

KOGNITIVNÍ ZMĚNY VE STÁŘÍ COGNITIVE CHANGES IN OLD AGE

ŠIŠLÁKOVÁ Lenka, MATIŠÁKOVÁ Iveta

Fakulta zdravotnictva, Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne, Trenčín

ABSTRAKT

Východiska: Kognitivní změny ve stáří mohou výrazně ovlivnit kvalitu života starého člověka.

Cíle: Cílem práce bylo porovnání klientů, kterým byla podávána kognitiva a aktivně se zapojili do aktivizací ve srovnání s klienty bez kognitiv a zájmu o aktivizační programy.

Vzorek: Vybranou skupinu tvořili klienti z Alzheimercentra ve Zlíně, tři ženy a jeden muž ve věku od 74 do 81 let. Byli podrobeni hloubkovému dlouhodobému pozorování.

Metody: Pro průzkum jsme použili metodu pozorování a kauzistiky s využitím validního měření pomocí MMSE, přičemž pozorování probíhalo kontinuálně a MMSE bylo hodnoceno šestkrát, vždy s tříměsíčním odstupem. Využití metody nám umožnilo identifikovat aktuální stav a prosperitu vybraných klientů s Alzheimerovou nemocí.

Výsledky: Z provedených šetření a diskuze lze konstatovat, že podávání kognitiv napomáhá ke zpomalení rozvoje demence. Dalším důležitým faktorem jsou aktivizační programy pro klienty v sociálních zařízeních, které jim umožňují zachovávat si kvalitu svého života. Porovnáním s ostatními pracovišti můžeme konstatovat, že naše pečovatelské a ošetrovatelské postupy jsou srovnatelné s jinými zařízeními pro léčbu Alzheimerovy choroby a jiných demencí v České republice.

Závěr: Kognitivní změny ve stáří mohou vést k demenci. Zdravotnický personál však může svým přístupem a jednáním její průběh ovlivnit. Výskyt tohoto onemocnění se zvyšuje s přibývajícím se věkem. S prodlužujícím se věkem narůstají požadavky na ošetrovatelskou péči.

Klíčová slova: Stáří. Kognitivní funkce. Demence. Alzheimerova nemoc. Ošetrovatelská péče.

ABSTRACT

Background: Cognitive changes in an old age can have a significant impact on the quality of life of an old person.

Objectives: The objective of this work was to compare clients who were treated with nootropics and were actively engaged in additional activities compared to non-cognitive clients and interest in activation programs.

Sample: The selected group consisted of clients from the Alzheimer Centre in Zlín, three women and one man aged between 74 and 81 years. They were subjected to in-depth, long-term observation.

Methods: In our survey there we used the method of observation and case study using valid tool of MMSE, with continuous observation. MMSE was assessed six times, with a three-month interval. Our methods have enabled us to identify the current status and prosperity of the selected clients with Alzheimer's disease.

Results: Based on the research and discussion, we can state that cognitive behaviour helps to slow down the development of dementia. Another important factor are the activation programmes for clients in social facilities that allow them to preserve their quality of lives. Comparing with other workplaces,

we can state that our nursing care and nursing practice are comparable to other facilities for the treatment of Alzheimer's disease and other dementias in the Czech Republic.

Conclusion: Cognitive changes in an old age can lead to dementia. However, healthcare professionals can influence these changes by their approach and behaviour. The incidence of the disease increases with an older age. The demands for nursing care grow with an older age.

Key words: Old age. Cognitive functions. Dementia. Alzheimer's disease. Nursing care.

ÚVOD

Ekonomický vývoj společnosti vede ke zvyšující se životní úrovni, která je doprovázena prodlužující se délkou lidského života. Tato situace přináší faktor související s narůstajícími požadavky na péči o starší populaci. Významnějším pojmem se tak stává stáří. O tyto lidi je třeba se starat a pečovat o ně. Stáří je často doprovázeno různými formami demence, mezi které patří i Alzheimerova nemoc. V souvislosti s těmito skutečnostmi narůstají požadavky na ošetrovatelskou péči, která v České republice i na Slovensku není dostatečně oceněna.

Kognitivní funkce

Kognitivní funkce, čili rozpoznávací, umožňují výběr a zpracování informací za účelem přizpůsobení jedince svému prostředí a okolí. Mezi kognitivní funkce patří percepce, neboli příjem informací, jejich retence, třídění a integrace, dále paměť a učení, myšlení, expresivní funkce - řeč, mimika, kreslení (Kalvach a kol., 2004, s. 184-185). Dále zde náleží vizuospeciální funkce, což je orientace zrakem v prostoru a orientace v čase a exekutivní funkce (výkonné), které zajišťují účelné jednání, motivaci, naplánování a vlastní provedení akce. Úroveň kognitivních funkcí se do určité míry kryje s pojmem inteligence (Kalvach, Zadák a kol., 2008, s. 232). Kognitivní funkce používáme vždy, když přemýšlíme nebo se učíme (Holmerová, 2014, s. 90).

I když stáří není choroba, je však rizikový faktor pro vznik mnoha poruch, tedy i těch, které souvisí s úbytkem rozpoznávacích funkcí. S přibývajícím věkem se snižuje vstřípivost paměti, tvárnost myšlení a zpomaluje se vybavnost ze zásobní paměti.

K tomuto jevu dochází již od třetího do čtvrtého desetiletí a později se objevují i poruchy upevnění paměti. Snižuje se psychomotorické tempo a následně rychlost zpracovávání informací (Kalvach, Zadák, 2008, s. 232). Bývá i nepřesné vybavování ze zásobní paměti. „*Mohou se objevit např. Paramnézie – zkreslení vybavovaných vzpomínek, ekmnézie – špatně časově zařazené vzpomínky, kryptomnézie – neúmyslné paměťové plagiáty, neúmyslné vydávání cizích zážitků za vlastní*“ (Kalvach a kol., 2004, s. 185). Stárnutím dochází ke kumulaci nepříznivých faktorů, které zhoršují paměť. Jsou to účinky opakovaného stresu, jako je ovdovění, osamělé žití, starosti o nemocného partnera, ztráta společenské pozice, zhoršení ekonomické situace, omezení soběstačnosti, umístění do ústavu. Významný je vliv somatických nemocí, které se mnohdy kombinují (multimorbidita), což má za následek užívání mnoha léků a často i nevhodných (narušení paměti a její konsolidaci např. centrálně působící anticholinergika, blokátory histaminových receptorů, dlouhodobě působící benzio-diazepiny). Hromadí se též účinky rizikového životního stylu, jako je abusus alkoholu a jiných návykových látek, nezřídka i deprese. Avšak nejzávažnějším kauzálním faktorem poruchy paměti ve stáří je organické postižení mozku, neurodegenerativní postižení – choroba Parkinsonova, Alzheimerova, s Lewyho tělísky; cerebrovaskulární postižení a zvyšující se počet traumat mozku (Kalvach, Zadák 2008, s. 232).

Dále je významná porucha myšlení. V časných fázích je postižena oblast abstrakce a logického uvažování. S přibývajícím věkem se ztrácí soudnost a neschopnost odhadnout své možnosti. S touto poruchou těsně souvisí porucha řečových funkcí. Starší lidé hůře hledají slova, vypadávají jim pojmy, nenesnadno utvářejí věty, hojně požívají opisy. Následně dochází často k rozvoji poruch fatických. Zpočátku se objevuje tzv. parafrázie (komolení slov), která spočívá v nesprávném požívání přípon, předložek atd. Pak se rozvíjí úplná afázie. Ta má dvě hlavní formy, motorickou a senzorickou. Motorická nebo též expresivní má podstatu v postižení motorického řečového centra. Řeč je zkomolená, jednotlivá slova jsou nesrozumitelná nebo jen dalece připomínají správné slovo, jsou přítomny těžké gramatické chyby (paragramatismy). Senzorická afázie vzniká poruchou detekce sluchového signálu v mozkové kůře. Mluvenému slovu postižení nerozumí, a proto je jejich řeč nesrozumitelná.

Porucha orientace má úzký vztah s poruchou myšlení a paměti. Pacienti s touto poruchou se špatně orientují v čase, prostoru, ale i ve vlastní osobě. Porucha vizuospeciálních funkcí bývá brzkým příznakem Alzheimerovy choroby. Pacienti nedovedou namalovat např. kvádr či krychli. Porucha výkonných (exekutivních) funkcí je patrna v neschopnosti naplánovat a realizovat složitější úkony, skládající se z více jednoduchých dílčích úkonů. Chybí schopnost dílčí úkony správně chronologicky seřadit např. příprava pokrmu (Kalvach a kol., 2004, s. 185).

Poruchy kognitivních funkcí

Poruchy, které vznikají při poruše kognitivních funkcí, se nazývají kognitivní poruchy. Německý psychiatr Gründe konstatoval: „*Normální stáří a stařecká demence prokazují podobné symptomy. Nevíme, při jakém stupni poruch paměti nebo afektivní lability můžeme mluvit o chorobě. Tehdy musí být určující praktická hlediska*“. I když od jeho názoru uplynulo celé století, problém diferenciální diagnostiky mezi zdravím a chorobou v oblasti kognitivních funkcí ve stáří zůstává aktuální i dnes. Poruchy kognitivních funkcí lze rozdělit na dva okruhy: související s poruchou vědomí a nesouvisející s poruchou vědomí.

Kognitivní poruchy související s poruchou vědomí

Podle hloubky poruchy vědomí rozeznáváme: amenní syndrom (amence), delirantní syndrom (delirium), obnubilatorní syndrom (obnubilace) a oneiroidní syndrom.

Kognitivní poruchy nesouvisející s poruchou vědomí

Vznikají na podkladě strukturálních změn mozku, které se vyvíjí postupně s různou rychlostí progresu. Při normálním stárnutí jsou přítomny kognitivní změny, ale pouze v minimálním rozsahu, takže nenarušují schopnost přizpůsobení se účelnému chování. Od zdravého stárnutí se nezřetelně vymezuje oblast kvantitativních i kvalitativních odlišností kognitivních změn, kdy sociální adaptace postiženého je zachována. Závisí na mnoha faktorech, zda tyto změny budou regredovat, zůstanou delší dobu stabilní či budou progredovat do demence (Ondriášová, 2011, s. 18-19).

Ošetrovatelská péče o pacienty s kognitivními poruchami

Stárnutí populace v oblasti zdravotní i sociální péče se stane celosvětovým významným problémem. Problém se nevyskytuje pouze v ekonomicky vyspělých zemích světa s dobrou životní úrovní, zdravým životním stylem a efektivní zdravotní péčí, ale i v zemích rozvojových. Předpokládá se, že v budoucnu starých lidí bude v některých částech světa víc než mladých a ekonomicky produktivních osob (Haškovcová, 2010, s. 86). Každý senior by chtěl a měl by zůstat v domácím prostředí. Problém vzniká, když senior ztrácí soběstačnost a vyžaduje pomoc. V první řadě by pomoc měla zajistit rodina. Rodina ovšem musí chtít, umět a moci potřebnou péči poskytnout (Haškovcová, 2010, s. 285). Významným aspektem je možnost bydlení, vzdálenost blízkých a příbuzných. Dále je rozhodující společenské klíma, morálka, etické normy, společenské a rodinné tradice, legislativa a ekonomika státu. Základní pomocí v realizaci domácí péče jsou agentury domácí péče, střediska pečovatelské služby, domovinky, charity a jiné komunitní asistence (Klevertová, 2008, s. 85-86).

Při selhání domácí péče rodiny přebírá péči instituce. Po roce 1989 došlo k podstatným změnám v této oblasti, sociální služby neposkytuje pouze stát, ale také kraje, obce, neziskové organizace, církve, fyzické i právnické osoby. Dřívější domovy důchodců jsou dnes domovy pro seniory. Ty poskytují pobytové služby osobám se sníženou soběstačností z důvodů věku, a vyžadují pravidelnou celodenní pomoc druhé osoby. Zajišťují ubytování a stravování, pomoc při osobní hygieně a péči o vlastní osobu, sociálně terapeutické činnosti, kontakt se společenským prostředím, aktivizační programy a sociální pomoc (Haškovcová, 2010, s. 235).

V posledních letech vznikají domovy se zvláštním režimem (DZR), které se specializují na klienty s Alzheimerovou chorobou. V těchto centrech pracují vyškolení pracovníci v oblasti zdravotnické péče, ošetrovatelské péče, aktivizace a sociální péče. Aktivizace klientů s demencí není jednoduchá, ale důležitá. Zpočátku postačuje pouze pasivní účast, jako je pozorování a naslouchání, ve skupině nebo individuálně. Terapeut by měl odhadnout schopnosti klienta a správně motivovat k činnosti. Tomu předchází testování klienta ve spolupráci s rodinou. Cílem aktivizací je udržení dovedností hrubé i jemné motoriky, chůze, soběstačnosti, kog-

nitivních funkcí a podobně, co možná nejdéle. Nejčastěji se používají tyto metody k aktivizaci pacientů:

- *Ergoterapie* znamená posilování soběstačnosti a vedení k sebeobslužným činnostem,
- *Kognitivní trénink* jsou cvičení, která pomáhají zlepšit poznávací (kognitivní) funkce,
- *Senzorická stimulace* jsou součástí kognitivní rehabilitace (hmatová, čichová, zraková),
- *Orientace v realitě* je snaha o zlepšení celkové orientace pro minimalizaci zmatenosti a maximalizaci nezávislosti a sociální interakci,
- *Reminiscenční terapie* využívá vybavování vzpomínek prostřednictvím různých podnětů,
- *Kinezioterapie* je podpůrná léčebná metoda, využívající aktivně prováděného pohybu mimo pracovní povahy, využívá se v preventivní oblasti,
- *Taneční a pohybové programy* - pohyb je chápán jako terapeutický, estetická stránka ustupuje do pozadí,
- *Arteterapie* - používá se k povýšení sebehodnoty člověka s použitím hudby, výtvarného umění, poezie, prózy a tance,
- *Terapeutické vaření nebo pečení* - používají se velmi jednoduché a stereotypní činnosti,
- *Muzikoterapie* - napomáhá k pohodě klientů, posiluje jejich sebevědomí,
- *Pet-terapie* - přítomnost zvířat, například psů, působí pozitivně na psychický stav a celkové uvolnění klienta,
- *Aplikace světla* - využívá se při poruchách denního rytmu,
- *Bazální stimulace* - využívá se cílená stimulace smyslových orgánů a zlepšuje komunikaci těžce postižených s okolím v těžkém stádiu demence (Holmerová, 2007, s. 136-258).

Práce s klienty s kognitivními změnami je velmi náročná, specifická a často vysilující. Personál je denně vystaven zátěžovým situacím ze strany klientů a jejich rodin. Často dochází ke kumulaci okolností, které mohou vyvolat syndrom vyhoření (Venglářová, 2007, s. 80-81).

Kazuistika č. 1

Klientka ve věku 81 let přijata do Alzheimer centra v dubnu 2015. Nástup do zařízení byl klientkou vnímán velmi negativně, protože nedokázala zhodnotit naléhavou situaci a celkový zdravotní stav. V lednu 2012 žila se svým druhým manželem

a pejskem v Karlových Varech v bytě v klidné části města. Koncem ledna 2012 manžel popisoval změnu chování, občasně výpadky paměti a slovní agresivitu. Vzhledem k tomu, že byl lékař, doporučoval manželce návštěvu psychiatra, kterou striktně odmítala. Během dubna 2012 se psychický stav pacientky velmi zhoršil. Často provokovala hádky s manželem, chovala se neurvale, ale sebezpečí a péči o domácnost zvládala. V září roku 2012 se slovní agresivita a negativní postoj k životu a okolí stupňovala. Situace v rodinném soužití se vyhroutil natolik, že manželství v lednu 2013 bylo rozvedeno. Pacientka byla odkázaná sama na sebe a pomoc sousedky. Dcera s ní byla v každodenním telefonickém kontaktu. Tyto rozhovory byly velmi chladné, neosobní a také často zmatečné. I přes velkou vzdálenost (372 km), dcera byla nucena každé 2 týdny za matkou jezdit a pomáhat jí s domácností. Agrese ustoupila, ale pacientka se uzavírala do sebe a starala o pejska. V dubnu 2013 dcera kontaktovala neurologa, u kterého se pacientka léčila s vertigem. Popisovala stavy neklidu a občasně dezorientace, které pacientka popírala a své chyby bravurně omlouvala. Při pravidelné plánované návštěvě neurologické ambulance bylo naměřeno MMSE 26 bodů. V květnu 2013 byla neurologem diagnostikována Alzheimerova nemoc, ovšem pacientka léčbu striktně odmítala. Ve stejné době se objevil občasný únik moči, který si pacientka nechtěla připustit. Dcera kontaktovala urologa, kde byla nastavena léčba. Do prosince 2013 byl psychický i zdravotní stav uspokojivý. Sebezpečí a péči o psa zvládala, drobné nákupy i hospodaření s penězi také, obědy zajišťovala pečovatelská služba, pravidelnou medikaci užívala. Kontakt udržovala pouze se sousedkou a dcerou, jinak byla uzavřená, četla knihy. Při kontrole v neurologické ambulanci v prosinci 2013 bylo naměřeno MMSE 25 bodů. Pacientka popírala výpadky paměti, které byly rodinou i sousedkou častěji pozorovány. V červnu 2014 MMSE 25 bodů, ale docházelo k častému střídání nálady, odmítala dopomoc při deficitu v běžných denních činnostech. Pacientka nadále odmítala medikaci kognitiva.

Dcera byla nucena navštěvovat matku každý víkend a začala uvažovat o stěhování, které, matka absolutně odmítala. V prosinci 2014 naměřeno MMSE 24, celkový stav zhoršen a dcera vyhledala pomoc ve specializovaném pracovišti, pečující o klienty s Alzheimerovou chorobou. Pacientka se

stěhování i s pobytem souhlasila. Do zařízení nastoupila v dubnu 2015.

Tabulka 1 Vývoj onemocnění září 2015 - prosinec 2016 (Kazuistika č. 1: klientka, 81 let, introvert, ubytování - 1 lůžkový pokoj)

Vyšetření	MMSE	Účast při aktivitách	Kognitiva
září 2015	22 b.	ne	ne
prosinec 2015	20 b.	ne	ne
březen 2016	17 b.	ne	ne
červen 2016	17 b.	ne	ne
září 2016	16 b.	ne	ano
prosinec 2016	15 b.	ano	ano

Vyšetření - září 2015

Klientka stále odmítá aktivity a izoluje se na svém pokoji, kde si čte. Vaří si své oblíbené čaje, zvládá obsluhu varné konvice. Denně si zapisuje do sešitu zajímavosti nebo zážitky z pobytu. Dokáže si pohlídat čas k jídlu. Chodí sama, zvládá obsluhu výtahu. Komunikuje v jídelně. Denně telefonuje s dcerou. Je upravená, sama si kombinuje oděvy, chodí s kabelkou. Odmítá veškerou dopomoc.

Vyšetření – prosinec 2015

Negativistický postoj ke všem aktivitám. Projevují se problémy s obsluhou telefonu a varné konvice, dokáže si pouze vybrat oblíbený čaj. Zapomíná na svoji kabelku, stále ji hledá.

Vyšetření – březen 2016

Objevují se zdravotní problémy. Klientka je slabá, trpí bolestmi hlavy, objevuje se hypertenze. Praktická lékařka mění trvalou léčbu. Klientka vyžaduje komplexní péči, ztrácí zájem o okolí. Je spavá, apatická. Komunikace vážně. Objevuje se zloba. Celou situaci si uvědomuje.

Vyšetření – červen 2016

Objevují se zažívací potíže, klientka odmítá jídlo, je slabá, ztrácí kondici. Strava podávána na pokoji. Komunikuje jednoslovně, odmítá telefonní hovory s dcerou, nezapisuje si nic. Zvládne s dopomocí na toaletu. Souhlasí s ambulantním vyšetřením gastrointestinálního traktu. Zavedena léčba. Objevují se výrazné známky zmatenosti a dezorientace. Akceptuje doteky a dopomoc vlastní dcery.

Vyšetření – září 2016

Psychiatr nasazuje kognitiva. Celkový stav zlepšen. Klientka nejprve zásadně odmítá chůzi v chodítku, ba dokonce tuto pomůcku striktně odmítá

ve svém pokoji, později v chodítku chodí do jídelny, nezvládá však obsluhu výtahu, nedbá na svoji úpravu. Nutná dopomoc při hygieně. Zhoršená inkontinence moči. Natahovací pleny akceptuje.

Vyšetření – prosinec 2016, shrnutí sledovaného období

Velmi zlepšena spolupráce ve všech denních činnostech, akceptuje aktivizace s aktivní účastí. Klientka neodmítá jídlo, zlepšuje se její fyzická kondice. Zapomíná provádět hygienickou péči, prohlubuje se dezorientace všemi směry. Akceptuje dopomoc personálu. Verbální komunikace mírně zlepšena.

Kazuistika č. 2

Pacientka ve věku 81 let byla přijata do Alzheimer centra v srpnu 2015. Paní Jaroslava se již v roce 2011 starala o svého manžela, který trpěl Alzheimerovou chorobou. Zvládala péči o domácnost, o sebe i o manžela. Dcera často docházela a se vším jí pomáhala. Manželovo chování bylo arogantní a neurvalé, psychicky nezvládala situaci, zhubla 12 kg a navštívila neuroložku. Tam v červenci 2011 neměřeno MMSE, pouze naordinována anxiolytika. V lednu 2012 přetrvávala lítost, plačtivost a anxiózně depresivní syndrom. Cítí se vyčerpaná z péče o manžela. Neuroložka doporučila psychiatrické vyšetření, na které se však pro zaneprázdnění nedostavila. Pacientka byla zcela mobilní, nadále zvládala péči o sebe, manžela i domácnost. Při neurologické kontrole v říjnu 2013 MMSE 21 bodů, kognitiva nebyla nasazena. Manželův zdravotní stav se nadále zhoršoval, pacientka s pomocí dcery stále péči zvládala, ale objevily se první známky zapomínání, špatného vyjadřování. V popředí byl závažný zdravotní stav manžela a rodina přehlédla zhoršující se stav maminky. V dubnu 2014 manžel zemřel a pacientka vyhledala psychiatrické vyšetření. Naměřeno MMSE 24 bodů se závěrem lehká kognitivní porucha. Celkový stav se velmi zlepšil, pacientka měla lepší náladu, parádila se, chodila s kamarádkou na procházky, měla zájem o okolí, občas výpadky paměti. V srpnu 2014 začala zapomínat na užívání pravidelné medikace, prohloubily se známky demence, byla dezorientovaná v čase, vážla komunikace, nedokázala sdělit potřeby. V říjnu 2014 při psychiatrické kontrole naměřeno MMSE 20 bodů, ponechána kognitiva a dcera dohlížela na pravidelné užívání léků. Celkový stav se opět zlepšil, komunikovala, denně telefonovala

mobilmím telefonem, měla pozitivní náladu, ale stále něco hledala. V únoru 2015 se objevily známky dezorientace ve známém prostoru, nedokázala se vrátit domů z procházky, doma byla pasivní, nedokázala si najít žádnou zábavnou činnost, bála se vycházet sama ven. Při psychiatrické kontrole naměřeno MMSE 19 bodů. Lékař doporučil specializované zařízení s celodenní péčí. Rodina i pacientka souhlasila a v srpnu 2015 na pobyt nastoupila.

Tabulka 2 Vývoj onemocnění září 2015 – prosinec 2016 (Kazuistika č. 2: klientka, 81 let, extrovert, ubytování - 1 lůžkový pokoj)

Vyšetření	MMSE	Účast při aktivitách	Kognitiva
září 2015	15 b.	ano	ano
prosinec 2015	14 b.	ano	ano
březen 2016	13 b.	ano	ano
červen 2016	13 b.	ano	ano
září 2016	12 b.	ano	ano
prosinec 2016	12 b.	ano	ano

Vyšetření – září 2015

Klientka velmi pozitivní, stále dobře naladěná, usměvavá, vždy upravená. S ochotou se zúčastňuje aktivizací a spolupracuje. Přítomny časté výpadky paměti, klientka stále něco hledá.

Vyšetření – prosinec 2015

Přetrvává stále dobrá nálada. Časté stavy zmatenosti.

Vyšetření – březen 2016

Klientka usměvavá, přítomnost těžkopádné chůze pro zhoršení lymfedému dolních končetin.

Vyšetření – červen 2016

Klientka bez problémů, spokojená, stav nezměněn.

Vyšetření – září 2016

Klientka často unavená, ale nevyhýbá se aktivizacím. Při chůzi nutný doprovod a také nutný dohled při hygieně. Udává bolesti hlavy, zjištěn kolísavý krevní tlak.

Vyšetření – prosinec 2016

Klientka stále v dobré náladě, pouze konzumace menších porcí jídla.

Shrnutí sledovaného období

Klientka s Alzheimerovou nemocí s MMSE 15 bodů a medikací kognitiv, extrovert se stále dobrou

náladou a úsměvem na tváři. Bydlela na samostatném pokoji, ale neměla ráda samotu, ochotně se zúčastňovala aktivitací, vyhledávala společnost, navštěvovala ostatní klientky na pokojích. U klientky sice postupně klesaly hodnoty MMSE, ale spolupráce a snaha o samostatnost při běžných denních činnostech byla patrná. Léčba kognitivní byla zahájena včas a díky pozitivnímu postoji a zájmu klientky nebyl propad osobnosti dramatický.

Kazuistika č. 3

Klientka ve věku 74 let přijata do Alzheimer-centra v červnu 2015. Nástup do zařízení se odehrál po nepříjemné epizodě, kdy pacientku fyzicky napadl její manžel a začal ji škrtit. Manžel byl hospitalizován v psychiatrické léčebně a pacientka nemohla být sama doma bez dozoru. První příznaky neobvyklého chování, změny nálady a zapomínání si dcera všimla v dubnu 2010. Pacientka se nedokázala správně a pohotově vyjadřovat, nedokázala pojmenovat věci denní potřeby, měla časté depresivní nálady nebo stavy neurvalého chování vůči manželovi. Péči o domácnost zvládala spolu s manželem, sebedpěče bez problémů. V červenci 2010 navštívila s dcerou praktickou lékařku se žádostí o doporučení na odborné neurologické vyšetření. V srpnu 2010 naměřeno MMSE 26 bodů. Podstoupila CT mozku, kde již byly popisovány atrofické změny, které naznačovaly diagnózu Alzheimerovy choroby. Kognitiva však neuroložka nenasadila. Další kontrola v neurologické ambulanci se neuskutečnila, protože praktická lékařka nepodporovala podezření na toto onemocnění, jelikož pacientka přicházela vždy upravená, byla orientovaná, odpovídala přiléhavě a přesvědčivě fabulovala. Do ledna 2012 se fyzický stav pacientky neměnil, ale psychický stav byl horší. Střídal se nálad z podrážděnosti, slovní agresivity až po deprese. Toto chování manžel neustále omlouval. Pro deprese v únoru 2012 zajištěno psychiatrické vyšetření, kde nasazena antidepresiva a MMSE 26 bodů. Kognitiva nenasazena. Deprese mírně ustoupily, ale objevily se častější výpadky krátkodobé paměti. Mobilita, sebedpěče a kontinence bez pozoruhodností, jen péče o domácnost nepatrně vážla, ale zvládal manžel. V červenci 2012 provedena psychiatrická kontrola, MMSE 25 bodů a nasazena kognitiva. Stav se stabilizoval, pacientka měla dobrou náladu, byla pozitivní, vše zvládala, medikaci užívala pravidelně. Mluvila v jednoduchých větách, někdy nedokončovala děj a měnila téma

hovoru. Kontrola psychiatrem v lednu 2013, MMSE 25 bodů, stav stejný, jen dcera upozorňovala na depresivní nálady, navýšena antidepresiva. Při další kontrole v červenci 2013 MMSE stále 25 bodů, pacientka si stěžovala na nespavost, nasazena hypnotika dle potřeby. V lednu 2014 se doma objevily známky slovní agrese vůči manželovi, neustálé sekýrování, a panovačnost. Ve společnosti byla stále veselá, společenská, měla zájem o okolí. Do ledna 2015 se medikace neměnila, byly patrné výraznější výpadky krátkodobé paměti, zhoršená artikulace a tempo řeči, přetrvávala slovní agrese vůči manželovi. Dcera zjistila, že nedodržovala pravidelnou medikaci. Rodina zatím neuvažovala o umístění pacientky do specializovaného zařízení. V červnu 2015 manžel nevydržel chování své ženy a fyzicky ji napadl. Po incidentu byl hospitalizován v psychiatrické léčebně a pacientka byla okamžitě umístěna v Alzheimer centru.

Tabulka 3 Vývoj onemocnění září 2015 – prosinec 2016 (Kazuistika č. 3: klientka, 74 let, extrovert, ubytování - 2 lůžkový pokoj)

Vyšetření	MMSE	Účast při aktivitách	Kognitiva
září 2015	23 b.	ano	ano
prosinec 2015	23 b.	ano	ano
březen 2016	23 b.	ano	ano
červen 2016	23 b.	ano	ano
září 2016	23 b.	ano	ano
prosinec 2016	22 b.	ano	ano

Vyšetření – září 2015

Klientka velmi pozitivní, chová se přátelsky, je veselá a téměř si nepamatuje na fyzické napadení manželem. Celou situaci zlehčuje a bagatelizuje. Zúčastňuje se aktivitací, navštěvuje společenské akce, sleduje v televizi oblíbené seriály a komunikuje se spolubydlíci. V psychiatrické léčebně ji náhle umírá manžel, ale celou věc nebere tragicky. Často chodí s dcerou na celodenní propustky, ale nepamatuje si, kde přesně byla.

Vyšetření – prosinec 2015

Prohlubuje se časová dezorientace, zhoršuje se verbální komunikace, nemůže se vyjadřovat, někdy slovní salát.

Vyšetření – březen 2016

Stav se nijak nemění, pouze občasná nervozita, protože dcera je časově zaneprázdněná, omezila

návštěvy, ale několikrát za den jsou v telefonickém kontaktu.

Vyšetření – červen 2016

Klientka je nadále pozitivní, ale přibrala na váze kolem 8 kg, je pohodlná a polehává.

Vyšetření – září 2016

Klientka si stěžuje na bolesti těla, které nedokáže popsat a stále atakuje dceru, telefonuje několikrát denně. Vyžaduje pozornost a na veškeré bolesti podáváno placebo s efektem.

Vyšetření – prosinec 2016

Klientka je již nestěžuje na bolesti, ale na průjemy, které nikdo neviděl. Vyžaduje stálou pozornost a přítomnost dcery. Placebo efekt je opět úspěšný. Je patrná zvýšená nervozita, ale celkový stav je stejný.

Shrnutí sledovaného období

Klientka s Alzheimerovou nemocí s MMSE 22 bodů a medikací kognitiv, extrovert s dobrou náladou a zájmem o okolí a veškeré dění. Po celou dobu pozorování se psychický ani fyzický stav klientky téměř nezměnil. Klientka zvládala sebepečí s minimální dopomocí. Chodila stále pěkně upravená, vyhledávala aktivizace, ráda se zapojovala do manuálních prací, udržovala si na pokoji pořádek. Zhoršení jsme pozorovali pouze v oblasti verbální komunikace, přestože měla spolubydlící velmi komunikativní a často si povídaly. Výpadky krátkodobé paměti byly přítomny markantněji, ale klientka dokázala bravurně fabulovat.

U klientky ve sledovaném období klesly hodnoty MMSE jen nepatrně. Kognitiva byla nasazena včas a nedošlo k rapidnímu zhoršení celkového stavu. Opět se domníváme, že k tomu značně přispěla pozitivní nálada a kladný postoj k aktivizacím.

Kazuistika č. 4

Pacient ve věku 74 let přijat do Alzheimercentra v květnu 2015 v doprovodu obou dcer. První příznaky zapomětivosti se objevily již v prosinci 2010, ale rodina prvním příznakům nevěnovala přílišnou pozornost. Žil plnohodnotným životem, společnost nevyhledával, zdržoval se doma s manželkou, byl uzavřený. V červnu 2011 provedeno neurologické vyšetření pro výpadky krátkodobé paměti. MMSE 30 bodů, pozorována lenivá výbavnost pojmů, apatie, změny chování. V říjnu 2011 MMSE stále 30 bodů, ale neuroložka nasadila

kognitiva. Pacient byl mobilní, kontinentní, pečoval o svůj zevnějšek, zvládal práci kolem domu, nevyhledával společnost, sledoval televizi, měl zájem o dění ve světě a zajímal se o sport. Do května 2012 pravidelně navštěvoval neuroložku, medikaci toleroval dobře, byly patrné častější výpadky paměti. V červenci 2012 byl hospitalizován pro cévní mozkovou příhodu s levostrannou symptomatologií. Rekonvalescence bez komplikací, jen pomalejší celkové tempo řeči a mobility. MMSE neměřeno. V říjnu 2012 se objevily první příznaky občasného úniku moči, zlepšení po urologické intervenci. V lednu 2013 zjevné známky dezorientace v prostoru i čase, MMSE 20 bodů. Pacient ztrácel zájem o své koníčky, nedovedl si zorganizovat den, zhoršila se sebepečí, byl nutný dohled při užíváním medikace. Mobilita bez potíží, chodil sám bez kompenzačních pomůcek. Komunikace vážla, vyjadřoval se v krátkých větách, byl schopen sdělit své potřeby, byl silně fixován na manželku, dcery s rodinami poznával. V červnu 2013 naměřeno MMSE 19 bodů, dezorientace v prostoru, místě i čase. Objevují se změny nálady, manželka popisovala i slovní agresí při hygienické péči. Ztrácel zájem o okolí. Nutný dohled při všech denních činnostech. V lednu 2014 byl celkový stav stejný, MMSE 19 bodů. Pacient byl uzavřený, manželka nedokázala zajistit adekvátní aktivizace, ale péči společně zvládali. V červenci 2014 MMSE 15 bodů, dezorientace všemi směry se prohlubovala, začal bloudit po bytě, stále něco hledal, opakoval stejné věty. V noci spal klidně, ale neméně 2 x za noc chodil na toaletu, kam ho manželka doprovázela. V lednu 2015 MMSE stále 15 bodů, ale manželka se cítila vyčerpaná celodenní péčí, tak zajistila pobyt v Alzheimercentru, který se uskutečnil v květnu 2015.

Tabulka 4 Vývoj onemocnění září 2015 – prosinec 2016 (Kazuistika č. 4: klient, 74 let, introvert, ubytování - 2 lůžkový pokoj)

Vyšetření	MMSE	Účast při aktivitách	Kognitiva
září 2015	13 b.	ano	ano
prosinec 2015	13 b.	ano	ano
březen 2016	13 b.	ano	ano
červen 2016	13 b.	ano	ano
září 2016	10 b.	ano	ano
prosinec 2016	9 b.	ano	ne

Vyšetření – září 2015

Prohlubují se známky dezorientace v prostoru. Klient stále hledá toaletu na vlastním pokoji. Opakovaně, celé dny hledá manželku.

Vyšetření – prosinec 2015

Dezorientace v prostoru přetrvává, ale zvládá najít toaletu pomocí velkého piktogramu. Slovní zásoba se zmenšuje, pokynům rozumí, odpovídá krátkými větami.

Vyšetření – březen 2016

Klient poznává své dcery, ale nedokáže je pojmenovat. V dubnu 2016 přijela manželka na první návštěvu, kterou okamžitě poznává a také ji dokáže pojmenovat celým jménem.

Vyšetření – červen 2016

Klient se stále zapojuje do aktivitací, mobilita nezměněna, zhoršena inkontinence moči na III. stupě.

Vyšetření – září 2016

Snížená schopnost komunikace, klient používá jednoslovné odpovědi. Objevuje se stále větší nejistota při chůzi. Při aktivitacích je pasivnější. Klient je stále usměvavý, klidný s dobrou náladou.

Vyšetření – prosinec 2016

Klient téměř nemluví, pokynům rozumí, odpovídá kývnutím hlavy nebo mávnutím ruky. Při aktivitacích je pasivní, ale účast neodmítá. Chuť k jídlu je dobrá, ale je nutné dokrmování personálem. Mobilita nezměněna. Pro celkově zhoršený stav koncem prosince vysazena kognitiva.

Shrnutí sledovaného období

Klient s Alzheimerovou nemocí s MMSE 9 bodů a medikací kognitiv, introvert s dobrou náladou a zájmem o kolektiv. Po celou dobu pozorování se zapojoval do aktivitací a psychický ani fyzický stav klienta se téměř nezměnil. Klient byl velmi pozitivní, přátelský, usměvavý, ale s markantními projevy zmatenosti. Zhoršení jsme pozorovali v oblasti verbální komunikace, kdy klient sice rozuměl mluvenému slovu, ale odpovídal nonverbálně. Došlo ke zhoršení inkontinence moči na III. stupeň. Na konci pozorování pokleslo MMSE pod 10 bodů a byla vysazena kognitiva.

Společné znaky kazuistik

- Hlavním společným znakem kazuistik je pomalý a nenápadný nástup nemoci. Podle Pidrmána je

vývoj Alzheimerovy choroby plíživý, pomalý a stále progredující (Pidrman, 2007, s. 35). V kazuistikách byl rodinou tento vývoj popisován.

- MMSE u všech pozorovaných pacientů mělo sestupnou tendenci.
- Účinek kognitiv byl zřetelný hlavně ve 3. kazuistice, kdy klientka od července 2012 s výchozím MMSE 25 bodů začala užívat kognitiva. V prosinci 2016 bylo MMSE 22 bodů, což prokazuje, že v případě užívání kognitiv není MMSE tak markantní.
- Kladný postoj k aktivizacím měli klienti z kazuistiky 2, 3, a 4. Aktivizační programy byly prospěšné a byly výhodou v péči o klienty s demencí.
- Rysy lidské povahy sehrávají rovněž významnou roli, jelikož zapojení extrovertních klientů do aktivizačních metod je prospěšnější než u klientů introvertního typu, jak je patrné z kazuistik 2 a 3.
- Všichni klienti měli po celou dobu pozorování stavy zmatenosti, dezorientace a poruchu vnímání. Kognitivní funkce klesaly.
- Klienti byli přijati do zařízení z důvodu nevládnutí péče o ně rodinou.
- Posledním společným znakem byla nutnost neustálého dozoru při hygienické péči, podávání stravy a tekutin, medikaci a při oblékání či výběru oblečení.

Pouze u introvertní klientky z 1. kazuistiky, která se izolovala, minimálně komunikovala s okolím, odmítala aktivizace i kognitiva, byl zřetelný pokles MMSE i propad kognitivních funkcí. Kognitiva byla nasazena až téměř po 4 letech od prvních příznaků nemoci při MMSE 16 bodů a celkovém zhoršení klientky. Nicméně po zahájení léčby byla patrná změna v zájmu o aktivizaci, a i její celková kondice se zlepšila.

Podávání kognitiv má význam jak ve včasné fázi demence, tak ve středně těžkém stupni. Zpomalení progresu nemoci medikace napomáhá, ale průběh onemocnění pouze zpomalí. Aktivizační programy i fyzická zátěž jsou bonusem a záležitostí na postoji pacienta a ošetrovatelské péči odborného personálu.

Doporučení pro praxi

Na základě zjištěných výsledků navrhuje tato doporučení pro praxi:

- Informovat zdravotnický personál o odborné ošetrovatelské péči u pacientů s různými formami demence.

- Poskytovat rodinným příslušníkům potřebné informace o tomto typu nemoci a to tak, aby sdělená forma byla pro ně pochopitelná a srozumitelná.
- Provádět o tomto typu onemocnění odbornou edukační a osvětovou činnost, například formou přednášek ve zdravotnických zařízeních.
- Komunikovat se státní správou a zejména sociálními odbory o navýšení finančních prostředků na nutnou odbornou péči, jak pro rodiny, tak i zařízení zaměřená na poskytování této péče.

SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ

HAŠKOVCOVÁ, H. 2010. *Fenomén stáří*. 2. vyd. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9.

HOLMEROVÁ, I. - JAROLÍMOVÁ, E. – SUCHÁ, J. a kol. 2007. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: EV public relations, 2007, 299 s. ISBN 978-80-254-0177-4.

HOLMEROVÁ, I. 2014. *Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014. 176 s. ISBN 978-80247-5924-1.

KALVACH, Z. - ZADÁK, Z. a kol. 2004. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.

KALVACH, Z. - ZADÁK, Z. a kol. 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.

KLEVETOVÁ, D. – DLABALOVÁ, I. 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada, 2008. 202 s. ISBN 978-80-247-2169-9.

ONDRIÁŠOVÁ, M. 2011. *Kognitivne poruchy vo vyššom veku*. 1. vyd. Bratislava: Herba, 2011. 156 s. ISBN 978-80-89171-81-1.

VENGLÁŘOVÁ, M. 2007. *Problematické situace v péči o seniory: Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada, 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.