

# **Alzheimerova choroba pohledem zdravotníků**

Michaela Podsedníčková

---

Bakalářská práce  
2016



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2015/2016

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Michaela Podsedníčková**

Osobní číslo: **H12354**

Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Alzheimerova choroba pohledem zdravotníků**

Zásady pro vypracování:

**Studium odborné literatury se zaměřením na Alzheimerovu chorobu.**

**Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti stárnutí, stáří, demence, Alzheimerovy choroby, péče a uspokojování potřeb.**

**Příprava metodiky průzkumné části bakalářské práce.**

**Realizace dotazníkového šetření u zdravotnických pracovníků pečujících o osoby s Alzheimerovou chorobou.**

**Zpracování a vyhodnocení získaných dat.**

**Prezentace výsledků šetření, jejich shrnutí a formulace závěrů pro praxi.**

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

**BUIJSSEN, Huub. Demence. Průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-081-X.**

**GLENNER, A. Joy a kol. Péče o člověka s demencí. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0154-0.**

**HUDÁKOVÁ, Anna a L'udmila MAJERNÍKOVÁ. Kvalita života seniorů v kontextu ošetřovatelství. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4772-9.**

**JIRÁK, Roman a František KOUKOLÍK. Demence: Neurobiologie, klinický obraz, terapie. Praha: Galén, 2004. ISBN 80-7262-268-4.**

**JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ, Claudia BORZOVÁ a kol. Demence a jiné poruchy paměti. Komunikace a každodenní péče. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2454-6.**

**SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA, Jiří VORLÍČEK et al. Paliativní medicína pro praxi. Vyd. druhé. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-849-0.**

**VOLLAND, Jennifer a Anna FISHER. Best practices for engaging patients with dementia. Nursing [online], 2014. vol. 44, no. 11, pp. 44-50 [cit. 2015-10-08]. DOI:**

**10.1097/01.NURSE.0000454951.95772.8d. ISSN 0360-4039. Dostupné z:**

**[http://journals.lww.com/nursing/Fulltext/2014/11000/Best\\_practices\\_for\\_engaging\\_patients\\_with\\_de](http://journals.lww.com/nursing/Fulltext/2014/11000/Best_practices_for_engaging_patients_with_de)**

Vedoucí bakalářské práce:

**PhDr. Anna Krátká, Ph.D.**

Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce:

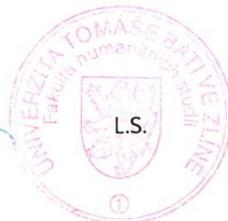
**22. ledna 2016**

Termín odevzdání bakalářské práce:

**20. května 2016**

Ve Zlíně dne 22. ledna 2016

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



  
Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.  
ředitelka ústavu

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně ..... 29.2.2020

.....  
Mikulaš

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **ABSTRAKT**

Bakalářská práce se věnuje nevléčitelnému onemocnění – Alzheimerově chorobě. Práce je zaměřena na specifickou péči a ošetřování nemocných postižených touto chorobou v sociálních a zdravotnických zařízeních. Práce obsahuje dvě části – teoretickou a praktickou. Teoretická část je sumarizací pojmů, informací a poznatků týkající se dané problematiky – patofyziologie Alzheimerovy choroby, její etiologie, příznaků, stádií onemocnění, diagnostiky, nastíněna je prevence i možnosti léčby. Teoretická část je obohacena o zajímavé statistické údaje. Praktická část popisuje a analyzuje ošetrovatelskou péči o tyto nemocné, informovanost zdravotnických pracovníků o nemoci, možnosti jejich profesního vzdělání, seberozvoje a sebevzdělání. Data nezbytná k průzkumu jsou sesbírána prostřednictvím dotazníku v obou typech již zmíněných zařízeních. Výsledky průzkumného šetření jsou shrnuty v závěru práce. Ty se současně staly podkladem a inspirací při tvorbě praktických doporučení, která přispívají k začlenění nemocných zpět do společnosti a k pomoci při ztížené orientaci v jejich životním prostředí. Návrh manuálu je primárně určen zdravotníkům pečujícím o osoby s Alzheimerovou chorobou.

**Klíčová slova:** Alzheimerova choroba, demence, onemocnění mozku, péče, potřeby.

## **ABSTRACT**

Bachelor thesis deals with incurable diseases – Alzheimer’s disease. This work focuses on specific care and treatment of patients affected by this illness in social and health care facilities. The work consists of two parts- theoretical and practical. The theoretical part is summary of terms, information, and knowledge on this issue – pathophysiology of Alzheimer’s disease, its etiology, symptoms of disease, diagnosis, prevention and outline of treatment options. The theoretical part is enriched with interesting statistic. The practical part describes and analyzes nursing care for these patients, health worker’s awareness of the disease, the possibility of their professional education, self-development and self-education. Data required for the survey are collected through a questionnaire in both types of facilities already mentioned. The results of an exploratory survey are summarized in the conclusion. They simultaneously became the basis and inspiration for the practical recommendations that contribute to the integration of patients back into society, help with difficult orientation in their environment. Draft Manual is primarily designed for the healthcare professionals carings for persons with Alzheimer’s disease.

Keywords: Alzheimer’s disease, dementia, brain diseases, care, needs.

Chtěla bych poděkovat PhDr. Anně Krátké, Ph.D. za cenné rady, inspiraci, odbornost, vstřícnost, trpělivost a laskavost při vedení bakalářské práce a pomoci při sestavování dotazníkového šetření. Poděkování patří i všem respondentům za jejich ochotu sdělit názory a zkušenosti při vyplňování dotazníku.

V neposlední řadě děkuji své rodině, hlavně mým dvěma synům za jejich trpělivost a podporu během celého studia.

Motto: „Představte si, že stejně jako člověk s demencí si dokážete zapamatovat věci pouze na 30 sekund a ani o sekundu déle.“ (Buijssen, 2006, s. 96)

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



# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>11</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>13</b>
<b>1 STÁŘÍ, STÁRNUTÍ</b> .....	<b>14</b>
1.1 ŽIVOTNÍ ZMĚNY VE STÁŘÍ .....	14
1.2 HLAVNÍ MEDICÍNSKÉ PROBLÉMY U STARÝCH LIDÍ .....	15
1.3 FARMAKOTERAPIE SENIORŮ.....	16
1.3.1 Nedostatečná nebo nadměrná preskripce léků u seniorů .....	16
1.3.2 Compliance seniorů .....	16
1.3.3 Úskalí farmakoterapie seniorů.....	16
<b>2 DEMENCE</b> .....	<b>18</b>
2.1 PATOFYZIOLOGIE SYNDROMU DEMENCE.....	19
2.2 ALZHEIMEROVA DEMENCE.....	19
2.2.1 Příznaky a projevy .....	21
2.2.2 Formy a stádia .....	22
2.2.3 Diagnostika.....	23
2.2.4 Léčba.....	26
2.3 ŽIVOTOPIS ALOISE ALZHEIMERA .....	27
<b>3 PÉČE O NEMOCNÉHO S ALZHEIMEROVOU CHOROBU</b> .....	<b>29</b>
3.1 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE.....	29
3.1.1 Role sestry a zásady přístupu k dementnímu pacientovi .....	30
3.1.2 Zásady komunikace s dementním pacientem.....	31
3.1.3 Chyby v komunikaci s dementním pacientem .....	32
3.2 POTŘEBY NEMOCNÝCH S ALZHEIMEROVOU CHOROBU .....	32
3.2.1 Biologické potřeby.....	33
3.2.1.1 Potřeba výživy a stravování .....	33
3.2.1.2 Kultura stolování .....	34
3.2.1.3 Hygiena a stav dutiny ústní .....	34
3.2.1.4 Deficit příjmu tekutin.....	35
3.2.1.5 Potřeba hygienické péče .....	35
3.2.1.6 Potřeba vyprazdňování.....	36
3.2.1.7 Oblékání .....	37
3.2.1.8 Potřeba pohybu a aktivity .....	37
3.2.1.9 Potřeba odpočinku a spánku.....	38
3.2.1.10 Potřeba dýchání.....	38
3.2.2 Psychosociální potřeby .....	39
3.2.2.1 Potřeba jistoty a bezpečí .....	39
3.2.2.2 Potřeba být bez bolesti.....	40
3.2.2.3 Potřeba komunikovat .....	41
3.2.2.4 Potřeba uznání, ocenění a seberealizace .....	41
3.2.3 Duchovní - spirituální potřeby .....	42

<b>II</b>	<b>PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>43</b>
<b>4</b>	<b>METODIKA VÝZKUMU.....</b>	<b>44</b>
4.1	CÍLE VÝZKUMU .....	44
4.2	METODIKA VÝZKUMU.....	44
4.2.1	Dotazník .....	44
4.3	CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU.....	44
4.4	ORGANIZACE ŠETŘENÍ .....	45
4.5	ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT .....	45
4.5.1	Zpracování dotazníků .....	46
<b>5</b>	<b>DISKUZE .....</b>	<b>84</b>
5.1	SROVNÁVACÍ HODNOCENÍ.....	88
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>90</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>92</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....</b>	<b>95</b>
	<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>96</b>
	<b>SEZNAM GRAFŮ .....</b>	<b>97</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH .....</b>	<b>98</b>

## ÚVOD

V poslední době se mezi nejobávanější nemoci současnosti řadí také Alzheimerova choroba. Její největší nebezpečí se skrývá především v tom, že narušuje mozek, způsobuje pokles jeho funkcí spojených s myšlením, úsudkem a pamětí. Ta společně se ztrátou orientace v čase i prostoru postupně prohlubuje závislost na pomoci druhých. Zatímco příčina Alzheimerovy nemoci není přesně známá, počet lidí trpících touto chorobou se každým rokem zvyšuje. Což bylo jedním z mnoha důvodů, proč jsem si zvolila za téma bakalářské práce právě Alzheimerovu demenci.

Pracuji v sociálním zařízení, které nedávno otevřelo nové oddělení pro klienty se zvláštním režimem, s nimiž jsem téměř v každodenním kontaktu. Mohu tak sledovat jak se vlivem postupující nemoci lidé mění, nejdříve po stránce psychické, později i fyzické. Tyto psychosomatické změny významným způsobem negativně zasahují také do sociálních vztahů nemocného – mezi ním, jeho rodinou a okolím. Kdy právě rodinní příslušníci mají mnohdy problém přijmout probíhající změny jako přirozenou součást postupující nemoci, která mění vazby v rodině i jednotlivé role jejích členů.

Bakalářská práce je členěna na část teoretickou a praktickou, teoretická část se dělí na tři kapitoly. První kapitola je zaměřena na období stárnutí a stáří. Zabývá se životními změnami ve stáří, hlavními medicínskými problémy a farmakoterapií seniorů. Druhá kapitola popisuje Alzheimerovu demenci, její patofyziologii, příznaky, projevy, formy, stádia, diagnostiku a léčbu. V závěru této kapitoly je uveden životopis Aloise Alzheimerera. Třetí kapitola se věnuje péči o nemocného s Alzheimerovou chorobou, vystihuje specifika ošetrovatelské péče, se zaměřením na biologické, psychosociální a duchovní potřeby nemocných s Alzheimerovou chorobou. Praktická část bakalářské práce má dvě části: čtvrtá kapitola obsahuje zjištěná data, seznamuje s výsledky výzkumného šetření. Poslední, pátá kapitola se věnuje diskuzi a srovnávacímu hodnocení s jinou prací na podobné téma.

Zdravotníci mají nelehký úkol a to fyzicky i psychicky náročnou práci, týkající se poskytování péče nemocným s diagnózou Alzheimerova demence, spolupracují s jejich rodinami, snaží se předcházet problémům, mírnit konfliktní situace, atd. Právě proto mne jejich pohled na tuto problematiku zajímá. Předpokladem správně poskytované a kvalitní péče je vzdělaný personál, který má zájem si své vědomosti prohlubovat.

Cílem bakalářské práce je zjistit informovanost, případně zájem zdravotnických pracovníků o Alzheimerovu chorobu a specifika ošetrovatelské péče. Na podkladě informací získaných z dotazníku chci sestavit manuál pro zdravotnické pracovníky, který by jim alespoň trochu usnadnil práci s nemocnými s touto diagnózou, ti se pak lépe začlení do společnosti i jejich orientace v prostředí bude mnohem snazší.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 STÁŘÍ, STÁRNUTÍ

Stáří je přirozenou a nevyhnutelnou součástí života každého jedince. I přes veškerou snahu moderní medicíny, není prozatím možné stárnutí populace zabránit. Významným faktorem ovlivňujícím měnící se strukturu společnosti je především pokles porodnosti. Ani snaha o prodloužení produktivního věku, posunutí hranice odchodu do věku důchodového, tuto situaci zatím nemění, což se odráží v životě každého z nás.

Stáří je výsledným stavem, vzniklým postupným procesem stárnutí, který zahrnuje především biofyziologické změny (týkající se všech tělních systémů: kardiovaskulárního, dýchacího, trávicího, pohybového, vylučovacího, aj., stejně jako postižení smyslových orgánů) probíhajících v čase. Ovlivňuje nejen složku biologickou, ale i psychologickou a sociální. Postupné nezvratné biofyziologické změny způsobí neodvratitelnou smrt, zánik organismu. Psychická pohoda a vhodná fyzická aktivita může znatelně zpomalit nástup funkčních změn, což se pozitivně projeví v prodloužení aktivního věku seniora.

Z vývojově psychologického hlediska lze za stáří považovat životní období nad 60 popř. 65 let života jedince, v současnosti se dělí do třech kategorií. První zahrnuje seniory mezi 60 - 74 lety (mladí senioři – rané stáří), druhá seniory mezi 75 – 89 lety (vlastní stáří) a poslední seniory nad 90 let věku, toto období je označované jako dlouhověkost.

Způsob, jakým se každý člověk se stárnutím i stářím vyrovnává je individuální, odlišný, ovlivněn řadou okolností, např. typologií osobnosti a schopností se s velkou životní změnou vypořádat.

Věda zabývající se stárnutím a stářím se nazývá gerontologie, pochází z řeckého původu: gerón (starý člověk) a logos (věda) (Minibergerová a Dušek, 2006, s. 5-12).

### 1.1 Životní změny ve stáří

Proces stárnutí a stáří má jistá specifika. Důležitou roli, v tomto náročném životním období hraje osobnost člověka a její úroveň, proto nemusí nutně odpovídat kalendářnímu věku. Na stáří člověk karikuje svou vlastní povahu, profilují se jeho charakteristické osobnostní rysy. Z úzkostného člověka se tak postupně stává např. hypochondr, opatrnost se mění v nedůvěřivost, atd. (Minibergerová a Dušek, 2006, s. 8).

Změny nastávají především v oblasti percepce zrakové (slábnutí zraku, obtížná adaptace na tmu, zúžení zorného pole) nebo sluchové (zvýšená citlivost na vysoké tóny, šumy či jiné akustické vjemy). Další z oblastí, kde jsou patrné výrazné změny, je paměť a učení. Postižena

je především paměť krátkodobá, kdy si senior není schopen vybavít nové události, přičemž starší vzpomínky zůstávají zachovány, mohou však být značně zkresleny. S přibývajícím věkem klesá psychomotorické tempo, horší se výkon, také se postupně snižuje inteligence jedince, což se výrazně projevuje i v citovém prožívání (emoční labilita, egocentrismus, zvýšená přecitlivělost až hypochondrie). Všechny výše uvedené proměny společně se sníženou schopností seniora komunikovat mohou vyvolat pocit osamělosti, zbytečnosti, méněcennosti a vést k sociální izolaci (Minibergerová a Dušek, 2006, s. 8-9).

Důležitým mezníkem v životě každého člověka je odchod do důchodu. Vyrovnat se s touto situací není snadné, doprovází jí řada negativních emocí, proto je také řazena mezi zásadní životní změny ve stáří, společně se ztrátou životního partnera. Dalšími neméně náročnými změnami jsou např. odchod dětí z domova, snížení příjmů, zhoršení fyzického stavu (hybnosti, sebepečce), které mohou být indikací k umístění seniora do zdravotnického či sociálního zařízení. Proces adaptace v novém prostředí je snazší, pokud je senior schopen tuto změnu přijmout a ztotožnit se s ní, v opačném případě může mít výrazný negativní vliv na psychický i fyzický stav jedince (Minibergerová a Dušek, 2006, s. 10-12).

## 1.2 Hlavní medicínské problémy u starých lidí

Stárnutí i stáří je charakteristické změněným obrazem či průběhem nemocí, mohou se projevit latentní nebo manifestní formou, často vyvolávají řetězovou reakci následných chorob, jenž vedou k řadě komplikací. Polymorbidita stejně jako multimorbidita jsou součástí života téměř každého seniora. Klinický obraz chorob u starších osob se ve většině případů projevuje tzv. mikrosymptomatologií, nevýznamnými klinickými příznaky, ani akutní průběh choroby se neprojevuje dramaticky, jedná se o tzv. fenomén ledovce, kdy lze spatřit jen část příznaků (stejně jako u ledovce, nelze vidět, co je pod ním). Nemoci mají protražovaný průběh a často přechází do chronicity (Minibergerová a Dušek, 2006, s. 18-20).

Mezi nejvýznamnější choroby seniorského věku patří onemocnění nervového, oběhového i pohybového systému, stejně jako endokrinního a imunitního, často také dochází k poruchám metabolismu. Postižení se nevyhýbá ani gastrointestinálnímu, respiračnímu, urogenitálnímu systému. Nezbytná je důsledná dentální péče seniorů (gerontostomatologie) (Minibergerová a Dušek, 2006, s. 20).

Dalším úskalím správné diagnostiky nemocí seniorů je neschopnost přesně popsat a rozeznat chorobu samotným nemocným. Pro netypické příznaky a atypický průběh ji lze snadno zaměnit se shodnými příznaky jiného typu onemocnění (Minibergerová a Dušek, 2006, s. 20).

### 1.3 Farmakoterapie seniorů

S narůstajícím věkem stoupá spotřeba předepsaných léků v ČR. Současně se zvyšuje jejich průměrný počet v denní dávce. S tím bezprostředně souvisí i riziko polypragmatie, což je podávání více léčiv nadbytečně nebo v rizikové kombinaci. Riziko polypragmatie roste s věkem a přibývajících nemocí (Pidrman, 2007, s. 102).

#### 1.3.1 Nedostatečná nebo nadměrná preskripce léků u seniorů

Nedostatečná nebo nadbytečná preskripce léků seniorům je velkým etickým i medicínským problémem (Pidrman, 2007, s. 103).

„Nedostatečná preskripce znamená, že pacientovi nejsou předepisovány prokazatelně přínosné léky, které by byly indikovány. Z hlediska psychiatrického jde stále ještě o otázku podání antidepresiv vyšších generací seniorům, zejména ale o otázku indikace kognitiv u demencí. Pokud jde o nadměrnou preskripci, ta je chápána jako preskripce neindikovaných léků. Na poli psychiatrie se tento problém týká zvláště neindikování vysokého podílu předepsaných hypnotik, benzodiazepinů a nootropik“ (Pidrman, 2007, s. 103).

#### 1.3.2 Compliance seniorů

Spolupráce pacienta při pravidelném užívání léků je problémem všech terapeutických skupin. Přibližně 60-90 % seniorů nedodrží doporučení lékaře. Farmakologická compliance klesá s počtem naordinovaných léků, ovlivňuje ji i řada dalších okolností (např. zhoršená pohyblivost, obratnost, kognitivní poruchy, deprese). Sociální compliance je ovlivněna nepříznivými životními podmínkami například osamělostí, izolací nebo zanedbáváním (Pidrman, 2007, s. 104).

#### 1.3.3 Úskalí farmakoterapie seniorů

Pod obrazem některých nemocí i řady komplikací, které se mohou jevit jako zdánlivě nevysvětlitelné, se mnohdy skrývají nesprávně podané léky. Při farmakoterapii je nutné zohlednit změny **farmakokinetické**, **farmakodynamické** a **riziko lékových interakcí** ve stáří (Pidrman, 2007, s. 104).

Změny ve **farmakokinetice** seniorů jsou způsobeny biologickými a fyziologickými odlišnostmi ve struktuře i funkci jednotlivých orgánů. Jsou dány věkem, projevem stárnutí i vznikem a průběhem nemoci. Zvýšením tukové tkáně na úkor podílu aktivní tělesné hmoty dochází také ke zvýšení distribučního objemu pro lipofilní léky, do této skupiny se řadí téměř



všechna psychofarmaka. Při prvním podání léku je efekt jeho účinku kratší, než při opakované medikaci, kdy dochází k jeho postupné kumulaci v organismu, tím se výrazně zvyšuje účinek léku. Metabolismus léků je ovlivněn zhoršenou metabolickou schopností jater seniora. Rizikem jsou především léky s primárně dlouhým poločasem, které mohou nebezpečně zvyšovat plazmatickou hladinu léku až k toxicitě. Také v důsledku změn probíhajících na úrovni absorpce, distribuce, metabolismu a eliminace léčivé látky může být zpomalen nástup účinku léku, zpožděna biologická dostupnost, zvýšená hladina hydrofilních léků v krvi i tkáních, kumulovány lipofilní léčiva v tukové tkáni, čímž dochází k prodloužení jejich eliminace (Pidrman, 2007, s 104-105).

Změny v množství a senzitivitě receptorů, stejně jako změny fyziologické a patologické probíhající v cílových orgánech mají vliv na **farmakodynamiku** ve stáří. Dochází k postupnému zhoršování mechanismů pro udržení homeostázy organismu, které spolu s polymorbiditou zvyšují riziko nežádoucích a neočekávaných lékových interakcí, což se týká např. užívání warfarinu a heparinu, kde hrozí riziko krvácení (Pidrman, 2007, s. 106-107).

**K lékovým interakcím**, nebo-li ke změnám účinku užitých léků, vedou tři zásadní faktory. Užívání více druhů léků najednou, vzájemná interakce léku a stravy nebo je naordinovaným lékem ovlivněn jiný orgán, než ten, na který byl lék původně podán. Nežádoucí reakce na lékové interakce u seniorů mohou probíhat atypicky, např. imitují jiné onemocnění. Může pak dojít k užití dalšího neindikovaného léku. Optimálního stavu lze dosáhnout redukcí dávky či vysazením některého z léčiv (Pidrman, 2007, s. 107-110).

## 2 DEMENCE

Demence je definována jako syndrom, nebo-li soubor příznaků onemocnění mozku, vznikající na podkladě degenerativních změn v mozkové tkáni, většinou chronického nebo progresivního charakteru. Dochází k porušení mnoha vyšších nervových kortikálních funkcí, především paměti, myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnosti řeči, učení, jazyka a úsudku, vědomí postiženého jedince přitom není zastřeno. Zhoršení výše uvedených funkcí může být doprovázeno současným zhoršením emoční kontroly, sociálního chování či motivace nebo mu také může předcházet (Jirák a Koukolík, 2004, s. 81-84; Pidrman, 2007, s. 9-10, 34-35). Vlivem postupného zhoršování krátkodobé, později i dlouhodobé paměti (jedním z mnoha faktorů je narušené abstraktní myšlení, soudnost, porucha ostatních kognitivních funkcí, změna osobnosti) dochází k poruchám projevujících se v běžných pracovních i sociálních oblastech nemocného, stejně jako v jeho vztahu k okolí (Pidrman, 2007, s. 35).

Příznaky demence lze dělit do třech základních skupin či funkčních okruhů. První a nejdůležitější z nich je narušení kognitivních funkcí (paměti, řeči, praktických, gnostických i exekutivních funkcí), druhá se týká narušení aktivit denního života (schopnosti manipulovat s penězi, obsluhovat běžné domácí spotřebiče, telefon, aj.), do poslední a zároveň třetí skupiny se řadí behaviorální poruchy, společně se změnami osobnosti (bludy, halucinace, deprese, apatie, anxieta, agresivita, porucha spánku, příjmu potravy nebo sexuality). Konečným výsledkem procesu demence je dočasné nebo progresivní, postupné zhoršení výkonnosti některých kognitivních funkcí i duševních schopností, které vedou u nemocného k poruše funkčních schopností, projevující se ztrátou soběstačnosti. Ta společně s poruchou orientace je také zahrnována mezi ostatní symptomy demence (Pidrman, 2007, s. 36-41; Hauke, 2014, s. 21-23).

Doslovný překlad pojmu „demence“ z latinského jazyka zní: „bez myslí“, předponu „de“ vystihuje slovo odstranit, „mens“ znamená mysl (Buijssen, 2006, s. 13; Hauke, 2014, s. 21).

Rozdělit demenci jako celek lze několika různými způsoby, nejčastěji používané dělení je na primární, sekundární a smíšené. Mezi primárně degenerativní demence patří Alzheimerova nemoc (ta je nejčastější, představuje přibližně 60 % z celkového počtu všech demencí), demence s Lewyho tělísky a frontotemporální demence. Mezi sekundární a smíšené demence se řadí vaskulární (multiinfarktová, mikroangiopatická) demence, demence

při Parkinsonově, Huntingtonově chorobě, demence při normotenzním hydrocefalu, nádorech CNS, metabolická, toxická, traumatická nebo infekční demence a další. Přibližně 10 – 15 % demencí připadá na demence smíšeného typu, kde spadá smíšená Alzheimerova/vaskulární demence, smíšená Alzheimerova/jiná primárně degenerativní demence a jiné smíšené demence (Pidrman, 2007, s. 31-32).

Demence lze také dělit dle kritéria reverzibility a ireverzibility, uvedených v tabulkách (viz Příloha P I.) (Pidrman, 2007, s. 32-34).

## 2.1 Patofyziologie syndromu demence

V patofyziologii syndromu demence lze najít odpověď na otázku, proč jsou lidé s diagnózou Alzheimerovy demence dementní. Jedná se o syndrom projevující se poruchou paměti (amnézií) společně s další jinou poruchou kognitivních funkcí jako je afázie, apraxie, agnózie či porucha řídicích (exekutivních funkcí). Často se jedná o spojení většího počtu těchto poruch (Jiráček a Koukolík, 2004, s. 23).

„Paměť, řeč a jazyk, praxii, smyslové vnímání a poznávání, stejně jako exekutivní funkce, je možné z různých hledisek didakticky popsat jako neurokognitivní síť velkého rozsahu, funkční systémy mozku, případně jako moduly“ (Jiráček a Koukolík, 2004, s. 23).

Příčinou izolované poruchy příslušného systému je poškození, způsobené zúžením profilů chodu informace v jednotlivých funkčních systémech. Například: poškození hipokampů se projeví anterográdní amnézií, poškození vláken bílé hmoty, která propojuje doplňkovou motorickou oblast s Brocovou oblastí levé hemisféry nebo také s motorickou korovou oblastí pro ústa a jazyk levé hemisféry, se nazývá neplynulá „motorická“ afázie (Brocova). Poruchy poznávání vznikají stejným způsobem a to poškozením korových oblastí integrujících smyslové informace a korových asociačních oblastí, které jsou funkčně společné pro několik systémů. Řídicí funkce čelních laloků je poškozena zúžením profilů chodu informace v systému emocí. Na vzniku této choroby se vyvolávající příčina podílí jen z části (Jiráček a Koukolík, 2004, s. 23-24).

## 2.2 Alzheimerova demence

Alzheimerova choroba či nemoc patří mezi progresivní primárně degenerativní onemocnění centrálního nervového systému, vyznačující se charakteristickými klinickými i patofyziologickými symptomy. Jedná se o primární poškození šedé kůry mozkové, vznikají kortiko–subkortikální atrofie, jejichž rozsah nemusí vždy odpovídat projevům demence.

Postupně se ztenčuje mozková kůra, rozšiřují se sulky společně s mozkovými komorami i temporálními rohy postranních komor, dochází ke značné atrofii v oblasti hipokampů. Tyto makroskopické změny doplňují změny mikroskopické, extracelulární a intracelulární (Pidrman, 2007, s. 42).

V mimobuněčných prostorech se ukládá beta-amyloid, který tvoří shluky, jde o chorobně vytvořenou bílkovinu, jejíž krystalky nebo-li drůzy jsou podstatou následujících neurodegenerativních dějů, vedoucích ke vzniku neuritických tzv. Alzheimerovských plaků, pojmenovaných po svém objeviteli Aloisi Alzheimerovi. Funkční poškození jedince tedy odpovídá množství vytvořených plaků, platí mezi nimi přímá úměra. Součástí beta-amyloidu jsou fragmenty amyloidového prekurzorového proteinu (APP), který je ve zdravém mozku štěpen alfa-sekretázou na rozpustné fragmenty zvané beta-peptid. U Alzheimerovy choroby tedy dochází k patologickému štěpení APP, a to především na jiném místě a za účasti beta a gama sekretázy, než jak je tomu při štěpení alfa-sekretázou. Fragmenty vzniklé tímto způsobem jsou nerozpustné, koagulují, jsou základem pro vznik již výše zmiňovaných neuritických plaků, v jejichž okolí následně pokračují degenerativní procesy, vyústující až v neuronální smrt, nebo-li apoptózu neuronů (Pidrman, 2007, s. 42).

Degenerace tau-proteinu, bílkovinné komponenty vyskytující se v neuronech mozkové tkáně, která za normálních okolností stabilizuje mikrotubulární struktury axonů, patří mezi nejzávažnější intracelulární změny. U Alzheimerovy choroby dochází k abnormální fosforylaci tohoto proteinu (postupnému navázání fosfátové skupiny na organickou látku). Zkracující se vlákna způsobí poruchu jejich funkce a následně podpoří tvorbu neuronálních klubek, uzlíčků – tangles, vedoucích opět k zániku postižených neuronů (Pidrman, 2007, s. 42).

Prostřednictvím obou výše zmíněných základních procesů je spuštěna kaskáda na sebe navazujících degenerativních projevů, formou sterilního zánětu v oblasti plaků. Dochází k aktivaci gliových elementů, transformaci buněk z mikroglíí na makrofágy, uvolňují se cytokiny (především interleukin 1), který nastartuje aktivaci zánětlivého enzymu cytooxygenázy a syntézu prostaglandinu. Zvýšeně se uvolňující excitační aminokyseliny (glutamát, aspartát) se váží na receptory, prostřednictvím těchto receptorů otevírají iontové kanály (týká se to především receptorů NMDA; N-metyl-D-aspartát), čímž dochází ke vstupu kalciových iontů do neuronu, následuje aktivace celé řady dalších enzymů, což se projeví destabilizací vnitřního prostředí neuronu a v konečném důsledku i jeho smrtí (Pidrman, 2007, s. 42).

Nedílnou součástí vzniku Alzheimerovy choroby je také nedostatečné odbourávání velkého množství volných kyslíkových radikálů, které za běžných okolností plní svou fyziologickou funkci. Při výskytu patologie není v silách CNS jejich nadměrné množství zlikvidovat, což vyvolává celou řadu nežádoucích reakcí, pod jejichž vlivem dochází např. k peroxidaci lipidů membrány neuronů, stejně jako k inaktivaci dalších enzymů (Pidrman, 2007, s. 42).

„Alzheimerova choroba je závažné neurodegenerativní onemocnění, vedoucí k úbytku některých populací neuronu (nervových buněk) a v důsledku toho k mozkové atrofii (úbytku tkáně). To má pak za následek vznik syndromu demence“ (Jiráček, Holmerová, Borzová a kol., 2009, s. 29).

Pro zajímavost jsou zde doplněny informace, zahrnující dostupné statistické údaje, týkající se péče o pacienty léčené pro demenci v ambulantních a lůžkových zařízeních v letech 2008 – 2012. „V roce 2012 bylo léčeno v ambulantních zdravotnických zařízeních s diagnózou F00 (demence u Alzheimerovy nemoci) celkem 15 352 pacientů a s diagnózami F01 – F03 (ostatní demence) 21 279 pacientů. V psychiatrických lůžkových zařízeních bylo hospitalizováno se základní diagnózou F01, F03 a G30 (demence) celkem 8 669 případů“ (Nechanská, 2013).

### 2.2.1 Příznaky a projevy

Alzheimerova choroba je charakteristická plíživým začátkem nemoci, který pomalu a trvale progreduje. Poměrně brzy dochází k postižení rysů osobnosti, mění se charakteristika jedince, což se projevuje ve všech oblastech jeho života. Ztrácí základní etická či estetická pravidla, návyky, zvyklosti a zájmy, postupem času totiž dochází k jejich degradaci. Poruchy psychických funkcí přispívají k narušení dlouholetých pevných vazeb, včetně vztahů. Mezi jiné poruchy kognitivních funkcí patří afázie, apraxie, agnózie nebo porucha prostorové orientace, nemocní se proto postupně stávají závislími na péči okolí. Deprese a neřídka i mánie se objevují zejména v počátku onemocnění, v pozdějších stádiích Alzheimerovy nemoci je zřetelná emoční plochost, nemocný přestává být aktivní, snaží se spíše izolovat. Uvědomuje-li si první příznaky onemocnění má tendenci je maskovat, vlivem postupující nemoci tuto schopnost později ztrácí. Výpadky krátkodobé paměti bývají vyplněny konfabulacemi, jejichž obsah může být sice adekvátní, ale nepravdivý, i ty však nemocný v krátké době zapomíná. Snižuje se slovní zásoba, řeč je chudá, stereotypní s verbigerací (stereotypním opakováním jednoho slova) nebo perseverací (setrváváním na jedné myšlence,

tématu, k němuž se nemocný neustále vrací), myšlení je nevýpravné, zabíhavé, nebo rozjíždivé.

Mohou se objevit bludy, v terminálním stádiu onemocnění dokonce i halucinace. Nemocný není schopen analýzy, syntézy či logických úvah (Pidrman, 2007, s. 37; Jiráček, Holmerová, Borzová a kol., 2009, s. 31-32).

Jako časné příznaky Alzheimerovy demence se v první řadě projeví **poruchy paměti a řeči**, které se liší od symptomů běžného stáří. U každé z poruch se rozlišují jednak její časné známky, zřejmé projevy nemoci, stejně jako známky pozdní (Pidrman, 2007, s. 39).

Mezi časné známky poruch paměti patří např. zapomínání jmen, schůzek, vytváření pomocných seznamů úkolů nebo opakované telefonování se stejnou otázkou. Zapomínání obličejů, neschopnost používat výše uvedené seznamy, neschopnost dostavit se včas na předem domluvenou schůzku či zapomínání nedávných událostí je charakteristické pro zjevné projevy nemoci. Následují pozdní známky poruch paměti, nemocný již nepoznává členy vlastní rodiny, pokud jsou přece jen zachovány zbytky paměti, pak jen na dávnou minulost (Pidrman, 2007, s. 39).

Mezi časné známky poruch řeči patří např. obtížné hledání slov, zhoršená artikulace společně se sníženou plynulostí vyjadřování. Za zjevné projevy nemoci jsou považovány problémy s komunikací, které jsou větší, než se bezprostředně jeví (nenacházení slov v běžné konverzaci, jejich opakování či potíže při jejím navazování) (Pidrman, 2007, s. 39).

Při demenci se vykytují ještě další dvě skupiny příznaků, kam patří **narušení aktivit denního života** (běžně vykonávané činnosti, schopnost poznávat čas, telefonovat, zacházet s penězi, oblékat se, dodržovat stravovací návyky, vyplnit efektivně volný čas tvořivou činností) a **skupina behaviorálních symptomů** (změny nálad, agitace, vznětlivost, úzkost, deprese nebo apatie, spánková inverze s nočním blouděním, psychotické příznaky jako jsou bludy nebo halucinace) (Pidrman, 2007, s. 40-41).

### 2.2.2 Formy a stádia

Stejně jako ostatní typy demencí i četnost Alzheimerovy choroby se zvyšuje s narůstajícím věkem, dle něj se rozlišují dvě známé formy této nemoci, jednak **forma s pozdním začátkem**, která je poměrně častá, první příznaky se objevují nejdříve po 60. roku života, tzv. senilní a **forma s časným začátkem**, tzv. presenilní, projevující se již v období před 60. rokem (Jiráček a Koukolík, 2004, s. 114-115).

Schematicky lze Alzheimerovu demenci rozdělit do několika stupňů, dle závažnosti a to na lehkou, střední a těžkou demenci, kdy každý z nich má své charakteristické rysy.

**Lehká demence** – počáteční, rané stádium, projevuje se poruchami paměti, zejména krátkodobé, což působí potíže se zapamatováním si nových informací, nemocný si problém uvědomuje, což může být příčinou změn nálad, depresí, poruch aktivit denního života např. v profesní oblasti, objevují se poruchy orientace v méně známém prostředí, nemocný je zcela soběstačný.

**Střední demence** – mírné stádium, paměť ve všech svých složkách se výrazně zhoršuje, prohlubuje se dezorientace v prostoru i čase, nemocný zapomíná, kde bydlí, jména svých blízkých, není již zcela soběstačný, potřebuje pomoc druhé osoby.

**Těžká demence** – poslední, pokročilé stádium, mimo velmi těžké poruchy paměti, kdy nemocný nepoznává nejen známé prostředí ani své nejbližší, dochází také k poruchám hyblivosti, nejprve jemné motoriky později i chůze. Výrazné změny zasahují do aktivit denního života, což se může negativně projevit v oblasti chování a emocí. Nemocný je zcela odkázán na pomoc jiné osoby (Callone a kol., 2008, s. 28-36).

Dr. Roger A. Brumback vypracoval tabulku, která znázorňuje funkce, dovednosti a schopnosti, jenž zůstávají u nemocných s diagnózou Alzheimerova demence zachovány v jednotlivých stádiích probíhající choroby (viz Příloha P II.) (Callone a kol., 2008, s. 29-30).

Přibližná délka života jedince postiženého Alzheimerovou nemocí, od projevení se prvních příznaků až ke smrti je 6 – 8 let (někteří se dožívají více než 15let), záleží na řadě okolností (genetice, věku, formě nástupu demence, atd.) (Jirák a Koukolík, 2004, s. 142). Příčinou smrti nemocných s Alzheimerovou chorobou bývají často jiná onemocnění (např. respirační – bronchopneumonie – z důvodu upoutání na lůžko v posledním stádiu demence) či následky zranění jako jsou úrazy a pády (Jirák a Koukolík, 2004, s. 142; Jirák, Holmerová, Borzová a kol., 2009, s. 32-33; Pidrman, 2007, s. 41).

### 2.2.3 Diagnostika

Alzheimerova choroba může být snadno zaměnitelná s jiným typem demence, nejčastěji s demencí vaskulární. Případně se jeví pod klinickým obrazem MCI – Mild Cognitive Impairment – mírnou kognitivní poruchou, kdy dochází k poruše paměti, nikoli však k poruchám aktivit denního života, příznaky a projevy tedy nedosahují stupně demence. V rámci úspěšné diagnostiky této choroby je nejdůležitější rozpoznání demence (stanovení

typu) společně s určením příčiny (podkladem jejího vzniku). Na správné diagnostice choroby se podílí mimo ošetřujícího lékaře i specialisté (neurolog, psychiatr, geriatr, atd.), součástí určení správné diagnózy je nejen laboratorní vyšetření krve, moči, mozkomíšního moku, ale především získání veškerých informací pomocí vyčerpávající anamnézy s použitím škálovacích metod a testů (Jirák a Koukolík, 2004, s. 142-144; Pidrman, 2007, s. 25-27, 36-41, 43-44; Pidrman a Kolibáš, 2005, s. 125-128), na které vzhledem k charakteru bakalářské práce bude soustředěna pozornost.

Nejznámějším a nejčastěji používaným orientačním testem využívaným k diagnostice Alzheimerovy demence je **MMSE (Mini-Mental State Examination)** neboli krátká škála mentálního stavu, **tzv. Folsteinův test**, který je schopen spolehlivě odlišit středně těžkou demenci od normální populace. Neudává zcela přesné hodnoty v diagnostice časných stádiích demence a MCI, neboť je výrazně ovlivněn věkem a vzděláním vyšetřovaného. Vhodný je také pro monitoraci průběhu onemocnění, za hranici pro demenci se považují hodnoty pod 24 bodů (viz Příloha P III.) (Pokorná a kol., 2013, s. 29-30).

Naopak vysoce specifickým a senzitivním testem, jenž dokáže spolehlivě odlišit lehkou demenci nebo MCI je **MoCA test (Montreal Cognitive Assessment)**, neboli **Nasreddinův test**, je vhodný zejména k zachytu časných stádií demence. Prostřednictvím 13 bodovaných položek hodnotí např. prostorovou orientaci, paměť, pozornost, vybavování slov, aj. Maximální hodnocení je 30 bodů (normální nález je 30 – 26 bodů), méně než 26 bodů svědčí pro MCI nebo počínající Alzheimerovu demenci (viz Příloha P IV.) (Pokorná a kol., 2013, s. 30-32).

Dalším běžně užívaným orientačním testem je **Test kreslení hodin (Clock test, Clock Drawing Test – CDT)**, kterým lze doplnit např. MMSE v rámci screeningu či monitorování průběhu kognitivní poruchy. I přes zdánlivou jednoduchost se bezchybné nakreslení ciferníku hodin s ručičkami a všemi číslicemi jeví pro nemocné s poruchou kognice jako velmi obtížný úkol. Hodnotí se správnost zakreslení (souladnost kruhu, správné umístění i pořadí číslic, délka a poloha hodinových ručiček) (viz Příloha P V.), další možností je dokreslení ciferníku hodin se všemi komponenty na čistý papír s předkresleným kruhem (viz Příloha P VI.). Specifické postupy hodnocení testu je možné provádět pomocí různých škál, sledována je nejen správnost zakreslení, ale i požadovaný časový údaj (Pokorná a kol., 2013, s. 33-36).

**Addenbrookský kognitivní test (Addenbrooke's Cognitive Examination, ACE-R)**, jehož obsahem je upravený test MMSE, test kresby hodin společně s kopií krychle, zjišťující



schopnost pozornosti, paměti, verbální a řečové fluence (vyjadřovacích schopností, správné výslovnosti, schopnosti porozumět, opakovat, napsat, číst, atd.) a vizuospeciálních schopností (včetně prostorové navigace) je vhodný k rozlišení jednotlivých typů demence. Hodnotí se 18 položek, přičemž nejvyšší počet dosažených bodů je 130. Česká verze tohoto testu má 6 stran, vyplnění nezabere více než 12 – 20 minut, obsahuje 26 úkolů v 5 doménách s maximálním skóre 100 bodů (viz Příloha P VII.) (Pokorná a kol., 2013, s. 33).

**Sedmiminutový screeningový test (7 MST – 7 minute Screen – 7 minute Neurocognitive Screening Battery)** obsahuje 4 „baterie“ neuro-kognitivních subtestů, které hodnotí 4 oblasti kognice (paměť, řeč, orientaci, vizuospeciální funkce, např. zrakovou představivost). U geriatrických pacientů netrpících demencí tento test trvá přibližně 8 minut, u demenčních může časový údaj přesáhnout i 10 minut (viz Příloha P VIII.) (Pokorná a kol., 2013, s. 36-37).

Existují i **specifické orientační testy k hodnocení kognitivních funkcí**, slouží především jako nástroj prvního kontaktu, nejsou jen součástí neurologického vyšetření. V klinické praxi jimi získané údaje mají spíše orientační charakter, mohou však být nepostradatelnou doplňující složkou komplexnějších nástrojů. Patří sem: Digit span test, Serial reversal, Vigilance A test, Skupinový test, Zkrácený desetibodový test mentálních funkcí. K uvedeným základním orientačním testům patří také Sedmičkový test, který zjišťuje poruchy pozornosti, pro poruchu orientovanosti je vhodnější využít již výše zmiňovaný Zkrácený test mentálních funkcí.

**Ischemické scóre Hachinského (HACH)** používá se k odlišení Alzheimerovy demence od demencí vaskulárního typu. Hodnotí se 13 kritérií, vyšší skóre ukazuje na pravděpodobnost ischemického původu (viz Příloha P IX.) (Pidrman, 2007, s. 170).

Nejpoužívanějším a nejznámějším testem sloužícím k posuzování soběstačnosti nemocného (nejen ve zdravotnických zařízeních) je modifikovaný **Test základních všedních činností podle Barthelové** nebo **ADL – Activity of Daily Living** obsahuje 10 oblastí (příjem stravy, tekutin, oblékání, koupání, osobní hygienu, kontinenci moči a stolice, přesun z lůžka na židli, chůzi po rovině i po schodech) určuje do jaké míry, nemocný tyto činnosti zvládá samostatně, s pomocí nebo je neprovede (viz Příloha P X.) (Pidrman, 2007, s. 174). Rizikem je vyplňování testu nemocným, který často nemá náhled choroby a hodnotí se zcela soběstačným. V opačném případě je hodnocení testu založené na objektivních údajích ošetřovatelského personálu nebo doprovázející osoby.

**Test instrumentálních všedních činností IADL – Instrumental Activities of Daily Living** je oproti předcházejícímu testu složitější a komplexnější, patří sem úkony se zaměřením na zařazení se do společnosti a zabezpečení vlastní domácnosti (telefonování, transport, nakupování, vaření, práce v domácnosti i kolem domu, užívání léků a finance) (viz Příloha P XI.) (Pidrman, 2007, s. 173).

Základní vyšetřovací metodou při určování diagnózy demence je bez sporu vyšetření mozku pomocí EEG, CT nebo MRI, z dalších pak např. PET nebo SPECT (pomocí poruchy průtoku krve a metabolismu lze prokázat ložiska plaků a tangles při Alzheimerově demenci) (Jirák a Koukolík, 2004, s. 144; Pidrman, 2007, s. 43-44; Pidrman a Kolibáš, 2005, s. 127-128).

#### 2.2.4 Léčba

Vzhledem k tomu, že doposud není známa komplexní etiopatogeneze této choroby, není zatím možné uplatnit kauzální terapii, proto se v léčbě Alzheimerovy choroby využívají metody biologické (farmakoterapie) a nebiologické (reedukační techniky, socioterapie, psychoterapie pečovatелů, atd.). Důraz je kladen především na včasnou diagnostiku a zahájení léčby, výrazný terapeutický efekt se projeví zejména v počátečním stádiu Alzheimerovy demence (Jirák a Koukolík, 2004, s. 146-147). Stabilizace nemocného, oddálení progresse onemocnění nebo přechodu do těžších stádií a současně prodloužení období soběstačnosti sníží potřebu i náročnost ošetrovatelské (pečovatelské) péče a oddaluje nutnost hospitalizace. Cílem léčby demence je tedy zlepšení stavu, případně udržení stavu dosavadního nebo zhoršování stavu s menší progresí než jaké jsou předpoklady (Pidrman, 2007, s. 93).

**Farmakoterapie** – dělí se na kognitivní a nekognitivní léčbu demence. Nejúspěšnějším a nejpoužívanějším způsobem léčby v současné době je ovlivnění acetylcholinergního systému a to podáním inhibitorů cholinesteráz (Donepezil – Aricept, Galantamin – Reminyl, Rivastigmin – Exelon, Takrin - Cognex), prekurzorů acetylcholinu (nejčastěji používané - sójové lecitiny – doplněk stravy), agonistů nikotinových a muskarinových receptorů (Memantin - Ebixa) nebo ovlivněním acetylcholinergního systému pomocí jiných mediátorů. Pozitivní efekt v léčbě demencí má také selegrin nebo ginkgo biloba, nikoli tak zásadní jako výše zmiňovaná léčiva (Pidrman, 2007, s. 112-120).

Cílem **nefarmakologické léčby** je zachovat, případně zlepšit úroveň jednotlivých dovedností, efektivně vyplnit volný čas, ovlivnit behaviorální a psychologické příznaky demence, včetně aktivit denního života, zlepšit verbální i neverbální komunikaci nemocného s okolím. Aktivity musí být komplexní, působit a ovlivňovat složku fyzickou i psychickou, spolu

s psychosociálními kontakty a saturovat senzorycké funkce, vždy s ohledem na aktuální zdravotní a psychický stav nemocného. Behaviorální terapie zahrnuje pět oblastí jako je **životní styl** - edukace, podpora a trvalá péče o nemocného, **přiměřená fyzická aktivita** - spánková inverze, fyzická inhibice – do denního režimu pravidelně zařazovat pohybovou nebo taneční terapii, **psychická aktivita** - neměnit prostředí, necestovat na neznámá místa, nevystavovat ho nepříjemným a neznámým situacím, vhodné je poskytnout nemocnému zřetelné hodiny, velký kalendář, využití pet terapie, reminiscenční terapie, různých her s písmeny a čísly, jednoduché hádanky, říkadla, písničky nebo pojmenovávání předmětů, atd. **optimalizace senzoryckých funkcí** – důležité je zjistit do jaké míry jsou postiženy smysly nemocného, především zrak a sluch, neboť mohou být příčinou vzájemného nedorozumění, jeho možnosti jsou pak značně limitovány. Nezbytnou součástí léčby vesměs všech geriatrických pacientů, nemocných s Alzheimerovou chorobou nevyjímaje je péče o nutriční, která je obecně nedoceněna a často i zanedbávána. Úbytek hmotnosti, zejména pak ztráta svalové hmoty mohou zhoršovat rehabilitaci, zvyšovat riziko infekce nebo proleženin. Značným rizikem je pokles tělesné hmotnosti o 5 % za rok, což může mít vzhledem k věku i fatální následky (Pidrman, 2007, s. 93-95, 155).

### 2.3 Životopis Aloise Alzheimerera

Alois Alzheimer (Aloysius Alzheimer), známý psychiatr, neuropatolog, nejprve žák, později i spolupracovník Emila Kraepelina, se narodil 14. června 1864 v Marktbreitu. Medicínu studoval v Berlíně, Würzburgu a Tübingenu, praxi započal v Městské psychiatrické klinice ve Frankfurtu nad Mohanem, kde také působil jako asistent. Následovala praxe v Heidelbergu a na Královské psychiatrické klinice v Mnichově. V roce 1912 se Alois Alzheimer stává ředitelem Psychiatrické a neurologické kliniky Slezské univerzity Friedricha Wilhelma v Breslau. V roce 1894 se oženil, společně s manželkou měli tři děti, jednoho syna a dvě dcery.

Zásadní roli v identifikaci Alzheimerovy demence sehrála žena Auguste D., která si ze svého jména pamatovala pouze počáteční písmeno, celým jménem Auguste Deter. V roce 1901 byla umístěna na psychiatrické oddělení Univerzitní nemocnice ve Frankfurtu nad Mohanem, kde od roku 1888 působil i Alois Alzheimer. Tato žena z počátku trpěla záchvaty žárlivosti, pro pozdější poruchy paměti již nebyla schopna starat se o domácnost a její manžel už nezvládal péči o ni, proto ji umístil do nemocnice, kde strávila pět let. Po celou dobu Alzheimerova působení na této klinice ji denně navštěvoval a pečlivě zapisoval vývoj

choroby, jejich příznaků. Aby průběh nemoci nebyl ničím ovlivněn, byly jí poskytnuty pouze uklidňující koupele. V roce 1903 nemocnici opustil, nadále se o Auguste D. zajímal a sledoval její osud, zemřela s diagnózou těžké demence po čtyřletém průběhu nemoci v 51 letech. Po její smrti v roce 1906 prostudoval její mozek, kde našel senilní plaky a neurofibrilární klubka, které jsou hlavní příčinou vzniku Alzheimerovy choroby.

Emil Kraepelin po něm také později nemoc pojmenoval, přestože se na popisu Alzheimerovy choroby podílela řada dalších autorů. 19. prosince 1915 umírá na ledvinové selhání, je pochován ve Frankfurtu nad Mohanem společně s manželkou (Koukolík a Jiráček, 1998, s. 11-13; Koukolík a Jiráček, 1999, s. 35; Jiráček a Koukolík, 2004, s. 107).

### 3 PÉČE O NEMOCNÉHO S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU

Jak již bylo zmíněno, Alzheimerova choroba způsobuje progresivní odumírání mozkových buněk. Vývoj nemoci může trvat i řadu let, ovlivňuje ji nejen aktuální zdravotní stav nemocného, ale také různé okolnosti (nemoc postupuje vlastním tempem, zhoršení symptomů ve všech stádiích je odlišné u každého jedince, proto postižená osoba toto zhoršení prožívá naprosto individuálně). I tak mohou být některé schopnosti, funkce a dovednosti v jednotlivých stádiích nemoci zachovány (viz Příloha P II.), proto se péče o nemocného s diagnózou Alzheimerovy demence s vývojem choroby liší (Callone a kol., 2008, s. 28-30).

#### 3.1 Specifika ošetrovatelské péče

Kvalitní ošetrovatelská péče je poskytována prostřednictvím ošetrovatelského procesu s ohledem na individuální potřeby nemocného. Umožňuje tak dosáhnout jeho co největší spokojenosti, za nezbytné spolupráce celého ošetrovatelského týmu a za účasti samotného nemocného, dovoluji-li to jeho schopnosti (Mastiliaková, 2002, s. 119; Staňková, 1997, s. 52).

Pacient aktivně zapojený do léčebného procesu, se cítí zodpovědný sám za sebe, což je jím vnímáno velmi pozitivně. Trendem dnešní doby je otevřeně hovořit o Alzheimerově chorobě jako o každé jiné nemoci, podílí se na tom nejen lékaři, ale i patientské organizace. Oznámení diagnózy společně s popisem vývojových etap Alzheimerovy choroby spadá do kompetencí lékaře nikoli rodinných pečujících. Ti mohou odpovědět na dotazy, týkající se situací, kterým pacient nerozuměl např. při vyšetření či jiných drobnostech. Není vhodné upozorňovat na ztrátu určitých dovedností a schopností, samotný pocit ztráty „výkonnosti“ je pro pacienta traumatizující. Důležité je ocenit to, co se mu daří, podpořit tím jeho sebedůvěru. Vzhledem k vývoji choroby, zejména v posledních stádiích je péče o nemocného velmi náročná, je vhodné s pacientem hovořit o možnosti umístění do specializovaného zařízení. Jeho souhlas získaný v počátcích nemoci zbaví rodinné příslušníky výčitek svědomí (Regnault, 2011, s. 40-41).

Zdravotnická profese patří mezi tzv. regulovaná povolání, neboť jejich výkon je spojen s možností ohrozit zdraví a život jiných lidí. Regulace je tedy dána povinností splnit stanovené normy (Staňková, 2002, dle Plevové a kol., 2011). Činnosti zdravotnických pracovníků stanovuje vyhláška Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (Plevová a kol., 2011, s. 63). Jednotlivé kompetence sester jsou uvedeny v § 3 a § 4 (viz Příloha P XII.) (Česko, 2011).

### 3.1.1 Role sestry a zásady přístupu k dementnímu pacientovi

V současné době je sestra vnímána jako rovnocenná členka zdravotnického týmu, schopná samostatné práce, která i mimo ošetrovatelské činnosti zastává role, jež se při výkonu povolání vzájemně prolínají. Nejčastěji plní tyto role:

- **sestra pečovatelka:** poskytuje základní ošetrovatelskou péči, samostatně pečuje o nemocné v nemocnici či v terénní péči. Identifikuje a vyřeší ošetrovatelský problém.
- **sestra edukátorka nemocného a jeho rodiny:** podílí se na prevenci, upevňování zdraví, předchází komplikacím, rozvíjí soběstačnost i sebe obslužné činnosti u osob s porušeným zdravím. Pomáhá nemocným a jejich nejbližším žít spokojeně, vyrovnat se s dlouhodobým onemocněním, za pomoci nácviku potřebných i praktických dovedností.
- **sestra obhájkyně nemocného:** stává se mluvčím nemocného, pokud není sám schopen vyjádřit své potřeby, problémy nebo přání.
- **sestra koordinátorka:** při plánování i realizaci individualizované ošetrovatelské péče prostřednictvím ošetrovatelského procesu úzce spolupracuje se všemi členy zdravotnického týmu, nemocným i jeho rodinou.
- **sestra asistentka:** připravuje nemocného k vyšetření, asistuje lékaři, plní ordinace, čímž se podílí na diagnosticko-terapeutické lékařské péči.
- **sestra výzkumnice:** získává nové informace, spolupracuje, vede rozvojové projekty, podílí se na tvorbě nových standardů péče, atd. Využívá všech nových poznatků oboru ošetrovatelství (Farkašová a kol., 2005, s. 188; Plevová a kol., 2011, s. 84-85; Staňková, 2002, s. 11-12).

#### Zásady přístupu k dementnímu pacientovi:

- „Dementního člověka se snažíme udržovat v dobrém fyzickém stavu.
- Ponecháme dementnímu pacientovi jeho osobní prostor, např. rodinné fotografie, památné předměty.
- Zachováme, v co největší míře, autonomii pacienta, nevykonáváme za něj úkony, které zvládne sám, i když špatně.
- Pokoušíme se starého člověka stimulovat např. pohybem, vůněmi, hudbou.

- Bráníme izolaci od ostatních lidí, pokud je pacient upoután na lůžko, otočíme ho směrem k ostatním, podporujeme rodinu a přátele, aby chodili třeba i na kratičkou návštěvu, popř. ponecháme pacienta, aby se účastnil aktivit aspoň jako divák.
- Udržíme pacientův dobrý fyzický vzhled (péče o vlasy, nehty, vousy, oblečení)“ (Minibergerová a Dušek, 2006, s. 55).

### 3.1.2 Zásady komunikace s dementním pacientem

Aby byla komunikace mezi nemocným a ošetřující osobou úspěšná, je nutné projev a způsob mluvy přizpůsobit jednotlivým stádiím choroby. Rozhovor musí probíhat v klidném, tichém prostředí, bez rušivých elementů, v opačném případě je jeho pozornost rozptýlována. Vysoká intonace hlasu působí nesrozumitelně, pečlivá artikulace, pomalý a hlubší hlas nemocného uklidní. Vhodné je postavit se před nemocného tak, aby mohl sledovat výraz tváře a pohybující se rty osoby, která s ním mluví. Lidé s Alzheimerovou chorobou vnímají i ostatními smysly, protože je více zapojují. Drobná gesta jako pohled do očí, úsměv, dotek či položení dlaně na ruku jim pomáhají cítit se dobře, rozumí jim. Použití vhodných, srozumitelných slov v krátkých větách usnadní komunikaci, předejde případným potížím a nutnosti přeformulovat věty, kterým nemocný napoprvé nerozuměl. Vhodně položená otázka poskytuje zpětnou vazbu. Komunikace s nemocným se vlivem postupující choroby zhoršuje, může mít i potíže s vyjadřováním. Je nutné zachovat klid, sledovat výraz, gesta a tím zjistit, co chce nemocný sdělit. Častým kontaktem s lidmi, trpícími Alzheimerovou chorobou lze získat zkušenosti, které pomáhají odhadnout potřeby těchto nemocných (Regnault, 2011, s. 42).

#### Schopnosti dobrých komunikátorů:

- správně užívat prvky verbální i neverbální komunikace
- rozpoznat známky nepohodlí, stresu, frustrace, stejně jako pocity příjemné (potěšení a sounáležitost s ostatními)
- hledat známky efektivní komunikace (úsměv, záblesk v očích druhého)
- aktivně naslouchat (udržovat oční kontakt s osobou, se kterou právě hovoří), dříve než sami promluví, vyčkat a ujistit se, je-li druhá osoba připravena naslouchat
- klást otázky, pokud nerozumějí, ověřit si, zda byly informace správně pochopeny

- vyhýbat se sarkasmům, slangovým či útočným slovům, používat vhodné slovní hříčky a vtípky, přijmout žertování
- respektovat názory ostatních, naslouchat a sledovat podněty druhých, jimiž dávají najevo své pocity ve skupině
- být pozitivní a vyjadřovat to svým chováním, jednáním a vzhledem
- být taktní, k ostatním lidem přistupovat s důstojností a respektem

(Callone a kol., 2008, s. 23).

### 3.1.3 Chyby v komunikaci s dementním pacientem

Z různých důvodů, včetně nedostatečné znalosti dané problematiky, může být chování charakteristické pro člověka s demencí chápáno jako vzdor, schválnost, nechuť nebo lenost. Je-li nahlíženo na chování pacienta tímto způsobem, objevuje se snaha napomínat, případně bojovat s ním o moc, odmítat ho, přehlížet či jinak jeho chování korigovat. Tím dochází k vytvoření „bludného kruhu“ ve vztahu mezi pacientem a zdravotníkem, pro něj je charakteristický neustálý boj o moc spojený s bezmocností obou zúčastněných stran. Pro úspěšnou spolupráci je dobré chápat jeho chování jako projev bezmocnosti a neschopnosti způsobené chorobou. Tento pohled na danou situaci v pečujících spíše vyvolá snahu pacientovi pomoci, podpořit ho a tím také předcházet problémovému chování (Minibergerová a Dušek, 2006, s. 56).

## 3.2 Potřeby nemocných s Alzheimerovou chorobou

„Potřeba je projevem nějakého nedostatku, chybění něčeho, jehož odstranění je žádoucí. Potřeba pobízí k vyhledávání určité podmínky nezbytné k životu, popřípadě vede k vyhýbání se určité podmínce, která je pro život nepříznivá. Je něčím, co lidská bytost nutně potřebuje pro svůj život a vývoj“ (Trachtová, Fojtová a Mastiliaková, 2004, s. 10).

Problematika potřeb je jednou ze základních otázek vztahu člověka nejen k sobě samému, k životu, ale také k prostředí, které jej obklopuje. Potřeby lze označit za základní motivační sílu v chování člověka, která mu pomáhá udržovat vnitřní rovnováhu, také zajišťuje rovnováhu mezi člověkem a jeho prostředím. Jedna z dalších definic potřeb zní: „Potřebu charakterizujeme jako nedostatek nebo nadbytek něčeho v oblasti biologické, psychické nebo sociální. Potřeby jsou zdrojem chování a jednání člověka a velmi úzce souvisí s kvalitou života každého jedince“ (Krátká, 2007, s. 7).



Na člověka je nutné nahlížet jako na bio-psycho-sociální bytost, jejíž potřeby se vzájemně prolínají. Potřeby dělíme na biologické, psychické a sociální. Jejich význam je biologický – projeví se narušením homeostázy organismu, ekonomický – nutností nebo žádostí vlastnit nějaký předmět a psychologický – nedostatkem v sociálním životě jedince. Při neuspokojování potřeb postupně dochází k vnitřní nepohodě až k projevům podrážděnosti a napětí (Trachtová, Fojtová a Mastiliaková, 2004, s. 9-10).

### **3.2.1 Biologické potřeby**

Biologické potřeby se nazývají také fyziologické nebo tělesné a zahrnují potřebu dýchání, výživy, vyprazdňování, hygienické péče, pohybu, aktivity a spánku, aj. Tyto potřeby zajišťují přežití organismu (Trachtová, Fojtová a Mastiliaková, 2004, s. 14).

#### **3.2.1.1 Potřeba výživy a stravování**

Častou příčinou mnoha zdravotních potíží u seniorů je nedostatečný příjem základních živin, vlákniny nezbytné k udržení motility střev a vody. Vyvážená strava by měla obsahovat dostatek ryb, luštěnin, ořechů, mléčných výrobků, celozrnného pečiva i těstovin, z červeného masa pouze libové. Samozřejmě velké množství zeleniny a ovoce, přibližně šest až osm sklenic nejlépe čisté vody či jiné tekutiny za den (čaj, ovocná šťáva, atd.). Vyvážený jídelníček přispívá k dobrému stavu svalů a pokožky (prevence proleženin), podporuje dobrou funkci imunitního systému, zachovává tělu energii a pomáhá zvládat nahromaděný stres (Glennner a kol., 2012, s. 91).

Přijímání stravy patří k běžným dovednostem, vyžaduje soustředění i pozornost, přestože ji provádíme celý život, může být používání kuchyňského náčiní pro nemocné složité. Také rozdílná konzistence stravy, nutnost žvýkat a polykat může pacientům s Alzheimerovou chorobou činit potíže. Je vhodné jej nenechávat s jídlem samotného, hrozí nebezpečí aspirace. Není-li nemocný schopen přijímat tuhou, mletou nebo kašovitou stravu, pak mu lze nabídnout některý z řady tekutých výživových doplňků (Glennner a kol., 2012, s. 92, 94).

Osvědčeným způsobem vedení celého procesu jídla, je systematické plnění jednoduchých po sobě jdoucích kroků. Pokud nemocný není schopen jíst sám, musí mu pomoci druhá osoba. Používá srozumitelné, krátké věty, např.: „Vezmi si lžici.“ nebo „Otevři pus.“ Nereaguje-li na verbální signály, lze mu pomoci dotekem nebo vést mu ruku (Glennner a kol., 2012, s. 94).

### 3.2.1.2 *Kultura stolování*

V podmínkách mimo domov je obtížnější dodržet zásady správné kultury podávání stravy, zajištění dostatečného klidu a času při jídle. Nemocný je mnohdy nucen jíst v hlučném či nepřehledném prostředí. Jídlo je podáváno nepravidelně. Také velký výběr z nabízených jídel může rozptýlovat jeho pozornost, případně již není schopen sám určit, které z věcí umístěných na stole jsou k jídlu (Glennner a kol., 2012, s. 93-94).

Proto je pro nemocného vhodné jíst pravidelně, ve známém, klidném a příjemném prostředí. Dobře ochucená a barevná strava podporuje chuť k jídlu. Nejistotu pacienta nad talířem zmírní pojmenování jednotlivých částí porce, vhodné je na ně také ukázat. Vlivem postupující Alzheimerovy demence se totiž nemocný v talíři nevyzná a cítí se bezradný. Stravu musí pomalu žvýkat, někdy je nutné mu to připomínat. Pacienti s demencí mívají ráno největší hlad, podáváním bohatší snídaně tak lze kompenzovat množství stravy, pokud po zbývajících částech dne jí málo. Nabízené nápoje nesmí být příliš horké, nemocný nemusí být schopen odhadnout jejich teplotu. Manipulace s hrnkem, který má ouško je pro něj snazší než se sklenicí (Glennner a kol., 2012, s. 93-94).

### 3.2.1.3 *Hygiena a stav dutiny ústní*

Čištění zubů je pravidelná zautomatizovaná činnost, kterou zdravý člověk provádí sám několikrát denně. Nemocný s Alzheimerovou demencí toto nezvládne, proto je nutné mu pomoci. Schopnost spolupráce člověka s těžším postižením bývá obtížná. Pacient musí v ústech udržet vodu i pastu, jejíž chuť není vždy příjemná. Zabránit nemocnému, aby obsah dutiny ústní polknul, může být také velkým problémem. Není schopen identifikovat bolest či nepříjemné pocity v ústech, brání se, nespolupracuje, nechce například otevřít ústa nebo naopak zuby sevře kartáček a nechce jej pustit. I přes všechny potíže a tvrzení nemocného, že si zuby čistil (což nemusí být pravda, protože si to nepamatuje) musí osoba pečující o nemocného s Alzheimerovou demencí dbát na pravidelnou hygienu dutiny ústní (Glennner a kol., 2012, s. 99-100).

Vhodné je také pravidelně kontrolovat stav zubní náhrady, je-li tam, kde má být, zda nemocnému dobře sedí nebo není-li porušená. Pokud ji odmítá používat, projevuje se bolestivě při kousání, nechce jíst - zkontrolujeme sliznici úst, zda nedošlo k poranění, případně se neobjevili slizniční léze, afty, apod. Návštěva u stomatologa většinou bývá náročná, někdy však není vyhnutí (Glennner a kol., 2012, s. 100).

#### 3.2.1.4 Deficit příjmu tekutin

Riziko dehydratace je spojeno s percepcí pocitu žízně. Ztráta tělesných tekutin a iontů ovlivňuje celkovou kondici seniora, proto dehydratace bývá jednou z častých příčin jeho hospitalizace. Projevuje se např. poruchou koncentrace, snížením výkonnosti, bolestmi hlavy, ospalostí, zvýšenou dráždivostí a zrychlením fyziologických funkcí. Dlouhodobý nedostatek tekutin může vyvolat přetrvávající zácpy, poruchu funkce ledvin, infekci močových cest, urolitiázu nebo také přispět k rozvoji některých druhů onkologického onemocnění (karcinomu močového měchýře, tlustého střeva nebo konečníku). Mezi další závažná onemocnění patří onemocnění srdce a cév, stejně jako rozvrat minerálního prostředí (průjemem, zvracením, nebo horečkou) (Pokorná a kol., 2013, s. 70).

Chybějící tekutiny lze doplnit pomocí neslazených málo koncentrovaných čajů, běžné pitné vody nebo jemně mineralizovaných vod v případě minerální dysbalance. Za tekutiny nejsou považovány mléčné nápoje, neboť se řadí mezi potraviny. Ochucené vody ve větším množství ani káva (podávaná se sklenkou vody), která má diuretický efekt nejsou vhodné. Zajištěním vyšší frekvence podávání tekutin v průběhu celého dne lze předejít u pacientů, kteří mají potíže s inkontinencí, nutkavému pocitu na močení jako je tomu u tzv. „vodního nárazu“ (Pokorná a kol., 2013, s. 74).

#### 3.2.1.5 Potřeba hygienické péče

Potřeba čistoty a hygieny se postupně vyvíjí v podobě pravidelných hygienických návyků v rodině už od dětského věku. Potřeba hygieny je individuální, její uspokojení navozuje příjemný pocit a osobní pohodu, tím zasahuje i do oblastí psychogenních potřeb. Neuspokojení této základní biologické potřeby se projevuje psychickou odezvou jedince, kdy hranice vnímání nedostatku je také individuální, odráží se od toho, co každý člověk v rámci čistoty a hygieny považuje za dostačující či nikoli (Trachtová, Fojtová a Mastiliaková, 2004, s. 51).

„Hygiena je soubor pravidel a postupů potřebných k ochraně a opoře zdraví. Je definována jako základní potřeba, která se u každého jedince rozvíjí již v útlém věku“ (Krátká, 2007, s. 14).

**Koupání a mytí vlasů** může být v pokročilém stádiu Alzheimerovy demence opravdu tvrdým oříškem. Nemocný není schopen dostatečně zpracovat všechny podněty jako je změna okolní teploty, pocit nahoty, namáčení do vody, atd. Proto je nezbytné zajistit mu pocit jistoty a sebeúcty. I přes všechny projevy postupujícího onemocnění se vnímá jako člověk, který

má hodnotu a chce mít pocit pevné půdy pod nohama. Podporou co největší samostatnosti lze pacientovi zachovat pocit důstojnosti a soukromí. Poskytnutí dostatečného prostoru i času mu tyto chvíle zpříjemní. Vhodné je dodržovat pravidelný režim (je-li zvyklý sprchovat se např. ráno, je dobré v tom pokračovat). Nutný je dohled nad pravidelnou výměnou spodního a osobního prádla a také péče o pokožku, zejména u inkontinentních nemocných (Glenner a kol., 2012, s. 94-96).

**Péče o vzhled** většinou nebývá tak problematická jako například koupání. Aplikace tělového mléka po koupeli, česání nebo manikúra jsou spojené s doteky, proto vyvolávají v nemocném příjemné pocity. Nezbytnou součástí péče o vzhled je již výše zmíněná péče o dutinu ústní a holení. Holení přispívá k pocitu zachování důstojnosti a sebeúcty, nemocný se cítí příjemně, jeho pokožka je tak udržována v dobrém stavu (Glenner a kol., 2012, s. 98, 101).

### **3.2.1.6 Potřeba vyprazdňování**

Pravidelné, přiměřené uspokojování této potřeby zajišťuje rovnováhu, nebo-li homeostázu organismu, navozuje tak pocity libosti a spokojenosti. V opačném případě dochází k různým somatickým obtížím, jako je pocit plnosti, nadýmání či bolest. Ale i řadě negativních emocionálních stavů, např. špatné náladě, nervozitě, napětí, úzkosti nebo strachu (Trachtová, Fojtová a Mastiliaková, 2004, s. 95).

Dobré je sledovat signály v chování pacienta, které naznačují potřebu vyprázdnit se. Dveře od toalety je vhodné označit čitelným nápisem nebo obrázkovým symbolem, což umožní nemocnému orientaci ve známém prostředí. Pohyb venku přizpůsobit jeho možnostem, upozornění, že je čas navštívit toaletu pronášet potichu mezi čtyřma očima někde v ústraní. Oblečení opatřené gumou místo různých knoflíků, háčků a zipů rozhodně usnadní manipulaci s prádlem při převlékání. U imobilních a inkontinentních pacientů se používají speciální pomůcky pro inkontinenci, u ostatních lze na noc vedle postele umístit toaletní židli. Odstraněním všech překážek je zajištěn bezpečný přesun na toaletní židli nebo WC. V dosahu nemocného je vhodné nechávat jen přiměřené množství toaletního papíru, může si jej splést s ručníkem nebo žínkou.

Pokud je vedle nebo v blízkosti WC odpadkový koš hrozí riziko, že se pacient vyprázdní do něj, je dobré ho odstranit. Muži občas močí i do vany nebo umyvadla, proto je nutné dbát na čistotu a bezpečnost těchto prostor (Glenner a kol., 2012, s. 103-105).

### 3.2.1.7 *Oblékání*

V počátcích choroby oblékání většinou nepředstavuje velký problém, vlivem postupující nemoci k nim dochází až později. Základem je vyhradit si na oblékání dostatek času a proces zjednodušit, třeba i tím, že přeorganizujeme úložné prostory podle potřeb nemocného. Důležité je dbát na to, aby byl přiměřeně oblečen (chlad, mokro, horko). Manipulace s drobnými knoflíčky, kravatou, punčochami nebo šperky je pro nemocného obtížná a pravděpodobně bude vyžadovat pomoc druhé osoby. Opět je vhodné používat jednoduché, navazující pokyny, hlas musí být milý a přátelský, rozkazům se vyhýbat. Vhodné je nechávat ve skříni oblečení jen pro aktuální sezónu, protože pro nemocné s Alzheimerovou demencí je typické tzv. „kramaření“ nebo uklízení oblečení na neobvyklá místa. Oděv by měl být volný, vzdušný, nikde neškrtit, obuv pohodlná a snadno obouvatelná. Nevhodná je obuv s otevřenou patou, zvyšuje riziko pádu (Glennner a kol., 2012, s. 105-108).

### 3.2.1.8 *Potřeba pohybu a aktivity*

Pravidelný pohyb zlepšuje zdravotní stav, zvyšuje výkonnost orgánů, navozuje příjemné pocity, odstraňuje stres a tím prodlužuje délku života všech bytostí. Činnosti, vykonávané během každodenního života se nazývají aktivity. Pokud je tato aktivita prospěšná lidskému zdraví považuje se za terapeutickou. Nemocní s Alzheimerovou demencí nejsou většinou schopni si sami fyzickou či psychickou aktivitu zachovat, toto je úkolem pečující osoby. Pokud pacient nemá dostatek podnětů, může se u něj projevit zbytečná nesoběstačnost, jeho zdraví a schopnost fungovat v běžném životě se pak může zhoršovat mnohem rychleji. Důležitá je stimulace podněty různého druhu, musí se střídat a být rozmanité. Mezi aktivity, které lze provádět každý den patří například:

- péče o vlastní osobu s maximálním zapojením nemocného
- pro rozvíjení hrubé motoriky: procházky, hrabání listí, společné cvičení při videu či hudbě
- pro rozvíjení jemné motoriky: uchopování a přemísťování předmětů, skládání prádla, sestavování puzzle
- k sociálním a emocionálním aktivitám patří: návštěva u známých, pet terapie
- nejdůležitější a ne vždy snadnou aktivitou u nemocných s Alzheimerovou chorobou je odpočinek (Glennner a kol., 2012, s. 110-111).

### 3.2.1.9 *Potřeba odpočinku a spánku*

**Spánek** je fyziologickou změnou vědomí na různých úrovních, kdy je odpověď organismu na vnější podněty snížena. Fáze spánku ovlivňují i hodnoty fyziologických funkcí. Opakem spánku je bdělost. **Odpočinek** znamená uvolnění napětí či úzkosti, relaxaci od emočního stresu, nikoli pouze tělesnou inaktivitu. Pro seniorský věk je charakteristická tzv. spánková inverze – obrácený rytmus spánku (během dne pacient spává, v noci je bdělý) (Trachtová, Fojtová a Mastiliaková, 2004, s. 70, 75).

**Bloudění** je jedním z nejčastějších symptomů demence, jenž značně zatěžuje samotného nemocného a jeho okolí. Postižený se může nejen ztratit, ale i zranit. Časté je bezcílné noční bloudění, které se vyskytuje zvláště u středně těžké a těžké formy onemocnění. Vyvolávajícím faktorem může být jakákoli změna v běžném stereotypu, např. přemístění pacienta do neznámého prostředí, bloudění mohou také způsobit poruchy paměti, kdy si nemocný není schopen zapamatovat, kde a proč se právě nachází. Proto se snaží najít řešení a bloudí. Další příčinou bloudění může být pocit osamocení, separace a tělesný dyskomfort (bolest, pocit žízně, hladu, atd.). Také nevhodně podaná psychofarmaka mohou negativně podpořit noční bloudění (Pidrman, 2007, s. 81).

Pokud je nemocný hospitalizován, je vhodné, aby se personál seznámil se všemi jeho schopnostmi a zvyky. Pobyt v nemocnici a zejména období usínání mu zpříjemní známé předměty z domova, jako jsou například obrázky, oblíbená hudba, kniha nebo přikrývka (Callone a kol., 2008, s. 80).

### 3.2.1.10 *Potřeba dýchání*

Potřeba dýchání je základem lidské existence, bez níž by nebyl život. Každý organismus dýchá automaticky, neuvědoměle, jedná se o pravidelné zásobování těla kyslíkem. Psychickou odezvou neuspokojené potřeby dýchání jsou úzkost či dokonce strach ze smrti. K částečnému neuspokojení dochází při nějakém emočním vypětí (strachu, hněvu), toto je vnímáno spíše jako pocit nedostatku vzduchu (Trachtová, Fojtová a Mastiliaková, 2004, s. 111).

Součástí rozvinutého stádia nemoci, kdy se po několika letech příznaky násobí, prohlubují, se vedle již zmiňovaných potíží s komunikací, sníženými motorickými schopnostmi, oběhovými poruchami, potížemi se zažíváním, úbytkem na váze a střídáním zvýšeného motorického neklidu s obdobím spavosti, objevují také potíže s vylučováním sekretu z plic. Plíce i hrdlo se jím mohou ucpávat (Regnault, 2011, s. 37-38).

Vhodnou terapií, případně doplněnou medikamenty, je dechová gymnastika, která podporuje rozpouštění a odchod sekretu z dýchacích cest, usnadňuje vykašlávání a zároveň posiluje dýchací svalstvo. Základem je nácvik správného zdravého dýchání, které je důležité pro navození stavu duševní rovnováhy i zachování zdraví (Trachtová, Fojtová a Mastiliaková, 2004, s. 119-123).

### 3.2.2 Psychosociální potřeby

**Psychické potřeby** vycházejí z individuálního vnímání okolního světa, z toho jakým způsobem je jedinec schopen zpracovávat motivace (směr, sílu a trvání) našeho určitého chování a jednání. Patří sem potřeby uspokojování rozvoje osobnosti, potřeba jistoty a bezpečí, lásky, potřeba vyjadřovat se a také být vyslechnut, potřeba zbavit se strachu, potřeba orientačních bodů v průběhu dne, atd. (Šamánková a kol., 2006, s. 57).

**Sociální potřeby** se týkají potřeby pečovat o své zdraví a zdraví svých blízkých, potřeba společného soužití, náležet k určité lidské skupině, ale také potřeba být ekonomicky zabezpečený. Tyto potřeby se opírají o vlastní prožitky a aktivitu (Šamánková a kol., 2006, s. 57).

#### 3.2.2.1 *Potřeba jistoty a bezpečí*

Tato základní lidská potřeba velmi úzce souvisí s přežitím jedince, jedná se o tzv. pud sebezáchovy, snaze vyhnout se hrozcímu nebezpečí. Reakce na neuspokojení potřeby jistoty a bezpečí je různá, od projevů agrese, úniku, pláče až po apatii nebo izolaci (Trachtová, Fojtová a Mastiliaková, 2004, s. 10).

Mnoho seniorů za svůj život zažilo ne jeden **traumatický zážitek**, který byl potlačen tzv. psychickou „hrází“ chránící je před obrovským smutkem a zoufalstvím. Vlivem postupující demence tato obranná reakce zaniká a oni opět prožívají traumatizující události v přítomném čase. Jakákoli situace jim může oživit vzpomínky: zablokované dveře – věznění v uzavřené místnosti, silné uchopení za zápěstí – zneužívání. Mohou znovu oplakávat ztrátu někoho blízkého, rozvod nebo smrt dítěte. Pro každého z nich je velmi důležité cítit, že mohou důvěřovat lidem ve svém okolí, pokud tomu tak není, pocíťují úzkost (Buijssen, 2006, s. 52).

Dalším problémem, který se objevuje v souvislosti s diagnózou Alzheimerovy demence, je tzv. **závislé chování**. Dobře ji vystihuje věta: „chodí za mnou jako stín“, jedná se o hluboce zakořeněný pocit nejistoty a nedostatku bezpečí. Nemocný si intuitivně uvědomuje,

že ten kdo se o něj stará si umí poradit v každé situaci a pokud z nějakého důvodu není v jeho blízkosti, cítí velké znepokojení (Buijssen, 2006, s. 88).

Pacienti s demencí často a opakovaně vycházejí z domu, jejich nekonečné **toulání** je pro jejich blízké i okolí opravdu velký problém. Překypují energií a jejich nutková potřeba chodit jim částečně pomáhá vyrovnávat se s úzkostí i ostatními emocemi. Funguje to podobně jako u zdravých „normálních“ lidí v období stresu. Dalšími provokujícími faktory mohou být: bolest, zácpa, léky, káva, cigarety, hezký výhled, společenské kontakty, aj. (Buijssen, 2006, s. 90-91).

**Opakované pády** v domácím prostředí jsou jedním z nejčastějších důvodů umístění seniora do nemocničního zařízení nebo zařízení dlouhodobé péče. Pacienti s demencí jsou jimi ohroženi více než ostatní, protože mají problémy s pohybem. Příčinou těchto potíží může být nejen závrať, ztráta rovnováhy, ale i léky, které nemocný pravidelně užívá, a mohou způsobit zmatenost. Proto je nezbytné jim zajistit bezpečné prostředí (např. připevnit koberec nebo je nepoužívat, zajistit elektrické kabely, dostatečné osvětlení, zábradlí, používat vhodnou obuv, atd.) (Glennier a kol., 2012, s. 78-79).

### **3.2.2.2 *Potřeba být bez bolesti***

Stejně jako somatickou bolest provázející stáří a ubývání fyzických sil, nelze opomenout psychickou bolest, spojenou se ztrátou rozumu a schopností jedince. Jestliže postupující nemoc tento proces urychlí, pacient se s touto změnou vyrovnává opravdu těžko. V počátcích choroby jsou okamžiky, kdy je nemocný dezorientovaný vzácné, později jsou stále častější. Mohou se u něj objevit i výčitky svědomí. Je nutné mu vysvětlit, že on za tuto situaci nemůže a že je vždy dostupná pomoc, pokud se situace zhorší. Naopak fyzickou bolest lze zmírnit vhodně podanými analgetiky. Sledováním verbálních i neverbálních projevů nemocného lze zjistit, zda ho něco bolí. V pozdějších stádiích již není schopen dát své pocity najevo (Regnault, 2011, s. 115).



### **3.2.2.3 *Potřeba komunikovat***

Mezi pravděpodobně nejtěžší situace, kdy má pacient potřebu komunikovat patří okamžik sdělení diagnózy. Neexistuje žádný doporučený postup, vždycky musí být oznámena citlivě. V případě, že nemocný vysloví přání - nebýt informován o své diagnóze, je nutné jej respektovat. Pokud není schopen tuto informaci přijmout a smířit se s ní, je důležité nenaléhat, naopak dát mu čas, aby se mohl s nastalou situací vyrovnat a posléze také hovořit. V tuto chvíli je největší oporou rozhovor s blízkou osobou, která jej vyslechne a podpoří, aby nezůstával o samotě. Nemocnému i jeho nejbližším může být nabídnuta pomoc psychologa (Regnault, 2011, s. 23-25, 27).

Člověk trpící demencí nerozumí slovům, která slyší. Proto prožívá stále nové a nové situace, kdy se snaží pochopit, co se vlastně kolem něj děje. Potřebuje někoho, kdo mu pomůže zaplnit prázdná místa. To je také jeden z důvodů, proč pacienti s demencí pocítují „úzkost z odloučení“, když jsou ponecháni o samotě (Glennner a kol., 2012, s. 42).

Efektivní obousměrná komunikace je proces, kdy jsou komunikační metody maximálně přizpůsobeny psychickému rozpoložení nemocného, míře jeho pozornosti a možnostem. Z velké části (asi devadesát procent) probíhá neverbálně (Glennner a kol., 2012, s. 43).

### **3.2.2.4 *Potřeba uznání, ocenění a seberealizace***

U nemocného s Alzheimerovou demencí je nezbytné podporovat pozitivní sebehodnocení a to tak, že je bezpodmínečně přijímán i považován za rovného partnera. Stejným způsobem se s ním také jedná. Probíhá-li rozvor v přítomnosti nemocného, je vždy jeho součástí. Není vhodné s ním jednat a hovořit jako s malým dítětem. Spíše mu dopřát možnost být samostatný v rámci bezpečných mezí, a pokud to jde dát mu možnost volby (Glennner a kol., 2012, s. 44-45 ).

Metoda Montessoriho je přizpůsobena tak, aby pomohla dospělým s demencí účastnit se v různých aktivitách, které využívají jemnou motoriku, buduje sebeúctu a to vše za pomoci stimulace mozku. Příklady technik metody Montessori zahrnují používání různých tvarů, karet, hranolů a předmětů, které zlepšují jemnou motoriku. Účinné může být například použití kleštiček, protože tyto vyžadují manuální zručnost a rovněž je příkladem, který dává rámec pro orientaci pacienta v jeho prostředí. Z počátku činnost pacienta může zahrnovat zvedání předmětů kleštičkami, se stoupající náročností rozlišování předmětů podobné barvy nebo tvaru a jejich umístění na předem dané místo.

Pacienti, kteří provozují tyto aktivity, při kterých využívají kleštičky, také rozvíjejí svoji jemnou motoriku, zlepšuje se tím pinzetový úchop, který je potřebný pro mnoho aktivit běžného života, jako například zapínání zipů na oblečení a pro úchop drobných předmětů (viz Příloha P XIII.) (Volland a Fisher, 2014, s. 46).

### 3.2.3 Duchovní - spirituální potřeby

„Potřeby spirituální (duchovní) se projevují v oblasti duchovního života, religiozity. Jedná se o potřeby víry a vyznání, potřeby příslušenství do náboženských společenství nebo do společenství sekt“ (Šamánková a kol., 2006, s. 57).

Každý člověk má svůj individuální i osobní vztah k duchovnu. Zájem o vlastní nitro a sebereflexe pokračuje i během postupující nemoci, proto vnitřní já nepřestává být aktivní. K duchovnu mohou nemocnému pomoci nejen jeho nejbližší (rodinní příslušníci, přátelé a pečovatelé), ale i příjemné aktivity jako jsou procházky přírodou, poslech hudby, malování, kreslení nebo péče o zahrádku. S duchovními otázkami se obrací na kněze, zejména v situacích, kdy pociťuje silné obavy a zármutek. Právě v tuto chvíli je nezbytné nemocnému podat pomocnou ruku, aby se mohl se svým trápením vypořádat. Kněz se pro něj stává nepostradatelnou osobou. Je-li nemocný členem církve či náboženské organizace, je vhodné, aby jeho nejbližší zajistili jeho duchovní potřeby a přání, stejně jako otázky a situace, týkající se konce života (Callone a kol., 2008, s. 111).

„Při ošetřování vznikne mezi pečovateli, rodinnými příslušníky a přáteli mnoho vzájemných vazeb. Tato doba nezvyklého duchovního rozvoje jsou dary, které ještě dlouho přetrvávají. Na závěr indiánské přísloví: Dej, abych nekritizoval svého souseda, pokud jsem neprošel míle v jeho mokasínech“ (Callone a kol., 2008, s. 112).

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 4 METODIKA VÝZKUMU

### 4.1 Cíle výzkumu

**Hlavní cíl:** Zjistit, jaký pohled mají zdravotníci na Alzheimerovu chorobu.

**Dílčí cíle**

**Cíl 1:** Zjistit zdali a jak jsou zdravotničtí pracovníci informováni o Alzheimerově chorobě.

**Cíl 2:** Zjistit, zda zdravotníci znají specifika ošetrovatelské péče u nemocných s Alzheimerovou chorobou.

**Cíl 3:** Zjistit zdali a jak získávají zdravotničtí pracovníci informace o Alzheimerově chorobě a zdali mají zájem o získávání nových informací v oblasti péče o nemocné s Alzheimerovou chorobou.

### 4.2 Metodika výzkumu

Pro kvantitativní šetření jsme zvolili jako výzkumnou metodu dotazník.

#### 4.2.1 Dotazník

Dotazník je standardizovaný soubor otázek, které jsou předem připraveny na formuláři, doplněný nezbytnými informacemi (Kutnohorská, 2009, s. 41).

Tato metoda patří mezi nejrozšířenější a nejpoblárnější, protože umožňuje získat informace od velkého počtu respondentů (Bártlová, Sadílek, Tóthová, 2005, s. 46).

### 4.3 Charakteristika zkoumaného vzorku

Dotazníkové šetření bylo realizováno u zdravotnických pracovníků v Krajské nemocnici Tomáše Bati, a.s. ve Zlíně; v Kroměřížské nemocnici, a.s.; v Centru pro seniory, příspěvkové organizaci v Holešově a v Domově pro seniory v Lukově. V nemocnicích se toto šetření týkalo standardních oddělení, která se s diagnózou Alzheimerovy demence setkávají nejčastěji: interna, neurologie, gerontologické centrum, interní klinika, traumatologie a chirurgie. Při výběru respondentů jsme se zaměřili na zdravotnické pracovníky všech věkových kategorií (zdravotní sestry, asistenty, ošetrovatele/ky, sanitáře/ky, aj.) s praxí delší než 1 rok, aby již získali nějaké zkušenosti. 6 respondentů tuto podmínku nesplňovalo, ale jejich odpovědi byly vypracované se znalostmi dané problematiky, tak jsme je ve zkoumaném vzorku ponechali.

#### 4.4 Organizace šetření

Organizačnímu šetření předcházelo sestavení dotazníku. Dotazník má 7 stran a obsahuje 29 položek. Dotazník uvádíme v příloze (viz Příloha P XIV.). Úvod v dotazníku obsahuje oslovení respondentů, představení se, žádost o vyplnění anonymního dotazníku, k jakému účelu bude tento dotazník sloužit, téma dotazníkového šetření a postup při jeho vyplňování. Na závěr jsou doplněny žádosti o umožnění dotazníkového šetření z jednotlivých zdravotnických a sociálních zařízení (viz Příloha P XV.). Provedli jsme pilotní studii, která spočívala v rozdáni 10 dotazníků respondentům, na různých pracovních pozicích. Pilotní studie probíhala od 13. 10. 2014 do 7. 11. 2014. Po drobných úpravách jsme rozdali 100 dotazníků zdravotnickým pracovníkům ve zdravotnických a sociálních zařízeních. Maximální počet dotazníků na jeden typ oddělení byl 10 kusů. Průzkum probíhal od 24. 2. 2015 do 21. 4. 2015. Ze 100 rozdaných dotazníků jsme pro výzkumné účely použili 86 kusů (86 %) řádně vyplněných dotazníků. Z celkového množství 97 ks vrácených dotazníků jsme bohužel museli 11 dotazníků vyřadit, protože 4 z nich byli nevyplněné a dalších 7 jen částečně.

#### 4.5 Zpracování získaných dat

Získaná data jsme zpracovávali v programu Microsoft Excel a uspořádali je do tabulek četností. V každé tabulce je uvedena absolutní četnost (udává počet respondentů, kteří odpovídali na danou otázku stejnou odpovědí) a relativní četnost (udává procentuální zastoupení těchto respondentů), pokud není uvedeno jinak. Získaná data byla matematicky zaokrouhlena na dvě desetinná čísla.

U otázky č. 2, 13, 16, 17, 20, 24 u zdrojů, 27 a 29 byla použita kategorizace. Každá tabulka je doplněna grafem.

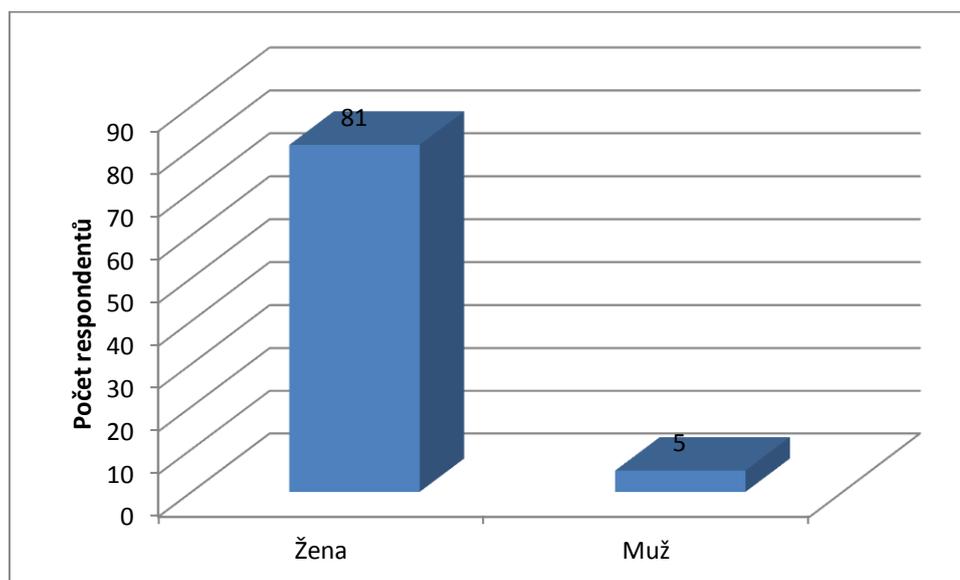
#### 4.5.1 Zpracování dotazníků

##### Otázka č. 1 Jaké je Vaše pohlaví?

Tabulka č. 1 Pohlaví respondentů

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost
Žena	81	94,19 %
Muž	5	5,81 %
Celkem	86	100,00 %

Graf č. 1 Pohlaví respondentů



##### Komentář:

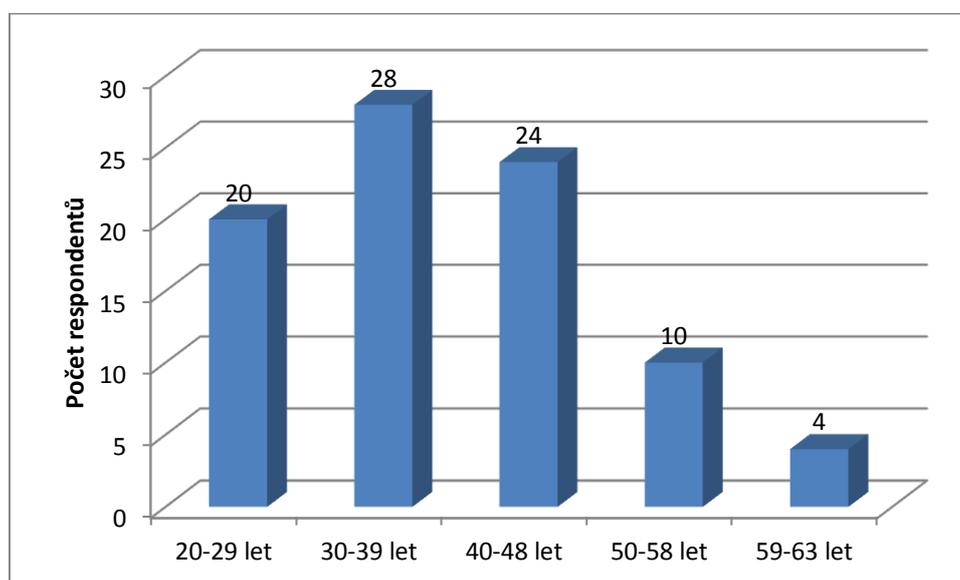
Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 86 respondentů, z toho 81 žen (94,19 %) a 5 mužů (5,81 %).

## Otázka č. 2 Napište svůj věk ...

Tabulka č. 2 Věk respondentů

Věk respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost
20-29 let	20	23,26 %
30-39 let	28	32,56 %
40-48 let	24	27,90 %
50-58 let	10	11,63 %
59-63 let	4	4,65 %
<b>Celkem</b>	<b>86</b>	<b>100,00 %</b>

Graf č. 2 Věk respondentů

**Komentář:**

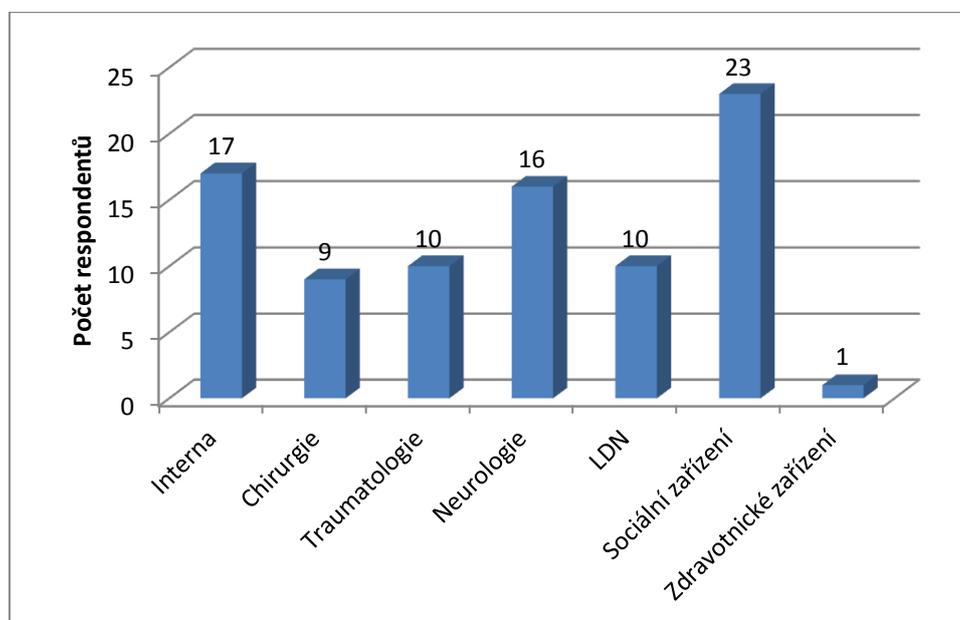
Z grafu je patrné věkové složení respondentů, které je rozděleno do 5 skupin. Nejpočetnější věkovou skupinou jsou respondenti ve věku od 30 let do 39 let, což je 28 respondentů (32,56 %). Druhou nejpočetnější věkovou skupinou jsou respondenti ve věku od 40 let do 48 let, což je 24 respondentů (27,90 %). Méně početnou věkovou skupinu pak tvoří respondenti ve věku od 20 let do 29 let, což je 20 respondentů (23,26 %), společně s věkovou skupinou respondentů ve věku od 50 let do 58 let, což je 10 respondentů (11,63 %). Nejmenší věkovou skupinu tvoří respondenti ve věku od 59 let do 63 let, což jsou 4 respondenti (4,65 %).

## Otázka č. 3 Na kterém oddělení (typu zařízení) pracujete?

Tabulka č. 3 Vaše oddělení (typ zařízení)

Typ oddělení, zařízení	Absolutní četnost	Relativní četnost
<b>Interna</b>	17	19,77 %
<b>Chirurgie</b>	9	10,47 %
<b>Traumatologie</b>	10	11,63 %
<b>Neurologie</b>	16	18,60 %
<b>LDN</b>	10	11,63 %
<b>Sociální zařízení</b>	23	26,74 %
<b>Zdravotnické zařízení</b>	1	1,16 %
<b>Celkem</b>	86	100,00 %

Graf č. 3 Vaše oddělení (typ zařízení)

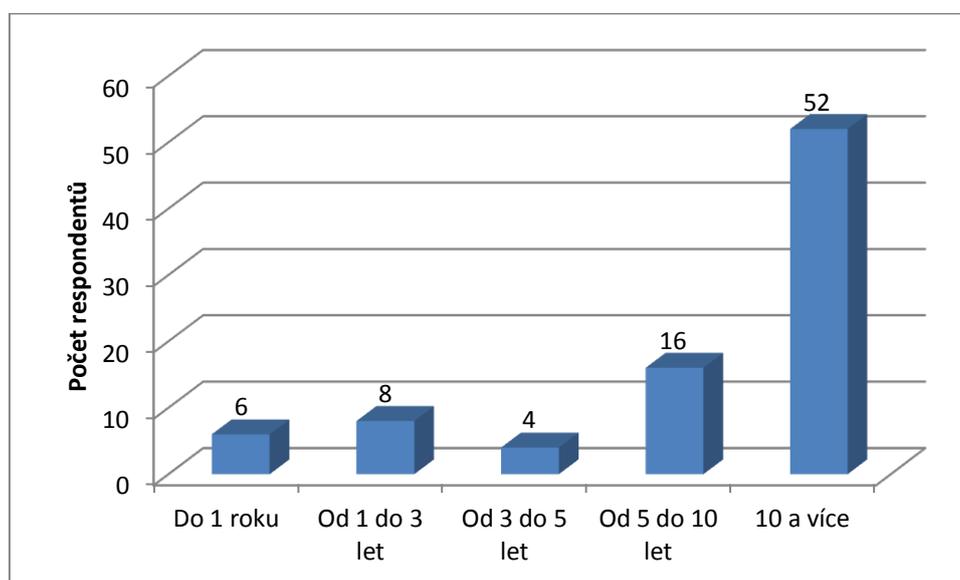
**Komentář:**

Největší skupinu tvoří respondenti pracující v sociálním zařízení, což je 23 respondentů (26,74 %). Druhou nejčastěji zastoupenou skupinu tvoří respondenti pracující na interním oddělení, což je 17 respondentů (19,77 %) s nepatrným vyšším procentuálním zastoupením než má třetí skupina respondentů pracujících na neurologii, což je 16 respondentů (18,60 %). O čtvrtou pomyslnou příčku se dělí respondenti pracující na traumatologii a LDN, což je 10 respondentů (11,63 %). V závěsu za nimi jsou respondenti pracující na chirurgii, což je 9 respondentů (10,47 %). Jeden respondent (1,16 %) uvedl do kolonky „jiné“ zdravotnické zařízení.



**Otázka č. 4** Délka Vaší praxe po ukončení studia (doplňte).....Tabulka č. 4 *Délka praxe respondentů*

Délka praxe	Absolutní četnost	Relativní četnost
<b>Do 1 roku</b>	6	6,98 %
<b>Od 1 do 3 let</b>	8	9,30 %
<b>Od 3 do 5 let</b>	4	4,65 %
<b>Od 5 do 10 let</b>	16	18,60 %
<b>10 a více</b>	52	60,47 %
<b>Celkem</b>	86	100,00 %

Graf č. 4 *Délka praxe respondentů***Komentář:**

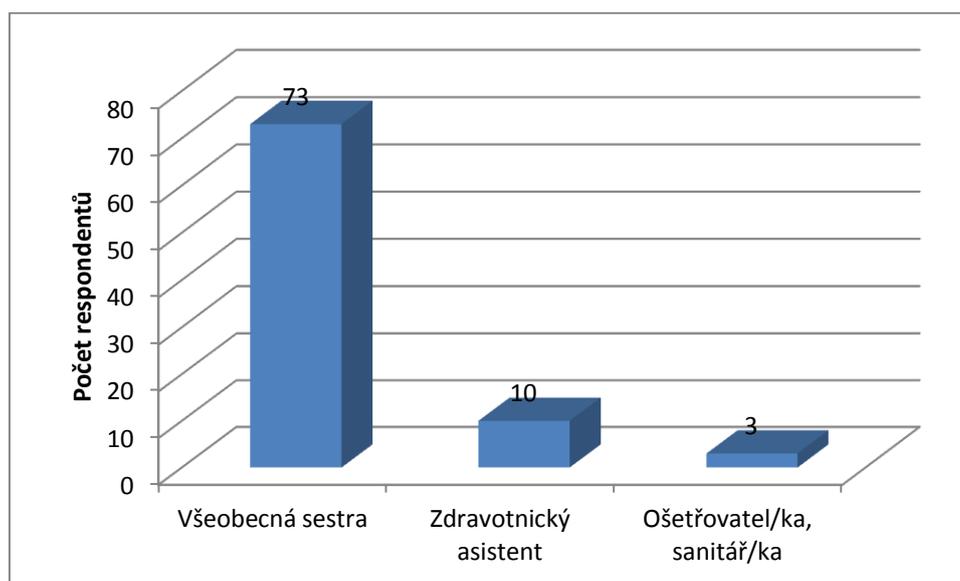
Z celkového počtu 86 respondentů uvedlo 52 respondentů (60,47 %) více než 10 letou délku praxe a dalších 16 respondentů (18,60 %) délku praxe od 5 do 10 let. Do kategorie s délkou praxe od 1 roku do 3 let se zařadilo 8 respondentů (9,30 %), s délkou praxe do 1 roku 6 respondentů (6,98 %), nejméně je zastoupena kategorie s délkou praxe od 3 do 5 let 4 respondenti (4,65 %).

## Otázka č. 5 Jaké je Vaše pracovní zařazení?

Tabulka č. 5 Pracovní zařazení respondentů

Pracovní zařazení	Absolutní četnost	Relativní četnost
Všeobecná sestra	73	84,88 %
Zdravotnický asistent	10	11,63 %
Ošetřovatel/ka, sanitář/ka	3	3,49 %
<b>Celkem</b>	<b>86</b>	<b>100,00 %</b>

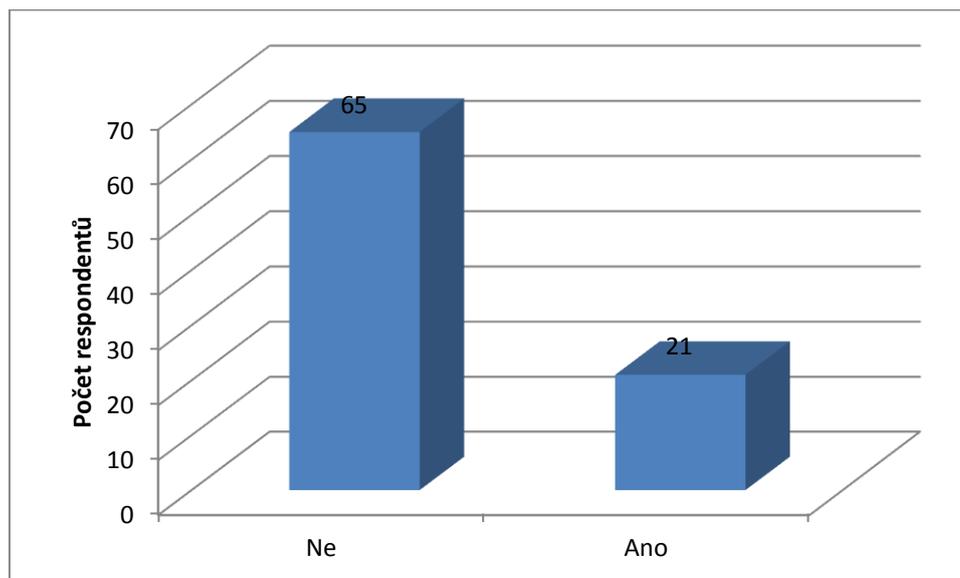
Graf č. 5 Pracovní zařazení respondentů

**Komentář:**

Z grafu vyplývá, že 73 respondentů (84,88 %) je všeobecných sester, z nichž ve 2 případech respondenti uvádí pracovní pozici staniční sestry a 1 vedoucí odborné péče. Výrazně menší skupiny tvoří zdravotničtí asistenti 10 respondentů (11,63 %) a ošetřovatelé nebo sanitáři 3 respondenti (3,49 %). Možnost uvést jiný typ pracovního zařazení žádný z oslovených respondentů nevyužil.

**Otázka č. 6 Máte specializaci?**Tabulka č. 6 *Specializace respondentů*

Specializace respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ne	65	75,58 %
Ano	21	24,42 %
<b>Celkem</b>	<b>86</b>	<b>100,00 %</b>

Graf č. 6 *Specializace respondentů***Komentář:**

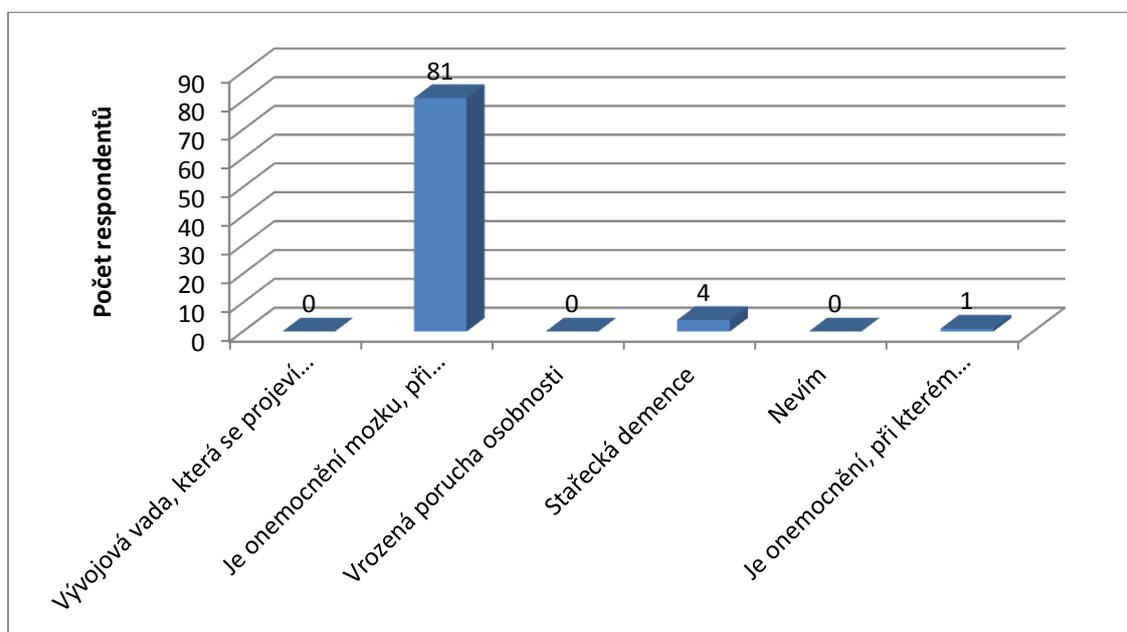
65 respondentů (75,58 %) nemá žádnou specializaci. Ostatních 21 respondentů (24,42 %) doplňuje zaměření své specializace: ve 3 případech se jedná o specializaci na geriatrii, ARIP, ve 2 případech na interní obory a zbývající specializace CMP, chirurgická, gerontologie, gastroenterologie, PSS, péče o dospělého, DiS, ošetrovatelská péče v neurologii, geriatrie NCONZO+Bc. Andragogika, EEG, které jsou vypsané jednotlivě. 3 respondenti z dotazovaných svou specializaci bohužel nevedli.

## Otázka č. 7 Alzheimerova choroba je podle Vás

Tabulka č. 7 Vysvětlení pojmu Alzheimerova choroba

Vysvětlení pojmu Alzheimerova choroba	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vývojová vada, která se projeví v dospělosti	0	0,00 %
Je onemocnění mozku, při kterém dochází k postupné demenci	81	94,19 %
Vrozená porucha osobnosti	0	0,00 %
Stařecká demence	4	4,65 %
Nevím	0	0,00 %
Je onemocnění, při kterém dochází...+ Stařecká demence	1	1,16 %
<b>Celkem</b>	<b>86</b>	<b>100,00 %</b>

Graf č. 7 Vysvětlení pojmu Alzheimerova choroba

**Komentář:**

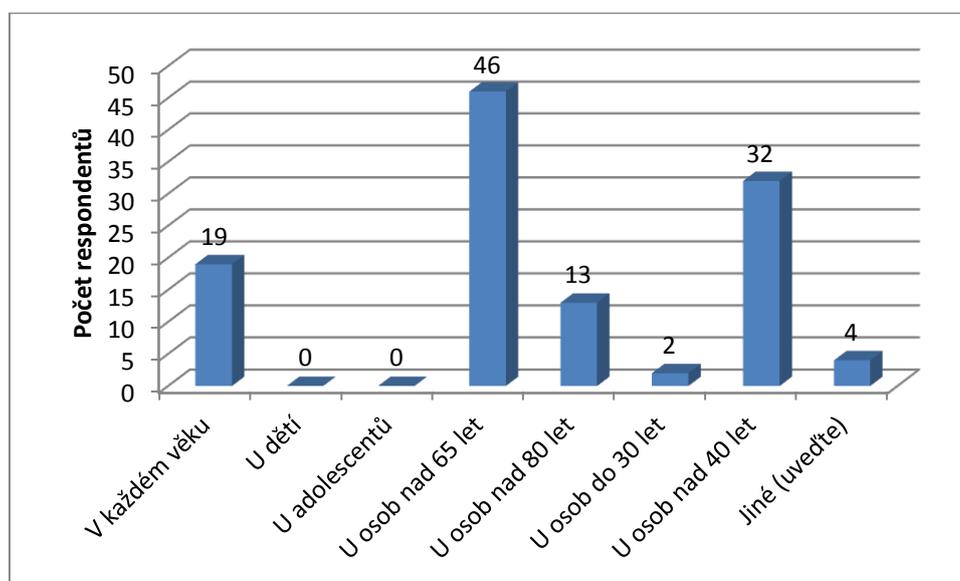
Z výsledků vyplynulo, že převážná část respondentů 81 (94,19 %) řadí vysvětlení pojmu Alzheimerova choroba k možnosti uvedené jako onemocnění mozku, při kterém dochází k postupné demenci. Mezi nepatrné množství ostatních odpovědí patří odpovědi 4 respondentů (4,65 %), ti označili stařeckou demenci a jen 1 respondent (1,16 %) zahrnul kombinaci obou výše uvedených variant. Zbývající odpovědi svým výběrem respondenti vyloučili.

**Otázka č. 8 Alzheimerova choroba se může vyskytnout**  
(můžete označit i více možností)

Tabulka č. 8 Výskyt Alzheimerovy choroby

Výskyt Alzheimer. choroby	Absolutní četnost	Relativní četnost
V každém věku	19	16,38 %
U dětí	0	0,00 %
U adolescentů	0	0,00 %
U osob nad 65 let	46	39,66 %
U osob nad 80 let	13	11,21 %
U osob do 30 let	2	1,72 %
U osob nad 40 let	32	27,59 %
Jiné (uveďte)	4	3,44 %
<b>Celkem</b>	<b>116</b>	<b>100,00 %</b>

Graf č. 8 Výskyt Alzheimerovy choroby



**Komentář:**

V této otázce měli dotazovaní možnost zakroužkovat i více odpovědí. Absolutní četnost je tedy počet stejných odpovědí na zadanou otázku, relativní četnost udává jejich procentuální zastoupení. 46 respondentů (39,66 %) označilo za správnou odpověď, že Alzheimerova choroba se může vyskytnout u osob nad 65 let. 32 respondentů (27,59 %) uvedlo výskyt této nemoci u osob nad 40 let. 19 respondentů (16,38 %) se domnívá, že lze onemocnět v každém věku. 13 respondentů (11,21 %) přisuzuje výskyt prvních příznaků nemoci k období nad 80 let věku. 2 respondenti (1,72 %) zvolili odpověď u osob do 30 let. Odpověď týkající se dětí i adolescentů nebyla označena žádným účastníkem dotazníku.

K poslední odpovědi měli dotazovaní možnost uvést i jinou variantu, využili ji 4 respondenti (3,44 %), níže uvádíme všechny odpovědi:

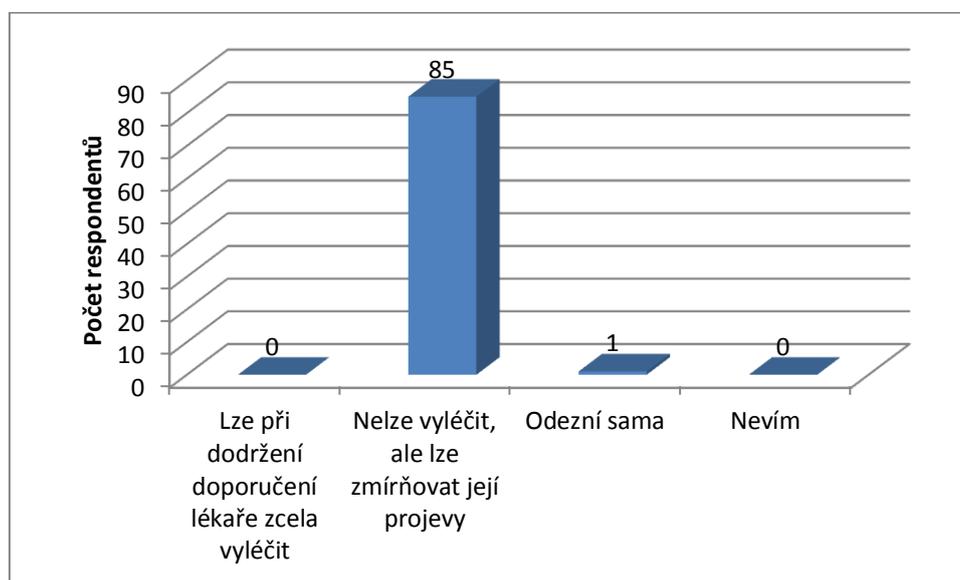
- *Při dědičném výskytu může ojediněle postihnout i osoby mladší.*
- *Od 60 a více.*
- *Může postihnout i mladší jedince, ale nebývá to často (genetické).*
- *55 až 60 let a výše.*

### Otázka č. 9 Alzheimerova choroba

Tabulka č. 9 Léčba Alzheimerovy choroby

Léčba Alzheimerovy choroby	Absolutní četnost	Relativní četnost
Lze při dodržení doporučení lékaře zcela vyléčit	0	0,00 %
Nelze vyléčit, ale lze zmírňovat její projevy	85	98,84 %
Odezní sama	1	1,16 %
Nevím	0	0,00 %
<b>Celkem</b>	<b>86</b>	<b>100,00 %</b>

Graf č. 9 Léčba Alzheimerovy demence



### Komentář:

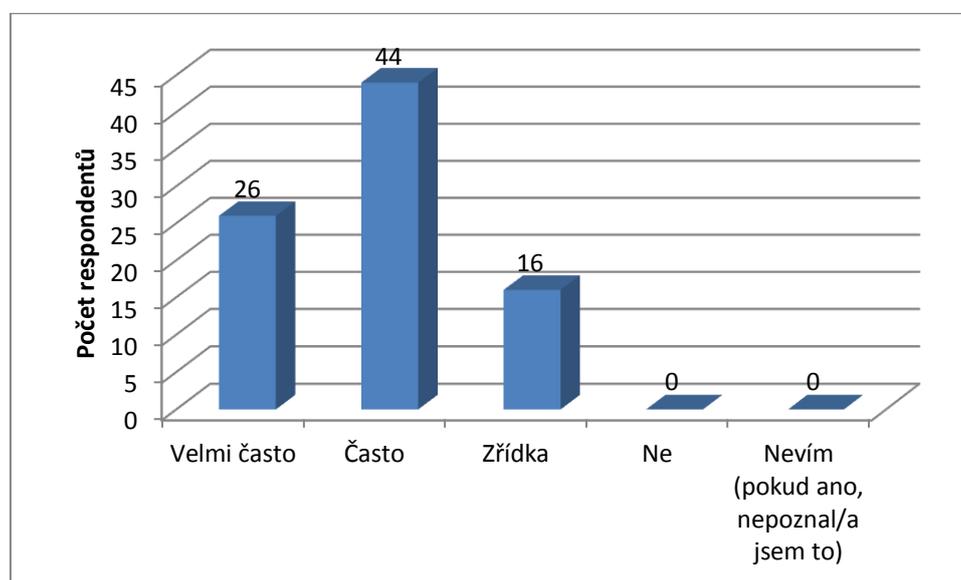
Absolutní převaha 85 respondentů (98,84 %) volila odpověď, týkající se léčby Alzheimerovy choroby, kde uvádí, že tuto nemoc nelze vyléčit, ale lze zmírňovat její projevy. Pouze 1 respondent (1,16 %) označil možnost, že odezní sama. Zbývající dvě varianty odpovědi nebyly vzhledem k charakteru kladené otázky a uvedených odpovědí respondentů využity.

### Otázka č. 10 Přicházíte do styku s nemocnými s Alzheimerovou chorobou (dále jen ACH)?

Tabulka č. 10 Četnost kontaktu s nemocnými s ACH

Četnost kontaktu s nemocnými s ACH	Absolutní četnost	Relativní četnost
Velmi často	26	30,23 %
Často	44	51,17 %
Zřídka	16	18,60 %
Ne	0	0,00 %
Nevím (pokud ano, nepoznal/a jsem to)	0	0,00 %
<b>Celkem</b>	<b>86</b>	<b>100,00 %</b>

Graf č. 10 Četnost kontaktu s nemocnými s ACH



#### Komentář:

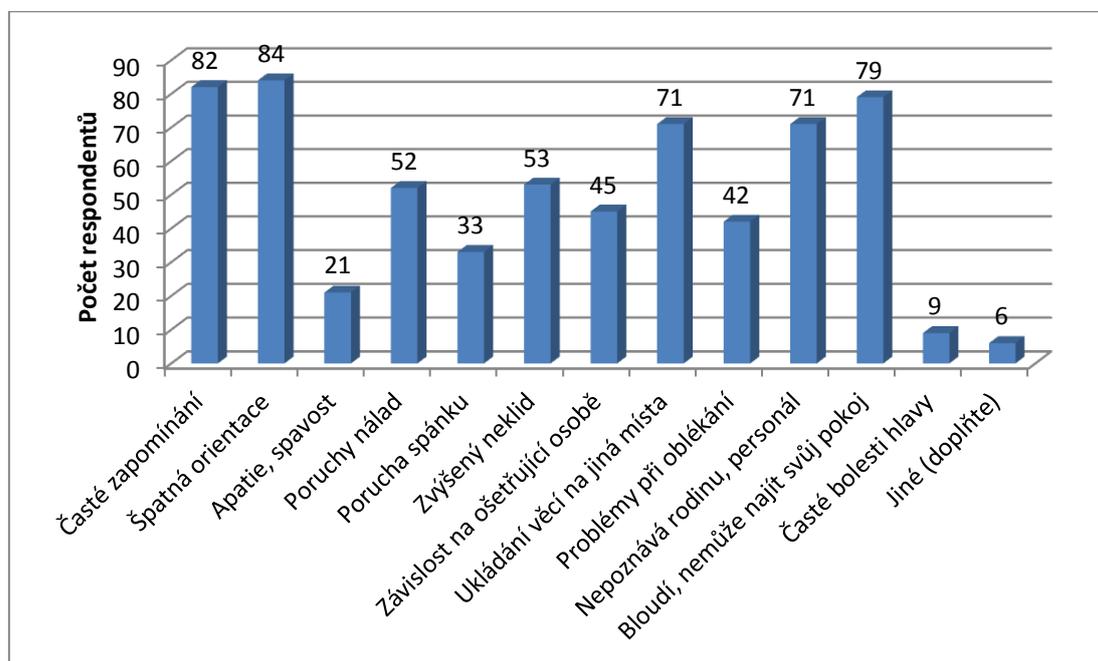
Nejvíce respondentů se zařadilo do skupiny těch, kteří přicházejí do styku s nemocnými s Alzheimerovou chorobou často, jedná se o 44 respondentů (51,17 %). Do druhé méně početné skupiny patří 26 respondentů (30,23 %), jež se s nimi setkávají velmi často. 16 respondentů (18,60 %) je s diagnózou Alzheimerovy demence v kontaktu jen zřídka. Poslední dvě možnosti odpovědi pro respondenty zůstaly nevyužity.

## Otázka č. 11 Co je pro ně charakteristické (můžete označit i více možností)

Tabulka č. 11 Charakteristika nemocných s ACH

Charakteristika nemocných s ACH	Absolutní četnost	Relativní četnost
Časté zapomínání	82	12,65 %
Špatná orientace	84	12,96 %
Apatie, spavost	21	3,24 %
Poruchy nálad	52	8,02 %
Porucha spánku	33	5,09 %
Zvýšený neklid	53	8,18 %
Závislost na ošetřující osobě	45	6,94 %
Ukládání věcí na jiná místa	71	10,96 %
Problémy při oblékání	42	6,48 %
Nepoznává rodinu, personál	71	10,96 %
Bloudí, nemůže najít svůj pokoj	79	12,19 %
Časté bolesti hlavy	9	1,39 %
Jiné (doplňte)	6	0,94 %
<b>Celkem</b>	<b>648</b>	<b>100,00 %</b>

Graf č. 11 Charakteristika nemocných s ACH





**Komentář:**

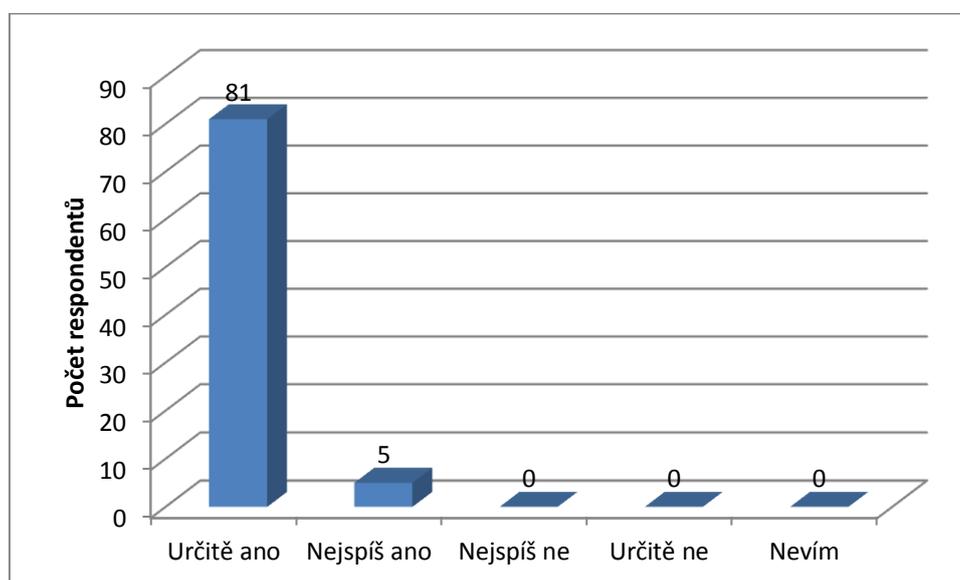
V této otázce mohli dotazovaní zakroužkovat i více možností. Absolutní četnost je tedy počet stejných odpovědí na položenou otázku, relativní četnost udává procentuální zastoupení těchto odpovědí. Z charakteristických rysů Alzheimerovy choroby respondenti volili v 84 odpovědích (12,96 %) špatnou orientaci, v 82 odpovědích (12,65 %) časté zapomínání, v 79 odpovědích (12,19 %) bloudí, nemůže najít svůj pokoj, v 71 odpovědích (10,96 %) ukládání věcí na jiná místa společně s nepoznává rodinu, personál, v 53 odpovědích (8,18 %) zvýšený neklid, v 52 odpovědích (8,02 %) poruchy nálad, ve 45 odpovědích (6,94 %) závislost na jiné osobě, ve 42 odpovědích (6,48 %) problémy při oblékání, ve 33 odpovědích (5,09 %) porucha spánku, ve 21 odpovědích (3,24 %) apatie, spavost, v 9 odpovědích (1,39 %) časté bolesti hlavy a v 6 odpovědích (0,94 %) uvedli v nabízené možnosti „jiné“ například: inkontinence moči i stolice, úbytek hmotnosti, zvýšený pocit hladu, mají rádi stereotyp, nemají rádi nové věci, celkově ochabující kognitivní funkce, poruchy řeči, změny osobnosti a návyků, zhoršený úsudek, rozhodování se a ztráta zájmu.

## Otázka č. 12 Vyžaduje podle Vás péče o nemocné s ACH zvláštní přístup?

Tabulka č. 12 Zvláštní přístup v péči o nemocné s ACH

Zvláštní přístup v péči	Absolutní četnost	Relativní četnost
<b>Určitě ano</b>	81	94,19 %
<b>Nejspíš ano</b>	5	5,81 %
<b>Nejspíš ne</b>	0	0,00 %
<b>Určitě ne</b>	0	0,00 %
<b>Nevím</b>	0	0,00 %
<b>Celkem</b>	86	100,00 %

Graf č. 12 Zvláštní přístup v péči o nemocné s ACH

**Komentář:**

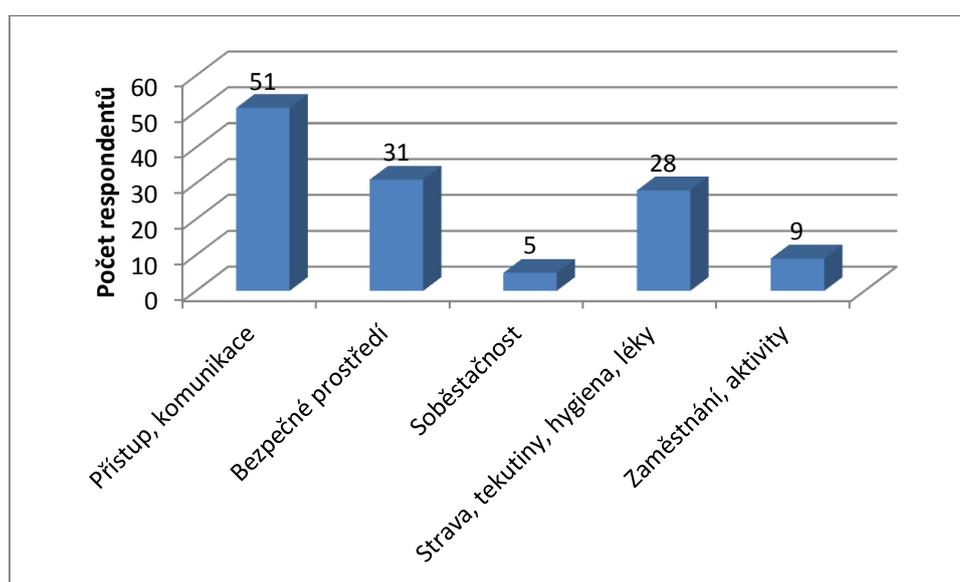
Z výsledků vyplývá, že většina respondentů se domnívá, že péče o nemocné s Alzheimerovou chorobou vyžaduje určitě zvláštní přístup. Tato odpověď se týká 81 respondentů, což je 94,19 %. Zbývajících 5 respondentů (5,81 %) označilo odpověď: nejspíš ano. Všechny záporné odpovědi včetně „nevím“ respondenti zamítli.

## Otázka č. 13 Jaké zásady by měly být dodržovány při péči o nemocné s ACH? (Doplňte)

Tabulka č. 13 Zásady při péči o nemocné s ACH

Zásady při péči o nemocné s ACH	Absolutní četnost	Relativní četnost
Přístup, komunikace	51	41,13 %
Bezpečné prostředí	31	25,00 %
Soběstačnost	5	4,03 %
Strava, tekutiny, hygiena, léky	28	22,58 %
Zaměstnání, aktivity	9	7,26 %
<b>Celkem</b>	<b>124</b>	<b>100,00 %</b>

Graf č. 13 Zásady při péči o nemocné s ACH

**Komentář:**

Vzhledem k rozmanitostem a četnostem odpovědí jsme odpovědi respondentů rozdělili do 5 kategorií: 1. Přístup, komunikace; 2. Bezpečné prostředí, 3. Soběstačnost, 4. Strava, tekutiny, hygiena, léky a 5. Zaměstnání, aktivity. Absolutní četnost udává počet stejných odpovědí, relativní četnost vyjadřuje jejich zastoupení v procentech. V 51 odpovědích (41,13 %) dotazovaní považují za zásady, které by měly být dodržovány při péči o nemocné s Alzheimerovou chorobou, přístup a komunikaci. S přibližně stejným procentuálním zastoupením jsou uvedeny další dvě skupiny odpovědí respondentů: ve 31 odpovědích (25,00 %) se zmínili o vytvoření bezpečného prostředí pro nemocné s touto diagnózou, společně s 28 odpověďmi (22,58 %), ve kterých uvedli zajištění potřeb a medikamentózní léčby. Respondenti v 9 odpovědích (7,26 %) připouští, že je nezbytné nemocného zaměstnat

či zapojit do vhodných aktivit. Dalších 5 odpovědí respondentů (4,03 %) považuje za důležité podporovat soběstačnost nemocného. Níže uvádíme nejzajímavější odpovědi (bez úprav):

- *Nespěchat na něj, udělat si dostatek času, pochopit problém, nezlobit se, že zapomíná.*
- *Proškolený personál, neměnit prostředí, v němž pacient žije, dodržovat stereotyp, pravidelnost.*
- *Trpělivost, vstřícnost, dohled na osobní věci, připomínání: rodinu, čas, datum.*
- *Klidný přístup, stále stejný ošetřující personál, nepřehnaná lítost, hlas klidný, trpělivost personálu.*
- *Empatický přístup, nespěchat, trpělivost, respektovat člověka jako osobnost, hledět na něho jako bio-spirito-psych.-soc. potřeby.*
- *Respektování příznaků a projevů nemoci.*
- *Starat se o ně, jako by byl člen vlastní rodiny.*
- *My klidní, vysvětlovat vše pomalu, zpětná vazba.*
- *Pravidelný režim, věci se nesmí přemísťovat, nevhodné je střídání osob.*
- *Zamykání nebezpečných věcí (čistící prostředky, zápalky, léky), cenné věci uschovat, nenechávat v dosahu nemocného zapojené spotřebiče, odstranit nebezpečné předměty (ostré hrany, vratké židle, atd.).*
- *Bezpečnost na pokoji (zavřený a zamknutý balkon, odstranit ostré předměty), pacient by měl být na pokoji nejlépe s někým (ne sám), zvýšený dohled, zabezpečit oddělení.*
- *Neměli by sami zůstat - pečující osoba, náramek na ruku s telefonním kontaktem, odstranit nebezpečné předměty a cennosti.*
- *Zajistit orientaci v prostředí, bezpečnost.*
- *Dbát na bezpečnost pacienta s ACH i ostatních pacientů.*
- *Zvýšený dohled, použití omezovacích prostředků.*
- *Co nejdéle zajistit soběstačnost s max. pomocí.*
- *Udržet jejich kvalitu života co nejdéle.*
- *Nácvik soběstačnosti, pacienta orientovat.....*

- *Pravidelný dohled na pacienta, dohled nad užíváním léků, hygienu, stravu.*
- *Podávání léků na zmírnění příznaků, dostatečný příjem vit. D.*
- *Zvýšený dohled nad zdrav. stavem klientů, snaha o zlepšení psychického naladění, dodržovat podávání léků dle ordinace lékaře.*
- *Nejdůležitější je pac. hlídat – zmatenost, zapominání, nesnažit se přesvědčit ho, že nejsme „blízká osoba“, dodržování medikace.*
- *Hodně se věnovat klientům – aktivity, nestěhovat klienta z jednoho pokoje na druhý.*
- *Oživovat vzpomínky.*

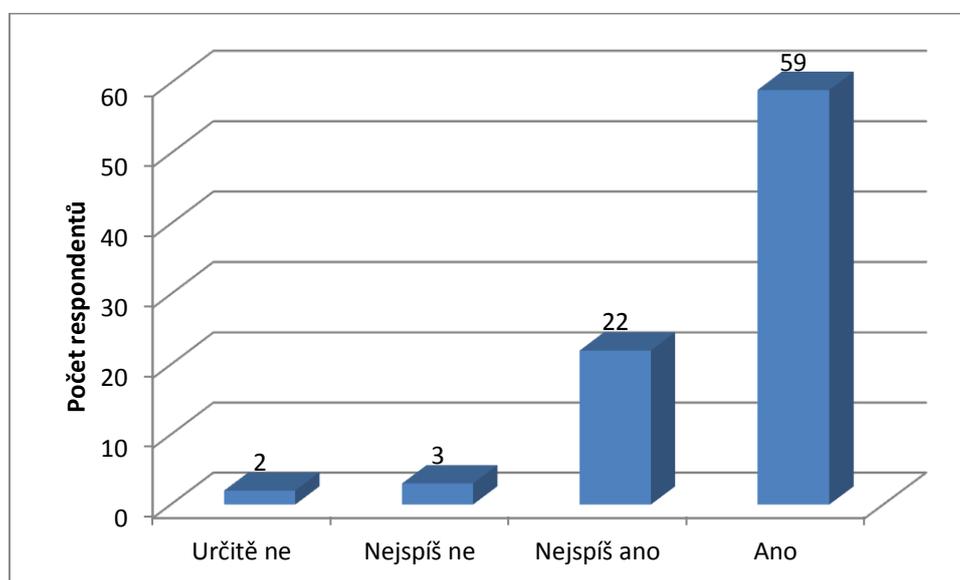
**Otázka č. 14 Vyžadují nemocní s ACH zvláštní bezpečnostní opatření?**

Pokud jste označil/a odpověď *nejspíš ano a ano*, uveďte možná opatření...

Tabulka č. 14 Zvláštní bezpečnostní opatření u nemocných s ACH

Zvláštní bezpečnostní opatření	Absolutní četnost	Relativní četnost
<b>Určitě ne</b>	2	2,33 %
<b>Nejspíš ne</b>	3	3,49 %
<b>Nejspíš ano</b>	22	25,58 %
<b>Ano</b>	59	68,60 %
<b>Celkem</b>	86	100,00 %

Graf č. 14 Zvláštní bezpečnostní opatření u nemocných s ACH

**Komentář:**

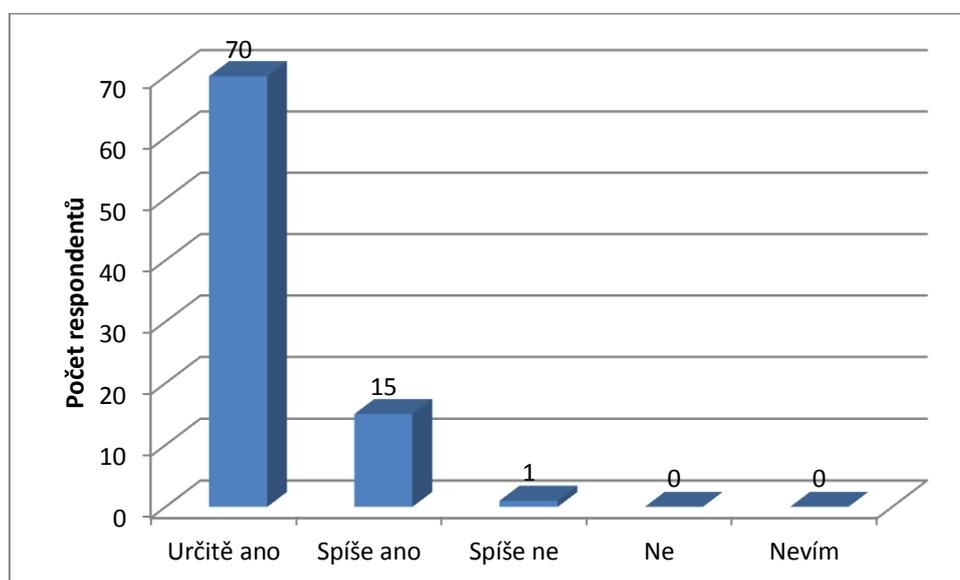
Nejvíce respondentů, celkem 59 respondentů (68,60 %) se zařadilo do skupiny, která na otázku, zda nemocní s Alzheimerovou chorobou vyžadují zvláštní bezpečnostní opatření, odpověděli ano. Druhou nejpočetnější skupinou bylo 22 respondentů (25,58 %), kteří označili odpověď nejspíš ano. 3 respondenti (3,49 %) odpověděli nejspíš ne a 2 respondenti (2,33 %) určitě ne. Své kladné odpovědi respondenti doplnili o možná opatření. Nejčastěji bylo uváděno bezpečné prostředí a zvýšený dohled. Často omezovací prostředky - hlavně postranice, medikace, méně kurty. Nejméně často byl zmíněn kamerový systém, identifikační náramek, ev. umístění do domova se zvláštním režimem.

**Otázka č. 15 Je důležité u nemocných s ACH podporovat soběstačnost?**

Tabulka č. 15 Podpora soběstačnosti u nemocných s ACH

Podpora soběstačnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
<b>Určitě ano</b>	70	81,40 %
<b>Spíše ano</b>	15	17,44 %
<b>Spíše ne</b>	1	1,16 %
<b>Ne</b>	0	0,00 %
<b>Nevím</b>	0	0,00 %
<b>Celkem</b>	86	100,00 %

Graf č. 15 Podpora soběstačnosti u nemocných s ACH

**Komentář:**

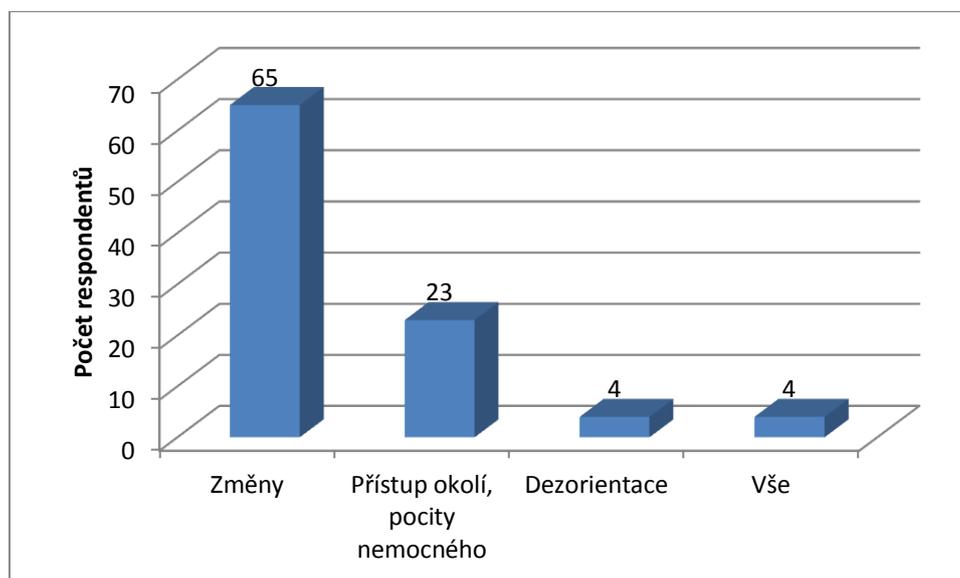
Z celkového počtu 86 respondentů na tuto otázku odpovědělo kladně 70 respondentů (81,40 %) určitě ano, 15 respondentů (17,44 %) spíše ano. Zbýlý 1 respondent (1,16 %) označil zápornou odpověď spíše ne.

## Otázka č. 16 Co může vyvolat neklid nemocného?

Tabulka č. 16 Příčina neklidu nemocného

Příčina neklidu nemocného	Absolutní četnost	Relativní četnost
Změny	65	67,72 %
Přístup okolí, pocity nemocného	23	23,96 %
Dezorientace	4	4,16 %
Vše	4	4,16 %
<b>Celkem</b>	<b>96</b>	<b>100,00 %</b>

Graf č. 16 Příčina neklidu nemocného

**Komentář:**

Vzhledem k rozmanitostem a četnostem odpovědí jsme odpovědi respondentů rozdělili do 4 kategorií. Absolutní četnost znamená v tomto případě počet stejných odpovědí na zadanou otázku a relativní četnost udává jejich procentuální zastoupení. V 65 odpovědích respondenti (67,72 %) uvedli, že neklid nemocného může vyvolat jakákoli změna situace, režimu, prostředí, atd. ve 23 odpovědích respondenti (23,96 %) napsali přístup okolí k nemocnému či jeho pocity. Nepatrná část respondentů ve 4 odpovědích (4,16 %) zmínila dezorientaci a možnost, že neklid nemocného může vyvolat „vše“. Níže citujeme nejzajímavější odpovědi:

- *Klienti s ACH nemají rádi změny – upřednostňují stereotyp, stabilní personál.*
- *Jakákoli změna týkající se pacienta a jeho běžného života, jakákoli nepříznivá zpráva.*
- *Když něco nemůže najít, má halucinace, bludy, špatné počasí, když je často sám.*



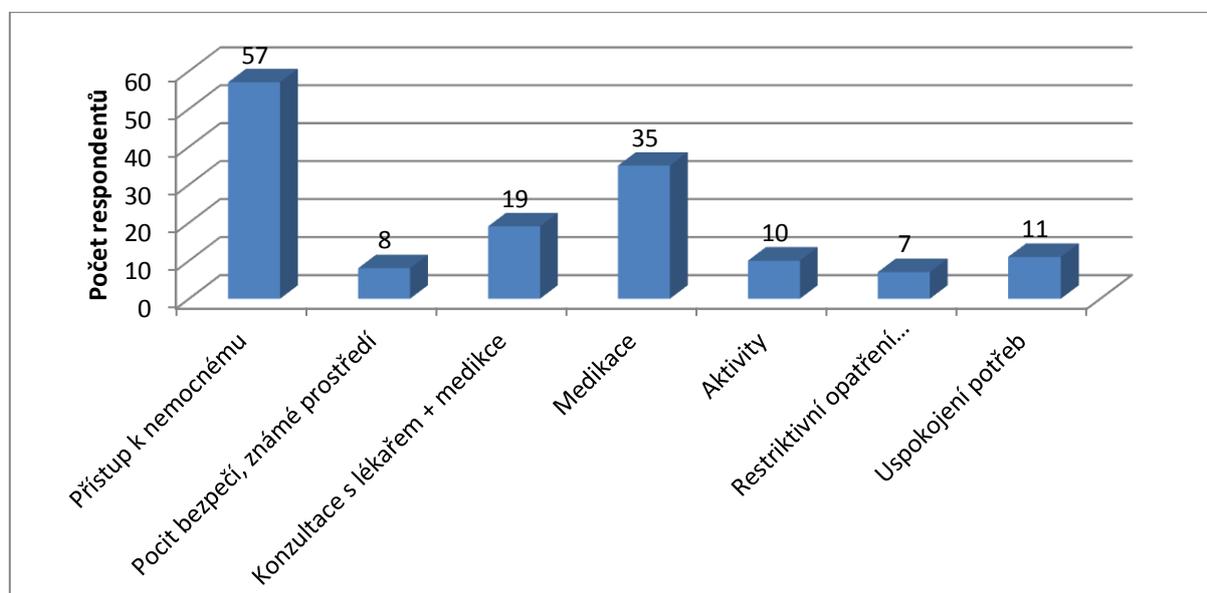
- *Stresové situace, změna místa, nevhodný (i když ne úmyslně) přístup, jiné onemocnění (viroso).*
- *Ruch, odporování mu, používání popruhů, postranic, agresivita....*
- *Jakékoli vybočení z „normálu“, záleží na fázi onem., kterým zrovna konkrétní pacient prochází.*
- *Změna prostředí, hluk, špatně vedený rozhovor, nové informace.*
- *Odborná veřejnost uvádí různé faktory, z mého pohledu 20ti leté praxe: nevím - určitě nevlídné zacházení „tlačení“ na rychlost při jídle, oblékání, apod.*
- *Agresivita personálu, nevhodný spolu pacient.*
- *Možná blízkost osoby, která mu nerozumí.*
- *Křik, netrpělivost personálu, neužívání léků (nutný dohled).*

## Otázka č. 17 Pokud je nemocný neklidný, jaká uděláte opatření pro jeho zklidnění?

Tabulka č. 17 Opatření pro zklidnění nemocného s ACH

Opatření pro zklidnění nemocného s ACH	Absolutní četnost	Relativní četnost
<b>Přístup k nemocnému</b>	57	38,78 %
<b>Pocit bezpečí, známé prostředí</b>	8	5,44 %
<b>Konzultace s lékařem + medikace</b>	19	12,93 %
<b>Medikace</b>	35	23,81 %
<b>Aktivity</b>	10	6,80 %
<b>Restriktivní opatření (postranice, kurty)</b>	7	4,76 %
<b>Uspokojení potřeb</b>	11	7,48 %
<b>Celkem</b>	147	100,00 %

Graf č. 17 Opatření pro zklidnění nemocného s ACH

**Komentář:**

Vzhledem k rozmanitostem a četnostem odpovědí jsme odpovědi respondentů rozdělili do 7 kategorií. V tomto případě je absolutní četnost počet stejných odpovědí na položenou otázku, kdy relativní četnost vyjadřuje procentuální zastoupení těchto odpovědí. Do kategorie s největším počtem odpovědí patří 57 odpovědí respondentů (38,78 %), jež uvedli přístup k nemocnému jako metodu pro zklidnění nemocného s diagnózou Alzheimerovy demence. K druhé největší kategorii patří užití medikace u 35 odpovědí respondentů (23,81 %). Výrazně menšími skupinami jsou u 19 odpovědí respondentů (12,93 %) konzultace s lékařem, příp. medikace, u 11 odpovědí respondentů, (7,48 %) uspokojení potřeb, u 10 odpovědí respondentů (6,80 %) odvedení pozornosti aktivitou, u 8 odpovědí respondentů (5,44 %) pocit

bezpečí, známé prostředí a u 7 odpovědí respondentů (4,76 %) využití restriktivních opatření (postranice, kurty). Níže uvádíme nejzajímavější odpovědi:

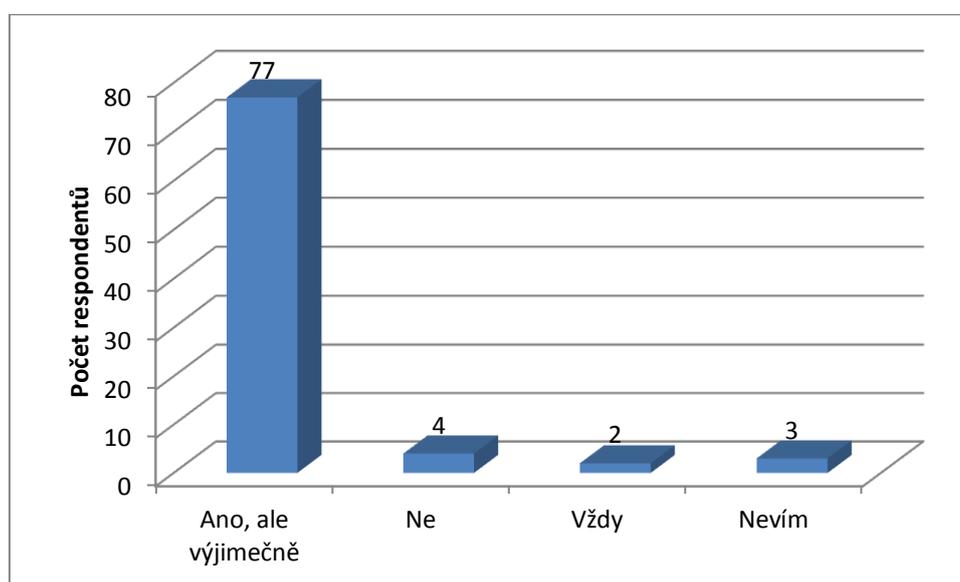
- *Komunikace vlídným a klidným způsobem, rozptýlit pozornost, způsob komunikace – volíme oznamovací ne tázací, vyhýbáme se diskuzím o realitě.*
- *Zcela individuální: někdy stačí vlídná barva a tón hlasu, jindy odvedeme pozornost jinam („pojdte, dáme si sušenku...“).*
- *Zklidnění verbálně, pokud je neklidný venku, v jídelně, atd. odvedu ho z místa, kde se rozrušil. Zásadně nepodávám tlumící léky, uživatel se zklidní po chvíli.*
- *Klidné prostředí, o všem nemocného klidně informovat, aby pro něj byla situace přehledná, snížit riziko pádu, farmakoterapie.*
- *Zklidnění rozhovorem, odvedení pozornosti, naplnění základních potřeb – strava, tekutiny, při velkém neklidu – přivolání lékaře, bazální stimulace.*
- *Personál by měl být proškolen u klientů s ACH, přesměrovat klienta na jinou činnost (aktivizační sestry).*
- *Klidné a stabilní prostředí, klidné a vstřícné jednání, v některých případech pomáhá oblíbená činnost (např. zpěv), u jiných masáž, dýchání.*
- *Bohužel léky jsou nejúčinnějším prostředkem.*
- *Určitě blízkou osobu, která o něj pečuje, ta ví jak nemocnému pomoci.*
- *Není jednotný vzorec, každý člověk je osobnost a má své potřeby.*

**Otázka č. 18** Myslíte si, že je vhodné využít restriktivních opatření (postranic, kurtů, léků, aj.) k zajištění bezpečí nemocného?

Tabulka č. 18 *Využití restriktivních opatření k zajištění nemocného s ACH*

Využití restriktivních opatření	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, ale výjimečně	77	89,53 %
Ne	4	4,65 %
Vždy	2	2,33 %
Nevím	3	3,49 %
<b>Celkem</b>	<b>86</b>	<b>100,00 %</b>

Graf č. 18 *Využití restriktivních opatření k zajištění nemocného s ACH*



**Komentář:**

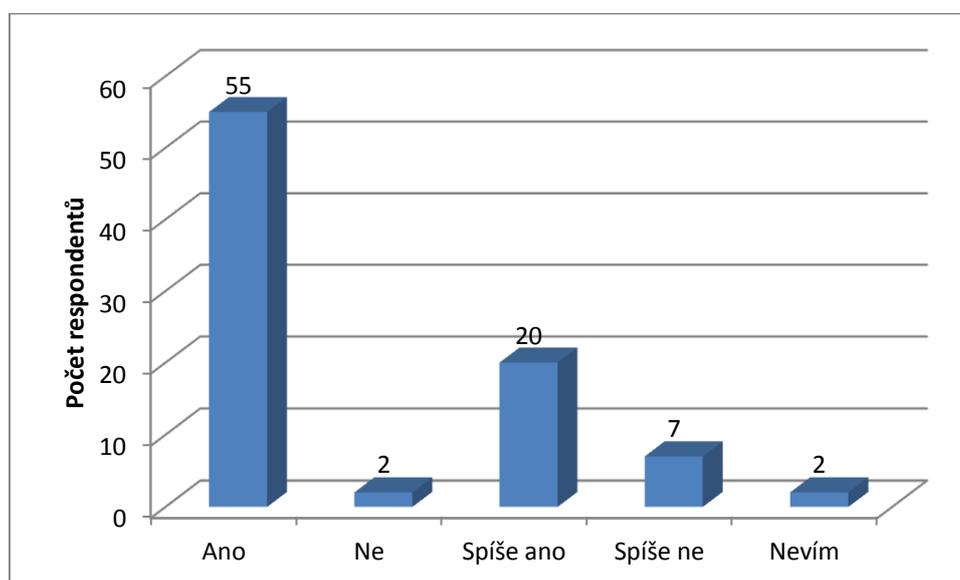
Z grafu č. 18 vyplývá, že převážná část respondentů 77 (89,53 %) souhlasí s výjimečným využitím restriktivních opatření jako metody k zajištění bezpečí nemocného s Alzheimerovou chorobou. O zbývající část se s nepatrným rozdílem v počtu odpovědí dělí 4 respondenti (4,65 %), kteří by tuto možnost nevyužili, 3 respondenti (3,49 %) si nebyli jisti. A pouze 2 respondenti (2,33 %) by restriktivní opatření volili vždy.

**Otázka č. 19 Může být Alzheimerova choroba příčinou častých pádů?**

Tabulka č. 19 Alzheimerova choroba jako příčina častých pádů

ACH jako příčina pádů	Absolutní četnost	Relativní četnost
<b>Ano</b>	55	63,95 %
<b>Ne</b>	2	2,32 %
<b>Spíše ano</b>	20	23,26 %
<b>Spíše ne</b>	7	8,15 %
<b>Nevím</b>	2	2,32 %
<b>Celkem</b>	86	100,00 %

Graf č. 19 Alzheimerova choroba jako příčina častých pádů

**Komentář:**

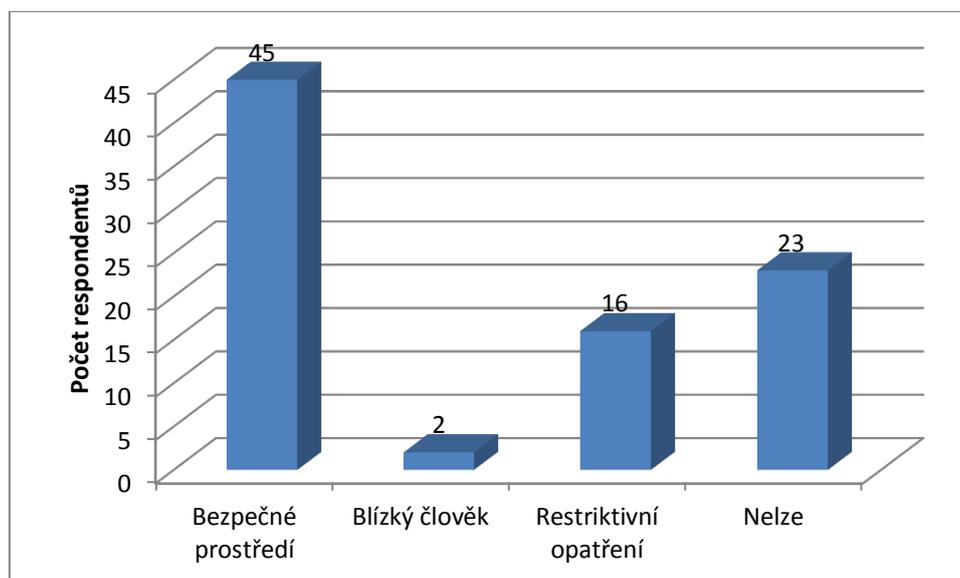
55 respondentů (63,95 %) je přesvědčeno, že Alzheimerova choroba může být příčinou častých pádů u nemocných s diagnózou Alzheimerova demence. 20 respondentů (23,26 %) tuto možnost připouští. 7 respondentů (8,15 %) se přiklání spíše k zápornému stanovisku, 2 respondenti (2,32 %) ji rezolutně odmítají a další 2 respondenti (2,32 %) si nejsou jisti žádnou z výše nabízených odpovědí.

## Otázka č. 20 Jak jim lze zabránit? Uveďte prosím své zkušenosti.

Tabulka č. 20 Zkušenosti jak zabránit častým pádům

Zkušenosti jak zabránit pádům	Absolutní četnost	Relativní četnost
<b>Bezpečné prostředí</b>	45	52,33 %
<b>Blízký člověk</b>	2	2,33 %
<b>Restriktivní opatření</b>	16	18,60 %
<b>Nelze</b>	23	26,74 %
<b>Celkem</b>	86	100,00 %

Graf č. 20 Zkušenosti jak zabránit častým pádům

**Komentář:**

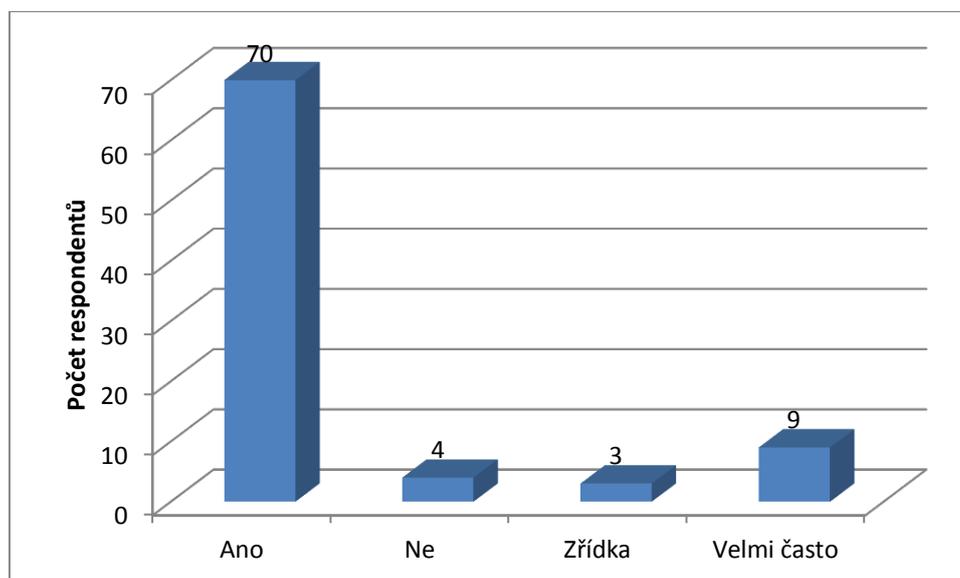
Vzhledem k rozmanitosti odpovědí jsme odpovědi respondentů rozdělili do 4 kategorií. Z výsledku je patné, že 45 respondentů (52,33 %) se domnívá, že zajištěním bezpečného prostředí lze zabránit častým pádům. 23 respondentů (26,74 %) je opačného názoru, podle nich zabránit pádům nelze. 16 respondentů (18,60 %) by sáhlo po restriktivních opatřeních a 2 respondenti (2,33 %) uvedli přítomnost blízkého člověka. Níže uvádíme nejzajímavější odpovědi:

- *Zabránit jim nelze, jde jen dělat všechno pro to, aby se to nestalo, ale současně – a to je opomíjený fakt – žít s tím, že se to může stát.*
- *Zabránit jim bohužel nelze, mobilní uživatele nezastaví ani restriktivní opatření.*
- *Velmi obtížně, pokud je chodící není v silách oš. personálu uhlídat, pokud se nekurtuje.*

- *Zakoupení postelí Sentida, které lze snížit o 10 - 15 cm nad zemí, zabráníme tak pádu z výšky. Postranicemi a medikací klienta.*
- *Doprovod klienta, kompenzační pomůcky (chodítka), odstranění překážek z chodeb, pokojů, bezbariérové prostory (minimum schodů, apod.).*
- *Důležité je zabezpečení bytu - kluzké podlahy, koberce + prahy odstranit, venku mimo byt – nerovný povrch terénu.*
- *Bezpečnost, pozornost, měl by být tento klient pod stálým dohledem (záleží na situaci v rodině, ústavu...ne každý si může dovolit ústav a hlídání...).*
- *Úpravy v domě/bytě, protiskluzové podložky, madla v koupelně.*
- *Poučení pacienta, aby si zazvonil, pokud chce z lůžka např. na WC, do koupelny... s tím související - signalizační zařízení tak, aby na něj dosáhl, důsledný doprovod.*
- *Kontrola bezpečného prostředí, vhodně zvolené barvy interiéru (syté barvy - ne namíchané!).*
- *Řádné osvětlení, odstranit (např. v domácím prostředí květináč ze země apod., vratká židle...).*

**Otázka č. 21 Mají podle Vás nemocní s ACH problémy s orientací v prostoru?**Tabulka č. 21 *Problematika orientace v prostoru u nemocných s ACH*

Problém s prostorovou orientací	Absolutní četnost	Relativní četnost
<b>Ano</b>	70	81,40 %
<b>Ne</b>	4	4,64 %
<b>Zřídka</b>	3	3,49 %
<b>Velmi často</b>	9	10,47 %
<b>Celkem</b>	86	100,00 %

Graf č. 21 *Problematika orientace v prostoru u nemocných s ACH***Komentář:**

Podle 70 respondentů (81,40 %) mají nemocní s Alzheimerovou chorobou problém s orientací v prostoru. Podstatně menší část respondentů označila odpovědi: velmi často v 9 případech (10,47 %) a zřídka ve 3 případech (3,49 %). 4 respondenti (4,64 %) s kladnou odpovědí na otázku problematiky orientace v prostoru u nemocných s touto diagnózou nesouhlasí, proto uvedli zápornou odpověď.

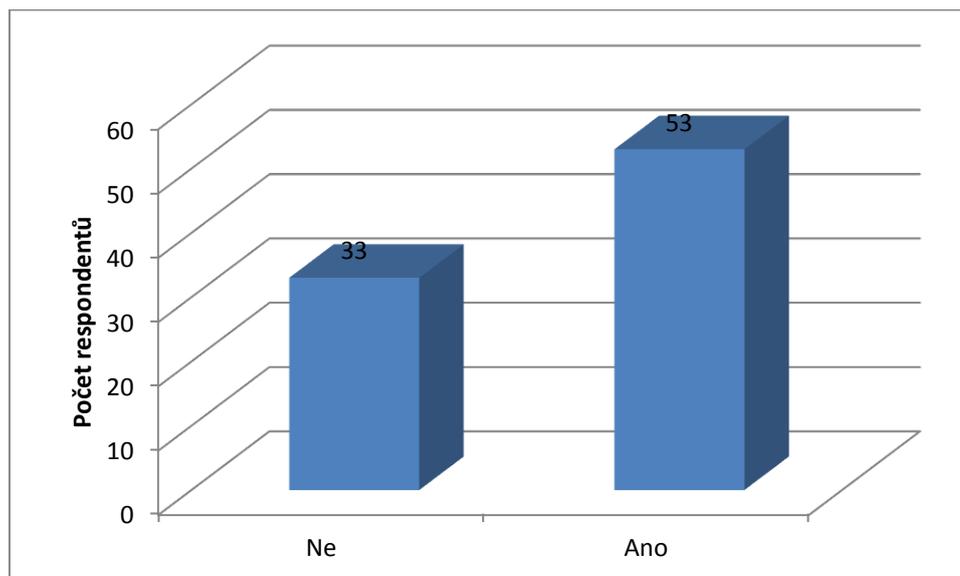


## Otázka č. 22 Znáte nějaké možnosti, jak jim ji usnadnit?

Tabulka č. 22 Možnosti usnadnění orientace v prostoru

Lze usnadnit prost. orientaci	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ne	33	38,37 %
Ano	53	61,63 %
<b>Celkem</b>	<b>86</b>	<b>100,00 %</b>

Graf č. 22 Možnosti usnadnění orientace v prostoru

**Komentář:**

33 respondentů (38,37 %) nezná žádné možnosti, jak usnadnit nemocným s Alzheimerovou chorobou orientaci v prostoru. 53 respondentů (61,63 %) odpovídá na tuto otázku kladně, níže uvádíme nejzajímavější odpovědi:

- *Označení dveří na pokoj - něčím, co uživatel velmi dobře zná, opakovaná chůze s uživatelem po prostorách.*
- *Zanechat věci na stejném místě, dělají jim problémy změny v okolí (mají rádi stereotyp).*
- *Edukace o oddělení, nácvik chůze na WC opakovaně, směrové šipky, cedulky na WC...apod.*
- *Pomoc druhé osoby (ošetřovatelky, pečovatelky) - dohled, pomoc při orientaci, komunikovat - tito lidé poslouchají (někteří nerozumí) - ale vnímají blízké osoby.*
- *Všechno popsané - stejně to nepomáhá.*
- *RHB chůze, cvičení. Časté procházky po oddělení s pacientem (RHB pracovnice, ostatní personál).*

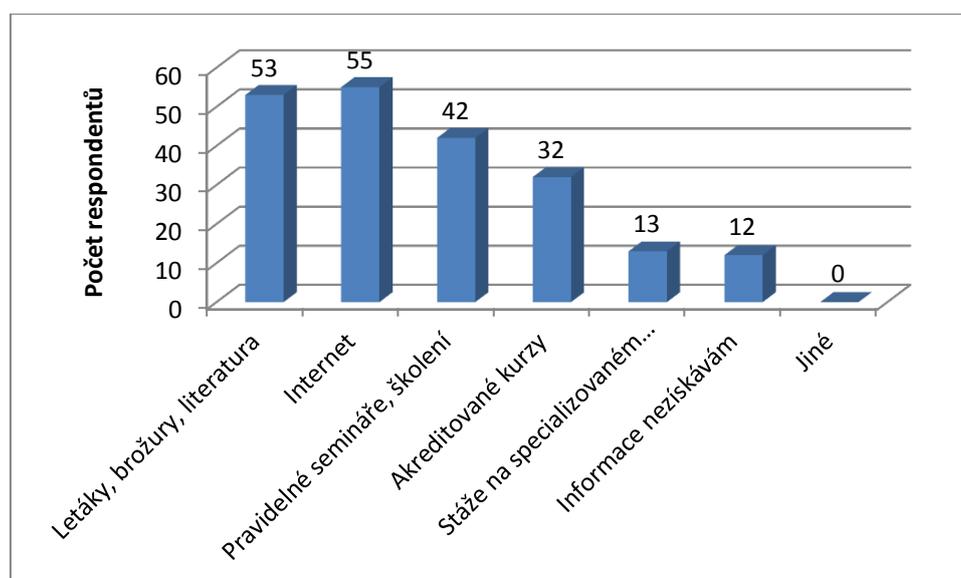
- *Označení prostoru - vhodné obrázky, piktogramy, kalendář.*
- *Na schodech žluté pásky (první, poslední), šipky, nápisy.*
- *Např. formou obrázků, jednoduchých ilustrací, označení. Rovněž forma pohovoru a nácviku lepší orientace v užším prostředí.*
- *Kognitivní cvičení paměti, piktogramy, barevné rozlišení, osvětlení....*
- *Denní režim, aktivity, posilování paměti a kognitivních fcí, umístění věcí na neměnném místě, komunikace.*
- *Nácvik orientace, časté opakování, označení předmětu, popisky, obrázky, labolling.*

**Otázka č. 23 Jakým způsobem získáváte informace o péči nemocných s ACH?**  
(můžete označit více odpovědí)

Tabulka č. 23 Způsob získávání informací o péči nemocných s ACH

Získávání informací o péči	Absolutní četnost	Relativní četnost
Letáky, brožury, literatura	53	25,60 %
Internet	55	26,57 %
Pravidelné semináře, školení	42	20,29 %
Akreditované kurzy	32	15,46 %
Stáže na spec.prac. pracovišti, kde pečují o nemocné s ACH	13	6,28 %
Informace nezískávám	12	5,80 %
Jiné	0	0,00 %
<b>Celkem</b>	<b>207</b>	<b>100,00 %</b>

Graf č. 23 Způsob získávání informací o péči nemocných s ACH



**Komentář:**

V této otázce měli dotazovaní možnost zakroužkovat i více odpovědí. Absolutní četnost je tedy počet stejných odpovědí na otázku: Jakým způsobem získáváte informace o péči nemocných s Alzheimerovou chorobou? Relativní četnost vyjadřuje jejich zastoupení v procentech. Respondenti nejčastěji získávají tyto informace z internetu, týká se to 55 odpovědí respondentů (26,57 %); z letáků, brožur, literatury, jedná se o 53 odpovědí respondentů (25,60 %); formou pravidelných seminářů či školení u 42 odpovědí respondentů (20,29 %); pomocí akreditovaných kurzů u 32 odpovědí respondentů (15,46 %). 13 odpovědí respondentů (6,28 %) potvrdilo účast na stáži ve specializovaném pracovišti, kde pečují

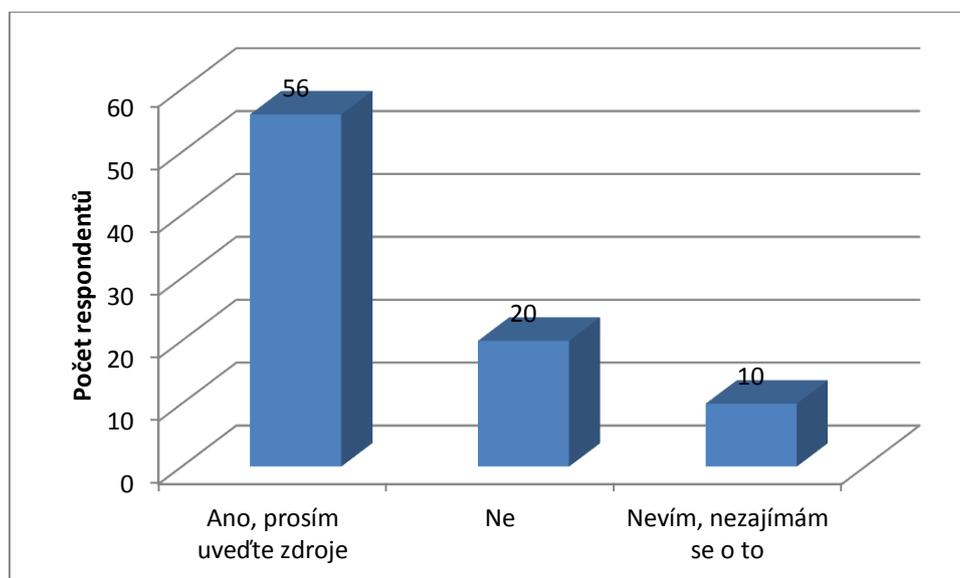
o nemocné s Alzheimerovou chorobou. Přibližně stejný počet odpovědí respondentů 12 (5,80 %) uvedlo, že informace nezískává. Doplnit jinou možnost žádný z dotazovaných respondentů nevyužil.

#### Otázka č. 24 Máte na svém pracovišti přístup k těmto informacím?

Tabulka č. 24 Přístup k informacím na pracovišti

Přístup k informacím	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, prosím uveďte zdroje	56	65,12 %
Ne	20	23,25 %
Nevím, nezajímám se o to	10	11,63 %
<b>Celkem</b>	<b>86</b>	<b>100,00 %</b>

Graf č. 24 Přístup k informacím na pracovišti



#### Komentář:

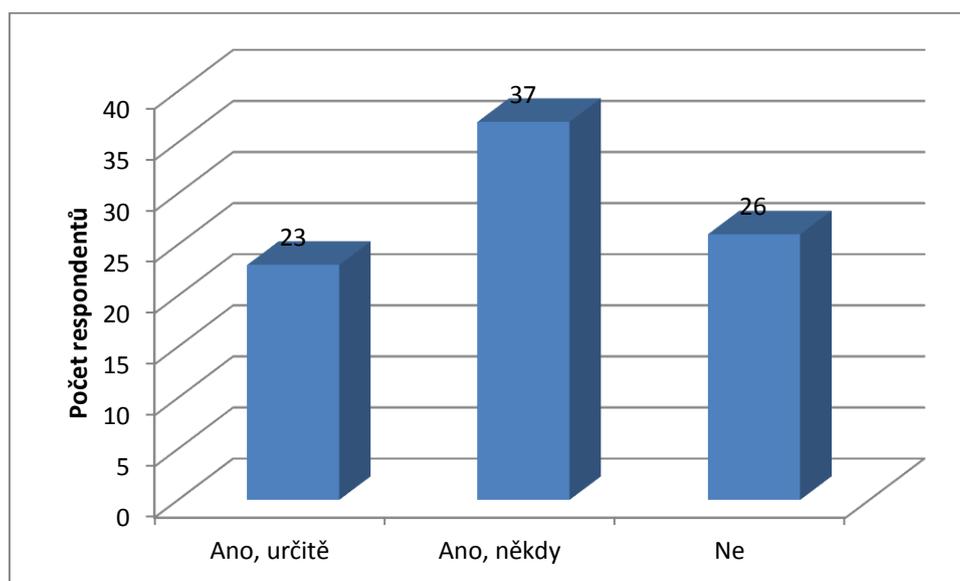
56 respondentů (65,12 %) uvedlo, že má přístup na pracovišti k informacím, týkajících se péče o nemocné s Alzheimerovou demencí. A to nejčastěji z internetu, zaznamenáno 32 odpovědí; ze seminářů 15 odpovědí; z literatury 10 odpovědí; z letáků 9 odpovědí; ze školení 8 odpovědí; ze stáží, kurzů, časopisů, brožur 4 odpovědi. Po jedné odpovědi respondenti uvedli: přímý kontakt s ACH, standardy, dokumentace pacienta a praxi. 20 respondentů (23,25 %) přístup k těmto informacím nemá. 10 respondentů (11,63 %) uvedlo odpověď „nevím, nezajímám se o to“.

**Otázka č. 25 Jste sám/sama aktivní ve vyhledávání informací o péči nemocných s ACH?**

Tabulka č. 25 Aktivita při vyhledávání informací o péči nemocných s ACH

Vyhledáváte informace o péči?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, určitě	23	26,74 %
Ano, někdy	37	43,03 %
Ne	26	30,23 %
<b>Celkem</b>	<b>86</b>	<b>100,00 %</b>

Graf č. 25 Aktivita při vyhledávání informací o péči nemocných s ACH

**Komentář:**

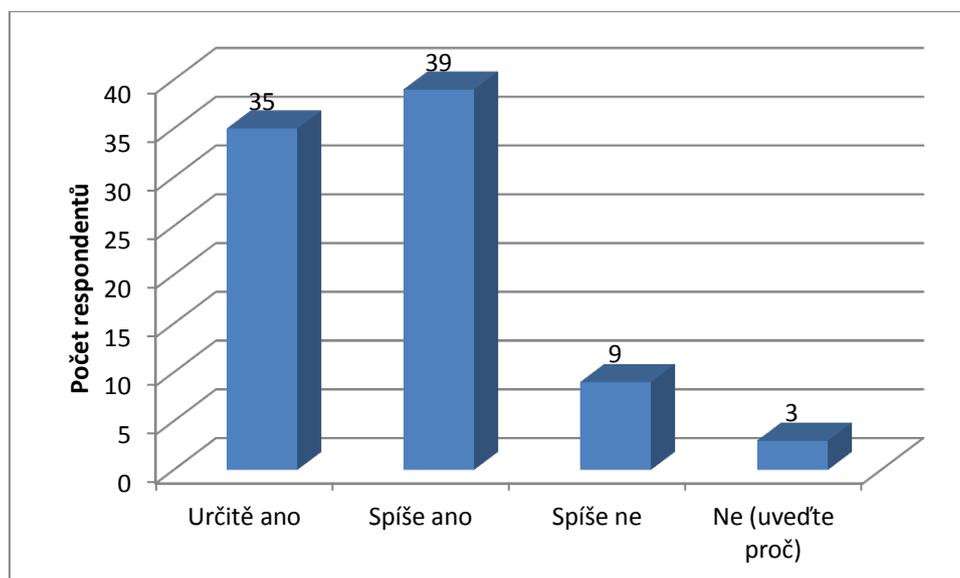
Z celkového počtu 86 respondentů je 37 respondentů (43,03 %) někdy aktivních ve vyhledávání informací o péči nemocných s ACH. 23 respondentů (26,74 %) určitě vyhledává tyto informace. Zbývajících 26 respondentů (30,23 %) je pasivních, informace nevyhledávají.

## Otázka č. 26 Máte zájem o získávání nových informací?

Tabulka č. 26 Zájem o získávání nových informací

Zájem o nové informace	Absolutní četnost	Relativní četnost
Určitě ano	35	40,70 %
Spíše ano	39	45,35 %
Spíše ne	9	10,46 %
Ne (uved'te proč)	3	3,49 %
<b>Celkem</b>	<b>86</b>	<b>100,00 %</b>

Graf č. 26 Zájem o získávání nových informací

**Komentář:**

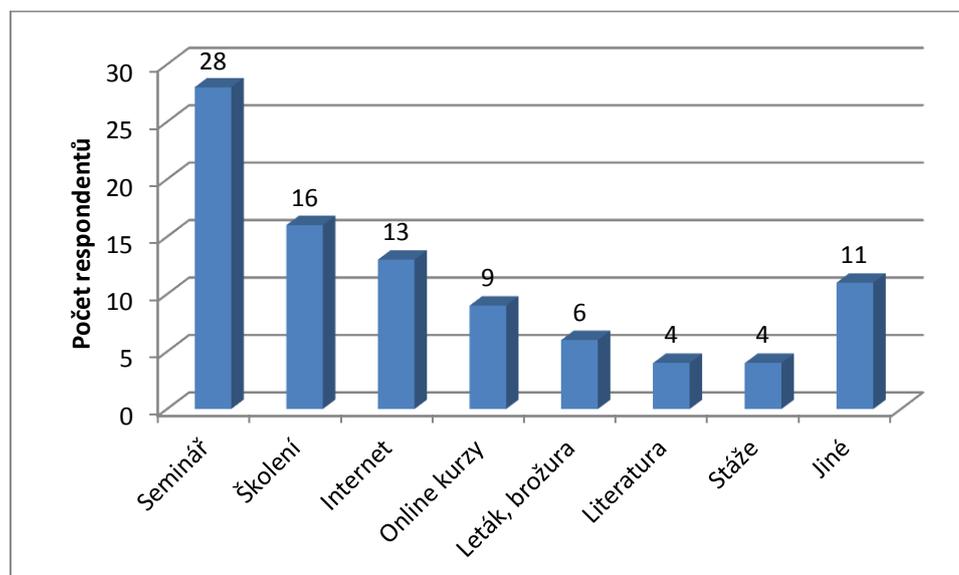
Z grafu č. 26 vyplývá, že 39 respondentů (45,35 %) se ztotožňuje s odpovědí „spíše ano“, 35 respondentů (40,70 %) s odpovědí „určitě ano“, 9 respondentů (10,46 %) s odpovědí „spíše ne“ a zbývající 3 respondenti (3,49 %) nemají zájem o získávání nových informací v oblasti péče o nemocné s Alzheimerovou chorobou. U jedné z odpovědí „určitě ano“ respondent doplnil, že se stále častěji setkává s tímto onemocněním a jiný u odpovědi „ne“ uvedl: myslím, že jich mám dostatek.

## Otázka č. 27 Jaký způsob získávání nových informací by Vám nejvíce vyhovoval?

Tabulka č. 27 Vyhovující způsob získávání nových informací

Způsob získávání nových informací	Absolutní četnost	Relativní četnost
<b>Seminář</b>	28	30,77 %
<b>Školení</b>	16	17,58 %
<b>Internet</b>	13	14,29 %
<b>Online kurzy</b>	9	9,89 %
<b>Leták, brožura</b>	6	6,59 %
<b>Literatura</b>	4	4,40 %
<b>Stáže</b>	4	4,40 %
<b>Jiné</b>	11	12,08 %
<b>Celkem</b>	91	100,00 %

Graf č. 27 Vyhovující způsob získávání nových informací

**Komentář:**

Vzhledem k rozmanitostem a četnostem odpovědí jsme odpovědi respondentů rozdělili do 8 kategorií. Absolutní četnost udává počet stejných odpovědí na položenou otázku a relativní četnost vyjadřuje jejich zastoupení v procentech. Ve 28 odpovědích by respondenti (30,77 %) volili jako způsob získávání nových informací o péči nemocných s diagnózou Alzheimerovy demence seminář. V 16 odpovědích respondentům (17,58 %) vyhovuje školení. Ve 13 odpovědích (14,29 %) by se respondenti raději obrátili na internet, společně s dalšími 9 odpověďmi (9,89 %), které upřednostňují online kurzy. V 6 odpovědích by respondenti (6,59 %) vzali do rukou leták nebo brožuru. Další 4 odpovědi respondentů (4,40 %) se týkaly odborné literatury nebo absolvování stáže na jiném pracovišti.

Do kategorie jiné (12,08 %) se po jedné odpovědi umístili: edukační leták, stránka na internetu, email, stáž v některém Alzheimer centru, přednáška, beseda, publikace, pořad v TV, kazuistika a 2x kurzy. Níže uvádíme nejzajímavější odpovědi:

- *To co ještě v současné době nevím, nebo zapomenu, to si „vygugluju“.*
- *Zatím jsem v pracovní činnosti, informace pro mě jsou dostupné.*
- *Z mojí zkušenosti v soc. službách: přemíra informací škodí, zvláště pokud nejsou uváděny a osvědčeny v praxi, obzvlášť chybí-li zpětné vyhodnocování informací (pozor na „módní a sezónní“ trendy).*
- *Mám knížky, nemám PC ani internet.*
- *Semináře, stáže na spec. prac., kde pracuji s pac. s ACH.*
- *Školení, kurzy, semináře (na pracovišti i mimo pracoviště ve Zlínském kraji).*
- *Výše uvedené možnosti, jen ne všechny najednou, nejvíce poslouží praxe.*
- *Seminář s občerstvením, hrazený nemocnicí (klidně i na celý víkend ☺) a večer s kulturní vložkou a neomezeným přísunem pitíva.*
- *Seminář, návštěva specializovaného pracoviště, účast při aktivizačních činnostech, které provádí pac. sám.*

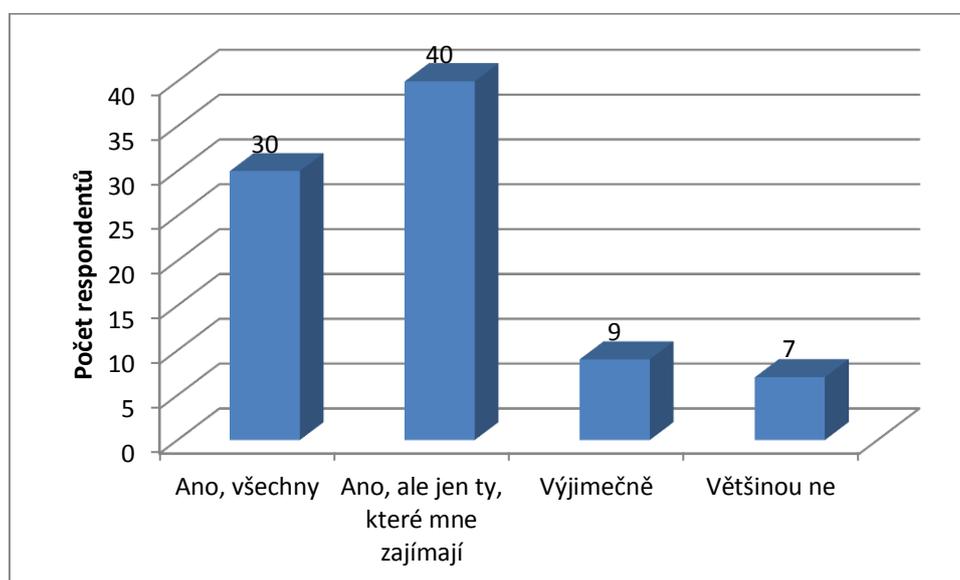


**Otázka č. 28** Pokud víte, že se kolega/kolegyně zúčastnil/a školení zaměřeného na péči o nemocné s ACH zajímáte se o informace, které získal/a?

Tabulka č. 28 Zájem o informace kolegů, kteří se zúčastnili školení

Získávání informací od kolegů	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, všechny	30	34,88 %
Ano, ale jen ty, které mne zajímají	40	46,51 %
Výjimečně	9	10,47 %
Většinou ne	7	8,14 %
<b>Celkem</b>	<b>86</b>	<b>100,00 %</b>

Graf č. 28 Zájem o informace kolegů, kteří se zúčastnili školení



**Komentář:**

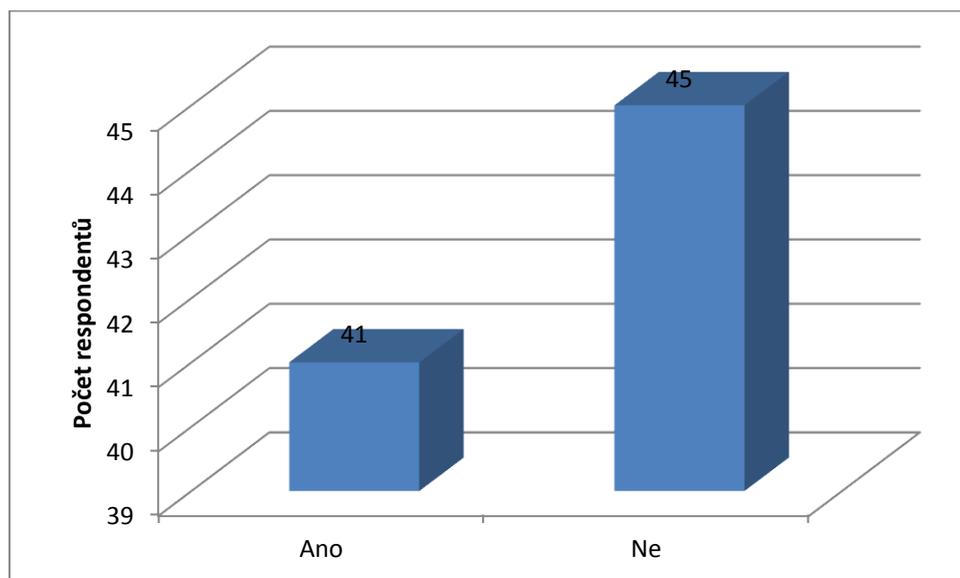
Převážná část respondentů jeví zájem o informace kolegů/kolegyň, kteří se zúčastnili školení zaměřeného na péči o nemocné s Alzheimerovou chorobou. 40 respondentů (46,51 %) odpovědělo „ano, ale jen ty, které mne zajímají“; 30 respondentů (34,88 %) uvedlo „ano, všechny“. Dalších 9 respondentů (10,47 %) se o tyto informace zajímá jen výjimečně a zbývajících 7 respondentů (8,14 %) informace většinou nevyhledává.

## Otázka č. 29 Je něco, co Vám v dotazníku chybělo, a co byste chtěl/a dodat?

Tabulka č. 29 Chcete něco dodat?

Chcete něco dodat?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	41	47,67 %
Ne	45	52,33 %
<b>Celkem</b>	<b>86</b>	<b>100,00 %</b>

Graf č. 29 Chcete něco dodat?

**Komentář:**

Vzhledem k charakteru odpovědí respondentů jsme rozdělili tyto odpovědi do dvou kategorií: ano a ne, jejichž počet se liší jen nepatrným rozdílem v procentuálním vyjádření. 45 respondentů (52,33 %) na otázku, zda jim v dotazníku něco chybělo a zdali by chtěli něco dodat, odpověděli záporně. 41 respondentů (47,67 %) se vyjádřilo kladně, níže uvádíme nejzajímavější odpovědi:

- *Zatím mě nic nenapadá, dotazník je dost obsáhlý.*
- *Více uzavřených odpovědí, protože se při vyhodnocování zblázníte 😊.*
- *Nee, bylo to fajn.*
- *Dotazník byl srozumitelný, není zřejmý jeho výstup, ale o to ani nešlo...- rád bych podotknul, že péče o nemocné doma a v instituci jsou dvě naprosto odlišné disciplíny, které by měl spojovat lidský a trpělivý přístup - informací je dostatek, ale v zařízeních chybí finanční zázemí, jak je využít (nové trendy, více pracovníků na osobu apod., pomůcky...).*

- ☺ (nalepená samolepka s usměvavým smajlíkem).
- *V práci s těmito lidmi by měl být vždy dostatečný počet pracovníků, v dostatečných zařízeních specifických (nečitelné slovo) těchto lidí s ACH na běžných odd. v soc. zařízeních - nedostatečný počet prac., fyz. vypětí a psych. nápor - bez většího odpočinku - brzké vyhoření zaměstnanců. (nečitelné slovo) se nemůžem ani dostatečně takovým klientům věnovat.*
- *Je nutné včas rozpoznat počátek onem. a zajistit včasnou terapii a režimová opatření.*
- *Jaké jsou informace pro příbuzné.*
- *Lidé pracující s touto diagnózou musí být především trpěliví. Zaměstnanci jak bojují proti syndromu vyhoření.*
- *Náročnost oš. péče o tyto pacienty!*

## 5 DISKUZE

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaký pohled mají zdravotníci na Alzheimerovu chorobu.

### **Dílčí cíl 1: Zjistit zdali a jak jsou zdravotničtí pracovníci informováni o Alzheimerově chorobě.**

K tomuto cíli se vztahují v dotazníku otázky č. 7, 8, 9, 10, 11. Vzhledem ke snazší přehlednosti i orientaci ve výsledcích výzkumného šetření a následného srovnávání s jinou bakalářskou prací na podobné téma, jsme se rozhodly všechny výsledky zaokrouhlit na celá čísla. Z odpovědí na otázku č. 7 vyplynulo, že 94 % dotazovaných považuje Alzheimerovu chorobu za onemocnění mozku, při kterém dochází k postupné demenci. 5 % dotazovaných označilo stařeckou demenci a 1 % dotazovaných zahrnuje kombinaci obou výše uvedených variant.

Z odpovědí na otázku č. 8 dotazovaní nejčastěji uváděli, že Alzheimerova choroba se může vyskytnout u osob nad 65 let, což je 40 % dotazovaných. 28 % dotazovaných uvedlo výskyt této nemoci u osob nad 40 let, 16 % dotazovaných se domnívá, že lze onemocnět v každém věku. 11 % dotazovaných přisuzuje výskyt prvních příznaků nemoci k období nad 80 let věku. 2 % dotazovaných zvolilo odpověď u osob do 30 let. 3 % dotazovaných uvedli jinou variantu: zmiňovali také podíl dědičnosti na výskytu Alzheimerovy demence u mladších jedinců nebo naopak označili období od 60 let výše. Pro srovnání uvádíme věk výskytu Alzheimerovy choroby: autor Buijssen píše, že se Alzheimerova nemoc občas vyskytne i u lidí mladších 65ti let. Mezi 45. a 54. rokem postihne jen 0,025 % populace, u 65 letých je menší než 1 %, mezi 65. a 70. rokem stoupá na 2,5 % a každých 5 let se procento zdvojnásobuje, proto mezi 85 letými a staršími lidmi Alzheimerovou nemocí trpí každý pátý člověk (Buijssen, 2006, s. 14, 17).

Z odpovědí na otázku č. 9 bylo zjištěno, že absolutní převaha 99 % dotazovaných se správně domnívá, že Alzheimerova choroba nelze vyléčit, ale lze zmírňovat její projevy, minimální počet, což je 1 % dotazovaných uvedlo, že odezní sama. Dle Koukolíka a Jiráka, dosud není zcela známa etiopatogeneze této nemoci, proto nelze uplatnit kauzální terapii, jen průběh demence výrazně zpomalit (Koukolík a Jirák, 1998, s. 213; Jirák a Koukolík, 2004, s. 146).

Na otázku č. 10 dotazovaní odpovídali kladně. 51 % z nich přichází do styku s nemocnými s Alzheimerovou chorobou často, 30 % dotazovaných velmi často a zbývajících 19 % jen zřídka.

Na otázku č. 11, co je charakteristické pro nemocné s Alzheimerovu chorobou dotazovaní odpovídali: 13 % špatná orientace, 13 % časté zapomínání, 12 % bloudí, nemůže najít svůj pokoj, 11 % ukládání věcí na jiná místa, společně s nepoznává rodinu, personál, 8 % zvýšený neklid, 8 % poruchy nálad, 7 % závislost na jiné osobě, 7 % problémy při oblékání, 5 % porucha spánku, 3 % apatie, spavost, 1 % časté bolesti hlavy, 1 % uvádí jinou odpověď, např.: inkontinence moči i stolice, úbytek hmotnosti, zvýšený pocit hladu, mají rádi stereotyp, nemají rádi nové věci, celkově ochabující kognitivní funkce, poruchy řeči, změny osobnosti a návyků, zhoršený úsudek, rozhodování se a ztráta zájmu. Dle autorky Regnault patří mezi příznaky Alzheimerovy nemoci poruchy paměti, ztráta orientačního smyslu, nepoznává své okolí, střídají se fáze zvýšeného neklidu a spavosti, objevuje se bloumání, bloudění, aj. (Regnault, 2011, s. 16, 37, 38, 50, 64). Glenner a kol. píše o prohlížení a přemísťování předmětů, úzkosti, nerozlišování dne i noci, paranoidním a podezřívavém chování, emocionálních a slovních výbuších, fyzické agresí, depresi, apatii, neupraveném zevnějšku, atd. (Glenner a kol., 2012, s. 50).

Můžeme tedy shrnout, že zdravotničtí pracovníci jsou dostatečně informováni o Alzheimerově chorobě. Vědí, co znamená pojem Alzheimerova demence, znají její charakteristické projevy i možnosti léčby. Všichni respondenti se s nemocnými s diagnózou Alzheimerova demence někdy setkali.

### **Dílčí cíl 2: Zjistit, zda zdravotníci znají specifika ošetrovatelské péče u nemocných s Alzheimerovou chorobou.**

K tomuto cíli se vztahují v dotazníku otázky č. 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22. Z odpovědí na otázku č. 12 vyplývá, že většina 94 % dotazovaných se domnívá, že péče o nemocné s Alzheimerovou chorobou vyžaduje určitě zvláštní přístup a zbývajících 6 % kladnou odpověď připustilo, jejich odpověď zní: nejspíš ano.

Z odpovědí na otázku č. 13 bylo zjištěno, že 41 % dotazovaných považuje za zásady, které by měly být dodržovány při péči o nemocné s Alzheimerovou chorobou, přístup k nemocnému a komunikace. 25 % dotazovaných uvádí vytvoření bezpečného prostředí, 23 % zajištění základních potřeb a medikamentózní terapie. 7 % dotazovaných považuje za nezbytné nemocného zaměstnat či zapojit do vhodných aktivit, 4 % dotazovaných by podporovalo soběstačnost nemocného.

Z odpovědí na otázku č. 14 vyplynulo, že 69 % dotazovaných na otázku, zda vyžadují nemocní s Alzheimerovou chorobou zvláštní bezpečnostní opatření, odpověděli ano,

26 % označilo odpověď nejspíš ano, 3 % nejspíš ne a 2 % určitě ne. Mezi nejčastěji uváděné možnosti bezpečnostních opatření patřili: bezpečné prostředí a zvýšený dohled. Často uváděná restriktivní opatření: postranice, medikace, méně kurty, doplnili dotazovaní o využití kamerového systému, identifikačního náramku, ev. umístění nemocného do domova se zvláštním režimem.

Na otázku č. 15, zda je důležité u nemocných s Alzheimerovou chorobou podporovat soběstačnost, 81 % dotazovaných odpovědělo určitě ano, 18 % spíše ano a 1 % spíše ne.

Z odpovědí na otázku č. 16 vyplývá, že 68 % dotazovaných považují za možnou vyvolávající příčinu neklidu nemocného jakoukoli změnu situace, režimu, prostředí, atd. 24 % dotazovaných uvedlo přístup okolí k nemocnému či jeho vnitřní pocity a 4 % dotazovaných zmínilo dezorientaci nebo „vše“.

Na otázku č. 17, pokud je nemocný neklidný, jaká uděláte opatření pro jeho zklidnění, dotazovaní nejčastěji odpovídali ve 39 % přístup k nemocnému, ve 24 % užití medikace, ve 13 % konzultace s lékařem, příp. medikace, v 7 % uspokojení potřeb, v 7 % odvedení pozornosti aktivitou, v 5 % pocit bezpečí, známé prostředí, v 5 % využití restriktivních opatření (postranice, kurty).

Z odpovědí na otázku č. 18 vyplývá, že převážná část dotazovaných 90 % souhlasí s výjimečným využitím restriktivních opatření (postranic, kurtů, léků, aj.) jako metody k zajištění bezpečí nemocného s Alzheimerovou demencí. 5 % by této možnosti nevyužilo, 3 % si nebyli jisti a 2 % dotazovaných by restriktivní opatření volilo vždy.

Na otázku č. 19, zda může být Alzheimerova choroba příčinou častých pádů, odpovědělo 64 % dotazovaných ano, 24 % spíše ano, 8 % spíše ne, 2 % ne a nevím.

Z odpovědí na otázku č. 20, jak lze těmto častým pádům zabránit, vyplývá, že 52 % dotazovaných uvádí svou zkušenost se zajištěním bezpečného prostředí, 27 % je opačného názoru, podle nich zabránit častým pádům nelze. 19 % dotazovaných by sáhlo po restriktivních opatřeních a 2 % uvedlo přítomnost blízkého člověka.

Na otázku č. 21 dotazovaní nejčastěji odpovídali, že podle nich mají nemocní s Alzheimerovou demencí problémy s orientací v prostoru a to v 81 % odpovědí. Tyto potíže mají velmi často v 11 % odpovědí, zřídka ve 3 % odpovědí a 5 % odpovědí respondentů s kladnou odpovědí na otázku problematiky orientace v prostoru nesouhlasí, proto volili zápornou odpověď.

Z odpovědí na otázku č. 22 vyplývá, že 38 % dotazovaných nezná žádné možnosti, jak usnadnit nemocným s Alzheimerovou chorobou orientaci v prostoru. Naopak 62 % dotazovaných odpovídá na tuto otázku kladně, například: užitím znaků, obrázků, označením dveří, nepřemísťováním věci, nábytku, atd.

Můžeme tedy shrnout, že zdravotníci znají specifika ošetrovatelské péče u nemocných s Alzheimerovou demencí. Vědí, že péče o tyto nemocné vyžaduje nejen zvláštní přístup, ale i zásady, které by měly být při péči o nemocné dodržovány.

### **Dílčí cíl 3: Zjistit zdali a jak získávají zdravotničtí pracovníci informace o Alzheimerově chorobě a zdali mají zájem o získávání nových informací v oblasti péče o nemocné s Alzheimerovou chorobou.**

K tomuto cíli se vztahují v dotazníku otázky č. 23, 24, 25, 26, 27, 28. Otázka č. 29 doplňuje dotazník o informace, zda respondentům při vyplňování dotazníku něco chybělo a zda by chtěli něco dodat.

Z odpovědí na otázku č. 23, jakým způsobem získáváte informace o péči nemocných s Alzheimerovou demencí, bylo zjištěno, že 27 % tyto informace získává z internetu, 26 % z letáků, brožur a literatury, 20 % formou pravidelných seminářů či školení, 15 % pomocí akreditovaných kurzů. 6 % dotazovaných se zúčastnilo stáže na specializovaném pracovišti, kde pečují o nemocné s Alzheimerovou chorobou. Zbývajících 6 % dotazovaných žádné informace nezískává.

Na otázku č. 24 odpovědělo 65 % dotázaných, že má přístup na pracovišti k informacím, týkajících se péče o nemocné s Alzheimerovou demencí. Nejčastěji z internetu, méně často ze seminářů, literatury, letáků, školení, stáží, kurzů, časopisů a brožur. Po jedné odpovědi dotazovaní uvedli: přímý kontakt s ACH, standardy, dokumentace pacienta a praxi. 23 % dotazovaných přístup k těmto informacím nemá a 12 % označilo odpověď „nevím, nezajímám se o to“.

Z odpovědí na otázku č. 25 vyplývá, že 43 % dotazovaných je někdy aktivních ve vyhledávání informací o péči nemocných s Alzheimerovou chorobou, dalších 27 % dotazovaných tyto informace vyhledává určitě a zbývajících 30 % dotazovaných je pasivních, informace nevyhledávají.

Na otázku č. 26, zda mají zájem o získávání nových informací, odpovědělo 45 % dotazovaných spíše ano, 41 % určitě ano, 11 % spíše ne a zbývající 3 % nemá zájem o získávání nových informací. U jedné z odpovědí „určitě ano“ dotazovaný doplnil, že se stále častěji setkává s tímto onemocněním a jiný u odpovědi „ne“ uvedl: myslím, že jich mám dostatek.

Z odpovědí na otázku č. 27 vyplynulo, že 31 % dotazovaných by volilo jako způsob získávání nových informací, který by jim nejvíce vyhovoval seminář. 18 % dotazovaných upřednostňuje školení, 14 % internet, 10 % online kurzy, 7 % dotazovaných by vzalo do rukou leták nebo brožuru. Dalších 4 % dotazovaných by vyhledalo odbornou literaturu nebo absolvovalo stáž na jiném pracovišti. V kategorii jiné 12 % po jedné odpovědi navrhli edukační leták, stránku na internetu, email, stáž v některém Alzheimer centru, přednášku, besedu, publikaci, pořad v TV, kazuistiku a 2x kurzy.

Z odpovědí na otázku č. 28 bylo zjištěno, že převážná část dotazovaných má zájem o informace, které získal jejich kolega či kolegyně na školení zaměřeném na péči o nemocné s Alzheimerovou chorobou, a to ve 47 % odpověděli „ano, ale jen ty, které mne zajímají“, ve 35 % uvedli „ano, všechny“. 10 % dotazovaných se o tyto informace zajímá jen výjimečně a zbývajících 8 % informace většinou nevyhledává.

Na doplňující otázku č. 29, týkající se toho, co respondentům v dotazníku chybělo, a co by chtěli dodat, odpovědělo 52 % dotazovaných záporně, 48 % dotazovaných kladně, přičemž vyjádřili své myšlenky, zkušenosti, názory i přání.

Můžeme tedy shrnout, že zdravotničtí pracovníci získávají a mají zájem získávat nové informace v oblasti péče o nemocné s Alzheimerovou chorobou a to, nejen z internetu, ale i z jiných zdrojů. Ve vyhledávání nových informací jsou převážně aktivní, jako vyhovující způsob získávání nových informací by dotazovaní uvítali seminář.

## 5.1 Srovnávací hodnocení

V této části se pokusíme o srovnání výsledků našeho šetření s výsledky prací na podobné téma. Z 20 závěrečných prací na téma Alzheimerova choroba (demence) nebyla ani jedna, která by se týkala pohledu zdravotníků na tuto diagnózu. Podle Buijssena H. má ze všech lidí, kteří trpí demencí přibližně 55 % tuto nemoc v čisté formě, Dalších 15 % pacientů spadá pod kombinaci Alzheimerovy nemoci a vaskulární demence, která je druhým nejčastějším typem demence. Z čehož vyplývá, že 70 % všech pacientů s diagnózou demence trpí



Alzheimerovou chorobou (Buijssen, 2006, s. 15). Proto srovnáváme výsledky naší bakalářské práce s prací: „Péče o klienty s demencí v nemocničním prostředí“, jejíž autorkou je Bc. Marie Plášková. Práce pochází z roku 2009, kdy její autorka končila bakalářské studium ošetrovatelství na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně na Fakultě humanitních studií.

Plášková (2009, s. 63) ve své práci uvádí, že frekvence kontaktu s pacientem s demencí je ve 48 % velmi často, ve 28 % často, ve 21 % občas a ve 3 % ojedinelé. Což se mírně liší od výsledků našeho dotazníkového šetření, kdy 30 % dotazovaných odpovídá, že přichází do styku s nemocným s Alzheimerovou chorobou velmi často, 51 % často a zbývajících 19 % jen zřídka.

Stejně procentuální zastoupení, tedy 100 % kladných odpovědí získala i Plášková (2009, s. 64), na otázku, zda se respondenti domnívají, že pacienti s demencí vyžadují při hospitalizaci zvláštní péči. Z výsledků našeho dotazníkového šetření vyplývá, že 94 % respondentů se domnívá, že péče o nemocné s Alzheimerovou chorobou vyžaduje zvláštní přístup a 6 % kladnou odpověď připustilo.

Podle Pláškové (2009, s. 82) by 83 % respondentů ve většině případů agresivity pacienta s demencí volilo jako první slovní uklidnění, v 10 % by přivolali lékaře a 7 % dotazovaných by použilo omezovací prostředek. Ve srovnání s výsledky naší práce, kdy jako opatření pro zklidnění nemocného by 39 % respondentů volilo přístup k nemocnému, především komunikaci, 13 % by konzultovalo tento stav s lékařem, příp. podalo medikaci na jeho doporučení a 5 % využilo restriktivních opatření. Toto srovnání není zcela přesné, neboť respondenti v bakalářské práci Pláškové, 2009, nevyužili možnost uvést i jiné varianty, zatímco respondenti v naší bakalářské práci uvedli ve 24 % užití medikace, v 7 % uspokojování potřeb nebo odvedení pozornosti aktivitou, v 5 % pocit bezpečí, známé prostředí.

Plášková (2009, s. 90) ve své práci také uvádí, že 84 % dotazovaných má zájem se v dané problematice vzdělávat, zbývajících 16 % tento zájem nemá. S nepatrným procentuálním rozdílem respondenti v naší bakalářské práci uvedli, že mají v 86 % zájem o získání nových informací, zbývajících 14 % nikoli.

Při srovnávání těchto dvou bakalářských prací nebyly zjištěny ve výsledcích šetření žádné výrazné rozdíly.

## ZÁVĚR

Alzheimerova choroba je pojem, který slýcháme poslední dobou stále častěji, setkáváme se s lidmi s touto diagnózou nejen v nemocnicích, zařízeních sociální péče, ale i ve svém okolí. Alzheimerova choroba je jednou z nejrozšířenější formy demence, jejíž příčina doposud není známá. Předpokládá se, že faktorů ovlivňujících vznik Alzheimerovy choroby může být více (genetika, životní prostředí, stres, zánět, virové onemocnění, atd.). Mohou jí onemocnět i mladší jedinci, výskyt však roste s přibývajícím věkem. V době kdy i veřejnost má možnost získat informace týkající se této nemoci například z médií nebo internetu, se očekává, že ti, kteří poskytnou potřebné a především odborné informace nejen pacientům, klientům, ale i příbuzným jsou zdravotníci. Po sdělení diagnózy lékařem je pro pacienta sestru, případně ošetřovatelka tím nejbližším člověkem. Nemocný vlivem postupující nemoci bývá často bezradný, pociťuje úzkost. V situacích, kdy si neví rady, může být agresivní nebo naopak apatický, nebude nespolupracovat. V každém případě je zranitelný a potřebuje odbornou pomoc, stejně jako jeho rodina, která se mu snaží pomoci a mnohdy neví, jak na to.

Z výsledků bakalářské práce vyplývá, že převážná část zdravotníků ví, co znamená pojem Alzheimerova choroba, ve kterém věku se vyskytuje, že ji nelze léčit, ale jen zmírňovat její projevy. Do kontaktu s těmito lidmi přicházejí opravdu často, vědí co je pro projevy nemoci charakteristické a že péče o ně vyžaduje nejen zvláštní přístup, bezpečnostní opatření, ale že je také nezbytné podporovat pacientovu soběstačnost. Jedním z charakteristických projevů Alzheimerovy demence je neklid, který může vyvolat řada příčin, od nichž se pak odvíjí různá opatření vedoucí ke zklidnění nemocného. Většina zdravotníků by restriktivní opatření volila jen ve výjimečných případech, a to především k zajištění bezpečí nemocného. Podělili se o své zkušenosti, jak zabránit častým pádům, neboť Alzheimerova demence může být jednou z příčin. Někteří uvedli také možnosti, jak usnadnit nemocnému orientaci v prostoru, s níž mají lidé s touto diagnózou potíže. Jen malá část dotazovaných informací týkající se péče o nemocné s Alzheimerovou chorobou nezískává. Více než polovina z těch, kteří odpovídali kladně, mají na svém pracovišti přístup k těmto informacím. Téměř tři čtvrtiny zdravotníků je aktivních ve vyhledávání informací o péči o nemocné s Alzheimerovou chorobou. I další však mají zájem o získávání nových informací, vyhovujících způsobů, jak tyto informace získat je v bakalářské práci uvedených hned několik. Na závěr respondenti vyjádřili své myšlenky, zkušenosti, názory i přání.

Dotazovaní zdravotničtí pracovníci jsou tedy informováni o Alzheimerově chorobě, znají specifika ošetrovatelské péče, získávají informace o této nemoci a také mají zájem o získávání nových informací v oblasti péče o nemocné s Alzheimerovou chorobou.

Během vypracování naší bakalářské práce jsme si uvědomili, jak je důležité poskytnout dostatek informací vztahujících se především k přístupu k nemocným a zásadám ošetřování, a to nejen ošetrujícímu personálu, ale také pečujícím osobám. Z tohoto důvodu vznikl materiál, který usnadní orientaci v této problematice (viz Příloha P XVI.).

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

BÁRTLOVÁ, Sylva, Petr SADÍLEK a Valérie TÓTHOVÁ, 2005. *Výzkum a ošetrovatelství*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 80-7013-416-x.

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

CALLONE, Patricia R. a kol., 2008. *Alzheimerova nemoc: 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2320-4.

FARKAŠOVÁ, Dana a kol., 2005. *Ošetrovatelstvo - teória*. Martin: Osveta. ISBN 80-8063-182-4.

GLENNER, Joy A. a kol., 2012. *Péče o člověka s demencí*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0154-0.

GLOGAR, Alois, 2001. *Metodický manuál pro vypracování bakalářské a diplomové práce*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. ISBN 80-7318-011-1.

HAUKE, Marcela, 2014. *Zvládání problémových situací se seniory: nejen v pečovatelských službách*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5216-7.

JIRÁK, Roman a František KOUKOLÍK, 2004. *Demence: Neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-268-4.

JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ, Claudia BORZOVÁ a kol., 2009. *Demence a jiné poruchy paměti. Komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2454-6.

KOUKOLÍK, František a Roman JIRÁK, 1998. *Alzheimerova nemoc a další demence*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-615-3.

KOUKOLÍK, František a Roman JIRÁK, 1999. *Diagnostika a léčení syndromu demence*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-716-8.

KRÁTKÁ, Anna, 2007. *Potřeby nemocných v ošetrovatelském procesu*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati. ISBN 978-80-7318-643-2.

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2713-4.

MASTILIAKOVÁ, Dagmar, 2002. *Úvod do ošetrovatelství: systémový přístup*. Praha: Karolinum, 2 sv. ISBN 80-246-0429-91.

MINIBERGEROVÁ, Lenka a Jiří DUŠEK, 2006. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 80-7013-436-4.

PIDRMAN, Vladimír, 2007. *Demence*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1490-5.

PIDRMAN, Vladimír a Eduard KOLIBÁŠ, 2005. *Změny jednání seniorů*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-363-X.

PLEVOVÁ, Ilona a kol., 2011. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3557-3.

POKORNÁ, Andrea a kol., 2013. *Ošetrovatelství v geriatrii: hodnotící nástroje*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4316-5.

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

STAŇKOVÁ, Marta, 2002. *České ošetrovatelství 11, Sestra-reprezentant profese, Ediční řada-Praktické příručky pro sestry*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. ISBN 80-7013-368-6.

STAŇKOVÁ, Marta, 1997. *Lemon 1: učební texty pro sestry a porodní asistentky: ošetrovatelský proces, klinická ošetrovatelská praxe, glosář*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. ISBN 80-7013-234-5.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie a kol., 2006. *Základy ošetrovatelství*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-1091-4.

TRACHTOVÁ, Eva, Gabriela FOJTOVÁ a Dagmar MASTILIAKOVÁ, 2004. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Vyd. 2. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. ISBN 80-7013-324-4.

## INTERNETOVÉ ZDROJE

Česko, 2011. Předpis č. 55/2011 Sb. [online]. [cit. 2015-12-11]. Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků i jiných odborných pracovníků §3, §4, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů ČR*. Dostupné také z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55#content>

NECHANSKÁ, Blanka, 2013. Péče o pacienty léčené pro demenci v ambulantních a lůžkových zařízeních ČR v letech 2008-2012. In: *Aktuální informace Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky* [online]. 31.12.2013, č. 57/13 [cit. 2015-09-21].

Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/pece-pacienty-lecene-pro-demence-ambulantnich-luzkovych-zarizenich-cr-letech-2008-2012>

PLÁŠKOVÁ, Marie, 2009. *Péče o klienty s demencí v nemocničním prostředí*. Zlín. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, Ústav ošetrovatelství. Vedoucí práce Mgr. Petra Topičová.

Dostupné z: <http://hdl.handle.net/10563/9465>

VOLLAND, Jennifer a Anna FISHER, 2014. Best practices for engaging patients with dementia. *Nursing* [online]. Vol. 44, issue 11, s. 44-50 [cit. 2015-10-08]. DOI: 10.1097/01.NURSE.0000454951.95772.8d. ISSN 0360-4039.

Dostupné z:

[http://journals.lww.com/nursing/Fulltext/2014/11000/Best\\_practices\\_for\\_engaging\\_patients\\_with\\_dementia.13.aspx](http://journals.lww.com/nursing/Fulltext/2014/11000/Best_practices_for_engaging_patients_with_dementia.13.aspx)

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

aj.	a jiné	TV	televize
popř.	popřípadě	zdrav.	zdravotním, zdravotnický
příp.	případně	pac.	pacient
např.	například	onem.	onemocnění
atd.	a tak dále	ev.	eventuálně
tzn.	to znamená	nem.	nemocný
tzv.	tak zvaný	výjm.	výjimečných
ACH	Alzheimerova choroba	oš.	ošetřovatelských
CNS	centrální nervový systém	odd.	oddělení
EEG	elektroencefalografické vyšetření	RHB	rehabilitace
CT	computerová tomografie	soc.	sociální
MRI	magnetická rezonance	prac.	pracovníků
PET	pozitronová emisní tomografie	fyz.	fyzické
SPECT	speciální pozitronová emisní tomografie	psych.	psychické
MCI	mírná kognitivní porucha (Mild Cognitive Impairment)	resp.	respektive
SZP	střední zdravotnický personál		

**SEZNAM TABULEK**

Tabulka č. 1 <i>Pohlaví respondentů</i> .....	46
Tabulka č. 2 <i>Věk respondentů</i> .....	47
Tabulka č. 3 <i>Vaše oddělení (typ zařízení)</i> .....	48
Tabulka č. 4 <i>Délka praxe respondentů</i> .....	49
Tabulka č. 5 <i>Pracovní zařazení respondentů</i> .....	50
Tabulka č. 6 <i>Specializace respondentů</i> .....	51
Tabulka č. 7 <i>Vysvětlení pojmu Alzheimerova choroba</i> .....	52
Tabulka č. 8 <i>Výskyt Alzheimerovy choroby</i> .....	53
Tabulka č. 9 <i>Léčba Alzheimerovy choroby</i> .....	54
Tabulka č. 10 <i>Četnost kontaktu s nemocnými s ACH</i> .....	55
Tabulka č. 11 <i>Charakteristika nemocných s ACH</i> .....	56
Tabulka č. 12 <i>Zvláštní přístup v péči o nemocné s ACH</i> .....	58
Tabulka č. 13 <i>Zásady při péči o nemocné s ACH</i> .....	59
Tabulka č. 14 <i>Zvláštní bezpečnostní opatření u nemocných s ACH</i> .....	62
Tabulka č. 15 <i>Podpora soběstačnosti u nemocných s ACH</i> .....	63
Tabulka č. 16 <i>Příčina neklidu nemocného</i> .....	64
Tabulka č. 17 <i>Opatření pro zklidnění nemocného s ACH</i> .....	66
Tabulka č. 18 <i>Využití restriktivních opatření k zajištění nemocného s ACH</i> .....	68
Tabulka č. 19 <i>Alzheimerova choroba jako příčina častých pádů</i> .....	69
Tabulka č. 20 <i>Zkušenosti jak zabránit častým pádům</i> .....	70
Tabulka č. 21 <i>Problematika orientace v prostoru u nemocných s ACH</i> .....	72
Tabulka č. 22 <i>Možnosti usnadnění orientace v prostoru</i> .....	73
Tabulka č. 23 <i>Způsob získávání informací o péči nemocných s ACH</i> .....	75
Tabulka č. 24 <i>Přístup k informacím na pracovišti</i> .....	76
Tabulka č. 25 <i>Aktivita při vyhledávání informací o péči nemocných s ACH</i> .....	77
Tabulka č. 26 <i>Zájem o získávání nových informací</i> .....	78
Tabulka č. 27 <i>Vyhovující způsob získávání nových informací</i> .....	79
Tabulka č. 28 <i>Zájem o informace kolegů, kteří se zúčastnili školení</i> .....	81
Tabulka č. 29 <i>Chcete něco dodat?</i> .....	82



## SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 Pohlaví respondentů .....	46
Graf č. 2 Věk respondentů.....	47
Graf č. 3 Vaše oddělení (typ zařízení) .....	48
Graf č. 4 Délka praxe respondentů .....	49
Graf č. 5 Pracovní zařazení respondentů .....	50
Graf č. 6 Specializace respondentů .....	51
Graf č. 7 Vysvětlení pojmu Alzheimerova choroba .....	52
Graf č. 8 Výskyt Alzheimerovy choroby.....	53
Graf č. 9 Léčba Alzheimerovy demence.....	54
Graf č. 10 Četnost kontaktu s nemocnými s ACH .....	55
Graf č. 11 Charakteristika nemocných s ACH.....	56
Graf č. 12 Zvláštní přístup v péči o nemocné s ACH.....	58
Graf č. 13 Zásady při péči o nemocné s ACH.....	59
Graf č. 14 Zvláštní bezpečnostní opatření u nemocných s ACH.....	62
Graf č. 15 Podpora soběstačnosti u nemocných s ACH.....	63
Graf č. 16 Příčina neklidu nemocného .....	64
Graf č. 17 Opatření pro zklidnění nemocného s ACH.....	66
Graf č. 18 Využití restriktivních opatření k zajištění nemocného s ACH .....	68
Graf č. 19 Alzheimerova choroba jako příčina častých pádů.....	69
Graf č. 20 Zkušenosti jak zabránit častým pádům .....	70
Graf č. 21 Problematika orientace v prostoru u nemocných s ACH.....	72
Graf č. 22 Možnosti usnadnění orientace v prostoru .....	73
Graf č. 23 Způsob získávání informací o péči nemocných s ACH .....	75
Graf č. 24 Přístup k informacím na pracovišti.....	76
Graf č. 25 Aktivita při vyhledávání informací o péči nemocných s ACH.....	77
Graf č. 26 Zájem o získávání nových informací .....	78
Graf č. 27 Vyhovující způsob získávání nových informací .....	79
Graf č. 28 Zájem o informace kolegů, kteří se zúčastnili školení .....	81
Graf č. 29 Chcete něco dodat? .....	82

**SEZNAM PŘÍLOH**

- P I. Dělení demencí podle kritéria reverzibility, resp. Ireverzibility.
- P II. Progrese Alzheimerovy nemoci v mozku podle Rodgera A. Brumbacka, MD.
- P III. Mini-Mental State Examination (MMSE) – krátká škála mentálního stavu, tzv. Folsteinův test.
- P IV. MoCA test (Montreal Cognitive Assessment) – Nasreddinův test.
- P V.; VI. Test kreslení hodin (Clock Test, Clock Drawing Test – CDT).
- P VII. Addenbrookský kognitivní test (Addenbrooke's Cognitive Examination, ACE-R).
- P VIII. Sedmiminutový screeningový test (7 MST – 7 Minute Screen – 7 minute Neurocognitive Screening Battery).
- P IX. Ischemické skóre Hachinského.
- P X. Test základních všedních činností podle Barthelové.
- P XI. Test instrumentálních všedních činností.
- P XII. Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, §3 a §4.
- P XIII. Nursing: Best practices for engaging patients with dementia.
- P XIV. Dotazník.
- P XV. Žádost o umožnění otazníkového šetření.
- P XVI. Manuál k bakalářské práci: Alzheimerova choroba, jak s ní žít?

**Příloha P I.:****DĚLENÍ DEMENCÍ PODLE KRITÉRIA  
REVERZIBILITY, RESP. IREVERZIBILITY**

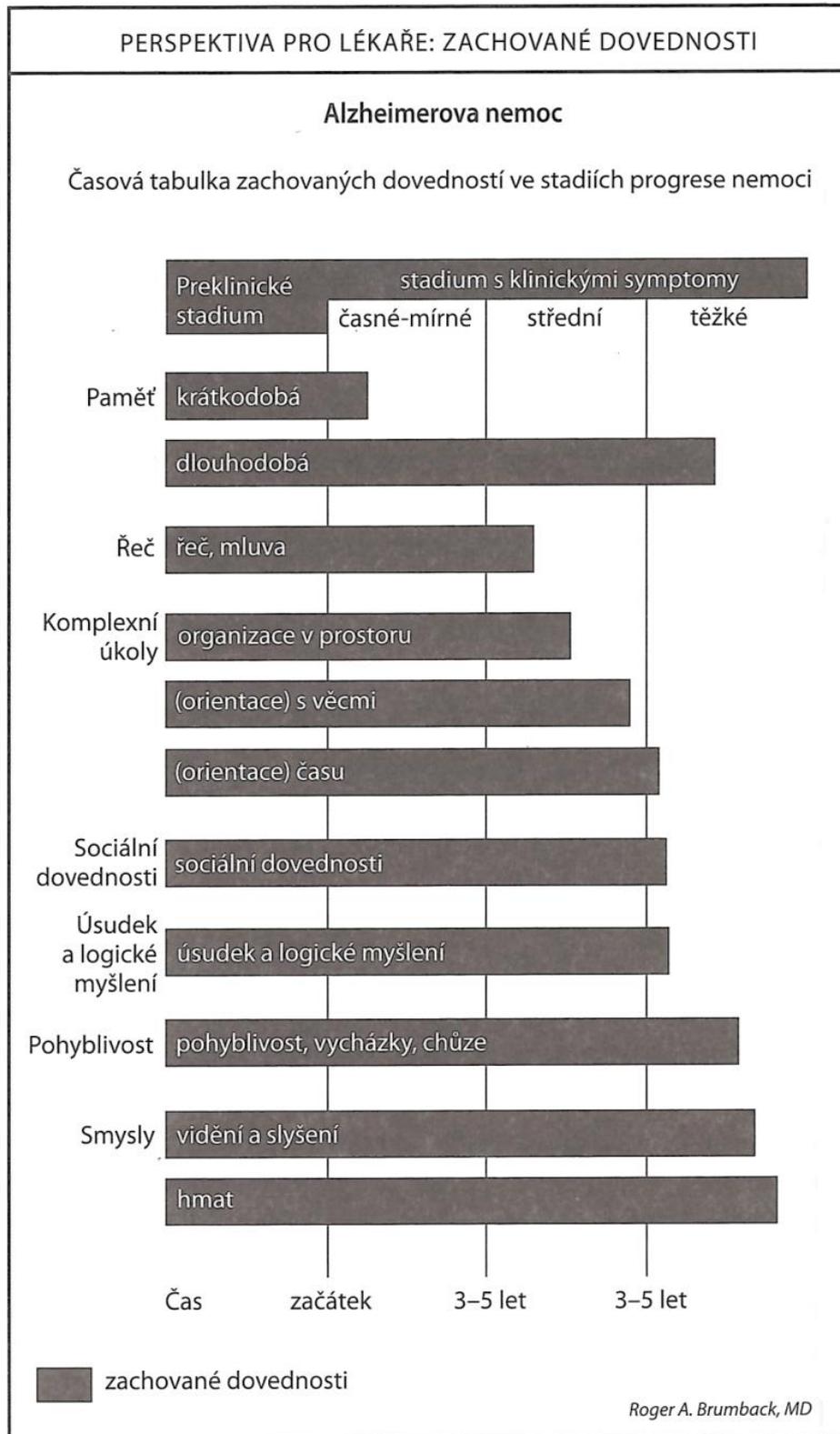
<b>Degenerativní nemoci</b>	Alzheimerova nemoc
	Frontotemporální demence
	Huntingtonova choroba
	Parkinsonova choroba
	Choroba s Lewyho tělísky
	Olivopontocerebelární atrofie
	Amyotrofická laterální skleróza/parkinsonizmus – demence komplex
	Wilsonova nemoc (pokud není léčena dosti časně)
	Metachromatická leukodystrofie
	Adrenoleukodystrofie
<b>Vaskulární demence</b>	Multiinfarktová demence
	Binswangerova nemoc
	Postembolické demence
	Artritida
	Postanoktický stav způsobený zástavou srdce, selháním srdce nebo intoxikací kysličníkem uhelnatým
<b>Traumatická demence</b>	Kraniocerebrální poranění
	Dementia pugilistica
<b>Infekce</b>	Creutzfeldtova-Jacobova nemoc (subakutní spongiformní encefalopatie)
	Progresivní multifokální leukoencefalopatie
	Postencefalitická demence

<b>Novotvary</b>	Gliomy
	Meningiomy
	Metastatické tumory, karcinomy, lymfomy, leukémie
	Vzdálené efekty karcinomů
<b>Metabolické poruchy</b>	Nemoci štítné žlázy (hyper- a hypotyreóza)
	Hypoglykemie
	Hypernatremie a hyponatremie
	Hyperkalcemie
	Renální selhání
	Hepatální selhání
	Cushingova nemoc
	Addisonova nemoc
	Hypopituitarizmus
	Wilsonova nemoc
<b>Traumata</b>	Kraniocerebrální trauma
	Akutní a chronický subdurální hematom
<b>Toxiny</b>	Závislosti alkoholové a jiné
	Těžké kovy (olovo, mangan, rtuť, arzen)
	Organické jedy, včetně rozpouštědel a insekticidů
<b>Infekce</b>	Bakteriální meningitida a encefalitida
	Parazitní meningitida a encefalitida
	Plísňová meningitida a encefalitida
	Virová meningitida a encefalitida
	Mozkový absces
	Neurosyfilis: meningovaskulární, <i>tabes dorsalis</i>
	Primární AIDS encefalopatie
<b>Autoimunní nemoci</b>	CNS vaskulitida
	Roztroušený lupus erythematoses
	Sclerosis multiplex

<b>Léky</b>	Antidepresiva tricyklická
	Anxiolytika benzodiazepinová
	Hypnotika benzodiazepinová
	Sedativa barbiturátová
	Antiarytmika
	Antihypertenziva
	Antikonvulsiva
	Digitalis
	Léky s anticholinergními účinky
<b>Nutriční nemoci</b>	Deficit tiaminu (Wernickova encefalopatie a Wernickův-Korsakoffův syndrom)
	Deficit vitamínu B <sub>12</sub> (zhoubná anémie)
	Deficit folátů
	Deficit vitamínu B <sub>6</sub> (pelagra)
<b>Jiné</b>	Normotenční hydrocefalus
	Whippleho nemoc
	Sarkoidóza
	Spánková apnoe

(Zdroj: Pidrman, 2007, s. 32-34)

**PŘÍLOHA P II.: PROGRESE ALZHEIMEROVY NEMOCI V MOZKU  
PODLE RODGERA A. BRUMBACKA, MD**



(Zdroj: Callone a kol., 2008, s. 29-30)

# PŘÍLOHA P III.: MINI-MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE) – KRÁTKÁ ŠKÁLA MENTÁLNÍHO STAVU, TZV. FOLSTEINŮV TEST

## Mini-Mental State Examination

Jméno: \_\_\_\_\_ Datum 1. vyšetření: \_\_\_\_\_ Datum 2. vyšetření: \_\_\_\_\_ Datum 3. vyšetření: \_\_\_\_\_

Za každý správně provedený úkol je posuzovaný hodnocen jedním bodem (=1), za každý špatně provedený úkol nula body (=0).

### 1. Orientace

- Kolikátého je dnes?
- Který je den v týdnu?
- Který je nyní měsíc?
- Který je nyní rok?
- Které je roční období?
- Jak se jmenuje země, ve které jsme?
- Ve kterém jsme okrese?
- Ve kterém jsme městě?
- Jak se jmenuje nemocnice, v níž jsme?
- Ve kterém jsme poschodí?

vyšetření		
1.	2.	3.

### 2. Zapamatování

Nyní vám vyjmenuji tři předměty. Zopakujte je po mně a zapamatujte si je, za chvíli se vás na tato slova zeptám znovu.

- Lopata
- Šátek
- Váza


### 3. Pozornost a počítání

Odečítejte od čísla 100 stále sedmičku. Skončete, až odečtete pětkrát za sebou.

- 93
- 86
- 79
- 72
- 65


Pokud testovaná osoba úkol nevládá nebo jej nechce provádět, vyzvěme ji, aby hláskovala pozpátku slovo o pěti písmenech, např. POKRM.

- M
- R
- K
- O
- P


### 4. Výbavnost

Vyzvěte testovanou osobu, aby zopakovala 3 slova, která si měla zapamatovat.

- Lopata
- Šátek
- Váza


### 5. Pojmenování

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

vyšetření		
1.	2.	3.

### 6. Opakování

- Opakujte po mně:  
„Žádná kdyby, nebo, ale.“

--	--	--

### 7. Třístupňový příkaz

Před testovanou osobu položíme list papíru a vyzvěme ji, aby vzala papír do pravé ruky, přeložila jej na polovinu a položila na zem.

- Uchopení papíru
- Přeložení na polovinu
- Položení na zem


### 8. Čtení a splnění příkazu

Testovanou osobu vyzvěme, aby přečetla a provedla úkol napsaný na druhé straně tohoto listu (úkol – „zavřete oči“).

--	--	--

### 9. Psaní

Vyzvěme testovanou osobu, aby napsala libovolnou větu. Věta musí dávat smysl, musí mít podmět a přísudek (podmět může být nevyjádřený).

--	--	--

### 10. Obkreslení obrazce

Testovaná osoba musí správně obkreslit 2 stejné pravidelné pětiúhelníky, protínající se jako čtyřúhelník.

--	--	--

	1. vyšetření	2. vyšetření	3. vyšetření
<b>Celkem bodů</b>			

### HODNOCENÍ:

- max. počet - 30 bodů
- 27 - 30 normální stav
- 25 - 26 hraniční nález, možnost demence
- 10 - 24 demence mírného až středně těžkého stupně
- 6 - 9 demence středně těžkého až těžkého stupně
- 6 a méně demence těžkého stupně

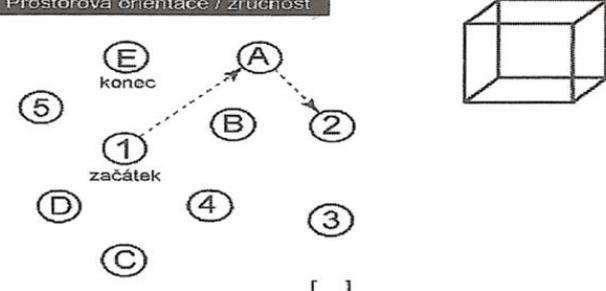
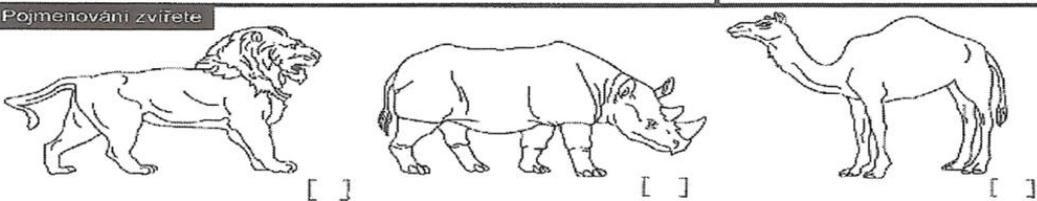


# PŘÍLOHA P IV.: MOCA TEST (MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT) – NASREDDINŮV TEST

MONTREALSKÝ KOGNITIVNÍ TEST (Nasreddinův test)

JMÉNO :  
Vzdělání :  
Pohlaví :

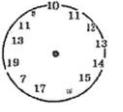
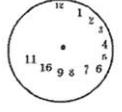
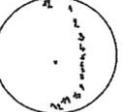
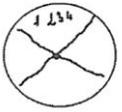
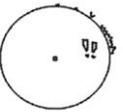
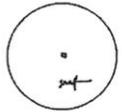
Datum narození :  
DATUM :

<b>Prostorová orientace / zručnost</b> 		Okopírujte krychli Namalujte ciferník a označte 11 hodin 10 minut (3 body)	BODY _____/15																		
<b>Pojmenování zvířete</b> 		[ ] kontura [ ] číslice [ ] ručičky																			
<b>Paměť</b>	Prečtěte řadu slov. Testovaný je musí opakovat. Zopakujte je ještě jednou. Po 5 minutách požádejte o opakování slov.	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>TVĚŘ</td> <td>SAMET</td> <td>KOSTEL</td> <td>KOPRETINA</td> <td>ČERVENÁ</td> </tr> <tr> <td>1.pokus</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.pokus</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		TVĚŘ	SAMET	KOSTEL	KOPRETINA	ČERVENÁ	1.pokus						2.pokus						žádný bod
	TVĚŘ	SAMET	KOSTEL	KOPRETINA	ČERVENÁ																
1.pokus																					
2.pokus																					
<b>Pozornost</b>	Prečtěte řadu čísel (1 za vteřinu). Testovaný je má zopakovat, jak šla za sebou. Testovaný je má zopakovat pozpátku.	[ ] 2 1 8 5 4 [ ] 7 4 2	___/2																		
<b>Čtete řadu písmen. Testovaný musí klepnout prstem pokaždé, když uslyší A. Při 2 a více chybách nedostane žádný bod.</b>	[ ] FBACMNAAJKLBFAKDEAAAJAMOF AAB		___/1																		
<b>Množina odečtů 7 od 100.</b>	[ ] 93 [ ] 86 [ ] 79 [ ] 72 [ ] 65 4-5 správných odečtů = 3 body / 2-3 správné = 2 body / 1 správný = 1 bod / 0 správný = 0 bod		___/3																		
<b>Reč</b>	Opakujte po mně: Pouze vím, že je to Jan, kdo má dnes pomáhat. [ ] Když jsou v místnosti psi, kočka se vždy schová pod gauč. [ ]		___/2																		
<b>Vybavování slov:</b>	Řekněte co nejvíce slov, která začínají písmenem K, během 1 minuty. [ ] (N > 11 slov)		___/1																		
<b>Abstrakce</b>	Podobnost mezi např. banán-pomeranč = ovoce. [ ] vlak - bicykl [ ] hodinky - pravítka		___/2																		
<b>Pozdější vybavení slov</b>	<table border="1"> <tr> <td>Vybavení slov BEZ NÁPOVĚDY</td> <td>TVĚŘ</td> <td>SAMET</td> <td>KOSTEL</td> <td>KOPRETINA</td> <td>ČERVENÁ</td> </tr> <tr> <td>[ ]</td> <td>[ ]</td> <td>[ ]</td> <td>[ ]</td> <td>[ ]</td> <td>[ ]</td> </tr> </table>	Vybavení slov BEZ NÁPOVĚDY	TVĚŘ	SAMET	KOSTEL	KOPRETINA	ČERVENÁ	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	Body se udělí pouze BEZ NÁPOVĚDY	___/5						
Vybavení slov BEZ NÁPOVĚDY	TVĚŘ	SAMET	KOSTEL	KOPRETINA	ČERVENÁ																
[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]																
<b>Nepovinné</b>	Jedna nápověda Více nápověd																				
<b>Orientace</b>	[ ] datum [ ] měsíc [ ] rok [ ] den [ ] místo [ ] město		___/6																		
© Z.Nasreddine MD www.mocatest.org		NORMA ≥ 26 / 30	CELKEM Přičej 1 bod všem, kteří nemají 12 leté školní vzdělání	___/30																	

(Zdroj: Pokorná a kol., 2013, s. 30-32)



**PŘÍLOHA P V.; P VI.: TEST KRESLENÍ HODIN  
(CLOCK TEST, CLOCK DRAWING TEST –  
CDT)**

Skóre	Popis	Příklady	
1	Bezchybné provedení: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Číslice 1–2 ve správném pořadí i místě</li> <li>▪ Dvě ručičky ve správné poloze</li> </ul>		
2	Lehká prostorová chyba ciferníku hodin: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vzdálenosti mezi číslicemi nerovnoměrné</li> <li>▪ Číslice mimo kruh</li> <li>▪ Otočení papíru s otočením číslic</li> <li>▪ Použití pomocných čar pro lepší orientaci</li> </ul>		
3	Chybné zaznamenání času, zachované prostorové uspořádání hodin: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pouze jedna ručička</li> <li>▪ Čas zaznamenáván slovně „10 hodin 10 minut“</li> <li>▪ Čas vůbec nezaznamenán</li> </ul>		
4	Střední stupeň prostorové dezorganizace, takže zaznamenání času není možné: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nepravdivé mezery</li> <li>▪ Zapomenutí čísel</li> <li>▪ Perseverace: opakování kruhu, číslice na jednu stranu od 12</li> <li>▪ Záměna pravý/levý (číslíce proti směru)</li> <li>▪ Dysgrafie – chybějící čitelné číslice</li> </ul>		
5	Těžká prostorová dezorganizace: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Jako u skóre 4, ale silněji vyjádřeno</li> </ul>		
6	Chybí zakreslení hodin (CAVE: vylučte depresi/delirium): <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Žádný pokus zakreslit hodiny</li> <li>▪ Ani vzdálená podobnost s hodinami</li> <li>▪ Napsáno slovo nebo jméno</li> </ul>		

**Pokyny pro provedení**

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

Test kreslení hodin – Clock Drawing Test		
Hodnocená oblast		Body
1	<b>Integrita ciferníku (maximálně dva body)</b>	<b>max. 2</b>
	Kruh je nakreslen bez hrubého narušení.	2
	Kruh je nedokončený nebo porušený.	1
	Kruh schází nebo je kresba zcela nedostatečná.	0
2	<b>Kresba a pořadí čísel</b>	<b>max. 4</b>
	Čísla jsou ve správném pořadí, minimální chyby v prostorovém uspořádání.	4
	Čísla jsou nakreslena ve správném pořadí, ale jsou chyby v prostorovém uspořádání.	3
	Některá čísla jsou přidaná nebo naopak schází, ale zbývající nejsou výrazněji narušena. Čísla jsou řazena proti směru hodinových ručiček. Všechna čísla jsou přítomna, ale prostorové uspořádání je hrubě narušeno (částečné opomíjení, čísla umístěna mimo kruh).	2
	Scházející nebo přidaná čísla a narušení prostorového uspořádání.	1
	Čísla schází nebo jsou nepatřičná.	0
3	<b>Kresba a nastavení ručiček</b>	<b>max. 4</b>
	Ručičky jsou ve správné pozici a přiměřeně velké.	4
	Malé chyby v nastavení ručiček nebo jsou rozdíly v jejich velikosti.	3
	Výrazné chyby v nastavení ručiček.	2
	Pouze jedna ručička je umístěna správně nebo špatné znázornění ručiček.	1
	Ručičky schází nebo jsou přehozeny.	0

*Zdravé osoby by měly mít 9–10 bodů, nižší výkon je podezřelý z kognitivní deteriorace.*

### Test kreslení hodin – hodnocení

Zhodnoťte nakreslené hodiny tak, že každé správně nakreslené části hodin přidělíte po 1 bodu (jak je dále popsáno v bodech 1–7).

1. Uvnitř ciferníku jsou pouze čísla 1–12, arabskými nebo římskými číslicemi:
  - chybně, jestliže chybí kterákoli číslice mezi 1–12,
  - chybně, jestliže jsou mezi číslicemi 1–12 navíc jiná čísla,
  - chybně, jestliže jsou v ciferníku jiná čísla (např. 20).
2. Čísla jsou zapsána ve správném sledu:
  - čísla musí být seřazena vzestupně,
  - čísla nemusí dosáhnout „12“.
3. Čísla jsou umístěna ve správné poloze:
  - v každém ze 4 kvadrantů ciferníku jsou 3 číslice,
  - čísla v každém kvadrantu musí být správná (tj. např. 1–3 v pravém horním kvadrantu).
4. Jsou zakresleny obě ručičky:
  - musí být zakresleny 2 ručičky, zakroužkování čísla nebo jiné symboly jsou nesprávné.
5. Je označena požadovaná hodina („2“):
  - může být označena též šipkou, tečkou nebo zakroužkována,
  - označení musí být blízko „2“ a ne u jiných čísel.
6. Je označena požadovaná minuta:
  - může být označena též šipkou, tečkou nebo zakroužkována,
  - označení musí být blízko čísla „10“ a ne u jiných čísel.
7. Jsou zřetelně velikostí odlišeny malá a velká ručička (malá kratší než velká):
  - stačí, když pacient řekne „*tato (malá) ručička je kratší*“.

Maximální počet bodů = 7

Skóre \_\_\_\_\_

(Zdroj: Pokorná a kol., 2013, s. 33-36)



**Líst pro pacienta**

**ZAVŘETE OČI**

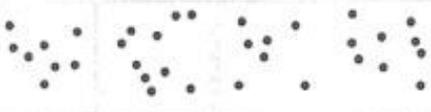
**šít litr saze těsto výška**

**JAZYK**

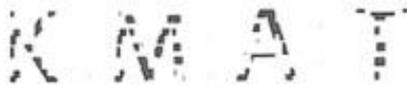
**14.**




**15.**



**16.**



**ZRAKOVÉ - PROSTOROVÉ SCHOPNOSTI**

(Zdroj: Pokorná a kol., 2013, s. 33)



Test orientace	Správná odpověď <sup>(1)</sup>	Odpověď pacienta <sup>(2)</sup>	Bodování	Body
Měsíc (zeptejte se: „Jaký je měsíc v roce?“)			Za každý nesprávně uvedený měsíc započítat po 5 bodech (maximální počet bodů = 30)	
Datum (zeptejte se: „Kolikátého je dnes?“)			Za každý nesprávně uvedený den započítat po 1 bodu (maximální počet bodů = 15)	
Rok (zeptejte se: „Jaký píšeme rok?“)			Započítat po 10 bodech za každý nesprávně uvedený rok (maximální počet bodů = 60)	
Den v týdnu (zeptejte se: „Který je den v týdnu?“)			Započítat po 1 bodu za každý nesprávně uvedený den (maximální počet bodů = 3)	
Čas (zeptejte se: „Kolik je teď hodin?“) Přesvědčte se, že pacient nevidí na hodiny ani hodinky.			Započítat po 1 bodu za každých 30 minut odchylky (maximální počet bodů = 5)	
Celkem (součet bodů ze všech 5 dílčích výsledků, maximálně = 113)		Celkový počet bodů =		

<sup>1</sup> Uvedte v tomto sloupci současný měsíc, datum, rok, den v týdnu a čas.

<sup>2</sup> Pokud pacient neodpovídá nebo odpovídá „nevím“, povzbudte ho, aby odpověděl, i kdyby měl pouze hádat. Pokud neodpoví, započtete za otázku maximální počet bodů.

## PŘÍLOHA P IX.: ISCHEMICKÉ SKÓRE HACHINSKÉHO

<b>Projev</b>	<b>Body</b>
Náhlý vznik	2
Kolísavý průběh	2
Iktus v anamnéze	2
Ložiskové neurologické symptomy	2
Topický neurologický nález	2
Náhlé zhoršení	1
Noční zmatenost	1
Relativní zachování osobnosti	1
Deprese	1
Somatické stesky	1
Emoční inkontinence	1
Arteriální hypertenze v anamnéze	1
Známky arteriosklerózy	1
<b>Hodnocení nálezu</b>	<b>Součet skóre</b>
AN (AD)	≤ 4
VaD	> 7
neprůkazné intermediární skóre	5–7

(Zdroj: Pidrman, 2007, s. 170)



**PŘÍLOHA P X.: TEST ZÁKLADNÍCH VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ  
PODLE BARTHELOVÉ**

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 nebo s pomocí	5
	■ neprovede	0
4. osobní hygiena	■ samostatně nebo s pomocí	5
	■ neprovede	0
5. kontinence stolice	■ plně kontinentní	10
	■ občas inkontinentní	5
	■ trvale inkontinentní	0
6. kontinence moči	■ plně kontinentní	10
	■ občas inkontinentní	5
	■ trvale 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 více než 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
<b>Celkové skóre (0 až 100):</b>		
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		

(Zdroj: Pidrman, 2007, s. 174)

## PŘÍLOHA P XI.: TEST INSTRUMENTÁLNÍCH VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ

Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre
1. telefonování	■ vyhledá samostatně číslo, vytočí je	10
	■ zná několik čísel, odpovídá na zavolání	5
	■ nedokáže použít telefon	0
2. transport	■ samostatně cestuje dopravním prostředkem	10
	■ cestuje, je-li doprovázen	5
	■ vyžaduje pomoc druhé osoby, speciálně upravený vůz apod.	0
3. nakupování	■ dojde samostatně nakoupit	10
	■ nakoupí s doprovodem nebo radou druhé osoby	5
	■ neschopen bez podstatné pomoci	0
4. vaření	■ samostatně uvaří celé jídlo	10
	■ ohřeje jídlo	5
	■ jídlo musí připravit druhá osoba	0
5. domácí práce	■ udržuje domácnost s výjimkou těžkých prací	10
	■ provede pouze lehčí práce nebo je úklid nedostatečný	5
	■ potřebuje pomoc při většině prací nebo se práce v domácnosti neúčastní	0
6. práce kolem domu	■ provádí samostatně a pravidelně	10
	■ provede pod dohledem	5
	■ vyžaduje pomoc, neprovede	0
7. užívání léků	■ užívá samostatně v určenou dobu správnou dávku, zná názvy léků	10
	■ užívá, jsou-li připraveny a připomenuty	5
	■ léky musejí být podány druhou osobou	0
8. finance	■ spravuje samostatně, platí účty, zná příjmy a výdaje	10
	■ zvládne drobné výdaje, potřebuje pomoc se složitějšími operacemi	5
	■ neschopen bez pomoci zacházet s penězi	0
<b>Celkové skóre (0 až 80):</b>		
Hodnocení stupně závislosti v instrumentálních všedních činnostech:		
0–40 bodů . . . . . závislý		
45–75 bodů . . . . . částečně závislý		
100 bodů . . . . . nezávislý		

(Zdroj: Pidrman, 2007, s. 173)

**PŘÍLOHA P XII.: VYHLÁŠKA O ČINNOSTECH ZDRAVOTNICKÝCH  
PRACOVNÍKŮ I JINÝCH ODBORNÝCH PRACOVNÍKŮ (§3, §4)**

**Činnosti zdravotnických pracovníků po získání odborné způsobilosti**  
**§ 3**

**Činnosti zdravotnického pracovníka s odbornou způsobilostí**

- 1) Zdravotnický pracovník uvedený v § 4 až 29 bez odborného dohledu a bez indikace v rozsahu své odborné způsobilosti
  - a) poskytuje zdravotní péči v souladu s právními předpisy a standardy,
  - b) dbá na dodržování hygienicko-epidemiologického režimu v souladu s právními předpisy upravujícími ochranu veřejného zdraví<sup>6)</sup>,
  - c) vede zdravotnickou dokumentaci a další dokumentaci vyplývající z jiných právních předpisů<sup>7)</sup>, pracuje s informačním systémem zdravotnického zařízení,
  - d) poskytuje pacientovi informace v souladu se svou odbornou způsobilostí, případně pokyny lékaře,
  - e) podílí se na praktickém vyučování ve studijních oborech k získání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání uskutečňovaných středními školami a vyššími odbornými školami, v akreditovaných zdravotnických studijních programech k získání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání uskutečňovaných vysokými školami v České republice a ve vzdělávacích programech akreditovaných kvalifikačních kurzů,
  - f) podílí se na přípravě standardů.
- 2) Zdravotnický pracovník uvedený v § 30 až 43 po získání odborné způsobilosti<sup>8)</sup> pod odborným dohledem zdravotnického pracovníka způsobilého k výkonu povolání bez odborného dohledu v rozsahu své odborné způsobilosti
  - a) poskytuje zdravotní péči v souladu s právními předpisy a standardy,
  - b) pracuje se zdravotnickou dokumentací a s informačním systémem zdravotnického zařízení.
- 3) Pokud zdravotnický pracovník vykonává činnosti zvláště důležité z hlediska radiační ochrany, musí splňovat zvláštní požadavky stanovené jiným právním předpisem<sup>9)</sup>.

- 4) Zdravotnický pracovník, který vykonává činnosti pod odborným dohledem zdravotnického pracovníka se specializovanou způsobilostí, může také vykonávat z těchto činností úzce vymezené činnosti pod odborným dohledem zdravotnického pracovníka, který je v rozsahu své zvláštní odborné způsobilosti k výkonu takových úzce vymezených činností způsobilý.

## § 4

### Všeobecná sestra

- 1) Všeobecná sestra vykonává činnosti podle § 3 odst. 1 a dále bez odborného dohledu a bez indikace, v souladu s diagnózou stanovenou lékařem poskytuje, případně zajišťuje základní a specializovanou ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Přitom zejména může
- a) vyhodnocovat potřeby a úroveň soběstačnosti pacientů, projevů jejich onemocnění, rizikových faktorů, a to i za použití měřicích technik používaných v ošetrovatelské praxi (například testů soběstačnosti, rizika proleženin, měření intenzity bolesti, stavu výživy),
  - b) sledovat a orientačně hodnotit fyziologické funkce pacientů, to je dech, puls, elektrokardiogram, tělesnou teplotu, krevní tlak a další tělesné parametry,
  - c) pozorovat, hodnotit a zaznamenávat stav pacienta,
  - d) zajišťovat herní aktivity dětí,
  - e) zajišťovat a provádět vyšetření biologického materiálu získaného neinvazivní cestou a kapilární krve semikvantitativními metodami (diagnostickými proužky),
  - f) provádět odsávání sekretů z horních cest dýchacích a zajišťovat jejich průchodnost,
  - g) hodnotit a ošetřovat poruchy celistvosti kůže a chronické rány a ošetřovat stomie, centrální a periferní žilní vstupy,
  - h) provádět ve spolupráci s fyzioterapeutem a ergoterapeutem rehabilitační ošetřování, to je zejména polohování, posazování, dechová cvičení a metody bazální stimulace s ohledem na prevenci a nápravu hybných a tonusových odchylek, včetně prevence dalších poruch z mobility,
  - i) provádět nácvik sebeobsluhy s cílem zvyšování soběstačnosti,

- j) edukovat pacienty, případně jiné osoby v ošetrovatelských postupech a připravovat pro ně informační materiály,
  - k) orientačně hodnotit sociální situaci pacienta, identifikovat potřebnost spolupráce sociálního nebo zdravotně-sociálního pracovníka a zprostředkovat pomoc v otázkách sociálních a sociálně-právních,
  - l) zajišťovat činnosti spojené s přijetím, přemísťováním a propuštěním pacientů,
  - m) provádět psychickou podporu umírajících a jejich blízkých a po stanovení smrti lékařem zajišťovat péči o tělo zemřelého a činnosti spojené s úmrtím pacienta,
  - n) přejímat, kontrolovat, ukládat léčivé přípravky, včetně návykových látek<sup>10)</sup>, (dále jen „léčivé přípravky“), manipulovat s nimi a zajišťovat jejich dostatečnou zásobu,
  - o) přejímat, kontrolovat a ukládat zdravotnické prostředky<sup>11)</sup> a prádlo, manipulovat s nimi a zajišťovat jejich dezinfekci a sterilizaci a jejich dostatečnou zásobu.
- 2) Všeobecná sestra pod odborným dohledem všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí nebo porodní asistentky se specializovanou způsobilostí v oboru, v souladu s diagnózou stanovenou lékařem může vykonávat činnosti podle odstavce 1 písm. b) až i) při poskytování vysoce specializované ošetrovatelské péče.
- 3) Všeobecná sestra může vykonávat bez odborného dohledu na základě indikace lékaře činnosti při poskytování preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační, neodkladné a dispenzární péče. Přitom zejména připravuje pacienty k diagnostickým a léčebným postupům, na základě indikace lékaře je provádí nebo při nich asistuje, zajišťuje ošetrovatelskou péči při těchto výkonech a po nich; zejména může
- a) podávat léčivé přípravky<sup>10)</sup> s výjimkou nitrožilních injekcí nebo infuzí u novorozenců a dětí do 3 let a s výjimkou radiofarmak; pokud není dále uvedeno jinak,
  - b) zavádět a udržovat kyslíkovou terapii,
  - c) provádět screeningová a depistážní vyšetření, odebírat biologický materiál a orientačně hodnotit, zda jsou výsledky fyziologické,
  - d) provádět ošetření akutních a operačních ran, včetně ošetření drénů,
  - e) provádět katetrizaci močového měchýře žen a dívek nad 10 let, pečovat o močové katetry pacientů všech věkových kategorií, včetně výplachů močového měchýře,

- f) provádět výměnu a ošetření tracheostomické kanyly, zavádět nazogastrické sondy pacientům při vědomí starším 10 let, pečovat o ně a aplikovat výživu sondou, případně žaludečními nebo duodenálními stomiemi u pacientů všech věkových kategorií,
  - g) provádět výplach žaludku u pacientů při vědomí starších 10 let.
- 4) Všeobecná sestra pod odborným dohledem lékaře může
- a) aplikovat nitrožilně krevní deriváty<sup>12)</sup>,
  - b) asistovat při zahájení aplikace transfuzních přípravků<sup>13)</sup> a dále bez odborného dohledu na základě indikace lékaře ošetřovat pacienta v průběhu aplikace a ukončovat ji.

Česko, 2011. Předpis č. 55/2011 Sb. [online]. [cit. 2015-12-11]. Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků i jiných odborných pracovníků §3, §4, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů ČR*. Dostupné také z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55#content>

## PŘÍLOHA P XIII.: NURSING: Best practices for engaging patients with dementia

designed for individuals without cognitive limitations. Dr. Montessori's work later evolved to working with children from low-income areas in housing projects. She tested her approaches in the field for over 50 years.<sup>3</sup> (See *Understanding the Montessori method*.)

The Montessori method has been adapted to help engage adults with dementia by stimulating the mind with activities that use fine motor skills and build self-esteem. Examples of Montessori method techniques include the use of shapes, cards, chips, and objects that enhance fine motor skills.<sup>4</sup> For example, the use of tongs can be effective because they require manual manipulation as well as providing an exercise that gives structure to the patient's environment. Initially, the activity may include picking up an item with a set of tongs, with a gradual progression to selecting items with a similar color or shape and placing them in a defined location.<sup>5</sup> Engaging patients in activities that use tongs also develops manual dexterity by promoting pincer grasp,



The Montessori method has been adapted to help engage adults with dementia by stimulating the mind with activities that use fine motor skills and build self-esteem.

which is needed for many activities of daily living such as zipping clothes and holding small objects.<sup>6</sup>

Montessori-Based Dementia Programming (MBDP) bridges the work done initially with children to adults with dementia. Dr. Cameron Camp and the Myers Research Institute are pioneers of the MBDP work that started in the late 1990s.<sup>3,7</sup> The work by Dr. Camp started with using the Montessori method with his daughter, who had a learning disability, and later working in one of the first adult day healthcare centers for patients with dementia. He found that the same Montessori principles and interventions that had helped his daughter were effective with people who had a memory deficit but could still engage in procedural learning.<sup>3</sup>

Activities with patients with dementia are structured to progress from the simple to the complex and are intended to be interactive for short bursts of time. Although clinicians often facilitate the interaction, a family member can do it just as easily.

The Montessori method employs strategies that are distinct from traditional learning methods that had been used with patients with dementia. From the work of Dr. Camp, it was discovered that using "spaced retrieval"—providing patients with practice at successfully remembering information spaced over increasing time limits—engages implicit memory in patients with dementia.<sup>3</sup>

In the postacute care setting, Montessori activities are adapted to meet the level of the individual learner. For patients with a mild stage of dementia, Montessori activities involve a higher level of thinking such as drawing, short reading and discussion, and simple science experiments.

A challenge in postacute care is finding the type of activity that

### Understanding the Montessori method<sup>18</sup>

The Montessori method structures the environment and learning in an individualized way. Some principles include:

- observing the individual to determine needs and interests
- respecting and encouraging an absorbent mind
- allowing freedom to explore within a safe environment in a positive manner (where independence and self-directed learning are important)
- providing opportunities for hands-on education whenever possible for learning abstract concepts and engaging with the environment
- emphasizing practical life activities that promote sensory stimulation, control of movement, concentration, and coordination
- providing choices in the selection of activities with the ability to repeat the action as often as needed
- developing a sense of satisfaction for work well done without interruption, competition, tests, rewards, or punishments
- creating an orderly and attractive work environment
- demonstrating how to do activities before assuming an individual knows the appropriate behavior
- isolating qualities of an activity (for example, separating the element of shape from color, if shape is the focus of the activity).

# PŘÍLOHA P XIV.: DOTAZNÍK

## Alzheimerova choroba pohledem zdravotníků

Vážená paní, vážený pane,

Jmenuji se Michaela Podsedníčková, studuji na Fakultě humanitních studií UTB ve Zlíně studijní program Ošetrovatelství, studijní obor Všeobecná sestra. V rámci ukončení studia zpracovávám bakalářskou práci se zaměřením na Alzheimerovu chorobu a ošetrovatelskou péči. Součástí průzkumné části mé práce je mimo jiné dotazník a já Vás chci touto cestou poprosit o jeho vyplnění. Dotazník je zcela anonymní, uvedené odpovědi budou použity pouze pro potřebu bakalářské práce.

Pokyny k vyplnění dotazníku: pokud nebude uvedeno jinak, zakroužkujte prosím jen jednu odpověď, která nejvíce vyhovuje Vašemu názoru.

Doba k vyplnění dotazníku je přibližně 15 minut. Předem Vám děkuji za ochotu a spolupráci, bez Vaší pomoci bych nemohla svou práci dokončit.

Podsedníčková Michaela

1. Jaké je Vaše pohlaví?

- žena
- muž

2. Napište svůj věk...

3. Na kterém oddělení (typu zařízení) pracujete?

- interna
- chirurgie
- ortopedie
- traumatologie
- neurologie
- LDN
- sociální zařízení
- jiné (doplňte).....



4. Délka Vaší praxe po ukončení studia (doplňte).....

- do 1 roku
- od 1 do 3 let
- od 3 do 5 let
- od 5 do 10 let
- 10 a více

5. Jaké je Vaše pracovní zařazení?

- všeobecná sestra
- zdravotnický asistent
- ošetrovatel/ka, sanitář/ka
- jiné (doplňte).....

6. Máte specializaci?

- ne
- ano (doplňte jakou).....

7. Alzheimerova choroba je podle Vás

- vývojová vada, která se projeví v dospělosti
- je onemocnění mozku, při kterém dochází k postupné demenci
- vrozená porucha osobnosti
- stařecká demence
- nevím

8. Alzheimerova choroba se může vyskytnout (můžete označit i více možností)

- v každém věku
- u dětí
- u adolescentů
- u osob nad 65 let
- u osob nad 80 let
- u osob do 30 let
- u osob nad 40 let
- jiné (uveďte)

9. Alzheimerova choroba

- lze při dodržení doporučení lékaře zcela vyléčit
- nelze vyléčit, ale lze zmírňovat její projevy
- odezní sama
- nevím

10. Přicházíte do styku s nemocnými s Alzheimerovou chorobou (dále jen ACH)?

- velmi často
- často
- zřídka
- ne
- nevím (pokud ano, nepoznal/a jsem to)

11. Co je pro ně charakteristické? (můžete označit i více možností)

- časté zapomínání
- špatná orientace
- apatie, spavost
- poruchy nálad
- porucha spánku
- zvýšený neklid
- závislost na ošetřující osobě
- ukládání věcí na jiná místa
- problémy při oblékání
- nepoznává rodinu, personál
- bloudí, nemůže najít svůj pokoj
- časté bolesti hlavy
- jiné (doplňte)

12. Vyžaduje podle Vás péče o nemocné s ACH zvláštní přístup?

- určitě ano
- nejspíš ano
- nejspíš ne
- určitě ne
- nevím

13. Jaké zásady by měly být dodržovány při péči o nemocné s ACH? (doplňte).....

.....

.....

.....

.....

14. Vyžadují nemocní s ACH zvláštní bezpečnostní opatření?

- určitě ne
- nejspíš ne
- nejspíš ano
- ano

Pokud jste označil/a odpověď *nejspíš ano* a *ano*, uveďte možná opatření: .....

.....

.....

.....

15. Je důležité u nemocných s ACH podporovat soběstačnost?

- určitě ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne
- nevím

16. Co může vyvolat neklid nemocného?

.....

.....

.....

.....

17. Pokud je nemocný neklidný, jaká uděláte opatření pro jeho zklidnění?

.....

.....

.....

.....

18. Myslíte si, že je vhodné využít restriktivních opatření (postranic, kurtů, léků, aj.) k zajištění bezpečí nemocného?

- ano, ale výjimečně
- ne
- vždy
- nevím

19. Může být Alzheimerova choroba příčinou častých pádů?

- ano
- ne
- spíše ano
- spíše ne

20. Jak jim lze zabránit? Uveďte prosím své zkušenosti.

.....

.....

.....

.....

21. Mají podle Vás nemocní s ACH problémy s orientací v prostoru?

- ano
- ne
- zřídka
- velmi často

22. Znáte nějaké možnosti, jak jim ji usnadnit?

- ne
- ano, jaké?

.....

.....

.....

.....

23. Jakým způsobem získáváte informace o péči nemocných s ACH?

(můžete označit více odpovědí)

- letáky, brožury, literatura
- internet
- pravidelné semináře, školení
- akreditované kurzy
- stáže na specializovaném pracovišti, kde pečují o nemocné s ACH
- informace nezískávám
- jiné (doplňte).....

24. Máte na svém pracovišti přístup k těmto informacím?

- ano, prosím uveďte zdroje .....
- ne
- nevím, nezajímám se o to

25. Jste sám/a aktivní ve vyhledávání informací o péči nemocných s ACH?

- ano, určitě
- ano, někdy
- ne

26. Máte zájem o získávání nových informací?

- určitě ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne (uveďte proč)

27. Jaký způsob získávání nových informací by Vám nejvíce vyhovoval?

.....

.....

.....

.....

28. Pokud víte, že se kolega/kolegyně zúčastnil/a školení zaměřeného na péči o nemocné s ACH zajímáte se o informace, které získal/a?

- ano, všechny
- ano, ale jen ty, které mne zajímají
- výjimečně
- většinou ne

29. Je něco, co Vám v dotazníku chybělo, a co byste chtěl/a dodat?

.....

.....

.....

.....

# PŘÍLOHA P XV.: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

## ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (prezenční – kombinovaná forma studia).

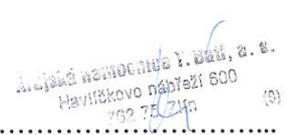
Jméno a příjmení studenta	Michaela Podsedníčková		
Téma bakalářské práce	Alzheimerova choroba pohledem zdravotníků		
Vedoucí bakalářské práce	PhDr. Anna Krátká, Ph.D.		
	 ..... podpis		
Skupina respondentů	Zdravotničtí pracovníci		
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis	
TRAUMATOLOGIE	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím	Renata Kolínková	
CHIRURGIE 5	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím	Jitka Kocianová	
NEUROLOGIE	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím	Jarmila Moudrá	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne ...19-02-2015.....

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií  
Ústav zdravotnických věd

  
.....  
Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.  
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

  
.....  
razítko a podpis zástupce zařízení

### ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (prezenční – kombinovaná forma studia).

Jméno a příjmení studenta	Michaela Podsedníčková		
Téma bakalářské práce	Alzheimerova choroba pohledem zdravotníků		
Vedoucí bakalářské práce	PhDr. Anna Krátká, Ph.D.		
	 ..... podpis		
Skupina respondentů	Zdravotničtí pracovníci		
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis	
INTERKON KLINICKÁ	Souhlasím <del>Nesouhlasím</del>	Ing. Marcela Dráková	
CIKG	Souhlasím <del>Nesouhlasím</del>	 Karla Vrlová	
	Souhlasím <del>Nesouhlasím</del>		

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 19-02-2015

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
 Fakulta humanitních studií  
 Ústav zdravotnických věd



Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.  
 ředitelka Ústavu zdravotnických věd

Státní nemocnice, a. s.  
 Havlíčkovo nábřeží 500  
 762 01 Zlín

.....  
 razítko a podpis zástupce zařízení (9)



### ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (prezenční – kombinovaná forma studia).

Jméno a příjmení studenta	Michaela Podsedníčková	
Téma bakalářské práce	Alzheimerova choroba pohledem zdravotníků	
Vedoucí bakalářské práce	PhDr. Anna Krátká, Ph.D.	
	 ..... podpis	
Skupina respondentů	Zdravotničtí pracovníci	
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis
<i>L. INTERNA</i>	Souhlasím      Nesouhlasím	<i>H. st. s. Hotařová Pavlína</i>
<i>NEUROLOGIE</i>	Souhlasím      Nesouhlasím	<b>MACHÁČKOVÁ</b>
	Souhlasím      Nesouhlasím	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 19-02-2015 .....

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií  
Ústav zdravotnických věd



Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.  
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

  
Christeřová Marie

.....  
razítko a podpis zástupce zařízení

Kroměřická nemocnice a.s.  
Havlíčková 660/60 767 01 Kroměříž  
základní lékařská péče

### ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (prezenční – kombinovaná forma studia).

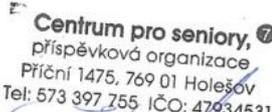
Jméno a příjmení studenta	Michaela Podsedníčková		
Téma bakalářské práce	Alzheimerova choroba pohledem zdravotníků		
Vedoucí bakalářské práce	PhDr. Anna Krátká, Ph.D.		
	 ..... podpis		
Skupina respondentů	Zdravotničtí pracovníci		
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)		Podpis
<i>CENTRUM PRO SENIORY</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím	<input type="checkbox"/> Nesouhlasím	
	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím	<input type="checkbox"/> Nesouhlasím	
	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím	<input type="checkbox"/> Nesouhlasím	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 2.7.-02- 2015.....

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií  
Ústav zdravotnických věd

.....  
Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.  
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

  
Centrum pro seniory,   
příspěvková organizace  
Příční 1475, 769 01 Holešův  
Tel: 573 397 755 IČO: 47934531

.....  
razítko a podpis zástupce zařízení

## ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

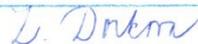
Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (prezenční – kombinovaná forma studia).

Jméno a příjmení studenta	Michaela Podsedníčková		
Téma bakalářské práce	Alzheimerova choroba pohledem zdravotníků		
Vedoucí bakalářské práce	PhDr. Anna Krátká, Ph.D.		
	 ..... podpis		
Skupina respondentů	Zdravotničtí pracovníci		
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)		Podpis
<i>DS UKOV</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím	<input type="checkbox"/> Nesouhlasím	
	<input type="checkbox"/> Souhlasím	<input type="checkbox"/> Nesouhlasím	
	<input type="checkbox"/> Souhlasím	<input type="checkbox"/> Nesouhlasím	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 27-02-2015

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií  
Ústav zdravotnických věd



.....  
Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.  
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

ORGANIZACE PRO SENIORY LUKO  
příspěvková organizace  
763 17 Lukov - Hradská 8  
IČO 708 50 941

.....  
razítko a podpis zástupce zařízení

# Alzheimerova choroba

*Jak s ní žít?*

*„Představte si,  
že stejně jako člověk s demencí si dokážete  
zapamatovat věci pouze na 30 sekund a ani  
o sekundu déle.“*

*Buijssen Huub*

## **Obsah**

### **1. ALZHEIMEROVA CHOROBA**

#### **1.1. PŘÍSTUP K NEMOCNÉMU S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU**

#### **1.2. KOMUNIKACE S NEMOCNÝM S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU**

#### **1.3. AKTIVITY KAŽDODENNÍHO ŽIVOTA**

##### **1.3.1. VÝŽIVA A STRAVOVÁNÍ**

##### **1.3.2. VYPRAZDŇOVÁNÍ**

##### **1.3.3. OSOBNÍ HYGIENA**

##### **1.3.4. OBLÉKÁNÍ**

##### **1.3.5. DUCHOVNÍ POTŘEBY NEMOCNÉHO S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU**

### **POUŽITÁ LITERATURA**

## 1. ALZHEIMEROVA CHOROBA

**Alzheimerova choroba** je závažné neurodegenerativní onemocnění mozku, při kterém postupně dochází k mozkové atrofii (úbytku tkáně), vlivem ztráty některých populací neuronů (mozkových buněk). Vzniká tzv. syndrom demence, jenž se vyvíjí pomalu, plíživě a nenápadně.

Mezi **první příznaky** v raném stádiu demence patří poruchy paměti (především krátkodobé), poruchy orientace v čase i prostoru; nemocný je dezorientovaný, zapomíná jména, názvy předmětů, nepoznává tváře, což může být častou příčinou změn nálad. **Později** nemoc zasahuje i do aktivit běžného denního života (rozsah závisí na hloubce demence) např. nakládání s penězi, potíže s udržováním základní hygieny, oblékání, neumí obsluhovat přístroje každodenní potřeby: sporák, varnou konvici, TV. **Ve středním stádiu** demence se rozvíjí behaviorální a psychologické příznaky - neklid, útky, napadání osob nemocným, dochází k poruchám emocí, objevují se bludy, halucinace, deprese, poruchy spánku, atd. **V těžkém stádiu** demence má nemocný potíže s příjmem stravy a tekutin, je odkázán zcela na pomoc druhé osoby (Jiráček, Holmerová, Borzová a kol., 2009, s. 11-24).

### 1.1. Přístup k nemocnému s Alzheimerovou chorobou

Alzheimerova demence patří mezi několik různých typů demence, má své charakteristické projevy a stadia, proto i přístup k nemocným s touto diagnózou je odlišný, vystihuje ji **chování typu „máma“**. Nemocného je nutné přijímat a podporovat; vyjadřovat pochopení, snažit se mu pomoci, laskavě ho provázet životem i překážkami, které mu nemoc staví do cesty. Je důležité nastavit a respektovat určité rituály a dohodnutá pravidla, abychom zajistili nemocnému pocit bezpečí a jistoty (Jiráček, Holmerová, Borzová a kol., 2009, s. 109).

Bývalý americký prezident Ronald Regan komentoval v poslední fázi cesty svůj proces demence. Vnímá se, jako člověk, který sotva dokáže jednat s nějakým cílem či správnou koordinací. Přirovnává vnímání okolních věcí v této fázi života k prožívání kojencem, jako malé, zranitelné dítě závislé na druhých, kdy se vše točí kolem uspokojování jeho základních fyzických potřeb (jídla, tepla, odpočinku, emočních potřeb - bezpečí a důvěry) (Buijssen, 2006, s. 55).

Svět pacienta s demencí se omezil pouze na vnímání pomocí smyslů (čich, hmat, chuť) více než třeba zrak či sluch, jsou zachovány i reflexy. V poslední fázi choroby nemocný vnímá

informace se zastřeným vědomím, připomínající stav po navození anestézie či snížené bdělosti u lidí, kteří netrpí touto nemocí. Setřel se rozdíl mezi vnímáním vlastní individuality a okolí, např. nemocný může považovat a pohlížet na své končetiny jako na samostatné, oddělené předměty. Stejně jako své tělo, které považuje za cizí a neznámé (Buijssen, 2006, s. 56-57).

## **1.2. Komunikace s nemocným s Alzheimerovou chorobou**

Hovořit s nemocným o Alzheimerově chorobě není snadné. Zvláště o tom, že už nezvládá určité dovednosti, zároveň postupně ztrácí své schopnosti, bude potřebovat nebo již potřebuje péči jiné osoby. Při komunikaci s nemocným je nutné dodržovat několik zásad:

- O nemoci mluvit otevřeně.
- Nemocného aktivně zapojit do léčebného procesu.
- Hovořit s ním o všem, co ho zajímá, čemu nerozumí, sdělení diagnózy i popis vývojových etap nemoci jsou v kompetencích lékaře.
- Nedávat otevřeně najevo nemocnému, že ztrácí své dovednosti a schopnosti, vyzdvihnout to, co se mu daří, snažit se opět získat a podporovat jeho sebedůvěru.
- Otevřeně mluvit i v počátcích nemoci o dalších možnostech péče (umístění do specializovaného zařízení) pokud bude péče o nemocného náročná a pečující osoba ji nebude schopna poskytnout v celém rozsahu (Regnault, 2011, s. 40-41).
- Mluvit pomalu, dobře artikulovat, používat hlubší hlas.
- Umožnit nemocnému, aby mohl sledovat pohyb rtů a výraz v obličeji osoby, která na něj mluví, postavit se k němu vždy čelem.
- Využívat prvky verbální i neverbální komunikace.
- Pozorně sledovat každé slovo, gesto nebo výraz nemocného, abychom správně pochopili jeho sdělení, zejména v pokročilém stádiu choroby.
- Počítat s tím, že se nemoc bude časem zhoršovat a podle toho se zachovat (Regnault, 2011, s. 42-43).

Správný přístup a komunikace s nemocným jsou nezbytnými prvky i součástí každodenních činností v oblasti péče o nemocného Alzheimerovou demencí.

### **1.3. Aktivity každodenního života**

Mezi základní aktivity denního života patří stravování, udržování osobní hygieny, koupání, péče o vzhled, chůze, pohyb, aj., jimiž předcházíme tzv. zbytečné nesoběstačnosti, která se objevuje v okamžiku, kdy člověk z nějakého důvodu nedělá to, co byl schopen ještě zvládnout.

Zbytečnou nesoběstačnost podporuje nejen přílišná péče o nemocného, ale také její nedostatek. V nemocném vyvolá pocit, že je zbytečné se snažit, protože na to nestačí jeho schopnosti. Proto je nutné neustále posuzovat schopnosti nemocného a přizpůsobovat míru své pomoci jeho potřebám. Je důležité, aby nemocný využíval všechny své dovednosti, které mu zatím zbývají, jinak se bude jeho stav rychle zhoršovat a o tyto dovednosti brzy přijde (Glennner a kol., 2012, s. 88-89).

#### **1.3.1. Výživa a stravování**

Řada zdravotních potíží je způsobena špatnou výživou, nedostatečným zásobováním těla základními živinami, vlákninou a omezeným příjmem tekutin. Vyvážený jídelníček zachovává dostatek energie, podporuje dobrou funkci imunitního systému, napomáhá dobrému stavu svalů i pokožky (prevence proleženin) a vyrovnat se stresem (Glennner a kol., 2012, s. 91).

#### **1.3.2. Vyprazdňování**

Potíže s vyprazdňováním, inkontinence moči i stolice jsou projevem pokročilého stádia nemoci. Nejen, že se nemocný cítí nepříjemně, často nemůže vykonávat své oblíbené či každodenní činnosti. Péče o nemocného s inkontinencí je náročná, přesto se snažíme, pokud to ještě jde, co nejdéle zachovat kontinenci a podporovat soběstačnost při vyprazdňování, předcházet infekcím močového ústrojí, zácpě, kožním defektům a zachovat tak nemocnému jeho důstojnost a sebeúctu (Glennner a kol., 2012, s. 101-102).

#### **1.3.3. Osobní hygiena**

Koupání, mytí vlasů, ústní hygiena i holení patří v pokročilejším stádiu choroby k obtížnějším aktivitám, někdy jsou opravdu tvrdým oříškem. Vhodné je představit si, jak se nemocný cítí, odstranit nebo zmírnit nepříjemné vjemy: okolní teplota, proud vody, stud při svlékání, vnímání pocitu nahoty, atd. Péče o vzhled jako česání, aplikace tělového mléka nebo manikúra jsou spojeny s příjemnými pocity, nebývají zdaleka tak problematické.



Důležité je vždy podporovat pocit jistoty a sebeúcty, respektovat nemocného jako osobnost, která má svou hodnotu. Úkony provádět ve stejném pořadí, dopřát mu dostatek času, pocit důstojnosti a co největší míru soukromí (Glenner a kol., 2012, s. 94-100).

#### **1.3.4. Oblékání**

V počátečních stádiích nemoci většinou oblékání nepředstavuje velký problém, jeví se tak až později. Upravený zevnějšek představuje i pro nemocné s Alzheimerovou demencí posílení vlastní hodnoty, mají radost, že jim to sluší. Abychom předešli některým nepříjemnostem je vhodné si na oblékání vyhradit dostatek času, zjednodušit jednotlivé kroky, přizpůsobit oděv počasí, popř. přeorganizovat úložné prostory podle potřeby (Glenner a kol., 2012, s. 105-108).

#### **1.3.5. Duchovní potřeby nemocného s Alzheimerovou chorobou**

Každý člověk má svůj individuální, osobní vztah k duchovnu. Sebereflexe pokračuje i během postupující nemoci udržuje tak naše vnitřní já v aktivitě. S duchovními otázkami se pečující osoba často obrací na kněze, který nemocnému pomáhá vyrovnávat se s obavami, zármutkem i žalem, jež s sebou nemoc přináší. S příslušnou církví nebo náboženskou organizací je vhodné projednat duchovní potřeby i přání nemocného, stejně jako životní změny, otázky a situace, týkající se konce jeho života (Callone a kol., 2008, s. 111).

Alzheimerova choroba je jednou z nejrozšířenější formy demence, jejíž příčina doposud není známá. Předpokládá se, že faktorů ovlivňujících vznik Alzheimerovy nemoci může být hned několik (genetika, životní prostředí, stres, zánět, virové onemocnění, atd.). Mohou jí onemocnět i jedinci v mladším věku, výskyt choroby roste s přibývajícím věkem.

Vzhledem k tomu, že o této prozatím neléčitelné nemoci slycháme stále častěji, vypracovali jsme manuál určený primárně pro zdravotníky, ale i nemocné a jejich pečovatele. Poskytne základní informace o Alzheimerově demenci, přístupu a zásadám komunikace s nemocnými s diagnózou Alzheimerova choroba. Zaměřili jsme se nejen na aktivity běžného denního života, jako je výživa, stravování, vyprazdňování, osobní hygiena a oblékání, ale i duchovní potřeby, jež jsou především v posledních chvílích života každého jedince jedny z nejdůležitějších. Mezi spirituální potřeby patří naplnění tužeb i přání nemocného, nejen osobní vztah k církvi a duchovnu.

## **POUŽITÁ LITERATURA:**

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

CALLONE, Patricia R. a kol., 2008. *Alzheimerova nemoc: 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2320-4.

GLENNER, Joy A. a kol., 2012. *Péče o člověka s demencí*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0154-0.

JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ, Claudia BORZOVÁ a kol., 2009. *Demence a jiné poruchy paměti. Komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2454-6.

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