



PÉČE O PACIENTA S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU

Bakalářská práce

Studijní program: B5341 ě Ošetřovatelství
Studijní obor: 5341R009 ě Všeobecná sestra

Autor práce: **Petra Ondrušová**
Vedoucí práce: MUDr. Jan Nedvídek





CARE OF PATIENT WITH ALZHEIMER'S DISEASE

Bachelor thesis

Study programme: B5341 Ľ Nursing
Study branch: 5341R009 Ľ General Nurse

Author: **Petra Ondruřová**
Supervisor: MUDr. Jan Nedvídek



ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Petra Ondrušová**
Osobní číslo: **Z10000054**
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Péče o pacienta s Alzheimerovou chorobou**
Zadávající katedra: **Ústav zdravotnických studií**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Cíle výzkumu:

porovnat informovanost sester z oddělení LDN a sester z pracovišť specializujících se na péči o pacienta s demencí

Zjistit závislost mezi délkou praxe sestry v oboru a informovaností o problematice Alzheimerovy choroby

Zjistit nejčastější komplikace při péči o pacienta trpícího Alzheimerovou chorobou

Teoretická východiska:

Hospitalizace pacienta trpícího Alzheimerovou chorobou přináší zvýšené nároky pro ošetřující personál. Takový pacient vyžaduje neustálou péči a dohled. Péče je často zkomplikovaná problémy s komunikací, zapomnětlivostí a poruchami chování pacienta.

Výzkumné předpoklady:

Předpokládám, že sestry z oddělení specializovaných na péči o pacienta s demencí budou lépe informovány o problematice Alzheimerovy choroby než sestry z oddělení LDN

Předpokládám, že s narůstající dobou praxe stoupá informovanost o dané problematice.

Předpokládám, že jako nejčastější komplikace uvedou sestry problémy s komunikací, zapomnětlivost a poruchy chování.

Metoda:

kvantitativní

Technika:

dotazník osobně předávaný

Místo a čas výzkumu:

Krajská nemocnice Liberec, Nemocnice Jablonec nad Nisou, Dům seniorů Liberec - Františkov, Diakonie ČCE Dvůr Králové nad Labem.

Říjen - prosinec 2013

Vzorek: sestry na oddělení LDN Nemocnice Liberec a Nemocnice Jablonec nad Nisou.

Sestry z pracovišť specializovaných na péči o pacienta s demencí - Dům seniorů Liberec - Františkov, Diakonie ČCE Dvůr Králové nad Labem.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

50-70 stran

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

viz příloha

Vedoucí bakalářské práce:

MUDr. Jan Nedvídek

Ústav zdravotnických studií

Datum zadání bakalářské práce:

31. března 2012

Termín odevzdání bakalářské práce:

30. června 2014


prof. Dr. Ing. Zdeněk Kůs
rektor




Mgr. Marie Froňková
pověřena vedením ústavu

V Liberci dne 28. února 2014

Příloha zadání bakalářské práce

Seznam odborné literatury:

- HOLMEROVÁ Iva, JAROLÍMOVÁ Eva, SUCHÁ Jitka a kol. Péče o pacienta s kognitivní poruchou, 1. vydání, Praha, nakl. EV public relations, 2007, 299 stran, ISBN 978-80-254-0177-4.
- HRDLÍČKA Michal, HRDLÍČKOVÁ Darina, Demence a poruchy paměti pro praktické lékaře. 1. vydání, Praha, Grada, 1999, 56 stran, ISBN 80-7169-797-4.
- ZGOLA Jitka M, Úspěšná péče o člověka s demencí, 1. vydání, Praha, nakl. Grada, 2003, 232 stran, ISBN 80-247-0183-9.
- KOUKOLÍK František; JIRÁK Roman; Alzheimerova nemoc a další demence; 1. vydání; Praha; nakl. Grada; 1998; 232 stran; ISBN 80-7169-615-3.
- RENGAULT Mathilde, Alzheimerova choroba, 1. vydání, Praha, nakl. Portál 2011, 120 stran, ISBN 978-80-262-0010-9.
- PIDRMAN Vladimír, Demence, 1. vydání, Praha, nakl. Grada, 2007, 184 stran, ISBN 978-80-247-1490-5.
- REKTOROVÁ Irena, Kognitivní poruchy a demence, 1. vydání, Praha, nakl. Triton, 2007, 190 stran, ISBN 978-80-7387-017-1.
- TOPINKOVÁ Eva, Jak správně a včas diagnostikovat demenci, manuál pro klinickou praxi, 1. vydání, Praha, nakl. UCB Pharma, 1999, 87 stran, ISBN 80-238-4913-1.
- JIRÁK Roman a kol. Demence, 1. vydání, Praha, nakl. Maxdorf, 1999, 226 stran, ISBN 80-85800-44-6.
- CALLONE Patricia, KUDLACEK Connie, VASILOFF Barbara, MANTERNACH Janaan, BRUMBACK Roger, Alzheimerova nemoc - 300 typů a rad, jak ji zvládat lépe. 1. vydání, Praha, nakl. Grada, 2008, 120 stran, ISBN 978-80-247-2320-4.
- LU Linda, BLUDAU Juergen; Alzheimer's disease. Santa Barbara, nakl. Greenwood; 2011. ISBN 978-0-313-38111-9.

Studentka
Petra ONDRUŠOVÁ
Z10000054
Zábřezí 45
544 01 ZÁBŘEZÍ – ŘEČICE

Vyřizuje: Zuzana Janošíková / 485 353 762

V Liberci dne 1. července 2013
č.j.: 13/8515/027434-02

Vyřádění k žádosti o ponechání tématu a prodloužení termínu odevzdání bakalářské práce

Vážená studentko,

na základě Vaší žádosti ze dne 26. 6. 2013, zaevidované pod č.j.: 13/8515/027434-01, Vám sděluji, že **souhlasím** s ponecháním tématu bakalářské práce „Péče o pacienta s Alzheimerovou chorobou“ a prodloužením termínu odevzdání bakalářské práce do 30.6.2014.

Nové zadání bakalářské práce je nutné vložit do IS/STAG a podepsaný formulář odevzdat na studijním oddělení.

S pozdravem


Mgr. Marie Froňková
pověřena vedením ústavu

Technická univerzita v Liberci
Ústav zdravotnických studií
Studentská 2, 461 17 Liberec I

Prohlášení

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé bakalářské práce a konzultantem.

Současně čestně prohlašuji, že tištěná verze práce se shoduje s elektronickou verzí, vloženou do IS STAG.

Datum: 28. 4. 2014

Podpis:



Poděkování

Chtěla bych poděkovat vedoucímu mé bakalářské práce MUDr. Janu Nedvídkovi za trpělivou spolupráci a cenné rady.

Dále bych chtěla poděkovat všem sestrám, které se zúčastnily výzkumu a nažily si čas na vyplnění mých dotazníků.

Abstrakt

Ve své bakalářské práci jsem se zaměřila na problematiku Alzheimerovy choroby. V teoretické části stručně popisuji problematiku demence, ve výzkumné části zjišťuji znalosti zdravotních sester na oddělení LDN v porovnání se sestrami z oddělení specializujících se na péči o pacienta s demencí. Dále zjišťuji souvislost mezi délkou praxe sestry a úrovní jejích znalostí. Posledním cílem mého výzkumu je zjištění nejčastějších komplikací objevujících se při péči o pacienta s Alzheimerovou chorobou. Výzkum probíhal formou anonymních dotazníků rozdaných zdravotním sestřám na odděleních LDN Krajské nemocnice Liberec, CEDR v Jablonci nad Nisou, v Domově seniorů Františkov v Liberci a v Diakonii LČE ve Dvoře Králové nad Labem.

Dle předpokladu z výzkumu vyplynulo, že sestry z oddělení specializovaných na péči o pacienta s demencí mají větší povědomí o problematice Alzheimerovy choroby než sestry z oddělení LDN. Průměrně zodpověděly 79,8% otázek správně, kdežto sestry z LDN pouze 64,71%. Při porovnání úrovně znalostí sester podle délky praxe v oboru jsem dospěla k následujícím zjištěním: Sestry, které pracují v oboru 10 a méně let odpověděly správně v průměru na 69,7% otázek. Sestry s praxí delší než 10 let dopadly o něco lépe, dosáhly v průměru 74,29% správných odpovědí.

Z výzkumu vyplývá, že by bylo vhodné zvýšit povědomí sester o problematice Alzheimerovy choroby, zejména na odděleních dlouhodobé péče, kde se sestry s takovými pacienty setkávají velice často, nemají však dostatečné informace o Alzheimerových chorobách, které by jim mohly péči značně usnadnit. Na otázku, zda sestry absolvovaly nějaké školení či seminář týkající se dané problematiky zodpovědělo 69% respondentů. Ano. 84,5% sester by uvítalo více informací o Alzheimerových chorobách.

Klíčová slova: Alzheimerova choroba, péče, znalosti sester, komplikace péče

Abstract

In my Bachelor's thesis I focused on Alzheimer's disease issue. In theoretical part I described dementia issue concisely, in research part I tried to find out level of knowledge of nurses, who are working on Long term care unit and I compared it with knowledge of nurses from centres specialized on patients suffering from dementia. I also investigated correlation between length of experience and level of knowledge. The last research objective was to find The most common source of complications appearing during care of patients with Alzheimer's dementia.

Research has been implemented by anonymous questionnaires, which have been given to nurses from Long term care unit in Liberec hospital, to nurses from CEDR in Jablonec nad Nisou, nurses from specialized department in Senior house Františkov in Liberec and to nurses from specialized department of Diakonie in Dvůr Králové nad Labem.

As I assumed, result of research had shown that nurses, who has been working on specialized departments had better score in knowledge test then nurses from Long term care units. They answered 79,8% questions correctly. nurses, who are working on Long term care units answered only 64,71% questions correctly. When comparing knowledges related to length of experience, I found out this facts: Nurses, who have been working less then 10 years in their specialization answered 69,7% correctly. Nurses working more then 10 years answered 74,29% correct answers in average.

Result of my research shows, that nurses should have more informations about Alzheimers disease, specially nurses from long term care units, where they meet patients suffering form dementia quite often. This nurses don't have enough information, which could facilitate their care distinctly. I asked nurses, if they had taken part in some seminars or training focused on this topic. 69% respondents answered Yes. 84.5% would like to have more information about Alzheimer's disease.

Key words: Alzheimer's disease, care, knowledges of nurses, complications in care

Obsah

Obsah.....	- 11 -
1 Úvod	- 12 -
2 Teoretická část.....	- 13 -
2.1 Obecná charakteristika demence	- 13 -
2.1.1 Typy demencí	- 13 -
Primární degenerativní demence	- 13 -
Sekundární a smíšené demence	- 13 -
2.1.2 Symptomy demence.....	- 15 -
2.2 Alzheimerova choroba.....	- 16 -
2.2.1. Patofyziologie.....	- 17 -
2.2.2. Diagnostika.....	- 18 -
2.2.3 Terapie Alzheimerovy choroby	- 19 -
Farmakologická terapie.....	- 19 -
Nefarmakologické intervence	- 20 -
2.2.4 Fáze Alzheimerovy choroby	- 22 -
I.fáze: počínající, mírná demence.....	- 22 -
II.fáze: Rozvinutá demence.....	- 22 -
III. fáze: pokročilá, terminální demence	- 22 -
2.3. Specifika péle o pacienta trpícího Alzheimerovou chorobou.....	- 23 -
2.3.1 Zásady chování k člověku trpícímu Alzheimerovou chorobou.....	- 23 -
2.3.2 Behaviorální a psychologické poruchy u pacienta s Alzheimerovou chorobou... -	25 -
Depresivita	- 25 -
Úzkost	- 26 -
Agresivita	- 27 -
Agitovanost	- 29 -
Závislé chování.....	- 29 -
Bezcílné blouhání a pšecházení (wandering)	- 30 -
Volání a kššk.....	- 30 -
2.3.3 Komunikace.....	- 31 -
2.3.4 Hodnocení mentálních funkcí.....	- 32 -
2.3.5 Poruchy výživy u pacienta s Ach.....	- 33 -
2.3.6 Inkontinence	- 35 -
2.3.7 Rozpoznání bolestí u pacienta trpícího Alzheimerovou chorobou.....	- 36 -
2.3.8 Zátěž pro pečujícího o člověka trpícího Alzheimerovou chorobou.....	- 37 -
3 Výzkumná část	- 38 -
3.1 Cíle a hypotézy	- 38 -
3.2 Metodika výzkumu	- 38 -
3.3 Charakteristika výzkumného vzorku	- 39 -
3.4 Výsledky výzkumu	- 40 -
4 Hodnocení hypotéz.....	- 62 -
5 Diskuze	- 63 -
6 Návrh doporučení pro praxi	- 66 -
7 Závěr	- 67 -
8 Seznam bibliografických citací	- 68 -
9 Seznam pšloh.....	- 71 -

1 Úvod

Problematika péle o pacienta s demencí se stává stále aktuálnějším tématem. Vzhledem ke zvyšujícímu se průměrnému věku populace se s touto poruchou setkáváme stále častěji, ať už v domácí péči nebo v sociálních i zdravotnických zařízeních. Protože Alzheimerova choroba je nejčastější a nejtypičtější formou demence, rozhodla jsem se ve své práci zaměřit právě na tuto konkrétní poruchu.

V teoretické části práce se zaměřím na obecnou charakteristiku demencí, soupis jejich nejčastějších příčin a příznaků. Dále se budu věnovat již konkrétní Alzheimerově chorobě její patofyziologii, diagnostice a terapii, popíšu stručně jednotlivé fáze této demence. V další části se zaměřím na specifické požadavky na péči o pacienta trpícího demencí, na nejčastější problematické situace a možnosti jejich řešení. Zmíním i téma zátlže pečujícího o rodinného příslušníka s Alzheimerovou chorobou.

Ve výzkumné části práce se pokusím zmapovat míru informovanosti zdravotních sester o Alzheimerově chorobě a specifických péle o takto postiženého pacienta. Budu porovnávat vědomosti sester ze zařízení specializovaných na péči o takového pacienta a sester z oddělení následné péle, kde se s touto problematikou setkávají také velmi často. Také budu zjišťovat souvislost mezi délkou praxe zdravotní sestry a jejími znalostmi. Dále budu zkoumat, jaké aspekty péle považují sestry za nejnáročnější.

Výzkum bude probíhat formou dotazníků rozdaných zdravotním sestrám na oddělení LDN Krajské nemocnice Liberec, CEDR v nemocnici v Jablonci nad Nisou, v oddělení se zvláštním režimem Domova seniorů na Františkově v Liberci a v Diakonii LCE ve Dvoře Králové.

2 Teoretická část

2.1 Obecná charakteristika demence

Demence je definována jako získaná globální porucha intelektu, paměti a osobnosti, která narušuje běžné denní aktivity, ale bez poruchy vědomí. Hlavními příznaky jsou poruchy paměti, zejména krátkodobé, poruchy abstraktního myšlení, rozhodování, zhoršená orientace v prostoru a pacienti bloudí hlavně v neznámém prostředí, často je zpomalené psychomotorické tempo, apatie, snížená soběstačnost a schopnost řešit běžné problémy a užívat získané percepční motorické dovednosti. Dochází ke změnám sociálního chování, citového života i lidské osobnosti. Odhaduje se, že poruchami paměti trpí asi 10% osob ve věku nad 70 let, z toho asi u 1/2 jde o Alzheimerovu chorobu. (AMBLER, 2009, Str.183)

2.1.1 Typy demencí

Primární degenerativní demence

- **Alzheimerova nemoc** (až 60% všech demencí)
- **Demence s Lewyho tělísky** - Je pokládána za variantu Alzheimerovy choroby. V korových neuronech a v substantia nigra se nacházejí takzvaná Lewyho tělíska. Klinicky se choroba projevuje deteriorací intelektových funkcí, typické je výrazné kolísání stavu. Často se vyskytuje přídatná paranoideň halucinatorní symptomatika, stavy neklidu a agitovanosti. Může se vyskytnout i delirium. (Jiráček 1999)
- **Frontotemporální demence** - Nejčastější formou je Pickova choroba. Dochází k progresivní degeneraci frontálních a temporálních laloků mozku. Nástup choroby bývá jasný i mezi 45. a 65. rokem. Hlavními příznaky jsou poruchy osobnosti, změny sociálního chování i poruchy řeči. Časté jsou změny stravovacích návyků, apatie, iritabilita i stereotypie. (Pidrman 2007)

Sekundární a smíšené demence

- **Vaskulární demence** - Druhá nejčastější demence i do 20%. Dříve arteriosklerotická demence. Nástup může být náhlý (mozková příhoda), nebo

se zhoršuje v etapách (multiinfarktová demence s velkým množstvím malých ischemických příhod, rozvíjí se blížem těžištěm mluví).

Osobnost zůstává relativně zachovalá, dochází k emoční labilitě, hypertenzi, pacienti jsou kritičtější ke svému stavu než pacienti s Alzheimerovou demencí. (Hrdlička, Hrdličková, 1999)

- **Metabolické demence** – K rozvoji dochází až při chronifikaci metabolických poruch.

U vrozených poruch (Wilsonova nemoc, akutní intermitentní porfyrie)

U získaných metabolických poruch - poruchy nutriční (nutriční deprivace, nedostatek vitamínů skupiny B atd.

Toxické poruchy (drogové, alkoholové, farmakogenní chronické intoxikace)

Endokrinní poruchy (hypotyreóza, hypotyreóza, hypotyreóza a hyperadrenismus atd.)

Chronické orgánové poruchy (Chronická hepatoencefalopatie, uremická encefalopatie, dialyzační demence, chronická obstrukční plicní nemoc, chronická kardiovaskulární insuficience) (Pidrman 2007)

- **Demence při Parkinsonově chorobě** – Demenci trpí 10-30% pacientů trpících Parkinsonovou chorobou. Dochází k celkové zpomalenosti, zpomalení progresu myšlení, k problémům s vybaveností, poruchám paměti, bývá také porušená schopnost naplánovat a vykonat složitější aktivitu. Velmi častý je výskyt deprese (Fígar, Jiráček 2001)
- **Demence při Huntingtonově chorobě** – Vyskytuje se jako součást celkové degenerace mozku. Demenci předcházejí neurologické poruchy (Hrdlička, Hrdličková 1999)
- **Traumatické demence** - Při traumatickém poškození mozku, symptomy závisí na lokalizaci a rozsahu traumatu. Typické je spojení s neurologickými příznaky
- **Demence při normotenzním hydrocefalu** Mimo demence se vyskytují i poruchy chůze a inkontinence. (Pidrman 2007)
- **Demence při nádorech CNS**
- **Demence při infekcích (syfilis, HIV)** – U HIV vzniká subakutní encefalitida, která má za následek demenci projevující se zapomnětlivostí, nesoustředěností, zpomalením, potížemi s řešením problémů, apatií atd. (Hrdlička, Hrdličková 1999)
Při Lues dochází zejména ke zmatenosti způsobené luetickou meningoencefalitidou (Pidrman 2007)

2.1.2 Symptomy demence

- intelektová deteriorace i nepřiměřené zhoršování intelektu, v průběhu demence dochází k prohlubování deteriorace.
- poruchy paměti, neschopnost všípít si nové poznatky, zpomalená vybavnost atd. Zpravidla dříve je postižena paměť deklarativní (vědomosti) než paměť procedurální (dovednosti)
- Poruchy orientace i místem, časem, později i osobou
- Poruchy soudnosti a abstraktního myšlení, pacient není schopen řešit určité problémy (zvolit vhodné oblečení, připravit jídlo)
- Poruchy pozornosti a motivace, ztráta zájmu o okolí
- Porušená chápavost (v pozdních stádiích demence není pacient schopen pochopit ani základní pokyny)
- Poruchy krevních funkcí i v důsledku krevní atrofie dochází k izolovaným smyslovým agnoziím i například optické agnozie, krevní slepota, sluchová agnozie, taktilní agnozie. Mohou se kombinovat.
- Fatické poruchy i poruchy tvorby řeči nebo porozumění řeči na krevní úrovni - motorická afázie i parafázie (komolení slov i úplná neschopnost tvorby srozumitelné řeči)
- Senzorická afázie (neschopnost porozumět mluvené řeči) amnestická afázie (vypadávání pojmů). Agrafie (neschopnost psaní) alexie (neschopnost porozumět psanému textu) atd.
- Apraxie (ztráta schopnosti vykonávat určitou činnost i například oblékání, jedení předmětem, odemknutí zámku atd.)
- Poruchy chování i často je hypoaktivita, bradypsychismus nebo naopak hyperaktivita i agitovanost. Může dojít též ke konfliktům, negativitě i agresivitě - verbální i brachiální. Dále může být zhoršena osobní hygiena, dochází k inkontinenci moči i stolice. Může docházet i k sociálním projevům (sexuální deviace, odhalování na veřejnosti atp.)
- Poruchy emotivity i dochází k citové otuplosti, úbytku vyjádřených citů i emoční plochosti a tupé euforii. Na druhé straně může dojít i k odvrácené emotivity,

nepřiměřeným afektem, depresi, vzteku, nezvladatelné lítosti a smutku (afektivní inkontinence)

- Porucha osobnosti i degradace až totální rozpad osobnosti.
- Dochází k oploštění emocí, ztrátě zájmu, otupění citů, případně zvýraznění některých negativních vlastností. Častý je například egocentrismus, nedůvěrnost, obviňování okolí, tendence k agresivitě, bezradnost, psychomotorický neklid, neschopnost projevit přátelství
- V pokročilých stádiích demence přestává být člověk schopný postarat se o sebe, stává se závislým na pomoci okolí.
- Porucha spánku i insomnie i spánková inverze
(Jiráček 1999)

2.2 Alzheimerova choroba

Na úvod této kapitoly předkládám kazuistiku pacienta, jemuž byla diagnostikována Alzheimerova choroba s jasným počátkem. Na příkladu tohoto pacienta můžeme pozorovat typické příznaky a jejich vývoj v průběhu choroby, které budou popsány v této práci.

Kazuistika

59 letý muž, ženatý, bezdětný. Vyučený soustružník kovů, pracoval v oboru, býval výborným odborníkem, rok je v plném invalidním důchodu. Psychiatrická před史 v rodině nebyla zjištěna. Nebyl vážněji nemocen, pouze v 57 letech vyšetřován na boreliózu po úpnutí kloubem se sporným nálezem, kontrolní odběry krve pak byly opakovaně negativní. Na psychiatrickou ambulanci byl doporučen rovněž ve svých 57 letech neurologem s diagnózou Alzheimerova nemoci G30.0.

Při prvním vyšetření jsme zjistili, že má již asi dva roky problémy s pamětí a s vyjadřováním. Chce něco říci a nemůže najít slovo, nebo to slovo nemůže vyslovit. Když píše, dává chyby, vynechává písmenka. Do práce chodí, pracuje na soustruhu, tam chyby nedává. Manželce doma pomáhá, například zavazovali. Náladu má dobrou, dobře spí. Unavený se necítí, hlava se mu netočí, v uších mu nešumí. Z cílených dotazů na paměť například vyjmenoval jen šest evropských států a jejich hlavních měst, ale v základní data svého života i své manželky, i například data obou světových válek. Dovedl správně rozdílit pojmy vražda a zabití nebo lež a omyl, ale nedovedl postihnout rozdíl mezi pojmy prchat a utíkat. Skóre testu MMSE bylo 20 bodů.

Krátce nato byl pacient vyšetřen počítačovou tomografií (CT) mozku nativně i s aplikací kontrastní látky. Byly přítomny známky incipientní atrofie. Klinický neurologický náález byl bez lateralizace, bez cerebellárních projevů a bez známek radikulární léze. Pacient byl vyšetřen také psychologicky: verbální IQ 89 bodů, deteriorace 7-10 bodů. Paměť, pozornost a soustředění i výkony velmi slabé. Závěr: kognitivní deficit a poškození kapacity paměti.

Pacientovi byl podáván piracetam v dávkách do 1600mg a série deseti injekcí vitamínu B1. Pacient odmítal pracovní neschopnost, v práci neměl problémy, úkoly plnil. Po páté roce se však jeho vyjadřovací schopnosti poněkud zhoršily a MMSE kleslo na 18 bodů. Byl vysazen piracetam a naordinován donepezil 5mg denně. Vzhledem k doplatku na lék nechtěl pacient dávku zvyšovat. Do stravy začal zavádět zeleninu a ovoce. Nastalo mírné zlepšení, pacient stále chodil do zaměstnání a práci na soustruhu zvládal. Za dalších pět let roku již nebylo možné riskovat, že by se na soustruhu zranil, a sám uznal, že již nemá dobrý pracovní výkon a dává chyby. Byl uznán práce neschopným a později dostal invalidní důchod, jak bylo uvedeno výše. Test MMSE vykazoval 17 bodů. Bylo provedeno vyšetření mozku magnetickou rezonancí a byla zjištěna difúzní atrofie mozková i mozečková (v 58 letech nemocného).

Nejvýznamným příznakem u nemocného byla jeho artikulace. Nemocný rozumně mluvenému i tiššímu slovu, ale čím dál tím méně byl schopen mluvit, a hovořilo se i písmo. Během dalších měsíců již nebyl schopen souvisle hovořit, jen vyslovil tu a tam nějaké slovo a snažil se dorozumět ukazováním. Medikace byla zvýšena na donepezil 10mg denně, pacient již s doplatkem souhlasil, považoval léčení za nutné. Byla opět aplikována série injekcí tiaminu a magnezia. Zastavit zhoršování stavu se však nepodařilo. Nemocný zapomínal doma například zavazovat vodu, zamykat, nedokázal zapojovat závit u vodovodu. Knoflíky u košile si zapínal nakřivo, neuměl si zavázat tkaničky u bot. Zapomněl tančit, což dříve dával velmi rád, s manželkou chodili 25 let tancovat. Začínal stále více být závislý na manželce, nechtěl být sám doma. Také se stalo, že v lékárně se s pacientem náhodně setkal jeho bývalý kolega z práce, který doprovázel jiného pacienta. Svěřil se nám, že byl vzhledem pacienta velmi překvapen a že ho pacient nepoznal, zatímco dříve to býval velmi společenský a kamarádský kolega a výborný odborník.

Dlouho šlo, že pacient mluvil velmi obtížnou a chápající řeč. Ta dokonce dala výpověď ve svém zaměstnání, aby se mu mohla více věnovat a být hodná s ním, dávat na něho pozor, chodit s ním na procházky a cvičit s ním různé dovednosti. Pacient také nejméně jedenkrát týdně chodil do naší ordinace ke cvičení kognitivních funkcí. Odmítal cokoliv kreslit, ale sám chtěl cvičit písmo a slovní zásobu. Zpočátku například rád opisoval text ze zábavné knížky a sledoval, kolik opsal. Později již opisovat odmítal, a chtěl jen něco lehčího. Dostával tedy zadání typu vyjmenovávání slov začínajících na nějaké písmeno, nebo vyjmenovával květiny, stromy, sporty, státy, ženská a mužská jména apod. Po 45 minutách býval dosti unavený, ale nestěhoval si na žádné tělesné potíže, například na bolest hlavy. Skóre MMSE po dvou a páté letech opět kleslo (15 bodů) (Kulárová 2006, strana 31-33).

2.2.1. Patofyziologie

Alzheimerova nemoc je atroficko-degenerativní onemocnění mozku, které se projevuje kortiko-subkortikální atrofií. Dochází ke ztenčování mozkových gyrů a rozšíření sulků. Dále se zvětšuje objem mozkových komor. Objevují se i některé extracelulární i intracelulární změny. Jednou z extracelulárních změn je ukládání bílkoviny β-amyloidu, který tvoří základ pro tzv. alzheimerovské plaky. Kolem shluku β-amyloidů dochází k apoptóze neuronů. Existuje souvislost mezi množstvím plaků a funkcíním postižením i tíží demence.

Hlavní intracelulární změnou při Alzheimerově chorobě je degenerace τ-proteinu (bílkovina vázaná na neuronální vlákna). Dochází ke zkracování vláken, ztrátě jejich

funkce. Vznikají neuronální uzlíky i tangles. Takto poružené neurony zanikají. (Růžička 2003)

2.2.2. Diagnostika

Klinická diagnóza Alzheimerovy choroby je vždy pouze pravděpodobná. Se stoprocentní jistotou lze diagnózu určit pouze histologicky, post mortem. (Lugný 2012)

Pro určení diagnózy Alzheimerovy choroby musejí být splněna tato kritéria:

- 1) Diagnóza demence stanovená klinickým vyšetřením a potvrzená neuropsychologickým vyšetřením a pomocí některého testu demence, jako například Mini mental state examination.
- 2) Porucha nejméně dvou poznávacích funkcí.
- 3) Rozvíjející se zhoršení poznávacích funkcí nebo paměti
- 4) Nedochozí k poruše vědomí
- 5) Rozvoj onemocnění mezi 40. a 90. rokem života
- 6) Je vyloučeno jiné onemocnění, které by mohlo způsobit poruchu poznávacích funkcí

Diagnózu dále podpoř přikaz progresivní deteriorace některých kognitivních funkcí (například afázie, apraxie, agnózie, porucha životní aktivity, změny chování, pozitivní rodinná anamnéza. Z laboratorních výsledků diagnózu podporuje normální nález v likvoru, EEG v normě nebo s nespecifickými změnami (zpomalení aktivity). Opakované CT může prokázat progresivní atrofii mozku.

Pro Alzheimerovu chorobu dále svědčí dočasně setrvalý stav přecházející jinak progresivním průběhem choroby, nespavost, inkontinence, deprese, halucinace i bludy, emoční nestabilita i ztráta hmotnosti. V pokročilých stádiích onemocnění se mohou vyskytovat i neurologické příznaky i zvýšený svalový tonus, poruchy chůze, myoklonus, epileptické příznaky.

Naopak proti diagnóze nemoci hovoří náhlý začátek, logické neurologické příznaky (hemiparéza), poruchy chůze i epileptické stavy vyskytující se od začátku choroby. (Koukolík 1998)

2.2.3 Terapie Alzheimerovy choroby

V současné době nedokážeme vyléčit příčinu Alzheimerovy choroby. Je ale možné farmakologickými i nefarmakologickými postupy zpomalit, či dokonce zastavit progresi demence a zmírnit některé její projevy. (Hrdlička, Hrdličková 1999)

Léčba sestává ze dvou vzájemně se prolínajících složek – behaviorálních a farmakogenních. Léčíme narušené kognitivní funkce, emoční reaktivitu, jednání a chování, exekutivní schopnosti, ovlivňujeme nežádoucí změny osobnosti pacienta. Tak můžeme docílit zlepšení kvality života pacienta, prodloužíme dobu jeho soběstačnosti, čímž snižujeme nároky na ošetřovatelskou péči a oddalujeme nutnost hospitalizace pacienta.

Farmakologická terapie

Kognitivní farmakoterapie

Nejúčinnějším způsobem léčby Alzheimerovy choroby je ovlivnění acetylcholinergního systému. Podávají se inhibitory cholinesteráz, prekursor acetylcholinu či agonisté nikotinových a muskarinových receptorů. Acetylcholinergní systém je také možno ovlivnit prostřednictvím jiných mediátorů. Léky první volby, zejména v laterálních stádiích choroby jsou inhibitory cholinesteráz. Příkladem podávaných léků je Donepezil (Aricept), Galantamin (Reminyl), Rivastigmin (Exelon) či Takrin (Cognex). Tyto léky dokážou zlepšit kognitivní funkce pacienta a zpomalit progresi choroby. Mohou však mít i neopomenutelné vedlejší účinky, nejčastěji nevolnost, nechutenství, bolesti břicha či průjem. Tyto nežádoucí účinky mohou být částečně omezeny podáváním léků s jídlem. Dalším potenciálním nežádoucím účinkem je bradykardie. (Pidrman 2007)

Nekognitivní farmakoterapie:

Tato farmakoterapie působí proti behaviorálním a psychologickým příznakům demence. Při výskytu poruch spojených s agitovaností, jako neklid, agresivita či psychotické příznaky se využívají antipsychotika (melperon, haloperidol, tiaprid, risperidon, olazapin). V případě depresivních poruch se využívají antidepressiva 2. a 3. generace (maprotilin, citalopram, sertralin, paroxetin, fluoxetin, fluvoxamin atd.)

Při poruchách spánku se využívají antipsychotika i nebenzodiazepinová hypnotika jako zolpidem i zopiclon. (Růžička 2003)

Nefarmakologické intervence

Cílem je zachování i zlepšení úrovně některých dovedností (chůze, motorika, soběstačnost, kognitivní funkce), vyplnění volného času, ovlivnění psychických a behaviorálních příznaků demence, zlepšení komunikace pacienta s okolím

Nefarmakologická léčba spočívá hlavně v aktivizaci pacienta. Volíme aktivity přiměřené stavu pacienta, měly by adekvátně ovlivňovat fyzickou i psychickou stránku, zajíždět sociální kontakty a stimulovat senzorické funkce. Podporujeme pacientovy silnější stránky, aktivity realizujeme v prostředí, které pacient zná a orientuje se v něm. Pro úspěšné zvládnutí je třeba aktivity pravidelně opakovat a zařadit je do pravidelného režimu pacienta. (Pidrman 2007)

Pro posílení paměti je dobré například zadat pacientovi několik úkolů, které má během dne splnit. Můžeme mu napsat seznam těchto úkolů a požádat ho, aby vždy po splnění daný úkol přegruhl. (Buijsen 2006). Je ale třeba s uvažováním volit aktivity, které je pacient schopen zvládnout a byl zvyklý je vykonávat před výskytem choroby. Obtíže mohou nastat i u zdánlivě jednoduchých aktivit i například oblékání i čištění zubů. Tato činnost se totiž skládá z mnoha malých úkonů, které pacient nedokáže poskládat dohromady. Je tedy třeba takové činnosti co nejvíce zjednodušit. (Kallone, Kudlacek a kol. 2008).

Do pacientova pokoje je vhodné umístit kalendář s vyznačeným dnem a výrazné hodiny aby si udržel orientaci v čase. Na dveře jednotlivých místností je dobré umístit popisky, pro lepší orientaci v prostoru. (Buijsen 2006)

Pro udržení psychické aktivity je vhodná takzvaná kognitivní rehabilitace. V té jsou využívány nejrozličnější techniky, například pojmenovávání předmětů, zapamatovávání si škatel, řazení barevných tvarů atd. Je žádoucí oceňovat jakýkoli úspěch a nepoukazovat na pacientovy chyby. Další možností aktivizace je pet terapie, při níž se využívá malých domácích zvířat. (Pidrman 2007)

V neposlední řadě lze využít takzvanou reminiscenční terapii. Tato metoda ožívuje vzpomínky pacienta pomocí starých fotografií, vyprávění příběhů, provádění nejrozličnějších činností, na které byl pacient dříve zvyklý, zpěvu a podobně. Pacienti

s demencí mají potíže s krátkodobou pamětí, ale dlouhodobá jim slouží poměrně dlouho. Cílem terapie je zlepšení komunikace s pacientem, posílení jeho důstojnosti a celkové zlepšení psychického stavu. Může probíhat individuálně i skupinově (Holmerová, Janežková 2005)

Částečnou je také přiměřená fyzická aktivita. Její nedostatek vede k narušení cyklu spánku a bdění, ale i k duševnímu chátrání způsobenému nedostatkem psychických stimulů. Může mít za následek i snížení chuti k jídlu a následnou malnutrici. (Pidrman 2007)

Koncept bazální stimulace

Jedná se o pedagogicko-terapeutický koncept, který vychází z bazálních oblastí vnímání člověka (somatické, vestibulární, vibrační). Bazální stimulace podporuje hybnost, komunikaci a vnímání, maximálně podporuje autonomii člověka a zohledňuje jeho biografii v sestavování individuálního plánu péče. (Friedelová 2012, Diagnostika v oš.)

Techniky bazální stimulace dokážou uklidnit agitovaného pacienta, zmírnit projevy problematického chování, zlepšit orientaci a aktivizovat ho v nějaké smysluplné činnosti. Poskytují klientovi stimuly v oblasti komunikační, pohybové a kognitivní, což posiluje uvědomění si hranic vlastního těla i sebe sama. Stimulace probíhá v oblasti somatické, taktilně-haptické, optické, orální, vibrační, auditivní a olfaktorické. Ze somatické stimulace se často využívá nejrozličnějších forem asistovaných úkonů sebed péče (asistované koupání, lésání, krmení apod.), což maximálně podporuje zachování soběstačnosti klienta. Dále se využívá polohování v konceptu bazální stimulace (hnízdo, mumie, mikropolohování). Dále se využívá nejrozličnějších masáží a kontaktního dýchání. Vestibulární stimulace dokáže aktivizovat mozkovou aktivitu, ovlivnit svalový tonus zejména šíjových a zádočných svalů a svalů dolních končetin a tím udržet po delší dobu schopnost stabilizovaného sedu.

Integrací prvků bazální stimulace do běžné terapeutické péče lze zvýšit komfort a bezpečnost pacienta a zároveň snížit terapeutickou náročnost. (Friedelová 2012, sestra)

2.2.4 Fáze Alzheimerovy choroby

I.fáze: počínající, mírná demence

V této fázi je obtížné demenci rozeznat. Choroba způsobí zhoršení krátkodobé paměti, zmatenost, zhoršenou pozornost, sníženou schopnost racionálního úsudku, mŕgou nastávat problémy s obsluhou pŕstrojŕ a pomŕcek. Tuto fázi mŕge téŕ doprovázet úzkost ŕ i deprese. (Glennner 2012)

Ŕmŕge se vŕak objevit i naruŕení vizuálnŕ prostorové orientace, lehké poruchy ŕŕi nebo koncentrace a nemocný není schopný zvládnout nŕkteré situace. Za krátkou chvíli zaŕnou být kognitivní poruchy na pŕekáŕku a negativnŕ ovlivŕují kaŕdodenní úkony, jakými jsou ŕŕzení vozidla, nakupování, zamŕtnání nebo hospodaŕení v domácnosti.ŕ (Brunovský 2003, strana 18)

Komunikaŕní schopnosti jsou mírnŕ naruŕeny, pacient nedokáŕe mluvit o nedávných událostech, obtíŕnŕ hledá nŕkterá slova, nahrazuje je Ŕprázdnými slovyŕ (to, oni, ta vŕ atd.) nebo slovy podobnými. Vŕŕinou vŕak pacienti v této fázi rozumŕjí, co jim ŕŕkají ostatní. Jiŕ v tuto chvíli je nezbytný dohled okolí (Buijssen 2006)

II.fáze: Rozvinutá demence

Zvýrazŕují se vŕechny pŕŕznaky, které se vyskytly v první fázi choroby. Navíc se objevuje neklid a agitovanost, repetitivní chování, nastává dezorientace i na dŕŕve známých místech, vyskytují se potíŕe s inkontinencí, postupnŕ je postiŕena i dlouhodobá pamŕŕ. (Glennner 2012)

V této fázi se jiŕ pacient obtíŕnŕ zapojuje do hovoru a stává se málomluvným. Okolí mu také porozumí jen s obtíŕemi. Pacient pŕŕstává rozeznávat minulost od pŕŕtomnosti, nedokáŕe srozumitelnŕa logicky vyprávŕnŕ pŕŕbŕh, má významné obtíŕe pŕŕ sestavování vŕŕy. Také se ŕasto uchyluje k automatismŕm a ustáleným frázím. (Buijssen 2006)

III. fáze: pokročilá, terminální demence

V této fázi je jiŕ nezbytná nepŕŕetrŕitá pŕŕe a dohled, k pŕŕedchozím pŕŕznakŕm pŕŕbývá výskyt bludŕ a halucinací, inkontinence moŕi i stolice, poruchy polykání spojené s rizikem aspirace potravy ŕ i hubnutí. (Glennner 2012)

Nemocný není schopen mluvit, mŕge vydávat jen neartikulované zvuky. Reaguje pouze na fyzické impulzy (bolest, teplo, chlad, pohyb)(Buijssen 2006)

2.3. Specifika péle o pacienta trpícího Alzheimerovou chorobou

2.3.1 Zásady chování k člověku trpícímu Alzheimerovou chorobou

1) Člověk trpící Alzheimerovou chorobou je dospělý, přestože ztrácí některé dovednosti, stále se cítí být dospělým. Pro úspěšný kontakt a spolupráci s takovým člověkem musíme tento fakt respektovat a nejednat s pacientem jako s dítětem. Je přínosné informovat se u rodiny pacienta o jeho zvycích a vzorcích chování i v období před vznikem nemoci. Respektováním a dodržováním těchto vzorců si usnadníme kontakt s nemocným a snadněji získáme jeho důvěru a spolupráci. (M.Zgola 2003)

Studie dokazují, že pokud s dementním pacientem jednáme jako s dítětem, vyvoláme v něm pocit vlastní méněcennosti, závislosti na okolí a ponížení. To může mít za následek depresivní poruchy pacienta, případně agresivitu vůči pečujícímu a odmítání jeho péle. Navíc je takové chování pro pacienta hůře srozumitelné. (Williams 2009)

2) Stav pacienta je nezvratný. Míru jeho soběstačnosti může částečně ovlivnit prostředí, ve kterém se pohybuje a dostupné prostředky, které mu poskytneme. Je třeba správně vyhodnotit skutečné schopnosti nemocného a poskytnout adekvátní pomoc. (M.Zgola 2003)

3) Je třeba přistupovat k pacientovi trpícímu a empaticky, aktivně vyhledávat jeho potřeby, vzhledem ke snížené schopnosti pacienta vyjádřit je. Do poslední vystupují potřeby uznání, bezpečí, jistoty, lásky, sounáležitosti a seberealizace.

4) Pacient by měl být co nejméně konfrontován se svou nesoběstačností, Pečující má být v co nejúspěšnějším kontaktu s nemocným a eliminovat případné konflikty, zmatek a nedorozumění. Je vhodné se vyhýbat zbytečné kritice, která by mohla vyvolat v pacientovi pocit zahanbení, což by mohlo vést k neklidu, případně až k agresii vůči pečovateli. Je naopak žádoucí nechat pacienta vykonávat činnosti, které zvládá a které ho baví, přizpůsobit se jeho pomalejšímu tempu a podporovat jeho autonomii. Složitější

úkony je vhodné rozdělit na více jednoduchých kroků. Úspěšně zvládnutý úkol podpoší pacientovu sebevědomí a dobrou náladu, což usnadní i jeho spolupráci s ošetřovatelským personálem.

5) Dbáme na zachování důstojnosti pacienta, respektujeme jeho osobnost. Snažíme se pochopit, čím člověk nemocný Alzheimerovou chorobou prochází, jaké jsou projevy této nemoci a co ovlivňuje jeho chování. Každý pacient je jedinečná osobnost a má jiné vzorce chování. Je vhodné zjistit dostatek informací o pacientově minulosti a chovat se k němu, pokud je to možné, jak byl dříve zvyklý.

6) Zejména v pozdějších stádiích onemocnění je přesné využívat pomůcky podporující paměť a orientaci v prostoru, jako například výrazné popisky na dveřích, štítky se vzkazy apod.

7) Ke zlepšení stability a pohody pacienta může přispět zavedení určitých stereotypů. Pravidelný režim vlní a pevně stanovený denní řád podporuje jistotu a pocit bezpečí pacienta.

8) Zhoršená koordinace pohybů a ztráta paměti způsobuje vyšší riziko zranění. Je proto nezbytné přizpůsobit prostředí, ve kterém nemocný pobývá. Jedním problémem je toulání pacienta. Pacient se vydá ven, ale kvůli zhoršené orientaci nedokáže najít cestu zpět. Vzhledem k tomuto problému je třeba zajistit hlavní dveře tak, aby nemocný nedokázal sám odejít ven. Hrozí vysoké riziko pádu pacienta, je proto nutné odstranit veškeré překážky, o které by mohl zakopnout (kabely, pohyblivé koberce). Nezbytná je také obuv s protiskluzovou podrážkou. Vhodná jsou nejtrvanlivější madla, zábradlí apod. Dalším nebezpečím jsou pro pacienta trpícího demencí ostré předměty, například kuchyňské nože. V poslední řadě jsou to nejtrvanlivější chemikálie a čistící prostředky, které by mohl nedopatřením požit. Je třeba dohlédnout na pravidelné užívání léků, které ale musí být také uchovány mimo dosah nemocného.

(Holmerová 2007)

2.3.2 Behaviorální a psychologické poruchy u pacienta s Alzheimerovou chorobou

Poruchy nálady a chování jsou jedním z typických příznaků demence. Souhrnně je řadíme mezi nekognitivní poruchy. Behaviorální poruchy můžeme definovat jako jakékoli chování ze strany pacienta, která může způsobit potíže a znepokojit pacienta nebo jeho okolí. Řadíme mezi ně například agresivitu, agitovanost, toulání, odbrádllost, poruchy stravování atd. Podle různých zdrojů se behaviorální a psychologické příznaky demence projevují u 50-90% pacientů trpících Alzheimerovou chorobou. Tyto poruchy znamenají velkou zátěž pro pečovatele. Jejich nedostatečné řešení velice znesnadňuje péči o pacienta a může mít za následek selhání pečujícího. (Ressner, Bártová a kol. 2011)

Obecně náchylnější k poruchám chování a emotivity jsou pacienti se smyslovou poruchou (nevidomí, neslyšící), s poruchou šel, lidé, kteří právě prožívají nějakou negativní událost (změna prostředí, hospitalizace atd.), dále pacienti, kteří prožívají jakýkoli somatický diskomfort, například bolesti, zhoršená hybnost způsobená chorobou nebo omezovacími prostředky. Ty bývají používány například v případě, že se u pacienta iasto vyskytují nebezpečné pády. Dále mají větší sklony k problematickému chování pacienti trpící hypoxií, která může být následkem anemie, srdečního selhání i chronickou bronchitidou. Další rizikovou skupinou jsou pacienti, u kterých se vyskytuje dehydratace, hypoglykemie, renální insuficience, závažné onemocnění nebo intoxikace (ta může být způsobena návykovými látkami, ale i nesprávnou medikací.) (Jiráček 2011)

Depresivita

Deprese je iastým průvodním jevem demencí. Může být s demencí i zamíchaná, vzhledem k podobným příznakům, jako jsou poruchy koncentrace, poruchy krátkodobé paměti, apatie, bradypsychismus atd. Deprese výrazně ovlivňuje zdravotní stav pacienta a kvalitu jeho života. Je tedy třeba ji včas odhalit.

Existuje řada testů a škál hodnotících depresivitu demenčních pacientů (například škála deprese dle Yesavage, viz příloha 1. 1). Vzhledem k obtížné komunikaci

s demenčním pacientem je třeba především sledovat pacientův psychický stav, jeho zájem o aktivity a oblíbené činnosti. Pokud je možné navázat verbální kontakt, je vhodné zeptat se, jak se pacient má, zda se necítí smutný atd. S postupující demencí je však odhalení deprese čím dál tím obtížnější. V případě podezření na depresi je nezbytné konzultovat pacientův stav s lékařem. Léčení deprese i přes nejistou diagnózu je menší chybou, než její neléčení. (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol. 2007)

Deprese se nejčastěji vyskytuje v pozdějším stádiu demence, kdy si člověk nejvíce uvědomuje svůj stav, pocišuje bezmocnost a rozhořčení z vlastního selhávání a také to, že není schopen se sám z této situace dostat. (Buusjen 2005)

Příznaky, které by nás měly upozornit na možnou depresi jsou tyto: Apatie, nezájem o oblíbené činnosti, smutek, porucha spánku (nedostatek i nadbytek), nechutenství či nezvyklé přejídání, nadměrné pití alkoholu, pláčtivost či zhoršení chronických obtíží a bolestí. (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol. 2007)

V pokročilých stádiích demence, kdy již pacient není schopný komunikovat s ošetřujícím personálem, je možné odhalit depresi podle výrazu tváře (facies dolorosa), podle polohy těla i v případě deprese bývá pacient schoulený do sebe a neschopný lokomoce, může také zcela vymizet mimika a gestikulace. Dalším varovným příznakem je odmítání příjmu potravy a nápojů. (Tondlová 2006)

Depresivitu můžeme pozitivně ovlivnit nasazením správných léků, podporou pacienta v aktivitě a pohybu, aplikací muzikoterapie s využitím veselejší hudby, kterou má pacient rád, zájímavým různorodým činnostem a podněty, vytvořením pravidelného denního režimu, využíváním taktilních podnětů, zájímavým společným trávením času a případnou návštěvou rodiny, využitím reminiscence či vyvoláním příjemných pocitů. Zároveň bychom se měli vyhýbat situacím, které zhoršují depresivitu pacienta. (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol. 2007)

Úzkost

Úzkost je u pacientů často spojena s adaptací na nové, neznámé prostředí. Objevuje se například na počátku hospitalizace. Může trvat i několik týdnů, než si pacient zvykne na nové skutečnosti. Úzkost může mít za následek i jiné poruchy, například problémy se spánkem, nechutenství atd.

Pro zmírnění úzkosti je třeba vysvětlit pacientovi nastalou situaci, trpivému zodpovědně všechny otázky a to i opakovaně pátrat po příčině úzkosti a odstranit ji, pokud je to možné, vyjádřit podporu a pochopení. Účinné je také vytvoření pravidelného denního režimu a zapojení nejrozmanitějších aktivit, které odpoutají pacientovu pozornost. (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol. 2007)

Agresivita

Agresivitou rozumíme chování, které se vyskytuje zpravidla v afektu a má destruktivní charakter. Agrese může být vyjádřena verbálně (křik, hrozby, nadávky) i fyzicky vůči jiné osobě nebo předmětu. Je ale nutné upozornit, že agresivita pacientů s demencí se liší od agresivity zdravých lidí i pacientů s jiným onemocněním. Agrese může být pro demenčního pacienta subjektivně jediným východiskem z dané situace, se kterou si neví rady. Často je reakcí na chybu v péči i její nepochopení ze strany pečujícího. Pacient není schopen vyjádřit svůj nesouhlas jiným způsobem, proto se uchyluje k agresivnímu jednání. (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol. 2007)

Př řešení problémů s agresivním chováním je vždy třeba zaměřit se na jeho příčinu. Nejlepším řešením je vždy prevence. Musíme se zaměřit na situaci, která předcházela agresivní epizodě a v budoucnu se jí raději vyhnout. (Buijsen 2006)

Možné příčiny agrese

- 1) nepochopení situace i Pacient trpí poruchou myšlení a nedokáže si mnohé situace racionálně vysvětlit. Zapomíná například, proč k němu chodí cizí lidé a zasahují do jeho soukromí. To se může týkat ošetřovatelského personálu. Tento problém lze vyřešit pouze tak, že se každý příchozí představí a trpivě vysvětlí, proč přišel.
- 2) Obranná reakce při pocitu ohrožení i opěť souvisí s faktem, že pacient nepoznává pečujícího a nechápe situaci, ve které se vyskytl. Může se cítit ohrožen například při oblékání i osobní hygieně kdy pečující nepřehledně zasahuje do jeho intimního prostoru. Může proto reagovat rozrušeně ať agresivně Tento problém je možné opět vyřešit trpivým vysvětlením úkonu, který se chystáme provést.
- 3) Nespokojenost se svými schopnostmi - pacienti se často nedokáží smířit se zhoršováním svého stavu a neschopností vykonávat některé úkony. Na to bychom měli myslet například u společných aktivit. Měli bychom vždy volit takové, které zbytečně neupozorňují na pacientovi nedostatky a v případě pacientova neúspěchu mu

citlivým způsobem dopomoci, nikoli upozornit na chybu. Pocit vlastní neschopnosti a bezmoci může také vyvolat agresivní chování.

- 4) Změny i jakákoli změna, ať už prostředím i ošetřovatelského personálu způsobí pacientovi zmatek a stres. Ten může vyvolat agresivní chování i ve zdánlivě nenápadné a nevinné situaci
- 5) Neolekávané události i rychlá změna, kterou pacient neolekává, ho může zneklidnit. Například pokud přijde ošetřovatel k pacientovi zezadu a neleká ho osloví, případně se ho dotkne.
- 6) Podezírání ostatních i prvotními známkami bývá ztracení věci i peněz způsobené poruchou paměti. Nemocný si nedokáže vzpomenout, kam hledaný předmět uložil. To ho může dovést k závěru, že mu někdo přerovnává, schovává i dokonce krade věci. Tím i často dochází ke konfliktům mezi pacientem a ošetřovatelem, který bývá konfrontován s pacientovou podezřívavostí.
- 7) Nezvládnutá porucha chování i agresivita se může projevit, pokud se pečovatel snaží zvládnout jiné problémové chování pacienta (pokřikování, rušení ostatních pacientů a podobně). V takovém případě je důležité nalézt správný postup ke zmírnění projevu původního problematického chování, ne šít pouze agresivitu.
- 8) Snaha upoutat pozornost i v některých případech může mít agresivní chování příčinu ve snaze pacienta upoutat pozornost okolí i ho manipulovat tak, aby získal co si přeje. V takovém případě je řešení situace velmi obtížné. (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol. 2007)

Zvládání agresivního chování

V případě že se nám nepodařilo předejít agresivnímu chování pacienta, je třeba najít vhodný způsob jeho uklidnění. Reakce jednotlivých pacientů se mohou lišit, musíme tedy volit individuální přístup. Je užitečné naznačit, že bereme pacientův hněv vážně a že mu rozumíme. Pokud je to možné, snažíme se pacienta co nejdříve oddělit od zdroje jeho rozhořčení. Některé pacienty uklidní fyzický kontakt, například uchopení za ruku. V tomto případě je však nutná zvýšená opatrnost, u některých pacientů může takové chování naopak vyvolat i fyzickou agresi vůči ošetřovateli. (Buijssen 2006)

Za všech okolností je nezbytné jednat klidně a bez emocí, ale také jistě a rozhodně. V případě chování které může ohrozit pacienta nebo jeho okolí je nutný zásah pečujících. Postupí podráždění rukou doprovázené vysvětlením našeho jednání. Klidně a trpělivě sdělíme pacientovi, že takové chování je nepřijatelné, proto mu musíme

zabránit. Snažíme se klidnou šelí pacienta uklidňovat a odvést jeho pozornost od situace, která agresivitu vyvolala. Je také možné nabídnout nějaký oblíbený předmět, který odpoutá pozornost. Samozřejmě to nesmí být nic, čím by pacient mohl poranit sebe či své okolí. Pokud nic z toho nezabírá, je vhodné se vzdálit a nechat pacientovi prostor pro uklidnění. Po uklidnění situace je možné zeptat se pacienta, co ho tolik rozrušilo a následně se takové situaci vyhýbat (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol. 2007)

Agitovanost

Jedná se o neagresivní chování, pacient je neustále neklidný, snaží se na sebe upoutat pozornost, někdy může křiket, nářkat, vydávat nejrůznější neartikulované zvuky, opakovat stále dokola tutéž větu. Nemocní také často odcházejí z domova nebo provádějí nejrůznější neadekvátní činnosti, může se vyskytnout tzv. delir zamítnutosti či opakování pohybů, které mohou připomínat nejrůznější činnosti (Jirák 2011)

Závislé chování

Závislé chování pacientů s demencí pramení z pocitu nejistoty, nedostatku bezpečí a následnou úzkostí a strachem způsobeným úbytkem vlastních schopností. Pacient již nerozumí svému okolí, a proto se snaží být na blízku někomu, koho zná a kdo má celou situaci pod kontrolou. To může způsobit nesnáze v případě že se potřebuje vzdálit, případně pokud o pacienta pečují více osob. Proto je vhodné pacienta připravovat na odloučení již v počáteční fázi choroby, kdy je ještě schopen zapamatovat si nové poznatky. Je třeba docílit toho, aby se pacient cítil bezpečně se všemi pečovateli.

Pacienta bychom také měli vždy informovat o tom kam jdeme a kdy se k němu vrátíme. Pokud je ještě schopný číst a orientovat se v lase, je přínosné mu tyto informace také napsat. Můžeme také pacientovi nabídnout nějakou činnost, čímž odlákáme jeho pozornost. (Buijssen 2006)

Bezcílné bloudění a pšecházení (wandering)

Zhoršující se ztráta paměti se začíná projevovat také řastým blouděním. Pacient již nedokáže nalézt cestu, kterou dšve dobše znal. Bloudění vřak mřže mít více pšřin, po kterých je nutné pátrat.

Jednou z mořných pšřin toulání je **dyskomfort** pacienta z dřvodu bolestí, svřdění atd. Dále mřže dojít k takovému jednání v pšřpadě **neuspokojené potšeby** pacienta (napšřklad potšebuje na toaletu, ale neví kam a nedokáže svojí potšebu vyjádřt). Dalřím dřvodem bloudění bývá **dezorientace** pacienta napšřklad po pšesunu do jiného prostřdí. Bezcílné pšecházení mřže být pšřznakem **neklidu ři strachu** z prostřdí, které již pacient nepoznává. Mřže napšřklad **hledat** své blízké, mít o ně obavy. Je vhodné v takovém pšřpadě pacienta ujistit, ře jsou všichni v pořádku a ře za ním napšřklad pšjdou brzy na návřtřvu. (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol. 2007)

Dalři mořnou pšřřinou bezcílného bloudění je **strese**, napšřklad z nepochopení situace ři z bezradnosti pšř řešení úkolu nebo situace. (Zgola 2003)

Dřvodem bloudění je **osamllost ři nuda**. V takovém pšřpadě je situace snadno řěřitelná nalezením vhodné aktivity a zábavy pacienta.

Situace mřže být pro pacienta značným nebezpečím a to hlavně v pšřpadě ře odchází z oddělení ři z domova. Mnohdy totiž nenajde cestu zpě. Řastým problémem je také **nořní bloudění**. Pacienti trpící Alzheimerovou chorobou mívají řasto spánkovou inverzi zpřřobenou napšřklad řpatným denním řegimem ři medikací.

Pšř potřích s blouděním je nezbytné podniknout urřitá bezpečnostní opatření. Je-li to mořné, uzavřeme oddělení ři byt tak, aby pacient nemohl sám bez doprovodu odejít. Vhodnou pomřckou jsou nejřřznějši identifikační řřtky ři náranky na ruce nebo krku pacienta, na kterých je uveden kontakt na peřovatele pro pšřpad, ře pacient zabloudí.

V pšřpadě domácí peře je vhodné upozornit i sousedy na potřge pacienta a pořádat je o spolupřaci. (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol. 2007)

Volání a křřk

Tyto projevy nejsou pro pacienta nijak nebezpečné, znepřjemřřují ale peře o pacienta, ař už rodinným pšřsluřníkřm nebo profesionálním peřovatelřm. Hlasité projevy mohou být známkou spokojenosti a pohody, ale také úzkosti a dyskomfortu. Vřdy je tedy třeba pátrat po pšřřině tohoto chování, aby bylo mořné odstranit pšřpadné zdroje

nespokojenosti. Jedná-li se pouze o vyjádření dobré nálady, lze v některých případech tyto projevy usměrnit odvedením pozornosti pacienta na jinou činnost.

2.3.3 Komunikace

Alzheimerova choroba a ostatní demence zhoršují schopnost komunikace pacienta. Demence způsobuje potíže s vyjádřením vlastních myšlenek a pocitů i s porozuměním druhé osobě. Tyto změny jsou individuální a závisí na postupu choroby. V počátečních fázích nemusí být komunikační schopnost příliš poznamenána, s rozvojem nemoci se ale zhoršuje. Pacient často používá dobře známá slova, nedokáže si vybavit některé pojmy, vymýšlí nová slova pro pojmenování předmětů, má potíže s logickým uspořádáním věty. (Buijssen 2006)

Pro úspěšné navázání kontaktu s nemocným je nezbytné řídit se následujícími zásadami:

- 1) Pacienta vždy oslovujeme jménem, získáme tím jeho pozornost. I my se identifikujeme, pro případ že by zapomněl, kdo jsme.
- 2) Používáme jednoduchá slova a věty, nespojujeme více informací do jednoho souvětí. Je dobré používat v jedné větě vždy jen jedno sloveso. Složitější sdělení rozdělíme do více jednoduchých, krátkých vět (nejlépe 4-6 slov)
- 3) Mluvíme výrazně a pomalu, tak, abychom poskytli pacientovi dostatek času k pochopení našeho sdělení. Je ale třeba zachovat intonaci a neoddlňovat slova zbytečnými mezerami.
- 4) V případě že nám pacient hned neporozumí, zopakuje sdělení znovu stejnými slovy. Vyjádříme-li předchozí myšlenku odlišnými slovy, způsobíme v pacientovi myslí zbytečný, ježlivý zmatek.
- 5) Vyhýbáme se nepřesnému vyjadřování, nepoužíváme metafory ani zájmena. Používáme vždy konkrétní označení i za cenu toho, že jej ve větě několikrát zopakujeme.
- 6) Je třeba být trpělivý, ukázat zájem, podporovat pacienta v komunikaci a nepřerušovat ho. Udržujeme klidné tempo hovoru, volíme klidný tón hlasu. Pacient dobře vnímá naše neverbální projevy, je tedy třeba udržovat oční kontakt,

usmívat se, chovat se klidně a uvolněně. Pacient vnímá více emoční zabarvení sdělení, než samotný obsah slov.

- 7) Není vhodné opravovat pacientovy chyby v komunikaci, nebo vyvracet jeho názory.
- 8) V případě neúspěšné verbální komunikace mohou dobře posloužit gesta a názorné ukázky. Například pokud chceme, aby si osoba sedla, ukážeme na příslušnou židli.
- 9) Je třeba eliminovat zbytečné rušivé faktory (hluk), aby se mohl pacient plně soustředit na naše sdělení.
- 10) Při získávání informací od pacienta je nutné způsobit kladené otázky jeho mentálnímu stavu. Nejobtížnější je pro člověka trpícího demencí výzva typu „Řekněte mi něco o...“. Pacient nám není schopen poskytnout produktivní odpověď na takto otevřené otázky. Úspěšnější můžeme být s otázkami typu „Co, kdo, kde, proč a jak?“ I ty však vyžadují pacientovo veliké úsilí a nemusí nám přinést požadovanou odpověď. Pokud neuspějeme ani s těmito otázkami, položíme otázku, na kterou lze odpovědět pouze „Ano“ či „Ne“, případně nabídneme možné odpovědi. Je také nutné být opatrný a ujistit se, zda chtěl pacient opravdu odpovědět „Ano“. Tuto odpověď totiž volí pacienti trpící demencí i v případě, že si nejsou jisti odpovědí. To může mít za následek nedorozumění a nespolupráci pacienta. (Weirather 2010)

2.3.4 Hodnocení mentálních funkcí

Pro zajištění adekvátní péče je nezbytné znát míru postižení kognitivních funkcí pacienta. K vyhodnocení pacientova stavu využíváme nejrozšířenější testy kognitivních schopností.

Jedním z nejběžnějších a často používaných testů kognitivních funkcí je Mini-mental state examination (MMSE, krátká škála mentálního stavu, viz příloha 1.2). Tato škála hodnotí orientaci, paměť a vybavnost, pozornost, šel, rozpoznávání, praktické zacházení s předměty, čtení, psaní, počítání a zrakově-prostorové schopnosti (kreslení).

Test se skládá z 30 otázek a úkolů, které se hodnotí po jednom bodu za správné provedení. Hodnocení 24 a méně bodů znamená poruchu kognitivních funkcí. 18-24 bodů svědčí pro lehkou demenci, 5-17 bodů znamená středně těžkou demenci a méně

než 6 bodů poukazuje na těžkou demenci. S progresí demence klesá bodové hodnocení, u Alzheimerovy choroby je obvyklý roční pokles 3-4 body.

Dalším běžným testem je test kreslení hodin. Ten nám umožní zhodnotit, pacientovu paměť, vizuálně-konstrukční schopnosti a výkonné funkce (představitelství a vlastní provedení). Jedná se o rychlou, ale přesnou metodu. Probíhá tak, že pacienta požádáme, aby nakreslil na čistý list papíru hodiny a zaznamenal na určitý čas (obvykle 10 hodin a 10 minut i za 10 minut 2 hodiny). Je možné předkreslit pacientovi kruh, do kterého doplňuje číslice hodin. Hodnotí se základní vlastnosti hodin i tvar ciferníku, umístění číslic a délka a umístění ručiček. Bodové hodnocení je od 1 bodu (bezchybné provedení) do 6 bodů (hodiny nejsou zakresleny. Pro demenci je typický výsledek 3 a více bodů. Při lehčích formách demence se nejprve vyskytuje chybné zakreslení ručiček. (Topinková 1999)

2.3.5 Poruchy výživy u pacienta s Ach

Poruchy výživy jsou častou komplikací Alzheimerovy choroby. Častěji se projevuje malnutrice, v některých případech se ale vyskytuje naopak obezita, zejména u pacientů se sklonem k mlsání. Stav výživy je třeba pečlivě sledovat. Malnutrice má za následek mnohé další komplikace - infekční onemocnění, dekubity, pocitu únavy a podobně (Tlupáček 2003)

Varovné příznaky, které upozorní na malnutrici jsou tyto: vymizelá svalová tkáň, vymizelá tuková tkáň, retence tekutin, poškození kůže a kognitivních adnex, popraskané koutky úst (při nedostatku vitamínů skupiny B), anémie i alopecie (z nedostatku minerálních látek a vitamínů. (Navrátilová 2003)

Je třeba sledovat energetický příjem pacienta. Nemocný si sám nedokáže zajistit jídelníček s dostatečně pestrá strava, často také na jídlo zapomíná. Pečlivatel musí nabídnout pacientovi dostatečně pestrá, chutnou a lákavě vypadající stravu. Podle schopností pacienta upravíme jídlo tak, aby šlo snáze konzumovat. Dbáme na správný poměr základních živin a energetickou vydatnost. (Glennier 2012)

Výživové hodnoty potravin lze zvýšit přidáním některých přísad. Pokud potřebujeme zvýšit celkovou energetickou vydatnost potravin, přidáme první kvalitní tuky (chléb máme máslem, nabízíme tužší mléčné výrobky, přidáváme tuky do hotových

potravin a podobně. Dále můžeme přidávat sacharidy nezátlačující zažívací trakt i ideálně maltodextriny. Ty nijak neovlivní chuť potravin a snadno se rozpouští, lze je tedy přidat prakticky do jakéhokoli jídla i nápoje. Množství bílkovin je možno zvýšit koncentrovanými bílkovinnými preparáty založenými vlninou na mléčné bílkovině (protifar). Ty lze opět přidat k jakékoli potravine Existují také kombinované přípravky obsahující všechny potřebné živiny a vitamíny. Možností podpory nutrice je sipping, neboli popíjení výživných nápojů během celého dne. Dalším krokem v případě neschopnosti příjmu potravy per os je podávání výživy sondou. (Navrátilová 2003)

Pro pacienta s demencí bývá příjem potravy velice obtížný. Může mít problémy s používáním příboru, se žvýkáním i s polykáním. Hrozí také velké riziko aspirace potravy, je tedy nezbytné na pacienta během jídla dohlédnout. (Glenner 2012)

V některých případech poruch polykání mohou komplikace nastávat zejména při polykání tekutých a drobných soust. Takový problém lze vyřešit zahříváním šedých potravin a nápojů například modifikovaným kukuřičným škrobem. Dosahením určité konzistence pokrmu usnadníme pacientovi polykání a omezíme riziko aspirace a následné komplikace. (Navrátilová 2003)

Nesmíme opomenout ani dostatečnou hydrataci pacienta. S vyšším věkem je spojena zhoršená percepce žíznivosti U pacientů s demencí se tato porucha ještě zvyrazňuje. K udržení dostatečné hydratace je vhodné zavést metodu políání sklenek a vytvořit z pití jakýsi rituál. Objem přijatých tekutin by měl o 0,5 až 1 litr převyšovat diurézu. (Tlupáček 2003)

Na případnou dehydrataci by nás měl upozornit stav sliznic, zejména jazyka, který s dehydratací ztrácí svoji vlhkost, tvoří se na něm bílý povlak a stává se zvrásněným. Může se také zhoršit dezorientace, pacient je nezvykle neklidný nebo naopak apatický. (Holmerová, Jarolímová, Nováková 2008)

Nejvhodnějším nápojem je čistá voda, případně slabý čaj i šedé ovocné a zeleninové šťávy. Mineralizované vody jsou vhodné pouze v omezeném množství. Vyvarovat bychom se měli pití sycených a slazených limonád, ochucených vod apod.

Nedostatečná hydratace způsobuje bolesti hlavy, únavu, zácpu, následně až poruchy funkce ledvin, infekce močových cest. Může vyústit i v selhání oblihu. (Jeligová, Kočíček 2010)

Obecně je pro udržení dobrého stavu pacienta třeba ohlídat dostatečně pestrou stravu s omezením sacharidů a soli, přiměřenou fyzickou aktivitu, dostatečnou hydrataci.

Je nezbytné pravidelně cca jednou týdně kontrolovat tělesnou hmotnost. (Tlupáček 2003)

2.3.6 Inkontinence

Inkontinence moči a stolice je specifickým problémem doprovázejícím demenci. U některých pacientů se vyskytuje relativně brzy, u jiných až v pozdějších fázích demence. Inkontinence moči se začíná vyskytovat zejména ve 2. fázi demence, inkontinence stolice přichází až později, většinou ve fázi pokročilé demence. Přesto, že se jedná o velmi častou komplikaci demence, je nezbytné konzultovat tento problém s urologem či gynekologem a vyloučit jiné příčiny inkontinence, než je samotná kognitivní porucha. Je možné, že se jedná o banální infekci močových cest, jejíž terapie může zmírnit obtíže.

Inkontinence má mnoho příčin. Pacient může nesprávně vyhodnotit potřebu, zapomenout na ní, mnohdy si také nedokáže vybavit, kde se nachází toaleta, nedokáže si poradit s oblečením, splete si místo mikce a podobně. Častěji se tyto problémy mohou vyskytnout při nervozitě.

Pro udržení kontinence po nejdelší možné dobu je klíčové zavést pravidelný mikční režim. Je třeba zakomponovat pravidelné docházení na toaletu do denního řádu pacienta tak, aby si na něj navykl a nebylo mu nepřijemné. Vhodný interval docházení na toaletu je maximálně po dvou hodinách. Takový režim minimalizuje potřebu inkontinentních pomůcek. Ty je sice i nadále třeba používat, ale jedná se jen o jakousi pojistku pro případ nehody. Přes noc je vhodné umístit poblíž lůžka toaletní šedli či mísu.

Toaleta určená pro pacienta trpícího demencí musí být vždy zřetelně označena, nejlépe srozumitelným obrázkem či výrazným nápisem pro usnadnění orientace. Dále by měla být dostatečně prostorná, čistá, opatřena potřebnými madly a podobně, aby se na ní pacient cítil dobře a nebránil se pobytu na toaletě.

Je nezbytné udržovat co nejvyšší míru kontinence a tím i komfort pacienta. Případné pomůčení může brát pacient jako osobní prohru a selhání, na což reaguje plátivostí, neklidem, agresivitou a podobně. V případě nezvládnutí situace je tedy nezbytné velice taktní chování ze strany personálu.

Používání permanentních močových katetrů je ve většině případů pacientů s demencí zbytečné, vzhledem k riziku infekce a nepohodlí pacienta. Problém inkontinence je možné vyřešit jinými vhodnými ochrannými pomůckami. (Holmerová, Jarolímová, Suchá 2007)

2.3.7 Rozpoznání bolesti u pacienta trpícího Alzheimerovou chorobou

Nesmíme zapomínat, že pacient trpící demencí pocišuje bolesti stejně jako člověk bez kognitivní poruchy. Až 80% lidí staršího věku trpí nejčastějšími bolestmi muskuloskeletárního aparátu, neurologickými bolestmi apod. (Holmerová, Jarolímová, Suchá 2007)

Na rozdíl od člověka bez kognitivní poruchy ale pacient trpící demencí mnohdy nedokáže bolest vyjádřit. Zejména v pokročilém stádiu demence, kdy již pacient není schopný verbálně komunikovat, ani nerozumí našim dotazům, se musí ošetřovatel spoléhat zejména na neverbální projevy pacienta a zaměřit se na bolestivé projevy. Bolest bývá u seniorů poddiagnostikována, u demenčních pacientů to platí dvojnásob. Neléčená bolest s sebou přináší mnohé další komplikace. V první řadě výrazně zhoršuje komfort pacienta. To může mimo jiné vyvolat neklid, agresivitu či jiné poruchy chování pacienta a následně zbytečné nasazení psychofarmak, které ale bolest nijak nezmiří a navíc znamenají zbytečnou zátěž pro organismus. Dalším faktem je, že bolest může být vyvolána nějakým jiným závažným onemocněním, které nemusí mít jiné zřejmé příznaky a není tedy odhaleno.

Dle studie M Douzjian a kolektivu, při které byla pacientům s těžkou demencí a poruchami chování empiricky nasazena analgetika, došlo u velké části pacientů ke zmírnění poruch chování a bylo možno vysadit 75% psychofarmak. To je jistě důkazem, že by se bolesti u pacientů s demencí měla věnovat mnohem větší pozornost, než je tomu nyní. (Holmerová, Vařková, Baumanová, Juračková 2009)

Jak tedy odhalit, že pacient trpí bolestmi? Jak už bylo řečeno, pacient s těžkou demencí nedokáže bolest pojmenovat ani lokalizovat. Je tedy třeba zaměřit se na ostatní projevy bolesti. Hodnotíme například výraz v obličeji, v klidu i při ošetřovatelských činnostech, dále postavení končetin a případné hlasové projevy.

Existují i škály pro hodnocení bolesti zaměřené na pacienty s demencí. Jednou z nich je například stupnice PAINAD (viz příloha 1.3), v níž se hodnotí 5 položek: dýchání,

negativní vokalizace, výraz v obličeji, šel tla a utlžitelnost. Každá z položek se hodnotí 0-2 body. Maximální skóre tedy líní 10 bodl. Je tedy porovnatelná se stupnicí VAS. Správné vyhodnocení stupnlbolesti vgak vyžaduje url ité zkušenosti s pacienty trpícími demencí.

Oblednl dýchání hodnotíme pravidelnost, namáhavost, pšpadnou hyperventilaci, nejrtznlgl zvuky doprovázející dýchání (sípání, klokotání apod.). U vokalizace se zamlšujeme na tón hlasu, podráždlnost, úplní, sténání l i plál. Ve tváš pátráme po smutném, vydlneném l i zamraeném výrazu a pšpadných bolestivých grimasách - deformovaný a sklíl ený výraz, pevné sevšení ol í, zvrásnlhé l elo a oblast kolem úst.

Dále se zamlšme na postavení tla. Vgímáme si, zda není pacient strnulý, napjatý, zda nemá zašaté plti, pevnl stisknuté l elisti, kolena pštažená k trupu apod. Dalgím výrazem bolesti mTge být neklid a agresivita.

Poslední položkou této gkály je utlžitelnost. Zde hodnotíme, zda je možné zmírnit bolestivé projevy pacienta napšklad odpoutáním jeho pozornosti, hlasem l i dotekem. (Klevetová 2010)

2.3.8 Zatlgl pro pel ujícího o l lovnlka trpícího Alzheimerovou chorobou

V Pšpadnl Alzheimerovy choroby je tšeba se zamlšit nejen na samotného pacienta, ale i na jeho pel ovatele. V pol átelních stádiích je pel e zajigšována vlglnou rodinnými pšslužnlky v domácím prostšedí nemocného. S postupem nemoci se rapidnl zhorguje mentální stav nemocného a na pel ovatele jsou kladeny lím dál vlgl nároky. Je vystaven významné psychické, fyzické a finanł ní zatlgl. Uvádí se, ge se jedná o jednu z nejobtíglglch situací, kterým mTge být vystaven l lovnlk v roli pel ovatele. (Haim, Shi, Kuo 2001)

Rodinní pšslužnlci pel ující o osobu s Alzheimerovou chorobou trpí nejrtznlglmi emocionálními problémy, nejł astlgl depresi. Výzkumy dokazují, ge pšbuznl pel ující o pacienta s demencí mají depresivní symptomy l astlgl negl ti, kteš pel ují o jinak postiženého pacienta. Prevalence depresivních poruch u tlhto pel ujících se pohybuje mezi 28% a 55%. Je tedy tšeba zamlšit se i na tyto osoby a poskytnout jim dostatel nou pomoc a podporu. (SHAH, 2010)

3 Výzkumná část

3.1 Cíle a hypotézy

Pro výzkumnou část své bakalářské práce jsem si stanovila tři cíle. Zaměřila jsem se na informovanost zdravotních sester pracujících na oddělení následné péče a sester z oddělení specializovaných na péči o pacienta s demencí.

1. Cíl: Porovnat informovanost sester z oddělení LDN a sester z pracovišť specializujících se na péči o pacienta s demencí. K tomuto cíli náleží 1. hypotéza: sestry z oddělení specializovaných na péči o pacienta s demencí budou lépe informovány o problematice Alzheimerovy choroby než sestry z oddělení LDN

S ohledem na předvýzkum, ve kterém jsem zjišťovala četnost školení a seminářů na obou typech oddělení předpokládám, že budou lépe informovány sestry ze specializovaných oddělení, kde tyto akce navštěvují sestry častěji.

2. Cíl: Zjistit závislost mezi délkou praxe sestry v oboru a informovaností o problematice Alzheimerovy choroby. K tomuto cíli náleží 2. hypotéza: S narůstající dobou praxe stoupá informovanost o dané problematice. Tuto hypotézu jsem také stanovila s ohledem na množství přednášek a seminářů, které absolvují zejména sestry ze specializovaných oddělení. Nezanedbatelné jsou také zkušenosti získané během praxe. Touto problematikou se zabývají i některé jiné bakalářské práce (např. Zuzana Sedláková, 2011)

3. Cíl: Zjistit nejčastější komplikace při péči o pacienta trpícího Alzheimerovou chorobou. K tomuto cíli náleží 3. hypotéza: Jako nejčastější komplikace uvedou sestry problémy s komunikací, zapomnětlivost a poruchy chování. Tuto hypotézu jsem stanovila na základě nastudování problematiky péče o pacienta s Alzheimerovou chorobou a výsledků výzkumu, jež byl součástí diplomové práce Bc. Jany Salotové z roku 2011.

3.2 Metodika výzkumu

Výzkum byl prováděn pomocí dotazníků (Viz příloha č. 4) rozdaných zdravotním sestram. Dotazník se skládal z 20 otázek, uzavřených i otevřených. Táži se na pracovní dobu sestry, dobu její praxe v oboru, četnost hospitalizace pacientů trpících Alzheimerovou

chorobou na pracovišti, na úlohu sestry na kurzech a seminářích, nejčastější komplikaci, kterou zažívají při péči o pacienta s demencí. Zjišťuji také, zda by sestra uvítala více informací o dané problematice. V další části dotazníku pokládám vědomostní otázky, které ohodnocuji body a následně porovnávám výsledky různých kategorií respondentů.

3.3 Charakteristika výzkumného vzorku

Bylo rozdáno 70 dotazníků. Získala jsem 58 (82,9%) správně vyplněných dotazníků. V kategorii oddělení následné péče jsem získala 19 vyplněných dotazníků z LDN Krajské nemocnice Liberec a 10 dotazníků z oddělení CEDR v Jablonci nad Nisou. Dohromady tedy 29 dotazníků. V kategorii specializovaných oddělení jsem získala 15 respondentů z Diakonie LČE ve Dvoře Králové a 14 respondentů z domova seniorů Františkov v Liberci. Celkem hodnotím v této kategorii také 29 dotazníků.

3.4 Výsledky výzkumu

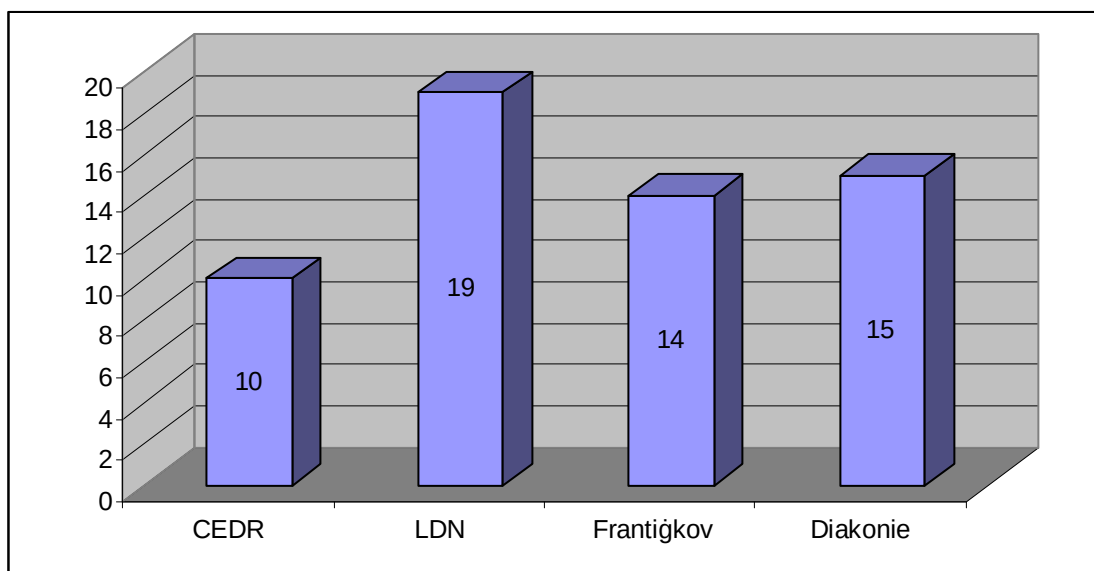
1. Na jakém oddělení pracujete?

V této otázce jsem se ptala na pracoviště, kde jsou respondenti zaměstnáni. Získala jsem odpovědi od 15 (25,9%) respondentů z Diakonie LČE ve Dvoře Králové, 14 (24,1%) respondentů z domova seniorů Františkov, což je dohromady 29 (50%) respondentů ze specializovaných oddělení.

Dále jsem získala odpovědi 19 (32,8%) respondentů z oddělení LDN a 10 (17,2%) z oddělení CEDR v Jablonci nad Nisou. To činí celkem 29 (50%) respondentů z oddělení následné péče. (tabulka 1. 1 a graf 1. 1)

Tabulka 1. 1: Pracoviště respondentů

	CEDR	LDN	Diakonie LČE	DS Františkov
	10 (17,2%)	19 (32,8%)	15 (25,9%)	14 (24,1%)
Součet v kategorii	29 (50%)		29 (50%)	



Graf 1. 1: Pracoviště respondentů

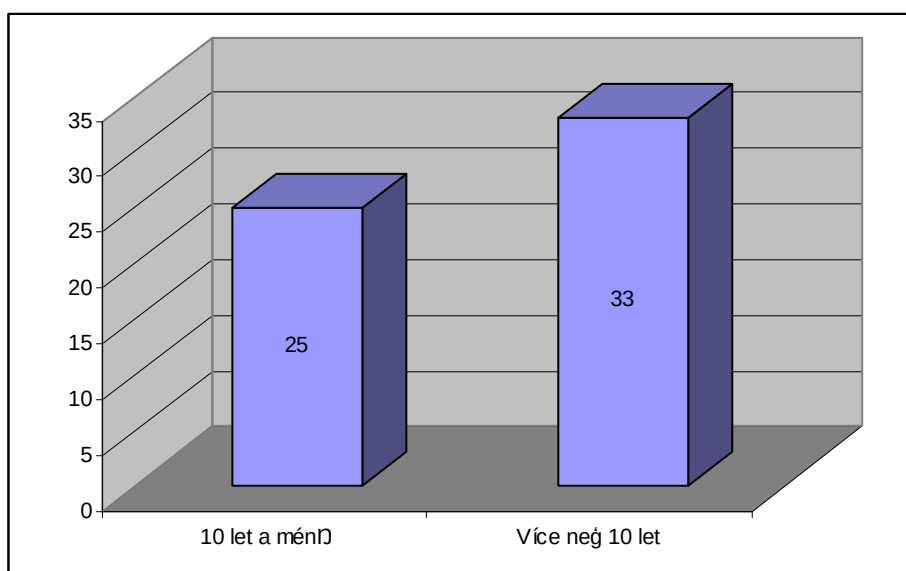
2. Jak dlouho vykonáváte povolání zdravotní sestry?

Tuto otázku jsem rozdělila do dvou kategorií: Až 10 let a méně a Více než 10 let.

Do kategorie Až 10 let a méně spadá 25 (43,1%) respondentů, do kategorie Více než 10 let 33 (56,9%) respondentů. (tabulka 1. 2, graf 1. 2)

Tabulka 1. 2: délka praxe v oboru

10 let a méně	Více než 10 let
25 (43,1%)	33(56,9%)



Graf 1. 2: délka praxe v oboru

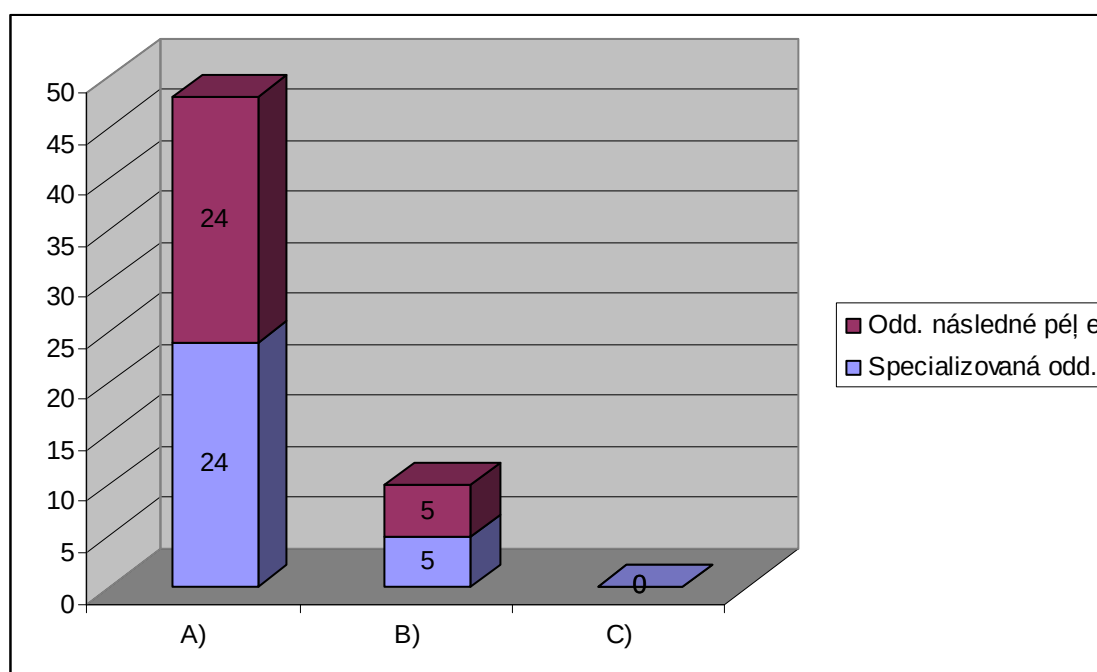
3. Jak často se na vašem oddělení setkáváte s pacienty trpícími Alzheimerovou chorobou?

- A) Každý den
- B) Každý týden
- C) Méně často

Odpověď A) Každý den zvolilo shodně 24 (82,8%) respondentů ze specializovaných oddělení i z oddělení následné péče. Odpověď B) Každý týden zvolilo 5 (17,24%) respondentů ze specializovaných oddělení i z oddělení následné péče. Odpověď C) Méně často zvolil žádný respondent.

Tabulka 1. 3: četnost pacientů trpících Alzheimerovou chorobou

	A)	B)	C)
Specializovaná odd.	24 (82,8%)	5 (17,2%)	0 (0%)
Odd. následné péče	24 (82,8%)	5 (17,2%)	0 (0%)
Celkem	48 (82,8%)	10 (17,2%)	0 (0%)



Graf 1. 3: četnost pacientů trpících Alzheimerovou chorobou

4. Co je nejčastěji prvním nápadným znakem pokračující Alzheimerovy choroby?

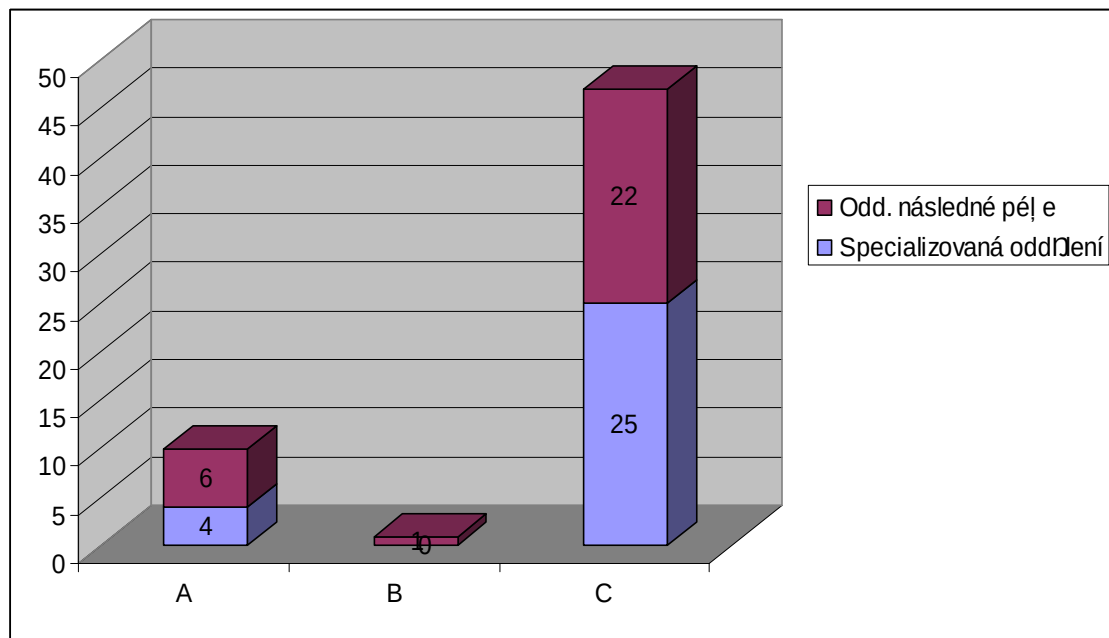
- A) Dezorientace
- B) Výrazné zhoršení komunikace
- C) Zhoršování paměti

Na tuto otázku odpovědělo správně C) zhoršování paměti 25 (86,2%) respondentů ze specializovaných oddělení a 22 (75,9%) respondentů z oddělení LDN. Celkem tedy 47 (81%) respondentů. Nesprávnou odpověď A) dezorientace zvolili 4 (13,8%) respondenti ze specializovaných oddělení a 6 (20,7%) respondentů z oddělení LDN. Celkem tedy 10 (17,24%) respondentů. Odpověď B) Výrazné zhoršení komunikace odpovědělo pouze 1 respondent z oddělení LDN, to odpovídá 3,5%.

(viz tabulka 4.1 a graf 4.1)

Tabulka 4.1: Otázka „Co je nejčastěji prvním nápadným znakem pokračující Alzheimerovy choroby?“

	A)	B)	C)
Specializovaná odd.	4 (13,8%)	0	25 (82,2%)
Odd. následné péče	6 (20,7%)	1 (3,5%)	22 (75,9%)
Celkem	10 (17,24%)	1 (1,72%)	47 (81%)



Graf 4.1: Otázka „Co je nejčastěji prvním nápadným znakem pokračující Alzheimerovy choroby?“

5. Jakou část paměti obvykle postihuje Alzheimerova choroba jako první?

A) Krátkodobou paměť

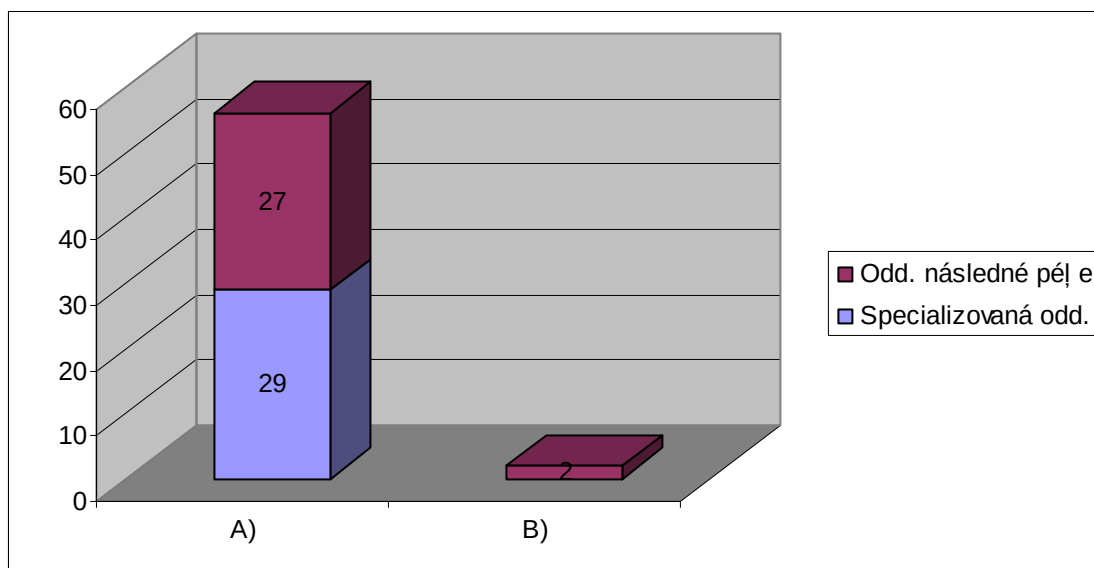
B) Dlouhodobou paměť

Na tuto otázku odpovědělo správně A) Krátkodobou paměť 29 (100%) respondentů ze specializovaných oddělení a 27 (93,1%) respondentů z oddělení následné péče. Celkem tedy správně odpovědělo 56 (96,6%) respondentů. Odpověď B) Dlouhodobou paměť zvolili 2 (6,9%) respondenti z oddělení následné péče.

(Viz tabulka 5 a graf 5)

Tabulka 5: Otázka A) Jakou část paměti obvykle postihuje Alzheimerova choroba jako první?

	A)	B)
Specializovaná odd.	29 (100%)	0 (0%)
Odd. následné péče	27 (93,1%)	2 (6,9%)
Celkem	56 (96,6%)	2 (3,5%)



Graf 5: Otázka A) Jakou část paměti obvykle postihuje Alzheimerova choroba jako první?

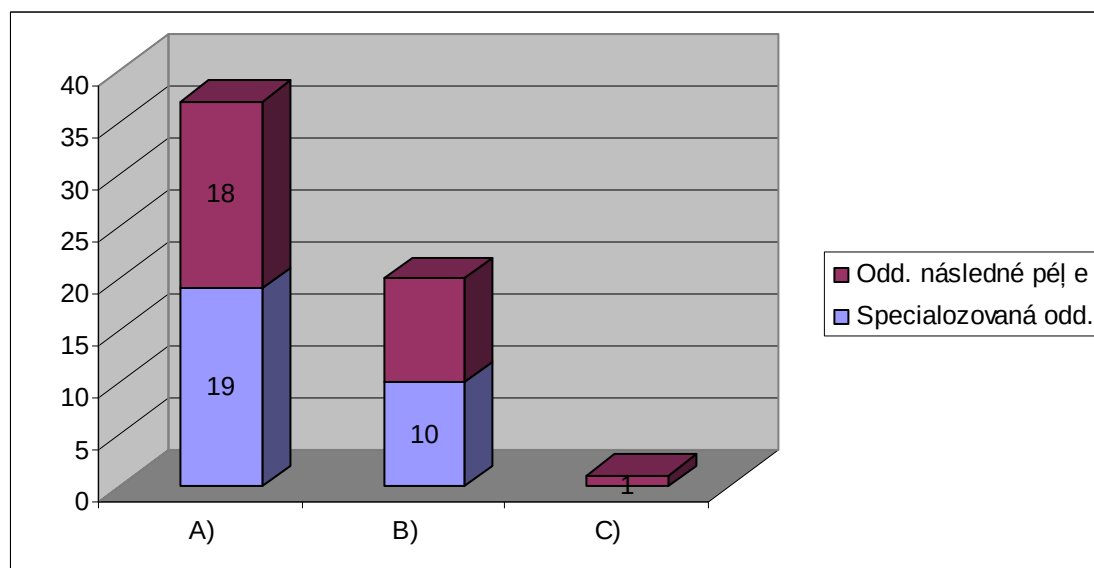
6. Kdy mluvíme o Alzheimerově chorobě jakožto o samostatném onemocnění?

- A) Vyskytne-li se choroba u pacienta do 60 let
- B) Vyskytne-li se choroba u pacienta do 65 let
- C) Vyskytne-li se choroba u pacienta do 70 let

Správnou odpověď A) vyskytne-li se choroba u pacienta do 60 let zvolilo 19 (65,5%) respondentů ze specializovaných oddělení a 18 (62,1%) respondentů z oddělení následné péče. Celkem tedy správnou odpověďlo 37 (63,8%) respondentů. Odpověď B) Vyskytne-li se choroba do 65 let vlnu zvolilo shodně 10 (37,5%) respondentů ze specializovaných pracovišť i z oddělení následné péče. Celkem tedy 20 (34,5%) respondentů. Odpověď C) Vyskytne-li se choroba u pacienta do 70 let zvolil pouze 1 (3,5%) respondent z oddělení následné péče. (Viz tabulka 6 a graf 6)

Tabulka 6: Otázka **Kdy mluvíme o Alzheimerově chorobě jakožto o samostatném onemocnění?**

	A)	B)	C)
Specializovaná odd.	19 (65,5%)	10 (37,5%)	0 (0%)
Odd. následné péče	18 (62,1%)	10 (37,5%)	1 (3,5%)
Celkem	37 (63,8%)	20 (34,5%)	1 (1,7%)



Graf 6: Otázka **Kdy mluvíme o Alzheimerově chorobě jakožto o samostatném onemocnění?**

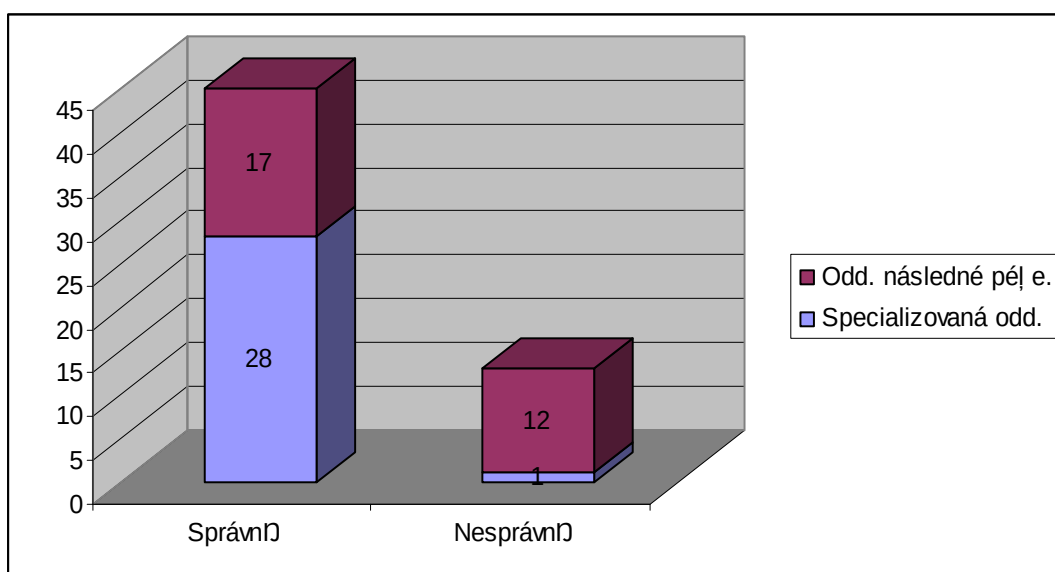
7. Jaké znáte druhy terapie, které se využívají pro léčbu Alzheimerovy choroby?

U této otázky jsem uznala odpověď za správnou, pokud respondent uvedl alespoň 2 druhy terapie. Správnou odpověď uvedlo 28 (96,6%) respondentů ze specializovaných oddělení a 17 (58,7%) respondentů z oddělení následné péče. Celkem tedy správnou odpověďlo 45 (77,6%) respondentů. Nesprávnou tuto otázku zodpověděl 1 (3,5%) dotázaný ze specializovaných pracovišť a 12 (41,4%) respondentů z oddělení následné péče. To celkem činí 13 (22,4%) dotázaných.

(viz tabulka 1. 7 a graf 1. 7)

Tabulka 1. 7: Otázka: Jaké znáte druhy terapie, které se využívají pro léčbu Alzheimerovy choroby?

	Správně	Nesprávně
Specializovaná odd.	28 (96,9%)	1 (3,5%)
Odd. následné péče.	17 (58,7%)	12 (41,4%)
Celkem	45 (77,6%)	13 (22,4%)



Graf 1. 7: Otázka: Jaké znáte druhy terapie, které se využívají pro léčbu Alzheimerovy choroby?

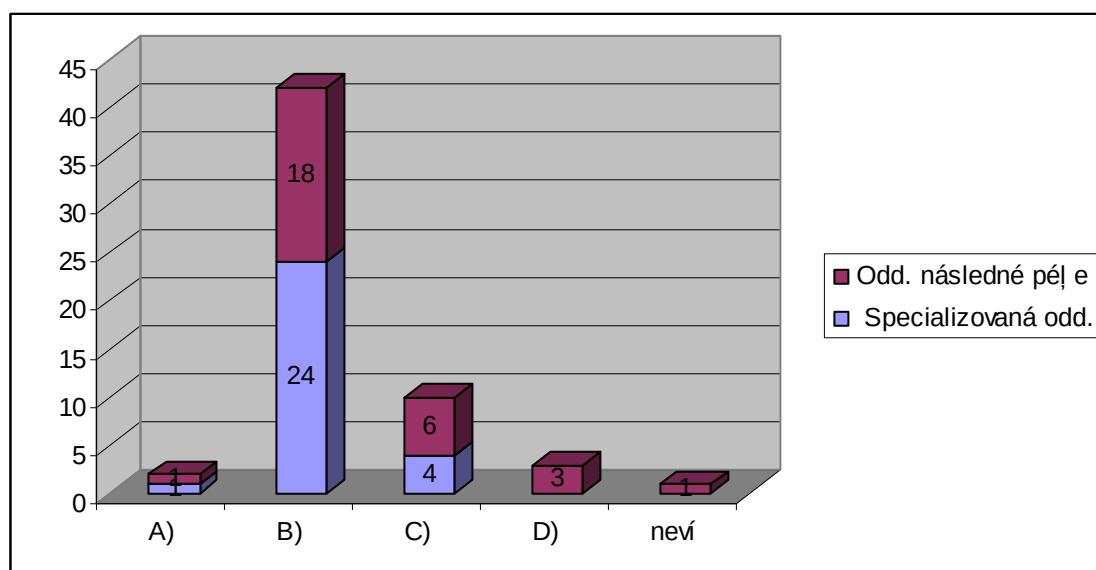
8. Na kolik fází obvykle dĚlíme Alzheimerovu chorobu?

- A) 2
- B) 3
- C) 4
- D) 5

Na tuto otázku odpovědělo správnĚ B) 3Ě 24 (82,8%) respondentĚ ze specializovaných oddĚlení a 18 (62,1%) respondentĚ z oddĚlení následné pĚle. To celkem ĚinĚ 42 (72,4%) správnĚch odpověĚí. OdpověĚ A) 2Ě zvolil 1 (3,5%) dotázanĚ ze specializovaných pracovišť i z oddĚlení následné pĚle. Celkem tedy zvolili variantu A) 2 (3,5%) respondenti. OdpověĚ ĚC) 4Ě zvolili 4 (13,8%) dotázanĚ ze specializovaných oddĚlení a 6 (20,7%) respondentĚ z oddĚlení následné pĚle. Celkem tedy zvolilo variantu C) 10 (17,2%) dotázanĚch. Variantu ĚD) 5Ě zvolil pouze 1 (3,5%) respondent z oddĚlení následné pĚle. Jeden dotázanĚ uvedl, Ěe nezná odpověĚ. (Viz tabulka Ě. 8 a graf Ě. 8)

Tabulka Ě. 8: OtázkaĚ Na kolik fází obvykle dĚlíme Alzheimerovu chorobuĚ

	A)	B)	C)	D)	NevĚ
Specializovaná odd.	1	24	4	0	0
Odd. následné pĚle	1	18	6	3	1
Celkem	2	42	10	3	1



Graf Ě. 8: OtázkaĚ Na kolik fází obvykle dĚlíme Alzheimerovu chorobuĚ

9. Jak velkou část všech demencí způsobuje Alzheimerova choroba?

A) 30-45%

B) 50-65%

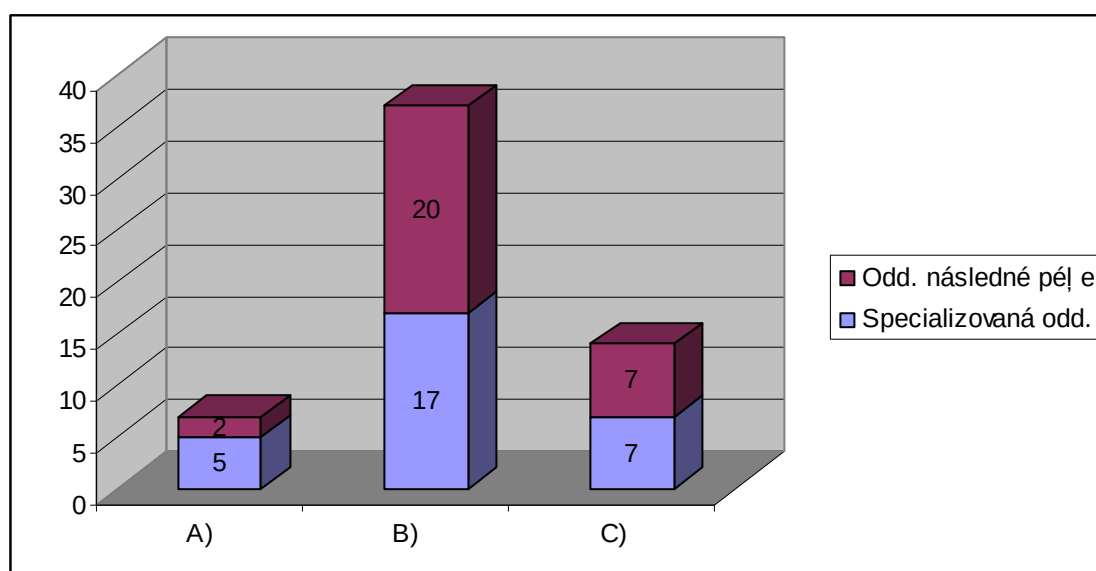
C) 70-80%

Na tuto otázku odpovědělo správně B) 50-65% 17 (58,6%) respondentů ze specializovaných oddělení a 20 (68,9%) respondentů z oddělení následné péče. To činí celkem 37 (63,8%) dotázaných. Odpověď A) 30-45% zvolilo 5 (17,2%) respondentů ze specializovaných oddělení a 2 (6,9%) respondenti z oddělení následné péče. Celkem tedy zvolilo variantu A) 7 (12%) dotázaných. Odpověď C) 70-80% zvolilo shodně 7 (24,1%) respondentů ze specializovaných oddělení i oddělení následné péče. Celkem tedy zvolilo variantu C) 14 (24,1%) dotázaných.

(viz tabulka 1. 9 a graf 1. 9)

Tabulka 1. 9: Otázka **Jak velkou část všech demencí způsobuje Alzheimerova choroba?**

	A)	B)	C)
Specializovaná odd.	5 (17,2%)	17 (58,6%)	7 (24,1%)
Odd. následné péče	2 (6,9%)	20 (68,9%)	7 (24,1%)
celkem	7 (12%)	37 (63,8%)	14 (24,1%)



Graf 1. 9: otázka **Jak velkou část všech demencí způsobuje Alzheimerova choroba?**

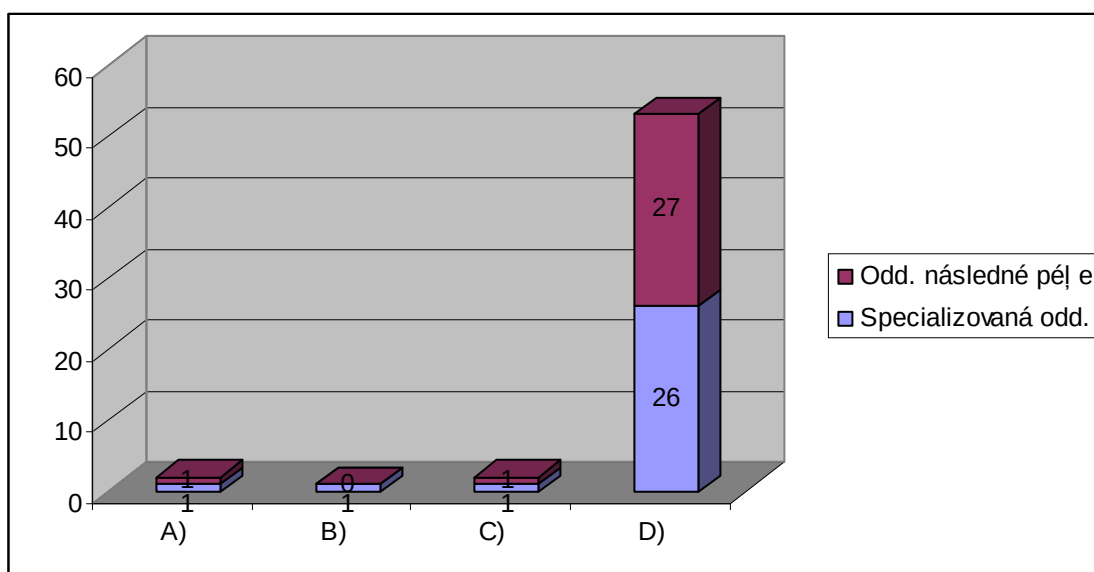
10. Co způsobuje Alzheimerovu chorobu?

- A) Virová infekce mozku
- B) Působení aflatoxinů
- C) Ischemie
- D) Příkladina není známá

Tuto otázku zodpovědlo správně (D) příkladina není známá 26 (89,6%) respondentů ze specializovaných oddělení a 27 (93,1%) respondentů z oddělení následné péče. Celkem tedy správně odpovědlo 53 (91,4%) dotázaných. Odpověď (A) Virová infekce mozku zvolil shodně 1 (3,5%) respondent ze specializovaných oddělení i z oddělení následné péče. Celkem tedy zvolili tuto odpověď 2 (3,5%) respondenti. Variantu (B) působení aflatoxinů zvolil pouze 1 (3,5%) respondent ze specializovaných oddělení. V celkovém součtu to činí 1,7% všech respondentů. Odpověď (C) Ischemie zvolil shodně 1 (3,5%) respondent z obou kategorií. Celkem jsou to tedy 2 (3,5%) dotázaní. (Viz tabulka 1. 10 a graf 1. 10)

Tabulka 1. 10: Otázka „Co způsobuje Alzheimerovu chorobu?“

	A)	B)	C)	D)
Specializovaná odd.	1 (3,5%)	1 (3,5%)	1 (3,5%)	26 (89,7%)
Odd. následné péče	1 (3,5%)	0	1 (3,5%)	27 (93,1%)
celkem	2 (3,5%)	1 (1,7%)	2 (3,5%)	53 (91,4%)



Graf 1. 10: Otázka „Co způsobuje Alzheimerovu chorobu?“

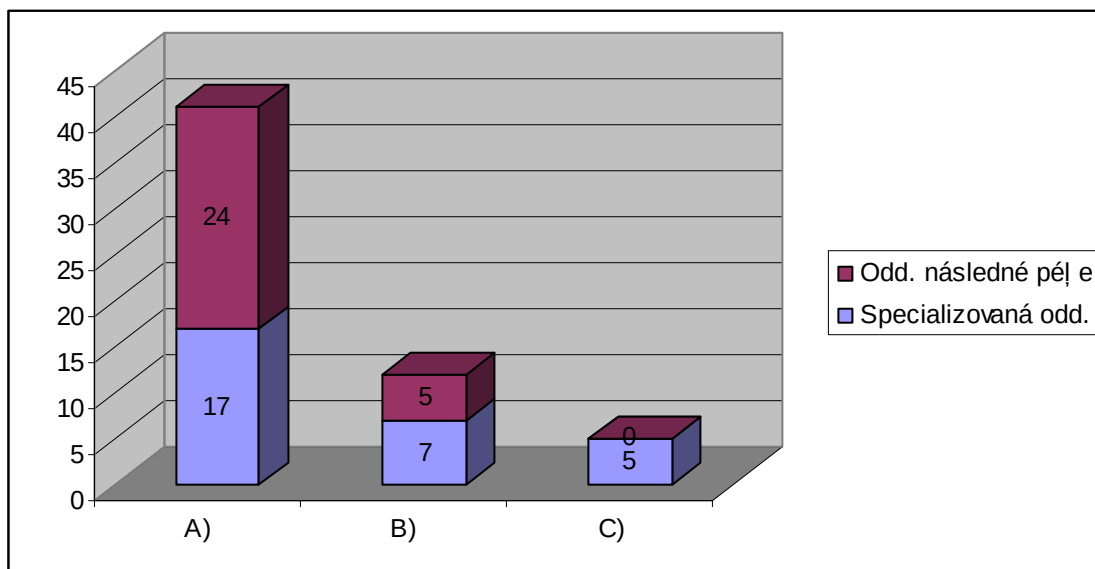
11. Hraje nějakou roli na vzniku Alzheimerovy choroby důležitost?

- A) Ano
- B) Ne
- C) Nevím

Na tuto otázku odpovědělo správně A) Ano 17 (58,6%) respondentů ze specializovaných oddělení a 24 (82,8%) z oddělení následné péče. Celkem tedy správně odpovědělo 41 (70,7%) dotázaných. Odpověď B) Ne zvolilo 7 (24,8%) respondentů ze specializovaných oddělení a 5 (17,2%) dotázaných z oddělení následné péče. Celkem tedy zvolilo variantu B) 12 (20,7%) dotázaných. Odpověď C) nevím označilo 5 (17,2%) respondentů ze specializovaných oddělení. Celkově to činí 8,6% všech respondentů. (Viz tabulka 1. 11 a graf 1. 11)

Tabulka 1. 11: Otázka **Hraje nějakou roli na vzniku Alzheimerovy choroby důležitost?**

	A)	B)	C)
Specializovaná odd.	17 (58,6%)	7 (24,8%)	5 (17,2%)
Odd. následné péče	24 (82,8%)	5 (17,2%)	0
celkem	41 (70,7%)	12 (20,7%)	5 (8,6%)



Graf 1. 11: Otázka **Hraje nějakou roli na vzniku Alzheimerovy choroby důležitost?**

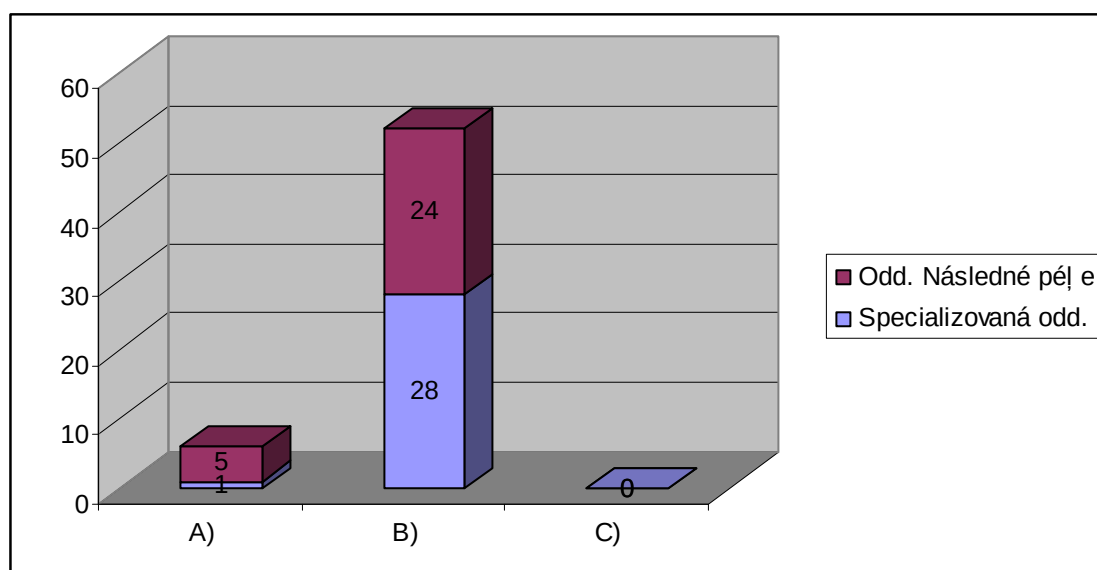
12. Jak nejlépe zareagovat v situaci, kdy zmatený **I** loví **š**klad neustále opakuje, že musí jít do **š**koly?

- A) Snažit se pacientovi vysvětlit, že už do **š**koly dávno nechodí a musí teď zůstat ležet v posteli.
- B) Hrát jeho hru, a vymluvit se například na to, že jsou momentálně prázdniny, tudíž do **š**koly nemusí.
- C) Dát, že pacienta neslyšíme a raději zamknout dveře na oddělení

Na tuto otázku odpovědělo správnou variantu **B**) Hrát jeho hru a vymluvit se například na to, že jsou momentálně prázdniny, tudíž do **š**koly nemusí 28 (96,6%) respondentů ze specializovaných oddělení a 24 (82,8%) z oddělení následné péče. Celkem tedy správně odpovědělo 52 (89,7%) dotázaných. Variantu **A**) zvolil 1 (3,5%) respondent ze specializovaných oddělení a 5 (17,2%) respondentů z oddělení následné péče. Celkem tedy zvolilo tuto variantu 6 (10,3%) dotázaných. Odpověď **C**) zvolil žádný respondent. (viz tabulka **I. 12** a graf **I. 12**)

Tabulka I. 12: Otázka **A** Jak nejlépe zareagovat v situaci, kdy zmatený **I** loví **š**klad neustále opakuje, že musí jít do **š**koly?

	A)	B)	C)
Specializovaná odd.	1 (3,5%)	28 (96,6%)	0
Odd. Následné péče	5 (17,2%)	24 (82,7%)	0
Celkem	6 (10,3%)	52 (89,7%)	0



Graf I. 12: Otázka **A** Jak nejlépe zareagovat v situaci, kdy zmatený **I** loví **š**klad neustále opakuje, že musí jít do **š**koly?

13. V jakém pořadí zapomíná nemocný člověk informace, které získal před propuknutím Alzheimerovy choroby?

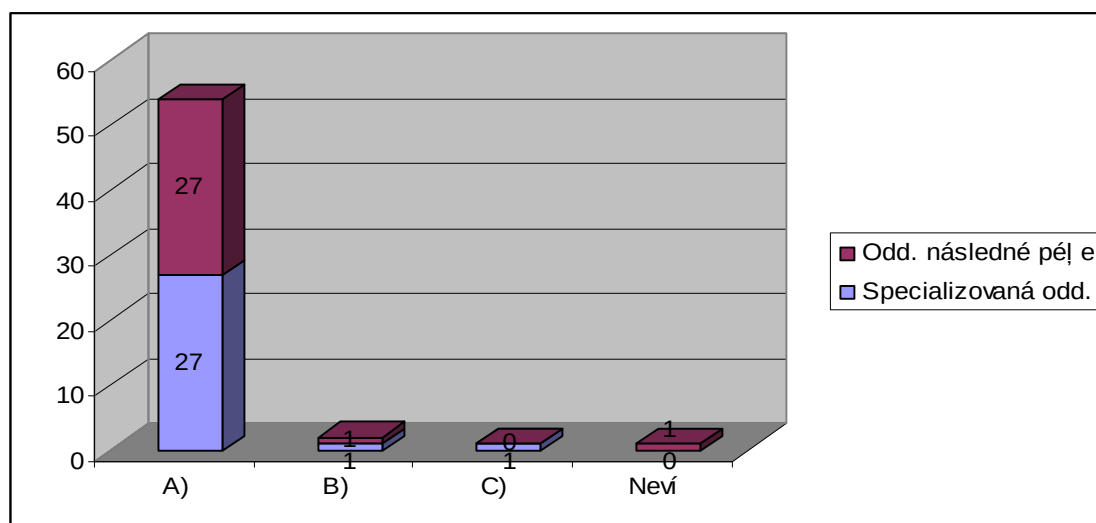
- A) Nejříve nejnovější informace a složitější postupy, postupně informace získané v mladším věku
- B) Nejříve informace, které získal v mladším věku a až později novější data
- C) Právě se vytrácí vzpomínky ze všech období

Tuto otázku zodpovědlo správně A) Nejříve nejnovější informace a složitější postupy, postupně i informace získané v mladším věku 27 (93,1%) respondentů ze specializovaných oddělení i z oddělení následné péče. Celkem tedy správně odpovědělo 54 (93,1%) respondentů. Odpověď B) Nejříve informace, které získal v mladším věku a až později novější data označil jeden respondent z každé kategorie. Celkem tedy 2 (3,5%) dotázaní.

Variantu C) Právě se vytrácí vzpomínky ze všech období zvolil 1 (3,5%) respondent ze specializovaných oddělení. Jeden dotázaný z oddělení následné péče odpovědět neví. (Viz tabulka č. 13 a graf č. 13)

Tabulka č. 13: Otázka A) V jakém pořadí zapomíná nemocný člověk informace, které získal před propuknutím Alzheimerovy choroby?

	A)	B)	C)	Neví
Specializovaná odd.	27 (93,1%)	1 (3,5%)	1 (3,5%)	0
Odd. následné péče	27 (93,1%)	1 (3,5%)	0	1 (3,5%)
Celkem	54 (93,1%)	2 (3,5%)	1 (1,8%)	1 (1,8%)



Graf č. 13: Otázka A) V jakém pořadí zapomíná nemocný člověk informace, které získal před propuknutím Alzheimerovy choroby?

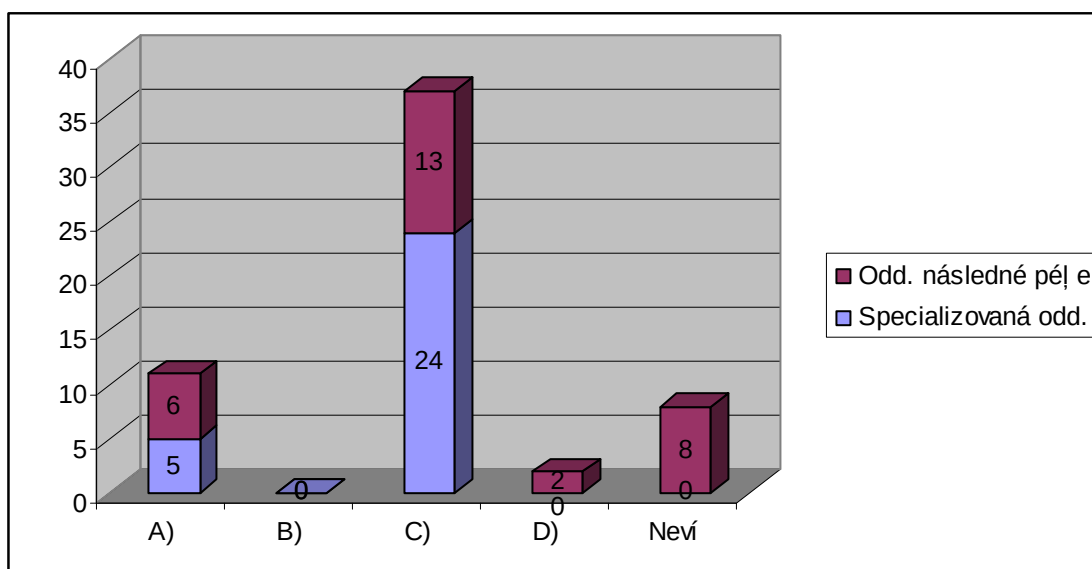
14. Jakým způsobem se běžně diagnostikuje Alzheimerova choroba?

- A) Rozborem mozkomíšního moku
- B) Vyšetřením očního pozadí
- C) Psychologickými testy
- D) Angiografií mozkových tepen

Tuto otázku zodpovědělo správně C) Psychologickými testy 24 (82,8%) respondentů ze specializovaných oddělení a 13 (44,8%) respondentů z oddělení následné péče. Celkem tedy odpovědělo správně 37 (63,8%) dotázaných. Odpověď A) Rozborem mozkomíšního moku zvolilo 5 (17,2%) respondentů ze specializovaných oddělení a 6 (20,7%) dotázaných z oddělení následné péče. Celkem tedy 11 (19%) dotázaných. Variantu B) Vyšetřením očního pozadí nezvolil nikdo. Odpověď D) Angiografií mozkových tepen odpověděli 2 (6,9%) respondenti z oddělení následné péče. To činí 3,5% všech dotázaných. 8 (27,6%) respondentů z oddělení následné péče odpovědělo, že neví. (Viz tabulka 1. 14 a graf 1. 14)

Tabulka 1. 14: Otázka Jakým způsobem se běžně diagnostikuje Alzheimerova choroba?

	A)	B)	C)	D)	Neví
Specializovaná odd.	5 (17,2%)	0	24 (82,8%)	0	0
Odd. následné péče	6 (20,7%)	0	13 (44,8%)	2 (6,9%)	8 (27,8%)
Celkem	11 (19%)	0	37 (63,8%)	2 (3,5%)	8 (13,8%)



Graf 1. 14: Otázka Jakým způsobem se běžně diagnostikuje Alzheimerova choroba?

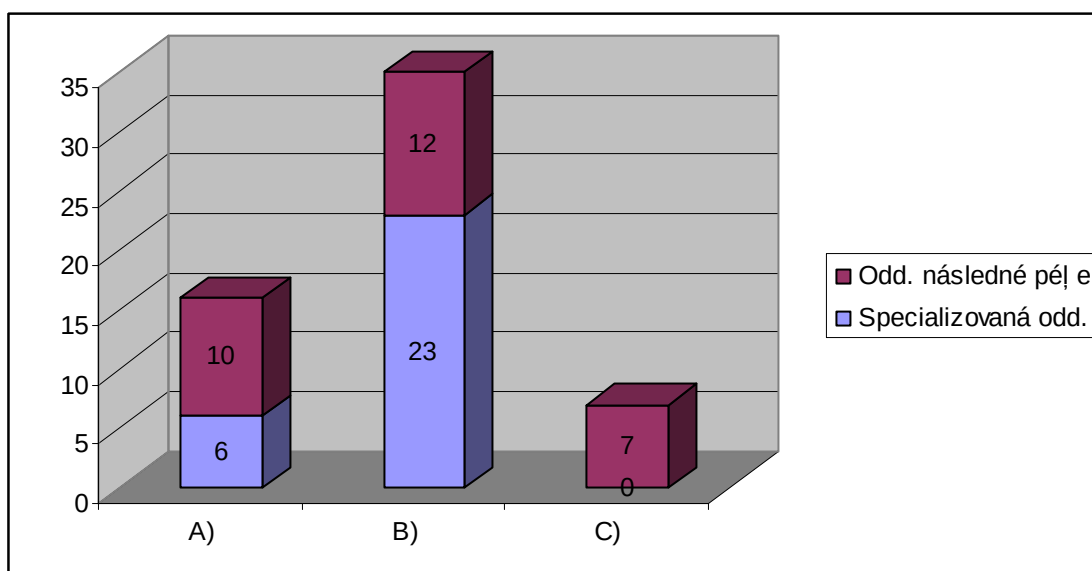
15. Lze Alzheimerovu chorobu diagnostikovat se stoprocentní jistotou?

- A) Ano
- B) Ne
- C) Nevím

Správnou odpověď B) Neň odpovíadlo 23 (79,3%) respondentů ze specializovaných oddělení a 12 (41,4%) dotázaných z oddělení následné péče. Celkem tedy správnou odpověďlo 35 (60,3%) respondentů. Variantu A) Anoň odpovíadlo 6 (20,7%) respondentů ze specializovaných oddělení a 10 (34,5%) z oddělení následné péče. Variantu C) Nevímň zvolilo 7 (24,1%) dotázaných z oddělení následné péče. V celkovém součtu to činí 12,1% respondentů. (viz tabulka č. 15 a graf č. 15)

Tabulka č. 15: Otázka **Lze Alzheimerovu chorobu diagnostikovat se stoprocentní jistotou?**

	A)	B)	C)
Specializovaná odd.	6 (20,7%)	23 (79,3%)	0
Odd. následné péče	10 (34,5%)	12 (41,4%)	7 (24,1%)
celkem	16 (27,6%)	35 (60,3%)	7 (12,1%)



Graf č. 15: Otázka **Lze Alzheimerovu chorobu diagnostikovat se stoprocentní jistotou?**

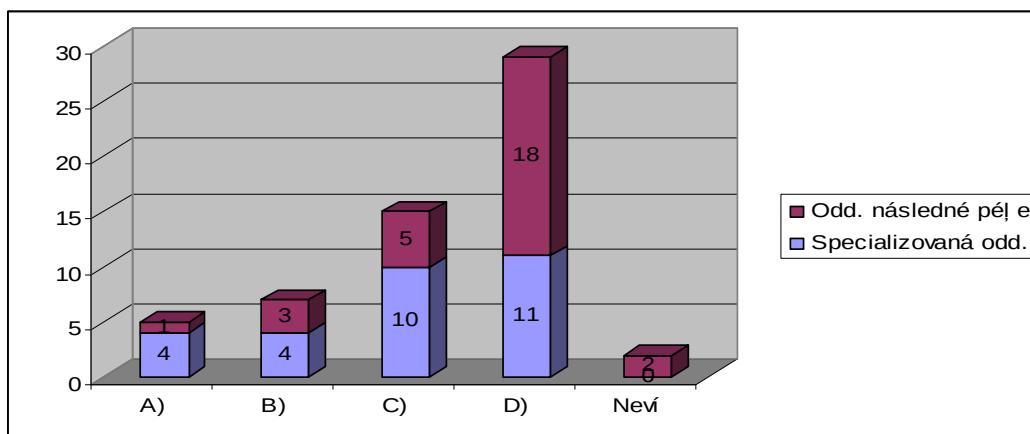
16. Kolik přibližně lidí v ČR v současnosti trpí Alzheimerovou chorobou?

- A) Asi 10 000
- B) Asi 40 000
- C) Asi 70 000
- D) Asi 120 000

Správnou odpověď (C) Asi 70 000 lidí zvolilo 10 (37,5%) respondentů ze specializovaných pracovišť a 5 (17,2%) z oddělení následné péče. Celkem tedy správnou odpověď dalo 15 (25,9%) dotázaných. Variantu (A) Asi 10 000 označili 4 (13,8%) respondenti ze specializovaných pracovišť a 1 (3,5%) respondent z oddělení následné péče. Celkem tedy zvolilo odpověď (A) 5 (8,6%) dotázaných. Variantu (B) Asi 40 000 označili 4 (13,8%) respondenti ze specializovaných pracovišť a 3 (10,3%) z oddělení následné péče. Celkem tedy označilo odpověď (B) 7 (12,1%) respondentů. Odpověď (D) Asi 120 000 zvolilo 11 (37,9%) dotázaných ze specializovaných pracovišť a 18 (62,1%) respondentů z oddělení následné péče. Celkem tedy tuto variantu označilo 29 (50%) dotázaných. 2 (6,9%) respondenti z oddělení následné péče uvedli, že odpověď neznají. (viz tabulka 1. 16 a graf 1. 16)

Tabulka 1. 16: Otázka „Kolik přibližně lidí v ČR v současnosti trpí Alzheimerovou chorobou?“

	A)	B)	C)	D)	Neví
Specializovaná odd.	4 (13,8%)	4 (13,8%)	10 (37,5%)	11 (37,9%)	0
Odd. následné péče	1 (3,5%)	3 (10,3%)	5 (17,2%)	18 (62,1%)	2 (6,9%)
Celkem	5 (8,6%)	7 (12,1%)	15 (25,9%)	29 (50%)	2 (3,5%)



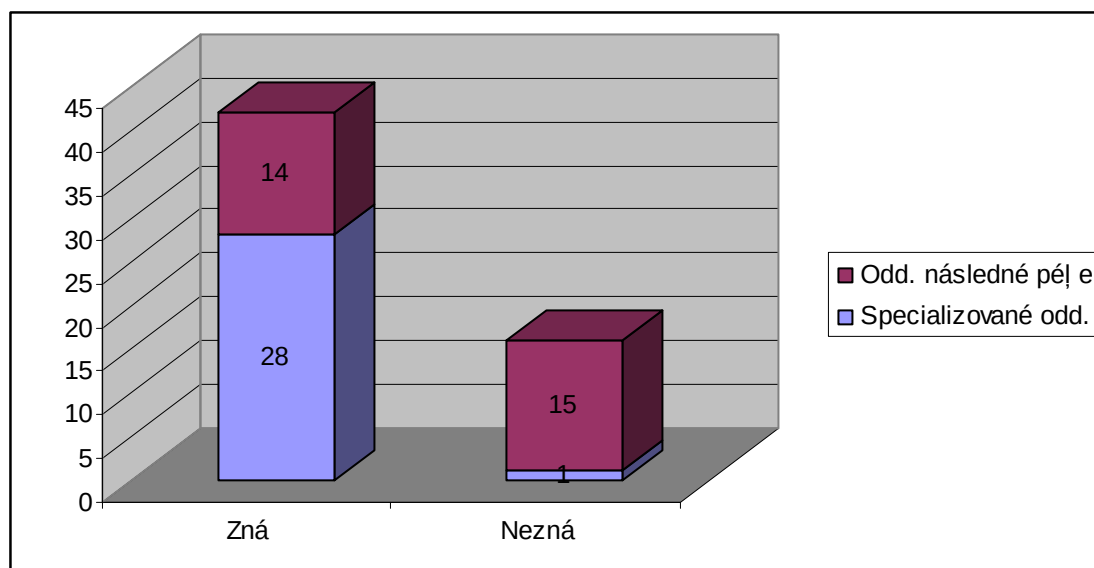
Graf 1. 16: Otázka „Kolik přibližně lidí v ČR v současnosti trpí Alzheimerovou chorobou?“

17. Znáte nějakou organizaci, která se v ČR vřhuje problematice Alzheimerovy choroby a pomoci pacientům trpícím touto demencí a jejich rodinám?

Tuto otázku správně zodpovědělo 28 (96,6%) respondentů ze specializovaných oddělení a 14 (48,3%) dotázaných z oddělení následné péče. Celkem tedy znalo odpověď 42 (72,4%) dotázaných. Nejčastěji uvedli dotázaní Českou Alzheimerovskou společnost. 1 (3,5%) respondent ze specializovaného pracoviště a 15 (51,7%) respondentů z oddělení následné péče odpověď neznali. (viz tabulka 1. 17 a graf 1. 17)

Tabulka 1. 17: Otázka **„Znáte nějakou organizaci, která se v ČR vřhuje problematice Alzheimerovy choroby a pomoci pacientům trpícím touto demencí a jejich rodinám?“**

	Zná	Nezná
Specializované odd.	28 (96,6%)	1 (3,5%)
Odd. následné péče	14 (48,3%)	15 (51,7%)
celkem	42 (72,4%)	16 (27,68%)



Graf 1. 17: Otázka **„Znáte nějakou organizaci, která se v ČR vřhuje problematice Alzheimerovy choroby a pomoci pacientům trpícím touto demencí a jejich rodinám?“**

18. Zúčastnil(a) jste se někdy nějaké přednášky či semináře týkajícího se Alzheimerovy choroby?

A) Ano

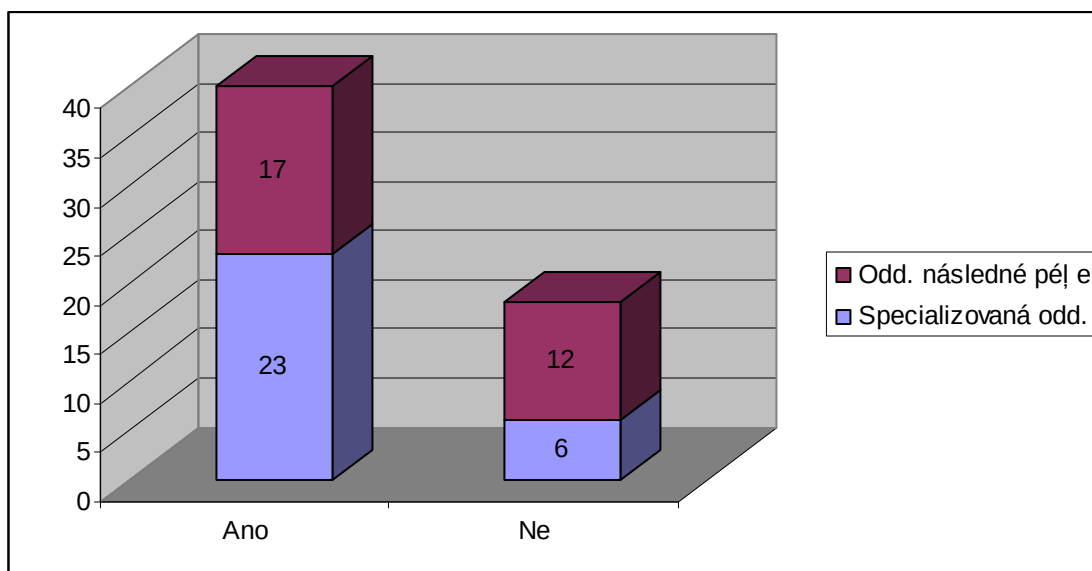
B) Ne

Dle dotazníku se přednášky či semináře zúčastnilo 23 (79,3%) respondentů ze specializovaných oddělení a 17 (58,6%) z oddělení následné péče. Neúčastnilo se 6 (20,7%) dotázaných ze specializovaných oddělení a 12 (41,4%) z oddělení následné péče. Celkem se tedy zúčastnilo 40 (69%) dotázaných, 18 (31%) se neúčastnilo.

(Viz tabulka č. 18 a graf č. 18)

Tabulka č. 18: Účast na přednáškách či seminářích týkajících se Alzheimerovy choroby

	Ano	Ne
Specializovaná odd.	23 (79,3%)	6 (20,7%)
Odd. následné péče	17 (58,6%)	12 (41,4%)
Celkem	40 (69%)	18 (31%)



Graf č. 18: Účast na přednáškách či seminářích týkajících se Alzheimerovy choroby

19. Uvítal(a) byste více informací o Alzheimerově chorobě (Například semináře, informační brožury atd.

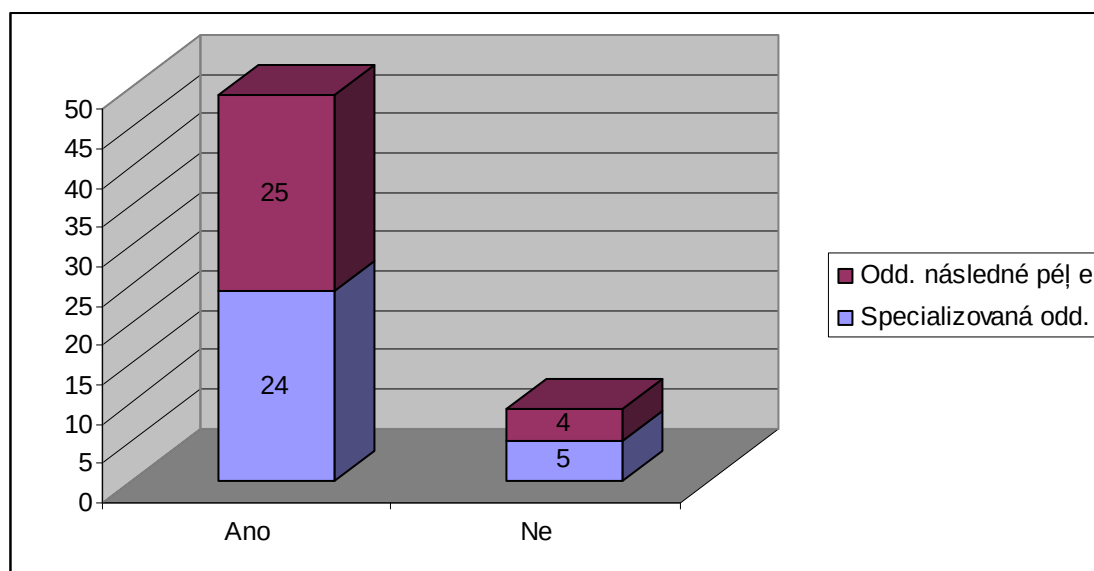
A) Ano

B) Ne, informací mám dostatek

Dle výzkumu by více informací uvítalo 24 (82,8%) dotázaných ze specializovaných oddělení a 25 (86,2%) respondentů z oddělení následné péče. Celkem tedy chce více informací 49 (84,5%) dotázaných. 5 (17,2%) dotázaných ze specializovaných oddělení a 4 (13,8%) respondenti z oddělení následné péče uvedlo, že informací má dostatek. (viz tabulka 1. 19 a graf 1. 19)

Tabulka 1. 19: Zájem o více informací o Alzheimerově chorobě

	Ano	Ne
Specializovaná odd.	24	5
Odd. následné péče	25	4
Celkem	49	9



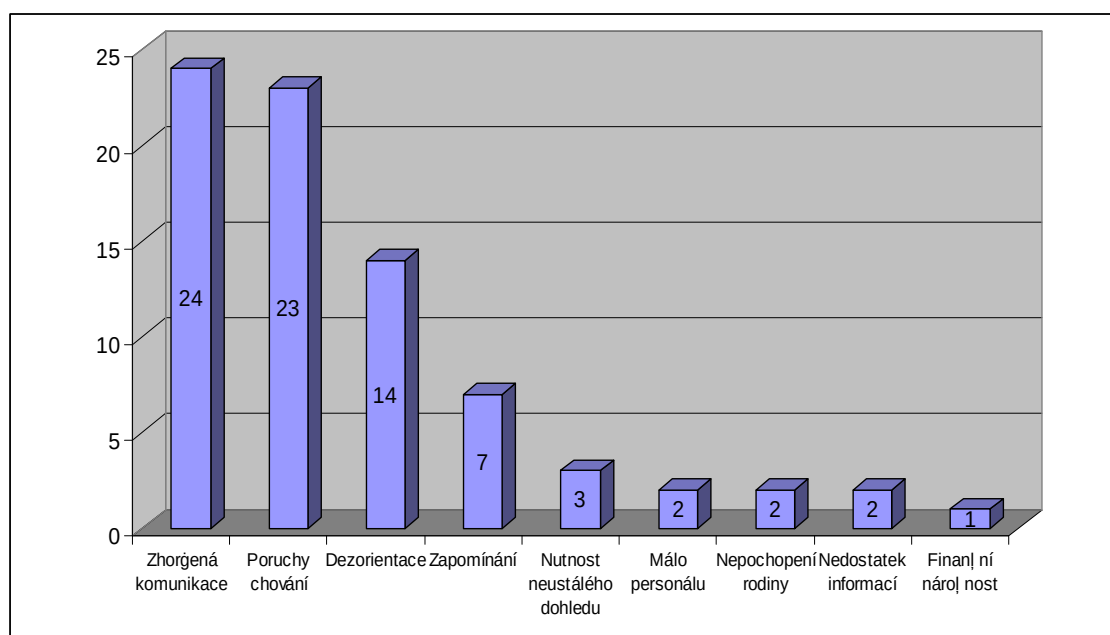
Graf 1. 19: Zájem o více informací o Alzheimerově chorobě

20. Co podle Vás nejvíce komplikuje péči o pacienta s Alzheimerovou chorobou?

Na tuto otevřenou otázku odpovídaly některé sestry více komplikací. Šlo se tedy o 81 odpovědí. Nejvíce respondentů uvedlo, že nejzávažněji způsobuje komplikace zhoršená komunikace. To odpovědělo 24 dotázaných. 23 respondentů uvedlo nejčastější poruchy chování i agresivitu, toulání, blouhání. 14 dotázaných uvedlo Dezorientaci. 7 dotázaných zmínilo zapomínání. 3 respondenti odpověděli nutností neustálého dohledu, Dvakrát bylo uvedeno málo personálu, nepochopení rodiny a nedostatek informací. 1 respondent označil za nejvyšší komplikaci finanční náročnost.

Tabulka 1. 20: Nejzávažnější komplikace

	Počet odpovědí
Zhoršená komunikace	24 (29,6%)
Poruchy chování	23 (28,4%)
Dezorientace	17 (21%)
Zapomínání	7 (8,6%)
Nutnost neustálého dohledu	3 (3,7%)
Málo personálu	2 (2,5%)
Nepochopení rodiny	2 (2,5%)
Nedostatek informací	2 (2,5%)
Finanční náročnost	1 (1,2%)



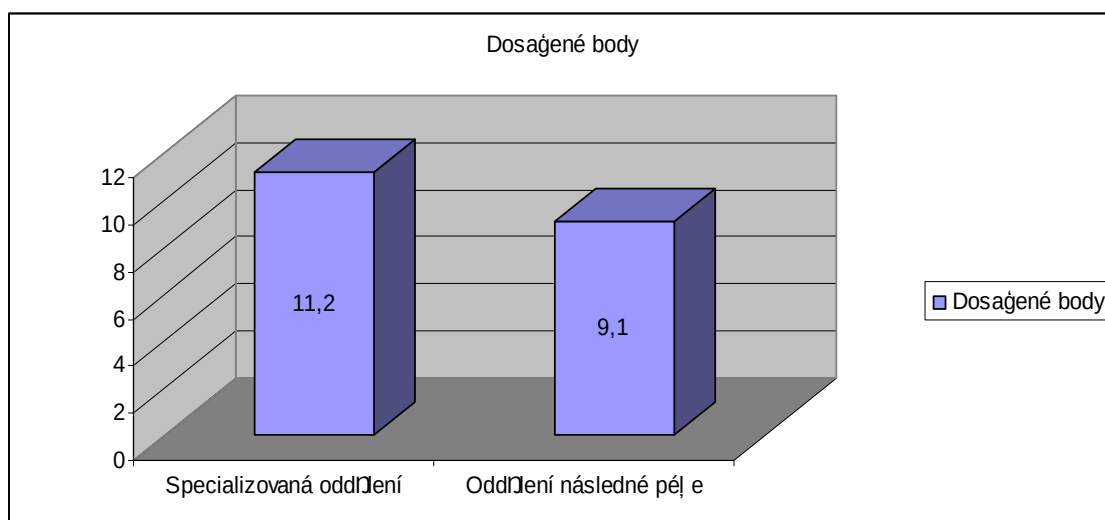
Graf 1. 20: nejzávažnější komplikace

Srovnání úrovně znalostí sester z oddělení následné péče a specializovaných oddělení pro péči o pacienta s demencí:

Vědomostní část dotazníku obsahovala 14 otázek, každou správnou odpověď jsem ohodnotila jedním bodem. Sestry ze specializovaných pracovišť získaly průměrně 11,2 bodů, což odpovídá 79,8% správných odpovědí. Oproti tomu sestry z oddělení následné péče dosáhly v průměru 9,1 bodů, což znamená 64,7% správných odpovědí. Viz tabulka 1. 21 a graf 1. 21)

Tabulka 1. 21: porovnání znalostí na jednotlivých odděleních

	Dosažené body
Specializovaná oddělení	11,2 (79,8%)
Oddělení následné péče	9,1 (64,7%)



Graf 1. 21: porovnání znalostí na jednotlivých odděleních

Srovnání znalostí dle délky praxe

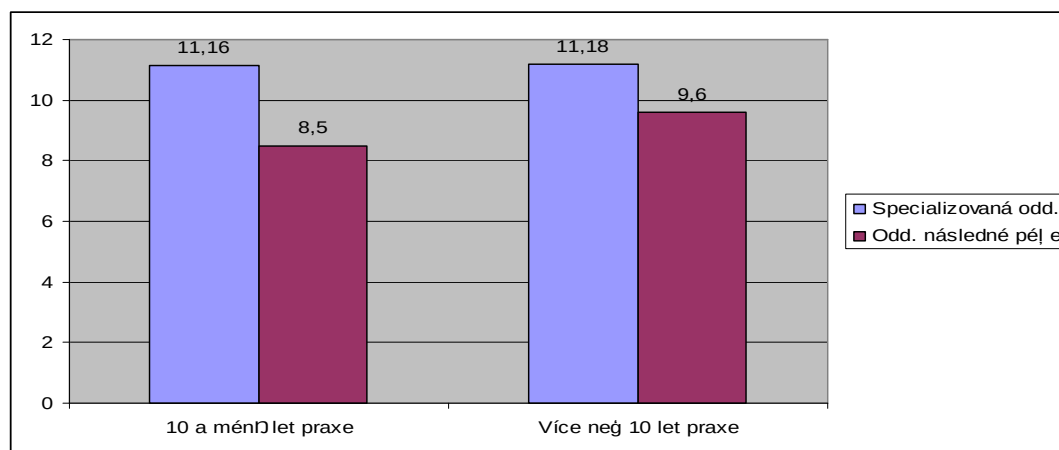
Dle délky praxe jsem vytvořila 2 kategorie respondentů: 1. kategorie - dotázaní, kteří pracují v oboru deset let a méně, tomu odpovídá 25 respondentů (12 ze specializovaných oddělení a 13 z oddělení následné péče). 2. kategorie - dotázaní, kteří pracují v oboru déle než deset let. To činí 33 respondentů (17 ze specializovaných oddělení a 16 z oddělení následné péče). Hodnotila jsem opět počet správných odpovědí ze znalostní části testu.

Respondenti s kratší dobou praxe pracující na specializovaných odděleních dosáhli v průměru 11,16 bodů, což je 79,7% správných odpovědí. Dotázaní z oddělení následné péče 8,5 bodů. To odpovídá 60,8% úspěšnosti. Respondenti spadající do 1. kategorie tedy v součtu dosáhli průměrného zisku 9,76 bodů. To odpovídá 69,7% správných odpovědí.

Respondenti s delší dobou praxe pracující na specializovaných odděleních dosáhli v průměru 11,18 bodů, což je 79,9% správných odpovědí. Dotázaní z oddělení následné péče 9,6 bodů. To odpovídá 68,6% úspěšnosti. V celkovém součtu tedy respondenti z 2. kategorie získali v průměru 10,4 bodů, což odpovídá 74,29% správných odpovědí. (Viz tabulka č. 22 a graf č. 22)

Tabulka č. 22: závislost znalostí na délce praxe

10 a méně let praxe	Specializovaná odd.	11,16 bodů (79,7%)
	Odd. následné péče	8,5 bodů (60,7%)
	celkem	9,76 bodů (69,7%)
Více než 10 let praxe	Specializovaná odd.	11,18 bodů (79,9%)
	Odd. následné péče	9,6 bodů (68,6%)
	Celkem	10,4 bodů (74,3%)



Graf č. 22: závislost znalostí na délce praxe

4 Hodnocení hypotéz

1. Cíl: porovnat informovanost sester z oddělení LDN a sester z pracovišť specializujících se na péči o pacienta s demencí

1. hypotéza: Sestry z oddělení specializovaných na péči o pacienta s demencí budou lépe informovány o problematice Alzheimerovy choroby než sestry z oddělení LDN

Tuto hypotézu jsem hodnotila na základě průměrného počtu správně zodpovězených otázek ve znalostní části dotazníku (otázky 4-17). Celkem bylo možné dosáhnout 14 správných odpovědí. Sestry z oddělení specializovaných na péči o pacienta s demencí dosáhly průměrně 11,2 správných odpovědí (79,8%). Sestry z oddělení následné péče zodpovědely správně v průměru 9,1 správných odpovědí (64,7%). Lepších výsledků tedy dosáhly sestry ze specializovaných oddělení. To lze vysvětlit tím, že tyto sestry navštěvují semináře týkající se problematiky demence a také jejich vlastními zkušenostmi s pacienty trpícími Alzheimerovou chorobou. Hypotéza je tedy v souladu s výsledky výzkumu

2. Cíl: Zjistit závislost mezi délkou praxe sestry v oboru a informovaností o problematice Alzheimerovy choroby

2. Hypotéza: S narůstající dobou praxe stoupá informovanost o dané problematice

Tuto hypotézu jsem opět hodnotila na základě průměrného počtu správně zodpovězených otázek ve znalostní části dotazníku (otázky 4-17). Respondenty jsem rozdělila do dvou skupin. První skupinu tvořily sestry, které pracují v oboru deset let a méně, druhou skupinu tvořily sestry s více než deseti lety praxe. Hodnotila jsem zvlášť sestry z oddělení následné péče a sestry ze specializovaných pracovišť.

Na odděleních následné péče dosáhli respondenti s kratší dobou praxe průměrně 8,5 správných odpovědí (60,7%) a respondenti s delší praxí 9,6 správných odpovědí (68,6%). Sestry ze specializovaných pracovišť s kratší dobou praxe zodpovědely správně průměrně 11,16 otázek (79,7%), sestry s delší praxí dosáhly průměrně 11,18 správných odpovědí (79,9%)

Hypotéza je v souladu s výzkumem pouze částečně. Souhlasí pouze na odděleních následné péče. Na specializovaných pracovištích je rozdíl ve znalostech pouze nepatrný.

3. Cíl: Zjistit nejčastější komplikace péči o pacienta trpícího Alzheimerovou chorobou

3. Hypotéza: jako nejčastější komplikace uvedou sestry problémy s komunikací, zapomínlivost a poruchy chování

Tuto hypotézu jsem hodnotila na základě otevřené otázky: „Co podle Vás nejvíce komplikuje péči o pacienta s Alzheimerovou chorobou?“ Nikteš respondenti odpověděli více než jednu komplikaci, celkem se sešlo 81 odpovědí. Nejčastěji respondenti uváděli zhoršenou komunikaci. To odpovědělo 24 dotázaných. 23 respondentů uvedlo nejčastější poruchy chování i agresivitu, toulání, bloudění. 14 dotázaných uvedlo Dezorientaci. 7 dotázaných zmínilo zapomínání. 3 respondenti odpověděli nutnost neustálého dohledu, Dvakrát bylo uvedeno málo personálu, nepochopení rodiny a nedostatek informací. 1 respondent označil za největší komplikaci finanční náročnost.

Hypotéza je v souladu pouze částečně Problémy s komunikací a poruchy chování se potvrdily, zapomínání uvedlo malé procento dotázaných. Namísto toho uváděli respondenti jako častou komplikaci dezorientaci.

5 Diskuze

Z výsledků výzkumu mé bakalářské práce vyplynula následující fakta:

K prvnímu cíli „Porovnat informovanost sester z oddělení LDN a sester z pracovišť specializujících se na péči o pacienta s demencí“ jsem vyzkoumala toto: Sestry ze specializovaných pracovišť odpověděly správně v průměru na 79,8% vědomostních otázek. Sestry z oddělení následné péče pouze na 64,7% otázek, mají tedy méně informací týkajících se problematiky péče o pacienta s Alzheimerovou chorobou. Výsledek odpovídá výzkumnému předpokladu. Tento fakt je podle mě dán většími praktickými zkušenostmi zaměstnanců specializovaných pracovišť a také faktem, že tyto pracovníci častěji navštěvují semináře a školení týkající se této problematiky. To jsem předpokládala na základě informací získaných před zahájením výzkumu. Tato skutečnost se potvrdila i přímo výzkumem, kdy jsem do svého dotazníku zařadila i otázku týkající se absolvování přednášek a seminářů o problematice Alzheimerovy choroby. 41% sester z oddělení následné péče uvedlo, že takový seminář nikdy neabsolvovalo. 86% z nich by však takový zdroj informací uvítalo.

Domnívám se tedy, že by bylo vhodné zajistit sestřím z oddělení následné péče více zdrojů informací, ze kterých by mohly čerpat cenné poznatky a rady pro péči o pacienta trpícího Alzheimerovou demencí. To by pomohlo usnadnit a zkvalitnit jejich péči. Mohla bych nabídnout i teoretickou část této práce, kde je stručně shrnuta problematika Alzheimerovy choroby a specifika ošetřovatelské péče o pacienta, který jí trpí.

Druhým cílem výzkumu bylo zjistit souvislost mezi délkou praxe sestry v oboru a mírou jejich znalostí o problematice Alzheimerovy choroby. Vzhledem ke zkušenostem, které sestra během své praxe nasbírání a absolvováním seminářů a školením by měly mít sestry s delší praxí více informací o problematice demence. Výsledky výzkumu však tento předpoklad potvrdily pouze částečně. Sestry z oddělení následné péče, které pracují v oboru deset let a méně odpovídaly správně na 60,7% vědomostních otázek. Dotázaní s více než deseti lety praxe byli úspěšnější, znali odpovědi na 68,6% otázek. To svědčí o tom, že sestry získávají během své praxe na oddělení následné péče informace o problematice Alzheimerovy choroby. V tomto případě je tedy výsledek výzkumu v souladu s předpokladem.

V případě oddělení specializovaných na péči o pacienta s demencí se souvislost mezi délkou praxe a úrovní znalostí sestry nepotvrdila. Respondenti s praxí trvající deset let a méně dosáhli průměrně 79,7% správných odpovědí a sestry s delší praxí 79,9%. Vzhledem k poměrně malému počtu respondentů je tento rozdíl zanedbatelný. Sestry ze specializovaných pracovišť mají tedy podobné znalosti bez ohledu na délku praxe. To je známkou toho, že personál specializovaných pracovišť je edukován o problematice péče o pacienta s demencí průměrně.

Tímto tématem se zabývá i Zuzana Sedláková ve své bakalářské práci na téma „Alzheimerova choroba z pohledu zdravotní sestry.“ I z jejího výzkumu vyplývá, že souvislost mezi délkou praxe a znalostmi sestry je závislá na typu oddělení.

Třetím cílem výzkumu bylo zjistit nejčastější komplikace při péči o pacienta s Alzheimerovou chorobou. Z výzkumu jasně vyplynulo, že za nejvíce komplikaci pokládají sestry zhoršenou komunikaci s pacientem. To uvedlo 41,4% dotázaných. Tento výsledek souhlasí s výsledky uvedenými v diplomové práci Jany Salotové na téma „Náročnost práce sester o pacienty s Alzheimerovou chorobou.“ I její výzkum potvrdil poruchu komunikace jako nejčastější problematickou situaci. 39,7% dotázaných uvedlo jako častou komplikaci nejzávažnější poruchy chování (agresivita, toulání, bloudění apod.) I tento výsledek je v souladu s výzkumem Jany Salotové, kde se tyto komplikace vyskytly také velmi často, i s mojí hypotézou. Třetí nejčastější

uvedenou komplikací byla dezorientace. Tu uvedlo 24,1% dotázaných. Zapomínání uvedlo jako častou komplikaci 12% respondentů. Je pochopitelné, že sestry nejčastěji uváděly právě tyto položky, jsou to typické příznaky Alzheimerovy choroby, které se vyskytují u velkého procenta pacientů trpících tímto druhem demence a vyžadují zvýšené nároky na péči. 5,2% dotázaných považuje za obtížnou neustálou nutnost dohledu na pacienta. To se týká především oddělení následné péče, která nejsou dostatečně uzpůsobena pro péči o pacienta s demencí. 3,4% respondentů považuje za příčinu komplikací nedostatek personálu. To je opět spíše případ oddělení následné péče, kde je hospitalizováno velké množství pacientů vyžadujících zvýšené nároky na péči, ale zároveň není ve směně dostatek personálu, který by mohl poskytnout péči v potřebné kvalitě. Další 3,4% dotázaných uvedlo jako komplikaci nepochopení rodiny a nedostatek informací. 1 respondent (1,7%) uvedl jako nejvíce komplikaci finanční náročnost. Hypotéza k tomuto cíli předpokládala, že sestry uvednou jako nejčastější komplikace problémy s komunikací, zapomínání a poruchy chování. Potvrdila se pouze částečně. Poruchy chování a problémy s komunikací souhlasí s výsledky výzkumu, problém se zapomínáním však uvedlo malé procento dotázaných. Častěji se vyskytla odpověď, že komplikace jsou často způsobeny dezorientací.

6 Návrh doporučení pro praxi

Z výsledků výzkumu vyplynulo, že sestry z oddělení následné péče mají méně informací o Alzheimerově chorobě než sestry ze specializovaných oddělení. S pacienty trpícími touto demencí se však setkávají velmi často. 41% sester nikdy nenavštívilo školení nebo seminář o Alzheimerově chorobě a většina z nich (86%) by uvítala více informací o této problematice. Tyto znalosti by jim mohly značně usnadnit spolupráci s pacientem trpícím Alzheimerovou chorobou a pochopení zákonitostí myšlení a jednání takového pacienta. Z toho důvodu si myslím, že by bylo uželné seznámit vedení těchto pracovišť s výsledky mého řešení a doporučit mu, aby zajistilo vhodné proškolení svého personálu například přednáškami či semináři na toto téma. K tomuto účelu bych mohla poskytnout teoretickou část této bakalářské práce, ve které je stručně shrnuta problematika péče o pacienta trpícího Alzheimerovou chorobou.

Personál specializovaných pracovišť je lépe informován o problematice péče o pacienta s Alzheimerovou demencí a má lepší přístup k informacím.

7 Závěr

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala problematikou Alzheimerovy choroby. Toto téma se stává čím dál tím aktuálnější, vzhledem k rostoucímu výskytu tohoto druhu demence. V teoretické části jsem se zaměřila na obecnou charakteristiku demencí, soupis jejich nejčastějších příčin a příznaků. Dále jsem se věnovala již konkrétní Alzheimerově chorobě její patofyziologii, diagnostice a terapii, popsala jsem stručně jednotlivé fáze této demence. Další část je zaměřená na specifické požadavky na péči o pacienta trpícího demencí, na nejčastější problematické situace a možnosti jejich řešení. Zmíněno je i téma zátlaku pečujícího o rodinného příslušníka s Alzheimerovou chorobou.

Ve výzkumné části jsem se zaměřila na znalosti zdravotních sester z oddělení specializujících se na péči o pacienta s demencí a z oddělení následné péče. Prvním cílem bylo porovnat informovanost sester z oddělení následné péče a ze specializovaných oddělení. Výzkum dokázal, že personál ze specializovaných pracovišť je lépe informován o problematice Alzheimerovy choroby, čímž se potvrdila moje hypotéza. Druhým cílem výzkumu bylo zjistit souvislost mezi délkou praxe sestry v oboru a úrovní jejich znalostí. Předpokládala jsem, že s rostoucí dobou praxe stoupá informovanost o této problematice. Tato hypotéza byla v souladu s výzkumem pouze částečně. Potvrdila se pouze u sester z oddělení následné péče. U sester ze specializovaných pracovišť nebyl patrný téměř žádný rozdíl.

Třetím cílem bylo zjistit nejčastější komplikace, se kterými se sestry potýkají při péči o pacienta s demencí. Předpokládala jsem, že nejčastěji sestry uvedou jako komplikaci zhoršenou komunikaci, zapomnělivost a poruchy chování. Zhoršená komunikace a poruchy chování se v dotazníku opravdu vyskytly nejčastěji, zapomnělivost uvedlo jen malé procento dotázaných. Na místo toho uváděly sestry často dezorientaci pacienta.

Z výsledků řešení vyplývá, že by bylo vhodné, aby měly sestry z oddělení následné péče k dispozici více informálních zdrojů. Znalá část z nich uvedla, že nikdy neabsolvovala přednášku či seminář týkající se problematiky Alzheimerovy choroby. Většina z nich by však uvítala více informací o tomto typu demence.

8 Seznam bibliografických citací

Monografie

PIDRMAN, Vladimír. *Demence*. 1. vydání. Praha: nakl. Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1490-5

JIRÁK, Roman. *Demence*. 1. vyd. Praha: MAXDORF-JESSENIUS, 1999, 226 s., ISBN 80-858-0044-6

HRDLIČKA, Michal, Darina HRDLIČKOVÁ. *Demence a poruchy paměti*. 1. vydání. Praha: nakl. Grada Publishing 1999. ISBN 80-7196-797-4

FIGAR, Zdeněk. Roman JIRÁK, *Vybrané kapitoly z biologické psychiatrie*. Vyd. 1. Praha: Computer Press, 2001, 315 s. ISBN 80-247-0061-1

KUŘEROVÁ, Helena. *Demence v kazuistikách*. 1. vydání. Praha: nakl. Grada publishing, 2006. ISBN 80-247-1491-4

RŠ GILKA, Evžen. *Diferenciální diagnostika a léčba demencí: Manuál pro praxi*. 1. vydání. Praha: nakl. Galén, 2003, ISBN 80-7262-205-6

LUČNÝ, Jan. *Gerontopsychiatrie*. 1. vydání. Praha: nakl. Triton, 2012. ISBN 978-80-7387-573-2

KOUKOLÍK, František, Roman JIRÁK. *Alzheimerova nemoc a další demence*. 1. vydání. Praha: nakl. Grada Publishing, 1998, ISBN 80-7169-615-3

BUIJSSEN, Huub. *Demence*. 1. vydání. Praha: nakl. Portál 2006. ISBN 80-7367-081-X

CALLONE, Patricia. Connie KUDLACEK, Barbara VASILOFF a kol. *Alzheimerova nemoc: 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*. 1. vydání. Praha: nakl. Grada Publishing 2008. ISBN 978-80-247-2320-4

GLENNER, Joy. *Péče o člověka s demencí*. 1. vydání. Praha: nakl. Portál 2012. ISBN 978-80-2620154-0

BRUNOVSKÝ, Martin. *Objektivizace diagnostiky a změny vigility u demencí*. 1. vydání. Praha: nakl. Galén, 2003, ISBN 80-7262-236-6

ZGOLA, Jitka. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. 1. vydání. Praha: nakl. Grada publishing, 2003, ISBN 80-247-0183-9

HOLMEROVÁ, Iva, Eva JAROLÍMOVÁ, Jitka SUCHÁ a kol. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. 1. vydání, Praha: EV Public relations 2007. ISBN 978-80-254-0177-4

TOPINKOVÁ, Eva. *Jak správně včas diagnostikovat demenci: Manuál pro klinickou praxi*. 1. vydání. Praha: Nakl. UCB Pharma s. r. o. 1999. ISBN 80-238-4913-1

HOLMEROVÁ, Iva, Eva JAROLÍMOVÁ, Helena NOVÁKOVÁ. *Alzheimerova nemoc v rodině* 2. vydání, Praha: nakl. Pfizer spol s.r.o. 2008

Odborná periodika

AMBLER, Zdeněk. Neurologické poruchy a základní principy farmakoterapie staršího věku. *Interní medicína pro praxi*. Konice: Solen, 2009, 11., 4. ISSN 1212-7299.

HOLMEROVÁ, Iva, Hana JANEČKOVÁ, Petr VELETA. Nefarmakologické přístupy v terapii Alzheimerovy demence a praktické aspekty péle o postižené. *Psychiatrie pro praxi*, nakl. Solen, 2005, 6(4), str. 180-184, ISSN - 1803-5272, dostupné z <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2005/04/03.pdf>

FRIEDELLOVÁ, Karolína. Využití konceptu bazální stimulace ve Snoezelových místnostech. *Diagnóza v ošetřovatelství*. 2012, 8(4), str. 20-21, ISSN 1801-1349

FRIEDELLOVÁ, Karolína. Uplatnění konceptu bazální stimulace v geriiatrii. *Sestra*, 2012, 22(9), str 58-59. ISSN 1210-0404.
dostupné z http://www.bazalni-stimulace.cz/pdf/cl_BS_geriatrie.pdf

RESSNER, Pavel, Petra BARTOVÁ, Petr NILIUS, Dagmar BERÁNKOVÁ, Petra SZAJTEROVÁ, Michal BAR, David ČKOLOUDÍK. Porucha chování a nálady u demencí. *Psychiatrie pro praxi*, 2011, 12(4), str. 140-144. ISSN - 1803-5272. Dostupné z <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2011/04/02.pdf>

JIRÁK, Roman. Poruchy chování a nálady u demencí. *Psychiatrie pro praxi*, 2011, 12(2). Str. 56-60, ISSN - 1803-5272. dostupné z <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2011/02/03.pdf>

TONDLOVÁ, Henrieta. Diagnostika a možnosti terapie deprese v pokročilých stádiích demence. *Psychiatrie pro praxi (online)* 2006, (5) str. 241-242. ISSN - 1803-5272. Dostupné z <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2006/05/08.pdf>

TRNČINSKÝ, Pavel. Poruchy výživy u Alzheimerovy demence a možnosti jejich ovlivnění. *Psychiatrie pro praxi*, 2003, 4(6), str. 248-253, ISSN - 1803-5272. dostupné z <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2003/06/03.pdf>

NAVRÁTILOVÁ, Miroslava. Enterální výživa v gerontopsychiatrii. *Psychiatrie pro praxi*, 2003, 4(3), str. 118-125. ISSN - 1803-5272. Dostupné z <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2003/03/06.pdf>

JELIGOVÁ, Hana. František KOČÍČEK, Pitný režim: Proč, kolik a co vlastně pít. *Interní medicína pro praxi*, nakl. Solen, 2010, 12(7 a 8). Str. 388-389, ISSN - 1803-5256, Dostupné z <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2010/07/13.pdf>

HOLMEROVÁ, Iva, H. VAČKOVÁ, M. BAUMANOVÁ, B. JURAČKOVÁ. Bolest – podceňovaný problém v péči o pacienty s demencí. *Česká geriatrická revue*. 2009, 7(1),

str. 31-35, ISSN 1801-8661. dostupné z
http://www.geriatrickarevue.cz/pdf/gr_09_01_06.pdf

KLEVETOVÁ, Dana. Hodnocení bolesti u osob s demencí. *Sestra*, 2010, 11(7-8), str. 58-59, ISSN 1210-0404. Dostupné z <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/hodnoceni-bolesti-u-osob-s-demenci-453243>

Absolventské práce

SEDLÁKOVÁ, Zuzana. *Alzheimerova choroba z pohledu zdravotní sestry*. Jihlava 2011. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava. Katedra zdravotnických studií.

SALOTOVÁ, Jana. *Náročnost práce sester o pacienty s Alzheimerovou chorobou*. České Budějovice 2011. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotní sociální fakulta.

Zahraniční zdroje

WILLIAMS, Kristine, Ruth HERMAN, Byron GAJEWSKI, Kristel WILSON. Elderspeak communication: Impact on dementia care. *American journal of Alzheimer's disease and other dementias (online)*. 2009, 24(1). Str. 11-20. eISSN 1938-2731. ISSN 1533-3175. Dostupné z <http://aja.sagepub.com/content/24/1/11.full.pdf+html>

WEIRATHER, Randy. Communication strategies to assist comprehension in dementia. *Hawaii medical journal*. 2010, 69(3). Str. 72-74. ISSN:0017-8594
Dostupné z <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3104619/>

SHUA-HAIM, Joshua. Todd HAIM, Young SHI, Yen-Hong KUO, Juanita M. SMITH. Depression among Alzheimers caregivers: Identifying risk factors. *American journal of Alzheimers disease and other dementias (online)*. 2001, 16(6) Str. 353-359. eISSN 1938-2731. ISSN 1533-3175. Dostupné z
<http://aja.sagepub.com/content/16/6/353.full.pdf+html>

SHAH, Aadil. Depression in carers of patients with dementia. *Psychiatry online*. 31.12.2010. Dostupné z <http://www.priory.com/psych/carerde.htm>

9 Seznam příloh

Příloha 1: škála deprese dle yesavage

Příloha 2: Test Mini mental state examinatoin (MMSE)

Příloha 3: škála pro hodnocení bolesti PAINAD

Příloha 4: dotazník

10 Seznam tabulek

- Tabulka 1. 1: Pracovní respondent
- Tabulka 1. 2: délka praxe v oboru
- Tabulka 1. 3: etnost pacientů trpících Alzheimerovou chorobou
- Tabulka 1. 4: Otázka Co je nejčastěji prvním nápadným znakem polárnající Alzheimerovy choroby?
- Tabulka 1. 5: Otázka Jakou část paměti obvykle postihuje Alzheimerova choroba jako první?
- Tabulka 1. 6: Otázka Kdy mluvíme o Alzheimerově chorobě a s jakým polátkem?
- Tabulka 1. 7: Otázka Jaké znáte druhy terapie, které se využívají pro léčbu Alzheimerovy choroby?
- Tabulka 1. 8: Otázka Na kolik fází obvykle dělíme Alzheimerovu chorobu?
- Tabulka 1. 9: Otázka Jak velkou část všech demencí způsobuje Alzheimerova choroba?
- Tabulka 1. 10: Otázka Co způsobuje Alzheimerovu chorobu?
- Tabulka 1. 11: Otázka Hraje nějakou roli na vzniku Alzheimerovy choroby dědičnost?
- Tabulka 1. 12: Otázka Jak nejlépe zareagovat v situaci, kdy zmatený člověk například neustále opakuje, že musí jít do školy?
- Tabulka 1. 13: Otázka V jakém pořadí zapomíná nemocný člověk informace, které získal před propuknutím Alzheimerovy choroby?
- Tabulka 1. 14: Otázka Jakým způsobem se běžně diagnostikuje Alzheimerova choroba?
- Tabulka 1. 15: Otázka Lze Alzheimerovu chorobu diagnostikovat se stoprocentní jistotou?
- Tabulka 1. 16: Otázka Kolik příbližných lidí v ČR v současnosti trpí Alzheimerovou chorobou?
- Tabulka 1. 17: Otázka Znáte nějakou organizaci, která se v ČR věnuje problematice Alzheimerovy choroby a pomoci pacientům trpícím touto demencí a jejich rodinám?
- Tabulka 1. 18: Účast na přednáškách a seminářích týkajících se Alzheimerovy choroby
- Tabulka 1. 19: Zájem o více informací o Alzheimerově chorobě
- Tabulka 1. 20: Nejčastější komplikace
- Tabulka 1. 21: porovnání znalostí na jednotlivých odděleních
- Tabulka 1. 22: závislost znalostí na délce praxe

11 Seznam grafů

Graf 1. 1: Pracovní respondent

Graf 1. 2: délka praxe v oboru

Graf 1. 3: Větnost pacientů trpících Alzheimerovou chorobou

Graf 1. 4: Otázka „Co je nejčastěji prvním nápadným znakem polární Alzheimerovy choroby?“

Graf 1. 5: Otázka „Jakou část paměti obvykle postihuje Alzheimerova choroba jako první?“

Graf 1. 6: Otázka „Kdy mluvíme o Alzheimerově chorobě s jiným polárním?“

Graf 1. 7: Otázka „Jaké znáte druhy terapie, které se využívají pro léčbu Alzheimerovy choroby?“

Graf 1. 8: Otázka „Na kolik fází obvykle dělíme Alzheimerovu chorobu?“

Graf 1. 9: Otázka „Jak velkou část všech demencí způsobuje Alzheimerova choroba?“

Graf 1. 10: Otázka „Co způsobuje Alzheimerovu chorobu?“

Graf 1. 11: Otázka „Hraje nějakou roli na vzniku Alzheimerovy choroby dědičnost?“

Graf 1. 12: Otázka „Jak nejlépe zareagovat v situaci, kdy zmatený člověk např. neustále opakuje, že musí jít do školy?“

Graf 1. 13: Otázka „V jakém pořadí zapomíná nemocný člověk informace, které získal před propuknutím Alzheimerovy choroby?“

Graf 1. 14: Otázka „Jakým způsobem se běžně diagnostikuje Alzheimerova choroba?“

Graf 1. 15: Otázka „Lze Alzheimerovu chorobu diagnostikovat se stoprocentní jistotou?“

Graf 1. 16: Otázka „Kolik příbližných lidí v ČR v současnosti trpí Alzheimerovou chorobou?“

Graf 1. 17: Otázka „Znáte nějakou organizaci, která se v ČR věnuje problematice Alzheimerovy choroby a pomoci pacientům trpícím touto demencí a jejich rodinám?“

Graf 1. 18: Účast na přednáškách a seminářích týkajících se Alzheimerovy choroby

Graf 1. 19: Zájem o více informací o Alzheimerově chorobě

Graf 1. 20: Nejčastější komplikace

Graf 1. 21: porovnání znalostí na jednotlivých odděleních

Graf 1. 22: závislost znalostí na délce praxe

Přílohy

Příloha 1. 1: Číska deprese dle Yesavage (zdroj: Říčka 2003)

Otázky	Odpovědi
1. Jste v podstatě spokojený(á) se svým životem?	ano/NE
2. Vzdal(a) jste se v poslední době mnoha činností a zájmů?	ANO/ne
3. Máte pocit, že Váš život je prázdný?	ANO/ne
4. Nudíte se často?	ANO/ne
5. Máte většinou dobrou náladu?	ano/NE
6. Obáváte se, že se Vám přihodí něco zlého?	ANO/ne
7. Cítíte se převážně šťastný(á)?	ano/NE
8. Cítíte se často bezmocný(á)?	ANO/ne
9. Vysedáváte raději doma, než byste šel(šla) mezi lidi a seznamoval(a) se s novými věcmi?	ANO/ne
10. Myslíte si, že máte větší potíže s pamětí než Vaši vrstevníci?	ANO/ne
11. Myslíte si, že je krásné žít?	ano/NE
12. Napadá Vás někdy, že Váš život nestojí za nic?	ANO/ne
13. Cítíte se plný(á) elánu a energie?	ano/NE
14. Máte pocit, že Vaše situace je beznadějná?	ANO/ne
15. Myslíte si, že většina lidí je na tom lépe než Vy?	ANO/ne
Celkové skóre	

Hodnocení: za každou odpověď vytištěnou velkými písmeny započítejte 1 bod

0–5 bodů normální afekt bez deprese

6–10 bodů mírná deprese

nad 10 bodů manifestní deprese vyžadující podrobné vyšetření

Příloha I . 2: Mini mental state examination (Zdroj: Pidrman 2007)

Orientace

Položím vám několik otázek, sloužících pro vyšetření paměti. Některé jsou zcela snadné, jiné jsou obtížnější. Odpovězte na všechny otázky, jak nejlépe dokážete.

Jaké je dnešní datum?

1. Který je rok?
2. Které je roční období?
3. Který je měsíc?
4. Kolikátého je dnes?
5. Který je den v týdnu?

Nyní se vás zeptám několika otázkami na místo, kde teď jsme.

6. Jak se jmenujete?
7. Ve kterém městě jsme?
8. Jak se jmenuje čtvrt, kde je naše nemocnice?
9. Ve kterém státě jsme?
10. Ve kterém jsme poschodí?

Registrace

Řeknu vám 3 slova. Chtěl(a) bych, abyste mi je zopakoval(a) a pokusil(a) si je zapamatovat, protože se vás na ně zeptám později ještě jednou.

11. klobouk
12. citron
13. auto

Pozornost a počty

Počítejte od sta pozpátku, pokaždé odečítejte sedm.

14. 93
15. 86
16. 79
17. 72
18. 65

Paměť

Zopakujte mi prosím ta tři slova, která jste před chvílí měl(a) opakovat a zapamatovat si.

19. klobouk
20. citron
21. auto

Jazyk

22. Ukažte pacientovi tužku.

Můžete mi říci, co to je?

23. Ukažte pacientovi hodinky.

Můžete mi říci, co to je?

24. Pozorně poslouchajte a opakujte po mně:

Žádná jestli, ano, nebo ale.

25. Položte list papíru na stůl, ukažte ho pacientovi a řekněte mu:

Pozorně poslouchajte, co vám teď řeknu: Vezměte papír do pravé ruky.

26. Přeložte ho napolovic.

27. A hodte ho na podlahu.

28. Držte před pacientem list papíru, na kterém je napsáno: „Zavřete oči“ a řekněte pacientovi:

Prosím udělejte to, co je zde napsáno.

29. Podejte pacientovi list papíru a tužku a řekněte mu:

Napište prosím nějakou větu. Může být o čemkoliv, ale musí být úplná.

Praxe

30. Podejte pacientovi list papíru, na němž jsou nakresleny dva pětiúhelníky, a řekněte mu:

Prosím, nakreslete stejný obrázek.

Celkové skóre (0 až 30)

Skóre mezi 24–27: jedná se o mírnou kognitivní dysfunkci.

Kognitiva jsou pojišťovnami hrazena v rozmezí 20–12.

Příloha 1. 3: škála bolesti PAINAD (Zdroj: Klevetová 2010)

Tabulka 2: Stupnice pro měření bolesti u pokročilé demence (PAINAD)				
	0	1	2	počet bodů
dýchání nezávisle na vokalizaci	normální	občasné namáhavé krátká období hyperventilace	hlučné, ztížené dýchání dlouhá období hyperventilace Cheyneovo-Stokesovo 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 neklidné přecházení neklid	strnulost sevržené pěsti kolena přitažená k tělu tahání nebo odtlačování udeření	
utěšování	není nutné	je možné rozptýlit nebo uklidnit hlasem či dotekem	není možné utěšit, rozptýlit nebo uklidnit	
součet				

Příloha 1. 4: dotazník

Dobrý den, jmenuji se Petra Ondrušová a studuji obor Všeobecná sestra na Ústavu zdravotnických studií v Liberci. Zpracovávám bakalářskou práci na téma *Ápěle o pacienta s Alzheimerovou chorobou*. Součástí mé práce je i výzkum znalostí zdravotních sester o této problematice. Prosím Vás proto o spolupráci při vyplnění krátkého dotazníku. Dotazník je zcela dobrovolný a anonymní. Výsledky budou použity pouze pro účely bakalářské práce. Děkuji Vám za spolupráci.

1. Na jakém oddělení pracujete?
2. Jak dlouho vykonáváte povolání zdravotní sestry?
3. Jak často se na vašem oddělení setkáváte s pacienty trpícími Alzheimerovou chorobou?
 - a) Vždy každý den
 - b) Každý týden
 - c) Méně často
4. Co je nejčastěji prvním nápadným příznakem pokračující Alzheimerovy choroby?
 - a) Dezorientace
 - b) Výrazné zhoršení komunikace
 - c) Zhoršování paměti
5. Jakou část paměti obvykle postihuje Alzheimerova choroba jako první?
 - a) Krátkodobou paměť
 - b) Dlouhodobou paměť
6. Kdy mluvíme o Alzheimerově chorobě jako o prvním příznakem?
 - a) Vyskytne-li se choroba u pacienta do 60 let
 - b) Vyskytne-li se choroba u pacienta do 65 let
 - c) Vyskytne-li se choroba u pacienta do 70 let
7. Jaké znáte druhy terapie, které se využívají pro léčbu Alzheimerovy choroby?
8. Na kolik fází obvykle dělíme Alzheimerovu chorobu?
 - a) 2
 - b) 3
 - c) 4
 - d) 5
9. Jak velkou část všech demencí způsobuje Alzheimerova choroba?
 - a) 30-45%
 - b) 50-65%
 - c) 70-80%
10. Co způsobuje Alzheimerovu chorobu?
 - a) Virová infekce mozku
 - b) Působení aflatoxinu

- c) Ischemie
- d) Příčina není známa

11. Hraje nějakou roli na vzniku Alzheimerovy choroby demence?
 - a) Ano
 - b) Ne
 - c) Nevím
12. Jak nejlépe zareagovat v situaci, kdy zmatený člověk například neustále opakuje, že musí jít do školy?
 - a) Snažit se pacientovi vysvětlit, že už do školy dávno nechodí a musí teď zůstat ležet v posteli.
 - b) Ažrát jeho hruň vymluvit se například na to, že jsou momentálně prázdniny, tudíž do školy nemusí.
 - c) Dát, že pacienta neslyšíme a pro jistotu zamknout dveře na oddělení
13. V jakém pořadí zapomíná nemocný člověk informace, které získal před propuknutím Alzheimerovy choroby?
 - a) Nejříve nejnovější informace a složitější postupy, postupně informace získané v mladším věku
 - b) Nejříve informace, které získal v mladším věku a až později novější data.
 - c) Právě se vytrácí vzpomínky ze všech období
14. Jakým způsobem se běžně diagnostikuje Alzheimerova choroba?
 - a) rozбором mozkomíšního moku
 - b) Vyšetřením očního pozadí
 - c) Psychologickými testy
 - d) Angiografií mozkových tepen
15. Lze Alzheimerovu chorobu diagnostikovat se stoprocentní jistotou?
 - a) Ano
 - b) Ne
 - c) Nevím
16. Kolik přibližně lidí v ČR v současnosti trpí Alzheimerovou chorobou?
 - a) Asi 10 000
 - b) Asi 40 000
 - c) Asi 70 000
 - d) Asi 120 000
17. Znáte nějakou organizaci, která se v ČR věnuje problematice Alzheimerovy choroby a pomoci pacientům trpícím touto demencí a jejich rodinám?
18. Zúčastnil(a) jste se někdy nějaké přednášky či semináře týkajícího se Alzheimerovy choroby?
 - a) Ano
 - b) ne
19. Uvítal(a) byste více informací o Alzheimerových chorobách (například semináře, informační brožury atd.)
 - a) Ano
 - b) Ne, informací mám dostatek
20. Co podle Vás nejvíce komplikuje péči o pacienta s Alzheimerovou chorobou?