

Život pacienta s Alzheimerovou chorobou

Soňa Černochová

Bakalářská práce
2019



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2018/2019

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Soňa Černochová**
Osobní číslo: **H16248**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Život pacienta s Alzheimerovou chorobou**

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury.
Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti Alzheimerovy choroby.
Příprava metodiky kvalitativního výzkumu.
Realizace výzkumu designem kazuistiky.
Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných informací.
Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

AMES, David, J. T O'BRIEN a Alistair S BURNS. Dementia. Fifth edition. Boca Raton: CRC Press, Taylor & Francis Group, [2017], xx, 915. ISBN 978-1-4987-0310-9.

FIŠAR, Zdeněk. Vybrané kapitoly z biologické psychiatrie. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2009, 383 s. Psyché. ISBN 978-80-247-2737-0.

JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ. Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče. Praha: Grada Publishing, 2009, 164 s. Sestra. ISBN 978-80-247-2454-6.

REGNAULT, Mathilde. Alzheimerova choroba: průvodce pro blízké nemocných. Praha: Portál, 2011, 119 s. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-262-0010-9.

ZVĚŘOVÁ, Martina. Alzheimerova demence. Praha: Grada Publishing, 2017, 143 s. Psyché. ISBN 978-80-271-0561-8.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Ludmila Reslerová, Ph.D.

Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce:

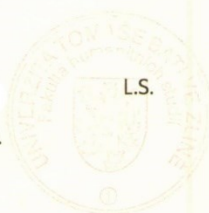
5. prosince 2018

Termín odevzdání bakalářské práce:

17. května 2019

Ve Zlíně dne 5. prosince 2018

doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka



L.S.

Mgr. Jana Doleželová
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užit své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 19. 4. 2019

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací;

(1) Vysoká škola nevyjádřeně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užití či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédá k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá životem lidí s diagnostikovanou Alzheimerovou chorobou, kteří žijí v domácím prostředí. Jejím charakterem je vylíčení, jakým způsobem se jejich život během nemoci změnil a s jak se tito lidé museli s nemocí vypořádat. Na tuto problematiku se zaměřuje i z pohledu rodinných příslušníků, kteří o nemocného pečují. Práce konkrétněji přibližuje první varovné příznaky nemoci, které se u lidí projevíly.

Klíčová slova: Alzheimerova choroba, Alzheimerova demence, demence, kognitivní funkce, kognitiva

ABSTRACT

The topic of my thesis describes people with Alzheimer's Disease and their everyday life at home environment. The focus is on explaining how the disease changed their life and how they have to deal with the changes. This subject includes also relatives who take care of the patient. This thesis describes first warning symptoms which the disease manifests itself.

Keywords: Alzheimer's Disease, Alzheimer's dementia, dementia, cognitive functions, cognitives

Poděkování, motto a čestné prohlášení, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická, nahraná do IS/STAG jsou totožné ve znění:

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 DEMENCE	12
1.1 ROZDĚLENÍ DEMENCÍ PODLE ETIOLOGIE	12
1.2 ROZDĚLENÍ DEMENCÍ PODLE LOKALIZACE.....	13
1.3 DEMENCE S LEWYHO TĚLÍSKY	13
1.4 FRONTOTEMPORÁLNÍ DEMENCE	14
1.5 VASKULÁRNÍ DEMENCE	14
1.6 DEMENCE PŘI PARKINSONOVĚ CHOROBĚ.....	14
1.7 OSTATNÍ TYPY DEMENCE	14
2 ALZHEIMEROVA DEMENCE (AD)	15
2.1 NEUROPATHOLOGIE A PATOFYZIOLOGIE	15
2.2 KLINICKÝ OBRAZ	16
2.3 KLINICKÉ FORMY	17
2.4 DIAGNOSTIKA	18
2.4.1 Anamnéza.....	18
2.4.2 Screeningové testy.....	19
2.4.3 Zobrazovací metody	22
2.4.4 Další pomocná vyšetření	22
2.4.5 Diagnostická kritéria	23
2.5 STADIA	24
2.6 TERAPIE.....	25
2.6.1 Farmakologická léčba.....	25
2.6.2 Nefarmakologické postupy	26
3 PÉČE O ČLOVĚKA S ALZHEIMEROVOU CHOROBU	29
3.1 PŘÍSTUP K PACIENTŮM S DEMENCÍ	29
3.1.1 Komunikace	29
3.1.2 Zajištění bezpečnosti	30
3.2 VÝŽIVA.....	31
3.3 HYGIENA	31
3.4 VYPRAZDŇOVÁNÍ.....	32
3.5 AKTIVITY	32
3.6 FINANČNÍ PROSTŘEDKY POTŘEBNÉ NA PÉČI.....	33
3.7 TERÉNNÍ PEČOVATELSKÉ SLUŽBY	34
3.8 POBYTOVÉ SLUŽBY	34
II PRAKTICKÁ ČÁST	36

1	METODOLOGIE.....	37
1.1	VÝZKUMNÉ OTÁZKY	37
1.2	CHARAKTERISTIKA VZORKU RESPONDENTŮ	37
1.3	METODA VÝZKUMU	37
1.4	TECHNIKY VÝZKUMU.....	37
1.5	ORGANIZACE ŠETŘENÍ	38
1.6	ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT.....	38
	KAZUISTIKA Č. 1	39
	KAZUISTIKA Č. 2	44
	KAZUISTIKA Č. 3	49
	KAZUISTIKA Č. 4	54
	KAZUISTIKA Č. 5	58
2	VÝSLEDKY	63
3	DISKUZE	68
4	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	70
	ZÁVĚR	71
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	73
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	77
	SEZNAM PŘÍLOH.....	78

ÚVOD

V bakalářské práci se budeme zajímat o problematiku života lidí s diagnostikovanou Alzheimerovou chorobou, kteří žijí v domácím prostředí. Faktem je, že stárnoucí populace zvyšuje výskyt demencí a nemocných s Alzheimerovou chorobou stále přibývá. Z toho důvodu se budují stále nová zařízení určená pro lidi s demencí, která jsou přizpůsobená jejich potřebám a chováním. Tato zařízení se nazývají domovy se zvláštním režimem. Poskytují nepřetržitý provoz a komplexní péči o nemocného, což se také odvíjí na jejich finanční náročnosti. Klienti si zařízení platí ze svých starobních důchodů a příspěvků na péči, který se odvíjí dle stupně jejich postižení, ale mnohdy ani tyto nestačí na pokrytí celé částky a musejí jim přispívat jejich blízcí a příbuzní. Dalším problémem je, že zařízení často bývají již plně obsazené a klienti jsou zařazeni do čekací listiny a po tuto dobu musí rodina péči zajistit.

Chtěli jsme se zaměřit na klienty i v těchto zařízeních, celkem jsme oslovili 3 domovy se zvláštním režimem, ale z důvodu odmítnutí spolupráce jsme se museli zaměřit pouze na lidi v domácím prostředí. Péče o jakéhokoliv nemocného představuje velkou trpělivost, sílu, vydrž a obětavost. V dnešní době jsou velmi populární terénní pečovatelské služby, nebo stacionáře, které mohou rodinám v těchto situacích pomoci.

Cílem práce je zjistit, jak se život nemocných během progredující nemoci změnil, jak se změnily jejich schopnosti, dovednosti, chování a koníčky. V jednotlivých kazuistikách bude popsána anamnéza, která se rozděluje na podoblasti. Následně rozebereme předchorobí pacienta, první varovné příznaky, které se u něj objevily, proces diagnostiky nemoci. V průběhu nemoci se zaměříme na progresi a následně popíšeme současný stav pacienta. První varovné příznaky rozebereme konkrétněji, neboť právě ony často alarmují, že s daným člověkem není něco v pořádku.

V práci se také zaměříme na rodinné příslušníky nemocných, kteří se o ně starají. Zhodnotíme, jak nemoc ovlivnila i jejich životy, které činnosti museli, nebo musejí vykonávat, aby zajistili dostatečnou a kvalitní péči o jejich příbuzného. Jak se s diagnózou vypořádali, které záležitosti museli vyřídit, a s jakými problémy se potýkali.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 DEMENCE

Demence jsou organické duševní poruchy, které vznikají na základě makroskopických či mikroskopických postižení mozku. Dochází ke snižování úrovně paměti a kognitivních (poznávacích) funkcí. Mezi tyto funkce se řadí pozornost, orientace, konkrétní i abstraktní myšlení, vnímání, schopnost tvorby řeči, porozumění slyšenému a psanému slovu, počítání a úsudek. Zhoršují se také exekutivní a výkonné funkce jako je motivace, schopnost plánování a zhodnocení určité činnosti. Do určité míry je porušena soudnost a schopnost logického uvažování a chápání, poruchy emotivity a osobnosti (Zvěřová, 2017, s. 24; Jiráček, Holmerová, Borzová et al., 2009, s. 11).

1.1 Rozdělení demencí podle etiologie

Z pohledu etiopatogenetického se dělí demence na dvě velké skupiny:

- demence atroficko – degenerativní,
- demence symptomatické (sekundární) (Lužný, 2012, s. 39-40).

Hlavním etiopatologickým činitelem atroficko-degenerativní demence je atrofie mozku způsobená numerickým úbytkem neuronů a neuronálními změnami na úrovni buněčné i subcelulární. Jedná se o atrofii převážně selektivní, která je doprovázena řadou dalších patogene- netických změn. Např. degenerace, tvorba a ukládání patologických proteinů beta – amyloidu (Alzheimerova choroba, demence s Lewyho tělísky), tau – proteinu (Alzheimerova choroba, demence s Lewyho tělísky, frontotemporální demence), alfa – synukleidu (demence u Parkinsonovy choroby), huntingtinu (Huntingtonova choroba). Velkou roli představuje i celá řada jiných mechanismů např. porucha tvorby a vazby nervových růstových faktorů, nadměrné uvolňování volných kyslíkových radikálů, poruchy mitochondriálního metabolismu nebo projevy sterilního zánětu (Lužný, 2012, s. 39; Zvěřová, 2017, s. 28).

Demence symptomatická (sekundární) je způsobena sekundárním poškozením mozku, které vede k jeho dysfunkci. Vzniká na podkladě různých systémových onemocnění, traumat, intoxikací, infekcí, autoimunitních a metabolických onemocnění. Nejčastěji se vyskytující je kardiovaskulární onemocnění, které tvoří samostatnou skupinu označovanou jako vaskulární demence. U vaskulárních demencí jsou hlavními činiteli vzniku demence mozkové infarkty. Mezi symptomatické demence se řadí vaskulární (multiinfarktové demence, Binswangerova choroba), metabolická onemocnění (Wilsonova nemoc), onemocnění infekčního původu (lymská borelióza, AIDS, malárie), onemocnění prionového původu (morbus Creutzfeld-

Jacob, morbus Gerstmann-Straussler), různá systémová onemocnění (kolagenózy), posttraumatické stavy (demence u kraniocerebrálních traumat), intoxikační stavy (alkoholové, farmakologické, otravy oxidem uhelnatým) (Lužný, 2012, s. 40; Zvěřová, 2017, s. 29).

1.2 Rozdělení demencí podle lokalizace

Podle lokalizace postižení mozku, která u nemocného převládá, se demence rozlišují na kortikální, subkortikální a kortikosubkortikální (Zvěřová, 2017, s. 30).

U kortikální demence dochází zejména k postižení mozkové kůry. Mohou se tedy vyskytovat neurologické poruchy při zapamatování si nových informací (explicitní a sémantická paměť), afázie (ztráta nebo porucha řeči), agnózie (ztráta schopnosti rozeznat smyslové vjemy), apraxie (ztráta schopnosti vykonávat koordinované, účelné i naučené pohyby při neporušené hybnosti) nebo poruchy orientace v prostoru a čase. Mezi kortikální demence patří především Alzheimerova choroba, kortikální forma demence s Lewyho tělísky, frontotemporální lobární demence (Zvěřová, 2017, s. 30).

U subkortikální demence je dominantně patologickým procesem postižena převážně bílá hmota, thalamus a bazální ganglia. Typická je porucha výkonných (exekutivních) funkcí, což představuje poruchu motivace, schopnost rozhodování se a plánování. Nápadné je celkové zpomalení psychomotorického tempa a myšlení (bradypsychismus), narušené rozhodování a vážne výbavnost. V důsledku postižení bazálních ganglií se u pacientů objevují extrapyramidové syndromy. Mezi subkortikální demence patří demence u Parkinsonovy choroby, demence u Huntingtonovy choroby a vaskulární Binswangerova nemoc (Zvěřová, 2017, s. 30).

U kortikosubkortikální demence je postižena kortikální i subkortikální složka stejnou měrou (Zvěřová, 2017, s. 31).

1.3 Demence s Lewyho tělísky

Po Alzheimerově chorobě se jedná o druhou nejčastější demenci. Příčinou degenerace buněk v mozku jsou patologické změny bílkovin alfa synukleinů, která tvoří kulovitá tělíška uvnitř neuronů. Při této formě se vyskytují příznaky Alzheimerovy nemoci, Parkinsonovy nemoci i vlastní specifické příznaky jako jsou např. častější výkyvy klinického stavu, přítomnost zrakových halucinací a bludů, deliria, deprese, kolísavá úroveň soustředěnosti a kvality vě-

domí. Pacienti s demencí s Lewyho tělísky jsou velmi citliví vůči klasickým antipsychotikům a tudíž se jim musí při volbě terapie vyvarovat (Zvěřová, 2017, s. 61; Jiráček, Holmerová, Borzová et al., 2009, s. 34).

1.4 Frontotemporální demence

Jedná se o klinický syndrom způsobený progresivní degenerací frontálních a temporálních laloků. Dochází k nápadné změně osobnosti a chování, což představuje např. apatii, iritabilitu, stereotypii ke změnám sociálního chování a poruchu řeči. Nejčastější formou je Pickova nemoc (Zvěřová, 2017, s. 61; Pidrman, 2007, s. 55).

1.5 Vaskulární demence

Vaskulární demence vznikají narušením cévního zásobení a dochází k ischemiím mozkové tkáně. Příčinou může být zúžení nebo postupné ucpávání mozkové cévy nebo krvácení. Charakteristické znaky představují náhlý začátek a výrazné kolísání klinického stavu. Deteriorace kognitivních funkcí probíhá ve skocích. Anamnesticky bývá zachycena cévní mozková příhoda, hypertenze nebo ischemická choroba srdeční (Zvěřová, 2017, s. 62; Jiráček, Holmerová, Borzová et al., 2009, s. 54).

1.6 Demence při Parkinsonově chorobě

Parkinsonova nemoc je neurodegenerativní onemocnění, které postihuje především mozkový kmen a jeho dopaminergní buňky. Onemocnění způsobuje poruchy hybnosti jako je třes, svalová ztuhlost, poruchy rovnováhy a chůze. Demence bývá přítomna u 20-40 % nemocných. Objevují se poruchy paměti, myšlení, zhoršená schopnost soustředit se, zpomaluje se psychomotorické tempo (Jiráček, Holmerová, Borzová et al., 2009, s. 40).

1.7 Ostatní typy demence

Mezi ostatní typy demence se řadí např. demence při Huntigtonově nemoci, demence infekčního původu, demence způsobené prionovým onemocněním, metabolické demence, demence intoxikačního původu, farmakogenní demence, demence při avitaminózách a endokrinních onemocněních, posttraumatické demence, demence při hydrocefalu, demence nádorového původu, demence při epilepsii (Jiráček, Holmerová, Borzová et al., 2009, s. 48-71; Jiráček, 2013, 95-97).

2 ALZHEIMEROVA DEMENCE (AD)

Alzheimerova demence neboli Alzheimerova choroba je progredientní neurodegenerativní onemocnění a je nejčastějším typem demence. Podstatou nemoci je primární degenerativní onemocnění mozku neznámé etiologie s charakteristickými neuropatologickými a neurochemickými vlastnostmi. Onemocnění nelze vyléčit, ale jeho příznaky dokážou zmírnit tzv. kognitiva. Čím dříve je nemoc odhalena, a čím dříve jsou nasazeny správné léky, tím déle lze zachovat kvalitu života pacienta. Z toho důvodu je důležité včasné stanovení diagnózy onemocnění a nepodceňování příznaků, které se mohou jevit jako banální (Mátl, Mátlová a Holmerová, 2016, s. 6-8; Fišar, 2009, s. 299).

Podle Alzheimer's Disease International žilo v roce 2015 na území celého světa odhadem 46,8 miliónu lidí s demencí. Na základě zahraničních prevalenčních studií je tak možné pro rok 2015 odhadnout počet lidí s demencí v České republice na 155,9 tisíc. Více než dvě třetiny lidí s demencí jsou ženského pohlaví. Dle těchto odhadů žije u nás s demencí 50,9 tisíce mužů a 105 tisíc žen. Mezi lety 2014 a 2015 se počet lidí s Alzheimerovou demencí zvýšil o 3 187 osob ročně (Mátl, Mátlová a Holmerová, 2016, s. 9-12).

Onemocnění bylo prvně popsáno německým lékařem Aloisem Alzheimerem a Oskarem Fischerem v Praze roku 1907. V té době se na rozdíl od současnosti považovala za nemoc velmi vzácnou (Mátl, Mátlová a Holmerová, 2016, s. 6).

2.1 Neuropatologie a patofyziologie

Příčiny vzniku Alzheimerovy choroby nejsou prozatím zcela jasné. V mozku dochází jednak k úbytku neuronů a jednak ke snížení synaptické plasticity. V mozkové tkáni zemřelých pacientů jsou znatelné dva významné morfologické jevy: extracelulární amyloidní plaky (složené zejména z nerozpustné bílkoviny beta amyloidu) a intraneuronální neurofibrilární klubíčka (obsahující nerozpustný tau – protein). Předpokládá se, že chorobně vzniklá bílkovina beta – amyloid je stěžejním mechanismem problémů, které toto onemocnění představuje. Beta amyloid způsobuje útvary, které se nazývají neuritické plaky. Čím více je plaků v určité oblasti, tím více je oblast funkčně postižena. Makroskopicky se dá spatřit ztenčení mozkové kůry, rozšířené sulky a mozkové komory. Druhá základní neuropatologická změna se odehrává přímo v nervových buňkách. Bílkovina tau – protein degeneruje a mění se. Vytváří vlákna, která mají tvar dvojité šroubovice (tzv. párově heliakální filamenta) a ta jsou

podkladem útvarů, které se nazývají neurofibrilární klubka. Neurony, jež obsahují neurofibrilární klubka, neplní svou funkci a zanikají (Zvěřová, 2017, s. 33; Jiráček, Holmerová, Borzová et al., 2009, s. 29-30).

Kromě tvorby patologických bílkovin dochází ke spoustě dalších degenerativních změn, které spolu souvisí. Dochází ke změně funkcí neurotransmiterů, převážně acetylcholinu. Neurotransmitery jsou přenašeči vzruchů mezi jednotlivými nervovými buňkami. Acetylcholin po svém uvolnění přenáší vzruch na další nervová vlákna, která jsou významná v oblasti paměti a kognitivních funkcí. V pozdějších stádiích onemocnění jsou porušeny i ostatní systémy neurotransmiterů, např. systém excitačních aminokyselin. Z tohoto důvodu je narušena schopnost učení se novým paměťovým obsahům. Dochází ke zvýšení tvorby a snížení odbourávání volných kyslíkových radikálů, kdy nadbytek způsobuje poškození tělesných tkání včetně stěn neuronů a řady důležitých enzymů. Volné kyslíkové radikály mají svůj význam jako přenašeči informací. Jejich nadměrná míra způsobí uvolnění excitační aminokyseliny, což způsobí nadměrný vstup iontů vápníku do nervových buněk, poruchu vnitřního prostředí, poruchu látkové přeměny v těchto buňkách a nastává programová buněčná smrt (Jiráček, Holmerová, Borzová et al., 2009, s. 30).

2.2 Klinický obraz

Poruchy kognitivních funkcí představují největší problémy, se kterými se nemocní potýkají. Alzheimerova choroba se řadí mezi tzv. kortikální demence, a tudíž bývá jako jedna z prvních postižena paměť a pozornost. Nejdříve se objevují poruchy epizodické paměti, kdy si nemocný nedokáže vybavit skutečnosti, které se udály v nedávném časovém úseku (např. co dělal odpoledne, co měl k svačině). V progresivnějších fázích dochází k výpadkům i dávější minulosti (vzpomínky na dětství, svatbu, narození potomků). Postupně se narušuje i sémantická paměť (neschopnost reprodukovat naučené vědomosti) a recentní paměť (neschopnost vybavit si, co bylo řečeno před chvílí, ztrácení předmětů, opakující se dotazy). V těžkém stadiu nemoci dochází k poruše procedurální (implicitní) paměti, která je zodpovědná za provádění naučených dovedností (např. jízda na kole, pletení). Dále jsou přítomny problémy s prostorovou i časovou orientací, problémy při rozhodování, provádění úkolů o několika krocích. Přidružují se fatické poruchy (poruchy tvorby a porozumění řeči), agrafie (neschopnost psát), alexie (neschopnost číst), apraxie (neschopnost vykonávat motorické činnosti při neporušených motorických funkcích) (Hauke et al., 2017, s. 48-55; Zvěřová, 2017, s. 70-71).

Poruchy osobnosti a chování se objevují převážně v pokročilejších stádiích onemocnění. Mění se emotivní reakce a pocity začínou převažovat nad myšlením. Kontinuita vývoje osobnosti je přerušena, předchozí zájmy, citové vztahy a emoce postupně mizí. Behaviorální a psychologické poruchy zahrnují poruchy chování, které mohou mít různou podobu. U lidí s Alzheimerovou chorobou jde nejčastěji o agresivitu, která může mít podobu jak verbální, tak brachiální. Dále se mohou objevit projevy agitovanosti, apatie, naříkání a vykřikování, bezdůvodné opouštění bytu, toulání se, upoutávání pozornosti, poruchy příjmu potravy, vulgarity, nadávání, afektivní poruchy, psychotické poruchy (halucinace, iluze, bludy) (Hauke et al., 2017, s. 53; Zvěřová, 2017, s. 71).

Přidružují se poruchy aktivit denního života a nemocní začínají selhávat při vykonávání náročnějších denních činností. Později vážnou schopností i při jednoduchých úkonech jako je např. vaření, praní nebo obsluha domácích přístrojů. V těžkých fázích již nemocní nejsou schopni základních běžných aktivit (oblékání, osobní hygiena, najedení, udržení moče a stolice) a stávají se závislími na jiné osobě (Zvěřová, 2017, s. 72).

2.3 Klinické formy

Dle začátku onemocnění se rozlišuje:

- Časná forma (presenilní) – musí být splněna kritéria pro AD, věk počátku onemocnění musí být nižší než 65 let, obvyklé jsou známky rychlého počátku onemocnění.
- Pozdní forma (senilní) – musí být splněna kritéria pro AD, věk počátku onemocnění musí být vyšší než 65 let, onemocnění má obvykle postupný začátek (Lužný, 2012, s. 46).

Dle dědičnosti se dělí na:

- Sporadickou formu – představuje 90-95 % případů, nejsou zjištěny genetické mutace, není nalezena pozitivní rodinná anamnéza.
- Dědičnou formu – objevuje se u 5-10 % případů, jsou zjištěny genové markery spojené s AD, rozlišuje se podle čtyř zjištěných variant:
 1. AD1 – vychází z mutace genu pro APP na chromozomu 21.
 2. AD2 – vychází z přítomnosti genu pro ApoE4 na chromozomu 19.
 3. AD3 – objeven defekt v genu pro membránový protein presenilin-1 na 14. chromozomu.

4. AD4 – zjištěn defekt v genu pro membránový protein presenilin-2 na 1. chromozomu, jedná se o autozomálně dominantní dědičnost (Zvěřová, 2017, s. 42).

2.4 Diagnostika

Rodinní příslušníci jsou často nuceni přivést nemocného k návštěvě lékaře proti jeho vůli. Měli by postupovat velice šetrně, protože mnozí pacienti reagují citlivě, mají výčitky a pocit selhání. Příbuzní by neměli na nemocného vyvíjet nátlak, ale projevit raději vlastní pocit starosti. Mohou si také nejprve promluvit s lékařem o samotě a požádat jej, aby téma poruchy paměti nahodil sám od sebe při pravidelné preventivní návštěvě v ordinaci. Diagnosticky důležitý je průběh a klinický obraz demence (pomalá progresse, lineární progresse, poruchy epizodické paměti a postupně i dalších složek paměti, časný úpadek osobnosti aj.) (Ehrenfreuchter, 2014, s. 51; Jiráček, 2008, s. 242).

2.4.1 Anamnéza

Pacient, který má problémy s pamětí, si svůj problém často neuvědomuje, nechce si jej připustit, často bagatelizuje nebo racionalizuje. Z tohoto důvodu je nutná pečlivá anamnéza, kterou je třeba doplnit od jiné blízké osoby, která objektivizuje data o příznacích, době a délce vzniku, průběhu onemocnění a anamnestických údajích z předchorobí (Zvěřová, 2017, s. 61; Jiráček, Holmerová, Borzová et al., 2009, s. 26).

Osobní anamnéza - z anamnestických údajů je pro lékaře důležité vědět, zda pacient prodělal úraz hlavy, cévní mozkovou příhodu, zda trpí hypertenzí, diabetem mellitus, hypercholesterolemií, onemocněním kardiovaskulárního systému, onemocněním štítné žlázy, zda se u něj objevují nebo objevily deprese, jiné psychické změny či poruchy chování, poruchy chůze, rovnováhy nebo inkontinence moči. Otázky mohou být také zaměřeny na abúzus alkoholu či jiných látek (Zvěřová, 2017, s. 61; Jiráček, Holmerová, Borzová et al., 2009, s. 26; Franková et al., 2011, s. 16).

Rodinná anamnéza - lékař zjišťuje výskyt jakéhokoliv typu demence u příbuzenstva, diagnózy smrti rodičů, sourozenců (Franková et al., 2011, s. 17).

Farmakologická anamnéza – pro lékaře je důležité mít přehled o veškeré medikaci, kterou pacient užívá. Včetně síly léku, indikace, dávkování a době podávání. Celá řada léků má anticholinergní účinky a mohou mít negativní dopad na kognitivní funkce. Mezi rizikové

se řadí např. tricyklická antidepresiva, antipsychotika, některá spasmolytika, hypnotika, benzodiazepiny s dlouhým vylučovacím poločasem, antihistaminika, antiparkinsonika, steroidy, opiáty (Franková et al., 2011, s. 17).

Pracovně - sociální anamnéza – lékaře zajímá stupeň vzdělání, pracovní pozice současná i minulá, kde a s kým pacient bydlí, úroveň bydlení (výtah nebo schody), kdo pacientovi pomáhá, stará se o něj, dávky, které pacient pobírá (Franková et al., 2011, s. 17).

Nynější onemocnění - lékař se zaměřuje na začátek a průběh onemocnění, kdy u AD je typický nenápadný, plíživý začátek a postupné zhoršování příznaků bez výraznějšího kolísání stavu ze dne na den, které je charakteristické pro jiný typ demence (Franková et al., 2011, s. 17).

U demence dochází k postižení ve třech klíčových oblastech (tzv. ABC schéma), které se využívá při diagnostice (Franková et al., 2011, s. 17).

A – aktivity všedního dne (activities of daily living) – diagnóza demence je vždy spojená s poruchou soběstačnosti, lékař se cíleně dotazuje na schopnost samostatně užívat léky, nakládat s penězi, telefonovat, připravit jídlo, nakoupit, pohybovat se mimo domov, pečovat o domácnost (Franková et al., 2011, s. 17).

B – chování a emoční oblasti včetně psychotické symptomatologie (behavioral and psychological symptoms) – zjišťují se poruchy chování a emocí (bloudění, útekové tendence, agresivita, apatie, bludy, halucinace), poruchy spánku (nespavost, zvýšená aktivita během noci) (Franková et al., 2011, s. 17).

C – kognitivní funkce (cognitive functions) – lékař pátrá po projevech amnézie, nízké spontánní výbavnosti, postižení všípivosti, zapomínání zejména nedávných událostí (vzpomínky z mládí se vytrácejí až v pozdějších stádiích nemoci), poruše epizodické paměti (zážitky, prožité události) a poruše sémantické paměti (fakta, znalosti) (Franková et al., 2011, s. 17).

2.4.2 Screeningové testy

Při testování seniorské populace by měl každý profesionál dodržovat zásady, které jsou základem etického přístupu. Zahrnují především zodpovědnost, úctu, respektování důvěrnosti, ochranu osobních informací před zneužitím jinými osobami a zároveň lidskou komunikaci s klientem i jeho rodinou. Mezi metodologické zásady se řadí zabezpečení vyhovujících podmínek pro testování, jako je např. zajištění klidného prostředí, světla, čerstvého vzduchu,

místa na sezení. Pacientovi by měl být vysvětlen smysl testování, cíl a průběh vyšetření. Délka testování by měla být přiměřená věku a stavu pacienta (Bartoš, Raisová, 2015, s. 18).

Příklady testů:

- Mini Mental State Examination (MMSE) je základní kognitivní test, který testuje orientaci pacienta osobou, místem i časem, pozornost, počítání, paměť a řeč. Nehodnotí však poruchu exekutivních funkcí, také paměť je hodnocena nedostatečně. Od počátku nemoci má větší význam např. u frontotemporální lobární degenerace nebo vaskulární demence (Rektorová, 2011, s. 39).
- Addenbrookský kognitivní test se považuje za rozšířenou formu MMSE, vyšetřuje i frontální exekutivní funkce a dokáže odhalit časná stádia demence. Test je zaměřen na hodnocení pozornosti, orientace, paměti, slovní produkce, porozumění, zrakových a prostorových schopností (Franková et al., 2011, s. 19).
- Montrealský kognitivní test (MoCA) není tak snadný jako MMSE a není tak dlouhý jako Addenbrookský kognitivní test. Jednoduše se administruje a vyhodnocuje v přijatelném čase. Umožňuje dříve rozpoznat časně kognitivní poruchy. Podrobně hodnotí paměť a exekutivní funkce. MoCA také bere v úvahu počet let vzdělání vyšetřovaného a je celosvětově rozšířen (Bartoš et al., 2014, s. 587-594).
- Sedmiminutový screeningový test se skládá ze 4 částí, které se zaměřují na různé kognitivní oblasti. Hodnotí časovou orientaci, paměť (učení obrázků a jejich vybavení si nejdříve bez a poté s nápovědou), zrakově-prostorové schopnosti (test kreslení hodin) a slovní produkci. Výsledkem je interpretace pravděpodobnosti, s jakou osoba trpí AD (Bartoš, Raisová, 2015, s. 69).
- Test kreslení hodin rychle a orientačně detekuje kognitivní poruchy a demence. Úkolem vyšetřovaného je nakreslit ciferník, umístit všechna čísla správně a nakreslit 2 různě dlouhé ručičky tak, aby ukazovaly předem stanovený čas. Používá se nejen samostatně, ale je také součástí krátkých testů např. MMSE nebo MoCa testu (Bartoš, Raisová, 2015, s. 35)
- Weschlerova škála paměti detailně zjišťuje informace o slovní i zrakové paměti, orientaci, logické paměti, uspořádání čísel a písmen (Jirák, Holmerová, Borzová et al., 2009, s. 27).
- Reyův paměťový test učení využívá sadu 15 slov, které jsou pacientovi 15x za sebou předčítány (sada A). Úkolem vyšetřovaného je zopakovat co nejvíce slov, která si zapamatoval. Po přečtení jiných 15 slov (sada B), následuje okamžité vybavení si 15

slov ze sady A a po 25 minutách oddálené vybavení opět původních slov ze sady A. Někdy je povoleno i znovupoznání nebo nápověda (Bartoš, Raisová, 2015, s. 89).

- Test řečové plynulosti po pacientovi vyžaduje podle konkrétního zadání v krátkém časovém intervalu vyjmenovat co nejvíce slov (např. vyjmenovat co nejvíc jmen na písmeno K) (Jirák, Holmerová, Borzová a kol., 2009, s. 27).
- Test kreslení dráhy hodnotí schopnost plánování, zrakově-pohybovou koordinaci, pozornost a psychomotorické tempo (Jirák, Holmerová, Borzová a kol., 2009, s. 28).
- V testu pěti slov se pacientovi ukáže seznam slov (velkými tiskacími písmeny napsaná např. slova: MUZEUM, LIMONÁDA, MRAVENEC, CEDNÍK, KAMION). Požádá se, aby slova nahlas přečetl a zkusil si je zapamatovat. Poté se pacientovi kladou otázky typu: „Dívejte se na papír a řekněte mi, které z daných slov patří mezi nápoj, kuchyňské náčiní, dopravní prostředek, budova, hmyz“. Za několik minut se pacient požádá, aby slova na papíru zopakoval, může se poskytnout i nápověda (Nikolai, Štěpánková a Bezdíček, 2014, s. 277).
- Hachinského škála je užitečná k rozlišení vaskulární demence od jiných typů demencí (Kulišťák et al., 2017, s. 282).
- Bentonův vizuálně retenční test se vyskytuje ve dvou formách. V kresebné formě má vyšetřovaný za úkol nakreslit předložené obrázky. V druhé formě se nekreslí obrázky, ale pacient vybírá ze 4 variant tu, která je nejvíce identicky podobná s předlohou. K použití jsou nutné pomůcky jako např. testovací sešit s geometrickými obrázky (Bartoš, Raisová, 2015, s. 104).
- Blessedová škála demence se skládá ze dvou částí. První část se zaměřuje na informace, paměť, koncentraci a pozornost. V druhé části se hodnotí změny každodenních aktivit, zvyků a osobnosti (Ondriášová, 2011, s. 41).
- Škála deprese pro geriatrické pacienty je nejpoužívanější dotazník zjišťující přítomnost deprese u seniorské populace, a to i u jedinců s mírným stupněm demence. Vyšetřovanému je pokládáno 15 uzavřených otázek se zakroužkováním odpovědi ANO/NE (Bartoš, Raisová, 2015, s. 124).
- Dotazník funkčního stavu (FAQ) je vhodný pro posuzování denních aktivit u pacientů s demencí. Dotazník obsahuje pouze 10 položek, ve kterých se vyjadřuje míra soběstačnosti ADL v několika stupních. Hodnotí se každá z deseti položek na čtyř-

stupňové škále od normálního vykonávání, což odpovídá 0 bodům až po úplnou závislost, která určuje 3 body. Čím více se zvyšuje neschopnost provádět ADL činnosti, tím přibývá bodů (Bartoš et al., 2008, s. 31).

- Dotazník soběstačnosti testuje základní i instrumentální aktivity a je vhodný u všech stadií různých typů demencí. Byl vyvinut speciálně pro pacienty s AD. Skládá se ze 40 otázek, které vyplňuje pečovatel. Příklad: Vykonal pacient během posledních dvou týdnů danou aktivitu bez pomoci a bez připomenutí alespoň 1x (1bod), nebo nikoliv (0 bodů)? Míra soběstačnosti je vyjadřována procentuálně. Čím vyšší jsou hodnoty, tím vyšší je soběstačnost (Bartoš, Raisová, 2015, s. 131).
- Bristolská škála aktivit denního života je určená pro pacienty s mírnou až velmi těžkou demencí. Každá z 20 základních a instrumentálních aktivit je hodnocena výběrem ze čtyř odpovědí specifických pro danou aktivitu. Vyšší skóre představuje těžší postižení (Bartoš, Raisová, 2015, s. 132).

2.4.3 Zobrazovací metody

Všichni pacienti, u kterých se objevila porucha paměti, by měli alespoň podstoupit výpočetní tomografii (CT) mozku nebo magnetickou rezonanci z důvodu vyloučení jiné příčiny vzniku demence (např. tumory, intrakraniální hematomy nebo vaskulární poruchy). Na CT snímcích pacientů s pokročilou Alzheimerovou chorobou lze vidět atrofii mediálních temporálních struktur (hipokampy, amygdaly) s rozšířením komorového systému, především temporálních rohů postranních komor. Na magnetické rezonanci jsou viditelné cévní změny v oblasti struktury zodpovědné za paměť (hipokampu). Vyšetření je doporučováno v případě nejasného nálezu na CT z důvodu větší senzitivity a specifity. Jednofotonová emisní výpočetní tomografie neboli SPECT CT doplňuje informace o lokalizaci mozkové dysfunkce. Upozorňuje na poruchy perfuze předcházející atrofii. V případě Alzheimerovy nemoci je typická redukce perfuze v zadní parietální a temporální kůře mozku bez zřetelné alterace v okcipitální části. Pozitronová emisní tomografie PET se indikuje pouze v případě složitějších případů či v rámci projektů určených k výzkumu (Franková et al., 2011, s. 31; Jiráček, 2008, s. 242; Zvěřová, 2017, s. 46; Ames et al., 2017, s. 42)

2.4.4 Další pomocná vyšetření

Další vyšetření zahrnují EKG, RTG plic, vyšetření krve a moči. Tato vyšetření mohou odhalit přidružená onemocnění, která negativně ovlivňují celkový stav nemocného. Speciální

vyšetření se provádí za účelem diferenciální diagnostiky při nejednoznačných nálezech již prováděných vyšetření. Zahrnují např. specializované neurologické, interní, geriatrické, psychiatrické či neuropsychologické vyšetření. Vyšetření likvoru na hladiny celkového tau-proteinu, fosfo-tau-proteinu a beta-amyloidu v likvoru mohou být použity jako pomocné při diagnostických pochybnostech. Genetické testování a vyhledávání patogenetické mutace může být využito u pacientů s příslušným fenotypem či rodinnou anamnézou autozomálně dominantní demence. Presymptomatické testování by se mělo provádět pouze u dospělých, kteří mají pozitivní rodinnou anamnézu a kde je jasná mutace u nemocného. Tkáňová biopsie může diagnostikovat některé vzácné typy demencí (Franková et al., 2011, s. 32; Ressner et al., 2008, s. 499).

2.4.5 Diagnostická kritéria

Americký neurolog a neurochirurg Dr. McKhann se spolupracovníky vytvořil v roce 1984 diagnostická kritéria pro AD. Tato kritéria vydal jako závazná institut National Institute of Neurological and Communicative Disorders - Alzheimer's Disease and Related Dementias Association (NINCDS-ADRDA). Pomocí těchto kritérií se diagnóza označuje jako jistá, možná, pravděpodobná a nepravděpodobná (Zvěřová, 2017, s. 47).

Hlavní diagnostická kritéria NINCDS-ADRDA:

Přítomnost časného a signifikantního narušení paměti. Postupné a progredující poruchy paměťových funkcí referované samotným pacientem nebo jiným blízkým člověkem, které přetrvávají déle než 6 měsíců. Objektivní důkaz poruchy epizodické paměti v testech (Zvěřová, 2017, s. 49)

1. Jistá Alzheimerova choroba

Pacient splňuje kritéria pravděpodobné Alzheimerovy choroby a je prokázán histopatologický důkaz biopsií nebo autopsií (provádí se pouze výjimečně).

2. Pravděpodobná Alzheimerova choroba

Demence je potvrzena neuropsychiatrickými i neuropsychologickými testy (nejčastěji MMSE). Objevuje se porucha paměti a kognitivních funkcí, která je přítomna ve dvou či více oblastech kognice a je progredientní. První příznaky jsou mezi 40 – 90 lety života. Není přítomna jiná systémová porucha nebo onemocnění mozku, které by zapříčinilo vznik demence.

3. Možná Alzheimerova choroba

Syndrom demence má atypický začátek nebo rychlou progresi. Onemocnění, které by demenci vysvětlovalo, není přítomno.

4. Nepravděpodobná Alzheimerova choroba

Pacient má syndrom demence s náhlým začátkem. Objevují se v časných fázích onemocnění fokální neurologické příznaky (senzorické deficity, hemiparézy, deficity zorného pole, poruchy pohybové koordinace). Jsou přítomny poruchy chůze nebo epileptické záchvaty v časném průběhu choroby (Zvěřová, 2017, s. 47-48).

2.5 Stadia

První stadium – mírná demence

V rané fázi Alzheimerovy choroby může člověk fungovat nezávisle. Může stále řídit, pracovat a být součástí společenských aktivit. Přesto se člověk může cítit, jako by měl paměťové výpadky, například zapomínání známých slov nebo umístění každodenních předmětů. První varovné signály u lehkého stadia představují především nenápadný a plíživý začátek s typickou poruchou všípivosti doprovázené výpadky paměti na nedávno proběhlé události. Velice často tyto příznaky zpozoruje dříve okolí než samotný pacient. Obvykle se jedná o zapomínání např. telefonních či jiných důležitých čísel nebo ztracení drobných předmětů denní potřeby. Člověk se jeví jako nesoustředěný, mívá nerušenou orientaci v prostoru, poruchu soudnosti a logického myšlení. Objevují se počínající poruchy převážně složitějších aktivit denního života a také poruchy nálady jako jsou např. deprese (Zvěřová, 2017, s. 69; Jiráček, Holmerová, Borzová et al., 2009, s. 32; Stages of Alzheimer's)

Druhé stadium – rozvinutá demence

Bývá narušena i dlouhodobá paměť, která vede k dezorientaci místem a časem. Nemocný neví, který je den, jaké je roční období a nepoznává ani známá místa. Nachází se v období, kdy začíná opouštět dům a velmi často se vrací do míst, kde prožil mládí. Velice časté jsou verbální problémy a to s tvorbou a porozuměním řeči. Poměrně rychlá je progresie poruch aktivit denního života a instrumentálních výkonů jako např. najedení, uklízení, telefonování, používání dopravních prostředků či užívání léků. Objevuje se inkontinence a neschopnost starat se o osobní hygienu. Pacienti již mají problémy s hospodařením s penězi a typické jsou i poruchy chování projevující se zejména zvýšenou dráždivostí až agresivitou (Hauke et al., 2017, s. 55-56; Zvěřová, 2017, s. 69-70).

Třetí stadium – těžká demence

Těžké stadium bývá spojeno s poruchou chůze a jemné pohyblivosti, poruchou řeči, těžkými poruchy paměti a emocí. Pacienti většinou nepoznávají své nejbližší, nepoznávají ani své okolí. Jsou plně odkázáni na pomoc druhých. Onemocnění obvykle trvá od objevení prvních příznaků do smrti 7-10 let. Postupně se přidružují pohybové potíže a porucha polykání. Lidé s AD umírají často na bronchopneumonie nebo na následky úrazů (Jirák, Holmerová, Borzová et al., 2009, s. 32; Hauke et al., 2017, s. 54).

2.6 Terapie

Neurodegenerativní nemoci jsou chronické, progredující a invalidizující. Jejich kauzální terapie není v současnosti stále dostupná. Léčbou Alzheimerovy nemoci se zabývají neurologové, geriatři, psychiatři a další specialisté, kteří se zajímají o péči o nemocné s různými typy demencí. Současná terapie se opírá jak o farmakologické prostředky, které mohou zpomalit proces degenerace mozku nebo zmírnit nepříjemné příznaky, které s sebou onemocnění přináší. Další skupinu představují nefarmakologické postupy. Ty mají za úkol udržet pacientovu soběstačnost, aktivizovat jej během dne a procvičit jeho paměť (Rusina, Matěj et al., 2014, s. 277; Sheardová et al., 2009, s. 28)

2.6.1 Farmakologická léčba

V současné době jsou k dispozici dvě skupiny léčiv, jejichž léčebný efekt je založen na důkazech (evidence-based). Lékem první volby u Alzheimerovy choroby jsou tzv. kognitiva neboli inhibitory acetylcholinesterázy a druhou antagonisté N-metyl-D-aspartátových (NMDA) glutamátových ionotropních receptorů. Vysazení léků je vhodné zvážit při jejich neúčinnosti nebo výskytu nežádoucích účinků a mělo by probíhat pozvolna (Zvěřová, 2017, s. 73-74; Rusina, Matěj et al., 2014, s. 278-279).

Kognitiva zlepšují acetylcholinergní transmissi (blokují enzymy odbourávající acetylcholin). V časných fázích působí na kognici a paměť a v pozdních stádiích tlumí neuropsychiatrické projevy. Zdravotními pojišťovkami jsou hrazeny pouze v případě, že hodnota testu MMSE se pohybuje v rozmezí 13-25 bodů. Mezi zástupce patří např. donepezil (inhibuje acetylcholinesterázu), rivastigmin (inhibuje obě esterázy, acetylcholin a butyrylcholinesterázu) a galantamin (inhibuje acetylcholinesterázu). Kontraindikovány jsou u aktivní vředové choroby gastroduodenální a u těžkých převodních srdečních vad. Jsou nejúčinnější v terapii lehké

až středně těžké demence (Zvěřová, 2017, s. 73-74; Rusina, Matěj a kol., 2014, s. 278; Sheardová et al., 2009, s. 28).

Antagonisté NMDA glutamátových ionotropních receptorů fungují tak, že NMDA receptor je spojen s kalciovými kanály a jeho bloádou se snižuje nadměrný vstup kalcia do neuronů. Glutamátový systém (systém excitačních aminokyselin) bývá postižen převážně v těžších fázích nemoci, při kterém dochází k nadměrnému uvolňování glutamátu a ke snížení jeho vychytávání v oblastech mozku, které jsou nezbytné pro správný mechanismus paměti. Látka používaná z této skupiny se nazývá memantin a její účinek zlepšuje především krátkodobou paměť. Účinnost byla prokázána u středně těžké až těžké AD (Zvěřová, 2017, s. 74; Sheardová et al., 2009, s. 28).

V průběhu onemocnění jsou často nezbytná antipsychotika. Zvláště v případě výskytu behaviorálně-psychologických symptomů demence. Ze skupiny neuroleptik se volí především zástupci z 2. generace např. tiaprid, melperon, risperidon, olanzapin, ziprasidon (Zvěřová, 2017, s. 75).

Při léčbě AD je používána i spousta jiných farmaceutických prostředků, které však nejsou založeny na důkazech, ale byl prokázán jejich pozitivní efekt. Řadí se mezi ně např. nesteroidní antirevmatika, vitamin E, strogeny, statiny nebo omega-3-mastné kyseliny, které jsou obsaženy např. v masě tučných mořských ryb, lněném semínku či řepkovém oleji. Naději představuje pouze substance extraktu Ginko biloby. Jeho pozitivní účinek byl prokázán v mnoha studiích. Ve stadiu výzkumu je i celá řada látek a postupů, např. imunotapie zaměřená proti beta-amyloidu, podávání modulátorů gama-sekretáz, blokátorů beta- nebo gama-sekretáz, užívání curcuminu, lithia, dimebonu (Zvěřová, 2017, s. 74-75; s. 30).

2.6.2 Nefarmakologické postupy

Nefarmakologická léčba zahrnuje celou řadu nejrůznějších rehabilitačních programů, které jsou zaměřeny zejména na trénování kognitivních funkcí a držení pacienta co nejdéle zapojeného do chodu domácnosti a sociálních aktivit. Hlavním úkolem je co nejdéle udržení pacientovy paměti, různých dovedností neustálou aktivizací, stimulací a konfrontací s realitou a co nejdéle zachování soběstačnosti (Zvěřová, 2017, s. 76; Regnault, 2011, s. 93).

Kognitivní trénink má význam spíše u lidí ve stadiu mírném nebo středně pokročilém. Náročnost by se měla jednotlivým účastníkům přizpůsobit. Mělo by se dbát na to, aby nemocný pocíťoval důvěrnou atmosféru, volily se vhodné úkoly, aby byla nemocnému poskytnuta

zpětná vazba a byl pochválen. Kognitivní trénink určený lidem s demencí se zaměřuje na procvičení, aktivizaci, ale ve většině případů nedochází ke zlepšení kognitivních funkcí. Z toho důvodu se považuje spíše za formu zábavy a potěšení. Často využívané jsou stolní hry, které mohou přispívat ke zlepšení komunikace a umožňují mezigenerační propojení např. s vnoučaty. K procvičení krátkodobé paměti, koncentraci a pozornosti lze využít např. pexeso. Hra scrabble je vhodná ke zlepšení slovní zásoby. Zrakově-prostorovou představivost lze trénovat skládáním puzzle. Podpora dlouhodobé paměti se může podporovat pomocí kvízových her (Jirák, Holmerová, Borzová et al., 2009, s. 96; Holmerová et al. 2014, s. 94-95).

Reminiscenční terapie je aktivizační a validační metoda, která pracuje se vzpomínkami a jejich vybavování si prostřednictvím různých předmětů. Zahrnuje diskuse o aktivitách, událostech a zkušenostech. Je vhodná zejména pro pacienty s demencí, u kterých je porušena převážně dříve krátkodobá paměť a často si velmi dobře vybavují události dávné. Cílem je nejen zlepšení stavu pacienta, ale zejména posílení jeho lidské důstojnosti a zlepšení komunikace. Důležitá je určitá znalost historie ze života a zvyklosti pacientů. Jednotlivá témata je třeba volit individuálně a s ohledem na biografii pacienta. Vhodná jsou taková, která jsou spojena s pozitivními emocemi, např. kamarádi z dětství, příhody z dětství, svatba, potomci když byli malí, škola, vojna, zábavy, cestování, dřívější móda. Mezi užitečné pomůcky se řadí např. fotografie, starší knihy a tiskoviny, starší předměty domácí potřeby (mlýnek na kávu, staré váhy, valcha, rám na vyšívání, staré pero, staré hračky) (Holmerová, Jarolímová, Suchá et al., 2009, s. 181-188, Jirák, 2013, s. 239).

Validační terapie se používá jako součást individuálního přístupu k seniorům s demencí, zmateností nebo deliriem. Tento pojem lze z němčiny přeložit jako „úcta k člověku“. Validace znamená porozumění pocitům a chování člověka, přijetí jeho tématu a práce s ním. Cílem není korigovat jeho chování, ale vytvořit vstřícný vztah a pohodovou péči. Příkladem je nemocný, který tvrdí, že musí jít do práce. Není vhodné mu vysvětlovat, že je již dávno v důchodu, ale začít s ním o zaměstnání mluvit (Jirák, 2013, s. 241).

K procesu stárnutí patří i zhoršování kvality všech smyslových orgánů. Toto snižování funkčnosti je však rychlejší, pokud nedochází k pravidelné smyslové stimulaci. Senzorická stimulace je propojená s pamětí, proto se senzorická cvičení prolínají i s kognitivní rehabilitací nebo reminiscenční terapií. Hmatová stimulace – pacienti ohmatávají např. kousky různých látek a předmětů, zkoumají rozdíly v jemnosti povrchu, tvar, či materiál z čeho

je předmět vyroben. Čichová stimulace – mohou se využívat různé druhy všeobecně známých koření, ale i suroviny výrazného pachu nebo aromaterapeutické lampy s různými aromatickými oleji. Pacienti se mohou rozprávět, co jim koření připomíná, na co jej v minulosti používali. Zraková stimulace – k tomuto cvičení se mohou využívat např. barevné kartičky. Pacient si jednu kartičku vybere a jeho úkolem je říci, co má stejnou barvu např. v místnosti, kde cvičení probíhá (Holmerová, Jarolímová, Suchá et al., 2009, s. 172-173).

Orientace realitou je edukační technika, která umožňuje pacientovi lépe porozumět situacím, které jej obklopují. Snaží se o zlepšení celkové orientace, nezávislosti, sociální interakce a zmírnění zmatenosti. Cílem je dosáhnout, aby všichni členové ošetrovatelského týmu nabízeli informace, které pomohou pacientovi v orientaci. Slouží, aby pečující nemocného informoval, že je např. ráno, kolik je hodin, kde se nachází a co momentálně dělají nebo budou dělat. Za součást orientace realitou se považuje také vytvoření prostředí, kterým se pacientovi usnadní orientace. Řadí se mezi něj např. označení pokojů barevnými symbolickými obrázky nebo šipkami, které ukazují směr, může se nemocnému vyrobit nástěnka s ročním obdobím, datem, kdo má svátek, popř. jaký bude program (Holmerová, Jarolímová, Suchá et al., 2009, s. 174-180).

Kinezioterapie je podpůrná léčebná metoda, která aktivně využívá cíleně zaměřené pohybové programy. Podněcuje aktivitu pacienta, zvyšuje sebeúctu, snižuje depresi, úzkost a zlepšuje mentální funkce. U pacientů s demencí by se měla volit spíše dynamická cvičení, která jsou na pohled lehce kopírovatelná, neboť většina těchto cvičících se orientuje podle toho, co vidí. Také je důležité brát na vědomí přítomnost apraxie, která má za následek zhoršení hrubé i jemné motoriky, rigiditu a problémy s prostorovým vnímáním. Mohou se provádět různé typy cviků vsedě, vleže i ve stoje, s použitím balónu, tyče, skupinové, pohybové hry, napodobování činností, ale také procházky (Holmerová, Jarolímová, Suchá et al., 2009, s. 189-202).

3 PÉČE O ČLOVĚKA S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU

Postupná ztráta osobnosti, soběstačnosti a s ní související potřeba pomoci druhých lidí představuje zcela zásadní změny v životě nemocného člověka i jeho blízkých. Péče o osobu se zejména pokročilou demencí je velice fyzicky i psychicky náročná a vyčerpávající. Péči o člověka s demencí mohou poskytovat rodinní příslušníci nebo blízké osoby. V tomto případě mohou využít od státu příspěvek na péči. Dalším příkladem mohou být známí, kteří jsou nazýváni jako asistenti sociální péče nebo poskytovatelé sociálních služeb. Poskytování sociálních služeb institucemi stanovuje zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb., v platném znění. Ten přesně definuje povinnosti, které musejí být poskytovatelem splňovány (Hauke, 2017, 248).

3.1 Přístup k pacientům s demencí

K pacientům trpícím demencí je důležité přistupovat trpělivě, neustále si uvědomovat jejich stav, snažit se zjistit, co potřebují a co si přejí. Pečující by měli být pozorní, trpěliví, empatictí, neměli by spěchat a měli by naopak respektovat pacientovu důstojnost a nebát se s pacientem i zasmát. Důležité je si uvědomit, že osoba s demencí je navzdory své nemoci stále jedinečná lidská bytost. Pokles úrovně kognitivních funkcí, ale i další příznaky, které onemocnění doprovází, mohou vyvolat zvýšenou zranitelnost a potřebu podpory. Každá osoba s demencí si uvnitř uchovává vlastní zážitky ze života, své záliby a koníčky, ale i to, co ráda nemá. Z toho důvodu je potřeba, aby měli pečující i rodinní příslušníci co nejvíce informací, které by zajistily jednotný přístup k nemocnému, který by mu přinášel pocit bezpečí, jistoty, lásky a sounáležitosti (Jiráček, Holmerová, Borzová a kol., 2009, s. 108).

3.1.1 Komunikace

Komunikace s každým člověkem by měla vést k zachování jeho úcty, důstojnosti a respektu k jeho osobnosti. Schopnost komunikace je u lidí s demencí velmi poškozena. Člověk může být díky nedostatečné schopnosti komunikace osamocen a izolován. Pracovník by se měl při zahájení komunikace ujistit, zda pacient dobře slyší, popř. zda a má správně nasazeno naslouchátko. Také by měl při komunikaci v co největší míře omezit rušivé vlivy. Osoby s demencí mívají problém s pozorností a okolní zvuky by je mohly ještě více rozptýlit. Pečující by se měli snažit být stále příjemní a klidní, což přispívá k tomu, že bude i pacient. Rychlost řeči by měla být spíše pomalejší. Je vhodné používat jednoduché věty, podle potřeby větu zopakovat, i např. v průběhu určité činnosti, kdyby pacient zapomněl, co vlastně

dělá. Pokud opakování nepomůže, je možné vyjádření jinými slovy. Nikdy by se nemělo s nikým hovořit o nemocném v jeho přítomnosti. Mělo by se také vyhýbat otázkám, které začínají slovem „proč“. Pacient není schopen své konání racionálně vysvětlit. U nemocných se také často stává, že nemocný používá slova, která nedávají smysl. Aktivní naslouchání se vyznačuje projevem respektu a zajišťuje navázání bezpečného vztahu plného důvěry obou stran. Mezi základní prvky aktivního naslouchání se řadí oceňování, parafrázování, zrcadlení emocí a shrnování (Glennner, 2012, s. 44-46; Hauke, 2017, s. 71-75).

3.1.2 Zajištění bezpečnosti

Pacient s demencí obvykle nebývá schopen zodpovídat za vlastní bezpečnost a neumí zhodnotit důsledky. Může se chtít pokoušet vykonávat běžné denní úkoly, aniž by si uvědomoval, že je již neovládne. Z toho důvodu je vystaven zvýšenému riziku zranění. Je nutné předcházet nehodám a učinit tak následujícím opatřením. Odstranit z domácnosti nebezpečné věci, které by mohly zapříčinit vznik požáru nebo nemocného zranit. Zabezpečit zapnutí sporáku a elektrických spotřebičů, skříňky s ostrými, nebezpečnými, křehkými věcmi, čisticí prostředky a léky opatřit dětskou pojistkou nebo je uložit tam, kde pacient nemá přístup. Pokud pacient bezcílně chodí, zamykat dveře a branku, zajistit okna proti otevření, elektrické zásuvky zabezpečit plastovou záslepkou. Se zvyšujícím se věkem lidé potřebují více světla. Zesílené osvětlení a instalace nočních světel snižuje riziko vzniku nehody (Mace, Rabins, 2018, s. 92-94; Glennner, 2012, s. 79-83).

Pravidelná chůze zvyšuje příjem kyslíku, přispívá ke zmírnění stresu, zlepšuje rozpínání plic a posiluje svalstvo. Ať už se pacient pohybuje v bytě, či venkovním prostředí, je nutné mu zajistit bezpečí. Nutná je dobře padnoucí obuv s protiskluzovou podrážkou a pevně zavázané tkaničky. Z důvodu lepší stability by měl pečovatel držet nemocného za paži popř. využívat chodítko či hůl. Pády patří mezi nejčastější důvody přijímání seniorů do zařízení dlouhodobé lůžkové péče. Pacienti trpící demencí jsou pády ohroženi více, z toho důvodu, že špatně rozumí druhým, potýkají se s pohybovými problémy nebo jsou pod vlivem některých léků, které mohou způsobit závratě či ztrátu rovnováhy. V domácím prostředí představují největší riziko pádu kluzké podlahy např. v koupelně, koberce nebo schody. Pádům by se mělo v co největší míře předcházet např. namontováním zábradlí, madel, důkladným osvětlením, odstraněním překážek (Glennner, 2012, s. 75-78).

3.2 Výživa

Strava pro každého člověka by měla být pestrá a vyvážená, což přispívá ke správnému fungování svalů a imunitního systému, zachování energie a dobrému stavu pokožky. Dávky by měly být přiměřené a pravidelné. Odborníci doporučují, aby strava obsahovala dostatek vlákniny. Kromě sacharidů, kterých bývá zpravidla dostatek, jsou důležitým zdrojem bílkoviny a tuky. Jídelníček by měl obsahovat ryby, luštěniny, ořechy, mléčné výrobky, libové maso, velké množství zeleniny a ovoce a alespoň 1,5 l tekutin denně. U lidí s demencí je často velmi obtížné se najíst a přijímání stravy pro ně vyžaduje velkou pozornost a soustředění. Převážně používání různého kuchyňského náčiní je pro ně složité a může být pro ně jednodušší jíst pouze lžící. Z důvodu problémů s polykáním a různé konzistence jídel by člověk s Alzheimerovou chorobou nikdy neměl zůstat při jídle samotný. Jídlo by mělo být chutné a vypadat pěkně. Nemělo by být příliš horké. Podle potřeby by mělo být upravené, aby ho nemocný zvládl dobře rozmělnit. Nemělo by se opomíjet na stav chrupu a dutiny ústní, jenž mohou přinášet komplikace a narušit příjem potravy nebo přispět ke ztrátě chuti k jídlu (Glenner, 2012, s. 93; Pidrman, 2007, s. 158; Holmerová et al., 2014, s. 71).

3.3 Hygiena

V pokročilejších stádiích nemoci může mytí a koupání představovat obtížné situace. Je velice důležité, aby byla zachován pocit důstojnosti a v co největší míře soukromí. Mělo by se dbát na to, aby měl pacient denně umytý obličej, podpaží a genitální oblast. V případě inkontinence, by se měla anální a genitální oblast při každé výměně inkontinenčních pomůcek umýt. Koupání by se mělo provádět přibližně dvakrát za týden. Úlohou pečovatele je dopřát nemocnému co nejvíce samostatnosti a měl by zajistit v koupelně maximální bezpečnost, aby se předešlo úrazům. Voda musí být dostatečně teplá, ale nesmí být však horká, aby se pacient neopařil (Glenner, 2012, s. 94-95; Zvěřová, 2017, s. 62).

Většinou, když se lidé cítí dobře, jak vypadají, cítí se lépe. Česání, nanášení make-upu nebo mazání tělovým mlékem jsou pro pacienty s demencí poměrně snadné a navíc přináší nemocnému příjemné pocity. Obtížnější úkony představují např. čištění zubů, manikúra nebo holení (Glenner, 2012, s. 98).

3.4 Vyprazdňování

Alzheimerova choroba je velice často spojená s inkontinencí. S postupem nemoci osoba s demencí nemusí pociťovat potřebu močení nebo defekace. Nemocní se mohou začít pomočovat nebo kálet do spodního prádla. Problémy, které souvisí s inkontinencí, mohou pro pacienta představovat vážný problém. Může se cítit trapně a nepříjemně. Tomuto problému může pečující předcházet pravidelným připomínáním a doprovodem nemocného na toaletu. Pečující, kteří znají pacienta velice dobře, si mohou všimnout signálů, které naznačují, že se pacient potřebuje vyprázdnit. V dnešní době však existuje celá řada inkontinenčních pomůcek. Rodina nebo nemocný si o ně může zažádat u praktického lékaře a má je k dispozici zcela zdarma. Při delším výletu nebo návštěvě by měl mít nemocný s sebou čisté prádlo a náhradní inkontinenční pomůcky. Dveře na toaletě je vhodné označit dobře čitelným nápisem nebo obrázkovým symbolem. Při porušené chůzi je možnost využití toaletní židle, kterou bude mít pacient stále v dosahu. Pro pacienty s demencí je velice náročné se soustředit na tlačení a postupně ztrácejí schopnost nutkání na stolicí. Z toho důvodu by se mělo předcházet ucpání střev. Ke zlepšení střevních pohybů napomáhají např. vlákninové kapsle, dostatek vlákniny ve stravě, pohybová cvičení (Mace, Rabins, 2018, s. 124-126; Glenner, 2012, s. 100-105).

3.5 Aktivita

Cvičení pomáhá udržet svaly, klouby a srdce v dobré kondici. Také pomáhá lidem zůstat na zdravé hmotnosti, přispívá k pravidelné stolici a kvalitnímu spánku. Je důležité, aby byl nemocný stimulován podněty různého druhu. Mezi základní požadavky, které by měly být každý den splněny, patří: zapojení člověka do péče o vlastní osobu, činnosti rozvíjející hrubou motoriku (např. procházky, hrabání listí), činnosti, které rozvíjejí jemnou motoriku (např. prohlížení fotografií, skládání puzzle), sociální a emocionální aktivity (setkání se známými a rodinou, hlazení domácího mazlíčka), aktivity denního života. I pacienti v pokročilejších stádiích demence si často pamatují, jak se vykonávají běžné domácí práce. Jelikož se jedná o snadné činnosti, zvládne je pacient obvykle téměř bez pomoci. Mezi domácí práce vhodné pro lidi s Alzheimerovou chorobou se řadí např. utírání prachu prachovkou, luxování, zametání, mytí oken, věšení a skládání prádla, mytí nádobí, práce na zahradě, jednoduchá příprava jídla. Zábavným způsobem procvičení paměti a dalších kognitivních funkcí mohou být stolní hry (Glenner, 2012, s. 111; Holmerová et al., 2014, s. 95; Caring for a Person with Alzheimer's Disease, 2017, s. 38).

Lidé každé věkové skupiny potřebují pocit blízkosti a pozornosti. Dotyky a komunikace patří mezi základní lidské potřeby. Krátkodobá smyslová aktivizace znamená vědomé, cílené a pozorné zaměření na určité osoby s různými potřebami. Jejím úkolem je navodit pocit pohody a zlepšit kvalitu života ve stáří. Za čtyři pilíře úspěšného setkávání se považuje dotyk, emoční sblížení, komunikace a pozornost (Wehner, Schwinghammer, 2013, s. 17-19).

3.6 Finanční prostředky potřebné na péči

Příspěvek na péči je určen osobám, které jsou z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu závislé na jiné fyzické osobě při zvládnutí základních životních potřeb. Z tohoto příspěvku pak tyto osoby hradí pomoc, kterou jim může poskytovat osoba blízká, asistent sociální péče, registrovaný poskytovatel sociálních služeb nebo speciální lůžkové zdravotnické zařízení. Při posuzování stupně závislosti se hodnotí schopnost zvládat základní životní potřeby jako je mobilita, orientace osobou, časem a místem, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyzické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity a péče o domácnost (Hauke, 2017, s. 235-238).

Výše příspěvku na péči pro osoby starší 18 let činí za kalendářní měsíc:

- 880 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost)
- 4 400 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost)
- 8 800 Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost)
- 13 200 Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost) (Příspěvek na péči, 2016).

Osoby s Alzheimerem mohou využívat také příspěvek na mobilitu, který je přiznáván osobám držícím průkaz ZTP, nebo ZTP/P, jsou nuceni se často dopravovat k lékaři a nemohou využívat veřejné dopravní prostředky. Poskytuje se příspěvek ve výši 400 Kč měsíčně. Příspěvek na zvláštní pomůcku se využívá, pokud je osoba z důvodu zdravotního postižení nucena používat nějakou pomůcku, která jí pomáhá k získávání informací, umožňuje sebeobsluhu nebo dopomáhá ke styku s okolím (Hauke, 2017, s. 240).

3.7 Terénní pečovatelské služby

Terénní služby jsou poskytovány v domácím prostředí klienta. Spadá pod ně tzv. osobní asistence nebo odlehčovací služby poskytované v domácnosti. Pracovníci docházejí do domácnosti klienta a jsou mu nápomocni při zajištění stravování, oblékání, při hygieně, používáním toalety a chodu domácnosti jako je např. nákup, praní prádla, úklid. Doprovází klienta při procházkách, na návštěvu lékaře nebo při vyřízení drobných úředních záležitostí. Osobní asistence je k dispozici klientům nepřetržitě a nabízí i aktivizační a terapeutické činnosti (Mace, Rabins, 2018, s. 233; Hauke, 2017, s. 255-256).

3.8 Pobytové služby

Domovy s pečovatelskou službou bývají určeny osobám se zdravotním postižením, kteří potřebují intenzivnější péči při pomoci s vykonáváním běžných aktivit. Klient žije se své domácnosti, stanuje si sám svůj každodenní režim a poskytovatel mu zajišťuje pouze dopomoc v oblastech, které nezvládá vykonávat sám. Domovy s pečovatelskou službou však nenahrazují domovy pro seniory. Přítomnost pracovníků je zpravidla omezena na 8-12 hodin denně. V případě Alzheimerovy nemoci jsou vhodné pouze v počátečních stádiích (Hauke, 2017, s. 256).

Domovy pro seniory jsou zařízení s nepřetržitou péčí, stravou a ubytováním. Jsou určeny osobám s porušenou soběstačností, kteří jsou odkázáni na pomoci jiné fyzické osoby. V domovech pro seniory je zajištěna péče sociální i zdravotní. Součástí služby je i péče lékaře, který zařízení pravidelně navštěvuje. Klienti se mohou účastnit také zájmových aktivit a kulturních a společenských akcí (Holmerová et al., 2014, s. 188).

Domovy se zvláštním režimem se zaměřují na péči o osoby s duševními nemocemi nebo demencí. Zajišťují ubytování včetně úklidu, stravování, pomoc s osobní hygienou a zdravotní a ošetrovatelskou péči. Klientům jsou k dispozici různé společenské a aktivizační programy. Poskytovaná péče se hradí z celé výše příspěvku na péči (Hauke, 2017, s. 257).

Odlehčovací pobytové služby umožňují přechodné umístění osoby v případě, že pečující není schopen se dočasně o nemocného postarat např. z důvodu dovolené, hospitalizace nebo si potřebuje odpočinout. Službu je také možno využít v době, kdy je nemocný propuštěn z hospitalizace a dočasně vyžaduje intenzivnější péči, než bude schopen se vrátit domů. Tato služba je poskytována nepřetržitě od 1 týdne až do 3 měsíců (Hauke, 2017, s. 258).

Týdenní stacionáře poskytují služby pobytového typu. Jsou určeny seniorům se sníženou soběstačností, kteří vyžadují pravidelnou pomoc druhých. Týdenní stacionáře zajišťují ubytování od pondělí do pátku, kdy nemocní odjíždějí na víkend domů nebo do domácnosti blízké osoby. Klienti ve stacionářích mají zajištěné stravování, účastní se různých aktivit jako např. modelování z keramiky, tvorby různých předmětů, procvičování paměti (Holmerová et al., 2014, s. 187).

Denní stacionáře zajišťují denní pobyt jak seniorům, tak zdravotně postiženým osobám, které nechtějí nebo nemohou po dobu, kdy jsou jejich rodinní příslušníci v zaměstnání zůstat sami doma. Ve stacionářích se zaměřují zejména na vyplnění volného času např. cvičením, rukodělnými činnostmi, povídáním si, čtením nebo poslechem hudby a zajištění stravy po dobu pobytu. V rámci poskytovaných služeb může patřit i dovoz klientů do zařízení a zpět domů (Hauke, 2017, s. 259; Mace, Rabins, 2018, s. 234).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

1 METODOLOGIE

1.1 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka č. 1

Jakým způsobem se změnil život pacienta s Alzheimerovou chorobou?

Výzkumná otázka č. 2

Jaké se objevily první varovné příznaky nemoci?

Výzkumná otázka č. 3

Jakým způsobem se změnil život pečujícího o pacienta s Alzheimerovou chorobou?

1.2 Charakteristika vzorku respondentů

Jako respondenty jsme si určili lidi s diagnostikovanou Alzheimerovou chorobou, kteří jsou v domácím prostředí a jejich pečovatele.

1.3 Metoda výzkumu

Pro naši bakalářskou práci jsme použili kvalitativní výzkum. Podle významného metodologa Greswella (1998) je definice kvalitativního výzkumu následující: „Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník provádí komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách“ (Hendl, 2016, s. 46).

1.4 Techniky výzkumu

Metoda sběru dat byla provedena designem kazuistiky neboli případové studie. Kazuistika (case study) se definuje jako intenzivní metoda studia jednotlivého případu s důrazem na utříděný celkový pohled, včetně základních charakteristik osobnosti jedince, jeho příznaků, vývoje poruch, významných zážitků a postojů. Je považována za jeden z možných způsobů, jak porozumět složitým ošetrovatelským jevům. Ve zdravotnictví se jedná o popis jednotlivých případů onemocnění s údaji o jeho počátku, vývoji a okolnostmi, které mohly vývoj nebo současný stav ovlivnit. Kazuistika umožňuje lepší dorozumění se zkoumanými

osobami, vede k jejich otevřenosti a upřímnosti a umožňuje realizovat výzkum v jejich přírodných podmínkách (Kutnohorská, 2009, s 76).

1.5 Organizace šetření

Šetření probíhalo v domácím prostředí respondentů pomocí rozhovoru s pečujícími. Informace byly zaznamenávány do záznamového archu a následně přepsány v podobě kazuistiky. Pečující informace dohledávali i z lékařských zpráv a různých dokumentů.

1.6 Zpracování získaných dat

V jednotlivých kazuistikách jsme provedli zhodnocení kazuistiky pomocí analýzy a rozboru případu se zaměřením na výzkumné otázky, které jsme si předem stanovili. V závěru práce jsme výsledky zasadili do širšího kontextu.

KAZUISTIKA Č. 1

Pacientka ve věku 68 let, je chodící, bydlí v dvoupodlažním domě s dcerou, dvěma vnučkami a zetěm. Dopoledne se o ni stará starší vnučka, odpoledne a o víkendech dcera s mladší vnučkou. Trpí Alzheimerovou nemocí 4 roky, momentálně se nachází ve druhé pokročilé fázi onemocnění.

Anamnéza

Rodinná anamnéza

Tatínek se léčil s hypertenzí. Ve věku 81 let se u něj objevily projevy stařecké demence. Zemřel v 83 letech na cévní mozkovou příhodu. Maminka také zemřela na cévní mozkovou příhodu ve věku 73 let. Pacientka má 3 bratry. Jeden z nich prodělal karcinom jícnu, po ozařování se vyléčil. Druhý bratr trpí hypertenzí a má diabetes mellitus 2. typu. Třetí bratr se s ničím neléčí. Pacientka má 3 zdravé děti. Manžel zemřel na infarkt myokardu.

Osobní anamnéza

V dětství prodělala běžné nemoci. Hypertenze se u ní objevila ve 40 letech. Ve 43 letech ji byl diagnostikován glaukom.

Alergická anamnéza

Během života u ní nebyly zjištěny žádná alergie.

Farmakologická anamnéza

Kognitivum - tbl. Donpethon 10 mg 0 – 0 – 1

Antihypertenzivum (blokátor kalciového kanálu) - tbl. Lusopress 20 mg 0 – 0 – 1/2

Antihypertenzivum (ACE-inhibitor) - tbl. Diroton 20 mg 1 – 0 – 0

Statiny - tbl. Rosumop 20 mg 0 – 0 – 1

Kapky k léčbě glaukomu - gtt. Arulatan 1 – 0 – 0

Gynekologická anamnéza

Pacientka prodělala 3 porody. Po prvním porodu se u ní objevila posthemoragická anemie a dostala transfúzi. Další 2 porody proběhly bez komplikací. Průběh menopauzy byl bez vážných zdravotních problémů v 53 letech.

Pracovně - sociální anamnéza

Pacientka nedokončila středoškolské vzdělání. Od 18 let pracovala ve firmě Tonak jako šička. Po mateřské dovolené nastoupila u České pošty jako doručovatelka, kde byla zaměstnána do 54 let. Nyní je v důchodu. Bydlí v rodinném domě se svou dcerou a její rodinou. V rodině se udržují dobré vztahy. Ve svých 57 letech ovdověla, což ji výrazně psychicky zasáhlo.

Nynější onemocnění

Alzheimerova choroba – druhá pokročilá fáze, hypertenze – 2. stupeň, glaukom.

Předchorobí

Pacientka často jezdila s manželem na Slovensko navštěvovat jeho rodinu. Měli hodně kamarádů, se kterými se pravidelně vídali. Velmi se věnovala vnoučatům. V roce 2003 začala pobírat starobní důchod. V roce 2006 zemřel pacientce manžel na infarkt myokardu, což ji výrazně poznamenalo po psychické stránce. Pacientka upadla do zármutku. Nejraději posedávala doma, neměla již zájem chodit na návštěvy za kamarády. Navštěvovala pouze nemocného bratra a přivydělávala si jako uklízečka v restauraci. Chodila na procházky se svým psem a vnučkou, nebo zapálit svíčku na hřbitov. Každý den četla noviny, ráda luštila křížovky, sudoku, sázela sportku, vařila, pekla a starala se o domácnost.

Začáteční potíže**Rok 2014**

První varovné příznaky zpozorovala dcera přibližně v roce 2014. Pacientka začala být nejistá v pojmenovávání osob, začala si je plést, zhoršilo se její vyjadřování a přestala si čistit zuby. Při důchodu vypomáhala s úklidem v restauraci, kde postupně přestávala chodit včas, tudíž musela práce zanechat. Přestala umět zacházet s mobilním telefonem, přestala péct, vařila si pouze jednoduchá jídla nebo instantní polévky. Pacientka si uvědomovala, že trpí poruchou paměti ve větší míře než doposud, ale tento problém nechtěla řešit.

Přijetí diagnózy**Rok 2015**

Po domluvě s dcerou se pacientka rozhodla, že společně navštíví obvodního lékaře. Ten pacientce doporučil vyšetření na neurologii, kde podstoupila EEG vyšetření a CT mozku.

Jelikož se nepotvrdilo žádné neurologické onemocnění, praktický lékař ji doporučil návštěvu psychiatra, který dle orientačního testu MMSE a rozhovoru s pacientkou a dcerou diagnostikoval Alzheimerovu nemoc. Pacientka v MMSE testu dosáhla 23/30 bodů, což svědčilo pro lehkou formu. Lékař ji nasadil lék Donpethon, který by podle slov lékaře měl zpomalit průběh nemoci a mít pozitivní vliv na spánek. Pacientka se ke své diagnóze nevyjadřovala, nechtěla se s dcerou o této nemoci bavit, uzavírala se do sebe. Před ostatními členy rodiny se snažila vystupovat klidně, dávala si pozor na věty, a před velkou skupinou lidí téměř nemluvila. Dcera již předem tušila, že se u její maminky projevují příznaky Alzheimerovy nemoci. Z toho důvodu sdělením diagnózy nebyla příliš zaskočena. Začala se zajímat o problematiku této nemoci, vypůjčila si literaturu určenou pro příbuzné nemocných, vyhledávala si informace na internetu. Řekla si, že bude mamince co nejvíce nápomocna, dokud to bude možné. Měla velkou podporu manžela i obou dcer.

Průběh choroby

Rok 2016

Pacientka začala zapomínat na správné užívání léků, a proto ji dcera pořídila týdenní dávkovač, do kterého ji léky chystala. Zajistila ji dovoz obědů z restaurace přímo domů. Osobní hygienu pacientka zvládala bez dopomoci. Každé ráno chodila do samoobsluhy, kde si nakoupila vše, co potřebovala. Navštěvovala poštu, na které si pravidelně vybírala peníze. Přestala však luštit křížovky a čím dál méně chodila na procházky se svým psem. Na prohlídky k lékaři dojížděla do města autobusem sama, na zastávce ji vždy dcera čekala a k lékaři ji doprovázela. Pacientku velice často kontrolovala. Zajímala se, jestli má v lednici dostatek jídla, zda má vyprané a čisté prádlo, zda správně užívá léky, zda každý den provádí hygienu. Dopoledne, když byla dcera pacientky v práci, ji chodila navštěvovat a zkontrolovat její dobrá kamarádka, která bydlela nedaleko. O pacientku se začaly také více zajímat její dvě vnučky, které s pacientkou bydlely.

Rok 2018

Pacientka při jízdě autobusem k lékaři začala vystupovat na jiné zastávce a musela začít jezdit s doprovodem druhé osoby. Stávalo se, že opustila dům a potulovala se v papučích po ulici. Její nákup v samoobsluze se zúžil jen na pečivo. V poznávání hodin byla často nejistá, ale většinou čas určila správně. Na poště si při výběru peněz nezpomněla na pin a kartu si zablokovala. Také přestala rozumět dávkovači na léky a nevěděla jak a kdy je užívat.

Pravidelné kontroly u psychiatra potvrdily zhoršení jejího stavu. Začala mít problém s výběrem správného oblečení, přípravou jídla a přestala si prát prádlo. Téměř se neusmívala, výrazně zhubla a se zhoršilo její vyjadřování. Začala trpět inkontinencí. Příbuzní začali pacientku navštěvovat méně často, převážně její bratři a synové z důvodu její zmatenosti. Dcera pacientce začala nakupovat potraviny a běžné věci denní potřeby, které ji v domácnosti scházely. Kupovala ji každý den noviny, aby přinutila pacientku číst. Téměř každý den se s ní chodila procházet, trénovaly spolu psaní, podle fotek s ní pojmenovávala členy rodiny. Snažila se jí co nejvíce zapojovat do lehčích domácích prací. Jedna z vnuček si zajistila v zaměstnání pouze odpolední směny, aby dopoledne mohla s pacientkou trávit čas a pomáhat ji se sebeobslužnými úkony. Po příchodu z práce se o pacientku starala převážně dcera a méně často i druhá vnučka. Dcera pacientce pomáhala přichystat jídlo, pravidelně ji vysazovala na toaletu, jelikož si o vykonání potřeby pacientka sama neřekla. Dopomáhala ji při hygieně, při úklidu domácnosti, zajišťovala pedikérku a kadeřnici přímo domů. O víkendech dcera trávila hodně času s pacientkou. Chodily spolu na procházky, pracovaly na zahradě nebo si povídaly. Na návštěvy k příbuzným ji dcera brávala s sebou. O víkendech se snažila věnovat i manželovi, jezdili spolu na kole nebo na výlety na motorce. Vždy musela zajistit, aby alespoň jedna z vnuček byly s pacientkou doma. Měla o pacientku strach, vždy kontrolovala, zda jsou dveře a branka na zahradě uzamčeny a pravidelně vypínala všechny spotřebiče.

Současnost

Pacientka má poruchu krátkodobé i dlouhodobé paměti. Nevzpomíná si na své mládí a často neví jména svých příbuzných. Občas trpí noční inkontinencí, přestala zhasínat světlo, splachovat na WC a neví, kde co má. Neustále přemísťuje různé věci, oblečení a domácí potřeby. Její vyjadřování je velice slabé, věty často nedávají smysl, dlouho přemýšlí nad slovy. Straní se kolektivu, ve větším počtu lidí spíše nemluví. Jídlo a pití si sama nevezme ani nenachystá. Výrazně se zhoršila i její jemná motorika. Neumí si zavázat tkaničky, neví jak správně držet příbor, neumí umýt nádobí ani přepnout televizi. Má problém se psaním, její písmo je někdy nečitelné a nesprávné. S oblékáním a obouváním potřebuje pomoc druhé osoby. Pacientka si plete hodiny, neví jaké je současné datum, den ani roční období. Svě jméno si stále pamatuje. Při procházkách mluví na lidi, které nezná. Nejčastěji sleduje televizi, nebo chodí po domě a pozoruje lidi z okna. Chová se často nejistě, zmateně a někdy se jí třepou ruce, když po ní rodina vyžaduje, aby něco provedla samostatně. Dcera se jí snaží zapojovat do domácích prací jako je věšení a skládání prádla, příprava jídla, utírání a umývání nádobí,

utírání prachu, zametání a mytí oken. Mezi pacientčiny oblíbené aktivity patří práce na zahradě, což zahrnuje pletí, zalévání a sklizeň ovoce. Pacientka ráda poslouchá písničky, na které tancuje. Pacientku stále navštěvuje její kamarádka z mládí. Její bratři a synové navštěvují pacientku velice málo, nevědí jak s pacientkou komunikovat. Dcera se snaží, aby alespoň některé sebeobslužné činnosti prováděla pacientka sama. Pacientka ale často nerozumí pokynům, proto je vždy vysvětlování zdlouhavé, musí se ji několikrát zopakovat a vše jí dlouho trvá, než pochopí. Dcera nebo vnučky pacientku převlékají do domácího i venkovního oblečení, chodí s ní na toaletu a pomáhají s osobní hygienou, jako je koupání, čištění zubů a česání. Podávají jí léky přímo do pusy a zajišťují výměnu inkontinenčních pomůcek. Vnučka stále dohlíží na pacientku dopoledne, když je dcera v práci. Chodí s ní každé ráno do samoobsluhy, vypomáhá při přípravě snídaně, podávání léků, se servírováním obědů, umývání nádobí a chodí s pacientkou a jejím psem na procházky. Dcera i vnučky musejí dohlížet, zda pacientka dodržuje pitný režim a pravidelně chodí na WC. Vaření, praní a vysávání provádí dcera nebo vnučky. Dcera obstarává výběr peněz, dohlíží na placení složenek a obědů, kupuje pacientce oblečení a běžné domácí potřeby a stará se o jejího psa. Dohlíží, aby četla noviny, společnými silami luští křížovky, provádí různá cvičení paměti a procvičují psaní. Zajišťuje pacientce inkontinenční pomůcky a pravidelné lékařské prohlídky. Snaží se věnovat i manželovi, jezdit s ním na kole a na výlety. Musí vždy zajistit, aby pacientka nebyla doma sama. Nejvíce využívá pomoc vnuček občas i kamarádky pacientky nebo manželky jednoho z bratrů. Přiznává, že se manželovi nevěnuje tolik jako před onemocněním maminky z důvodu, že je unavená. Momentálně si vyřizuje službu osobní asistence, protože vnučka bude měnit zaměstnání a nebude již moci se starat o pacientku během dopoledne.

KAZUISTIKA Č. 2

Pacientka má 86 let, je ležící, zvládne pouze několik kroků s velkou oporou. Bydlí v malé vesničce v dvougeneračním domě se svou dcerou, zetěm a vnukem. Alzheimerovu chorobu ji diagnostikovali před 5 lety. Dopoledne se o ni starají od 8:30 do 12:30 osobní asistentky, odpoledne a o víkendech dcera.

Anamnéza

Rodinná anamnéza

Tatínek zemřel na rakovinu jater v 58 letech, maminka stářím v 90 letech. Pacientka měla 8 sourozenců, v současnosti má sourozence 2. U jednoho ze sourozenců se objevily příznaky demence. Pacientka má 3 dcery a 1 syna. Jedna z dcer se léčila pro karcinom děložního čípku, syn trpí lupénkou. V roce 2003 ovdověla.

Osobní anamnéza

Pacientka během života prodělala 3 slabé cévní mozkové příhody, tromboflebitidu, měla zlomenou nohu. Opakovaně se u ní vyskytují záněty ledvin. Léčí se s hypertenzí 2. stupně od roku 2010.

Alergická anamnéza

Pacientka je alergická na pyl, roztoče a hmyzí bodnutí.

Farmakologická anamnéza

Kognitivum - tbl. Donpethon 10 mg 0 – 0 – 1

Antihypertenzivum (betablokátor) - tbl. Betaloc Zok 200mg ½ – 0 – 0

Antidepresivum - tbl. Citalec 20 mg 1 – 0 – 0

Antikoagulancium - tbl. Clopidogrel 75 mg 1 – 0 – 0

Antiinfektivum k léčbě močových cest - tbl. Furolin 100 mg 0 – 0 – 1

Analgetikum - gtt. Algifen 30 – 0 – 30

Gynekologická anamnéza

Pacientka porodila 4 zdravé děti, jedno dítě zemřelo při porodu. Menopauza proběhla v 53 letech.

Pracovně – sociální anamnéza

Pracovala celý život s manželem jako domovnice v domově mládeže. Tuto práci měla velice ráda, vždy ji prováděla s radostí a ochotou pomáhat. V důchodu si 5 let přivydělávala jako pomocná kuchařka v restauraci. Po odchodu dětí z domova a smrti manžela zůstala v bytě sama. Nyní bydlí s dcerou, zetěm a vnukem v domě. Každou neděli ji dcera brává do kostela. Pravidelně ji navštěvuje ji kamarádka, druhá dcera a vnoučata.

Nynější onemocnění

Alzheimerova nemoc – druhá pokročilá fáze. Hypertenze 2. stupně. Hemiparéza levé strany těla. Opakované infekce močových cest.

Předchorobí

Pacientka spolu s manželem svůj život zasvětili dětem z domova mládeže, kde pracovali jako domovníci. Manžel byl velice zručný a opravil vše, co byla potřeba. Velice rád se staral o zahradu, kde pěstoval květiny. Pacientka v domově uklízela a byla nápomocna dětem v případě jakýkoliv problémů. Bydleli spolu v bytě, kde vychovali 4 děti, které vedli k víře k Bohu. V roce 1995 začala pobírat starobní důchod, ale v domově mládeže spolu s manželem stále vypomáhali až do jeho smrti. V roce 2003 ji zemřel manžel na rakovinu prostaty. Ze smrti manžela byla dlouho nešťastná, hlavně z důvodu, že zůstala v bytě sama. Jelikož syn bydlel nedaleko přes ulici, často ji spolu s rodinou navštěvoval. Nejmladší dcera pracovala přímo naproti bytu pacientky, a také začala častěji za maminkou chodit. Prostřední dcera se po skončení školy odstěhovala do Čech a za maminkou jezdila velice málo. Nejstarší dcera za ní dojížděla z nedaleké vesnice. V roce 2003 začala pacientka pracovat jako pomocná kuchařka na farním úřadě. Z důvodu, že se v domě nejstarší dcery uvolnilo spodní patro, se pacientka k dceři v roce 2009 přestěhovala. Velice často chodila do kostela, měla 2 kočky, o které se starala. Hrála na kytaru, ráda zpívala vnoučatům, hrála s nimi deskové hry. Často posedávala na zahradě, kde sledovala auta na silnici a relaxovala. Dcera pracovala jako zdravotní sestra v Domově pro seniory. S manželem vychovala 2 dcery a 2 syny, se kterými stále udržuje kontakt. Dohromady má 7 vnoučat, kterým se s manželem snažila co nejvíce věnovat. Brávali vnoučata na výlety nebo k sobě domů na prázdniny.

Začáteční potíže

Rok 2013

Dcera pacientky si začala všímat, že maminka přestala vařit obědy. Chystala si pouze jednoduchá jídla. Dcera ji proto zařídila dovoz obědů pacientce domů z restaurace. Shromažďovala v lednici staré jídlo, které bylo často plesnivé a zkažené. Dcera také zaznamenávala, že maminka zapáchá a přestává si měnit oblečení. Koš na prádlo byl stále plný a posléze zjistila, že pacientka neumí zapnout pračku. Pravidelně jezdila s rodinou do kostela na bohoslužbu do vedlejšího města. Jednou při cestě do kostela dceři přiznala, že neví, kde je. Při přípravě domácích nudlí použila místo mouky moučkový cukr. Pacientka pravidelně navštěvovala svoji sestru, která bydlela v Táboře. Rodina dovezla pacientku do Olomouce na autobusovou zastávku, kde pacientka čekala na autobus, který ji do Tábora doveze. Na zastávce v Táboře ji očekávala sestra, která se vyděsila, když pacientka z autobusu nevystoupila. Pacientka měla u sebe mobilní telefon, který nezvedala, proto se dcera rozhodla zavolat o pomoc policii ČR. Po chvíli pacientka dceři telefon zvedla, ale nebyla schopna vysvětlit, kde se nachází. Popisovala pouze barvy domů, které byly okolo. Dcera pacientku navedla, aby dala telefon do ruky osobě, která byla poblíž, a ta dceři popsala lokalitu, kde si pacientku vyzvedla.

Přijetí diagnózy

Rok 2014

Tato nepříjemná událost přinutila dceru pacientky, aby společně navštívily obvodního lékaře. Lékař pacientku vyšetřil pomocí rozhovoru a doporučil ji vyjádření psychiatra. Ten pomocí diagnostických testů zaznamenal mírnou kognitivní poruchu a diagnostikoval Alzheimerovu nemoc v první lehké fázi. Pacientka podstoupila CT mozku, které nepotvrdilo žádné onemocnění projevující se poruchou paměti. Dcera, jakožto bývalá zdravotní sestra si uvědomovala, že nemoc je progredující a stav její maminky se bude nadále zhoršovat. Měla obavy, zda starost o maminku zvládne. Pomoc s ji přislíbili i sourozenci a děti.

Průběh choroby

Rok 2015

Pacientka často mluvila o věcech, které nebyly pravdivé. Např. že v noci u ní byl zloděj, že byla včera na návštěvě sestry v Čechách nebo že upekla koláč. Přestala umět hrát na kytaru, při zpívání si nevzpomínala části písniček. O kočky se nadále starala, často si s nimi

hrála. Oblékala se samostatně, hygienu prováděla taktéž sama, ale dcera na ni dohlížela nebo ji připomínala, co má dělat. Nejčastěji posedávala na zahradě nebo sledovala televizi. Na toaletu chodila bez problému sama. Dcera se starala o nákup běžného jídla, brávala pacientku s sebou, aby si vybrala sama co má ráda. Prala ji oblečení, úklid domácnosti prováděly spolu. Léky ji chystala do lékovky a pacientka je užívala. Pořádila na dveře domu signalizační zařízení, aby měla pod kontrolou, kdy pacientka jde na zahradu nebo na ulici. Začala se starat o pacientčiny finance a platit za ni poplatky. Brávala pacientku každou neděli do kostela.

Zima 2015

Dcera si vyřídila příspěvek na péči. Pacientce byl přidělen příspěvek 2. stupně. Ten využila v podobě osobní asistence. Asistentky chodily k pacientce domů od 8 do 10 hodin ve všední dny. Pomáhaly ji s hygienou, nachystat snídani a procvičovaly s ní paměť pomocí her, zpívání, luštění křížovek, lehkých hádanek nebo říkad. Jednoho dne o víkendu brzy ráno pacientka opustila dům v noční košili. Signalizační zařízení na dveřích nefungovalo a otevření dveří nezaznamenalo. Pacientku našla nedaleko domu ležet na zemi známá z vesnice a dovedla ji domů, byla podchlazená, ale nic vážnějšího se jí nestalo.

Rok 2016

Pacientka prodělala cévní mozkovou příhodu. Zůstala hemiparetická na pravou stranu těla. Ležela v nemocnici ve Vítkovicích, kde si začaly zdravotní sestry a pacienti stěžovat, že pacientka neustále křičí a je vulgární. Zejména při hygieně a manipulaci. Dcera byla nazlobená, že personál s pacientkou nerehabilituje, neposazuje ji a pacientka neustále leží. Proto se sestrou začaly pomalu pacientku vertikalizovat a zkoušet s ní chodit. Pacientka dělala velké pokroky. V LDN rehabilitovala další 2 týdny. Pacientka zvládala chůzi maximálně 2 metry a to s oporou. Pacientka začala být inkontinentní, při hygieně křičela a používala vulgární výrazy. Dcera ji zajistila vozíček a polohovací postel, obstarala inkontinentní pomůcky a pojízdné klozetové křeslo, na které ji vysazovala. Prodloužila si osobní asistenci od 8:30 do 12:30 hodin. Jelikož měla pacientka v koupelně vanu, nechala dcera přestavět koupelnu se sprchovým koutem, kde se pacientka dostane s klozetovým křeslem.

Současnost

Pacientka je velice spavá, nechce ráno vstávat z postele. Ranní hygienu celého těla ji provádí asistentka nebo dcera na lůžku. Převážně v létě bývá velmi opruzená v kožních záhybech a v oblasti třísel, které se musí ošetřovat. Na vozíček si z postele s pomocí asistentky přesedne. Jídlo často odmítá, musí se jí dávat přímo do úst společně s léky. Objevují se u ní

infekce močových cest a musí se často pobízet k pití tekutin. Když je pěkné počasí, asistentky s ní chodí na procházky nebo vysedávají na zahrádce. Pokud venku prší nebo je zima, snaží se pacientku aktivizovat např. zpíváním písniček, čtením knih, prohlížením obrázků nebo fotek rodiny, házením s míčkem nebo povídáním. Pacientka často přes den usíná a aktivizovat ji je náročné. Asistentka přichystá a ohřeje oběd, který je dovážen z restaurace. Poté pacientku uloží do postele, vymění inkontinenční pomůcky, zajistí postranici a odchází. Navštěvují ji pravidelně všechny děti, vnoučata i pravnoučata. Menší pravnoučata z ní mají občas strach z důvodu, že pacientka i při manipulaci křičí. Každý týden ji navštěvuje dlouholetá kamarádka. V době, kdy pacientka tráví čas s osobní asistentkou, využívá dcera při nácvičce chůze. Každý den se s pomocí asistentky snaží alespoň kousek po venku nebo domě projít. Každý pátek společně pacientku sprchují na pojízdném klozetu ve sprše. Odpoledne pacientku probudí, vymění ji inkontinenční pomůcku, dává ji svačinku, večeri a zajišťuje pitný režim. Převléká ji do pyžama, společně se před spaním pomodlí a uloží ji do postele. Každé čtvrtky se odpoledne o pacientku chodí starat její druhá dcera. O víkendech ji dcera vaří oběd a provádí veškeré činnosti, které provádí přes týden asistentka. Každou neděli ji brává do kostela. V době, kdy je s pacientkou asistentka si vyřizuje své osobní záležitosti. Jezdí stále s manželem na kole, berou si na hlídání vnoučata. 1 x ročně jezdí s manželem na 5 denní dovolenou. Musí po domluvě s dcerami a sestrami vytvořit harmonogram péče o pacientku.

KAZUISTIKA Č. 3

Pacientka má 86 let, je chodící, bydlí sama v jednopodlažním rodinném domě. Neustále je pod dozorem svých třech dětí. Nejvíce času s ní tráví nejstarší dcera, která je jediná v důchodu. Alzheimerova nemoc ji byla diagnostikována v roce 2014.

Anamnéza

Rodinná anamnéza

Maminka zemřela v 84 letech na zápal plic, byla u ní diagnostikována Alzheimerova nemoc. Tatínek zemřel v 79 letech stářím. Měla 3starší sourozence, kteří již nežijí. Bratr zemřel mladý při autonehodě. Jedna sestra zemřela na rakovinu, druhá sestra zemřela stářím.

Osobní anamnéza

Pacientka během života prodělala několik gynekologických operací a operaci močového měchýře. Pravidelně je sledovaná na kardiologii z důvodu šelesti na srdci a hypertenze 1. stupně. V roce 1995 ji byl diagnostikován diabetes mellitus 2. typu. Je léčena perorálními antidiabetiky a dodržuje diabetickou dietu.

Alergická anamnéza

Pacientka nemá žádné alergie.

Farmakologická anamnéza

Kognitivum – tbl. Donepezil 10 mg 0 – 0 – 1

Perorální antidiabetikum - tbl. Trajenta 5 mg 1 – 0 – 0

Perorální antidiabetikum - tbl. Glocophage 500 mg 1 – 0 – 1/2

Antihypertenzivum (beta-blokátor) – tbl. Atram 6,25 mg 0 – 0 – 1

Statiny - tbl. Sortis 20 mg 0 – 0 – 1

Antikoagulancium - tbl. Anopyrin 100 mg 0 – 1 – 0

Gynekologická anamnéza

Pacientka prodělala 3 porody, které byly bez komplikací. Po menopauze podstoupila několik gynekologických operací a operaci močového měchýře.

Pracovně – sociální anamnéza

Pracovala celý život v JZD. Pobírá starobní důchod, při kterém chodila 5 let vypomáhat jako pomocná kuchařka v mateřské škole. Pacientka bydlí sama v rodinném domě. Starají se o ni její 3 děti. Navštěvují ji vnoučata i pravnoučata. Každý týden navštěvuje společně s nejstarší dcerou klub důchodců.

Nynější onemocnění

Alzheimerova choroba – druhá pokročilá fáze. Diabetes mellitus 2. typu. Šelest na srdci. Hypertenze 1. stupně.

Předchorobí

Pacientka pracovala celý život v JZD. Měla velmi ráda zvířata. S manželem doma chovali prasata, slepice, králíky, husy a kačeny. Manžel byl včelař. Vychovali spolu 2 dcery a 1 syna, kteří se v dospělosti z domu odstěhovali. Po smrti manžela se potýkala se zdravotními problémy. Onemocněla diabetem mellitus, který léčila dietou a později perorálními antidiabetiky. Byla velmi samostatná, starala se sama o domácnost, stále chovala slepice a králíky až do roku 2009. S těžší prací na zahradě ji pomáhaly děti a vnoučata. V roce 2009 její dům zasáhly povodně. Přišla o veškeré zvířectvo, měla vytopený sklep i celý jednopodlažní dům. Pacientka tuto situaci velice těžce nesla a výrazně ji poznamenala. Za každou cenu chtěla její dům zachránit a strávit v něm zbytek svého život. Nejstarší dcera si pacientku na přechodnou dobu ubytovala doma a společně s celou rodinou se pustili do oprav. Trvalo půl roku, než se mohla pacientka do domu vrátit. Pacientka byla spokojená, že se do domu opět vrátila. Byla velice pracovitá, celé dny trávila na zahradě nebo uklízením. Dcera pacientky přišla brzy o manžela. Má jednu dceru, která se po dokončení střední školy odstěhovala do Německa, kde žije s rodinou doposud. V roce 2010 začala pobírat starobní důchod. Bydlí sama v bytě nedaleko domu pacientky.

Začáteční potíže

Přibližně v roce 2013 si dcera všimla, že maminka vaří na oběd velké porce, které obědvávala i 4 dny. Z toho důvodu ji zařídila, aby ji služba obědy vozila každý den domů. Při návštěvách pacientky dcera zpozorovala, že kalíšek s léky, do kterého si pacientka léky sama přichystávala, je stále plný. Připomínala ji, aby léky pravidelně užívala. Zaznamenala, že má problém i s časovou orientací. Čím dál častěji se stávalo, že nevěděla, co bylo včera nebo co měla na oběd. Při rozhovoru se sousedkou pacientky se dcera dozvěděla, že otevírala dveře cizím

lidem, kteří se jí snažili nabízet různé produkty. V kuchyni měla plynový vaříč, na kterém si ohřívala jídlo. Dcera jí proto pořídila mikrovlnnou troubu, kterou pacientka nechtěla používat. Jednoho dne si pacientka chtěla uvařit čaj v rychlovarné konvici, kterou už léta používala. Rychlovarnou konvici položila na plynový vaříč, který zapnula a rychlovarnou konvici rozbila. Jelikož odpojení plynu by znamenalo rozbourání celé kuchyně a obavy o zdravotní stav maminky byly stále větší, děti pacientky se rozhodly, že jí nebudou nechávat samotnou.

Přijetí diagnózy

Rok 2014

Dcera navštívila obvodního lékaře pacientky a vylíčila mu příznaky, které se pacientky objevily. Lékař jí doporučil, aby s maminkou navštívila psychiatra. Pacientka návštěvu psychiatra odmítala. Nepřipouštěla si, že by měla problém s pamětí. Obhajovala se, že všechnu práci zvládá sama, že nepotřebuje, aby jí někdo kontroloval, že ona je v pořádku. Dcera jí alespoň přesvědčila, aby se dostavila k obvodnímu lékaři, který jí pomocí otázek a jednoduchých testů vyšetřil. Lékař dceři sdělil, že by se mohlo jednat o Alzheimerovu chorobu. Vysvětlil pacientce, že by měla navštívit psychiatra, který by jí mohl předepsat léky, které by mohly zpomalit příznaky nemoci. Pacientka již souhlasila a podrobila se vyšetření. Lékař pomocí testů diagnostikoval první stadium Alzheimerovy choroby. Dcera se sešla se svými sourozenci a vytvořili spolu harmonogram, aby pacientka nebyla přes den doma sama.

Průběh

Rok 2015

Pacientka navštěvovala každou středu klub důchodců, do kterého jí dcera pravidelně doprovázela. Snažila se být samostatná, často děti napomínala, že jí jen pořád kontrolují, starají se o ni, a že ona takovou péči nepotřebuje. Občas se stávalo, že si pacientka sedla mimo židli a upadla na zem. Pamatovala si jména bratranců a spolužaček ze školy, kteří již dávno nežijí, ale jména svých vnuků a pravnuků nevěděla. Když si chtěla uvařit kávu, postavila se před kuchyňskou linku, přemýšlela, a nevěděla, co má dělat. Odůvodnila tuto situaci, že už na kávu chuť nemá. Na toaletu si docházela sama, v noci občas trpěla inkontinencí. Hygienu prováděla samostatně, s přípravou jídla problém neměla. Na nákup chodila s dcerou, ta jí musela připomínat, které věci v domácnosti chybí. Nejstarší dcera již byla na důchodě, a proto trávila s pacientkou nejvíce času. Byla s ní celé dopoledne do 3 hodin a odpoledne se střídala druhá dcera se synem. Zhruba v 8 hodin mladší dcera nebo syn odcházeli, uložili

pacientku do postele a do rána bývala pacientka v domě sama. Víkendy trávila se starší dcerou. O víkendech se v jejím domě scházeli ostatní členové rodiny, manželé dětí, vnuci a pravnucci. Pacientka s dcerou vždy něco sladkého upekla. Dcera začala pacientku doprovázet na kontroly k lékařům a velmi ji kontrolovala. U obvodního lékaře ji zajistila inkontinenční pomůcky na noc. Začala se starat o hospodaření peněz pacientky.

Rok 2016

Dcera přicházela k pacientce domů okolo 6 hodiny. Při příchodu do ložnice uviděla pacientku ležet na zemi. Naříkala bolestí, byla celá pokálená a držela se za rameno. Dcera ihned přivolala rychlou lékařskou pomoc, alespoň z části se snažila pacientku umýt od výkalů. Po příjezdu do nemocnice se zjistilo, že má pacientka vykloubené rameno, které ji museli pod narkózou nahodit zpátky. Ležela v nemocnici přibližně 5 dní. Pacientka si přestávala umět přichystat jídlo a musela ji dcera pomáhat. Zapomínala, jak se zapíná televize, zbytky jídla chtěla nechávat slepicím, které od roku 2009 neměla. Začala říkat věci, které nebyly pravdivé, a měla svoji smyšlenou fantazii. Jelikož chtěla být stále samostatná a namlouvala si, že pomoc nepotřebuje, nechala ji dcera, aby si chod domácnosti vedla sama. Pacientka pouze umývala a uklízela nádobí a udržovala si zahrádku. Přestala prát prádlo, vytírat podlahy, umývat koupelnu a toaletu a v domě začal být nepořádek. Když ji dcera na tuto skutečnost upozornila, rozhořčila se, že uklízela včera. Dcera měla o pacientku strach, a proto se rozhodla, že se k ní přestěhuje. Začala pro sebe i pacientku vařit obědy, trávila s ní většinu svého času, brávala ji s sebou do města na nákup, stále ji doprovázela do klubu seniorů. Začala se starat o úklid domu, praní prádla a žehlení. Často spolu s pacientkou pekly koláče nebo buchty. Do kalendáře si zaznamenávala pacientčiny kontroly u lékaře a včasné vyzvedávání všech léků. Musela si veškerý čas organizovat, když si potřebovala něco vyřídit, nebo navštívit svoji dceru v Německu, na pacientku dohlížela mladší sestra a syn, kteří si museli zařídit v zaměstnání dovolenou.

Rok 2017

Pacientka v zimě onemocněla, dostala vysoké horečky a velmi kašlala. Obvodní lékař usoudil, že se jedná o zápal plic. Její stav se po podání antibiotik nelepšil, a proto ji doporučil hospitalizaci v nemocnici. Pacientka nechtěla jíst, byla velice slabá, močila a kálela do plen. Po 5 dnech se její stav začal zlepšovat. Dcery i syn pacientku v nemocnici každý den navštěvovali. Všimli si, že je pacientka ve špatných podmínkách. Ležela stále v pokálených plenách, byla v intimních partiích opruzená, peřinu měla špinavou od jídla, zapáchala a nikdo s ní od doby hospitalizace nechodil. Obávali se, že přestane chodit a začali s ní postupně

sami rehabilitovat. Když viděli, že pacientka zvládá chůzi bez problému, podepsali revers a pacientku si odvezli domů. Pacientka již nevládala chodit na toaletu a musela i přes den začít nosit pleny.

Současnost

Pacientka má stále dojem, že pomoc druhých nepotřebuje. Pečovatelku odmítá, říká, že by ji vyhnala. Koupe se ve vaně, často při koupání nadává a vymýšlí si, že se koupala včera. Má problém s vyjadřováním, trvá jí dlouho, než vysvětlí, co potřebuje. Domácí práce ani práce na zahradě již neprovádí, má při nich bolesti ramene. Moč ani stolici neudrží, používá inkontinenční pomůcky. Někdy dceru upozorní, že by chtěla na toaletu. Obléká se sama, dcera ji pouze vhodné oblečení chystá. Někdy se stane, že se jí nepovede obléct správně a přehodí vrstvu oblečení. Najíst se zvládá bez pomoci, někdy se dusí suchým jídlem. Stále navštěvuje klub seniorů, ráda si s ostatními členy povídá. Dcera jí musí nutit, aby se koupala. Dopomáhá ji při hygieně, chystá jídlo a vaří obědy. Stará se o chod domácnosti a uklízí dům. Na nákupy chodí společně s pacientkou. O zahradu se stará syn. O víkendech se stále celá rodina schází, což dceru velmi těší. Může se vždy spolehnout na sestru i bratra. Snaží se alespoň 3x ročně jezdit za dcerou a vnuky do Německa. Stále ráda čta knihy a háčkuje. V současné době do domova se zvláštním režimem maminku umístit nechce, protože by do domova maminka nechtěla.

KAZUISTIKA Č. 4

Pacientka má 84 let, bydlí v rodinném domě se svou dcerou, zetěm a dospělým vnukem. Je chodící, stará se o ni dcera, v době její nepřítomnosti vnuk nebo vnučka. Alzheimerovu chorobu ji diagnostikovali před 2 lety, nyní je v první lehké fázi onemocnění.

Anamnéza

Rodinná anamnéza

Maminka zemřela v 86 letech, objevily se u ní taktéž projevy Alzheimerovy demence. Tátinek zemřel na infarkt myokardu v 75 letech. Pacientka byla jedináček.

Osobní anamnéza

Pacientka se léčila s městnavým srdečním selháním, plicní hypertenzí a varikózama dolních končetin. Léčí se s hypertenzí 2. stupně.

Gynekologická anamnéza

Pacientka má 2 zdravé děti. Je po hysterektomii a adnexitomii.

Farmakologická anamnéza

Antihypertenzivum (betablokátor) - tbl. Bisoprolol 5mg 1 – 0 – 1

Antihypertenzivum (diuretikum) - tbl. Verospiron 25 mg 0 – 1 – 0

Kardiotonikum - tbl. Digoxin 125 mg 1 – 0 – 0

Antikoagulancium - tbl. Anopyrin 100 mg 0 – 1 – 0

Alergická anamnéza

Pacientka nemá žádné alergie.

Pracovně – sociální anamnéza

Pracovala celý život jako učitelka prvního stupně na základní škole. Bydlí s rodinou v domě. Pobírá starobní důchod.

Nynější onemocnění

Alzheimerova choroba 1. stupně (lehká fáze). Hypertenze 2. stupně.

Předchorobí

Pacientka bydlela s manželem v bytě v malebném městě na Moravě. Měli spolu dceru a syna. Pracovala celý život jako učitelka na základní škole. Po smrti manžela se odstěhovala do středních Čech za přítelem. S dětma se stýkala přibližně 2x ročně, často s nimi telefonovala. Měla velmi ráda děti a zvířata. Vnoučata brávala na výlety do Zoo, do muzeí nebo zábavních center. V bytě chovala papouška a kočku. Velmi o sebe pečovala a dbala na svůj vzhled. Pravidelně chodila ke kadeřnici, na masáže, manikúru a pedikúru, líčila se a jezdila s přítelem do lázní.

Začáteční potíže

Rok 2016

Pacientka přestala dceři téměř skoro telefonovat a 2x po sobě se stalo, že měla rodinu přijet navštívit, ale návštěvu zrušila. Dcera se proto rozhodla přijet za pacientkou sama. Když ji uviděla, málem pacientku nepoznala. Byla velice vyhublá, zanedbaná a oteklá. Od jejího přítele se dozvěděla, že neužívá správně léky, že zapomíná vypínat plyn, má problémy s ovládním telefonu nebo televize, téměř skoro nic nechce jíst a že je velice slabá. Dcera se proto rozhodla pacientku přivést k jejímu obvodnímu lékaři, kterého měla stále na Moravě. Ten pacientku doporučil okamžitě hospitalizovat na interní oddělení pro městnavé srdeční selhání a plicní hypertenzi. Pacientka se v nemocnici léčila zhruba 3 týdny, dcera ji z důvodu podvýživy zařídila setkání s nutriční terapeutkou, která ji předeepsala užívání Nutridrinků. Dcera společně s bratrem i dětma pacientku navštěvovala a po zlepšení jejího stavu s ní začala rehabilitovat a chodit. Dcera i zdravotnický personál zaznamenali, že je pacientka velmi zmatená. Nepamatovala si, co se dělo před chvílí, nevěděla, kde se nachází, neustále zdravila ostatní pacientky na pokoji a myslela si, že je vidí poprvé. Po propuštění z nemocnice si dcera vyzvedla v Čechách pacientčino oblečení a její osobní věci a nastěhovala si ji domů.

Diagnostika nemoci

Rok 2016

Projevy zmatenosti se neustále opakovaly, a proto dcera tento problém oznámila praktickému lékaři, který pacientce doporučil navštívit psychiatra. Lékařka pacientku vyšetřila pomocí MMSE testu, Adebrookského testu, pozorování a rozhovoru. Poslala pacientku na CT

vyšetření mozku, které neukázalo žádnou patologii. Usoudila tedy, že se jedná o Alzheimerovu nemoc s prvním, lehkým stadiu. Předepsala ji lék Donepezil a doporučila dceři, aby si zažádala o příspěvek na péči a aby pacientku nenechávala doma samotnou bez dozoru.

Průběh

Rok 2018

Pacientka byla pod dozorem své dcery, zetě i obou vnoučat. Dcera pacientce začala vařit, podávat ji léky, doprovázela ji na kontroly k lékaři, na poštu, ke kadeřnici i do obchodu. Užívala lék Donepezil, který ji způsoboval nežádoucí účinky léku. Začala být neklidná, podrážděná, měla halucinace v podobě pavouků lezoucích po zdi. Z toho důvodu dcera s pacientkou navštívila psychiatricku a tento problém ji sdělila. Ta pacientce naordinovala lék Buronil, který se užívá pro léčbu úzkostných stavů a nočního neklidu. Pacientka byla po léku velice spavá, oblouzněná, začala trpět únikem moči a její stav se zhoršil. Dcera se rozhodla lék Buronil i Donepezil pacientce nepodávat. V oblasti hygieny byla pacientka samostatná, úklid domácnosti zvládala s malou pomocí. Neustále a dokola hledala různé předměty např. (klíče, hřeben, kapesníky nebo kabelku), které dcera nacházela na podivných místech (pod postelí, ve skříni s oblečením nebo v pračce). Stále o sebe a svůj vzhled pečovala, prováděla si manikúru i pedikúru, na společenské akce se líčila, vlasy si neustále upravovala a tělo si promazávala tělovým mlékem.

Současnost

Pacientka má z větší části porušenou krátkodobou paměť. Nepamatuje si, co dělala před chvílí, kde byla včera nebo co měla na oběd. Ptá se na věci stále dokola. Vzpomínky z historie a mládí a ze školních let si vybavuje velice dobře. Obléci se zvládá sama, někdy tvrdí, že oblečení není její a nechce jej na sebe. Jednoduché jídlo jako namazání chleba si dokáže připravit sama s dopomocí. Na nákup chodí s doprovodem, vybírá si sama na co má chuť. Při hygieně na ni rodina dohlíží, 2x týdně ji dcera koupe. Velice často si češe a upravuje vlasy, maže pokožku různými krémy. Na toaletu si chodí samostatně, přes noc ji z důvodu úniku moči dcera nasazuje plenkové kalhotky. Dcera se stará o finance, má přístup k její platební kartě. Pacientka si neustále přepočítává peníze v peněžence, má pocit, že jí peníze chybí, ikdyž to tak není. Telefon již neobsluhuje, občas se jí podaří zvednout hovor. Přes den sleduje televizi, podílí se na úklidu domácnosti, pomáhá při vaření. Dcera s ní luští křížovky, čtou společně noviny, trénují spolu paměť pomocí pojmenování fotek, hraje s vnoučaty stolní hry nebo společně tvoří různé předměty. Jsou dny, kdy se pacientka dobře vyspí

a je její stav je lepší, je samostatná a dokáže adekvátně odpovídat a naopak dny, kdy je velmi zmatená, neklidná a mluví nesmysly. Dcera se pacientku snaží zapojovat do společných akcí, chodí s ní na procházky do přírody, jezdí s ní a rodinou na výlety, navštěvují společně srazy učitelek, důchodcovské akce a plesy, narozeninové oslavy a rodinné srazy. Má stále kladný vztah k dětem a zvířatům, v domácnosti chovají 2 kočky, se kterými si ráda hraje a hladí je.

KAZUISTIKA Č. 5

78. letá pacientka, chodící, AD ji byla zjištěna před 7 lety. Momentálně se nachází v 2. stadiu nemoci. Žije v domácnosti se svým nemocným manželem. Manžel prodělal cévní mozkovou příhodu a zůstal na pravou stranu těla hemiparetický. Druhé podlaží domu obývá její dcera, která se o ni stará. Využívá služeb osobní asistence od 7:30 do 15:30 hodin, v případě domluvy s osobní asistentkou i o víkendech.

Anamnéza

Rodinná anamnéza

Tatínek zemřel doma v 74 letech z důvodu cévní mozkové příhody. Maminka se dožila 84 let, po 80 letech se u ní objevilo občasné zapomínání, měla diabetes mellitus 2. typu. Zemřela stářím. Pacientka měla 3 starší bratry. Nejstarší bratr zemřel na zápal plic, nejmladší bratr na cévní mozkovou příhodu, prostřední bratr stále žije ve věku 90 let.

Osobní anamnéza

Alzheimerova choroba – druhé pokročilé stadium. Od 52. let se pacientka léčí s Crohnovou nemocí. Střídají se u ní období remise a relapsu nemoci. Glaukom ji byl diagnostikován v 65 letech.

Alergická anamnéza

U pacientky nebyly zjištěny žádné alergen.

Farmakologická anamnéza

Inhibitor protonové pumpy – tbl. Loseprazol 20 mg 1 – 1 – 0

N-metyl-D-aspartátových (NMDA) glutamátérních ionotropních receptorů – tbl. Memantine 20 mg 1 – 0 – 0

Antiflogistikum k léčbě nespecifických střevních zánětů - tbl. Asacol 400 mg 0 – 0 – 2

Antipsychotikum - tbl. Tiapridal 0 – 0 – 1

Im. Vit. B12 1x měsíčně

Alergická anamnéza

Pacientka nemá žádné alergie.

Gynekologická anamnéza

Pacientka porodila 2 zdravé děti. V období menopauzy se u ní objevily s ní spojené nepříjemné příznaky a pacientka užívala substituční hormonální léčbu.

Pracovně - sociální anamnéza

Pracovala celý život ve Vojenském opravárenském podniku, společně se se svým manželem. Do práce chodili přibližně 2 km pěšky. Žije v rodinném domě se svým manželem, dcerou a zetěm. Ráda se účastní společenských akcí, na které ji doprovází dcera.

Nynější onemocnění

Azheimerova choroba – druhá pokročilá fáze. Morbus Crohn. Glaukom.

Předchorobí pacientky

Pacientka byla velmi společenská. Chodila ráda mezi lidi, navštěvovala kamarádky, společenské akce a ráda si povídala. Angažovala se i v oblasti politiky, byla ve svazu žen, chodila na různé obecní schůze. V roce 1999 pacientka odešla do penze. Věnovala se vyšívání, šila polštářky, spravovala oblečení na míru. Ráda luštila křížovky, sudoku a osmisměrky. Pečovala o domácnost, pravidelně uklízela, vařila obědy sobě i manželovi, občas i pekla. Pravidelně si kupovala časopisy pro ženy. Starala se o veškeré finance její společné domácnosti s manželem, navíc také o finance syna, který se přestěhoval do Ameriky. Po onemocnění manžela, začala být pacientka na jeho osobu nepříjemná, často se s ním hádala nebo s ním vůbec nekomunikovala. Dcera pacientky v roce 2010 vyhrála konkurz a stala se starostkou obce. Byla časově velmi omezená, ale snažila se i nadále věnovat rodině. Účastnila se přednášek, konferencí a podílela se na kulturních a společenských událostí obce. Navštěvovala kamarádky, starala se o zahrádku a o domácnost, jezdila na koni. S maminkou řešila většinou pouze organizační věci ohledně domácnosti a úklidu nebo rodinných oslav. Osobní věci spolu nikdy neprobíraly.

Začáteční potíže

Rok 2011

Manželka bratra pacientky při návštěvě zpozorovala, že je pacientka někdy zmatená, že si plete minulost a že ji připadá „divná“. Oznámila tuto skutečnost dceři pacientky, která si začala maminky více všímat. Pacientka vařila sobě i manželovi obědy. Když se dcera

tázala, co rodiče měli k obědu, zjistila, že pacientka vaří stále stejná jídla neustále dokola. Nejčastěji se jednalo o řízky s bramborem. Pacientka se s dcerou střídala v umývání podlah v předsíni. Najednou začala umývat podlahy každý týden i místo dcery. Když chtěla dcera po mamince poopravit délku kalhot, pacientka ji přiznala, že šít už neumí. Přestala luštit křížovky, důvodem prý bylo, že ji křížovky již nebaví. Manžel pacientky dceru upozornil, že se opakují situace, kdy pacientka otevírá upomínky o nezaplacených složenkách. Dcera se snažila s pacientkou o jejich problémech komunikovat, ale pacientka rozhovory odmítala.

Diagnostika nemoci

Rok 2012

Dcera přesvědčila pacientku, aby společně navštívily obvodního lékaře. Ten s pacientkou provedl základní kognitivní test, který prokázal zhoršení kognitivních funkcí. Pacientce doporučil vyšetření na neurologické ambulanci. Neurolog pacientku vyšetřil a objednal na CT mozku, které neodhalilo žádné závažnější onemocnění. Následně ji vyzval, aby navštívila ambulanci kognitivních funkcí ve Fakultní nemocnici v Ostravě. Zde lékař provedl podrobnější kognitivní testy a diagnostikoval první stadium Alzheimerovy nemoci. Nasadil pacientce lék Donepezil a Ginko bilobu. Pacientka se s dcerou o diagnóze bavit nechtěla. Dcera o onemocnění mnoho informací neměla a začala si problematiku této nemoci vyhledávat na internetu.

Průběh nemoci

Rok 2013

Pacientka začala být po užívání léku Donepezil agresivní a to zejména na manžela, který měl z důvodu pravostranné hemiparézy problémy s motorikou. Pacientka do něj strkala a vulgárně mu nadávala. Dcera pacientce a jejímu manželovi zajistila každodenní dovážení obědů z pohostinství, musela začít pacientce nakupovat potraviny i běžné věci denní potřeby a převzít placení veškerých financí do svých rukou. Začala každé úterý a čtvrtek dovážet do denního stacionáře, kde trávila celé dopoledne od 8 do 14 hodin. Ve stacionáři si s ostatními klienty zpívali, cvičili, tvořili různé předměty, hráli hry a chodili na zahradu. Pacientce se ve stacionáři příliš nelíbilo, nechtěla spolupracovat a podřídit se režimu. Často se stávalo, že stacionář v papučích opustila a dcera musela pacientku po městě hledat. Z toho důvodu musela využití služby ukončit. Dcera si vyřídila příspěvek na péči a pravidelně pacientku dovážela na prohlídky k lékařům.

Rok 2015

Pacientka začala mít problém s přípravou běžného jídla, zapoměla, jak se zapíná pračka a začala chodit ve špinavém oblečení. Začala opouštět dům a toulat se po ulici. Rodina pacientky musela začít dům zamykat a klíče před pacientkou schovávat. Začala být agresivní i na svou dceru, která ji začala více kontrolovat a dbát, aby pacientka byla řádně umytá, užívala správně léky a chodila v čistém oblečení. Úklid domácnosti zvládala bez problémů. Dcera začala shánět někoho, kdo by s pacientkou trávil dopoledne čas a dopomohl ji. Pacientka pomoc manžela odmítala. Dcera oslovila známou, která byla na rodičovské dovolené, a ta s malou výpomocí souhlasila. Známa dcery měla již skoro dospělé ostatní děti, které ji nejmladšího člena rodiny občas pohlídaly. Vždy se domlouvaly individuálně dle hlídání a směn manžela. Nejčastěji docházela dopoledne o víkendech.

Rok 2017

Pacientka se postupně zhoršovala ve vyjadřování, často nevěděla, co chce říci, zadržávala se a dlouho přemýšlela nad slovy. Přestala se umět oblékat, měla problém provést hygienu a potřebovala stále více dopomoci při běžných činnostech. Její agresivita se stále stupňovala, fyzicky napadala dceru, pečovatelku i manžela. Při kontrole u lékaře v ambulanci kognitivních funkcí dcera sdělila tento problém lékaři, který pacientce naordinoval lék Buronil a Tiapridal. Pacientce se po léčích výrazně zhoršil její stav. Přes den byla stále velice spavá a nechtěla vylézt z postele, mluvila nesmysly, byla oblouzněná, zpomalená a začala se pomočovat. Dcera ji pořídila inkontinenční pomůcky a speciální nepromokavou matraci. Naordinované léky začala pacientce postupně vysazovat. Předčasně ji objednala k lékaři a požadovala, aby nově naordinovanou medikaci zrušil. Ten se však rozčílil, že užívané léky jsou na jeho zodpovědnost a dcera nemá oprávnění jeho medikaci jakkoliv měnit. Odůvodnil dceři, že agresivitu způsobuje lék Donepezil, který má zpomalovat postup AD. Po domluvě z dcerou lék z ordinace vyřadil. Paní, která za pacientkou docházela, měla končit rodičovská dovolená. Proto dcera pacientky začala hledat jinou organizaci, která poskytuje služby osobní asistence. Oslovila celkem 3 organizace, ale žádná z nich neměla v nejbližší době volnou kapacitu. Známa dcery si k pacientce již vytvořila pěkný vztah a rozhodla se nastoupit na pracovní úvazek k jedné z organizací. Nastoupila na 8 hodinové směny od 7:30 do 15:30 hodin. Dcera si zažádala o přezkoumání a příspěvek na péči byl pacientce navýšen na 3. stupeň.

Současnost

Pacientka má velký problém nalézat správná slova, často říká „zkomoleniny“ a nesmyslné věty. Na druhou stranu jsou chvíle, kdy řekne souvislou větu odpovídající dané situaci. Neudrží moč ani stolici, na toaletu si sama nezajde a používá inkontinenční pomůcky. Osobní asistentka i dcera ji pravidelně vysazují na toaletu. Přichystané jídlo pojídá sama, musí se jí však připomínat, neboť má tendence od jídla odcházet. Příborem jíst nezvládá, musí se často pobízet, aby pila. Asistentka nebo dcera ji provádí každodenní hygienu, pomáhá jí při oblékání, 1x týdně ji společně okoupou ve vaně, což se pacientce nelíbí a brání se. Asistentka s ní chodí každý den na procházky. Manžel pacientky ji přichystává jídlo. Dcera ji obarvuje vlasy a zajišťuje kadeřnici, která ji stříhá doma. Navštěvují ji vnoučata, účastní se rodinných oslav a setkání. Dcera ji brává i na některé společenské akce a na setkání jubilantů, kde pacientka tancuje, také zpívá a je mezi lidmi spokojená a usměvavá. Asistentka provádí základní úklid domácnosti jako je umytí nádobí, vysátí. Dcera si připadá uvážaná, jelikož jako starostka obce je časově vytížená, domlouvá si s asistentkou také víkendovou pomoc se zkrácením pracovní doby přes týden. Péče o její maminku ji zabírá mnoho času, mnohdy na úkor partnerského vztahu nebo věnování se koníčkům. Velkou oporu má v osobní asistenci, na kterou se může vždy obrátit. Provádí pouze menší úklid domácnosti jako je praní, žehlení, umývání podlah. Na větší úklid jako je utírání prachu nebo umývání oken si zařizuje paní na úklid. Snaží se věnovat i sama sobě, dlouho se zanedbávala a nyní se snaží o sebe více pečovat a trávit čas i s kamarádkami.

2 VÝSLEDKY

Kazuistika č. 1

Výzkumná otázka č. 1

Jakým způsobem se změnil život pacienta s Alzheimerovou chorobou?

Pacientka opouštěla dům, nyní nemůže sama chodit na ulici. Nelustí již křížovky, má problém s vyjadřováním (neumí vyjádřit své potřeby), je odkázána na pomoc druhých. Straní se kolektivu, ve větším počtu lidí nemluví, má močovou inkontinenci a používá inkontinenční pomůcky. Zhoršila se její jemná motorika (neumí si zavázat tkaničky, jíst příborem, přepnout televizi). Neumí psát, čte pouze nadpisy v novinách, trpí třesem rukou, zhubla a přestala se usmívat. Bratři a synové ji začali méně navštěvovat z důvodu, že je nepoznává a nevědí, jak s ní komunikovat.

Výzkumná otázka č. 2

Jaké se objevily první varovné příznaky nemoci?

Pacientka si začala plést jména, zhoršilo se její vyjadřování a přestala umět ovládat mobilní telefon. Přestala si čistit zuby, nechodila včas do práce, kterou si přivydělávala při důchodu a musela práce zanechat. Přestala péct, vařila pouze jednoduchá jídla a instantní polévky.

Výzkumná otázka č. 3

Jakým způsobem se změnil život pečujícího o pacienta s Alzheimerovou chorobou?

Dcera pacientku převléká, doprovází na toaletu, provádí osobní hygienu (koupání, čištění zubů, česání), podává a chystá ji léky. Zajišťuje nákup potravin a ostatních domácích potřeb, vyzvedává inkontinenční pomůcky a zajišťuje jejich pravidelnou výměnu, připravuje jí jídlo, zajistila dovoz obědů z restaurace. Objednává pedikérku a kadeřnici, které dochází domů k pacientce. Vyřídila si příspěvek na péči. Neustále pacientku kontroluje, zajišťuje její bezpečnost (zamykání dveří, uzamykání nebezpečných předmětů). Servíruje jí oběd, o víkendech obědy pro pacientku vaří. Chodí s ní na procházky, pere a žehlí její prádlo. Zajistila vybudování sprchy, provádí úklid její domácnosti, stará se o jejího psa, dohlíží na pitný režim a pravidelné vyprazdňování. Obstarává její finance, doprovází ji na lékařské prohlídky, dohlíží, aby četla noviny, společnými silami luští křížovky. Zapojuje pacientku do společ-

ných rodinných akcí a výletů. Nemá tolik času na společné aktivity s manželem. V její nepřítomnosti zajišťuje zástup s pomocí dcer, kamarádky pacientky nebo manželky bratra pacientky.

Kazustika č. 2

Výzkumná otázka č. 1

Jakým způsobem se změnil život pacienta s Alzheimerovou chorobou?

Pacientka je velice spavá a nechce vstávat z postele. Je inkontinentní, z důvodu cévní mozkové příhody je invalidní, využívá vozíček. Je odkázána na pomoc druhých, nezvládne si sama připravit jídlo, najíst se, nezvládne úklid domácnosti. Její vyjadřování je slabé, číst ani psát neumí. Neumí již hrát na kytaru, občas si vzpomene na krátké úryvky z písniček. Neprovede si hygienu, při manipulaci křičí, je vulgární. Pravnoučata z ní mají strach a nechtějí být v její přítomnosti.

Výzkumná otázka č. 2

Jaké se objevily první varovné příznaky nemoci?

Pacientka přestala vařit obědy, shromažďovala v lednici staré jídlo. Zapáchala a přestala si měnit oblečení z důvodu, že neuměla ovládat pračku. Zhoršila se její prostorová orientace, při pečení si pletla ingredience. Stalo se, že vystoupila na špatné autobusové zastávce a ztratila se.

Výzkumná otázka č. 3

Jakým způsobem se změnil život pečujících o pacienta s Alzheimerovou chorobou?

Dcera pacientce provádí hygienu celého těla, převléká ji, o víkendech ji vaří oběd. Přes týden ji zařídila dovoz obědů z restaurace. Každou neděli s ní chodí do kostela na bohoslužbu. Obstarává veškeré finance. Vyřídila si příspěvek na péči, který využívá v pomoci osobních asistentek. Společně s nimi provádí úklid domácnosti pacientky. Pořídila signalizační zařízení na dveře, když byla pacientka ještě chodící. Podává pacientce jídlo a léky přímo do úst, zajišťuje, aby dodržovala pitný režim. Doprovází ji k lékaři. Společně s asistentkami se s pacientkou snaží alespoň kousek chodit. Osobní záležitosti si vyřizuje v době, kdy pacientka tráví čas o osobní asistentkou. V případě dovolené s manželem musí vytvořit harmonogram péče o pacientku, k dispozici ji jsou další dvě sestry a dvě dcery

Kazuistika č. 3

Výzkumná otázka č. 1

Jakým způsobem se změnil život pacienta s Alzheimerovou chorobou?

V současné době se musí pacientce připomínat, aby provedla hygienu, nechce se koupat. Má problém s vyjadřováním, dlouho ji trvá, než vysvětlí, co potřebuje. Domácí práce na zahradě již neprovádí, moč ani stolici neudrží, používá inkontinenční pomůcky. Přichystat jídlo zvládne s dopomocí. Neumí jíst příborem, ale lžící se najíst zvládne. Musí se jí připomínat, aby šla na toaletu, musí se jí přichystat čisté oblečení, které si sama oblékne. Má stále dojem, že pomoc druhých nepotřebuje, pomoc často odmítá a nalhává si, že vše zvládne sama.

Výzkumná otázka č. 2

Jaké se objevily první varovné příznaky nemoci?

Pacientka jedla obědy i 4 dny, přestala užívat léky. Měla problémy s časovou orientací (pletla si, co dělala ráno, a co večer). Otevírala dveře cizím lidem, rychlovarnou konvici položila na plynový vaříč a konvici zničila.

Výzkumná otázka č. 3

Jakým způsobem se změnil život pečující o pacienta s Alzheimerovou chorobou?

Dcera pacientku koupe a dopomáhá ji při hygieně, uklízí její domácnost, chystá ji oblečení, zajišťuje výměnu inkontinenčních pomůcek, dopomáhá ji při chystání jídla. Obstarává její finance, doprovází ji na kontroly k lékaři. Pere pacientce prádlo, doprovází ji na toaletu. Na nákupy chodí společně s pacientkou, vaří ji obědy. Zajišťuje rodinná setkání v domě pacientky. Zajistila madla v koupelně a na toaletě, má o pacientku strach (aby nespadla). V případě její nepřítomnosti se může spolehnout na pomoc sestry i bratra.

Kazuistika č. 4**Výzkumná otázka č. 1**

Jakým způsobem se změnil život pacienta s Alzheimerovou chorobou?

Pacientka měla období, kdy byla po léčích velmi neklidná, podrážděná a měla halucinace. Další naordinovaná léčiva ji naopak utlumovaly. Byla spavá, oblouzněná a začala trpět noční inkontinencí. Neumí již obsluhovat mobilní telefon, říká věci, které nejsou pravdivé, myslí si, že oblečení ve skříni není její, neustále schovává různé předměty a následně je nemůže najít. Má porušenou převážně krátkodobou paměť, opakuje otázky stále dokola. Potřebuje

dopomoc při hygieně, přípravě jednodušších jídel, úklidu domácnosti. Je ráda v přítomnosti dětí, stále má kočku, se kterou si hraje.

Výzkumná otázka č. 2

Jaké se objevily první varovné příznaky nemoci?

Pacientka začala rušit její příjezdy k rodině, výrazně zhubla, byla slabá a zanedbaná, což u ní bylo nezvyklé. Neužívala léky, stávalo se, že zapomněla vypnout plyn. Měla problém s ovládáním telefonu a televize.

Výzkumná otázka č. 3

Jakým způsobem se změnil život pečující o pacienta s Alzheimerovou chorobou?

Dcera začala pacientce vařit obědy a podávat ji léky. Doprovází ji na kontroly k lékařům, na poštu, do samoobsluhy nebo ke kadeřnici. S pomocí pacientky uklízí dům, chystá jí jídlo, provádí hygienu a pacientku koupe. Obstarává její finance, výběr peněz a placení poplatků. Připomíná jí, aby si zašla na toaletu a dodržovala pitný režim. Vyřídila si příspěvek na péči a dovoz inkontinenčních pomůcek domů. Zapojuje ji do společenských akcí, chodí spolu na procházky do přírody, na rodinné výlety a školní srazy. Obstarala pacientce kočku, o kterou se společně starají. V době její nepřítomnosti ji s maminkou pomáhá syn a dcera.

Kazuistika č. 5

Výzkumná otázka č. 1

Jakým způsobem se změnil život pacienta s Alzheimerovou chorobou?

Po užívání léku Donepezil začala být agresivní, používala vulgární slova a byla útočná na manžela. Stávalo se, že se toulala po ulici. Má problém se vyjádřit, neumí se obléci ani si provést hygienu. Neudrží moč ani stolici, nezvládá jíst příborem, od jídla často odchází. Účastní se společenských akcí (plesy, setkání jubilantů), kde pacientka tancuje i zpívá. Je mezi lidmi spokojená a usměvavá.

Výzkumná otázka č. 2

Jaké se objevily první varovné příznaky nemoci?

Začala být zmatená, pletla si minulost a připadala rodině „divná“. Vařila stále stejná jídla, přestala umět šít a přestala i luštit křížovky. Stávalo se, že zapomínala platit složenky a domů ji začaly chodit upomínky.

Výzkumná otázka č. 3

Jakým způsobem se změnil život pečující o pacienta s Alzheimerovou chorobou?

Dcera pacientce zajistila každodenní dovoz obědů z pohostinství, nakupuje ji potraviny a běžné denní potřeby, platí pacientčiny veškeré účty. Dovážela pacientku do denního stacionáře a k lékařům, vyřídila si příspěvek na péči a osobní asistentku. Zajistila ji inkontinentní pomůcky a nepromokavou matraci. Obarvuje ji vlasy, na stříhání si domlouvá kadeřnici. Provádí pouze menší úklid její domácnosti, v úklid větší si zařizuje paní uklízečku. Péče o maminku ji zabírá mnoho času, mnohdy na úkor vtahu s manželem.

3 DISKUZE

V bakalářské práci jsme se zaměřili na život lidí s diagnostikovanou Alzheimerovou chorobou, kteří žijí v domácím prostředí a jejich rodinné příslušníky, kteří jsou zároveň jejich pečovateli. Výsledky našeho šetření ukázaly, že životy všech respondentů se výrazným způsobem změnilo, a to ve všech oblastech. Zjistili jsme, že pacienti postupně přestali umět vykonávat běžné denní úkony, přestali umět o sebe pečovat, stali se inkontinentními, neumějí se orientovat v čase, místě ani osobou a stávají se závislými na druhých. Tuto skutečnost potvrdila také diplomová práce autorky Bc. Michaely Matoušové, která se zaměřovala na změny v jednotlivých stádiích nemoci. Autorka rovněž zpracovávala kazuistiky, avšak s rozdílem, že se jednalo o lidi v zařízeních lůžkové péče (Matoušová, 2013).

Život lidí s demencí v jednotlivých stádiích nemoci popisuje také příručka přeložena v rámci projektu „Přenos zkušeností a dobré praxe v oblasti péče o osoby s demencí a jinými specifickými potřebami“, která rovněž zdůrazňuje změny v zapomínání, řeči, praktických dovednostech, prostorové a časové dezorientaci, problémech při jídle a pití, vnímání a ztrátě kontroly nad močovým měchýřem a střevy (Ritter-Rauch, 2016).

Výsledky naší práce ukázaly, že se narušily také interpersonální vztahy s příbuznými či kamarády nemocných. Projevy zmatenosti či agresivity, poruchy řeči a nepoznávání osob byly důvodem omezení kontaktu s nemocným. Mým názorem je, že příbuzní či známí často nevědí, jak s nemocným komunikovat a myslí si, že setkání jsou bezvýznamná, protože si jej nemocný stejně nepamatuje.

Dalším zkoumaným jevem byly životy pečovatelů. Zajímalo nás, jakým způsobem se životy pečovatelů změnilo, které záležitosti museli obstarat a které činnosti musejí provádět. Výsledky práce ukázaly, že péče o člověka s demencí je velice fyzicky, psychicky i časově náročná. Všichni pečovatelé musejí provádět hygienu, připravit jídlo, zajistit vyplnění volného času, provádět úklid pacientovy domácnosti, doprovázet jej na pravidelné lékařské prohlídky, zajistit dovoz obědů, inkontinenční pomůcky, vyřídit příspěvek na péči a převzít finance. Velmi oceňují, pokud jim nemocný při těchto úkonech pomáhá a posiluje svoji soběstačnost. V diplomové práci s názvem Posttraumatický rozvoj u osob pečujících o příbuzné s Alzheimerovou chorobou autorka ve svých kazuistikách zmiňuje, že jednotlivé příběhy respondentů mají přítomnost jak negativních, tak i pozitivních změn v jejich životech. Diplomová práce zjistila, že dominujícím důsledkem péče je strach, že nemocný bude zcela

nesoběstačný a odkázán na jejich pomoci, což se v naší bakalářské práci potvrdilo (Podsedníková, 2013, s. 114).

4 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Doporučení pro rodinné příslušníky pečující o člověka s Alzheimerovou chorobou:

- Vyříd'te si finanční podporu (příspěvek na péči)
- Připravte se, že stav nemocného se bude neustále zhoršovat
- Přizpůsobte domácí podmínky zdravotnímu stavu pacienta (např. pořízení nástavce na toaletní mísu, vybudování sprchového koutu místo koupelny při zhoršené pohyblivosti)
- Pravidelně s nemocným navštěvujte jeho lékaře, který zahájil léčbu Alzheimerovy nemoci (léky mohou zpomalit průběh nemoci)
- Dbejte, aby nemocný správně a včas užíval předepsané léky
- Zapojte do péče i ostatní členy rodiny (péče je tělesně i psychicky náročná)
- Nepřeceňujte své síly, pokud budete cítit, že Vás péče již abnormálně vysiluje, obraťte se na pomoc zařízení, která jsou určena na podporu pečujících (např. stacionáře, agentury domácí péče, domovy se zvláštním režimem)
- Předcházejte pádům (např. instalace madel, zakoupení protiskluzových podložek), zraněním (uzamkněte ostré a nebezpečné předměty) a intoxikacím nemocného (dejte pryč z dosahu pacienty léky a čisticí prostředky) vzniklých v souvislosti s pobytem v jeho domácnosti, či opuštěním bytu/domu
- Uvědomte si, že neobvyklé chování, které se u nemocného objevilo, je způsobeno nemocí (pacient používá nepřiměřené či agresivní chováním jako obranný reflex)
- Nekřičte na nemocného, nevyčítejte mu jeho chování, neupozorňujte jej na chyby, snažte se chovat klidně a vlídně
- Snažte se posilovat pacientovu soběstačnost, neprovádějte úkony za něj, ale spíše nemocného ved'te a buďte mu nápomocni
- Snažte se napodobit život nemocného, který žil před vypuknutím nemoci (jeho oblíbené aktivity, rituály, koníčky, záliby, oblíbená jídla, druh zábavy apod.)
- Dbejte na pestré stravování, pitný režim a pravidelné vyprazdňování
- Snažte se nemocného aktivizovat, zapojovat do domácích prací a posilovat jeho fyzickou aktivitu
- Berte nemocného jako sobě rovného, jako křehkou lidskou bytost, která během svého života mnoho dokázala a zaslouží si hodnotné a klidné stáří

ZÁVĚR

V bakalářské práci jsme se zabývali problematikou života lidí s diagnostikovanou Alzheimerovou chorobou. Zaměřili jsme se na lidi, kteří žijí v domácím prostředí a starost o ně připadá jejich rodinným příslušníkům.

Kvalitativním výzkumem jsme zjistili, že pacient s Alzheimerovou chorobou se vlivem nemoci velmi mění, postupně selhává v různých činnostech, stává se závislým na druhých a mění se jeho potřeby. Postupně se stává nesoběstačným, velice často se u něj objevuje inkontinence moči i stolice a je zcela odkázán na pomoc druhých. Denní zautomatizované činnosti jsou pro něj „tabu“. Mění se i jeho chování a osobnost, což může být způsobeno jak vlivem léků, tak vlivem nemoci. Pacient může být najednou agresivní nebo vulgární, ikdyž během svého života se takto nikdy neprojevoval. Změna jeho chování nebo fakt, že nepoznává své blízké, může být důvodem k odměřenosti, snižování kontaktu nebo jeho úplného přerušování ze strany rodiny nebo přátel. Jaký život bude pacient během své nemoci žít, velice záleží na jeho rodině, která mu organizuje a plánuje celý den. V kazuistikách jsme se setkali s tím, že se pečovatelé velmi snažili napodobit život nemocných, který žili doposud. Např. zajištění kadeřnice, manikérky a pedikérky přímo domů, procházky do přírody, doprovod na nedělní bohoslužbu v kostele, účast na společenských akcích, rodinných setkání a výletů. Zaznamenali jsme, že se u pacientů objevují „světlé dny“, kdy je jejich stav lepší, lépe komunikují a spolupracují. A „tmavé dny“, kdy se příznaky jejich nemoci prohlubují. Dalším zjištěným jevem bylo, že nemocným i v pokročilých stádiích přetrvávají jejich osobnostní rysy či oblíbené činnosti jako např. že jsou velmi společenští a rádi navštěvují společenské události, že rádi zpívají nebo se procházejí, že pečují o svou domácnost nebo dbají o svůj vzhled.

Zajímaly nás podrobněji také nejčastější první varovné příznaky nemoci. Ve všech případech je zaznamenali rodinní příslušníci nemocného a představovaly převážně: problémy s vařením, s užíváním léků a poruchu krátkodobé paměti (nevěděli, co se událo včera, co měli na oběd). Nemocní přestali umět zacházet se spotřebiči nebo mobilním telefonem, zanedbávali hygienu (chodili ve špinavém oblečení, nečistili si zuby, zapáchali), přestali provádět jejich oblíbené činnosti (luštění křížovek, hraní na kytaru, vyšívání).

Posledním zkoumaným jevem byly životy pečovatelů. Zjistili jsme, že všichni pečující musejí vykonávat veškeré denní činnosti za pacienta, nebo mu alespoň v těchto činnostech dopomoci. Často by si přáli, aby jejich nemocný byl v co největší míře samostatný a úkony

prováděl sám. Vysvětlování však někdy bývá velice složité a zdlouhavé a jsou nuceni danou činnost vykonat sami. Musejí se také starat o pacientovu domácnost a úklid a zajišťovat pravidelné kontroly u lékařů. Starost o pacienta je velice časově i psychicky náročná a probíhá na úkor jejich osobního života, mnohdy i rodinného nebo partnerského. Ve všech kauzistikách měli pečovatelé k dispozici pomoc ze strany rodiny nebo osobních asistentek. Samotní by starost o pacienta jen těžko zvládali a přiznávají, že jsou občas unavení a vyčerpaní. Ze zákona mají v těchto případech nárok na příspěvek na péči od státu, který si všichni pečovatelé vyřídili. Problém, který se u pečovatelů často objevoval, byl strach o svého nemocného. Často mají obavy, aby nemocný nespádl, neporanil se, nebo se neztratil. Z toho důvodu museli zajistit určitá opatření jako např. zamykat dům a veškeré ostré a nebezpečné předměty nebo vypínat spotřebiče. Někteří museli upravit dům dle potřeb pacienta, většinou se jednalo o koupelnu, instalaci madel nebo vyvýšeného nástavce na toaletu.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- AMES, David, J. T O'BRIEN a Alistair S BURNS. Dementia. Fifth edition. Boca Raton: CRC Press, Taylor & Francis Group, [2017], xx, 915. ISBN 978-1-4987-0310-9.
- BARTOŠ, Aleš a Miloslava RAISOVÁ, 2015. *Testy a dotazníky: pro vyšetřování kognitivních funkcí, nálady a soběstačnosti*. Praha 4: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-3491-3.
- EHRENFREUCHTER, Claudia et al., 2014. *Když se paměť vytrácí... Život s Alzheimerovou chorobou a jinými typy demence z pohledu pacientů i pečujících...* [z německého originálu..přeložili Emílie Harantová a Pavel Danko]. 1. vyd. Praha: Tarsago Česká republika. ISBN 978-80-7406-248-3.
- FIŠAR, Zdeněk, 2009. *Vybrané kapitoly z biologické psychiatrie*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 383 s. Psyché. ISBN 978-80-247-2737-0.
- FRANKOVÁ, Vanda et al., 2011. *Alzheimerova demence v praxi: Konsenzus psychiatricko-neurologicko-geriatrický*. Praha 4: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2423-5.
- GLENNER, Joy A., 2012. *Péče o člověka s demencí*. Praha: Portál, Rádcí pro zdraví. ISBN 978-80-262-0154-0.
- HAUKE, Marcela et al., 2017. *Když do života vstoupí demence: aneb Praktický průvodce péčí o osoby s demencí*. Vyd. 1. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 308 s. ISBN 978-80-906320-7-3.
- HENDL, Jan, 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 437 s. ISBN 978-80-262-0982-9.
- HOLMEROVÁ, Iva et al., 2014. *Průvodce vyšším věkem: Manuál pro seniory a jejich pečovatele*. Praha 4: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-3119-6.
- HOLMEROVÁ, Iva, Eva JAROLÍMOVÁ a Jitka SUCHÁ. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. 2. vyd. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2009. Vážka. ISBN 978-80-86541-28-0.
- JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ, 2009. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada Publishing, 164 s. Sestra. ISBN 978-80-247-2454-6.
- JIRÁK, Roman. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Galén, 2013, 348 s. ISBN 978-80-7262-873-5.
- KULIŠŤÁK, Petr, 2017. *Klinická neuropsychologie v praxi*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-3068-7.
- KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 175 s. Sestra. ISBN 978-80-247-2713-4.

- LUŽNÝ, Jan. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Triton, 2012, 159 s. ISBN 978-80-7387-573-2.
- MACE, Nancy L., Peter V. RABINS, 2018. *Alzheimer: rodinný průvodce péči o nemocné s Alzheimerovou chorobou a jinými demencemi: ztráta paměti, změny chování a nálad, jak vydržet v roli ošetřovatele, každodenní péče o blízké s demencí či ztrátou paměti*. Přeložil Daniel Micka. Praha: Triton. ISBN 978-80-7553-583-2.
- MÁTĽ, Ondřej, Martina MÁTĽOVÁ a Iva HOLMEROVÁ, 2016. *Zpráva o stavu demence 2016: : Kolik zaplatíte za péči?*. Praha: Česká alzheimerovská společnost, o.p.s., s podporou MZ ČR. ISBN 978-80-86541-50-1.
- ONDRIÁŠOVÁ, Mária, 2011. *Kognitívne poruchy vo vyššom veku*. 1. vyd. Bratislava: Herba. Malá lakárska knižnica. ISBN 978-80-89171-81-1.
- PIDRMAN, Vladimír, 2007. *Demence*. Praha: Grada, 2007, 183 s. Psyché. ISBN 978-80-247-1490-5.
- REGNAULT, Mathilde, 2011. *Alzheimerova choroba: průvodce pro blízké nemocných [z francouzského originálu...přeložila Daniela Šimková]* Vyd. 1. Praha: Portál, 119 s. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-262-0010-9.
- RUSINA, Robert a Radoslav MATĚJ ET AL., 2014. *Neurodegenerativní onemocnění*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-3300-8.
- WEHNER, Lore, SCHWINGHAMMER Ylva, 2013. *Smyslová aktivizace v péči o seniory a klienty s demencí; [z německého originálu...přeložil František Novák]*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4423-0.
- ZVĚROVÁ, Martina, 2017. *Alzheimerova demence*. Praha: Grada Publishing, 143s. Psyché. ISBN 978-80-271-0561-8.

SEZNAM POUŽITÝCH INTERNETOVÝCH ZDROJŮ

BARTOŠ, Aleš et al., 2008. DOTAZNÍK FUNKČNÍHO STAVU FAQ-CZ – ČESKÁ OTAZNÍK FUNKČNÍHO STAVU FAQ-CZ – ČESKÁ VERZE PRO ZHODNOCENÍ KAŽDODENNÍCH ERZE PRO ZHODNOCENÍ KAŽDODENNÍCH AKTIVIT PACIENTŮ S ALZHEIMEROVOU NEMOCÍ. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 9(1), 31-34 [cit. 2019-03-28]. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2008/01/17.pdf>

BARTOŠ, Aleš et al., 2014. Česká tréninková verze Montrealského kognitivního testu (MoCA-CZ1) k časně detekci Alzheimerovy nemoci. *Česká a Slovenská neurologie a neurochirurgie* [online]. (5), 587-594 [cit. 2019-04-12]. Dostupné z: <http://www.csnn.eu/ceska-slovenska-neurologie-clanek/ceska-treninkova-verze-montrealskeho-kognitivniho-testu-moca-cz1-k-casne-detekci-alzheimerovy-nemoci-49677>

Caring for a Person with Alzheimer's Disease: Your Easy-to-Use Guide from the National Institute on Aging [online], 2017. The National Institute on Aging [cit. 2019-05-04]. ISBN 17-AG-6173. Dostupné z: https://order.nia.nih.gov/sites/default/files/2017-07/Caring_for_person_with_AD_508_0.pdf

Česká alzheimerovská společnost [online], [cit. 2019-04-15]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/>

JIRÁK, Roman, 2008. Diagnostika a terapie Alzheimerovy choroby. *Neurologie pro praxi* [online]. 9(4), 240-244 [cit. 2019-04-12]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/neu/2008/04/10.pdf>

MATOUŠOVÁ, Michaela, 2013. *Alzheimerova choroba* [online]. Praha [cit. 2019-04-29]. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/118666/>. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze. Vedoucí práce Jaroslava Zemková.

NIKOLAI, Tomáš, Hana ŠTĚPÁNKOVÁ a Ondřej BEZDÍČEK, 2014. Mírná kognitivní porucha a syndrom demence - vyšetření kognitivních funkcí. *Medicina pro praxi* [online]. 11(6), 275-278 [cit. 2019-03-28]. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2014/06/08.pdf>

PODSEDNÍKOVÁ, Lenka, 2013. *Posttraumatický rozvoj u osob pečujících o příbuzné s Alzheimerovou chorobou* [online]. Brno [cit. 2019-04-29]. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/px86o/Diplomova_prace.pdf. Diplomová práce. Masarykova univerzita. Vedoucí práce Alena Slezáčková.

Příspěvek na péči, *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. Na Poříčním právu 1/376, 128 01 Praha 2 [cit. 2019-03-29]. Dostupné z: <https://portal.mpsv.cz/soc/ssl/prispevek>

REKTOROVÁ, Irena, 2011. Screeningové škály pro hodnocení demence. *Neurologie pro praxi* [online]. (12), 37-45 [cit. 2018-11-26]. DOI: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2011/92/11.pdf>. Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2011/92/11.pdf>

RESSNER, P. et al., 2008. Doporučené postupy pro diagnostiku Alzheimerovy nemoci a dalších onemocnění spojených s demencí. *Cesk Slov Neurol N* [online]. (4), 494-501 [cit. 2019-04-12]. Dostupné z: http://www.nudz.cz/adcentrum/publikace/DoporuceniDiagnostikaANdalsiDemence_CSNN08.pdf

RITTER-RAUCH, Ruth a Překlad do češtiny: Veronika Vondráčková VONDRÁČKOVÁ, 2016. *Život s demencí: Tipy pro rodinné příslušníky a pečující osoby* [online]. In: . Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, z. s. [cit. 2019-04-29]. Dostupné z: http://www.apsscr.cz/files/files/%C5%BDivot%20s%20demenc%C3%AD_Tipy%20pro%20rodinn%C3%A9%20p%C5%99%C3%ADslu%C5%A1n%C3%ADky.pdf

Stages of Alzheimer's, *Alzheimer's association* [online]. [cit. 2019-04-10]. Dostupné z: <https://www.alz.org/alzheimers-dementia/stages>

SHEARDOVÁ, Kateřina et al., 2009. Doporučené postupy pro terapii Alzheimerovy nemoci a ostatních demencí. *Neurologie pro praxi* [online]. **10**(1), 28-31 [cit. 2019-03-28]. Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2009/01/07.pdf>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

AD Alzheimerova demence.

CT Počítačová tomografie.

ČALS Česká alzheimerovská společnost

EKG Elektrokardiograf

FAQ Dotazník funkčního stavu

NINCDS-ADRDA National Institute of Neurological and Communicative Disorders - Alzheimer's Disease and Related Dementias Association

NMDA N-metyl-D-aspartátových

MMSE Mini Mental State Examination test

MoCA Montrealský kognitivní test

PET CT Pozitronová emisní tomografie.

RTG radioizotopový termoelektrický generátor

ZTP Zvlášť těžké postižení

ZTP/P Zvlášť těžké postižení s průvodcem

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1. Česká alzheimerovská společnost (ČALS).....	80
Příloha 2. Montrealský kognitivní test.....	80
Příloha 3. Mini Mental State Exam test.....	80
Příloha 4. Adenbrookský kognitivní test	80
Příloha 5. Souhlas s poskytnutím informací	80
Příloha 6. Záznamový arch.....	80

Příloha 1. Česká alzheimerovská společnost (ČALS)

Společnost vznikla v roce 1996, zaregistrována byla jako občanské sdružení od února 1997. Její sídlo je v Gerontologickém centru v pražských Kobylisích. Činnost ČALS směřovaly k úzké spolupráci s poskytovatelem služeb na pomezí zdravotnických a sociálních služeb komunitního typu. Podobně je i podstatná spolupráce s dalšími zařízeními, které poskytují kvalitní služby pro lidi s demencí v ČR. Vychází ze zkušeností poskytovatelů, nemocných a jejich rodin. Cílem již od samotného vzniku zůstává pomoc a podpora lidí postižených demencí, mezi které se řadí jak samotní nemocní, tak jejich rodinní příslušníci. Ředitelka, jež řídí činnost společnosti a jedná pod jejím jménem je Martina Mátlová. ČALS má v současnosti 25 kontaktních míst ve všech krajích České republiky. Kontaktní místa jsou zařízení státní i nestátní, zdravotnická a sociální. Poskytují kvalitní služby pro osoby s demencí a jejich rodiny. Jedná se o lůžková zařízení, denní stacionáře, a jiné. Aby se kontaktními místy mohly stát pouze ty nejkvalitnější zařízení, musí ve službách, které poskytují, získat certifikát s názvem Vážka (Česká alzheimerovská společnost).

Česká alzheimerovská společnost poskytuje dvě základní sociální služby. Jednou z nich je konzultace (poradenství), které je určené lidem se syndromem demence a jejich rodinným příslušníkům či přátelům. Další službou je respitní péče (odlehčovací služba) v domácnosti nemocných. Nabízí také pomoc a podporu v rámci svépomocných skupin např. Toulky pamětí a dusí, pro rodinné pečující Čaje o páté (Česká alzheimerovská společnost).

ČALS také realizuje celou řadu projektů. Dlouhodobým projektem je Bezpečný návrat. Pomáhá lidem, u kterých se vyskytuje bloudění. Cílem programu je pomoci ztracenému člověku nalézt cestu domů. Účastník programu získá tři náramky, na nichž je uveden jedinečný kód a telefonní číslo na linku ČALS. Pokud se nositel náramku ztratí, je možné na základě kódu nemocného identifikovat, podat informace o příbuzných a poskytnou jejich telefonní číslo nebo informovat je, kde se jejich příbuzný nachází. Dny paměti umožňují vyšetření pomocí dotazníků ve vybraných kontaktních místech a probíhá na základě telefonické objednávky. Výsledky testu ukážou, zda jsou problémy s pamětí závažné, a zda naznačují přítomnost nějaké nemoci. Pokud ano, je třeba podstoupit podrobnější vyšetření u neurologa, psychiatra, nebo geriatra. Cílem projektu GOS je zlepšení péče o seniory v příspěvkových organizacích zřizovaných Jihomoravským krajem. Probíhá ve všech 16 zařízeních pro seniory a je zaměřen zejména na péči o lidi s demencí. Projekt Rozvoj kontaktních míst ČALS podporuje stávající kontaktní místa, doplňuje síť kontaktních míst a

zajišťuje vzdělávací program a podporu pro poradce a lektory (Česká alzheimerovská společnost).

Příloha 2. Montrealský kognitivní test

Administrator: _____

MONTREALSKÝ KOGNITIVNÍ TEST MoCA-CZ1

Jméno a příjmení: _____ **Datum narození:** _____

Datum vyšetření: _____ **Dominance (kroužkujte):** 1 – pravák, 2 – levák, 3 – ambidexter

Vzdělání (kroužkujte): 1 – ZŠ, 2 – SŠ bez maturity, 3 – SŠ s maturitou, 4 – VŠ **Počet let vzdělání:** _____

INSTRUKCE	HODNOCENÍ	MoCA skór																					
ZRAKOVĚ-PROSTOROVÉ A EXEKUTIVNÍ ÚLOHY																							
1. Zkrácený test cesty „Spojte postupně čárou číslice a písmena. Začněte od čísla 1 směrem k A, pak od A ke 2 a tak dále a skončete u E.“	1 bod náleží správně propojeným číslicím a písmenům 1–A–2–B–3–C–4–D–5–E. Čáry se nesmí křížit. Bod může být přiznán i při chybném propojení, jen když se vyšetřovaný/á sám okamžitě opraví.	/1																					
2. Obkreslování krychle „Okopírujte tuto kresbu co nejpřesněji na volné místo vedle ní.“	1 bod náleží přesné kopii krychle. Kresba musí být trojrozměrná. Žádné čáry nesmí chybět ani přebývat. Čáry by měly být rovnoběžné, přibližně stejné délky. Lze uznat kresbu kvádrů. Pokud kresba nevyhovuje těmto požadavkům, bod se neudělí.	/1																					
3. Test kreslení hodin „Nakreslete hodiny. Na ciferník umístěte všechna čísla a vyznačte čas 11 hodin 10 minut. Snažte se kreslit co nejpřesněji.“	Kontura _____ Čísla _____ Ručičky _____ 1 bod náleží za ciferník nakreslený jako kruh. Lze uznat drobné odchylky - např. ne zcela přesné spojení kružnice. 1 bod se přidělí, pokud žádná čísla nechybí ani nepřebývají. Čísla musí být uvedena ve správném pořadí a ve správných kvadrantech ciferníku. Akceptují se i římské číslice. Čísla mohou být umístěna vně kontury kruhu. 1 bod náleží za několika podmínek: Musí být zakresleny dvě ručičky ukazující správný čas. Ručičky musí vycházet ze středu ciferníku a poblíž středu ciferníku musí být spojeny. Hodinová ručička musí být zřetelně kratší než minutová.	/3																					
4. POJMENOVÁNÍ „Pojmenujte tato zvířata.“	Lev _____ Nosorožec _____ Velbloud _____ 1 bod se přidělí za každé správně pojmenované zvíře. Místo ‚velbloud‘ lze uznat i ‚dromedár‘.	/3																					
5. PAMĚŤ – vštípení 1. „Nyní vyzkoušíme Vaši paměť. Přečtu Vám seznam slov, která si máte teď zapamatovat a pak si na ně později vzpomenout. Poslouchejte pozorně. Až skončím, snažte si vzpomenout na co nejvíce slov. Na pořadí nezáleží.“ 2. „Přečtu Vám stejný seznam slov ještě jednou. Snažte si zapamatovat co nejvíce slov a poté mi je vyjmenujte, včetně těch, která jste jmenoval/a poprvé.“ „Na konci testu Vás požádám, abyste si na tato slova znovu vzpomněl/a.“	Čtete rychlostí 1 slovo za sekundu. <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th></th> <th>TVÁŘ</th> <th>SAMET</th> <th>KOSTEL</th> <th>KOPRETINA</th> <th>ČERVENÁ</th> <th>správně vybaveno (body)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. pokus</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. pokus</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> Za každé správně vybavené slovo udělte 1 nepovinný bod.		TVÁŘ	SAMET	KOSTEL	KOPRETINA	ČERVENÁ	správně vybaveno (body)	1. pokus							2. pokus							Zde neudělujte žádné body
	TVÁŘ	SAMET	KOSTEL	KOPRETINA	ČERVENÁ	správně vybaveno (body)																	
1. pokus																							
2. pokus																							
6. POZORNOST A. Opakování číslic 1. „Řeknu Vám řadu číslic. Až skončím, opakujte je ve stejném pořadí, v jakém jste je slyšel/a.“ 2. „Nyní Vám řeknu další řadu číslic. Až skončím, opakujte je v opačném pořadí, než jste je slyšel/a.“	2 1 8 5 4 _____ 1 bod za správné zopakování všech číslic. Čtete rychlostí 1 číslice za sekundu.	7 4 2 _____ 1 bod za správné zopakování všech číslic pozpátku. Čtete rychlostí 1 číslice za sekundu.	/2																				

AD Centrum, Bartoš a Orliková, tréninková verze, 2012 www.nudz.cz/adcentrum MoCA-CZ1 © Z. Nasreddine MD

<p>B. Vyřukávání písmene A</p> <p>„Přečtu Vám řadu písmen. Pokaždé, když řeknu písmeno A, Źukněte rukou o stůl. Když řeknu jiné písmeno, neŹukujte.“</p> <p>F B A C M N A A J K L B A F A K D E A A A J A M O F A A B</p> <p>Jako chyba se počítá, když testovaný Źukne při jiném písmenu, nebo neŹukne při písmenu A. Přiděte 1 bod, pokud testovaný neudělá chybu, nebo se splete <u>pouze 1krát</u>.</p>		/1																												
<p>C. Odečítání sedmiček</p> <p>„Odečtěte od čísla 100 číslo 7 a pak pokračujte v odčítání 7, dokud Vás nezastavím.“</p> <p>93 86 79 72 65</p> <p>Pokud je potřeba, instrukci řekněte ještě 1x.</p> <p>Počítá se každé správné odečtení 7. Každý odečet se hodnotí odděleně. Skórujte 4–5 správných odečtů = 3 body, 2–3 správných = 2 body, 1 správný = 1 bod, 0 správných = 0 bodů.</p>		/3																												
<p>ŘEČ</p> <p>7. Opakování vět</p> <p>„Přečtu Vám větu. Vy ji po mně zopakujete přesně tak, jak jsem ji řekl/a.“</p> <p>„Nyní Vám přečtu další větu. Opakujte ji po mně přesně tak, jak jsem ji řekl/a.“</p> <p>Pouze vím, že je to Jan, kdo má dnes pomáhat.</p> <p>Když jsou v místnosti psi, kočka se vždy schová pod gauč.</p> <p>1 bod za každou správně opakovanou větu. Odpověď musí být přesná. Nelze uznat vynechání, nahrazení nebo přidání slova.</p>		/2																												
<p>8. Slovní produkce na počáteční písmeno „K“</p> <p>„Vaším úkolem bude vyjmenovat co nejvíce slov, která začínají určitém písmenem. Můžete vyjmenovávat jakákoliv slova. Nesmíte však říkat vlastní jména a názvy (např. Barbora, Bratislava) a slova, která se liší pouze příponami (např. malba, malíř, malovat). Po 1 minutě Vás zastavím. Jste připraven/a? (pauza) Vyjmenujte co nejvíce slov, která začínají písmenem K. Teď.“ (Po uplynutí 60 sekund.) „Stop.“</p> <p>Slova můžete zaznamenávat na zadní stranu listu pro pacienta.</p> <p>Počítá se každé správné slovo, které začíná písmenem K. Přiděte 1 bod, pokud vyšetřovaný vyjmenuje 11 a více správných slov během 1 minuty.</p>		/1																												
<p>9. ABSTRAKCE</p> <p>Nácvik</p> <p>„Řekněte mi, co mají společného pomeranč a banán.“</p> <p>Po špatné odpovědi se zeptejte max. 1x: „Co mají ještě jiné společného?“ Pokud vyšetřovaný neodpoví správně, řekněte: „Ano, ale obojí je také ovoce.“</p> <p>Správná odpověď (obojí je ovoce) se nebuduje.</p> <p>1. „Nyní mi řekněte, co mají společného vlak a bicykl.“</p> <p>1 bod za odpověď: dopravní prostředky, způsoby cestování, oběma můžete jet na výlet. Jiné odpovědi jsou špatné.</p> <p>2. „Nyní mi řekněte, co mají společného hodinky a pravítko.“</p> <p>1 bod za odpověď: nástroje na měření, používají se k měření. Jiné odpovědi jsou špatné.</p>		/2																												
<p>10. PAMĚŤ – oddálené vybavení</p> <p>Přiděte 1 bod za každé správné vybavené slovo <u>pouze bez nápovědy</u>.</p> <p>„Před několika minutami jsem Vám přečetl/a seznam slov. Řekněte mi co nejvíce slov, která si z něj pamatujete.“</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td>TVÁŘ</td> <td>SAMET</td> <td>KOSTEL</td> <td>KOPRETINA</td> <td>ČERVENÁ</td> <td>vybaveno slov</td> </tr> <tr> <td>Bez nápovědy</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>Oddálené vybavení bez nápovědy lze doplnit vybavením s nápovědou. Ke každému slovu, které vyšetřovaný nevybavil, poskytněte kategoriální nápovědu. Pokud ani tak slovo nevybaví, poskytněte nápovědu výběrem ze 3 možností.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Kategoriální nápověda</td> <td>část těla –</td> <td>druh tkaniny –</td> <td>typ stavby –</td> <td>druh květiny –</td> <td>barva –</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Nápověda výběrem</td> <td>nos tvář ruka</td> <td>pytlovina bavlna samet</td> <td>kostel škola nemocnice</td> <td>růže kopretina tulipán</td> <td>červená modrá zelená</td> <td></td> </tr> </table> <p>„V seznamu, který jsem Vám četl/a, byl/a (doplňte kateg. nápovědu)...?“</p> <p>„Které z následujících slov tam podle Vás bylo (nápověda výběrem)...?“</p>			TVÁŘ	SAMET	KOSTEL	KOPRETINA	ČERVENÁ	vybaveno slov	Bez nápovědy							Kategoriální nápověda	část těla –	druh tkaniny –	typ stavby –	druh květiny –	barva –		Nápověda výběrem	nos tvář ruka	pytlovina bavlna samet	kostel škola nemocnice	růže kopretina tulipán	červená modrá zelená		/5
	TVÁŘ	SAMET	KOSTEL	KOPRETINA	ČERVENÁ	vybaveno slov																								
Bez nápovědy																														
Kategoriální nápověda	část těla –	druh tkaniny –	typ stavby –	druh květiny –	barva –																									
Nápověda výběrem	nos tvář ruka	pytlovina bavlna samet	kostel škola nemocnice	růže kopretina tulipán	červená modrá zelená																									
<p>11. ORIENTACE</p> <p>„Kolikátého je dnes?“</p> <p>„Nyní mi řekněte přesný název tohoto místa a město, ve kterém jsme.“</p> <p>datum rok místo město</p> <p>měsíc den v týdnu</p> <p>Pokud zkoušený neuvede celou odpověď, zeptejte se doplňujícími otázkami. „Řekněte mi, jaké je dnes přesné datum, měsíc, rok, den v týdnu?“ Nelze uznat odchylku 1 dne.</p> <p>1 bod za každou správnou odpověď. Odpovědi musí být přesné - přesný název nemocnice či kliniky.</p>		/6																												
<p>Převod do češtiny a graf. úprava: Doc. MUDr. A. Bartoš, PhD, Bc. H. Orliková, 2012. Původní zdroj: MoCA 7.1, © Z. Nasreddine MD, www.mocatest.org.</p> <p>AD Centrum +1b těm, kteří mají 10-12 let vzdělání; +2b těm, kteří mají 4-9let vzdělání; norma ≥26/30</p> <p>CELKEM</p>		/30																												

ZÁZNAMOVÝ ARCH SLOVNÍ PRODUKCE

počet	Slovo na K	CHYBY	počet	Slovo na K	CHYBY
1			21		
2			22		
3			23		
4			24		
5			25		
6			26		
7			27		
8			28		
9			29		
10			30		
11			31		
12			32		
13			33		
14			34		
15			35		
16			36		
17			Celkový počet slov		
18			Opakování	minus	
19			Mimo podmínky	minus	
20			Celkem správně	=	

Poznámka: opakovaná slova označte vpravo od slova „OP“ a škrtněte slovo a číslo vlevo (např. ~~15 kyvadlo OP~~), slova mimo podmínky označte vpravo od slova „MP“ a škrtněte slovo a číslo vlevo (např. ~~11 Kanada MP~~).




Převod do češtiny a grafické zpracování tréninkové verze: Doč. MUDr. Aleš BARTOŠ, Ph.D., Bc. Hana ORLÍKOVÁ. Ke volnému stažení z www.nudz.cz/adcentrum. Převod a úpravy byly schváleny kontrolou zpětného překladu do angličtiny původním autorem Dr. Nasreddine v říjnu 2012.

Zdroj původní české verze: Bartoš, Orliková, Raisová, Řípová. Česká tréninková verze Montrealského kognitivního testu (MoCA-CZ1) k časné detekci Alzheimerovy nemoci. *Cesk Slov Neurol* N 2014; 77/ 110(5): 587–595
Reban J. Montrealský kognitivní test (MoCA): přínos k diagnostice predemencí. *Čes Ger Revue* 2006; 4: 224-229.

Původní zdroj: Nasreddine ZS, Phillips NA, Bedirian, V, Charboneau S, Whitehead V, Collin I et al. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *J. Am. Geriatr Soc* 2005; 53(4): 695-699.

Příloha 3. Mini Mental State Exam test

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

Příloha 4. Adenbrookský kognitivní test

Jméno a příjmení	<input type="text"/>	Administrátor	<input type="text"/>
Datum narození	<input type="text"/>	Pracovní diagnóza	<input type="text"/>
Délka vzdělání (roky)	<input type="text"/>	Laterálita	pravák <input type="checkbox"/> levák <input type="checkbox"/> ambidexter <input type="checkbox"/>
Dosažený stupeň vzdělání	<input type="text"/>	DATUM VYŠETŘENÍ	
		<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

SKÓRE

1. ORIENTACE

■ Zeptejte se pacienta:

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

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

2. PAMĚŤ – ZAPAMATOVÁNÍ

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

lopata šátek váza

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

POZORNOST A ORIENTACE

3. POZORNOST A POČÍTÁNÍ

■ Požádejte pacienta:

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

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

(Skóre 0–5)

ACE

(Skóre 0–5)

ACE

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

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

MMSE

MMSE

POZORNOST

4. PAMĚŤ – VYBAVENÍ

■ Řekněte pacientovi:

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

lopata šátek váza

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

(Skóre 0–3)

ACE

(Skóre 0–3)

ACE

MMSE

MMSE

5. PAMĚŤ – ANTEROGRÁDNÍ PAMĚŤ

■ Řekněte pacientovi:

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

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

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

(Skóre 0–7)

ACE

(Skóre 0–7)

ACE

	1. pokus	2. pokus	3. pokus
Martin Dvořák	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sadová třída 73	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Královice	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Soběslav	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

PAMĚŤ

6. PAMĚŤ – RETROGRÁDNÍ PAMĚŤ

■ Zeptejte se pacienta:

Kdo je současným předsedou vlády (premiérem)?

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

Kdo je současným prezidentem Spojených států amerických?

Který prezident Spojených států amerických byl zavražděn v roce 1963?

Za každou správnou odpověď přidělíme 1 bod.

(Skóre 0–4)

ACE

(Skóre 0–4)

ACE

7. SLOVNÍ PRODUKCE – slova začínající písmenem „P“

7a Písmena

■ Řekněte pacientovi:

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

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

Počet SPRÁVNĚ vyjmenovaných slov převedeme na odpovídající skóre.

Počet slov

Odpovídá skóre

>17

7

14–17

6

11–13

5

8–10

4

6–7

3

4–5

2

2–3

1

<2

0

(Skóre 0–7)

ACE

(Skóre 0–7)

ACE

SLOVNÍ PRODUKCE

7. SLOVNÍ PRODUKCE - zvířata

7b Zvířata

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

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

Počet slov	Odpovídá skóre
>21	7
17–21	6
14–16	5
11–13	4
9–10	3
7–8	2
5–6	1
<5	0

Počet SPRÁVNĚ vyjmenovaných slov převedeme na odpovídající skóre.

(Skóre 0–7) ACE

(Skóre 0–7) ACE

SLOVNÍ PRODUKCE

8. JAZYK – POROZUMĚNÍ

8a Ukažte pacientovi nápis „Zavřete oči“ (na Listu pro pacienta) a vyzvěte ho k vykonání příkazu. Instrukci neopakujte.
„Pokud potřebujete brýle na čtení, tak si je nyní nasadte. Přečtěte tento pokyn a proveďte ho.“
Započítáte 1 bod pouze tehdy, pokud vyšetřovaný skutečně zavře oči.

(Skóre 0–1) ACE

(Skóre 0–1) ACE

MMSE

MMSE

8b Položte před pacienta list papíru a vyzvěte ho k následujícímu úkolu:
„Nyní budete mít úkol, který si nejdříve vyslechnete a pak ho teprve budete provádět. Vezmete tento papír do pravé ruky, přeložíte ho oběma rukama na polovinu a položíte ho na zem.“
Za každou správně provedenou činnost započítáte 1 bod.

(Skóre 0–3) ACE

(Skóre 0–3) ACE

MMSE

MMSE

9. JAZYK – PSANÍ

■ Dejte vyšetřovanému tužku, List pro pacienta a vyzvěte ho k napsání věty.
„Napište do tohoto volného prostoru listu jakoukoli jednoduchou větu, která Vás napadne a která dává smysl.“
Jeden bod započítáte, pokud má věta podmět (i nevyjádřený) a přísudek a dává smysl. V textu mohou být pravopisné a interpunkční chyby.

(Skóre 0–1) ACE

(Skóre 0–1) ACE

MMSE

MMSE

JAZYK

10. JAZYK – OPAKOVÁNÍ

■ Požádejte pacienta: „Opakujte po mně následující slova.“
Slova vyslovujeme zřetelně a jednotlivě. Pacient vždy opakuje pouze jedno slovo, ne všechna dohromady.

10a chobotnice výstřednost nesrozumitelný statistik

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

(Skóre 0–2) ACE

(Skóre 0–2) ACE

MMSE

MMSE

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

10b „Prostě tak a ne jinak.“
Přípustný je pouze 1 pokus. Za správnou odpověď započítáte 1 bod.

(Skóre 0–1) ACE

(Skóre 0–1) ACE

MMSE

MMSE

10c „Nahoře, vzadu a dole.“
Přípustný je pouze 1 pokus. Za správnou odpověď započítáte 1 bod.

(Skóre 0–1) ACE

(Skóre 0–1) ACE

ACE

ACE

11. JAZYK – POJMENOVÁNÍ PŘEDMĚTŮ

- Použijte List pro pacienta a požádejte pacienta: „Pojmenujte předměty na obrázcích.“

Místo prvních dvou obrázků (tužka a hodinky) na Listu pro pacienta doporučujeme pacientovi ukázat skutečné předměty. V následujícím textu jsou uvedeny názvy jednotlivých obrázků. Jiné názvy doporučujeme neuznávat.

- | | |
|--|--------------------------|
| 1. Tužka nebo správný název ukazovaného předmětu. | <input type="checkbox"/> |
| 2. Hodinky, náramkové hodinky | <input type="checkbox"/> |
| 3. Klokán, klokanice, klokanice s mládětem | <input type="checkbox"/> |
| 4. Tučňák, pinguin | <input type="checkbox"/> |
| 5. Kotva | <input type="checkbox"/> |
| 6. Velbloud, velbloudice, dromedár, jednohrbý velbloud | <input type="checkbox"/> |
| 7. Harfa | <input type="checkbox"/> |
| 8. Nosorožec | <input type="checkbox"/> |
| 9. Sud, soudek, bečka | <input type="checkbox"/> |
| 10. Královská koruna, koruna | <input type="checkbox"/> |
| 11. Krokodýl, aligátor, ještěr, ještěrka | <input type="checkbox"/> |
| 12. Harmonika, tahací harmonika, akordeon | <input type="checkbox"/> |

Přidělíme 1 bod za každý správně pojmenovaný obrázek.

tužka + hodinky

(Skóre 0–2)



MMSE

(Skóre 0–2)



MMSE

všech 12 obrázků

(Skóre 0–12)



ACE

(Skóre 0–12)



ACE

12. JAZYK – POROZUMĚNÍ

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

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

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

Přidělíme 1 bod za každou správnou odpověď.

(Skóre 0–4)



ACE

(Skóre 0–4)



ACE

13. JAZYK – ČTENÍ

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

Přidělíme 1 bod, pokud pacient přečte správně VŠECHNA slova.

(Skóre 0–1)



ACE

(Skóre 0–1)



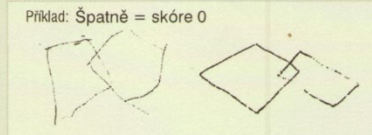
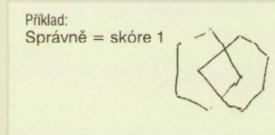
ACE

14. ZRAKOVÉ – PROSTOROVÉ SCHOPNOSTI

14a Překrývající se pětiúhelníky

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

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



(Skóre 0–1)



ACE

(Skóre 0–1)



ACE



MMSE




MMSE

Úloha č. 14 pokračuje na další straně.

JAZYK

ZRAK. – PROST. SCHOPNOSTI

14. ZRAKOVÉ – PROSTOROVÉ SCHOPNOSTI (pokračování)

14b **Kostka** 

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

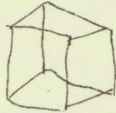
(Skóre 0–2)

 ACE

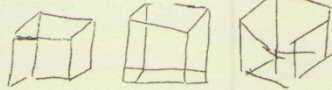
(Skóre 0–2)

 ACE

Příklad: Skóre 2



Příklad: Skóre 1



14c **Hodiny**

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

(Skóre 0–5)

 ACE

(Skóre 0–5)

 ACE

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

Pravidla pro skórování hodin

Kruh

1 bod – za rozpoznatelné provedení kruhu

Číslice

2 body – pokud jsou napsány všechny číslice a současně jsou správně rozmístěny
1 bod – pokud ciferník zahrnuje všechny číslice, ale tyto jsou nekvalitně či chybně rozmístěny

Umístění ručiček

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

1 bod – pokud jsou ručičky správně nasměrovány k číslicím, ale mají špatnou délku
nebo 1 bod – pokud je jedna ručička nasměrována ke správné číslici a má také správnou délku
nebo 1 bod – pokud je alespoň jedna ručička nasměrována ke správné číslici

Příklady:

<p>Skóre 5</p>	<p>Skóre 4</p>	<p>Skóre 4</p>
<p>Skóre 4</p>	<p>Skóre 3</p>	<p>Skóre 3</p>
<p>Skóre 3</p>	<p>Skóre 2</p>	<p>Skóre 2</p>

ZRAKOVÉ – PROSTOROVÉ SCHOPNOSTI

15. PERCEPČNÍ SCHOPNOSTI

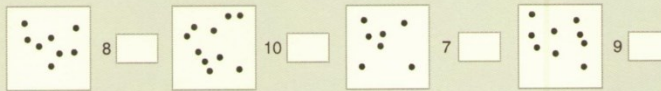
■ Použijte List pro pacienta a požádejte pacienta:
 „Spočítejte všechny tečky v daném obrázku bez toho, aniž byste si na ně ukazoval.“
 Přidělime 1 bod za každý správně určený počet teček ve čtverci.

(Skóre 0–4)

(Skóre 0–4)

ACE

ACE



16. PERCEPČNÍ SCHOPNOSTI

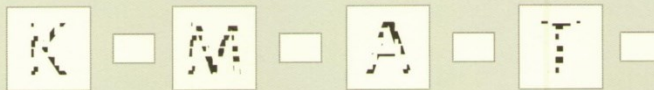
■ Použijte List pro pacienta a požádejte pacienta: „Přečtěte následující písmena.“
 Přidělime 1 bod za každé správně rozpoznané písmeno.

(Skóre 0–4)

(Skóre 0–4)

ACE

ACE



17. VYBAVENÍ (RECALL) – VYBAVENÍ ANTEROGRÁDNÍCH PAMĚTOVÝCH INFORMACÍ

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

(Skóre 0–7)

(Skóre 0–7)

ACE

ACE

Martin Dvořák
 Sadová třída 73
 Královice
 Soběslav

18. ZNOVUPOZNÁVÁNÍ (REKOGNICE)

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

(Skóre 0–5)

(Skóre 0–5)

ACE

ACE

■ Pacientovi řekněte:
 „Dobře, nyní Vám budu trochu napovídat. Například, řeknu Vám tři jména a Vy z nich zkusíte vybrat to, které bylo uvedeno na adrese. Takto budeme pokračovat i v dalších položkách.“

Každá správně rozpoznaná položka je hodnocena jedním bodem, který připočteme k bodům případně získaným automaticky správným spontánním vybavením v minulé zkoušce.

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

ZRAKOVÉ – PROSTOROVÉ SCHOPNOSTI

PAMĚŤ

Příloha 5. Souhlas s poskytnutím informací**Souhlas s poskytnutím informací**

Obracím se na Vás s žádostí o poskytnutí informací. Informace budou zaznamenávány do archu a následně přepsány do praktické části bakalářské práce. Zpracovaná kazuistika bude zcela anonymní. Vámi získané informace budou sloužit pouze pro účely bakalářské práce. Název práce zní Život pacienta s Alzheimerovou chorobou.

Tímto Vás žádám o souhlas s poskytnutím informací.

Soňa Černochová – studentka oboru všeobecná sestra.

Podpis*Soňa Černochová*.....

Souhlas s poskytnutím informací

Obracím se na Vás s žádostí o poskytnutí informací. Informace budou zaznamenávány do archu a následně přepsány do praktické části bakalářské práce. Zpracovaná kazuistika bude zcela anonymní. Vámi získané informace budou sloužit pouze pro účely bakalářské práce. Název práce zní Život pacienta s Alzheimerovou chorobou.

Tímto Vás žádám o souhlas s poskytnutím informací.

Soňa Černochová – studentka oboru všeobecná sestra.

Podpis

Souhlas s poskytnutím informací

Obracím se na Vás s žádostí o poskytnutí informací. Informace budou zaznamenávány do archu a následně přepsány do praktické části bakalářské práce. Zpracovaná kazuistika bude zcela anonymní. Vámi získané informace budou sloužit pouze pro účely bakalářské práce. Název práce zní Život pacienta s Alzheimerovou chorobou.

Tímto Vás žádám o souhlas s poskytnutím informací.

Soňa Černochová – studentka oboru všeobecná sestra.


Podpis

Souhlas s poskytnutím informací

Obracím se na Vás s žádostí o poskytnutí informací. Informace budou zaznamenávány do archu a následně přepsány do praktické části bakalářské práce. Zpracovaná kazuistika bude zcela anonymní. Vámi získané informace budou sloužit pouze pro účely bakalářské práce. Název práce zní Život pacienta s Alzheimerovou chorobou.

Tímto Vás žádám o souhlas s poskytnutím informací.

Soňa Černochová – studentka oboru všeobecná sestra.

Podpis

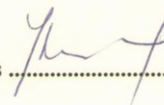
Souhlas s poskytnutím informací

Obracím se na Vás s žádostí o poskytnutí informací. Informace budou zaznamenávány do archu a následně přepsány do praktické části bakalářské práce. Zpracovaná kazuistika bude zcela anonymní. Vámi získané informace budou sloužit pouze pro účely bakalářské práce. Název práce zní Život pacienta s Alzheimerovou chorobou.

Tímto Vás žádám o souhlas s poskytnutím informací.

Soňa Černochová – studentka oboru všeobecná sestra.

Podpis



Příloha 6. Záznamový archZáznamový arch – Život pacienta s Alzheimerovou chorobouAnamnéza

Rodinná anamnéza:

Osobní anamnéza:

Alergická anamnéza:

Gynekologická anamnéza:

Pracovní anamnéza:

Sociální anamnéza:

Nynější onemocnění:

Předchorobí pacientky (čemu se věnovala, s kým bydlela, co měla ráda, jaká byla náplň jejího běžného dne)

Předchorobí pečujícího (čemu se věnovala, s kým bydlela, co měla ráda, jaká byla náplň jejího běžného dne)

Začáteční potíže (první příznaky, neobvyklé situace)

Diagnostika nemoci (kdo nemoc diagnostikoval, jak diagnózu přijala pacientka, jak ji přijala pečující a rodina)

Průběh nemoci z pohledu života pacientky, (zlomové situace, zhoršování stavu, pohled ze stránky sociální, časové zařazení), pečujícího (jakým způsobem se život změnil, každodenní povinnosti, vyřízení potřebných pomůcek, návštěvy u lékaře)

Současný stav z pohledu pacientky, z pohledu pečujícího (které činnosti musí provádět, jakým způsobem se změnil jeho život)