

Ošetrovatelská péče u pacienta s Alzheimerovou chorobou

Petra Macháčková

Bakalářská práce
2018



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd
akademický rok: 2017/2018

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Petra Macháčková**
Osobní číslo: **H140460**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Ošetrovatelská péče u pacienta s Alzheimerovou chorobou**

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury a zmapování aktuálního stavu řešené problematiky.
Vymezení pojmů a teoretických východisek se zaměřením na Alzheimerovu chorobu a ageismus.
Příprava metodiky výzkumu.
Realizace výzkumu technikou dotazníku.
Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných informací.
Prezentace výsledků šetření, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

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

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

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

VIDOVIČOVÁ, Lucie. Stárnutí, věk a diskriminace – nové souvislosti. Brno: Masarykova univerzita, Mezinárodní politologický ústav, 2008. ISBN 978-80-210-4627-6.

ZARIT, Steven H. a Ronda C. TALLEY. Caregiving for Alzheimer's disease and related disorders: research, practice, policy. New York: Springer. Caregiving, c2013. ISBN 14-614-5334-8.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Gabriela Gajzlerová

Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce:

5. ledna 2018

Termín odevzdání bakalářské práce:

18. května 2018

Ve Zlíně dne 5. ledna 2018



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



Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu 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);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně *L.P.L. L.P.L.*

Machalčera

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

(1) Vysoká škola 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 nahlášení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

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

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

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího 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 užit 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 jím 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 přihlídí k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá ošetrovatelskou péčí u pacientů s Alzheimerovou chorobou. Je rozdělena do dvou hlavních částí. Část teoretická popisuje onemocnění a preventivní opatření. Cílem druhé části bylo ověřit, zda nelékařští zdravotničtí pracovníci vědí jak pečovat o tyto pacienty, zda znají techniky práce a důležité aspekty při přijetí pacienta s tímto onemocněním.

Klíčová slova: Alzheimerova choroba, demence, ošetrovatelská péče, režimová opatření, prevence, nefarmakologická terapie

ABSTRACT

The bachelor thesis deals with nursing care about patients with Alzheimer's disease. It is divided into two main parts. The theoretical part describes the disease and preventive measures. The goal of the second part was to verify whether non-medical health workers know how to care about these patients, whether they know the techniques of work and important aspects when accepting a patient with this disease.

Key words: Alzheimer's disease, dementia, nursing care, regime measures, prevention, non-pharmacological therapy

V první řadě bych ráda poděkovala vedoucí mé bakalářské práce, paní magistře Gabriele Gajzlerové, za trpělivost, ochotu, vstřícný přístup a všechny cenné rady, které mi byly poskytnuty. Dále bych chtěla poděkovat celé své rodině, za veškerou podporu a důvěru ve mne. A v neposlední řadě děkuji všem svým přátelům, kteří mi byli obrovskou oporou od začátku až do konce.

Motto: „*Mládi se živí sny, stáří vzpomínkami*“ (čínské přísloví)

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

OBSAH

ÚVOD	9
I TEORETICKÁ ČÁST	10
1 ALZIMEROVA CHOROBA	11
1.1 DEMENCE	12
1.2 ROZDĚLENÍ DEMENCE	12
1.2.1 Demence s Lewyho tělísky	12
1.2.2 Parkinsonova choroba	13
1.2.3 Frontotemporální lobární degenerace	13
1.3 ALOIS ALZHEIMER	13
1.4 PROJEVY.....	14
1.5 STÁDIA A PRŮBĚH ALZHEIMEROVY CHOROBY.....	15
1.5.1 Lehké stádium onemocnění.....	16
1.5.2 Střední stádium onemocnění	16
1.5.3 Těžká stádium onemocnění	16
1.6 RIZIKOVÉ FAKTORY.....	16
1.7 DIAGNOSTIKA	17
1.7.1 Mini Mental State Examination	18
1.7.2 Montrealský kognitivní test.....	19
1.7.3 Addenbrookský kognitivní test	19
1.8 EPIDEMIOLOGIE.....	19
2 TERAPIE	21
2.1 FARMAKOTERAPIE.....	21
2.1.1 Compliance seniorů.....	22
2.2 NEFARMAKOLOGICKÁ TERAPIE	22
2.2.1 Orientace v realitě	22
2.2.2 Kognitivní trénink a cvičení paměti	22
2.2.3 Reminiscenční terapie	23
2.2.4 Kinezioterapie a muzikoterapie.....	24
2.2.5 Ergoterapie	24
2.2.6 Canisterapie.....	25
2.2.7 Bazální stimulace	25
3 REŽIMOVÁ OPATŘENÍ	27
3.1 PREVENCE PÁDŮ.....	27
3.2 OPATŘENÍ V RÁMCI ZABEZPEČENÍ	28
3.3 PREVENCE DEKUBITŮ	29
3.4 PREVENCE INKONTINENCE.....	30
3.5 PODÁVÁNÍ STRAVY	31
3.6 PODÁVÁNÍ LÉČIVÝCH PŘÍPRAVKŮ	32
3.7 PREVENTIVNÍ PROGRAMY	33
3.7.1 Národní ústav duševního zdraví (NUDZ)	33
3.7.2 Příspěvek na péči.....	34

3.8	AGEISMUS	34
3.9	ROZPRACOVÁNÍ MODELU DLE GORDONOVÉ	35
II PRAKTICKÁ ČÁST		38
4	METODIKA VÝZKUMU	39
4.1	CÍLE VÝZKUMU	39
4.2	METODA A TECHNIKA VÝZKUMU.....	39
4.3	CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU	39
4.4	ORGANIZACE VÝZKUMU	40
4.5	ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT.....	40
5	VÝSLEDKY VÝZKUMU.....	42
6	DISKUZE	77
6.1	SROVNÁVACÍ HODNOCENÍ	80
7	NÁVRH PRO PRAXI	82
ZÁVĚR		83
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....		84
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....		87
SEZNAM GRAFŮ		88
SEZNAM TABULEK.....		89
SEZNAM PŘÍLOH.....		90

ÚVOD

Česká populace stárne rychleji než v minulosti, s čímž je spojeno vyšší riziko rozvoje kognitivního deficitu neboli zhoršení paměti, myšlení, pozornosti, schopností a pochopení. Péče o jedince s Alzheimerovou chorobou je náročná, zatěžuje celou rodinu a v konečných fázích je jen málokdy zvládnutelná v domácím přirozeném prostředí.

Pracuji v Domově se zvláštním režimem, kde se dostávám do kontaktu s těmito klienty. Mohu pozorovat postupný vývoj tohoto onemocnění a sledovat, jak se jejich psychický i fyzický stav mění. Pozoruji jejich rodiny, které se musí smířovat s tím, že se jejich milovaná osoba změnila v někoho jiného.

Alzheimerova choroba má postupný vývoj tak jako každé jiné onemocnění. Důležitá je však časná diagnostika, která může pomoci oddálit další fáze této choroby. Pomocí různých pomůcek a terapií ke správnému rozvíjení kognitivních i nekognitivních funkcí a správného fyzického i zdravého životního stylu můžeme dojít ke zlepšení stavu nemocného. Je to náročná cesta, která však může být nápomocná a je brána i jako prevence této choroby.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě hlavní části, na část teoretickou a část praktickou. Teoretická část obsahuje tři hlavní kapitoly. V první kapitole se zabývám popisem Alzheimerovy choroby, popisuji demenci a její hlavní rozdělení a pokračuji v popisu rizikových faktorů, projevů nemoci a diagnostiky. Druhá kapitola se zaměřuje na terapii Alzheimerovy choroby, v níž se převážně zabývám terapií nefarmakologickou, která je velice důležitá hlavně v začátečních stádiích onemocnění. V poslední kapitole teoretické části se zaměřuji na režimová opatření, na prevenci a rizika, která mohou vzniknout při péčováním o tyto nemocné.

Druhá polovina bakalářské práce je část praktická, ta Vás nejprve seznámí s cíli práce, popisem a postupem získávaných dat. V následující kapitole je vyhodnocení dotazníkového šetření, jeho popsání a znázornění ve grafech. Na vše následně navazuje objasnění mého výstupu pro praxi a jeho odůvodnění.

Ošetrovatelská péče o pacienty s Alzheimerovou chorobou je velmi náročná. Tak jako péče i samotná problematika, která se zabývá léčbou či samotným vývojem tohoto onemocnění je nelehký úkol. Je to stále velké tajemství a to byl jeden z hlavních důvodů, proč mě téma zaujalo a chtěla jsem vědět víc.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ALZIMEROVA CHOROBA

Alzheimerova choroba (ACH) je závažné progresivní a ireverzibilní neurodegenerativní onemocnění, vedoucí k atrofii mozkové tkáně. Patří k nejčastějším příčinám demence. Jedním z charakteristických rysů je plíživý začátek, kdy si dříve než sám pacient spíše okolí všimne, že něco není v pořádku. Toto onemocnění narušuje část mozku a způsobuje pokles kognitivních funkcí (Zvěřová, 2017, s. 10).

V mozkové tkáni nemocných s ACH dochází v prostorách mimo nervové buňky k ukládání chorobně vzniklé bílkoviny, jejíž jméno je beta-amyloid. Tato bílkovina vytváří krystalky, kolem nichž dochází k dalším neurodegenerativním dějům. Jako následek vznikají útvary, kterým se říká neuritické plaky. Čím více je v dané oblasti plaků, tím více je funkce mozkové kůry postižena. Další základní neuropatologická změna u Alzheimerovy choroby jsou neurofibrilární klubka. První změny se odehrávají v neuronech, kde dochází k degeneraci bílkoviny, která se nazývá tau-protein. Změněný tau-protein vytváří vlákna, ta mají tvar dvojité šroubovice a jsou podkladem tohoto útvaru. Dochází k dalším degenerativním změnám, které jsou na sobě závislé. Ve funkci neurotransmiterů je nejdříve postižen systém acetylcholinergní. Ten je významný pro paměť a jiné poznávací funkce. V pozdějších stádiích jsou porušeny i ostatní funkce systému neurotransmiterů, například systém exakčních aminokyselin, a v důsledku toho je narušena schopnost se učit. Je také zvýšená tvorba a snížení odbourávání volných kyslíkových radikálů, které pak poškozují různé tkáně, stěny mozkových buněk a řady dalších enzymů. V nadměrné míře se uvolňuje další skupina neurotransmiterů – excitační aminokyseliny, které způsobují apoptózu, tj. programovanou buněčnou smrt. Je porušen výdej a další buněčné zpracování, tzv. nervové růstové zpracování látek, které si mozek sám vytváří, které slouží ke zvýšení tvorby nervových spojů nových buněk a k obnově poškozené nervové tkáně (Jiráček, Holmerová a Borzová, 2009, s. 29-30).

ACH se vyvíjí často velmi nenápadně. S postupným rozvojem klinických potíží dochází k větším projevům i na venek. Nemocní ztrácejí etická a estetická pravidla, návyky a zvyky. Jejich chování se postupně stává nápadnými a nezvyklými. To, co je bavilo, je již nebaví. Narušují dlouholeté vazby a vztahy, stávají se podezřívými. Dochází k narušení krátkodobé paměti a dalším poruchám jako jsou porucha řeči, apraxie, agnózie. Postupem zhoršujícího se onemocnění nemocní přestávají zvládat péči o sebe sama. To vše se projevuje i na psychické stránce nemocného, emočně slábne a mohou se objevit i paranoidní syndromy, bludy či halucinace (Pidrman, 2007, s. 35).

1.1 Demence

Demence je syndrom, který vzniká následkem onemocnění mozku, obvykle chronického, nebo postupujícího charakteru. Dochází k narušení vyšších korových dat, funkcí, paměti, myšlení nebo úsudku, přičemž vědomí není zastřené. Avšak zhoršení uvedených funkcí je doprovázeno, někdy se může stát, že i předcházeno zhoršením kontroly emocí, sociálního chování či motivace. Diagnózu demence, můžeme tedy stanovit na základě neurologického, ale také psychiatrického a psychologického vyšetření. Tento syndrom se objevuje nejčastěji u Alzheimerovy choroby, cerebrovaskulárního onemocnění a jiných stavů, které primárně postihují mozek (Jirák, Holmerová a Borzová, 2009, s. 11).

1.2 Rozdělení demence

Demenci můžeme rozdělit podle etiologie:

1. Demence primární (neurodegenerativního původu) – atroficko degenerativní demence, do níž patří např. Alzheimerova choroba, Parkinsonova demence a Huntingtonova demence. Demence vzniká na podkladě několika na sebe působících vlivů, mezi něž patří: poruchy tvorby a vazby nervových růstových faktorů, poruchy mitochondriálního metabolismu, nadměrné uvolňování volných kyslíkových radikálů anebo poruchy centrální neurotransmise (Zvěřová, 2017, s. 29).

2. Demence sekundární – vzniká na podkladě různých systémových onemocnění, jako jsou traumata a intoxikace. Může být způsobena i jinými chorobnými procesy, postihující mozek. Vaskulární demence, jejíž nejčastější příčinou jsou mozkové infarkty metabolicky podmíněné, mají jako příčinu Wilsonovu nemoc. Demence infekčního původu předchází např. progresivní paralýza nebo AIDS. Pokud je příčinou intoxikace, tak se jedná nejčastěji o alkoholové nebo farmakogenně navozené otravy nebo o otravu oxidem uhelnatým (Zvěřová, 2017, s. 29).

1.2.1 Demence s Lewyho tělísky

Demence Lewyho tělísek (DLB), je neurodegenerativní onemocnění, které se nachází na pomezí mezi Parkinsonovou a Alzheimerovou nemocí. Jedná se o druhou nejčastější neurodegenerativní demenci a třetí nejčastější vůbec. Nejčastěji vzniká mezi 75. – 80. rokem života (Jirák, Holmerová a Borzová, 2009, s. 34).

Kromě typických příznaků pro demenci se toto onemocnění projevuje hlavně fluktuujícími poruchami kognitivních funkcí, rekurentním výskytem zrakových halucinací a parkinsonským syndromem. Pokud se objeví i bludy a halucinace, tak je absolutní kontraindikací podání neuroleptik (haloperidol), které by mohlo vést k život ohrožujícímu stavu (Pidrman, 2007, s. 54).

1.2.2 Parkinsonova choroba

Parkinsonova nemoc je chronické onemocnění. Rozvíjí se pomalu a je to nevléčitelné onemocnění. Můžeme však alespoň dlouhodobě potlačit nebo omezit příznaky. Postihuje především hybnost, např. třes, svalová ztuhlost, snížení hybnosti až neschopnost se hýbat, nebo poruchy chůze. Mohou se také objevit poruchy kognitivních funkcí, mezi něž patří paměť, logické myšlení, pozornost, řečové funkce, schopnost pochopení, ty se však objevují jen v lehkých formách. Ve větším měřítku postihuje však exekutivní funkce, zahrnující plánování nebo provádění složitějších aktivity. Další z mnoha klinických příznaků jsou například projevy deprese, úzkosti, paniky nebo schoulené držení těla (Jiráček, Holmerová a Borzová, 2009, s. 40).

1.2.3 Frontotemporální lobární degenerace

Frontotemporální lobární degenerace patří mezi méně časté formy demence. Představuje asi 10 % všech demencí. Dochází u ní k postupující degeneraci frontálních (čelních), nebo předních temporálních (spánkových) laloků mozku. Jednou z odlišností od jiných demencí jsou právě histopatologické změny, které nemůžeme pozorovat u demence ACH. Příčina jasná není, ale předpokládá se určitá genetická predispozice. Avšak zásadním etiopatogenetickým dějem je porucha metabolismu tau-proteinů a jejich ukládání do neuronů. Nejčastěji postihuje populaci mezi 45. – 65. rokem života (Jiráček, Holmerová a Borzová, 2009, s. 43).

1.3 Alois Alzheimer

Příznaky tohoto onemocnění jako první popsal patolog a neurolog Alois Alzheimer v roce 1906. Narodil se v navarském městečku Merkbreit 14. června 1864, kde jeho otec působil jako notář. Studoval v Berlíně a Würzburgu a v roce 1887 získal lékařský titul. Hned po promoci šel pracovat do psychiatrické léčebny ve Frankfurtu nad Mohanem, kde se v místním sanatoriu pro „šílence a epileptiky“ seznámil s uznávaným neurologem Franzem Nisslem. Spolu se pustili do experimentálního studia anatomie mozkové kůry a své hypotézy ověřovali na pacientech domovského ústavu. V pozdějších letech své znalosti uplatnil při

definování změn v architektuře neuronů u Huntingtonovy choroby. Od roku 1902 pracoval u profesora Kraepelina v Heidelbergu. S Kraepelinem také později působil na univerzitní psychiatrické klinice v Mnichově, která byla ve své době věhlasným pracovištěm, kde se scházeli kapacity německé psychiatrie. V listopadu 1906 (tiskem 1907) na lékařské konferenci v Tubingenu tehdy dvaadvacetiletý Alzheimer poprvé promluvil o „podivně“ těžkém případě onemocnění mozkové kůry u pacientky Auguste Deterové, která zemřela ve věku 55 let a zcela dementní. Při pitvě mrtvé Auguste Deterové našel mnoho zvláštních plaků a vláken. (Zvěřová, 2017, s. 11)

Tehdy o jeho sdělení kolegové nejevili nějaký zvláštní zájem, ale Alzheimer se nenechal odradit a následně provedl dalších stovky pitev a makro- i mikroskopických analýz mozkových tkání. V roce 1910 na Kraepelinovu přímluvu, byly charakterizované změny mozkové tkáně pojmenovány po svém objeviteli Alzheimerovi. Alois Alzheimer zemřel 19. prosince 1915 ve Vratislavi na selhání srdce. Byl pohřben ve Frankfurtu (Růžička, 2003, s. 15) (Koukolík a Jiráček, 1998, s. 11)

1.4 Projevy

U Alzheimerovy choroby dochází k degenerativním změnám neuronů, neboli mozkových buněk, které umožňují přenášet a zpracovávat informace z venku. Na začátku tohoto onemocnění se začínají tyto neurony poškozovat a dle místa a stupně poškození se odvíjí příznaky. Prvotní příznaky patří poruchám krátkodobé paměti. Paměť se vytrácí jakoby v opačném sledu, to znamená, že jsou zapomínány poslední události (nejčerstvější vzpomínky), ale momenty, které se odehrály v mládí nebo před několika lety, si nemocný vybavuje velmi dobře. Další příznak, který řadíme mezi prvotní, je ztráta orientačního smyslu. Nemocný se přestane orientovat ve svém vlastním domě. Tato situace může trvat klidně jen pár vteřin nebo minut a pak se vše zase vrátí do normálu. Dalším příznakem je afázie, což je porucha řeči. Nemocný nemůže najít slova pro pojmenování určitých věcí či míst a často je nahrazuje jinými slovy. Tohoto příznaku je těžší si všimnout, pokud s nemocným nejsme častěji v kontaktu. Další dvě důležité skupiny příznaků jsou problémy s aktivitami denního života a behaviorální a psychologické poruchy. Aktivity denního života (ADL) – jde o hodnocení schopností v běžných denních aktivitách jako jsou: schopnost telefonovat, schopnost správně se obléct, nakládat s penězi, schopnost si udržet správně stravovací návyky, koupání, nebo zvládání financí (Pidrman, 2007, s. 40).

Behaviorální a psychologické poruchy (BPSD) jsou označovány za nejhůře ovladatelné příznaky demence a také jsou často prvními příčinami vedoucí k návštěvě lékaře. Projevují se postupně s poruchami kognitivních funkcí. Při BPSD dochází k postupnému rozpadu osobnosti, je přerušen postupný vývoj a mizí předchozí zájmy a citové vztahy. Behaviorální symptomy jsou nejvíce charakterizovány blouděním. Bloudění se nejčastěji projevuje ve střední a pokročilé fázi onemocnění. Jelikož se nemocný může ztratit, tak je to stresující pro rodinu, ale také tím zvětšuje riziko možného úrazu. Toto bloudění je bezcílné, souvisí i s neustálým přerovnáváním věcí, stereotypním jednáním, které nesleduje žádný cíl. Nejčastěji jde o projev dezorientace při hospitalizaci nemocného, nebo přemístění do nového zařízení, někdy i při návštěvě u příbuzných. S tímto souvisí i ztráta paměti. Stoupající agresivita je podmíněna kognitivním zhoršením. Verbální agresivita převažuje u žen, riziko tohoto jednání zvyšuje špatný tělesný stav a bolest. Verbální a fyzická agrese současně však převažuje u mužů. Častěji se vyskytuje u dementních pacientů, kteří mají špatné sociální zázemí. Mezi rizikové faktory k rozvoji agresivního chování patří, závažnější postižení mužského intelektu, rozvoj bludného myšlení, narušení soběstačnosti a mužské pohlaví (Pidrman, 2007, s. 81).

Mezi nejčastější psychologické příznaky patří bludy a halucinace, ale většinou se jedná o soubor několika psychotických příznaků. Jejich největší četnost je ve středním stádiu onemocnění, jejich výskyt se odhaduje mezi 10 % až 75 % případů. Postihují zhruba 1/3 nemocných. Bludy jsou častým projevem u demence, ale nejčastěji se projevují u ACH, častěji než halucinace. Mezi nejčastější projevy bludů patří strach ze sledování, okrádání nebo otráveného jídla. Bludy mají své biologické vysvětlení, ale jedním z psychologického vysvětlení je, že pokud má nemocný poruchu paměti a nepamatuje si, kam své věci uložil, má větší podezření na jinou osobu. Výskyt halucinací je zhruba mezi 10 % až 50 % případů. Nejčastější jsou zrakové halucinace, které se projevují u středního a těžkého stádia onemocnění. Avšak největší výskyt halucinací je u demence s Lewyho tělísky, je charakterizována až v 70 % případů (Zvěřová, 2017, s.71).

1.5 Stádia a průběh Alzheimerovy choroby

Vývoj ACH lze rozlišit do tří stádií, pro každé z nich jsou charakteristické jiné speciální problémy. Některé z těchto problémů se však mohou objevit i v jiných stádiích choroby, zatím co jiné se nemusejí projevit vůbec. Čas mezi přechody jednotlivých stádií není nijak

dán, může trvat několik měsíců i let. Při popisu jednotlivých stádií se opíráme o Zvěřovou (2017).

1.5.1 Lehké stádium onemocnění

Převažují poruchy kognitivních funkcí, porucha paměti, orientace, nemocný ztrácí schopnost analýz logických úvah. Objevují se poruchy apraxie, agoniie. Narušeny jsou také již denní aktivity, které zahrnují oblékání, finanční schopnosti, udržení stravovacích návyků. Onemocnění se projevuje také špatnou artikulací, příležitostným hledáním slov, sníženou plynulostí vyprávění, ztrátou iniciativy a motivace, depresí, apatií nebo naopak agresivním chováním (Zvěřová, 2017, s. 69).

1.5.2 Střední stádium onemocnění

Dochází k dalšímu úbytku kognitivních funkcí. Ve druhém stadiu dochází k rychlejší progresi poruch denních aktivit a to se nejvíce odráží v oblastech jako je ovládání domácích přístrojů, například televize, telefonů, pračky apod. Nemocný s Alzheimerovou chorobou již neumí správně hospodařit s penězi, zapomíná nedávné události, je neschopný použít vytvořené seznamy, opakuje slova, ztrácí zájem o své koníčky, hubne, je dezorientovaný v času a prostoru, bloudí na známých místech, nerozpozná hodiny, zhoršuje se mu chůze (Zvěřová, 2017, s. 69).

1.5.3 Těžké stádium onemocnění

Pacienti v posledním stadiu většinou nerozpoznají členy své rodiny, známé ani přátelé. Nastává dezorientace místem i časem jako následek masivního úbytku kognitivních funkcí. Stávají se plně závislími na okolí, nezvládají aktivity denního života. Jsou inkontinentní, nejsou schopni dodržovat hygienu, najíst se, obléci, vyjádřit své potřeby, nejsou schopni sebeobsluhy. (Zvěřová, 2017, s. 70).

1.6 Rizikové faktory

Nejrizikovější a nejvýznamnější rizikový faktor u Alzheimerovy choroby je věk. Hned jako další je genetická predispozice, s čímž souvisí přítomnost apolipoproteinu E4 (epsilon4 – ApoE4). Klinický obraz demence se rozvine až u 40–75 % osob s Downovým syndromem starších 60 let. Podstatou Downova syndromu je trizomie 21. chromozomu a chromozom 21 je i místem, kde se nachází gen pro tvorbu apolipoproteinu. Díky tomu se produkuje větší množství B-amyloidu a tvoří se více plaků. Ženské pohlaví je zastoupeno více než mužské.

Dalšími rizikovými faktory, které jsou částečně ovlivnitelné, je metabolický syndrom ve střední a pozdním věku (obezita, hypertenze, diabetes mellitus, zvýšená hladina cholesterolu), kouření, dále nadměrná konzumace alkoholu a opakované úrazy hlavy. Nově mezi možné rizikové faktory onemocnění demencí patří dle zatím nepotvrzených výzkumů i tzv. perinatální faktory (porodní váha, nitroděložní vývoj fétu, počet sourozenců a pořadí narození) a také vývojové faktory, které ovlivňují vývoj a růst mozku v raném dětství. Výsledky probíhajících studií naznačují, že ti jedinci, kteří mají větší lebku a delší nohy, mají v pozdním věku nižší prevalenci demence. Smrt rodičů v dětství je rovněž spjata s vyšším výskytem ACH a demence (Zvěřová, 2017, s. 23).

1.7 Diagnostika

Při diagnostice tohoto onemocnění, je důležité si uvědomit, že jakákoliv demence je choroba, kdežto prosté stárnutí je fyziologickým procesem. Pro stanovení diagnózy Alzheimerovy choroby je nutné, aby byly splněny první obecná kritéria pro demenci a také je důležité vyloučit jinou možnost příčiny demence, jako jsou různá infekční onemocnění, cerebrovaskulární onemocnění, Parkinsonovu nemoc, Huntingtonovu nemoc, nedostatek vit. B12, nebo nedostatek kyseliny listové. Pacienti s poruchami paměti by měli podstoupit alespoň MR nebo CT vyšetření mozku, díky níž můžeme částečně potvrdit či vyloučit jiné příčiny demence. Jiné příčiny mohou být například tumory, intrakraniální hematomy, vaskulární poruchy. V současnosti jsou již k dispozici vyšetření pod zkratkou SPECT/PET, které používáme k detekci hypometabolismu parietálních a temporálních laloků. Toto vyšetření funguje na stejném principu jako normální scintigrafie, až na to že při SPECT se scintilační kamera pohybuje a snímá určitý výřez pacienta těla z mnoha úhlů a po poskládání obrazu z několika různých projekcí vzniká trojrozměrný obraz, který se liší od běžné scintigrafie. K dalšímu posouzení je nezbytné psychologické a klinické testování pro posouzení kognitivních kategorií, mezi něž patří: pozornost, paměť, řeč, vnímání, konstrukční dovednosti, prostorová orientace, schopnost řešit problémy a schopnost normálního fungování. Nemělo by se zapomínat na dostatečné využití testových metod, jako jsou například: Addenbrookský test, nebo MMSE (Mini-Mental State Examination), které orientačně pomáhají rozlišit Alzheimerovu chorobu a frontotemporální demenci. Mezi další často využívané testy patří například Wechslerova škála paměti, díky níž získáváme informace o slovní i zrakové paměti. Test kreslení hodiny zhodnocuje schopnost plánování a pozornosti (Pidrman, 2007, s. 36) (Regnault, 2011, s. 15).

V roce 1984 byla panem McKhannem a jeho spolupracovníky vypracována diagnostická kritéria pro Alzheimerovu demenci, která byla následně publikována institutem NINCDS-ADRDA (National Institute of Neurological and Communicative Disorders – Alzheimer's Disease and Related Dementias Association) jako závazná (Koukolík a Jiráček, 1998, s. 89-117).

Díky těmto kritériím můžeme diagnózu označit jako jistou, možnou, pravděpodobnou a nepravděpodobnou. V průběhu let se neustále vyvíjela, upravovala a doplňovala. Právě v roce 2007 byla doplněna o diagnózu, podporovanou nálezy, které vycházejí z biologických markerů onemocnění. Uvedu pár příkladů těchto nálezů: *přítomnost mediální temporální atrofie*, do níž můžeme zařadit, snížení objemu hipokampu, nebo *specifický nález funkčního zobrazení metodou PET*. Do kritérií Americké psychiatrické asociace patří DSM-5, zde jsou splněna kritéria pro pravděpodobnou nebo možnou Alzheimerovou chorobu (Zvěřová, 2017, s. 46-59) (Zarit a Talley, 2013, s. 3-16).

1.7.1 Mini Mental State Examination

MMSE je krátký kognitivní test, který je nejvhodnější pro odlišení normálního stárnutí proti demenci nebo počínající demenci. Je snadný na používání a není časově náročný. Test obsahuje 30 bodů. Každá správná odpověď znamená jeden bod. Test je rozdělený do pěti oblastí, které jsou postupně hodnoceny. První hodnotíme orientaci, pacientovi jsou pokládány otázky, kterými zjišťujeme, zdali vědí, jaké je dnešní datum, rok, místo, kde se nachází, nebo ulice či stát. Hodnocení paměti spočívá v zapamatování tří slov, které nemocný musí později po uplynutí určité doby zopakovat. Oblast pozornosti a počítání spočívá v odpočítávání čísla 7 od čísla 100, dokud nedojde nemocný k číslu 65. Další oblasti tohoto testu je řeč nebo také komunikace. V této oblasti jsou nemocnému ukázány určité předměty, které musí pojmenovat, druhá část této oblasti spočívá v zadávání jednoduchých úkolů nemocnému, například aby přeložil papír na polovinu. Poslední část testu zhodnocuje psaní, nemocný dostane za úkol překreslit obrazec. Každý zdravý dospělý jedinec by měl dosáhnout 30 bodů. Pokud získá alespoň 27 bodů, je bez poruchy kognitivních funkcí, při 27 až 25 bodech je však vhodné další podrobné sledování. Pokud je bodové hodnocení v rozmezí mezi 24 až 18 body, test to vyhodnocuje jako lehkou demenci. Body od 17 do 6 značí střední demenci a od 6 bodů níže se jedná o těžkou demenci (viz Příloha P V.), (Pidrman, 2007, s. 167-168).

1.7.2 Montrealský kognitivní test

Časová náročnost Montrealského kognitivního testu je asi na 10 minut. Bodové rozmezí toho testu je 30 bodů maximum a minimální počet bodů je nula. Ve srovnání s testem MMSE tento test navíc hodnotí frontální funkce, detailněji hodnotí paměť a zrakově-prostorové funkce. V současné době MOCA test je používán spíše jako doplněk k testu MMSE, (viz Příloha P VI.) (Nikolai, Štěpánková a Bezdíček, 2014, s. 275-277).

1.7.3 Addenbrookský kognitivní test

Addenbrookský kognitivní test trvá asi 30–40 minut. Screeningově hodnotí kognitivní funkce, včetně paměti, exekutivních funkcí, zrakově prostorových funkcí a řeči. Po použití doporučeného poměru skorů relevantních subtestů můžeme napomoci ke klinickému rozlišení mezi Alzheimerovou chorobou a Frontemporální lobární degenerací. Test slouží k časnému zachycení kognitivních poruch. Zachycuje celý test MMSE a rozšiřuje všechny hodnotící oblasti o další úlohy, které zkvalitňují posuzování kognitivních funkcí. Maximální počet bodů je 100 bodů a minimální nula. Test je vysoce senzitivní. Nevýhodou testu je však jeho dlouhá administrativa a složité vyhodnocování (viz Příloha P II.) (Raisová a kol., 2011, s. 146-149).

1.8 Epidemiologie

Statisticky ve srovnání s cizími zeměmi v Evropě, jsme na tom lépe než většina zemí. Dle zdroje Alzheimer Europe (2013), což jsou nejnovější zdroje celkové statistiky týkající se demence, je Česká republika 22. v pořadí s výskytem 1,36 % v populaci, na prvním místě je Itálie, která má 2,09 %, nejlépe je na tom naše sousední země Slovensko s výskytem 1,07 % v populaci.

V České republice jsou demencí všeobecně nejvíce postiženy ženy ve všech věkových kategoriích až na první kategorii mezi 30–59 lety, kde převažují muži.

Ve vývoji prevalence demence a počtu lidí s demencí v ČR je stoupající charakter. Je více než samozřejmostí, že výskyt demence se většinou v každém výzkumu například od poloviny 20. století zvětšuje. Je to důsledek jak menšího počtu populace, vlivu poválečného období, tak nedůvěry a nemožnosti zkomplementovat dříve všechny pacienty s touto nemocí. Dnes žije s některou formou demence u nás kolem 150 000 lidí (odhad zahraničních prevalencečních studií). Jak bylo řečeno, z toho počtu jsou přítomny více než dvě třetiny ženského

pohlaví. Ve věkové skupině od 80 po 85 let je postiženo více než 10 % populace. Pro srovnání roku 1960 bylo v Československu diagnostikováno zhruba 50 000 demencí a roku 2012 bylo v české republice diagnostikováno zhruba 90 000 demencí. Péče o tyto nemocné klade nemalé náklady. Je velmi pravděpodobné, že pokud nedojde k optimalizaci a zefektivnění léčby, ekonomické náklady strmě vyletí vzhůru (Zvěřová, 2017, s. 16).

2 TERAPIE

Jak jsem již výše uvedla, Alzheimerova choroba je nevyléčitelné onemocnění. Jedním z hlavních faktorů, které však mohou léčbu ovlivnit, je včasná diagnostika, díky níž můžeme podstatně zpomalit její průběh a udržet pacienty v lehčích stádiích demence. Důležitá je kombinace farmakologických a nefarmakologických terapeutických postupů, jako jsou rehabilitace, psychoterapie, kognitivní tréninky nebo práce s rodinou.

2.1 Farmakoterapie

Farmakoterapii ACH můžeme zhruba rozdělit do dvou skupin na kognitivní a nekognitivní. Kognitivní farmakoterapie ovlivňuje paměť, intelekt nebo motivaci. Nejvíce je postižen mozkový acetylcholinergní systém, který může být ovlivněn několika vlivy. Jedním z vlivů je substituce prekursorů acetylcholinu, substituce samotným acetylcholinem není možná, je drahá a vydrží krátký čas. Nejvyužívanější je tedy lecitin z něj se postupně uvolňuje cholin pro syntézu acetylcholinu. Skupina léčiv tzv. slabí antagonisté NMDA (Memantin), mechanismus jeho účinku spočívá v modulaci glutamátového přenosu v CNS, má vlastnosti stimulancia a následně zlepšuje krátkodobou paměť. Díky NMDA receptorům, které jsou zvýšeně aktivovány, tak dochází k poruše paměti. Za určitých podmínek, individuálně navržených a správně podávaných do těla, mohou látky jako je alkohol, marihuana či nikotin vracet NMDA receptory zpět do normy. V současnosti je dostupný potravinový doplněk Acutil, který v sobě obsahuje složky, které pozitivně působí na nervový systém. Obsahuje omega 3 mastné kyseliny, vitamín B12, vitamín E, kyselinu listovou, výtažek z ginkgo biloby, který přispívá ke správnému prokrvení mozku (Pidrman, 2007, s. 112-120).

Nekognitivní farmakoterapie neboli, léčba behaviorálních psychologických příznaků demence, spočívá v léčbě deprese, farmaky jsou antidepresiva. Zásadně by se mělo vyhýbat anicholinergním lékům, jelikož mohou zhoršovat kognitivní aktivitu nemocného. U nemocných, kteří jsou agresivní a neklidní nebo mají poruchu vnímání či myšlení, jsou ordinovány léky pod lékovou skupinou antipsychotika, například atypická neuroleptika. Klasická neuroleptika (například Haloperidol), právě obsahují anticholinergní účinky, proto se k nim přiklání až v krajních podmínkách. Atypická neuroleptika (např. Tiapridal, Olanzapin, Risperidon) jsou předepisována nejčastěji při bludech, depresích, agresivních stavech, nebo při toulání (Pidrman, 2007, s. 135-139).

2.1.1 Compliance seniorů

Compliance neboli dodržování léčebného režimu, znamená přijetí spolupráce s lékařem. Compliance se vyjadřuje v procentech a má více odvětví. Můj popis obsahuje dvě základní, které se nejčastěji objevují u seniorů. Farmakologická compliance znamená pravidelné užívání léků dle předpisu. Negativně může být ovlivněna např. zhoršenou pohyblivostí, poruchami kognitivních funkcí nebo depresí. Sociální je ovlivněna izolací od blízkých, zanedbáváním nebo osamělostí. Nemocný následně nerespektuje a nedodrží léčebný režim navržený lékařem (Pidrman, 2007, s. 104).

2.2 Nefarmakologická terapie

Nefarmakologická léčba zahrnuje programy, které se zaměřují hlavně na kognitivní (paměť, motivace, intelekt) a nekognitivní trénování (snaha zlepšit pacientův psychický a fyzický stav). Díky mnoha aktivizačním metodám máme větší šanci na udržení pacienta co nejdéle nezávislého na okolní péči. Velkou roli zde může hrát změna domácího prostředí, která může vést ke zhoršení stavu nebo až ke smrti (Koukolík a Jiráček, 1998, s. 27).

2.2.1 Orientace v realitě

Orientace v realitě se provádí individuálně, anebo skupinově. Tato metoda funguje na principu zapojení všech kognitivních funkcí. V rámci této terapie se mohou využít různé předměty a obrázky. Za důležité se však v rámci této terapie považuje správné oslovení nemocného, ale také dostatečné znázornění aktuálního dne, měsíce a roku. Tato terapie může být atraktivnější, pokud využijeme různé možnosti, aby znázornění bylo viditelné a pěkné na pohled, což můžeme docílit, když se barevně i obrázkově mění podle ročních období. Je to jedna z nejstarších nefarmakologických přístupů k demenci a jedna z mála metod, kde zlepšení kognitivních funkcí potvrzují vědecké důkazy. Může mít však i negativní dopady, například při intenzivnější aplikaci ve skupině může podpořit úzkost nebo i agresi (Holmerová, Jarolímová a Suchá, 2007, s. 174), (Jiráček, Holmerová a Borzová, 2009, s. 95).

2.2.2 Kognitivní trénink a cvičení paměti

Kognitivní trénink a cvičení paměti je užitečné u lidí s demencí a to zejména ve stádiu mírné a středně pokročilé demence. Obsahuje cvičení, která pomáhají zlepšit kognitivní funkce jako je paměť, pozornost, myšlení, soustředění, psaní, čtení. Náročnost cvičení je třeba při-

způsobit jednotlivým účastníkům. Jedná se o různé hry, které jsou zjednodušené, ale nesoutěživé. Pacienti s mírnou demencí mají postiženu převážně krátkodobou paměť, dlouhodobá paměť zůstává déle zachována, na tu se orientujeme u pokročilé demence. Cílem je zlepšit a následně omezit vznik problémů, které v souvislosti s tímto onemocněním přicházejí. Nejvhodnější aktivity pro nemocné jsou zejména čtení, učení se novému jazyku, nebo jen větší rozvoj jazyka, kterého již znají. Cvičit paměť krátkodobou, dlouhodobou, ale i sluchovou a zrakovou. K rozvíjení této oblasti jsou vhodné aktivity jako je luštění křížovek, sudoku, vědomostní hry nebo např. šachy (Holmerová, Jarolímová a Suchá, 2007, s. 158-161).

Příklady kognitivní terapie:

- Doplňte zvíře, rostlinu – metoda, kdy terapeut čte z předem připraveného textu, a účastníci mají za úkol doplnit vynechaná slova tak, aby celková věta dávala smysl.
- Slovní kopaná – metoda, při které účastníci této terapie vysloví jakékoli podstatné jméno v prvním pádu a na poslední písmenko tohoto slova musejí vymyslet nové. Jednotlivci nejlépe sedí v kruhu, aby na sebe viděli, a jeden po druhém na sebe navazují a vymýšlejí nová slova, která zatím nebyla vyslovena.
- Barevné tvary – terapeut rozloží kartičky s různými geometrickými tvary v různých barvách na zem. Účastníci hry postupně procházejí všechny tvary a jejich barvy, poté terapeut kartičky otočí a ostatní se snaží si vzpomenout, na které kartičce byl který geometrický tvar a barva.
- Slova, která se nehodí do seznamu – metoda při které terapeut přečte několik slov, většinou 4–7 a účastníci se snaží rozpoznat, která slova mezi ostatní nepatří a co mají tato slova společného (Holmerová, Jarolímová a Suchá, 2007, s. 161-167).

2.2.3 Reminiscenční terapie

Jedná se o metodu, která využívá vzpomínek. Je vhodná i pro zdravé seniory, ale důležitá je u pacientů s demencí, kteří trpí poruchou krátkodobé paměti. Základem je rozpomínání se na různé okamžiky či věci ze života, které jsou pro nemocného důležité. Můžeme využít také rodinu ke zjištění dalších informací, nebo k dodání fotografií a drobných předmětů, které evokují vzpomínky na „staré časy“. Tuto terapii můžeme provádět jak skupinově, tak individuálně. Další možností této terapie je tzv. „memory box“, což je krabice, ve které jsou ukryté právě staré předměty, fotografie, figurky, věci z dětství. Prostřednictvím těchto věcí je možné hovořit o dávných věcech. Zdrojem reminiscence může být i film nebo hudba.

Během rozhovoru je však důležité, abychom se vyhnuli některým nepříjemným či bolestným tématům. Cílem této metody je nejen zlepšení stavu nemocného, ale také posílení jeho lidské důstojnosti a zlepšení komunikace (Jirák, Holmerová a Borzová, 2009, s. 97).

2.2.4 Kinezioterapie a muzikoterapie

Kinezioterapie neboli psychomotorická terapie, což je léčebný postup, který za pomoci různých cviků a doteků zlepšuje zdravotní stav nemocného. Je přínosem v jakékoliv podobě nejen pro lidi s demencí. Nejen, že kinezioterapie přispívá zejména k udržení svalové síly a stability, ale je dobrou prevencí problémového chování. Cvičení by mělo probíhat každodenně ve stejný čas, nejdříve 1 hodinu po jídle ve vyvětrané místnosti s vhodným oblečením a obuví. Cvičící by nemělo nic vyrušovat, aby se nesnížila jejich koncentrace. Měli by mít v blízkosti pití, aby se mohli kdykoliv napít. Kinezioterapie by měla probíhat převážně v sedě na židlích, nejvhodnější je kruhové rozestavení. V kruhu mohou účastníci spolu lépe komunikovat, verbálně i neverbálně což je také jeden z cílů této terapie. Každá kinezioterapie má 3 základní části, první část je „úvodní část“ – ta seznámí účastníky s tím, co budou provádět, terapeut v ní taky může zmínit, co je za den a kdo má tento den svátek či narozeniny. Dále se pokračuje do „hlavní části“, kde probíhá samotné cvičení, které může doprovázet jakákoliv hudba. Provádí se celkové procvičení těla, cvičení s náčiním nebo upravená hra pro pacienty s demencí. Poslední „závěrečná část“ zahrnuje závěrečné protažení, klidové dýchání a pochvalu za pěkné cvičení. Z pohledu fyzioterapie jsou zahrnuty cviky pro lepší cévní cirkulaci, posilování, protahování a uvolňování svalů, cviky rovnovážné a cviky manipulační pro rozvoj jemné motoriky (Holmerová, Jarolímová a Suchá, 2007, s. 189-199).

Muzikoterapie je založená na poslechu hudby, která může evokovat pozitivní pocity. Může být spojena s vhodnými lehce zvládnutelnými pohyby. Vnímání hudby a příjemné atmosféry působí na psychiku seniora velmi pozitivně (Jirák, Holmerová a Borzová, 2009, s. 100).

2.2.5 Ergoterapie

Znamená posilování soběstačnosti a vedení k sebeobslužným činnostem. V rámci této terapie se provádí praktické činnosti a postupy, které udržují či zvyšují svalovou koordinaci nebo rozsah kloubů. Ergoterapeut navrhuje kompenzační pomůcky, technické pomůcky a učí klienty nebo také rodinné příslušníky jak s nimi pracovat, zahrnuje například vytváření různých

objektů, skládání mozaiky. Cílem ergoterapie není jen dosažení maximální možné soběstačnosti, ale také udržení nezávislosti a zvýšení kvality života (Holmerová, Jarolímová a Suchá, 2007, s. 142).

2.2.6 Canisterapie

Je to metoda psychosociálního a fyziorehabilitačního působení. Tato terapie funguje prostřednictvím speciálně cvičeného a vedeného psa terapeutem. Canisterapeut musí mít kompetence v oblasti kynologie a etiologie psa a sociálních dovedností. Canisterapie rozvíjí jemnou a hrubou motoriku, podněcuje verbální a neverbální komunikaci, může rozvíjet sociální citění, pomáhá při nácviku koncentrace a paměti a také má velký vliv na psychiku a udržování psychické rovnováhy. Polohování je jedna z možností canisterapie, kdy u imobilního pacienta, který se musí polohovat, aby nevznikly dekubity, se do lůžka klienta položí pes, o kterého je pacient opřený místo např. polohovacího polštáře. Pes díky své teplotě působí na klienta velmi pozitivně a dýchání pacienta je také klidnější, přebírá klid od psa. Nejlepší výsledky jsou pozorovány u pacientů s třesem nebo svalovými křečemi (Mařhová, 2012, s. 133-135).

2.2.7 Bazální stimulace

Tato metoda se orientuje na všechny oblasti lidských potřeb, stimuluje vnímání, hybnost, komunikaci a poskytuje vhodné stimuly pro psychomotorický vývoj člověka. Prostřednictvím tohoto konceptu lze u agresivních nemocných navodit zklidnění, umožní jim orientovat se v prostoru či denní době a aktivizuje je. Tato terapie se převážně provádí u imobilních nemocných. Mezi základní prvky bazální stimulace spadá dotek, což je somatická stimulace, díky níž si nemocný lépe uvědomuje sebe sama, nejvíce se používá při koupeli, nebo masáží pomocí froté žínky. Vestibulární stimulace znamená, že dochází k přelévání endolymfy. Reguluje svalový tonus a má vliv na stabilizaci oběhového systému. Provádí se s klientem na lůžku nebo v křesle buď samostatně, anebo s terapeutem. Jeden z nejznámějších je tzv. pohyb ovesného klasu v ovesném poli, kdy terapeut fixuje nemocného svým tělem a jeho hlavu má opřenou o svůj hrudník a provádí pohyb ve smyslu ležaté osmičky (Friedlová, 2015, s. 100-101).

Bazální stimulace se dá použít i v rámci zrakového vnímání. Především u imobilních pacientů se mohou v rámci této terapie použít tvary, obrazce, které se upevňují nad postel do zorného pole nemocného. Zrakový analyzátor stimuluje mozek neustálými podměty. Díky

tomu se aktivuje centrální nervový systém. Dále se bazální stimulace zaměřuje na čichové vnímání, sluchové vnímání, orální vnímání a olfaktorické vnímání, což je vnímání čichu a chuti (Friedlová, 2015, s. 107).

3 REŽIMOVÁ OPATŘENÍ

Preventivní opatření patří ke každé ošetrovatelské péči individuálně ke každému onemocnění zvláště. Péče o pacienty s demencí vyžaduje individualitu, samostatnost a mnohem více trpělivosti ze strany pečujících. Při příjmu těchto nemocných je důležité se obrátit na rodinu, která nám může pomoci v poskytnutí mnoha důležitých informací. Jedny z mnohých důležitých informací jsou jeho návyky neboli rituály, které provádí před každodenními činnostmi. Jestliže by nám tyto informace nebyly známy, mohli bychom se setkat s nevhodným chováním pacienta, s jeho nespavostí, nechutenstvím nebo také poruchou vyprazdňování aj. Změna prostředí je zvláště pro tyto nemocné náročnější, ale díky těmto informacím se nám může podařit nemocného klidněji aklimatizovat, lépe si s ním rozumět, pochopit jeho potřeby a napomoci mu k lepšímu psychickému stavu. Práce s těmito nemocnými vyžaduje také větší pozornost a díky několika preventivním opatřením v rámci ošetrovatelské péče se můžeme vyvarovat zhoršení fyzického i psychického stavu pacienta.

3.1 Prevence pádů

Pády jsou ve stáří poměrně častým úkazem a s věkem jejich pravděpodobnost narůstá. Pád je definován jako změna polohy, která končí kontaktem se zemí. Abychom mohli hned zprvu snížit riziko vzniku pádu, je třeba jej prvně zhodnotit. Riziko pádu můžeme zhodnotit pomocí hodnotící techniky například hodnocení soběstačnosti (ADL) (viz Příloha P IV.). Hodnocení vyžaduje zodpovězení jen několika otázek, jejichž odpovědi se sečtou a vyhodnotí se výška rizika. Pád může být doprovázen poruchou vědomí anebo poraněním. Největšími rizikovými faktory pro pád je věk, porucha chůze, kognitivní poruchy (delirium a demence) nebo alkohol. Podle etiologie můžeme pády rozdělit na pády z vnitřních příčin a pády z vnějších příčin. Důsledky pádů mohou být psychologické, ale i somatické. Pacient může mít vyhybavé chování anebo anticipační strach, což je strach po prodělaném pádu nebo jiné nehodě, která mohla způsobit předchozí pád. Předcházet pádům je velmi náročné, ale alespoň můžeme snížit jejich potenciaální výskyt pomocí technik, které posilují svalovou sílu nemocného, také úpravou prostředí kolem pacienta, vhodnou obuví a správnými kompenzačními pomůckami (Pidrman, 2007, s. 163-165).

3.2 Opatření v rámci zabezpečení

Při zabezpečení pacientů má každá klinika, nemocnice či jiný druh zdravotnického nebo nezdravotnického zařízení svá specifika. Avšak všechna zdravotnická i nezdravotnická zařízení by měla mít určitá bezpečnostní opatření. V nezdravotnickém zařízení se však tyto zabezpečení mohou mírně lišit. Tyto zařízení se převážně zaměřují na klienty s duševním onemocněním, demencí či demencí stařeckou, poalkoholovou, polékovou demencí a dalšími druhy demence. Klienti jsou v pozdějších formách demence často nesoběstační, dezorientovaní a potřebují celodenní dohled. Proto je vhodné, abychom předešli všem možným komplikacím, které mohou vzniknout z nedostatečně přizpůsobeného prostředí. Okna v těchto zařízeních by měla být zabezpečena tak, aby je klient nemohl otevřít úplně, prakticky se ve většině případů dají otevřít jen na ventilaci. Každá postel by měla mít snímatelné postranice na obou stranách postele, ještě vhodnější jsou však postranice, které se dají vydvihnout na horní a dolní části postele zvlášť. Klienti mají často tendence přelézat postranice, a někdy může dojít k ještě daleko horším úrazům. Pro tato zařízení není vhodné mít koberec, kvůli snadnějšímu pohybu pacientů, kteří potřebují bezbariérový přístup. Abscese koberců je také prevencí šíření nákaz. Všechny dveře by se měly snadno otvírat, ovšem vstupní dveře by měly být zajištěny, před případným útekem, případně by mělo být zajištěno okolí kolem domovního prostoru. Tyto služby zajišťují ubytování, stravu, dopomoc při oblékání, hygieně a ostatních činnostech. Jsou zajišťovány i každodenní aktivity pro klienty. Důležitá je také spolupráce s psychiatrem proti agresivitě klientů a případnému napadení personálu (Jirák, Holmerová a Borzová, 2009, s. 126-128).

Zhruba 8–12 % přijatých pacientů do nemocnic v rámci Evropské unie je způsobena újma během poskytování zdravotnické péče. Nejčastější chyby jsou záměna při podávání léků, chirurgická pochybení, diagnostické chyby a infekce spojené se zdravotní péčí. Proto jsou zavedeny Ministerstvem zdravotnictví systémová opatření, která by měla vést k zajištění vyšší bezpečnosti pacienta a ke kvalitnější zdravotní péči. Jedním z opatření je vyhlášení Resortních bezpečnostních cílů. Tyto cíle se vyhláší formou doporučených postupů vedoucích ke snížení rizik poškození pacientů a ostatních osob. Bezpečnostní opatření souvisejí i s prevencí podání medikace jinému pacientovi a spočívají v dostatečném označení nemocného. Nově se v dnešní době zavádí například fotografování nemocného, protože mnoho nemocných s demencí v pozdějších stádiích již nedokáže komunikovat a riziko záměny se tímto zvyšuje (MZČR, 2012).

3.3 Prevence dekubitů

Dekubitus znamená lokální poškození kůže. Má čtyři základní stupně, podle kterých rozlišujeme míru poškození. První stupeň se projevuje začerváním kůže, kdy kůže není ještě porušena. Ve druhém stupni už můžeme vidět puchýř, dochází k primárnímu poškození kůže. Třetí stupeň je charakterizován již nekrózou a na jejím základě mohou vznikat ostitidy. Poslední čtvrtý stupeň je vzhledově stejný jako třetí stupeň, ale k ostitidě se přidává i artritida. Abychom nejlépe zhodnotili riziko vzniku dekubitů, můžeme použít jednu škálu ze dvou nejznámějších a také nejčastěji používaných: Waterlovu škálu a škálu dle Nortónové. Důležitá je správná prevence, která se odvíjí od několika faktorů. Nejstarší a nejúčinnější metoda je polohování klienta. Prevence vzniku dekubitů spočívá ve změnách polohy, pravidelně se mění poloha nemocného na pravý bok, na záda a levý bok a znovu na záda. Přes den se poloha mění co 2 hodiny a v průběhu noci jsou to co 3–4 hodiny. Jen plegický pacient, což znamená, že je plně neschopný aktivního pohybu neboli ochrnutý, vyžaduje změnu polohy každou hodinu. Vše se zapisuje do záznamových archů. Aby byl pacient v požadované poloze, používáme tzv. „antidekubitní pomůcky“, ty jsou v různých tvarech z různých materiálů. Jedna z nejefektivnějších pomůcek je antidekubitní matrace, která je složena z menších buněk, ve kterých se mění tlak, a díky tomu se snižuje možnost vzniku dekubitů po celém těle. Mezi další antidekubitní pomůcky patří podložky pod paty, lokty a další pomůcky, které pomohou držet polohu nemocného v pozici, která je důležitá pro odlehčení predilekčních míst. V prevenci dekubitů je významná také dostatečná hydratace klienta a správná strava, která obsahuje všechny důležité živiny, vitamíny, minerály a tím se zvyšuje pacientova imunita a odolnost vůči infekci. Nutriční stav můžeme zhodnotit podle škály Mini Nutritional Assessment (MNA), (viz Příloha P VII.), (Míkula a Müllerová, 2008, s. 53).

Imobilní pacienti by se měli vést k větší soběstačnosti nebo každodenní efektivnější rehabilitaci. Díky častějšímu pohybu těla se mění prokrvení a nezvyšuje se riziko vzniku dekubitů. Zdravá pokožka je důležitá v prevenci vzniku dekubitů, snadněji se hojí a s menší pravděpodobností se poškodí. Proto je hygiena nezanedbatelnou součástí. Ošetřující se snaží omezit nepříznivý vliv stolice, moči, potu, vaginálního sekretu a infekce na kůži. To vše spočívá v důkladné každodenní hygieně, nejlépe sprchování vlažnou vodou. S hygienou souvisí i péče o pokožku vhodnými hydratačními krémy a používání esenciálních mastných kyselin, například přípravku Linovera. Linovera je směsicí nenasycených mastných kyselin s obsahem

Aloe vera a Pupečníku asijského. Tento přípravek zlepšuje elasticitu a hydrataci kůže. Konzistence je ve formě oleje, takže aplikace přípravku je jednoduchá a rychlá. V souvislosti s hygienou souvisí i vhodný materiál, který by měl být prodyšný. Nejvhodnější jsou vodonepropustné materiály, které jsou zároveň paroprodyšné, pokožka se na nich nezapařuje a dýchá (Mikula a Müllerová, 2008, s. 52).

3.4 Prevence inkontinence

Inkontinence znamená pasivní únik moči nebo stolice. Velké procento starších osob, ale hlavně nemocných postihuje převážně inkontinence moči, není však neobvyklá také inkontinence stolice. Inkontinence moči převažuje více u žen než u mužů. Na obě tyto prevence se můžeme podívat jak ze strany lékařské, tak ze strany nelékařské. Jako zdravotní sestra se zaměřím na tu nelékařskou (Drábková, 2015 s. 16-20).

Nejprve bychom se měli hlavně snažit o normální udržení moči. Dbáme na dodržování pitného režimu, při potřebě vyprazdňování necháváme dostatek času a soukromí pro vyprázdnění. Nemělo by se opomenout na dostatečně označení toalet, pacienti je lépe a rychleji najdou, než když musejí bloudit a hledat. U pacientů s demencí je to velmi důležité, hlavně z pohledu poruchy kognitivních funkcí. Toaleta by měla být také vyšší, kolem by měla být madla pro snadný přístup, dostatek světla a snadno se otevírající dveře. Pacient by měl mít u sebe také signalizační zařízení, pomocí něhož přivolá pomoc při potřebě dopomoci na toaletu. Mohou se také vytvořit časové harmonogramy mikce udržující pacienta déle kontinentní. Pro udržení delší kontinence je důležitá také dobrá fyzická aktivita, takže je důležité pacienty podporovat i z této perspektivy (Halaška, 2004, s. 75-77).

Pravidelnému vyprazdňování stolice rozumíme, že k defekaci dochází obvykle jedenkrát za den. Za normální se však stále považuje vyprázdnění dvakrát až třikrát za den, anebo třikrát za týden. Pokud nedochází k vyprázdnění v delším časovém období, např. během čtyřech až pěti dnů můžeme mluvit o zácpě. Jestliže je však stolice více než třikrát za den neforemného charakteru, mluvíme o průjmu. Inkontinence stolice, je vůli neovlivnitelné nechtěné vyprázdnění. Mezi nejčastější příčiny patří traumata, mohou to být chirurgické operace, ozařování nebo úrazy. Neurologické potíže, které zahrnují např. demenci, tumory, psychiatrické choroby, nebo degenerativní onemocnění. Také celkové mimostřevní příčiny, to jsou např. farmaka, imobilita nebo nevhodná strava. V prevenci inkontinenci stolice se zaměřujeme na vhodnou stravu, měla by obsahovat dostatek vlákniny, naopak vynechat by se měli spíše tučná jídla. Dostatek tekutin, normální množství je zhruba 2 litry, vzhledem ke sníženému

pocitu žízně je vhodné množství vypitých tekutin zaznamenávat, předcházíme tím i riziku dehydratace. Dostatek pohybové aktivity slouží jak v prevenci inkontinence, tak vede i k lepší náladě, fyzické zdatnosti a zlepšuje sílu břišního lisu a tonus svěrače. Dále nácvik pravidelného vyprazdňování a vhodné podmínky k defekaci, to znamená doprovod a dostatek soukromí při vyprazdňování. Zajistit fyziologickou polohu při vyprazdňování např. podložení dolních končetin. Pokojový klozet, doprovod na WC, které by mělo být dostatečně označené. U nesoběstačných nemocných se zaměřujeme na sebeobsahu, a to hlavně na samostatný přesun z lůžka (Weber, 2005) (Topinková, 2008).

3.5 Podávání stravy

I pokud jsou nemocní schopni se o sebe postarat, často se zanedbávají, co se jídla týče. Je proto důležité je v jídle podporovat a nezanedbávat tuto stránku. Dnešní doba nám dává možnosti, jak tyto situace řešit. Existují služby, v mém nejbližším okolí to je např. Charita Vsetín, které umožňují zajištění stravy na každý den (Charita Vsetín, 2018).

Pokud má pacient s demencí nedostatečnou výživovou energii, může docházet k úbytku na váze a hlavně ke ztrátě svalové hmoty. Zhoršuje se rehabilitace a zvyšuje se možnost vzniku infekce a proleženin. Pacient s demencí postupně ztrácí schopnost se najíst, ztrácí chuť i čich. Hrozí riziko intoxikace. U pokročilé demence dochází často k poruše polykání. V této fázi je nutné nemocné krmit a podávat jim stravu přímo do úst. Nejběžnější problémy při podávání stravy jsou například: nemocný po podání plné lžice do úst jídlo nerozmělnuje a nechává jej tak, vyplivuje či vyprskuje kousky stravy z úst, jí naopak velmi rychle a dává si příliš velká sousta, zapomíná polykat, jí s plnou pusou, nemocný necítí stravu nebo dělá, jako by o ní nevěděl. Stravu můžeme proto podporovat tak, že před podáváním stravy, pokud je nemocný inkontinentní, nejprve vyměníme plenu a umožníme mu, aby si mohl umýt ruce. Připravíme si vše, co budeme potřebovat. Zajistíme správnou polohu pacienta a položíme talíř před něj a kolem krku mu připneme ochranné prostředky před potřísněním. Zkontrolujeme dutinu ústní. Podáváme stravu a volíme tempo vyhovující pacientovi. Dle potřeby dááme napít. Po jídle se sklídí pomůcky, pacient se upraví do vhodné polohy a je mu ponechána opět možnost umýt si ruce. Množství stravy se zaznamená do záznamového archu (Holmerová, Jarolímová a Suchá, 2007, s. 113-115).

Další možnosti podávání stravy jsou, enterální výživa, perorální nutriční doplňky, parenterální výživa, sipping či instantní zahušťovadla. Enterální výživa obsahuje podávání stravy přes NGS (nazogastrickou sondu), PEG (perkutánní endoskopická gastrostomie) je zavedení sondy přes břišní stěnu přímo do žaludku, NJS (Nasojejunální sonda), která je zavedena do tenkého střeva. Perorální nutriční doplňky jsou nutriční vysokokalorické výživy, které se podávají v podobě polotuhého drinku nebo prášku. Parenterální výživa je podávání výživy mimo zažívací trakt, do organismu podáváme živiny přímo do krevního oběhu. Zahrnuje tekutiny (fyziologický roztok), sacharidy (glukóza, zdroj energie), tuky (rostlinné oleje), aminokyseliny a mikronutrienty (vitamíny) (Pidrman, 2007, s. 155-157).

3.6 Podávání léčivých přípravků

Nejčastější způsoby podávání léků u pacientů jsou per os, i.m., i.v. nebo s.c. Per os je způsob podávání přímo do úst. Podáváme nejčastěji léky na lačno, ranní, polední a večerní léky a popřípadě léky na spaní. Při každém podávání je nutné si zkontrolovat, zda klient užil léky. Je mnoho možností jak je skrýt v ústech, proto je potřeba někdy provést kontrolu opravdu důkladně. Způsob i.m. je aplikace léčivé látky do svalu nejčastěji do musculus gluteus medius (střední hýžd'ový sval) a musculus gluteus maximus (velký hýžd'ový sval). Podávání léčebných látek i.v. (intravenózně) spočívá v aplikaci přímo do periferních nebo centrálních vstupů, jejich účel může být i diagnostický. Dehydratace je častým problémem všech seniorů. Tento problém může vést k dalším problémům, například: bolesti hlavy, točení se hlavy, což vede k většímu riziku pádů, podrážděnosti, únavy a zácpy. Hypodermoklýza je subkutánní podání infuzních přípravků z důvodu dehydratace. Nejčastější pro s.c. aplikaci jsou oblasti břicha, podkoží nebo oblasti axily, lopatky a hrudní stěny subklavikulárně. Infuze je zavedena do podkoží. Obvykle jsou ordinovány fyziologické roztoky, poloviční fyziologické roztoky, 5% glukosa nebo plasmalyte. Kontraindikace pro podání jsou lymfedémy, koagulační porucha a u kachektických pacientů. Tuto metodu nemůžeme využít při nutnosti parenterálního podání nad více než 3 litry za 24 hodin (Kala, 2013, s. 36-37).

Už v prvních fázích onemocnění ACH, může klient začít zapomínat užít léky. U nezjištěné diagnózy to může být první indicie k dalšímu sledování. Ve většině případů se rodina snaží o snížení tohoto rizika zakoupením už v dnešní době různě označených dávkovačů na léky, které mohou být jak jednodenní, tak týdenní. Jsou popsány, nebo barevně rozlišeny ranní, polední a večerní léky. V pokročilých fázích tohoto onemocnění může docházet k dysfagii

(porucha polykání), kdy je pro nemocného těžší spolknout nejen jídlo, ale také léky. Správná poloha nemocného snižuje riziko aspirace a usnadňuje polykání.

3.7 Preventivní programy

Ve většině případů může být prvním, kdo diagnostikuje demenci, obvodní lékař. On může vidět pacienta jako první a provést základní testy, které nám mohou říct, zda by se mohlo jednat o demenci. Pokud má obvodní lékař podezření, že ano, posílá pacienta k návštěvě specialisty, který provádí komplexní vyšetření. Žádné testy nemohou stoprocentně potvrdit Alzheimerovu chorobu, avšak určitá vyšetření a jejich výsledky mohou na tuto nemoc ukázat. Testy zjišťující kognitivní funkce mozku, hodnotí se rodinná anamnéza a jsou prováděny krevní, lumbální a oční testy. Pokud je doporučí lékař, jsou hrazeny VZP. Jelikož nejsou známy příčiny Alzheimerovy choroby, nemohou být stanovena preventivní opatření. Svým klientům nad 65 let s tímto onemocněním poskytuje VZP příspěvek až 500 korun na kognitivní pomůcky pro trénink paměti. Česká alzheimerovská společnost vydala pracovní sešity pod názvem „Cvičte si svůj mozek“, který obsahuje cvičení na kognitivní funkce a je rozdělen i podle stupně obtížnosti, právě na tyto pomůcky mohou mít nemocní s ACH nárok (VZP, 2018).

3.7.1 Národní ústav duševního zdraví (NUDZ)

Národní ústav duševního zdraví je projekt, který vznikl transformací z Psychiatrického centra v Praze. Jedná se o moderní výzkumně orientované centrum (NUDZ, 2015).

Jedním z mnoha zaměření ústavu je i Alzheimerova choroba. Vědci se zaměřují na její vznik, diagnostiku i léčbu, provádějí nespočet testů, které by mohly zjistit další kroky k většímu pochopení této nemoci. NUDZ má ve svém rámci i denní stacionář pro nemocné s Alzheimerovou chorobou, který je v rámci oddělení kognitivních poruch. Pacientům, kteří docházejí do denního stacionáře, jsou nabízeny každodenní cvičení a relaxace, kognitivní tréninky, řemeslné vyrábění, vaření, pečení a plno dalších tvůrčích cvičení. Součástí programu jsou vzpomínkové terapie, zpívání, různé koncerty, společenské a kulturní akce. Je zde i možnost se poradit jak individuálně, tak i v rámci skupinové diskuze, které se účastní sociální pracovník a psycholog stacionáře a také rodinní příslušníci jiných klientů, díky této diskuzi si mohou vyměňovat zkušenosti, anebo získávat cenné rady (AD centrum, 2017).

3.7.2 Příspěvek na péči

Příspěvek na péči je určen osobám, které dlouhodobě potřebují pomoc jiné fyzické osoby pro zvládnutí základních životních potřeb. Odvíjí se od rozsahu stanoveného stupně závislosti podle zákona o sociálních službách. Z poskytnutého příspěvku si pak tyto osoby hradí pomoc, dle jejich rozhodnutí může tuto pomoc poskytovat osoba jim blízká, asistent sociální péče, nebo speciální lůžkové zařízení hospicového typu. Podmínky nároku na příspěvek splňuje osoba starší 1 roku. Při posuzování stupně závislosti osoby se hodnotí schopnost zvládat tyto základní potřeby: mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání či obouvání, hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity a péče o domácnost.

Výše příspěvku od 1. 8. 2016 na péči u osob starších 18 let za 1 kalendářní měsíc:

- I. stupeň (lehká závislost) 880 Kč
- II. stupeň (středně těžká závislost) 4400 Kč
- III. stupeň (těžká závislost) 8800 Kč
- IV. stupeň (úplná závislost) 13 200 Kč

Pro získání příspěvku na péči se musí postupovat dle určitých standardů. Nejprve se podává žádost na krajské pobočky Úřadu práce a ta se následně vyplní. Sociální pracovník z příslušného úřadu provede sociální šetření, zjišťuje samostatnost člověka v jeho vlastním prostředí. Následně krajská pobočka Úřadu práce kontaktuje příslušnou okresní správu sociálního zabezpečení o posouzení toho, zda a do které kategorie ze stupňů závislost spadá (Příbyl, 2015, s. 19-21).

3.8 Ageismus

Pojem ageismus, nebo také věková diskriminace. Mladší generace vidí starší lidi jako velice odlišné od jich samotných. V základu můžeme rozdělit zdroje ageismus na tři skupiny: individuální, což může být strach ze smrti. Mezi kulturní zdroje patří různorodé faktory, jako jsou mediální kultura, humor, či umění a literatura. A oblast sociální. Jediné stáří podléhá vývojovým změnám v závislosti na čase. Oběti ageismu se mohou vypořádávat s diskriminací stáří velice těžko, např. se to může projevit v nadměrném užívání alkoholu nebo psychofarmak. Pro zlepšení a omezení projevu ageismu, je vhodné zapojování seniorů do společenských akcí (Vidovičová, 2008, s.111).

3.9 Rozpracování modelu dle Gordonové

Rozpracování tohoto modelu jsem si vybrala jako základní stavební jednotku pro zpracování výsledku k návrhu pro praxi.

1. Vnímání zdraví – nemocný nám v této oblasti neodpoví na dnešní datum, roční období nebo rok či místo, kde se právě nachází. Je dezorientovaný místem i osobou. Pacient nemá žádné plány, přestává mít zájem o své koníčky. Přestává mít zájem celkově o léčbu, nevidí smysl léčby, může přestat dodržovat své denní aktivity, které doposud pravidelně prováděl. Pacienti se přestávají o sebe starat, nejvíce si toho můžeme všimnout u žen, které dříve velice dbaly na svůj vzhled.
2. Výživa a metabolismus – v první řadě měříme BMI (Body Mass Index), což je index tělesné hmotnosti, jehož číslo je indikátorem podváhy, normální váhy, nadváhy nebo obezity. Pacient častěji ubývá na váze, nemocní často přestávají mít chuť k jídlu, ztrácejí čich i chuť, nebo naopak může docházet k přejídání, protože zapomenou, že už jedli. V pozdějších stádiích onemocnění a celkového zhoršování stavu nemocného může nastat porucha polykání. Je také důležité vědět, jaké má nemocný stravovací návyky, které mu nebudou bránit ve stravování. V této oblasti hodně pacientů nedodrží pitný režim, což často vede k dehydrataci pacienta. Z nedostatku jídla a ostatních živin přijímaných do těla se může tato situace odrazit na stavu kůže, vlasů, nehtů a pomalejšímu hojení ran. To vše souvisí i s větším rizikem vzniku dekubitů. S postupem onemocnění se u těchto pacientů vytrácí kultura stolování, nezvládnou vyhodnotit správné chování adekvátní k této situaci.
3. Vylučování – v této oblasti se zaměřujeme na kontinenci pacienta. Může mít inkontinenci moči, ale také stolice, nebo potíže s pocením. Při inkontinenci moči, může pacient používat pleny, ale u některých imobilních klientů může být zavedený permanentní močový katétr, výhodou může být prevence vzniku opruzenin a kontrola výdeje, barvy a příměsí moči, oproti tomu rychleji ochabují svaly svěrače. Nepravidelnost vylučování stolice se může projevit také z nedostatku informací o zvycích nemocného, co se týká pravidelné defekace a může vést k častým zácpám nebo naopak průjmům. Důležitý je zde stav tlustého střeva, který lze ovlivnit častým užíváním projímadel, střevo přestává fungovat a mohou se projevit zácpy či průjmy.
4. Aktivita a cvičení – pacient přestává mít zájem o cvičení, procházky a jakékoliv aktivity, které dříve prováděl s radostí. Přestává být soběstačný, vzniká větší potřeba

energie pro dříve snadné činnosti, jako jsou vaření, úklid, hygiena, nakupování, stravování nebo udržení domácího prostředí.

5. Spánek a odpočinek – změna prostředí je vždy náročná situace. Proto musíme pacienty sledovat nebo se ptát na jaké úrovni je jejich spánek v průběhu hospitalizace či příchodu do jiného zařízení a nezapomenout na spánkové návyky. To, jak pacient odpočíval nebo relaxoval, je pro nás velmi důležité, abychom si všimli, jestli stále tyto návyky dodržuje, nebo je mění, z jakých důvodů anebo proč se snižuje jeho zájem. Proto je důležitá i informace o jeho náplni dne, čím vším se zabývá a co dělá.
6. Vnímání, poznávání – jedná se o oblast, ve které se zaměřujeme na smyslové vnímání. Smyslové vnímání jako zrak, sluch, chuť, dotek a používání různých kompenzačních pomůcek. Pacient s demencí může mít bolesti, které však u něj těžko rozpoznáváme. Není schopen se vyjádřit a díky tomu může mít velké bolesti, aniž bychom o tom věděli. Například pomocí škály PAINED (viz Příloha P III.) můžeme správně rozlišit na jaké úrovni je bolest, upravit, anebo nově nasadit analgetika. Dochází k poklesu kognitivních funkcí, které zahrnují oblasti myšlení, učení nebo logického uvažování, ale i k poruše paměti. K rozlišení schopností kognitivních funkcí slouží škála MMSE.
7. Sebekoncepce, sebeúcta – zaměřujeme se na pacientovo vnímání jeho schopností a dovedností, zajímá nás i, stojí-li si za svými názory. Změny se projevují v nonverbálních projevech jako je držení těla, sledujeme, zda udržuje oční kontakt, jeho způsob pohybů může být zbrklý a rychlý. A také jeho hlas a způsob řeči se mohou změnit.
8. Plnění rolí / mezilidské vztahy – při různých onemocnění, zejména ve stáří může docházet k omezení kognitivních schopností a s tím souvisí i ztráta zájmu plnění některých rolí, jako jsou například matka, babička anebo některá z pracovních pozic. Klesá zájem, pacient nezvládá zátěž, nedokáže se rozhodnout. Tyto činnosti se mu zdají jako příliš velká zodpovědnost.
9. Sexualita – vzhledem k onemocnění Alzheimerovy choroby získáváme informace u žen o prodělaných porodech. Všeobecně se však zaměřujeme na gynekologické problémy, které by mohly přispívat ke zhoršení stavu nemocného.
10. Stres, zátěžová situace – při změně prostředí se může jako obrana navýšit stres. V novém prostředí si musejí klienti/ pacienti zvyknout. Boj se může projevit i agresivitou

nebo výkřiky. Pocity a první dojmy jsou důležité, abychom mohli odhadnout tíhu změny pro pacienta samotného.

11. Víra, přesvědčení, životní hodnoty – téměř pro každého člověka jsou velkou pomocí. Při podpoře v jeho víře můžeme předejít stresu, úzkostem také agresi nebo jiným projevům, kterými by chtěl pacient ukázat nesouhlas.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODIKA VÝZKUMU

4.1 Cíle výzkumu

Cíl 1: Ověření nelékařských zdravotnických pracovníků, zda mají znalosti jak pečovat o klienty s Alzheimerovou chorobou.

Cíl 2: Zjistit, zdali nelékařští zdravotničtí pracovníci znají techniky práce s klienty s Alzheimerovou chorobou.

Cíl 3: Zjistit, zdali znají nelékařští zdravotničtí pracovníci důležité aspekty při příjmu klienta s Alzheimerovou chorobou.

4.2 Metoda a technika výzkumu

Pro zmapování a komparaci znalostí všeobecných a praktických sester o ošetřování pacientů s Alzheimerovou chorobou, byla využita metoda kvantitativního šetření, pomocí dotazníku.

Dotazník je standardizovaný soubor otázek, které jsou předem připraveny na námi zvoleném formuláři. Jeho výhodou je možnost oslovení velkého množství respondentů, kteří vyhodnocují dotazník v jednom časovém období, a tím se možnost celkového zpracování urychluje. Avšak má i své nevýhody, které zahrnují nepochopení otázky, a tím její nevyplnění, nebo nevyplnění všech požadovaných otázek z důvodů nedostatečné motivace respondentů (Kutnohorská 2009, s. 41).

4.3 Charakteristika zkoumaného vzorku

Pro dotazníkové šetření byly osloveny všeobecné a praktické sestry. V dotazníku je obsaženo 23 otázek, z nichž jsou otázky 1, 2, 3, 4, 5, 6 zjišťovací, získávají informace o pohlaví respondenta, pracovišti, výši vzdělání či získaném kurze a prošlých školení. Pomocí otázky číslo 6 zjišťujeme, jak vnímají respondenti práci s pacienty s ACH a u otázky č. 7 zda ve svých pracovištích mají možnost se obohatit o další informace, jak pečovat o tyto nemocné. Otázky čísla 8, 9, 10, 11 a 12 jsou otázky, kdy jsou respondenti tázáni, zda ví, jaké oblasti je nejdůležitější u těchto nemocných podporovat, zda je možné všechny tyto požadavky dodržet v běžném provozu a které činnosti považují jako rizikové u pacientů s ACH. Otázky číslo 13, 14, 15, 16, 17, 18 jsou zaměřovány na techniky práce s nemocnými. Ověřují, jak jsou známy různé techniky práce s těmito nemocnými. Mezi těmito otázkami jsou uvedeny i mo-

delové situace s cílem zjistit, jakým způsobem by se nelékařští zdravotničtí pracovníci zachovali při situacích, které by mohly ohrozit zdravotní stav nemocného. Otázky číslo 20, 21, 22 a 23 ověřují poslední cíl, který se ptá, zdali nelékařští zdravotničtí pracovníci znají aspekty při příjmu pacienta s ACH. Otázky číslo 2, 4, 7, 10, 11, 13, 15, 18, 19 jsou polouzavřené otázky. Zbytek dotazníkových otázek se skládá z možnosti odpovědět a, b, c, d.

4.4 Organizace výzkumu

Nejprve byly navrženy cíle a následně vytvořen dotazník, který byl po té schválen vedoucím bakalářské práce k distribuci. Navržený dotazník, který obsahuje 23 otázek, byl určen pro všeobecné a praktické sestry.

Nejprve jsem si zajistila písemné povolení k dotazníkovému šetření u ředitelky Ústavu zdravotnických věd, Fakulty humanitních studií, Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně. Poté byl formulář předán ke schválení do jednotlivých zařízení, nejprve do Krajské nemocnice Tomáše Bati, Alzheimer centra ve Zlíně, Domovu se zvláštním režimem ve Vizovicích a do Vsetínské nemocnice. Následně jej podepisovaly vrchní sestry jednotlivých zařízení. Rozdávání všech dotazníků a jejich výběr jsem prováděla sama.

Celkem bylo distribuováno 110 dotazníků, z nichž 10 bylo rezervních pro případné nedoplnění personálem, což se také osvědčilo jako správné. V Krajské nemocnici Tomáše Bati bylo rozdáno na oddělení následné péče 25 dotazníků, na interní oddělení taktéž 25 dotazníků. V Alzheimer centru ve Zlíně bylo podáno jen 10 dotazníků z důvodu menšího počtu všeobecných a praktických sester na pracovišti. V Domově se zvláštním režimem ve Vizovicích bylo rozdáno 25 dotazníků a ve Vsetínské nemocnici na oddělení následné péče bylo podáno také 25 dotazníků. Z celkového počtu 110 rozdaných dotazníků bylo navráceno přesně 102 vyplněných dotazníků nazpět, do zpracování výsledků jsem však zahrnula jen 100 dotazníků z důvodu 2 dotazníků, které nebyly vyplněny správně.

4.5 Zpracování získaných dat

K zpracování získaných dat byl použit program Microsoft Office Excel a Microsoft Office Word. Každá otázka je zpracována do přehledné tabulky a grafu. Tabulky obsahují dotazníkovou otázku, její možnosti a součet zvolených odpovědí respondenty k daným otázkám. Dále se tabulka rozděluje na absolutní četnost (udává počet respondentů, kteří odpověděli na danou otázku stejnou odpovědí) a relativní četnost (procentuální zastoupení všech respon-

dentů). Dotazník obsahuje také dvě otázky, které respondenti měli číselně seřadit. Vyhodnocení těchto otázek se liší od ostatních tím že, bodové ohodnocení jednotlivých technik, vychází ze základu statistické metody vážený průměr. Na základě toho vzniklo bodové ohodnocení a sestavení výsledků.

Dotazník se skládá celkem z 23 otázek. Z toho 14 otázek je uzavřených a 9 otázek polouzavřených. Každá z polouzavřených otázek je zpracována do dvou grafů a dvou tabulek. Tato možnost byla zvolena pro lepší přehled.

5 VÝSLEDKY VÝZKUMU

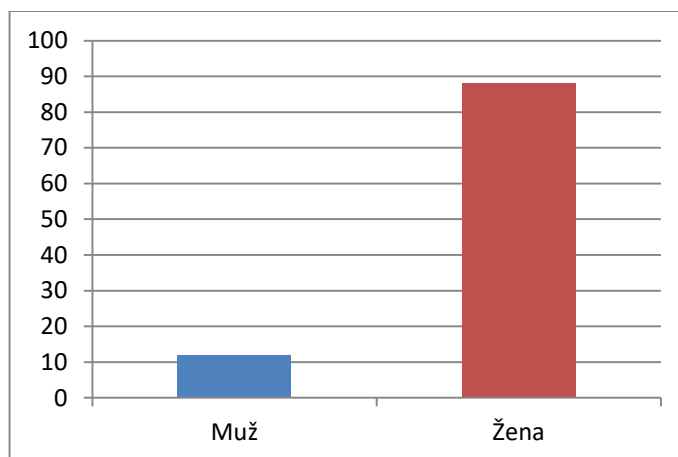
Otázka č. 1

Jaké je Vaše pohlaví?

- a) žena
- b) muž

Tabulka č. 1 – Pohlaví respondentů

Jaké je Vaše pohlaví?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Muž	12	12,00 %
Žena	88	88,00 %
Celkem	100	100,00 %



Graf č. 1 – Pohlaví respondentů

Komentář:

Z výsledků dotazníkového šetření vzešlo, že ze 100 respondentů (100,00 %), které dotazník vyplnilo, bylo 12 mužů (12,00 %) a 88 žen (88,00 %).

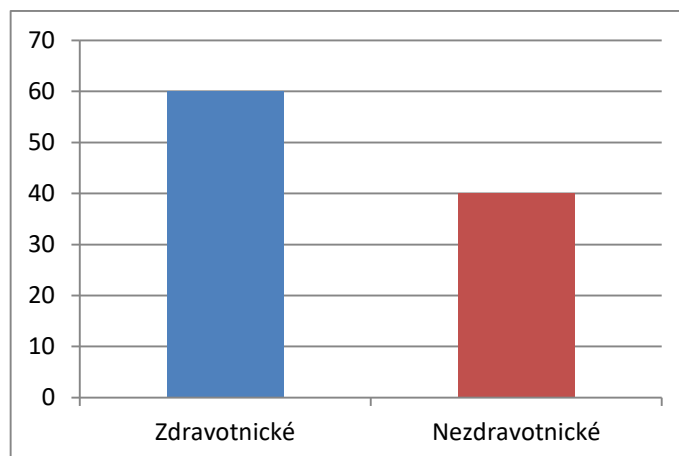
Otázka č. 2

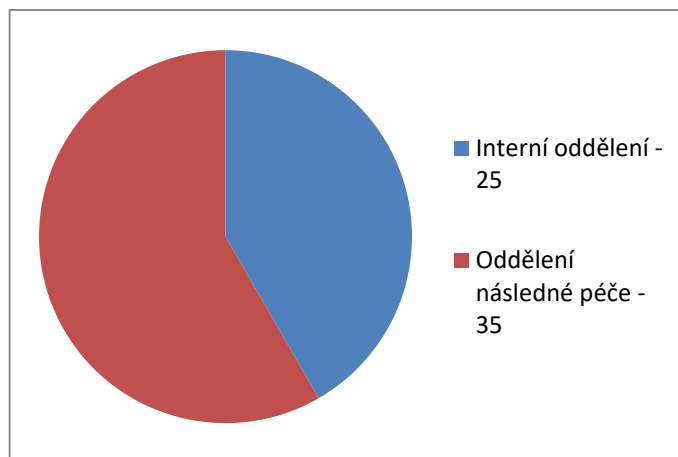
Kde pracujete?

- a) zdravotnické zařízení, (uveďte oddělení).....
- b) nezdravotnické zařízení

Tabulka č. 2 – Pracoviště

Kde pracujete?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Zdravotnické zařízení	60	60,00 %
- Interní	25	41,67 %
- Oddělení následné péče	35	58,33 %
Nezdravotnické zřízení	40	40,00 %
Celkem	100	100,00 %

*Graf č. 2 – Pracoviště*



Graf č. 3 – Zdravotnické zařízení

Komentář:

Pro tuto otázku byla zvolena forma polouzavřené otázky, která díky tomu znázorňuje dva grafy. Graf č. 2 – ukazuje rozdělení respondentů, kteří pracují ve zdravotnickém zařízení, jichž je 60 (60,00 %), a v nezdravotnickém zařízení, ve kterých z dotazovaných respondentů pracuje celkem 40 všeobecných a praktických sester (40,00 %).

Graf č. 3 byl vytvořen pro polootevřenou odpověď. Zde měli respondenti vepsat, na jakém pracovišti pracují. Z dotazovaných, kteří odpověděli, že pracují ve zdravotnickém zařízení, jich na oddělení následné péče pracuje 35 (58,33 %) a 25 respondentů (41,67 %) pracuje na interním oddělení.

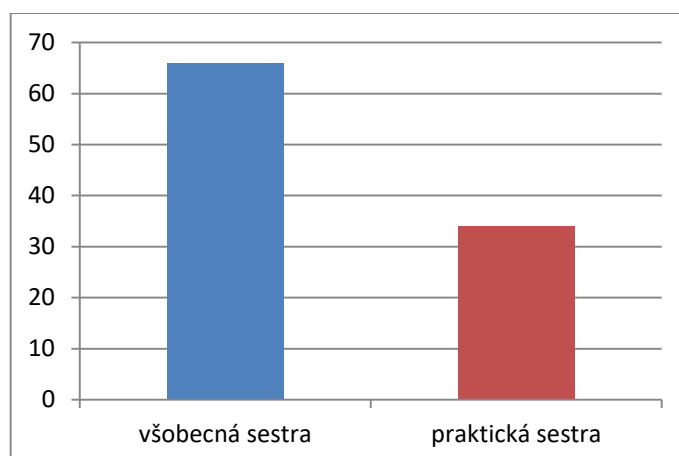
Otázka č. 3

Jaký je Váš profesní obor?

- a) všeobecná sestra
- b) praktická sestra

Tabulka č. 3 – Profesní obor

Jaký je Váš profesní obor?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Všeobecná sestra	66	66,00 %
Praktická sestra	34	34,00 %
Celkem	100	100,00 %



Graf č. 4 – Profesní obor

Komentář:

Ze 100 dotazovaných respondentů, bylo 66 všeobecných sester (66,00 %), a 34 vystudovaných praktických sester (34,00 %) se středním zdravotnickým vzděláním.

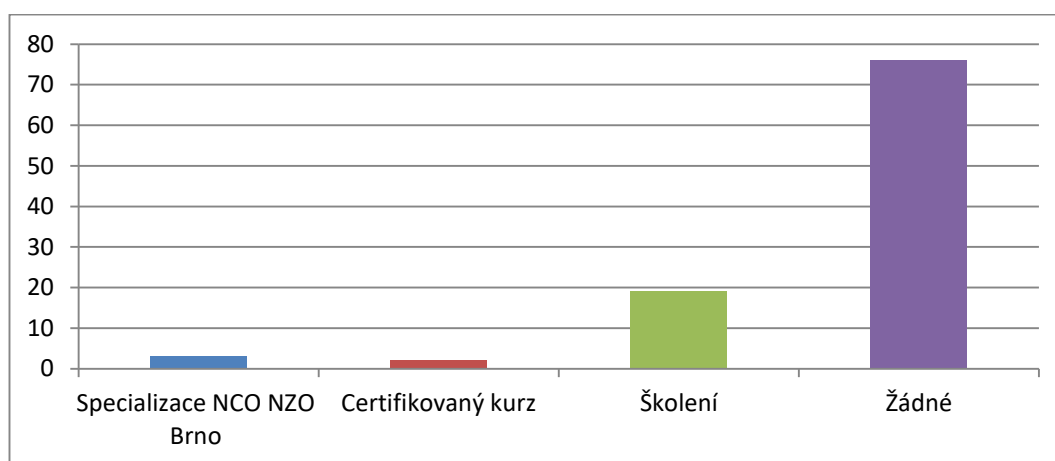
Otázka č. 4

Informace k péči o klienty s Alzheimerovou chorobou jsem si doplnila:

- a) specializace NCO NZO BRNO (doplňte název)
- b) certifikovaný kurz(doplňte název)
- c) jiné:(např.: školení)
- d) nemám žádné doplňující vzdělání, neprošla jsem žádným školením

Tabulka č. 4 – Doplňující vzdělání

Informace k péči o klienty s Alzheimerovou chorobou jsem si doplnila	Absolutní četnost	Relativní četnost
Specializace	3	3,00 %
Certifikovaný kurz	2	2,00 %
Školení	19	19,00 %
Žádné	76	76,00 %
Celkem	100	100,00 %



Graf č. 5 – Doplňující vzdělání

Komentář:

Doplňující vzdělání ve formě specializace NCO NZO BRNO uvedli celkem 3 respondenti (3,00 %), avšak 2 z nich nedoplňili název a 1 respondent doplnil „Interní specializace“. Certifikované kurzy mají pouze 2 respondenti (2,00 %), kteří doplnili: „Bazální stimulace“, „Reminiscenční terapie“ a „Práce s klienty s ACH“. Různých školení v souvislosti s péčí o pacienty s ACH se účastnilo 19 respondentů (19,00 %). A žádným školením, či kurzem neprošlo zbylých 76 respondentů (76,00 %).

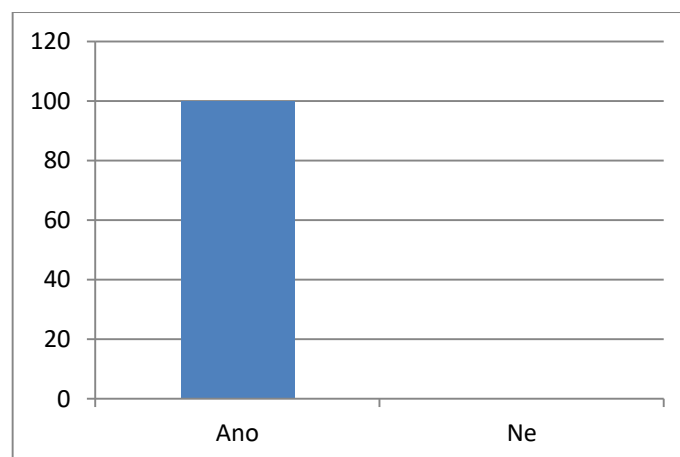
Otázka č.5

Setkáváte se ve svém pracovišti s pacienty s Alzheimerovou chorobou?

- a) ano
- b) ne

Tabulka č. 5 – Setkávání se s nemocnými s ACH ve svém pracovišti

Setkáváte se ve svém pracovišti s pacienty s Alzheimerovou chorobou?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	100	100,00 %
Ne	0	0,00 %
Celkem	100	100,00 %



Graf č. 6 – Setkávání se s nemocnými s ACH ve svém pracovišti

Komentář:

Graf znázorňuje, že všech 100 dotazovaných respondentů (100,00 %) se setkává ve svém pracovišti, ač je to zdravotnické či nezdravotnické zařízení, s pacienty s ACH.

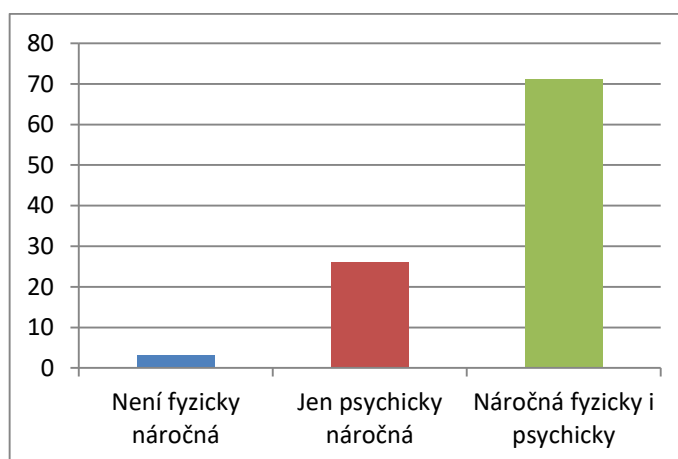
Otázka č. 6

Je náročnější spolupráce s pacienty s Alzheimerovou chorobou?

- a) není fyzicky náročná
- b) ano, jen psychicky náročná
- c) je náročná psychicky i fyzicky

Tabulka č. 6 – Náročnost spolupráce s pacienty s ACH

Je náročnější spolupráce s pacienty s Alzheimerovou chorobou?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Není fyzicky náročná	3	3,00 %
Ano, je psychicky náročná	26	26,00 %
Je náročná psychicky i fyzicky	71	71,00 %
Celkem	100	100,00 %



Graf č. 7 – Náročnost spolupráce s pacienty s ACH

Komentář:

S nejmenším počtem 3 respondentů (3,00 %) byla zatrhnuta první odpověď, že práce s pacienty s ACH, není fyzicky náročná. Jako psychicky náročnou práci o pacienty s ACH označilo 26 respondentů (26,00 %). Nejpočetnější skupinu, kteří označili poslední odpověď a shodli se na tom, že je pro ně práce s pacienty s ACH náročná fyzicky i psychicky, tvoří 71 respondentů (71,00 %).

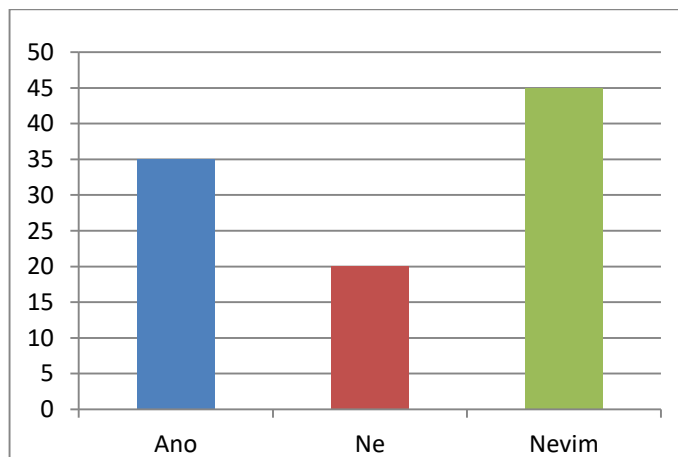
Otázka č. 7

Máte ve svém pracovišti příručku či brožuru, nebo jiné standardy, pracovní postupy, ve kterých jsou informace jak o tyto pacienty pečovat?

- a) ano, čerpala jsem z
- b) ne
- c) nevím, nezajímá/a jsem se

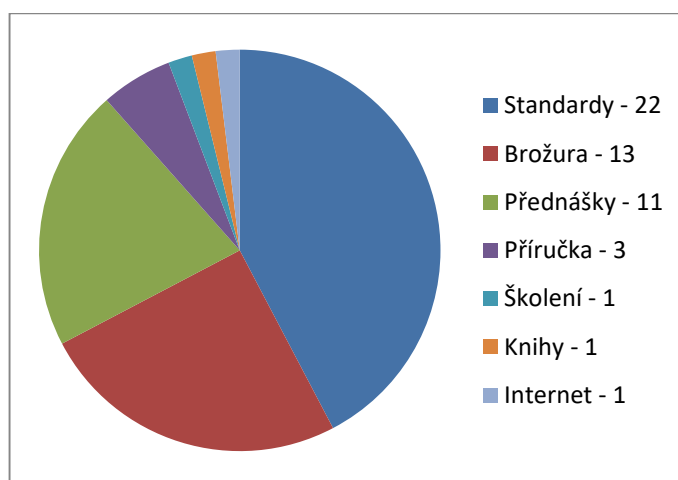
Tabulka č. 7 – Možnost informovanosti na pracovišti

Informace na pracovišti, jak pečovat o tyto ne- mocné.	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	35	35,00 %
Ne	20	20,00 %
Nevím	45	45,00 %
Celkem	100	100,00 %



Graf č. 8 - Možnost informovanosti na pracovišti

Ano – zdroj informací	Absolutní četnost	Relativní četnost
Standardy	22	42,00 %
Brožura	13	25,00 %
Přednášky	11	21,00 %
Příručka	3	6,00 %
Školení	1	2 %
Knihy	1	2 %
Internet	1	2 %
Celkem		100,00 %



Graf č. 9 - Konkrétní způsob informovanosti na pracovišti

Komentář:

Graf č. 8 znázorňuje, zdali jsou na pracovišti respondentů možnosti, jak se informovat o péči o pacienty s ACH, a kolik respondentů o nich ví. Odpověď „ano“, zahrlo 35 respondentů (35,00 %), kteří jsou informováni o tom, jak a kde se mohou na svém pracovišti informovat, jak o tyto nemocné pečovat. 20 respondentů (20,00%) odpovědělo, že nemají ve svém pracovišti žádné informační zdroje a 45 respondentů (45,00 %) to neví, jelikož se nezajímali.

Graf č. 9 navazuje na odpověď „ano“, kde uvádějí respondenti, jak se mohou informovat na svém pracovišti, nebo v rámci svého pracoviště o tom, jak pečovat o nemocného s ACH. Respondenti doplnili 22× čerpání ze standardů (42,00 %), 13× z brožur (25,00 %), přednášek

v rámci svého zařízení bylo vepsáno 11× (21,00 %), příručky 3× (6,00 %), možnost školení 1× (2,00 %), knihy 1× (2,00 %) a internet také 1× (2,00 %).

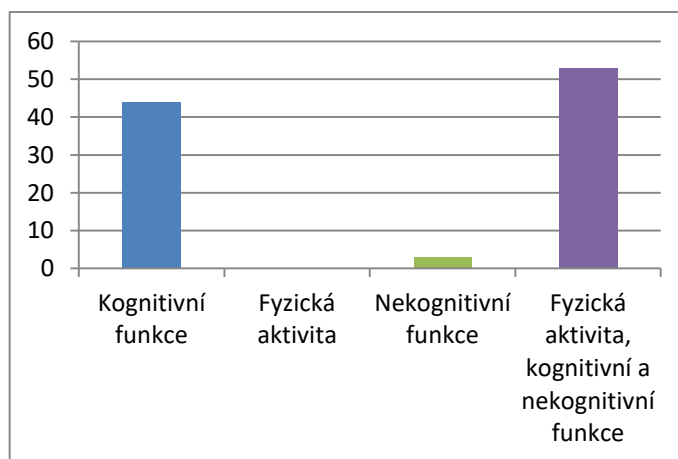
Otázka č. 8

U těchto pacientů je nejdůležitější podporovat jejich:

- paměť, myšlení, pozornost, schopnost, pochopení (kognitivní funkce)
- fyzickou aktivitu
- motivaci, výdrž, emocionální a psychickou stránku (nekognitivní funkce)
- fyzickou aktivitu, kognitivní a nekognitivní funkce zároveň

Tabulka č. 8 – Podpora důležitých funkcí u pacienta s ACH

Nejdůležitější je podpora u pacienta s ACH o:	Absolutní četnost	Relativní četnost
Kognitivní funkce	44	44,00 %
Fyzická aktivita	0	0,00 %
Nekognitivní funkce	3	3,00 %
Kognitivní, nekognitivní funkce a fyzická aktivita	53	53,00 %
Celkem	100	100,00 %



Graf č. 10 – Podpora důležitých funkcí u pacienta s ACH

Komentář:

V grafu můžeme vidět, že na druhém místě je umístěna první možnost, kterou označilo 44 respondentů (44,00 %). Fyzickou aktivitu nezvolil žádný z respondentů. Možnost nekognitivní funkce zvolili 3 respondenti (3,00 %) a poslední možnost „rozvíjení kognitivních, nekognitivních funkcí a fyzickou aktivitou zároveň“ zvolilo nejvíce respondentů, celkem 53 (53,00 %).

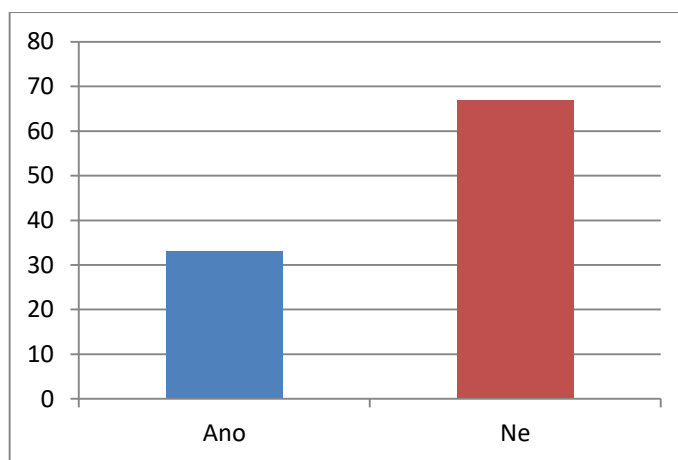
Otázka č. 9

U pacientů s Alzheimerovou chorobou je důležité se přizpůsobit v ošetrovatelské péči pacientovým návykům. Myslíte, že je reálné požadované návyky v běžném provozu dodržet?

- a) ano
- b) ne

Tabulka č. 9 – Vyhovění pacientovým návykům

Dodržení požadovaných návyků.	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	33	33,00 %
Ne	67	67,00 %
Celkem	100	100,00 %



Graf č. 11 – Vyhovění pacientovým návykům

Komentář:

V grafu můžeme vidět, že převážná skupina respondentů si myslí, že všem pacientovým návykům v ošetrovatelské péči u pacienta s ACH nelze vyhovět, počet vychází na 67 respondentů (67,00 %). Zbýlých 33 respondentů (33,00 %), zvolili možnost „ano“ a souhlasí s tím, že požadavky splnit lze.

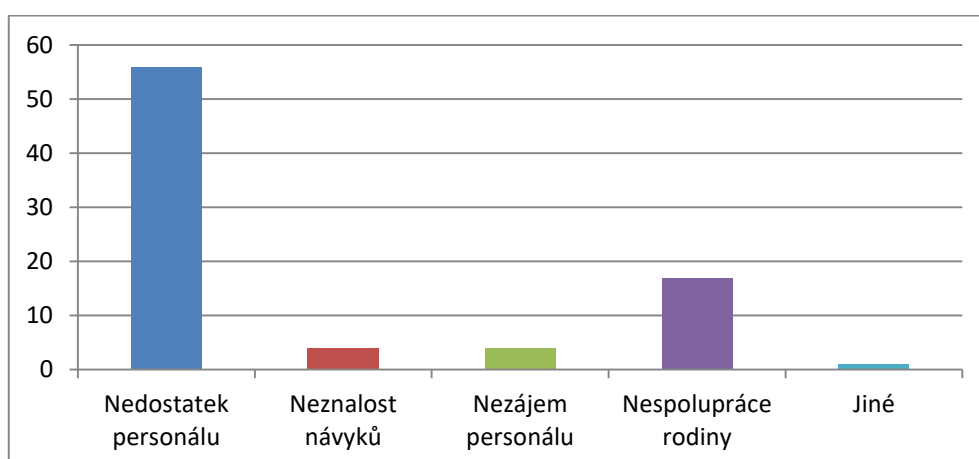
Otázka č. 10

Proč si myslíte, že tyto kritéria nelze v běžném provozu dodržet?

- a) nedostatek personálu
- b) neznalost těchto návyků
- c) nezájem personálu
- d) nespolupráce rodiny
- e) jiné důvody:

Tabulka č. 10 – Dodržení kritérií v běžném provozu

Proč nelze tyto kritéria dodržet?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nedostatek personálu	48	71,64 %
Neznalost těchto návyků	4	5,97 %
Nezájem personálu	4	5,97 %
Nespolupráce rodiny	10	14,92 %
Jiné:	1	1,49 %
Celkem	67	100 %



Graf č. 12 - Dodržení kritérií v běžném provozu

Komentář:

Na tuto otázku měli odpovídat pouze respondenti, kteří v předešlé otázce označili možnost „ne“. Největší zastoupení má nedostatek personálu, což je 48 respondentů (71,64 %), nezna-
lost návyků označili 4 respondenti (5,97 %), nezájem personálu také zvolen 4 respondenty
(5,97 %), nespolupráci s rodinami zvolilo 10 respondentů (14,92 %) a v doplňující otázce
byla vepsána jen jedna odpověď, která říká z „nedostatku času“ (1,49 %).

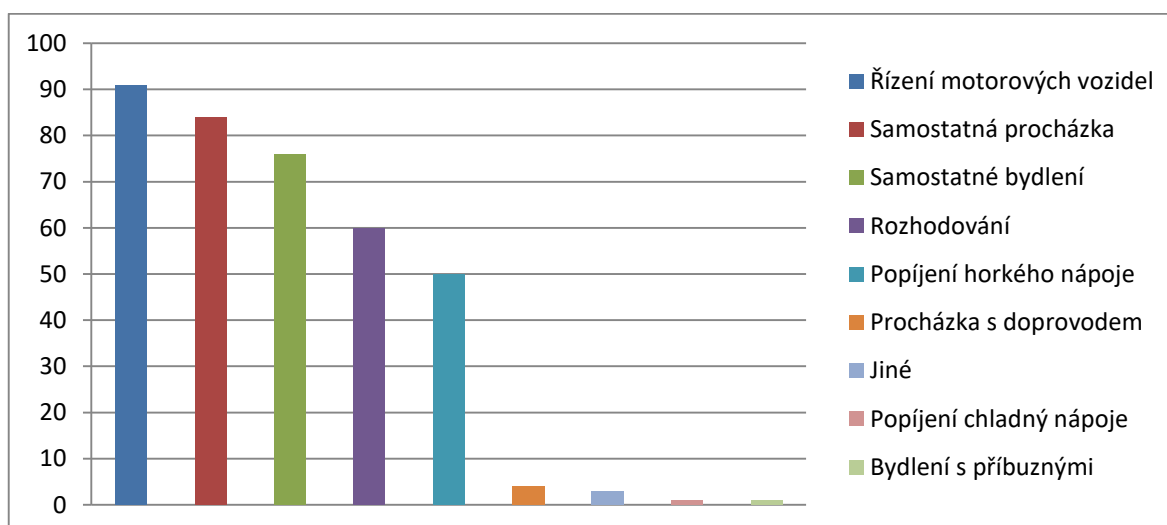
Otázka č. 11

Které činnosti považujete jako rizikové pro nemocného s Alzheimerovou chorobou?

- a) popíjení horkého nápoje
- b) popíjení chladného nápoje
- c) samostatná procházka
- d) procházka s doprovodem
- e) řízení motorových vozidel
- f) rozhodování
- g) samostatné bydlení
- h) bydlení s příbuznými
- i) znáte jiné rizikové činnosti pro nemocného s Alzheimerovou chorobou? Uveďte pro-
sím.....

Tabulka č. 11 – Rizikové činnosti u pacienta s ACH

Rizikové činnosti pro nemocného s ACH	Absolutní četnost	Relativní četnost
Popíjení horkého nápoje	50	13,51 %
Popíjení chladného nápoje	1	0,27 %
Samostatná procházka	84	22,70 %
Procházka s doprovodem	4	1,08 %
Řízení motorových vozidel	91	24,59 %
Rozhodování	60	16,22 %
Samostatné bydlení	76	20,54 %
Bydlení s příbuznými	1	0,27 %
Jiné:	3	0,81 %
Celkem	370	100%



Graf č. 13 – Rizikové činnosti u pacienta s ACH

Komentář:

Vzhledem k typu otázky, mohli respondenti zvolit více možností s navíc jednou volnou výpovědí k doplnění svého názoru, co by ještě dalšího mohlo být rizikem pro tyto nemocné. Dle respondentů vyšlo jako nejrizikovější „řízení motorových vozidel“ s počtem 91 označení (24,59 %). Na druhém místě se umístila „samostatná procházka“ s počtem 84 označení (22,70 %). Třetí místo zaujalo „samostatné bydlení“, tato možnost byla zvolena celkem 76 × (20,54 %). Na čtvrtém místě „rozhodování“ s počtem 60 zatrnutí (16,22 %). Páté místo obsadilo „popíjení horkého nápoje“ s počtem 50 zatrnutí (13,51 %). Na dalším místě s počtem 4 označení (1,08 %) byla zvolena „procházka s doprovodem“, „popíjení chladného nápoje“ a „bydlení s příbuznými“ obě možnosti byly zvoleny 1 respondentem (0,27 %). V doplňující otázce, jaké jiné činnosti si myslí respondenti, že mohou být rizikové pro pacienta s ACH se objevili tyto odpovědi: „čistící prostředky“, „lepidlo“ a „samostatné užívání léků“, odpověděli 3 respondenti (0,81 %).

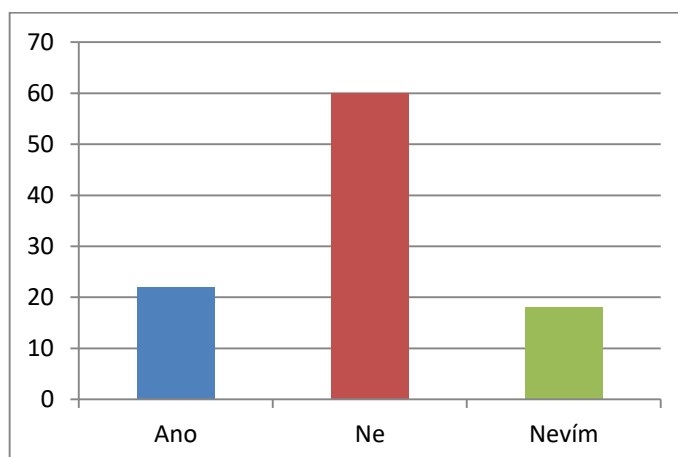
Otázka č. 12

Je vhodné zavádět u částečně soběstačných nebo nesoběstačných pacientů PMK (permanenní močový katétr)?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

Tabulka č. 12 – Zavedení PMK

Zavedení PMK u pacienta s ACH	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	22	22,00 %
Ne	60	60,00 %
Nevím	18	18,00 %
Celkem	100	100,00 %



Graf č. 14 - Zavedení PMK

Komentář:

Se zavedením PMK souhlasilo 22 respondentů (22,00 %). Druhá možnost byla zvolena nejčastěji a to byla odpověď „ne“ s počtem 60 respondentů (60,00 %). Třetí a taky poslední z výběru možných odpovědí byla odpověď „nevím“, s počtem 18 respondentů (18,00 %).

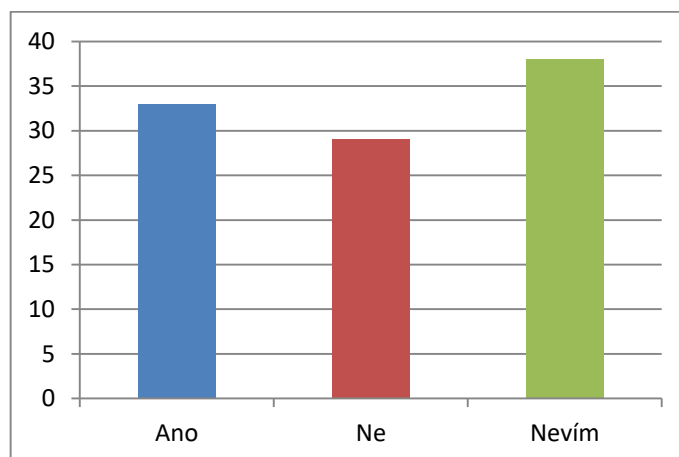
Otázka č. 13

Máte ve svém pracovišti pomůcky, které by mohly pomoci k pacientovu rozvíjení jeho kognitivních (paměť, myšlení, pozornost, schopnost, pochopení) i nekognitivních (motivace, výdrž, emocionální a psychická stránka) funkcí?

- a) ano, uveďte jaké:
- b) ne
- c) nevím

Tabulka č. 13 – Přítomnost pomůcek k rozvíjení pacienta s ACH

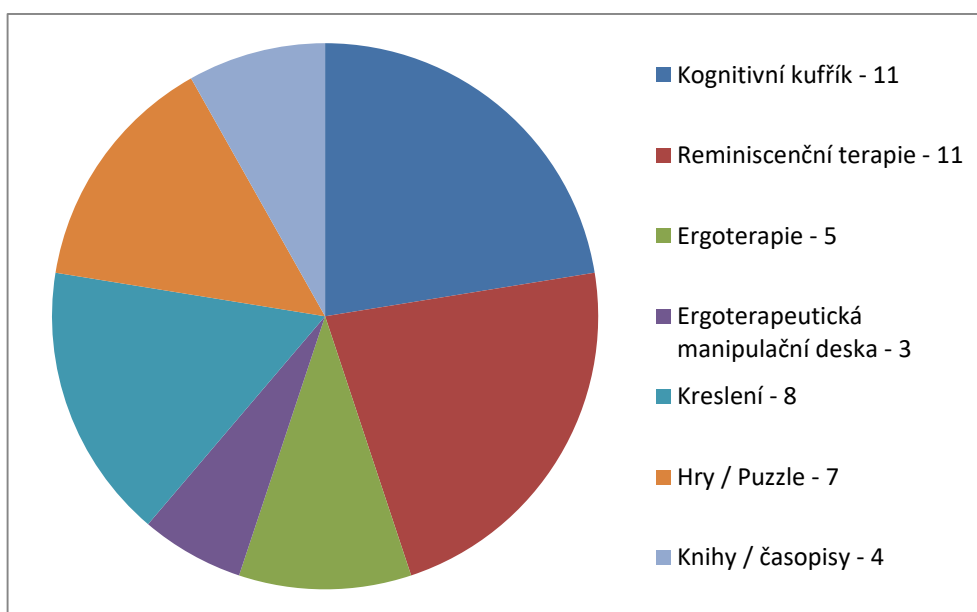
Pomůcky k rozvíjení kognitiv. a nekognitiv. funkcí?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, uveďte jaké	33	33,00 %
Ne	29	29,00 %
Nevím	38	38,00 %
Celkem	100	100,00 %



Graf č. 15 – Přítomnost pomůcek k rozvíjení pacienta s ACH

Tabulka č. 14 - Pomůcky k rozvíjení pacienta s ACH

Pomůcky	Absolutní četnost	Relativní četnost
Kognitivní kufřík	11	22,45 %
Reminiscenční terapie	11	22,45 %
Ergoterapie	5	10,20 %
Ergoterapeutická manipulační deska	3	6,12 %
Kreslení	8	16,33 %
Hry / Puzzle	7	14,29 %
Knihy / Časopisy	4	8,16 %
Celkem	49	100 %



Graf č. 16 – Pomůcky k rozvíjení pacienta s ACH

Komentář:

Tato otázka byla opět provedena formou polouzavřené odpovědi, v grafu č. 15 a tabulce č. 13 můžeme vidět statistiku zvolených odpovědí, kdy odpověď „ano“ zvolilo 33 respondentů (33,00 %). S odpovědí „ne“ souhlasilo 29 respondentů (29,00%) a poslední odpověď „nevím“ označilo celkem 38 respondentů (38,00 %).

V druhém grafu č. 16 s tabulkou č. 14 můžeme vidět rozpracovanou volnou výpověď, která byla součástí odpovědi „ano“. Graf znázorňuje nejčastější používané pomůcky k péči o pacienta s ACH. Dvě nejčastější dle počtu odpovědí jsou „kognitivní kufřík“ a „reminiscenční terapie“, které byly obě označeny $11 \times (22,45 \%)$. Druhé místo obsadilo „kreslení“ s celkovým počtem 8 zatrnutí ($16,33 \%$). „Hry/Puzzle“ byla napsány pouze $7 \times (14,29 \%)$. S počtem 5 zapsání ($10,20 \%$) byla „ergoterapie“ a hned za ní byly „knihy/časopisy“ se součtem 4 zapsání ($8,16 \%$). A na posledním místě byla „ergoterapeutická manipulační deska“, která byla napsána celkem $3 \times (6,12 \%)$.

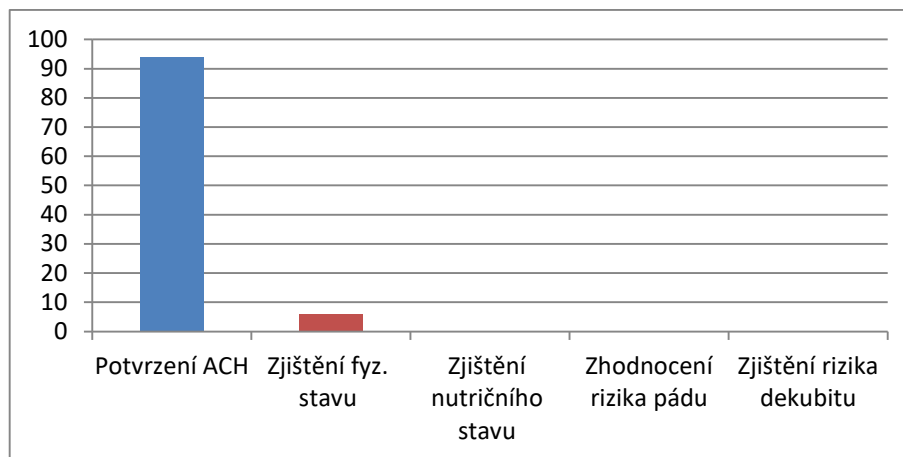
Otázka č. 14

Znáte test MMSE (Mini-Mental State Examination)? Víte, k čemu se tento test také používá?

- a) k potvrzení Alzheimerovy choroby
- b) ke zjištění fyzického stavu pacienta
- c) ke zjištění nutričního stavu nemocného
- d) ke zhodnocení rizika pádu
- e) ke zjištění rizika vzniku dekubitů

Tabulka č. 15 – Použití testu MMSE

Znalost testu MMSE	Absolutní četnost	Relativní četnost
Potvrzení ACH	94	94,00 %
Zjištění fyz. aktivity	6	6,00 %
Zjištění nutričního stavu	0	0,00 %
Zhodnocení rizika pádu	0	0,00 %
Zjištění rizika dekubitů	0	0,00 %
Celkem	100	100,00 %



Graf č. 17 - Použití testu MMSE

Komentář:

Z grafu je zřejmé, že více než 94 respondentů (94,00 %) ví, že test MMSE se také používá právě k potvrzení ACH. Zbylých 6 respondentů (6,00 %) se domnívá, že test MMSE slouží ke zjištění fyzického stavu nemocného.

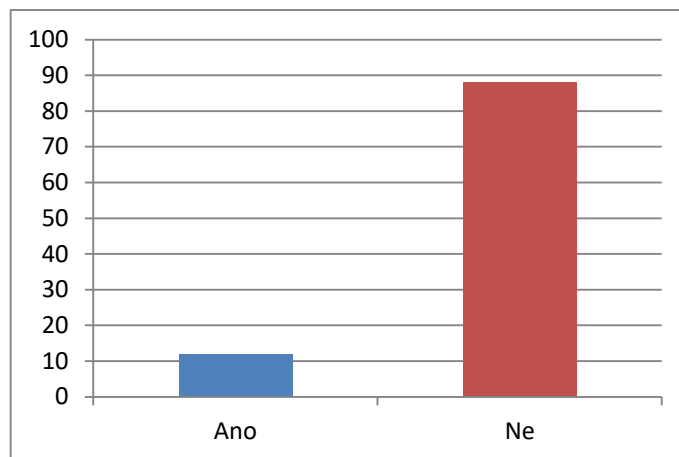
Otázka č. 15

Znáte test PAINED? Víte, k jakému zjištění se tento test používá?

- a) ano, test se používá ke zjištění:
- b) ne

Tabulka č. 16 – Znalost testu PAINED

Znalost testu PAINED	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	12	12,00 %
Ne	88	88,00 %
Celkem	100	100,00 %



Graf č. 18 – Znalost testu PAINED

Komentář:

V grafu č. 18 můžeme vyčíst, kolik respondentů tento test zná. Test byl opět vytvořen jako polouzavřená otázka. V možnosti „ano“ měli respondenti uvést, čím se tento test zabývá. Na odpověď „ano“ odpovědělo celkem 13 respondentů, z toho jedna odpověď byla nesprávná a po té zařazena k možnosti „ne“. Konečný počet respondentů, který tento test zná je 12 (12,00 %), zbylých 88 respondentů (88,00%) se k testu vyjádřilo záporně.

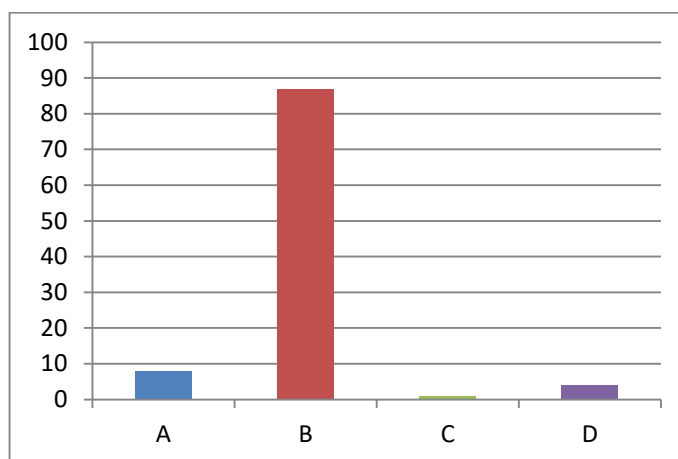
Otázka č. 16

Pokud pacient mluví o tom, že si musí sbalit své věci do kufru a obléci se, protože zítra jde do práce, a vy víte, že tato situace není reálná, jak se budete snažit vyřešit danou situaci?

- budete se mu za každou cenu snažit vysvětlit, že zítra do práce nejde, že do práce už nechodí a uložit ho zpět do lůžka
- budete s ním souhlasit, že ano víte, že jde zítra do práce, ale že se stačí připravit do práce později, budete se ho snažit uklidnit a uložit zpět do lůžka
- nebudete se s ním vůbec bavit a uložíte ho do lůžka
- zavoláte lékaře kvůli zklidňující medikaci

Tabulka č. 17 – Modelová situace

Modelová situace	Absolutní četnost	Relativní četnost
A	8	8,00 %
B	87	87,00 %
C	1	1,00 %
D	4	4,00 %
Celkem	100	100,00 %



Graf č. 19 – Modelová situace

Komentář:

Do dotazníkového šetření byla vytvořena modelová situace, jejímž cílem bylo zjistit jak by se respondenti v dané situaci zachovali. V možnostech byly čtyři různé odpovědi, první odpověď, která zahrnovala okamžité uložení do lůžka, označilo celkem 8 respondentů (8,00 %). Druhou odpověď označilo nejvíce respondentů, tato odpověď obsahovala uklidnění nemocného, souhlasení s ním a jeho následné uložení do lůžka, označilo ji celkem 87 respondentů (87,00 %). Třetí možnost, která říká, že s nemocným nebudete vůbec komunikovat a rovnou jej uloží do lůžka označil 1 respondent (1,00 %). A poslední možnost „zavolání lékaře pro zklidňující medikaci“ zvolili 4 respondenti (4,00 %).

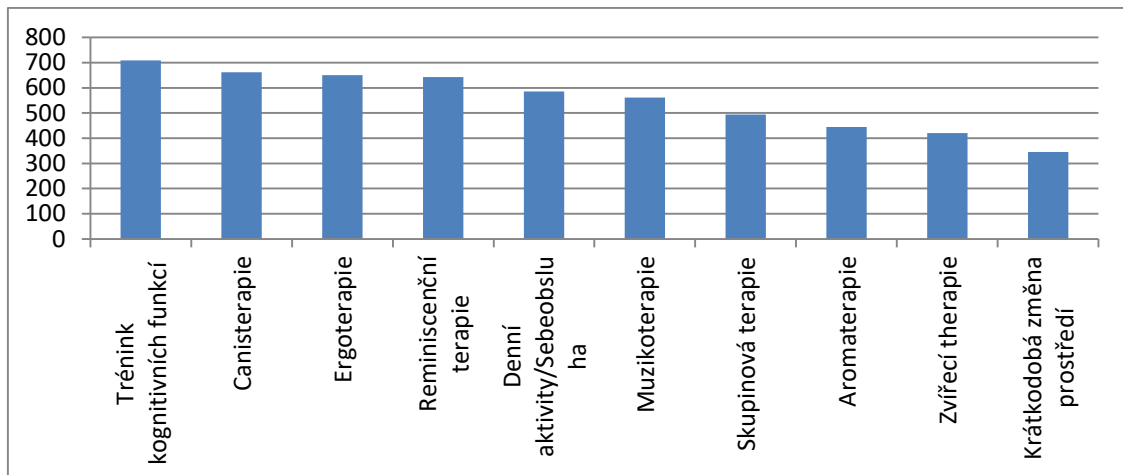
Otázka č. 17

Seřadte dle svých znalostí od nejznámější po nejméně známou techniku, která je prováděna s pacienty s demencí. (Popište je prosím od čísla 1 jako nejznámější po číslo 10 jako nejméně známé.)

- a) reminiscenční terapie (vzpomínková)
- b) trénink kognitivních funkcí (např.: čtení seniorům, procvičuje se paměť, myšlení, pozornost)
- c) canisterapie (léčebný kontakt psa a člověka)
- d) muzikoterapie
- e) aromaterapie
- f) ergoterapie (smysluplné zaměstnávání)
- g) zvířecí terapie (využívají se domácí zvířata)
- h) skupinová terapie (využívá hudbu, zpěv a pohybové aktivity)
- i) nácvik ohrožených či ztracených schopností (denní aktivity, sebeobsluha)
- j) krátkodobé změny prostředí (trávení času na čerstvém vzduchu)

Tabulka č. 18 – Nejznámější techniky práce

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Body
Trénink kognitivních funkcí	24	15	10	17	7	8	7	1	11	0	709
Canisterapie	9	15	18	15	12	10	7	10	4	0	662
Ergoterapie	16	16	8	10	19	10	4	6	4	7	651
Reminiscenční terapie	19	16	17	9	8	4	0	5	5	17	643
Denní aktivity/Sebeobsluha	16	16	5	7	9	8	9	5	22	3	585
Muzikoterapie	7	1	10	15	20	9	27	7	2	0	562
Skupinová terapie	5	8	13	8	3	10	14	16	17	6	494
Aromaterapie	0	7	3	4	16	23	8	18	11	10	444
Zvířecí terapie	3	2	8	12	2	10	17	19	11	16	421
Krátkodobá změna prostředí	7	2	8	2	3	8	8	8	12	42	346



Graf č. 20 – Nejznámější techniky práce

Komentář:

V této otázce měli respondenti seřadit dle svých znalostí od nejznámější po nejméně známou techniku práce s pacienty pomocí číselného hodnocení od 1 do 10. Díky bodovému hodnocení, které jsme spolu porovnávali, vzešla stupnice od nejznámější po nejméně známou techniku. „Trénink kognitivních funkcí“ v celkovém hodnocení vyšel jako nejvíce známý. Na druhém místě skončila „Canisterapie“ a třetí místo získala „ergometrie“. „Reminiscenční terapie“ zaujímá místo čtvrté. Páté místo obsadily techniky „Denní aktivity“, za ní následovala „Muzikoterapie“, dále „Skupinová terapie“, „Aromaterapie“, „Zvířecí terapie“ a na posledním místě zůstala technika, která se zabývá krátkodobou změnou prostředí.

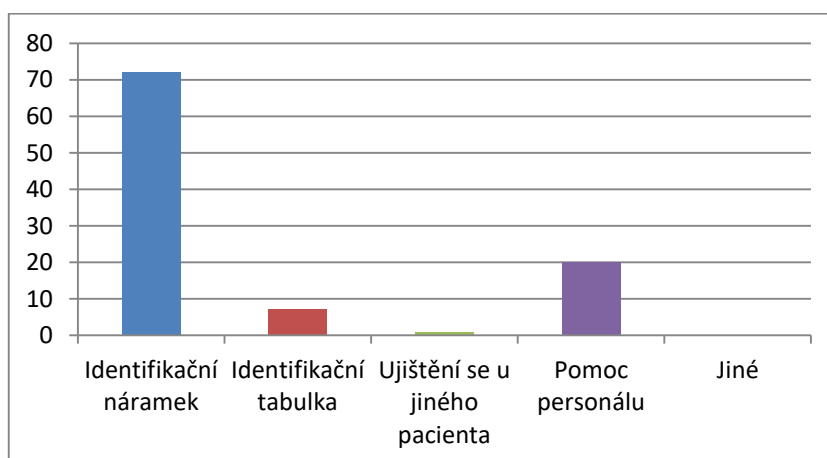
Otázka č. 18

V pozdějších stádiích Alzheimerovy choroby, již klient nemusí být schopen Vám odpovědět na otázku „Jak se jmenujete?“ Jak si nejčastěji v této situaci ověříte jeho totožnost?

- a) identifikační náramek
- b) pomocí identifikační tabulky s jeho jménem na lůžku
- c) zeptáte se jiného pacienta
- d) zavoláte si na pomoc jiný personál, aby Vám potvrdil jeho totožnost
- e) jiné ověřovací možnosti:

Tabulka č. 19 – Ověření totožnosti

Ověření totožnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Identifikační náramek	72	72,00 %
Identifikační tabulka	7	7,00 %
Zeptáte se jiného pacienta	1	1,00 %
Pomoc personálu	20	20,00 %
Jiné:	0	0,00 %
	100	100,00 %



Graf č. 21 – Ověření totožnosti

Komentář:

K této otázce měli respondenti na výběr ze čtyř možností, nejčastěji zvolená odpověď byla „identifikační náramek“ s počtem 72 respondentů (72,00 %). Druhá možnost „identifikační tabulka“ byla zvolena celkem 7 respondenty (7,00 %). Odpověď „zeptáte se jiného pacienta“ zvolil 1 respondent (1,00 %). A druhou nejvýše zvolenou možností byla „pomoc personálu“, kterou zvolilo 20 respondentů (20,00 %). Do poslední možnosti, kde mohli respondenti dopsat jiné ověřovací techniky, nebylo vepsáno nic.

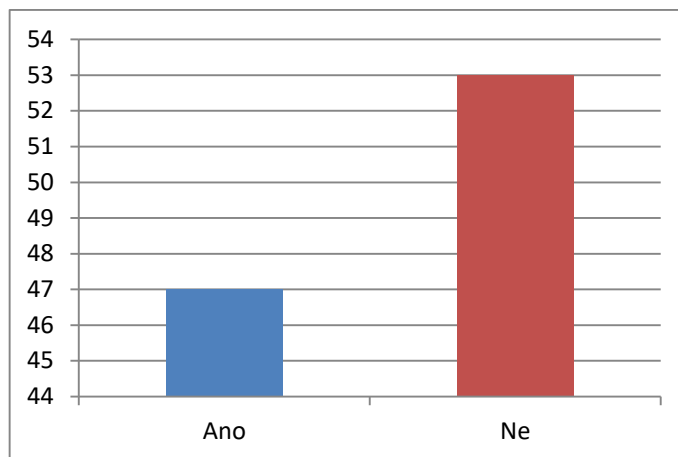
Otázka č. 19

Nemocní s Alzheimerovou chorobou jsou často zmatení a po převozu do nového prostředí mohou mít tendenci „utíkat“. Na tyto pacient je potřeba zvýšeného dohledu. Máte ve svém zařízení nějaké bezpečnostní prvky, které mohou zabránit této situaci?

- a) ano, jaké: (např.: bezpečnostní dveře)
- b) ne

Tabulka č. 20 – Bezpečnostní prvky

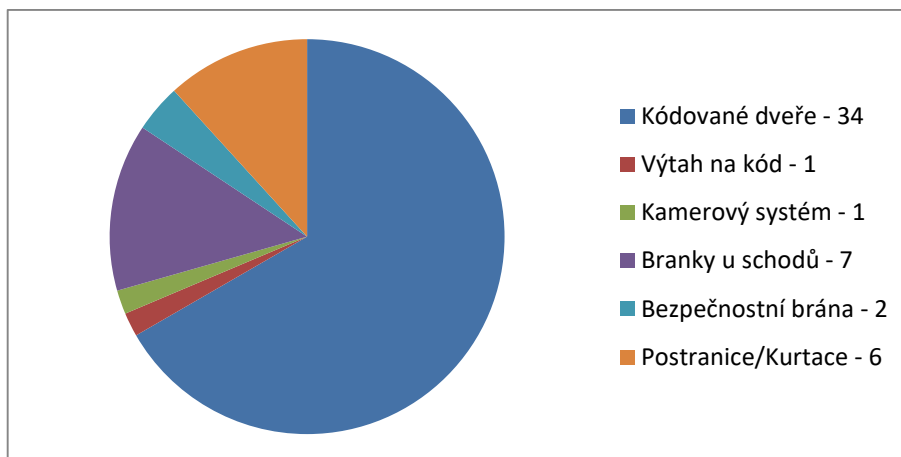
Bezpečnostní prvky za- řízení	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, jaké	47	47,00 %
Ne	53	53,00 %
Celkem	100	100,00 %



Graf č. 22 – Bezpečnostní prvky

Tabulka č. 21 – konkrétní bezpečnostní prvky

Bezpečnostní prvky za- řízení	Absolutní četnost	Relativní četnost
Kódované dveře	34	66,67 %
Výtah na kód	1	1,96 %
Kamerový systém	1	1,96 %
Branky u schodů	7	13,73 %
Bezpečnostní brána	2	3,92 %
Postranice / kurtace	6	11,76 %
Celkem	51	100,00 %



Graf č. 23 – Konkrétní bezpečnostní prvky

Komentář:

Opět v této otázce máme dva grafy z důvodu polouzavřené otázky. Graf č. 22 znázorňuje, zdali oslovení respondenti mají ve svém pracovišti preventivní opatření, která by mohla zabránit rizikovým situacím. S odpovědí „ano“ souhlasilo 47 respondentů (47,00 %), avšak odpověď „ne“ zvolilo 53 respondentů (53,00 %).

Následující graf č. 23, který stále patří k otázce č. 19, znázorňuje konkrétní rozepsané bezpečnostní prvky, které respondenti vepsali při označení odpovědi „ano“. Následně měli dopsat, o jaké prvky se jedná. V grafu můžeme vidět, že největší zastoupení bezpečnostních prvků mají „kódované dveře“, bylo uvedeno celkem $34 \times (66,67 \%)$. V druhém nejpočetnějším zastoupení byly „branky u schodů“, které se v dotazníku objevily celkem $7 \times (13,73 \%)$. „Postranice/Kurtace“ byly vepsány také jako bezpečnostní prvek a to celkem $6 \times (11,76 \%)$. Mezi ostatní odpovědi patřili „bezpečnostní brána“, byly zmíněny celkem $2 \times (3,92 \%)$. Zbylé dvě možnosti byly zmíněny již jen jedenkrát a to byl „výtah na kód“ a „kamerový systém“.

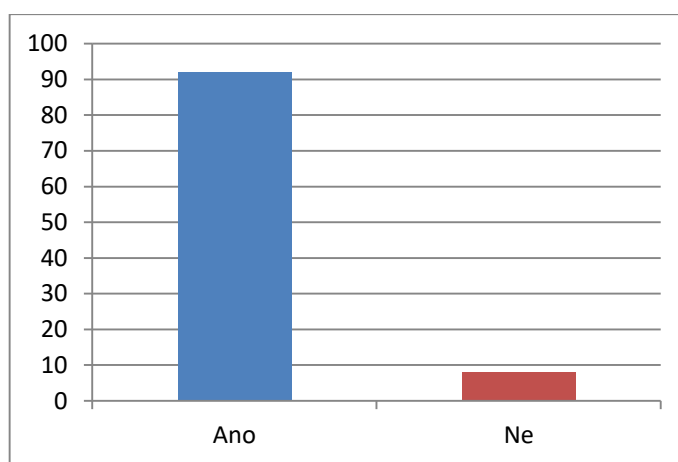
Otázka č. 20

Myslíte si, že je důležité, aby rodina byla při příjmu pacienta?

- a) ano
- b) ne

Tabulka č. 22 – Přítomnost rodiny při příjmu pacienta

Přítomnost rodiny při příjmu pacienta	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	92	92,00 %
Ne	8	8,00 %
Celkem	100	100,00 %



Graf č. 24 – Přítomnost rodiny při příjmu pacienta

Komentář:

Převážná část respondentů si myslí, že je důležité, aby byla rodina, nebo někdo z rodinných příslušníků při příjmu pacienta. Celkem 92 respondentů (92,00 %) si myslí, že „ano“. Zbývajících 8 respondentů (8,00 %) si myslí, že to důležité není.

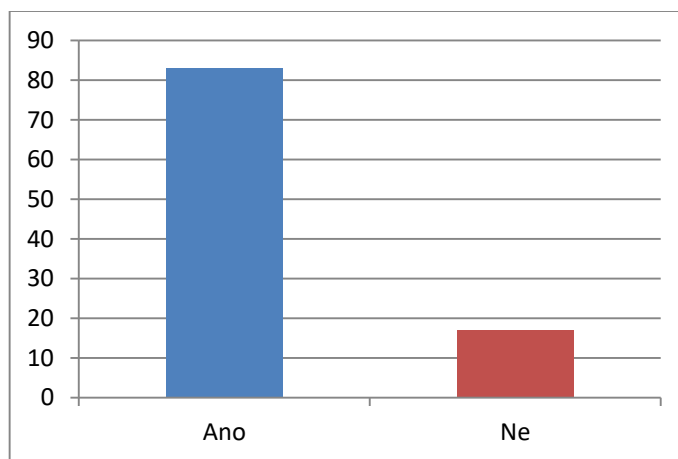
Otázka č. 21

Komunikujete s rodinou, co se týče pacientových zvyků (rituálů), na které je při svém každodenním životě zvyklý?

- a) ano
- b) ne

Tabulka č. 23 – Komunikace s rodinou

Komunikace s rodinou	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	83	83,00 %
Ne	17	17,00 %
Celkem	100	100,00 %



Graf č. 25 – Komunikace s rodinou

Komentář:

Odpověď na výše uvedenou otázku byla převážně „ano“, zvolilo ji celkem 83 respondentů (83,00 %), zbylých 17 respondentů (17,00%) označilo odpověď „ne“ s tím, že s rodinou nekomunikují.

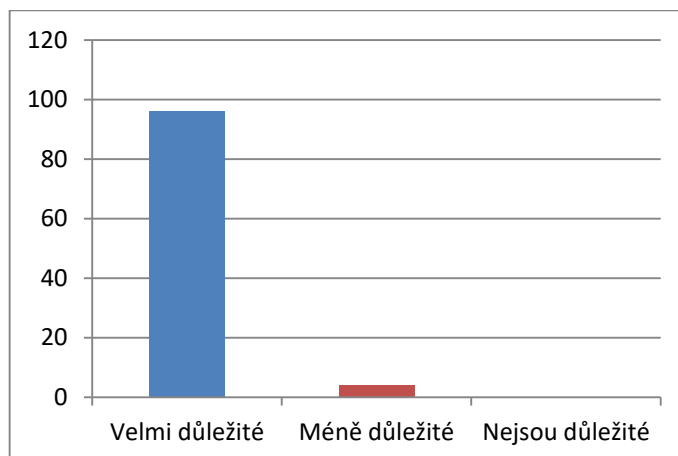
Otázka č. 22

Mohou být důležité informace o těchto zvyklostech?

- a) velmi důležité
- b) méně důležité
- c) nejsou důležité

Tabulka č. 24 – Informace o zvyklostech

Důležitost informací o zvycích pacienta	Absolutní četnost	Relativní četnost
Velmi důležité	96	96,00 %
Méně důležité	4	4,00 %
Nejsou důležité	0	0,00 %
Celkem	100,00 %	100,00 %



Graf č. 26 – Informace o zvyklostech

Komentář:

Zde jsme zjišťovali názor respondentů, zda si myslí, že jsou získané informace od rodiny důležité. Většina respondentů odpověděla, že jsou „velmi důležité“ s počtem 96 respondentů (96,00 %). Odpověď „méně důležité“ zvolili celkem 4 respondenti (4,00 %). Třetí možnost, že „nejsou důležité“ neoznačil nikdo z respondentů (0,00 %).

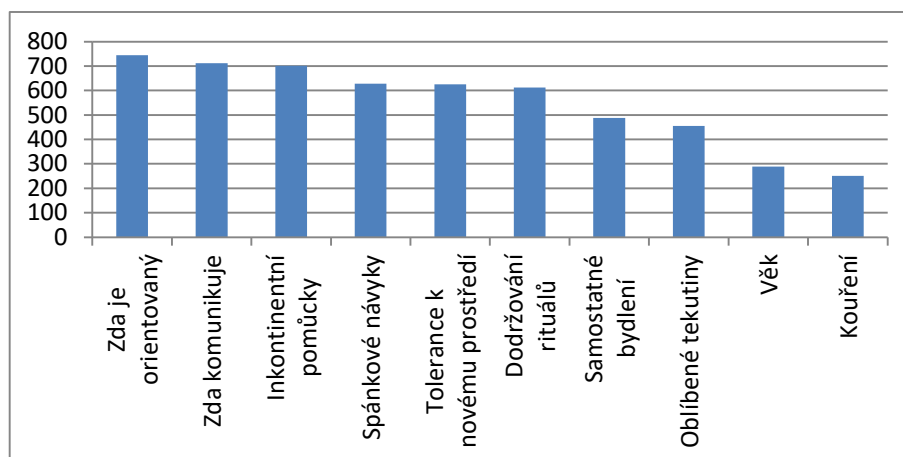
Otázka č. 23

Na jaké otázky si myslíte, že je důležité se zeptat (např. rodiny), při příjmu pacienta s tímto onemocněním?

- a) zdali má nějaké spánkové návyky
- b) jaké jsou jeho oblíbené tekutiny
- c) jestli dodržuje v průběhu dne nějaké své rituály
- d) zdali kouří a kolik vykouří za den cigaret
- e) soběstačnost
- f) zdali bydlel/ bydlí sám ve svém domově
- g) jak si klient zvyká na nové prostředí
- h) zdali je orientovaný
- i) zdali a jak komunikuje
- j) věk

Tabulka č. 25 – Příjem pacienta

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Body
Zda je orientovaný	19	30	9	7	14	5	10	4	1	1	745
Zda komunikuje	14	21	20	9	10	11	4	7	4	0	712
Inkontinentní pomůcky	29	6	15	13	10	7	6	4	5	5	701
Spánkové návyky	13	7	14	7	15	18	17	8	1	0	628
Tolerance k novému prostředí	5	11	14	19	17	14	6	8	5	1	625
Dodržování rituálů	15	6	17	8	8	15	15	4	9	3	612
Samostatné bydlení	1	4	4	20	13	14	6	22	16	0	488
Oblíbené tekutiny	0	13	2	8	9	8	23	15	13	9	455
Věk	5	0	5	3	4	4	7	6	22	44	289
Kouření	0	2	0	5	2	2	5	22	28	34	251



Graf č. 27 – Příjem pacienta

Komentář:

Zde jsem opět zvolila metodu, jako u otázky č. 17. Otázka je postavena na stejném principu, respondenti měli opět seřadit otázky od 1 jako nejdůležitější po 10 jako nejméně důležitou odpověď. Tabulka č. 2 znázorňuje celkový počet udávaných respondenty, a jejich následné bodové ohodnocení. Graf po té znázorňuje jejich posloupnost od nejdůležitější otázky, po ty nejméně důležité. Na prvním místě se umístila odpověď „zda je nemocný orientován“, hned v zápětí je otázka „zdali komunikuje“. Poté respondenti zvolili za důležité se ptát na „používání inkontinentních pomůcek“, jako další v pořadí byly „spánkové návyky“. V grafu dále následuje „tolerance k novému prostředí“ pokračuje v „dodržování rituálů“, „samostatné bydlení“, „oblíbené tekutiny“, „věk“ a na posledním místě „kouření“.

6 DISKUZE

Bakalářská práce má tyto tři základní cíle, které byly ověřeny dotazníkovým šetřením. Ke každému cíli, je krátký popis zastupujících otázek v dotazníkovém šetření.

Cíl 1: Ověření nelékařských zdravotnických pracovníků, zda mají znalosti jak pečovat o klienty s Alzheimerovou chorobou. Otázky č. 7, 8, 9, 10, 11, 12.

V otázce č. 7 nás zajímalo, zdali respondenti mají ve svém pracovišti příručky, brožury, standardy nebo jiné postupy, díky kterým by mohli získávat informace jak pečovat o nemocné s ACH. Zjistili jsme, že 35 % respondentů má na svém pracovišti informační zdroje k péči o pacienty s ACH. 20 % respondentů odpovědělo, že na pracovišti nic takového nemají a 45 % se vyjádřilo, že neví, zdali mají na svém pracovišti zdroje, díky kterým by mohli obohatit své znalosti. Se souhlasem informačních zdrojů na pracovišti, respondenti doplnili otázku o příklady, nejčastější z nich byly: standardy, brožury, přednášky, příručky, školení, knihy a internet.

V otázce č. 8 respondenti odpovídali na otázku, které funkce je nejdůležitější u pacientů s ACH podporovat. Nejvíce respondentů, celkem 53 %, zvolilo odpověď, že kognitivní, nekognitivní funkce a fyzická aktivita jsou nejdůležitější pro podporu nemocného. Jen kognitivní funkce zvolilo 44 % respondentů a nekognitivní funkce zvolila 3 % respondentů. Rozvíjení fyzické aktivity nezvolil žádný z respondentů.

V otázce č. 9 jsou respondenti tázáni, zdali si myslí, že lze dodržet všechny požadavky a přizpůsobení pacientovým návykům během ošetrovatelské péče. Celkem 33 % respondentů si myslí, že lze tyto požadavky dodržet. Zbýlých 67 %, což je více než polovina respondentů, si myslí opak.

Otázkou č. 10 se ptáme, proč nelze požadovaná kritéria dodržet. Na tuto otázku měli odpovídat jen respondenti, kteří v předchozí otázce odpověděli na otázku „ne“. Nejvíce respondentů se vyjádřilo k názoru z nedostatku personálu, která byla zastoupena 72 % respondentů. Druhý nejvyšší počet byl zastoupen 15 %, kdy si myslí respondenti, že je to z důvodu nespolupráce rodiny. S neznalostmi těchto návyků souhlasilo 6 % respondentů. Nezájem personálu zvolilo také 6 % respondentů a 1 % respondentů se vyjádřilo k jinému důvodu, který byl nedostatek času.

Otázka č. 11 znázorňuje rizikové činnosti u pacientů s ACH. Respondenti mohli zatrhnout více odpovědí, o kterých si myslí, že by mohly být příčinou k potencionálním nehodám.

Nejrizikovější činnost vyjádřená v procentech ze všech odpovědí s výsledkem 25 % vyšlo řízení motorových vozidel. Na druhém místě byla samostatná procházka s výsledkem 23 %. Třetí příčku zaujalo samostatné bydlení s 21 %. Další bylo rozhodování s výsledkem 16 %. Popíjení horkého nápoje se 14 % ze všech možných odpovědí. Další odpovědi mají menší procentuální zastoupení z důvodu menšího množství označení respondenty. Procházka s doprovodem má 1 %. Jiné rizikové činnosti, do kterých respondenti doplnili např.: čistí prostředky, lepidlo a samostatné užívání léků jsou zastoupeny 0,81 %. A popíjení chladných nápojů zároveň s bydlením s příbuznými bylo zvoleno nejmenším počtem respondentů 0,27 %.

V otázce č. 12, zdali je vhodné u částečně soběstačných nebo nesoběstačných pacientů zavádět PMK respondenti odpovídali takto: odpověď „ano“ zvolilo 22 % respondentů, se zavedením PMK nesouhlasilo 60 % respondentů a nevědělo celkem 18 % respondentů.

Cíl 2: Zjistit, zdali nelékařští zdravotničtí pracovníci znají techniky práce s klienty s Alzheimerovou chorobou. Otázky č. 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19.

Na otázku č. 13, která zněla, zdali respondenti mají na svém pracovišti pomůcky k rozvíjení kognitivní a nekognitivních funkcí vyplynulo, že 33 % respondentů se vyjádřilo, že mají na svém pracovišti pomůcky pro tyto potřeby. Nejčastější typy pomůcek obsadily na prvním místě se stejným počtem dvě pomůcky, a to kognitivní kufřík a reminiscenční terapie. Dále se umístila ergoterapie, po té ergoterapeutická manipulační deska, kreslení, hry/puzzle a knihy/časopisy. 29 % respondentů odpovědělo záporně a celkem 38 % respondentů nevědělo, zdali takovéto pomůcky na svém pracovišti mají.

V otázce č. 14 jsme se ptali, zdali respondenti znají test MMSE. Výsledek této otázky je velice uspokojivý, jelikož 94 % respondentů odpovědělo správnou odpovědí, že slouží tento test k potvrzení ACH. Zbýlých 6 % respondentů odpovědělo nesprávně, čili jejich odpověď zněla, že test MMSE slouží ke zjištění fyzické aktivity nemocného.

V otázce č. 15, kde našim úkolem bylo zjistit, zdali respondenti znají PAINED test, který se používá k hodnocení bolesti, bylo šokující zjištění, když ve výsledku vzniklo, že 88 % respondentů neví, k čemu se tento test používá. Pouze 12 % respondentů odpovědělo správně.

Otázka č. 16 byla menší modelová situace, kde jsme zjišťovali, jak by se respondenti v dané situaci zachovali. Jednalo se o nastínění situace, kdy je pacient zmatený, chce odejít a balí si všechny své věci. Převážná většina respondentů zvolila správnou odpověď, která zněla, že by s nemocným měli souhlasit, uklidnit ho a uložit zpět do lůžka. Odpovědělo na ni 87 %

respondentů. 8 % respondentů byla zvolena odpověď, kdy se nemocnému budou snažit vše vysvětlit a hned ho uložit do lůžka. 1 % respondentů odpovědělo, že by se s ním vůbec nebavilo a uložilo jej zpět do lůžka a 4 % respondentů by zvolilo zklidňující medikaci.

V otázce č. 17 měli za úkol respondenti seřadit dle svých znalostí techniky práce od nejznámější po nejméně známou. První místo obsadila technika tréninku kognitivních funkcí, na druhém místě se umístila canisterapie a na třetím místě ergoterapie. Postupně s nižším množstvím bodů se umístila reminiscenční terapie, denní aktivity/sebeobsluha, muzikoterapie, skupinová terapie, aromaterapie, zvířecí terapie a na posledním místě se umístila krátkodobá změna prostředí.

V otázce č. 18 respondenti odpovídali na otázku, jak by reagovali, jestliže by jim nebyl schopen pacient odpovědět, jak se jmenuje. Ověření pomocí identifikačního náramku zvolilo 72 % respondentů. Pomocí identifikační tabulky se jménem označilo 7 % respondentů. 1 % respondentů označilo ujištění se jiného pacienta. A o pomoc jiného ošetrovatelského personálu zvolilo 20 % respondentů.

Otázka č. 19 se ptala respondentů, zdali mají, a jestli ano, tak jaké, bezpečnostní prostředky ve svém pracovišti, jako prevenci nežádoucích situací, což mohou být např. neodůvodněné odchody nemocných ze zařízení. Bezpečnostní prvky ve svém zařízení má 47 % respondentů, jejich nejčastější bezpečnostní opatření byly: kódované dveře, branky u schodů, postranice, bezpečnostní brána, výtah na kód a kamerový systém. Celkem 53 % respondentů nemá ve svém zařízení bezpečnostní opatření.

Cíl 3: Zjistit, zdali znají nelékařští zdravotničtí pracovníci důležité aspekty při příjmu klienta s Alzheimerovou chorobou. Otázky č. 20, 21, 22, 23.

Otázkou č. 20 se ptáme respondentů, zdali si myslí, že je důležité, aby byla rodina při příjmu pacienta. S velkým procentuálním zastoupením v 92 % respondenti odpověděli, že ano. Zbýlých 8 % respondentů si myslí opak. Výsledek této otázky je více než uspokojivý, jelikož přítomnost rodiny při příjmu pacienta znamená i pro samotného nemocného větší klid, důvěru a menší strach.

V otázce č. 21 respondenti odpovídali, zdali komunikují s rodinou při příjmu pacienta o jeho zvycích a rituálech. Většina respondentů 83 % souhlasí s tím, že s rodinou komunikují, zbylých 17 % přiznalo, že s rodinou nekomunikují.

Otázka č. 22 se ptala respondentů, jak moc velkou důležitost přikládají získaným informacím od rodiny, které se týkají pacientových zvyků či rituálů. Za velmi důležité to považuje 96 % respondentů, pouze 4 % respondentů to považují za méně důležité. Informace, které můžeme zjistit od rodiny, nám mohou totiž usnadnit práci s pacientem.

Otázka č. 23 opět žádala respondenty, aby dle svého uvážení seřadily otázky od nejdůležitější po nejméně důležitou. Otázky byly opět ohodnoceny a seřazeny s tímto pořadím. Od nejdůležitější otázky, což byla orientovanost nemocného, zdali nemocný komunikuje, jestli používá inkontinentní pomůcky, jeho spánkové návyky, tolerance k novému prostředí, dodržování rituálů, zdali v předchozí době nemocný bydlel sám, jeho oblíbené tekutiny, věk a nakonec zdali přijímaný nemocný kouří.

6.1 Srovnávací hodnocení

K porovnání bakalářské práce byla vybrána práce od Michaely Podsedníčkové s názvem „*Alzheimerova choroba pohledem zdravotníků*“, kterou obhájila na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně, Fakultě humanitních studií, Ústavu zdravotnických věd v roce 2016.

Obě bakalářské práce mají společné některé části z oblasti teoretické, ale i empirické. Michaela Podsedníčková svou teoretickou část odrazila od popisu stárnutí, kde se zaměřila na úskalí farmakoterapie u seniorů, dále popisuje demenci a Alzheimerovu chorobu. Avšak její nejdůležitější část teorie se zabývala péčí o nemocného s ACH, kde se však na rozdíl od naší práce zaměřuje na specifika ošetrovatelské péče v oblasti komunikace, na potřeby nemocných a jejich biologické, psychosociální a duchovní potřeby (Podsedníčková, 2016, s. 9). Naše práce se však převážně zabývá nefarmakologickou terapií a jejími možnostmi a hlavně režimovými opatřeními, kde chceme poukázat na úskalí ošetrovatelské péče a následně jejich správné provedení. Michaela Podsedníčková zvolila pro svou výzkumnou část také kvantitativní šetření pomocí dotazníku, její cíle se týkali míry informovanosti zdravotnických pracovníků o ACH, zjištění zdali a jak získávají informace o ACH a jestli mají zájem tyto informace zjišťovat. Jejím třetím cílem zjišťovala, zda zdravotničtí pracovníci znají specifika ošetrovatelské péče u pacienta s ACH (Podsedníčková, 2016, s. 44). Zatímco naše empirická část ověřuje znalost nelékařských zdravotnických pracovníků v péči u nemocného s ACH. Zjišťujeme, zdali znají techniky práce s pacienty a správný přístup při příjmu pacientů. V dotazníkovém šetření můžeme najít společné výzkumné

otázky a to například zda se respondenti setkávají s nemocnými s ACH, jakým způsobem respondenti získávají informace v péči o nemocné s ACH a zdali mají přístup k těmto informacím na pracovišti (Podsedníčková, 2016).

7 NÁVRH PRO PRAXI

Návrhem pro praxi z mé bakalářské práce je doplňující příjmový anamnestický dotazník pro pacienty s ACH. Můj odrážecí můstek k tvorbě tohoto doplňujícího příjmového listu byl funkční model dle M. Gordonové, který je rozepsán v rámci teoretické části.

Tento doplňující příjmový dotazník, může napomoci ke zjištění základních a doplňujících informací při příjmu pacienta. Díky němu můžeme zjistit a mít pohromadě ucelené základní informace o nemocném, což ušetří čas a předejde dezinformacím mezi zdravotnickým personálem. Je nejen do zdravotnického, ale také do nezdravotnického zařízení. Jeho vyplnění, může zabránit potencionálním rizikům, agresivitě, nespolupráci pacienta, nebo také zranění (viz Příloha P I).

ZÁVĚR

Tématem bakalářské práce, byla ošetrovatelská péče u pacienta s Alzheimerovou chorobou. Práce má dvě části, teoretickou a praktickou. Část teoretická popisuje demenci, její základní rozdělení, popis ACH a její rizikové faktory, příznaky, diagnostiku a terapii u níž se převážně zabývá nefarmakologickou léčbou. V poslední teoretické části jsou rozpracována režimová opatření, kde je mou prioritou poukázat na možná rizika vzniku nedostatečné ošetrovatelské péče s popisem prevence těchto situací.

Z výsledků bakalářské práce vyplývá, že pro většinu zdravotnického personálu je práce s těmito pacienty náročnější jak fyzicky, tak i psychicky. Však převážná většina zdravotníků odpověděla, že nemají a neví, kde mají informace na svém pracovišti, jak pečovat o tyto nemocné. Je pro ně náročné splnit všechny požadavky ošetrovatelské péče u těchto pacientů, převážná většina si myslí, že je to z důvodu nedostatku personálu ve zdravotnictví. U těchto pacientů je důležité rozvíjet jejich kognitivní i nekognitivní funkce, jen 1/3 zdravotníků uvedla, že na svém pracovišti mají pomůcky k tomuto rozvíjení. Nejznámější technikou práce vyšel trénink kognitivních funkcí. Dále jsme zjistili, že test MMSE respondenti ví, k čemu se využívá a test PAINED respondenti převážně neznají. V celkovém zhodnocení vyšlo, že bezpečnostní prvky ve svém zařízení má téměř polovina zdravotníků. Vzhledem k náročnosti práce ve zdravotnickém zařízení a jeho časové vytíženosti se zdravotníci s velkou převahou vyjádřili ke spolupráci a komunikaci s rodinou při příjmu nemocného.

Výsledky dotazníkového šetření s větším procentuálním zastoupením oznamují, že zdravotníci vědí, jaká je správná ošetrovatelská péče. Jako nejznámější techniku práce s nemocnými zvolili respondenti trénink kognitivních funkcí, ale převážně znají techniky práce u těchto nemocných. A většina respondentů potvrdila i třetí cíl, kterým jsme se ptali, zdali zdravotníci znají správné aspekty při příjmu nemocného.

Naše společnost při poskytování péče o tyto nemocné je bohatá. Díky všem předchůdcům, kteří bojovali za kvalitnější péči, přístup i preventivní programy, můžeme být tam, kde jsme. Lidstvo zatím neví, jak toto onemocnění sice léčit, ale máme několik možností jak alespoň posunout do pozadí její první příznaky. Pokud budeme zdravě jíst, žít aktivní život a mít svobodnou mysl, nebudeme se utápět ve zbytečnostech a přestaneme mít strach, budeme šťastnější a jakákoliv onemocnění budou mít větší práci nás postihnout.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- CETLOVÁ, Lada, Lenka DRAHOŠOVÁ a Irena TOČÍKOVÁ, 2012. *Hodnotící a měřicí škály pro nelékařské profese*. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava. ISBN 978-80-87035-45-0.
- FRIEDLOVÁ, Karolína, 2015. *Bazální stimulace® pro pečující, terapeuty, logopedy a speciální pedagogy: praktická příručka pro pracující v sociálních službách, dlouhodobé péči a ve speciálních školách*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. ISBN 978-80-904-6689-0.
- HALAŠKA, Michael, 2004. *Urogynekologie*. Praha: Galén. ISBN 80-726-2272-2.
- HOLMEROVÁ, Iva, Eva JAROLÍMOVÁ a Jitka SUCHÁ, 2007. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: Pro Gerontologické centrum vydalo EV public relations. Vážka. ISBN 978-80-254-0177-4.
- JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ, 2009. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2454-6.
- KOUKOLÍK, František a Roman JIRÁK, 1998. *Alzheimerova nemoc a další demence*. Praha: Grada. ISBN 80-716-9615-3.
- KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 9788024727134.
- MIKULA, Jan a Nina MÜLLEROVÁ, 2008. *Prevence dekubitů*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2043-2.
- PIDRMAN, Vladimír, 2007. *Demence*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1490-5.
- PŘIBYL, Hugo, 2015. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-734-5437-1.
- REGNAULT, Mathilde, 2011. *Alzheimerova choroba: průvodce pro blízké nemocných*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0010-9.
- ROTH, Jan, Marcela SEKYROVÁ a Evžen RŮŽIČKA, 2005. *Parkinsonova nemoc*. 3., rozš. vyd. Praha: Maxdorf. Medica. ISBN 80-734-5044-5.

RŮŽIČKA, Evžen, 2003. *Diferenciální diagnostika a léčba demencí: příručka pro praxi*. Praha: Galén. ISBN 80-726-2205-6.

VATEHOVÁ, Drahomíra a Rastislav VATEHA, 2013. *Manažment ošetrovateľskej starostlivosti o pacientov s vybranými chronickými chorobami*. Martin: Vydavateľstvo Osveta. Vysokoškolská učebnica. ISBN 978-80-8063-383-7.

VIDOVIČOVÁ, Lucie, 2008. *Stárnutí, věk a diskriminace - nové souvislosti*. Brno: Masarykova univerzita, Mezinárodní politologický ústav. ISBN 9788021046276.

VZP, 2018. Informace o výhodách pro klienty [osobní konzultace]. *Všeobecná zdravotní pojišťovna, pobočka Vsetín*.

ZARIT, Steven H. a Ronda C. TALLEY, 2013. *Caregiving for Alzheimer's disease and related disorders: research, practice, policy*. New York: Springer. Caregiving. ISBN isbn14-614-5334-8.

ZVĚŘOVÁ, Martina, 2017. *Alzheimerova demence*. Praha: Grada Publishing. Psyché (Grada). ISBN 978-802-7105-618.

INTERNETOVÉ ZDROJE:

AD CENTRUM, 2017. Denní péče v Klecanech. *AD centrum – centrum pro výzkum, diagnostiku a léčbu Alzheimerovy nemoci* [online]. [cit. 2018-05-13]. Dostupné z: http://www.nudz.cz/adcentrum/denni_pece_Klecany.html

ALZHEIMER EUROPE, 2013. The prevalence of dementia in Europe: Country comparison. *Alzheimer Europe* [online]. Luxembourg, ©2013 [cit. 2018-05-15]. Dostupné z: <http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/2013-The-prevalence-of-dementia-in-Europe>

DRÁBKOVÁ, Pavla, 2015. Prevence močové inkontinence ve stáří. *Urologie pro praxi*. 16(3), 127-129. Dostupné také z: <https://www.solen.cz/pdfs/uro/2015/03/10.pdf>

CHARITA VSETÍN, 2018. *Charita Vsetín* [online]. [cit. 2018-05-13]. Dostupné z: <http://www.vsetin.charita.cz/adresar/?s=pecovatelska-sluzba12#directory-detail>

KALA, Miroslav, 2013. Komplikace podkožního podávání infuzí v paliativní péči a možnosti jejich řešení. *Interní medicína*. 15(1), 36-37. Dostupné také z: <https://www.internimedcina.cz/pdfs/int/2013/01/11.pdf>

MAŤHOVÁ, Lenka, 2012. Canisterapie u seniorů s demencí. *Psychiatrie pro praxi*. 13(3), 133-135. Dostupné také z: <https://www.solen.cz/pdfs/psy/2012/03/10.pdf>

MZČR, 2012. Resortní bezpečnostní cíle. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. Praha: KAKTUS Software, spol. s r.o., [cit. 2018-04-23]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/resortni-bezpecnostni-cile-_1837_15.html

NIKOLAI, Tomáš, Hana ŠTĚPÁNKOVÁ a Ondřej BEZDÍČEK, 2014. Mírná kognitivní porucha a syndrom demence – vyšetření kognitivních funkcí. *Medicína pro praxi*. 11(6), 275-277. Dostupné také z: <https://www.solen.cz/pdfs/med/2014/06/08.pdf>

NUDZ, 2015. *Národní ústav duševního zdraví* [online]. [cit. 2018-04-23]. Dostupné z: <http://www.nudz.cz/>

PODSEDNÍČKOVÁ, Michaela, 2016. *Alzheimerova choroba pohledem zdravotníků*. Zlín. Dostupné také z: https://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/39010/pod-se-dn%C3%AD%C4%8Dkov%C3%A1_2016_dp.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce PhDr. Anna Krátká, Ph.D.

RAISOVÁ, Miloslava, Miloslav KOPEČEK, Daniela ŘÍPOVÁ a Aleš BARTOŠ, 2011. Addenbrookský kognitivní test a jeho využití v praxi. *Psychiatrie*. 15(3), 145-150. Dostupné také z: <http://docplayer.cz/14376163-Addenbrooksky-kognitivni-test.html>

TOPINKOVÁ, Eva, 2008. Inkontinence stolice u starších osob. *Sestra*. Dostupné také z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/inkontinence-stolice-u-starsich-osob-340591>

WEBER, Pavel, 2005. Inkontinence stolice ve stáří. *Medicína pro praxi*. 2005(4), 143-146. Dostupné také z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2005/04/02.pdf>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ACH	Alzheimerova choroba
ADL	Activity daily living
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrom
apod.	a podobně
aj.	a jiné
BMI	Body mass index
BPSD	Behaviorální a Psychologické Syndromy Demence
CNS	Centrální nervová soustava
CT	Výpočetní tomografie
DLB	Dementia with Lewy bodies (Demence s Lewyho tělísky)
MMSE	Mini Mental State Examination
MNA	Mini Nutritional Assessment
MOCA	Montreal Cognitive Assessment
MR	Magnetická rezonance
např.	například
NJS	Nasojejunální sonda
NGS	Nasogastrická sonda
NMDA	N-methyl-D-asparagová kyselina
NUDZ	Národní ústav duševního zdraví
PEG	Perkutánní endoskopická gastrostomie
PET	Pozitronová emisní tomografie
SPECT	Jednofotonová emisní tomografie
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna

SEZNAM GRAFŮ

<i>Graf č. 1 – Pohlaví respondentů</i>	42
<i>Graf č. 2 – Pracoviště</i>	43
<i>Graf č. 3 – Zdravotnické zařízení</i>	44
<i>Graf č. 4 – Profesionální obor</i>	45
<i>Graf č. 5 – Doplnující vzdělání</i>	46
<i>Graf č. 6 – Setkávání se s nemocnými s ACH ve svém pracovišti</i>	47
<i>Graf č. 7 – Náročnost spolupráce s pacienty s ACH</i>	48
<i>Graf č. 8 - Možnost informovanosti na pracovišti</i>	50
<i>Graf č. 9 - Konkrétní způsob informovanosti na pracovišti</i>	51
<i>Graf č. 10 – Podpora důležitých funkcí u pacienta s ACH</i>	52
<i>Graf č. 11 – Vyhovnění pacientovým návykům</i>	54
<i>Graf č. 12 - Dodržení kritérií v běžném provozu</i>	55
<i>Graf č. 13 – Rizikové činnosti u pacienta s ACH</i>	57
<i>Graf č. 14 - Zavedení PMK</i>	59
<i>Graf č. 15 – Přítomnost pomůcek k rozvíjení pacienta s ACH</i>	60
<i>Graf č. 16 – Pomůcky k rozvíjení pacienta s ACH</i>	61
<i>Graf č. 17 - Použití testu MMSE</i>	63
<i>Graf č. 18 – Znalost testu PAINED</i>	64
<i>Graf č. 19 – Modelová situace</i>	65
<i>Graf č. 20 – Nejznámější techniky práce</i>	67
<i>Graf č. 21 – Ověření totožnosti</i>	68
<i>Graf č. 22 – Bezpečnostní prvky</i>	70
<i>Graf č. 23 – Konkrétní bezpečnostní prvky</i>	71
<i>Graf č. 24 – Přítomnost rodiny při příjmu pacienta</i>	72
<i>Graf č. 25 – Komunikace s rodinou</i>	73
<i>Graf č. 26 – Informace o zvyklostech</i>	74
<i>Graf č. 27 – Příjem pacienta</i>	76

SEZNAM TABULEK

<i>Tabulka č. 1 – Pohlaví respondentů</i>	<i>42</i>
<i>Tabulka č. 2 – Pracoviště</i>	<i>43</i>
<i>Tabulka č. 3 – Profesní obor</i>	<i>45</i>
<i>Tabulka č. 4 – Doplnující vzdělání</i>	<i>46</i>
<i>Tabulka č. 5 – Setkávání se s nemocnými s ACH ve svém pracovišti</i>	<i>47</i>
<i>Tabulka č. 6 – Náročnost spolupráce s pacienty s ACH</i>	<i>48</i>
<i>Tabulka č. 7 – Možnost informovanosti na pracovišti</i>	<i>50</i>
<i>Tabulka č. 8 – Podpora důležitých funkcí u pacienta s ACH</i>	<i>52</i>
<i>Tabulka č. 9 – Vyhovění pacientovým návykům</i>	<i>54</i>
<i>Tabulka č. 10 – Dodržení kritérií v běžném provozu</i>	<i>55</i>
<i>Tabulka č. 11 – Rizikové činnosti u pacienta s ACH</i>	<i>57</i>
<i>Tabulka č. 12 – Zavedení PMK</i>	<i>59</i>
<i>Tabulka č. 13 – Přítomnost pomůcek k rozvíjení pacienta s ACH</i>	<i>60</i>
<i>Tabulka č. 14 - Pomůcky k rozvíjení pacienta s ACH</i>	<i>61</i>
<i>Tabulka č. 15 – Použití testu MMSE</i>	<i>62</i>
<i>Tabulka č. 16 – Znalost testu PAINED</i>	<i>63</i>
<i>Tabulka č. 17 – Modelová situace</i>	<i>65</i>
<i>Tabulka č. 18 – Nejznámější techniky práce</i>	<i>66</i>
<i>Tabulka č. 19 – Ověření totožnosti</i>	<i>68</i>
<i>Tabulka č. 20 – Bezpečnostní prvky</i>	<i>69</i>
<i>Tabulka č. 21 – konkrétní bezpečnostní prvky</i>	<i>70</i>
<i>Tabulka č. 22 – Přítomnost rodiny při příjmu pacienta</i>	<i>72</i>
<i>Tabulka č. 23 – Komunikace s rodinou</i>	<i>73</i>
<i>Tabulka č. 24 – Informace o zvyklostech</i>	<i>74</i>
<i>Tabulka č. 25 – Příjem pacienta</i>	<i>75</i>

SEZNAM PŘÍLOH

- P I. Anamnestický dotazník (návrh pro praxi)
- P II. Addenbrookský kognitivní test
- P III. PAINED
- P IV. ADL (Activity daily living)
- P V. MMSE (Mini Mental State Exam)
- P VI. MOCA (Montrealský kognitivní test)
- P VII. MNA (Mini Nutritional assesemnt)
- P VIII. Umožnění dotazníkového šetření
- P IX. Dotazník

PŘÍLOHA P I: ANAMNESTICKÝ DOTAZNÍK

ANAMNESTICKÝ DOTAZNÍK PRO KLIENTA S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU

JMÉNO:	PŘÍMENÍ:	ROK.NAR.	
OSLOVENÍ KLIENTA:			
OBLÍBENÁ ČINNOST			
ZNÁ SVÉ ONEMOCNĚNÍ	ANO	NE	
ZNÁ SVOU LÉČBU	ANO	NE	
ORIENTACE: DNEŠNÍ DATUM			
MĚSÍC			
ROK			
MÍSTEM (ví kde se nachází)	ANO	NE	
NÁPLŇ DNE			
VÁHA:			
VÝŠKA:			
BMI:			
ÚBYTEK NA VÁŽE	ANO	NE	
MNOŽSTVÍ TEKUTIN ZA DEN			
OBLÍBENÉ JÍDLLO			
ZMĚNA CHUŤI	ANO	NE	
	PŘEJÍDÁNÍ	NECHUŤ K JÍDLU	
STRAVOVACÍ NÁVYKY	ANO	NE	
	jaké:		
STRAVOVÁNÍ	SÁM	S DOPOMOCÍ	NESOBĚSTAČNÝ (krmení) PEG
STAV KŮŽE	HYDRATOVÁN	DEHYRATOVÁN	
DEFEKTY	ANO	NE	
délka hojení:	normální	delší doba hojení	
INKONTINENCE	ANO	NE	
POMŮCKY K INKONTINENCI	ANO	NE	
ZAVEDENÝ PMK	ANO	NE	
OPRUZENINY	ANO	NE	
PRAVIDELNÁ STOLICE	ANO	NE	
ČASTÉ PRŮJMY	ANO	NE	
ČASTÉ ZÁCPY	ANO	NE	
POUŽÍVÁNÍ FARMAK OVLIVŇUJÍCÍCH STOLICI (JAKÝCH)	ANO	NE	
ZNÁ RIZIKA DLOUHODOBÉHO UŽÍVÁNÍ TĚTO FARMAKOTERAPIE	ANO	NE	
CVIČENÍ	ANO	NE	
CHŮZE	SÁM	S DOPOMOCÍ	
	KOMPENZAČNÍ POMŮCKY	NESOBĚSTEČNÝ	
AKTIVITA PŘES DEN	SEDAVÝ	AKTIVNÍ	

viz. ADL test		
SPÁNEK	DOSTATEČNÝ	NEDOSTATEČNÝ
používání farmak	ano	občas
		ne
PŘÍSPŮSOBENÍ NOVÉMU PROSTŘEDÍ	SNADNĚJŠÍ	HŮŘE SI ZVYKÁ
ZVYKY PROVÁDĚJÍCÍ PŘED SPÁNKEM	ANO jaké:	NE
JINÉ ZVYKY	ANO jaké:	NE
ZPŮSOB RELAXACE		
KOMPENZAČNÍ POMŮCKY:		
NASLOUCHADLO	ANO	NE
BRÝLE	ANO	NE
ZUBNÍ NÁHRADA	ANO	NE
POMŮCKY K CHŮZI	ANO	NE
	jaké:	
BOLESTI	ANO (PAINED)	NE
MMSE	ANO (bodové hodnocení)	NE
DRŽENÍ TĚLA (bereme v ohledu věk nemocného)	DOBŘE (vzhledem k věku)	ZHORŠENÉ (vzhledem k věku)
OČNÍ KONTAKT	ANO	NE
VYJADŘOVACÍ SCHOPNOSTI	DOBŘE	ZHORŠENÉ
ZMĚNA HLASU	ANO	NE
OSOBNOST	KLIDNÝ	AGRESIVNÍ
RODINA	ANO	NE
KONTAKT S RODINOU	ČASTÝ	OBČASNÝ
		MÉNĚ ČASTÝ
RODINNÉ VZTAHY	ANO	NE
DĚTI	ANO	NE
GYNEKOLOGICKÉ PROBLÉMY	ANO jaké:	NE
PŘEVAŽUJÍCÍ NÁLADA	DOBŘÁ	ŠPATNÁ
PROJEVY NESPOKOJENOSTI	ANO jak:	NE
NÁBOŽENTSVÍ	ANO	NE

PŘÍLOHA P II: ADDENBROOKSKÝ KOGNITIVNÍ TEST

ADDENBROOKSKÝ KOGNITIVNÍ TEST (revidovaná verze 2010)

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

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

SKÓRE

1. ORIENTACE			
<p>■ Zeptejte se pacienta:</p>			
1. Který je dnes den v týdnu?	<input type="text"/>	6. Ve kterém státě se nacházíme?	<input type="text"/>
2. Kolikátého je dnes?	<input type="text"/>	7. Ve kterém jsme městě?	<input type="text"/>
3. Který je měsíc?	<input type="text"/>	8. Ve kterém jsme kraji nebo oblasti?	<input type="text"/>
4. Který je rok?	<input type="text"/>	9. Jak se jmenuje tato nemocnice / budova?	<input type="text"/>
5. Které je roční období?	<input type="text"/>	10. Na kterém poschodí se nacházíme?	<input type="text"/>
		(Skóre 0–10)	(Skóre 0–10)
		ACE	ACE
		MMSE	MMSE
<p>■ U otázky č. 2 tolerujeme ± 2 dny v datumu. Otázku č. 5 hodnotíme následovně: jaro – březen, duben, květen; léto – červen, červenec, srpen; podzim – září, říjen, listopad a zima – prosinec, leden, únor. Nevyžadujeme tedy znalost přesných astronomických přechodů jednotlivých ročních období. U otázky č. 6 doporučujeme uzнат odpověď Česká republika nebo Česko. U otázky č. 8 doporučujeme v případě testování v Praze uzнат i Středočeský kraj.</p> <p><i>Každá správná odpověď se hodnotí 1 bodem.</i></p>			
2. PAMĚŤ – ZAPAMATOVÁNÍ			
<p>■ Řekněte pacientovi:</p> <p>„Můžeme si nyní vyzkoušet Vaši paměť? Řeknu Vám 3 slova. Pokuste se je po mně opakovat a zapamatovat si je. Za chvíli se Vás na tato slova znovu zeptám.“</p>			
lopata	<input type="text"/>	šátek	<input type="text"/>
		váza	<input type="text"/>
		(Skóre 0–3)	(Skóre 0–3)
		ACE	ACE
		MMSE	MMSE
<p>■ Slova vyslovujte zřetelně a pomalu rychlostí asi jedno slovo za vteřinu. Pokud si je pacient nevybaví, opakujte je nejvíce ještě 3x, než se je naučí. Jinak bude zkrácen výsledek položky výbavnost.</p> <p><i>Započítejte 1 bod za každé správně opakované slovo pouze při PRVNÍM opakování.</i></p>			

POZORNOST A ORIENTACE

3. POZORNOST A POČÍTÁNÍ

- Požádejte pacienta:

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

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

(Skóre 0–5)

ACE

MMSE

(Skóre 0–5)

ACE

MMSE

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

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

POZORNOST

4. PAMĚŤ – VYBAVENÍ

- Řekněte pacientovi:

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

lopata šátek váza

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

(Skóre 0–3)

ACE

MMSE

(Skóre 0–3)

ACE

MMSE

5. PAMĚŤ – ANTEROGRÁDNÍ PAMĚŤ

- Řekněte pacientovi:

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

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

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

1. pokus 2. pokus 3. pokus

Martin Dvořák	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sadová třída 73	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Královice	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Soběslav	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

(Skóre 0–7)

ACE

(Skóre 0–7)

ACE

PAMĚŤ

6. PAMĚŤ – RETROGRÁDNÍ PAMĚŤ

- Zeptejte se pacienta:

Kdo je současným předsedou vlády (premiérem)?

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

Kdo je současným prezidentem Spojených států amerických?

Který prezident Spojených států amerických byl zavražděn v roce 1963?

(Skóre 0–4)

ACE

(Skóre 0–4)

ACE

Za každou správnou odpověď přidělíme 1 bod.

7. SLOVNÍ PRODUKCE – slova začínající písmenem „P“

7a Písmena

- Řekněte pacientovi:

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

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

Počet slov

Odpovídá skóre

>17

7

14–17

6

11–13

5

8–10

4

6–7

3

4–5

2

2–3

1

<2

0

(Skóre 0–7)

ACE

(Skóre 0–7)

ACE

Počet SPRÁVNĚ vyjmenovaných slov převedeme na odpovídající skóre.

SLOVNÍ PRODUKCE

7. SLOVNÍ PRODUKCE - zvířata

7b Zvířata

- Řekněte pacientovi:

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

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

Počet SPRÁVNĚ vyjmenovaných sloz převedeme na odpovídající skóre.

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

(Skóre 0–7)	(Skóre 0–7)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
ACE	ACE

SLOVNÍ PRODUKCE

8. JAZYK – POROZUMĚNÍ

- 8a Ukažte pacientovi nápis „Zavřete oči“ (na Listu pro pacienta) a vyzvěte ho k vykonání příkazu. Instrukci neopakujte.

„Pokud potřebujete brýle na čtení, tak si je nyní nasadte. Přečtěte tento pokyn a proveďte ho.“

Započítejte 1 bod pouze tehdy, pokud vyšetřovaný skutečně zavře oči.

(Skóre 0–1)	(Skóre 0–1)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
ACE	ACE
<input type="text"/>	<input type="text"/>
MMSE	MMSE

- 8b Položte před pacienta list papíru a vyzvěte ho k následujícímu úkolu:

„Nyní budete mít úkol, který si nejdříve vyslechnete a pak ho teprve budete provádět. Vezmete tento papír do pravé ruky, přeložíte ho oběma rukama na polovinu a položíte ho na zem.“

Za každou správně provedenou činnost započítejte 1 bod.

(Skóre 0–3)	(Skóre 0–3)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
ACE	ACE
<input type="text"/>	<input type="text"/>
MMSE	MMSE

9. JAZYK – PSANÍ

- Dejte vyšetřovanému tužku, List pro pacienta a vyzvěte ho k napsání věty.

„Napište do tohoto volného prostoru listu jakoukoli jednoduchou větu, která Vás napadne a která dává smysl.“

Jeden bod započítáte, pokud má věta podmíně (i nevyjádřený) a přísudek a dává smysl. V textu mohou být pravopisné a interpunkční chyby.

(Skóre 0–1)	(Skóre 0–1)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
ACE	ACE
<input type="text"/>	<input type="text"/>
MMSE	MMSE

10. JAZYK – OPAKOVÁNÍ

- Požádejte pacienta: „Opakujte po mně následující slova.“

Slova vyslovujeme zřetelně a jednotlivě. Pacient vždy opakuje pouze jedno slovo, ne všechna dohromady.

- 10a chobotnice výstřednost nesrozumitelný statistik

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

(Skóre 0–2)	(Skóre 0–2)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
ACE	ACE

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

- 10b „Prostě tak a ne jinak.“

Přípustný je pouze 1 pokus. Za správnou odpověď započítejte 1 bod.

(Skóre 0–1)	(Skóre 0–1)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
ACE	ACE
<input type="text"/>	<input type="text"/>
MMSE	MMSE

- 10c „Nahore, vzadu a dole.“

Přípustný je pouze 1 pokus. Za správnou odpověď započítejte 1 bod.

(Skóre 0–1)	(Skóre 0–1)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
ACE	ACE

JAZYK

11. JAZYK – POJMENOVÁNÍ PŘEDMĚTŮ

- Použijte List pro pacienta a požádejte pacienta: „Pojmenujte předměty na obrázcích.“
Místo prvních dvou obrázků (tužka a hodinky) na Listu pro pacienta doporučujeme pacientovi ukázat skutečné předměty. V následujícím textu jsou uvedeny názvy jednotlivých obrázků. Jiné názvy doporučujeme neuznávat.

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

Přidělíme 1 bod za každý správně pojmenovaný obrázek.

tužka + hodinky

(Skóre 0–2)

MMSE

(Skóre 0–2)

MMSE

všech 12 obrázků

(Skóre 0–12)

ACE

(Skóre 0–12)

ACE

12. JAZYK – POROZUMĚNÍ

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

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

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

Přidělíme 1 bod za každou správnou odpověď.

(Skóre 0–4)

ACE

(Skóre 0–4)

ACE

13. JAZYK – ČTENÍ

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

Přidělíme 1 bod, pokud pacient přečte správně VŠECHNA slova.

(Skóre 0–1)

ACE

(Skóre 0–1)

ACE

14. ZRAKOVÉ – PROSTOROVÉ SCHOPNOSTI

14a Překrývající se pětiúhelníky

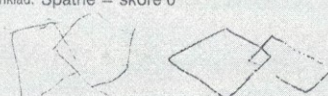
- Použijte List pro pacienta a požádejte pacienta: „Překreslete obrázek co nejpřesněji podle předlohy.“
Dejte vyšetřovanému tužku a vyzvěte ho k překreslení obrázku. Třes ani rotace nevadí.

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

Příklad:
Správně = skóre 1



Příklad: Špatně = skóre 0



(Skóre 0–1)

ACE

(Skóre 0–1)

ACE

MMSE

MMSE

Úloha č. 14 pokračuje na další straně.

JAZYK

ZRAK. – PROST. SCHOPNOSTI

14. ZRAKOVÉ – PROSTOROVÉ SCHOPNOSTI (pokračování)

14b Kostka

- Použijte List pro pacienta a požádejte pacienta:

„Nyní překreslete tento obrázek co nejpřesněji podle předlohy.“

U kostky by měly být rozpoznatelné všechny strany v adekvátních úhlech a vzájemných prostorových propojeních. Podle kvality provedení hodnotíme 0–2 body.

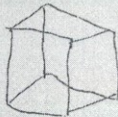
(Skóre 0–2)

(Skóre 0–2)

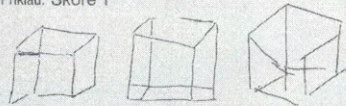
ACE

ACE

Příklad: Skóre 2



Příklad: Skóre 1



14c Hodiny

- Použijte List pro pacienta a požádejte pacienta:

„Nakreslete hodiny, ciferník s číslicemi, a poté dokreslete ručičky, které ukazují 5 hodin 10 minut.“

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

(Skóre 0–5)

(Skóre 0–5)

ACE

ACE

Pravidla pro skórování hodin

Kruh

1 bod – za rozpoznatelné provedení kruhu

Číslice

2 body – pokud jsou napsány všechny číslice a současně jsou správně rozmístěny

1 bod – pokud ciferník zahrnuje všechny číslice, ale tyto jsou nekvalitně či chybně rozmístěny

Umístění ručiček

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

1 bod – pokud jsou ručičky správně nasměrovány k číslicím, ale mají špatnou délku

nebo 1 bod – pokud je jedna ručička nasměrována ke správné číslici a má také správnou délku

nebo 1 bod – pokud je alespoň jedna ručička nasměrována ke správné číslici

Příklady:

Skóre 5	Kruh (1) číslice správně rozmístěné po obou stranách ciferníku (2), obě ručičky správně umístěné (2).	Kruh (1) číslice v kruhu a správně rozmístěné (2), jedna ručička umístěna správně (1).	Kruh (1) všechny číslice, ale nesprávně rozmístěné (1), obě ručičky umístěny správně (2).
Skóre 4	Kruh (1) číslice v kruhu a správně rozmístěné (2), jedna ručička umístěna správně (1).	Kruh (1) číslice nejsou umístěny v kruhu, 2 × číslo 10 (0), ručičky správně umístěné (2).	Kruh (1) všechny číslice, avšak neumístěné (1) v kruhu, jedna ručička správně umístěná (1).
Skóre 3	Kruh (1) všechny číslice, ale chybně rozmístěné (1), jedna ručička správně umístěná (1).	Kruh (1) všechny číslice jsou napsány, ale nejsou umístěny v kruhu (1).	Kruh (1) jedna ručička umístěna správně (1).

15. PERCEPČNÍ SCHOPNOSTI

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

(Skóre 0–4)

(Skóre 0–4)

ACE

ACE

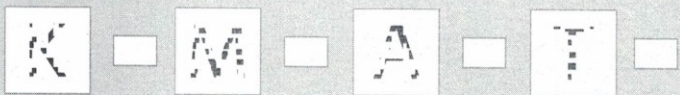

16. PERCEPČNÍ SCHOPNOSTI

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

(Skóre 0–4)

(Skóre 0–4)

ACE

ACE


17. VYBAVENÍ (RECALL) – VYBAVENÍ ANTEROGRÁDNÍCH PAMĚTOVÝCH INFORMACÍ

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

(Skóre 0–7)

(Skóre 0–7)

ACE

ACE

Martin	<input type="checkbox"/>	Dvořák	<input type="checkbox"/>		
Sadová	<input type="checkbox"/>	třída	<input type="checkbox"/>	73	<input type="checkbox"/>
Královice	<input type="checkbox"/>				
Soběslav	<input type="checkbox"/>				

18. ZNOVUPOZNÁVÁNÍ (REKOGNICE)

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

(Skóre 0–5)

(Skóre 0–5)

ACE

ACE

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

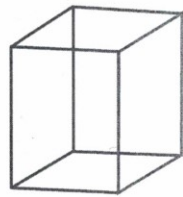
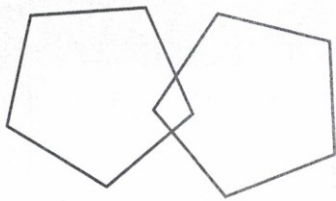
Každá správně rozpoznaná položka je hodnocena jedním bodem, který připočteme k bodům případně získaným automaticky správným spontánním vybavením v minulé zkoušce.

Pavel Dvořák	<input type="checkbox"/>	Martin Dvořák	<input type="checkbox"/>	Martin Doležel	<input type="checkbox"/>	vybaveno	<input type="checkbox"/>
Květinová ulice	<input type="checkbox"/>	Sadová třída	<input type="checkbox"/>	Sadová ulice	<input type="checkbox"/>	vybaveno	<input type="checkbox"/>
37	<input type="checkbox"/>	76	<input type="checkbox"/>	73	<input type="checkbox"/>	vybaveno	<input type="checkbox"/>
Pavlovice	<input type="checkbox"/>	Královice	<input type="checkbox"/>	Smíchov	<input type="checkbox"/>	vybaveno	<input type="checkbox"/>
Soběslav	<input type="checkbox"/>	Vsetín	<input type="checkbox"/>	Tachov	<input type="checkbox"/>	vybaveno	<input type="checkbox"/>

ZRAKOVÉ – PROSTOROVÉ SCHOPNOSTI

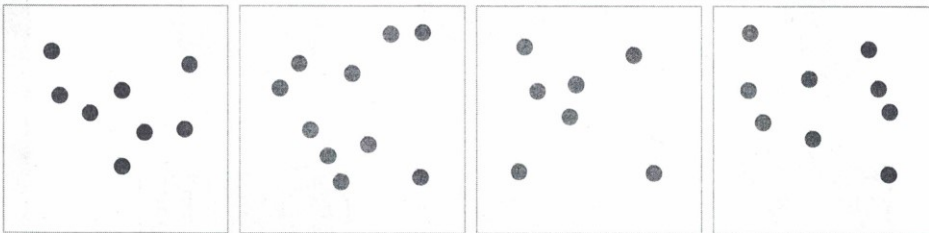
PAMĚŤ

14.

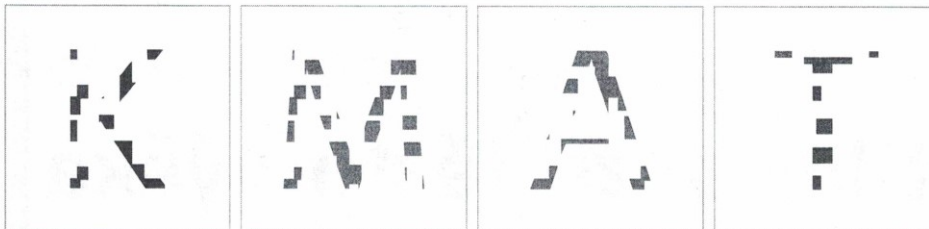


Hodiny

15.



16.



ZRAKOVÉ – PROSTOROVÉ SCHOPNOSTI

Zdroj obrázku: Addenbrookský kognitivní test: (revidovaná verze 2010). *Sekce kognitivní neurologie České neurologické společnosti JEP* [online]. 2010 [cit. 2018-05-15]. Dostupné z: http://www.kognice.cz/kognitivni_test_ace-r2010.pdf

PŘÍLOHA P III: PAINED

	0	1	2	Počet bodů
Dýchání (nezávislé na vokalizaci)	Normální	Občasné namáhavé dýchání Krátká období hyperventilace	Hlučné ztížené dýchání Dlouhá období hyperventilace Cheyne-Stokes dýchání	
Bolestivá vokalizace	Žádná	Občasný sten nebo zaúpění Normální negativní nebo odmítavá řeč	Opakované utrápené volání Hlasité sténání nebo úpění Pláč	
Výraz obličeje	Úsměv nebo neutrální	Smutný Vyděšený Zamračený	Bolestivé grimasy	
Řeč těla	Relaxovanost	Napjatost Utrápená chůze Neklidnost	Strnulost Sevržené pěsti Kolena přitažená k tělu. Tahání nebo odtlačování Udeření	
Utěšování	Není nutné	Rozptýlený nebo uklidněný hlasem nebo dotekem	Není možné utěšit, rozptýlit nebo uklidnit	
Součet				

(Holmerová, Jarolímová a Suchá, 2007, s. 267)

Definice bodů

Dýchání

1. **Normální dýchání** je charakterizováno snadným, tichým a rytmickým dýcháním.
2. **Občasné namáhavé dýchání** je charakterizováno epizodickými intervaly drsného, obtížného nebo vyčerpávajícího dýchání.
3. **Krátká období hyperventilace** jsou charakterizována intervaly rychlých, hlubokých dechů trvajících krátkou dobu.
4. **Hlučné ztížené dýchání** je charakterizováno pазvkami při dýchání, nádechu nebo výdechu. Pазvkami mohou být hlasité, klokotavé, sípavé. Zdájí se být obtížné a únavné.
5. **Dlouhá období hyperventilace** je charakterizováno přílišnou rychlostí a hloubkou dýchání trvajících podstatnou dobu.
6. **Cheyne-Stokesovo dýchání** je charakterizováno rytmickou změnou dýchání od hlubokého do velmi povrchního s obdobími apnoe (zástavy dýchání).

Negativní vokalizace

1. **Žádná** je charakterizována řečí nebo vokalizací, která zní neutrálně nebo míle.
2. **Občasný sten** je charakterizován truchlivými zvuky nebo mumláním, kvílením nebo bédováním. Úpění je charakterizováno bezděčnými neartikulovanými zvuky, které často náhle začnou a přestanou.
3. **Normální negativní nebo odmítavá řeč** je charakterizována málo hlasitým mručením, mumláním, skučením nebo klením, které zní jako stěžování, je sarkastické nebo jízlivé.
4. **Opakované utržené volání** je charakterizováno opakováním frází nebo slov způsobem, který naznačuje úzkost, neklid nebo utrpení.
5. **Hlasité sténání** je charakterizováno truchlivými nebo mumlavými zvuky, sténáním nebo hořekováním daleko hlasitějším než normální hlas. Hlasité úpění je charakterizováno bezděčnými neartikulovanými zvuky, které často náhle začnou a přestanou a jsou hlasitější než obvykle.
6. **Pláč** je charakterizován výrazy citů spojenými se slzami. Pláč může být se vzlykáním nebo jenom tiché plákania.

Výraz obličeje

1. **Úsměv nebo neutrální.** Úsměv je charakterizován zvýšením koutků úst, rozjasněním očí a výrazem požitku nebo spokojenosti. Neutrální výraz odpovídá volnému, relaxovanému nebo bezvýraznému obličeji.
2. **Smutný výraz** je charakterizován nešťastným, osamělým, truchlivým nebo deprimovaným obličejem.

3. **Vyděšený výraz** je charakterizován výrazem strachu, poplachu nebo zvýšené úzkosti. Oči jsou doširoka otevřené.
4. **Zamračený výraz** je charakterizován snížením koutků úst. Také může být spojený se zvýšenou vráscitostí čela a kolem úst.
5. **Bolestivé grimasy** jsou charakterizovány deformovaným a sklíčeným výrazem. Čelo a oblast okolo úst jsou více vráscité. Oči mohou být pevně zavřené.

Řeč těla

1. **Relaxovanost** je charakterizována klidným, odpočívajícím, uvolněným vzezřením. Osoba vypadá bezstarostně.
2. **Napjatost** je charakterizována napjatým, úzkostlivým nebo ustaraným vzezřením. Celist může být sevřená (nezpůsobená kontrakтурой).
3. **Utrápená chůze** je charakterizována aktivitou, která se zdá nevyrovnaná. Může mít také ustrašené, ustarané nebo rozrušené prvky. Tempo může být pomalé nebo rychlé.
4. **Neklidnost** je charakterizována neposedným chováním. Může zahrnovat kroucení nebo vrtní na židli. Osoba může posouvat židli přes pokoj. Možno pozorovat opakované dotyky, tahání nebo tření částí těla.
5. **Strnulost** je charakterizována ztuhnutím těla. Paže nebo nohy jsou tuhé a neohybné. Trup se může zdát přímý a nepohybný (nezávisle na kontrakcích).
6. **Sevřené pěsti** jsou charakterizované pevně sevřenými rukama. Mohou být opakovaně otevřeny a zavřeny nebo jen drženy zavřené.
7. **Kolena přitážená k tělu** jsou charakterizována ohnutím nohou a přitážením kolen ke hrudníku. Celkové utrápená police (nezávisle na kontrakcích).
8. **Tahání nebo odtlačování** je charakterizováno bráněním při dotyku nebo provádění péče. Osoba se snaží uniknout vytrhnutím nebo vykroucením nebo odstrákuje pečovatele.
9. **Udeření** je charakterizováno uhozením, kopnutím, uchopením, kousnutím nebo jinými formami osobního útoku.

Utěšování

1. **Není nutné** je charakterizováno pocitem pohody. Osoba vypadá spokojená.
2. **Rozptýlený nebo uklidněný hlasem nebo dotekem** je charakterizováno změnou chování, když je osoba oslovena nebo se jí někdo dotkne. Chování přestane během interakce a nic neukazuje, že by byla rozrušena.
3. **Není možné utěšit, rozptýlit nebo uklidnit** je charakterizováno neschopností utěšit osobu nebo zastavit její chování slovy nebo skutkem. Žádné množství utěšování, slovního nebo fyzického, neumírňuje chování.

PŘÍLOHA P IV: ADL - ACTIVITY DAILY LIVING

ADL - activity daily living

	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 moči	Plně kontinentní	10
		Občas inkontinentní	5
		Trvale inkontinentní	0
6.	Kontinence stolice	Plně kontinentní	10
		Občas inkontinentní	5
		Inkontinentní	0
7.	Použití WC	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	5
		Neprovede	0
8.	Přesun lůžko-židle	Samostatně bez pomoci	15
		S malou pomocí	10
		Vydrží sedět	5
		Neprovede	0
9.	Chůze po rovině	Samostatně nad 50 metrů	15
		S pomocí 50 metrů	10
		Na vozíku 50 metrů	5
		Neprovede	0
10.	Chůze po schodech	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	5
		Neprovede	0

Hodnocení stupně závislosti

Hodnocení	Závislost	Body
	Vysoce závislý	0 – 40 bodů
	Závislost středního stupně	45 – 60 bodů
	Lehká závislost	65 – 95 bodů
	Nezávislý	96 – 100 bodů

Zdroj tabulky: CETLOVÁ, Lada, Lenka DRAHOŠOVÁ a Irena TOČÍKOVÁ. *Hodnotící a měřicí škály pro nelékařské profese*. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava. 2012. ISBN 978-80-87035-45-0.

PŘÍLOHA P V: MMSE - MINI MENTAL STATE EXAM

Test kognitivních funkcí - Mini Mental State Exam (MMSE)

Oblast hodnocení	Max. skóre
1. Orientace Položte nemocnému 10 otázek. Za každou správnou odpověď započítejte 1 bod. Který je teď rok? Které je roční období? Můžete mi říci dnešní datum? Který je den v týdnu? Který je teď měsíc? Ve kterém státě jsme? Ve které jsme zemi? Ve kterém městě jsme? Jak se jmenuje tato nemocnice?(toto oddělení? tato ordinace?) Ve kterém jsme poschodí?(pokoji?)	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
2. Paměť Vyšetřující jmenuje 3 libovolné předměty (nejlépe z pokoje pacienta - například židle, okno, tužka) a vyzve pacienta, aby je opakoval. Za každou správnou odpověď je dán 1 bod.	3
3. Pozornost a počítání Nemocný je vyzván, aby odečítal 7 od čísla 100 a to 5 krát po sobě. Za každou správnou odpověď je 1 bod.	5
4. Krátkodobá paměť (= vybavnost) Úkol zopakovat 3 dříve jmenované předměty (viz bod 2)	3
5. Řeč, komunikace a konstrukční schopnosti (správná odpověď nebo splnění úkolů = 1 bod) Ukažte nemocnému dva předměty (např. tužka, hodinky) a vyzvěte ho, aby je pojmenoval. Vyzvěte nemocného, aby po vás opakoval: <ul style="list-style-type: none"> • Žádná • Ale • Jestliže • Kdyby Dejte nemocnému třístupňový příkaz: „Vezměte papír do pravé ruky, přeložte ho na polovinu a položte jej na podlahu.“ Dejte nemocnému přečíst papír s nápisem „Zavřete oči“. Vyzvěte nemocného, aby napsal smysluplnou větu (obsahující podmět a přísudek, která dává smysl) Vyzvěte nemocného, aby na zvláštní papír nakreslil obrazec podle předlohy. 1 bod, jsou-li zachovány všechny úhly a protnutí vytváří čtyřúhelník.	2 1 1 1 1 1 1
Hodnocení 0 - 10 bodů - těžká kognitivní porucha 11 - 20 bodů - středně těžká kognitivní porucha 21 - 23 bodů - lehká kognitivní porucha 24 - 30 bodů - pásmo normálu	



Zdroj tabulky: CETLOVÁ, Lada, Lenka DRAHOŠOVÁ a Irena TOČÍKOVÁ. *Hodnotící a měřicí škály pro nelékařské profese*. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava. 2012. ISBN 978-80-87035-45-0.

PŘÍLOHA P VI: MONTRÁLSKÝ KOGNITIVNÍ TEST

Identifikační číslo osoby: _____

Administrátor: _____

MONTREALSKÝ KOGNITIVNÍ TEST MoCA-CZ1

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

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

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

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

B. Vyřukávání písmene A „Přečtu Vám řadu písmen. Pokaždé, když řeknu písmeno A, ťukněte rukou o stůl. Když řeknu jiné písmeno, neťukajte.“		F B A C M N A A J K L B A F A K D E A A A J A M O F A A B	Jako chyba se počítá, když testovaný ťukne při jiném písmenu, nebo neťukne při písmenu A. Přidělte 1 bod, pokud testovaný neudělá chybu, nebo se splete <u>pouze 1krát</u> .	/1																																									
C. Odečítání sedmiček „Odečtěte od čísla 100 číslo 7 a pak pokračujte v odčítání 7, dokud Vás nezastavím.“		93 86 79 72 65	Počítá se každé správné odečtení 7. Každý odečet se hodnotí odděleně. Skórujte 4–5 správných odečtů = 3 body, 2-3 správných = 2 body, 1 správný = 1 bod, 0 správných = 0 bodů.	/3																																									
ŘEČ																																													
7. Opakování vět „Přečtu Vám větu. Vy ji po mně zopakujete přesně tak, jak jsem ji řekl/a.“ „Nyní Vám přečtu další větu. Opakujte ji po mně přesně tak, jak jsem ji řekl/a.“		Pouze vím, že je to Jan, kdo má dnes pomáhat. Když jsou v místnosti psi, kočka se vždy schová pod gauč.		/2																																									
8. Slovní produkce na počáteční písmeno „K“ „Vaším úkolem bude vyjmenovat co nejvíce slov, která začínají určitým písmenem. Můžete vyjmenovávat jakákoliv slova. Nesmíte však říkat vlastní jména a názvy (např. Barbora, Bratislava) a slova, která se liší pouze koncovkou (např. malba, malíř, malovat). Po 1 minutě Vás zastavím. Jste připraven/a? (pauza) Vyjmenujte co nejvíce slov, která začínají písmenem K. Teď.“ (Po uplynutí 60 sekund.) „Stop.“ Slova můžete zaznamenávat na zadní stranu listu pro pacienta.		Počet všech slov: _____ Počet správných slov: _____ Přidělte 1 bod, pokud vyšetřovaný vyjmenuje 11 a více slov během 1 minuty.		/1																																									
9. ABSTRAKCE																																													
Nácvik „Řekněte mi, co mají společného pomeranč a banán.“ Po špatné odpovědi se zeptejte max. 1x: „Co mají ještě jiného společného?“ Pokud vyšetřovaný neodpoví správně, řekněte: „Ano, ale obojí je také ovoce.“		1. „Nyní mi řekněte, co mají společného vlak a bicykl.“ Správná odpověď (obojí je ovoce) se nebuduje.		2. „Nyní mi řekněte, co mají společného hodinky a pravítko.“ 1 bod za odpověď: dopravní prostředky, způsoby cestování, oběma můžete jet na výlet. Jiné odpovědi jsou špatné.																																									
10. PAMĚŤ – oddálené vybavení „Před několika minutami jsem Vám přečetl/a seznam slov. Řekněte mi co nejvíce slov, která si z něj pamatujete.“ Oddálené vybavení bez nápovědy lze doplnit vybavením s nápovědou. Ke každému slovu, které vyšetřovaný nevybavil, poskytněte kategoriální nápovědu. Pokud ani tak slovo nevybaví, poskytněte nápovědu výběrem ze 3 možností.		Přidělte 1 bod za každé správně vybavené slovo pouze bez nápovědy .		/5																																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%; text-align: center;">TVĚŘ</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">SAMET</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">KOSTEL</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">KOPRETINA</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">ČERVENÁ</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">vybaveno slov</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Bez nápovědy</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		TVĚŘ	SAMET	KOSTEL	KOPRETINA	ČERVENÁ	vybaveno slov	Bez nápovědy							<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; text-align: center;">Kategoriální nápověda</td> <td style="width: 15%;">část těla –</td> <td style="width: 15%;">druh tkaniny –</td> <td style="width: 15%;">typ stavby –</td> <td style="width: 15%;">druh květiny –</td> <td style="width: 15%;">barva –</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">*</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Nápověda výběrem</td> <td>nos</td> <td>pytlovina</td> <td>kostel</td> <td>růže</td> <td>červená</td> <td style="text-align: center;">*</td> </tr> <tr> <td></td> <td>tvář</td> <td>bavlna</td> <td>škola</td> <td>kopretina</td> <td>modrá</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>ruka</td> <td>samet</td> <td>nemocnice</td> <td>tulipán</td> <td>zelená</td> <td></td> </tr> </table>		Kategoriální nápověda	část těla –	druh tkaniny –	typ stavby –	druh květiny –	barva –	*	Nápověda výběrem	nos	pytlovina	kostel	růže	červená	*		tvář	bavlna	škola	kopretina	modrá			ruka	samet	nemocnice	tulipán	zelená		* Nepřiděluje žádný bod do skóru MoCA!
	TVĚŘ	SAMET	KOSTEL	KOPRETINA	ČERVENÁ	vybaveno slov																																							
Bez nápovědy																																													
Kategoriální nápověda	část těla –	druh tkaniny –	typ stavby –	druh květiny –	barva –	*																																							
Nápověda výběrem	nos	pytlovina	kostel	růže	červená	*																																							
	tvář	bavlna	škola	kopretina	modrá																																								
	ruka	samet	nemocnice	tulipán	zelená																																								
11. ORIENTACE „Kolikátého je dnes?“ datum _____ rok _____ místo _____ město _____ měsíc _____ den v týdnu _____ „Nyní mi řekněte přesný název tohoto místa a město, ve kterém jsme.“ Pokud zkoušený neuvede celou odpověď, zeptáme se doplňujícími otázkami. „Řekněte mi, jaké je dnes přesné datum, měsíc, rok, den v týdnu?“ Nelze uznat odchylku 1 dne.					/6																																								
Převod do češtiny a graf. úprava: Doc. MUDr. A. Bartoš, PhD, Bc. H. Orliková, 2012. Původní zdroj: MOCA 7.1, © Z. Nasreddine MD, www.mocatest.org.		AD +1b těm, kteří mají 10-12 let vzdělání, +2b těm, kteří mají 4-9let vzdělání; norma ≥26/30		/30																																									

ZÁZNAMOVÝ ARCH SLOVNÍ PRODUKCE

Počet	K
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	

Počet	K
21	
22	
23	
24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	
31	
32	
33	
34	
35	
36	
37	
38	
39	
40	

Opakování si můžete zvýraznit přeškrtnutím čísla vlevo a písmenem „O“ vpravo od slova (např. *kyvadlo* Ø).

Slova mimo podmínky si můžete zvýraznit přeškrtnutím čísla.

Celkem správně	
Opakování	
Mimo podmínky	



Převod do češtiny a grafické zpracování tréninkové verze: Doc. MUDr. Aleš BARTOŠ, Ph.D., Bc. Hana ORLÍKOVÁ. Ke stažení z www.pcp.lf3.cuni.cz/adcentrum. Převod a úpravy byly schváleny kontrolou zpětného překladu do angličtiny původním autorem Dr. Nasreddine.

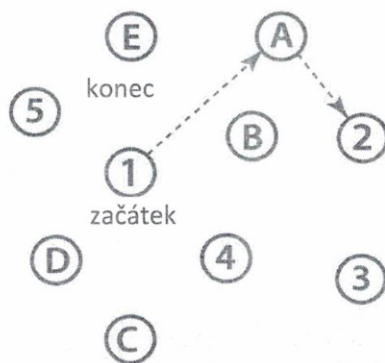
Zdroj původní české verze: Reban J. Montrealský kognitivní test (MoCA): přínos k diagnostice predemencí. Čes Ger Revue 2006; 4: 224-229.

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

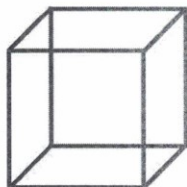
Příjmení nebo identifikační číslo osoby: _____

LIST PRO VYŠETŘOVANÉHO

Test cesty

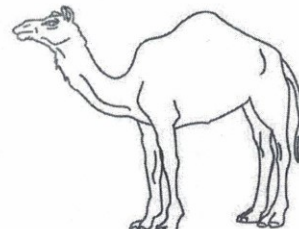
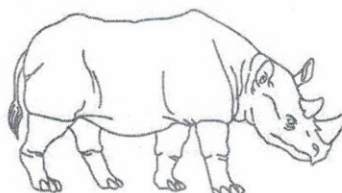
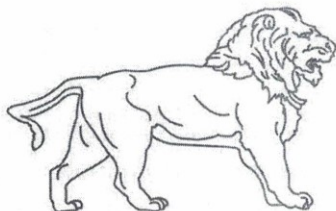


Okopírujte krychli.



Nakreslete hodiny, které ukazují jedenáct hodin deset minut.

Pojmenování



PŘÍLOHA P VII: MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT

Mini Nutritional Assessment

MNA[®]

Nestlé
Nutrition Institute

Příjmení:	Jméno:			
Pohlaví:	Věk:	Váha, kg:	Výška, cm:	Datum:

Vyplňte část Screeningu tím, že doplníte příslušnou hodnotu do rámečku. Hodnoty sečtete. Je-li výsledek 11 nebo méně, pokračujte v části Hodnocení.

Screening	
A Snížil se příjem potravy u pacienta za uplynulých 3 měsíce vlivem nechutenství, zažívacích problémů (včetně potíží se žvýkáním nebo polykáním)? 0 = závažné nechutenství/výrazné snížení příjmu stravy 1 = mírné nechutenství/mírné snížení příjmu stravy 2 = žádné nechutenství/bez snížení příjmu stravy	□
B Úbytek váhy za poslední 3 měsíce 0 = úbytek váhy větší než 3 kg 1 = neví 2 = úbytek váhy mezi 1 a 3 kg 3 = žádný úbytek váhy	□
C Mobilita 0 = upoutaný na lůžko nebo invalidní vozík – imobilní 1 = schopen vstát z lůžka/invalid. vozíku, chůze pouze s dopomocí 2 = samostatná chůze bez omezení	□
D Trpěl pacient během uplynulých 3 měsíců psychickým stresem nebo závažným onemocněním 0 = ano 2 = ne	□
E Neuropsychické poruchy nebo obtíže 0 = vážná demence nebo deprese 1 = mírná demence 2 = žádné psychické problémy	□
F Body Mass Index (BMI) = (váha v kg) / (výška v m)² 0 = BMI nižší než 19 1 = BMI od 19 a nižší než 21 2 = BMI od 21 a nižší než 23 3 = BMI 23 nebo vyšší	□
Výsledek Screeningu = součet bodů (mezisoučet max. 14 bodů) 12 až 14 bodů: normální výživový stav 8 až 11 bodů: v riziku podvýživy 0 až 7 bodů: podvyživený/á Pro obsáhlejší vyšetření pokračujte s otázkami G-R	□ □
Hodnocení	
G Žije pacient samostatně (nikoliv v sociálním nebo zdravotnickém zařízení, např. domov pro seniory, nemocnice, LDN) 1 = ne 0 = ano	□
H Užívá pacient více než 3 předepsané léky denně 0 = ne 1 = ano	□
I Proleženiny nebo kožní defekty 0 = ne 1 = ano	□
J Kolik plnohodnotných jídel jí pacient denně? 0 = 1 jídlo 1 = 2 jídla 2 = 3 jídla	□
K Vybrané hodnoty pro příjem bílkovin: <ul style="list-style-type: none"> Alespoň jedna porce mléčných výrobků (mléko, sýr, jogurt) denně ano □ ne □ Dvě nebo více porcí luštěnin nebo vajec týdně ano □ ne □ Maso, ryby nebo drůbež každý den ano □ ne □ 0,0 = je-li odpověď ano pouze 1× 0,5 = je-li odpověď 2× ano 1,0 = je-li odpověď 3× ano	□ □
L Konzumuje pacient dvě nebo více porcí ovoce anebo zeleniny denně? 0 = ne 1 = ano	□
M Kolik tekutin (voda, džus, káva, čaj, mléko, ...) vypije pacient za den? 0,0 = méně než 3 šálky 0,5 = 3 až 5 šálků 1,0 = více než 5 šálků	□ □
N Příjem stravy 0 = pacienta je nutné krmit 1 = pacient se nají s dopomocí 2 = pacient se nají zcela samostatně	□
O Jak hodnotí svůj stav výživy pacient? 0 = hodnotí se jako podvyživený 1 = není si jistý stavem výživy 2 = hodnotí svůj stav výživy jako bez problémů	□
P V porovnání se svými vrstevníky, jak vnímá pacient svůj zdravotní stav? 0,0 = ne tak dobrý 0,5 = neví 1,0 = stejně dobrý 2,0 = lepší	□ □
Q Střední obvod paže v cm (měří se ve středu vzdálenosti mezi akromiálním výběžkem lopatky a loketním výběžkem na nedominantní končetině – na levé u praváka a naopak) 0,0 = menší než 21 0,5 = 21 až 22 1,0 = 22 nebo větší	□ □
R Obvod lýtky v cm (měří se v nejširším místě) 0 = menší než 31 1 = 31 nebo větší	□
Hodnocení – součet (max. 16 bodů)	□ □ □ □
Výsledek Screeningu	□ □ □
Celkové hodnocení – součet	□ □ □ □

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® – Its History and Challenges. *J Nut Health Aging* 2006; 10:456-465. Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). *J. Gerontol* 2001; 56A: M366-377. Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature – What does it tell us? *J. Nutr Health Aging* 2006; 10:466-487. © Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners © Nestlé, 1994, Revision 2006. N67200 12/99 10M. Pro více informací: www.mna-elderly.com

Hodnota míry podvýživy

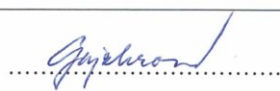
24 až 30 bodů	□	normální výživový stav
17 až 23,5 bodů	□	v riziku podvýživy
Méně než 17 bodů	□	podvyživený/á

PŘÍLOHA P VIII: 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	Petra Macháčková	
Téma bakalářské práce	Ošetrovatelská péče u pacienta s Alzheimerovou chorobou	
Vedoucí bakalářské práce	Mgr. Gabriela Gajzlerová	
	 podpis	
Skupina respondentů	všeobecné sestry, praktické sestry	
Pracoviště <i>Alzheimer centrum Zlín</i>	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis
	<u>Souhlasím</u> Nesouhlasím	<i>vk. sestra DK</i>
	Souhlasím Nesouhlasím	
	Souhlasím Nesouhlasím	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne *4. 5. 2018*

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd -1-




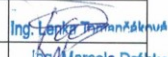

Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka Ústavu zdravotnických věd


Alzheimercenterum Zlín z.ú.
Růmy 1393
760 01 Zlín
IČO 034 61 891

.....
razítko a podpis zástupce zařízení

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

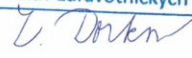
Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná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

Jméno a příjmení studenta	Petra Macháčková		
Téma bakalářské práce	Ošetrovatelská péče u pacienta s Alzheimerovou chorobou		
Vedoucí bakalářské práce	Mgr. Gabriela Gajzlerová		
	 podpis		
Skupina respondentů	všeobecné sestry, praktické sestry		
Pracoviště <i>KNTB ZLÍN</i>	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis	
<i>LDN-ONP</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím		<i>Ing. Lenka Dorková</i>
<i>Interní oddělení</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím		<i>Ing. Marcela Drábková</i>
	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím		


Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne *25. 2019*.....

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd -1-


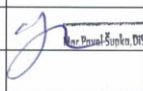

.....
Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

KRAJSKÁ NEMOCNICE
T. B. ve Zlíně
Havlíčková 1, 762 01 Zlín
Tel.: +420 52 531 1000, 52 531 107
Fax: +420 52 531 1003


.....
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	Petra Macháčková		
Téma bakalářské práce	Ošetrovatelská péče u pacienta s Alzheimerovou chorobou		
Vedoucí bakalářské práce	Mgr. Gabriela Gajzlerová		
	 podpis		
Skupina respondentů	všeobecné sestry, praktické sestry		
Pracoviště VSETÍNSKÁ NEMOCNICE	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis	
LDN - ONP	Souhlasím <input checked="" type="checkbox"/> Nesouhlasím <input checked="" type="checkbox"/>	 Mgr. Pavla Šupky, Ph.D.	
	Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím <input type="checkbox"/>		
	Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím <input type="checkbox"/>		

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 25. 10. 19

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd -1-



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



Vsetínská nemocnice a.s.
Nemocniční 955, 755 01 Vsetín
IČ: 26871068 DIČ: CZ 26871068
☎ 571 818 101


Mgr. Pavla Šupky, Ph.D.

.....
razítko a podpis zástupce zařízení

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

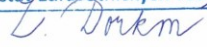
Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná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

Jméno a příjmení studenta	Petra Macháčková	
Téma bakalářské práce	Ošetrovatelská péče u pacienta s Alzheimerovou chorobou	
Vedoucí bakalářské práce	Mgr. Gabriela Gajzlerová	
	 podpis	
Skupina respondentů	všeobecné sestry, praktické sestry	
Pracoviště <i>Sanatorium Topas</i>	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis
	Souhlasím <input checked="" type="checkbox"/> Nesouhlasím	
	Souhlasím Nesouhlasím	
	Souhlasím Nesouhlasím	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne *25. 10. 18*.....

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd -1-


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

SANATORIUM TOPAS s.r.o.
Masarykovo nám. čp. 112, 250 83 Škvorec
Provozovna:
Chrastěšovská 862, 763 12 Vizovice
IČ: 49950165
.....
razítko a podpis zástupce zařízení

PŘÍLOHA P IX: DOTAZNÍK

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU

Vážený respondente, vážená respondentko,

jmenuji se Petra Macháčková, jsem studentkou Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulty humanitních studií, studijního programu Ošetřovatelství, obor Všeobecná sestra. Chtěla bych Vás tímto požádat o vyplnění mého dotazníku, který slouží jako podklad pro vypracování praktické části mé bakalářské práce, jejímž tématem je „Ošetřovatelská péče u pacienta s Alzheimerovou chorobou“.

Chtěla bych Vás ujistit, že dotazník je anonymní a získané údaje budou použity pouze v mé bakalářské práci.

Dotazník je určen všeobecným a praktickým sestřám

Odpověď zakroužkujte pouze jednu, pokud nebude uvedeno jinak přímo u otázky. Odpovídejte prosím tak, aby co nejvíce odpovídala Vašemu názoru.

Děkuji za ochotu a Vámi věnovaný čas při vyplňování tohoto dotazníku.

Petra Macháčková

- 1) Jaké je Vaše pohlaví?
 - a) žena
 - b) muž

- 2) Kde pracujete?
 - a) zdravotnické zařízení, (uveďte oddělení)
 - b) nezdravotnické zařízení

- 3) Jaký je Váš profesní obor?
 - a) všeobecná sestra
 - b) praktická sestra

- 4) Informace k péči o klienty s Alzheimerovou chorobou jsem si doplnila. (vyberte a napište název)
 - a) specializace NCO NZO BRNO (doplňte název)
 - b) certifikovaný kurz(doplňte název)
 - c) jiné:(např.: školení)
 - d) nemám žádné doplňující vzdělání, neprošla jsem žádným školením

- 5) Setkáváte se ve svém pracovišti s pacienty s Alzheimerovou chorobou?
 - a) ano
 - b) ne

- 6) Je náročnější spolupráce s pacienty s Alzheimerovou chorobou?
 - a) není fyzicky náročná
 - b) ano, jen psychicky náročná
 - c) je náročná psychicky i fyzicky

- 7) Máte ve svém pracovišti příručku či brožuru, nebo jiné standardy, pracovní postupy ve kterých jsou informace jak o tyto pacienty pečovat?
- a) ano, čerpala jsem z
 - b) ne
 - c) nevím, nezajímá/a jsem se
- 8) U těchto pacientů je nejdůležitější podporovat jejich:
- a) paměť, myšlení, pozornost, schopnost, pochopení (kognitivní funkce)
 - b) fyzickou aktivitu
 - c) motivaci, výdrž, emocionální a psychickou stránku (nekognitivní funkce)
 - d) fyzickou aktivitu, kognitivní a nekognitivní funkce zároveň
- 9) U pacientů s Alzheimerovou chorobou je důležité se přizpůsobit v ošetrovatelské péči pacientovým návykům. Myslíte, že je reálné požadované návyky v běžném provozu dodržet?
- a) ano
 - b) ne

(Pokud je Vaše odpověď „ano“ přeskočte otázku č. 10 a pokračujte dál.)

- 10) Proč si myslíte, že tyto kritéria nelze v běžném provozu dodržet?
- a) nedostatek personálu
 - b) neznalost těchto návyků
 - c) nezájem personálu
 - d) nespolupráce rodiny
 - e) jiné důvody:
- 11) Které činnosti považujete jako rizikové pro nemocného s Alzheimerovou chorobou? (můžete označit více možností)
- a) popíjení horkého nápoje
 - b) popíjení chladného nápoje
 - c) samostatná procházka
 - d) procházka s doprovodem
 - e) řízení motorových vozidel
 - f) rozhodování
 - g) samostatné bydlení
 - h) bydlení s příbuznými
 - i) znáte jiné rizikové činnosti pro nemocného s Alzheimerovou chorobou? Uveďte prosím,.....
- 12) Je vhodné zavádět u částečně soběstačných nebo nesoběstačných pacientů PMK (permanentní močový katétr) ?
- a) ano
 - b) ne
 - c) nevím
- 13) Máte ve svém pracovišti pomůcky, které by mohly pomoci k pacientovu rozvíjení jeho kognitivních (paměť, myšlení, pozornost, schopnost, pochopení) i nekognitivních (motivaci, výdrž, emocionální a psychickou stránku) funkcí?

- a) ano, uveďte jaké:.....
b) ne
c) nevím
- 14) Znáte test MMSE (Mini-Mental State Examination), víte k čemu se tento test používá?
a) k potvrzení Alzheimerovy choroby
b) ke zjištění fyzického stavu pacienta
c) ke zjištění nutričního stavu nemocného
d) ke zhodnocení rizika pádu
e) ke zjištění rizika vzniku dekubitů
- 15) Znáte test PAINED? Víte, k jakému zjištění se tento test používá?
a) ano, test se používá ke zjištění:
b) ne
- 16) Pokud pacient mluví o tom, že si musí sbalit své věci do kufru a obléci se, protože zítra jde do práce a vy víte, že tato situace není reálná, jak se budete snažit vyřešit danou situaci?
a) budete se mu za každou cenu snažit vysvětlit, že zítra do práce nejde, že do práce už nechodí a uložit ho zpět do lůžka
b) budete s ním souhlasit, že ano víte, že jde zítra do práce, ale že se stačí připravit do práce později, budete se ho snažit uklidnit a uložit zpět do lůžka
c) nebudete se s ním vůbec bavit a uložíte ho do lůžka
d) zavoláte lékaře kvůli zklidňující medikaci
- 17) Seřadte dle svých znalostí od neznámější po nejméně známou techniku, která je prováděna s pacienty s demencí. (Popište je prosím od čísla 1 jako neznámější po číslo 10 jako nejméně známé)
a) reminescenční terapie (vzpomínková)
b) trénink kognitivních funkcí (např.: čtení seniorům, procvičuje se paměť, myšlení, pozornost)
c) canisterapie (léčebný kontakt psa a člověka)
d) muzikoterapie
e) aromaterapie
f) ergoterapie (smysluplné zaměstnávání)
g) pet therapy (využívají se domácí zvířata)
h) skupinová terapie (využívá hudbu, zpěv a pohybové aktivity)
i) nácvik ohrožených či ztracených schopností (denní aktivity, sebeobsluha)
j) krátkodobé změny prostředí (trávení času na čerstvém vzduchu)
- 18) V pozdějších stádiích Alzheimerovy choroby, již klient nemusí být schopen Vám odpovědět na otázku „Jak se jmenujete“. Jak si nejčastěji v této situaci ověříte jeho totožnost?
a) identifikační náramek
b) pomocí identifikační tabulky s jeho jménem na lůžku
c) zeptáte se jiného pacienta
d) zavoláte si na pomoc jiný personál, aby Vám potvrdil jeho totožnost
e) jiné ověřovací možnosti:

19) Nemocní s Alzheimerovou chorobou jsou často zmatení a po převozu do nového prostředí mohou mít tendenci "utíkat". Na tyto pacienty je potřeba zvýšeného dohledu. Máte ve svém zařízení nějaké bezpečnostní prvky, které mohou zabránit této situaci?

a) ano, jaké: (např.: bezpečnostní dveře)

.....
.....
.....

b) ne

20) Myslíte si, že je důležité, aby rodina byla při příjmu pacienta?

a) ano

b) ne

21) Komunikujete s rodinou co se týče pacientových zvyků (rituálů), na které je při svém každodenním životě zvyklý?

a) ano

b) ne

22) Mohou být důležité informace o těchto zvyklostech?

a) velmi důležité

b) méně důležité

c) nejsou důležité

23) Jaké otázky si myslíte, že jsou důležitější se zeptat (např. rodiny), při příjmu pacienta s tímto onemocněním?

(označte je od čísla 1 jako nejdůležitější po číslo 10 jako nejméně důležité)

a) zdali má nějaké spánkové návyky

b) jaké jsou jeho oblíbené tekutiny

c) jestli dodržuje v průběhu dne nějaké své rituály

d) zdali kouří a kolik vykouří za den cigaret

e) soběstačnost

f) zdali bydlel/ bydlí sám ve svém domově

g) jak si klient zvyká na nové prostředí

h) zdali je orientovaný

i) zdali a jak komunikuje

j) věk