

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetřovatelství



Jitka Kultánová

**Ošetřovatelská péče o pacientku s diagnózou
Alzheimerova nemoc**

*The Nursing Care of the Patient With a diagnosis of
Alzheimer's disease*

Bakalářská práce

Praha, duben 2013

Autor práce: Jitka Kultánová

Studijní program: Ošetrovatelství, kombinovaná forma

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: **Mgr. Milena Vaňková**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetrovatelství 3. LF**

Odborný konzultant: **MUDr. Jaroslava Zachová**

Pracoviště odborného konzultanta: **Psychiatrická léčebna v Jihlavě**

Předpokládaný termín obhajoby: červen 2013

Prohlášení

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

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

V Praze dne 10. května 2013.

Jitka Kultánová

Poděkování

Ráda bych na tomto místě poděkovala vedoucí mé bakalářské práce, Mgr. Mileně Vaňkové, z Ústavu pro ošetřovatelství 3. LF v Praze, a odbornému konzultantovi MUDr. Jaroslavě Zachové, z Psychiatrické léčebny v Jihlavě, za jejich cenné rady a vedení při psaní bakalářské práce.

OBSAH

ÚVOD	7
1. KLINICKÁ ČÁST	8
1.1 Charakteristika nemoci.....	8
1.2 Historie.....	8
1.3 Prevalence Alzheimerovy nemoci.....	9
1.4 Příčiny nemoci	10
1.5 Neuropatologie.....	10
1.6 Klinický obraz.....	11
1.7 Diagnostické možnosti	12
1.8 Stadia Alzheimerovy nemoci	18
1.9 Terapie Alzheimerovy nemoci	19
1.10 Ošetrovatelská péče.....	25
1.11 Služby registrovaných poskytovatelů	27
1.12 Anamnéza.....	28
1.13 Průběh hospitalizace.....	31
1.14 Farmaka užívaná v průběhu hospitalizace	31
1.15 Prognóza.....	32
2. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST	33
2.1. Specifika ošetrovatelské péče o psychiatrického pacienta	33
2.2. Ošetrovatelský proces.....	33
2.3. Komplementárně-suplementární model Virginie Hendersonové.....	34
2.4. Ošetrovatelská anamnéza dle modelu Virginie Hendersonové.....	35
2.5. Ošetrovatelské diagnózy.....	39

2.6.	Ošetrovatelský plán dlouhodobý	53
2.7.	Programování aktivit	53
2.8.	Hodnocení psychického stavu pacientky	56
2.9.	Edukace	56
	ZÁVĚR.....	58
	SOUHRN.....	58
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	60
	SEZNAM PŘÍLOH.....	62

ÚVOD

Téma své bakalářské práce, Ošetrovatelská péče o pacientku s diagnózou Alzheimerova nemoc, jsem si vybrala na základě svého zájmu o tuto problematiku. Je všeobecně známo, že populace ve společnosti stárne, tudíž pokládám toto téma za aktuální. Alzheimerova nemoc a demence vůbec jsou považovány za nemoc stáří a jejich výskyt s přibývajícím věkem roste. Incidence syndromu demence se pohybuje v populaci starší 65 let okolo 10 případů na 1 000 lidí za rok. U populace nad 85 let je incidence celkově 90 případů na 1 000 jedinců za rok (Hort et .al., 2007, 155 s.). To však neznamená, že být starý rovná se být nemocný nebo dementní.

Alzheimerova nemoc je zákeřná v tom, že nebolí. Zpočátku na první pohled nelze zjistit, že je člověk postižen. To, že člověk ztrácí zájmy, opouští své záliby, lidé v okolí nemusí postřehnout, nenapadne je, že se může jednat o nemoc – demenci. Nemoc je plíživá, v tom tkví její nebezpečnost. V současné době neexistují léky, které by demenci zcela zastavily, ale mohou proces degenerativních změn zpomalit a umožnit lépe využít sníženou kapacitu mozku. Proto je tak důležité toto onemocnění odhalit včas a mít lepší vyhlídky na stabilizaci stavu.

V klinické části se zabývám neuropatologií, klinickým obrazem Alzheimerovy nemoci, stádiu nemoci. Dále uvádím data z lékařské dokumentace, průběh hospitalizace a prognózu onemocnění pacientky. V této části popisují také možnosti terapie.

V ošetrovatelské části práce se věnuji specifikám ošetrovatelské péče na psychiatrickém oddělení, dále ošetrovatelskému procesu při péči o pacientku.

1. KLINICKÁ ČÁST

„Je dvojí soucit. Jeden ten zbabělý a sentimentální, který je vlastně jen netrpělivostí srdce, aby se co nejrychleji zbavilo trapného dojetí cizím neštěstím, soucit, který vůbec není soucítěním, nýbrž jen instinktivním odvrácením cizího utrpení od vlastní duše. A ten druhý, který jediný má smysl – ten nesentimentální, avšak tvořivý soucit, který ví, co chce, a je odhodlán trpělivě a s účastenstvím vydržet až do konce svých sil a ještě za něj.“

S. Zweig

1.1 Charakteristika nemoci

Alzheimerova nemoc je popisována jako neurodegenerativní onemocnění mozku, způsobené úbytkem neuronů a následnou poruchou přenosu informací mezi nimi. To vede k narušení mozkových funkcí. Postižený ztrácí postupně své intelektové schopnosti, časovou a prostorovou orientaci. V závěru nemoci nepozná ani své nejbližší. Nemoc doprovází nespavost, halucinace, výjimkou nebývá také agresivita (Jiráček-Koukolík, 2004).

V knize Essential general neurology Kotas-Ambler (2010) charakterizují demenci zhoršením mentálních funkcí včetně paměti, zhoršením přemýšlení, úsudku a schopnosti se učit. Kognitivní deficity zasahují do každodenních činností. Uvádějí, že demence není nemoc sama o sobě, ale je to nespecifický syndrom, který může doprovázet nemoci nebo jiné okolnosti. Typická charakteristika pro všechny degenerativní poruchy je zákeřný začátek a gradování postupu v průběhu času, jako je tomu u Alzheimerovy nemoci (Kotas-Ambler, 2010).

1.2 Historie

Koncem 19. se objevuje popis senilních plak, což byla první zmínka ve vztahu k Alzheimerově nemoci. Důležitá však pro toto pojmenování byla až přednáška Aloise Alzheimerova (1864 – 1915) v roce 1906, na 37. schůzi jihoněmeckých psychiatrů. Seznámil zde přítomné s případem jednapadesátileté pacientky, paní Augusty D. Hospitalizována byla se známkami demence v listopadu, v roce 1901,

v Nemocnici ve Frankfurtu nad Mohanem. Alzheimerovým objevem byly změny neurofibril, neuronální klubka, nalezená ve třetině neuronů.

Presenilní demenci s nálezem klubek a senilních plak pojmenoval po Alzheimerovi ve své učebnici psychiatrie z roku 1910 Kraepelin. Od běžné senilní demence odlišil Alzheimerovu nemoc výskytem ložiskových korových příznaků, tzn. těžkou demencí, řečovou poruchou, spastickými jevy s apoplektickými příznaky. Východiskem pro něj byly tehdy známé případy, kterých bylo maximálně šest. Podle E. Kraepelina byl rozhodující pro vymezení Alzheimerovy nemoci hlavně věk, v němž začínala Alzheimerova (presenilní) demence, oproti „běžné“ senilní demenci.

Po osmdesáti letech se přestala Alzheimerova nemoc a senilní nemoc rozlišovat Kraepelinovým způsobem. Stále však používaná mezinárodní klasifikace nemocí (dále MKN) ve svém 10. vydání arbitrárně rozlišuje Alzheimerovu chorobu s časným začátkem a pozdním začátkem (Hort et. al., 2007). V MKN má Alzheimerova nemoc s časným začátkem kód G30.0, s pozdním začátkem pak G30.1 (Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 1992).

Rozdíly klinické i neuropsychologické jsou mezi ranou (začátek příznaků ve věku do 60 let) a pozdní formou Alzheimerovy nemoci (začátek příznaků po tomto období). V ranějším začátku dochází k většímu poškození jazykového projevu a k depresím. Délka trvání nemoci je přibližně stejná u obou forem. Alzheimerova nemoc obvykle probíhá 3 – 8 let. Muži na tuto nemoc umírají dříve než ženy. Věk, v němž choroba vznikne a její průběh, se různí. Střední délka přežití je u lidí postižených ranou i pozdní formou choroby stejná. Rychlejší progresi demence a časnější úmrtí bylo zjištěno u lidí s těžšími stupni afázie (Koukolík-Jirák, 1998).

1.3 Prevalence Alzheimerovy nemoci

S postupným prodlužováním délky života se bude zvyšovat i počet pacientů s demencí.

„Alzheimerova nemoc se stala pátou nejčastější příčinou úmrtí u osob starších 65 let. V rámci Evropské unie je každých 24 sekund diagnostikován pacient s demencí. Zatímco se úmrtnost na některá častá onemocnění snížila, na Alzheimerovu nemoc se výrazně zvýšila“ (Bartoš-Hasalíková, 2010, s. 16). V dalším zdroji čteme, že: *„V zemích Evropské unie žije nyní celkem 6 milionů lidí postižených*

Alzheimerovou chorobou nebo jiným onemocněním způsobujícím demenci. V důsledku stárnutí populace vzroste počet lidí postižených demencí do roku 2040 na dvojnásobek v zemích západní Evropy a na trojnásobek v zemích Evropy východní“ (Jirák et. al.,2009, s. 105).

1.4 Příčiny nemoci

Buijssen (2006) uvádí množství nejrůznějších příčin k objasnění vzniku demence. Vysvětlení, že je mozek poškozen virem, trvalo dlouho. Jak autor uvádí, jako další příčina je otrava kovy, hlavně hliníkem. Avšak přesná příčina demence není známá. Výzkum dokázal, že svou roli hrají genetické faktory, ale také stárnutí. Dalším rizikem pro vznik demence, dle autora, je snad také vážné poranění lebky a chronický vysoký krevní tlak. Vysoký krevní tlak zvyšuje riziko vaskulární demence a zdvojnásobuje riziko vzniku Alzheimerovy demence (Buijssen, 2006).

V časopise Remedia se dozvídáme, že: *„Snížený krevní tlak mírně zlepšuje kognitivní funkce a paměť, ale nemá vliv na kapacitu učení. Kognitivní dysfunkce u hypertenzních jedinců může být považována za indikaci pro snížení krevního tlaku, ale další výzkum je v této oblasti nezbytný. Kognitivní dysfunkce se vyskytuje asi u 15 % jedinců ve věku vyšším než 65 let s 5% prevalencí demence, která se zvyšuje na 25 % ve věku vyšším než 85 let“ (Souček, 2013).*

1.5 Neuropatologie

Alzheimerova nemoc se vyznačuje senilními plaky, neurofibrilárními klubky (tangles) a úbytkem neuronů. Bílkovina APP (amyloidový prekurzorový protein) je součástí buněčné membrány. Odbourává se dvěma cestami - A-sekretázou a B-sekretázou. Štěpením enzymem A-sekretázou vznikají neškodné rozpustné peptidy. B-sekretáza dává vznik toxickým B-amyloidovým peptidům. Ty se stávají jádrem senilních plaků v mezibuněčném prostoru a navozují zánětlivé tkáňové změny. Při tomto procesu se zapojují zřejmě mikroglie, které produkují toxické cytosiny a radikály.

Neurofibrilární klubka - tangles - u Alzheimerovy nemoci vznikají hyperfosforylovaným tau - proteinem. Následně dojde ke kolapsu mikrotubulů a narušení axonálního transportu. Důsledkem je apoptotický zánik neuronů. Tau protein se při rozpadu neuronů uvolňuje, a proto se dá zjistit v likvoru. Normální tau protein ve zdravých neuronech stabilizuje mikrotubuly a podílí se na udržování integrity cytoskeletu.

Pokud se jedná o normální stárnutí, klesá počet neuronů jen v některých oblastech mozku (Hort et .al., 2007).

1.6 Klinický obraz

Bartoš-Hasalíková (2010) uvádí, že Alzheimerova nemoc se projevuje plíživým začátkem a postupným zhoršováním paměti a kognitivních schopností. To vede k narušení pracovních a sociálních aktivit. Dosud se nejvíce ve výzkumné praxi užívalo vymezení podle kritérií NINCDS-ADRDA (National Institute of Neurological and Communicative Disorders-Alzheimer's Disease and Related Dementias Association). Je zde zdůrazňován progresivní průběh více kognitivních funkcí. Klinické příznaky musí být splněny (vždy je porušena paměť a alespoň jedna další kognitivní funkce). Naproti tomu jiné stavy mají být vyloučeny (např. deprese, tumory, těžké vaskulární postižení mozku). Dále se v kritériích vyžaduje dopad kognitivních deficitů na zhoršení běžných činností života (Bartoš-Hasalíková, 2010).

Pacienti s Alzheimerovou nemocí mají postupně narušeny několik kognitivních domén. Kromě paměti bývá přítomna vizuospeciální dysfunkce, porucha řeči, dysexekutivní syndrom (závady a poruchy volní a reálné praktické činnosti). Kognitivní alterace se u pacientů mohou lišit, protože histopatologické změny u Alzheimerovy nemoci mohou být asymetrické, uplatňuje se laterizace hemisfér. Pokud je více poškozena dominantní hemisféra, je více narušena řečová oblast s anomickou afázií, při postižení pravé hemisféry je obtížněji vnímán celek, dochází k poruše prostorové orientace, k bloudění a stavům zmatenosti. Projevem Alzheimerovy nemoci je anterográdní amnézie - hipokampálním postižením dochází k velmi nízké spontánní výbavnosti. I když je hodně narušená dlouhodobá paměť, bývá zachováno Ribotovo pravidlo, tzn., že je postižena paměť pro události nedávné,

zatímco vzpomínky na události dávne zůstávají i v pozdních stádiích nemoci. Už v raných stádiích mohou mít pacienti problém s vyjadřováním. Nemohou najít správné slovo. Při progresi nemoci se řeč nadále zhoršuje.

Dysfunkce vizuospaciální nemusí být dlouho patrná. S postupem nemoci mohou mít pacienti potíže s orientací v prostoru, bloudí, stávají se zmatenými. Tváře svých blízkých pacient nepozná (prozopagnozie). Může se objevit Capgrasův syndrom - nemocný považuje svého blízkého za někoho cizího. Náhled na nemoc pacient ztrácí (anozognozie) (Hort et. al., 2007).

1.7 Diagnostické možnosti

a) Neuropsychologická diagnostika

Neuropsychologické vyšetření je důležité ke zhodnocení všech kognitivních domén. Pomáhá v situacích, kdy se rozhoduje mezi normálním stárnutím, mírnou poruchou a lehkou demencí. Dá se stanovit míra postižení porovnáním s normami (Bartoš-Hasalíková, 2010).

Neuropsychologické vyšetření provádí psycholog za použití standardizovaných testů a zpracování jejich výsledků. Úkolem je přesné zhodnocení kognitivních funkcí. Neuropsychologických testů je velké množství. Mají různou citlivost a výpovědní hodnotu. Kombinují se. Toto vyšetření má řadu výhod:

- standardizace - testy se provádějí předepsaným způsobem, což umožní srovnání pacientů
- senzitivita - testy jsou schopny odhalit již minimální kognitivní postižení
- reprodukovatelnost - užitím standardizovaných metod se mohou porovnávat změny v kognitivní výkonnosti u stejného pacienta v čase. Výsledkem jsou posudkové i prognostické dopady
- kvantifikace - při vyhodnocování standardizovaných testů se užívají skórovací tabulky a algoritmy, výsledkem je číselné skóre, kterým se hodnotí tíže deficitu v porovnání s normální populací.

Některé testy, hodnotí kognici vcelku, jiné jsou zaměřeny úzce na další kognitivní funkce. Neuropsycholog by měl vybrat nejvhodnější kombinaci testů pro daného pacienta. Vyšetření je náročné na čas i spolupráci nemocného.

Neuropsychologickým vyšetřením se můžou přesně popsat poškozené funkce, ale neurčí se, která z poruch kognitivních funkcí je bazální a která je doprovodná. Nedá se očekávat, že neuropsychologickým vyšetřením se samo o sobě určí diagnóza. Důležitá je tedy spolupráce, komunikace a informovanost mezi ošetřujícím lékařem a neuropsychologem, kteří společným úsilím dospějí k žádoucímu výsledku (Hort et. al., 2007).

Jako příklad uvádím několik testů:

- **Krátký test kognitivních funkcí (Mini Mental State Examination, MMSE)**

Nejpoužívanější metodou ke zjištění globálních kognitivních funkcí a k zachytu demence s určením míry postižení je Mini-Mental State Examination (MMSE). Test zahrnuje celkově 10 subtestů hodnotících: orientaci pacienta v čase a prostoru, krátkodobou paměť, početní schopnosti, pozornost, čtení, psaní, řeč, a konstrukčně-praktické dovednosti. Test napomáhá odlišit středně těžkou demenci od normálního stárnutí. Pro jednoduchost úkolů není spolehlivá identifikace osob s mírnou kognitivní poruchou. Test trvá 5 - 10 minut. Maximální počet bodů v testu je 30. Čím vyšší počet, tím lepší výkon. Skóre 26 - 25 bodů je hraniční nález, od 24 bodů začíná většinou pásmo demence (24 - 18 lehký stupeň demence, 17 - 6 středně těžký, méně než 6 těžký stupeň demence). Nejcitlivějším ukazatelem Alzheimerovy nemoci jsou časová orientace, sedmičkový test nebo hláskování slova „pokrm“ pozpátku a vybavení tří slov. Test se používá jako vhodná pomůcka k prvnímu posouzení pacienta (Bartoš-Hasalíková, 2010).

- **Addenbrookský kognitivní test (Addenbrooks cognitive examinatin, ACE-R)**

Addenbrookský kognitivní test (ACE-R) vychází z testu MMSE, ale je rozšířen o další položky. Umožňuje posoudit podrobněji a větší počet kognitivních funkcí, především paměť, exekutivní funkce a zrakově-prostorové schopnosti. Výsledkem je celkový počet bodů (max. 100) vypovídající o globální mentální úrovni a 5 podskóre, charakterizujících jednotlivé kognitivní funkce (pozornost a orientace, paměť, slovní produkce, jazyk, zrakově-prostorové schopnosti). Normální počet bodů: 90 - 100, hraniční skóre: 80 - 90, demence: 80 a méně. Nevýhodou tohoto testu je delší administrace a vyhodnocování (Bartoš-Hasalíková,2010).

- **Test kreslení hodin**

Testovaná osoba má za úkol nakreslit ciferník a čísla na hodinách. Ručičky by měla umístit tak, aby ukazovaly čas, který momentálně je. Jde o jednoduchou orientační zkoušku, která postihuje prostorovou paměť a schopnost plánování a soustředění. Tento test je časově krátký, tzn., že nezatěžuje vyšetřovaného. Hodnotí se přítomnost a kvalita těchto položek: kruh, všechna čísla 1-12, jejich prostorové uspořádání, dvě ručičky, jejich různá délka a jejich nastavení (Bartoš-Hasalíková, 2010).

- **Test řečové plynulosti (Verbal Fluency Test – VFT)**

Jedná se o test pro zjištění frontální funkce, test verbální fluence (plynulosti). Pacient má za úkol během jedné minuty vyjmenovat co nejvíce slov určité sémantické kategorie (např. zvířata nebo předměty, které lze nakoupit v supermarketu) a pak slova začínající určitým písmenem. Může použít podstatná jména, přídavná jména a slovesa. Nesmí se uvádět vlastní jména a nezapočítávají se ani předložky, spojky nebo citoslovce. Vyhodnocují se frontální funkce, tzn. pohotovost, iniciace, mentální flexibilita, motivace, fungující pracovní a sémantická paměť. Testovaná osoba si musí pamatovat již vyslovená slova a důležitá je i dostatečná slovní zásoba (Hort et. al., 2007).

Při posouzení aktuálního zdravotního stavu pomohou sestře například dva zmíněné testy:

- **Test ke zhodnocení kvality paměti a orientačních schopností**

Pacient odpovídá na otázky:

1. Kolik je vám let?
2. Kolik minut zbývá do nejbližší celé hodiny?
3. Řekne pacientovi nějakou adresu a požádá ho, aby si ji zapamatoval. (Po skončení testu jej požádá, aby ji zopakoval).
4. Jaký je právě rok?
5. Adresa místa bydliště, místa, kde se nachází?
6. Jména dvou osob, které se právě nacházejí poblíž?
7. Datum vašeho narození?
8. Jméno současného prezidenta?
9. Počítejte od 20 do 1.

Za každou správnou odpověď je 1 bod. Při skóre 6 nebo méně bodů je nutné zajistit další vyšetření lékaře (Marková et. al., 2006).

Hodnocení soběstačnosti

- **Barthelův test základních všedních činností.** (viz příloha č. 7)

b) Diagnostická kritéria

„Klinická diagnóza Alzheimerovy nemoci je založena na určité míře pravděpodobnosti. Podle klinicko-patologických studií je diagnóza Alzheimerova nemoc určena správně v 60-80 %. To znamená, že 20-40 % pacientů má při pitvě jinou diagnózu než Alzheimerova nemoc a jsou během života mylně považováni za osoby a Alzheimerovou nemocí. Proto byla vytvořena vodítka ke zvýšení pravděpodobnosti správné diagnózy“ (Bartoš-Hasalíková, 2010, s. 59). Jak dále

uvádějí, v současnosti existují čtyři mezinárodní diagnostická kritéria Alzheimerovy nemoci:

1. Kritéria podle DSM-IV-TR (Diagnostický a statistický manuál duševních poruch Americké psychiatrické asociace)
2. Kritéria podle NINCDS-ADRDA (National Institute of Neurological and Communicative Disorders-Alzheimer's Disease and Related Dementias Association)
3. Kritéria podle MKN-10 (Mezinárodní klasifikace nemocí)
4. Nová výzkumná kritéria pro pravděpodobnou Alzheimerovu nemoc (Bartoš-Hasalíková, 2010).

c) MRI (magnetická rezonance), volumetrie

O přínosu MRI (magnetické rezonance, dále jen MRI) ke stanovení diagnózy Alzheimerovy nemoci v časném stadiu se v posledních letech diskutuje. Při normálním stárnutí se zmenšuje hmotnost i velikost mozku a rozšiřují mozkové komory, avšak u Alzheimerovy nemoci je toto postižení větší. Toho využívá volumetrie. Jedná se o měření objemu určitých oblastí mozku na MRI obrazech. Využití MRI volumetrie v praxi brání skutečnost, že sice existuje prokazatelná korelace mezi stupněm atrofie a tíží kognitivní deteriorace, avšak na druhé straně řada zdravých jedinců bez postižení kognice může vykazovat známky atrofie na MRI. Proto je MRI volumetrie užitečným markerem progresu onemocnění, nelze ji doporučit jako screeningový test u asymptomatických jedinců s rodinnou zátěží Alzheimerovy nemoci. Rozvoj této choroby u pacientů s mírnou kognitivní poruchou může predikovat.

U Alzheimerovy nemoci se může ukládat amyloid i do cévní stěny, proto je častým nálezem na CT (computerized tomography) nebo na MRI obrazu mikroangiopatie, převážně v bílé hmotě hemisfér a v podkoří.

d) SPECT (jednofotonová emisní tomografie)

Často využívanou metodou je SPECT (jednofotonová emisní tomografie, Single Photon Emission Computerized Tomography, dále jen SPECT). Nález u pacientů s Alzheimerovou nemocí vykazuje oboustranné snížení krevního průtoku v obou temporálních a parietálních lalocích. Tento nález však může být také u ischemie, v některých případech pokročilé Parkinsonovy choroby s demencí nebo u mitochondriální encefalomyopatie. S prohlubující se demencí se navíc přidává snížení perfuze i v čelních lalocích. Pomocí SPECT se dá zjistit i v pokročilejších stadiích Alzheimerovy nemoci ostrůvky zachované perfuze, které jsou v kontrastu s postiženou částí mozku. Normální perfuzní poměry dlouhodobě přetrvávají v rozsáhlých oblastech primární senzoryckomotorické kůry, zrakové kůry, bazálních ganglií, thalamu i mozečku.

e) Stanovení apolipoproteinu

Velké naděje byly vkládány do stanovování genotypu apolipoproteinu E, který je důležitý v lipidovém metabolismu. Syntetizován je především v játrech, v menší míře i přímo v mozku, přičemž existuje polymorfismus ApoE. S vyšším rizikem vzniku Alzheimerovy nemoci je spojen výskyt alel ApoE 4. Ne všichni homozygoti ApoE 4 však onemocní, proto jeho stanovování není vhodným diagnostickým testem (Hort, et al., 2000).

f) Laboratorní parametry

U osob s podezřením na kognitivní poruchu či demenci je vhodné provést základní laboratorní vyšetření. Vyšetřuje se sedimentace, krevní obraz, C-reaktivní protein, glykemie, ionty včetně vápníku, osmolarita, urea, kreatinin, jaterní testy, albumin, hormony štítnice – TSH, fT4, vitamín B 12, folát. Provádí se zhodnocení kardiálního a pulmonálního systému klinicky (Bartoš-Hasalíková, 2010).

1.8 Stadia Alzheimerovy nemoci

a) Rané stadium

Jako první symptom, pozorovaný v raném stadiu Alzheimerovy nemoci, je porucha paměti. Člověk se normálně pohybuje, cítí, vidí, slyší a je schopen vstřebávat informace, nikdo si obvykle problém neuvědomuje. V raném stadiu je třeba se soustředit na schopnosti, dovednosti a vlohy, jež zůstávají nedotčené (Callone et. al., 2008).

b) Mírné stadium

S postupem Alzheimerovy nemoci z raného stadia do mírného stadia se poškození mozku šíří do temenních mozkových laloků. Nemocný ztrácí schopnost integrovat zrkové vjemy, zvuky, pocity těla. Má potíže se samostatným oblékáním, často se ztrácí, je dezorientován a není schopen si vzpomenout na použití některých předmětů. Problémy nastávají také s řízením vozidla, protože reakce jsou velmi zpomalené. V tomto období pacienti obvykle vyhledávají lékaře (Callone et.al., 2008).

c) Pokročilé stádium

Schopnost výkonu složitějších činností se v pokročilém stadiu zcela vytrácí. Také ostatní tělesné funkce začínají slábnout a selhávat. Čistota a pohodlí se stávají nejdůležitějším hlediskem. V této fázi nemoci se poškození šíří dále do čelního mozkového laloku. Při jeho zasažení není nemocný schopen přiměřeně jednat. Ztrácí schopnost úsudku, logického uvažování a sociálních dovedností. Chování nemocného odpovídá stupni poškození v čelním laloku, může být násilnický a vzteklý nebo naopak poddajný, apatický a nepohyblivý. Destruktivní proces v mozku v konečných stádiích Alzheimerovy nemoci zničí všechny nervové buňky mozkové hemisféry. Zachována zůstává pouze ta část mozkové kůry, která řídí motorickou činnost a zrak. V závěrečném stadiu nemoci je nemocný upoután na lůžko a relativně bez reakcí (Callone et. al., 2008).

1.9 Terapie Alzheimerovy nemoci

Léčba Alzheimerovy nemoci by měla být komplexní. Skládá se z farmakoterapie, nebiologických terapeutických přístupů, rehabilitace tělesných funkcí. Farmakoterapie Alzheimerovy nemoci může být kognitivní a nekognitivní.

Kognitivní farmakoterapie Alzheimerovy nemoci

Protože primární poruchou u demencí je porucha kognitivních funkcí (paměti, intelektu, motivace aj.), je tedy příznivé ovlivnění těchto funkcí spojeno s protidemenním působením. U Alzheimerovy nemoci je nejvíce zasažen mozkový acetylcholinergní systém, a to presynaptický oddíl neuronu. Schopnost syntézy a uvolnění acetylcholinu do jisté míry zůstává zachovaná. To je důležité pro základní farmakoterapeutické strategie. Ke zlepšení funkce centrálního acetylcholinergního systému se užívají látky označované jako kognitiva.

- Substituce prekurzory acetylcholinu

Z důvodu velmi krátkého poločasu acetylcholinu není substituce acetylcholinem možná. Stále nejužívanější jsou lecitiny, a to lecitin sójový, ze kterého se postupně uvolňuje cholin pro syntézu acetylcholinu. Lecitin se nejčastěji kombinuje s inhibitory acetylcholinesteráz (Koukolík – Jiráček, 1998). Inhibitory acetylcholinesteráz dokáží pokles skóre MMSE (Mini-Menta State Examination) na určitou dobu zastavit, ale proces demence nezastaví (Hrdlička-Hrdličková, 1999).

- Použití inhibitorů acetylcholinesterázy

Enzym, odbourávající acetylcholin v CNS, je acetylcholinesteráza. Pokud se tento odbourávající enzym zablokuje, zvýší se množství acetylcholinu schopného vazby na své receptory. Používají se karbamáty (Exelon), piperidinové přípravky (Donepezil), akridinové přípravky (Cognex), deriváty organofosfátů (Metrifonat), alkaloidy (Galantamin).

- Použití agonistů muskarinových i nikotinových acetylcholinergních receptorů

Stimulace muskarinových receptorů M1 se ukázala účinná ke zlepšení kognitivních funkcí.

- Ovlivnění acetylcholinergního systému pomocí jiných neurotransmitterových systémů

Pod vlivem tonické inhibice GABAergního systému (systému kyseliny gamaaminomáselné) je acetylcholinergní systém. Kdyby se našly látky, které by parciálně inhibovaly GABA-receptory, mohlo by dojít k odblokování této tonické inhibice. K nadějným látkám patří např. některá farmaka ze skupiny B-karbolinů.

- Jiné způsoby ovlivnění acetylcholinergního systému

Uvolnění acetylcholinu z presynaptického zakončení některá farmaka zvyšují. Příjem prekurzorů acetylcholinu do neuronu zlepšuje Acetyl-L-karnitin.

Ovlivnění nikotinových receptorů a jejich úloha je také předmětem zkoumání. Samotný nikotin působí velmi krátce. Uvolnění nervových růstových faktorů zřejmě ovlivňuje stimulace nikotinových receptorů.

Deficity jiných neurotransmitterů a neuromediátorů, než je acetylcholin, jsou také popisovány u Alzheimerovy nemoci. Jde o deficit somatostatinu. Tato látka má velmi krátký poločas, proto jsou vyvíjeny deriváty s retardovaným účinkem. Deficit serotoninu není popisován konstantně, ale podání selektivních inhibitorů reuptake serotoninu (Fluoxetin) může u Alzheimerovy nemoci přinést určitý výsledek (Koukolík-Jirák, 1998).

Protože je u Alzheimerovy nemoci popisováno snížení neuronálního metabolismu, hlavně oxidativního metabolismu glukózy a buněčné proteosyntézy, používají se léky, označované jako nootropní farmaka nebo jako zvyšovače mozku metabolismu (cerebral metabolit enhancers). Jsou to látky působící přímo na synaptické membráně a přímo neovlivňují receptory a jejich ligandy, zvyšují odolnost nervové tkáně k hypoxii. Nootropika se používají jako součást kombinované farmakoterapie. (Piracetam, Nootropil). Komplexní nootropní farmakon rostlinného původu (Tebokan, Tanakan) obsahuje flavonové glykosidy, terpenoidy, organické kyseliny. Likviduje volné kyslíkové radikály, inhibuje faktor agregující krevní destičky, má neuroprotektivní účinek.

Patogenetickým činitelem u Alzheimerovy nemoci je působení volných kyslíkových radikálů. Hlavně hydroxylová skupina, peroxid vodíku, superoxid, singletový kyslík, jsou chemické skupiny, které za normálních okolností v těle vznikají a úměrně svému vzniku jsou likvidovány. Mají informativní fyziologickou roli. V patologických podmínkách, jak je tomu u Alzheimerovy choroby, je jejich vznik neúměrně vyšší než jejich zánik. K likvidaci volných radikálů se používají látky označované jako scavengery (tzv. zametači) volných kyslíkových radikálů. Mezi scavengery náleží např. vitamin E, vitamin C, retinol, melatonin, z nootropních farmak např. pyritinol a extractum ginkgo biloba (Koukolík-Jirák, 1998).

Nekognitivní farmakoterapie Alzheimerovy nemoci

Tento typ farmakoterapie se u Alzheimerovy nemoci používá k léčbě přidružených, nekognitivních symptomů. K těmto příznakům patří například paranoidně-halucinatorní syndromy, stavy neklidu, poruchy spánku, depresivní nebo úzkostné stavy.

Nespavost se u této nemoci může vyskytovat jako přidružený příznak. Vlastní nedostatek spánku není tak častý, spíše jde o posun cyklu spánek-bdění, a tím může dojít až k inverzi spánku, k dennímu pospávání a nočnímu bdění. Volbu farmak ovlivňuje to, zda nepůsobí nežádoucí účinky, nenarušují-li kognitivní funkce. Benzodiazepinových hypnotik by se mělo užívat výjimečně a krátkodobě (Dormicum). K hypnotické indikaci jsou využívána neuroleptika, hlavně tam, kde je spánek rušen neklidem pacientů či přidruženými delirantními stavy (Tiapridal, Buronil, Haloperidol, Risperdal).

V průběhu Alzheimerovy nemoci se může vyskytnout agitovanost, tzn. porucha chování spojená s excitovaností, expanzivitou, verbální nebo brachiální agresivitou. Základní skupina léčiv, používaná k ovlivnění agitovanosti, jsou také neuroleptika, avšak ve vyšších dávkách než u poruch spánku (Tiaprid, Melperon, Haloperidol, Risperidon).

Jako přidružené symptomy se u Alzheimerovy nemoci nekonstantně vyskytují paranoidní nebo paranoidně-halucinatorní syndromy. V terapii se opět používají neuroleptika (Clozapin, Fluspirilen, Pimozid).

Pokud je u Alzheimerovy nemoci přidružená deprese, je třeba se vyhnout antidepresivům s výraznějšími vedlejšími účinky. Pro výrazné anticholinergní účinky se klasická tricyklická antidepresiva nedoporučují. Tzv. thymoleptika II. generace tyto účinky nemají, a proto se používají. Působí podobně jako thymoleptika I. generace, a to tak, že neselektivně inhibují zpětné vychytávání noradrenalinu a serotoninu (Fluoxetin, Citalopram, Sertralin, Venlafaxin) (Koukolík-Jirák, 1998).

Za zmínku stojí metoda stimulace vágového nervu, kterou popisuje v knize *Biological Treatments in Psychiatry* Jarema. Přístroj používaný pro tuto stimulaci je mechanický a elektricky bezpečný, bez ohledu na stimulaci frekvence. Nevýhodou je, že je tato metoda zaměřena na zlepšení kognitivních funkcí pouze u pacientů s mírnou Alzheimerovou poruchou (Jarema, 2008).

Nebiologické terapeutické přístupy

Tak jako má velký význam farmakoterapie, je nezbytný nebiologický terapeutický přístup. Důležitý je správný psychologický přístup k pacientovi trpícímu demencí. Ten by měl být zaměřen spíše na problém než na snahu o restrukturalizaci osobnosti. Ty funkce, které ještě pacientovi zůstaly, by se měly udržovat a rozvíjet (Koukolík-Jirák, 1998).

- **Programované aktivity**

Pacienty s Alzheimerovou nemocí je třeba vést k tomu, aby si zachovávali určitý denní rytmus a podíleli se na činnostech tak, aby bylo respektováno jejich přání. Zároveň je třeba co nejvíce podporovat schopnost udržení jejich soběstačnosti. Denní program je u většiny lidí zahájen ranní hygienou. V případě, že lidé docházejí do denního centra, ranní hygiena se většinou provádí před odchodem za pomoci pečovatелů. V ústavním zařízení je možné v nutném případě provést hygienu některých lidí později. K rytmu dne patří také čas stravování. Lidé postižení demencí se mohou dle svých schopností podílet na přípravě stravy nebo mohou být nápomocni při přípravě stolu, sklizení nádobí, mytí hrnků, apod. Doba na oběd by

měla být dostatečně dlouhá. Někdo potřebuje jídlo nakrájet, či nakrmit. Po obědě je třeba dopřát lidem s Alzheimerovou chorobou odpočinek. Bývají častěji unaveni, ale v žádném případě by se nemělo jednat o dlouhý spánek v lůžku. Během odpoledne mohou pacienti dle schopností provádět i více aktivit doma či venku, při vycházce, v místnosti, na terase nebo v zahradě. Jsou doporučovány i večerní aktivity, protože pak lidé lépe usnou. Je prospěšné, když setrvávají při společných aktivitách co nejdéle nebo dění alespoň sledují.

- **Individualizované aktivity**

Programování aktivit se dá tvořit pro lidi ve fázi rozvinuté demence. Progrese nemoci způsobí zhoršení celkového stavu psychického i somatického a pak už pacienti musí mít co nejvíce individualizovaný režim. Nadále se mohou podílet na některých aktivitách, ale rychleji nastupuje únava, nejeví zájem nebo mohou jejich stav zhoršovat. I když potřebují pomoc druhých ve většině úkonů, měli by se vést k sebeobsluze a k jednoduchým činnostem.

- **Reflexivní podpora**

Tímto pojmem se rozumí celostní multidisciplinární přístup vycházející z poznatků moderní vědy. Je založený na principech zachování a podporování důstojnosti a autonomie člověka postiženého Alzheimerovou demencí, respektování přání člověka, které vyjadřuje slovně či svým chováním. V péči a léčbě reflektování na stav a potřeby člověka, nabízení a poskytování podnětů, příznivých pro pacienta, zajišťování pocitu bezpečí a jistoty.

- **Orientace realitou**

Orientace realitou patří mezi nejstarší přístupy k pacientům s demencí. Dnes se však používají jen některé prvky, například hodiny a kalendář na viditelném místě, nástěnka připomínající jaké je roční období, jasné nápisy, barevná označení atp.

- **Validace**

Principem této metody je úcta k člověku postiženého Alzheimerovou nemocí. Když nemocný čeká nebo hovoří o svém blízkém, nechce provádět jinou aktivitu, pečující ho nenutí ani neopravuje. Avšak ani jeho mylný názor nelze rozvíjet. Je třeba o blízkém komunikovat, až dojde ke zklidnění a spolupráci.

- **Kognitivní trénink**

Kognitivní trénink může být užitečný zejména v mírném a středně pokročilém stadiu. Složitost cvičení je třeba přizpůsobit individuálně. Kognitivní trénink vede k procvičení, aktivizaci, ale většinou nedochází ke zlepšení kognitivních funkcí, proto je považován za jednu z forem aktivizace.

- **Naučený postup**

Jde o návody a postupy, které každému člověku s demencí individuálně vyhovují. V popisu je zahrnuto co má rád a co nemá nemocný rád, jeho obvyklý denní rytmus a podobně. Pro tyto účely mají v některých zařízeních vypracované dotazníky nebo zavedené vstupní rozhovory s pečujícími. Cílem je zjistit co nejpodrobnější údaje o postiženém.

- **Kinezioterapie a taneční terapie**

Kinezioterapie přispívá k udržení svalové síly a stability, ale také k prevenci problémového chování. Jsou zařazována různá cvičení, vycházky. Tanec a hudba slouží jako prostředek snadnější nonverbální komunikace. Poslech hudby může evokovat pozitivní pocity a příznivě působit na psychiku seniora. Dobu pohybové aktivity je třeba přizpůsobit míře postižení demencí (Jirák et. al., 2009).

- **Reminiscence**

Při této metodě jsou využívány vzpomínky lidí, trpících demencí. Pozitivní význam má začleňování těchto seniorů do reminiscenčních skupin. Pomocí reminiscenční práce se může zlepšit vztah k postiženému, získat o něm více informací a v neposlední řadě tak zlepšit kvalitu péče (Janečková-Vacková, 2010).

Důležité je společné rozpomínání na různé věci, ať už to jsou staré fotografie, portfolio života, album (tzv. memory book), různé předměty a podobně. Význam má kouzelná krabice (tzv. memory box) s drobnými předměty, které připomínají mládí a předchozí život. Pomocí těchto předmětů může postižený mluvit o dávných věcech, které si ještě pamatuje. Některá zařízení mají místnosti (tzv. memory rooms), vybavené ve starém stylu. K reminiscenci přispívá také film, hudba, tanec a podobně. Reminiscence slouží k podpoře lidské důstojnosti a měla by být pro člověka trpícího demencí zážitkem (Jiráková et. al., 2009).

1.10 Ošetřovatelská péče

1) Péče při progresi onemocnění v domácím prostředí

V raném stadiu postižení Alzheimerovou chorobou je třeba, aby postižený vykonával věci, kterých je ještě schopen, sám, a tím se podpořila jeho samostatnost. Pečovatel by měl zajišťovat nemocnému útočiště, sledovat, ale nevměšovat se, pokud daná činnost není pro pacienta fyzicky nebezpečná nebo zneužitelná. K dispozici by měly být náhradní klíče od domu, vozu, ukládané na zjevné místo, aby se daly najít v případě, že nemocný zapomene místo uložení. Je třeba dbát na označení uložení jednotlivých věcí v kuchyni, koupelně, označení zásuvek, polic v šatníku, používat pomůcky k zapamatování. S nemocným by se mělo komunikovat klidně, jemně, věcně, vyhýbat se hrubým výrazům a příkazům. Ptát se ho jednoduchými otázkami, na které může odpovědět „ano“ či „ne.“ Postižený by měl v tomto stadiu chodit na pravidelné vyšetření zraku a sluchu, aby bylo možné kompenzovat případné zhoršování funkce těchto smyslů. Právě tyto dva smysly mohou ovlivňovat správné porozumění svému okolí (Callone et. al., 2008).

V mírném stadiu nemoci se ošetřující osoba dostává do složitější fáze spolupráce s postiženým, protože už není schopen zvládat některé činnosti. Nemocný potřebuje intenzivnější dohled. Komunikace začíná být v tomto období obtížná, postižený si už není schopen zapamatovat myšlenky tak dlouho, aby je vyjádřil slovy. Krátkodobá paměť již nefunguje. Měl by stále dostávat úkoly, ale je třeba dopomoci při plnění. Při rozhovoru by se měly používat krátké, jednoduché věty,

kteře vyjadřují jednu myšlenku. Osoba v tomto stadiu je často schopna se dobře pohybovat samostatně, ale je třeba mít na paměti její bezpečnost. Prostředí by mělo být dostatečně osvětlené a dobře přístupné. Nemocný by měl být dostatečně hydratovaný, protože nemá pocit žízně nebo zapomíná pít (Callone et.al., 2008).

V konečné fázi Alzheimerovy nemoci může být nemocný upoután na lůžko, a to částečně nebo zcela. Je odkázán na péči ostatních. Ošetřovatel rozhoduje o čistotě a bezpečnosti nemocného. Při stravování je nutné vyhradit si delší čas, protože nemocný děle jí. Signalizací strachu nebo bolesti může být odmítání stravy či oblékání. Důležitá je úprava polohy ležícího, aby nedocházelo k proleženinám. Lůžko by mělo stát poblíž okna, aby si nemocný mohl užívat výhledu ven. Častými návštěvami a kontaktu s blízkými by se mělo zabránit osamělosti nemocného (Callone et .al., 2008).

Pokud není možné zajistit péči v domácím prostředí, je nutné zvolit péči ústavní. O těchto zařizeních je třeba informovanosti a včasné podání žádosti (Bartoš-Hasalíková, 2010).

2) Ústavní ošetrovatelská péče o pacienta s Alzheimerovou nemocí

Ústavní ošetrovatelská péče se zaměřuje na uspokojování fyzických a emocionálních potřeb pacienta. U pacientů s organickou duševní poruchou se plán v zásadě orientuje na dva důležité momenty – udržení maximální možné úrovně soběstačnosti a zajištění nejvyššího možného komfortu pro pacienta a jeho rodinu.

Plánování se zaměřuje na narušené kognitivní funkce (paměť, zkreslené vnímání reality), na udržení orientovanosti v čase, místě a osobě. Do plánu se zařazují ve spolupráci s pacientem denní aktivity, kterými se podporuje soběstačnost pacienta. Plánování zahrnuje poskytnutí bezpečného prostředí s přihlédnutím k předcházení úrazu. Do plánování musí být zahrnut kontakt s rodinou a spolupráce s ní. Rodina musí být obeznámena s duševní poruchou, jejími příčinami, projevy, léčbou a prognózou. Měla by vědět, jak redukovat frustrace související s onemocněním člena rodiny (pocity viny, úzkost).

Pacient může po přijetí do ústavní péče prožívat velký stres související se změnou prostředí. Ocítá se v neznámém prostředí, mezi neznámými lidmi. Je smyslově i tělesně deprivovaný, uzavírá se před okolním světem. Výrazněji se projeví dezorientace v čase, místě i osobách. Může se projevit porucha spánku,

porucha trávení. Cítí se ohrožen. Projeví se výrazněji zmatenost. Je třeba, aby se pacient vyrovnal s nutností pobytu v ústavním zařízení. Snažit se respektovat osobní potřeby a zvyklosti pacienta. Zapojit ho do aktivit v zařízení s přihlédnutím k jeho zálibám. Na jeho projevy zvýšené zmatenosti, podrážděnosti, vztahovačnosti reagovat klidně, vyrovnaně a s nadhledem (Marková et. al., 2006).

Ošetrovatelskou péči zajišťuje školený zdravotnický personál. Specifika této péče popisují v ošetrovatelské části práce.

1.11 Služby registrovaných poskytovatelů

Pečovatelské služby

Pracovníci pečovatelské služby pomáhají v domácnosti.

Služby osobní asistence

Mohou být poskytovány v různém rozsahu, často se mohou krýt s nabídkou pečovatelské služby. Osobní asistent by měl být vyškolen v komunikaci s lidmi s demencí.

Služby denního stacionáře či denního centra pro seniory s demencí

Stacionáře či denní centra jsou většinou otevřeny každý všední den od 7.30 do 16.00 hodin, se zajištěným stravováním. Pracovníci stacionáře připravují seniorům rozmanitý program. Denní stacionáře pro seniory s demencí jsou také motivujícím prostředím pro navazování sociálních kontaktů .

Odlehčovací/respitní služby

Odlehčovací či respitní pobyt znamená, že nemocný je po časově omezenou dobu přechodně umístěn do pobytového zařízení.

Pobyťová zařízení pro nemocné s demencí – domovy se zvláštním režimem
Rodina nemocného s demencí se během rozhodování, kam jej umístit, může obrátit na domovy seniorů s odděleními se speciálním režimem nebo přímo na zařízení, která jsou pro tyto nemocné určena. Umístit člověka s demencí do běžného domova důchodců není možné.

Služby home-care a fyzioterapie v domácím prostředí nemocného s demencí

Tyto služby jsou poskytovány zdravotní sestrou v domácím prostředí nemocného demencí na základě indikace praktického lékaře. Jedná se zejména o složitější ošetrovatelské úkony – převazy, péče o stomie, odběry biologického materiálu, aplikace injekcí či inzulínu, ošetrovatelská rehabilitace a podobně (Bartoš-Hasalíková, 2010).

Informace o poskytovatelích v daném regionu lze získat na internetové adrese: <http://www.iregistr.mpsv.cz>.

„Problematiku jednotlivých typů sociálních služeb a jejich náplň zpracovává zákon č. 108 a vyhláška 505/2006, kde je možno najít více informací,“ (Mahrová et. al., 2008, s. 114).

1.12 Anamnéza

Osobní

Pacientka XX, narozená v roce 1939.

Anamnéza vypsána ze systému jiné nemocnice, pacientka není schopna udat údaje.

Nemocnost: Ischemická choroba srdeční - od roku 1993, hyperlipoproteinemie, arteriální hypertenze, vertebrogenní algický syndrom, neurotická porucha, v roce 1999 polytrauma - úraz hlavy, komplikovaná zlomenina levého předloktí.

Rodinná

Pacientka neví, na co zemřeli rodiče. Pochází ze sedmi dětí, žije již jen jedna sestra.

Alergologická

Pacientka trpí alergií na penicilin.

Abusus

Pacientka udává, že nepije a nekouří.

Gynekologická

Pacientka je bezdětná, postmenopauza v 55 letech.

Sociální

Pacientka je vdova, žije sama v bytě. V současné době ve starobním důchodu. Dříve pracovala jako prodavačka.

Manželství

V mládí rozvedena. Druhý manžel zemřel před mnoha lety.

Řidičský průkaz

Nevlastní

Farmakologická

PREDUKTAL tbl (tableta) 20mg 1-0-1, PLENDIL tbl 5mg 1-0-0, GODASAL tbl 100 mg 1-0-1, SIMVACARD tbl 20 mg 0-0-1

Nynější onemocnění

Parere

Jedná se o první hospitalizaci v psychiatrické léčebně. Pacientka byla přeložena z interního oddělení jiné nemocnice. Dle překladové zprávy tam byla pacientka převezena pro dezorientaci, zmatenost a bludy k vyloučení interní příčiny. Překládána na psychiatrii pro amentně delirantní stav, není únosná na otevřené oddělení. Agitovaná a slovně agresivní. Diagnostikována Alzheimerova nemoc s pozdním začátkem. Schopna podpisu příkazní smlouvy.

Přítomný stav psychický (SPP)

Pacientka je lucidní, orientovaná osobou, místem, jinak nepřesně. Odpovídá místy mimo rámec otázky. Chování klidné, bez tenze, distanci drží, oční kontakt drží, ladění v normě, emotivita oploštělá. Myšlení s inkoherencemi, obsahově chudé,

poruchy vnímání nevyexplorovány. Syndrom pokročilé demence, bez náhledu na nemoc.

Vyšetření

Laboratorní vyšetření

Odběr proveden jako součást příjmových vyšetření. Biochemické vyšetření, moč chemicky asediment, krevní obraz.

Fyzikální vyšetření (při příjmu)

TK (tělesný tlak) – 130/80 torr, P (pulz) – 74', D (dech) – 18/min., TT (tělesná teplota) – 36,4°C (celzia), hmotnost – 67 kg (kilogramů), výška – 170 cm (centimetrů), BMI – (Body Mass Index) – 23,18

Zobrazovací vyšetření

EKG (elektrokardiograf) – sinusová bradykardie, horizontální poloha
CT (komputerová tomografie) – drobné kalcifikace oboustranně v basálních gangliích

Konziliární vyšetření

Interní vyšetření – vzhledem k bradykardii doporučeno mírné snížení betablokátoru.

Gynekologické vyšetření – drobná uretrokéla, sliznice pochvy bez patologického nálezu, děloha nezvětšená, adnexální krajiny bez hmatné rezistence. Gynekologický nález odpovídá věku.

1.13 Průběh hospitalizace

Pacientka byla hospitalizovaná dva měsíce na příjímácním oddělení, po této době byla přeložena na gerontogeriatrické oddělení. V projevech známky středně těžké organické poruchy. Po nasazení kognitiv dochází k lepší komunikaci. Po celou dobu zachovává pacientka společenské normy. Po deseti týdnech hospitalizace se začíná zapojovat do kognitivně rehabilitačních programů.

1.14 Farmaka užívaná v průběhu hospitalizace

Název léku	Farmakologická skupina	Dávkování	Způsob užití	Nejčastější vedlejší účinky
EBIXA 10 mg	Antagonista NMDA receptorů	0 - 1 - 0	Perorálně	Bolesti hlavy, ospalost, zácpa, závratě, dušnost, halucinace
BURONIL 25 mg	Antipsychotikum	0 - 0 - 1 - 1	Perorálně	Závrať, parkinsonismus, sucho v ústech, poruchy krve, bolesti hlavy, snížení krevního tlaku, poruchy činnosti jater
SIMVACARD por tbl flm 20 mg	Hypolipidemikum	0 - 0 - 1	Perorálně	Chudokrevnost, bolest hlavy, zácpa, bolest břicha, vyrážka, svědění, svalová slabost
PLENDIL ER 5 mg por tbl	Vazodilatans, antihypertenzivum, kalciový antagonist	1 - 0 - 0	Perorálně	Bolest na hrudi a závratě, vyrážka, otoky kotníků, bolest hlavy, zvracení
ACIDUM FOLICUM	Vitamín, antianemikum	1 - 0 - 1	Perorálně	Pocit na zvracení, tlak v břiše, pachů v ústech, poruchy spánku
GODASAL 100 mg	Antitrombotikum	0 - 1 - 0	Perorálně	Zažívací potíže, alergické projevy, zvýšená krvácivost

1.15 Prognóza

Pacientka je stále ještě hospitalizovaná. Vzhledem k závažnosti stavu, pacientka trpí dezorientací, neschopností činit vlastní rozhodnutí, neschopností sebepéče, je pacientka odkázána na celodenní ošetrovatelskou péči.

Výhledově, po domluvě s příbuznými, bude přeložena do některého ústavu s tímto postižením.

2. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

V následujících kapitolách stručně charakterizují ošetřovatelský proces. Aplikují komplementárně-suplementární model V. Hendersonové na případu vybrané pacientky, a to v perspektivě ošetřovatelství. Dále představují plán ošetřovatelské péče o pacientku.

2.1. Specifika ošetřovatelské péče o psychiatrického pacienta

Práce sestry na psychiatrii je zcela odlišná od práce na jiných somatických odděleních. Navázání kontaktu s pacientem, být mu nablízku v těžkých situacích, přitom neustále monitorovat jeho chování a reakce, patří ke každodenním povinnostem. Při své práci činnostech musí členové ošetřovatelského týmu dodržovat určité zásady chování k pacientům. Nejdůležitější je kladný, otevřený přístup, pomocí něž se dá zvládnout jedna nelehká situace. Je to přístup, který pomůže k navázání kvalitního psychoterapeutického vztahu. Důležité je dostatečné ovládnutí vlastních emocí sestry, neprojevení sympatií ani antipatií. Sestra musí vést pacienta k aktivitě v terapeutickém procesu, nesmí s ním zacházet jako s pasivním objektem. Někteří nemocní mají projevy alterace intelektu, což nesmí být důvodem k degradujícímu jednání. Nepříjemné požadavky na pacienta, jako je soustavná kontrola, narušení intimity, omezení sociálních kontaktů, rušení spánku noční službou, by měly být redukovány na minimum. Při ošetřovatelské péči by se měla sestra vyhnout chybnému jednání vůči pacientovi, jedná se o ironické chování, nedostatek zdvořilosti, projevu vlastní nervozity, neklidu, který se pak přenáší na pacienty, projevy lhostejnosti, rezignace či naopak přehnané péče (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006).

2.2. Ošetřovatelský proces

Ošetřovatelský proces je sérií vzájemně propojených činností napomáhajících k řešení problémů spojených s ošetřovatelskou péčí. Činnosti, které proces zahrnuje, jsou prováděny ve prospěch nemocného v nemocniční či komunitní péči. Ošetřovatelský proces umožňuje samostatné rozhodnutí sestry o nejvhodnějším

způsobu péče, vedoucímu, za soustavného měření pokroku, k dosažení stanovených cílů.

V termínu „proces“ je zahrnut způsob práce s nemocným; způsob přístupu k nemocnému, vycházející z potřeb bio-psycho-sociálních. Ošetřovatelský proces se skládá z pěti částí, každá je samostatná, ale vzájemně se prolínají. Označení fází je následující:

1. zhodnocení nemocného – zjišťování informací
2. stanovení ošetřovatelských diagnóz
3. plánování ošetřovatelské péče
4. realizace – provedení navržených opatření
5. zhodnocení efektu poskytnuté péče

Při provádění ošetřovatelské péče sestra plán průběžně modifikuje podle aktuálních i potencionálních potřeb pacienta (Staňková, 1999).

2.3. Komplementárně-suplementární model Virginie Hendersonové

U pacientky jsem zvolila ke sběru anamnestických dat model Virginie Hendersonové.

Tento model vychází z teorie základní ošetřovatelské péče. Cílem ošetřovatelství je podle Hendersonové uspokojování potřeb pacienta. Výchozími prioritami jsou pro autorku modelu základní lidské složky – biologická, psychická, sociální a spirituální, ze kterých vychází čtrnáct elementárních potřeb s preferencí potřeb biologických. Z těchto potřeb Hendersonová vytváří komponenty základní ošetřovatelské péče (Pavlíková, 2006).

- Pomoc pacientovi s dýcháním
- Pomoc pacientovi při příjmu potravy a tekutin
- Pomoc pacientovi při vylučování
- Pomoc pacientovi při udržení optimální polohy
- Pomoc pacientovi při spánku a odpočinku

- Pomoc pacientovi při výběru vhodného oděvu, při oblékání a svlékání
- Pomoc pacientovi při udržování tělesné teploty ve fyziologickém rozmezí
- Pomoc pacientovi při udržování tělesné čistoty, upravenosti a ochraně pokožky
- Pomoc pacientovi vyvarovat se nebezpečí z okolí a předcházet zranění sebe i druhých
- Pomoc pacientovi při komunikaci s ostatními, při vyjadřování potřeb, emocí, pocitů a obav
- Pomoc pacientovi při vyznávání jeho víry
- Pomoc pacientovi při práci a produktivní činnosti
- Pomoc pacientovi při odpočinkových a rekreačních aktivitách
- Pomoc pacientovi při učení, při objevování, uspokojování zvědavosti

Základní ošetřovatelská péče probíhá dle V. Hendersonové ve třech fázích:

- V první fázi sestra zjišťuje, ve které oblasti ze čtrnácti základních potřeb je třeba pacientovi pomoci, zásahy plánuje a realizuje
- Druhá fáze následuje po poskytnuté pomoci, což by se mělo promítnout ve zlepšení narušeného zdraví a zlepšení soběstačnosti pacienta.
- Třetí fáze je zaměřena na edukaci pacienta a jeho rodiny

To, v čem spočívá funkce sestry, definovala V. Hendersonová těmito slovy:

„Jedinečnou funkcí sestry je pomoc (asistence) zdravému nebo nemocnému jedinci vykonávat činnosti přispívající k jeho zdraví nebo uzdravení, či klidné smrti, které by jedinec vykonával sám, bez pomoci, kdyby měl na to dostatek sil, vůle a vědomostí. A sestra vykonává tuto funkci tak, aby jedinec dosáhl nezávislosti co nejdříve,“
(Pavlíková, 2006, s. 49).

2.4.Ošetřovatelská anamnéza dle modelu Virginie Hendersonové

1. Pomoc pacientovi s dýcháním

Na základě fyzikálního vyšetření, které jsem provedla (viz příloha č. 12), dýchá nyní pacientka spontánně; potíže s dechem neudává ani nepozorují. Nekašle. Dechová frekvence: 18/min, dýchá pravidelně. Zjistila jsem, že trpí námahovou dušností. Při chůzi do schodů musela po deseti schodech odpočívat.

2. Pomoc pacientovi při jídle a pití.

Pacientka nemá žádné omezení v příjmu potravy, diabetem netrpí. Stravu přijímá per os. Hmotnost pacientky je 65 kilogramů. Při porovnání údajů z ošetřovatelské anamnézy na začátku hospitalizace, kdy byla pacientka na přijímacím oddělení, a nyní, sleduji váhový úbytek, a to 2 kilogramy za dva měsíce. BMI pacientky je 22,49, což odpovídá normě. Bude nutné toto sledovat pravidelným vážením hmotnosti. Při dotazu, zda jí chutná jíst, odpovídá, že ano. Pacientka pije pouze 1,5 litru tekutin za den, proto je zaveden list bilance stravy a tekutin. I když nutriční screening v celkovém hodnocení vychází bez nutnosti zvláštní intervence, je nutná dopomoc ošetřovatelského personálu. Při otázce, co jí a pije nejraději, se vyjadřuje s náповědou slov, že moučná jídla a černou kávu.

3. Pomoc pacientovi s vyprazdňováním

Pacientka trpí reflexní inkontinencí moči. V případě této choroby to je příznačné. Důsledkem toho jsou použity plenkové kalhotky, a to ve dne i v noci. K pomočení dochází hlavně v noci. Je třeba pacientku při vyprazdňování sledovat, vodit na WC v pravidelných intervalech, neboť má potíže s orientací a na toaletu nedojde včas. Množství moči nelze odhadnout, pouze podle pomočených plen za den lze zjistit, zda pacientka močí přiměřeně. Při močení pacientka potíže neudává. Na stolici chodí pacientka nepravidelně, naposledy byla před dvěma dny. Konzistence stolice je tuhá, bez příměsí. Léky, které by mohly ovlivnit gastrointestinální trakt, pacientka neužívá. Plenkové kalhotky jsou zakoupeny na náklady léčebny. Po vyřízení finančních záležitostí pacientky budou nakupovány z jejích vlastních prostředků.

4. Pomoc pacientovi s hybností a udržení polohy

Pacientka se pohybuje sama po rovině, kompenzační pomůcky při chůzi nepoužívá. V chůzi po schodech potřebuje oporu. Přidrží se madla nebo doprovodné osoby. Dle screeningu pro určení zvýšeného rizika pádu má pacientka v celkovém hodnocení vysoké riziko (viz příloha č. 5). Barthelův test vykazuje u pacientky hodnotu 60 bodů, což odpovídá závislosti středního stupně (viz příloha č. 7). Jemná motorika vážne, nutné procvičování v rámci ergoterapie.

5. Pomoc pacientovi se spánkem a odpočinkem.

Pacientka usíná nejdříve kolem 22.00 hodiny. Po uložení do lůžka vstává a pochází po pokoji. Při dotazu, proč nespí, zda něco nepotřebuje, neodpovídá. Musí být opakovaně ukládána. Spí maximálně čtyři hodiny nepřetržitě, budí se nejméně dvakrát za noc, pochází po pokoji, vychází na chodbu a bloudí. Zmatená, dezorientovaná. Opakovaně musí být ukládána.

6. Pomoc pacientovi s oblékáním

Při oblékání je pacientka nesoběstačná, nedokáže zvolit správné oblečení. Nechápe postup odívání. Ráda nosí pletené halenky, potrpí si na kladné hodnocení její vizáže. Večer si ošacení svlékne sama. Noční košili si oblékne s pomocí ošetřujícího personálu. Knoflíčky na košili se snaží zapnout sama, ne vždy správně (viz příloha č. 7).

7. Pomoc pacientovi s udržováním tělesné teploty

Pacientka netrpí třesavkou ani pocením. Tělesnou teplotu má normální. Ranní měření vykazuje hodnotu 36,6°C (Celsia). Kůži má suchou, teplou. Subjektivně má pocit chladna. Během dne vyžaduje teplé oblečení, obléká si i cizí odložené mikiny, i když se pohybuje v teplém prostředí. Pokojový teploměr ukazuje teplotu 22°C.

8. Pomoc pacientovi s udržováním čistoty

Pacientka je nesoběstačná při udržování čistoty těla, hygienické návyky sama nezvládá. Celkovou koupel provádí s dopomocí ošetřovatelského personálu, buď ve vaně, nebo ve sprše. Pacientka se raději koupe ve vaně. K této činnosti používáme na

oddělení zvedací zařízení v podobě sedátka, na které se pacientka posadí, a je přemístěna do vany. Nedokáže sama používat mycí prostředky, při podání žínky a vedení ruky už ví, co má dělat. Hygienu dutiny ústní také nezvládá, nechápe, na co je zubní pasta. Po vysvětlení a přípravě zubního kartáčku si zubní protézu vyčistí, ale dále neví, co s ní. Nehty si sama neostřihá, učesat se dokáže po podání hřebenu sama. Kůži na těle a pleť na obličejí si namaže také až po podání krémů a ukázce mazání, jinak nechápe, na co jsou.

9. Pomoc pacientovi s nebezpečím prostředí

Pacientka se nachází v prostředí, ve kterém jsou provedena opatření proti úrazu. Podlahy a schodiště jsou potaženy protiskluzovým materiálem. Kolem stěn na chodbách i schodišti je zábradlí, radiátory topení jsou opatřeny kryty, chodby jsou osvětleny. Protože je pacientka hospitalizovaná na uzavřeném oddělení, nemůže toto prostředí samovolně opustit. Zaměstnanci vchází pomocí univerzálního klíče. Okna jsou zajištěna proti otevření bezpečnostním klíčkem. Vnitřní prostor koupelny je osazen bezpečnostními držáky, rovněž na toaletách jsou madla. Žádné ostré předměty u sebe pacientka nemá, jen tak se dá zabránit sebepoškození i heteroagresi. Na oddělení platí zákaz kouření a používání elektrických spotřebičů pacienty. Vozíky jsou ukládány v uzamčené místnosti. Na riziková místa, jako je koupelna nebo kuchyňka, jsou pacientky doprovázeny ošetrovatelským personálem. Důležité je obutí pacientky. Používá pevnou obuv, vhodnou do vnitřního prostředí.

10. Pomoc pacientovi při komunikaci

Pacientka má potíže s vyjadřováním, nedokáže vytvořit souvislou větu. Krátkodobou paměť má porušenou. Při dorozumívání pomáhá nonverbální komunikace, kdy na jednotlivé věci, či části těla, pacientka ukáže nebo když jsou jí slova napovídána. Z výrazu tváře je možno odhadnout emoci, pocit nespokojenosti, vzteku, lítosti, nervozity, nejistoty, bezradnosti, strachu. Myšlení má obsahově chudé.

Pacientka slyší dobře. Na čtení má brýle. Nepoužívá je, protože neprojevuje o čtení zájem. Z tohoto důvodu jsou brýle uloženy v ambulanci. Jsou podány při terapeutických činnostech, například při kreslení. Televizi vydrží sledovat pouze krátkou chvíli, nejdéle půl hodiny, pak odchází.

11. Pomoc pacientovi uctívát jeho víru

Pacientka při dotazu, zda vyznává nějakou víru, kývne nesouhlasně hlavou. Toto sdělení mi potvrdil také její příbuzný.

12. Pomoc pacientovi při práci a produktivní činnosti

Pacientka je ve starobním důchodu, dříve pracovala jako prodavačka. Vzhledem k závažnosti svého zdravotního stavu (MMS=9, středně těžké pásmo demence, viz příloha č. 6), je její koncentrace při práci slabá. Například při malování udělá dvě kolečka a tužku pokládá. I když se účastní aktivizační skupiny kognitivních a tělesných funkcí, brzy z programu odchází. Ranní rozcvičky se také účastní, pozoruje ostatní a se zpožděním cviky opakuje.

13. Pomoc pacientovi při odpočinkových a rekreačních aktivitách

Pacientka se ráda prochází při společných vycházkách. Při návštěvě zoo koutku se zájmem pozoruje zvířata. Pokud to počasí dovoluje, chodí se procházet během dopoledne i odpoledne za účasti terapeutické sestry. Při společných hrách ji baví kuželky. Pokud je v terapeutickém programu dne předčítání z knih, vydrží poslouchat jen pohádky, četba z denního tisku jí nezajímá. Dále programování aktivit.

14. Pomoc pacientovi s učením

Pacientka má základní vzdělání. Schopnost učit se novým věcem ztratila.

2.5. Ošetřovatelské diagnózy

Pro popis ošetřovatelské péče jsem si vybrala 4. den hospitalizace pacientky na oddělení gerontogeriatrickém. Snažila jsem se zachytit nejdůležitější potřeby a problémy pacientky s touto diagnózou.

Při sestavení ošetřovatelských diagnóz jsem vycházela z anamnézy pacientky, dále z informací od synovce, z rozhovorů s pacientkou a vlastního pozorování pacientky v chování, myšlení, konání.

Sestavila jsem aktuální diagnózy, tzn. současné problémy pacientky, dále potenciální diagnózy, tj. problémy, které se nevyskytují, ale mohou nastat.

K jednotlivým diagnózám jsem vytvořila krátkodobý cíl, ošetrovatelské intervence, provedla jsem realizaci a hodnocení účinnosti ošetrovatelské péče.

Přehled ošetrovatelských diagnóz

- Nedostatečný příjem tekutin
- Nedostatečný příjem potravy
- Porucha spánku
- Zmatenost - chronická
- Porucha orientace v prostoru
- Snížená sebepéče v oblasti hygieny
- Porucha komunikace
- Pád, zvýšené riziko
- Zácpa, riziko vzniku

2.5.1. Aktuální ošetrovatelské diagnózy

1. Nedostatečný příjem tekutin

Ošetrovatelský cíl

Pacientka vypije za 12 hodin 2,5 litru tekutin.

Ošetrovatelské intervence

Aktivně nabídka tekutin – každou hodinu dát vypít hrnek (200 ml)

Edukace pacientky o nutnosti dostatečného příjmu tekutin

Edukaci o možných komplikacích léčby při nedostatečném množství tekutin

Výběr tekutin dle možností oddělení – čaj, minerálka, šťáva

Nabídka tekutin, které má pacientka ráda

Bilance tekutin – zápis do dokumentace

Sledování známek dehydratace (kožní turgor, stav sliznice dutiny ústní)

Realizace ošetrovatelského plánu

Pacientka měla ze dne příjmu zavedený list bilance tekutin. Během dne jsem zapisovala do listu přijaté množství tekutin. Totéž dělali i ostatní členové ošetrovatelského týmu.

Pacientce jsem tekutiny během dne nalévala do hrnečku (200 ml) a nabízela. Vždy jsem počkala, až vše vypije, protože se stávalo, že vypije jen malé množství nebo nic a hrnek odloží. Pacientku jsem edukovala o tom, že je třeba, aby podané množství tekutin vypila. Dotazy jsem si ověřovala účinnost edukace. I když má pacientka ráda černou kávu, snažila jsem se do příjmu tekutin zařadit šťávy, čaj, což také neodmítla. K zapití podaných léků jsem pacientce dala vodu.

Hodnocení účinnosti ošetrovatelského plánu

Ke snídani vypila pacientka hrneček bílé kávy (200 ml), k večeři mléko. Dále pila čaj, minerální vodu, šťávu. Pacientka známky dehydratace nejevila. Provedla jsem součet příjmu tekutin za 12 hodin v listu bilance tekutin. Pacientka vypila 2150 ml tekutin (viz příloha č. 4). Z důvodu inkontinence a používání plenkových kalhotek jsem nemohla změřit množství vyloučené moči. Hodnotila jsem pouze barvu a zápach. Protože jsem pacientce po celý den aktivně nabízela tekutiny, a snažila jsem se o vhodné střídání druhů tekutin, podařilo se mi cíl splnit. Tekutiny přijímala ochotně. Kožní turgor byl v normě, kožní řasa se rovnala hned po jejím uvolnění. Na toaletu jsem pacientku doprovázela, plenkové kalhotky byly během dne vyměněny třikrát. Vyhodnocení jsem ještě zapsala do ošetrovatelské dokumentace.

2. Nedostatečný příjem potravy

Ošetrovatelský cíl

Během dvanácti hodin pacientka sní s dopomocí podanou stravu.

Ošetrovatelské intervence

Sledovat hmotnost pacientky, tzn. vážit a zapisovat data do dokumentace – 1x za 14 dní

Dopomoc při podávání stravy

Nabídka mleté stravy

Zajistit klidné prostředí v jídelně

Dostatek času při jídle

Bilance stravy – zápis do dokumentace 3x denně

Sledování konzistence stolice

Edukace o nutnosti příjmu potravy v rámci chápání pacientky

Realizace ošetrovatelského plánu

Pacientka byla při příjmu zvážena, hodnota 65 kg byla zaznamenána do dokumentace.

Spolu se staniční sestrou jsme požádaly o návštěvu dietní sestry. Následně byla zvolená vhodná strava pro pacientku. Porce masa budou dodávány v mleté formě. Pacientka dostala k snídani bílou kávu a koláč s ovocem. Koláč jsem jí nakrájela na menší kousky a naservírovala na talíř. Pacientka se posadila ke stolu jako ostatní. Zpočátku se na talíř jen dívala, proto jsem ji pobídla k jídlu. Vzala si kousek do ruky a jedla. Sedla jsem si ke stolu a čekala, až tímto způsobem pacientka snědla vše. Prostředí při stolování bylo klidné, při jídle jsem nespěchala. Po sněžení jsem ještě pacientku pochválila za to, že jedla sama a snědla všechno. Ke svačině dostala pomeranč, který jsem jí oloupala a dala do misky. Posadila jsem ji ke stolu a pobídla k jídlu. K obědu dostala pacientka kmínovou polévku, brambory se špenátem a mletým masem. I tentokrát jsem pacientku pobízela k jídlu. Snědla vše. Na otázku, zda jí chutnalo, kývla souhlasně hlavou. Odpoledne měla na svačinu jogurt a banán. K večeři dostala jáhlovou kaši sypanou čokoládou. Tu pacientka snědla bez dlouhého pobízení.

Po každém jídle jsem pacientku doprovodila do koupelny a vysvětlila jsem jí, že je třeba vyčistit zubní náhradu. Napovídala jsem jí jednotlivé kroky, takto jsme tuto činnost zvládly.

Příjem stravy jsem zaznamenala do listu bilance (příloha č. 4). Během dne jsem sledovala vyprazdňování pacientky. Stolicí měla tuhé konzistence, barvy normální, četností jedenkrát za den.

Nutriční screening nevykazuje nutnost zvláštní intervence (viz příloha č. 9). Váhový úbytek - dva kilogramy za dva měsíce - byl však zaznamenán.

Hodnocení účinnosti ošetrovatelského plánu

Vzhledem k tomu, že byla pacientce podána vhodně zvolená skladba stravy, a měla celodenní dopomoc při jídle, snědla během dne vše. Ke snídani koláč, ke svačině pomeranč, k obědu kmínovou polévku, brambory, špenát, mleté maso. Při odpolední svačině snědla jogurt a banán, k večeři pak jáhlovou kaši sypanou čokoládou. Je příznačné, že u pacientů s touto chorobou je sledování příjmu stravy a ošetrovatelská pomoc při jídle důležitá. Jen tak se dá zabránit dalšímu váhovému úbytku pacientky.

3. Porucha spánku

Ošetrovatelský cíl

Pacientka bude spát v noci nepřetržitě, bez probuzení, alespoň 5 hodin.

Pacientka se bude cítit subjektivně odpočatá.

Ošetrovatelské intervence

Zajistit pacientce prostředí pro nerušený spánek – vhodná spolupráce, eliminace hluku z provozu oddělení, větraná místnost, na pokoji spolupacientky bez poruchy spánku

Kontaktovat ergoterapeuta o naplánování vhodného denního programu – v rámci schopností pacientky

Aktivizace pacientky ze strany personálu

Pacientka bude spát v suchu – vymočit se před spánkem

Plnit ordinace lékaře - podat ve 21.00 hodin 1 tabletu Buronilu 25 miligramů

Kontrola pacientky během noci

Zápis chování pacientky v noci do dokumentace, tzn., jak usíná, jak spí, zda vykřikuje ze spánku, kdy se budí

Zajistit čistotu lůžka

Realizace ošetrovatelského plánu

Ráno jsme spolu se staniční sestrou a ergoterapeutkou vytvořili denní program pro pacientku.

Volnočasové aktivity

Hodina	Činnost
7.10 – 7.20	Společná rozcvička ve společenské místnosti – aktivní účast pacientky.
8.30 – 8.50	Komunita, pacientka sedí a poslouchá, přítomnost psychologa.
9.30 – 10.50	Pracovní terapie, pacientka si prohlíží pohádkové knihy s obrázky, později se snaží šít, ale u této činnosti nevydrží, pokládá práci na stůl a pozoruje ostatní, zaměstnána trháním molitanu na výplň polštářků.
12.30 – 13.00	Odpočívá v křesle, nespí.
14.00 – 15.30	Společná vycházka, pobyt u jezírka, návštěva zoo-koutku.
16.00 – 18.00	Pacientka sleduje televizi nebo pochází po chodbě.

Večer před ukládáním jsem pokoj pacientky vyvětrala. V místnosti byla teplota 22°C. Lůžko bylo čisté. Na pokoji spaly ještě dvě pacientky netrpící poruchou spánku.

Pacientka se po večerní hygieně vymočila. Pomohla jsem jí rozestlat příkrývku a pobídla jsem jí, aby ulehla do lůžka. Přikryla jsem ji a popřála dobrou noc. V místnosti jsem zhasla světlo, svítilo pouze noční osvětlení. Při kontrole za půl hodiny jsem zjistila, že pacientka z lůžka vstala a chodila po místnosti. Zeptala jsem se jí, zda nemá potřebu se ještě vymočit. Souhlasně kývla hlavou, proto jsem ji dovedla na toaletu. Následně jsem ji znovu uložila do lůžka. Vysvětlila jsem jí, že teď je čas na spaní. Ve 21.00 hodin jsem pacientce podala, dle ordinace lékaře, Buronil 25 miligramů, jednu tabletu. Sledovala jsem dobu usínání – usnula ve 22.30 hodin, po podání noční medikace. Ve 04.00 hodiny byla pacientka, za pomoci ošetřovatelského personálu, vysazena na pojízdné pokojové WC, následně byla uložena. Téměř hned pokračovala ve spánku. Spala do 5.30 hodin, poté již odmítala ulehnout. Chodila po pokoji, pak posedávala v křesle. Během noci spala klidně, ze spaní nevykřikovala.

Hodnocení účinnosti ošetřovatelského plánu

Cíl byl splněn, pacientka během dne nespala, pouze odpočívala. V noci spala 5,5 hodiny bez probuzení, avšak za podání antipsychotika Buronilu. Velký význam při řešení tohoto problému mají správně zvolené a načasované aktivity. Pacientka se ráno cítila odpočatá, usmívala se. Problémem zůstává časné probouzení pacientky. Do dokumentace jsem provedla zápis o nočním chování pacientky.

4. Zmatenost - chronická

Ošetrovatelský cíl

Pacientka bude mít zajištěnou ochranu před jakýmkoliv druhem poškození sebe nebo okolí.

Ošetrovatelské intervence

Zjistit rozsah chronického stavu zmatenosti pacientky (test MMSE, Mini-Mental State Examination)

Zajistit bezpečnost pacientky

Sledovat změny v chování pacientky

Zajistit pacientce klid

Posilovat orientaci pacientky v realitě (umístění předmětů do blízkosti pacientky)

Zapojit pacientku do skupinové terapie

Plnit ordinaci lékaře

Provádět zápisy do dokumentace

Realizace ošetrovatelského plánu

Psychologickým vyšetřením byla zjištěna omezená schopnost pacientky při zpracovávání podnětů z okolí. Pacientka má sníženou kapacitu rozumového myšlení (MMSE vyhodnoceno počtem 9 bodů, viz příloha č. 6).

Bezpečnost pacientky byla zajištěna hospitalizací na uzavřeném oddělení. Mimo oddělení se pacientka pohybuje pouze v doprovodu ošetrovatelského personálu. Na oddělení jsem minimalizovala překážky při pohybu, při hygieně a toaletě. Pacientce jsem při činnostech pomáhala. Ke zlepšení orientace v prostoru jsem použila vhodně umístěné piktogramy, barevné obrázky na zdi, kalendář či hodiny na stěně chodby a společenské místnosti.

V rámci screeningu jsem provedla zhodnocení rizika sebevražedného jednání. V celkovém hodnocení pacientka vykazovala riziko nízké - 3 body (viz příloha č. 11). Sledovala jsem chování pacientky při manuální práci, při adaptaci v kolektivu i jak navazuje kontakty s ostatními spolupacientkami.

Spolu s ostatními členy ošetřovatelského týmu jsem pacientku aktivizovala zapojením do skupinové terapie. Motivovala jsem ji k účasti na pracovní terapii, ke společným vycházkám, k četbě tisku a podobně

S pacientkou jsem komunikovala pomalu. Zjišťovala jsem její záliby, přání. Snažila jsem se, aby pacientka neměla pocit nejistoty a beznaděje. Naslouchala jsem jejím projeveným přáním a dle možností jsem je plnila.

Pacientce jsem podávala medikaci na posílení kognitivních funkcí dle ordinace lékaře - Ebixa 10 mg 1 tableta ráno. Vše jsem zaznamenával do dokumentace.

Hodnocení účinnosti ošetřovatelského plánu

Bezpečnost pacientky byla zajištěna. K poškození sebe ani ostatních během dne nedošlo. Pacientce jsem pomáhala při zvládnání problémů spojených se zmateností. Vzhledem k závažnosti onemocnění nelze předpokládat zlepšení stavu. Pomoc ošetřovatelského personálu při činnostech je nutná.

5. Porucha orientace v prostoru

Ošetřovatelský cíl

Pacientka se bude částečně orientovat v prostoru oddělení, bude znát, kde se nachází její pokoj, kde je toaleta a společenská místnost

Ošetřovatelské intervence:

Pacientku opakovaně seznamovat s prostorami na oddělení

Opatřit důležité místnosti značkami a nápisy

Komunikovat s pacientkou jasně a klidně

Projevovat trpělivost, empatii, klidný přístup

Podávat medikaci dle ordinace lékaře – Ebixa 10 mg, 1 tableta ráno

Realizace ošetrovatelského plánu

Při psychologickém vyšetření byl proveden pacientce test kognitivních funkcí Mini-Mental State Examination (MMSE). Byl vyhodnocen počtem 9 bodů (viz příloha č. 6), což znamená postižení středně těžkou demencí.

Pro lepší orientaci pacientky jsem pokoj, kde spala, označila piktogramem jablka, toaleta a společenská místnost byly také barevně označeny. Pacientku jsem na jednotlivá místa během dne doprovázela, a to tak, že jsem ji vzala za ruku a dovedla na konkrétní místo. Při bloudění jsem se pacientky zeptala, kam chce jít, co hledá. Večer už šla na toaletu správným směrem, ale ještě se ujišťovala slovem - tam. Snažila jsem se jí klidně a empaticky v orientaci pomoci. Takto jsem postupovala několikrát za den. Pacientce jsem podala dle ordinace lékaře léky na posílení kognitivních funkcí (Ebixa). Večer, před ukládáním, jsem se zeptala, jakou značku má její pokoj. Přemýšlela a dívala se po dveřích. Při pohledu na jablko, ukázala pokoj správně. Kde je společenská místnost, se celkem brzy naučila, protože tam setrvala většina pacientek. Podle toho se orientovala.

Hodnocení účinnosti ošetrovatelského plánu

Opakováním, trpělivostí a klidným přístupem byl cíl splněn. Pacientka se v prostoru oddělení, v rámci svých schopností, již částečně orientovala. Večer už poznala, že bude spát za dveřmi, na nichž je jablko. Také na toaletu šla správně, přestože potřebovala ujistit o správném směru.

6. Snížená sebepéče v oblasti hygieny

Ošetrovatelský cíl

Pacientka provede v rámci svých schopností, a s dopomocí, úkony v oblasti hygieny během následujících dvanácti hodin

Ošetrovatelské intervence

Zjistit schopnosti pacientky v hygienické péči o sebe sama

Zaznamenat tyto schopnosti

Vést pacientku k aktivní úloze při hygieně

Zajistit dopomoc při hygieně, celkové koupeli – účast ošetrovatelského personálu
Zajistit příslušné pomůcky – žínku, mycí prostředky, osušku
Zajistit dopomoc při oblékání a obouvání – účast ošetrovatelského personálu
Připravit ošacení a obuv v koupelně
Poskytnout dostatek času při provádění dané činnosti
Ocenit verbálně pacientovu snahu o sebeobsluhu – pochválit, povzbudit

Realizace ošetrovatelského plánu

Při příjmu pacientky byl proveden test základních všedních činností - Barthelův test (viz příloha č. 7). Tyto informace jsem si ověřila vlastním pozorováním, rozhovorem.

Ráno jsem pacientku po opuštění lůžka pobídla, aby se šla vymočit na toaletu. Pomohla jsem jí se svléknutím plenkových kalhotek a pak jsem ji doprovodila do koupelny. Vysvětlila jsem jí, že se bude sprchovat a dopomáhala jsem jí se svléknutím noční košile. Ponožky si sundala sama. Ve sprchovém koutu jsem jí pomáhala - podala jsem jí žínku s mycím prostředkem, pustila jsem teplou vodu tak, jak chtěla, a pak již postupovala sama. S osuškou také nevěděla, co dělat, proto jsem jí ukázala, jak se má osušit. Plenkové kalhotky jsem jí připravila tak, jak si je má správně obléci, ona tak učinila.

Oblečení jsem jí narovnala ve vrstvách tak, jak je postupně oblékala. Nevěděla, jak má ošacení otočit. Zvládla to s váháním a mým ubezpečením, že je to dobře. Obuv si obula nejprve obráceně, po upozornění to napravila.

Pacientce jsem přinesla v její krabičce na protézy chrup a vyzvala jsem ji, aby si zubní náhradu z krabičky vyndala a vyčistila. Na kartáček na zuby jsem jí připravila zubní pastu a vysvětlila jsem jí, jak má postupovat. V činnosti jsem ji pozorovala. Stejný postup při čištění zubů jsem použila i večer.

Během dne i noci jsem se snažila pravidelné vyprazdňování na toaletě, v případě potřeby jsem pacientce plenkové kalhotky vyměnila. Péči o kůži jsem prováděla pravidelně. Škála rizika vzniku dekubitu vykazuje 27 bodů, čili bez rizika (viz příloha č. 8).

Při celkové koupeli pacientka potřebovala také dopomoc ošetrovatelského personálu. Byla poučena, jak se má posadit na zvedací zařízení, pomocí něhož se pacienti přemísťují do vany. Napustila jsem jí do vany teplou vodu, hlavu jsem jí

umyla sama, pak jsem podala žinku s mycím prostředkem a pokynula, aby v mytí pokračovala. Osprchovala jsem ji. Nespěchala jsem, bylo evidentní, že se pacientce koupel líbí. Na závěr jsem jí podala osušku a pokynula, aby se sama osušila. Ještě jsem pacientce nanesla na obličej krém pro denní použití, kůži na těle si potřela krémem sama. Nehty jsem pacientce ostříhala já. S oblékáním jsem jí pomáhala, stejně jako ráno. Pacientku jsem pochválila za spolupráci.

Večer jsem pacientce pomohla se svlékáním a večerní toaletou stejným způsobem. Připravila jsem jí noční košili a sledovala jsem, zda si jí správně oblékne. Pak si ještě nazula ponožky, ve kterých byla zřejmě zvyklá spát doma. Jak sama sdělila, má ráda teplo.

Hodnocení účinnosti ošetrovatelského plánu

Stanovený ošetrovatelský byl splněn. Jednotlivé činnosti, týkající se hygienické péče pacientky, byly plněny za vedení k aktivní účasti a s mojí dopomocí. Péči o kůži zvládá pacientka s dopomocí, nehty si sama neostříhá. Rovněž při péči o dutinu ústní je třeba ošetrovatelské intervence. Během všech činností pacientka neprojevovala žádnou agresi, snažila se spolupracovat. V hodnocení rizika agrese pacientka vykazuje nízkou pravděpodobnost vůči okolí v následujících 24 hodinách (viz příloha č. 10).

7. Porucha komunikace

Ošetrovatelský cíl

Pacientka bude komunikovat s ošetrovatelským personálem v rámci svých schopností

Ošetrovatelské intervence

Získat důvěru pacientky

Pozorovat neverbální komunikaci pacientky

Napovídat slova

Dávat pozitivní zpětnou vazbu

Trpělivě opakovat řečené věty

Hovořit v jednoduchých větách, neužívat cizí slova

Neponižovat pacientku

Realizace ošetrovatelského plánu

Pacientka trpěla nedostatečnou slovní výbavou. Nedokázala sestavit smysluplnou větu. Byla z toho nervózní a rozmrzelá, proto se komunikaci vyhýbala. Užívala nonverbální komunikaci, ukazovala, snažila se gestikulovat. Napovídala jsem jí vhodná slova, opakovala jsem to, co říkala a vyjadřovala pochopení. Snažila jsem se volit jednoduché věty. Pomocí zpětné vazby jsem si ověřovala, zda pacientka mým slovům rozumí. Ostatní ošetrovatelský personál tak činil také. Pacientka si nepamatovala, s kým mluvila a o čem, proto bylo třeba téma hovoru často opakovat. Opakované dotazy byly vysvětlovány. Tímto přístupem došlo ke zklidnění pacientky a k navázání důvěrnějšího vztahu.

Hodnocení účinnosti ošetrovatelského plánu

Díky trpělivosti a pochopení se podařilo dosáhnout větší důvěry pacientky k ošetrovatelskému personálu. Pacientka se již nechovala tak vystrašeně a bojácně. Komunikační potíže trvaly nadále, zde se jedná o dlouhodobější problém.

2.5.2. Potenciální ošetrovatelské diagnózy

1. Pád, zvýšené riziko

Ošetrovatelský cíl

U pacientky nedojde během 24 hodin k pádu.

Ošetrovatelské intervence

Posoudit riziko pádu (screening, viz příloha č. 5)

Zlepšit orientaci pacientky v prostředí

Kontrolovat fyziologické funkce měřením

Zajistit pacientce vhodnou obuv

Zajistit noční osvětlení

Pomáhat v noci pacientce při potřebě na toaletní křeslo

Zajistit pomalou změnu polohy při vstávání z lůžka

Seznámit pacientku s rizikovými místy na oddělení

Zjistit poruchy smyslového vnímání

V průběhu hospitalizace pravidelně přehodnocovat riziko pádu, a to vždy při zhoršení stavu pacientky

Realizace ošetrovatelského plánu

Při příjmu byl proveden screening pro určení rizika pádu (viz příloha č. 5). Riziko pádu bylo u pacientky zvýšené, což měla označené v ošetrovatelské dokumentaci formou štítku s nápisem „riziko pádu“. S problémem byl seznámen ošetrovatelský personál. Pacientce jsem měřila pravidelně fyziologické funkce, byly v normě. TK (tělesný tlak) - 140/80 mm Hg (rtuťového sloupce), P (pulz)- 74' (tepů/minutu). Během dne jsem pacientku seznamovala s prostředím na oddělení tak, aby došlo alespoň k částečné orientaci pacientky na oddělení. Vodila jsem ji za ruku a seznamovala s prostorovým uspořádáním oddělení. Při chůzi používala vhodnou obuv – pevnou, s pásky, aby nedošlo ke klopýtnutí pacientky. Upozornila jsem ji na místa, kde by mohlo dojít k případnému uklouznutí, jako je toaleta nebo koupelna. I když je koupelna opatřena protiskluzovým povrchem, stane se, že zůstane voda na podlaze a mohlo by dojít k úrazu. Všechna riziková místa jsou opatřena madly, proto jsem pacientce předvedla, jak je má používat.

Při vstávání z lůžka jsem dbala na to, aby pacientka rychle nevstávala, ale aby chvíli počkala. V noci jsem při potřebě pacientku doprovázela na pokojové WC. Noční osvětlení jsem zajistila zapnutím vypínače. Snažila jsem se, aby pacientka neměla na pokoji překážky v chůzi, například židle. Dbala jsem na to, aby lůžka byla ve správném postavení, tzn. nevysunutá do uličky, nebo kolečka lůžek postavená směrem souběžným s lůžkem. Obuv pacientek jsem narovнала pod lůžka, aby v chůzi nepřekážely. Po podání noční medikace (Buronil 25 mg, 1 tableta per os) jsem sledovala, kdy pacientka usne.

Hodnocení účinnosti ošetrovatelského plánu

Ošetrovatelský plán byl splněn, u pacientky k pádu během dne nedošlo. Opatření trvají nadále. V případě zhoršení stavu pacientky nebo pádu bude screening rizika pádu přehodnocen.

2. Zácpa, riziko vzniku

Ošetrovatelský cíl

Pacientka se během dne vyprázdní.

Ošetrovatelské intervence

Nezanedbávat aktuální potřebu defekace

Snížit emocionální stres ze změny prostředí

Zajistit dostatek soukromí

Zajistit tělesnou aktivitu

Volit vhodnou stravu, dostatek vlákniny

Přijímat alespoň 2 litry tekutin za den

Realizace ošetrovatelského plánu

V ošetrovatelské anamnéze z příjmového oddělení byl záznam o nepravidelnosti stolice. Tento problém jsem se snažila řešit pomocí vlažné vody, podané pacientce nalačno. Poučila jsem pacientku o důležitosti vypítí. Celou sklenici nevypila i přesto jsem ji pochválila. Dietní sestrou byla zvolena vhodná strava pro pacientku. Po celý den jsem dbala na dostatečnou hydrataci pacientky. Druhy tekutin jsem se snažila střídat. Navrhla jsem staniční sestře možnost zakoupení Zaječické vody nebo Psyllia (indické vlákniny) pro potřebu pacientky. Sdělila, že tento problém prodiskutuje s ošetřující lékařkou.

Pacientku jsem informovala, že ji v případě potřeby vyprázdnění doprovodím na toaletu. Večer pacientka projevila potřebu defekace. Doprovodila jsem ji na toaletu, zavřela jsem dveře a vysvětlila jsem jí, aby nespěchala. Za půl hodiny se pacientka vyprázdnila. Stolica byla stále tužší konzistence.

Hodnocení účinnosti ošetrovatelského plánu

Ošetrovatelský plán byl splněn, pacientka se vyprázdnila. Během dne jsem dbala o dostatečnou hydrataci pacientky. Vypila 2150 ml tekutin. Přesto však tento problém vyžaduje další řešení, a to v podobě vhodných stravovacích doplňků, které jsem výše popsala.

2.6. Ošetrovatelský plán dlouhodobý

Jak již jsem zmínila výše, Alzheimerova choroba je nemoc zatím nevyléčitelná. Z tohoto důvodu má dlouhodobá péče velký význam. Jde o onemocnění plíživé, progredující, proto je cílem péče snaha o zachování co nejvyšší úrovně kvality života pacientky.

V dlouhodobém plánu bych se zaměřila především na problém malnutrice. Pacientka zhubla za dva měsíce o 2 kilogramy. Na první pohled se zdá tento problém zanedbatelný, ale jde o varovný signál, který vyžaduje dlouhodobé sledování.

Ošetrovatelská diagnóza

Riziko malnutrice

Ošetrovatelský cíl

BMI pacientky se udrží na hodnotě 22

Intervence

Dohlížet na množství přijaté stravy.

Po domluvě s příbuznými zajistit nákup doplňků potravy, například nutridrinky.

Pravidelně sledovat nutriční screeningu.

Pacientka je citlivá na jakoukoliv změnu prostředí, proto je na místě individuální, lidský přístup ošetrovatelského personálu a pomoc při zvládnání problémů.

2.7. Programování aktivit

Léčba demencí probíhá v psychiatrické léčebně komplexně a je konzultována v multidisciplinárním týmu. Vedle léčby farmakologické je uplatňována léčba nefarmakologická. Při péči o pacientku s Alzheimerovou nemocí zřejmě neexistuje lepší, cennější prostředek, než smysluplná aktivita. Pomáhá člověku pozvednout na duchu a rozptýlit ho a mít tak pozitivní vliv na celkový stav pacientky. Jsou nabízeny činnosti, které měla ráda, na které byla zvyklá v dřívější době.

Uvedu některé terapeutické metody, užívané při léčbě pacientky:

- **Ergoterapie**

Každý pracovní den terapeutická sestra spolu s ostatními členy týmu navrhuje program činností v rámci ergoterapie pro skupinu pacientů. Na oddělení je místnost, která slouží k provozování této činnosti. Jsou užívány výtvarné techniky - kresba, malba, malování na sklo. Pacientky dostanou potřebné pomůcky a kreslí například obrázky na zadané téma. Jindy malují na sklo podle vlastní fantazie. Popisovanou pacientku nejvíce baví vymalovávání omalovánek pastelkami. Při této činnosti setrvává až do konce programu. Další, často užívaná, je technika textilní. Pacientky provádí ruční šití pantoflí, polštářků, tašek, pletou šály, háčkují různé motivy. Šití pacientku nebaví, ale ráda plete jednoduchou technikou šál, což je velice prospěšné pro nácvik jemné motoriky. Práce s papírem patří také mezi často užívané činnosti - vystřihování, skládání, lepení krabiček, výroba draků, apod. Pacientka dokáže vystřihovat větší tvary, lepení dílků jí dělá potíže. Při práci s přírodními materiály se pacientka ráda zapojuje při aranžování suchých květů. K udržení jemné motoriky také přispívá skládání puzzle nebo stavebnic, navlékání korálků. Při těchto činnostech je důležité vedení pacientky, udržení její pozornosti co nejdéle.

- **Canisterapie**

Tato metoda využívá pozitivního působení psa na zdraví člověka. Terapie probíhá na oddělení, ve společenské místnosti za účasti pracovní terapeutky z oddělení a asistentky. Psů je několik, různých plemen i stáří. Jsou speciálně vycvičení, takže hlazení od pacientek jim nevádí. Pacientky jim házají míčky a psi je nosí zpět. „Psí návštěva“ má vždy velký úspěch, pacientky se již předem těší.

Popisovaná pacientka reaguje na psy velice pozitivně, hladí je, usmívá se, hází míčky. Po celou dobu terapie se aktivně zapojuje.

- **Muzikoterapie**

Tento druh terapie se uskutečňuje jednou za měsíc ve společenské místnosti na oddělení. Pacientky sedí v kruhu, uprostřed hraje na kytaru a zpívá muzikoterapeutka. Volí zpočátku písně jednoduché, národní. Postupně přidává písně dle zájmu pacientek. Každý z účastněných uvede, kterou píseň by chtěl zpívat. Tento program popisovanou pacientku velice baví. Hodně písní, naučených v dřívější době si pamatuje.

- **Reminiscenční terapie**

Tato terapie je poskytována za účelem vybavování vzpomínek a trénování paměti. Pacientka měla ve svých věcech sadu fotografií, se kterými často pracujeme. Jednotlivé fotografie rozložíme na stůl, posadíme se a pak si pacientka začne vybavovat zážitky s fotografiemi spojenými. Přestože má pacientka schopnost komunikace na limitované a primitivní úrovni, náhle uvolněné vzpomínky a způsob vyjádření nás mnohdy překvapí.

- **Komunitní setkání**

Komunitní setkání probíhá jedenkrát za týden ve společenské místnosti. Jsou přítomni lékaři, psycholog, staniční sestra, sestry ve službě, terapeutka oddělení. Pacientky jednotlivě sdělují své zážitky za minulý týden, své problémy a při jakých aktivitách se účastnily. Při tomto setkání probíhá komunikace s popisovanou pacientkou na její úrovni, tak aby rozuměla. Členové týmu znají problematiku pacientky, zvolenými otázkami, přístupem k pacientce zaznamenávají její reakce. Celková pozornost a energie vložená do komunikace pomáhá pacientce v soustředění.

- **Společenské aktivity**

Společenská aktivizace pacientů probíhá návštěvou kina, divadla nebo jiných společenských akcí. Informovanost pacientů o plánovaných programech probíhá formou letáku na časové období jeden měsíc. Pro popisovanou pacientku se musí program vybírat cíleně. Několikrát se stalo, že pacientka během programu vstala a chtěla odejít. Baví ji produkce kreslených filmů nebo divadelní program.

Na několika příkladech nefarmakologické terapie jsem chtěla ukázat, jak důležitá je pro pacienty s Alzheimerovou nemocí smysluplná aktivita. Cílem skupinových a individuálních aktivit je podporovat v takto nemocném člověku vše, co zůstalo zachováno.

2.8.Hodnocení psychického stavu pacientky

Pacientka byla přijata do psychiatrické léčebny s diagnózou Alzheimerova nemoc s pozdním začátkem s pokročilou demencí pro amentně delirantní stavy, dezorientaci, slovní agresivitu, bludy a neschopnost sebepéče. Z přijímacího oddělení byla po zklidnění nastavením vhodné medikace přeložena na oddělení gerontogeriatrické.

S pacientkou je spolupráce složitá, neorientuje se v ani v místě ani v čase. Zadaným otázkám rozumí jen někdy. Při hospitalizaci se snaží zachovávat společenské normy, pomalým a klidným přístupem se daří pacientku motivovat alespoň k částečné spolupráci. V chování je klidná, i když chvílemi převažuje nervozita a nejistota. Slovně agresivní ani agitovaná již není. Zmatenost přetrvává.

2.9.Edukace

Edukace pacientů je součástí léčebné a ošetrovatelské péče. Cílem edukačního procesu je systematické vedení pacienta k osvojení dovedností dříve naučených. Nepostradatelná je aktivní spoluúčast pacienta na edukačním programu (Svěráková, 2012).

Při příjmu je každý pacient seznámen s:

- Právy pacientů
- Domácím řádem
- Prostředím oddělení
- Službami léčebny
- Léčebnou terapií
- Se zásadami bezpečnosti a ochrany zdraví při provádění léčebné terapie
- Výběrem regulačních poplatků

Edukace pacientky postižené Alzheimerovou nemocí ve stadiu středně těžké demence je velice obtížná. Mým úkolem, a úkolem celého ošetrovatelského týmu, bylo působit na pacientku tou měrou, aby zůstala zachována, nebo byla zlepšena, kvalita jejího života. Pacientka nebyla schopna si zapamatovat nové informace, nechápala obsah sdělovaného slova, projevovala rozpaky, obavy či jiné emoce. Z tohoto důvodu bylo důležité opakování edukace – reedukace.

I přes edukační bariéru jsem pozornost zaměřila na aktivity běžného života. Jednotlivé činnosti, při kterých jsem pacientce pomáhala nebo při nich dohlížela, jsem se snažila jednoduchým způsobem popsat, vysvětlit. Takto postupoval celý ošetrovatelský tým. Důležitý byl nácvik částečné orientace pacientky na oddělení. K tomu jsem využívala obrázků, kalendářů, piktogramů. V psychomotorické oblasti jsem pacientku vedla k zachování částečné soběstačnosti. V průběhu edukačního procesu jsem se snažila využívat dovedností, vzpomínek na věci dříve naučené a pracovat s nimi.

Nedílnou součástí edukačního procesu je edukace rodiny. Pacientka ani děti ani manžela neměla. Zájem projevil synovec. Občas za pacientkou přišel na návštěvu.

Edukovala jsem ho o způsobu péče, o životě pacientky v zařízení. Při dotazu, jaké vhodné stravovací přídatky by měl pacientce příště přinést, byl obeznámen se širokou škálou seepingů. Ty jsou důležitými doplňky stravy pro lidi trpícími Alzheimerovou demencí.

O dalším léčebném postupu informoval příbuzného pacientky lékař.

ZÁVĚR

Ošetrovatelskou část práce jsem zaměřila na vytyčení nejdůležitějších ošetrovatelských problémů pacientky s diagnózou Alzheimerova nemoc, s pozdním začátkem. Pokusila jsem se nastínit důležitost vhodně zvoleného ošetrovatelského plánu péče, pomocí něhož se dají zvládnout nejnaléhavější potřeby pacientky. Dále jsem popsala některé programované aktivity v psychiatrické léčebně. Edukace pacientky v tomto stadiu je obtížná.

V péči o pacienty s organickou duševní poruchou se dostávají úspěchy jen zvolna. Úspěchem je to, že pacient zachová některé funkční schopnosti co nejdéle. Komplexně poskytnutá profesionální ošetrovatelská péče může přispět k prožití kvalitního života a zvládnout tak nelehké životní situace, které tato nemoc přináší.

SOUHRN

Tato případová studie pacientky s Alzheimerovou nemocí v osmém deceniu života mě vede k zamyšlení. Dožíváme se vyššího věku, ale současně platíme daň v podobě výskytu onemocnění spojených s tímto věkem, mezi které patří i demence. I když se průběh onemocnění dá příznivě ovlivnit, z dřívějších měsíců lze nyní prodloužit relativně hodnotné období stáří postiženého člověka na roky, je stále tato nemoc velkou neznámou pro budoucnost. Při poskytování ústavní péče jsou využívány nejnovějších poznatky medicíny a ošetrovatelství. Ve vzájemném vztahu zdravotnický pracovník - pacient je důležité dbát na lidskou důstojnost, spokojenost, a v neposlední řadě autonomii nemocného.

SUMMARY

This case study of patient with Alzheimer's disease, that is in her eight month of life, leads me to reflection. We are living longer, but concurrently we pay tax in the form of diseases, which are connected with this age. These diseases include dementia. The course of disease can we positively affect and we can now extend the valuable old age from month to years. But this illness is still largely unknown for the

future. In providing of care are used the latest knowledge of medicine and nursing. In interrelationship of medical worker – patient, is important to respect human dignity, satisfaction and autonomy of ill.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BARTOŠ, A., HASALÍKOVÁ, M. *Poznejte demenci správně a včas*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta a.s., 2010. 181 s. ISBN 978-80-204-2282-8.

BUIJSSEN, H. *Demence: průvodce pro rodinné příslušníky pečovatele*. Praha: Portál 2006. 136 s. ISBN 80-7367-081-X.

CALLONE, P. et. al. *Alzheimerova nemoc* 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2008. 118 s. ISBN 978-80-247-2320-4.

HORT, J. et.al. *Paměť a její poruchy*. Praha: Maxdorf s.r.o., 2007. 422 s. ISBN 978-80-7345-004-5.

HRDLIČKA, M., HRDLIČKOVÁ, D. *Demence a poruchy paměti*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing s.r.o. 1999. 53 s. ISBN 80-7169-797-4.

JANAČKOVÁ, H., VACKOVÁ, M. *Reminiscence*. 1. vyd. Praha: Portál s.r.o., 2010. 151 s. ISBN 978-80-7367-581-3.

JAREMA, M. *Biological treatment in psychiatry – blond pharmacotherapy*. Stockholm, Sweden: Society of Integrated Sciences, 2008. 201 s. ISSN 0172-780X.

JIRÁK, R. et. al. *Demence a jiné poruchy paměti. Komunikace a každodenní péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2009. 136 s. ISBN 978-80-247-2454-6.

JIRÁK, R., KOUKOLÍK, F. *Demence. Neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Praha: Galén, 2004. 335s. ISBN 80-7262-268-4.

KOTAS, R., AMBLER, Z. *Essential general neurology*. Praha: Maxdorf, 2010. 53 s. ISBN 978-80-7345-226-1.

KOUKOLÍK, F., JIRÁK, R. *Alzheimerova nemoc a další demence*. Praha: Grada Publishing a.s., 1998. 229 s. ISBN 80-7169-615-3.

MAHROVÁ, G., et. al. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing a.s. 2008. 168 s. ISBN 978-80-247-2138-5.

MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2006. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.

NEJEDLÁ, M. *Fyzikální vyšetření pro sestry* 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s. 2006. 248 s. ISBN 80-247-1150-8.

MKN-10: Mezinárodní klasifikace – 10. revize. *Jiné degenerativní nemoci nervové soustavy*. (Přel. z angl. orig.). 2. vydání Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. 2008. 262 s. ISBN 978-80-904259-0-3.

PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada Publishing a.s., 2006. 150 s. ISBN 978-80-247-1211-6.

STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 3: Jak zavést ošetrovatelský proces do praxe*. Brno: IDVPZ v Brně, 1999. 49 s. ISBN 80-7013-282-5.

SVĚŘÁKOVÁ, M. *Edukační činnost sestry*. 1.vyd. Praha: Galén, 2012. 63 s. ISBN 978-80-7262-845-2.

SOUČEK, Miroslav - Ivan ŘÍHÁČEK. *Kontrola krevního tlaku v primární a sekundární prevenci cévních mozkových příhod*. [online]. [cit. 2013-04-16]. Dostupné z: < <http://www.remedia.cz/Okruhy-temat/Kardiologie/Kontrola-krevniho-tlaku-v-primarni-a-sekundarni-prevenci-cevnic-mozkovych-prihod/8-18-ic.magarticle.aspx>>

SEZNAM PŘÍLOH

- 1.** Souhlas s poskytnutím ošetrovatelské dokumentace pro potřeby bakalářské práce
- 2.** Anamnéza
- 3.** Plán ošetrovatelské péče ve čtvrtý den hospitalizace
- 4.** Bilance – příjem, výdej tekutin
- 5.** Riziko pádu
- 6.** MMSE
- 7.** Barthelův test
- 8.** Riziko vzniku dekubitů
- 9.** Nutriční screening
- 10.** Riziko agrese
- 11.** Riziko sebevražedného jednání
- 12.** Fyzikální vyšetření pacientky

Psychiatrická léčebna
Březenská 54
Jihlava
586 24

V Jihlavě dne 7.11.2012


Věc: ŽÁDOST O MOŽNOST ZPRACOVÁNÍ KAZUISTIKY V BAKALÁŘSKÉ PRÁCI

Žádám tímto o povolení ke zpracování kazuistiky pacientky s Alzheimerovou nemocí ve své bakalářské práci za předpokladu vynechání identifikačních údajů.

Děkuji za kladné vyřízení mé žádosti

Jitka Kultánová

pocpis



PSYCHIATRICKÁ LÉČEBNA PŘÍROD
Březenská 54
586 24 Jihlava



Ošetřovatelská anamnéza

Oddělení : GERONTOGERIATRICKÉ OZŠELENÍ PSYCHIATRIE

Datum a čas očběru anamnézy : 21.8.2019

Jméno (iniciály) : L.V. Pohlaví : ŽENA Věk : 73

Datum přijetí : 21.8.2019 Datum propuštění : -

Stav : Páží Povolání : ŽIVOTNÍ

Rodina informována : ano ne

Diagnóza při přijetí (základní) : ALZHEIMEROVA NEMOC S ZOBRAŇOVÝMI ZMĚNAMI

Chronická onemocnění : ISCHÉMIČNÍ CHOROZA SRDCE - od 2. 1973
HYPERLIPOPROTEINEMIE
KARDIOBRONCHOPULMONÁLNÍ SYNDROM
KARDIOGENÍ ALCKIE SYNDROM

Infekční onemocnění : NE ANO

Režimová opatření : RYCHLEJŠÍ JEDLÍK

Léčba:

Operační výkon : - Pooperační den : -

Farmakoterapie : PREDUKTAL 20mg 1-0-1 (H1)
PLENIZIL 5mg 1-0-0 (H1)
GODARAL 100mg 1-0-1 (H1)
SINXACARD 20mg 0-0-1 (H1)
ZUPRANIL 20mg 1-0-1-1 (H1)

Jiné léčebné metody : -

Má nemocný informace o nemoci : ano ne částečně

Alergie : ano ne jaké : NA PENICILIN

Fyziologické funkce : P : 74/ TK : 102/60 D : 19/min SpO2 : TT : 36,4°C

Hmotnost : 65kg Výška : 170cm

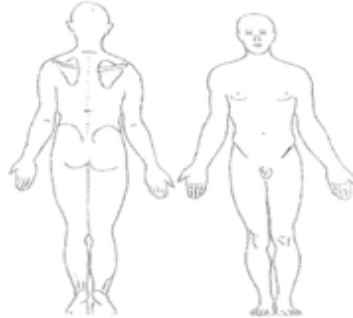
1) Vědomí

stav vědomí : při vědomí porucha vědomí bezvědomí (GSC) :
 Orientovaný Dezorientovaný

2) Bolest

bolest : ano akutní chronická
 tupá bodavá křečovitá svalová jiná
 ne

lokalizace :



Intenzita : /---/---/---/---/---/---/---/---/---/---/---/
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

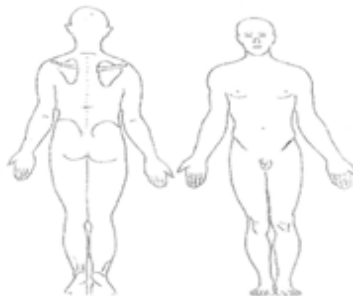
3) Dýchání

potíže s dýcháním : ano ne
dušnost : ano klidová námahová noční
 ne
Kuřák : ano ne Kašel : ano ne

4) Stav kůže

změny na kůži : ano ekzém otoky dekubity jiné
 ne Riziko vzniku dekubitů – Nortonové skóre: *1*/*5*.....

lokalizace :



Ošetření rány:.....
.....

5) Vnímání zdraví

Celková úroveň zdraví (nemocnost, vleklá choroba)..... ISCHEMICKÁ CHOROBA SRDCE, HYPERLIPIDOPROTEINÉMIE, ARTERIÁLNÍ HYPERTENZE, VERTEBROGENNÍ ALGICKÝ SYNDROM, NEUROTIČKA PORUCHA

Úrazy: ano ne jaké: PROCE 1999 - POLYTRAUMA - ÚRAZ HLAVY ZLOMENINÁ LEVÉHO PŘEBLOKTÍ

Prodělaná dětská onemocnění: NEUŘÁVA!

Infekční onemocnění: ano ne jaká:

6) Výživa, metabolismus

Dieta:.....⁵ Nutriční skóre:.....^{1 BODY, ŽEŽ NUTNOSTI INTERVENCE}

Chut' k jídlu: ano ne

Potíže s přijímáním potravy: ano ne jaké:

Jakým druhům potravin dává přednost: SLADKÝH POKRMŮH

Užívá doplňky výživy: ano ne jaké:

Enterální výživa Parenterální výživa.....

Denní množství tekutin: 1500 ml Druh tekutin: ČAJ, VODA, ŠŤÁVA

Úbytek nebo zvýšení hmotnosti v poslední době: ano ne o kolik:

Umělý chrup: ano ne horní dolní

Potíže s chrupem: ano ne

.....^{NUTNÝ ZOHLED}.....

7) Vyprazdňování

problémy s močením: ano pálení řezání retence inkontinence
 ne

problémy se stolicí: ano průjem zácpa inkontinence
 ne

stolice pravidelná: ano ne

poslední stolice: ŽEŽ A ŽEŽA JNY

Způsob vyprazdňování: podložní mísa/močová láhev

Inkontinenční pomůcky

Toaletní křeslo

Močový katétr počet dní zavedení:.....

Rektální odvodný systém:.....

Stomie.....

.....^{WC}.....

8) Aktivita, cvičení

Pohybový režim: ŽEŽ OMEZENÍ, ŽE ŽOCHODCH CHŮZE S OPOROU

Barthel test: 60 BODŮ - ŽAVISLOST ŽEŽEDNÍHO ŽTUPNE

Riziko pádu: ANO skóre: 14 BODŮ NE

Ústav ošetřovatelství, 3. LF UK©

Pohyblivost : chodící samostatně chodící s pomocí
 ležící pohyblivý ležící nepohyblivý
 pomůcky jaké :

9) Spánek, odpočinek

počet hodin spánku : 4 hodina usnutí : 22.00
poruchy spánku : ano ne jaké :
hypnotika : ano ne
návyky související se spánkem :

10) Vnímání, poznávání

potíže se zrakem: ano ne jaké : POTŘEBUJE PŘI ČTENÍ BRÝLE
potíže se sluchem: ano ne jaké :
porucha řeči: ano ne jaká : NEJEDNÁ SE VYTVOŘIT VĚTU, NEROZUMÍ
kompenzační pomůcky: ano ne jaké :

orientace : orientován
 dezorientovaný místem časem osobou

11) Sebepojetí, sebeúcta – hodnocení psychosociálního stavu

je raději : sám v kolektivu
co si myslí o svém zevnějšku a o sobě : MÁ SI OBLEKA PLETENÉ MALENKY
pocit zlosti, vzteku : ano ne
pocit strachu : ano ne z čeho :
pocit úzkosti : ano ne
jak klient vyjadřuje negativní emoce: VÝRAZEM TVOŘE
emocionální stav : DPLOŘTELY
Úroveň komunikace a spolupráce: OMEZENÁ
.....

12) Role, vztahy

vztah klienta k ostatním lidem : MÁ LIDI ZÁBA
bydlí doma sám : ano ne
kdo bude o klienta pečovat po propuštění : NIENI VYŘEŠENÉ
kontakt s rodinou : ano ne
..... NÁVŠTAVY POZDĚJI

Ústav ošetřovatelství, 3. LF UK©

13) Reprodukce, sexualita

počet porodů :

počet potratů :

antikoncepce : ano ne jaká:

pravidelnost menstruace : ano ne Klimakterium : ano ne

problémy s prostatou : ano ne jaké : *70ST.HALNO PAUZA VĚSLETECH*

pohlavní onemocnění : ano ne jaké :

zvláštnosti v sexuálním chování :

14) Stres, zátěžové situace

psychický stav : klidný rozrušený úzkostný depresivní strach

prožívá nějaké napětí : ano ne jaké,z čeho :

způsob odreagování : *AKTIVNĚ*

kouření : ano ne kolik :

alkohol : ano ne kolik :

drogy : ano ne jaké :

15) Víra

Víra ano ne jaká :

16) Invazivní vstupy

Drény : ano ne jaké : Datum zavedení:

Permanentní močový katétr : ano ne

i.v. vstupy : ano periferní datum zavedení: kde:.....

Stav :

centrální datum zavedení: kde:.....

stav :

ne

Sonda : ano ne jaká : datum zavedení :

Stomie : ano ne jaká:..... stav :

Endotracheální kanyla : ano ne č.ETR :datum zavedení:

Tracheotomie : ano ne č.: od kdy:

Arteriální katétr : ano ne

Epidurální katétr: ano ne

Jiné invazivní vstupy:.....

Kultánová Jitka

Příloha č. 3

Plán ošetrovatelské péče

1

Jméno a příjmení: L.V.

Datum	Ošetrovatelská diagnóza	Cíl (krátkodobý)	Plán ošetrovatelské péče	Hodnocení	Podpis
24.8.2012	1) NEDOSTATEČNÝ ZEVNĚJŠÍ TERUTIN	PACIENTKA VYPNE ZA 24 HODIN 1,5LITRU TERUTIN	-AKTIVNĚ NABÍZET TERUTIN -EDUKACE PAC. O NUTNOSTI DOSTATEČNĚHO PĚTDMU TERUTIN -VYŠE TERUTIN DLE MOŽNOSTI DZBĚLENÍ -BILANCE TERUTIN - ZAPIS DO DOKUMENTACE -SLEDOVÁNÍ ZNÁHEM DEHYDRATACE	PAC. VYPILA ZA 24 HODIN 1,5DMU TERUTIN. KAZNÍ TROGOR V KORME KOENI RASA JE EDVINALA IMED TO JETIM UDOLNĚNÍ	Kulíšková Jirka
24.8.2012	2) NEDOSTATEČNÝ ZEVNĚJŠÍ POTRAVY	BEŽET KLIDN. PAC. SNI S DOPOMOCÍ PODANOU STRAVU	-SLEDYAT NIMOTNOST PAC -DOPOMOC PĚI PODÁNÍ STRAVY -NABÍZKA MLETE STRAVY -ZANISIT KLIDNĚ PROSTĚDÍ I NIDELNĚ -DOSTATEČNĚ ČASU PĚI JÍDLĚ -BILANCE STRAVY - ZAPIS DO DOKUMENTACE DV DENNĚ -SLEDOVÁNÍ KONZISTENCE STDLICE -EDUKACE DNUOTNOSTI PĚI JHM POTRAVY	PACIENTKE BYLA PODÁNÁ VHODNĚ ZVOLENÁ BELEŽA STRAVY, BELODĚNNÍ DOPOMOC PĚI JÍDLĚ PĚI PACIENTKE SNEŽLA VŠĚ	Kulíšková Jirka

Datum	Ošetrovateľská diagnóza	Cíl (krátkodobý)	Plán ošetrovateľské péče	Hodnocení	Podpis
22.8.2022	4) PÁD, ZNÍŽENÉ RIZIKO	U PACIENTKY NEDŮJE BĚHEM 24 HODIN PÁDU	<ul style="list-style-type: none"> - POSODIT RIZIKO PÁDU - ZLADIT ORIENTACI PACIENTKY V PROSTŘEDÍ - KONTROLOVAT FE DEBILITY - KVALIT PACIENTKY VMOJNOU OBUV - POKRÝT KNOU PACIENTKY NADLAETNÍ KČESLO - KVALIT POKRYV KČEŤU POLOHY PŘI VSTÁVÁNÍ Z LŮŽKA - PŘEHODNOCIT RIZIKO PÁDU 	<p>U PACIENTKY ZNÍŽENÝ RIZIKO PÁDU NEBOŽLO PŘI PÁDU ZPŮSOBENÍ ŠÁVU PAR NEBO PÁDU ŽADĚ SCREENING RIZIKA PÁDU PŘEHODNOCEN</p>	<i>K. P.</i>
22.8.2022	5) ZÁBŮ, RIZIKO KŤIKU	PACIENTKA SE BĚHEM DNE VYPRÁZDNÍ	<ul style="list-style-type: none"> - NEKANEŽAVAT AKTUÁLNÍ POTŘEBU ŽEFKACE - KVALIT EMOCIONÁLNÍ ŽTES LE ŽITĚNÍ PROŽEŤ - KVALIT ŽOSTATEK ŽOUEROMÍ - KVALIT TĚLESNOU ŽETIVITU - VOLIT VMOJNOU ŽTRÁVU - ŽEŽNÍ ŽAT ALEŠPON Ž LITĚŽ ŽEŽUTIU KA ŽEŽU 	<p>PACIENTKA ŽE VYPRÁZDNILA ŽUTNĚ ŽPACENÍ ŽTRÁVIVNÍ ŽOŽNĚŽ.</p>	<i>K. P.</i>

PSYCHIATRICKÁ LÉČEBNA JIHlava

BILANCE STRAVY A TEKUTIN

Příjmení a jméno	Narození	Rodné číslo	Oddělení
L. V.	1929		66

Datum	Příjem		Výdej	
	strava	tekutiny	moč	stolice
27. 2. 2002 7.00 - 19.00	7.00 hod. do 9.00 hod.	200 ml káva mlá! 300 ml čaj 100 ml voda	7.00 hod. močovník VČ 10.00 hod. Výživná směs k. (300)	3924
	9.00 - 12.00 hod.	200 ml mláha 100 ml voda 150 ml minerálka	13.00 - VČ 15.00 - PK	
	12.00 - 14.00 hod.	300 ml čaj	16.00 - VČ	
	14.00 - 16.00 hod.	300 ml mláha	19.00 - PK	
	16.00 - 18.00 hod.	200 ml minerálka 100 ml mléko 100 ml voda	MOČ BEZ KAPALINY, 340 VA	
	18.00 - 19.00 hod.	100 ml čaj	KOŽNÍ KROVÍČKY	
	STRAVA S - mlé O - mlé V - mlé	2150 ml Kulánová Jilka		

Příloha č. 5

Archivní číslo lékařské zprávy: 54 368 24 00000, tel: 267 222 011, IČ: 0096910, IČS: 763200

SCREENING PRO URČENÍ ZVYŠENÉHO RIZIKA PÁDU

St. 1206/11
 Pacient: G501 - Alzheimerova nemoc s pozdním začátkem

Datum testu: 08.09.2011, 21:01

Číslo	Činnost/faktor	Hodnocení	Bodů
1.	ED (neorientace, demence, deprese)	ano	3
2.	věk 65 let a více	ano	2
3.	Pád v anamnéze	ne	0
4.	Pobyt vzhledně 24 hodin po pádu nebo překážka na ližkové vžd.	ne	0
5.	Neurovýživový problém	ne	0
6.	Užívání léků	ano	1
7.	Schůzlivost	háteřná	2
8.	Schopnost zvládnout	háteřná ego apraxií	1
9.	Býváte někdy zvrácen?	ano	3
10.	Máte v noci zvrácení na nočení?	ano	3
11.	Snadná se v noci a nemůžete usnout?	ano	3

Četkové hodnocení: vysoké riziko bodů: 14

P. 31

Mini-Mental State Examination (MMSE)

Test kognitivních funkcí

Datum vyšetření:

	1	2	3	4	5	6	7	8
den	2	1						
měsíc	8							
rok	2	0	1	2				

Jméno pacienta:

1. Orientace

Každá správná odpověď se hodnotí 1 bodem. Pacient má na každou otázku odpovědět nejvíce 15 sekund.

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

~								
~								
~								
~								
~								
~								
~								
~								
~								
~								

2. Zapamatování

Slova vyčtete pomalu, a s pečlivě rychlostí oslovo slovo za slovou. Pokud je pacient nějakou chvíli opožděn, započítá 1 bod za každé správně opakované slovo. Pokud si slova neví schopen vybořit, opakuje je několikrát (nejlépe však, když se je pacient naučil) a pak vyřekl počet opakování.

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

~								
~								
~								

3. Pozornost a počítání

Za každou správnou odpověď započítá 1 bod. Pokud podle ní udělá chybu, a dále odečítá správně, počítá pouze jako jednu chybu. (Má maximálně 5 bodů)

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

Jestliže pacient tento úkol nedokáže nebo nechce provést, vyzvěte ho:

Hláskujte, prosím, pozpátku slova FOXRIM po jednotlivých písmenech.

100

93 M

86 R

79 K

72 O

65 P

1								
1								
1								
~								
~								

Za každou správnou odpověď započítá 1 bod. (Má maximálně 3 body)

4. Výbavnost

Za každou správnou odpověď započítá 1 bod.

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

lopata

šátek

váza

~								
~								
~								



5. Pojmenování předmětu

Za správnou odpověď započítáte 1 bod.

Ukažte náramkové hodinky

Co je to?

1									
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ukažte tužku

Co je to?

1									
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

6. Opakování

Za správnou odpověď započítáte 1 bod, přípustný je pouze jeden pokus.

Opakujte, prosím, po mně:

„První pražská paroplavba“.

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

7. Třístupňový příkaz

Položte před pacienta list papíru a dejte mu následující pokyn:

Za každou správně provedenou činnost započítáte 1 bod.

Nyní vezměte tento papír do pravé ruky, přeložte ho na polovinu a položte na zem.

Pravá ruka

1									
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Přeložení na polovinu

1									
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Položení na podlahu

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

8. Čtení a vykonání psaného příkazu

Ukažte pacientovi spodní část tohoto testu s nápísem: „Zavřete oči“ a vyzvěte ho:

Nechte pacientovi 10 vteřin na provedení.

Instrukci můžete opakovat nejvýše 3x.

Započítáte 1 bod pouze, pokud pacient skutečně zavře oči.

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

1									
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

9. Psaní

Dejte vyšetřovanému tužku a papír a vyzvěte jej:

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

Napište, prosím, jakoukoliv větu.

1									
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

10. Obkreslení obrazce

Dejte vyšetřovanému tužku a papír a vyzvěte jej:

Započítáte 1 bod, pokud pacient nakreslí obrazec v časovém limitu do 1 minuty, jestliže jsou zachovány správné strany, počet úhlů a překřížení. Těs ani rotace nevadí.

Nakreslete obrázek co nej přesněji podle předlohy.

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

Zpracováno na podkladě:

Prof. MUDr. Eva Topínková – Jak správně a včas diagnostikovat demenci, Praha, 1999; se souhlasem autorky.

Odborná spolupráce při grafické realizaci: MUDr. Aleš Bartoš, FN KV, Praha 10

Celkem:

9									
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ZAVŘETE OČI!

mi

EXELON
(rivastigmin)

NOVARTIS

Psychiatrická léčebna Jihlava

Oddělení: GERONTOGERIATRICKÉ

Jméno pacienta: L. F.

Datum narození: 1959

BARTHELŮV TEST ZÁKLADNÍCH VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ

Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre	Datum hodnocení	
1. Najetím, nabití	sám	10		
	s pomocí	5		5
	neprovede	0		
2. Oslákání	sám	10		
	s pomocí	5		5
	neprovede	0		
3. Koupání	sám nebo s pomocí	5		
	neprovede	0		0
4. Osobní hygiena	sám nebo s pomocí	5		
	neprovede	0		0
5. Kонтinence stolice	kонтinentní	10		
	občas inkонтinentní	5		5
	inkонтinentní	0		
6. Kонтinence moči	kонтinentní	10		
	občas inkонтinentní	5		
	inkонтinentní	0		0
7. Průběh WC	sám	10		
	s pomocí	5		5
	neprovede	0		
8. Přesun lůžko-křídla	sám	15		15
	s malou pomocí	10		
	vydrží sečet	5		
	neprovede	0		
9. Chůze po rovině	sám nad 50 m	15		15
	s pomocí 50 m	10		
	na vozíku 50 m	5		
	neprovede	0		
10. Chůze po schodech	sám	10		
	s pomocí	5		5
	neprovede	0		
Celkem bodů:		-		
Hodnocení vypracovala:		Kučánková		60

VÝSLEDEK HODNOCENÍ:

Hodnocení: 0 - 40 bodů výsoké závislý
 45 - 65 bodů závislost středního stupně
 65 - 95 bodů lehká závislost
 100 bodů nezávislý

Příloha č. 9

Fyziatrická klinika Orlavy, Dostálůva 54, 500 24 Orlava, tel. 567 551 311, 000 000000, IČO: 1960310

ZÁKLADNÍ NUTRIČNÍ SCREENING (dle Nottinghamského dotazníku)

St. **1208/11**
 Mnk. log. G301 – Alzheimerova nemoc a pozdním začátkem

Datum testu: 08.09.2011, 21:02

Minimální faktor	hodnocení	body
Pacienta ne je prášit		0
Od pacienta malou rizikom šogje		0
1. Věk	nad 65	1
2. BMI	18-20) nad 30	1
3. Stráta hmotnosti (nechténá)	žádná	0
4. Třída za poslední 3 týdny	bez změny v množství	0
5. Projevy nemoci	žádná	0
6. Úroveň strachu	žádný	0

Celkové hodnocení: bez nutnosti zvláštní intervence body: 2

Příloha č. 10

Psychiatrická léčebna Jihlava, Brněnská 54, 586 24 Jihlava, tel. 567 552 111, IČO: 00600601, IČZ: 76021000

VYHODNOCENÍ RIZIKA AGRESE - Broset violence checklist

St.

Zákl.dg.: G301 - Alzheimerova nemoc s pozdním začátkem

1206/11

Datum testu: 08.09.2011, 21:02

činnost/faktor	hodnocení	body
1. Zmatenost	ano	1
2. Podrážděnost	ne	0
3. Výbušnost	ne	0
4. Slovní vyhrožování	ne	0
5. Agrese vůči věcem	ne	0

Celkové hodn.: nízká pravděpodobnost agrese vůči okolí v následujících 24 hod. body: 1

ř. 25

ZHODNOCENÍ RIZIKA SEBEVRAŽEDNÉHO JEDNÁNÍ NGASR

St. _____

1206/11

Zákl.dg.: G301 - Alzheimerova nemoc s pozdním začátkem

Datum testu: 08.09.2011, 21:02

činnost/faktor	hodnocení	body
1. Beznaděj	ano	3
2. Deprese a ztráta zájmu a potěšení	ne	0
3. Plán spáchat sebevraždu	ne	0
4. Aktuální ztráta blízkého nebo rozpad vztahu	ne	0
5. Sebevražedný pokus v anamnéze	ne	0
6. Přítomnost stresových událostí	ne	0
7. Perzekuční hlasy (kritizující, nadávající, příkazující apod.) a přesvědčení (pronásledování, ohrožování, ovlivňování na dálku)	ne	0
8. Vážné duševní problémy nebo sebevražda v rodinné anamnéze	ne	0
9. Varovné známky sebevražedného záměru (rozloučení, majetkové vyrovnání)	ne	0
10. Psychóza v anamnéze	ne	0
11. Ztráta manželky/manžela nebo životního partnera	ne	0
12. Známky sociálního stažení	ne	0
13. Socioekonomické strádání v anamnéze	ne	0
14. Užívání alkoholu nebo jiných toxických látek v anamnéze	ne	0
15. Přítomnost terminálního onemocnění	ne	0

Celkové hodnocení: nízké riziko body: 3

Zapísal _____
č. 36

Příloha č. 12

Fyzikální vyšetření provedené autorkou práce

Vyšetřovaná oblast	
Vědomí	Orientovaná osobou, jinak nepřesné
Dýchání	Eupnoe, stridor 0
Poloha	Aktivní
Chůze	Bez potíží
Tremor	Klidový
Výživa, BMI	22
Kůže	Suchá, hematomy 0
Kožní turgor	Snížený
Motorika	V normě
Řeč	Těžko hledá vhodná slova

Lebka	Mikrocefalická
Hlava	Nebolestivá
Hlavové nervy	Bpn
Příušní žláza	Nezvětšená
Víčka	Edém 0
Oční bulby	Ve středním postavení
Zornice	Reagují normálně
Zornice – velikost	Izokorické
Boltec	Bpn
Zvukovod	Bez sekrece
Sluch	Dobrý
Nos	Bez výpotku
Rty	Růžové, souměrné
Jazyk	Plazí ve střední čáře, vlhký
Patrové oblouky	Hladké
Hrdlo	Klidné
Chrup	Protéza, umělý

Štítná žláza	Palp. Bpn.
Uzliny	Nezvětšeny
Karotidy	Symetrická pulzace, bez šelestů
Náplň jugulárních vén	V normě
Hrudník	Atletický
Dechová vlna	Šíří se symetricky
Mamy	Symetrické, rezistence 0
Dýchání	Skřípkové – bez vedlejších fenomenů
Plíce – poklep	Plný, jasný
Vedlejší dechové šelesty	0
Srdce	Akce pravidelná
Ozvy	Ohraničené bez šelestů

Břicho – pohmat	Měkké, nebolestivé
Břicho – poslech	Borborygmy
Břicho – barva kůže	Světlá
Rezistence	0
Peritoneální dráždění	0
Játra	Pohmatově nepřesahují oblouk žeberní
Slezina	Při palpaci nenaráží
Ledviny	Nehmatné
Tapotement	0

Pohyb kloubů	Omezený
Otoky	0
Varixy	Ano
Svalová ztuhlost	Atrofie svalů
Kůže končetin	Suchá
Levá ruka	Jizvy po operaci fraktury

(Nejedlá, 2006)