

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2012

Karla Raschiková

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B 5341

Karla Raschiková

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**VÝVOJ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O PACIENTA
S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Alena Štroblová

PLZEŇ 2012

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne: 3. 3. 2012

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování:

Děkuji Mgr. Aleně Štroblové za odborné vedení práce, poskytování rad, připomínek a materiálních podkladů. Dále děkuji MUDr. Krausovi, MUDr. Wirthovi, Mgr. Stiedlové a paní Kučerové za poskytnuté rozhovory a zasvěcené rady.

Obsah

Teoretická část	11
Úvod.....	11
1 Ošetřovatelství	13
1.1 Definice ošetřovatelství	13
1.2 Historie ošetřovatelství	13
1.3 Ošetřovatelský proces.....	14
2 Alzheimerova choroba	15
2.1 Definice	15
2.2 Historie onemocnění	15
2.3 Dělení Alzheimerovy choroby	15
2.4 Klinická charakteristika onemocnění	15
2.5 Epidemiologie Alzheimerovy nemoci.....	17
2.6 Klinický obraz Alzheimerovy choroby	17
2.7 Stadia Alzheimerovy choroby z hlediska ošetřovatelské péče	17
2.8 Diagnostika	18
2.9 Léčba Alzheimerovy choroby	20
3 Ošetřovatelská péče o nemocné s alzheimerovou chorobou	26
3.1 Rodina.....	26
3.2 Přijetí k hospitalizaci	27
3.3 Oddělení pro nemocné s demencemi.....	27
3.4 Péče o nemocného	28
4 Komunikace s nemocným s alzheimerovou chorobou	32
4.1 Obecné zásady v přístupu k pacientům s demencí.....	33
5 Historický vývoj péče o lidi trpící Alzheimerovou chorobou	35
5.1 Nejstarší zmínky o duševních nemocech	35
5.2 Názory na duševní nemoci v antickém lékařství.....	38
5.3 Počátky vědecké klasifikace demencí	41
5.4 Hlavní milníky dějin Alzheimerovy choroby	42

6 Společenský význam Alzheimerovy choroby.....	43
7 Péče o pacienty s Alzheimerovou nemocí na plzeňsku očima pamětníků	45
8 Diskuse.....	48
Závěr	52
Použité zdroje	53
Seznam příloh	55

ANOTACE

Příjmení a jméno: Karla Raschiková

OKatedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Vývoj Ošetrovatelské péče o pacienta s Alzheimerovou chorobou

Vedoucí práce: Mgr. Alena Štroblová

Počet stran: číslované 42, nečíslované 18

Počet příloh: 1 x CD

Počet titulů použité literatury: 22

Klíčová slova: Alzheimerova choroba – demence – kognitiva – nekognitivní farmakoterapie – nefarmakologická terapie

Souhrn:

Cílem předložené práce bylo nastínit historický vývoj ošetrovatelské péče o pacienta s Alzheimerovou nemocí. Nejprve se zabývám vývojem všeobecného ošetrovatelství a popisuji Alzheimerovu nemoc včetně současného způsobu léčby. Protože byla nemoc objevena v roce 1906 a až do 70. let zůstala málo známou, historie ošetrování u této nemoci byla identická s ošetrováním ostatních pacientů s demencemi. Během posledních čtyřiceti let zaznamenáváme v léčbě Alzheimerovy nemoci veliký pokrok. Uvedení kognitivních farmak v devadesátých letech přineslo ohromné zlepšení léčby časných stádií nemoci. Tím je kladen důraz na účinný a včasný záchyt pacientů, u kterých nemoc zatím nepokročila do pozdějších stádií. Bohužel, většina pacientů je stále zachytávána příliš pozdě na to, aby mohli užít přínosů kognitivních farmak.

Mimoto jsem zaznamenala rozhovory se čtyřmi lidmi, kteří zasvětili svůj pracovní život pacientům trpícím Alzheimerovou demencí. Všichni poskytli zajímavý náhled na problematiku, využitelný k další diskusi. Shodují se na tom, že v posledních letech nastal významný pokrok v léčbě a ošetrovatelství, ale také zdůrazňují nezbytnost vážně se zabývat organizačními aspekty léčby v budoucnosti, protože sociální dopady nemoci se stávají stále důležitějším problémem.

ANNOTATION

Surname and name: Karla Raschiková

Department: Ošetrovatelství a porodní asistence

Title of thesis: The Evolution of Caregiving to Alzheimer's Disease

Consultant: Mgr. Alena Štroblová

Number of pages: numbered pages 42, unnumbered pages 18

Number of appendices: 1 x CD

Number of literature items used: 22

Key words: Alzheimer's disease – dementia – cognitives – non-cognitive pharmacotherapy – non-pharma therapy

Summary:

The aim of this work was to outline the historical evolution of nursing the Alzheimer's disease patients. At first I briefly deal with the evolution of general nursing and describe the Alzheimer's disease, including the current way of treatment. Because the disease was found in 1906 and stayed little known till 70's, the history of nursing the disease used to be identical with caregiving to other patients with dementia.

We can see a great progress of the Alzheimer's disease treatment during the last forty years. In 90's, cognitive drugs have brought a prolongation of the early stages of the disease and a huge improvement of the patient's quality of life. That lays weight on the efficient recognizing patients where the disease has not progressed to the later stages yet. Very unfortunately, most of the patients are recognized too late to enjoy benefits of the cognitive drugs.

Besides of that, I have interviewed four persons who dedicated their carriers to Alzheimer's disease patients. All of them brought some interesting ideas to the issue to be discussed. All of them find significant progress of the treatment during the last years, but also emphasize the necessity to seriously deal with the organizing the treatment in the future, because the social aspects of the disease are becoming more and more important.

TEORETICKÁ ČÁST

ÚVOD

Duševní poruchy představují velkou specifickou skupinu nemocí, s nimiž se zdravotník ve své praxi setkává. Tyto poruchy existují buď samostatně, nebo jako jeden z projevů jiných tělesných nemocí. Ve druhém případě se proto tyto poruchy nazývají symptomatické a na konzilium k nim bývá přizván psychiatr, který je posoudí a navrhne léčení. Jedná se například o stavy zmatenosti a neklidu, deprese nebo jiné psychické poruchy, které provázejí základní somatickou chorobu. Někdy naopak psychické procesy v důsledku dlouhodobých stresových situací vedou k tělesným onemocněním, například hypertenzi, vředové chorobě, zvýšené funkci štítné žlázy a řadě jiných poruch. Tato onemocnění se nazývají psychosomatická. [1]

Jedním ze závažných psychosomatických onemocnění je i Alzheimerova demence, která se projevuje progresivně a je nevyléčitelná. Její incidence (počet nových případů onemocnění zjištěných v určitém časovém období v populaci, u níž existuje riziko, že choroba propukne) roste s věkem nad 65 roků, ve vyšších věkových skupinách je vysoká. Většina výzkumů uvádí, že u žen je vyšší než u mužů. Rámcově lze říci, že incidence demence, převážně Alzheimerovy nemoci, je ve věku 70 – 80 let přibližně 1 případ /100 obyvatel a rok, po osmdesátce to jsou 2 případy /100 obyvatel a rok.

Prevalence Alzheimerovy demence (počet případů onemocnění v celé zkoumané populaci) prudce roste s věkem nad 65 roků. Přitom sleduje nebo předbíhá prevalenci syndromu demence obecně.

Délka života nemocných s Alzheimerovou nemocí záleží na věku, v němž byla diagnóza stanovena. Jestliže je stanovena v šestém nebo na začátku sedmého decennia, bývá střední doba přežití 7 – 10 let, jestliže je stanovena v desátém decenniu, pak obvykle nemocní žijí ještě přibližně 3 roky.[2] Po celou tuto dobu nemocní vyžadují kvalifikovanou ošetrovatelskou péči. Její náročnost stoupá s progresí nemoci. Je-li náležitá odborná ošetrovatelská péče poskytnuta již hned vzápětí po indikaci nemoci, může se její postup zpomalit a pacientovi se tak může významně prodloužit délka aktivního života.

Protože je Alzheimerova demence chorobou všeobecně rozšířenou a její průběh je velmi ovlivnitelný správnou či nesprávnou ošetrovatelskou péčí, považují problematiku s ní spojenou pro zdravotní sestru, pracující převážně se starými lidmi, za mimořádně

zajímavou. Výběr tohoto tématu pro moji bakalářskou práci byl pro mne proto přirozený. Úzce souvisí s mým současným pracovním zařazením.

Vzhledem k tomu, že Alzheimerova choroba byla popsána před 106 lety a lékařská věda se jí seriózně zabývá teprve posledních 40 let, je poněkud obtížné sestavit historický přehled jejího ošetřování. V předložené práci nabízím popis historického vývoje ošetřovatelství, vysvětlení problematiky Alzheimerovy nemoci a zmiňuji významné historické milníky jejího poznání. K tomu uvádím poznámky z rozhovorů se čtyřmi pamětníky (dva lékaři a dvě sociální pracovníce), kteří se péčí o pacienty s Alzheimerovou nemocí dlouhodobě zabývají.

1 OŠETŘOVATELSTVÍ

1.1 Definice ošetřovatelství

Ošetřovatelství je utvářející se vědní disciplínou, která má pomáhat nemocným i zdravým vykonávat činnosti prospívající zdraví. Je to nauka o uspokojování potřeb jedinců a skupin vzhledem k jejich stavu zdraví a podmínkám prostředí. [3]

1.2 Historie ošetřovatelství

V počátcích ošetřovatelství znamenalo péči o sebe a své zdraví. V boji o přežití jedince i rodiny bylo důležité udržet sebe i členy rodiny v dobré kondici. Základní postavení v takové péči zaujímaly zejména ženy. Aplikovaly zde zkušenosti, které si předávaly pokolení mezi sebou. Využívaly se přírodní zdroje. Tato péče vesměs probíhala doma v rodinách.

Charitativní péče o skupiny typu sirotci, chudí, či jinak závislí na pomoci jiných přišla až s křesťanstvím. Založené mnišské řády a kláštery zakládaly špitály a útulky, kde se řeholníci soustřeďovali na charitativní péči o příslušné skupiny.

Profesionální ošetřovatelství přichází až s rozvojem medicíny a se vznikem nemocnic. O profesionalizaci ošetřovatelství se zasloužily zejména tři osobnosti, které motivovalo utrpení zraněných na bojištích. Byli to Florence Nightingalová, chirurg Nikolaj Ivanovič Pirogov a zakladatel Červeného kříže Henry Dunnant.

V roce 1914 vydalo rakouské ministerstvo vnitra nařízení, stanovující školení ošetřovatelek ve dvouletých ošetřovatelských školách. V tomto období byla ošetřovatelská péče zaměřena na primární zdravotní péči. Ústavní ošetřovatelská péče se zaměřovala na uspokojování základních životních potřeb nemocných a asistenci při některých lékařských výkonech a zajištění provozu oddělení.

Po roce 1948 bylo ošetřovatelství zaměřeno na nemocniční péči a sestra byla vnímána jako asistentka lékaře. Později začala mezi pacienta a lékaře vstupovat technika, což si vyžádalo častější a odbornější asistenci kvalifikovanější síly. V této době se v zahraničí mění ošetřovatelské povolání. Stává se autonomním a je zaměřeno i na zdravého člověka, obnovu zdraví, kvalitu života a péči o nemocné. Rozvojem ošetřovatelství se zabývá mezinárodní rada sester (ICN), která identifikuje problémy a navrhuje řešení.

V roce 1971 byla ustanovena Stálá rada sester Evropské unie, která představuje nezávislý evropský hlas této profese. V roce 1977 byla zveřejněna rezoluce Světové zdravotnické organizace, která deklaruje význam ošetřovatelství při dosahování cílů týkajících se zdraví. Po roce 1989 došlo v českém ošetřovatelství k mnoha změnám, které byly orientované na ošetřovatelství jako vědní obor, na roli sestry a její postavení ve společnosti, na systém a obsah vzdělávání sester, na ošetřovatelskou praxi a na výzkum v ošetřovatelství. V roce 1998 byla schválena Koncepce českého ošetřovatelství, která definuje obor ošetřovatelství a vymezuje jeho cíle, předmět zájmu ošetřovatelství jako vědy, hlavní úlohy, síť pracovišť, pracovníků, řízení oboru a zaměření výzkumu. Koncepce českého ošetřovatelství byla aktualizována v roce 2004. V současné době je způsobilost k výkonu povolání zdravotní sestry řízeno zákonem č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních, příslušnými vyhláškami a nařízeními vlády. [3]

1.3 Ošetřovatelský proces

Termín *ošetřovatelský proces* byl přijat v 50. letech jako základ ošetřovatelské péče. Je účinnou metodou, která usnadňuje klinické rozhodování a řešení problematických situací. Ošetřovatelský proces vyžaduje studium systematického shromažďování údajů o pacientovi a jeho problémech, rozpoznání problému, plánování cílů a řešení, realizace těchto cílů, řešení a hodnocení účinnosti plánů. Tento proces vyžaduje od sestry znalosti, tvůrčí přístup, přizpůsobivost a schopnost pro vedení kolektivu. K důležitým součástem procesu patří hodnocení a zlepšování zdravotních služeb. Nakonec pečlivě vedená dokumentace přináší užitek jak poskytovatelům, tak uživatelům těchto služeb. [4]

2 ALZHEIMEROVA CHOROBA

2.1 Definice

„Demence je syndrom, který vznikl v důsledku onemocnění mozku, obvykle chronického nebo progresivního rázu, u něhož dochází k narušení více vyšších korových funkcí včetně paměti, myšlení, orientace, uvažování, schopnosti učení, řeči a úsudku (kognitivních funkcí) v takové míře, která omezuje soběstačnost a trvá minimálně 6 měsíců. Vědomí není zastřeno. Zhoršení kognitivních funkcí je obvykle doprovázeno, někdy také předcházeno, zhoršením kontroly emocí, sociálního chování nebo motivace.“
[5, str. 13]

Alzheimerova choroba je nejčastější z demencí. Patří mezi neurodegenerativní onemocnění. Zastoupení Alzheimerovy nemoci mezi demencemi je cca 50%. [6]

2.2 Historie onemocnění

Poprvé byla Alzheimerova choroba popsána 3. listopadu 1906 Aloisem Alzheimerem. Nejprve zmínil tuto chorobu na přednášce o případu Auguste D. a poté toto pozorování vydal tiskem. Avšak příznaky této choroby (senilní plaky) byly objeveny v mozkové kůře již v roce 1892, kdy je popsali Blocq a Marinesco.

Vývoj pojmu nemoci trval až do roku 1976, kdy po mnoha terminologických proměnách Katzman navrhl sloučit pojem presenilní Alzheimerovy nemoci a senilní demence Alzheimerova typu do jedné nozologické jednotky. [2]

2.3 Dělení Alzheimerovy choroby

Podle doby manifestace se Alzheimerova choroba dělí na presenilní (s časným začátkem), kdy přicházejí příznaky před 65. rokem života a na senilní (s pozdním začátkem) tam, kde se příznaky objeví po 65. roce a později. [7]

2.4 Klinická charakteristika onemocnění

Alzheimerova nemoc se rozvíjí pozvolna, pomalu a plynule. Jednotlivé příznaky se objevují postupně a zpočátku celkem nenápadně. Teprve po určité době si okolí uvědomí, že se nemocný změnil. Progrese potíží začne být zřejmá mezi 2. a 4. rokem od počátku onemocnění. Psychické funkce jsou postiženy rovnoměrně, úpadek je komplexní, zahrnuje veškeré kompetence i osobnost nemocného. Rozvoj příznaků lze diferencovat podle narušení jednotlivých funkcí:

Úbytek kognitivních funkcí je generalizovaný a probíhá bez výkyvů. Významná je progredující porucha paměti, která se na počátku projevuje jen nápadnou zapomnětlivostí. Nemocný zapomíná vypnout vařič, zavřít vodu v koupelně apod. Takto postižení lidé neustále něco hledají, což zvyšuje jejich pocit nejistoty a napětí. Mají tendenci své výpadky paměti kompenzovat konfabulacemi.

Komplexní porucha paměti vede ke ztrátě orientace v čase i prostoru. Nemocní netrefí ani ve známém prostředí, ukládají věci nesmyslným způsobem, nevědí, zda je ráno nebo noc, apod. Pocit dezorientace vyvolává úzkost a potřebu získat adekvátní informace. Porucha orientace se může projevit i odchody z domova a bezcílným blouděním. V pokročilejším stadiu může dojít i ke ztrátě vlastní identity. Nemocný neví, kdo je, kde je, nepoznává blízké lidi ani svůj obraz v zrcadle.

Nemocný není schopen na tyto problémy adekvátně reagovat, protože postupně ztrácí schopnost logicky uvažovat. Stále hůře chápe, co která situace znamená a co by měl za daných okolností dělat. Běžné problémy i obvyklé požadavky okolí se mu zdají podivné a nesrozumitelné – nerozumí vyúčtování za elektřinu a plyn, nechápe, kde by si měl vyzvednout nový telefonní seznam, apod. Přestává rozumět smyslu příběhů, které vysílá televize, a proto o ně ztrácí zájem. Nemocný např. neví, jak se má obléci, a proto se někdy upraví velice bizarně.

Upadá schopnost porozumět verbálnímu sdělení, zhoršuje se rovněž schopnost přiměřeného slovního vyjádření, redukuje se slovní zásoba. To se projevuje obtížemi v komunikaci. S nemocnými se nelze domluvit a není ani možné se spolehnout, že budou nějaký pokyn respektovat. V konečné fázi nemoci může dojít až k úplné ztrátě verbálních kompetencí.

Emotivní reakce bývají rovněž méně adekvátní situaci, nemocný ztrácí schopnost své emoce kontrolovat. Může se měnit i celkové ladění: častá je tupá euforie, ale může převažovat i úzkostná či depresivní nálada. Nemocní mohou na určité podmínky reagovat negativisticky nebo zlostně, občas bývají i agresivní: vůči rodinným příslušníkům, zdravotnickému personálu apod.

Změny osobnosti a nápadnosti v chování. Nemocní postupně přestávají dodržovat společenská pravidla a ohledy. Vzhledem k tomu, že nejsou dostatečně soudní, neuvědomují si nevhodnost svého chování. Soužití s nimi komplikují některé, pod vlivem choroby rozvinuté rysy osobnosti jako je egocentrismus, negativismus, podezíravost apod. V určité fázi onemocnění mohou být jejich psychické změny tak závažné, že dochází k narušení mezilidských vztahů. [8,9]

2.5 Epidemiologie Alzheimerovy nemoci

„Různé statistiky z různých zemí se přibližně shodují na tom, že ve věku 65 let trpí 4 – 5 % populace klinicky vyjádřenou formou demence. Z toho je minimálně 50% pacientů s Alzheimerovou nemocí. Výskyt této choroby se pak za každých 5 let přibližně zdvojnásobí. Forma s časným začátkem je podstatně vzácnější, i když ve věku kolem 60let je již poměrně četná. Alzheimerova choroba je nemoc především vyššího věku.“ [6, str. 547]

2.6 Klinický obraz Alzheimerovy choroby

Alzheimerova choroba přichází většinou velmi nenápadně. Začíná lehkou poruchou paměti. V lehkém stadiu nemoci dochází k poruchám paměti ve všech složkách. Pacienti začínají ztrácet orientaci časem i prostorem. Bloudí v místech méně známých, později známých. Brzy ztrácí soudnost a schopnost logicky uvažovat. Ztrácejí profesní dovednosti, poměrně brzy dochází k degradaci osobnosti.

Ve středním stadiu se poruchy paměti prohlubují. Pacienti ztrácejí krátkodobou paměť a zapomínají, kde se nachází. Chovají se dezorientovaně. Postupně může dojít k apraxii, afázii, či agnózii. Stávají se plně závislí na péči okolí. Velmi často dochází k poruše chování, přidruženým psychickým symptomům, přidružené afektivní poruše a poruše cyklu spánek – bdění. U těchto pacientů také vidáme psychomotorický neklid, agitovanost, často utíkají, jsou nonverbálně i verbálně agresivní, někdy i brachiálně agresivní vůči okolí.

V těžkém stadiu Alzheimerovy nemoci mají pacienti těžkou poruchu paměti. Jsou dezorientovaní místem i časem. Přestanou poznávat i nejbližší příbuzné. Bez pomoci nejsou schopni vykonávat aktivity denního života – základní hygiena, svlékání, oblékání, jedení s příborem. Ztrácí schopnost číst a psát, komunikovat s okolím. Mohou vydávat stereotypní ječivé zvuky, stávají se inkontinentními, přestávají chodit. Někdy jsou kachektičtí. Nakonec důsledkem inkurentní choroby (bronchopneumonie, úraz...) umírají. Choroba trvá od prvních příznaků k exitu průměrně 7 – 10 let. [6]

2.7 Stadia Alzheimerovy choroby z hlediska ošetřovatelské péče

Alzheimerovu chorobu lze rozdělit do tří stupňů, které víceméně kopírují tři stadia zmíněná v předchozí kapitole.

Prvním stupněm je jen lehká demence, která se vyznačuje poruchami paměti, zhoršeným zapamatováním si nových informací, poruchami orientace a poruchami

nálady. Tento stav přichází nenápadně, plíživě a ani nemocný, ani jeho okolí si jeho závažnost zprvu vůbec neuvědomují. Stav pacienta zprvu nevyžaduje zvláštní péči, později však stále častěji vyžaduje drobnou pomoc s orientací, vzpomínáním na minulé události či osoby, hledáním zapomenutých věcí apod. V závěru tohoto stupně je již soužití s okolím provázáno stále většími obtížemi, a pokud je to možné, rodina přivítá odbornou pomoc.

Druhý stupeň, střední demence se projeví výrazným zhoršením paměti, dezorientací v čase i prostoru. Nemocný již vyžaduje soustavnější péči, která se mu může dostat v denních či týdenních stacionářích. Pokud zůstává doma, je zpravidla nutné, aby se o něho někdo z rodiny staral prakticky neustále.

Třetí stupeň se vyznačuje těžkými poruchami paměti ve více složkách. Nemocní si nejsou schopni zapamatovat nové informace, nepoznávají lidi, dokonce ani své příbuzné, bývají aktuálně dezorientovaní místem i časem. Později mají poruchy chůze, jemné pohyblivosti. Umírají obvykle na bronchopneumonie, které jsou u ostatních pacientů, netrpících Alzheimerovou nemocí, léčitelné. Také trpí častěji na úrazy (chybí obranné pohyby). Alzheimerovu chorobu je tedy nutno označit za základní příčinu smrti. Ošetrovatelská péče o tyto pacienty se pak v zásadě neliší od běžné ošetrovatelské péče o ostatní imobilní pacienty.

Zkušenosti z posledních let ukazují, že ačkoliv je Alzheimerova demence nevléčitelná, včasná a odborná lékařská a ošetrovatelská péče může významně prodloužit přežívání pacienta v první fázi a tím prodloužit jeho aktivní věk. [8]

2.8 Diagnostika

V současné době nejsme schopni stanovit diagnózu Alzheimerovy choroby na 100%. Jsme schopni stanovit pouze diagnózu pravděpodobné Alzheimerovy choroby. V první řadě získáváme anamnézu pacienta nejčastěji od rodinných příslušníků, či ošetrovatelského personálu. Podle klinických příznaků můžeme mít pouze podezření na onemocnění touto nemocí. Toto podezření můžeme potvrdit, nebo vyvrátit pomocí různých testů, zobrazovací technikou a biochemickým vyšetřením krve. Spíše ale jde o vyloučení jiných onemocnění s podobnými příznaky, jako je Alzheimerova nemoc. [10, 11]

Neuropsychologické vyšetření provedené psychologem zahrnuje diferencované vyšetření schopnosti učit se a paměti, kontrolu orientace, řeči, myšlení, rychlost kognitivního zpracování a prostorově konstruktivní schopnosti. Lékař využívá řadu

testů, pomocí kterých diagnostikuje podezření na Alzheimerovu nemoc. Dále má možnost využití zobrazovacích metod. [10, 11]

Barthelové test je testem funkční zdatnosti nemocného. V současné době se jedná o nejčastěji používané testy v geriatrici. Testem ADL hodnotíme soběstačnost v základních aktivitách a IADL v instrumentálních denních aktivitách.

ADL (activities of daily living) – tento test zahrnuje samostatnost v příjmu potravy, osobní hygieně, koupání, přesunu z lůžka na vozík (křeslo), použití WC, chůze, chůze po schodech, oblékání (svlékání), kontinence stolice a moče.

IADL (instrumental activities of daily living) je testem, ve kterém je obsaženo posouzení soběstačnosti při telefonování, nakupování, při přípravě jídla, vedení domácnosti, praní, způsob dopravy, cestování, užívání léků, nakládání s penězi.

Nejprve se používá škála IADL, protože instrumentální činnosti jsou dotčeny dříve než všeobecné funkční zdatnosti. Sestra posuzuje pacienta až po několika dnech po přijetí. Pacienta posuzuje osoba, která ho dobře zná a jen činnosti, které nemocný viditelně zvládl. Posuzujeme stav pacienta za posledních 24 – 48 hodin. Pokud se kritérium pro zařazení mění dle stavu pacienta, volíme nižší stupeň zvládnutí. Maximální počet bodů dosažených v Bartelové testu je 100. [10, 11]

MMSE (mini mental state examination, tzv. Folsteinův test) je určen k zjištění deficitu kognitivních funkcí. Hodnotíme zde orientaci, paměť, pozornost, pojmenování předmětů, čtení, psaní a vizuálně konstruktivní schopnosti. Jde o screeningovou metodu, při které nezjistíme informace o postižení v jednotlivých oblastech paměti. Skládá se z 30 otázek, které sestra pokládá jednoznačně. Je potřeba motivovat pacienta a vysvětlit nutnost tohoto vyšetření, aby nemocný spolupracoval a necítil se jednotlivými otázkami degradován. Při hodnotě 24 – 30 bodů se se vši pravděpodobností nejedná o demenci. 17 – 23 bodů znamená lehké kognitivní onemocnění a méně než 17 bodů ukazuje na závažné kognitivní postižení. V případě těžké demence je provádění MMSE neúčelné. [10]

Test kreslení hodin (CCT - clock completion test, CDT – clock drawing test) je prováděno školeným personálem. Jde o funkční vyšetření poruch mozku. Kromě diagnostiky je používán i k průběžné kontrole tíže postižení. Má několik forem provedení i hodnocení (dle Watsona, dle Shulmana). Důležité je, aby pacient dobře viděl na blízko. Poté ho necháme nakreslit ciferník hodin s číslicemi a dle Shulmana

i hodinové ručičky na hodnotě 10 minut po 11-té hodině. Pacient má neomezený čas na vypracování. Poté hodnotíme dle zvolené metody. [10]

Demtect (dementia detection) je dalším ze skriningových vyšetření pro rozpoznání demence. Jde o další z kognitivních testů, který je ale na rozdíl od MMSE (který je vhodný pro posuzování pokročilejších stadií demence) vhodný pro úvodní diagnostiku tohoto onemocnění. Klade vyšší nároky na vypracování, než MMSE a proto je lépe akceptován nemocnými s lehčím postižením demencí. Demtect se skládá z pěti úkolů, které jsou zaměřeny na zapamatování slov, čísel, přeměnu slov na číslice a obráceně. Najdeme zde i úlohu, která testuje verbální plynulost. Testující profesionál zkontroluje, zda pacient netrpí sluchovou či zrakovou bariérou a zajistí klidné prostředí pro zpracování testu pacientem. Pro hodnocení použije tabulky, kde je rozdělení dle věku pacienta (do 60-ti let a nad 60 let). Celková doba testu je asi 8 minut a proto není pro testovaného moc zatěžující. [10]

Zobrazovací metody. V současné době máme k dispozici CT (počítačovou tomografii) a MR (magnetickou rezonanci). Toto jsou vyšetření první volby. Ukazují na úbytek tkáně v mozku, změny prokrvení či na přítomnost patologických útvarů. SPECT (jednofázová emisní tomografie) a PET (pozitronová emisní tomografie) informují o aktivitě a přítomnosti přenašečů vzruchu v mozku, kvalitě metabolismu a průtoku krve v mozku. EEG (elektroencefalografie) měří aktivitu mozku. Detekuje difúzní či ložiskové zpomalení aktivity mozku. [8]

Biochemická vyšetření nám pomohou vyloučit jiné, sekundární demence či onemocnění. [8,10,11]

2.9 Léčba Alzheimerovy choroby

Zatím bohužel Alzheimerova choroba nejde vyléčit. Můžeme pouze průběh nemoci zpomalit a nemocnému usnadnit život. Podstatnou součástí léčby je farmakoterapie. Tu lze rozdělit na kognitivní farmakoterapii, která ovlivňuje především paměť, intelekt, motivaci aj. a nekognitivní farmakoterapii, která ovlivňuje chování, emoce, spánek apod. Průběh demence lze také příznivě ovlivnit nefarmakologicky, a to například programovými aktivitami, přístupem k pacientovi, vytvořením vhodného prostředí apod. [6]

2.9.1 Kognitivní farmakoterapie

U lehkých až středních forem onemocnění podáváme **inhibitory cholinesteráz**, které vedou ke zlepšení jak kognitivních, tak i nekognitivních funkcí. Slibujeme si od nich především podstatné zpomalení progresu demence.

Podání **prekurzoru acetylcholinu** vychází z předpokladu, že tím doplňujeme deficitní neurotransmitter. Nejvíce se používá sójový lecitin, který pomalu uvolňuje cholin coby prekurzor tvorby acetylcholinu, nebo čistý fosfatylcholin. Pozitivní výsledky se dostavily jen v kombinaci s inhibitory cholinesteráz a nootropními farmaky.

Nootropika mohou do jisté míry ovlivnit **cerebrální metabolismus**. Jednak zvyšují oxidativní metabolismus glukózy v CNS, jednak působí svými specifickými mechanismy. Například Piracetam (Nootropil, Piracetam AL, Geratam, Oikamid) patří mezi nejpoužívanější nootropní farmakum, které zvyšuje plasticitu erytrocytů a tím jsou pak schopny dostat se i do nejmenších arteriol.

Mozkové vazodilatátory 2. generace mají za úkol zlepšení prokrvení mozku a příznivý efekt na neuronální metabolismus. Nejvíce je používán naftydrofuril (Enelbin retard, Dusodril,), vinpocetin (Cavinton) a pentoxyfyllin (Agapurin, Trental). [6]

2.9.2 Nekognitivní farmakoterapie

Pro zvládnání poruch nekognitivních funkcí typu agitovanost, agresivita a neklid používáme neuroleptika. Pro nežádoucí účinky neuroleptik se v současné době využívá spíše atypických antipsychotik, příkladem je Tiapridal. Dalším zástupcem této skupiny je risperidon (Risperdal), nebo olanzapin (Zyprexa).

Z konvenčních neuroleptik aplikujeme butyrofenonové přípravky melperon (Buronil) a haloperidol. Při výskytu delirií dáváme na noc i clomethiazol (Heminevrin).

U Alzheimerovy choroby často trpí nemocný nespavostí. Z hypnotik můžeme použít nebenzodiazepinové látky zolpiden (Stilnox, Hypnogen) a zopiclon (Imovane).

Při výskytu deprese sáhneme po selektivních inhibitech zpětného vychytávání serotoninu (fluoxetin, fluvoxamin, sertralin, citalopram aj.). [6]

2.9.3 Nefarmakologický management demence

Programované aktivity - jak je obecně uváděno, je rozvinutá demence fází, která je u Alzheimerovy choroby obdobím velmi dlouhým, trvajícím zpravidla 2 až 9 let. Lidé v této fázi demence jsou ještě schopni určitých sebeobslužných úkonů, je zachována vcelku uspokojivá komunikace, mohou se podílet na různých aktivitách. Naopak, pokud

by se jim tyto činnosti nenabídly, zpravidla by docházelo k nežádoucímu chování či jeho poruchám a zejména k narušení diurnálního rytmu.

Lidé v této fázi demence zpravidla profitují z určité pravidelnosti denního režimu. Přirozeným rytmem dne je doba jídel, lidé s demencí se mohou do určité míry podílet na jejich přípravě, prostření stolu, umytí hrnků apod. Počátek denního programu souvisí u většiny lidí s ranní hygienou, obvykle následuje příprava snídaně. Poté následuje dopolední aktivita, přerušovaná jen chvílí svačiny. Oběd je dalším důležitým denním mezníkem. Také lidé s demencí rádi dobře jedí, proto je třeba obědu věnovat dostatečnou pozornost, a to již přípravě, prostření stolů, při kterém se zpravidla o jídle hovoří. Vlastní doba oběda by měla být dostatečně dlouhá na to, aby se mohli všichni v klidu najíst. Po obědě jsou lidé s demencí zpravidla unaveni a potřebují si chvíli odpočinout. Tento odpočinek je jim třeba dopřát, ale mělo by stačit jen krátké zdřímnutí v křesle. Odpoledne je možno vystřídat dvě nebo více různých aktivit, doma či venku při vycházce. Odpoledne je přerušeno svačinou a den končí společnou večeří. Některá zařízení nabízejí ještě určitou večerní aktivitu po večeři, klienti pak snáze usnou a v noci se nebudí.

Individualizované aktivity - zatímco programování aktivit je vhodné pro lidi ve fázi rozvinuté demence, s progresí onemocnění dochází ke zhoršení celkového stavu psychického i somatického a pacienti potřebují co nejvíce individualizovaný režim. Mohou se i nadále podílet na některých aktivitách, ale jsou rychle unaveni, nemají zájem nebo je zřejmé, že jim účast nedělá dobře. V tom případě přestáváme o jejich účast na jednotlivých činnostech usilovat. Nesnažíme se ani den tak usilovně programovat jako u lidí s časnějším stádiem demence. Lidé obvykle déle spí, pozdní vstávání či odpolední spánek nevedou k nočnímu bdění či neklidu. Snažíme se nabízet pestré, ale jednoduché činnosti, snažíme se je vést ještě k sebeobsluze, naši pomoc však potřebují stále častěji ve většině úkonů.

Reflektivní podporou rozumíme celostní multidisciplinární přístup, který vychází z poznatků moderní vědy a je založený na následujících principech:

- Člověka postiženého demencí přijímáme jako důstojnou a jedinečnou lidskou bytost a tak se k němu chováme i v situaci, kdy není schopen poskytnout adekvátní odezvu.
- Soustavně a všemi úkony podporujeme důstojnost a autonomii člověka s demencí.

- Jednáme v souladu s přáním člověka s demencí, které vyjadřuje slovně či svým chováním a pokud možno zohledňujeme přání, která byla předem vyslovena.
- V léčbě a péči trvale reflektujeme momentální stav a potřeby pacienta.
- Poskytujeme, nabízíme a zprostředkováváme všechny možné podněty, pokud jsou pro pacienta příznivé a/nebo jsou mu příjemné a naopak se snažíme eliminovat šum a nepříznivé vjemy.
- Prostřednictvím komunikace přiměřené stavu pacienta poskytujeme podporu, pocit jistoty a bezpečí.
- Všichni ošetřující profesionálové i pečující rodinní příslušníci tvoří spolupracující tým, ve kterém jsou si všichni rovni, i když jsou jejich role různé.

Orientace realitou je jedním z nejstarších přístupů k pacientům s demencí. Je však třeba říci, že v současné době používáme jen některé prvky, nikoli celkový přístup jako takový. Lidé s demencí si v důsledku poruchy kognitivních funkcí interpretují realitu jiným způsobem. Často mají například představu, že žijí jejich blízcí, kteří jsou však již dávno po smrti. Pokud jim vysvětlíme, jak tomu doopravdy je, často se rozteskní, posléze opět zapomenou, co jsme jim vysvětlili, avšak smutek zůstává. Orientaci realitou však nelze zavrhnout jako celek, některé prvky jsou součástí naší práce a používáme je, například hodiny a kalendář na viditelném místě, nástěnka připomínající jaké je roční období, jasné nápisy, barevná značení a podobně.

Principem **validace** je úcta k člověku s demencí, přijetí a respektování jeho tématu. Pokud například člověk s demencí neustále mluví o svém blízkém, čeká na něj, očekává, že přijde a nechce se zapojit do potřebné aktivity, pečující jej v tomto případě neopravuje. Na druhou stranu jeho mylný názor nerozvíjí chybným a nepravdivým směrem ale přijímá dané téma, hovoří s nemocným o jeho blízkém, o společných činnostech a příhodách a postupně dochází ke zklidnění a ke spolupráci na činnosti, kam se předtím nebylo možné dostat.

Kognitivní trénink může být užitečný zejména ve stadiu mírné až středně pokročilé demence. Náročnost cvičení je třeba jednotlivým pacientům přizpůsobit. Zejména pro lidi s mírnou demencí může být kognitivní trénink stresující záležitostí. Kognitivní trénink u lidí s demencí vede k procvičení, aktivizaci ale v naprosté většině případů nedochází k vlastnímu zlepšení kognitivních funkcí. Ve fázi pokročilejší

demence používáme zejména cvičení využívající dlouhodobou paměť, která je relativně dlouho zachována.

Reminiscence - jedná se o metodu, při které využíváme vzpomínek, neboť i při rozvinutém syndromu deprese zůstává relativně zachovaná dlouhodobá paměť. Společně s člověkem postiženým demencí vzpomínáme na různé věci, které jsou pro něho důležité, a to pomocí fotografií, předmětů apod., které evokují vzpomínky na „staré časy“. Nejjednodušší pomůckou je životopis sestavený společně s nemocným a jeho rodinou. Zdrojem reminiscence však může být i starý film, hudba, tanec a podobně. Dbáme však na to, abychom se vyhnuli tématům, která by mohla být bolestná anebo nepříjemná. Platí, že reminiscence není psychoanalýza a měla by být spíš příjemným zážitkem a podporou lidské důstojnosti člověka s demencí.

Naučený postup - jedná se o přiblížení postupů, které každému člověku s demencí individuálně vyhovují a návodů, jakým způsobem je zvyklý provádět jednotlivé činnosti. Tento popis zahrnuje také to, co má a nemá rád, jaký je jeho obvyklý denní rytmus a podobně. Tyto zkušenosti jsou neocenitelné zejména při střídajících se pečovateli či při přechodu z jedné instituce do druhé. Některá pracoviště mají pro tyto účely připravené dotazníky, zavedené vstupní pohovory. Pokud ošetřující personál tyto informace respektuje, usnadní si v mnohém práci. V opačném případě dochází k neklidu, agresivitě, bloudění a dalším situacím, které ve svých důsledcích vedou ke zhoršenému stavu pacienta.

Prostředí pro lidi s demencí - prostředí pro lidi s demencí má být vlídné a domácí. Je třeba pamatovat na některé zásady, které usnadní život. Jedná se zejména o opatření, která zvýší bezpečnost nemocného i jeho okolí, zlepšení orientace pomocí barev a nápisů a podobně. Budeme-li hovořit o ideálním stavu, mělo by se jednat o oddělení s kapacitou do 15 obyvatel, které zahrnuje dostatečné prostory pro společné aktivity, prostory pro chůzi i soukromé obytné jednotky. Ty mohou být malé, ale za ideální považujeme, pokud jsou jednolůžkové s jednoduchým příslušenstvím. Jednotlivé části by měly být dostupné, lidé s demencí by v žádném případě neměli být zamykáni. Celý prostor by měl být stabilní a co nejméně se měnit.

Kinezioterapie v jakékoli formě je také přínosem pro lidi s demencí a přispívá zejména k udržení svalové síly a stability. Je i dobrou prevencí problémového chování. S výhodou lze do pohybového režimu zařadit také **taneční terapii**. Tanec a hudba mají silný emoční náboj a jsou prostředkem snadnější nonverbální komunikace. Samotný poslech hudby může navodit příjemné pocity, vhodné je spojit ho s jemnými

a jednoduchými pohyby, které senior snadno napodobí. Jestliže terapeut dokáže svým příkladem připravit atmosféru radosti, klidu, důvěry a empatie, může seniory motivovat nejen k vlastnímu pohybu ale také k intenzivnějšímu a pozornějšímu vnímání, získávání sebedůvěry, zájmu o život a dění kolem sebe i k překvapivým fyzickým výkonům. Délku pohybové aktivity je třeba přizpůsobit možnostem každého pacienta zvláště. [8]

3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O NEMOCNÉ S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU

Základem ošetrovatelské péče o pacienta s Alzheimerovou nemocí je posouzení stavu, soběstačnosti, rodinného zázemí a zvyklostí nemocného. Na základě výsledků tohoto posouzení nemocného může tým postupovat v péči o klienta a zvážit spolupráci s rodinou nemocného. E. Marková [12] popisuje dvě metody, které mají pomoci při posouzení aktuálního zdravotního stavu pacienta. Jde o jednoduchý test ke zhodnocení kvality paměti a orientačních schopností a hodnocení soběstačnosti (hodnotící škála ADL a IADL), které jsou popsány v kapitole o diagnostice nemoci.

Sestra musí stanovit reálné cíle plánu ošetrovatelské péče vzhledem k očekávaným degenerativním procesům. Tato péče má být zaměřena na uspokojování emocionálních a fyzických potřeb pacienta. U pacienta s demencí se ošetrovatelská péče zaměřuje na udržení maximálně možné úrovně soběstačnosti a na zajištění nejvyššího možného komfortu pro pacienta a jeho rodinu.

Plánování zaměřujeme na narušené kognitivní funkce, na udržení orientace v místě, čase i osobě a snižování úzkosti a strachu pacienta. V plánu by měla být podpora sebeúcty postiženého Alzheimerovou nemocí. Do plánování musíme zahrnout i kontakt s rodinou klienta a spolupráci s ní. Rodina by měla být dobře seznámena s podstatou onemocnění, léčbou, případnými komplikacemi i prognózou. Plánování zahrnuje i péči a doprovázení pacienta v jeho posledních dnech života.

Sestra realizuje ošetrovatelské intervence navrhované v plánu ošetrovatelské péče. Tento plán musí zohledňovat individuální potřeby pacienta, jeho blízkých, bere v potaz aktuální klinický obraz demence. Sestra průběžně hodnotí dosaženou úroveň cílů stanovených v ošetrovatelském plánu. Vzhledem k tomu, že klinický obraz se v průběhu onemocnění může měnit, stávají se některé cíle časem nesplnitelné. To nutí sestru přizpůsobit cíle stavu pacienta. Sestra získává zpětnou vazbu pozorováním nemocného, rozhovory s rodinou nemocného, či konzultací s jinými odborníky, kteří přijdou do kontaktu s klientem. [12]

3.1 Rodina

Rodina nemocného s Alzheimerovou nemocí se dostává do těžké situace stejně, jako nemocný sám. S postupem onemocnění se nemocný stává stále méně soběstačný.

Pokud žil do této doby sám, stává se již nebezpečný sobě i okolí. Zapomíná vypnout vodu, vařič, zhasnout, mění své chování. Péče o nemocného je stále náročnější. Pro samotného postiženého je nejlepší, aby co nejdéle zůstal v domácí péči. V této době je však potřeba rodinu co nejvíce podporovat a dát jí odbornou pomoc, aby to co nejméně postihlo její vztahy a funkce. Umístění v ústavním zařízení znamená pro nemocného adaptační problémy, dezorientaci a může končit až smrtí pacienta. [12]

3.2 Přijetí k hospitalizaci

Pacient přijetí do nemocnice obvykle prožívá jako veliký stres, který souvisí se změnou prostředí, či pobytem mezi neznámými lidmi. Pacient se může uzavírat před okolím, může se projevit dezorientace místem, časem i osobou. Cítí se ohrožený, projeví se porucha spánku a trávení.

Sestra musí vhodnou komunikací přesvědčit pacienta o nutnosti hospitalizace. Všimá si všech projevů, které mohou poukazovat na stres pacienta. Vnímá i povahové projevy (podrážděnost, vztahovačnost) a tělesné obtíže pacienta. Po konzultaci s rodinou pacienta porovnává tyto projevy s dřívějším chováním nemocného. Časté návštěvy blízkých mohou výrazně napomoci adaptaci nemocného na nové prostředí. Pacienta nezapomeneme seznámit s prostředím a režimem prostředí ve kterém se nachází, se spolupacienty a hlavně s ošetřujícím personálem. Důležité je zapojit pacienta do aktivit na oddělení. Na případné projevy podrážděnosti či zmatenosti reagujeme s klidem a nadhledem. [12]

3.3 Oddělení pro nemocné s demencemi

Takováto speciální oddělení by měla mít nižší počet lůžek. Prostorů tiché, klidné, bez zbytečného ruchu a zařízené tak, aby bylo bezpečné a nedocházelo tam k úrazům pacientů. Dveře do pokojů označíme tak, aby pacient nemusel dlouho zbytečně hledat ten svůj.

Vkusně vyzdobené pokoje by měly mít domácí atmosféru. Z tohoto důvodu také dovolíme dle možností a po dohodě s personálem vlastní doplňky pacienta, které zná z domova a je na ně zvyklý. Také spolubydlící, je-li to možné, volíme dle společných zájmů, aby si vzájemně rozuměli. Lůžko by mělo být nižší, pro snazší vstávání klienta s pohodlnou antidekubitární matrací. Pro prevenci pádu nemocného zvážíme použití zábran na lůžku. Osvětlení pokoje nesmí oslňovat ale zajišťovat dostatek světla.

Podlahy musí mít protiskluzový povrch, chodby i schodiště opatříme kvalitním zábradlím. První a poslední schod barevně odlišíme.

Koupelna má mít na všech potřebných místech madla. Volíme raději sprchový kout, který je pro hůře mobilní seniory snáze použitelný. Toaleta výškově upravená dle potřeby nemocného a barevně odlišená pro snazší orientaci nemocného. Z bezpečnostních důvodů neopatřujeme dveře klíčem. [12]

3.4 Péče o nemocného

Stravu přizpůsobujeme stavu pacienta. Někdy nemocný trpí nechutenstvím, nebo zjistíme špatný stav zubní náhrady, která může špatně nemocnému přiléhat. Sestra takovéto obtíže sleduje a zajistí jejich optimální řešení. Snaží se pomocí vhodných pomůcek, motivací a pomocí udržet co nejdéle soběstačnost pacienta při stravování. Strava má být vyvážená, lehce stravitelná s vyloučením nadbytečných cukrů a tuků. Dostatek vlákniny a dostatečný pitný režim zajišťuje i komfort při trávení a vylučování. Sestra kontroluje správnou bilanci tekutin nemocného. Dle potřeby nemocnému jídlo připraví a nakrájí a pokud je to potřeba i pacienta nakrmí. Nikdy s ním nezapomene vhodně komunikovat jako s dospělým a vyhne se jakékoliv jeho degradaci.

Péče o vyprazdňování pacienta obnáší sledování pravidelnosti, kvality, kvantity a subjektivních pocitů pacienta. Mimo složení stravy a pitného režimu slouží k pravidelnému vyprazdňování i pohybová aktivita nemocného. Pokud se nemocný stane inkontinentním, pečuje sestra o jeho dostatečnou hygienu. Sleduje stav pokožky a všemi dostupnými intervencemi a pomůckami zamezuje vzniku opruzenin a dekubitů. Pokud to stav pacienta dovolí, vhodnou edukací učí pacienta pravidelný režim vyprazdňování. Volí vhodné volné oblečení pro vyšší soběstačnost nemocného při použití toalety. Zajistí taky dostupnost pevného či mobilního WC.

Při práci s pacientem si sestra všímá možných komunikačních bariér (zrak, sluch) a hned je zahrne do ošetrovatelského plánu. Zajistí kontrolu příslušným odborníkem a předepsané kompenzační pomůcky vhodně používá a zajišťuje jejich správnou funkčnost.

Pacienti s Alzheimerovou nemocí často trpí poruchou spánku. Pokud dojde k takovým poruchám častěji, dohlédne sestra na vhodnou náplň dne pacienta a nepodporuje pospávání nemocného v průběhu dne. Večer před spaním omezí pití i stravu s vyšším obsahem cukru, který navozuje aktivitu organismu. Omezí podávání

diuretik. Dohlédne na vyvětrání ložnice, pohodlnou polohu na spaní nemocného a klid na oddělení.

Další nedílnou kategorií je vnímání bolesti nemocným s demencí. Někteří pacienti vnímají bolest méně, jiní zvýšeně reagují i na drobný podnět. Stane se, že si pacient na bolest nestěžuje, přestože ji cítí. Sestra sleduje verbální i neverbální projevy nemocného a z nich rozpozná, zda nemocný trpí bolestí, či ne. Dle těchto závěrů sestavuje ošetrovatelský plán.

Při péči o hygienu nemocného je někdy potřeba dohlédnout na její vykonání pacientem, který může zapomenout, či dokonce odmítat dílčí úkony provádět. U hůře postižených pacientů je potřeba, aby sestra provedla hygienu bez minimální snahy nemocného. Vždy ale preferuje jeho samostatnost a snaží se o její prodloužení. Pokud se nemocný stane imobilním, předchází případnému vzniku opruzenin či dekubitů péčí o kůži pacienta, polohováním dle rozpisu a používáním vhodných antidekubitárních pomůcek.

Do péče o udržení samostatnosti nemocného zahrnujeme i oblékání pacienta. Nemocný s Alzheimerovou nemocí má stále větší problém s prováděním denních aktivit. Přestává zvládat jednotlivé úkony nebo zapomíná na nutnost pravidelného převlékání. Pacientovi pomůžeme v udržení soběstačnosti třeba tím, že mu připravujeme oblečení v pořadí, v jakém si ho má obléct. Oblečení volíme spíše volnější s jednoduchým zapínáním na zip, či suchý zip. Obuv by měla být pevná s nesmekavou podrážkou. Při oblékání povzbudíme nemocného, aby alespoň část oblečení oblékal sám. Nespěcháme na něj a co nedokáže sám, s tím mu pomůžeme.

Pro člověka je velmi důležitá schopnost pohybu. Je nedílnou součástí zachování jeho soběstačnosti. Pohyb působí pozitivně na psychiku člověka, na gastrointestinální, respirační, kardiovaskulární, renální, endokrinní a nervový systém. Při podávání léků na uklidnění omezujeme i jeho pohybovou aktivitu a snižujeme jeho soběstačnost. Při volném pohybu starších, hůře pohyblivých lidí je velké nebezpečí pádu. Jako prevenci těchto nehod dáváme pozor, aby po cestě z lůžka na toaletu nebyly ostré hrany, překážky, či ležící předměty na zemi. Naopak bychom měli přidat madla, lavičku či křesílko k odpočinku. Podle potřeby dáme pacientovi k dispozici stabilní chodítko. Podlaha má být nesmekavá a suchá, bez odchlíplého lina či kobereců. Předcházíme akutním přesunům na WC pravidelným rozvrhem vykonávání potřeby vyprázdnění. Opět na pacienta nespěcháme a snažíme se neměnit okolí nemocného, abychom ho nedezorientovali.

Pro nemocné s Alzheimerovou nemocí je důležité smysluplné naplnění času. Tyto aktivity slouží jak k odreagování pacienta, tak k podpoře komunikace s pacientem a snižují riziko vzniku hospitalismu. Nejprve vysvětlíme pacientovi nutnost provádět tyto činnosti, abychom získali jeho zájem a plné zapojení. Pacientovi zadáváme jednotlivé jednoduché úkoly, čímž podporujeme jeho jistotu. Výběr aktivit záleží na možnostech oddělení. Zahrnujeme sem např.: komunitní setkání, skupinovou terapii, orientace na realitu, zhotovování loutek, různých ozdobných předmětů, ruční práce, práce v kuchyňce, na zahradě, některé pomocné práce na oddělení, tematické diskuze, pohybová terapie, společenské hry, apod.

Celodenní režim (strava, ošetřovatelské úkony, program pro pacienty) by měl být pravidelný. Časová posloupnost denních aktivit je nutné důsledně dodržovat. U dlouhodobé hospitalizace je vhodné prostřídat všední dny se slavnostnějšími dny. (Vánoce, Mikuláš, Velikonoce, svátek, pořádání společenské akce....) Pacienti se na takové akce těší a podílí se na přípravách a výzdobě. K denním aktivitám pacienta motivujeme citlivou a vlídnou přípravou a vhodnou komunikací. Tyto aktivity chrání pacienta před následky dlouhodobé hospitalizace a připravují na denní život na oddělení nebo v rodině.

Dnes již máme spoustu pomůcek, které usnadní nemocnému i rodině život. Před propuštěním do domácí péče nabídneme nemocnému i rodině možnosti následné péče, které nabízí komunita či doporučíme kontakty na komunitu. Většina lidí, kteří mají co do činění s Alzheimerovou nemocí se dříve či později dostanou do kontaktu s Českou alzheimerovskou společností (www.alzheimer.cz), či do databáze pro seniory (www.gerontologie.cz), kde může senior či jeho rodina dohledat zařízení, lékaře dle spádového regionu. Jsou zde i informace o Alzheimerově chorobě a kontaktní místa ČALS. [12]

Česká alzheimerovská společnost zde působí od roku 1997, kdy byla registrována. Pomáhá lidem postiženým touto chorobou, ale i pečovatelům o ně. Nabízí konzultace, pomoc s diagnostikou a několik projektů. Například projekt **Bezpečný návrat** je zaměřen na seniory, kteří by se mohli ztratit. Po vyřízení formalit dostane takový postižený náramek s kontaktním telefonem a číselným kódem. Zaměstnanec na tomto kontaktním telefonu podle kódu zjistí jméno nemocného i rodinného příslušníka a zajistí, že si ho rodina může vyzvednout. Přitom jsou data seniora utajeny před zneužitím.

Dalším projektem společnosti jsou **Dny paměti**. Věnují se včasné diagnostice demence. Pokud má senior potíže s pamětí, může se objednat u proškoleného pracovníka na kontaktním místě a nechat si udělat testy. Dle výsledků pracovník doporučí odborného lékaře, který provede další testy, zjistí příčinu zapomínání a zahájí vhodnou léčbu.

Mimo tyto projekty ČALS poskytuje řadu služeb pro seniory a pečovatele o ně. Například **Respitní péče** je odlehčovací péče o pečovatele. Za sjednaných podmínek bude o seniora pečovat zástupce. Umožní to odpočinek pečovatele, či zařízení si některých záležitostí, bez starosti o nemocného. Tato péče je poskytována na území hlavního města Prahy. **Čaje o páté** jsou stejně jako Respitní péče zaměřeny na pečující. Jsou to svépomocná setkání rodinných pečovatelů, kteří mohou konzultovat případné potíže s odborníky, kteří jsou přítomni, či s ostatními pečovateli. Tato setkání probíhají jednou za 14 dní ve čtvrtek v sídle ČALS, v 17:00 hodin. Mimo tato setkání ČALS pořádá různé **kurzy a semináře**. Naopak **Toulky pamětí a duší** jsou zaměřeny na nemocné v počáteční fázi onemocnění. Tato skupina má pomáhat nemocnému s vyrovnáním se s příznaky a důsledky onemocnění a získat náhled na tuto nemoc. Poskytuje též psychosociální podporu nemocnému. [13]

4 KOMUNIKACE S NEMOCNÝM S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU

Ke komunikaci s nemocným trpícím Alzheimerovou nemocí přistupujeme trpělivě, musíme pátrat po tom, co potřebují. Dále je potřeba být pozorný, empatický, komunikovat nonverbálně a nespěchat. Nemusíme se bát s pacientem zasmát. Neztrácí smysl pro humor, ale respektujeme jeho osobitost a důstojnost. Nikdy pacienta neurážíme.

Pokles v úrovni kognitivních funkcí a další příznaky nemoci mohou znamenat pro pacienta ztrátu jistoty a zranitelnost. V tomto případě pacienta podporujeme a přistupujeme k němu tak, aby cítil jistotu v jednání. Usilujeme o to, aby byl pacient co nejméně konfrontován se svou nesoběstačností a nedostatečností. Stále jsme v kontaktu s nemocným a snažíme se jej vést a podporovat, aby se nedostavil zmatek a případná nedorozumění. V rámci uspokojování základních potřeb člověka v tomto případě dominují potřeby uznání, bezpečí, jistoty, lásky, sounáležitosti a seberealizace.

Člověk se díky komunikaci začleňuje do společnosti. Prostřednictvím komunikace si vyměňuje informace s okolím. U nemocného s demencí je tato schopnost poškozená nejdříve ve složce verbální. Takto se může, ač stále mezi lidmi, ocitnout sociálně izolován. Nemá však poškozenou celou schopnost komunikace. Stále můžeme zaznamenat jiné formy komunikace pacienta. Jsou to jednoduchá nonverbální i verbální sdělení, gesta a chování, jimiž chce nemocný něco sdělit. Pokud chceme těmto signálům rozumět, velmi nám to zjednoduší péči o takto postiženého.

Je několik způsobů, jak přistupovat ke komunikaci s pacientem s demencí. R. Ingebretsen popisuje tři typy chování – táta, máma a kouč. Přidělil tyto typy k jednotlivým typům demence. Táta k frontotemporální skupině poruch, máma k Alzheimerově nemoci a kouč k vaskulárním demencím.

V tomto případě chování typu máma znamená, že: „*je potřeba pacienta přijímat, podporovat a laskavě provázet životem a jednotlivými jeho úskalími, na každém kroku vyjadřovat pochopení a snahu pomoci. Ani tato vstřícnost však nemůže být bezbřehá, a proto je třeba nastavit určité rituály a dohodnutá pravidla, která budou obě strany respektovat, ale na druhou stranu bude pečující chápat, že jejich porušení plyne z povahy onemocnění.*“ [8, str.109]

4.1 Obecné zásady v přístupu k pacientům s demencí

DOBŘE PŘIJETÍ – postoj ošetřovatelského personálu je základem dobrého přijetí. Je třeba naznačit nemocnému nonverbální komunikací, že nám na něm záleží, máme o pacienta zájem, že ho vnímáme, respektujeme a vidíme ho. Je potřeba zamyslet se nad situací, ve které se nemocný nachází. Pokud mu dáme znát, že ho bereme vážně, bude se cítit lépe, protože ví, že je vše na dobré cestě. Zájem ošetřovatelského personálu musí být opravdový. Dobré přijetí pacienta také znamená, že vidíme celého pacienta a ne pouze diagnózu. Pokud je vše správně a pozitivně vnímáno, je pacient klidný a nereaguje neklidně ani agresivně.

RESPEKTOVÁNÍ OSOBNOSTI NEMOCNÉHO – při tomto přístupu je důležité zjistit o pacientovi maximum informací o jeho předchozím životě. K tomu použijeme rozhovor či dotazníky. Zajímá nás jeho způsob života, aktivity, rituály, zvyky, oblíbené knihy či sport. Informace získáváme od rodiny, od pacienta při rozhovorech nebo z nonverbálního projevu při konání dané činnosti. Dokážeme poté přizpůsobit péči zvykům a potřebám pacienta. Často se nemůžeme přímo zeptat pacienta, protože nám nerozumí, nebo nedokáže odpovědět. Proto je vhodné pozorovat co si vybere, jak se zachová a vypořádané poznatky předávat ústně, či písemně dalším spolupracovníkům.

OCENĚNÍ – nemocný s demencí si zaslouží stejný přístup, jako před onemocněním. Proto je pro ně důležité ocenění a pocit vlastní hodnoty. Přístupujeme proto k nemocnému stejně, jako když byl zdrav.

ZDVOŘILOST – k nemocnému se chováme s úctou a zdvořile. Nepoukazujeme na jeho nedostatky, neplísníme za nehody, které se mu přihodí. Uvědomujeme si, že jeho stav způsobuje onemocnění, které vede ke ztrátě mnoha dovedností.

LASKAVOST, NENALÉHAVOST – komunikujeme s nemocným klidně a pomalu a dáme pozor, aby naše nonverbální komunikace souhlasila s verbální. Tím napomáháme snazšímu pochopení komuniké.

PODPORA PAMĚTI – zejména v počátečním stadiu používáme dostupné pomůcky k procvičování paměti a naučení zaběhlých postupů. Dostupnost kalendáře, hodin, popisek a štítků napomáhají v udržení orientace nemocného. Připomínáme, kolikátého

je, který den a hodina. Pravidelnost a opakování taky napomáhá k prodloužení soběstačnosti.

NONVERBÁLNÍ KOMUNIKACE – přechází do popředí komunikace. Pokud nemocný ztratil dovednost porozumět verbální komunikaci, stále vnímá tu nonverbální. Stává se tím pro kontakt s nemocným stále důležitější.

FYZICKÝ KONTAKT – je pro mnoho nemocných v tomto stavu důležitý ale pozor na pacienty, kterým je nepříjemný. Tady je důležité sledovat jejich nonverbální projev. Někdy stačí stisknutí ruky, dotek na rameni...

KOMUNIKOVAT JEDNODUŠE – komunikujeme jednoduše, nenabízíme mnoho alternativ. Ty jenom nemocného matou a dezorientují. Pokládáme jednoznačné otázky a mluvíme v jednoduchých větách. Předmět o kterém hovoříme ukážeme, usnadníme tak pacientovi orientaci i výběr.

ODSTRANIT ŠUM – to znamená, že odstraníme všechny rušivé jevy při rozhovoru. Osvětlená místnost, kde světla neoslňují, klidné prostředí bez zbytečných rušivých zvuků, kde není zima ani přetopeno, je tím vhodným prostředím pro rozhovor či terapii.

DOST ČASU – nespěcháme na nemocného. Pacient vycítí, když spěcháme a může reagovat neklidně. Dopřejeme nemocnému dostatek času k vyjádření, čímž prospějeme k dobré komunikaci.

MÍRNĚNÍ AGITOVANOSTI – v případě agitovanosti pacienta neklademe odpor. Snažíme se přesvědčit nemocného, že jej respektujeme a zařídíme, co je potřeba. Přitom se snažíme řešení odkládat na dobu až agitovanost odezní.

UMĚT VYHODNOTIT SIGNÁLY – chování pacienta může signalizovat neuspokojenou potřebu jako je žízeň, hlad, bolest, potřeba spánku nebo únavu. Pečující personál by měl umět tyto signály vyhodnocovat a správně na ně reagovat.

Při dodržování základních zásad komunikace u nemocného s demencí nedochází ke zbytečným nedorozuměním, která mohou vést k jeho zneklidnění až agresí. Usnadní se nám tak péče, protože nemocný spolupracuje a nebrání se při ošetření. Pokud se bude cítit bezpečně a neponižován, nebude mít potřebu bránit se manipulaci, výkonům, které je pro jeho zdravotní stav nutno provést. [8]

5 HISTORICKÝ VÝVOJ PÉČE O LIDI TRPÍCÍ ALZHEIMEROVOU CHOROBU

Výraz Alzheimerova choroba je znám od roku 1910, kdy jej zavedl dr. E. Krepellin, spolupracovník a nadřízený dr. A. Alzheimerova. Ten jako první v roce 1906 popsal histologické změny mozku spojené s demencí, kterou nyní nazýváme Alzheimerovou chorobou. [14] To samozřejmě neznamená, že se tato choroba nevyskytovala již dříve, jen nebyla odlišována od ostatních typů demencí. Historie ošetřování lidí trpících touto chorobou tedy sahá až do dávnověku a splývá s historií ošetřování lidí trpících duševními chorobami.

5.1 Nejstarší zmínky o duševních nemocech

Předpokládalo se, že duševní nemoci jsou produktem civilizace. Je to však jinak. S duševními chorobami se lidé potýkali již ve starověku. Zmínky o duševních chorobách a jejich léčení nacházíme v nejstarších písemných památkách starověku, ve staroegyptských papyrech i na starobabylonských klínopísňných tabulkách a v řecké mytologii. Najdou se i zmínky ve Starém zákoně, aj. Vypadá to, že duševní nemoci jsou tak staré jako lidé sami.

V době prvobytně pospolné společnosti již mají lidé abstraktní náboženské názory. Vzniká tu magické myšlení, kterého hlavním obsahem byl strach před hněvem nadpřirozených mocností, vyvolávajících nemoci duševní i tělesné. Prevencí před těmito nemocemi mělo být nošení ochranných magických talismanů či amuletů. Lidé věřili v posedlost postiženého zlým duchem, kterou léčili magickým obřadem, rituálním zařikáváním a vyháněním zlých duchů (tzv. exorcismus).

Z neolitické doby se dochovaly trepanované lebky, ukazující na jakési primitivní léčebné zásahy, které měly donutit démona opustit tělo.

Později sice magické myšlení přetrvává a pokračuje zařikáváním a symbolické vyhánění démonů z těla ale pozvolna se už vyvíjí lidové léčitelství. Lidé získávají zkušenosti s určitými prostředky, které buď byly úspěšné, nebo se neosvědčily. Prvními takovými prostředky byly byliny, kořínky rostlin, kůra stromů či živočišné vnitřnosti, hlavně játra, také tuk, krev, apod.

Později se začínají objevovat šamani, kteří se zabývají výhradně léčitelstvím a kterým se dostává i privilegium rodového náčelníka. Základním léčebným ceremoniálem šamana byl obřadní tanec, kdy šaman používá symbolická gesta,

odříkává magické formule, zpívá kouzelné písně a vše doprovází monotónními údery do bubnu. Do dnešních dní existují primitivní kmeny, které podobné rituály používají.

Během dalšího vývoje přešlo lidové léčitelství do rukou kněží, kteří se stali prostředníky mezi jednotlivými bohy a lidmi. Vzniklo polyteistické náboženství a v rámci něho i k rozvoji chrámového lékařství. Jednotlivé chrámy byly zasvěcovány různým bohům a ti mimo jiné rozhodovali o zdraví i nemoci lidí.

Až mnohem později přejde lékařství do rukou lékařů, kteří mají určité znalosti a zkušenosti s léčením nemocných. Chrámy zůstávají místem, kde lékaři léčí své nemocné a kde jsou přijímány oběti a dary pro jednotlivé bohy. Centrem takového léčitelského zřízení bylo zejména staré Řecko s chrámy zasvěcenými Asklépiovy.

Ve starém Egyptě lidé věřili, že duševní nemoc způsobují duchové zemřelých. V té době se ještě nerozdělovaly duševní nemoci, ale mluvilo se souhrnně o napadení zlými duchy. Od toho se i odvíjelo léčení těchto napadených, a to zaříkáváním, kdy se duchům rozkazovalo opustit tělo. Jindy se zaříkávači snažili ducha zastrašit, či vyhrožováním přinutit k odchodu z těla. Před duchy se Egyptěané chránili nošením různých magických amuletů, o kterých věřili, že na sebe dokáží poutat zlé síly.

Ve staroegyptských písemných památkách taky najdeme asi nejstarší popis stařecké demence. Vezír Ptahhotep píše králi žádost o přidělení mladšího pomocníka, aby ho mohl zasvětit do funkce, kterou sám nemůže pro své stáří vykonávat. Tento popis pochází z doby předposledního krále 5. dynastie Džedkare Isesiho (24. stol. př. n. l).

*„Dostavilo se stáří, nastal kmetský věk;
přichází zbědovanost, slabost se znovu dostavuje,
zdětinštělý stále polehává.
Oči slábnou, uši hluchnou,
síla propadá zkáze, srdce ochabuje;
ústa mlčí, nemajíce co říci,
paměť vypovídá službu, zapomínajíc na včerejšek.“ [15, str.10]*

Staří Babylóňané přejímali mnoho názorů od starověkých Sumerů. Stejně i představy o duševních nemocech, které dle nich byly způsobeny zlými duchy zemřelých, ale také démony. Ti byli většinou zlé povahy, neviditelní, ale téměř všudypřítomní. Činní byli hlavně v noci a nikdo před nimi nebyl v bezpečí. Léčení

posedlého démonem spočívalo v magickém rituálu, kdy byl démon zaříkáván, či zaklínán, pily se magické nápoje apod.

Popisy duševních nemocí najdeme i v řecké mytologii. Zde se setkáváme s tresty, nebo odplatou bohů, které postihovaly krále, či řecké hrdiny, kteří se chtěli rovnat bohům, nebo je urazili. Pochybnosti o nadřazenosti bohů a jejich všemocnosti, či nečestné jednání bylo trestáno duševní chorobou. Proto jako léčba nepomáhalo zaříkávání nebo zaklínání. Zvykem bylo prosit bohy o pomoc či odpuštění.

Tyto popisy duševních poruch vypovídají o úrovni medicínských znalostí starých Řeků. Jsou to nejstarší popisy duševních nemocí vůbec. V těchto popisech rozpoznáváme melancholii, halucinatorní šílenství, mráкотné stavy, aj.

Ve 3. tisíciletí př. n. l. vznikla na horním toku řeky Indu kultura indická, která představovala jakousi spojitou nádobu s kulturou staroegyptskou a mezopotamskou. O jejím lékařství se nám dochovaly zprávy ve Védách (knihách vědění). Byly to knihy světských a náboženských předpisů. Jsou psané sanskrtským jazykem a jsou v nich také obsaženy lékařské texty, které se odnepaměti předávaly ústní formou. Zde se můžeme dočíst, jaký byl stav staroindického lékařství a o nazírání Indů na podstatu a léčení duševních nemocí.

Tělesné nemoci vznikají jako porušení rovnováhy tří základních látek (vzduch, hlen, žluč), ale taky jako trest za hříchy spáchané v dřívějším životě. Naproti tomu duševní choroby způsobují nadpřirozené mocnosti, které jsou rozezleny a vstoupily do těla člověka a posedly jeho rozum.

Staroindické lékařství se stále více od nadpřirozených zákroků obracelo k zákrokům přirozenějším. V somatickém lékařství se často používala medikamentózní léčba. Lékaři používali rostlinné (česnek, konopí, myrha aj.) či nerostné (borax, kamenec, sirník aj.) medikamenty formou odvarů, obkladů, mastí, výplachů, klysmat apod.

Značné zdokonalení zaznamenala chirurgická léčba, kde byly prováděny amputace, laparotomie či plastické operace uší, nosů a rtů. Velký pokrok zaznamenala i hygiena. Pečovalo se o hygienu nádob, těla, na zuby se používaly speciální kartáčky a prášky. Nečistoty a zbytky jídel se musely odnášet dle zákona daleko od obydlí. Toho dbali zejména příslušníci vyšších kast.

Duševní nemoci léčili stále kněží-lékaři, kteří jediní znali tajemství nadpřirozených sil. Dovedli si démony podrobit a zaklínacími formulami je z těla vypudit. Pokud zaklínání nezabíralo, snažili se zvýšit jeho účinek „očišťováním těla“ postiženého

natíráním těla různými zápachajícími živočišnými přípravky získanými z býčí krve, ze žluči kance, másla z buvolího mléka apod. Přesto bylo doporučováno s duševně nemocnými jednat vlídně a s porozuměním.

Staroindičtí lékaři jako první použili léčbu tzv. zlomem, pochopili moc a význam mluveného slova a psychoterapeutickou sílu vzbuzování kladných emocí u nemocného a zdůrazňovali lidský přístup k duševně nemocnému.

I v Číně se v lékařství silně uplatňuje kult náboženství. Jedině kněží znají tajemná přání bohů, a proto jsou předurčení k léčení a uzdravování nemocných. Jsou prostředníky mezi bohy a člověkem.

Starí Číňané měli představu, že se svět skládá z pěti živlů (dřevo, oheň, země, kov a voda). V přírodních úkazech uznávali antagonismus a polaritu mezi principem jang, což je mužství, život, slunce, nebe, světlo, síla, teplo, tvrdost – a mezi principem jin, kterým je ženství, smrt, měsíc, tma, slabost, zima, měkkost. Tělesné choroby vznikaly porušením rovnováhy mezi těmito základními principy.

Pokud převládal mužský, aktivní element jang, došlo ke zvýšené funkci tělesných orgánů a jejich nemocem. Jakmile naopak převládl ženský pasivní element jin, pak docházelo ke snížené funkci tělesných orgánů a tím i jejich nemocem.

Problematika duševních chorob měla stejný osud jako u ostatních kulturních národů tehdejší doby. Magické rituály, náboženské ceremoniály, zaklínací formule a prosby bohů byly i tady způsobem léčby duševních poruch. Tato léčba byla vesměs polem působnosti kněze-lékaře. I ve staré Číně byl náboženský obřad posilován natíráním těla postiženého zápachajícími mastmi, např. ze stonožek, tygří krve apod. Touto cestou měl být démonovi znepríjemněn pobyt v těle postiženého.

Jak je vidět, byla zdravotní péče o duševně choré ve staré Číně na stejné úrovni, jako u starých Egyptanů, Babyloňanů, Indů, tj. že lékařství bylo úzce spjato s náboženstvím.

I ve Starém zákoně se můžeme setkat s popisy duševních nemocí, kde jsou považovány také za boží trest. Jsou ztrestáni králové Saul, Nabukadnezar, Baltazar, když se nechtěli podříditi vůli Hospodina. [15,16]

5.2 Názory na duševní nemoci v antickém lékařství

Spojením různých starověkých lékařských škol a systémů (zejména starověkého Egypta) vzniklo lékařství starověkého Řecka. Medicínu starověkého Řecka ovlivnil hlavně Pythagoras (cca. 580 – 500 př. n. l.) svým učením o světové harmonii.

Jeho žák Alkmaon (5. – 6. stol. př. n. l.) přenesl Pythagorovu myšlenku o světové harmonii na lidský organismus. Alkmaon vykládal nemoc, jako porušení rovnováhy sil vlhka a sucha, chladu a tepla, nedostatku a dostatku. Alkmaon také jako první vyzvedl úlohu mozku, jako ústřední nervové soustavy.

Empedokles z Agragantu (cca. 500 – 430 př. n. l.), přírodovědec, lékař a filozof, patří mezi přední myslitele, kteří významně ovlivnili středověké lékařství. Učil, že základem mnohosti věcí jsou čtyři různé druhy živlů: voda, oheň, země a vzduch. Pravděpodobně od Empedokla pochází představa, že tyto základní elementy vznikají ze čtyř vlastností: horka, sucha, vlhka a chladu. Také, že odpovídají tělesným tekutinám: hlenu, krvi, černé a žluté žluči. Zdraví je podmíněno jejich rovnováhou. Při porušení jejich rovnováhy přichází nemoc.

Otcem medicíny je nazýván Hippokrates (470 – 377 př. n. l.), který patřil mezi nejvýznamnější lékaře středověku. Ve spise De Insania (O šílenství) podává shrnující popis duševních nemocí.

Duševní nemoci vznikají z vlhkosti mozku, v němž jsou nástroje duše, když je mozek vlhčí než obvykle. Jestliže je mozek uveden vlhkostí v pohyb, nemůže být v klidu ani zrak, ani sluch, brzy vidí a slyší to, brzy ono, a jazyk mluví to, co pokaždé vidí a slyší. Jak dlouho je mozek v klidu, tak dlouho je člověk při rozumu. Mozek může být pokažen také hlenem a žlučí, takto se poznají: Ti, kteří šílí ze žluče, jsou útoční, zlomyslní a neklidní. A jestliže šílí neustále, pak jsou tyto příčiny: Jestliže mají strach a hrůzu, pak je způsobena podrážděním mozku zahřátou žlučí, jež k mozku přichází krevními cévami. Když pak krev ustoupí zpátky do žil, uklidní se tělo. Člověk je smutný, ustrašený, zapomíná jestliže je mozek ochlazen hlenem a vtěsnán více než obvykle. Když je mozek zachvácen zahřátou žlučí, jež v krvi vzkypí, pak vidí nemocný děsivé přízraky, obličej má rozpalený jako po probdělé noci. Má zarudlé oči a mysl zamýšlí dělat zlé věci. Tak trpí nemocný v noci. A když se krev rozptýlí zpátky do žil, zase se uklidní...
[15, str.14]

V Hippokratových spisech tedy Insania (mánie) představuje obecně šílenství a zahrnuje příznaky dnešní mánie, melancholie, halucinaturní psychózy, demence, apod.

Frenitis je popisována jako akutní horečnaté delirium se zmateností a neklidem. Toto onemocnění bylo považováno za velmi závažné, bývalo často smrtelné.

Letargus byl popsán jako stav zvýšené spavosti, který stejně jako frenitis může provázet jiná onemocnění jako je například peripneumonie.

Léčení duševních nemocí probíhalo také odstraněním škodlivých tekutin z těla různými cestami a způsoby. Provádělo se pouštěním žilou, dávidly, projímadly, šňupavými prášky nebo se prováděla regulace dietou.

Platón (jeden z největších antických filosofů) se vyjadřuje k podstatě duševních nemocí a postavení duševně postižených. Vytvořil koncepci dvou druhů duševních nemocí. Jedna vzniká z nemoci těla (ve smyslu Hippokratovy humorální patologie), ta druhá je božského původu, v jejímž základě je náboženská extáze.

Platón se ve spise „Zákony“ dotýká některých otázek společenského postavení duševně nemocných. Píše zde, že jestliže duševně nemocný způsobí nějakou škodu, nemá být potrestán, ale jeho rodina má nahradit škodu. Rodina je povinna dohlédnout na duševně nemocného a nemá ho nechat potulovat po ulicích města. Jestliže toto rodina neplní, má být pokutována.

Už od 3. stol. př. n. l. existovalo ve starém Římě lidové léčitelství, které bylo směsí lidových pověr, empirických zkušeností a náboženského mysticismu, jež převzali Římané od Etrusků. Asklepiadés z Bithynie (126 – 46 př. n. l.), který přišel do Říma v roce 91 př. n. l., je považován za zakladatele vědeckého lékařství ve starém Římě.

Ve 2. století n. l. Aretheus z Cappadocie poprvé použil pro poruchy gnostických a intelektuálních funkcí název chronická senilní demence. Považoval ji stejně jako ostatní duševní onemocnění ve stáří za neléčitelnou s tendencí neustále se zhoršovat.

Roku 640 n. l. došlo k dobytí byzantské Alexandrie Araby. Při něm došlo ke zničení alexandrijských muzeí a knihoven. Alexandrijští učenci emigrovali do Persie a Arábie a tam také přinesli své vědecké poznatky. Arabové se v Alexandrii seznámili se starořeckou kulturou. Do arabštiny byly přeloženy spisy starých řeckých a římských lékařských klasiků.

Arabské impérium se rozkládalo od Arábie přes Palestinu, severní pobřeží Afriky až do Španělska. Zde všude byly založeny samostatné lékařské školy. Tato doba se vyznačuje rozmachem přírodních věd, hlavně medicíny. Mezi nejdůležitější představitele této lékařské školy patří Rhazes a Avicenna.

Rhazes v sobě spojoval bohaté teoretické lékařské vědomosti s vlastními praktickými zkušenostmi. Jako příčinu vzniku a podstaty duševní nemoci klade důraz na tělesná, hlavně horečnatá onemocnění. Odmítal démonolickou etiologii duševních nemocí.

V terapii psychóz doporučoval projímadla a pouštění žilou, pro rekonvalescenci radil tělesná cvičení, zejména ale hru v šachy.

Avicenna byl nesporně největším ale taky posledním arabským lékařským intelektuálem, kterým vyvrcholila arabská medicína. Obohatil a doplnil Aristotelovo a Galénovo učení, která byla základem jeho lékařské koncepce. V Kánonu medicíny Avicenna shrnul a systematicky uspořádal všechny tehdejší lékařské vědomosti. Avicennův Kánon medicíny byl po dlouhá staletí zdrojem lékařského vědění jak na islámském východě, tak na evropských univerzitách.

Duševní nemoci jsou pro Avicennu výrazem poškození mozku nebo jeho komor. K takovému poškození dojde buď krví nebo žlutou či černou žlučí. Pokud jsou poškozeny přední části mozku, dojde k poruchám vnímání, při porušení střední části mozku dojde k poruše rozumu. Jestliže se poškodí zadní partie mozku, je porušena paměť.

Je možné, že Avicenna je prvním, kdo popsal progresivní paralýzu, a to v souvislosti s epilepsií, u níž poznamenává, že se někdy komplikuje trvalou duševní nemocí (melancholií s postupující ztrátou hybnosti celého těla).

Při léčení duševních nemocí Avicenna používal v obraze poškození mozku krví nebo žlučí příkládání studených obkladů na hlavu či odstraňování přebytečné krve naříznutím žíly v kůži hlavy. Zvýšený přítok žluči omezoval přísnou dietou. Z léků používal k uklidnění opium. Pro rekonvalescenci doporučoval tělesná cvičení, klidné rozhovory s nemocným, dietní životosprávu, rozptýlení zpěvem a lehkou prací. [15,16]

5.3 Počátky vědecké klasifikace demencí

Názor vytyčený Aretheem z Cappadocie přetrvával po celou řadu následujících staletí. Vedl nejen k terapeutické skepsi, ale i k malému zájmu o tato onemocnění a následně i k diagnostickým a klasifikačním zmatkům. Došlo totiž k setření rozdílů mezi formulacemi jednotlivých názvů duševních onemocnění a termín demence byl dlouhou dobu používán jako obecné označení jakékoliv duševní choroby. Pod vlajkou demence pluly mimo jiné i mentální retardace a progresivní paralýza. Tento stav trval až do 19. století, kdy pokroky v histologii, patologické anatomii a fyziologii podměnily další rozvoj lékařských věd. Postupně se v psychiatrii začaly hledat souvislosti mezi jednotlivými chorobami a patologickoanatomickými změnami v mozkové tkáni. Významnými mezníky byly rok 1822, kdy francouzský psychiatr A. I. Bayle vyčlenil z nesourodé skupiny duševních onemocnění progresivní paralýzu

a rok 1838, kdy se francouzský psychiatr J. E. D. Esquirol vrátil k názvu senilní demence a odlišil ji od mentálních retardací.

Koncem 19. století vyvstala v psychiatrii nutnost přesnější definice duševních onemocnění a jejich seřazení do určitého klasifikačního schématu s ohledem na nové poznatky. Psychiatři zabývající se patologickoanatomickými změnami mozkové tkáně upozorňovali, že se pod názvem senilní demence sdružuje několik různých onemocnění. Podrobně popsali závěry svých výzkumů a navrhli zařadit tyto choroby jako samostatné nozologické jednotky.

Významný německý psychiatr, patologický anatom a histolog Alois Alzheimer od roku 1901 sledoval 51 letou nemocnou s předčasnými projevy postupně progredující demence. Po její smrti v roce 1906 provedl patologickoanatomické vyšetření mozku a kazuistiku publikoval. Byl tak první, kdo popsal dosud neznámou formu presenilní demence, která na návrh E. Kreppelina nesla od roku 1910 název Alzheimerova demence. [15,16,17]

5.4 Hlavní milníky dějin Alzheimerovy choroby

1901 – 1906 Dr. Alois Alzheimer sleduje vývoj demence u jedenapadesátileté pacientky Auguste D.

1906 – Dr. A. Alzheimer publikuje zprávu o kazuistice a histologických změnách spojených s demencí u Auguste D.

1910 – Dr. E. Kraepellin tuto nemoc pojmenoval po Dr. Alzheimerovi.

1910 – 1970 Alzheimerova nemoc zůstává na okraji zájmu jako málo známá.

1979 – V Kanadě byla založena Alzheimerova společnost

1993 – V USA FDA schvaluje lék Cognex jako první kognitivum – inhibitor cholinesterázy. Tento lék vyžadoval dávkování 4x denně, posléze se přestal předepisovat kvůli vedlejším účinkům. [14]

2002 – Testování první vakcíny proti Alzheimerově nemoci na lidech (AN-1972). Lidé, kteří se zkoušce podrobili, vykazovali symptomy zánětu mozku a míchy. Studie pak byla zastavena. [14,18]

Z výše uvedeného je patrné, že problémem Alzheimerovy nemoci se lékařská věda seriózně zabývá až posledních čtyřicet let. Význam této nemoci stoupá se stárnutím populace a s vyšším věkem dožití.

6 SPOLEČENSKÝ VÝZNAM ALZHEIMEROVY CHOROBY

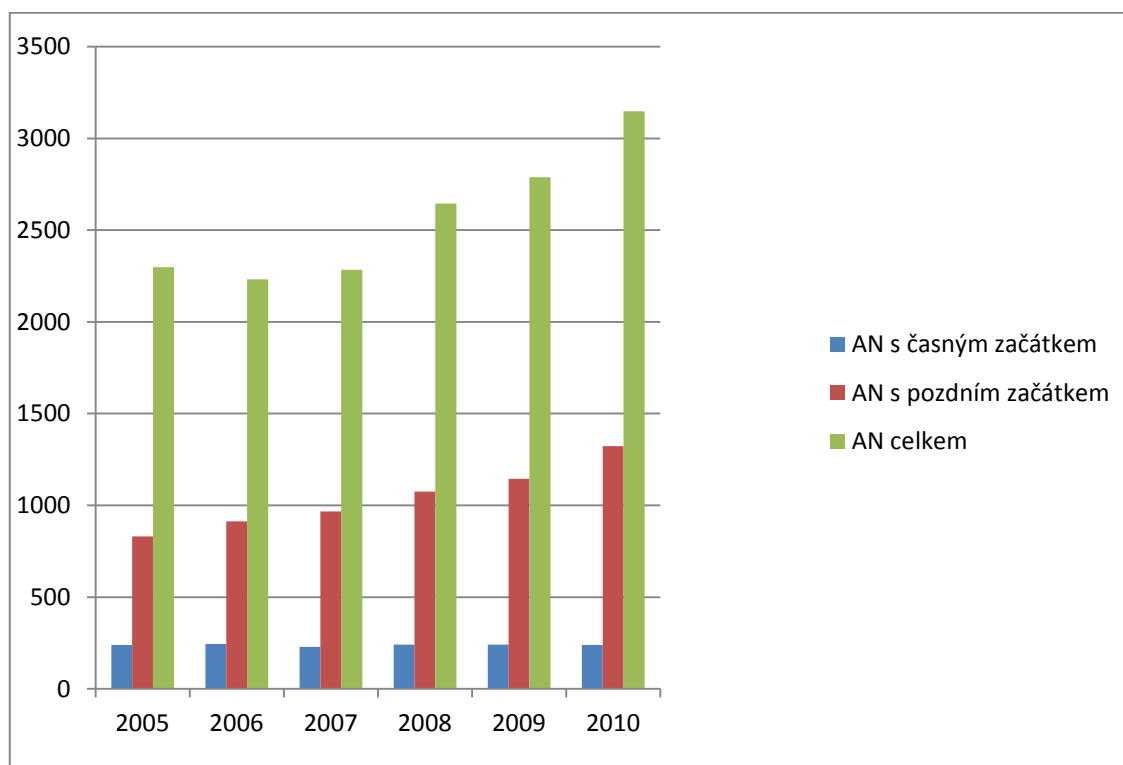
Alzheimerova choroba a další neurodegenerativní onemocnění jsou nejčastějšími příčinami syndromu demence, který představuje v současné době jeden z nejzávažnějších problémů zdravotnické a sociální politiky. Významná je také ekonomická zátěž těchto onemocnění. Projekt EuroCoDe (European Collaboration on Dementia) uskutečněný společností Alzheimer Europe prokázal, že počet lidí s demencí v zemích Evropské unie byl v roce 2007 celkem 6,1 milionu, v roce 2010 to bylo již 7,3 milionu, Celkové náklady na demenci v zemích evropské sedmadvacítky byly odhadnuty na 130 miliard eur. Z toho byla více jak polovina (56%) vyhrazena na neformální, rodinnou péči. Náklady na péči o lidi s demencí byly v zemích EU v průměru € 21 000 za rok. Zátěž Alzheimerovou chorobou a jinými onemocněními způsobující demenci představovala 350 DALY na 100 tisíc lidí (srovnejme např. s 247 DALY způsobených diabetem).

V České republice je 110 – 130 000 lidí postižených syndromem demence, z toho zhruba dvě třetiny trpí Alzheimerovou nemocí. Na základě demografických prognóz lze předpokládat, že se tento počet do roku 2040 zdvojnásobí, takže se bude jednat téměř o čtvrt milionu nemocných. Vzhledem k prevalenci onemocnění, která se s věkem zvyšuje každých 5 let na dvojnásobek, můžeme usoudit, že kdyby se podařilo rozvoj onemocnění u každého jedince oddálit o pět let, klesl by celkový počet nemocných na polovinu. [19]

Bohužel dnes většina pacientů s demencí není diagnostikována včas a řada z nich není zachycena vůbec. Rozvoj demence předchází mírná kognitivní porucha. Čím dříve s léčbou začneme, tím se nám lépe daří oddálit nejzávažnější stádia onemocnění. Nezbytnou součástí péče je podpora duševní aktivity a sociálních vazeb pacientů.

V České republice bylo v roce 2004 z celkového počtu 50 – 70 000 pacientů s Alzheimerovou demencí léčeno evidence-based léčbou demence (inhibitory acetylcholinesterázy a memantin) odhadem pouze 4 760 pacientů (6,8%). Tím jsme výrazně zaostali za zeměmi Evropské unie, kde bylo ve Francii léčeno přibližně 21% pacientů, v USA to bylo 27,5% pacientů. [20]

Graf 1 Počet hospitalizací s diagnózami Alzheimerova nemoc v lůžkových zařízeních



Výše uvedený graf názorně ukazuje počty všech hospitalizací v uvedených letech v České republice. Zelené sloupce jsou vyšší než součet modrých (diagnóza G30.0) a hnědých (diagnóza G30.1), protože ukazují počet všech případů Alzheimerovy nemoci (diagnózy G30.0, G30.1, G30.8 a G30.9). [21]

Graf ukazuje stálý nárůst počtu případů Alzheimerovy nemoci s pozdním začátkem. Hypotézu, že by rostoucí počet nových případů mohl souviset s lepší diagnostikou nepodporuje neměnný počet hospitalizací pacientů s Alzheimerovou nemocí s časným začátkem. Nárůst hospitalizací je tak nejspíš daný vyšším věkem dožití.

7 PÉČE O PACIENTY S ALZHEIMEROVOU NEMOCÍ NA PLZEŇSKU OČIMA PAMĚTNÍKŮ

V rámci této práce jsem se zajímala i o osobní zkušenosti lidí, kteří se zabývají péčí o lidi s Alzheimerovou chorobou. Dále uvedené poznámky jsou shrnutím osobních rozhovorů, které mi laskavě poskytli v lednu a únoru 2012.

**MUDr. Vratislav Kraus, primář 28 odd., XV. interní oddělení následné péče
léčebny v Dobřanech.**

Dobřany 26. 01. 2012

Pan doktor Kraus pracuje v dobřanské léčebně již od roku 1969. V léčebně se starají o zhruba 200 pacientů s demencemi, z nichž velkou část tvoří Alzheimerova choroba. Pacienti přicházejí již v pokročilém stádiu, a to především pro těžko zvladatelnou agresi, útky, výrazné změny v chování, dezorientovanost. Takoví pacienti již ústavní léčbu opravdu potřebují i v případě, že mají dobré rodinné zázemí, neboť jejich blízcí jim objektivně nejsou schopni pomáhat.

Od dob, kdy pan doktor v léčebně začínal, vidí velmi výrazný pokrok ošetrovatelské péče. Konkrétně u lidí s Alzheimerovou nemocí vyzdvihuje význam kognitivní farmakoterapie, která, je-li aplikována včas, může podstatnou měrou oddálit nástup pozdnějších stádií nemoci. Tyto léky ovšem nezvyšují věk dožití, posléze přestávají působit a pacient se pak velmi rychle zhorší. V pozdnějších stádiích nejčastěji aplikuje Tiapru, která je relativně šetrná, má nejméně vedlejších účinků. Dále tlumí deprese Seropramem, Citalekem, Zoloftem. Mimoto se věnují i nefarmakologické terapii – v minulosti především procházky a pohybová terapie dle možností pacienta, posledních 10 – 15 let poskytují i kognitivní terapii.

Pacienti s Alzheimerovou nemocí jsou v posledním stádiu většinou zcela imobilní. Zde jde vývoj péče spolu s ostatními ošetrovatelskými postupy u ostatních imobilních pacientů. Pan doktor vzpomíná hlavně na nesmírné problémy s proleženinami, které se dnes víceméně díky antidekubitárním pomůckám nevyskytují.

Jako velký problém současné doby vidí vyživování pacienta s Alzheimerovou chorobou, který nemůže přijímat orálně stravu. Pokud je zcela závislý na infuzích, pak mu sice dodáme nutné živiny, ale energeticky je tato výživa nedostatečná. Hrozbou pro nově přijatého klienta jsou také nozokomiální infekce, a to o to více, že člověk trpící

pozdním stádiem Alzheimerovy choroby má již atrofovaný mozek. S tím je mimo jiné spjata i nižší imunitní schopnost.

Paní Jana Kučerová, vedoucí zařízení Charitní ošetrovatelská a pečovatelská služba.

Plzeň 19. 01. 2012

Paní Kučerová pracuje v Charitě deset let. První plzeňský stacionář pro pacienty s Alzheimerovou nemocí vznikl v roce 1997. Jednalo se o byt 3+1, kde přes den pobývalo 3 – 5 klientů. Spolu s jednou pečovatelkou vytvářeli rodinné prostředí a snažili se dodržovat daný denní režim. Odpoledne se klienti vraceli do rodin. Neprováděly se žádné specifické terapie, vlastně šlo jen o takové hlídání.

V roce 1999 se stacionář rozšířil na adresu Polední 11, do větších prostor, kde mohli opatrovat až 10 lidí. Postupně se ukazovalo, že denní převozy mezi domovem a stacionářem klienty velmi zatěžují. Z denního stacionáře se tak postupně stal pětidenní, postupně se přidávaly i víkendy. Klientům bývá poskytována ošetrovatelská rehabilitace, péče rodinného typu, asistované procházky, návštěvy duchovního, vedení k ručním pracím, pečení, výlety apod. dle možností jednotlivých klientů. Ošetřování klientů zajišťovaly pečovatelky v nepřetržitých službách – dvě ráno, jedna odpoledne a jedna v noci. Tento týdenní stacionář skončil v roce 2011, kdy byl nahrazen domovem se zvláštním režimem v Hradištské ulici.

Kromě toho Charita organizuje i tzv. Čaj o páté – setkávání lidí, kteří pečují o nemocné s Alzheimerovou chorobou. Dále slouží jako kontaktní místo České alzheimerovské společnosti. Sociální pracovnice poskytuje potřebné informace příbuzným nemocných, provede paměťové testy a vyhodnotí je, předá kontakt na psychiatra, doporučí zařízení, které poskytuje další péči.

MUDr. Antonín Wirth, psychiatrická ordinace Městské nemocnice Privamed, LDN.

Plzeň 09. 02. 2012

Pan doktor Wirth pracuje v léčebně dlouhodobě nemocných od roku 1981, kdy došlo k určitému průlomů v péči o staré lidi, a to deklarováním tehdejšího vedení země důležitosti geriatrického lékařství. Začaly vznikat LDN a geriatrickým pacientům s demencemi se věnovala soustavná pozornost.

Počáteční fáze Alzheimerovy nemoci bývá velmi často přehlížena, a to jak pacientem samotným, tak i jeho laickým okolím. To je velká škoda, protože zde mohou velmi účinně pomoci kognitivní farmaka a pacientovi lze prodloužit aktivní život. Počátek demence může uniknout i ošetřujícímu lékaři, pokud pacienta často nevidá. Pacient sám je somaticky v pořádku a lékaře nevyhledá. K diagnóze tak dojde později a tím se zpozdí i léčba, která pak už má nižší účinnost. Pan doktor zde vyzdvihuje úlohu geriatrických sester, které před rokem 1989 působily v terénu (jedna sestra se starala o obvod dvou obvodních lékařů) a své pacienty osobně znaly, takže mohly rozpoznat změny v jejich chování, zhoršující se paměť a jiné příznaky. Tento systém po roce 1990 víceméně zanikl, lékaři se na obvodech rychle střídají stejně jako různé privátní společnosti, které se zdravotní službou seniorům zabývají. Rovněž kapitační platby jsou v tomto případě pro praktického lékaře demotivující, neboť své pacienty často pouze eviduje a sám je nemá potřebu vyhledávat, navštěvovat a zvat k prohlídkám. Pravděpodobně to je hlavní důvod, proč se většina případů Alzheimerovy choroby v prvotním stadiu vůbec nezachytí.

Mgr. Mariana Stiedlová, fyzioterapeutka, Longevita Senio, s.r.o.

Plzeň 10. 02. 2012

Paní magistra pracuje s lidmi, trpícími demencí, již 19 let. Ošetřování se podle jejího názoru za tu dobu příliš nezměnilo, hlavní změny přišly s novými užívanými léky. Ačkoliv cítí, že společnost klade největší důraz na ošetřovatelství jako takové, ona sama vidí největší prioritu v komunikaci s klientem.

V Longevitě se používá kognitivní trénink zhruba posledních deset let. Používají různé metody s výjimkou reminiscenční. Podle paní magistry se na Slovensku s kognitivními tréninky začalo asi o deset let dříve než v Čechách.

Hlavním problémem léčby Alzheimerovy nemoci je podle ní pozdní diagnóza a pozdní nasazení léků, které může souviset se špatnou legislativou a snahou „ušetřit“. Pozdní diagnóza může být dána i nezkušeností lékaře, neboť příznaky nemoci se mohou u různých pacientů značně lišit.

Otázku Alzheimerovy nemoci vnímá jako ostrý sociální problém, který je ve společnosti málo diskutovaný, až tabuizovaný.

8 DISKUSE

Duševní choroby trápily lidi již od prehistorických dob. Z archeologických nálezů je zřejmé, že i pravěcí lidé se pokoušeli například i o trepanaci lebky. Pravděpodobně tak chtěli nemocným ulevit či vypustit zlé duchy nebo vpustit ty dobré. Vzhledem k tomu, že se však obvykle nedoživali z dnešního pohledu vysokého věku, stařecké demence pro ně asi neznamenal velký problém.

Starověká medicína léčila demence dvěma základními směry – duchovním a fyzickým. Duchovní léčba zahrnovala především různé typy zaříkávání a vymítání zlých duchů. Fyzická léčba sestávala nejčastěji z vypouštění nečistých šťáv a ordinací diet. Bohužel se mi nikde nepodařilo sehnat srovnání úspěšnosti těchto dvou směrů.

Celkově však byla úspěšnost léčby nevelká. Můžeme tak usoudit ze skeptického pohledu Arethea z Cappadocie, který stařecké demence považoval za progresivní a neléčitelné. Pravděpodobně hlavně díky tomuto skeptickému pohledu nedocházelo až do 20. století k žádnému převratnému vývoji v ošetřování takto nemocných lidí.

Významným přínosem Antiky je etický přístup k duševně nemocným. Platónrazil teze, že duševně nemocný člověk není sám zodpovědný za své činy, ovšem zodpovědnost za něho přebírá jeho rodina, na které spočívá břemeno úhrady všech škod, které tento člověk způsobí. Rodina tak je motivována k tomu, aby neponechávala nemocného bez dohledu. Do jaké míry však byla tlačena do domácí péče a do jaké míry šlo spíše o zavírání a hlídání nepohodlných, zůstává na naší úvaze.

Alzheimerova choroba je známá od roku 1906, dříve se toto onemocnění neodlišovalo od ostatních demencí. Pravděpodobně díky nemožnosti přímého a jednoznačného stanovení diagnózy, nízké osvětě mezi lékaři a nerozpoznané sociální důležitosti zůstává choroba málo známou až do začátku sedmdesátých let. Tedy i desetiletí po jejím objevení se mnozí pacienti s Alzheimerovou nemocí neodlišují od těch s jinými demencemi.

Sociální význam Alzheimerovy choroby se zvyšuje se stárnutím populace a především se zvyšující se průměrnou dobou dožití. Na základě demografických prognóz lze předpokládat, že se tento počet do roku 2040 zdvojnásobí, takže se bude jednat téměř o čtvrt milionu nemocných. Vzhledem k prevalenci onemocnění, která se s věkem zvyšuje každých 5 let na dvojnásobek, můžeme usoudit, že kdyby se podařilo rozvoj onemocnění u každého jedince oddálit o pět let, klesl by celkový počet nemocných na polovinu. [17] Jestliže tedy pro generaci našich prarodičů byla

Alzheimerova nemoc ve srovnání s jinými nemocemi celkem málo významným strašákem, generace našich vnuků bude tento problém řešit jako velmi naléhavý.

Údaje o počtu hospitalizací s diagnózami G30 vykazují mezi lety 2005 až 2010 rostoucí trend. Vyseparováním dat G 30.0 a G 30.1 zjistíme, že počet případů Alzheimerovy nemoci s časným začátkem v tomto období nikterak nerostl, hlavní nárůst počtu případů připadá na Alzheimerovu nemoc s pozdním začátkem. To může korelovat s narůstajícím počtem seniorů, kteří se dožívají vyššího věku v relativně dobré fyzické kondici. Rozhodně tyto údaje podporují varování, že v budoucnu bude Alzheimerova nemoc představovat závažný zdravotnický a sociální problém.

Důležitým bodem problematiky léčení Alzheimerovy nemoci je její včasný záchyt. Rozpoznat prvotní příznaky nemoci včas mohou jen zkušení terapeuti, kteří pokud možno pacienta znali ještě před tím, než nemoc udeřila. Klade to nové nároky na organizaci zdravotní služby. Je paradoxní, že v době, kdy byli staří lidé víceméně systematicky preventivně sledováni (viz zmínka MUDr. Wirtha o geriatrických sestřích v kap. 6) a nemoc u nich mohla být včas rozpoznána, nebyla kognitivní terapie, která by jim prodloužila časně stádium nemoci, vůbec dosažitelná. Naproti tomu dnes, kdy jsou tyto léky k dispozici, máme problém tyto pacienty zachytit natolik včas, aby byla podaná kognitiva ještě účinná.

Vedle farmakoterapie, která zahrnuje kognitivní i nekognitivní léčiva, hraje velkou roli i tzv. nefarmakologický management demence. Jedná se o víceméně systematické cvičení mysli různými způsoby. Vždy je nutno vycházet z individuálních možností klienta a v zásadě dbát na to, aby mu byla terapie příjemná a nebyla zdrojem stresů a negativních emocí. Tuto terapii nemusí provádět lékař a může být provozována ve stacionářích i poučenými laiky v rodinách.

Pacienti s lehkými demencemi byli v minulosti stejně jako dnes ošetřováni především v rodinách. Sem patří i raná či dokonce střední stádia Alzheimerovy choroby. Během posledních dvaceti let jsou k dispozici různé druhy stacionářů, v mnohých je poskytována velice odborná péče a provádí se různé druhy terapií. Péči o imobilní pacienty již rodina kvalifikovaně zvládnout nemůže. Z vlastní zkušenosti vím, že imobilní pacienti, kteří jsou dlouhodobě v rodinné péči, trpí těžkými dekubity a často nejsou dobře živeni. Proto je lépe tyto pacienty umístit do ústavní péče. Délka života těchto pacientů závisí již zcela na technických opatřeních.

Kromě péče o pacienta je nesporně důležitá i péče o laické ošetřovatele, pro které je ošetřování pacienta s Alzheimerovou chorobou těžkou životní zkouškou. Jedná

se především o poskytování informací, morální podporu, případně umožnění několikadenního odpočinku převzetím pacienta do krátkodobého ošetřování. Tím se zabývá především Česká alzheimerovská společnost, která byla založena v roce 1997 a vedle toho či v přímé součinnosti různé charitativní organizace či občanská sdružení.

Pacientů s Alzheimerovou chorobou bude do budoucna přibývat. Před zdravotnický systém tato skutečnost staví nové úkoly, a to především jak zajistit účinný záchyt pacientů s nastupující chorobou a dále jak zajistit kvalifikovanou a účinnou ošetrovatelskou péči. V prvním kroku by stálo za to porovnat systémy způsobu detekce nemocných v zemích, které jsou v tomto směru úspěšnější (především USA a Francie) a vhodné metody převzít.

Spolu s nárůstem pacientů bude stále více potřebné zvažovat i ekonomickou stránku věci, tedy náklady na ošetřování. Zůstává pravidlem, že čím je pacient déle v domácí péči, tím je pro systém levnější. Otázkou proto je jak motivovat rodinu, aby se o svého nemocného starala kvalifikovaně a co nejdéle.

Alzheimerova nemoc v budoucnu jistě prověří současný zdravotnický systém. Neustálý nárůst počtu nových případů může být dokonce impulsem k reformě celého způsobu péče o seniory. Jestliže záchyt pacientů v časných stádiích nemoci může díky kognitivní farmakoterapii významně prodloužit jejich aktivní život, pak bude nutno tyto pacienty vyhledávat systematicky. Každé včasné rozpoznání a zaléčení nového pacienta tak přinese nejenom úlevu jemu a jeho blízkým ale zkrátí se i délka pozdního stádia a tím i doba nutná k ústavní léčbě. Preventivní a systematická lékařská péče o staré lidi tak získá význam, který nikdy v minulosti neměla – začne se ekonomicky vyplácet.

Už vzhledem k tomu, že Alzheimerova nemoc byla objevena v roce 1906 a zůstala málo známá až do 70 let 20. století, nemůžeme čekat, že historická literatura týkající se přímo Alzheimerovy nemoci bude bohatá. Sociální význam této nemoci byl rovněž dlouho nerozpoznán. K dispozici je i poměrně málo zdrojů, které se zabývají touto chorobou z ošetrovatelského hlediska. Prakticky veškerá literatura, vztahující se k Alzheimerově nemoci k dispozici v plešských knihovnách ať už v českém nebo anglickém jazyce se vztahuje na lékařské aspekty a farmakologii, nikoliv ošetrovatelství.

Ošetrovatelské příručky a osvětové materiály vztahující se přímo k této nemoci jsou k dispozici z posledních 15 – 20 let, starší materiály se mi obstarat nepodařilo.

Nezbývalo, než vybrat relevantní informace ze zdrojů, které se zabývaly historií léčby nerozlišených demencí a dějin psychiatrie všeobecně. Tato díla k dispozici jsou, a to i od tuzemských autorů.

Velký význam pro mne měla možnost získat informace přímo od lidí, kteří se deset a více let o pacienty s Alzheimerovou nemocí starají. Podařilo se mi mluvit se dvěma lékaři a dvěma sociálními pracovníci a každý z nich mi poskytl svůj pohled na danou problematiku.

ZÁVĚR

V předložené práci jsem se pokusila představit historický vývoj péče o pacienty s Alzheimerovou nemocí.

Demencemi se zabývalo již starověké lékařství, tyto nemoci provázely lidstvo zřejmě od jeho počátku. Vývoj ošetrovatelské péče o nemocné s Alzheimerovou chorobou víceméně až do 70. let 20. století probíhal shodně s péčí o pacienty s ostatními druhy demencí. Vlastní objev nemoci v roce 1906 sám o sobě přelomovým v péči o pacienty nebyl. Teprve koncem 70. let se Alzheimerova nemoc začíná považovat i za sociální problém a ve světě vznikají první alzheimerovské společnosti, Česká alzheimerovská společnost pak až v roce 1997.

Významným milníkem bylo zavedení kognitivní farmakoterapie v devadesátých letech 20. století, díky níž lze nemocnému významně prodloužit časné stádium nemoci, která však i nadále zůstává neléčitelná. Vedle toho se ukazuje jako přínosný i nefarmakologický management onemocnění, který sestává ze cvičení mysli. Vyvstává tak potřeba časného záchytu nemocných, což je do dnešních dní velký problém.

Pacientům v pozdním stádiu nemoci, kteří již bývají imobilní, velmi pomohl pokrok při prevenci dekubitů.

Mimo péče o vlastní nemocné je třeba mít na zřeteli i pomoc rodinným příslušníkům, kteří se o tyto pacienty starají v rodinách. Každý pacient s Alzheimerovou nemocí vyžaduje postupně stále více soustavnou péči, která je pro laiky nesmírně náročná. Zde je třeba vyzdvihnout zásluhu České alzheimerovské společnosti, která tuto pomoc zprostředkovává.

Jestliže se v minulosti problematice Alzheimerovy nemoci nepřikládala zvláštní význam, současnost je zcela jiná. Vzhledem ke stárnutí populace a zvyšujícímu se věku dožití stoupá počet pacientů a díky jejich specifickým nárokům se zde otevírají možnosti pro specializované ošetrovatelství.

Alzheimerova nemoc je podle dosavadního trendu nemocí budoucnosti. Zvyšující se počet případů nových onemocnění s pozdním začátkem staví před současný zdravotnický systém výzvu, zda a jak je schopen se o tyto pacienty postarat.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] MALÁ, Eva; PAVLOVSKÝ, Pavel. *Psychiatrie : učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. 1. vydání. Praha : Portál, 2002. 144 s. ISBN 80-7178-700-0.
- [2] JIRÁK, Roman; KOUKOLÍK, František. *Demence : neurobiologie, klinický obraz, terapie*. 1. vydání. Praha : Galén, 2004. 111 s. ISBN 80-7262-268-4.
- [3] FARKAŠOVÁ, Dana, et al. *Ošetrovatelství : teorie*. 1. české vydání. Martin : Osveta, spol. s. r. o., 2006. 211 s. ISBN 80-8063-227-8.
- [4] DOENGES, Marilyn E.; MOORHOUSE, Mary Frances. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. přepracované a rozšířené vydání. Praha 7 : Grada Publishing a.s., 2001. 568 s. ISBN 80-247-024-8.
- [5] FRANKOVÁ, Vanda, Jakub HORT, Iva HOLMEROVÁ, Roman JIRÁK a Martin VYHNÁLEK. *Alzheimerova demence v praxi: Konsenzus psychiatricko-neurologicko-geriatrický*. první. Praha: Mladá fronta, 2011. ISBN 978-80-204-2423-5.
- [6] KALVACH, Zdeněk, et al. *Geriatric a gerontologie*. 1. vydání. Praha 7 : Grada Publishing a.s., 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.
- [7] HÖSCHL, Cyril, LIBIGER, Jan, ŠVESTKA, Jaromír. *Psychiatrie*. 1. vydání. Praha 4 : TIGIS, spol. s. r. o., 2002. ISBN 80-900130-1-5.
- [8] JIRÁK, Roman, et al. *Demence a jiné poruchy paměti : komunikace a každodenní péče*. 1. vydání. Praha 7 : Grada Publishing a.s., 2009. 176 s. ISBN 978-80-247-2454-6.
- [9] VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. Praha : Portál, 2004. 872 s. ISBN 80-7178-802-3.
- [10] SCHULER, Matthias, OSTER, Peter. *Geriatric do A do Z pro sestry*. 1. vydání. Praha 7 : Grada Publishing a.s., 2010. 336 s. ISBN 978-80-247-3013-4.
- [11] VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory : příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. 1. vydání. Praha 7 : Grada Publishing a.s., 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.
- [12] MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 352 s. ISBN 80-247-1151-6.

- [13] *Česká alzheimerovská společnost* [online]. [cit. 2012-07-11]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz>
- [14] TOLEDO, Luis. *History of Alzheimer's Disease*, (online) Kalamazoo Center for Medical Studies, Michigan State University 2005-2006 (cit. 10. 3. 2012), dostupné na: <http://hod.kcms.msu.edu>
- [15] ŠEDIVÉC, Vladislav. *Přehled dějin psychiatrie*. 1. vydání. Praha : Psychiatrické centrum Praha, 2008. 58 s. ISBN 978-80-87142-00-4.
- [16] VENCOVSKÝ, Eugen. *Psychiatrie dávných věků : od Hippokrata k Pinelovi*. 1. vydání. Praha : Karolinum, 1996. 224 s. ISBN 80-7184-226-5.
- [17] DONĚK, Emanuel, Jana DOŇKOVÁ a Antonín DONĚK. Počátky vědecké klasifikace demencí a Alois Alzheimer. *Česká a slovenská psychiatrie*. roč. 101, č. 1, s. 55 - 56. ISSN 1212-0383.
- [18] CHECK, E. *Nerve inflammation halts trial for Alzheimer's drug*. Nature, 415, 462. (2002) In: Timeline of Alzheimer's disease, (cit. 10.3.2012) dostupné na: <http://hod.kcms.msu.edu>
- [19] HOLMEROVÁ, Iva. *Možnosti prevence kognitivní poruchy demence* (on line), practicus 4/2011, 21-26, odborný časopis Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP, ISSN 1213-8711, dostupné na: <http://web.practicus.eu/sites/cz/Documents/Practicus-2011-04/21-moznostzi-prevence-kognitivni-poruchy-a-demence.pdf>
- [20] HORT, Jakub a kol. *Časná stádia demence – možnosti diagnostiky a léčby* (on line), Neurologie pro praxi 6/2005, 324-326, Solen, s.r.o. ISSN 1803-5280 dostupné na: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2005/06/09.pdf>
- [21] NECHANSKÁ, Blanka. *Péče o pacienty s diagnózami F01,F03 a G30 demence v lůžkových zařízeních v letech 2005 – 2009* (on line), Aktuální informace 68/2010, 13, ÚZIS, dostupné na: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/pece-pacienty-diagnozami-f01-f03-g30-demence-luzkovych-zarizenich-cr-letech-2005-2009>
- [22] HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum : základní teorie, metody a aplikace*. 2. aktualizované vydání. Praha : Portál, 2008. 407 s. ISBN 978-80-7367-485-4.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Test ADL

Příloha 2: test IADL

Příloha 3: Test MMSE

Příloha 4: Test kreslení hodin

Příloha 5: DemTect

PŘÍLOHA Č. 1

autor: Mahoney,F.L.,Barthel,D.W.,1965

Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre
1. najedení napití	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
2. oblékání	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
3. koupání	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
4. osobní hygiena	Samostatně nebo s pomocí	5
	Neprovede	0
5. kontinence moči	Plně kontinentní	10
	Občas inkontinentní	5
	Inkontinentní	0
6. kontinence stolice	Plně kontinentní	10
	Občas inkontinentní	5
	Inkontinentní	0
7. použití WC	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
8. přesun lůžko - židle	Samostatně bez pomoci	15
	S malou pomocí	10
	Vydrží sedět	5
	Neprovede	0
9. chůze po rovině	Samostatně nad 50 m	15
	S pomocí 50 m	10
	Na vozíku 50 m	5
	Neprovede	0
10. chůze po schodech	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0

- Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech
- 0-40 bodů - vysoce závislý
- 45-60 bodů - závislost středního stupně
- 65-95 bodů - lehká závislost
- 100 bodů - nezávislý

PŘÍLOHA Č. 2

Instrumentální aktivity každodenního života (IADL), podle M. P. Lawtona a E. M. Brodyho

Údaje o pacientovi:

Datum:

	Body	
1. Telefonování		
Používá telefon z vlastní iniciativy, vyhledá a vytáčí čísla.	1	
Vytáčí několik známých čísel.	1	
Zvedne při zazvonění sluchátko, ale nevytáčí čísla.	1	
Telefon vůbec nepoužívá.	0	
2. Nakupování		
Samostatně si nakoupí většinu potřebných věcí.	1	
Nakupuje jen málo.	0	
Při každém nákupu potřebuje doprovod.	0	
Není schopen/schopna nakupovat.	0	
3. Uvařování		
Naplňuje a uvaří/připraví si vhodná jídla samostatně.	1	
Uvaří si vhodné jídlo jen tehdy, jsou-li ingredience připraveny jinou osobou.	0	
Uvaří si samostatně, ale nedodrжуje požadovanou dietu.	0	
Vyžaduje uvaření i naservírování jídla.	0	
4. Vedení domácnosti		
Zvládá domácnost samostatně nebo s občasnou pomocí s těžkými pracemi.	1	
Provádí samostatně drobné domácí práce.	1	
Provádí samostatně drobné domácí práce, ale není schopen/a udržet byt v náležitě čistotě.	1	
Potřebuje pomoc se všemi pracemi/úkoly v domácnosti.	1	
Není schopen provádět žádné domácí práce.	0	
5. Praní		
Vypere si sám/sama své prádlo.	1	
Přepere samostatně drobné prádlo.	1	
Veškeré prání musí být zajištěno.	0	
6. Způsob dopravy, cestování		
Používá nezávisle veřejné dopravní prostředky či vlastní auto.	1	
Objedná si a použije taxi, ale jinak veřejnou dopravu nepoužívá.	1	
Používá veřejné dopravní prostředky v doprovodu jiné osoby.	1	
Doprava je omezena na taxi nebo automobil s doprovodem.	0	
Necestuje vůbec.	0	
7. Užívání léků		
Zodpovědně užívá léky v přesných dávkách a ve správný čas.	1	
Správně užívá předem připravené léky.	0	
Není schopen správně užívat své léky.	0	
8. Nakládání s penězi		
Samostatně řídí své finanční záležitosti (rozpočet, placení nájmu a účtů, docházení do banky).	1	
Vyřídí drobné denní záležitosti, ale potřebuje pomoc s většími platbami a bankovními operacemi.	1	
Není schopen/schopna nakládat s penězi.	0	
Celkový počet bodů (maximálně 8)		

PŘÍLOHA Č. 3

1. ORIENTACE - odpověď do 10 s

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

2. ZAPAMATOVÁNÍ

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

Bod přidělte za každou správnou odpověď. Pořadí je libovolné. Pokud není pacient schopen splnit úkol, opakujte vývary, dokud si je nezapamatuje, maximálně však ještě pětkrát. Je to podmínka pro úkol číslo 4, tj. Vybavování.

LOPATA ŠÁTEK VÁZA (... ..)

"A nyní prosím tato slova opakujte."

3. POZORNOST A POČÍTÁNÍ

"Nyní odečtete od 100 vždy 7, až odečtete pětkrát za sebou, skončete."

Jestliže udělá pacient chybu a od chybné hodnoty dál odečítá správně, počítejte pouze tuto chybu.

93 86 79 72 65 (... ..)

Pokud pacient nechce počítat, vyzvěte jej: "Hláskujte pozpátku slovo POKRM."

Dejte vždy bod za každé správné písmeno, např. M R K O P = 5 (... ..)

4. VYBAVOVÁNÍ

"A teď, prosím zopakujte slova, která jsem vám před chvílí fikal." Za každou správnou odpověď přísluší jeden bod.

LOPATA ŠÁTEK VÁZA (... ..)

5. POJMENOVÁNÍ PŘEDMĚTU

- o "Co je to?" (ukážete hodinky)
- o "Co je to?" (ukážete tužku)

6. OPAKOVÁNÍ

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

"Opakujte! "První pražská paroplavba." (...)

7. STUPŇOVANÝ PŘÍKAZ

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

1. stupeň - uchopení papíru do pravice (...)

2. stupeň - přeložení papíru na polovinu (...)

3. stupeň - položení papíru na zem (...)

8. ČTENÍ A PLNĚNÍ PŘÍKAZU

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

"Přečtěte, co je tady napsáno a udělejte to!"

Jeden bod přidělte pacientovi za splnění příkazu do 10 sekund, maximálně na tři pokusy. (...)

9. PSANÍ

Dejte pacientovi psací potřeby a papír a vyzvěte jej: "Napište libovolnou větu."

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

10. OBKRESLOVÁNÍ

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

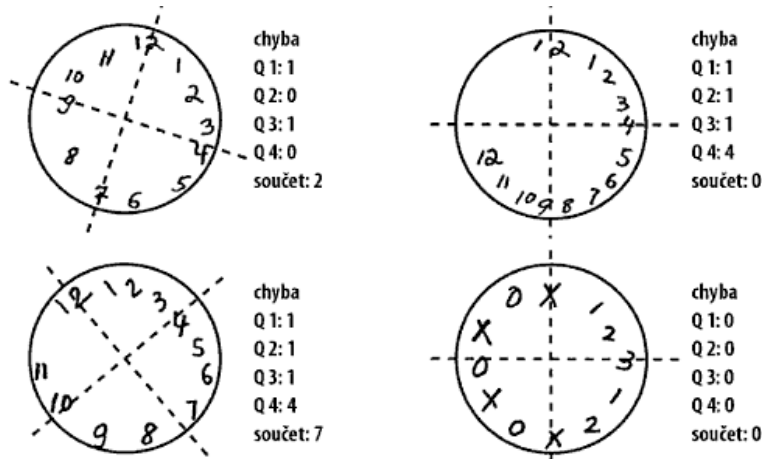


HODNOCENÍ

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

PŘÍLOHA Č.4

dle Waatsona



dle Shulmana

- 1 **„Perfektní“**
 - číslice 1–12 správně zakresleny
 - dvě ručičky, které ukazují správný čas (11 hod 10 min)
- 2 **Mírná vizuálně-prostorová chyba**
 - odstupy mezi číslicemi nerovnoměrné
 - číslice mimo kruh
 - list otočen, takže číslice stojí na hlavě
 - pacient používá čáry („paprsek“) k orientaci
- 3 **Chybné hodiny, udržena vizuálně-prostorová představitivost**
 - jen jedna ručička
 - 11 minut po desáté (apod.) vepsáno jako text
 - čas nezakreslen
- 4 **Vizuálně-prostorová dezorganizace středního stupně, správné zakreslení není možné**
 - nepravidelné meziprostory
 - číslice zapomenuty
 - perseverace: opakuje kruh, číslice na straně dvanáctky
 - pravo-levé převrácení (čísllice proti směru hodinových ručiček)
 - dysgrafie (nečitelné nakreslení číslic)
- 5 **Vizuálně-prostorová dezorganizace těžkého stupně**
 - jak popsáno pod 4, ale silněji vyjádřeno
- 6 **Hodiny nezakresleny vůbec (cave: vyloučit depresi/delirium)**
 - žádný pokus o zakreslení hodin
 - ani vzdálená podobnost s hodinami
 - pacient napíše slovo nebo jméno



PŘÍLOHA Č.5

Povolání (příp. před odchodem do důchodu): _____

Školní vzdělání: _____

DemTect

„Nyní máte k dispozici přibližně 400 slov. Vyberte slovo, přičemž, doplněte ho slovy, které jsou podobné významem.“ (první seznam slov)

talíř	pes	lampa	dopis	jablko	kalhoty	stůl	louka	sklo	strom
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

„Děkuji. Nyní Vám podruhé vyjmenuji stejných deset slov. Pak ještě jednou zopakujte co nejvíce slov.“

talíř	pes	lampa	dopis	jablko	kalhoty	stůl	louka	sklo	strom
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Správně uvedené výrazy (max. 20) _____

2) Přeměna číslice – číslovka

„Jak vidíte na příkladu, lze číslici „5“ napsat také slovem jako „pět“ a naopak slovo „tři“ jako číslici „3“. Z části úkol připomíná vyplnění poštovní poukázky. Prosím, napište číslice slova a slova (číslovky) změňte na číslice.“

_____	5 → pět	tři → 3
-------	---------	---------

209 =	_____
4054 =	_____
šestsetosmdesátjedna =	_____
dvatisícdevacetšedem =	_____

Správné odpovědi (max. 4) _____

3) Úloha se supermarketem

„Prosím, vyjmenujte tolik věcí, na kolik si vzpomenete, které je možno koupit v supermarketu. Máte na to jednu minutu času.“

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vyjmenované výrazy (max. 30) _____

4) Řada čísel pozpátku

„Řeknu Vám nyní řadu čísel, které mi pak, prosím, zopakujete v obráceném pořadí. Když např. řeknu „čtyři – pět“, pak prosím řekněte „pět – čtyři“.“

1. pokus	2. pokus	
7-2	8-6	2
4-7-9	3-1-5	3
5-4-9-6	1-9-7-4	4
2-7-5-3-6	1-3-5-4-8	5
8-1-3-5-4-2	4-1-2-7-9-5	6

Mejdelší správné pozpátku zopakovaná řada čísel (max. 6) _____

5) Opětne vybavení si slov ze seznamu

„Zcela na začátku tohoto testu jsem Vám uvedl deset slov. Vzpomínáte si na ně ještě?“

talíř	pes	lampa	dopis	jablko	kalhoty	stůl	louka	sklo	strom
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Správně vzpomenué výrazy (max. 10) _____

VYHODNOCENÍ

Přepočítání (viz tabulka)

Úkol		
Seznam slov		
Přeměna číslice → číslovka		
Úloha se supermarketem		
Řada čísel pozpátku		
Opětne vybavení si slov ze seznamu		
Celkový výsledek testu DemTect:		

Datum _____ / _____ / 20_____

Hodina _____

Vyšetřující: _____

Počet bodů	Diagnóza	Doporučení léčby
13-18	věkú přiměřený kognitivní výkon	znovu testovat po 12 měsících, příp. při objevení se problémů
9-12	lehké kognitivní postižení	znovu testovat po 6 měsících, sledovat průběh
< 8	poškození na demenci	další diagnostická vyšetření, zahájení léčby