

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2012

Martina Krejčířová

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Specifika ošetrovatelské péče u pacientů
s Alzheimerovou chorobou
v Alzheimercentru

Bakalářská práce

Vedoucí práce:
Mgr. Dita Nováková, Ph.D.

Autor práce:
Martina Krejčířová

2012

Abstrakt

Alzheimerova demence je onemocnění, jehož důsledkem je naprostý rozklad pacientovi osobnosti. Pacientů, kteří Alzheimerovou demencí onemocní, v celosvětovém měřítku neustále přibývá a ošetrovatelská péče o tyto pacienty se tudíž stává tématem stále aktuálnějším.

Cílem bakalářské práce s názvem Specifika ošetrovatelské péče u pacientů s Alzheimerovou chorobou v Alzheimercentru bylo zjistit specifika ošetrovatelské péče o pacienty s Alzheimerovou demencí spolu se zjištěním, zda ošetrovatelský personál nastupující do Alzheimercentra, je s těmito specifiky seznámen.

Teoretická část bakalářské práce se zabývá příčinami a příznaky jednotlivých typů demencí a konkrétními specifiky ošetrovatelské péče o pacienty postižené demencí Alzheimerovou a demencí jiného typu. Včetně rozdílů v ošetrovatelské péči.

Praktická část byla zpracována kvantitativní formou. Výzkumné šetření bylo realizováno pomocí dotazníků, přičemž respondenty výzkumného šetření byli všeobecné sestry, zdravotničtí asistenti a ošetrovatelé nastupující do Alzheimercentra na zařízeních Filipov, Zlosyň, Průhonice, Písek a Loucký Mlýn. Zjištěné výsledky byly zpracovány do grafů, jejichž analýzou byla potvrzena hypotéza 1: Ošetrovatelská péče o pacienta postiženého Alzheimerovou chorobou je odlišná od péče o seniora s demencí jiného typu a hypotéza 2: Ošetrovatelský personál nastupující do Alzheimercentra na pozici všeobecné sestry má znalosti o specifických ošetrovatelské péče o demenčního pacienta. Hypotéza 3: Ošetrovatelský personál nastupující do Alzheimercentra na pozici ošetrovatele má znalosti o specifických ošetrovatelské péče o demenčního pacienta, potvrzena nebyla.

Z výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že všeobecné sestry mají znalosti o ošetrovatelské péči o pacienty s demencí uspokojivé. Na rozdíl od zdravotnických asistentů a ošetrovatelů, kteří mají v těchto znalostech zásadní nedostatky.

Na základě zjištěných výsledků bude vypracován edukační materiál, který ošetrovatelskému personálu Alzheimercentra usnadní orientaci ve specifických ošetrovatelské péče o pacienty s Alzheimerovou demencí a demencí jiného typu. Tento materiál může zároveň sloužit ve výuce ošetrovatelské péče o pacienty s demencí.

Abstract

Alzheimer's dementia is a disease that results in complete decomposition of the patient personality. The number of patients who become ill with Alzheimer's dementia in the world is constantly increasing and nursing care for these patients is therefore becoming a hot topic.

The objective of the bachelor's thesis entitled "The specifics of nursing care for patients with Alzheimer's disease in Alzheimercentrum" was to determine the specifics of nursing care for patients with Alzheimer's dementia along with the fact whether nursing professionals starting to work at the Alzheimercentrum are familiar with these specifics.

The theoretical part deals with the causes and symptoms of various types of dementia and concrete specifics of nursing care for patients with Alzheimer's dementia and with dementia of another type, including differences in nursing care.

The practical part took a form of quantitative research. The survey research was carried out using questionnaires, respondents being general nurses, nursing assistants and professional social workers starting to work at the Alzheimercentrum on devices Filipov, Zlosyň, Průhonice, Písek and Loucký Mlýn. The results were summarized into the graphs, the analysis of which confirmed the hypothesis No. 1: Nursing care for patients suffering from Alzheimer's disease is different from care for seniors with dementia of another type, and hypothesis No. 2: Nursing staff taking up the post of general nurse at Alzheimercentrum have knowledge of the specifics of the nursing care for demented patients. On the other hand, hypothesis No. 3: Nursing staff taking up the post of professional social worker at Alzheimercentrum have knowledge of the specifics of the nursing care of demented patients, was not confirmed.

The outcomes of the research have shown that general nurses have satisfactory knowledge of nursing care for patients with dementia; unlike nursing assistants and professional social worker who lack this type of knowledge.

Educational material based on these outcomes is going to be published; it shall make it easier for the nursing staff at Alzheimercentrum to understand the specifics of

nursing care for patients with Alzheimer's dementia and dementia of another type. This material can also be used in trainings of nursing care for patients with dementia.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem svou bakalářskou práci na téma „Specifika ošetrovatelské péče u pacientů s Alzheimerovou chorobou v Alzheimercentru“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce.

Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č.111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu výsledků obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích

.....

Martina Krejčířová

Poděkování:

Děkuji své vedoucí práce Mgr. Ditě Novákové Ph.D. za veškerou pomoc, kterou mi během psaní mé bakalářské práce poskytla.

Zvláštní poděkování za trpělivost, toleranci a pomoc poskytnutou při závěrečné fázi psaní bakalářské práce patří panu Ondřeji Zvonařovi.

Rovněž děkuji garantům společnosti Alzheimercentrum za poskytnutí možnosti provádět zde výzkumné šetření a všem respondentům zúčastněným na tomto šetření za jejich čas a ochotu.

Obsah

Úvod	3
1 Současný stav	5
1.1 Demence – vymezení pojmu	5
1.1.1 Dělení demencí	6
1.2 Primárně degenerativní demence	6
1.2.1 Alzheimerova demence	7
1.2.2 Frontotemporální demence	8
1.2.3 Demence s Lewyho tělísky	8
1.3 Sekundární demence	9
1.3.1 Vaskulární demence	9
1.3.2 Smíšené demence	11
1.4 Ostatní typy demencí	11
1.5 Diagnostické metody	13
1.6 Léčba demence	15
1.7 Ošetrovatelská péče o pacienty s demencí	17
1.7.1 Ošetrovatelská péče o pacienty s Alzheimerovou demencí	18
1.7.2 Odlišnosti v ošetrovatelské péči u pacientů s Alzheimerovou, vaskulární a frontotemporální demencí	23
1.7.3 Nejčastější ošetrovatelské diagnózy u pacientů s demencí	24
1.8 Ošetrovatelská péče v Alzheimercentru	25
2 Cíle práce a hypotézy	28
2.1 Cíle práce	28
2.2 Hypotézy	28
3 Metodika	29
3.1 Metodika a technika výzkumu	29
3.2 Charakteristika zkoumaného souboru	29
4 Výsledky výzkumného šetření	31
4.1 Analýza dotazníku pro všeobecné sestry a zdravotnické asistenty	31
4.2 Analýza dotazníku pro ošetrovatele	47

4.3	Analýza dokumentace - četnost typů demence v Alzheimercentru	61
5	Diskuze.....	62
6	Závěr.....	71
7	Seznam použitých zdrojů	72
8	Klíčová slova.....	75
9	Přílohy	76

Úvod

Demence, ať už Alzheimerova či demence jiného typu, je onemocnění postihující v nejvyšší míře seniory a jehož důsledkem je destrukce osobnosti člověka postiženého touto chorobou. Jak rychle k rozkladu osobnosti dojde, záleží především na typu demence a dále pak na přidružených onemocněních. Prognostické odhady týkající se počtu pacientů postižených demencí jsou alarmující, neboť dle odhadu vědců se počet nemocných v následujících 40 letech zvýší až trojnásobně.

Pátým rokem pracuji na pozici všeobecné sestry (nejprve sestry u lůžka, posléze sestry směnové, staniční a aktuálně sestry dokumentační) v Alzheimercentru, což je společnost čítající 5 zařízení na území ČR a 1 zařízení na Slovensku. Jak již samotný název společnosti napovídá, jedná se o komplex zařízení, poskytujících péči pacientům postižených Alzheimerovou demencí a rovněž tak pacientům s demencemi jiného typu.

Při vzpomínce na dobu nástupu do této společnosti pokaždé pociťuji smíšené pocity. Jednak těšení se na získání zcela nových zkušeností, zároveň však velké obavy z kroku do neznáma. Před nástupem do Alzheimercentra jsem měla praxi v ošetrovatelské péči o seniory, avšak nikoliv o seniory s demencí. O tom, že demence není „výsadou“ seniorského věku jsem měla jen matné tušení, o rozdílech mezi ošetrovatelskou péčí o seniory s demencí a bez demence jsem měla informace jen velmi sporé. Tento fakt se mi potvrdil v průběhu takzvaného „zkušebního dne“ v Alzheimercentru, konkrétně na zařízení Loucký Mlýn. V rámci svých tehdejších, během studia získaných vědomostí a poté praxí nabytých zkušeností, jsem ovládala ošetrovatelskou péči o spolupracující pacienty, o ošetrovatelské péči o pacienty, od kterých spolupráci očekávat nelze, jsem nevěděla zhola nic.

Člověk v pokročilém stádiu demence bývá často přirovnáván k dítěti a toto přirovnání je zcela na místě. Nemocné dítě na bolest či strach reaguje obvykle pláčem, dementní pacient má reakce, na „první pohled“, velmi podobné, avšak až ošetrovatelská praxe odhalí, že se tyto reakce zároveň liší. Dítě jedná reflexivně, dementní pacient jedná ve druhém a třetím stádiu demence reflexivně rovněž, avšak zároveň se v jeho chování odráží jeho život, osobnost a v neposlední řadě typ demence, kterou je postižen.

Po uvědomění si této skutečnosti mne napadlo, že mé dosud nabyté zkušenosti a náhled z nich plynoucí může být pouze subjektivní a proto jsem se rozhodla zjistit, jak na ošetrovatelskou péči o pacienta s demencí nahlíží ošetrovatelský personál, nastupující do Alzheimercentra, zda má informace potřebné k optimálnímu zabezpečování ošetrovatelské péče o dementního pacienta a pokud ano, jakým způsobem je získal. Zda v rámci studia na střední či vysoké škole, během kurzu pracovníka v sociálních službách, či v předchozí praxi.

1 Současný stav

Demence patří mezi nejobávanější choroby vyššího věku. Změny ve stáří jsou důsledkem biochemických změn, zakódovaných v molekule DNA každé buňky. Stárnutí sice není synonymem demence, avšak s přibývajícím věkem vzrůstá pravděpodobnost tohoto onemocnění. Dle odhadů demenci trpí více než 6 % populace nad 65 let a v souvislosti se stárnutím populace odborníci předpokládají, že v příštích 40 letech může celkový počet postižených stoupnout až trojnásobně (Pidrman, 2007).

1.1 Demence – vymezení pojmu

Pojem demence má svůj původ v latině a doslovně by se dal přeložit jako „bez myslí“. „Mens“ je latinský výraz pro „mysl“, předpona „de“ znamená „odstranit, termín demens tedy vyjadřuje stav myslí odchýlené od rozumového jednání. Dle dochovaných pramenů tento termín poprvé v medicíně použil Aurelius Cornelius Celsus v prvním století našeho letopočtu (Buijssen, 2006).

Demence je klinický syndrom vzniklý následkem organického postižení mozku, obvykle chronického nebo progresivního charakteru. Důsledkem je porucha kognitivních a behaviorálních funkcí, která je natolik závažná, že má zásadní vliv na kvalitu pacientova života. Dochází k narušení vyšších korových funkcí, včetně paměti, orientace, schopnosti řeči, učení a úsudku, zároveň však obvykle nebývá porušeno vědomí. Zhoršení uvedených funkcí je doprovázeno poruchou kontroly emocí a sociálního chování. U většiny typů demencí bývá rovněž postižena motorika. Člověka postiženého demencí čeká postupná degradace osobnosti, neboť nemoc je natolik destruktivní, že v její terminální fázi se pacient stěží podobá témuž člověku, jímž byl na jejím začátku. Člověk s těžkou demencí zakončuje svůj život tak, jak do něho vstoupil, to jest jako bezmocné dítě závislé na druhých ve všech svých potřebách. Z čehož vyplývá, že demence je vždy záležitostí nejméně dvou lidí - nemocného a jeho pečovatele (Buijssen, 2006).

Navzdory stále se zvyšující úrovni současné medicíny není přesná příčina demence dosud známa. Známý jsou pouze rizikové faktory, mezi nimiž dominuje věk, dále pak genetická zátěž, chronická hypertenze a v neposlední řadě traumatické příčiny

- demence následkem vážného poranění lebky (Kalvach, 2008; Kučerová, 2006; Šafránková, 2006).

1.1.1 Dělení demencí

Demence jako celek jsou děleny dle více klasifikačních kritérií. Kritériem nejčastěji užívaným je etiopatogenetické hledisko, podle kterého se demence rozdělují do dvou základních skupin – na primárně degenerativní a sekundární. Do skupiny demencí primárně degenerativních patří Alzheimerova choroba, frontotemporální demence, demence s Lewyho tělísky, demence při Parkinsonově chorobě a Huntingtonově chorei. Do skupiny demencí sekundárních patří demence ischemicko - vaskulární, smíšená a demence ostatních typů. Dalšími významnými klasifikačními kritérii jsou lokalizace a reverzibilita. Kritérium lokalizace rozděluje demence na kortikální a subkortikální (dle postižené části mozku), kritérium reverzibility rozšiřuje škálu dělení demencí na demence ireverzibilní, částečně reverzibilní a reverzibilní. Demence primárně-degenerativní jsou vždy v kategorii demencí ireverzibilních. Zástupci demencí sekundárních se nacházejí ve všech třech zmíněných kategoriích, nejvíce však, stejně jako demence primárně degenerativní, v kategorii demencí ireverzibilních. Nejvýznamnějším zástupcem demencí revizibilních je normotenzní hydrocefalus (Jiráček, 2011; Kalvach, 2008; Pidrman, 2007; Topinková, 1999).

Neopomenutelným klasifikačním kritériem je dělení demencí dle četnosti výskytu. 60 % všech demencí tvoří Alzheimerova demence. Vaskulární, smíšené a vzácné demence zaujímají dohromady 15%, v 10 ti % se vyskytují demence s Lewyho tělísky, 8 % zaujímá demence frontotemporální a nejmenší podíl 7 % patří demenci u Parkinsonovy choroby (Konrád, 2007).

1.2 Primárně degenerativní demence

Společným rysem primárně degenerativních demencí je mozková atrofie, jejíž nejčastější příčinou je apoptóza, tedy programovaná buněčná smrt. Souhrou vnějších a vnitřních spouštěcích mechanismů dochází k interakci pro - a anti - apoptotických faktorů, důsledkem čehož je spuštění kaskádové reakce s výsledným zánikem

mozkové buňky. Význam apoptózy podporuje fakt, že většina neurodegenerativních onemocnění nebývá provázena větší zánětlivou reakcí. Dalším zásadním patofyziologickým mechanismem jsou patologické proteinové agregáty, jejichž vznik, interakce a nemožnost fyziologické degradace úzce souvisí s přítomností volných kyslíkových radikálů, které mají negativní vliv na posttranslační modifikaci proteinů. Tvorba a působení volných radikálů úzce souvisí s procesem stárnutí (Pracovní skupina pro diagnostiku a studium neurodegenerativních onemocnění, 2011).

1.2.1 Alzheimerova demence

Alzheimerova demence byla poprvé popsána německým psychiatrem Aloisem Alzheimerem (1864-1926) v roce 1907. Samotný Alzheimer se však za objevitele nové nemoci nepovažoval a jeho objev zpopularizoval teprve německý profesor psychiatrie Emil Kraepelin. Tutéž formu demence popsal již o 14 let dříve rovněž Arnold Pick, avšak zatímco Alois Alzheimer je světově známý, na Arnolda Picka se v laických kruzích zapomíná. V odborném písemnictví se po určitou dobu používal název Pickův - Alzheimerův syndrom. Později došlo k diferenciaci diagnostického rozlišení demencí, a z toho důvodu se dnes setkáváme jak s Alzheimerovou, tak i Pickovou chorobou (Haškovcová, 2010; Kantorková, 2011).

Alzheimerova demence je nejvýznamnějším zástupcem skupiny primárně degenerativních demencí, neboť ze všech lidí trpících demencí má přibližně 60 % Alzheimerovu demenci v čisté formě. Příčinou nemoci je atrofie mozkové tkáně, přičemž v popředí je atrofie komorová. Hlavními neuropatologickými diagnostickými znaky jsou extracelulární neuritické (senilní) plaky tvořené především amyloidem beta40 a beta42 a intracelulární neuronální klubka (tagles), tvořené nadměrně fosforylovaným tau - proteinem (Buijssen, 2006; Konrád, 2007).

Pro Alzheimerovu chorobu je typický plíživý začátek s pomalou deteriorací (redukcí intelektových schopností a dovedností), dominancí poruch paměti od počátečních stádií, přítomnost anozognozie (neuvědomování si vlastní nemoci) a narušení exekutivních funkcí. Ve většině případů bývá postižena nejprve paměť

krátkodobá, až teprve s progresí choroby dochází k poškození paměti dlouhodobé (Franková, 2011; Kantorková, 2011; Konrád, 2007).

1.2.2 Frontotemporální demence

Nejčastější formou frontotemporální demence je Pickova choroba. Jedná se o relativně různorodý klinický syndrom způsobený progresivní degenerací frontálních a temporálních laloků mozku. Na rozdíl od Alzheimerovy choroby tedy postihuje především čelní oblast mozku, v níž jsou uložena centra zodpovědná za chování a povahové rysy člověka. Objevuje se mezi 45. a 65. rokem života, má nenápadný začátek a pozvolnou progresi. Pro tento typ demence je typická výrazná alterace osobnosti a poruchy řeči, z nichž nejvýraznější je echolálie - chorobné opakování slyšeného. Dochází k výraznému postižení exekutivních funkcí, naopak zrakově – prostorové a mnestické funkce zůstávají relativně dlouho zachovány. Typické jsou behaviorální příznaky a to především výrazné změny v jídelních návycích. Dalšími typickými příznaky jsou nedůtklivost, neadekvátní změna sociálního chování, obsedantně - kompulsivní příznaky, přítomnost simplexních reflexů - reflexů kojeneckého období a časná inkontinence. Pacienti postižení tímto typem demence si často bývají vědomi změn, které u nich probíhají, ale z důvodu názorové rigidnosti (ztuhlosti), která je dalším typickým znakem této choroby, zůstávají vůči těmto změnám apatičtí (Franková, 2011; Maňásková, 2011; Pidrman, 2007).

1.2.3 Demence s Lewyho tělísky

Demence s Lewyho tělísky patří mezi neurodegenerativní onemocnění na pomezí Parkinsonovy a Alzheimerovy nemoci. Na pomezí proto, neboť má společné příznaky obou poruch a navíc své vlastní specifické symptomy - především zrakové halucinace a senzitivitu k neuroleptikům. U pacientů postižených tímto typem demence mohou neuroleptika i v malých dávkách navodit těžké extrapyramidové akineto - rigidní projevy. Pro tento typ demence je rovněž typický kolísavý kognitivní výkon, pozvolná progresie, přechodné poruchy vědomí a bludy, živé prožívání snů způsobené absencí fyziologické svalové ochablosti při REM spánku. Pro pacienta jsou vysoce rizikové

opakované pády, zapříčiněné synkopami. Identifikačním znakem tohoto typu demence jsou tzv. Lewyho tělíska, která jsou tvořena abnormálními seskupeními různých proteinů. Tato tělíska jsou, na rozdíl od Parkinsonovy choroby, prokazatelná nejen subkortikálně, ale i v mozkové kůře, nejvíce v limbické a parietální oblasti (Franková, 2011; Pracovní skupina pro diagnostiku a studium neurodegenerativních onemocnění, 2011).

1.3 Sekundární demence

Sekundární demence vznikají poškozením mozkové činnosti systémovým onemocněním, infekcí, chronickou intoxikací, traumaty a dalšími noxami. Nejvýznamnějšími zástupci skupiny sekundárních demencí jsou demence vaskulární a smíšené. Nejčastější demence vaskulárního původu je Biswangerova choroba a demence multiinfarktová. Mezi další typy sekundárních demencí patří demence infekční, prionové, intoxikační a traumatické etiologie, demence metabolicky podmíněné, demence na podkladě hydrocefalu, demence při tumorech a demence u kolagenóz (Kalvach, 2008).

1.3.1 Vaskulární demence

Druhým nejčastějším typem demence je demence vaskulární spolu s demencí smíšenou. Kognitivní poruchy u vaskulární demence jsou zapříčiněny poškozením mozku různým typem cévní patologie. Průtok krve cévou bývá narušen jejím ucpáním nebo krvácením do mozkové tkáně zapříčiněným rupturou cévní stěny, nebo aneurysmatem. Spolu s postupným nárůstem počtu zneprůchodněných cév se zvětšuje objem poškozené mozkové tkáně. Demence se projeví až tehdy, je-li rozsah poškození CNS vyšší, než jaké jsou kompenzační schopnosti mozku. Z toho vyplývá, že vaskulární demence se nerozvíjí kontinuálně. Pro vaskulární demenci je typický náhlý začátek a stupňovité zhoršování a kolísání kognitivního deficitu, čímž se odlišuje od průběhu Alzheimerovy choroby. Přítomny jsou ložiskové neurologické příznaky, dominuje zpomalení psychomotorického tempa, dochází k poruchám logického myšlení a k exekutivní dysfunkci, jejímž podkladem je ve většině případů narušení frontálních laloků či jejich okruhů. U vaskulární demence bývá relativně dlouho zachována

časoprostorová orientace, krátkodobá paměť je poškozena více nežli paměť dlouhodobá, častým průvodním jevem jsou deprese, zapříčiněné zachovaným náhledem na nemoc (Dlugošová, 2011; Franková, 2011; Pidrman, 2007).

Nejčastějším typem vaskulární demence je demence multiinfarktová, která je charakteristická přítomností mnohačetných mikroinfarktů, především v bílé hmotě mozkové. V převážné většině je zapříčiněna extracerebrálním cévním poškozením - embolizací sklerotických nebo intrakardiálních trombů. Tato demence obvykle začíná mezi 60. až 80. rokem života, u nemocných s postižením kardiovaskulárního systému může propuknout i dříve. Počáteční stádia multiinfarktové demence jsou charakteristická zvýšenou dráždivostí, afektivní labilitou, poruchami pozornosti, insomnií, zvýšenou únavou, závratěmi a bolestmi hlavy. Tento typ demence má ostrůvkovitý charakter, dominantním syndromem je porucha paměti, zároveň však poměrně dlouho zůstává zachována kritičnost. K vážnější poruše intelektu a osobnosti dochází až s progresí choroby. Afektivní labilitu nezdědka kdy doprovází i afektivní inkontinence. Běžné jsou tranzitorní stavy zmatenosti a depresivní příznaky. Multiinfarktová demence probíhá kaskádovitě, od čehož se odvíjí další cévní poškození. V období exacerbace onemocnění zapříčiněné další drobnou cévní příhodou se vyskytují patologické neurologické symptomy, typická bývá přechodná porucha vědomí. Prognóza rozvinuté multiinfarktové demence je nepříznivá, neboť nemocní nepřežívají více než 4 - 6 let (Jiráček, 2011; Pidrman, 2007).

Pod názvem Binswangerova choroba se ukrývá podkorová vaskulární demence. Tento typ vaskulární demence má chronický a progredientní průběh. Příčinou jsou mikroinfarkty, zejména v bílé hmotě mozkových hemisfér, což má za následek poruchu vzájemné komunikace a spojení mozkových struktur. Vysoce rizikovým faktorem pro její vznik a rozvoj je hypertenze. Podkorová vaskulární demence propuká v relativně nízkém věku, nejčastěji mezi 50 - 60. rokem života. Nejvýznamnějším klinickým příznakem jsou poruchy emotivity - zejména apatie, stažená reaktivita, afektivní labilita a emoční inkontinence. Výrazně narušena bývá iniciativa a spontaneita. Spolu s poruchou exekutivních funkcí je typický bradypsychismus, projevující se zpomalením psychomotoriky, řeči a myšlení. Paměť a intelekt jsou

zpočátku poškozeny méně, z toho důvodu zůstává náhled na chorobu relativně dlouho zachován. Mezi typické neurologické příznaky patří porucha stání a chůze, parkinsonský syndrom, poruchy ovládní sfinkterů a z nich plynoucí inkontinence. Průběh choroby je poměrně rychlý, ke smrti dochází do 5 let od objevení se prvních příznaků (Dlugošová, 2011; Pidrman, 2007).

1.3.2 Smíšené demence

Na žebříčku četnosti zaujímají demence smíšené spolu s demencemi vaskulárními druhé místo, neboť za 15 % ze všech demencí jsou zodpovědné právě tyto dva typy. Pojem smíšená demence nejčastěji vyjadřuje kombinaci demence Alzheimerovy s mozkovou aterosklerózou. Problematika tohoto typu demence je v posledních letech diskutována s nejednoznačným závěrem. Faktem je, že čistá vaskulární demence je poměrně vzácná, neboť cévní změny na mozku řady pacientů nejsou intenzivní natolik, aby způsobily demenci samy o sobě. V klinické praxi se častěji setkáváme s pacienty s Alzheimerovou a frontotemporální demencí, nebo demencí s Lewyho tělísky, na jejichž mozku jsou současně přítomny vaskulární změny, které mohou onemocnění a rozvoj klinického syndromu demence spouštět, demaskovat či komplikovat. Přítomny jsou základní patofyziologické změny, tj. přítomnost beta amyloidu, patologie tau - proteinu či tvorba Lewyho tělísek. Pacienti s výraznějšími cévními změnami pak mohou být zařazeni do kategorie smíšených demencí, avšak definitivní diagnóza je, stejně jako u všech ostatních typů demencí, stanovitelná až post mortem (Franková, 2011; Konrád, 2007).

1.4 Ostatní typy demencí

Společným rysem ostatních typů demencí je přidruženost demence k základnímu onemocnění, tzn., že demence je až sekundárním projevem, nikoliv primárním onemocněním. Těchto typů demencí je celá řada, mezi obecně nejznámější patří demence při Creutzfeldtově - Jakobově nemoci, demence u Parkinsonovy choroby, alkoholová demence, demence při normotenzním hydrocefalu a postraumatické demence (Pidrman, 2007).

Creutzfeldt - Jakobova nemoc je velice obávaná, ačkoliv její prevalence je pouze 1 - 2 případy na 1 milion osob. Příčinou této choroby je geneticky podmíněný vznik patologické bílkoviny (prionu) v mozku, která se chová stejně jako virus, tj. nekontrolovatelně se množí. Výskyt této nemoci je nejčastěji mezi 40 - 60 rokem života, přidružená demence je rychle progredientní, charakteristická dysartrií, dysgrafií a neurologickými příznaky. Průměrná doba přežití od objevení se prvních příznaků není delší než 8 - 12 měsíců (Pidrman, 2007; Štefánek, 2011).

Demencí u Parkinsonovy choroby trpí přibližně 20 % pacientů s Parkinsonovou chorobou, u tohoto onemocnění bývá demence často přehlížena, neboť lékařská péče se soustředí hlavně na léčbu základního onemocnění. Výrazná bradyfrenie (zpomalená duševní činnost), poruchy paměti a deprese, což jsou typické znaky demence tohoto typu, zůstávají na pozadí za tremorem, rigiditou a akinezi, které v příznacích Parkinsonovy choroby dominují (Pidrman, 2007; Shuler, 2010).

Alkoholová demence bývá rovněž mimořádně často opomíjena, přestože se odhaduje, že touto formou demence trpí až 1/10 osob závislých na alkoholu. Na vzniku a rozvoji alkoholové demence, která je při včasné zahájení léčby a alkoholově doživotní abstinenci reversibilní, se podílí celá řada faktorů. Nejzásadnější vliv má vlastní neurotoxicita alkoholu, dále pak chybění vitamínů (zejména řady B), jenž je zapříčiněno špatnou životosprávou a hepatopatií, v neposlední řadě alkoholickou demenci způsobují traumata hlavy při pádech a úrazech v opilosti (Pidrman, 2007).

Do spoře zastoupené kategorie demencí reversibilních patří též demence při normotenzním hydrocefalu. Její příčinou je porucha vstřebávání mozkomíšního moku, následkem čehož se mozkové komory rozšiřují na úkor mozkové tkáně. Důsledkem jsou postupně rozvíjející se poruchy chůze, progredující zhoršování se kognitivních funkcí a polakisurie přecházející v močovou inkontinenci. Reversibilita tohoto typu demence je podmíněna včasnou diagnostikou a následnou neurochirurgickou léčbou, spočívající v zavedení ventrikulo - peritoneálního shuntu, odvádějícího přebytečný mozkomíšní mok hromadící se v mozku do břišní dutiny, ve které je vstřebáván do krve (Holmerová, 2007; Saur, 2011).

Neopomenutelným zástupcem ostatních typů demencí jsou demence postraumatické, které vznikají jednak bezprostředně v souvislosti s traumatem, jednak v dlouhodobém časovém úseku, např. v rámci rozvoje postraumatického chronického subdurálního hematomu. Jejich obraz je nespecifický, odvíjí se od lokalizace a rozsahu traumatu, po kterém dochází nejprve k deliriu či ke kvantitativním poruchám vědomí, následně se objevují neurologické příznaky kopírující lokalizaci poranění CNS a těžké poruchy krátkodobé paměti, včetně bradypsychismu. Pro tento typ demencí jsou typické poruchy fatických a gnostických funkcí. Zcela specifickou formou traumatické demence je apalický syndrom, což je soubor příznaků, kdy následkem traumatu ustává vliv mozkové kůry na ostatní organismus. Apalický syndrom začíná poruchou vědomí, po jejímž odeznění dochází k těžké poruše dlouhodobé paměti, projevující se ztrátou vědomostí, naučených dovedností a schopnosti reagovat na své okolí (Alzheimercentrum, 2011; Pidrman, 2007).

1.5 Diagnostické metody

Pacienti v počátečním stádiu demence mnohdy na první pohled působí zcela normálním dojmem. Klinické vyšetření zahrnuje posouzení stavu vědomí a všech základních domén psychiky. Posuzuje se pacientova orientace, kvalitativní poruchy vnímání, emoční nastavení, změny osobnosti, intelektu a myšlení. Cíleně se pátrá po známkách deprese včetně rizika sebevražedného jednání. Nelze opomenout posouzení pacientova chování, přiměřenosti vzhledu a oblečení a schopnost spolupráce. Při podezření na demenci se provádí vyšetření zaměřená na tři základní oblasti demence: kognitivní funkce, denní aktivity a chování (Franková, 2011).

Stejně tak jako u všech onemocnění i v diagnostice demence dominuje anamnéza. Anamnéza rodinná je zjišťována z důvodu genetické zátěže, neboť bylo prokázáno, že přítomnost jednoho přímého příbuzného s Alzheimerovou demencí znamená zásadní zvýšení rizika rozvoje Alzheimerovy demence u ostatních geneticky příbuzných rodinných příslušníků. Toto tvrzení potvrdil i nedávný objev lékařů z ostravské fakultní nemocnice, kterým se jako prvním v ČR podařilo odhalit dědičnou formu Alzheimerovy demence. Pomocí speciálního přístroje identifikovali vzácnou

genovou mutaci, která u konkrétní rodiny stála za časným nástupem choroby a byla příčinou smrti několika příbuzných (Česká televize 24, 2011; Franková, 2011).

V anamnéze osobní se pátrá po kraniocerebrálních traumatech, vaskulárních rizicích, užívané trvalé medikaci a abúzu alkoholu či jiných návykových látek. V anamnéze pracovní je zjišťován především stupeň vzdělání, neboť má podstatný vliv na diagnostiku pomocí testů. Takzvaná teorie kognitivní rezervy vychází z předpokladu, že u pacientů s vyšším stupněm vzdělání se demence začne projevovat později (Franková, 2011).

Vyšetření kognitivních funkcí se provádí pomocí screeningových a paměťových testů. Základním kognitivním testem je test MMSE (Mini Mental State Examination), jehož výhodou je především jeho dobrá specifita, tedy schopnost testu cíleně vybrat případy, u nichž zkoumaný znak - nemoc nenastává, a dobré výsledky použití při monitoringu průběhu onemocnění. Výraznou limitací tohoto testu je jeho nízká senzitivita, nedostatečné testování frontální dysfunkce a nemožnost použití pro diferenciální diagnostiku demencí. Z toho vyplývá, že test MMSE není zcela vhodný pro časný záchyt kognitivního postižení, proto se provádí testy doplňující. Alternativou doplňujících testů je ACE-R (viz příloha 1), který je rozšířením testu MMSE. ACE-R je citlivější pro časná stádia demence a navíc je zaměřen i na testování frontálních exekutivních funkcí. Další alternativou doplňujících testů je MoCA test, který je vhodný zejména k záchytu časných stádií demence. Příkladem paměťového testu je u nás zatím běžně nepoužívaný Test 5 slov podle Duboise (Franková, 2011).

Pro hodnocení denních aktivit se používá řada škál, nejčastěji škála IADL. Stupeň demence je stanovován na základě výsledků kognitivních testů a zhodnocení celkového postižení dle Reisberga (viz příloha 2). Vyšetření pomocí testů, nevyžaduje-li to lékař jinak, provádí kvalifikovaná sestra, zjištěné výsledky předkládá lékaři (Franková, 2011).

Fyzikální a neurologické vyšetření je zaměřeno na posouzení celkového tělesného stavu, přidružených onemocnění a známek ložiskového poškození. Výsledek neurologického vyšetření bývá v časně fázi čisté Alzheimerovy demence normální (Franková, 2011).

Nedílnou součástí diagnostiky demence jsou zobrazovací vyšetření mozku, mezi jejichž nejvýznamnější zástupce patří CT a MRI mozku. Tato vyšetření slouží k vyloučení demence jiné, než degenerativní etiologie a dále pak umožňují pozitivní diagnostiku na základě typické lokalizace mozkové atrofie. Úkolem sestry je příprava pacienta na vyšetření, spočívající v poučení pacienta (v rámci svých kompetencí), před provedením CT mozku podání premedikace dle ordinace lékaře a zajištění žilního vstupu. Před MRI mozku není nutná žádná speciální příprava, vyjma zajištění, že pacient nebude mít na těle žádné kovové předměty (šperky, spony, hodinky). Přítomnost kardiostimulátoru a kovových implantátů je kontraindikací tohoto vyšetření (Marková, 2006).

1.6 Léčba demence

Léčba demence je založena na spolupráci multidisciplinárního týmu, který je tvořen praktickým lékařem, psychiatrem, ošetrovatelským týmem a sociálním pracovníkem (Alzheimercentrum, 2011).

V léčbě demencí je prvořadý individuální přístup k nemocnému, posouzení každé konkrétní poruchy a důsledné zvažování rizik a přínosů terapie. Konkrétní léčba se odvíjí od typu a stádia onemocnění. U všech typů demencí je terapie v první řadě zaměřena na pacientovu celkovou tělesnou kondici, správnou výživu a hydrataci, dostatek vhodné tělesné aktivity, zajištění léčby přidružených stavů a kompenzaci chronických onemocnění (Franková, 2011).

Dominantní postavení v léčbě demencí zaujímá farmakoterapie, přičemž veškerá farmaka ordinuje vždy lékař a za jejich správné podání je zodpovědná kvalifikovaná sestra. Farmakologická léčba demencí spočívá v první řadě v podávání kognitiv. Kognitiva jsou látky bránící odbourávání acetylcholinu nezbytného pro přenos nervových signálů. Nejznámějšími představiteli této lékové skupiny jsou přípravky Aricept, Exelon a Ebixa. Účinnost kognitiv byla, kromě demence frontotemporální, prokázána u všech ostatních nejčastějších typů. U lehkých a středně těžkých forem demence je indikováno užívání Ariceptu a Exelonu, tedy inhibitorů cholinesteráz, u pokročilejších stádií demence je indikováno podávání memantinu, jehož

představitelem je Ebixa. Užívání kognitiv vede především k oddálení progresu onemocnění a tím prodloužení aktivního života nemocného, dále pak má pozitivní vliv na problémové chování včetně depresivní a psychotické symptomatiky. Podle klinických zkušeností užívání kognitiv zlepšuje spolupráci s pacientem, zvyšuje jeho zájem o okolní aktivity, usnadňuje provádění rehabilitace mozkových funkcí a přispívá ke zvýšení pohody jak nemocného, tak i pečujícího personálu. Pozitivní farmakologický účinek byl rovněž prokázán u užívání Ginkgo biloby (extraktu z jinanu dvoulaločného) a dále pak nootropik, jejichž nejvýznamnějším zástupcem je přípravek Piracetam. Součástí farmakoterapie je rovněž podávání psychofarmak podle jednotlivých dominujících symptomů. Pro potlačení stavů neklidu a úzkosti se spolu s kognitivou podávají antidepresiva, nejčastěji ze skupiny SSRI (selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu), mezi jejichž nejvýznamnější zástupce patří Citalopram. Podávání tohoto typu antidepresiv se rovněž osvědčuje při léčbě nočního neklidu a nespavosti. Psychotické příznaky jsou eliminovány podáváním antipsychotik, nejčastěji Risperidonu, Quetiapinu a Olanzapinu, u těžších stavů je indikován Haloperidol. Farmakologická léčba demencí sekundárních je kromě výše uvedeného zaměřena na prevenci a léčbu poruch, které k jejímu rozvoji vedly, či zhoršují její průběh (Franková, 2011).

V léčbě demencí jsou používány rovněž nefarmakologické postupy, které jsou zaměřeny na zachování pacientových kognitivních funkcí a soběstačnosti v aktivitách denního života, zmírnění problémového chování včetně psychologických příznaků demence. Mezi nejčastěji používané postupy patří kognitivní rehabilitace, reminiscenční terapie, ergoterapie, validační terapie, basální stimulace a nově i smyslová aktivizace podle Lore Wehner, což je koncept v Rakousku i v jiných státech Evropy běžně používaný, u nás až do letošního roku, kdy byl poprvé představen a uveden do praxe Domovem seniorů v Prachaticích, neznámý. Smyslová aktivizace je určena aktivním seniorům i seniorům postiženým demencí. Jejím cílem je co možná nejdelší zachování seniorových vlastních, sociálních a věcných kompetencí pomocí motogeragogiky - psychomotorické skupinové aktivity, integrovaného tance, resonance využívané především při ztrátě slov, smysly podpořeném tréninku paměti, validace

a práce s biografií (Domov seniorů Mistra Křišťana, 2011; Franková, 2011; Holmerová, 2007).

1.7 Ošetrovatelská péče o pacienty s demencí

Ošetrovatelská péče o pacienty s demencí je zajišťována ošetrovatelským týmem složeným z všeobecných či psychiatrických sester, ošetrovatelů, ergoterapeutů, pracovníků provádějících basální stimulaci a fyzioterapeutů. Tato péče je dlouhodobá, náročná a vyčerpávající, proto by profesionální pečující měl být psychicky vyrovnaný, k poskytování péče dostatečně kvalifikovaný a rovněž motivovaný (Holmerová, 2007).

U ireverzibilních typů demencí se jejich průběh dělí do tří stádií, od kterých se poskytovaná ošetrovatelská péče odvíjí. Stádiem prvním je syndrom počínající a mírné demence, stádiem druhým syndrom rozvinuté demence a stádiem třetím je syndrom pokročilé demence (Callone, 2008; Holmerová, 2007).

Právním každého člověka je být informován o své diagnóze a to i tehdy, jedná-li se o onemocnění, jehož důsledkem je demence. Včasné sdělení diagnózy má v tomto případě zásadní význam, neboť člověk postižený demencí by měl mít možnost rozhodnout o důležitých věcech svého života. Sdělení diagnózy vždy přísluší lékaři, úloha sestry přichází na řadu poté. Od sestry, v této fázi obvykle sestry ambulantní, se očekává, že bude schopna pomoci pacientovi i jeho rodinným příslušníkům se s danou situací co možná nejlépe vyrovnat. Bezprostředně po sdělení diagnózy se pacienti i jejich rodiny ocitají v krizi, potýkají se s pocity beznaděje a neřešitelnosti vzniklé situace. Po vyrovnání se s pravdou nastává období, kdy nemocnému pomáhá, může-li o své chorobě hovořit s lidmi, kteří jsou rovněž postiženi demencí. Toto lze realizovat v denních centrech, o jejichž existenci a náplni by sestra měla pacienta a jeho rodinu informovat. Rodinní příslušníci by se měli dozvědět, že dříve či později se chování jejich blízkého začne radikálně a nenávratně měnit a že to rozhodně nebude zapříčiněno pacientovou špatnou vůlí či škodolibostí, ale že tyto změny jsou průvodním jevem onemocnění. Rovněž by měli vědět, že péče o svého blízkého v domácích podmínkách se z důvodu progresu choroby časem stane nerealizovatelnou, nebo realizovatelnou pouze za cenu naprostého vyčerpání pečujícího. V České republice sice

přibývá zařízení specializujících se na poskytování nepřetržité péče o pacienty s demencí, přesto poptávka o ně stále zásadně převyšuje jejich nabídku. Na tento fakt by sestra měla rodinné příslušníky upozornit a tím jim umožnit předejít fázi, kdy již nebudou vědět, jak stávající situaci řešit. (Alzheimercentrum, 2011; Holmerová, 2007).

1.7.1 Ošetřovatelská péče o pacienty s Alzheimerovou demencí

Rozvoj demence u Alzheimerovy choroby obvykle bývá pomalý a kognitivní porucha, která jej provází a projevuje se především poruchami paměti, může trvat i několik let. Problémy s pamětí často bývají dávány do souvislosti s věkem, následkem čehož mnohdy dojde k přechodu nemoci do druhé fáze, ačkoliv v prvním stádiu by se progresu choroby ještě dala vhodně zvolenou léčbou zmírnit či pozastavit (Holmerová, 2007).

První fáze Alzheimerovy choroby je charakteristická tím, že nemocný je dosud relativně soběstačný a dokáže žít samostatně, avšak s nezbytností určitých návodů, pomůcek, upomínek, občasného zatelefonování, například z důvodu připomenutí návštěvy lékaře. V této fázi choroby pacient obvykle bývá v domácím prostředí, pečuje o sebe sám či s pomocí rodiny a sesterských intervencí zatím není zapotřebí (Holmerová, 2007).

Nejvýznamnějším příznakem prvního stádia Alzheimerovy choroby je porucha krátkodobé paměti, tedy zapomínání událostí, které se staly před krátkou chvílí. Je to způsobeno tím, že veškeré aktuální vjemy se nejprve ukládají do krátkodobé paměti, ve které ale z důvodu její malé kapacity setrvávají maximálně 20 - 30 vteřin, během nichž musí dojít k informační selekci a k přesunu důležitých informací do paměti dlouhodobé, která má kapacitu neomezenou. Při Alzheimerově demenci je tento proces porušen, následkem čehož dojde ke zhoršení časoprostorové orientace, a proto se nemocný začne ocítat v situacích, kdy se například vydá nakoupit a vzápětí není schopen si vybavit, proč šel ven. Nemocný začne mít problémy s rozhodováním, dochází ke ztrátě sebedůvěry, iniciativy, zájmu o koníčky a oblíbené činnosti. V souvislosti s počínající obtížnou výbavností slov a z ní plynoucí neschopností srozumitelně se vyjádřit se nemocný začne vyhýbat společnosti a mnohdy rovněž

kontaktu s příbuznými. Postupně se přidružuje depresivní nálada a apatie, nebo naopak agresivní chování, což jsou projevy progresu choroby do druhého stádia - syndromu rozvinuté demence (Buijssen, 2006; Holmerová, 2007).

Syndrom rozvinuté demence u Alzheimerovy choroby je stádiem, ve kterém je již nezbytný prakticky nepřetržitý dohled a dopomoc v sebeobslužných aktivitách. Toto období je nejdelší (trvá 2 až 10 let) a pro ošetřujícího je obdobím nejnáročnějším. Pacient má již natolik porušenu orientaci, že se ztrácí a bloudí i ve známém prostředí, není schopen adekvátně vyjádřit své pocity a potřeby, není schopen se o sebe postarat a stává se plně závislým na pomoci druhých. Rodinní pečující se často snaží péči o svého blízkého věnovat veškerý čas, což vede k jejich naprostému vyčerpání. Obecně platí, že není v silách jedince či jedné rodiny dlouhodobě zajistit péči o člověka postiženého demencí. V tuto chvíli přichází na řadu rozhodnutí umístit svého blízkého do zařízení, které takovouto péči schopno zajistit je (Buijssen, 2006; Holmerová, 2007).

Ošetřovatelská péče o pacienta v druhém stádiu Alzheimerovy choroby spočívá v zajištění veškerých pacientových potřeb, zpočátku formou dopomoci, posléze s progresí choroby k jejich zajišťování bez aktivní spoluúčasti pacienta, neboť jí již není schopen. Cílem ošetřovatelské péče je podpora pacienta v zachování schopnosti sebepéče po co možná nejdelší dobu, nikoliv odepření mu této možnosti z důvodu usnadnění si vlastní práce. Je nezbytné mít na paměti, že pacient s demencí je stále jedinečnou a cennou bytostí, ke které je třeba přistupovat vždy s respektem (Callone, 2008; Holmerová, 2007).

Podstatou ošetřovatelské péče ve druhém stádiu demence je zajišťování pacientovi dostatečné výživy a pitného režimu, předcházení pociťování bolesti a projevů agresivity, dopomoc s hygienickou péčí včetně provádění intervencí vedoucích k co možná nejdelšímu zachování pacientovi kontinence a v neposlední řadě vytváření bezpečného prostředí (Callone, 2008).

Zajištění dostatečné výživy je velmi problematické, neboť demence je energeticky náročná choroba, při které pacienti i při zvýšeném kalorickém příjmu hubnou až kachektizují. Tomuto, v negativním slova smyslu, napomáhá porucha polykání, která bývá přítomna zejména v pokročilé fázi demence, avšak ani v rozvinuté

fázi není nijak výjimečnou. Nejčastějším projevem poruchy polykání je zadržování stravy v dutině ústní, neboť pacient není schopen se na příjem stravy soustředit a přítomnost stravy v dutině ústní si neuvědomuje. Stravu tudíž nekouše či kouše nedostatečně, neposunuje jí v ústech směrem k hltanu, následkem čehož nedochází k aktivaci polykacího reflexu. Tento problém se řeší jednak úpravou stravy na kašovitou formu, jednak upoutáním pacientovi pozornosti a instruováním jej o přítomnosti stravy v dutině ústní spolu s vybízením k jejímu polknutí. V pokročilé fázi demence se doporučuje podávat stravu a tekutiny čajovou lžičkou. Dalším problémem v příjmu potravy je odmítání stravy, přičemž pacient stravu vyplivuje, nebo odmítá otevřít ústa. Tento fenomén se vyskytuje ve druhém i třetím stádiu demence a jeho nejčastější příčinou bývá deprese či bolest v dutině ústní, kterou pacient není schopen definovat. Osvědčuje se podávání oblíbených pokrmů a v rámci péče o dutinu ústní cílené pátrání po příčině obtíží, například otlaků od zubní náhrady. Zajišťování pitného režimu je nutné za pacienta převzít již od druhého stádia demence, neboť již v tomto stádiu pacient ztrácí pocit žízně a nenapije se ani tehdy, má-li hrneček s nápojem před sebou na stole. Je nezbytné pacientovi tekutiny aktivně nabízet a jejich příjem monitorovat (Callone, 2008; Holmerová, 2007).

Jak již bylo řečeno, deprese a nevyřešená bolest bývají častou komplikací poskytované ošetrovatelské péče. Rozpoznat včas rozvoj deprese závisí na pozorovacích schopnostech sestry a ošetrovatele. Začne-li být pacient apatický, ztratí zájem o dříve oblíbené činnosti, udává obtíže nevysvětlitelného charakteru, je smutný a plačtivý, je nezbytné o těchto příznacích informovat lékaře, neboť léčba deprese v případě, není-li jisté, že pacient depresí skutečně trpí, je menší chybou, než když deprese zůstane neléčena. V praxi se používá mnoho škál deprese, avšak u pacientů s rozvinutou a pokročilou demencí je jejich použití sporné, neboť výsledky mohou být zkreslené pacientovým neporozuměním podstatě kladených otázek (Holmerová, 2007).

Dalším zásadním problémem komplikujícím poskytování ošetrovatelské péče o pacienty s demencí je bolest. Pacienti v první fázi demence jsou schopni prožívanou bolest srozumitelně popsat, avšak u pacientů ve druhé fázi demence je tato schopnost významně snížena, ve třetí fázi demence zcela vymizí. Funkční škála bolesti, která byla

vytvořena pro dětské pacienty a vzhledem k její srozumitelnosti se používá i u pacientů s demencí, má vypovídající hodnotu pouze v první fázi demence. Proto je velice významná pozorovací schopnost a vnímavost ošetrovatelského personálu, neboť při poskytování ošetrovatelské péče, například v rámci zajišťování hygieny, oblékání, provádění ošetrovatelské rehabilitace či aktivizace pacienta, lze odhalit známky pacientovy bolesti, které by jinak zůstaly utajeny. Cíleně pátrat po projevech bolesti je u pacientů s demencí velice důležité, neboť neléčená bolest může vést k pacientovým agresivním projevům. Pacient s Alzheimerovou demencí není schopen bolest srozumitelně vyjádřit, což ale neznamená, že ji nepocítuje a neztrpčuje mu život. Důvodem pacientovi agresivity se tudíž mohou stát běžně prováděné ošetrovatelské intervence. Projevy jsou mnohdy řešeny psychofarmaky, ačkoliv bylo prokázáno, že při podávání analgetik 1. stupně dementním pacientům s projevy agrese došlo k výraznému snížení poruch chování a vysazení 75 % psychofarmak (Bielaková, 2011; Holmerová, 2007; Kabelka, 2011).

Agresivita u pacientů s Alzheimerovou demencí je velice nepříjemnou a častou komplikací ošetrovatelské péče. Důvody agresivity pacientů s demencí není snadné pochopit, neboť nejsou schopni důvody svého chování vysvětlit a nelze se s nimi domluvit jako s pacienty kognitivní poruchou nepostiženými. Ošetřující personál mnohdy rezignuje a agresivní chování přičítá pacientově povaze. Tento postoj je mylný, neboť příčiny pacientovi agresivity většinou tkví v poruše chování zapříčiněné demencí, nikoliv s pacientovou premorbidní osobností. Agresivita těchto pacientů bývá často vyvolána nesprávným přístupem ošetrovatelského personálu, například zlehčováním pacientových problémů, ironizováním, křikem, či projevy neúcty a snižování pacientovi důstojnosti. Je nezbytné mít stále na paměti, že pacient s demencí není schopen adekvátně vyhodnotit aktuální situaci a že ošetrovatelskou péčí může vnímat jako útok na svojí osobu a jiné obrany, než nepřiměřeného projevu agrese, již není schopen (Buijssen, 2006; Holmerová, 2007; Matoušková, 2011; Mlýnková, 2011; Pokorná, 2010).

Další součástí ošetrovatelské péče o pacienta s Alzheimerovou demencí je zajišťování hygienické péče, což zásadně komplikuje pacientova inkontinence.

U některých pacientů přichází záhy, u některých až v pokročilých stádiích demence. Nejprve dochází k inkontinenci moči, která je obvykle zapříčiněna tím, že si pacient potřebu mikce neuvědomuje, nebo není schopen najít záchod a samostatně se svléci. Močovou inkontinenci lze oddálit dodržováním mikčního režimu, spočívajícího ve vytvoření pravidelných návyků spojených s vyprazdňováním (Holmerová, 2007; Mlýnková, 2011).

Nezbytností ošetrovatelské péče o pacienta s Alzheimerovou demencí je zajištění bezpečného prostředí. Pacienti s tímto typem demence trpí nestabilitou chůze související s prostorovou dezorientací a jsou tudíž ohroženi rizikem pádu. Toto riziko lze snížit nízkými prahy, protiskluzovou podlahou, masivním nábytkem bez ostrých hran, neboť pacient s nestabilitou chůze má tendenci se opírat o vše, co má v dosahu a lehký nábytek by se mohl převrhnout. Vysoké riziko pádu pacientům s Alzheimerovou demencí hrozí na schodech, čemuž lze předejít například brankou před schodištěm opatřenou kulatými klikami, které jsou pacienti v prvním stádiu demence schopni otevřít, avšak pacienti ve druhém a třetím stádiu demence nikoliv, čímž se zabrání jejich nepozorovanému vstupu na schodiště. Samozřejmostí bezpečného prostředí by mělo být dostatečné osvětlení a viditelné označení klíčových míst, tedy pokojů, toalet, koupelen a společenských místností. Naopak vstupní dveře do zařízení by měli být maskovány například závěsem z důvodu předejití neúmyslného odchodu pacienta ze zařízení (Dlugošová, 2011; Holmerová, 2007).

Žádná dosud dostupná léčba, ani sebelépe poskytovaná ošetrovatelská péče, nedokáže zabránit přechodu Alzheimerovy demence do třetího stádia, tedy do stádia demence pokročilé. V této fázi choroby je pacient již plně odkázán na veškerou ošetrovatelskou péči, není schopen porozumět sděleným informacím ani se verbálně vyjádřit, nepoznává své blízké, má zásadně porušenou mobilitu, je inkontinentní močí i stolicí. Z důvodu porušeného polykání stravu přijímá jen velmi obtížně a je tudíž ohrožen malnutricí. Přesto je ale dosud schopen vnímat laskavý přístup pečujících osob a prostředí, kterým je obklopen a záleží na profesionálním a lidském přístupu ošetřujícího personálu, zda pacient ve třetím stádiu Alzheimerovy demence prožije zbytek svého života coby důstojná lidská bytost (Holmerová, 2007; Pokorná, 2010).

1.7.2 Odlišnosti v ošetrovatelské péči u pacientů s Alzheimerovou, vaskulární a frontotemporální demencí

Alzheimerova a vaskulární demence zaujímají čelní místo na žebříčku četnosti demencí, přičemž v ošetrovatelské péči o pacienty postižené těmito typy demence jsou odlišnosti vyplývající ze samotné podstaty těchto typů demence. Demence frontotemporální se sice neřadí mezi demence nejčastější, avšak ošetrovatelská péče o pacienty s tímto typem demence je velmi atypická vzhledem k výrazným poruchám chování, které u ostatních typů demencí nejsou přítomny v až takové míře (Holmerová, 2007).

Vaskulární demence je typická náhlým začátkem a skokově probíhající deteriorací kognitivních funkcí, z čehož vyplývá, že u pacientů postižených tímto typem demence bývá poměrně dlouho zachován náhled a úsudek. Pacienti postižení vaskulární demencí si, na rozdíl od pacientů s Alzheimerovou demencí, svůj stav uvědomují. Z toho důvodu je pro tento typ demence typická emoční labilita, projevující se plačtivostí, nebo naopak záchvatovitým smíchem a především rozvojem deprese. Cílem kvalitně poskytované ošetrovatelské péče u pacientů s tímto typem demence je předcházení vzniku a rozvoje deprese, která vede k urychlení progresu onemocnění (Dlugošová, 2011; Holmerová, 2007).

Pacienti postižení vaskulární demencí trpí, stejně jako pacienti s demencí Alzheimerovou, poruchou mobility, avšak u obou těchto typů je odlišná příčina, od níž se odvíjí ošetrovatelská péče. U pacientů s Alzheimerovou demencí je, jak již bylo řečeno, nezbytné zajištění bezpečného prostředí, neboť porucha mobility projevující se nestabilitou chůze, souvisí s dezorientací. Pacienti s vaskulární demencí trpí poruchou mobility spíše z důvodu aterosklerózy a embolizace mozkových tepen, což se mimo jiné, projevuje závratěmi. U těchto pacientů je tudíž nezbytnou součástí ošetrovatelské péče zvýšený dohled a dopomoc při chůzi, neboť samotné zajištění bezpečného prostředí není zárukou, že pacient s tímto typem demence znenadání nezakolísá a neupadne (Jiráček, 2011; Pidrman, 2007).

Ošetrovatelská péče o pacienty s frontotemporální demencí patří mezi nejnáročnější, což je zapříčiněno jednak neexistencí farmakologické terapie, která

by progresi demence tohoto typu zpomalovala, a především výraznými poruchami chování, které tento typ demence provázejí. Pacienti postižení tímto typem demence bývají hrubí, popudliví, porušují veškeré zásady společenského chování včetně zanedbávání a odmítání osobní hygieny a trpí nepředvídatelnými změnami emocionality, což značně znesnadňuje ošetrovatelskou péči. Další rozdíl v ošetrovatelské péči o pacienty s Alzheimerovou a frontotemporální demencí tkví v zajišťování příjmu potravy. Zatímco pacienti s Alzheimerovou demencí trpí spíše nechutenstvím a poruchou polykání, pacienti s demencí frontotemporální obvykle mají nadměrnou chuť k jídlu. U obou těchto poruch je shodné zvýšené riziko aspirace, avšak s rozdílnou příčinou, ze které logicky vyplývá odlišný ošetrovatelský přístup v zajišťování příjmu potravy (Holmerová, 2007; Nanda, 2010).

1.7.3 Nejčastější ošetrovatelské diagnózy u pacientů s demencí

00099 *Neefektivní udržování zdraví* v souvislosti se zhoršením kognitivních funkcí projevující se neschopností dodržovat léčebný režim

00102 *Deficit sebepečce při stravování* v souvislosti se zhoršením kognitivních funkcí projevující se neschopností bezpečně a v dostatečném množství přijímat stravu

00103 *Porucha polykání* v souvislosti se zhoršením kognitivních funkcí projevující se zadržováním stravy v dutině ústní

00028 *Riziko dehydratace* v souvislosti s neuvědomováním si nutnosti přijímat dostatečné množství tekutin

00108 *Deficit sebepečce při koupání* v souvislosti se zhoršením kognitivních funkcí projevující se neschopností dodržovat hygienické návyky

00110 *Deficit sebepečce při vyprazdňování* v souvislosti se zhoršením kognitivních funkcí projevující se neschopností vyprázdnit se na toaletě

00020 *Funkční inkontinence moči* v souvislosti se zhoršením kognitivních funkcí projevující se opožděným uvědoměním si potřeby močit

00014 *Inkontinence stolice* v souvislosti se ztrátou kontroly nad rektálním svěračem projevující se neschopností rozpoznat naléhavou potřebu defekace

- 00088 *Zhoršená chůze* v souvislosti s prostorovou dezorientací projevující se neschopností bezpečně ujít potřebnou vzdálenost
- 00155 *Riziko pádu* v souvislosti s prostorovou dezorientací
- 00129 *Chronická zmatenost* v souvislosti se zhoršením kognitivních funkcí projevující se dezorientací
- 00131 *Zhoršená paměť* v souvislosti se zhoršením kognitivních funkcí projevující se neschopností zapamatovat si nové informace
- 00051 *Zhoršená verbální komunikace* v souvislosti se zhoršením kognitivních funkcí projevující se neschopností srozumitelně sdělit své potřeby
- 00146 *Úzkost* v souvislosti s časoprostorovou dezorientací projevující se neklidem a agresivitou
- 00138 *Riziko násilí vůči jiným* v souvislosti s neschopností adekvátně vyhodnotit aktuální situaci (Nanda, 2010)

1.8 Ošetřovatelská péče v Alzheimercentru

Ošetřovatelská péče je ve všech zařízeních Alzheimercentra poskytována nepřetržitě, tj. 24 hodin denně 7 dní v týdnu. Tato péče je poskytována na základě indikace praktického lékaře a psychiatra, u nichž je pacient zaregistrován a kteří do zařízení pravidelně dochází. Praktický lékař do zařízení dochází 1 x týdně, psychiatr 1 x za 2 týdny, v případě potřeby častěji. Vyšetření u odborného lékaře je zajišťováno převozem do ambulance příslušného odborného lékaře za doprovodu všeobecné sestry, nebo ošetřovatele. V případě akutního zhoršení pacientova zdravotního stavu je k pacientovi volán lékař, který rozhodne o dalším postupu (Alzheimercentrum, 2011).

Poskytování lékařem indikované ošetřovatelské péče je zajišťováno ošetřovatelským týmem, který je složen z všeobecných sester, zdravotnických asistentů, ergoterapeutů a ošetřovatelů. Pro každou ošetřovatelskou intervenci jsou vytvořeny standardy a metodiky poskytované ošetřovatelské péče. Za odbornost a ucelenost poskytované ošetřovatelské péče v celém systému zařízení Alzheimercentra je zodpovědný metodik ošetřovatelské péče, na jednotlivých zařízeních vrchní a staniční sestra, plynulý průběh směny zajišťuje sestra směnová. Součástí poskytované

ošetřovatelské péče je aplikace léčebné terapie všemi lékařem indikovanými formami, péče o permanentní močové katétrů a všechny druhy stomií, péče o žilní vstupy, péče o rány a odběry biologického materiálu dle indikace lékaře. Veškeré ošetřovatelské intervence jsou prováděny na základě ošetřovatelských plánů odsouhlasených praktickým lékařem, které jsou sestrami sestavovány každému pacientovi na základě zjištěných ošetřovatelských diagnóz dle klasifikace Nanda a při jakékoliv změně pacientova zdravotního stavu jsou této změně neprodleně přizpůsobeny. Samozřejmě součástí poskytované ošetřovatelské péče je zajišťování pacientovi celkové hygieny, provádění ošetřovatelské rehabilitace a aktivizace pacienta (Alzheimercentrum, 2011).

Na pacientově aktivizaci se v nejvyšší míře podílejí ergoterapeuti. Ergoterapie u pacientů s demencí je zaměřena na nácvik soběstačnosti, od čehož se odvíjí zachování pacientových předchozích návyků a dovedností po co možná nejdéle dobu. Ergoterapie je kombinována s terapií reminiscenční, která je založena na skutečnosti, že v mozku nejdéle zůstávají vědomosti, vzpomínky a návyky, které jsou zafixovány v dlouhodobé paměti. Z toho důvodu je nezbytná spolupráce pacientových blízkých a rodinných příslušníků, u kterých lze předpokládat, že pacientovi zvyklosti z doby předtím, než onemocněli, znají nejlépe. Cílem této spolupráce je zajištění, aby pacient do zařízení nepřicházel vybaven pouze oblečením a používanými kompenzačními pomůckami, ale aby byl rovněž vybaven drobnými předměty, které byly pro pacienta v době před onemocněním důležité (talismany, obrázky), nebo předměty dokumentujícími důležité milníky v pacientově životě, např. vysvědčení, diplomy, medaile, svatební fotografie, fotografie dětí a vnoučat, či fotografie z dovolených (Alzheimercentrum, 2011).

Součástí ošetřovatelské péče v Alzheimercentru je rovněž zooterapie. Ve všech zařízeních Alzheimercentra je zooterapie prováděna formou felinoterapie (přímý kontakt pacienta s kočkou domácí), na zařízení Loucký Mlýn a Písek rovněž formou canisterapie, stejně tak zooterapie pomocí malých domácích zvířat (morčata, křečci, ptáci, akvarijní ryby). V plánu je obohacení zooterapie o malá hospodářská zvířata, neboť mnozí z pacientů prožili svůj život na vsi a péče o ně byla jeho běžnou součástí (Alzheimercentrum, 2011).

Ve všech zařízeních Alzheimercentra je ošetrovatelská péče poskytována dle konceptu bazální stimulace, přičemž v tomto konceptu jsou do 3 měsíců po nástupu proškoleni všichni pracovníci poskytující ošetrovatelskou péči. Proškolení v tomto konceptu je interní formou prováděno na zařízení Písek, které je certifikovaným pracovištěm pracujícím s konceptem Bazální stimulace a které je supervidováno Institutem bazální stimulace. Dokladem skutečnosti, že na zařízeních Alzheimercentra je ošetrovatelská péče o pacienta s demencí poskytována kvalitně, je udělení Certifikace Vážka, která zařízení Loucký Mlýn byla udělena Českou alzheimerovskou společností, jejíž zakladatelkou a garantem je Doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D. (Alzheimercentrum, 2011; Česká alzheimerovská společnost, 2012; Institut bazální stimulace, 2012).

2 Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

- Cíl 1: Zjistit specifika ošetrovatelské péče o pacienta postiženého Alzheimerovou chorobou.
- Cíl 2: Zjistit, zda je ošetrovatelský personál, nastupující do Alzheimercentra, s těmito specifiky seznámen.

2.2 Hypotézy

- Hypotéza 1: Ošetrovatelská péče o pacienta postiženého Alzheimerovou chorobou je odlišná od péče o seniora s demencí jiného typu.
- Hypotéza 2: Ošetrovatelský personál nastupující do Alzheimercentra na pozici všeobecné sestry má znalosti o specifických ošetrovatelské péče o dementního pacienta.
- Hypotéza 3: Ošetrovatelský personál nastupující do Alzheimercentra na pozici ošetrovatele má znalosti o specifických ošetrovatelské péče o dementního pacienta.

3 Metodika

3.1 Metodika a technika výzkumu

Empirická část bakalářské práce byla zpracována formou kvantitativního výzkumného šetření, přičemž technikou sběru dat byly 2 anonymní dotazníky, které byly určeny všeobecným sestřám, zdravotnickým asistentům a ošetřovatelům nastupujícím do Alzheimercentra. Ošetřovatelé byli zahrnuti do výzkumného šetření z důvodu jejich úzké spolupráce s všeobecnými sestrami, pod jejichž vedením se stávají neopomenutelným článkem v poskytování ošetřovatelské péče o pacienty v Alzheimercentru. Sběr dat se z důvodu oslovení co možná největšího množství respondentů uskutečnil v měsících říjen 2011 – březen 2012.

První dotazník (dále jen dotazník pro sestry) byl určen všeobecným sestřám a zdravotnickým asistentům. Tento dotazník obsahoval 16 otázek, z nichž 8 otázek bylo uzavřených a 8 otázek polootevřených. U 3 otázek bylo možné zvolit 1 a více odpovědí, u 5 otázek byla kladně odpovídajícím respondentům položena 1 otevřená podotázka.

Druhý dotazník (dále jen dotazník pro ošetřovatele) byl určen ošetřovatelům - pracovníkům v sociálních službách. Tento dotazník obsahoval 15 otázek, z nichž 7 otázek bylo uzavřených a 8 otázek polootevřených. U 3 otázek bylo možné zvolit 1 a více odpovědí, u 5 otázek byla kladně odpovídajícím respondentům položena 1 otevřená podotázka.

Výsledky vyplynuvší z vyhodnocení dotazníků byly zpracovány formou grafů, přičemž z důvodu přehlednosti byly oba dotazníky zpracovány samostatně.

3.2 Charakteristika zkoumaného souboru

Výzkumný soubor byl tvořen ošetřovatelským personálem nastupujícím do Alzheimercentra na zařízeních Filipov, Zlosyň, Průhonice, Písek a Loucký Mlýn. Na zařízení Filipov, Zlosyň a Písek bylo na každém z nich rozdáno 20 dotazníků pro sestry a 20 dotazníků pro ošetřovatele. Na zařízení Průhonice bylo z důvodu největší klientské a personální kapacity rozdáno 30 dotazníků pro sestry a 30 dotazníků pro ošetřovatele, na zařízení Loucký Mlýn bylo z důvodu nejmenší klientské

a personální kapacity rozdáno 10 dotazníků pro sestry a 10 dotazníků pro ošetřovatele. Celkem tedy bylo rozdáno 100 dotazníků pro sestry a 100 dotazníků pro ošetřovatele.

Ze zařízení Filipov se vrátilo 17 dotazníků pro sestry (85 %), přičemž všechny dotazníky byly vyplněny správně a 18 dotazníků pro ošetřovatele (90 %), z nichž správně bylo vyplněno 17 dotazníků (85 %), 1 dotazník byl vyřazen pro neúplné vyplnění.

Ze zařízení Zlosyň se vrátilo 17 dotazníků pro sestry (85 %), přičemž 16 dotazníků (94,1 %) bylo vyplněno správně, 1 dotazník byl vyřazen pro chybné vyplnění a dále 18 dotazníků pro ošetřovatele (90 %), z nichž správně bylo vyplněno 16 dotazníků (88,9 %), 2 dotazníky byly vyřazeny pro neúplné vyplnění.

Ze zařízení Průhonice se vrátilo 20 dotazníků pro sestry (70 %), přičemž všechny byly správně vyplněny a 25 dotazníků pro ošetřovatele (85 %), které byly rovněž všechny správně vyplněny.

Ze zařízení Písek byla návratnost 12 dotazníků pro sestry (60 %), které byly všechny správně vyplněny a 15 dotazníků pro ošetřovatele (75 %), z nichž správně vyplněno bylo 14 dotazníků (70 %) a 1 dotazník byl pro nesprávné vyplnění vyřazen.

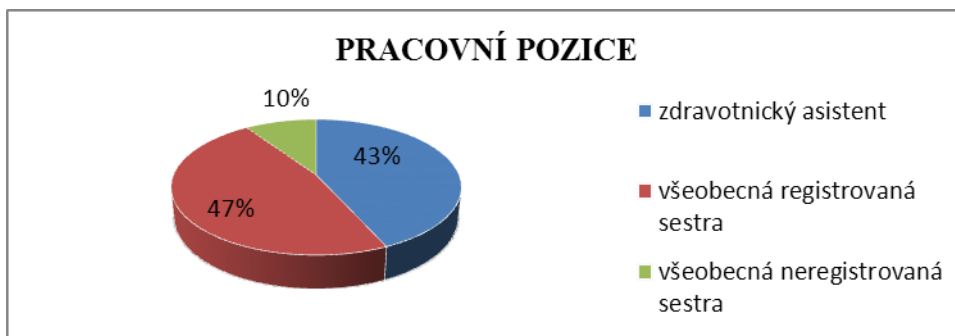
Ze zařízení Loucký Mlýn byla návratnost 9 dotazníků pro sestry (90 %), přičemž všechny dotazníky byly vyplněny správně a 10 dotazníků pro ošetřovatele (100 %), z čehož správně vyplněných bylo 9 dotazníků (90 %), jeden dotazník byl vyřazen pro nesprávné vyplnění.

Z 200 rozdaných dotazníků se vrátilo celkem 161 dotazníků (82,5 %), z nichž 155 dotazníků (96,1 %) bylo vyplněno správně a 6 (3,7 %) dotazníků bylo vyřazeno pro nesprávné nebo neúplné vyplnění. 75 navrácených dotazníků (46,6 %) bylo vyplněno všeobecnými sestrami a zdravotnickými asistenty, po odečtení 1 nesprávně vyplněného dotazníku je celkový počet dotazníků použitých pro výzkumné šetření týkajícího se všeobecných sester a zdravotnických asistentů 74 dotazníků (dále bude považováno za 100 %). 86 navrácených dotazníků (53,4 %) bylo vyplněno ošetřovateli, po odečtení 5 nesprávně nebo neúplně vyplněných dotazníků je celkový počet dotazníků použitých pro výzkumné šetření týkající se ošetřovatelů 81 dotazníků (dále bude považováno za 100 %).

4 Výsledky výzkumného šetření

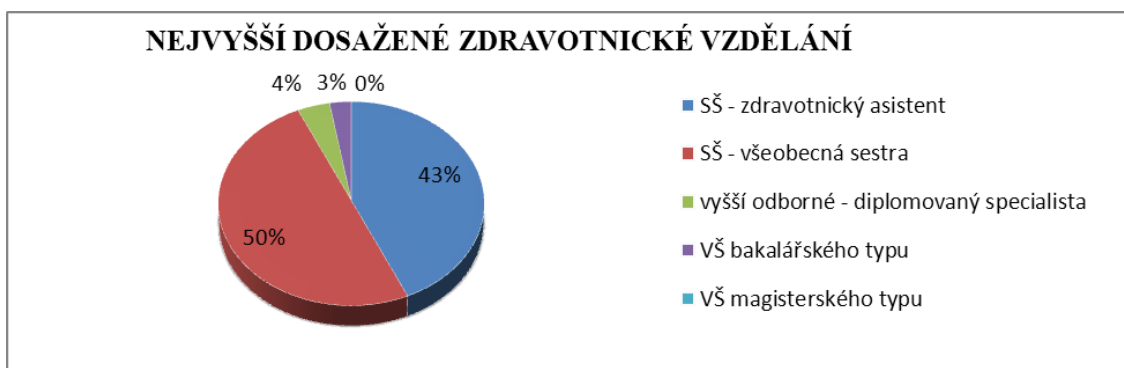
4.1 Analýza dotazníku pro všeobecné sestry a zdravotnické asistenty

Graf 1



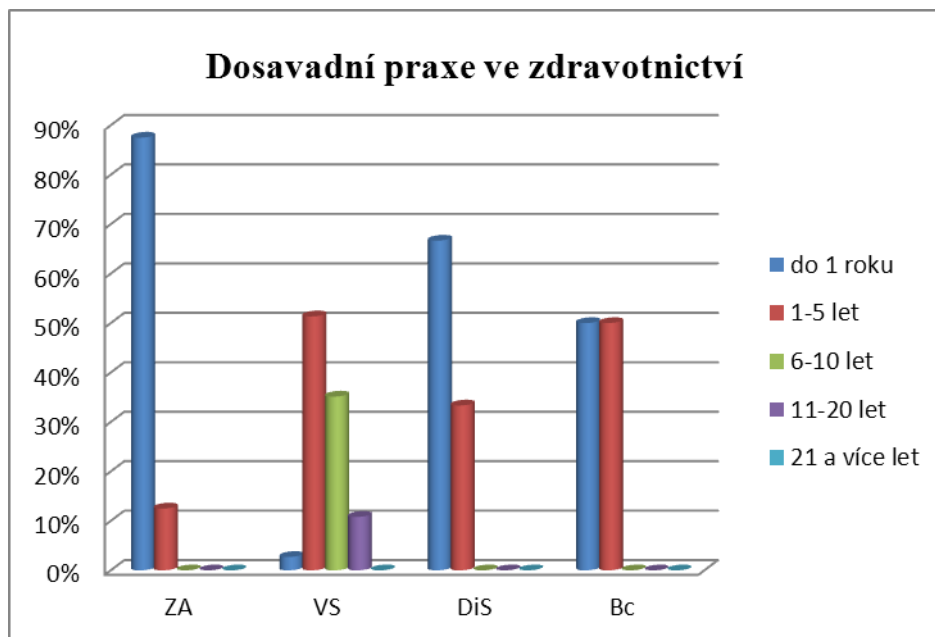
Z celkového počtu 74 (100 %) respondentů z řad všeobecných sester a zdravotnických asistentů se 32 (43 %) dotázaných ucházelo o pozici zdravotnického asistenta, o pozici všeobecné sestry s registrací 35 (47 %) dotázaných a o pozici všeobecné sestry bez registrace 7 (10 %) dotázaných.

Graf 2



Z celkového počtu 74 (100 %) dotazovaných respondentů z řad zdravotnických asistentů a všeobecných sester dosáhlo 32 (43 %) středoškolského vzdělání v oboru zdravotnický asistent, 37 (50 %) dosáhlo středoškolského vzdělání v oboru všeobecná sestra, 3 (4 %) dosáhli vyššího odborného vzdělání a 2 (3 %) dosáhli vysokoškolského vzdělání bakalářského typu. Žádný z dotazovaných respondentů nedosáhl vysokoškolského vzdělání magisterského typu.

Graf 3



Z celkového počtu 74 (100 %) dotazovaných respondentů z řad zdravotnických asistentů a všeobecných sester uvedlo délku praxe ve zdravotnictví v délce trvání do 1 roku 28 zdravotnických asistentů, 1 všeobecná sestra, 2 diplomovaní specialisté a 1 sestra s vysokoškolským vzděláním.

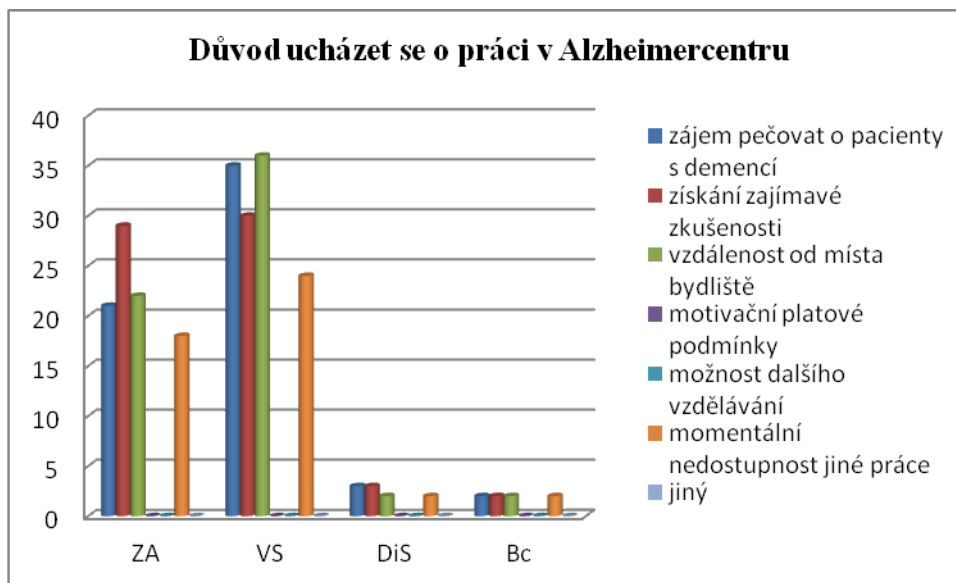
Praxi v délce trvání od 1 do 5 let uvedli 4 zdravotničtí asistenti, 13 všeobecných sester, 1 diplomovaný specialista a 1 vysokoškolsky vzdělaná sestra.

Praxi ve zdravotnictví v časovém rozmezí mezi 6 - 10 lety neuvedl žádný z respondentů z řad zdravotnických asistentů, ani všeobecná sestra s vyšším odborným a vysokoškolským vzděláním. Délku praxe v tomto časovém rozmezí uvedlo 19 všeobecných sester.

Že mají délku praxe ve zdravotnictví v časovém rozmezí 11 - 20 let uvedly 4 všeobecné sestry.

Délku praxe ve zdravotnictví nad 20 let neuvedl žádný ze 74 dotazovaných respondentů.

Graf 4



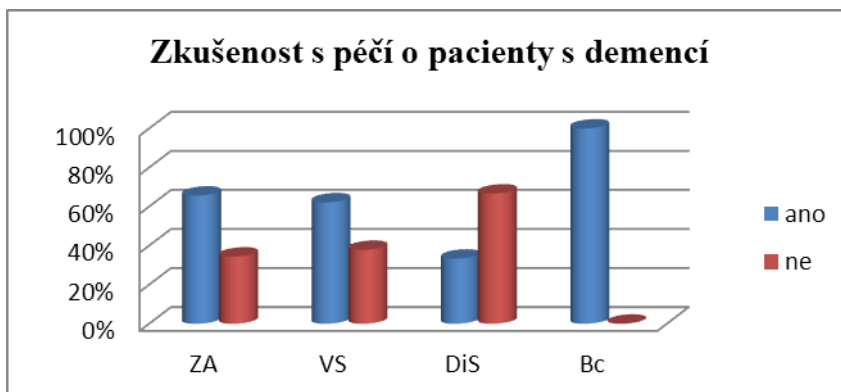
Z celkového počtu 74 (100 %) dotazovaných respondentů z řad zdravotnických asistentů a všeobecných sester má zájem pečovat o pacienty s demencí 21 zdravotnických asistentů a 40 všeobecných sester.

Získání zajímavé zkušenosti si od práce v Alzheimercentru slibuje 29 zdravotních asistentů a 35 všeobecných sester.

Vzdálenost od místa bydliště je důvodem ucházet se o práci v Alzheimercentru pro 22 zdravotnických asistentů a 40 všeobecných sester.

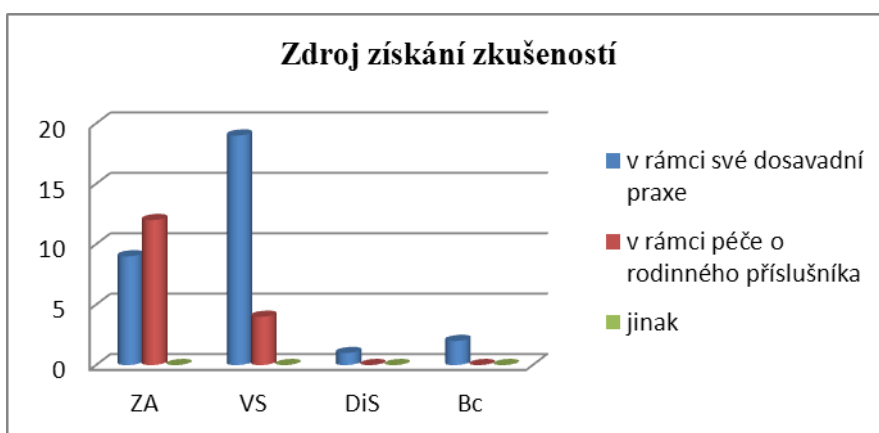
Momentální nedostupnost jiné práce coby důvod pro práci v Alzheimercentru připouští 18 zdravotnických asistentů a 28 všeobecných sester.

Graf 5



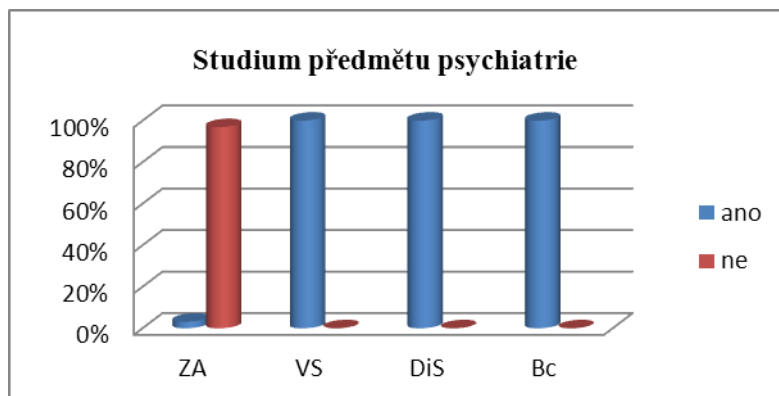
Z celkového počtu 74 (100 %) dotazovaných respondentů mělo v době nástupu do Alzheimercentra zkušenost s péčí o pacienty s demencí 21 zdravotnických asistentů, 23 všeobecných sester, 1 diplomovaný specialista a 2 vysokoškolsky vzdělané všeobecné sestry.

Graf 6



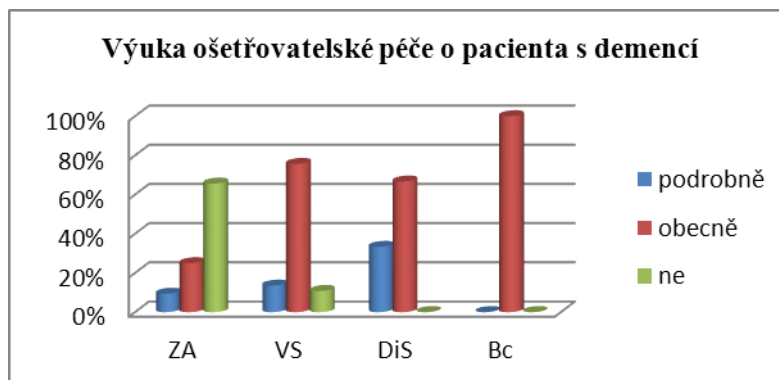
9 z 21 zdravotnických asistentů, kteří uvedli, že mají zkušenost s ošetrovatelskou péčí o pacienta s demencí, tuto zkušenost získalo v rámci své dosavadní praxe, stejně tak 19 z 23 všeobecných sester, 1 z 3 diplomovaných specialistů a 2 vysokoškolsky vzdělané sestry. V rámci péče o rodinného příslušníka nabylo zkušenost s péčí o pacienta s demencí 12 zdravotnických asistentů a 4 všeobecné sestry.

Graf 7



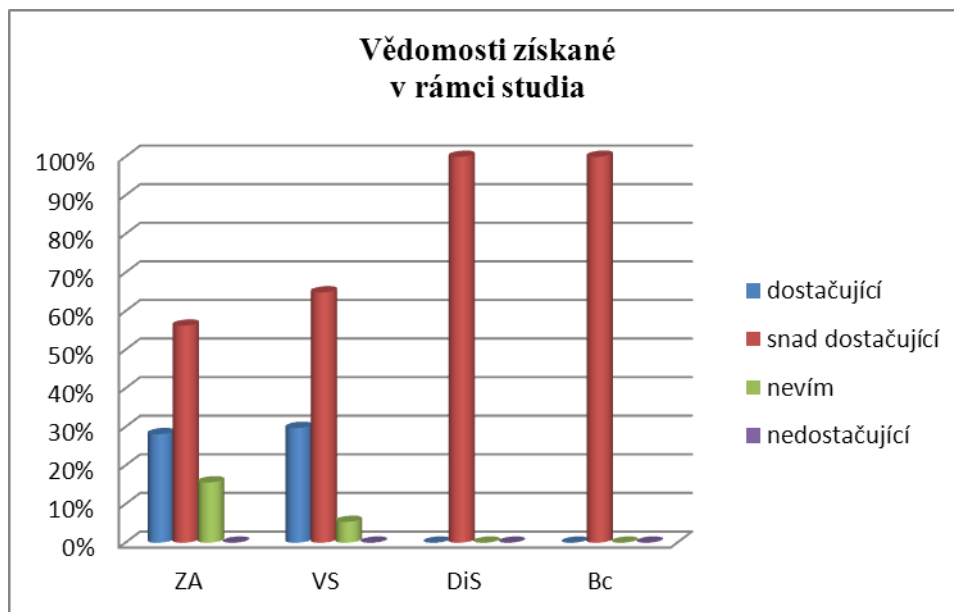
Z celkového počtu 74 (100 %) dotazovaných respondentů z řad zdravotnických asistentů a všeobecných sester byl předmět psychiatrie součástí studia u 1 z 32 zdravotnických asistentů, u 37 všeobecných sester, u 3 diplomovaných specialistů a 2 vysokoškolsky vzdělaných sester.

Graf 8



Z celkového počtu 74 (100 %) dotazovaných respondentů z řad zdravotnických asistentů a všeobecných sester byla, dle tvrzení respondentů, ošetrovatelská péče o pacienta s demencí v rámci studia podrobně vyučována u 3 zdravotnických asistentů, 5 všeobecných sester a 1 diplomovaného specialisty. Obecně byla vyučována u 8 zdravotnických asistentů, 28 všeobecných sester, 2 diplomovaných specialistů a 2 vysokoškolsky vzdělaných sester. Že tato péče v rámci studia vyučována nebyla, uvedlo 21 zdravotnických asistentů a 4 všeobecné sestry.

Graf 9



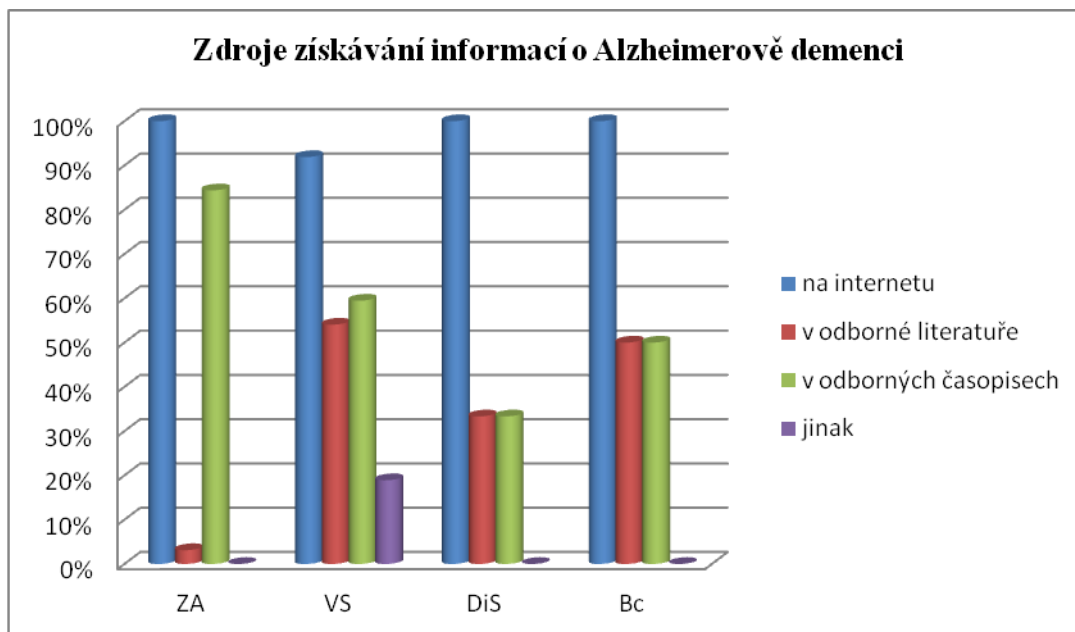
Z celkového počtu 74 (100 %) dotazovaných respondentů z řad zdravotnických asistentů a všeobecných sester se 9 zdravotnických asistentů domnívá, že vědomosti získané v rámci studia jsou dostačující na pozici, o kterou se ucházejí,

18 zdravotnických asistentů se domnívá, že studiem nabyté zkušenosti snad budou stačit, 5 zdravotnických asistentů neví.

11 všeobecných sester se domnívá, že vědomosti získané v rámci studia jsou pro práci, o níž se ucházejí, dostačující. Že studiem získané vědomosti jsou snad dostačující, se domnívá 24 všeobecných sester, 2 všeobecné sestry neví.

Že vědomosti získané v rámci studia budou snad dostačující, uvedli 3 diplomovaní specialisté a 2 vysokoškolsky vzdělané sestry.

Graf 10



Z celkového počtu 74 (100 %) dotazovaných respondentů z řad zdravotnických asistentů a všeobecných sester si informace o Alzheimerově demenci i jinou formou než v rámci studia zjišťovali všichni dotazovaní respondenti.

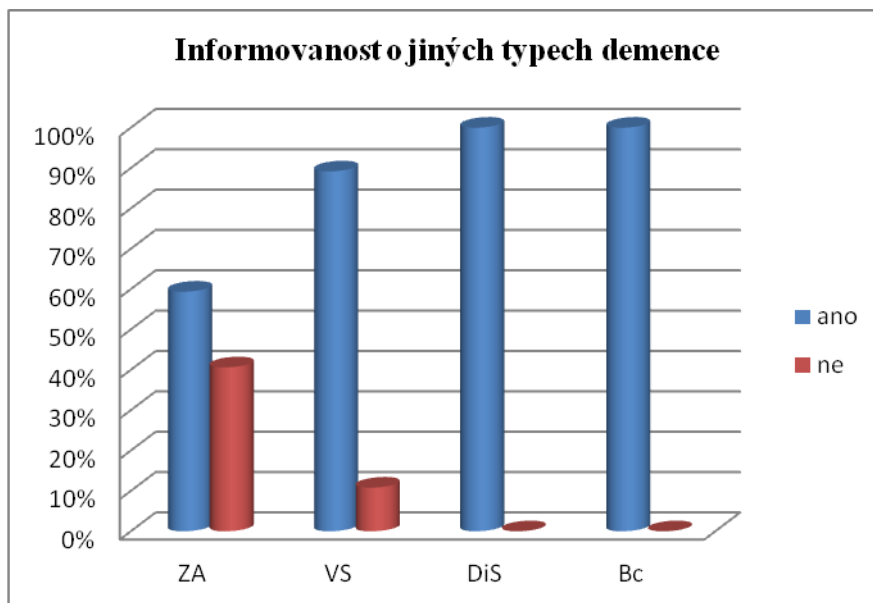
Na internetu si informace zjišťovalo 32 zdravotnických asistentů, 34 všeobecných sester, 3 diplomovaní specialisté a 2 vysokoškolsky vzdělané sestry.

V odborné literatuře si informace vyhledával 1 zdravotnický asistent, 20 všeobecných sester, 1 diplomovaný specialista a 1 vysokoškolsky vzdělaná všeobecná sestra.

Odborný časopis byl dalším zdrojem informací pro 27 zdravotnických asistentů, 22 všeobecných sester, 1 diplomovaného specialistu a 1 vysokoškolsky vzdělanou všeobecnou sestru.

Dozvědět se informace o Alzheimerově demenci v televizi mělo snahu 7 všeobecných sester.

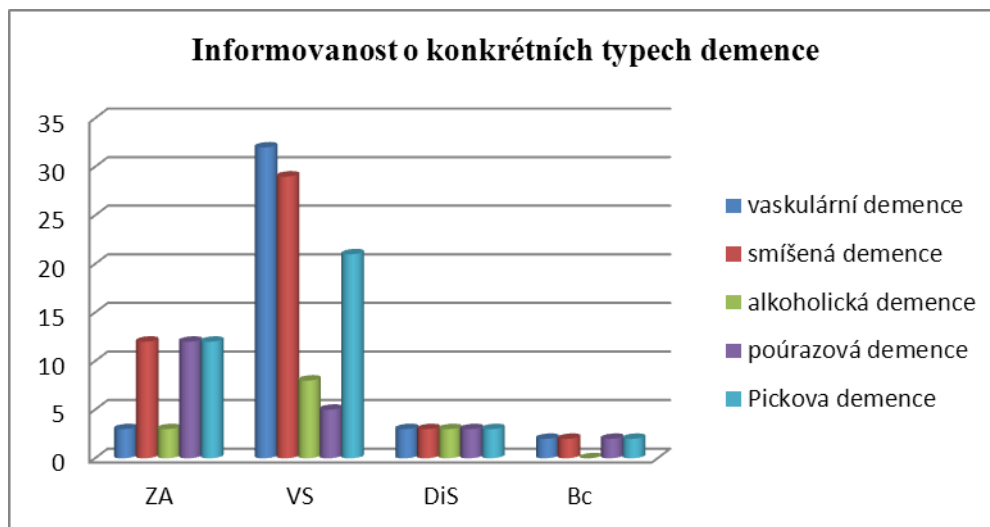
Graf 11



Z celkového počtu 74 (100 %) dotazovaných respondentů z řad zdravotnických asistentů a všeobecných sester má informace nejen o demenci Alzheimerově, ale i o demencích jiného typu 19 z 32 zdravotnických asistentů, z 37 všeobecných sester má informace o jiných typech demence 33 z nich.

3 diplomovaní specialisté a 2 vysokoškolsky vzdělané všeobecné sestry mají informace o jiných typech demence rovněž.

Graf 12



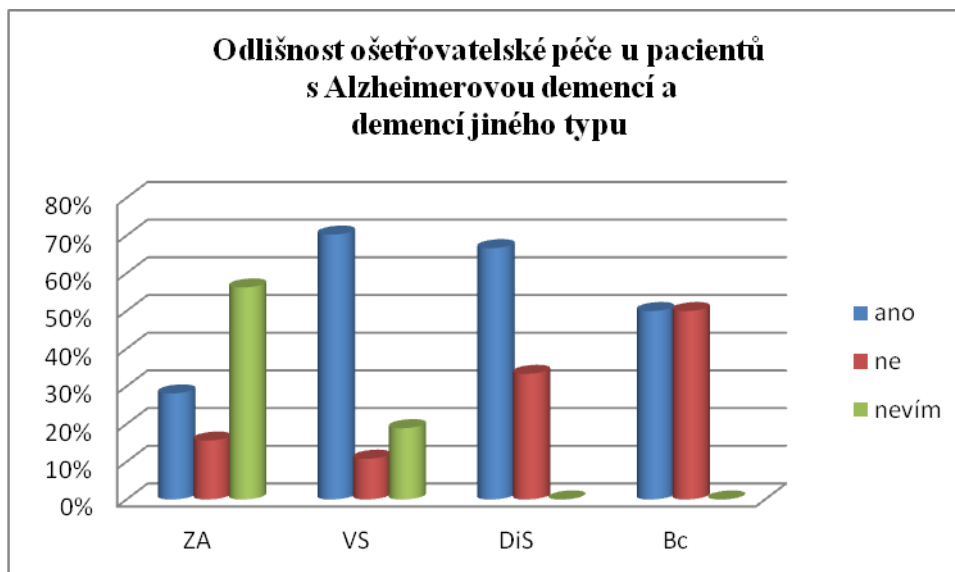
Z 19 zdravotnických asistentů, kteří uvedli, že mají informace i o jiných typech demence než demenci Alzheimerově, mají 3 informace o demenci vaskulární a alkoholické, 12 zdravotnických asistentů má informace o demenci smíšené, poúrazové a demenci Pickově.

Z 33 všeobecných sester má 32 informace o demenci vaskulární, 29 má informace o demenci smíšené, 8 má informace o demenci alkoholické, 5 o demenci poúrazové a 21 všeobecných sester má informace o demenci Pickově.

Všichni 3 dotazovaní diplomovaní specialisté shodně uvedli, že mají informace o demenci vaskulární, smíšené, alkoholické, poúrazové a demenci Pickově.

Shodně, vyjma uvedení demence alkoholické, odpovídaly i vysokoškolsky vzdělané všeobecné sestry.

Graf 13

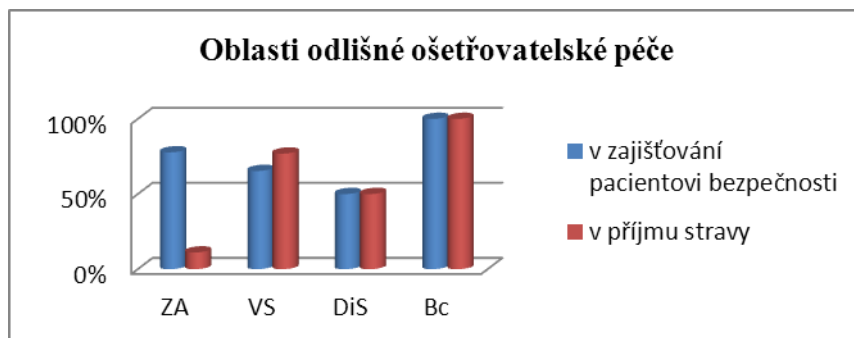


Z celkového počtu 74 (100 %) dotazovaných respondentů z řad zdravotnických asistentů a všeobecných sester se 9 zdravotnických asistentů, 26 všeobecných sester, 2 diplomovaní specialisté a 1 vysokoškolsky vzdělaná všeobecná sestra domnívá, že ošetrovateľská péče o pacienta s Alzheimerovou demencií je odlišná od ošetrovateľské péče o pacienta s demencií jiného typu

Že se ošetrovateľská péče dle typů demence neodlišuje, uvedlo 5 zdravotnických asistentů, 4 všeobecné sestry, 1 diplomovaný specialista a 1 vysokoškolsky vzdělaná všeobecná sestra.

Že neví o odlišnostech v ošetrovateľské péči o pacienty s demencií Alzheimerovou a demencemi jiného typu uvedlo 18 zdravotnických asistentů a rovněž 7 všeobecných sester.

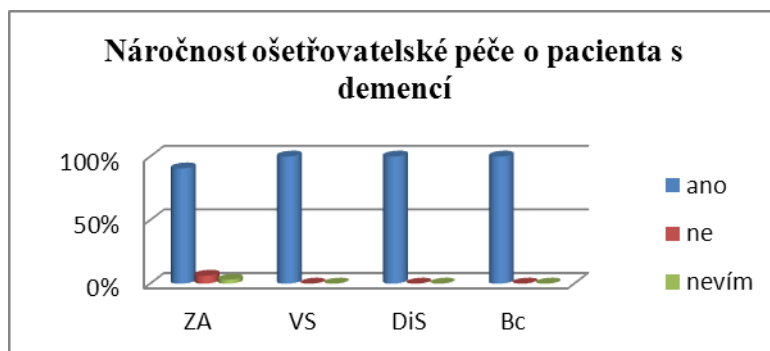
Graf 14



Rozdíl v ošetrovatelské péči pacienta s Alzheimerovou demencí a demencí jiného typu v oblasti zajišťování pacientovi bezpečnosti spatřuje 7 zdravotnických asistentů, 17 z 26 všeobecných sester, 1 z 2 diplomovaných specialistů a 1 vysokoškolsky vzdělaná všeobecná sestra.

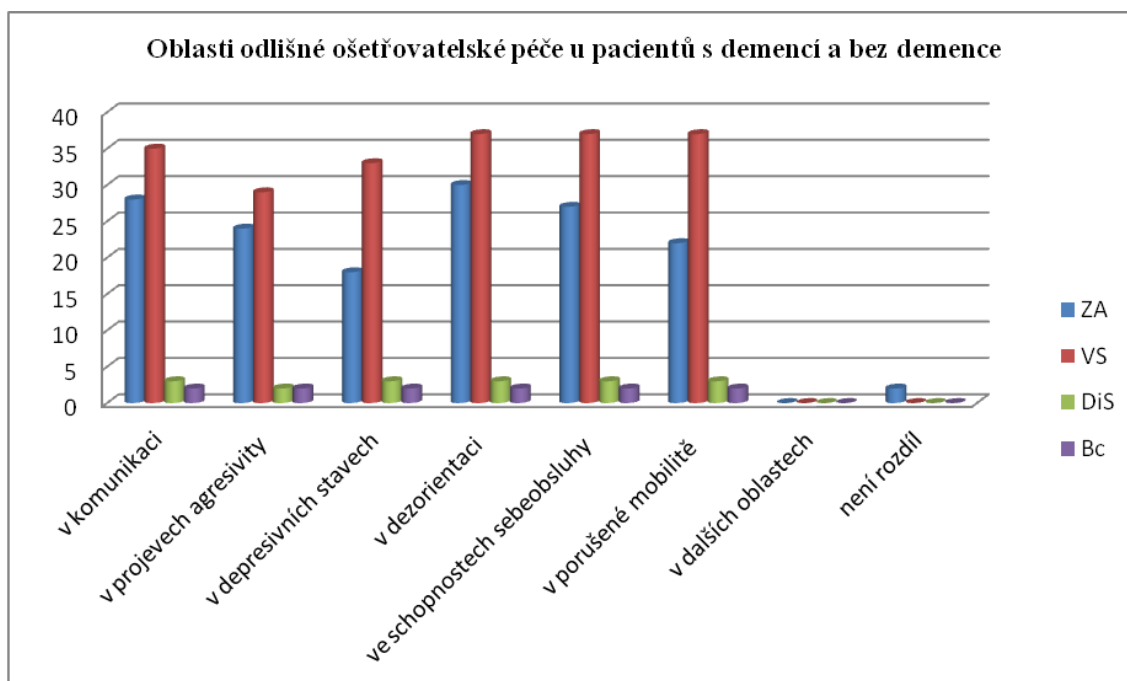
Odlišnost ošetrovatelské péče v oblasti příjmu stravy spatřuje 1 z 9 zdravotnických asistentů, 20 z 26 všeobecných sester, 1 z 2 diplomovaných specialistů a 1 vysokoškolsky vzdělaná všeobecná sestra.

Graf 15



29 zdravotnických asistentů, 37 všeobecných sester, 3 diplomovaní specialisté a 2 vysokoškolsky vzdělané všeobecné sestry se domnívají, že ošetrovatelská péče o pacienta s demencí je náročnější, než ošetrovatelská péče o pacienta bez demence. Že tato ošetrovatelská péče náročnější není, uvedli 2 zdravotničtí asistenti, 1 zdravotnický asistent neví.

Graf 16



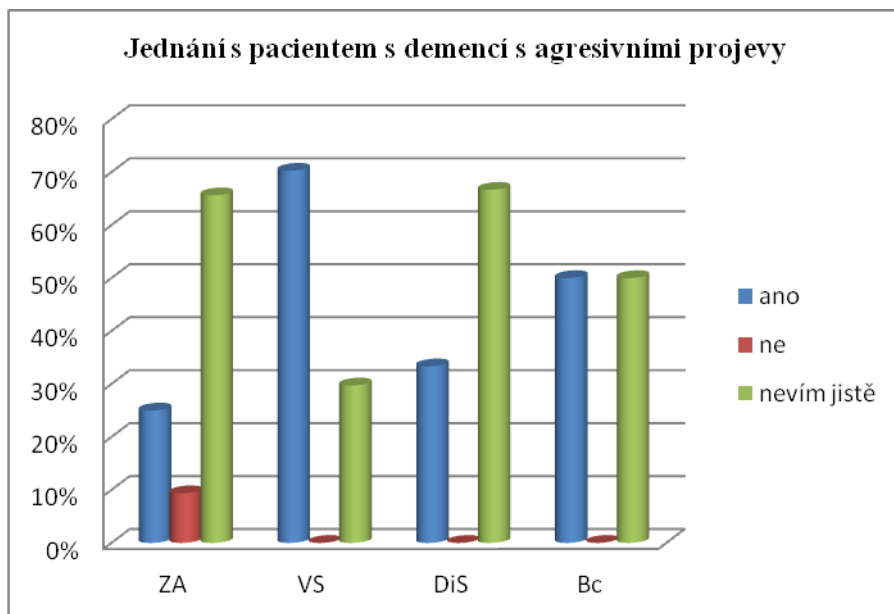
Z celkového počtu 74 (100 %) dotazovaných respondentů z řad zdravotnických asistentů a všeobecných sester spatřuje rozdíl v komunikaci s pacientem s demencí a bez demence 28 zdravotnických asistentů a 35 všeobecných sester. Stejný náhled sdílí i 3 diplomovaní specialisté a 2 vysokoškolsky vzdělané sestry.

Rozdílnost v ošetrovatelské péči z důvodu agresivity uvedlo 24 zdravotnických asistentů, 29 všeobecných sester, 2 diplomovaní specialisté a 2 vysokoškolsky vzdělané sestry.

Všech 37 všeobecných sester spatřuje rozdíl v ošetrovatelské péči z důvodu dezorientace, porušené mobility a ve schopnostech sebeobsluhy. Stejný názor sdílí diplomovaní specialisté a vysokoškolsky vzdělané sestry. Odlišnost v ošetrovatelské péči z důvodu přítomnosti depresivních stavů uvedlo 18 zdravotnických asistentů, 33 všeobecných sester, 2 diplomovaní specialisté a 2 vysokoškolsky vzdělané sestry.

30 zdravotnických asistentů vidí odlišnost v ošetrovatelské péči z důvodu dezorientace, 27 ve schopnostech sebeobsluhy a 22 v porušené mobilitě. 2 zdravotničtí asistenti v péči o pacienta s demencí a pacienta bez demence nespatřují rozdíl.

Graf 17

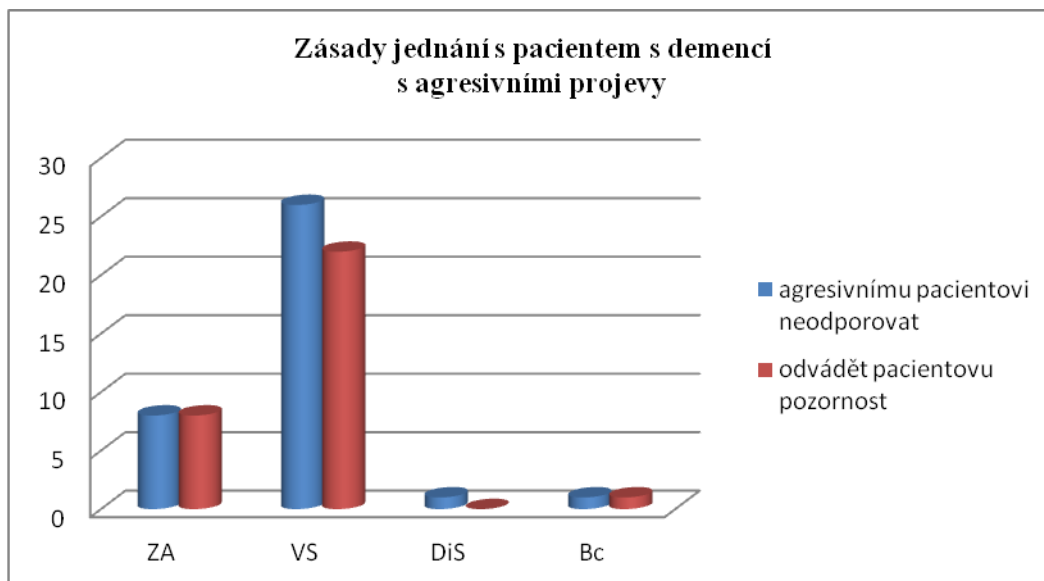


Z celkového počtu 74 (100 %) dotazovaných respondentů z řad zdravotnických asistentů a všeobecných sester uvedlo 8 zdravotnických asistentů, 26 všeobecných sester, 1 diplomovaný specialista a 1 vysokoškolsky vzdělaná sestra, že ví, jak jednat s pacientem s agresivními projevy.

Jak jednat s pacientem s demencí s agresivními projevy neví jistě 21 zdravotnických asistentů a 11 všeobecných sester. Stejně tak neví jistě 2 diplomovaní specialisté a 1 vysokoškolsky vzdělaná sestra

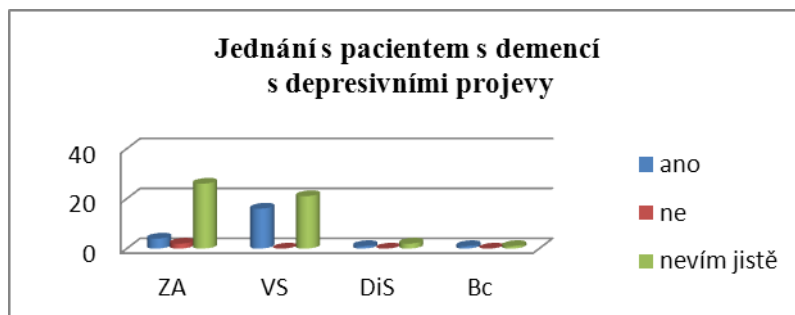
Že neví, jak jednat s pacientem s demencí s agresivními projevy, uvedli 3 zdravotničtí asistenti.

Graf 18



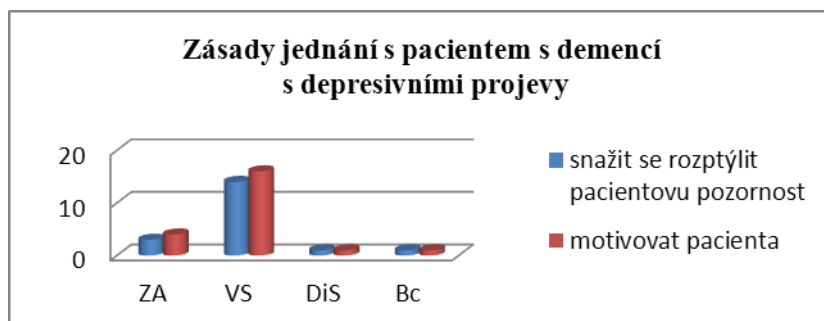
Všech 8 zdravotnických asistentů, kteří uvedli, že ví, jak jednat s pacientem s demencí s agresivními projevy, se domnívá, že takovému pacientovi se nemá odporovat, stejný názor sdílí i 26 všeobecných sester, 1 diplomovaný specialista a 1 vysokoškolsky vzdělaná sestra. 8 zdravotnických asistentů se domnívá, že u pacientů s demencí s agresivními projevy je třeba odvádět pacientovu pozornost, stejný názor uvedlo i 22 z 26 všeobecných sester a 1 vysokoškolsky vzdělaná sestra.

Graf 19



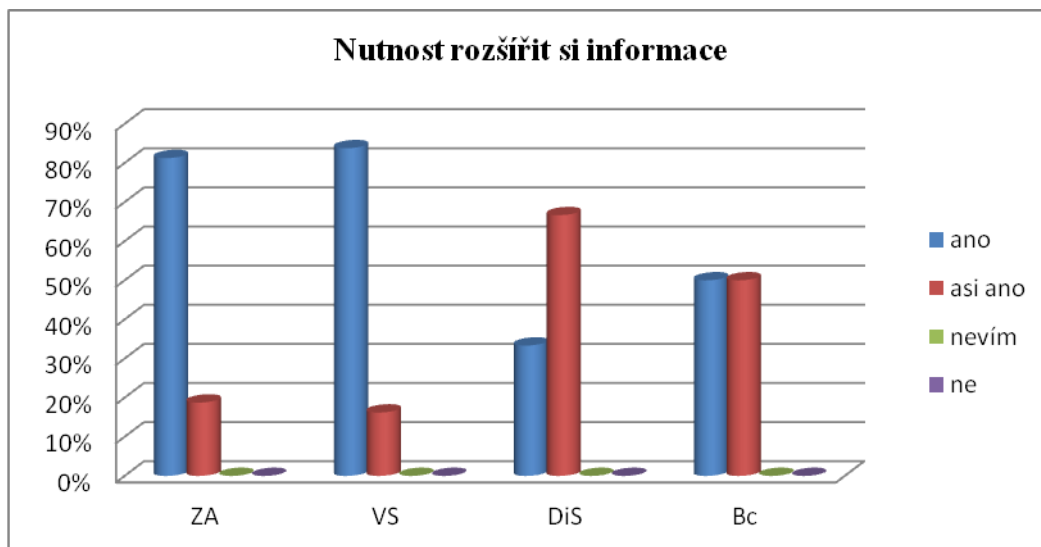
Z celkového počtu 74 (100 %) dotazovaných respondentů z řad zdravotnických asistentů a všeobecných sester 4 zdravotničtí asistenti, 16 všeobecných sester, 1 diplomovaný specialista a 1 vysokoškolsky vzdělaná sestra uvedli, že ví, jak jednat s pacientem s demencí s depresivními projevy. Že neví jistě, jak jednat s pacientem s demencí s depresivními projevy uvedlo 26 zdravotnických asistentů, 21 všeobecných sester, 2 diplomovaní specialisté a 1 vysokoškolsky vzdělaná sestra. 2 zdravotničtí asistenti uvedli, že neví, jak jednat s pacientem s demencí s depresivními projevy.

Graf 20



Zásadu, že u pacienta s demencí s depresivními projevy by měla být rozptýlována pacientova pozornost, uvedli 3 zdravotničtí asistenti, 14 všeobecných sester, 1 diplomovaný specialista a 1 vysokoškolsky vzdělaná sestra. Že je třeba pacienta motivovat uvedli 4 zdravotničtí asistenti, 16 všeobecných sester, 1 diplomovaný specialista a 1 vysokoškolsky vzdělaná sestra.

Graf 21



Z celkového počtu 74 (100 %) dotazovaných respondentů z řad zdravotnických asistentů a všeobecných sester se 26 z 32 zdravotnických asistentů domnívá, že v případě přijetí na pozici, o niž se uchází, bude nutné rozšířit si informace o ošetrovatelské péči o pacienta s demencí. Stejně názor sdílí i 31 z 37 všeobecných sester, 1 z 3 diplomovaných specialistů a 1 z 2 vysokoškolsky vzdělaných sester.

6 z 32 zdravotnických asistentů se domnívá, že v případě přijetí na pozici, o niž se uchází, bude asi nutné rozšířit si informace o ošetrovatelské péči o pacienta s demencí., stejný názor má i 6 všeobecných sester, 2 diplomovaní specialisté a 1 vysokoškolsky vzdělaná sestra.

Že rozšířit si informace o ošetrovatelské péči o pacienta s demencí nutné nebude, se nedomnívá žádný z dotazovaných respondentů.

4.2 Analýza dotazníku pro ošetřovatele

Graf 22



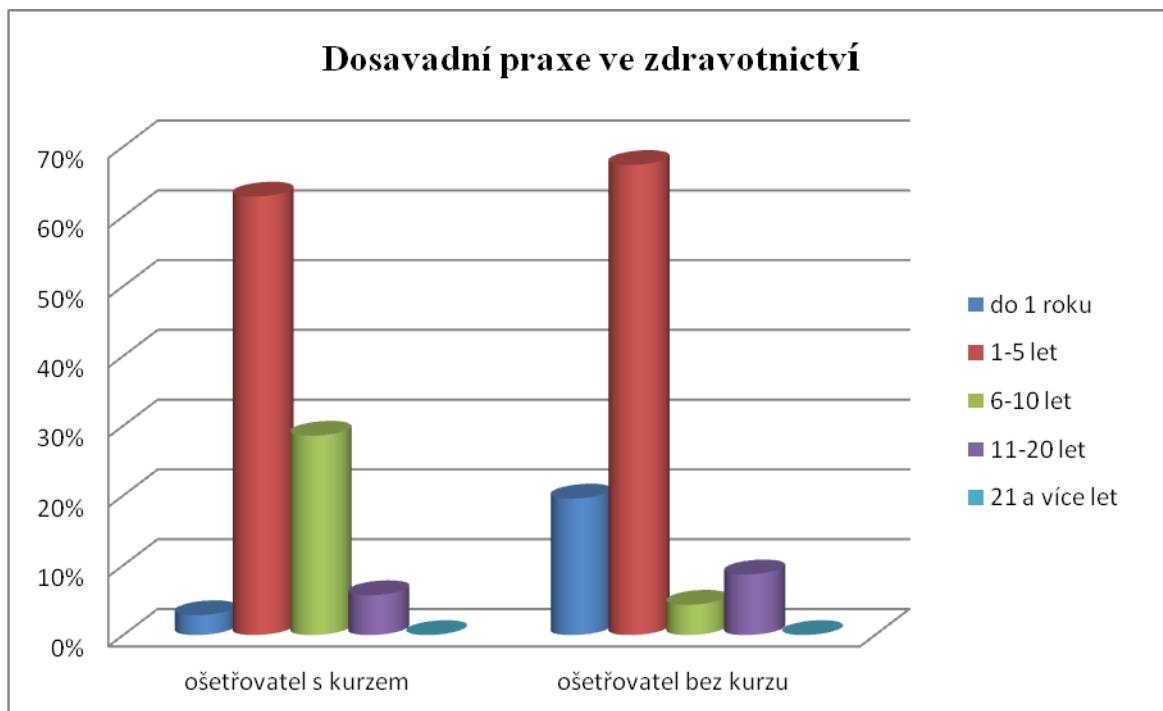
Z celkového počtu 81 (100 %) ošetřovatelů je 35 (43,2 %) absolventem kurzu pracovníka v sociálních službách (dále jen ošetřovatel s kurzem), 46 (56,8 %) absolventem kurzu (dále jen ošetřovatel bez kurzu) není.

Graf 23



Z celkového počtu 35 ošetřovatelů s kurzem dosáhli 2 základního vzdělání, 28 vzdělání učňovského, 2 středoškolského všeobecného a 3 středoškolského odborného nezdravotnického. Z celkového počtu 46 ošetřovatelů bez kurzu dosáhli 4 základního vzdělání, 30 učňovského vzdělání, 4 středoškolského všeobecného a 8 středoškolského odborného nezdravotnického vzdělání.

Graf 24



Z celkového počtu 81 dotazovaných respondentů z řad ošetřovatelů má praxi ve zdravotnictví v délce trvání do 1 roku 1 ošetřovatel s kurzem a 9 ošetřovatelů bez kurzu.

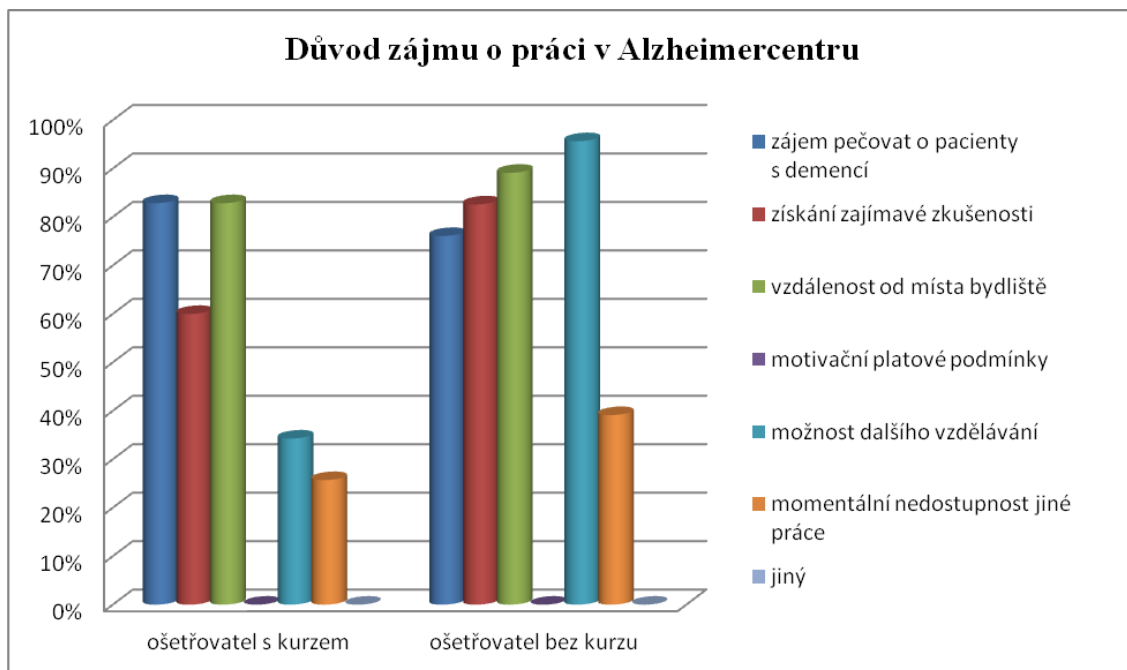
Praxi v délce trvání od 1 do 5 let má 22 ošetřovatelů s kurzem a 31 ošetřovatelů bez kurzu.

Praxi v délce trvání mezi 6-10 lety má 10 ošetřovatelů s kurzem a 2 ošetřovatelé bez kurzu.

11-20 let ve zdravotnictví pracují 2 ošetřovatelé s kurzem a 4 ošetřovatelé bez kurzu.

Déle než 21 let žádný z respondentů z řad ošetřovatelů ve zdravotnictví nepracoval.

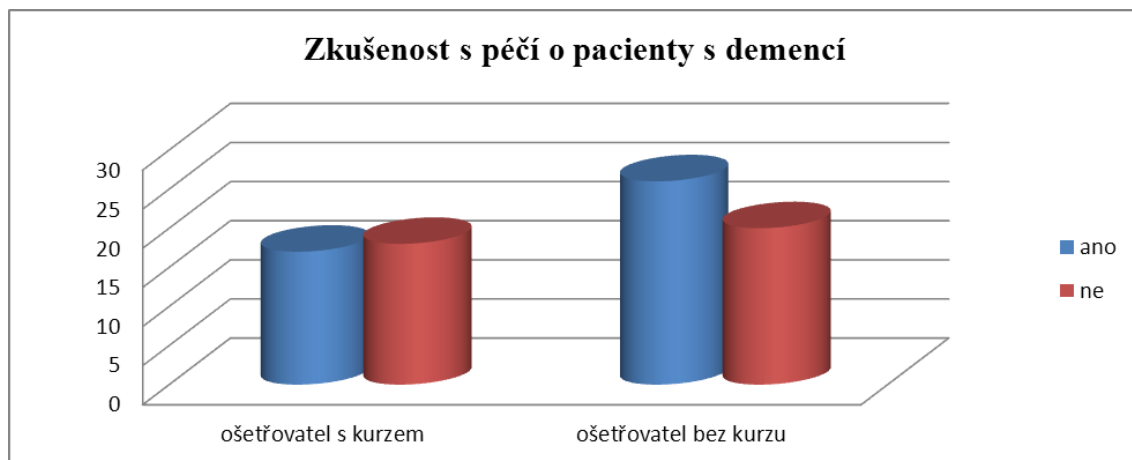
Graf 25



Z celkového počtu 35 ošetřovatelů s kurzem má 29 z nich zájem pečovat o pacienty s demencí, 21 si od práce v Alzheimercentru slibuje získání zajímavé zkušenosti, vzdálenost od místa bydliště je důvodem pro práci v Alzheimercentru pro 29 ošetřovatelů, 12 ošetřovatelů vidí v této práci příležitost k dalšímu vzdělávání a pro 9 je důvodem momentální nedostupnost jiné práce.

Z celkového počtu 46 ošetřovatelů bez kurzu má 35 z nich zájem pečovat o pacienty s demencí, 38 si od práce v Alzheimercentru slibuje získání zajímavé zkušenosti, vzdálenost od místa bydliště je důvodem pro práci v Alzheimercentru pro 41 ošetřovatelů, 44 ošetřovatelů vidí v této práci příležitost k dalšímu vzdělávání a pro 18 je důvodem momentální nedostupnost jiné práce.

Graf 26



Z celkového počtu 81 (100 %) ošetřovatelů má zkušenost s péčí o pacienty s demencí 17 z 35 ošetřovatelů s kurzem a 26 ze 46 ošetřovatelů bez kurzu.

Zkušenost s péčí o pacienta s demencí nemá 18 z 35 ošetřovatelů s kurzem a 20 ze 46 ošetřovatelů bez kurzu.

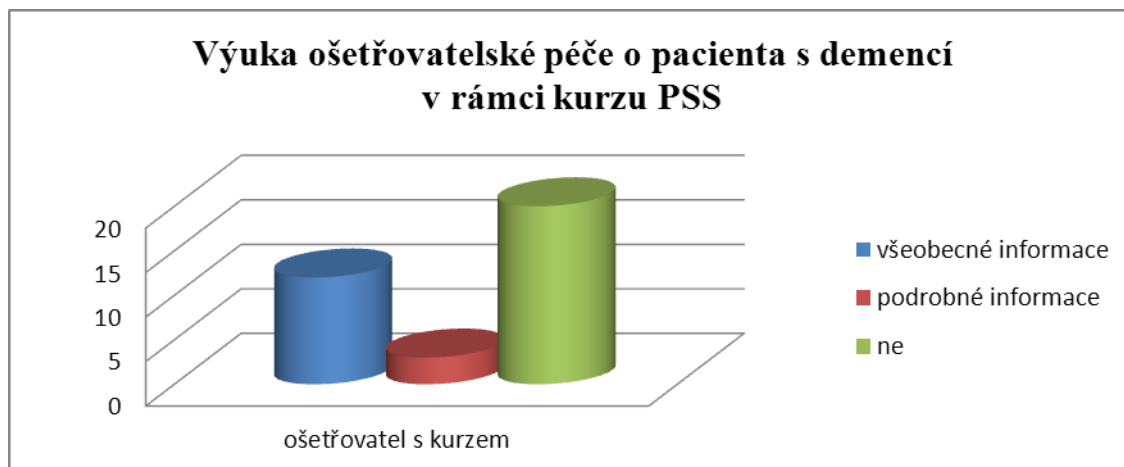
Graf 27



Z celkového počtu 81 (100 %) ošetřovatelů 10 ošetřovatelů s kurzem a 17 ošetřovatelů bez kurzu zkušenost s péčí o pacienta s demencí získalo v rámci své dosavadní praxe.

V rámci péče o rodinného příslušníka získalo tuto zkušenost 7 ošetřovatelů s kurzem a 9 ošetřovatelů bez kurzu.

Graf 28



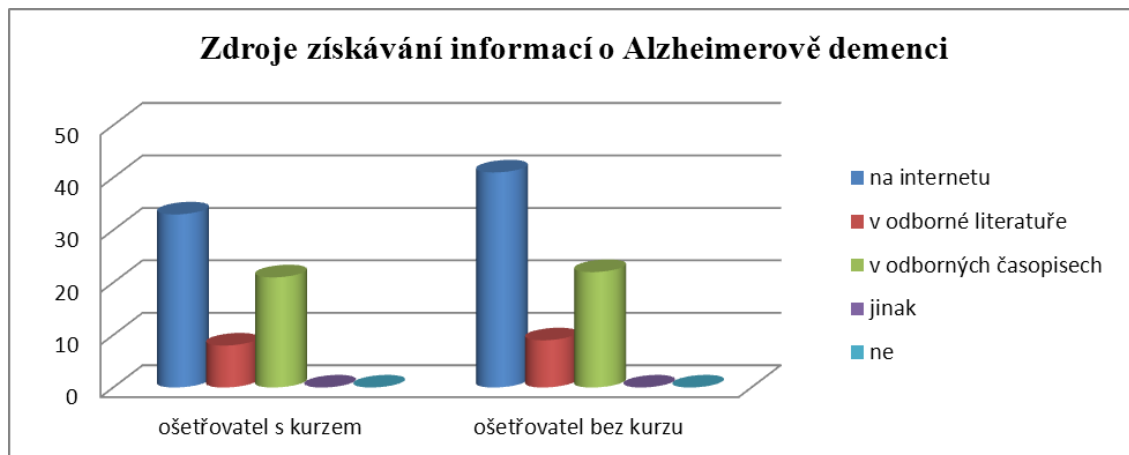
Z celkového počtu 35 (100 %) absolventů kurzu pracovníka v sociálních službách 12 uvedlo, že v rámci kurzu získali všeobecné informace o problematice o ošetrovatelské péči o pacienta s demencí, 3 uvedli, že získali informace podrobné a 20 uvedlo, že v rámci absolvování kurzu nezískali informace žádné.

Graf 29



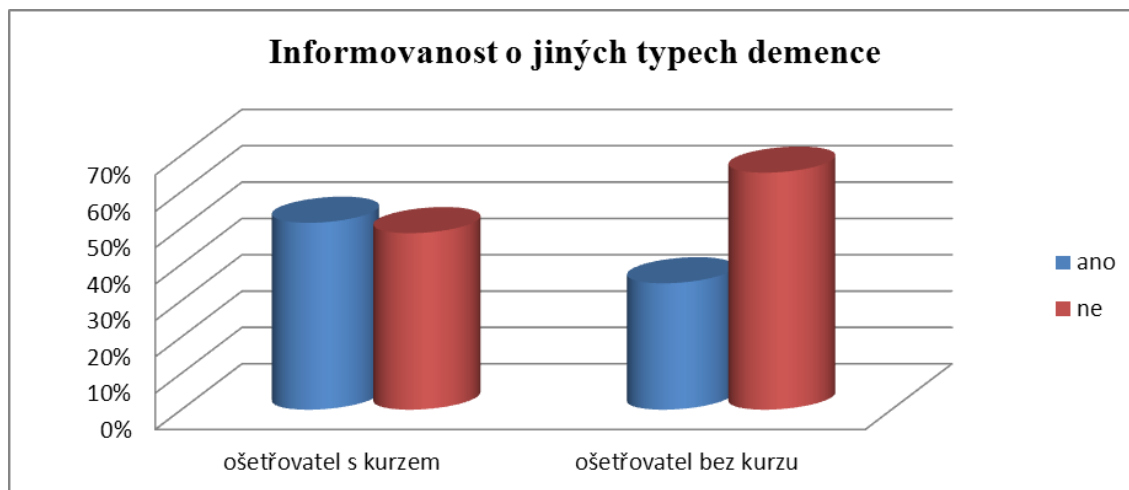
Z celkového počtu 35 absolventů kurzu pracovníka v sociálních službách se 2 domnívají, že vědomosti získané v rámci kurzu jsou dostačující na pozici, o kterou se ucházejí. 25 ošetrovatelů si tím není jisto. 8 ošetrovatelů s kurzem se domnívá, že informace získané v rámci kurzu nebudou na pozici ošetrovatele v Alzheimercentru dostačující.

Graf 30



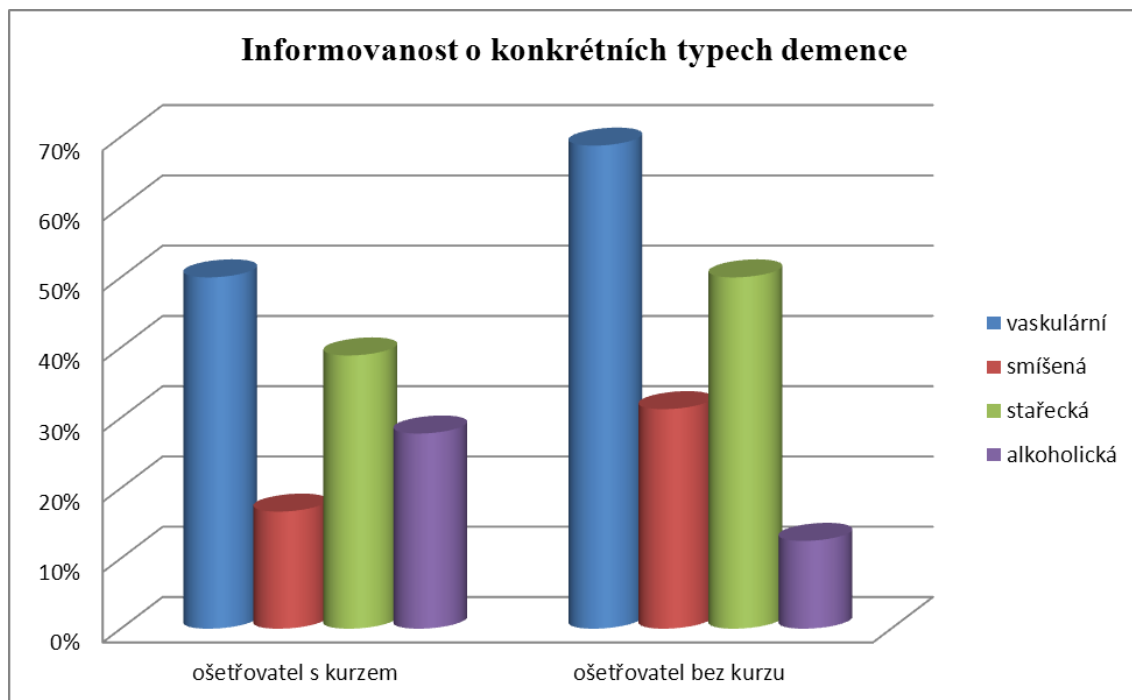
Na internetu si informace o Alzheimerově demenci zjišťovalo 33 ošetřovatelů s kurzem a 41 ošetřovatelů bez kurzu, v odborné literatuře 8 ošetřovatelů s kurzem a 9 ošetřovatelů bez kurzu, v odborném časopise 21 ošetřovatelů s kurzem a 22 ošetřovatelů bez kurzu.

Graf 31



Z celkového počtu 81 (100 %) ošetřovatelů má informace i o demencích jiného typu 18 ošetřovatelů s kurzem a 16 ošetřovatelů bez kurzu. 17 ošetřovatelů s kurzem a 30 ošetřovatelů bez kurzu informace o jiných typech demence nemá.

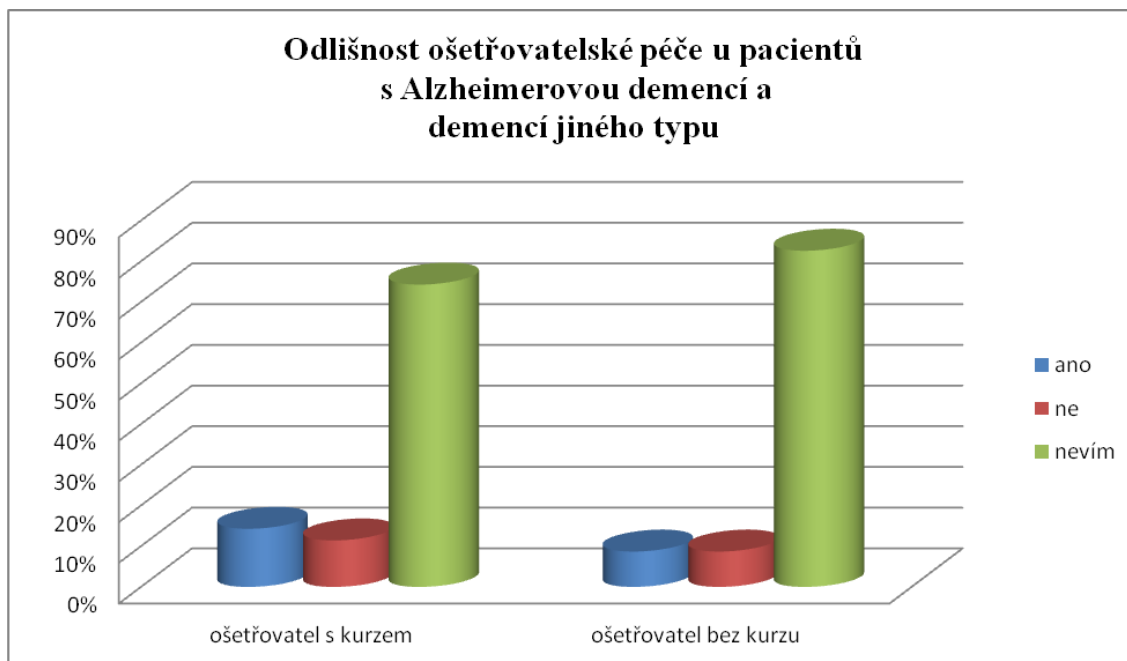
Graf 32



Z 18 ošetřovatelů s kurzem, kteří uvedli, že mají informace i o jiných typech demence než demenci Alzheimerově, má 9 z nich informace o demenci vaskulární, 3 o demenci smíšené, 7 o demenci stařecké a 5 o demenci alkoholické.

Z 16 ošetřovatelů bez kurzu, kteří uvedli, že mají informace i o jiných typech demence než demenci Alzheimerově, má 11 z nich informace o demenci vaskulární, 5 o demenci smíšené, 8 o demenci stařecké a 2 o demenci alkoholické.

Graf 33

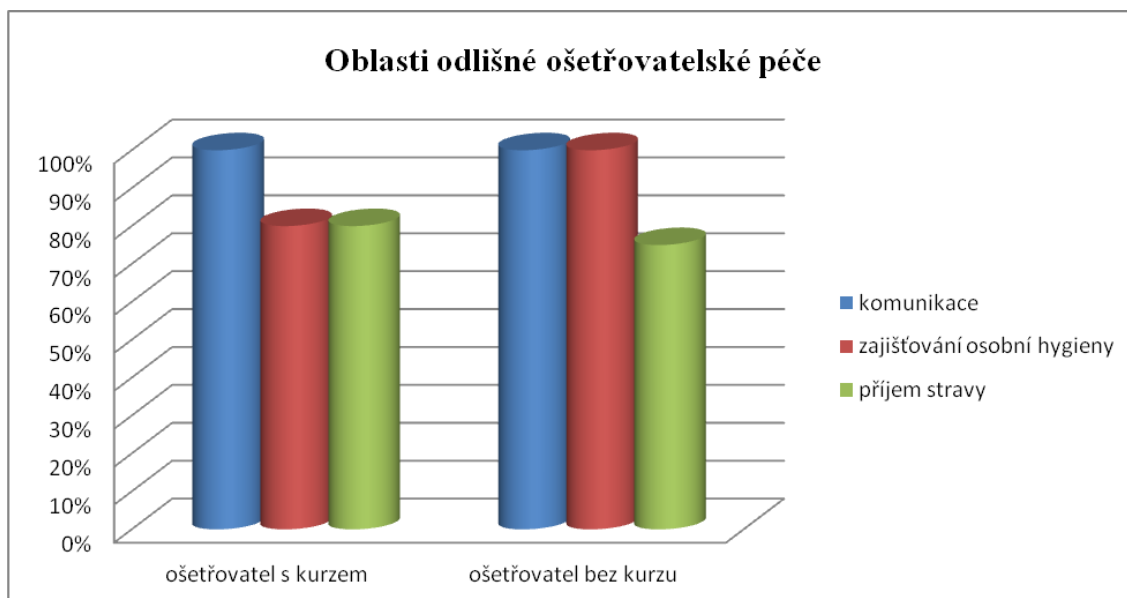


Z celkového počtu 81 (100 %) ošetřovatelů se 5 ošetřovatelů s kurzem a 4 ošetřovatelé bez kurzu domnívají, že ošetrovatelská péče o pacienta s Alzheimerovou demencí je odlišná od ošetrovatelské péče o pacienta s demencí jiného typu.

Že se ošetrovatelská péče dle typů demence neodlišuje, uvedli 4 ošetřovatelé s kurzem a 4 ošetřovatelé bez kurzu.

Že neví o odlišnostech v ošetrovatelské péči o pacienty s demencí Alzheimerovou a demencemi jiného typu uvedlo 26 z 35 ošetřovatelů bez kurzu a 38 ze 46 ošetřovatelů s kurzem.

Graf 34

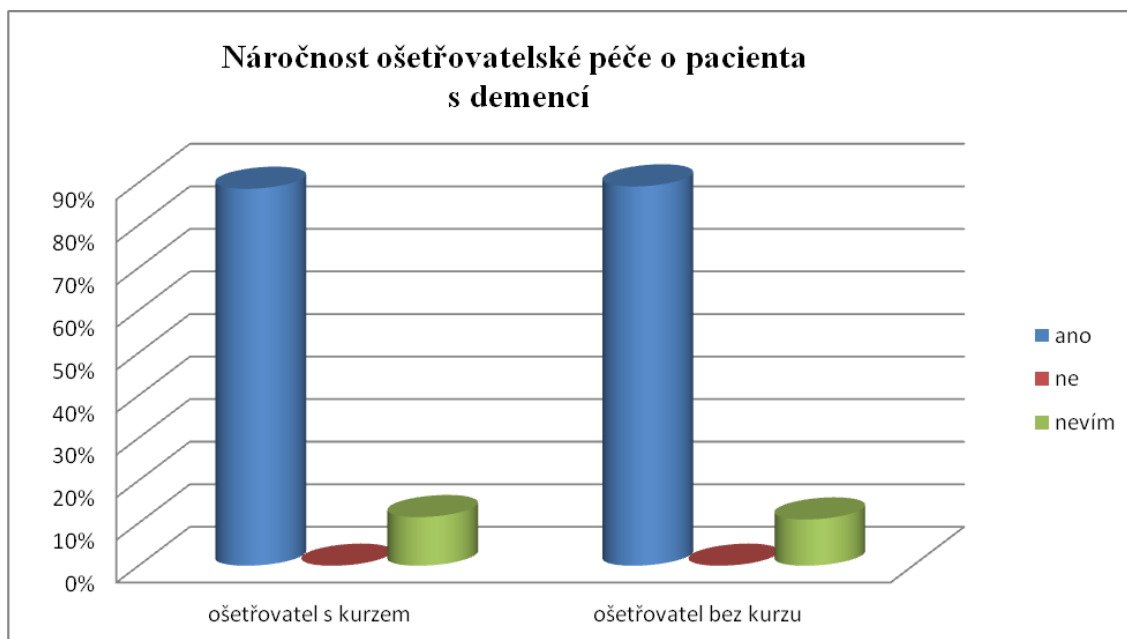


Z 5 ošetrovatelů s kurzem, kteří uvedli, že ošetrovatelská péče o pacienta s Alzheimerovou demencí a demencí jiného typu je odlišná, spatřuje 5 z nich rozdíl v komunikaci, ve stejné oblasti ošetrovatelské péče spatřují rozdíl i 4 ošetrovatelé bez kurzu.

Odlišnost ošetrovatelské péče v oblasti zajišťování osobní hygieny spatřují 4 ošetrovatelé s kurzem a 4 ošetrovatelé bez kurzu.

Že se ošetrovatelská péče u pacienta s Alzheimerovou demencí a jiného typu odlišuje v oblasti příjmu stravy, se domnívají 4 ošetrovatelé s kurzem a 3 ošetrovatelé bez kurzu.

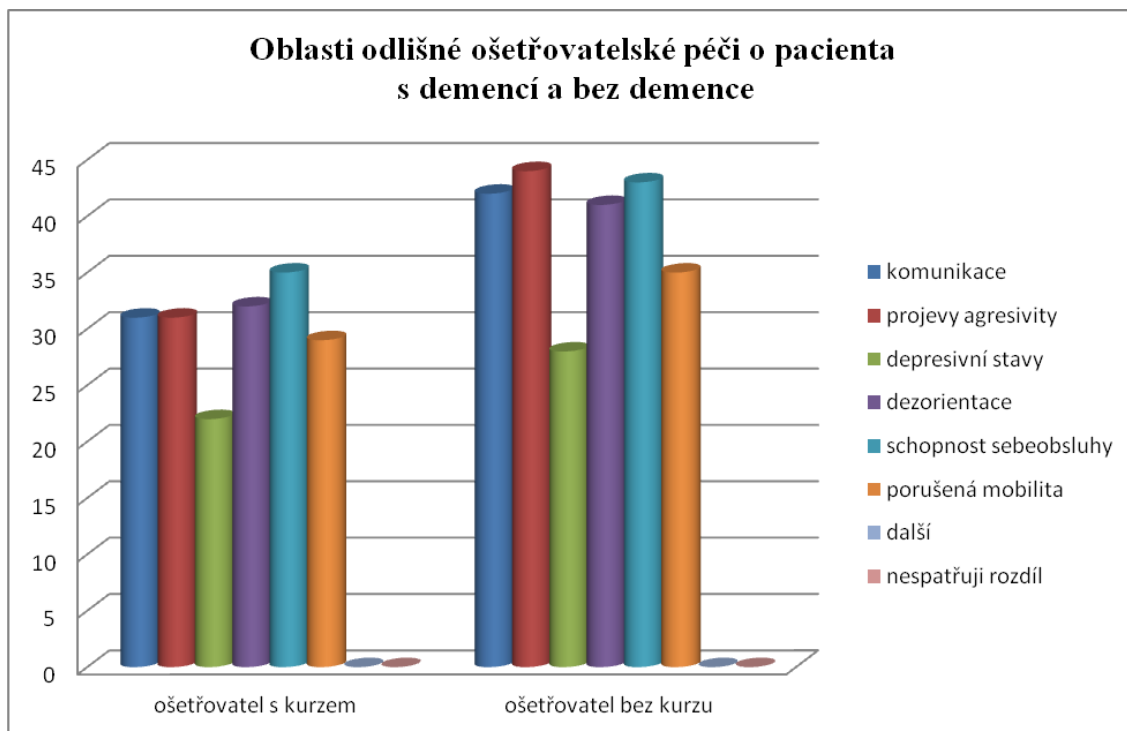
Graf 35



Z celkového počtu 81 (100 %) ošetrovatelů 31 ošetrovatelů s kurzem uvedlo, že ošetrovatelská péče o pacienta s demencí je náročnější, než ošetrovatelská péče o pacienta bez demence. Stejný názor sdílí též 41 ze 46 ošetrovatelů bez kurzu.

Že neví, zda je ošetrovatelská péče o pacienta s demencí náročnější, než ošetrovatelská péče o pacienta bez demence, uvedli 4 ošetrovatelé bez kurzu a 5 ošetrovatelů s kurzem.

Graf 36



Z celkového počtu 81 (100 %) ošetrovatelů rozdíl v komunikaci s pacientem s demencí a bez demence spatřuje 31 ošetrovatelů s kurzem a 42 ošetrovatelů bez kurzu.

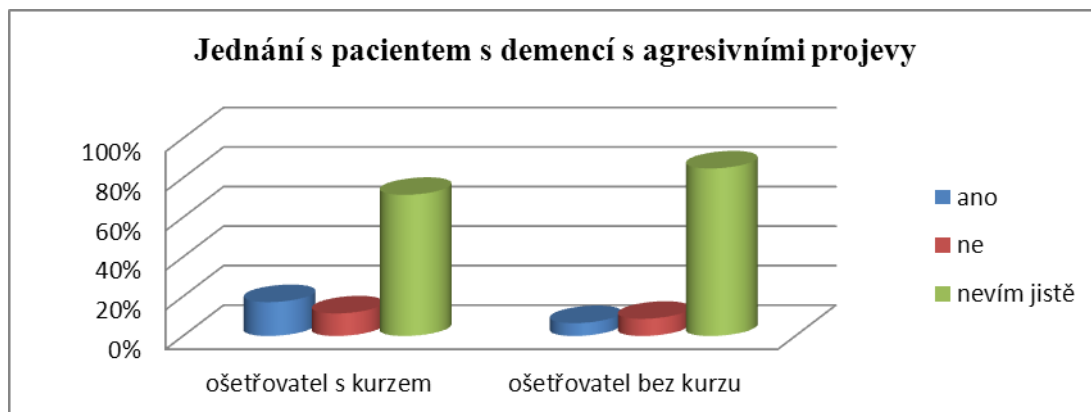
Rozdílnost v ošetrovatelské péči z důvodu agresivity uvedlo 31 ošetrovatelů s kurzem a 44 ošetrovatelů bez kurzu. 22 ošetrovatelů spatřuje rozdíl v ošetrovatelské péči z důvodu přítomnosti depresivních stavů, stejný názor sdílí 28 ošetrovatelů bez kurzu.

Odlišnost v ošetrovatelské péči z důvodu dezorientace uvedlo 32 ošetrovatelů s kurzem a 41 ošetrovatelů bez kurzu.

Ve schopnostech sebeobsluhy pacienta s demencí vidí rozdíl 35 ošetrovatelů s kurzem a 43 ošetrovatelů bez kurzu.

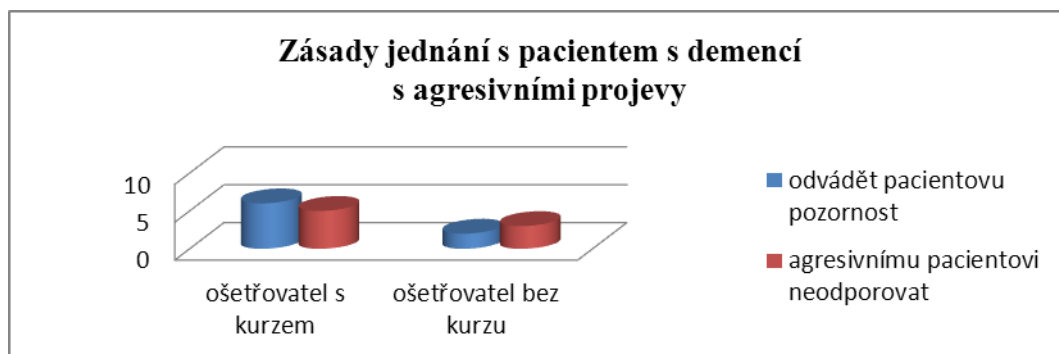
Rozdílnost v ošetrovatelské péči z důvodu porušené mobility uvedlo 29 ošetrovatelů s kurzem a 35 ošetrovatelů bez kurzu.

Graf 37



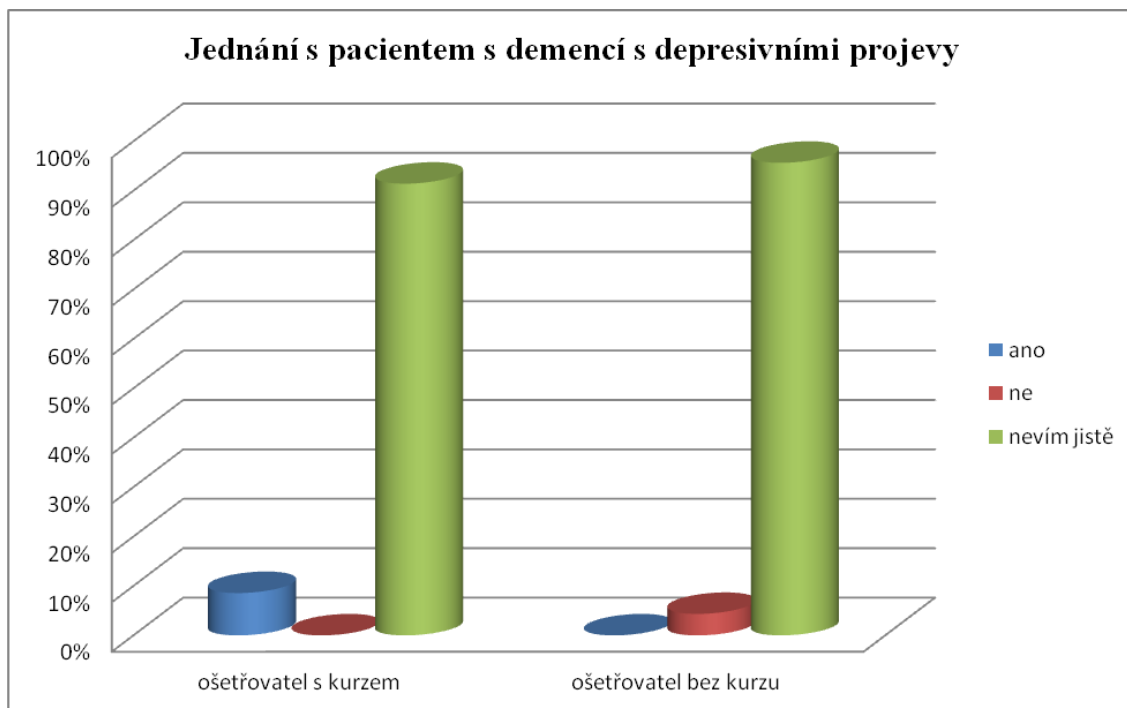
Z celkového počtu 81 (100 %) ošetřovatelů 6 ošetřovatelů s kurzem a 3 ošetřovatelé bez kurzu uvedli, že ví, jak jednat s pacientem s demencí s agresivními projevy. Že neví jistě, jak jednat s pacientem s demencí s agresivními projevy, uvedlo 25 ošetřovatelů s kurzem a 39 ošetřovatelů bez kurzu. Že neví, jak jednat s pacientem s demencí s agresivními projevy, uvedli 4 ošetřovatelé s kurzem a 4 bez kurzu.

Graf 38



5 ošetřovatelů s kurzem, kteří uvedli, že ví, jak jednat s pacientem s demencí s agresivními projevy, se domnívá, že takovému pacientovi se nemá odporovat, stejný názor sdílí i 3 ošetřovatelé bez kurzu. 6 ošetřovatelů s kurzem se domnívá, že u pacientů s demencí s agresivními projevy je třeba odvádět pacientovu pozornost, stejný názor mají rovněž 2 ošetřovatelé bez kurzu.

Graf 39



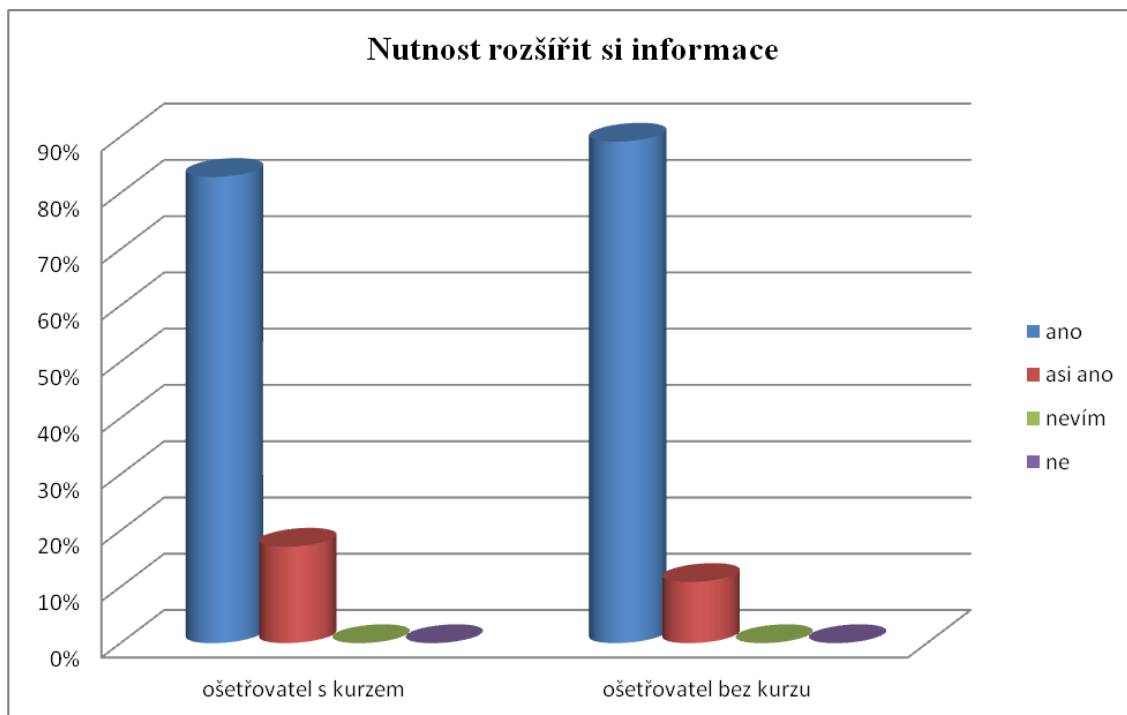
Z celkového počtu 81 (100 %) ošetřovatelů 3 ošetřovatelé s kurzem uvedli, že ví, jak jednat s pacientem s demencí s depresivními projevy.

Že neví jistě, jak jednat s pacientem s demencí s depresivními projevy, uvedlo 32 ošetřovatelů s kurzem a 44 ošetřovatelů bez kurzu.

Že neví, jak jednat s pacientem s demencí s depresivními projevy, uvedli 2 ošetřovatelé bez kurzu.

Zásadu, že u pacienta s demencí s depresivními projevy by měla být rozptýlována pacientova pozornost uvedli 3 ošetřovatelé s kurzem, kteří jako jediní uvedli, že ví, jak jednat s pacientem s demencí s depresivními projevy.

Graf 40



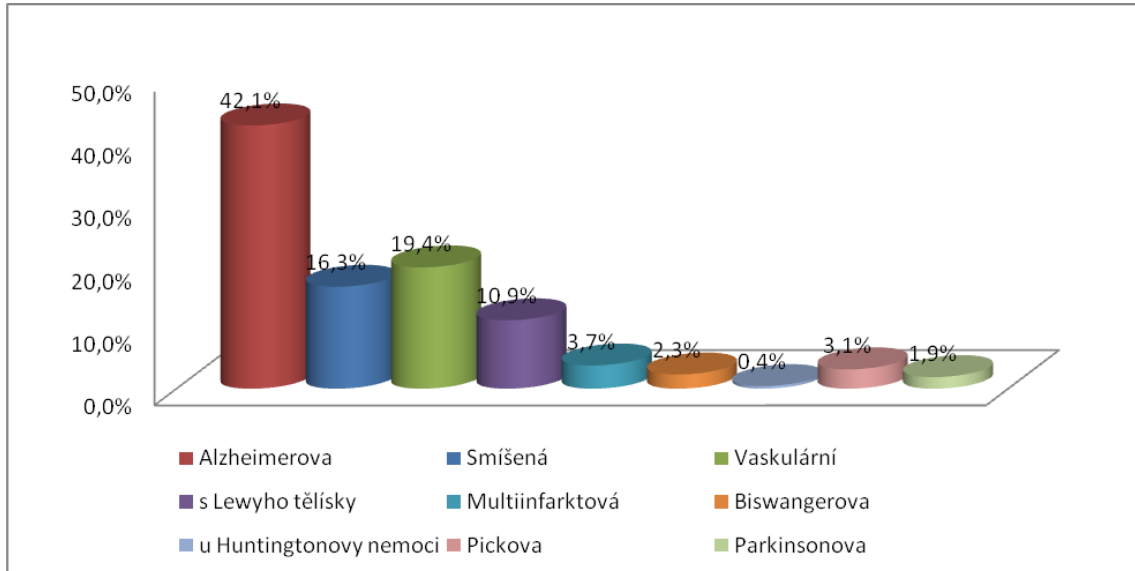
Z celkového počtu 81 (100 %) ošetřovatelů se 29 ošetřovatelů s kurzem domnívá, že v případě přijetí na pozici, o niž se uchází, bude nutné rozšířit si informace o ošetřovatelské péči o pacienta s demencí. Stejný názor má i 41 ošetřovatelů bez kurzu.

6 ošetřovatelů s kurzem se domnívá, že v případě přijetí na pozici, o niž se uchází, asi bude nutné rozšířit si informace o ošetřovatelské péči o pacienta s demencí., stejný názor sdílí i 5 ošetřovatelů bez kurzu.

Že rozšířit si informace o ošetřovatelské péči o pacienta s demencí nutné nebude, se nedomnívá žádný z dotazovaných respondentů z řad ošetřovatelů.

4.3 Analýza dokumentace - četnost typů demence v Alzheimercentru

Graf 41



Ze 485 pacientů, kteří byli ke dni 1. 3. 2012 umístěni na zařízeních Alzheimercentra, bylo 204 (42,1 %) z nich postiženo Alzheimerovou demencí, 79 (16,3 %) pacientů demencí smíšenou, demencí vaskulární 94 (19,4 %) pacientů, demencí s Lewyho tělísky 53 (10,9 %) pacientů a demencí multiinfarktovou bylo postiženo 18 (3,7 %) pacientů.

15 (3,1 %) pacientů bylo postiženo demencí Pickovou, demencí Biswangerovou bylo postiženo 11 (2,3 %) pacientů, demencí u Huntingtonovy nemoci 2 (0,4 %) pacienti a demencí u Parkinsonovy nemoci 9 (1,9 %) pacientů.

5 Diskuze

Bakalářská práce byla věnována problematice ošetrovatelské péče o pacienty postižené Alzheimerovou chorobou. Cílem práce bylo zjistit, jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u pacientů s tímto typem demence, zda je ošetrovatelská péče o pacienty s Alzheimerovou chorobou odlišná od ošetrovatelské péče u pacientů s demencí jiného typu a zda ošetrovatelský personál, nastupující do Alzheimercentra, je se specifiky ošetrovatelské péče o pacienta s demencí seznámen.

Za účelem zjištění, zda dělení demencí dle četnosti, které v roce 2007 publikoval Konrád je dosud aktuální, byla k datu 1. 3. 2012 zpracována analýza dokumentace zaměřená na zjištění typu demence u pacientů umístěných v Alzheimercentru. Z této analýzy, jejíž výsledky jsou uvedeny v grafu 41, vyplývá, že Konrádem uvedená statistika nedoznala zásadních změn.

Jak již bylo uvedeno v teoretické části bakalářské práce, Alzheimerova demence je nevléčitelné onemocnění, které postihuje nejen pacienta, ale spolu s ním i celou jeho rodinu. Péče o pacienta s tímto onemocněním je v domácím prostředí dlouhodobě nezvládnutelná a tito pacienti dříve či později bývají umístěni v zařízeních, která jsou schopna jim zajistit kvalitní ošetrovatelskou péči (Holmerová, 2007).

K zajištění kvalitní ošetrovatelské péče o pacienta s jakýmkoliv onemocněním je nezbytné mít o tomto onemocnění dostatečné informace, nejenak je tomu i u ošetrovatelské péče o pacienty s demencí. Diskutabilní je, zda jsou tomuto faktu přizpůsobeny učební plány na středních, vyšších odborných a vysokých školách zdravotnického zaměření a rovněž tak učební plány učňovského oboru ošetrovatel, či výukové osnovy kurzu pracovníka v sociálních službách, jehož absolvování je pro pracovníky v sociálních službách dle zákona 108/2006 § 116 povinné (Zákon v praxi, 2012).

Fakta o Alzheimerově demenci a demencích jiného typu byly dříve vyučovány na středních zdravotnických školách v rámci předmětu psychiatrie, v posledních letech je tomu tak rovněž, ovšem již ne na školách středních, nýbrž na školách vyšších odborných a vysokých. Že tomu tak je dokládají i výsledky zpracované v grafu 7 a 8, z nichž vyplývá, že u všech všeobecných sester, diplomovaných specialistů

a vysokoškolsky vzdělaných sester byl předmět psychiatrie a výuka ošetrovatelské péče o pacienta s demencí součástí jejich studia. Na rozdíl od zdravotnických asistentů, z nichž na otázku, zda byl předmět psychiatrie součástí jimi absolvovaného studia, odpověděl kladně pouze 1 z nich. Toto zjištění mě velmi překvapilo, proto jsem si na webových stránkách náhodně vybraných 10 středních zdravotnických škol v ČR (Jindřichův Hradec, Písek, Kolín, Karlovy Vary, České Budějovice, Hradec Králové, Trutnov, SZŠ na Praze 3 a Praze 4, Brno) vyhledala učební plány oboru zdravotnický asistent, přičemž ani na jedné z nich nebyl předmět psychiatrie vyučován v rámci povinných ani výběrových a volitelných předmětů. Pouze na SZŠ České Budějovice byla ve výběrových a volitelných předmětech možnost volby předmětu Péče o seniory a zdravotně postižené a na soukromé SZŠ na Praze 3 byla možnost zvolit si předmět Sociálně zdravotní péče o seniory. K výraznému rozdílu mezi všeobecnými sestrami a zdravotnickými asistenty dochází rovněž ve výuce ošetrovatelské péče o pacienta s demencí, o čemž svědčí výsledky odpovědí zpracované v grafu 8, z nichž vyplývá, že i na výuku ošetrovatelské péče o pacienty s demencí bylo v učebních plánech zdravotnických asistentů pozapomenuto, neboť pouze 11 (34,4 %) zdravotnických asistentů uvedlo, že výuka ošetrovatelské péče o pacienta s demencí byla součástí jejich studia. Na rozdíl od všeobecných sester se středoškolským, vyšším odborným a vysokoškolským vzděláním, neboť u převážné většiny (90,5 %) z nich výuka ošetrovatelské péče o pacienta s demencí součástí studia byla.

Velké množství potřebných informací lze získávat nejen v rámci studia, ale i v rámci samostudia. Což potvrzují odpovědi na otázku, zda si respondenti zjišťovali informace o Alzheimerově demenci i jinak, než v rámci studia. Z výsledků zpracovaných v grafu 10 vyplynulo, že všichni dotazovaní respondenti měli snahu získat potřebné informace, či doplnit si informace již v rámci studia nabyté. O faktu, že si nezjišťovali informace pouze o demenci Alzheimerově, ale i o demencích jiného typu, svědčí odpovědi na otázku, zda dotazovaní respondenti mají informace i o jiných typech demence. Z těchto odpovědí, které jsou zpracovány v grafu 11, vyplývá, že převážná většina (90,5 %) všeobecných sester je o jiných typech demence informována. Že nabyté informace, ať už v rámci studia či samostudia, byly správné,

potvrzují odpovědi na otázku, zda je ošetrovatelská péče o pacienta s demencí Alzheimerovou a demencí jiného typu odlišná a pokud ano, tak v jakých oblastech se liší. Nadpoloviční většina (69,1%) všeobecných sester uvedla, že ošetrovatelská péče o pacienta s Alzheimerovou demencí a o pacienta s demencí jiného typu se liší a to konkrétně v oblasti zajišťování pacientovi bezpečnosti a v zajišťování příjmu stravy. Zjištěné výsledky jsou zpracovány v grafu 13 a 14.

Jak již bylo uvedeno, k odlišnostem v ošetrovatelské péči o pacienty s demencí Alzheimerovou a demencí jiného typu dochází kromě zajišťování pacientovi bezpečnosti rovněž v oblasti příjmu stravy. Diametrální rozdíl v této oblasti je u pacientů s demencí Alzheimerovou a Pickovou. Přestože obě tyto demence vznikají na stejném podkladě, projevy těchto dvou zmíněných demencí se v 1 a 2 stádiu onemocnění nepodobají téměř v žádné oblasti. Ani v oblasti příjmu stravy. Nelze se neztotožnit s tvrzením Holmerové (2007), že pacienti s Alzheimerovou demencí trpí spíše nechutenstvím a poruchou polykání, zatímco pacienti s demencí frontotemporální obvykle mají nadměrnou chuť k jídlu. Z vlastní praxe vím, že u pacientů s Alzheimerovou demencí je v tomto směru prvořadým úkolem ošetrovatelského personálu zajistit, aby pacient stravu a tekutiny přijímal v dostatečném množství, neboť tyto pacienti, není-li nad nimi trvalý dohled, stravu přijímat zapomínají, nebo jí přijímat odmítají. Oproti tomu u pacientů s demencí Pickovou dochází k opačnému fenoménu, tj. že tímto typem demence postižení pacienti obvykle trpí poruchou příjmu stravy ve smyslu nezřízeného přejídání se. Shodně na ošetrovatelské péči u těchto 2 typů demencí je zajišťování příjmu stravy v množství pokrývajícím pacientovi energetické nároky, ovšem u pacienta s Pickovou demencí toho nedocílíme tím, že budeme důsledně dbát na to, aby pozřel alespoň polovinu určené porce, ale naopak aby nepozřel celé porce všem pacientů ve svém okolí. Že toto tvrzení není nadnesené, si troufám tvrdit vzhledem k 5leté zkušenosti s ošetrovatelskou péčí o tyto pacienty. Pro příklad uvedu vysokoškolsky vzdělanou 45letou pacientku, která na zařízení Loucký Mlýn přišla ve 2 stádiu Pickovy demence, přičemž v pacientčině osobní anamnéze vypracované dle informací od druhá, s nímž do doby přijetí do zařízení sdílela společnou domácnost, se lze dočíst, že zmiňovaná pacientka byla před vypuknutím

choroby vegetariánka důsledně dbající na zdravou životosprávu. V době přijetí pacientka trpěla obezitou, nezřízeně polykala vše (včetně masa), co jí přišlo pod ruku, a bylo velkým problémem předejít opakované aspiraci stravy, jejímž důsledkem byla v jednom případě hospitalizace z důvodu rozvoje pravostranné pneumonie. Na této pacientce by se rovněž dali demonstrovat všechny další příznaky provázející tento typ demence, které Holmerová (2007) uvádí a které byly uvedeny v teoretické části této práce.

Na základě zjištěných údajů byla potvrzena hypotéza 1, tj. že ošetrovatelská péče o pacienta postiženého Alzheimerovou chorobou je odlišná od péče o seniora s demencí jiného typu.

Za účelem potvrzení hypotézy 2, tj. že ošetrovatelský personál nastupující do Alzheimercentra na pozici všeobecné sestry má znalosti o specifikách ošetrovatelské péče o demenčního pacienta, byly v dotazníku pro sestry položeny otázky, jejichž výsledky jsou zpracovány v grafech 3, 5, 15, 16, 17 a 18. Zjištěné výsledky hypotézu 2 potvrdily.

Fakt, že ošetrovatelský personál nastupující do Alzheimercentra na pozici všeobecné sestry má teoretické informace o Alzheimerově demenci, demencích jiného typu a stejně tak o ošetrovatelské péči o pacienta s demencí bylo řečeno již v počátku diskuze, otázky zpracované v grafu 15, 16, 17 a 19 byly zaměřeny na zjištění, zda dotazovaní respondenti jsou schopni nabyté vědomosti aplikovat v praxi. Ze zjištěných výsledků zpracovaných v grafu 15 vyplynulo, že všechny všeobecné sestry a stejně tak i 29 (90,6 %) zdravotnických asistentů považují ošetrovatelskou péči o pacienta s demencí za náročnější, než ošetrovatelskou péči o pacienta bez demence. Z grafů 16 a 17 vyplývá, že převážná většina všeobecných sester a zdravotnických asistentů zná specifika, v důsledku kterých je ošetrovatelská péče o pacienta s demencí rozdílná oproti ošetrovatelské péči o pacienta bez demence. Za nejvýznamnější specifikum ovlivňujícím ošetrovatelskou péči o pacienta s demencí je respondenty z řad všeobecných sester a zdravotnických asistentů považována dezorientace, dále pak komunikace, porušená mobilita, agresivní a depresivní projevy a schopnost sebeobsluhy. Pouze 2 (6 %) zdravotničtí asistenti uvedli, že v ošetrovatelské péči

o pacienta s demencí a bez demence není rozdíl. V grafu 17 jsou zpracovány odpovědi na otázku, která byla zaměřena zjištění, zda respondenti z řad všeobecných sester a zdravotnických asistentů ví, jak jednat s pacientem s demencí s agresivními projevy. Zde opět došlo k rozdílu v odpovědích všeobecných sester a zdravotnických asistentů, neboť 26 (70 %) všeobecných sester ví, jak s takovýmto pacientem jednat, což potvrdily odpověďmi zpracovanými v grafu 18. Že agresivnímu pacientovi se nemá odporovat a že je třeba odvádět jeho pozornost, se ve shodě s Holmerovou (2007) domnívá převážná většina všeobecných sester. Oproti tomu pouze 8 (25 %) zdravotnických asistentů uvedlo, že ví, jak jednat s agresivním pacientem s demencí. Odpovědi, které jsou zpracovány v grafu 19, poukázaly na fakt, že v jednání s pacientem s demencí s depresivními projevy si nejsou jisti zdravotničtí asistenti, ani všeobecné sestry, neboť jen necelá polovina z nich (43 %) odpověděla, že ví, jak s takovýmto pacientem jednat. Tento zjištěný fakt by se mohl odvíjet od skutečnosti, že jednání s agresivním pacientem je obecně věnována větší pozornost, neboť takový pacient je ohrožením nejen pro sebe samého, ale rovněž tak pro své okolí ať už z řad ostatních pacientů, či ošetřovatelského personálu. Na rozdíl od pacienta depresivního.

Sebevíc naučených vědomostí ještě není zárukou, že ošetřovatelská péče bude poskytována kvalitně. Teprve až při uplatnění vědomostí v praxi samotné dojde k jejich skutečnému využití. V grafu 3 jsou zpracovány odpovědi na otázku, která byla položena za účelem zjištění, jak dlouhou praxi ve zdravotnictví mají respondenti z řad všeobecných sester a zdravotnických asistentů. Ze zjištěných výsledků vyplynulo, že nadpoloviční většina středoškolsky vzdělaných všeobecných sester má praxi ve zdravotnictví 1-5 let a delší. Totéž se nedá tvrdit o všeobecných sestřích s vyšším odborným a vysokoškolským vzděláním, avšak vzhledem k minimálnímu množství takto vzdělaných respondentů (3 diplomovaní specialisté a 2 vysokoškolsky vzdělané sestry) nastupujících do Alzheimercentra nelze zjištěné výsledky považovat za relevantní. Tato skutečnost je jistě ovlivněna i faktem, že vyšší odborné a vysokoškolské zdravotnické vzdělání je záležitostí poměrně novodobou. Stejně tak i u zdravotnických asistentů, ze kterých pouze 4 (13 %) z 32 dotazovaných respondentů nastupujících na tuto pozici mají praxi ve zdravotnictví delší než 1 rok, což je

ale vzhledem k tomu, že obor zdravotnický asistent je oborem rovněž novým (absolventy tohoto oboru jsou maturanti na středních zdravotnických školách od roku 2008), logické.

Z odpovědí zpracovaných v grafu 5 vyplynulo, že průměrně 60 % z dotazovaných respondentů řad zdravotnických asistentů a všeobecných sester má zkušenost s péčí o pacienty s demencí. Z výsledků zpracovaných v grafu 6 je zřejmé, že převážná většina (83 %) všeobecných sester získala zkušenost s ošetrovatelskou péčí o pacienta s demencí v rámci své dosavadní praxe, kdežto zdravotničtí asistenti zkušenost s péčí o pacienta s demencí získali v nadpoloviční většině (57 %) formou péče o rodinného příslušníka.

Cílem bakalářské práce však nebylo zjišťovat rozdíly mezi zdravotnickými asistenty a všeobecnými sestrami. Rozdělení těchto 2 kategorií respondentů bylo vedeno pouze snahou o zjištění, jakou úroveň vzdělání a délku praxe má ošetrovatelský personál nastupující do Alzheimercentra. Odpovědi na identifikační otázky, které jsou zpracovány v grafu 1 a 2, potvrdily obecný trend, že o péči o pacienty s demencí není mezi zdravotnickým personálem příliš zájem (evidentní je to u všeobecných sester s vyšším odborným a vysokoškolským vzděláním). Svědčí o tom i odpovědi na otázku zpracované v grafu 4, která byla položena za účelem zjištění, čím jsou motivováni uchazeči o práci v Alzheimercentru. Ze zjištěných výsledků vyplynulo, že převážná většina všeobecných sester a nadpoloviční většina zdravotnických asistentů, má zájem pečovat o pacienty s demencí, zároveň však, že zásadní motivací je rovněž vzdálenost od místa bydliště a momentální nedostupnost jiné práce.

Odpovědi na otázky, které byly položeny za účelem zjištění, jak dotazovaní respondenti z řad ošetrovatelského personálu nastupujícího do Alzheimercentra na pozici všeobecné sestry a zdravotnického asistenta hodnotí své vědomosti a zkušenosti, a zda v případě přijetí na pozici, o kterou se ucházejí, budou pociťovat potřebu dozdělení se, jsou zpracovány v grafu 9 a 21. Zde je nezbytné vysvětlení, že dotazníky byly vyplňovány respondenty, které čekalo absolvování takzvaného zkušebního dne, což je běžným postupem před přijetím zaměstnance do Alzheimercentra. Tento postup je zcela na místě, neboť zájemci o práci

v Alzheimercentru, kteří dosud neměli žádnou (nebo jen zcela minimální) zkušenost s péčí o pacienty s demencí, po absolvování zkušebního dne mohou zjistit, že tuto práci nebudou vzhledem ke specifickým této ošetrovatelské péče schopni vykonávat. Stejně tak zaměstnavatel, tj. poskytovatel této péče, má možnost zhodnotit, zda zájemci o tuto práci budou vhodnými adepty na přijetí.

Hypotéza 3: Ošetrovatelský personál nastupující do Alzheimercentra na pozici ošetrovatele má znalosti o specifických ošetrovatelské péče o dementního pacienta, nebyla potvrzena, neboť z výsledků vplynuvších po vyhodnocení dotazníků pro ošetrovatele je zřejmé, že ošetrovatelé nastupující do Alzheimercentra potřebné znalosti o specifických tohoto typu ošetrovatelské péče nemají.

Ze zjištěných výsledků, které jsou zpracovány v grafech 22 - 40 vplynulo, že dotazovaní respondenti nastupující do Alzheimercentra na pozici ošetrovatele, byli v převážné většině odkázáni na samostudium, chtěli-li se dozvědět informace o ošetrovatelské péči o pacienta s demencí. Že tomu tak je u ošetrovatelů, kteří nemají žádnou zkušenost s tímto typem péče a kteří nejsou absolventy kurzu pracovníka v sociálních službách, není příliš překvapivé. Za překvapivé však považuji zjištění, které vplynulo z odpovědí, jež jsou zpracovány v grafu 28. Otázka, zda byla v rámci kurzu pracovníka v sociálních službách vyučována ošetrovatelská péče o pacienta s demencí, byla vznesena za účelem zjištění, zda ošetrovatelský personál nastupující do Alzheimercentra na pozici ošetrovatele s kurzem, bude mít oproti ošetrovatelům bez kurzu jednodušší fázi zapracování se, neboť v rámci kurzu již získal informace o specifických tohoto typu ošetrovatelské péče. Nadpoloviční většina dotazovaných však odpověděla, že v rámci tohoto kurzu nezískali informace o péči o pacienta s demencí žádné. Je samozřejmé, že v rámci tohoto kurzu nemůže být ošetrovatelská péče o pacienty s demencí vyučována detailně, avšak vzhledem k tomu, že v zařízeních sociální péče bývají umístováni pacienti staří, u nichž je pravděpodobnost, že onemocní demencí, podstatně vyšší, než u pacientů mladších věkových kategorií, by výuka ošetrovatelské péče o tento typ pacientů alespoň okrajovou náplní tohoto kurzu býti měla. Z odpovědí na otázky zpracované v grafu 31, 32, 33 a 34, které byly položeny za účelem zjištění, zda ošetrovatelský personál nastupující do Alzheimercentra na pozici

ošetřovatele má informace i o jiných typech demence a zdali je orientován v odlišnostech v ošetřovatelské péči o pacienty s jinými typy demence, vyplynulo, že v tomto směru mají ošetřovatelé zásadní nedostatky a že mezi ošetřovateli s kurzem a bez kurzu v tomto směru není výrazný rozdíl. Zároveň je pravdou, že i kdyby ošetřovatelé potřebné informace v tomto směru měli, s největší pravděpodobností by je v rámci své práce nevyužili. Pokud by tedy neměli informace o jiných typech demence nastudovány natolik detailně, že by byli schopni dle pacientových projevů spolehlivě rozeznat, o jaký typ demence se jedná, nebo pokud by si pacient nepřál, aby konkrétní ošetřovatel nahlížel do jeho zdravotnické dokumentace. Dle zákona 20/1966 (Zákon pro lidi, 2012) i dle zákona 372/2011 (Zákon pro lidi, 2012), který je s platností od 1. 4. 2012 novelizací zákona 20/1966, ošetřovatelé nejsou kompetentní k nahlížení do zdravotnické dokumentace a zdravotničtí pracovníci, kteří v rozsahu nezbytně nutném pro splnění konkrétního úkolu v rozsahu své kompetence do zdravotnické dokumentace nahlížet mohou, jsou povinováni mlčenlivostí o zjištěných skutečnostech. Zjednodušeně řečeno, ošetřovatelé nejsou kompetentní k tomu, aby znali diagnózy pacientů, o které pečují a všeobecné sestry nejsou oprávněny jim tyto informace sdělit. Tuto skutečnost se neopovažují jakkoliv rozporovat a s takto nastaveným zákonem se zcela ztotožňují. Zároveň se však domnívám, že pro ošetřovatele (nastupující nejen do Alzheimercentra), kteří nemají žádné, nebo jen zcela minimální zdravotnické vzdělání, je absence informací o pacientech a specifiích ošetřovatelské péče o ně handicapem, který ošetřovatelům znesnadňuje kvalitně vykonávat svojí práci. Za kompromis mezi dodržováním zákona a zároveň kvalitně poskytovanou ošetřovatelskou péčí v tomto případě považuji srozumitelně zpracovaný edukační materiál, který by nezdravotníkům usnadnil orientaci v problematice ošetřovatelské péče o pacienta s Alzheimerovou demencí a demencí jiných typů, a zdravotníkům, kteří do Alzheimercentra nastupují s dostatečnými teoretickými znalostmi, avšak bez zkušenosti s poskytováním ošetřovatelské péče o pacienty s demencí, pomohl nabyté vědomosti snáze uplatnit v praxi.

Zaučování ošetřovatelského personálu v Alzheimercentru má 2 fáze. V prvních 3 měsících od nástupu je každý nově příchozí pracovník přidělen svému školiteli, který

ho seznamuje se zásadami, jak pečovat o pacienty, kteří jsou v Alzheimercentru umístěni. Ošetřovatelé jsou zaučováni v rámci svých kompetencí, všeobecné sestry jsou zaučovány dle kompetencí svých a zároveň v činnostech, které provádějí ošetřovatelé, neboť všeobecné sestry mají nad ošetřovatelem odborný dohled a je tudíž nezbytné, aby ovládaly i činnosti, které běžně provádět nebudou. Jedná se například o sociální dokumentaci, jejíž vedení je dle zákona 108/2006 (Zákon v praxi, 2012) povinné. V prvních třech měsících jsou všichni nově příchozí pracovníci zaškolení jednak interně (výše uvedenou formou) a zároveň externě formou účasti na školeních o ošetřovatelské péči o pacienty s demencí. Po absolvování 3 měsíční zkušební doby (během níž může pracovník bez udání důvodu ukončit pracovní poměr a totéž platí i u zaměstnavatele) začne pracovník vykonávat svojí práci již bez dohledu svého školitele. Nadále se zúčastňuje školení, zaměřených na ošetřovatelskou péči o pacienty s demencí. Účast na těchto školeních je zajišťována a hrazena zaměstnavatelem.

Společným cílem všech členů ošetřovatelského týmu Alzheimercentra je zajišťování důstojného prožití poslední životní fáze pacientů s demencí. Naplňování tohoto cíle je velice náročné, vyčerpávající a vzhledem k prognóze tohoto onemocnění i nepříliš motivující. Kvalita ošetřovatelské péče o pacienta s demencí se odvíjí od erudice členů ošetřovatelského týmu, zároveň však ani sebevíc získaných znalostí a zkušeností nemůže kvalitu v tomto směru zajistit, není-li tato péče poskytovaná s láskou a osobním zaujetím. Odměnou za poskytování kvalitní ošetřovatelské péče o pacienta s demencí totiž málokdy bývá poděkování, neboť pacient v pokročilé fázi demence již poděkovat není schopen.

6 Závěr

Cílem této bakalářské práce bylo zjištění specifik ošetrovatelské péče o pacienta postiženého Alzheimerovou chorobou a zjištění, zda ošetrovatelský personál nastupující do Alzheimercentra na pozici všeobecné sestry a ošetrovatele je s těmito specifiky seznámen. Výzkumné šetření bylo uskutečněno formou kvalitativního výzkumu, v jehož rámci byly stanoveny 3 hypotézy. Respondentem výzkumného šetření byl ošetrovatelský personál nastupující do Alzheimercentra. Z důvodu objektivity byli respondenty kromě všeobecných sester a ošetrovatelů rovněž zdravotničtí asistenti, kteří jsou od roku 2008 jakýmsi mezičlánkem těchto dvou oborů. Hypotéza 1: Ošetrovatelská péče o pacienta postiženého Alzheimerovou chorobou je odlišná od péče o seniora s demencí jiného typu a hypotéza 2: Ošetrovatelský personál nastupující do Alzheimercentra na pozici všeobecné sestry má znalosti o specifikách ošetrovatelské péče o pacienta s demencí, byla na základě výsledků výzkumného šetření potvrzena. Hypotéza 3: Ošetrovatelský personál nastupující do Alzheimercentra na pozici ošetrovatele má znalosti o specifikách ošetrovatelské péče o pacienta s demencí, potvrzena nebyla.

Z výsledků výzkumného šetření vyplynul alarmující fakt, že v rámci vzdělávání zdravotnických asistentů a ošetrovatelů – pracovníků v sociálních službách, se na pacienty s demencí zapomíná, přestože demence je onemocnění, kterého zásadní měrou přibývá a nic nenasvědčuje tomu, že by v tomto neradostném trendu došlo v dohledné době k zásadnímu obratu.

Zjištěné výsledky ukázaly, že informovanost všeobecných sester je na uspokojivé úrovni. Zároveň však ukázaly, že i všeobecné sestry mají slabiny v informovanosti o ošetrovatelské péči o pacienta s demencí.

Na základě výsledků vplynuvších z výzkumného šetření byl vytvořen edukační materiál ve formě brožury (viz příloha 5), jehož obsahem je shrnutí specifik ošetrovatelské péče o pacienta s Alzheimerovou demencí a demencemi jiného typu. Tento materiál zpřehlední a usnadní ošetrovatelskému personálu nastupujícímu do Alzheimercentra orientaci v problematice ošetrovatelské péče o pacienta s demencí, čímž bude smysluplně využita tato bakalářská práce.

7 Seznam použitých zdrojů

1. ALZHEIMERCENTRUM. *Poskytovaná péče*. [on line]. [cit. 17. 11. 2011]. Dostupné z <<http://www.alzheimercentrum.cz/poskytovana-pece>>.
2. BIELAKOVÁ, K. Bolest u geriatrických pacientů. *Ošetrovatelská péče*. Brno: 2011, roč. 2. č. 5, s. 4 -6. ISSN neuvedeno
3. BUIJSSEN, H. *Demence: Průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. 136 s. ISBN 80-7367-081-X.
4. CALLONE, P. R. et al. *Alzheimerova nemoc, 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*. 1. české vyd. Praha: Grada, 2008. 120 s. ISBN 978-80-247-2320-4.
5. ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST. *Certifikace Vážka*. [on line]. [cit. 2. 4. 2012]. Dostupné z <<http://www.alzheimer.cz/projekty-cals/certifikace-vazka/>>.
6. ČESKÁ TELEVIZE 24. *Lékaři poprvé v Česku odhalili dědičnou formu Alzheimerovy nemoci*. [on line]. [cit. 24. 11. 2011]. Dostupné z <<http://www.ceska-televize.cz/ct24/domaci/140398-lekari-poprve-v-cesku-odhalili-dedicnou-formu-alzheimerovy-nemoci/>>.
7. DLUGOŠOVÁ, A., TKÁČOVÁ, L. Vaskulární demence. *Sestra*. Praha: 2011, roč. 21. č. 2, s. 74 - 75. ISSN 1210-0404.
8. DOMOV SENIORŮ MISTRA KŘIŠŤANA PRACHATICE. *Smyslová aktivizace © podle Lore Wehner* [on line]. [cit. 11. 11. 2011]. Dostupné z <<http://www.domov-senioru.cz/file.php?nid=3388&oid=2394065>>.
9. FRANKOVÁ, V. a kol. *Alzheimerova demence v praxi*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2011. 70 s. ISBN 978-80-204-2423-5.
10. HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 2. vyd. Praha: HBT, 2010. 369 s. ISBN 978-80-87109-19-9.
11. HOLMEROVÁ, I. a kol. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. 1. vyd. Praha: EV public relations. 2007. 301 s. ISBN 978-80-254-0177-4.
12. INSTITUT BAZÁLNÍ STIMULACE. *Supervidovaná pracoviště*. [on line]. [cit. 2. 4. 2012]. Dostupné z <http://www.bazalni-stimulace.cz/supervize_seznam.php>.

13. JIRÁK, R. *Demence*. [on line]. [cit. 20. 11. 2011]. Dostupné z <<http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina/demence-457923>>.
14. KABELKA, L. Vnímání bolesti ve stáří. *Ošetrovatelská péče*. Brno: 2011, roč. 2. č. 5, s. 7 - 8. ISSN neuvedeno.
15. KALVACH, Z. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1.vyd. Praha: Grada, 2008. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.
16. KANTORKOVÁ, M. Demence-vývojová stádia a doporučení. *Sestra*. Praha: 2011, roč. 21, č. 2, s. 71-74. ISSN 1210-0404.
17. KONRÁD, J. Smíšená demence. *Psychiatrie pro praxi*. 2007. roč. 8, č. 3, str. 129 - 132. Dostupný také z WWW: <<http://www.solen.cz/artkey/psy-200703-0007.php>>. ISSN 1803-5272.
18. KUČEROVÁ, H. *Demence v kazuistikách*. 1.vyd. Praha: Grada, 2006. 112 s. ISBN 80-247-1491-4.
19. MAŇÁSKOVÁ, D. *Hemisféry mozku a syndromy*. [on line]. [cit. 8. 11. 2011]. Dostupné z <<http://medicinman.cz/?p=nemoci-sympt/mozkove-hemisfery-syndromy>>.
20. MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1.vyd. Praha: Grada, 2006. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.
21. MATOUŠKOVÁ, E. Agresivní chování seniorů v institucionálních zařízeních. *Ošetrovatelská péče*. Brno: 2011, roč. 2. č. 4, s. 4 - 7. ISSN neuvedeno.
22. MLÝNKOVÁ, J. *Péče o staré občany*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7.
23. NANDA International. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2009-2011*. 1.vyd. Praha: Grada, 2010. 480 s. ISBN 978-80-247-3423-1.
24. PIDRMAN, V. *Demence*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 184 s. ISBN 978-80-247-1490-5.
25. POKORNÁ, A. *Komunikace se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 160 s. ISBN 978-80-247-3271-8.

26. PRACOVNÍ SKUPINA PRO DIAGNOSTIKU A STUDIUM NEURODEGENERATIVNÍCH ONEMOCNĚNÍ. *Odborné stránky*. [on line]. [cit. 7. 11. 2011]. Dostupné z <<http://www.neurodegenerace.cz/odbor.htm>>.
27. SAUR, K. *Normotenzní hydrocefalus*. [on line]. [cit. 17. 11. 2011]. Dostupné z <<http://www.nph.cz/>>.
28. SEKCE KOGNITIVNÍ NEUROLOGIE. *Addenbrookský kognitivní test*. [on line]. [cit. 15. 11. 2011]. Dostupné z <http://www.kognice.cz/kognitivni_test_ace-r.pdf>.
29. SCHULER, M., OSTER, P. *Geriatric od A do Z pro sestry*. 1. české vyd. Praha: Grada, 2010. 336 s. ISBN 978-80-247-3013-4.
30. ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M. *Interní ošetřovatelství II*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 212 s. ISBN 80-247-17777-8.
31. ŠTEFÁNEK, J. *Creutzfeldt-Jakobova nemoc*. [on line]. [cit. 15. 11. 2011]. Dostupné z <<http://www.stefajir.cz/?q=creutzfeldt-jakobova-nemoc>>.
32. TOPINKOVÁ, E. *Jak správně a včas diagnostikovat demenci: Manuál pro klinickou praxi*. 1. vyd. Praha: UCB Pharma, 1999. 87 s. ISBN 80-238-4913-1.
33. ZÁKONY PRO LIDI. *Předpis č.20/1966 Sb Zákon o péči o zdraví lidu*. [on line]. [cit. 29. 3. 2012]. Dostupné z <<http://www.zakonyprolidi.cz/cs/1966-20#f2715242>>.
34. ZÁKONY PRO LIDI. *Předpis č.372/2011 Sb Zákon o zdravotních službách*. [on line]. [cit. 3. 4. 2012]. Dostupné z <<http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372#f4437534>>.
35. ZÁKON V PRAXI. *Zákon č.108/2006 SB*. [on line]. [cit. 24. 3. 2012]. Dostupné z <http://zakon.vpraxi.cz/zakon_c_1082006_sb_o_socialnich_sluzbach.html>.

8 Klíčová slova

Alzheimerova choroba

Alzheimercentrum

Demence

Ošetrovatelská péče

Paměť

9 Přílohy

- Příloha 1** Addenbrookský kognitivní test
- Příloha 2** Škála celkové deteriorace podle Reisberga-Global Deterioration Scale
- Příloha 3** Dotazník určený zdravotním všeobecným sestřám a zdravotnickým asistentům
- Příloha 4** Dotazník určený ošetrovatelům - pracovníkům v sociálních službách
- Příloha 5** Informační brožura pro ošetrovatelský personál nastupující do Alzheimercentra

Příloha 1

ADDENBROOKSKÝ KOGNITIVNÍ TEST

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

1. ORIENTACE		POZORNOST A ORIENTACE																			
<p>■ Zeptejte se pacienta:</p> <p>Který je dnes den v týdnu? <input type="checkbox"/> Jaké je roční období? <input type="checkbox"/> Ve kterém jsme městě? <input type="checkbox"/></p> <p>Kolikátého je dnes? <input type="checkbox"/> Jak se jmenuje budova, ve které jsme? <input type="checkbox"/> V jakém jsme kraji? <input type="checkbox"/></p> <p>Který máme nyní měsíc? <input type="checkbox"/> V kolikátém jsme poschodí? <input type="checkbox"/> V jaké jsme zemi? <input type="checkbox"/></p> <p>Který máme nyní rok? <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Za každou správnou odpověď přidělíme 1 bod.</p>	<p>(Skóre 0–10)</p> <p><input type="text"/> ACE <input type="text"/> MMSE</p>																				
2. PAMĚŤ – ZAPAMATOVÁNÍ		POZORNOST A ORIENTACE																			
<p>■ Řekněte pacientovi:</p> <p>„Nyní vám řeknu tři slova a vaším úkolem bude je zopakovat“:</p> <p>jablko <input type="checkbox"/> klíč <input type="checkbox"/> balón <input type="checkbox"/></p> <p>■ Poté, co je pacient zopakuje, řekněte další instrukci:</p> <p>„Pokuste se zapamatovat si tato slova, protože se vás na ně budu později ptát.“</p> <p>Po pacientovi požadujeme, aby si tato tři slova 3× zopakoval pro lepší zapamatování, avšak bodově hodnotíme pouze první pokus o opakování (přičemž nezáleží na tom, v jakém pořadí pacient slova zopakuje).</p> <p>Za každé správně zopakované slovo z prvního pokusu přidělíme 1 bod. Počet opakování <input type="text"/></p>	<p>(Skóre 0–3)</p> <p><input type="text"/> ACE <input type="text"/> MMSE</p>																				
3. POZORNOST A POČTY		POZORNOST A ORIENTACE																			
<p>■ Požádejte pacienta:</p> <p>„Nyní odečtěte číslo 7 od čísla 100“:</p> <p>100 A 93 <input type="checkbox"/> T 86 <input type="checkbox"/> S 79 <input type="checkbox"/> E 72 <input type="checkbox"/> C 65 <input type="checkbox"/></p> <p>Poté, co pacient odpoví, ho požádáme, aby takto odečetl 7 ještě 4× za sebou (tedy celkem 5×). Pokud pacient udělá chybu, necháme ho pokračovat a počítáme následující správné odpovědi (např. 93, 84, 77, 70, 63 – celkové skóre 4 body). Skončíme po pěti odečtech (93, 86, 79, 72, 65).</p> <p>Za každý správný výpočet přidělíme 1 bod.</p> <p>■ Pokud pacient nechce nebo není schopen počítat, požádejte jej:</p> <p>„Hláskujte slovo CESTA“. Pak požádejte pacienta: „Hláskujte slovo CESTA pozpátku.“</p> <p>Za každé správné písmeno přidělíme 1 bod.</p>	<p>(Skóre 0–5)</p> <p><input type="text"/> ACE <input type="text"/> MMSE</p>																				
4. PAMĚŤ – VYBAVENÍ		POZORNOST A ORIENTACE																			
<p>■ Zeptejte se pacienta:</p> <p>„Která tři slova jste si před chvílí opakoval(a) a měl(a) si je zapamatovat?“</p> <p>jablko <input type="checkbox"/> klíč <input type="checkbox"/> balón <input type="checkbox"/></p> <p>Za každé správně vybavené slovo přidělíme 1 bod, přičemž nezáleží na pořadí vybavení slov.</p>	<p>(Skóre 0–3)</p> <p><input type="text"/> ACE <input type="text"/> MMSE</p>																				
5. PAMĚŤ – ANTEROGRÁDNÍ PAMĚŤ		PAMĚŤ																			
<p>■ Řekněte pacientovi:</p> <p>„Nyní vám řeknu jméno a adresu a vaším úkolem bude tyto údaje zopakovat. Takto to provedeme 3×, abyste měl(a) možnost se je naučit. Později se vás na ně budu ptát.“</p> <p>Do bodování započítáváme pouze třetí pokus, za každou správnou část odpovědi přidělíme 1 bod.</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th></th> <th>1. pokus</th> <th>2. pokus</th> <th>3. pokus</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Martin Dvořák</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Sadová ulice 73</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Hostěnice</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Liberec</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>			1. pokus	2. pokus	3. pokus	Martin Dvořák	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Sadová ulice 73	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Hostěnice	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Liberec	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	1. pokus	2. pokus	3. pokus																		
Martin Dvořák	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																		
Sadová ulice 73	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																		
Hostěnice	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																		
Liberec	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																		

6. PAMĚŤ – RETROGRÁDNÍ PAMĚŤ

■ Zeptejte se pacienta:

Kdo je současným předsedou vlády (premiérem)?

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

Kdo je současným prezidentem Spojených států amerických?

Který prezident Spojených států amerických byl zavražděn v roce 1963?

Za každou správnou odpověď přidělíme 1 bod.

(Skóre 0–4)

ACE

PAMĚŤ

7. VERBÁLNÍ FLUENCE – slova začínající písmenem „P“ a zvířata

7a Písmena

■ Řekněte pacientovi:

„Nyní vám řeknu jedno písmeno z abecedy a vaším úkolem bude vyjmenovat co nejvíce slov, která začínají tímto písmenem. Slova, která budete říkat, nesmí začínat velkým písmenem, to znamená, že to nesmí být názvy, vlastní jména a nesmí jít o slova se stejným slovním základem. Jste připraven(a)? Můžeme začít? Máte nyní jednu minutu na to, abyste vyjmenoval(a) co nejvíce slov, která začínají na písmeno „P“.“

Časový limit jedna minuta. Přidělíme 1 bod za každé správně vybrané slovo.

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

Počet slov Odpovídá
skóre

>17 7

14–17 6

11–13 5

8–10 4

6–7 3

4–5 2

2–3 1

<2 0

(Skóre 0–7)

ACE

7b Zvířata

■ Řekněte pacientovi:

„Nyní je vaším úkolem vyjmenovat co nejvíce zvířat, která znáte. Slova mohou začínat jakýmkoliv písmenem. Na tuto úlohu máte nyní jednu minutu.“

Časový limit jedna minuta. Přidělíme 1 bod za každé správně vybrané slovo.

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

Počet slov Odpovídá
skóre

>21 7

17–21 6

14–16 5

11–13 4

9–10 3

7–8 2

5–6 1

<5 0

(Skóre 0–7)

ACE

VERBÁLNÍ FLUENCE

8. JAZYK – POROZUMĚNÍ

8a Pacientovi ukažte napsanou větu „Zavřete oči“ na Listu pro pacienta a požádejte ho/ji:

„Přečtěte nahlas, co je zde napsáno, a udělejte to.“

Přidělíme 1 bod za správné vykonání příkazu.

(Skóre 0–1)

ACE

MMSE

8b Dejte pacientovi list papíru a požádejte ho:

„Vezměte tento list papíru do vaší pravé ruky. Přeložte ho na půl.“

Položte ho na zem.“





































Přidělíme 1 bod za každou správně vykonanou část požadavku.

(Skóre 0–3)

ACE

MMSE

JAZYK

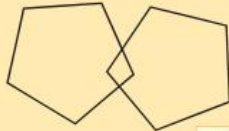
9. JAZYK – PSANÍ																	
<ul style="list-style-type: none"> Požádejte pacienta: „Nyní napište jakoukoliv větu do volného prostoru listu.“ Použijte List pro pacienta. <p>Přidělíme 1 bod, pokud věta obsahuje podmět a přísudek a je logicky koherentní.</p>	<p>(Skóre 0–1)</p> <table border="1"> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>ACE</td> <td>MMSE</td> </tr> </table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ACE	MMSE												
<input type="text"/>	<input type="text"/>																
ACE	MMSE																
10. JAZYK – OPAKOVÁNÍ																	
<ul style="list-style-type: none"> Požádejte pacienta: „Opakujte po mně následující slova.“ <p>10a nosorožec <input type="checkbox"/> výstřednost <input type="checkbox"/> nesrozumitelný <input type="checkbox"/> statistik <input type="checkbox"/></p> <p>Hodnotíme: 2 body, pokud jsou zopakována všechna slova správně 1 bod, pokud jsou zopakována tři slova správně 0 bodů, pokud jsou správně zopakována dvě slova nebo méně slov</p> <p>10b „Více než, naopak a podobně.“</p> <p>10c „Ne jestliže, pokud nebo ale.“ Přidělíme 1 bod za každou správně zopakovanou větu.</p>	<p>(Skóre 0–2)</p> <table border="1"> <tr> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>ACE</td> </tr> </table> <p>(Skóre 0–1)</p> <table border="1"> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>ACE</td> <td>MMSE</td> </tr> </table> <p>(Skóre 0–1)</p> <table border="1"> <tr> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>ACE</td> </tr> </table>	<input type="text"/>	ACE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ACE	MMSE	<input type="text"/>	ACE								
<input type="text"/>																	
ACE																	
<input type="text"/>	<input type="text"/>																
ACE	MMSE																
<input type="text"/>																	
ACE																	
11. JAZYK – POJMENOVÁNÍ PŘEDMĚTŮ																	
<ul style="list-style-type: none"> Požádejte pacienta: „Pojmenujte předměty na obrázcích.“ Použijte List pro pacienta. <p>Přidělíme 1 bod za každý správně pojmenovaný předmět.</p> <table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>													<p>tužka + hodinky (Skóre 0–2)</p> <table border="1"> <tr> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>MMSE</td> </tr> </table> <p>všech 12 obrázků (Skóre 0–12)</p> <table border="1"> <tr> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>ACE</td> </tr> </table>	<input type="text"/>	MMSE	<input type="text"/>	ACE
																	
																	
																	
<input type="text"/>																	
MMSE																	
<input type="text"/>																	
ACE																	
12. JAZYK – POROZUMĚNÍ																	
<ul style="list-style-type: none"> Použijte obrázky z Listu pro pacienta z úlohy č. 11 a zeptejte se pacienta: <p>Ukažte jeden obrázek, který souvisí s královstvím. <input type="checkbox"/></p> <p>Ukažte jeden obrázek, na kterém je vačnatec. <input type="checkbox"/></p> <p>Ukažte jeden obrázek, který souvisí s Afrikou. <input type="checkbox"/></p> <p>Ukažte jeden obrázek, který souvisí s námořnictvím. <input type="checkbox"/></p> <p>Přidělíme 1 bod za každou správnou odpověď.</p>	<p>(Skóre 0–4)</p> <table border="1"> <tr> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>ACE</td> </tr> </table>	<input type="text"/>	ACE														
<input type="text"/>																	
ACE																	
13. JAZYK – ČTENÍ																	
<ul style="list-style-type: none"> Požádejte pacienta: „Nyní přečtěte následující slova.“ Použijte List pro pacienta. <p>šít litr saze těsto výška</p> <p>Přidělíme 1 bod, pokud pacient přečte správně všechna slova.</p>	<p>(Skóre 0–1)</p> <table border="1"> <tr> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>ACE</td> </tr> </table>	<input type="text"/>	ACE														
<input type="text"/>																	
ACE																	

14. ZRAKOVÉ – PROSTOROVÉ SCHOPNOSTI

14a Překrývající se pětiúhelníky

- Požádejte pacienta: „**Překreslete následující dvourozměrný obrázek.**“

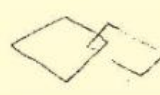
U pětiúhelníků by mělo být jasně rozpoznatelných jejich pět stran a překřížení.
Použijte List pro pacienta.



Příklad:
Správně = skóre 1



Příklad: Špatně = skóre 0



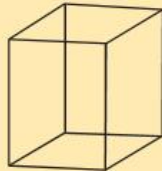
(Skóre 0–1)

ACE MMSE

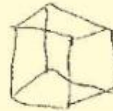
14b Kostka

- Požádejte pacienta: „**Nyní překreslete daný trojrozměrný obrázek.**“

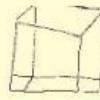
U kostky by měly být rozpoznatelné všechny strany v adekvátních úhlech a vzájemných prostorových propojeních. Použijte List pro pacienta.



Příklad: Skóre 2



Příklad: Skóre 1



(Skóre 0–2)

ACE

14c Hodiny

- Požádejte pacienta: „**Nakreslete hodiny, ciferník s číslicemi, a poté dokreslete ručičky, které ukazují 5 hodin 10 minut.**“

Doplňující instrukce pro skórování naleznete na str. 6.

Kruh (1) | jedna ručička umístěná správně (1).

Skóre 2



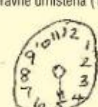
Kruh (1) | všechny číslice jsou napsány, ale nejsou umístěny v kruhu (1).

Skóre 2



Kruh (1) | všechny číslice, ale chybně rozmístěné (1), jedna ručička správně umístěná (1).

Skóre 3



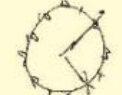
Kruh (1) | všechny číslice, avšak neumístěné (1) v kruhu, jedna ručička správně umístěná (1).

Skóre 3



Kruh (1) | číslice nejsou umístěny v kruhu, 2x číslo 10 (0), ručičky správně umístěné (2).

Skóre 3



Kruh (1) | číslice v kruhu a správně rozmístěné (2), jedna ručička umístěná správně (1).

Skóre 4



Kruh (1) | všechny číslice, ale nesprávně rozmístěné (1), obě ručičky umístěné správně (2).

Skóre 4



Kruh (1) | číslice v kruhu a správně rozmístěné (2), jedna ručička umístěná správně (1).

Skóre 4



Kruh (1) | číslice správně rozmístěné po obou stranách ciferníku (2), obě ručičky správně umístěné (2).

Skóre 5



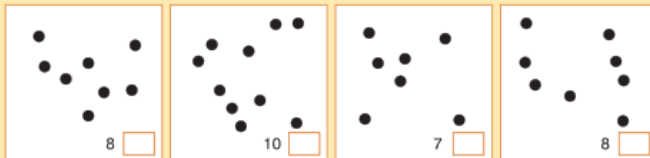
(Skóre 0–5)

ACE

15. PERCEPČNÍ SCHOPNOSTI

- Požádejte pacienta:
„Spočítejte všechny tečky v daném obrázku bez toho, aniž byste si na ně ukazoval.“
Použijte List pro pacienta.

Přidělíme 1 bod za každý správně určený počet teček ve čtverci.



(Skóre 0–4)

ACE

16. PERCEPČNÍ SCHOPNOSTI

- Požádejte pacienta: „Přečtěte následující písmena.“
Použijte List pro pacienta.

Přidělíme 1 bod za každé správně rozpoznané písmeno.



(Skóre 0–4)

ACE

17. VYBAVENÍ (RECALL) – VYBAVENÍ ANTEROGRÁDNÍCH PAMĚTOVÝCH INFORMACÍ

- Řekněte pacientovi:
„Před nějakou chvílí jste se učil(a) a měl(a) si zapamatovat adresu. Zkuste mi ji nyní zopakovat.“

Přidělíme 1 bod za každou správně vybavenou položku.

Martin	<input type="checkbox"/>	Dvořák	<input type="checkbox"/>
Sadová	<input type="checkbox"/>	ulice	<input type="checkbox"/>
		73	<input type="checkbox"/>
Hostěnice	<input type="checkbox"/>		
Liberec	<input type="checkbox"/>		

(Skóre 0–7)

ACE

18. ZNOVUPOZNÁVÁNÍ (REKOGNICE)

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

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

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

Pavel Dvořák	<input type="checkbox"/>	Martin Dvořák	<input type="checkbox"/>	Martin Doležel	<input type="checkbox"/>	vybaveno	<input type="checkbox"/>
Květinová ulice	<input type="checkbox"/>	Sadová ulice	<input type="checkbox"/>	Sadová třída	<input type="checkbox"/>	vybaveno	<input type="checkbox"/>
37	<input type="checkbox"/>	76	<input type="checkbox"/>	73	<input type="checkbox"/>	vybaveno	<input type="checkbox"/>
Pavlovice	<input type="checkbox"/>	Hostěnice	<input type="checkbox"/>	Smíchov	<input type="checkbox"/>	vybaveno	<input type="checkbox"/>
Liberec	<input type="checkbox"/>	Plzeň	<input type="checkbox"/>	Olomouc	<input type="checkbox"/>	vybaveno	<input type="checkbox"/>

(Skóre 0–5)

ACE

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

SKÓRE

Normativní hodnoty jsou stanoveny na souboru dementních pacientů ve věku 46–86 let a kontrolní skupině ve věku 52–75 let.

VÝZNAM TESTU aneb Co jsme testem zjistili?

I. Význam testu pro záchyt syndromu demence

Skóruje-li pacient 88 bodů a méně je senzitivita pro demenci 94 % a specifita 89 %.
(Pokud zvolíme přísnější kritérium, tzn. hranici 82 bodů a méně je senzitivita 84 % a specifita 100 %).

II. Význam pro odlišení Alzheimerovy choroby (ACH) a frontotemporální demence (FTD)

Pro výpočet poměru použijeme výsledky dosažené v uvedených oblastech – viz subskóre, přičemž za paměť dosadíme pouze skóre získané v úloze č. 17 (vybavení – recall).

(nezvládají pacienti s FTD)

POMĚR	Verbální fluence <input style="width: 40px;" type="text"/> + Jazyk <input style="width: 40px;" type="text"/> <small>(viz subskóre) (viz subskóre)</small>	=	<input style="width: 60px;" type="text"/>	Jestliže < 2.2 = FTD Jestliže > 3.2 = ACH
	Orientace <input style="width: 40px;" type="text"/> + Paměť <input style="width: 40px;" type="text"/> <small>(viz subskóre) (pouze úloha č. 17)</small>			

(nezvládají pacienti s ACH)

III. Demence s Lewyho tělísky

Pacienti trpící demencí s Lewyho tělísky často selhávají ve zrakově-prostorových schopnostech (úlohy 14a–c, 15, 16).

IV. Vaskulární demence

Typický je vícečetný různě vyjádřený defekt ve všech úlohách.

Doplňující pravidla pro skórování hodin (úloha 14c, str. 4)

Hodnotíme bodově oddělené provedení kruhu, rozmístění číslic na ciferníku a umístění ručiček.

Kruh

1 bod – za rozpoznatelné provedení kruhu

Číslice

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

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

Umístění ručiček

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

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

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

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

INSTRUKCE

List pro pacienta

8.

ZAVŘETE OČI

9.

11.

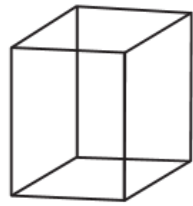
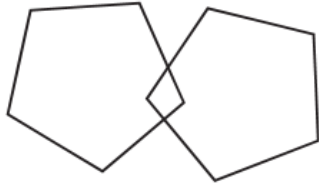


13.

šít litr těsto
saze výška

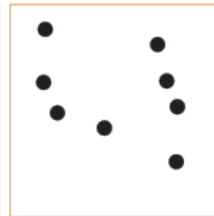
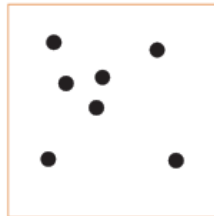
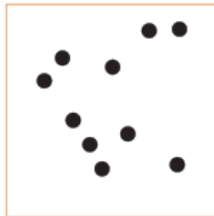
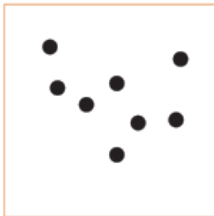
JAZYK

14.

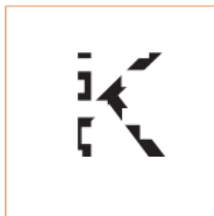


Hodiny

15.



16.



Příloha 2

GLOBAL DETERIORATION SCALE (GDS) podle Reisberga

Stadium	Klinické znaky
1	Bez postižení kognitivních funkcí: Preklinické stadium, nejsou přítomny žádné subjektivní ani objektivní potíže.
2	Počínající postižení kognitivních funkcí: Pouze subjektivní potíže (zapomnětlivost, roztržitost), objektivní vyšetření bez patologie.
3	Mírné postižení kognitivních funkcí: Potíže při vykonávání pracovních povinností, při řeči, řízení automobilu, v neznámém prostředí. Při objektivním vyšetření pouze mírné poruchy paměti.
4	Středně těžké postižení kognitivních funkcí: Neschopnost samostatně provádět některé komplexní činnosti (finanční záležitosti, plánování složitějších aktivit-dovolená, vaření). Vyšetření prokazuje poruchu krátkodobé paměti, řeči a konstrukčních schopností středního stupně.
5	Pokročilé postižení kognitivních funkcí: Neschopnost vykonávat bez dohledu nebo pomoci například: osobní hygienu, vybrat si vhodné oblečení-částečná ztráta soběstačnosti. Objevuje se dezorientace v čase a prostoru. Pokročilé poruchy paměti, apraxie, agnozie.
6	Těžké postižení kognitivních funkcí: Plná závislost na péči okolí, dezorientace všemi kvalitami i vlastní osobou, časté iluze a mystifikace, poruchy chování, inkontinence.
7	Velmi těžké postižení kognitivních funkcí: Těžká porucha až ztráta řeči a jakékoliv komunikace, ztráta schopnosti chůze a volní motoriky, trvalá inkontinence, časté generalizované a kortikální neurologické příznaky (rigidita, pseudobulbární syndrom).

Zdroj: FRANKOVÁ, V. a kol. *Alzheimerova demence v praxi*. 1.vyd. Praha: Mladá fronta, 2011. 70 s. ISBN 978-80-204-2423-5.

Příloha 3

Dotazník určený všeobecným sestřám a zdravotnickým asistentům

Vážené budoucí kolegyně a kolegové

Dovoluji si Vás požádat o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce na téma: Specifika ošetrovatelské péče u pacientů s Alzheimerovou chorobou v Alzheimercentru. Dotazník je anonymní a výsledky budou využity pouze pro účely mé bakalářské práce. Děkuji Vám za spolupráci

Martina Krejčířová - dokumentační sestra na Louckém Mlýně
studentka Zdravotně sociální fakulty
Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích
obor Všeobecná sestra

Pokud nebude uvedeno jinak, označte prosím jednu odpověď

1. O jakou pozici v Alzheimercentru se ucházíte

- zdravotnický asistent
- všeobecná registrovaná sestra
- všeobecná **n**registrovaná sestra

2. Vaše nejvyšší dosažené zdravotnické vzdělání

- středoškolské - zdravotnický asistent
- středoškolské - všeobecná sestra
- vyšší odborné - diplomovaný specialista
- vysokoškolské bakalářského typu
- vysokoškolské magisterského typu

3. Délka Vaší dosavadní praxe ve zdravotnictví

- do 1 roku
- 1-5 let
- 6-10 let
- 11-20 let
- 21 a více

4. Jaký je Váš důvod ucházet se o práci v Alzheimercentru (lze zvolit jednu a více odpovědí)

- zájem pečovat o pacienty s demencí
- získání zajímavé zkušenosti
- vzdálenost od místa bydliště
- motivační platové podmínky
- možnost dalšího vzdělávání
- momentální nedostupnost jiné práce
- jiný-uveďte prosím jaký.....

5. Máte zkušenost s péčí o pacienty s demencí

- ano
- ne

Pokud jste odpověděli **ano**, uveďte prosím, jak jste zkušenost s péčí o pacienta s demencí získal (lze zvolit jednu a více odpovědí)

- v rámci své dosavadní praxe
- v rámci péče o rodinného příslušníka
- jinak, uveďte prosím jak

.....
.....

6. Byl součástí Vašeho studia předmět psychiatrie

- ano
- ne

7. Byla v rámci Vašeho studia konkrétně vyučována ošetrovatelská péče o pacienta s demencí

- ano, podrobně
- ano, obecně
- ne

8. Domníváte se, že vědomosti získané v rámci Vašeho studia jsou dostačující pro práci na pozici, o kterou se ucházíte

- ano
- snad ano
- nevím
- ne

9. Zjišťoval jste si informace o Alzheimerově demenci i jinou formou, než v rámci Vašeho studia (lze zvolit jednu a více odpovědí)

- ano, na internetu
- ano, v odborné literatuře
- ano, v odborných časopisech
- ano, jinak-uveďte prosím jak
.....
- ne

10. Máte informace i o jiných typech demence než o demenci Alzheimerově

- ano
- ne

Pokud jste odpověděli **ano**, jak o jakých jiných typech demence máte informace (lze zvolit jednu a více odpovědí)

- o vaskulární demenci
- o smíšené demenci
- o jiné, uveďte prosím jaké
.....
.....

11. Domníváte se, že ošetrovatelská péče o pacienta s Alzheimerovou demencí je odlišná od ošetrovatelské péče o pacienta s jiným typem demence

- ano
- ne
- nevím

Pokud jste odpověděli **ano**, v jakých oblastech ošetrovatelské péče se dle Vašeho názoru liší

.....
.....

12. Domníváte se, že ošetrovatelská péče o pacienta s demencí je náročnější, než péče o pacienta bez demence

- ano
- ne
- nevím

13. V čem spatřujete nejzásadnější rozdíly v péči o pacienta s demencí a o pacienta bez demence (lze zvolit jednu a více odpovědí)

- v komunikaci
- v projevech agresivity
- v přítomnosti depresivních stavů
- v dezorientaci
- ve schopnostech sebeobsluhy
- v porušené mobilitě
- v dalších oblastech, uveďte prosím v jakých

.....
.....

- v péči o pacienta s demencí a bez demence nespatřuji rozdíl

14. Víte, jak jednat s pacientem s demencí s agresivními projevy

- ano
- ne
- nevím jistě

Pokud jste odpověděli **ano**, uveďte prosím některé ze zásad jednání s pacientem demencí s agresivními projevy

.....
.....

15. Víte, jak jednat s pacientem s demencí s depresivními projevy

- ano
- ne
- nevím jistě

Pokud jste odpověděli **ano**, uveďte prosím některé ze zásad jednání s dementním pacientem s příznaky deprese

.....
.....

16. Domníváte se, že v případě přijetí na pozici, o kterou se ucházíte, bude nutné rozšířit si informace o ošetrovatelské péči o pacienta s demencí

- ano
- asi ano
- nevím
- ne

Děkuji Vám za čas strávený nad tímto dotazníkem
Martina Krejčířová

Příloha 4

Dotazník určený ošetřovatelům - pracovníkům v sociálních službách

Vážené budoucí kolegyně a kolegové

Dovoluji si Vás požádat o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce na téma: Specifika ošetřovatelské péče u pacientů s Alzheimerovou chorobou v Alzheimercentru. Dotazník je anonymní a výsledky budou využity pouze pro účely mé bakalářské práce. Děkuji Vám za spolupráci

Martina Krejčířová - dokumentační sestra na Louckém Mlýně
studentka Zdravotně sociální fakulty
Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích
obor Všeobecná sestra

Pokud nebude uvedeno jinak, označte prosím jednu odpověď

1. Jste absolventem kurzu pracovníka v sociálních službách

- ano
- ne

2. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání

- základní
- učňovské
- středoškolské všeobecné
- středoškolské odborné - zdravotnické
- vyšší odborné - nezdravotnické
- jiné

3. Délka Vaší dosavadní praxe ve zdravotnictví

- do 1 roku
- 1-5 let
- 6-10 let
- 11-20 let
- 21 a více let

4. Jaký je Váš důvod ucházet se o práci v Alzheimercentru (lze zvolit jednu a více odpovědí)

- zájem pečovat o pacienty s demencí
- získání zajímavé zkušenosti
- vzdálenost od místa bydliště
- motivační platové podmínky
- možnost dalšího vzdělávání
- momentální nedostupnost jiné práce
- jiný-uveďte prosím jaký.....

5. Máte zkušenost s péčí o pacienty s demencí

- ano
- ne

Pokud jste odpověděli **ano**, uveďte prosím, jak jste zkušenost s péčí o pacienta s demencí získal (lze zvolit jednu a více odpovědí)

- v rámci své dosavadní praxe
- v rámci péče o rodinného příslušníka
- jinak, uveďte prosím jak

.....
.....

6. Byla v rámci kurzu pracovníka v sociálních službách konkrétně vyučována ošetrovatelská péče o pacienta s demencí (odpovídejte prosím v případě, jste-li absolventem tohoto kurzu)

- ano, získal jsem všeobecné informace o této problematice
- ano, získal jsem podrobné informace o této problematice
- ne

7. Domníváte se, že vědomosti získané v rámci absolvování kurzu pracovníka v sociálních službách jsou dostačující pro práci na pozici, o kterou se ucházíte (odpovídejte prosím v případě, jste-li absolventem tohoto kurzu)

- ano
- nevím jistě
- ne

8. Zjišťoval jste si informace o Alzheimerově demenci i jinou formou než v rámci studia nebo v rámci kurzu pracovníka v sociálních službách (lze zvolit jednu a více odpovědí)

- ano, na internetu
- ano, v odborné literatuře
- ano, v odborných časopisech
- ano, jinak-uveďte prosím jak
.....
- ne

9. Máte informace i o jiných typech demence než o demenci Alzheimerově

- ano
- ne

Pokud jste odpověděli **ano**, jak o jakých jiných typech demence máte informace (lze zvolit jednu a více odpovědí)

- o vaskulární demenci
- o smíšené demenci
- o jiné, uveďte prosím jaké
.....
.....

10. Domníváte se, že ošetrovatelská péče o pacienta s Alzheimerovou demencí se liší od ošetrovatelské péče o pacienta s jiným typem demence

- ano
- ne
- nevím

Pokud jste odpověděli **ano**, v jakých oblastech ošetrovatelské péče se liší

.....

.....

.....

11. Domníváte se, že ošetrovatelská péče o pacienta s demencí je náročnější než péče o pacienta bez demence

- ano
- ne
- nevím

12. V čem spatřujete nejzásadnější rozdíly v péči o pacienta s demencí a pacienta bez demence (lze zvolit jednu a více odpovědí)

- v komunikaci
- v projevech agresivity
- v přítomnosti depresivních stavů
- v dezorientaci
- ve schopnostech sebeobsluhy
- v porušené mobilitě
- v dalších oblastech, uveďte prosím v jakých

.....

.....

- v péči o pacienta s demencí a o pacienta nedementního nespatřuji rozdíl

13. Víte, jak jednat s pacientem s demencí s agresivními projevy

- ano
- ne
- nevím jistě

Pokud jste odpověděli **ano**, uveďte prosím některé ze zásad jednání s dementním pacientem s agresivními projevy

.....
.....

14. Víte, jak jednat s pacientem s demencí s depresivními projevy

- ano
- ne
- nevím jistě

Pokud jste odpověděli **ano**, uveďte prosím některé ze zásad jednání s dementním pacientem s příznaky deprese

.....
.....

15. Domníváte se, že v případě přijetí na pozici, o kterou se ucházíte, bude nutné rozšířit si informace o ošetřovatelské péči o pacienta s demencí

- ano
- asi ano
- nevím
- ne

Děkuji Vám za čas strávený nad tímto dotazníkem
Martina Krejčířová

**STRUČNÝ PRŮVODCE
OŠETŘOVATELSKOU PÉČÍ O PACIENTY
S DEMENCÍ**

**INFORMAČNÍ BROŽURA
PRO OŠETŘOVATELSKÝ PERSONÁL
NASTUPUJÍCÍ DO ALZHEIMERCENTRA**



CO JE DEMENCE?

Demence je klinický syndrom vzniklý následkem organického poškození mozku, obvykle chronického nebo progresivního charakteru. Důsledkem je porucha kognitivních (poznávacích) a behaviorálních (týkajících se chování) funkcí, která je natolik závažná, že má zásadní vliv na kvalitu pacientova života.

CO JE JEJÍ PŘÍČINOU?

Navzdory stále se zvyšující úrovni současné medicíny není přesná příčina demence dosud



*známa. Známý jsou pouze rizikové faktory, mezi nimiž dominuje věk, genetická zátěž, chronická hypertenze a v neposlední řadě **traumatické příčiny** - demence následkem vážného poranění lebky*

JAK SE DEMENCE DIAGNOSTIKUJE?

*Demence se diagnostikuje pomocí zobrazovacích vyšetření mozku - **CT a magnetické rezonance**. Dále pak pomocí neurologického a fyzikálního vyšetření a především širokou škálou **diagnostických testů**, pomocí kterých se dá odhalit nejen typ demence, ale i její fáze.*

DÁ SE DEMENCE LÉČIT?

*Většina typů demence je nevyléčitelná, avšak léčbou lze významně ovlivňovat její průběh a zpomalovat progresi. Dominantní postavení v léčbě demencí zaujímá **farmakoterapie** spočívající v první řadě v podávání kognitiv, což jsou látky bránící odbourávání acetylcholinu nezbytného pro přenos nervových signálů. Účinnost kognitiv byla, kromě demence frontotemporální, prokázána u všech ostatních nejčastějších typů. Užívání kognitiv vede především k oddálení progresu onemocnění a tím prodloužení aktivního života nemocného, dále pak*



má pozitivní vliv na problémové chování včetně depresivní a psychotické symptomatiky.

JE VÍCE TYPŮ DEMENCÍ?

Ano, demencí je více typů, které jsou děleny dle příčiny vzniku na demence primárně degenerativní a sekundární.

Demence se dále dělí dle četnosti výskytu:

Alzheimerova demence: 60 %

Vaskulární, smíšené a vzácné demence: 15%

demence s Lewyho tělísky: 10 %

demence frontotemporální: 8 %

demenci u Parkinsonovy choroby: 7 %

JAKÉ JSOU PŘÍZNAKY ALZHEIMEROVY DEMENCE?

Alzheimerova demence je typická tím, že její rozvoj je plíživý a počáteční příznaky bývají často zaměňovány za běžný projev stárnutí. Pacient si rozvoj této choroby neuvědomuje a nepřipouští.



Příznaky se liší dle stádia choroby:

1. stádium

- zhoršení krátkodobé paměti
- obtížné vyjadřování
- obtíže v nových situacích
- zhoršení orientace v místě a čase
- potíže s rozhodováním
- ztráta iniciativy a motivace

2. stádium

- neschopnost zapamatovat si nedávné události a jména
- velmi obtížné vyjadřování
- dezorientace všemi směry
- bloudění i v domácím prostředí
- neschopnost vést bez problémů samostatný život

3. stádium

- neschopnost porozumět a vyjádřit se
- zásadně omezená mobilita až imobilita
- inkontinence moči i stolicí
- poruchy polykání



JAKÉ JSOU PŘÍZNAKY VASKULÁRNÍ DEMENCE?

*Pro vaskulární demenci je typický **náhlý začátek** a stupňovité zhoršování a kolísání kognitivního deficitu.*

Mezi další příznaky patří:

- zpomalení psychomotorického tempa
- poruchy logického myšlení
- poruchy krátkodobé paměti
- časoprostorová orientace relativně dlouho zachována
- deprese zapříčiněné zachovaným náhledem na nemoc
- zhoršená mobilita z důvodu častých kolapsových stavů

JAKÉ JSOU PŘÍZNAKY PICKOVY DEMENCE?

Pro tento typ demence jsou typické výrazné poruchy chování, poruchy řeči, nedůtklivost, neadekvátní změna sociálního chování a výrazné změny v jídelních návycích.

Nijak výjimečné nejsou ani poruchy sexuálního chování – sebeukájení a obnažování se na veřejnosti. Pro tento typ demence je rovněž typické vydávání zvířecích zvuků.



JE OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S DEMENCÍ A BEZ DEMENCE ODLIŠNÁ?

Ano, ošetrovatelská péče o pacienta s demencí a bez demence se odlišuje v mnoha směrech, nejvýznamnější odlišnosti jsou v oblasti zajišťování pacientovi bezpečnosti a v příjmu stravy.

JE PACIENT S DEMENCÍ AGRESIVNÍ?

Ano, avšak agresivita nebývá zapříčiněna pacientovou povahou, nýbrž jeho neschopností adekvátně vyhodnotit aktuální situaci, což vede k pacientově nepřiměřené reakci.

LZE AGRESIVNÍM PROJEVŮM PŘEDCHÁZET?

Ano, agresivita těchto pacientů bývá často vyvolána nesprávným přístupem ošetrovatelského personálu, například zlehčováním pacientových problémů,



ironizováním, křikem, či projevy neúcty a snižování pacientovi důstojnosti. Dojde-li k agresi, pacientovi neodporujte a snažte

se odpoutat jeho pozornost jiným směrem.

TRPÍ PACIENT S DEMENCÍ DEPRESÍ?

Ano, depresivní projevy jsou u pacientů s demencí časté, obzvláště u pacientů s demencí vaskulární, neboť tito pacienti si svůj stav uvědomují. Depresivní projevy je nezbytné vždy konzultovat s lékařem.



PROBLEMATICKÉ OBLASTI OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O PACIENTA S DEMENCÍ

KOMUNIKACE

- na počátku rozhovoru pacienta vždy oslovte jménem
- používejte krátké a srozumitelné věty
- otázky pokládejte způsobem, aby na ně pacient mohl odpovědět ano / ne
- při rozhovoru udržujte oční kontakt
- používejte nonverbální komunikaci
- se sedícím pacientem komunikujte rovněž vsedě, nikdy ne stojící nad ním

- sdělenou informaci podpořte řečí těla např., chcete-li, aby si pacient sednul, ukažte na židli, požádejte jej, aby se posadil a gestem jej vyzvěte k usednutí

ZAJIŠŤOVÁNÍ PACIENTOVI BEZPEČNOSTI

*Pacienti s Alzheimerovou demencí trpí nestabilitou chůze související s prostorovou dezorientací a jsou tudíž ohroženi **rizikem pádu**. Toto riziko lze snížit nízkými prahy, protiskluzovou podlahou, masivním nábytkem bez ostrých hran, brankou před schodištěm opatřenou kulatými klikami. Samozřejmostí bezpečného prostředí by mělo být dostatečné osvětlení a viditelné označení klíčových míst, tedy pokojů, toalet, koupelen a společenských místností. Naopak vstupní dveře do zařízení by měli být maskovány například závěsem z důvodu předejití neúmyslného odchodu pacienta ze zařízení. Pacienti s vaskulární demencí jsou ohroženi pádem z důvodu častých kolapsových stavů, úrazu*



u těchto pacientů lze předejít zvýšeným dohledem a pomocí při chůzi.

ZAJIŠŤOVÁNÍ DOSTATEČNÉ VÝŽIVY

V počátečních stádiích demence je problém v zapomínání se najíst, či v neschopnosti si vzpomenout, jak se používá lžíce a příbor. Úkolem ošetrovatelského personálu je dohled, připomínání a pomoc.

*V pokročilém stádiu demence se již přidružuje **porucha polykání**, jejímž nejčastějším projevem je zadržování stravy v dutině ústní. Tento problém se řeší jednak **úpravou stravy na kašovitou formu**, jednak upoutáním pacientovi pozornosti a instruováním jej o přítomnosti stravy v dutině ústní spolu s vybízením k jejímu polknutí.*

*Pacienti s **Alzheimerovou demencí** rovněž často stravu odmítají, což může být zapříčiněné depresí, nebo bolestí v dutině ústní, kterou tito pacienti ale nejsou schopni popsat, proto je třeba po zdroji bolesti cíleně pátrat.*

*Opačný problém je u pacientů s **Pickovou demencí**, kteří*



se naopak přejídají a hrozí u nich vysoké riziko aspirace (vdechnutí) stravy.

*Prevencí je **nepodávat těmto pacientům stravu spolu s ostatními pacienty**, ale*

*odděleně, neboť pacienti s **Pickovou***

demencí jsou schopni sníst vše, co mají v dosahu.

ZAJIŠŤOVÁNÍ HYGIENICKÉ PÉČE

*Zajišťování hygienické péče zásadně komplikuje pacientova **inkontinence**. U některých pacientů přichází záhy, u některých až v pokročilých stádiích demence. Nejprve dochází k inkontinenci moči, která je obvykle zapříčiněna tím, že si pacient potřebu mikce (močení) neuvědomuje, nebo není schopen najít záchod a samostatně se svléci. Močovou inkontinenci lze oddálit dodržováním mikčního režimu, spočívajícího ve vytvoření pravidelných návyků spojených s vyprazdňováním.*

BOLEST

*Pacienti v první fázi demence jsou schopni prožívanou bolest srozumitelně popsat, avšak u pacientů ve druhé fázi demence je tato schopnost významně snížena, ve třetí fázi demence zcela vymizí. Proto je velice významná **pozorovací schopnost a vnímavost ošetrovatelského personálu**, neboť při poskytování ošetrovatelské péče, například v rámci zajišťování hygieny, oblékání, provádění ošetrovatelské rehabilitace či aktivizace pacienta, lze odhalit známky*



pacientovy bolesti, které by jinak zůstaly utajeny. Cíleně pátrat po projevech bolesti je u pacientů s demencí velice důležité, neboť neléčená bolest může vést k pacientovým agresivním projevům.



Cílem ošetrovatelské péče je podpora pacienta v zachování schopnosti sebepéče po co možná nejdelší dobu, nikoliv odepření mu této možnosti z důvodu usnadnění si vlastní práce. Je nezbytné mít na paměti, že pacient s demencí je stále jedinečnou a cennou bytostí, ke které je třeba přistupovat vždy s respektem.