. Nad 85 let je to již 90 případů na 1000 jedinců za rok. Prevalence (počet všech případů v populaci, tedy souhrn nově zjištěných i již dříve diagnostikovaných případů) se výrazně zvyšuje s věkem. Ve věku 65 let je výskyt demence asi u 2 - 5% populace, ve věku 80 let je to asi 20 - 30%. (10, 11)

3.1 ROZDĚLENÍ DEMENCÍ

Demence lze rozdělit dle příčiny do 3 základních skupin:

- a) *primárně degenerativní (atroficko - degenerativní) demence*
- b) *ischemicko - vaskulární demence* (vznikají jako důsledek cévních postižení mozku)
- c) *symptomatické (sekundární) demence* (9)

3.1.1 *Atroficko - degenerativní demence*

- Alzheimerova choroba (nejčastější demence vůbec)
- nemoc s Lewiho tělísky - je pokládána za variantu Alzheimerovy choroby
- demence při Parkinsonově chorobě

- Huntingtonova chorea
- Pickova choroba
- další, vzácně se vyskytující demence (9)

3. 1. 2 Ischemicko - vaskulární demence

Jsou způsobeny kombinací faktorů, které vedou k nedostatečnému prokrvení a okysličení mozkové tkáně a ke snížení mozkové látkové přeměny. Mezi tyto faktory patří především cévní poruchy (uzávěry mozkových tepen způsobené cévními trombózami, nebo zvýšená srážlivost krve). Patří sem:

- multiinfarktová demence (vzniká na podkladě mnohočetných infarktů mozkové kůry)
- vaskulární demence s náhlým začátkem (vzniká na podkladě infarktu v mozkových oblastech významných pro paměť), jinak stejný obraz i průběh jako multiinfarktová demence
- Binwangerova choroba (vzniká především na podkladě vysokého krevního tlaku)
- další, vzácné typy vaskulární demence (9)

3. 1. 3 Sekundární demence

Tyto demence jsou projevem postižení mozkové funkce, způsobené jinými chorobami, zraněními mozku, intoxikacemi, patří sem např.:

- demence infekčního původu
- poúrazové demence
- demence při mozkových nádorech
- tzv. paraneoplastické demence, které vznikají při nádorových onemocněních i mimo oblast mozku
- na podkladě intoxikací, většinou chronických (alkoholové, při chronickém užívání drog aj.)
- metabolicky podmíněné demence (např. při selhávání jater nebo ledvin)
- demence při endokrinních onemocněních
- demence na podkladě hydrocefalu s normálním tlakem mozkomíšního moku (vznikají např. na primárním podkladě úrazů mozku nebo mozkových zánětů)
- farmakogenní demence (např. cytostatika)
- demence u neurologických chorob (např. epilepsie) (9)

3. 2 NĚKTERÉ DRUHY DEMENCÍ

3. 2. 1 Nemoc s Lewiho tělísky

Tato demence je pokládána za zvláštní variantu Alzheimerovy choroby. Choroba má svá určitá specifika. Postihuje spíše starší pacienty. Typickým rysem této choroby je porucha parkinsonského typu (svalová rigidita, pomalá chůze, sklon k pádům). Často bývají přítomny poruchy myšlení (bludy) a poruchy vnímání (halucinace a iluze). I když je choroba plynule se zhoršující, v kratším časovém horizontu jsou pozorovány četné výkyvy stavu. Pacienti jsou enormně přecitlivělí na podání zklidňujících psychofarmak. (5, 9, 10)

3. 2. 2 Demence při Parkinsonově chorobě

Parkinsonova nemoc (PN) je progresivní onemocnění centrální nervové soustavy, jehož podstatou je zánik dopaminergních neuronů a následný deficit (nedostatek) dopaminu. Postihuje věkovou skupinu mezi 40. a 75. rokem života, nejčastěji kolem 60. roku. Mezi hlavní symptomy patří tremor (třes), rigidita (pohyb ne plynulý, ale jako „ozubené kolo“), bradykineze (pohybové zpomalení) a hypokineze (snížený rozsah pohybu). Charakteristickým projevem chůze je tzv. *hezitace* (obtížný start chůze spojený s přešlapováním, cupitáním na místě) a tzv. *freezing* (náhlý záraz v průběhu chůze). K dalším projevům nemoci patří poruchy nálady a depresivní stavy, zvýšené pocení, celková pomalost, tichá řeč, poruchy vyprazdňování. V průběhu onemocnění začnou psát drobným písmem (mikrografie). (5, 9, 10)

3. 2. 3 Huntingtonova nemoc (chorea)

Je to dědičné neurodegenerativní onemocnění podmíněné mutací na 4. chromozomu. Projevuje se pozvolným rozvojem mimovolních pohybů především choreatického charakteru (nepravidelně se vyskytující kroutivé pohyby). Nedílnou součástí jsou i časté změny nálad ve smyslu deprese, anxiety (úzkosti), pozvolna se rozvíjí demence. (5, 9, 10)

3. 2. 4 Demence u Pickovy choroby

Pickova choroba začíná nejčastěji mezi 50. a 60. rokem života. V klinickém obraze se popisují symptomy jako euforie, emoční otupělost, zhoršení sociálního chování, apatie (minimální nebo žádná citová reakce na zevní podněty) nebo naopak neklid. Těmto poruchám chování obvykle předchází nápadné poruchy paměti. (5, 9, 10)

3.3 DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA DEMENCE

Existují některé choroby či poruchy, které mohou být s demencí zaměněny nebo alespoň na kratší dobu mohou demenci připomínat.

- *těžké deprese*
- *deliria*, stavy spojené s kvalitativními poruchami vědomí (deliria nejsou součástí demence, avšak poměrně často se u těchto pacientů objevují)
- *mentální retardace* (celoživotní poruchy intelektu a jiných poznávacích funkcí, jejichž vznik je podmíněn před narozením, v období porodu nebo po narození) (9, 10)

3.4 STÁDIA DEMENCE

1. stádium - mírná demence: je patrný pokles paměti, který je na obtíž při běžných denních činnostech, ale je možný soběstačný život, postižení si hůře zapamatovávají nové paměťové obsahy a ztrácejí věci

2. stádium - středně těžká demence: paměť je porušena natolik, že to hraničí se schopností soběstačnosti, postižení nejsou schopni samostatně vykonávat smysluplnou činnost, paměť je porušena ve všech složkách

3. stádium - těžká demence: postižení jsou plně odkázáni na péči okolí, nejsou schopni ani základní denní rutiny, mají velmi těžké poruchy paměti ve všech složkách (9, 10)

3.5 TYPICKÉ PŘÍZNAKY PRO DEMENCI

- úbytek paměti, především ztížené zapamatování si nových paměťových obsahů, ale také nepřesné a zpomalené vybavování si starších a starých vzpomínek

- pokles úsudku, myšlení, orientace v prostoru, logického uvažování i představivosti
- je dobře zachováno vědomí, i když přechodné poruchy vědomí - deliria mohou demenci komplikovat

- vyskytují se poruchy emocí, zejména emoční kontroly, poruchy motivace, změny sociálního chování; projevuje se emoční labilita, podrážděnost, hrubost ve společenském vystupování

- uvedené příznaky se mají vyskytovat alespoň 6 měsíců, aby se mohla demence spolehlivě diagnostikovat (9, 10)

4. ALZHEIMEROVA CHOROBA

Alzheimerova choroba je degenerativní onemocnění mozku, způsobující snížení mozkové výkonnosti. Je to nejčastěji se vyskytující demence vůbec. Přestavuje asi 50 - 60% všech demencí. Ve věku nad 65 let je velmi častá a její četnost se každých 5 let až zdvojnásobí.

Alzheimerova choroba je podle statistických údajů čtvrtá až pátá nejčastější příčina všech úmrtí. (9, 11)

4.1 HISTORIE

Východiskem pro pojmenování dnes nejčastějšího druhu demence je přednáška německého psychiatra Aloise Alzheimer (1864 - 1915) z roku 1906 na 37. schůzi jihoněmeckých psychiatrů v Tübingenu. Zde demonstroval případ pacientky, paní Auguste D., které bylo 51 let, a byla přijata se známkami demence v listopadu 1901 do nemocnice ve Frankfurtu nad Mohanem.

Po svém odchodu z Frankfurtu v roce 1903 působil Alzheimer krátce v Heidelbergu a pak v Mnichově. Svého profesionálního vrcholu dosahuje v roce 1912, kdy se stává ředitelem Psychiatrické a neurologické kliniky Slezské univerzity ve Vratislavě, kde působil až do své smrti roku 1915.

Oficiálně pojmenoval presenilní demenci po Alzheimerovi Kraepelin ve své učebnici psychiatrie z roku 1910, kde odlišoval Alzheimerovu chorobu od běžné senilní demence. Následujících 80 let bylo poznamenáno určitými názvoslovnými zmatky a až Katzman v roce 1976 navrhl sloučení pojmu presenilní Alzheimerovy nemoci a senilní demence Alzheimerova typu do rámce jediné jednotky. Na základě Katzmanovy práce se přestala Alzheimerova nemoc a senilní demence rozlišovat způsobem, který zavedl Kraepelin. Nicméně i stále používaná mezinárodní klasifikace nemocí rozlišuje Alzheimerovu chorobu s časným začátkem (první klinické projevy před 65. rokem) a s pozdním začátkem (od 65 let věku). (5, 9, 10)

4.2 KLINICKÝ OBRAZ

Pro Alzheimerovu chorobu je charakteristický pomalý a nenápadný začátek. Na počátku se objevují mírné poruchy paměti a pozornosti, které mohou být pokládány zejména u starších pacientů za přirozené projevy stárnutí; ztrácení a věčné hledání osobních věcí, zapomínání termínů a jmen a podobně. Postupně se objevují výraznější projevy: postižení ztrácejí časovou a prostorovou orientaci.

Nemocní začínají bloudit - nejprve v místech, která znají málo, postupně i v dobře známých místech. V pozdějších stádiích mohou bloudit i po vlastním bytě či domě.

Zapomínají jak staré paměťové obsahy (např. vědomosti, události z dřívějších let, jména známých), tak i nové paměťové obsahy (např. aktuální adresu, události posledních dnů).

Ztrácí také prostorovou představivost - nejsou schopni např. nakreslit krychli ani jiné těleso.

Nemocní postižení touto nemocí ve srovnání s jinými demencemi poměrně často ztrácejí náhled, uvědomění si choroby, přestávají se cítit nemocnými. Někdy se může projevit nadměrná sobeckost a tvrdohlavost.

K poruše poznávacích funkcí se postupně přidávají i poruchy a potíže s aktivitami denního života, jako např. s mytím, jídlím, oblékáním, používáním WC.

Nemocní se mění i po stránce emoční. Někdy dochází k emočnímu oploštění - člověk není schopen projevovat nálady, nereaguje na vnější podněty přiměřenými emocemi. Jindy bývá přítomná tzv. tupá euforie - spokojená nálada, opět bez přiměřené emoční reaktivity na vnější podněty. V pozdějších stádiích bývají nemocní často rozrušení, protože tuší, že se s nimi něco děje, ale nedokáží svoji situaci pochopit. Proto může dojít k výskytu úzkostných až depresivních nálad.

Jiná skupina příznaků, které mohou komplikovat průběh nemoci, je produkce bludů (chorobné myšlenky neodpovídající skutečnosti), většinou spolu s poruchami vnímání - halucinacemi a iluzemi. Nemocní jsou např. přesvědčeni, že jim někdo krade šaty ze skříně, peří z peřin, peníze apod.

Z poruch spánku může být přítomná noční nespavost, někdy doprovázená agitovaností (neklidem). Nejčastější ale bývá posunutí cyklu spánků - bdění, až vznik úplné spánkové inverze (ve dne spí a v noci jsou vzhůru).

Poměrně často také dochází k poruchám sexuálních funkcí. Obvyklý je pokles potence i libida (zájmu o sexuální život). Někdy ovšem může dojít naopak ke zvýšenému, až nežádoucímu zájmu o sexualitu.

Další, ne vždy přítomné příznaky vyplývají z postižení různých oblastí mozkové kůry. Do této skupiny patří např. fatické poruchy - **afázie** (porucha řeči). *Senzorická afázie* je neschopnost porozumět slyšenému při dobře zachovalém sluchu. *Motorická (expresivní) afázie* je neschopnost tvorby srozumitelné řeči. Lehčí formy afázie se nazývají *parafázie* a projevují se např. komolením slov nebo nesprávnou větnou stavbou.

Obdobně vznikají i různé druhy **apraxie** (neschopnost provádět naučené úkony, např. odemykat a zamykat klíčem), **alexie** (neschopnost porozumět čtenému slovu), **agrafie** (neschopnost psát), **astereognózie** (neschopnost rozpoznat levou a pravou stranu) a další.

S prohlubující se demencí dochází k dalšímu úbytku paměti ve všech složkách. Často dochází k **tzv. amnestické dezorientaci** - v důsledku neschopnosti zapamatovat si jakékoli údaje se nemocní chovají dezorientovaně.

Nezřídkou se dostavuje inkontinence moči i stolice. Nemocní přestávají dbát o hygienu, bez pomoci se ani neumyjí. Někdy musí být krmeni. Postupně přestávají poznávat i své nejbližší osoby. V těžkých stádiích nemoci se mohou rovněž vyskytnout poruchy hybnosti.

Pacienti s Alzheimerovou chorobou většinou umírají na nějaké onemocnění, které by stejně starý člověk bez této nemoci přežil (např. záněty průdušek nebo plic) nebo následkem úrazu, kterému by stejně starý člověk bez nemoci předešel. (9, 10, 11)

4.3 PŘÍČINY VZNIKU

Kompletní znalosti o příčinách zatím nejsou známy. Ví se, že je genetická změna na chromozomu 21. Dále pak ubývá acetylcholin v mozkové tkáni, který mozek potřebuje k přenosu nervových vzruchů. Při nedostatku této látky si buňky nejsou schopny vyměňovat informace, což se projevuje zhoršováním paměti. Také dochází k poklesu jiných látek potřebných pro přenos vzruchů, jako dopaminu, serotoninu, somatostatinu a dalších.

U Alzheimerovy choroby dochází také v mozku k atrofii, tj. k úbytku mozkové tkáně.

Existuje několik faktorů, které tuto nemoc významně ovlivňují. (9, 11)

4. 4 RIZIKOVÉ A PROTEKTIVNÍ FAKTORY

Rizikové faktory	Protektivní (ochranné) faktory
vyšší věk	vyšší vzdělání
genetické faktory	psychická aktivita i ve vyšším věku
ženské pohlaví	Lecitin
demence v rodinné anamnéze	hormonální substituce u žen
úraz hlavy v anamnéze	včasná a účinná léčba depresí
Downův syndrom	nesteroidní antiflogistika
deprese	
nízká úroveň vzdělání	
kouření	

4. 5 DIAGNOSTIKA

Dle různých kritérií se rozlišuje diagnóza pravděpodobná, možná a definitivní. Definitivní diagnóza nemoci je pouze histologická, pravděpodobná je v případech s typickými klinickými příznaky, možná pak v případech s atypickými příznaky nebo v případech kombinovaných s dalšími současně probíhajícími chorobami.

Diagnóza se stanovuje na podkladě:

- **klinického obrazu a průběhu onemocnění**
- **škálovacích metod a testů** (MMSE - Mini Mental State Examination, HACH - Hachinskiho ischemický skór, ADL - Activities of Daily Living, ADAS - Alzheimer's Disease Assessment Scale, test hodin) viz přílohy
- **zobrazovacích metod** (CT - výpočetní tomografie, MRI - magnetická rezonance, PET - pozitronová emisní tomografie, SPECT - jednofotonová emisní tomografie, EEG - elektroencefalografie) (7, 9, 10)

4. 6 TERAPIE

Ideální je terapie kauzální (dle vyvolávající příčiny). Tu však nelze provádět vzhledem k nejasným příčinám vzniku nemoci. Je ale známo několik faktorů, které spolu vzájemně souvisí a právě tyto faktory můžeme terapií ovlivnit a tak průběh nemoci výrazně zpomalit, zejména pokud se s terapií začne včas.

Terapie je komplexní, zahrnuje farmakoterapii kognitivních i nekognitivních funkcí, kognitivní trénink (trénink paměti i jiných poznávacích funkcí), tělesnou rehabilitaci, práci s rodinou i ostatními pečovateli a v neposlední řadě samozřejmě také terapii ostatních somatických onemocnění.

4. 6. 1 Farmakoterapie kognitivních funkcí

Kognitiva jsou léky, které ovlivňují pozitivně centrální acetylcholinergní systém. Ten je u Alzheimerovy choroby výrazně postižen, typické je postižení syntézy (slučování) a uvolnění acetylcholinu z presynaptického zakončení. Je snížena hladina enzymu syntetizujícího acetylcholin - cholinacetyltransferázy (CAT). Tento enzym vytváří acetylcholin z cholinu a acetylkoenzymu A.

Kognitiva lze rozdělit do několika skupin:

- prekurzory syntézy acetylcholinu
- inhibitory acetylcholinesteráz
- přímé stimulatory muskarinových i nikotinových receptorů
- látky ovlivňující acetylcholinergní systém pomocí jiných neurotransmitterových systémů
- další látky zlepšující acetylcholinergní systém (7, 9, 10, 11)

Prekurzory syntézy acetylcholinu

Jejich využití je spíše doplňkové, protože nemají dostatečnou účinnost. Nejpoužívanější je sojový lecitin, ze kterého je postupně uvolňován cholin jako prekurzor (látko, ze které chemickou přeměnou vzniká výsledný produkt) tvorby acetylcholinu. Lecitin se obvykle podává jako součást kombinované farmakoterapie. (7, 9, 10, 11)

Inhibitory acetylcholinesteráz

Acetylcholinesteráza je enzym odbourávající acetylcholin v CNS. Zablokováním tohoto enzymu se docílí vyššího množství acetylcholinu schopného vazby na své receptory.

Tyto látky nejsou schopny podstatně a na dlouhou dobu zlepšit stav pacientů, ale od jejich podávání se očekává především zpomalení progresu (zhoršování) demence, prodloužení lehkých stádií s relativně zachovalou soběstačností a oddálení těžkých stádií. Nejsou účinné u všech pacientů, proto se často provádí záměna jednoho preparátu za jiný, což může přinést terapeutický prospěch. Často se také kombinují s jinými látkami.

Jsou to látky z několika rozdílných chemických skupin:

- *akridinové deriváty*: nejznámější z nich je tetrahydroaminoakridin - takrin (Cognex)
- *karbamátové deriváty*: dlouhou dobu byl nejznámějším fyzostigmin (Physostigmin), ale pro své nežádoucí účinky (nauzea, zvracení, slinění) je nyní používán spíše experimentálně, v současnosti se používá rivastigmin (Exelon)
- *piperidinové deriváty*: velice často klinicky používaný je donepezil (Aricept), který má minimum vedlejších příznaků a jeho účinnost je ověřena mnoha klinickými studiemi
- *alkaloidy*: do této skupiny patří např. galantamin (Reminyl), což je látka původně získaná z některých druhů sněženek a narcisů
- *ireverzibilní inhibitory acetylcholinesteráz*: z této skupiny začal být používán s dobrým efektem metrifonat, ale byl stažen pro nežádoucí účinky
- *další inhibitory acetylcholinesterázy*: klinicky je ověřován efekt několika látek, které mají působit proti tvorbě a toxicitě beta - amyloidu, je zkoušen např. phenserin a tolserin (7, 9, 11)

Přímá stimulace muskarinových a nikotinových receptorů

Tento způsob terapie je perspektivní, avšak dosud nejsou dostatečně účinné a bezpečné látky k dispozici. Výjimkou je galantamin (Reminyl). (7, 9, 10, 11)

Látky ovlivňující acetylcholinergní systém pomocí jiných neurotransmiterových systémů

Tato metoda není dosud klinicky používána. Několik látek je ověřováno v klinických studiích, např. gedocarnil, ondasetron. (7, 9, 10, 11)

Další látky zlepšující acetylcholinergní systém

Tyto látky působí různými mechanismy. Např. acetyl - L - karnitin zlepšuje syntézu acetylcholinu. Mezi *látky ovlivňující systém excitačních aminokyselin* patří memantin (Ebixa).

Inhibitory (blokátory) kalciových kanálů, jsou zkoušeny, řadíme mezi ně např. nimodipin (Nimotop); *látky likvidující volné kyslíkové radikály*, mezi které patří především vitamin E, C a betakaroten, extraktum Ginkgo biloba (Tebokan, Tanakan), melatonin - u těchto látek nebyl prokázán terapeutický efekt, ale byl prokázán jejich určitý preventivní efekt na rozvoj onemocnění. Také je používán selegilin (Jumex), který snižuje odbourávání dopaminu, při kterém vzniká velké množství volných kyslíkových radikálů.

Látky zvyšující metabolismus centrální nervové tkáně (nootropika) bývají velmi dobře tolerována a mají minimum vedlejších účinků, používají se jako součást kombinované farmakoterapie. Patří mezi ně piracetam (Piracetam, Oikamid, Geratam a další), což je nejpoužívanější nootropikum, dále pyritinol (Enerbol, Encephabol) a jiná. Některá nootropní farmaka působí také vazodilatačně na cévy (rozšiřují je), jako např. naftidrofuryl (Enelbin). (7, 9, 10, 11)

4. 6. 2 Farmakoterapie nekognitivních poruch

Mezi nekognitivní poruchy patří např. poruchy chování, poruchy vnímání (halucinace, iluze), stavy neklidu, depresivní nebo úzkostné poruchy, poruchy spánku.

K léčbě přidružené *deprese* jsou používána antidepresiva, např. fluvoxamin (Deprex, Prozac), sertralin (Zoloft). Při *poruchách spánku* je nutná opatrnost na to, zda hypnotika nepůsobí nežádoucí účinky v podobě zhoršení kognitivních funkcí, proto by mělo být jejich užívání spíše výjimečné. U *poruch chování* se používají neuroleptika, např. Tigrid (Tiapridal), melperon (Buronil), risperidon (Risperdal), Haloperidol. Při *úzkosti* se používá např. sulpirid (Dogmatil, Prosulpin). (7, 9, 10, 11)

4. 6. 3 Nefarmakologické přístupy v léčbě

Psychiatrická rehabilitace je významný léčebný postup. Je v ní hlavní orientace na základní potřeby, na běžné aktivity denního života, jejichž zvládnutí je spojené se zachováním relativní soběstačnosti postižených. Důraz je kladem na posilování těch schopností a dovedností, které jsou ještě u pacienta zachovalé. Důležitá i v pozdějších stádiích choroby je tzv. realitní orientace, jejíž součástí jsou zřetelné a jednoduché nápisy, umožňující nemocnému snadnější orientaci v bytě nebo na odděleních nemocnice či ústavů sociální péče. Mají k dispozici kalendáře, dobře viditelné hodiny, mají mít svým jménem označena lůžka i pokoje.

Velmi důležitá součást terapie je **práce s pečovateli a rodinnými příslušníky pacientů**. Mají jim být vysvětleny všechny informace o demencích, Alzheimerově nemoci, pravděpodobná prognóza, informace o progresi nemoci až ke smrti pacienta. Také by měli být seznámeni se zátěží, kterou přináší péče o takto nemocné. (7, 9, 10, 11)

PRAKTICKÁ ČÁST

5. OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

Ošetřovatelský proces je systematická metoda k poskytování ošetřovatelské péče. Je zaměřen na fyzické, psychické a sociální potřeby jednotlivce, rodiny i komunity. Je založený na aktivní ošetřovatelské péči, kdy sestra a pacient jsou v partnerském vztahu.

Střednědobý program SZO pro rozvoj ošetřovatelství v Evropě charakterizuje ošetřovatelský proces takto: *Ošetřovatelský proces je soubor specifických ošetřovatelských zákroků v péči o zdraví jednotlivce, rodin anebo celých komunit. V užším slova smyslu zahrnuje použití vědeckých metod pro určení zdravotních potřeb pacienta/klienta/rodiny nebo komunity a vymezení těch, které mohou být nejlépe uspokojeny péčí sester. Patří sem plánování způsobů uspokojování potřeb, realizace plánu, vyhodnocení výsledků či efektivity dané péče. Sestra ve spolupráci s ostatními členy ošetřovatelského týmu i s jednotlivci či skupinami, o něž je pečováno, stanoví cíle, určí priority, navrhne potřebnou péči a mobilizuje potřebné prostředky. Potom poskytuje ošetřovatelskou péči buď přímo, nebo zprostředkovaně. Následně vyhodnotí účinnost poskytnuté péče. Tato zpětná vazba by měla podněcovat žádoucí změny v dalších intervencích v podobných ošetřovatelských situacích. Tímto způsobem se ošetřovatelství stane dynamickým procesem vedoucím k úpravám a zlepšením.* (4)

Probíhá v několika fázích, které na sebe navazují a vzájemně se prolínají:

1. ošetřovatelská anamnéza
2. ošetřovatelská diagnóza
3. plán ošetřovatelské péče
4. realizace plánu
5. zhodnocení efektu

5.1 OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA

- cílem je získání informací o nemocném a jeho zdravotním stavu
- důležité jsou informace o stavu vědomí, soběstačnosti, hygieně, dýchání, výživě, vyprazdňování, spánku, psychickém stavu aj.
- informace získáváme pozorováním, rozhovorem a cílenými otázkami, vyšetřením (např. hodnotící škály)
- zdrojem informací může být samotný nemocný, jeho blízké osoby (rodina, přátelé), spolupacienti, ostatní členové ošetřovatelského týmu, dřívější dokumentace
- všechny získané informace se zaznamenávají do ošetřovatelské dokumentace (4, 8)

5.2 OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA

- významem ošetřovatelské diagnózy je vyhledání potřeb nemocného, které jsou onemocněním narušeny, nebo je onemocnění vyvolá
- zahrnuje aktuální problémy (současné problémy nemocného) a potenciální problémy (ty, které se ještě nevyskytly, ale mohou nastat v budoucnosti)
- stanovení ošetřovatelské diagnózy je závěr, který provádíme po pečlivém sběru dat
- patří sem jen takové stavy, které jsou sestry schopny a oprávněny zvládnout
- ošetřovatelské diagnózy se formulují a stanovují dle klasifikace NANDA II (North American Nursing Diagnosis Association) (4, 8)

5.3 PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Skládá se z několika systematických kroků:

1. stanovení cílů

- cíl je očekávaný a žádoucí výsledek nebo změna ve zdravotním stavu
- cíl musí být konkrétní, odpovídat aktuálním schopnostem pacienta (reálný) a musí být měřitelný
- cíle stanovujeme krátkodobé (týkají se následujících hodin či dnů) a dlouhodobé (vztahují se k delšímu období)

2. stanovení plánu péče

- plán péče tvoří návrh vhodných ošetřovatelských intervencí (výkonů, zásahů), které povedou k dosažení stanovených cílů
- plán péče musí být sestaven tak, aby bylo možné ho podle potřeby měnit a doplňovat a musí být jasně formulován (4, 8)

5. 4 REALIZACE PLÁNU

- zahrnuje všechny činnosti, které povedou k dosažení stanovených cílů
- při realizaci plánu se pacient stává aktivním partnerem v péči, nejen jejím pasivním příjemcem
- důležitá je spolupráce i s ostatními členy ošetrovatelského týmu (4, 8)

5. 5 ZHODNOCENÍ EFEKTU

- pomáhá zjistit, zda bylo nebo nebylo dosaženo stanovených cílů
- při tomto hodnocení se porovnává objektivní hodnocení zdravotnickými pracovníky se subjektivním hodnocením pacienta
- provádí se v průběhu celého ošetrovatelského procesu (4, 8)

6. MARJORY GORDONOVÁ: MODEL FUNKČNÍCH VZORCŮ ZDRAVÍ

Cílem tohoto modelu je odpovědnost jedince za své zdraví. Pacient/klient je chápán jako holistická bytost s biologickými, psychologickými, sociálními, kulturními a spirituálními potřebami. Role sestry spočívá v systematickém získávání informací v jednotlivých oblastech zdraví. Informace získává pomocí pozorování a rozhovoru a následnou analýzou těchto informací. Závěrem je buď funkční, nebo dysfunkční zdraví. Dysfunkční zdraví je projevem aktuálního onemocnění jedince, nebo může být znakem potencionálního problému. Při odhalení takového dysfunkčního vzorce ho sestra musí označit a zformulovat ošetrovatelskou diagnózu. Poté pokračuje v ostatních krocích ošetrovatelského procesu.

Základem modelu je 12 oblastí, označených autorkou jako 12 funkčních vzorců zdraví, které reprezentují okruhy základních anamnestických údajů. Těchto 12 oblastí představuje funkční nebo dysfunkční součást zdraví (zdravotního stavu). (1, 8)

Model funkčních vzorců zdraví

1) vnímání zdraví – udržování zdraví

Popisuje vnímání zdraví a pohody klientem i způsob, jakým se o svoje zdraví stará, celkovou úroveň péče o zdraví, dodržování preventivních zdravotních činností, lékařských a ošetrovatelských nařízení i další péče.

2) výživa – metabolismus

Popisuje způsob přijímání stravy a tekutin vzhledem k metabolické potřebě, i používání výživových a vitaminových náhrad. Zahrnuje informace o kůži, o schopnosti hojení, o kvalitě vlasů, nehtů, sliznic, zubů, o tělesné teplotě, hmotnosti a výšce.

3) vylučování

Popisuje vylučovací funkci střev, močového měchýře a kůže.

4) aktivita – cvičení

Obsahuje informace o způsobu udržování kondice cvičením nebo jinými aktivitami. Obsahuje informace o aktivitách denního života, volného času a rekreační aktivity.

5) spánek – odpočinek

Obsahuje informace o spánku, odpočinku a relaxaci v intervalu 24 hodin, zahrnuje také informace o prostředcích podporujících spánek, např. lécích, návycích apod.

6) vnímání, citlivost a poznávání

Obsahuje informace o schopnosti smyslového vnímání a poznávání, zahrnuje informace o řeči, paměti, orientaci, schopnosti rozhodování se atd.

7) sebepojetí a sebeúcta

Popisuje, jak člověk sám sebe vnímá a jakou má o sobě představu.

8) role – vztahy

Informace popisují typ vztahů a rolí klienta. Obsahují vnímání rolí v běžných aktivitách, spokojenost anebo nespokojenost s rodinnými, pracovními nebo sociálními vztahy.

9) reprodukce – sexualita

Informace popisují reprodukční období a sexualitu, spokojenost a změny. Zahrnuje informace o reprodukční schopnosti žen (fertilita, menopauza) a o problémech v této oblasti.

10) stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance

Informace popisují celkové přizpůsobení se a odolávání stresu, i způsob zvládnutí stresu.

11) víra – životní hodnoty

Obsahuje individuální vnímání životních hodnot, cílů a přesvědčení, včetně víry.

12) jiné (1, 8)

7. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

7.1 ZÁKLADNÍ ÚDAJE O PACIENTCE

- *iniciály*: V. B.
- *věk*: 87 let
- *pohlaví*: žena
- *národnost*: česká
- *místo bydliště*: Praha
- *povolání*: důchodce, již 32 let
- *kontaktní osoba*: dcera
- *stav*: vdova
- *vyznání*: katolička
- *datum přijetí*: 11. 8. 2008

7.2 ANAMNÉZA

Všechny anamnestické informace jsem získávala z dokumentace, rozhovorem s pacientkou a také s rodinou. Přesto vzhledem k diagnostikovanému onemocnění pacientky nejsou některé informace zcela důvěryhodné.

Rodinná anamnéza

Otec i matka zemřeli na nádorové onemocnění, ale pacientka si nevzpomíná na jaké. Má mladší sestru a bratra, ale neví, kolik jim je let, ani jestli jsou zdraví - nestýkají se. Má dvě dcery. Starší se léčí na hypertenzi, diabetes mellitus I. typu. Mladší dcera má také hypertenzi. Manžel zemřel asi před 10 lety na infarkt myokardu.

Dle informací od rodiny otec pacientky zemřel na nádorové onemocnění plic, matka pacientky na gynekologické nádorové onemocnění. Bratr pacientky se již 5 let léčí s diabetem mellitem I. typu, sestra je relativně zdravá. Ostatní informace rodina potvrdila.

Osobní anamnéza

V dětství běžná dětská onemocnění, úrazy neuguje, operace 0, transfuze 0.
Nyní arteriální hypertenze, diabetes mellitus II. typu na PAD (perorální antidiabetika), chronická žilní insuficience, ICHS, 7/08 po pádu fraktura stydké kosti, 10/08 diagnostikována demence Alzheimerova typu středně těžkého stupně.

Sociální anamnéza

Pacientka je vdova, žije sama v bytě, ve 2. patře panelového domu s výtahem. Nyní je již 32 let v důchodu, dříve pracovala v zahraniční firmě jako asistentka. Před pádem byla soběstačná, chodila bez opory holí.

Chronická farmakoterapie

Isoplelet 20 mg 1 - 0 - 0, Furon 40 mg 1 - 0 - 0, KCl 1 - 0 - 1, Siofor 500 mg 1 - 0 - 1, Ebrantil 30 mg 1 - 0 - 0.

Alergická anamnéza

Augmentin, potravinovou ani jinou alergii neudává.

7.3 STAV PŘI PŘIJETÍ

Pacientka je při vědomí, zmatená, unaveně působící, depresivně laděná, spolupracující v rámci možností, ležící, částečná inkontinence moči, s dopomocí sed, stoj a chůze nezkoušeny.

Klidově eupnoe, afebrilní, anemický vzhled, bez ikteru a cyanózy, výživa a hydratace v normě, dekubitus v sakrální oblasti III. stupně rozsahu 5 x 4 cm s lehce povleklou spodinou a zarudlým okrajem.

Subjektivně pociťuje bolest kyčlí a podbřišku VAS 4.

Hlava: na poklep nebolestivá; bulby ve středním postavení, volně pohyblivé; spojivky bledé, bělimy bez ikteru; zornice izokorické; sliznice dutiny ústní růžové, bez povlaku, zubní protéza; nos i uši bez sekrece

Krk: štítná žláza nezvětšena; uzliny nehmatné; šíje volná

Hrudník: symetrický; dýchání čisté, sklípkové; srdce pokleповě nezvětšeno, akce srdeční pravidelná; prsa bez patologické rezistence, bez sekrece; páteř fyziologicky zakřivená, pokleповě nebolestivá

Břicho: měkké, dobře prohmatné, palpačně nebolestivé, bez rezistence; játra ani slezina nepřesahují oblouk žeberní

Končetiny: kyčelní kloub bolestivý; atrofie svalová; klidné varixy; pigmentace bérců, zejména vlevo kde jsou jizvy po zhojených bércových vředech

Sesterské záznamy při příjmu

- krevní tlak: 140/90 mmHg
- puls: 78/min
- dech: 20/min
- tělesná teplota: 36,6°C
- výška: 167 cm
- váha: 68 kg
- BMI: 24
- dieta: 9/225 - diabetická

Lékařské diagnózy

1. st. p. fraktury stydké kosti konzervativně léčené (8. 7. 2008)
3. demence Alzheimerova typu středně těžkého stádia
4. diabetes mellitus na PAD
5. chronická žilní insuficience
6. chronická renální insuficience
6. arteriální hypertenze
7. chronická ICHS

7.4 PRŮBĚH HOSPITALIZACE

Pacientka byla přeložena z kliniky rehabilitace, kde byla hospitalizována 22. 7. - 11. 8. 2008 po pádu na chodník s následnou frakturou stydké kosti. Zde začala rehabilitovat a při příjmu na LDN 11. 8. 2008 byla schopna se s pomocí posadit. Při příjmu byla pacientka vyšetřena, provedlo se vyšetření KO (krevní obraz). Pacientka má zavedený permanentní močový katetr (PMK). Má dekubitus v sakrální oblasti III. stupně rozsahu 5 x 4 cm s lehce povleklou spodinou a zarudlým okrajem. S pacientkou jsem spolupracovala 5. - 14. 1. 2009, tj. 148. - 157. den hospitalizace.

2. den: z laboratorních výsledků patrná anémie - 2x týdně nasazen Ferrim i. m., pacientka pokračuje v rehabilitaci, péče o dekubit každý druhý den INTRASITE CONFORM + sterilní krytí, do lůžka umístěna antidekubitární matrace

5. den: z hledem k častým a silným bolestem kyčlí a podbřišku v důsledku úrazu při vizitě nasazena analgetická léčba - Zaldiar tbl. 1 - 1 - 1, DHC Continus 60 mg tbl. 1 - 0 - 0

8. den: proveden test MMSE - 18 bodů (lehká demence) a test kreslení hodin - skóre 4 (střední stupeň prostorové dezorganizace) (viz přílohy číslo 6 a 7)

16. den: proveden kontrolní KO - anémie již není tak patrná, vysazen Ferrim i. m., pokračování v rehabilitaci na lůžku a péči o dekubit

22. den: pacientka je v rámci rehabilitace vysazována do křesla, kde vydrží asi 2 hodiny sedět, začíná se aktivněji zapojovat do ošetrovatelské péče v rámci hygienické péče

30. den: změna péče o dekubit - nyní INTRACARE + sterilní krytí každý druhý den, okolí dekubitu stále zarudlé, spodina nadále lehce povleklá

45. den: pro opakovaný noční neklid při vizitě naordinován Buronil 25 mg tbl. na noc

51. den: dochází k částečnému zhojení dekubitu, nyní II. stupeň, okolí již není zarudlé, spodina bez povlaku, změna péče - INADINE + sterilní krytí denně

57. den: pro opakované anémie provedena fibroskopie (endoskopické vyšetření jícnu, žaludku, dvanáctníku a tenkého střeva) se závěrem bulbitis (zánět části duodena - dvanáctníku), doporučeno užívat Helicid 20 mg tbl. 1 - 0 - 0.

58. den: pro opakovaný noční neklid, zmatenost a zapomínání a podezření na demenci bylo provedeno psychiatrické vyšetření k vyloučení deprese, eventuálně k potvrzení demence; vyšetření potvrzuje demenci Alzheimerova typu - nasazen Piracetam AL 800 tbl. 1 - 1 - 0 a Zoloft 50 mg tbl. 1 - 0 - 0

78. den: dekubitus zhojen

86. den: pro zlepšení symptomatiky dle ordinace lékařky vysazen Zoloft 50 mg tbl.

92. den: pacientka začíná v rámci rehabilitace nácvik chůze v chodítku s kolečkama a podpažními opěrkami

96. den: pacientka dále pokračuje v nácviku chůze v chodítku, je odstraněn PMK a k lůžku je pacientce umístěna toaletní židle

98. den: pacientka nosí hygienické vložky vzhledem k tomu, že občas nestihne dojít na toaletní židli a dojde k nechtěnému úniku malého množství moči

107. den: pro opakované nízké hodnoty glykemie dle ordinace lékařky vysazena PAD (perorální antidiabetika), diabetes nyní na dietě

120. den: dochází k recidivě dekubitu ve stejném rozsahu i hloubce - III. stupeň, okolí je zarudlé, spodina povleklá s hnisavým výpotkem, péče - Bactigras + sterilní krytí každý druhý den, naordinován nápoj Cubitan 1x denně

134. den: spodina dekubitu již bez hnisavého výpotku, změna péče - REPLICARE ULTRA + sterilní krytí, převaz nyní každý 3. den, eventuelně dle potřeby

143. den: částečné zhojení dekubitu, nyní II. stupeň

154. den: změna péče o dekubit - Inadine + sterilní krytí denně, okolí je klidné; opakovaně proveden test MMSE - 14 bodů (středně těžká demence) a test kreslení hodin - skóre 6 (chybí zakreslení hodin) (viz přílohy číslo 9 a 10)

157. den: poslední den mého ošetřování, pacientka chodí sama v rozkládacím chodítku, dekubitus v sakrální oblasti II. stupně, rozsahu 4 x 3 cm, denně převazován Inadine + sterilní krytí, pacientka potřebuje částečnou dopomoc v oblasti hygieny, pohybu a při oblékání.

7.5 FARMAKOTERAPIE

Isopelet 20 mg	1 - 0 - 0
Furon 40 mg	1 - 0 - 0
KCl	1 - 0 - 1
Ebrantil 30 mg	1 - 0 - 0
DHC Continus 60 mg	1 - 0 - 0
Zaldiar	1 - 1 - 1
Helicid 20 mg	1 - 0 - 0
Piracetam AL 800 mg	1 - 1 - 0
Buronil 25 mg	0 - 0 - 1

Enterální výživa

Calogen	30 - 30 - 30 ml
Cubitan	1x denně

ISOPELET

Indikační skupina: vazodilatans (rozšiřuje cévy),

Indikace: k prevenci a dlouhodobé terapii anginy pectoris, jako součást komplexní léčby chronické srdeční insuficience

Nežádoucí účinky: bolesti hlavy, nevolnost, zvracení, přechodné zčervenání pokožky a alergické kožní reakce (23)

FURON

Indikační skupina: antihypertenzivum, diuretikum (snižuje krevní tlak)

Indikace: k léčbě hypertenze u dospělých pacientů v kombinaci s jinými antihypertenzivy, snižuje otoky

Nežádoucí účinky: zažívací obtíže (nevolnost, zvracení či průjem), oběhové poruchy, které se projeví tlakem v hlavě, závratěmi, poruchami zraku (23)

KCl (Kalium chloratum)

Indikační skupina: kaliový přípravek

Indikace: prevence a léčba hypokalémie, při podávání diuretik s kaliuretickým účinkem

Nežádoucí účinky: přecitlivělost, dráždění sliznice zažívacího ústrojí, projevující se nauzeou, zvracením, flatulencí a bolestmi břicha, průjmem (23)

EBRANTIL

Indikační skupina: antihypertenzivum (snižuje krevní tlak)

Indikace: dlouhodobá léčba hypertenze

Nežádoucí účinky: nevolnost, závratě, bolest hlavy (23)

DHC CONTINUS

Indikační skupina: analgetikum, anodynum

Indikace: k tišení středně silné až velmi silné bolesti

Nežádoucí účinky: nevolnost, zvracení, bolesti hlavy, závratě a útlum centrálního nervového systému, při dlouhodobém užívání závislost (23)

ZALDIAR

Indikační skupina: analgetikum

Indikace: k tišení středně silné až velmi silné bolesti

Nežádoucí účinky: pocit na zvracení, závratě, ospalost, zažívací potíže (23)

HELICID

Indikační skupina: antiulcerózum, inhibitor protonové pumpy (snižuje kyselost žaludeční šťávy)

Indikace: léčba peptického vředu ve všech lokalizacích (duodenum, žaludek, jícen), eradikační léčba *Helicobacter pylori* v kombinaci s dalšími látkami, refluxní ezofagitida

Nežádoucí účinky: bolest hlavy, průjem, zácpa, bolest břicha, nauzea a zvracení, plynatost (23)

PIRACETAM AL

Indikační skupina: nootropikum (zlepšuje činnost mozku a jeho metabolismus)

Indikace: symptomatická léčba chronických organických mozkových poruch v rámci demence, podpůrná léčba následků mozkové ischemie

Nežádoucí účinky: poruchy spánku a nespavost, nervozita, depresivní nálady, úzkost, agresivita, zažívací potíže (nevolnost, zvracení, bolesti břicha) (23)

BURONIL

Indikační skupina: psychofarmakum, neuroleptikum

Indikace: úzkostné neurózy, stavy zmatenosti, úzkosti, vzrušenosti a nočního neklidu, zvláště u starších pacientů

Nežádoucí účinky: útlum v úvodní části léčby, sucho v ústech, závratě, bolest hlavy (23)

CALOGEN

- nutriční přípravek k enterální výživě určený pro tzv. sipping (popíjení)

- nekompletní tuková emulze s nejvyšší energetickou hodnotou (4,5 kcal/ml), Calogen je určen pro všechny pacienty s nízkým příjmem energie nebo se zvýšenými energetickými nároky

- doporučená denní dávka je 3 x 30 - 35 ml (23)

CUBITAN

- nutriční přípravek k enterální výživě určený pro tzv. sipping

- pro podporu hojení proleženin, obsahuje zvýšené množství bílkovin a je obohacen o důležitou aminokyselinu arginin, dále o vitamíny C a E a zinek, které jsou potřebné pro rychlé a kvalitní hojení proleženin

- dávkování se řídí stupněm poškození tkáně, konzumovat by se měl až do úplného zhojení proleženiny

- 3 příchutě: vanilka, jahoda, čokoláda (23)

7.6 PŘEHLED VYŠETŘENÍ

Hematologické vyšetření - 2. den (12. 8.)

<i>Název</i>	<i>Výsledek</i>	<i>Referenční meze</i>	<i>Hodnocení</i>
leukocyty	7, 8 x 10 ¹² /l	4, 4 - 10, 0 x 10 ¹² /l	norma
erytrocyty	3, 65 x 10⁹/l	4, 20 - 5, 40 x 10 ⁹ /l	snížená hodnota
trombocyty	378 x 10 ⁹ /l	140 - 440 x 10 ⁹ /l	norma
hemoglobin	9, 3 g/dl	12 - 16	snížená hodnota
hematokrit	0, 285 %	0, 370 - 0, 460 %	snížená hodnota

Hematologické vyšetření - 16. den (26. 8.)

<i>Název</i>	<i>Hodnota</i>	<i>Referenční meze</i>	<i>Hodnocení</i>
leukocyty	8, 1x 10 ¹² /l	4, 4 - 10, 0 x 10 ¹² /l	norma
erytrocyty	3, 98 x 10⁹/l	4, 20 - 5, 40 x 10 ⁹ /l	snížená hodnota
trombocyty	264 x 10 ⁹ /l	140 - 440 x 10 ⁹ /l	norma
hemoglobin	9, 7 g/dl	12 - 16	snížená hodnota
hematokrit	0,289 %	0, 370 - 0, 460 %	snížená hodnota

Hematologické vyšetření - 125. den (5. 11.)

<i>Název</i>	<i>Hodnota</i>	<i>Referenční meze</i>	<i>Hodnocení</i>
leukocyty	8, 4x 10 ¹² /l	4, 4 - 10, 0 x 10 ¹² /l	norma
erytrocyty	4, 22 x 10 ⁹ /l	4, 20 - 5, 40 x 10 ⁹ /l	norma
trombocyty	198 x 10 ⁹ /l	140 - 440 x 10 ⁹ /l	norma
hemoglobin	10, 4 g/dl	12 - 16	snížená hodnota
hematokrit	0,306 %	0, 370 - 0, 460 %	snížená hodnota

Hematologické vyšetření - 151. den (8. 1.)

<i>Název</i>	<i>Hodnota</i>	<i>Referenční meze</i>	<i>Hodnocení</i>
leukocyty	7, 1x 10 ¹² /l	4, 4 - 10, 0 x 10 ¹² /l	norma
erytrocyty	4, 20 x 10 ⁹ /l	4, 20 - 5, 40 x 10 ⁹ /l	norma
trombocyty	228 x 10 ⁹ /l	140 - 440 x 10 ⁹ /l	norma
hemoglobin	10, 2 g/dl	12 - 16	snížená hodnota
hematokrit	0,319 %	0, 370 - 0, 460 %	snížená hodnota

Biochemické vyšetření - 151. den (8. 1.)

<i>Název</i>	<i>Hodnota</i>	<i>Referenční meze</i>	<i>Hodnocení</i>
sodný kation	143 mmol/l	137 - 144 mmol/l	norma
draselný kation	4 mmol/l	3,9 - 5, 3 mmol/l	norma
chloridy	105 mmol/l	98 - 107 mmol/l	norma
glukóza v plazmě	5, 9 mmol/l	4, 6 - 6,4 mmol/l	norma
močovina	10, 3 mmol/l	2, 9 - 8, 2 mmol/l	zvýšená hodnota
kreatinin	88 umol/l	42 - 80 umol/l	zvýšená hodnota
albumin	35, 9 g/l	32 - 46 g/l	norma
celková bílkovina	61, 8 g/l	61 - 77 g/l	norma

Fibroskopie

Provedeno 6. 10. (57. den), indikace - anémie

Bez premedikace. Lubrikační gel, Lidocain spray 10% lokálně.

V oblasti jícnu a žaludku sliznice normální. Proveden odběr na *Helicobacter pylori* z antra a těla. Lehká bulbitida. V oblasti duodena sliznice normální.

Závěr: bulbitis, biopsie na *Helicobacter pylori*, jinak přiměřený nález

Dop.: Helicid 20 mg tbl. 1 - 0 - 1, při pozitivní eridikaci trojkombinace.

Psychiatrické vyšetření

Provedeno 7. 10. (58. den) pro noční neklid, zmatenost, zhoršující se spolupráci a zapomínání. K vyloučení deprese a eventuelní potvrzení diagnózy demence.

Subj.: Tady se jí líbí, obě holky za ní chodí, ale pořád spěchají...ta starší ještě dělá redaktorku a nechce do důchodu, nyní je v zemědělství...má vnuky, má je ráda, mladší je ekonom, „bude teď dělat podpisy, starší je tady v Motole je vysoko, má tady ty studenty...“ nepotřebuje nic, moc jí nejde chodit, na TV už nechodí...je unavená, na chatě upadla, ale chodila tam po nákupech...datum - asi říjen, pořád na to myslím, bylo Františka, nebyla jsem na hrobě...to byl manžel, zabíhavě vypráví o mládí...asi 2008...“ dobrot má od dcer dostatek“...

Obj.: lucidní, orientovaná osobou, místem, časem a situací nepřesně, spolupracuje, subdepresivní, lehce anxiousní a naléhavá na datum propuštění, jinak apatická, myšlenky zabíhavé.

Závěr: demence Alzheimerova typu

Dop.: Piracetam AL 800 mg tbl. 1 - 1 - 0, Zoloft 50 mg tbl. 1 - 0 - 0, ponechat Buronil 25 mg tbl. na noc.

7.7 OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA

Hodnocení pacientky podle modelu Gordonové jsem provedla 8. 1. 2009, tj. 151. den hospitalizace.

1. Vnímání zdraví – udržování zdraví

Pacientka své zdraví vnímá jako narušené zejména kvůli tomu, že před pádem a následnou hospitalizací byla zcela soběstačná. Nyní je částečně závislá na pomoci ošetrovatelského personálu. Také bolest ji omezuje, zejména v pohybu. Je diabetička, chodí na kontroly a lékařská doporučení a omezení související s tímto onemocněním se snaží dodržovat. Také chodí pravidelně na lékařské prohlídky k praktickému lékaři, zejména kvůli receptu na léky, které chronicky užívá.

2. Výživa – metabolismus

Před hospitalizací se snažila stravovat pravidelně. Je diabetička. Kvůli tomu se snaží omezovat sladká jídla a dodržovat ostatní doporučení související s tímto onemocněním. Ve stravě pacientky je nedostatečný příjem ovoce a zejména zeleniny, protože má problémy ji ukousnout.

Denní příjem tekutin pacientky před hospitalizací byl asi 1, 5 litru. Nynější příjem tekutin není dostatečný - asi 1000 ml, přesto nemá pacientka pocit žízně. Projevy dehydratace nejsou přítomny. Preferovanými tekutinami jsou minerální vody a čaj. Napít se zvládá sama.

Stravu přijímá ústy, bez problémů. Najíst se zvládne sama, většinou sní celou porci, v jídle si nevybírá. Ale nějaké tužší jídlo nesní, protože ho neukousne.

Pacientka má dietu číslo 9/225, diabetickou.

Pacientka má snímatelnou horní i dolní zubní protézu.

Za poslední rok se její hmotnost výrazně nezměnila. Podle BMI (Body Mass Index) je index její hmotnosti 24, což odpovídá normální hodnotě.

Kůže pacientky je spíše suchá, zejména na horních a dolních končetinách, proto používá zejména na tyto partie krém. Horní končetiny si zvládne namazat sama, dolní končetiny zvládne na stehně, zbytek nohou si vzhledem k omezené pohyblivosti namazat nezvládne. Vzhledem k diabetu mellitu a také věku má pacientka sníženou schopnost hojení ran. Podle hodnocení Nortonové - nebezpečí vzniku dekubitů má pacientka 14 bodů, což znamená střední riziko (viz příloha číslo3). V sakrální oblasti má dekubitus II. stupně, rozsahu 5 x 4 cm, který začíná postupně granulovat, okolí je klidné. Každý 3. den provádím převaz dekubitu RepliCare Ultra + sterilní krytí. Na okolí používám Cavilon. V lůžku má pacientka umístěnou aktivní antidekubitární matraci. Pro podporu hojení proleženin dostává pacientka denně speciální přípravek - nápoj Cubitan. Ten vždy během dne vypije, její oblíbená příchut' je vanilková.

3. Vylučování

Vylučování moče i stolice provádí pacientka na toaletní židli, kterou má umístěnou vedle lůžka. Při vylučování moče ani stolice nepotřebuje pomoc. Při vylučování moče neudává žádné potíže. K vylučování moči dochází asi 7x denně. Vzhledem k tomu, že během dne asi 3x pacientka nestihne dojít na toaletní židli, dojde k úniku malého množství moči. Nosí proto hygienické vložky. Moč je světle žluté barvy, bez příměsí. Při vylučování stolice pacientka neudává žádné obtíže. K vyprazdňování dochází jednou za dva dny. Léky na podporu vyprazdňování neužívá.

Potí se přiměřeně.

4. Aktivita – cvičení

Před hospitalizací byla pacientka zcela soběstačná, nepotřebovala pomoc. Nyní potřebuje částečnou dopomoc v oblasti hygieny, pohybu a oblékání. Protože chodí pomocí chodítka, potřebuje odnést toaletní potřeby do koupelny. V oblasti hygienické péče pacientka sama zvládne si umýt obličej a horní polovinu těla. Při dopomoci ve stoji si zvládne umýt genitál a hýždě. Nezvládne si umýt záda a dolní končetiny od kolen. Pomoc při pohybu zajišťuje chodítko. Při oblékání potřebuje pacientka pomoc při oblékání ponožek, při zapínání knoflíků, přetahování trička přes hlavu. Jinak pokud má připravené prádlo v pořadí, v jakém se obléká, zvládá se obléci sama.

Míra soběstačnosti podle Barthela je 80 bodů, což odpovídá lehké závislosti (viz příloha číslo 2). Podle tabulky hodnocení rizika pádu má pacientka 8 bodů, je tedy ohrožena rizikem pádu (viz příloha číslo 3).

Před hospitalizací trávila pacientka volný čas spíše aktivně, ráda chodila na procházky. Také si ráda přečetla knížku a luštila křížovky. Nyní pacientka denně rehabilituje, jinak tráví čas sledováním televize nebo čtením časopisů.

5. Spánek – odpočinek

Doma pacientka potíže se spánkem neměla. Usínala kolem 22. hodiny a probouzela se kolem 7. hodiny. V průběhu hospitalizace u pacientky docházelo často v noci k neklidu a zmatenosti, proto jí lékař naordinoval Buronil 25 mg na noc a pacientka ho dostává večer kolem 20. hodiny. Nyní pacientka usíná po 21. hodině a probouzí se kolem 6. hodiny ráno. Spí celou noc klidně a po probuzení se cítí odpočatě.

6. Vnímání, citlivost a poznávání

Pacientka je při plném vědomí. Je orientována časem, místem i prostorem nepřesně, na otázky často odpovídá s časovým odstupem a zmateně. Řeč pacientky je pomalá, zadržává se. Občas špatně vyslovuje a proto je jí špatně rozumět. V důsledku onemocnění se projevují poruchy paměti, pacientka si špatně vybavuje některé informace, zejména jména a události posledních dní. Nosí dioptrické brýle, které má připevněné na šňůrce. Přes den je má pověšené na krku a nasazuje si je dle potřeby, v noci je má na stolku tak, aby na ně v případě potřeby dosáhla. Hůře slyší, což pravděpodobně souvisí s jejím věkem. Musí se na ní tedy mluvit hlasitěji. Naslouchátko nemá.

Dle informací od rodiny pacientka hůře slyšela i před hospitalizací, mluvili na ní hlasitěji a pomalu. Rádio nebo televizi měla také vždy puštěny hlasitěji.

Pacientka trpí bolestí kyčlí a podbřišku v důsledku úrazu, která je dle ordinací lékaře tlumena analgetiky DHC Kontinus 60 mg 1 - 0 - 0, Zaldiar 1 - 1 - 1.

7. Sebepojetí a sebeúcta

Výraznější změny tělesného vzhledu pacientka neudává. Pacientka se projevuje jako optimistka a je společenská. V současné době jí nejvíce vadí, že je částečně závislá na pomoci druhých, protože byla až doposud s ohledem na svůj věk samostatná, což potvrzuje i rodina. Uvědomuje si problémy s pamětí. Dle svých možností se aktivně zapojuje do ošetrovatelské péče.

8. Role – vztahy

Pacientka je vdova, žije sama v bytě v domě s výtahem. Má 2 dcery, 4 vnoučata a 7 pravnoučat. Všichni ji pravidelně navštěvovali a pomáhali jí, pokud něco potřebovala. Mají spolu podle jejích slov velice hezký vztah.

Podle rodiny mají také velice kladné vztahy. Rodina má o pacientku zájem a často ji navštěvují.

9. Reprodukce – sexualita

Menstruace od 14 let, klimakterium 52 let. Porody 2, potrat žádný. Pravidelně docházela na gynekologické prohlídky, posledních asi 8 let ale nebyla. Vzhledem k věku pacientky jsem s ní jinak na téma sexualita nehovořila.

10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance

Nejvíce pacientce proti stresu pomáhá její rodina, která je jí velikou oporou. Pravidelně ji navštěvují zejména dcery. Nejistotu pocítuje v souvislosti s budoucností, vzhledem k tomu, že již nebude zcela samostatná. Od rodiny je informovaná o tom, že při eventuelním propuštění domů o ni budou pečovat.

11. Víra – životní hodnoty

Pacientka je katolička, občas chodila i do kostela. Nyní jednou za měsíc dochází na oddělení nemocniční kaplan a tak si spolu vždycky hezky popovídají. Modlení ale nevyžaduje.

7.8 PŘEHLED OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ

Ošetrovatelské diagnózy jsem stanovila k 10. 1. 2009, tj. 153. den hospitalizace.

Aktuální ošetrovatelské diagnózy

- 1) Chronická bolest v důsledku úrazu projevující se podrážděností, výrazem obličeje
- 2) Nedostatečná péče o sebe sama v důsledku onemocnění a bolesti projevující se neschopností provádět samostatně běžné denní činnosti
- 3) Porušená pohyblivost v důsledku úrazu projevující se nejistým krokem, pomalou chůzí
- 4) Inkontinence moči v důsledku věku a úrazu projevující se únikem moči před dosažením záchodu
- 5) Porucha integrity kůže z důvodu dekubitu projevující se porušením kožního povrchu
- 6) Porušená paměť v důsledku onemocnění projevující se zapomínáním, neschopností vzpomenout si na informace
- 7) Chronická zmatenost v důsledku onemocnění projevující se poruchami paměti

Potencionální ošetrovatelské diagnózy

- 8) Riziko deficitu tělesných tekutin v důsledku nedostatečného příjmu tekutin
- 9) Riziko pádu z důvodu zmatenosti a poruchy sebepěče

1) CHRONICKÁ BOLEST V DŮSLEDKU ÚRAZU PROJEVUJÍCÍ SE PODRÁŽDĚNOSTÍ, VÝRAZEM OBLIČEJE

Cíl:

- *krátkodobý*: pacientka chápe příčiny vzniku bolesti, zmírnit bolest
- *dlouhodobý*: míra bolesti pacientku neomezuje v denních činnostech

Plán péče:

- proveďte rozbor bolesti včetně lokalizace, charakteru, četosti, závažnosti (stupnice VAS 0 - 10) a zhoršujících faktorů
- posuzujte bolest vždy znovu, kdykoli se objeví a povšimněte si změn v popisu bolesti
- akceptujte pacientovy projevy bolesti
- pozorujte neverbální projevy (např. způsob chůze, držení těla, výraz v obličeji)
- monitorujte základní fyziologické funkce
- pomozte pacientovi zaujmout úlevovou polohu
- pečujte o pohodlí pacienta (mazání zad, aplikace tepla/chladu)
- spolupracujte s fyzioterapeutem a doporučte pacientovi vhodné relaxační cviky
- podávejte léky dle ordinace lékaře a sledujte jejich účinek

Realizace plánu péče:

Po informaci od pacientky o bolesti kyčlí a podbřišku jsem provedla škálování bolesti podle stupnice VAS, kde pacientka na stupnici 0 - 10 označila stupeň 5. Provedla jsem záznam do dokumentace. Informovala jsem lékaře. Změřila jsem základní fyziologické funkce - TK 130/80, P: 74/min., TT: 36,7°C a zaznamenala je do dokumentace. Lékařka pacientce naordinovala jednorázově Novalgin 1 amp. i. m., který jsem pacientce aplikovala. Snažila jsem se pacientce zajistit klidné, tiché prostředí a dostatek odpočinku. Sledovala jsem neverbální projevy bolesti pacientky, zejména výraz obličeje. Nabídla jsem možnost přiložení teplého obkladu, masáže zad, při které se pacientka uvolní, což může pomoci zmírnit bolest. Obklad pacientka odmítla, ale dle jejího přání jsem jí namasírovala záda. Informovala jsem fyzioterapeuta, který pacientce doporučil a ukázal relaxační cviky a vhodná dechová cvičení. Pacientka zaujímala dle svých možností úlevovou polohu na boku s přikrčenými dolními končetinami k břichu.

Dle ordinací lékaře jsem podávala naordinovaná analgetika: DHC Continus 60 mg 1 - 0 - 0, Zaldiar 1 - 1 - 1. Asi po 90 minutách jsem provedla opět škálování bolesti, kde pacientka na stejné stupnici označila stupeň 3.

Zhodnocení:

Pacientka chápe příčiny bolesti. Dle svých možností zaujala úlevovou polohu. Po podání Novalginu došlo ke zmírnění bolesti. Masáž zad pacientce rovněž pomohla ke zvládnutí bolesti.

2) NEDOSTATEČNÁ PÉČE O SEBE SAMA V DŮSLEDKU ONEMOCNĚNÍ A BOLESTI PROJEVUJÍCÍ SE NESCHOPNOSTÍ PROVÁDĚT SAMOSTATNĚ BĚŽNÉ DENNÍ ČINNOSTI

Cíl:

- *krátkodobý:* pacientka má zajištěny základní biologické potřeby
- *dlouhodobý:* pacientka dosahuje maximální míry soběstačnosti

Plán péče:

- zjistěte příčinu poklesu soběstačnosti pacienta
- zjistěte stupeň deficitu soběstačnosti
- povšimněte si, zda je deficit dočasný nebo trvalý
- sledujte, zda dochází k ústupu či progresi deficitu
- podporujte soběstačnost, průběžně ji vyhodnocujte a všímejte si pokroku
- motivujte pacienta k sebepéči, chvalte za pokrok
- poskytněte nemocnému dostatek času na provedení, aby mohl dokončit činnost

v celém rozsahu svých schopností

- dle potřeby obstarajte pomůcky (např. zvýšené záchodové sedátko, háček na zapínání knoflíků)
- zajistěte bezpečí pacienta

Realizace plánu péče:

Pacientka byla částečně soběstačná, potřebovala dopomoc v oblasti hygieny, pohybu, při oblékání. V oblasti stravování a vylučování byla pacientka zcela soběstačná. Hygienu jsme prováděli denně v koupelně. Vzhledem k tomu, že pacientka chodí pomocí chodítka, odnesla jsem jí toaletní potřeby do koupelny. Při hygieně se pacientka snažila být aktivní. Nechala jsem jí dostatečný časový prostor pro vykonání hygieny dle jejích schopností. Zvládla si umýt obličej, horní polovinu těla a stehna.

Při dopomoci ve stoji si zvládla umýt genitál a hýždě. Nevládla si umýt dolní končetiny od kolen a záda, proto jsem tyto části umyla já. Zajistila jsem pacientce pomůcky pro usnadnění pohybu na lůžku (hrazda, ovládání postele). Při oblékání jsem pacientce pomáhala zejména s oblékáním ponožek a spodního prádla a také se zapínáním knoflíků. Snažila jsem se jí motivovat a povzbuzovat, ocenila jsem každý úspěch. Denně pacientka rehabilitovala a s fyzioterapeutem prováděla postupný nácvik soběstačnosti chůze v chodítku.

Podle Barthelova testu soběstačnosti dosáhla pacientka 80 bodů - lehká závislost (viz příloha číslo 2).

Zhodnocení:

Pacientka se snaží aktivně spolupracovat a zapojovat se dle svých schopností do ošetrovatelských činností. Potřeby pacientky v oblasti hygieny jsou uspokojovány. Z povzbuzení i pochvaly měla pacientka vždy radost.

3) PORUŠENÁ POHYBLIVOST V DŮSLEDKU ÚRAZU PROJEVUJÍCÍ SE NEJISTÝM KROKEM, POMALOU CHŮZÍ

Cíl:

- *krátkodobý:* nedojde k rozvoji imobilizačního syndromu
- *dlouhodobý:* při chůzi pacientka používá francouzské berle

Plán péče:

- vezměte v úvahu onemocnění, která přispívají k obtížné chůzi
- dbejte na bezpečí pacientky, zabraňte pádu
- ve spolupráci s fyzioterapeutem doporučte vhodné pomůcky (berle, hůl, chodítko)

- pomůcky připravte do vhodné blízkosti
- sestavte denní rozvrh tak, aby se střídala rehabilitace a chůze s odpočinkem
- vezměte v úvahu bolest, která omezuje v pohybu
- dle potřeby pacientovi pomozte s různými činnostmi a přesuny
- zapojte rodinu a blízké osoby do péče

Realizace plánu péče:

Pacientku jsem pravidelně kontrolovala. Z jejího okolí jsem odstranila předměty, které by mohly zapříčinit její pád nebo poranění. Pro větší bezpečí pacientky a také větší soběstačnost měla pacientka k dispozici chodítka. To jsem jí umístila k lůžku tak, aby ho dle potřeby měla při ruce. Pacientka denně rehabilitovala, aby byla její chůze jistá. I bez přítomnosti fyzioterapeuta pacientka aktivně prováděla nácvik chůze. Pacientku jsem se snažila povzbudit a ocenila jsem její snahu. Rodinu jsem informovala o způsobu rehabilitace. Při návštěvě se rodina pacientce věnovala, chodila s ní na procházky a přispívala tak k nácviku chůze.

Zhodnocení:

Pacientka používá kompenzační pomůcky a aktivně se zapojuje do nácviku chůze. Také rodina pacientce pomáhá v nácviku chůze tím, že s ní v době návštěv chodí a postupně prodlužují vzdálenost.

4) INKONTINENCE MOČI V DŮSLEDKU VĚKU A ÚRAZU PROJEVUJÍCÍ SE ÚNIKEM MOČI PŘED DOSAŽENÍM ZÁCHODU

Cíl:

- *krátkodobý:* zajistit, aby byla pacientka v suchu a čistotě
- *dlouhodobý:* zabránit komplikacím v souvislosti s inkontinencí

Plán péče:

- věnujte pozornost podmínkám prostředí, které mohou bránit včasnému dosažení záchodu
- vezměte v úvahu věk a onemocnění pacientky
- ponechte přes noc rozsvícená světla na cestě k toaletě

- upravte cestu na toaletu tak, aby byla dostatečně široká
- připravte toaletní židli k lůžku
- před spánkem omezte příjem tekutin, aby se omezilo močení v noci
- dle možnosti ved'te denní záznamy o močení a o frekvenci kontrolovaného a

inkontinentního močení

- pečujte o pokožku pacientky
- dle vhodnosti používejte pomůcky na inkontinenci
- posuďte dopad inkontinence na životní styl
- spolupracujte s fyzioterapeutem na zlepšení pohyblivosti pacientky

Realizace plánu péče:

Pacientka prováděla vyprazdňování moči na toaletní židli. Tu jsem jí umístila k lůžku tak, aby nemusela překonávat delší vzdálenost. Také jsem z cesty odstranila přebytečné předměty, které by mohly prodlužovat dobu dosažení toaletní židle. Pacientku jsem informovala o vhodnosti používání hygienických vložek při nechtěném úniku moči. Pravidelně jsem kontrolovala a pečovala o pokožku zejména v oblasti třísel, kde je pokožka více náchylná ke vzniku opruzenin. Doporučila jsem pacientce používání bavlněného spodního prádla a požádala jsem rodinu, aby takové prádlo pacientce zajistili. Dle potřeby jsem prováděla výměnu ložního i osobního prádla. Snažila jsem se o to, aby se pacientka v pravidelných intervalech vyprazdňovala tak, abychom předešly inkontinenci. Informovala jsem pacientku o vhodnosti omezit večer tekutiny, aby omezila močení v noci. Sama jsem jí aktivně nabízela tekutiny zejména v dopoledních hodinách. Pacientka si sama dle potřeby měnila hygienické vložky.

Zhodnocení:

Pacientka si uvědomuje inkontinenci a vnímá ji jako problém. Je v suchu a čistotě. Nedošlo ke vzniku opruzenin.

5) PORUCHA INTEGRITY KŮŽE Z DŮVODU DEKUBITU PROJEVUJÍCÍ SE PORUŠENÍM KOŽNÍHO POVRCHU

Cíl:

- *krátkodobý*: zabránit zhoršování defektu
- *dlouhodobý*: zajistit hojení dekubitu

Plán péče:

- určete hloubku a rozsah poškození kůže
- povšimněte si zápachu postižené oblasti
- dle vhodnosti defekty vyfotografujte pro dokumentaci a možnost pozdějšího srovnání
- denně kontrolujte kůži a popisujte pozorované změny
- všimněte si ostatních predilekčních míst a jejich změny zaznamenávejte do

dokumentace

- postiženou oblast udržujte čistou a suchou
- udržujte čisté a suché osobní a ložní prádlo
- používejte vhodné antidekubitární pomůcky k omezení tlaku na postiženou oblast
- v pravidelných intervalech polohujte pacienta tak, aby bylo odlehčeno postižené

oblasti

- dle možností pacienta aktivizujte
- podávejte optimální výživu se zvýšeným obsahem bílkovin, nezbytných k hojení
- dle indikace odeberte vzorek na kultivační vyšetření

Realizace plánu péče:

Pacientka má dekubitus II. stupně v sakrální oblasti, který je již bez sekrece a zápachu, okolí je klidné. Každý 3. den jsem prováděla sterilně převaz: Replicare Ultra + sterilní krytí, Cavilon na okolí. Všechny změny defektu jsem zaznamenávala do dokumentace. Pečovala jsem o pokožku pacientky i o ostatní predilekční místa ochranným krémem Menalind. Pro podporu hojení proleženin pacientka 1x denně dostávala speciální přípravek - nápoj Cubitan. V lůžku měla pacientka umístěnou antidekubitární matraci. Pacientku jsem edukovala o nutnosti měnit polohu tak, aby bylo odlehčeno postižené oblasti. Pacientka byla schopna se sama otáčet na bok a tak se polohovat. Pravidelně jsem kontrolovala suchost osobního i ložního prádla a dle potřeby jsem prádlo vyměnila. Lůžko jsem udržovala čisté a dostatečně vypnuté.

Vzhledem k tomu, že nedocházelo ke změnám v hojení dekubitu, 11. 1. 2009 změna péče na Inadine + sterilní krytí denně, Cavilon na okolí. Změnu jsem zaznamenala do dokumentace.

Zhodnocení:

Nedošlo ke zhoršení stavu dekubitu, nicméně do konce mé spolupráce s pacientkou se nepodařilo dekubit zhojit. Na ostatních predilekčních místech se dekubity nevyskytly.

6) PORUŠENÁ PAMĚŤ V DŮSLEDKU ONEMOCNĚNÍ PROJEVUJÍCÍ SE ZAPOMÍNÁNÍM, NESCHOPNOSTÍ VZPOMENOUT SI NA INFORMACE

Cíl:

- *krátkodobý:* pacientka si uvědomuje problémy s pamětí
- *dlouhodobý:* pacientka používá pomůcky na pomoc k zapamatování si nejdůležitějších věcí a informací

Plán péče:

- určete faktory, které mají nebo mohou mít vztah k poruchám paměti
- asistujte při testování kognitivních funkcí, seznamte se s výsledky testů
- zaveďte vhodné techniky trénování paměti, např. pomocí kalendáře, psaní seznamů
- doporučte pacientovi i rodině pořádat schůzky s opakováním osobních údajů, vzpomínáním na různé zážitky
- povzbuzujte pacienta, odkloňte jeho pozornost k oblastem, v nichž je úspěšný
- přizpůsobte edukační techniky funkčnímu stavu pacienta a jeho současným schopnostem
- zdůrazněte význam přiměřeného tempa učení se a důležitost odpočinku
- sledujte účinky léků předepsané ke zlepšení paměti a dalších kognitivních funkcí

Realizace plánu péče:

Pacientka byla lékařem poučena o svém zdravotním stavu. Rodina byla také informována o stavu pacientky. 10. 1. 2009 byl proveden test kognitivních funkcí MMSE, s výsledkem 14 bodů - středně těžká demence (viz příloha číslo 9) a test hodin - skóre 6, chybí zakreslení hodin (viz příloha číslo 10).

Dle ordinace lékaře jsem podávala léky: Piracetam 800 mg 1 - 1 - 0 a sledovala jejich účinek. Pacientku jsem se snažila podporovat a povzbuzovat.

Pohovořila jsem s ní o vhodnosti psaní seznamů se jmény blízkých osob, o umístění kalendáře pro lepší orientaci. Spolupracovala jsem s rodinou, která pacientce přinesla stolní kalendář, pomohla jí při psaní seznamu se jmény. Prostřednictvím tohoto seznamu jsem s pacientkou prováděla trénink paměti cílenými otázkami na jednotlivé členy rodiny, dále trénink časové a prostorové orientace. Pacientka se snažila, při úspěchu a správné odpovědi měla vždy radost. Úspěchy jsem ocenila. Rodina se snažila o časté návštěvy, při kterých také s pacientkou trénovala paměť otázkami na informace sdělené při minulé návštěvě.

Zhodnocení:

Pacientka si je vědoma potíží s pamětí, vybavování si informací a učení se novým informacím. Aktivně se zapojovala do nácviku paměti. Také rodina se aktivně zapojovala do trénování paměti pacientky.

7) CHRONICKÁ ZMATENOST V DŮSLEDKU ONEMOCNĚNÍ PROJEVUJÍCÍ SE PORUCHAMI PAMĚTI

Cíl:

- *krátkodobý:* pacientka je orientována v čase, místě a prostoru
- *dlouhodobý:* pacientka používá pomůcky pro lepší orientaci

Plán péče:

- posuďte výsledky diagnostických vyšetření (např. paměti, orientace, schopnosti počítat, udržení pozornosti)
- povšimněte si změn/zhoršení v osobní hygieně a chování
- promluvte s blízkými osobami pacienta o jeho dřívějším chování, délce trvání/progresi změn
- povzbuzujte rodinné příslušníky k udržování orientace pacienta a trvalého poskytování čerstvých informací a podnětů (např. události a novinky v rodině)
- zajistěte klidné prostředí bez nadměrné stimulace podněty
- udržujte orientaci v realitě (hodiny, kalendář, osobní předměty)

- dbejte na bezpečnost pacienta (dohled, identifikační náramek, signalizační zařízení)
- dovolte pacientovi oddávat se vzpomínkám, pokud to nemá negativní dopad na jeho zdraví

Realizace plánu péče:

Snažila jsem se zajistit klidné prostředí bez nadměrného hluku, který by pacientku mohl znepokojovat. Dbala jsem na její bezpečnost. Na ruku jsem pacientce umístila náramkové hodinky pro lepší orientaci. K ruce jsem pacientce umístila signalizační zařízení pro případ potřeby. Spolupracovala jsem s rodinou, která pacientce přinesla stolní kalendář a nějaké osobní předměty. Při návštěvě rodina pacientku informovala o novinkách v jejím okolí i rodině.

Zhodnocení:

Pacientka se orientuje po pokoji, částečně i po oddělení, ale informace je nutné neustále opakovat. Nedošlo k poranění pacientky.

8) RIZIKO DEFICITU TĚLESNÝCH TEKUTIN V DŮSLEDKU NEDOSTATEČNÉHO PŘÍJMU TEKUTIN

Cíl:

- zvýšit denní příjem tekutin pacientky

Plán péče:

- všimněte si věku, úrovně vědomí a stavu pacienta
- zajistěte pacientovi dostatek tekutin na dosah a pobízejte ho k pití
- zjistěte, jakým tekutinám dává pacient přednost
- sledujte příjem a výdej tekutin pacienta
- pravidelně sledujte hmotnost pacienta
- sledujte fyziologické funkce a všimněte si změn v jejich hodnotách
- sledujte barvu moče, výsledky laboratorních vyšetření
- sledujte známky dehydratace (suchost kůže a sliznic, snížený kožní turgor, koncentrovaná moč, hypotenze)

- pečujte pravidelně o pokožku a dutinu ústní
- spolupracujte s rehabilitační sestrou, aktivizujte pacienta dle jeho možností
- dle ordinace lékaře podávejte náhradní tekutiny (sondou, nitrožilně)

Realizace plánu péče:

Pacientku jsem edukovala o nutnosti dodržování pitného režimu a také o vážnosti a komplikacích spojené s dehydratací. Zajistila jsem jí dostatek tekutin na dosah a aktivně ji pobízela k pití. Po ranní hygieně jsem provedla péči o pokožku hydratačním krémem.

Péči o dutinu ústní pacientka zvládala sama, také hygienu o zubní protézu zvládala, pouze jsem jí zajistila emitní misku s vodou, ve které protézu mohla vyčistit. Sledovala jsem, zda nedochází k projevům dehydratace. Pravidelně, každý druhý den jsem sledovala fyziologické funkce, jejichž hodnoty se nijak výrazně neměnily. Po dohodě s lékařem jsem zavedla sledování příjmu a výdeje tekutin. Požádala jsem pacientku, aby vedla denní záznamy o močení. Vzhledem k onemocnění pacientky však nebyla schopna tyto záznamy vést. Měřila jsem diurézu, moč byla světle žluté barvy, bez příměsí.

Zhodnocení:

K projevům dehydratace nedošlo, denní příjem tekutin pacientky se povedlo nepatrně zvýšit z 1000 ml na 1200 ml za den. Vzhledem k tomu, že pacientka užívá diuretika je to nedostatečné.

9) RIZIKO PÁDU Z DŮVODU ZHORŠENÉ POHYBLIVOSTI A ZMATENOSTI

Cíl:

- nedojde k pádu pacientky

Plán péče:

- vezměte v úvahu věk, duševní schopnosti a poruchu pohyblivosti pacienta
- snažte se o orientaci pacienta v prostředí
- nastavte lůžko na nízkou polohu
- dbejte na to, aby měl pacient neustále na dosah signalizační zařízení
- používejte pomocná zařízení lůžka (zábrany)

- zabrzděte kolečka lůžka nebo pojízdného nábytku, udržujte volně průchodné cesty (do koupelny, k oknu)
- dbejte na dostatečné osvětlení
- ve spolupráci s rehabilitační sestrou uče pacienta používat lokomoční pomůcky (berle, hole, chodítko)
- dle potřeby pacientovi pomozte s různými činnostmi a přesuny
- zdůrazněte nutnost bot přiměřené velikosti a vhodného druhu, pevně sedících a neklouzavých
- zdůrazněte význam pomalých změn polohy, zejména při zvedání se z lůžka po dlouhém ležení (ortostatická hypotenze)

Realizace plánu péče:

Podle tabulky hodnocení rizika pádu byla pacientka ohrožena rizikem pádu (viz příloha číslo 3). Pacientku jsem pravidelně kontrolovala. Zkontrolovala jsem, zda jsou kolečka lůžka zabrzděná. Odstranila jsem z dosahu pacientky předměty, o které by se mohla poranit.

U lůžka byla umístěna jedna postranice. Pacientku jsem edukovala o tom, že při vstávání z postele se má nejdříve posadit, chvíli sedět a teprve potom vstát. Pomáhala jsem pacientce s přesuny, zejména při ranní hygieně. Zdůraznila jsem nutnost pevné a neklouzavé obuvi. Spolupracovala jsem s rodinou pacientky, která jí tuto obuv zajistila. Kvůli zipům, které byly na této obuvi jsem pacientce vždy dopomohla při obouvání. Po dohodě s fyzioterapeutem pacientka měla k dispozici chodítko, které jsem jí nastavila tak, aby vyhovovalo potřebám pacientky a splňovalo svoji funkci opory.

Zhodnocení:

Nedošlo k pádu ani poranění pacientky.

7.9 PRAKTICKÉ RADY PRO PEČOVATELE o pacienta s Alzheimerovou chorobou

Rad pro pečovatele o nemocné s Alzheimerovou chorobou bylo v různé formě publikováno několik desítek, dokonce stovek. Vzhledem k rozsahovým možnostem této práce zde uvádím jen některé, nejzákladnější.

1. Nedělejte nic za nemocného, ale pomozte mu, aby to zvládl udělat sám - podporujete tak jeho samostatnost

- při koupání nechte nemocného, aby udělal sám všechno, čeho je schopen
- při oblékání připravte oblečení v pořadí, v jakém si ho má nemocný obléknout; oblečení by nemělo mít složité zapínání
- při stravování nemocnému jídlo rozkrájejte na menší kousky (eventuelně rozmixujte); klidně nechte nemocného jíst rukama, pokud je to možné - může to pro něj být lépe zvladatelné
- snažte se mu věci zjednodušit - nenuťte ho často vybírat a rozhodovat se (7, 17, 18)

2. Komunikace

- kdykoli budete na nemocného mluvit, dívejte se mu do očí
- mluvte vždy dostatečně pomalu a zřetelně vyslovujte
- užívejte raději jednoduchých a krátkých vět či otázek, na které je možné odpovědět „ano“ nebo „ne“
- mluvte příjemným a uklidňujícím tónem
- nikdy se s nemocným nehádejte a nekřičte - jedině, čeho docílíte je, že bude rozčílený a frustrovaný
- pokud je nemocný podrážděný nebo se chová nevhodně, nenadávejte a nekářejte ho - někdy to totiž nebude trvat dlouho a on na všechno zapomene
- snažte se neskákat nemocnému do řeči a nedokončovat za něj věty, protože to pro něj může být ponižující
- nešetřete úsměvy a přátelskými pohledy nebo pohlazením - nemocného tím uklidníte; pokud se nemocnému cokoli podaří, pochvalte ho (7, 17, 18)

3. Pro lepší orientaci nemocného

- zajistěte snadnou identifikaci a dostupnost toalety ve dne i v noci
- odstraňte odpadkové koše z koupelny nebo ložnice, protože nemocný by je mohl považovat za záchodovou mísu
- označte, kam se ukládají jednotlivé věci v koupelně, v kuchyni i v ložnici
- nalepte cedulky se jmény na věci, zásuvky, rostliny, nábytek a police v šatníku - pomůžete tím nemocnému uvědomit si informace, které pro něj byly v minulosti samozřejmé; schopnost pojmenovat věci navíc nemocnému umožňuje získat větší samostatnost
- používejte kalendáře, vytvářejte si seznamy a používejte obrázky (7, 17, 18)

4. Zajistěte bezpečné prostředí pro nemocného

- odstraňte zejména malé koberečky a rohožky, po kterých by nemocný mohl lehce uklouznout
- schovejte na bezpečné místo léky, mycí a čisticí prostředky, sirky nebo zapalovače, nože a jiné ostré předměty, o které by se nemocný mohl poranit; používejte dětské pojistky na zásuvkách, ze dveří
- uspořádejte prostor tak, aby se nemocný při přesunu do jiného pokoje mohl zastavit a odpočinout si
- zajistěte, aby frekventovaná místa byla vždy uklizená a dobře osvětlená
- odstraňte zámky ze dveří mezi jednotlivými pokoji, zejména z koupelny - nemocný by se mohl zamknout, ale už by nemusel být schopen odemknout
- mějte k dispozici náhradní klíče od domu
- dbejte na to, aby na všech částech oděvu nemocného byly umístěny kartičky s adresou a telefonním číslem, na které lze podat informace, pokud je nalezen mimo domov; vhodné jsou také identifikační řetízky na krku nebo na ruce (7, 17, 18)

5. Zaveďte pravidelný řád, ale pokud je to možné, ponechte vše ve stavu, jak byl nemocný dříve zvyklý - pro nemocného může tato rutina znamenat bezpečí. (7, 17, 18)

6. Nebraňte nemocnému ve vzpomínkách, naopak používejte různé příležitosti k prohlížení rodinných alb a fotek, vzpomínejte na hezké chvíle. (7, 17, 18)

7. Nedělejte v prostředí, ve kterém nemocný žije, příliš mnoho změn

- je potřeba volit takové změny, které jsou nezbytné pro zvýšení bezpečnosti; volte změny, které usnadní život nemocnému i celé vaší rodině
- změny provádějte postupně, abyste nemocného zbytečně nestrašili (7, 17, 18)

DALŠÍ DOPORUČENÍ, pro samotné pečovatele

Podělte se o své pocity

Člověku vždy pomůže, pokud má možnost se o své problémy a starosti podělit s druhými lidmi. Zejména pokud se o své pocity může podělit s lidmi, kteří také pečují o nemocné s Alzheimerovou chorobou. (7, 17, 18)

Smutek

Kolikrát si pro sebe opakujete „Vždyť to už není on (ona), naprosto se změnil (změnila).“

Je normální cítit smutek nad tím, že blízká osoba, přítel nebo kolega už není, kým bývala dříve. A když už myslíte, že jste tuto novou skutečnost přijali, váš blízký se změní znovu. Zejména zničující je to, když už vás nepozná.

Pamatujte ale vždy na to, že právě teď vás nemocný potřebuje víc než kdykoli jindy. (7, 17, 18)

Zlost, rozpaky a stud

Zlost je přirozenou reakcí na to, že se to muselo stát vám, že vám nikdo nepomáhá, že služby pro takto nemocné pacienty jsou zcela nedostačující apod.

Jindy pociťujete nad chováním svého blízkého rozpaky a stydíte se za něj. Podléháte pokušení nezvat domů přátele a známé. Bráníte se tomu vyjít s nemocným do společnosti nebo na procházku. Ale nedělejte to. Je přirozené pociťovat rozpaky i stud za určité chování nemocného, ale je potřeba si uvědomit jedno. Čím více jej budete izolovat, tím obtížnější pro něj bude se vypořádat s každodenními problémy. (7, 17, 18)

Pocity viny

I tyto pocity jsou přirozené. Můžete pociťovat vinu například nad tím, že jste se o nemocného dříve špatně starali, že nemáte trpělivost, že uvažujete o umístění nemocného do nějakého pečovatelského nebo zdravotnického zařízení. Je proto důležité si uvědomit, že chorobu nevyvolalo a nemohlo vyvolat nic z toho, co jste udělali, eventuelně neudělali.

(7, 17, 18)

Dopřejte si relaxaci a odpočinek

Je důležité udělat si čas i na sebe, na své koníčky, na věci a aktivity, které vám přinášejí odpočinek a potěšení. Váš emocionální stav je důležitý nejen pro vlastní zdraví, ale také má vliv na péči o nemocného.

Abyste si mohli dopřát odpočinek a získat dostatek času na své přátele a zájmy, je třeba se o péči o nemocného podělit.

K dispozici jsou různé typy denní, rezidenční nebo nemocniční péče, které umožňují, aby si člověk pečující o nemocného mohl na čas odpočinout. (7, 17, 18)

Užitečné kontakty:

Pro závažnost tématu zde uvádím některé užitečné kontakty.

Česká alzheimerovská společnost - www.alzheimer.cz

Česká asociace pro psychické zdraví - www.capz.cz, www.chvala-blaznovstvi.cz

www.gerontocentrum.cz

ZÁVĚR

V této ošetrovatelské kasuistice je zpracován ošetrovatelský proces u 87leté pacientky, které byla diagnostikována Alzheimerova choroba. Pacientka byla hospitalizována na LDN, kam byla přeložena z kliniky rehabilitace po předchozím pádu s následnou frakturou stydké kosti. S pacientkou jsem spolupracovala 5. - 14. 1. 2009, tj. 148. - 157. den hospitalizace. Asi o měsíc později jsem měla možnost se s pacientkou opět setkat. Při našem opakovaném setkání mě velice potěšilo, že pacientka zaznamenala známý obličej. Nedokázala ho zařadit místně ani časově, ale věděla, že jsme se již někdy setkaly. Pacientka nyní dále pokračuje v nácviu chůze, která je jistá a pacientka při ní celkově působí jistějším dojmem. Bolest, kterou pacientka trpěla, se podle jejích slov zmírnila. Došlo ke zlepšení pohyblivosti, pacientka již nemá u lůžka toaletní židli, ale chodí na WC. Toto zlepšení pohyblivosti přispělo k tomu, že byl odstraněn problém s inkontinencí. Pacientka zvládá sama hygienickou péči a stala se tak relativně nezávislou na pomoci ošetrovatelského personálu.

Došlo také k částečnému zhojení dekubitu, který je nyní spíše povrchovým defektem rozsahu 2 x 2 cm. To zlepšení celkového stavu pacientky jistě přispělo ke zlepšení psychického stavu, pacientka se často usmívá a působí relativně spokojeně.

Vzhledem k tomu, že stav pacientky se natolik zlepšil, že téměř nepotřebovala pomoc personálu, byla po dohodě s rodinou 31. 3. 2009 přeložena do domova důchodců Chodov.

Tato práce mi velice pomohla ujasnit si spoustu věcí, které se týkají tohoto onemocnění. Pochopila jsem, jak nesmírně závažné je to onemocnění a to nejen pro samotného nemocného, ale také pro jeho rodinu i celé okolí. Také jsem poznala, jak náročná je péče o takto nemocné pacienty po stránce psychické i sociální. Zjistila jsem, že v péči a celkovém přístupu o takto nemocné je nutná veliká trpělivost. Jako sestra jsem poznala obtížnost získávání anamnestických dat, vzhledem k tomu, že tito pacienti své odpovědi často mění.

Uvědomila jsem si také, jak nedostatečná je u nás celková péče o seniory, nejen o nemocné s Alzheimerovou chorobou. A pokud se tento přístup nezmění, nikdy nemůžeme těmto lidem zajistit klidné a důstojné stáří s takovou péčí, jakou by si zasloužili.

Použitá literatura

1. ARCHALOUSOVÁ Alexandra. *Přehled vybraných ošetrovatelských modelů*. NUCLEUS HK, 2003. 104 s. ISBN 80-86225-33-X.
2. CALLONE Patricia L., KUDLACEK Connie, VASILOFF Barbara C. a kol. *Alzheimerova nemoc, 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*. Grada, 2008. 120 s. ISBN 978-80-247-2320-4.
3. ČECHOVÁ Věra, ROZSYPALOVÁ Marie. *Obecná psychologie*. Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, Brno, 2001. 105 s. ISBN 80-7013-343-0.
4. FRÝDECKÁ H., JEDLIČKOVÁ O., MELLANOVÁ A. a kol. *Lemon; učební texty pro sestry a porodní asistentky*. Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, Brno. 1997. 184 s. ISBN 80-7013-234-5.
5. HORT Jakub, RUSINA Robert a kol. *Paměť a její poruchy*. Maxdorf, 2007. 422 s. ISBN 978-80-7345-004-5.
6. HRDLIČKA Michal, HRDLIČKOVÁ Darina. *Demence a poruchy paměti*. Grada, 1999. 53 s. ISBN 80-7169-797-4.
7. HÖSCHL Cyril, HOLMEROVÁ Iva, HONZÁKOVÁ Ludmila a kol. *Alzheimerova choroba*. Text zpracoval Hořejší Jaroslav. Praha, Galén, 1999. 96 s. ISBN 80-7262-025-8.
8. JAROŠOVÁ Darja. *Teorie moderního ošetrovatelství*. ISV, 2000. 133 s. ISBN 80-85866-55-2.
9. JIRÁK Roman, OBENBERGER Jiří, PREISS Marek. *Alzheimerova choroba*. Maxdorf, 1998. 64 s. ISBN 80-85800-88-8.
10. JIRÁK Roman, KOUKOLÍK František. *Demence; neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Galén, 2004. 335 s. ISBN 80-7262-268-4.
11. KOUKOLÍK František, JIRÁK Roman. *Alzheimerova nemoc a další demence*. Grada, 1998. 232 s. ISBN 80-7169-615-3.
12. MARIEB Elaine N., MALLATT Jon. *Anatomie lidského těla*. Přeložil kolektiv autorů, CP Books, 2005. 863 s. ISBN 80-251-0066-9.
13. NOVOTNÝ Ivan. *Fyziologie nervového systému*. Praha: Karlova univerzita. Přírodovědecká fakulta 1988. 219 s.

14. ŘÍČAN Pavel. *Psychologie; příručka pro studenty*
Portál, 2005. 288 s. ISBN 80-7178-923-2.

15. SAMUEL David. *Paměť, jak ji používáme, ztrácíme a můžeme zlepšit.*
Grada. 1999. 108 s. ISBN 80-247-0186-3.

16. SILBERNAGL Stefan, DESPOPOULOS Agamemnon. *Atlas fyziologie člověka.*
Přeložila Eliana Trávníčková a kol. Grada, 2004. 435 s. ISBN 80-247-0630-X.

17. Bez autora. *Alzheimerova nemoc v rodině; příručka pro ty, kteří o nemocné pečují*
MAXDORF, 1998. 96 s. ISBN 80-85800-96-9.

18. ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST. *Na pomoc pečujícím rodinám.*
Informační materiál pro ty, kteří pečují o občany postižené demencí.

Internetové zdroje

19. <http://www.gerontocentrum.cz/>

20. <http://www.alzheimer.cz/>

21. <http://sestrylf3.unas.cz/obsahpschr.html>

22. [http://cs.wikipedia.org/wiki/Pam%C4%9B%C5%A5_\(psychologie\)](http://cs.wikipedia.org/wiki/Pam%C4%9B%C5%A5_(psychologie))

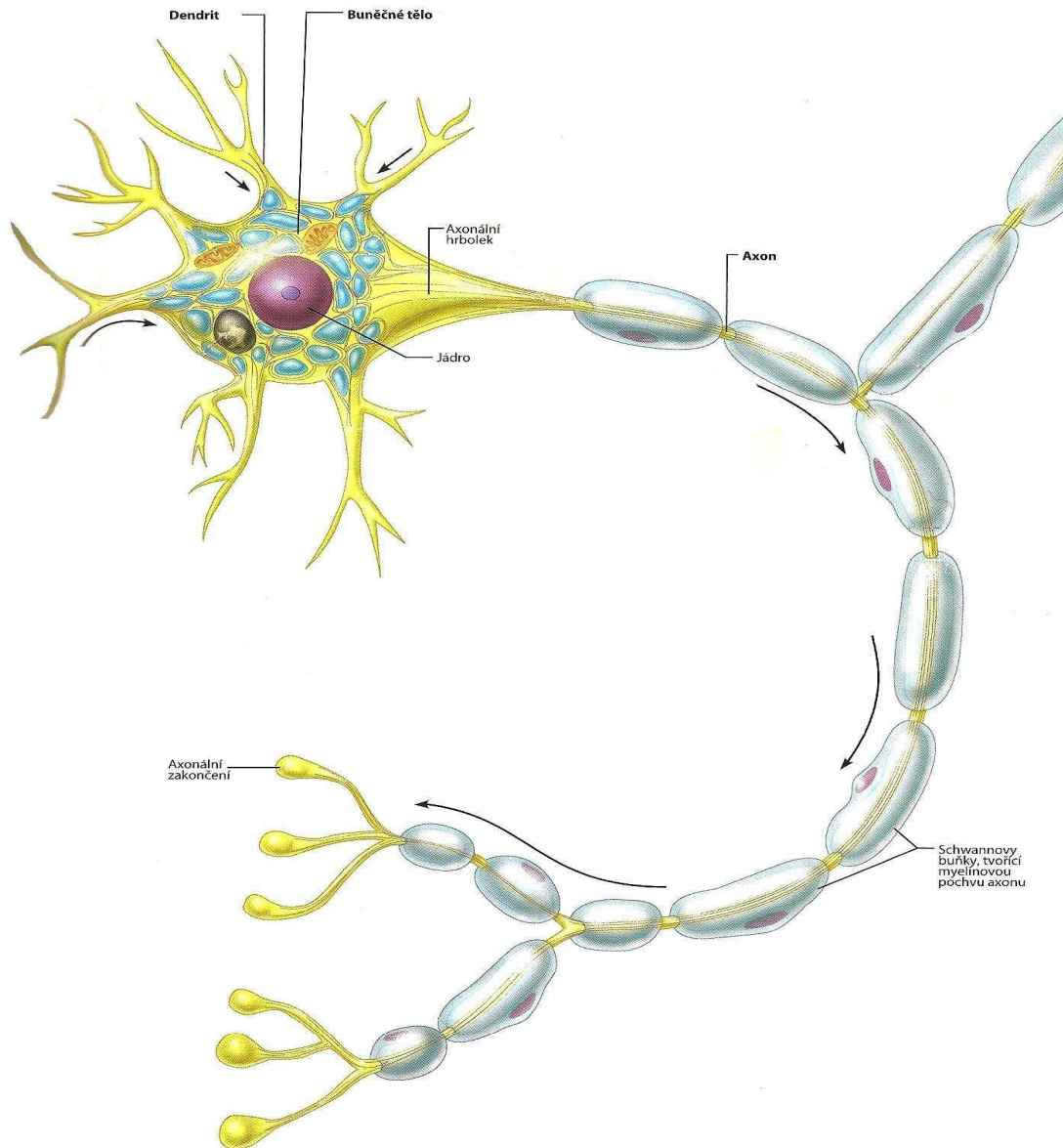
23. <http://www.lekarna.cz>

Seznam příloh

Příloha číslo 1	Stavba neuronu
Příloha číslo 2	Barthelův test ADL
Příloha číslo 3	Tabulka hodnocení rizika pádu
Příloha číslo 4	Norton skóre - hodnocení rizika vzniku dekubitů
Příloha číslo 5	Test kreslení hodin
Příloha číslo 6	MMSE 19. 8. 2008
Příloha číslo 7	Test hodin 19. 8. 2008
Příloha číslo 8	Dokumentace ošetřování dekubitu
Příloha číslo 9	MMSE 10. 1. 2009
Příloha číslo 10	Test hodin 10. 1. 2009

PŘÍLOHA ČÍSLO 1

STAVBA NEURONU



Šipky ukazují směr šíření elektrických signálů po dendritech a axonu

PŘÍLOHA ČÍSLO 2

BARTHELŮV TEST ADL

NAJEDENÍ, NAPITÍ	SAMOSTATNĚ	10	POUŽITÍ WC	SAMOSTATNĚ	10
	S POMOCÍ	5		S POMOCÍ	5
	NEPROVEDE	0		NEPROVEDE	0
OBLÉKÁNÍ	SAMOSTATNĚ	10	PŘESUN LŮŽKO - ŽIDLE	SAMOSTATNĚ	15
	S POMOCÍ	5		S MALOU POMOCÍ	10
	NEPROVEDE	0		VYDRŽÍ SEDĚT	5
KOUPÁNÍ	SAMOSTATNĚ NEBO S POMOCÍ	5	CHŮZE PO ROVINĚ	NEPROVEDE	0
	NEPROVEDE	0		SAMOSTATNĚ NAD 50m	15
OSOBNÍ HYGIENA	SAMOSTATNĚ NEBO S POMOCÍ	5	CHŮZE PO SCHODECH	S POMOCÍ 50m	10
	NEPROVEDE	0		NA VOZÍKU 50m	5
KONTINENCE MOČI	PLNĚ KONTINENTNÍ	10	CHŮZE PO SCHODECH	NEPROVEDE	0
	OBČAS INKONTINENTNÍ	5		SAMOSTATNĚ	10
	TRVALE INKONTINENTNÍ	0		S POMOCÍ	5
KONTINENCE STOLICE	PLNĚ KONTINENTNÍ	10	CELKOVÉ SKÓRE	NEZÁVISLÝ	
	OBČAS INKONTINENTNÍ	5		100	LEHKÁ ZÁVISLOST
			65-95	ZÁVISLOST STŘEDNÍHO STUPNĚ	
			45-60	VYSOCE ZÁVISLÝ	
			0-40		

PŘÍLOHA ČÍSLO 3

TABULKA HODNOCENÍ RIZIKA PÁDU

POHYB	<i>Neomezený</i>	0	SMYSLOVĚ PORUCHY	<i>Žádné</i>	0
	<i>Používá pomůcky</i>	2		<i>Vizuální, smyslové, smyslový deficit</i>	1
	<i>Potřebuje pomoc k pohybu</i>	1	MENTALNÍ STATUS	<i>Orientován</i>	0
	<i>Neschopen přesunu</i>	1		<i>Občasná noční dezorientace</i>	1
VYPRAZDĚNÍ	<i>Nevyžaduje pomoc</i>	0		<i>Dřívější dezorientace/demence</i>	1
	<i>Nykturie/inkontinence</i>	1	VĚK	<i>18 - 75 let</i>	0
	<i>Vyžaduje pomoc</i>	1		<i>75 a vyšší</i>	1
MEDIKACE	<i>Neužívá rizikové léky</i>	0	PÁD V ANAMNÉZE		1
	<i>Užívá následující léky:</i> • diuretika • antiepileptika • antiparkinsonika • antihypertenziva • psychotropní látky • benzodiazepiny	1	CELKOVÉ SKÓRE: 8	Skóre 3 a vyšší = pacient je ohrožen rizikem pádu	

PŘÍLOHA ČÍSLO 4

NORTON SKÓRE (hodnocení rizika vzniku dekubitů)

Fyzický stav		Vědomí		Aktivita		Pohyblivost		Inkontinence	
Dobry	4	Dobry	4	Chodí	4	Úplná	4	Není	4
Zhoršený	3	Apatický	3	S doprovodem	3	Částečně omezená	3	Občas	3
Špatný	2	Zmatený	2	Sedačka	2	Velmi omezená	2	Moč	2
Velmi špatný	1	Bezvědomí	1	Leží	1	Žádná	1	Moč + stolice	1

Hodnocení: 16 - 15 nízké riziko

14 - 13 střední riziko

12 - 10 vysoké riziko

9 - 5 velmi vysoké riziko

PŘÍLOHA ČÍSLO 5

TEST KRESLENÍ HODIN

Pokyny pro provedení:

1. Dejte pacientovi čistý list papíru s předkresleným kruhem (příloha 2a). Ukažte mu, kde je horní a spodní část. Pak dejte pacientovi následující pokyn: „Toto mají být hodiny. Doplňte, prosím, všechna chybějící čísla a zaznamenejte čas „10 hodin 10 minut“.“
2. Poznamenejte si provádění (pořadí, opravy, trvání). Zhodnotte výsledek podle níže uvedeného návodu a zaznamenejte ho spolu se jménem pacienta a datem provedení na kresbu.
3. Validizovaná hranice mezi normální a patologickou kresbou ve smyslu přítomnosti kognitivní poruchy/demence leží mezi 2 a 3 body. To znamená, že skóre 3 a více bodů je již patologické.

Skóre	Popis	Příklady
1	Bezchybné provedení <ul style="list-style-type: none"> • číslice 1–12 ve správném pořadí i místě • dvě ručičky ve správné poloze 	
2	Lehká prostorová chyba ciferníku hodin <ul style="list-style-type: none"> • vzdálenosti mezi číslicemi nerovnoměrné • číslice mimo kruh • otočení papíru s otočením číslic • použití pomocných čar pro lepší orientaci 	
3	Chybné zaznamenání času, zachované prostorové uspořádání hodin <ul style="list-style-type: none"> • pouze jedna ručička • čas zaznamenán slovně „10 hodin 10 minut“ • čas vůbec nezaznamenán 	
4	Střední stupeň prostorové dezorganizace, takže zaznamenání času není možné <ul style="list-style-type: none"> • nepravidelné mezery • zapomenutí čísel • perseverace: opakování kruhu, číslice na jednu stranu od 12 • záměna pravý-levý (čísllice proti směru) • dysgrafie – chybějí čitelné číslice 	
5	Těžká prostorová dezorganizace <ul style="list-style-type: none"> • jako u skóre 4, ale silněji vyjádřeno 	
6	Chybí zakreslení hodin (CAVE: vylučte depresi/delirium) <ul style="list-style-type: none"> • žádný pokus zakreslit hodiny • ani vzdálená podobnost s hodinami • napsáno slovo nebo jméno 	

Podle: Doc. MUDr. Eva Topinková, CSc.: Jak správně a včas diagnostikovat demenci,
UCB Pharma, Praha, 1999

PŘÍLOHA ČÍSLO 6

Datum vyšetření

19. 8. 2008

Příloha 1

MINI-MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

Informace pro pacienta:

Nyní vám položím několik otázek a budete řešit některé úkoly. Pokuste se, prosím, odpovídat tak, jak nejlépe ukážete.

1.

ORIENTACE

- Jaký je dnes den?
 Kolikátého je dnes?
 Který je dnes den v týdnu?
 Který je měsíc?
 Který je rok?
 Které je roční období?
 V jaké zemi se nacházíme?
 V jakém okrese?
 Ve kterém městě?
 Jak se jmenuje tato nemocnice?
 Ve kterém poschodí jsme?

Každá správná odpověď se hodnotí 1 bodem, nemocný má na každou odpověď nejvíce 10 vteřin

2.

ZAPAMATOVÁNÍ

Nyní vám vyjmenuji tři předměty. Pokuste se je opakovat po mně a zapamatovat si je. Za chvíli se vás na tato slova znovu zeptám.

- LOPATA
 ŠÁTEK
 VÁZA

Slova vyslovujte pomalu a zřetelně, rychlostí asi jedno slovo za vteřinu. Pokud je pacient schopen slova opakovat, započítáte 1 bod za každé správně opakované slovo. Pokud si slova nemocný není schopen vybavit, opakujte je několikrát (nejvíce však ještě 5x), než se je nemocný naučí. Jinak nelze vyšetřovat položku „výbavnost“.

3.

POZORNOST A POČÍTÁNÍ

Nyní, prosím, odečítejte od čísla 100 stále sedmičku. Až odečtete pětkrát za sebou, skončete.

100-93-86-79-72-65

Za každou správnou odpověď započítejte 1 bod. Pokud pacient udělá chybu a dále odečítá správně, počítejte pouze jako jednu chybu. Jestliže pacient tento úkol nedokáže nebo nechce provést, vyzvěte ho:

Hláskujte, prosím, pozpátku slovo POKRM po jednotlivých písmenech.

M-R-K-O-P

Za každé správné písmeno započítejte po jednom bodu.

4.

VÝBAVNOST

Nyní si pokuste vzpomenout na 3 slova, která jste si měl(-a) zapamatovat.

- LOPATA
 ŠÁTEK
 VÁZA

Za každou správnou odpověď započítáte 1 bod.

5.

POJMENOVÁNÍ

- Ukažte náramkové hodinky Co je to?
 Ukažte tužku Co je to?

Za správnou odpověď po jednom bodu.

6. OPAKOVÁNÍ

- Opakujte, prosím, po mně „první pražská paroplavba“.

Za správnou odpověď započítáte jeden bod, přípustný je pouze jeden pokus.

7. TŘÍSTUPŇOVÝ PŘÍKAZ

Položte před pacienta list papíru a dejte mu následující pokyn: Nyní vezměte tento papír do pravé ruky, přeložte ho na polovinu a položte na zem.

- pravá ruka
 přeložení na polovinu
 položení na zem

Za každou správně provedenou činnost započítejte po jednom bodu.

8. ČTENÍ A SPLNĚNÍ PŘÍKAZŮ

Ukažte pacientovi kartičku s nápisem „Zavřete oči“ a vyzvěte ho:

- Přečtěte, prosím, co je zde napsáno, a udělejte to.

Nechte nemocnému 10 vteřin na provedení. Instrukci můžete opakovat nejvýše třikrát. Započítáte jeden bod pouze, pokud pacient skutečně zavře oči.

9.

PSÁNÍ

Dejte pacientovi čistý papír a tužku a vyzvěte ho:

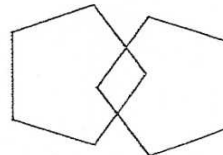
- Napište, prosím, jakoukoliv větu.

Jeden bod započítejte, pokud má věta podmět (i nevyjádřený) a přísudek a dává smysl. V textu mohou být pravopisné chyby.

10. OBKRESLENÍ OBRAZCE

- Nakreslete obrázek co nejpřesněji podle předlohy.

Započítáte jeden bod, pokud pacient nakreslí obrázek v časovém limitu do jedné minuty, jestliže jsou zachovány správné strany, počet úhlů a překřížení. Třes ani rotace nevadí.



CELKOVÉ SKÓRE

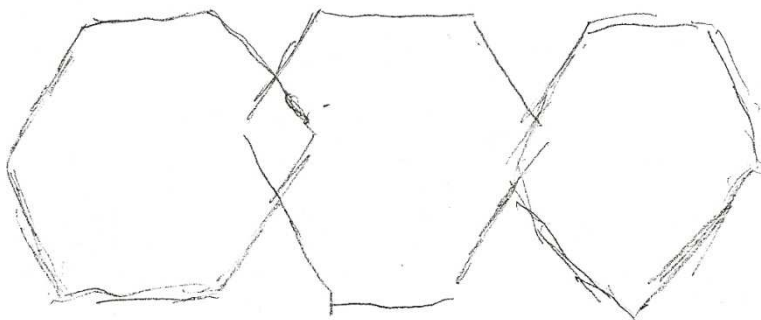
18 bodů

Hodnocení:

27-30 bodů	bez poruchy kognitivních funkcí
25-26 bodů	hraniční náleží, doporučeno další sledování pacienta,
	u pacientů nad 75 let nebo s méně než 8 lety školní docházky jsou tyto hodnoty ještě v normě
18-24 bodů	lehká demence
6-17 bodů	středně těžká demence
méně než 6 bodů	těžká demence

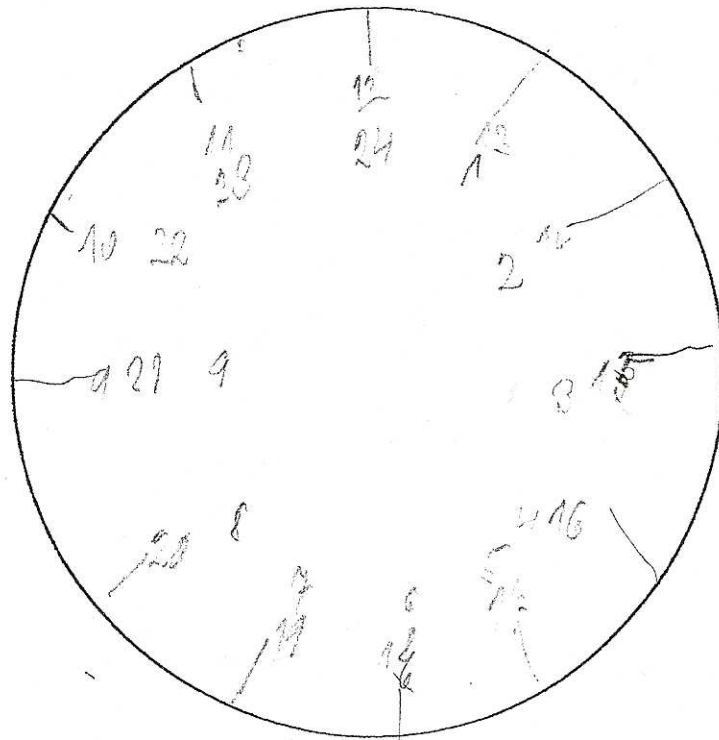
Podle: Doc. MUDr. Eva Topinková, CSc.: Jak správně a včas diagnostikovat demenci, UCB Pharma, Praha, 1999

První májový den



TEST KRESLENÍ HODIN

19.8.2008



Pacientka měla za úkol dokreslit do ciferníku čísla a zaznamenat čas 10 hodin a 10 minut.

PŘÍLOHA ČÍSLO 8



PLÁN PÉČE O DEKUBITY A KOŽNÍ DEFEKTY
VSTUPNÍ CHARAKTERISTIKA RÁNY

Identifikační štítek

Stupeň: I. zčervenání II. tvořba puchýřů III. poškození kůže, až nektróza IV. hluboké poškození (fascie, sval, šlachy, okostice) - nektróza	Lokalizace:
Velikost rány (ran) v cm: 5x4	Riziko dle Norton skóre: 13 bodů
Typ rány <input checked="" type="checkbox"/> Dekubitus <input type="checkbox"/> Ulcus cruris <input type="checkbox"/> Diab. gangr. <input type="checkbox"/> Jiný dětek	
Poranění rány <input type="checkbox"/> Epitelizující <input type="checkbox"/> Granulační <input checked="" type="checkbox"/> Nekrotizující <input checked="" type="checkbox"/> Infikovaná	
Exudát <input type="checkbox"/> Žádný <input checked="" type="checkbox"/> Bílý <input type="checkbox"/> Žlutý <input type="checkbox"/> Zelený <input type="checkbox"/> Křavý	
Zápach <input checked="" type="checkbox"/> Žádný <input type="checkbox"/> Lehlý <input type="checkbox"/> Ostří <input type="checkbox"/> Jiný	
Okolí rány <input type="checkbox"/> Křivé <input type="checkbox"/> Oko <input checked="" type="checkbox"/> Zarudnutí <input type="checkbox"/> Ekzém <input type="checkbox"/> Macerace <input type="checkbox"/> Nektróza	
Okraje rány <input checked="" type="checkbox"/> Ohraničené <input type="checkbox"/> Neohrančené	
Bolest <input checked="" type="checkbox"/> Nemí <input type="checkbox"/> Při převazu <input type="checkbox"/> Stála <input type="checkbox"/> Okčas	
Stanovený cíl: <input type="checkbox"/> vyčistit ránu <input type="checkbox"/> podpořit a chránit granulaci <input type="checkbox"/> podpořit epitelizaci <input type="checkbox"/> jiný:	
SKALA NORTONOVÉ: Fyzický stav A Stav vědomí B Aktivita C Pohyblivost D Inkontinence E dobrý 4 dobrý 4 chodí 4 úplná 4 není 4 zhoršený 3 3 apatický 3 část. omezená 3 občasn 3 špatný 2 zmatený 2 sedavka 2 velmi omezená 2 moč 2 velmi špatný 1 bezvědomí 1 leží 1 žádná 1 žádná 1 moč+soliče 1	

PLÁN A REALIZACE PÉČE

Datum Cas	Norton Skóre	Prevence	Vzhled - zejm. změny Fáze rány, Vývoj	Toaleta rány	Okolí rány	Do rány + sekundární krytí	Podpis sestry
8. 12.	13	AD matrace polohování, nůžkovou vložku, hygienické	spodní rány povleba, hrb. 5. v. svalu	FR	zanulová	BACTERAS + ster. krytí	
10. 12.	13	- -	beze změny	FR	beze změny	BACTERAS + ster. krytí	
12. 12.	13	- -	- -	ringier	- -	BACTERAS + ster. krytí	
14. 12.	13	- -	- -	ringier	- -	BACTERAS + ster. krytí	
16. 12.	13	AD matrace barierové masti, výživná	beze změny	ringier	beze změny	BACTERAS + ster. krytí	
18. 12.	13	- -	- -	FR	- -	BACTERAS + ster. krytí	
20. 12.	13	- -	beze změny	FR	zanulová	BACTERAS + ster. krytí	

Pokračování přílohy číslo 8

Datum Čas	Norton Score	Prevence	Vzhled - zejména změny řáje rány, vývoj	Toaletní rány	Okolní rány	Do rány + sekundární krytí	Podpis sestry
22. 12.	13	AD matrace hydratace nutriční vláknina aktivizace	SPÓRNA RÁNY již bez nůs. exsudátu	FR	zarudlé	REPLICARE ULTRA + ster. krytí každý 3. den	
25. 12.	13	-/-	bez změny	FR	zarudlé	REPLICARE ULTRA + ster. krytí -/-	
28. 12.	15	-/-	bez změny	dunger	bez změny		
31. 12.	15	AD matrace aktivizace barčové masť vláknin hydratace	dočasně k castrennu zmeny, ke granulaci	FR	zarudlé	REPLICARE ULTRA + ster. krytí	
3. 1.	13	-/-	dehiditus II stupně, spousta bez povlaků, granulací	FR	bez změny	REPLICARE ULTRA + ster. krytí	
6. 1.	13	-/-	bez změny	FR	již bez zarudnutí	REPLICARE ULTRA + ster. krytí	
9. 1.	13	AD matrace aktivizace nutriční vláknina hydratace barčové masť	dehiditus II. stupně, bez povlaků, granulací, okolo rány	FR	CAVILON	REPLICARE ULTRA + ster. krytí	
11. 1.	13	-/-	bez změny	FR	CAVILON	INADINE + ster. krytí každý den	

Pokračování přílohy číslo 8

Datum Čas	Norton Skóre	Perence	Vzhled - zejm. změny Fáze rány, Vývoj	Toaletní rány	Okolí rány	Do rány + sekundární krytí	Podpis sestry
12. 1.	15	AD matrace hydratace aktivizace bariérový masť výživa	debriditus II. stupně, bez povlaků, granulátů, okouřků, 4x 3 cm	FR	CAVILON	INADINE + ster. krytí	
13. 1.	15	-!-	bez změny	FR	CAVILON	INADINE + ster. krytí	
14. 1.	15	AD matrace bariérový masť nutriční výživa	bez změny	FR	CAVILON	INADINE + ster. krytí	

PŘÍLOHA ČÍSLO 9

Datum vyšetření

10. 1. 09 9³⁰ N

Příloha 1

MINI-MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

Informace pro pacienta:

Nyní vám položím několik otázek a budete řešit některé úkoly. Pokuste se, prosím, odpovídat tak, jak nejlépe dokážete.

1. ORIENTACE

- Jaký je dnes den?
- Kolikátého je dnes?
- Který je dnes den v týdnu?
- Který je měsíc?
- Který je rok?
- Které je roční období?
- V jaké zemi se nacházíme?
- V jakém okrese?
- Ve kterém městě?
- Jak se jmenuje tato nemocnice?
- Ve kterém poschodí jsme?

Každá správná odpověď se hodnotí 1 bodem, nemocný má na každou odpověď nejvíce 10 vteřin

2. ZAPAMATOVÁNÍ

Nyní vám vyjmenuji tři předměty. Pokuste se je opakovat po mně a zapamatovat si je. Za chvíli se vás na tato slova znovu zeptám.

- LOPATA
- ŠÁTEK
- VÁZA

Slova vyslovujte pomalu a zřetelně, rychlostí asi jedno slovo za vteřinu. Pokud je pacient schopen slova opakovat, započítáte 1 bod za každé správně opakované slovo. Pokud si slova nemocný není schopen vybavit, opakujte je několikrát (nejvíce však ještě 5x), než se je nemocný naučí. Jinak nelze vyšetřovat položku „výbavnost“.

3. POZORNOST A POČÍTÁNÍ

Nyní, prosím, odečítejte od čísla 100 stále sedmičku. Až odečtete pětkrát za sebou, skončete.

100-93-86-79-72-65

Za každou správnou odpověď započítejte 1 bod. Pokud pacient udělá chybu a dále odečítá správně, počítejte pouze jako jednu chybu. Jestliže pacient tento úkol nedokáže nebo nechce provést, vyzvěte ho:

Hláskujte, prosím, pozpátku slovo POKRM po jednotlivých písmenech.

M-R-K-O-P

Za každé správné písmeno započítejte po jednom bodu.

4. VÝBAVNOST

Nyní si pokuste vzpomenout na 3 slova, která jste si měl(-a) zapamatovat.

- LOPATA
- ŠÁTEK
- VÁZA

Za každou správnou odpověď započítejte 1 bod.

5. POJMENOVÁNÍ

- Ukažte náramkové hodinky Co je to?
- Ukažte tužku Co je to?

Za správnou odpověď po jednom bodu.

6. OPAKOVÁNÍ

- Opakujte, prosím, po mně „první pražská paroplavba“.

Za správnou odpověď započítejte jeden bod, přípustný je pouze jeden pokus.

7. TŘÍSTUPŇOVÝ PŘÍKAZ

Položte před pacienta list papíru a dejte mu následující pokyn: Nyní vezměte tento papír do pravé ruky, přeložte ho na polovinu a položte na zem.

- pravá ruka
- přeložení na polovinu
- položení na zem

Za každou správně provedenou činnost započítejte po jednom bodu.

8. ČTENÍ A SPLNĚNÍ PŘÍKAZŮ

Ukažte pacientovi kartičku s nápisem „Zavřete oči“ a vyzvěte ho:

- Přečtěte, prosím, co je zde napsáno, a udělejte to.

Nechte nemocnému 10 vteřin na provedení. Instrukci můžete opakovat nejvýše třikrát. Započítejte jeden bod pouze, pokud pacient skutečně zavře oči.

9. PSANÍ

Dejte pacientovi čistý papír a tužku a vyzvěte ho:

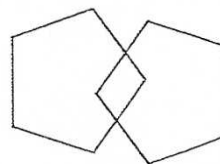
- Napište, prosím, jakoukoliv větu.

Jeden bod započítejte, pokud má věta podmět (i nevyjádřený) a přísudek a dává smysl. V textu mohou být pravopisné chyby.

10. OBKRESLENÍ OBRAZCE

- Nakreslete obrázek co nejpřesněji podle předlohy.

Započítejte jeden bod, pokud pacient nakreslí obrazec v časovém limitu do jedné minuty, jestliže jsou zachovány správné strany, počet úhlů a překřížení. Třes ani rotace nevadí.



CELKOVÉ SKÓRE

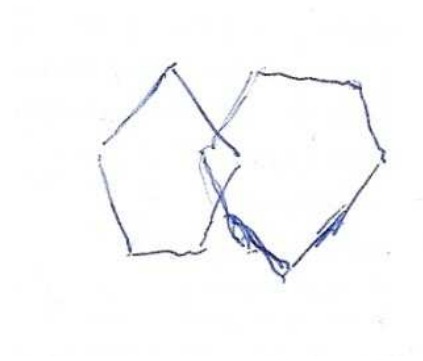
14 bodů

Hodnocení:

27-30 bodů	bez poruchy kognitivních funkcí
25-26 bodů	hraniční nález, doporučeno další sledování pacienta,
	u pacientů nad 75 let nebo s méně než 6 lety školní docházky jsou tyto hodnoty ještě v normě
18-24 bodů	lehká demence
6-17 bodů	středně těžká demence
méně než 6 bodů	těžká demence

Podle: Doc. MUDr. Eva Topinková, CSc.: Jak správně a včas diagnostikovat demenci, UCB Pharma, Praha, 1999

Pokračování přílohy číslo 9



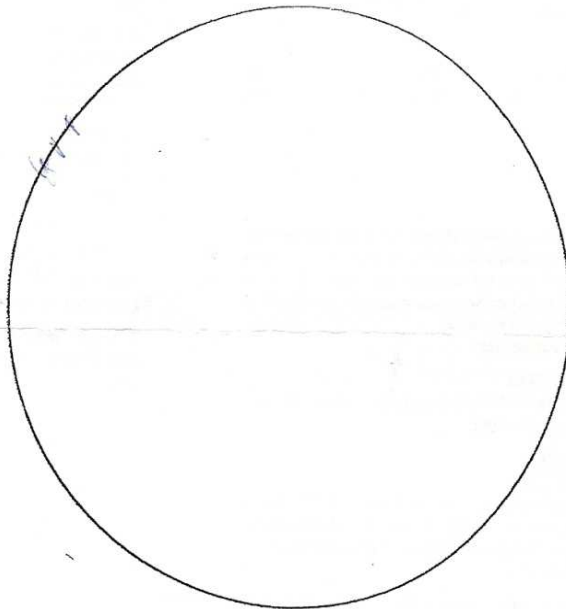
Když měla pacientka napsat jakoukoli větu, která ji napadne, vůbec nebyla schopna nějakou vymyslet. Řekla, že si s tím neví vůbec rady a poté chtěla, abych ji nějakou poradila, aby ji mohla napsat.

PŘÍLOHA ČÍSLO 10

Příloha 2a

TEST KRESLENÍ HODIN

10.1.09 10⁰⁰ N



Pacientka měla za úkol dokreslit do ciferníku čísla a zaznamenat čas 10 hodin a 10 minut.