

UNIVERZITA PALACKÉHO  
V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA  
Ústav speciálně pedagogických studií

Bakalářská práce

Možnosti péče o seniory s Alzheimerovou  
chorobou v sociálních zařízeních

Uhlářová Libuše

Obor: Speciální pedagogika pro 2. stupeň a střední školy,  
přírodopis se zaměřením na vzdělávání

Vedoucí práce: Mgr. Oldřich Müller, Ph.D.

Olomouc 2021

### Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Možnosti péče seniorů s Alzheimerovou chorobou v sociálních zařízeních vypracovala samostatně za použití uvedených zdrojů literatury a pramenů. Dále prohlašuji, že tato bakalářská práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Olomouci dne

.....  
Libuše Uhlářová

## Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala mému vedoucímu práce Mgr. Oldřichu Müllerovi, Ph.D. za jeho odborné vedení a cenné rady při psaní bakalářské práce. Poděkování patří i zaměstnancům domova pro seniory, kteří se podíleli na výzkumném šetření. Děkuji také rodině a přátelům za povzbuzování k psaní bakalářské práce.

## Anotace

Jméno a příjmení	Libuše Uhlářová
Katedra	Ústav speciálně pedagogických studií
Vedoucí práce	Mgr. Oldřich Müller, Ph.D.
Název práce	Možnosti péče o seniory s Alzheimerovou chorobou v sociálních zařízeních
Počet stran	73
Počet titulů použité literatury	46
Rok obhajoby	2021
Anotace	<p>Tato bakalářská práce se zabývá péčí o seniory s Alzheimerovou chorobou. Zaměření je především na péči seniorů ve středně těžkém stádiu Alzheimerovy choroby v domově pro seniory se zvláštním režimem.</p> <p>V teoretické části vymezují pojmy jako Alzheimerova choroba, stáří a péče o seniory s Alzheimerovou chorobou. Dále také popisují sociální zařízení jako domov pro seniory, domov pro seniory se zvláštním režimem a denní a týdenní stacionáře.</p> <p>V praktické části jsem využila kazuistiku o ženě, která žije v domově pro seniory se zvláštním režimem a rozhovor se zaměstnanci tohoto zařízení.</p> <p>Cílem práce byla analýza a popis případu ženy, která žije v domově pro seniory a má diagnostikovanou Alzheimerovou chorobu ve středně těžkém stádiu.</p>
Klíčová slova	Senior, Alzheimerova choroba, péče, demence, domov pro seniory, stáří

## Annotation

Name and surname	Libuše Uhlářová
Department	Department of Special Education Studies
Thesis supervisor	Mgr. Oldřich Müller, Ph.D.
Thesis title	Possibilities of care for seniors with Alzheimer's disease in social facilities
Number of pages	73
Number of titles of used literature	46
Year of publication	2021
Abstract	<p>This bachelor thesis deals with the care of seniors with Alzheimer's disease. The focus is mainly on the care of seniors with moderate Alzheimer's disease in a home for the elderly with a special regime. In the theoretical part I define terms such as Alzheimer's disease, old age and care for seniors with Alzheimer's disease. I also describe social facilities as a home for the elderly, a home for the elderly with a special regime and daily and weekly hospitals. In the practical part, I used a case study of a woman living in a home for the elderly with a special regime and an interview with employees of this facility. The aim of the work was to analyze and describe the case of a woman who lives in a home for the elderly and has been diagnosed with Alzheimer's disease in a moderate stage.</p>
Key words	Senior, Alzheimer's disease, care, dementia, home for the elderly, old age

# Obsah

Anotace .....	4
Annotation .....	5
Úvod.....	8
Teoretická část .....	10
1 Vymezení pojmu stáří.....	10
1.2 Choroby ve stáří.....	12
2 Demence .....	14
2. 1 Atroficko-degenerativní procesy.....	14
2. 2 Vaskulární demence.....	15
2. 3 Symptomatické demence .....	16
3 Alzheimerova choroba.....	17
3.1 Stádia Alzheimerovy choroby.....	18
3. 1. 1 Rané stádium (lehká forma demence).....	18
3. 1. 2 Středně těžké stádium .....	19
3.1.3 Těžké stádium .....	20
3. 2 Rizikové faktory Alzheimerovy choroby.....	21
3. 3 Příznaky Alzheimerovy choroby .....	23
3. 4 Vyšetřovací metody .....	24
3. 4. 1 MMSE (Mini-Mental-State Examination).....	25
3. 4. 2 Ischemické skóre podle Hachinského .....	26
3. 4. 3 Test kreslení hodin podle Schulmana .....	26
3. 5 Léčba Alzheimerovy choroby.....	27
3. 6 Prevence Alzheimerovy choroby .....	28
3. 7 Péče o seniory s Alzheimerovou chorobou.....	29
3. 7. 1 Péče o seniora v raném stádiu Alzheimerovy choroby .....	32
3. 7. 2 Péče o seniory ve středně těžkém stádiu Alzheimerovy choroby .....	34
3. 7. 3 Péče o seniory v těžkém stádiu Alzheimerovy choroby .....	36
4 Česká alzheimerovská společnost.....	37
5 Sociální služby pro seniory.....	39
5. 1Denní a týdenní stacionáře.....	40
5. 2 Domov pro seniory .....	41
5. 3 Domov pro seniory se zvláštním režimem.....	41
Praktická část .....	43
6 Cíl práce.....	43

6. 1 Dílčí cíle.....	43
7 Výzkumné otázky .....	43
8 Metodologie výzkumu .....	44
8. 1 Metodika sběru dat.....	44
8. 2 Popis výzkumného vzorku.....	45
8. 3 Organizace výzkumné části .....	45
8. 4 Vyhodnocení dat .....	46
8. 4. 1 Kazuistika .....	46
8.4. 2 Strukturované rozhovory.....	51
8. 4. 3 Analýza rozhovorů.....	57
9 Diskuse.....	60
10 Doporučení pro praxi .....	64
Závěr .....	65
Zdroje bibliografie .....	69
Internetové zdroje .....	71
Přílohy.....	73

## Úvod

Tato bakalářské práce se zaměřuje na péči o seniory s Alzheimerovou chorobou. Téma jsem si vybrala, jelikož je mi blízké a chtěla jsem nabýt nových poznatků. Na střední škole jsem absolvovala praxi v domově pro osoby se zdravotním postižením. Převážnou část osob tvořili senioři, zejména s Downovým syndromem. Většina jedinců měla poškozené kognitivní funkce (myšlení, paměť a úsudky). Další praxi jsem splnila v domově pro seniory, kde žilo několik osob s Alzheimerovou chorobou.

Ve svém okolí mám tetu, která má diagnostikovanou demenci při Alzheimerově chorobě. Téměř celý život bydlela naproti našeho domu. Určitý čas se moje matka o tetu starala. Při prvních náznacích, kdy začala zapomínat, nikomu nedocházelo, s jakou nemocí se potýká. Nikdo si ani nechtěl připustit, že by takhle nemoc mohla být i v naší rodině. Když teta ovdověla, bydlela sama v rodinném domě, a tak potřebovala více pomoci. Nebylo to ale tak náročné. Péče se zkomplikovala, když jsme si připustili, že všechno není tak, jak má být, a že se teta zřejmě potýká s Alzheimerovou chorobou. Po čase jí tato nemoc byla diagnostikována. Péče byla stále složitější a náročnější. Mohla jsem tak sledovat, jak nemoc přichází zvolna a nevině a časem člověka naprosto dokáže změnit.

Správná péče o seniora pomáhá v udržování stálého stavu. Zaměřuje se především na trénink paměti a sebeobslužné dovednosti. Je zapotřebí dohlížet na stravování a oblékání, protože s tím mají senioři čím dál větší potíže. V každém stádiu onemocnění bývá péče náročnější, jedinec je čím dál méně samostatný a potřebuje větší oporu při každodenních činnostech. V pobytových zařízeních se seniorům dostává každodenní péče ze strany kvalifikovaného personálu. V posledním stádiu je jedinec nesamostatný, potřebuje pomoc druhé osoby a neustálý dohled. Péče bývá náročnější až je nemožné se o rodinného člena starat doma a je zapotřebí, aby došlo k přesunu do domova pro seniory se zvláštním režimem. V medicíně neexistuje lék na toto onemocnění, ale pomocí medikamentů lze průběh zpomalit. Nemoc začíná pozvolna a nenápadně, může skončit až nemotou a úplnou



ztrátou paměti, kdy je jedinec odkázán na lůžko. Komunikovat lze s jedincem jediné nonverbálně.

Práce je rozdělena jak na teoretickou, tak na praktickou část. Teoretická část vymezuje stáří a nemoci, které sebou přináší. Bakalářská práce obsahují dané onemocnění a jeho charakteristiku, prevenci, léčbu a diagnostiku. Dále se práce zabývá sociálním zařízením jako domov pro seniory a domov pro seniory se zvláštním režimem. V praktické části je hlavní bod kazuistika ženy s Alzheimerovou chorobou a pro doplnění slouží rozhovor se zaměstnanci domova pro seniory se zvláštním režimem. Výsledky praktické části mohou sloužit k lepšímu pochopení seniorů s Alzheimerovou chorobou.

Cílem práce je popsat případ pacientky, která žije v domově pro seniory se zvláštním režimem a vypracovat plán ošetrovatelské péče. Dílčím cílem práce je popsání péče v jednotlivých stádiích Alzheimerovy choroby. Zaměřuji se hlavně na péči o seniory ve středně těžkém stádiu Alzheimerovy choroby v sociálním zařízení.

## Teoretická část

### 1 Vymezení pojmu stáří

Můžeme se setkat s mnoha definicemi stáří, je to kvůli složitosti problematiky stáří a její velké individualizaci. Stáří je poslední fázi lidského života. Během stárnutí (gerontogeneze) probíhá mnoho změn – jak fyziologických – jako např. inkontinence, zhoršené funkce smyslů (sluch, zrak) – tak i psychologických – jako např. duchovní potřeba. Ve stáří se snižuje schopnost adaptace. V posledních letech se kvalita života ve stáří zlepšuje. Pro seniory je důležité, aby se mohli sami rozhodovat – určitá samostatnost a svoboda rozhodnutí. Díky tomu si udržují svou důstojnost a organizují si život podle svých představ (Sak a kol., 2012). Senioři si mohou vybrat, jaké služby chtějí využívat. Mezi služby pro seniory patří aktivizační centra pro seniory, domovy pro seniory, pečovatelská služba nebo centrum denních služeb pro seniory. Se stářím přichází moudrost, bohaté zkušenosti, pocit naplnění, ale také úbytek energie, síly a změny chování. Někdo využívá čas ve stáří na aktivity, na které neměl dost času v pracovním tempu.

Stáří nás provází již od vzniku světa, ale mění se pohled na stáří. Změny se dějí kvůli společnosti, času a prodlužování života. Kdo byl považován ve středověku za starého, je v dnešní době ve středním věku. Ve středověku byl starý člověk považován za velmi moudrého člověka, který měl plno zkušeností a mohl rozdávat rady (Mühlpachr, 2008). Dnes tomu tak již zcela není, někteří pouze využívají, že jsou senioři laskaví a ochotní, jejich děti je umisťují do domovů pro seniory, aby se o ně nemuseli starat.

Gerontologie je nauka, která shrnuje poznatky o stáří a stárnutí. Obor se zabývá problémy ve stárnutí a chorobami ve stáří. Název je odvozen z řečtiny – gerontos=starý člověk, logos =nauka. Gerontologii můžeme rozdělit do tří směrů dle problematiky, kterou se daný směr zabývá. Gerontologie experimentální se zabývá důvody, proč a jak organismy stárnou. Odehrává se na molekulární a celulární úrovni. Gerontologie sociální se zaměřuje na sociální okolí, jak na kontakt a vztah se sociálním prostředím tak i na to, jak okolí ovlivňuje stárnutí a co jedinec požaduje

od okolí. Jako další odvětví je gerontologie klinická, která si klade za cíl zdravý a funkční stav jedince. Geriatrie je v širším slova smyslu klinická geriatrie, v užším slova smyslu se jedná o specializovaný obor, který je součástí lékařství (Kalvach, 2004).

Proces stárnutí a stáří je velmi úzce provázán. Člověk stárne po celý svůj život. Stárnutí je nezastavitelný proces, je přirozený a začíná od vzniku zárodku až do smrti. U každého jedince probíhá stárnutí, což dokazuje, že je to složitý biologický proces. Na průběh stárnutí působí zejména vlivy genetické a zdravotní, životního prostředí a samotný způsob života jedince (Haškovcová, 2010).

Jeden z přístupů, jak správně určovat stáří je takový, kdy pozornost zaměříme na základní charakteristiku stáří, která jde vyzorovat. Pomocí znaků stáří můžeme určit stárnutí. Tyto znaky můžeme rozdělit na dvě skupiny. První skupina, kterou nazýváme univerzální znaky, se objevují u všech jedinců bez rozdílu, řadíme zde např. bílé vlasy, vrásky. Druhá skupina nese název probabilistické znaky, jsou to znaky, které jsou velmi pravděpodobné ve stáří, ale nemusí se objevit. Řadíme sem především problémy s pohybovým aparátem nebo revma (Hamilton, 1999).

Biologické stáří se odlišuje od kalendářního (chronologického) věku. Nemusí být tedy vždy ve shodě. Biologický věk vymezuje fyziologický stav. Chronologický věk se odvíjí od data narození a jeho hranice se stále posouvá, díky moderní medicíně. Určuje je, jak je člověk starý. Každý stárne odlišným tempem, takže i když jsou jedinci stejně staří, jsou v jiné kondici. Sociální stáří je dáno změnou sociální role, životního způsobu nebo ekonomického zajištění. Pro členění se využívá sociální periodizace. Ta udává, jak by se měl člověk v daném biologickém věku chovat podle společenských měřítek. Psychologický věk určuje psychický stav jedince, jedná se o subjektivní vnímání stárnutí (Mühlpachr, 2008).

Stáří lze rozdělit do několika etap. Periodizace stáří není zcela jednotná, můžeme se setkat s různým členěním. Nejznámější je členění podle světové zdravotnické organizace (WHO):

- 60–74 let: rané stáří
- 75–89 let: vlastní stáří
- 90 a více let: dlouhověkost

Můžeme se však setkat s odlišným členěním stáří podle Kalvacha. Toto dělení se uvádí zejména v hospodářsky vyspělých státech, kde dochází k prodloužení života. Hranice pro stáří je tak až 65 let.

- 65–74 let: mladší stáří
- 75–84 let: staří senioři
- 85 a více let: velmi staří senioři

Jako další členění bych uvedla podle Vágnerové.

- 60–75 let: období raného stáří
- 75 let a více: období pravého stáří

## 1.2 Choroby ve stáří

Více než 90 % seniorů starších 70 let trpí na jedno nebo více chronických onemocnění. Nemoci postihující pohybové ústrojí patří mezi nejčastější zdravotní problémy, a to nejen ve stáří. Téměř každý se setkal s bolestí zad či kloubů. Mezi další onemocnění patří osteoartróza nebo atrofie kosterního svalstva.

S nemocí pohybového ústrojí se lze léčit i v lázních, které díky lázeňské rehabilitaci pomáhají zmírňovat obtíže pacienta. V lázních se využívají přírodní léčivé zdroje v podobě vířivých koupelí, vodoléčby, magnetoterapií či plynových injekcí (Čevela a kol., 2012).

Onemocnění trávicího ústrojí jsou v pokročilém věku častým problémem, i když stáří způsobuje jen nenápadné zpomalení trávicího traktu. Mění se tak počet onemocnění připisované stárnutí. Jako příklad lze uvést presbyesofagus (polykání a posun sousta do žaludku), který byl připisován stádiu stárnutí, ale dnes je spíše považován za neurologické nebo vaskulární potíže. (Kubešová a kol., 2006). Mezi další nemoci patří dysfagie nebo gastroduodenální vředy.

S vyšším věkem přibývají i onemocnění postihující vylučovací systém. Ve stáří se zhoršuje schopnost vnímání v oblasti konečníku, což vede k zácpě. Dále se ve stáří setkáváme s inkontinencí či močovou infekcí.

Ve stáří se snižuje elasticita cév, což vede ke snížení průtoku krve všemi orgány. Změny se odehrávají v samotném srdci, kde ubývá kardiomyocytů (buňky, které tvoří tkáň srdeční svaloviny), což má za následek zhoršenou schopnost reagovat na zátěž. Ve stěnách cév ubývá elastinu a přibývá kolagenu, což snižuje pružnost cév. Tyto příčiny vedou k hypertenzi či ischemické chorobě srdeční.

Onemocnění endokrinního ústrojí se týká především dvou orgánů, a to štítné žlázy a slinivky břišní (pankreatu). Diabetes, neboli porucha glukózové tolerance, lze potvrdit u 40 % seniorů ve věku 65–74 let; u seniorů starších 80 let se diabetes vyskytuje u 50 % jedinců (Stárka, 2002). Mezi symptomy diabetes mellitus patří polyurie (časté močení), polydipsie (nadměrná žízeň) či úbytek hmotnosti. Mezi další onemocnění zde řadíme obezitu nebo hypotyreózu či tyreopatii.

Onemocnění centrálního nervového systému bývají závažné a těžko léčitelné. Mezi onemocnění, které postihují centrální nervovou soustavu, řadíme demenci, deprese, poruchy paměti či cévní mozkovou příhodu. Častým onemocněním poruch paměti je Parkinsonova nebo Alzheimerova choroba. Při Parkinsonově chorobě dochází k úbytku nervových buněk, které jsou producentem dopaminu, který odpovídá za přenos signálů mezi nervovými buňkami. Při nedostatku dopaminu se zhoršuje schopnost koordinace a ovládnání vlastního pohybu. Tato choroba patří mezi nejčastější degenerativní onemocnění nervové soustavy, postihuje spíše muže od 50 let (Čevela a kol., 2012).

## 2 Demence

Tato nemoc je degenerativního a progresivního charakteru. Způsobuje dysfunkci paměťových schopností, počítání, schopnosti učení se novým věcem a zhoršuje orientaci v prostoru a v čase (Jiráček a kol., 2009). Demenci lze rozdělit do dvou skupin, a to s atroficko-degenerativním podkladem, neboli primárně degenerativní, a sekundární, neboli symptomatickou demenci. Sekundární demence se dále dělí na dvě skupiny, a to ischemicko-vaskulární a symptomatickou demenci. Sekundární demence vzniká po úrazu, nemoci, infekci, otravě nebo jiném poškození, které zasahuje centrální nervovou soustavu (Koukolík, Jiráček, 1999).

S prodlužováním života, přibývá seniorů, tím rostou také čísla osob, kteří mají diagnostikovanou demenci. Je důležité se na tuto skutečnost připravit jak v ošetrovatelství, tak i v sociální péči, kterou budou senioři potřebovat (Feřalová, Ondřiová, 2020).

### 2. 1 Atroficko-degenerativní procesy

Tyto procesy zapříčiňují odumírání nervových buněk a jejich spojení. Dochází zde k patologickému ukládání bílkovin. Nastávají změny ve struktuře nervové buňky, čímž dochází k poškození její funkce. Zprvu ovlivňuje paměť, ale později dochází i k narušené funkci pohybových schopností. Onemocnění nemá zcela jasně daný původ, není známo ani jak dlouho se nemoc vyvíjí. Nejdříve se objevují poruchy paměti, poté narušená komunikace (Mühlbacher, 2004).

Narušený je i proces označován jako apoptóza, což je děj, během kterého jsou eliminovány nepotřebné nebo poškozené buňky. Označuje se i jako programovaná buněčná smrt nebo buněčná sebevražda. Při demenci tento děj nastává příliš často, nebo nedochází k potřebné apoptóze na místech, kde je to zapotřebí. Poškozením tohoto neurodegenerativního děje dochází k uvolňování velkého množství volných radikálů. Ve zdravém těle se běžně nacházejí a slouží k informativní funkci nebo se také podílejí na stavbě nových tkání v těle, jejich množství je v těle redukováno pomocí enzymů. Pokud se zvýší počet uvolněných radikálů, které nejsou likvidovány

enzymy, dochází k vázání radikálů například na nervové buňky, které posléze odumírají (Jirák a kol., 2009).

Alzheimerova choroba, Parkinsonova choroba, Huntingtonova chorea nebo Pickova choroba se řadí mezi atroficko-degenerativní demence. Nejčastější atroficko-degenerativní onemocnění je Alzheimerova choroba.

## 2. 2 Vaskulární demence

Tato demence vzniká poškozením nervových buněk kvůli cévním poruchám. Mezi nejčastější patří cévní mozková příhoda, kdy dochází k nedostatečnému prokrvení určité části mozku. Demence vzniká po jednom velkém infarktu nebo po více tzv. mikroinfarktech, které postihnou oblast paměti. Řadíme sem multiinfarktovou, vaskulární demenci nebo Binswangerovou chorobu (Pidrman, 2007). Vaskulární demence může vzniknout následkem hypertenzní cerebrovaskulární choroby. Demence bývá ve vyšším věku (Kučerová, 2006). Mysliveček uvádí, že demence může vzniknou již při infarzaci 100 ml mozkové tkáně. Cévní mozková příhoda je významný rizikový faktor pro rozvoj kognitivní deteriorace. Odhaduje se, že pacient, který byl hospitalizován kvůli ischemickému ataku má až 5x vyšší šanci, že se u něho během roku projeví demence. Riziko se s roky snižuje až na menší polovinu než během prvního roku (Feřálová, Ondriová; 2020). V počtu četností je demence ischemicko-vaskulárního typu na druhém místě, nejpočetnější je Alzheimerova choroba. Počet lidí s demencí ischemicko-vaskulárním typem se liší podle statistik, uvádí se 15–30 % všech demencí (Höschl a kol., 2004).

Jako nejčastější se objevuje multiinfarktová demence. Jako další demence, které se, zda řadí je Binswangerova choroba, demence při status lacunaris a demence smíšeného typu.

## 2. 3 Symptomatické demence

Tato demence vzniká jako důsledek infekčních chorob jako např. AIDS. Spouštěčem onemocnění může být i nekonvenční infekční činitel – Creutzfeldt-Jakobova choroba. Mohou vznikat i po různých úrazech hlavy. Demenci může spustit mozkový nádor nebo metabolické změny, při kterých dochází k selhání jater nebo ledvin. Podkladem mohou být intoxikace, které jsou způsobeny alkoholem či drogami. Mezi další vlivy vzniku demencí patří poruchy žláz s vnitřní sekrecí nebo nedostatek vitamínů (Mühlpachr, 2008). Symptomatická demence obsahuje spoustu demencí s nejasnou etiologií. Tuto skupinu lze rozdělit do 13 typů a člení se podle hlavního spouštěče onemocnění např. farmakologickou, alkoholovou demenci (Myslivoček, 2009).



### 3 Alzheimerova choroba

Alzheimerovu chorobu řadíme mezi neurodegenerativní onemocnění. Dochází zde k úbytku nervových buněk, což má za následek mozkovou atrofii. Nemoc poprvé popsal Alois Alzheimer v roce 1907, nemoc tak nese jeho jméno.

Alzheimerova choroba je nejčastější příčinou demence, objevuje se až u 50–60 % demencí. Tato choroba se často pojí s různými příznaky. Mezi časté patří alzheimerovsko-vaskulární (smíšená) forma demence, u které se nerozvíjí jen Alzheimerova choroba, ale také cévní změny v mozku. Dále se Alzheimerova choroba často pojí s Parkinsonovou, Huntingtonovou a Creutzfeldt-Jakobovou chorobou (Holmerová, Mátlová, 2018).

V mozkové tkáni v prostorách mimo nervové buňky se ukládá bílkovina (beta-amyloid). Tato bílkovina tvoří tzv. krystalky kolem, které spouštějí neurodegenerativní děje. Vznikají tak útvary, kterým říkáme neuritické plaky. Množství těchto plaků má vliv na míru poškození mozkové části. Beta-amyloid se vyskytuje i v těle zdravého jedince, ale u takto zdravého jedince je štěpen odlišným enzymem (Pidman, 2007). Další změny se odehrávají přímo v neuronech. Probíhá zde degenerace bílkoviny (tau-protein), které způsobují tvorbu změny vláken ve tvaru dvoušroubovice. Tau-protein je podkladem pro tvorbu útvarů známých pod názvem neurofibrilární klubka neboli tangles. Když jsou v neuronech obsaženy neurofibrilární klubka, tak neplní svou funkci a zanikají.

Dochází zde k dalším změnám jako je poškozená funkce přenašečů vzruchu mezi nervovými buňkami. Nejdříve dochází k poškození acetylcholinergního systému, který přenáší vzruchy v mozku. Tento systém je zodpovědný za paměť a jiné poznávací funkce, dále také zodpovídá za přenos vzruchů z nervů do svalů. V další fázi dochází k porušení excitačních aminokyselin, což vede ke zhoršené schopnosti učit se novým věcem v paměťové sféře (Goetz, 2007).

Nemoc má pozvolný průběh. Mezi první příčiny patří zhoršená krátkodobá paměť. Jedinec začíná mít problémy s chodem domácnosti. Průběh nemoci je individuální, u někoho může mít nemoc rychlý spád a u jiného se stav pomalu zhoršuje. Osobě s Alzheimerovou chorobou se zhoršuje forma vyjadřování, hůře

nachází správná slova, nedokončuje myšlenky, bývá více zmatený, přestává poznávat rodinné příslušníky a osoby blízké či určité věci. Paměť se stále zhoršuje, ztrácí schopnost plánování. Z jedince se stává jiný člověk – mění se jeho osobnost. V posledních stádiích nemoci není schopen se o sebe postarat a je odkázán na vnější pomoc (Koukolík a Jiráček, 1999).

Alois Alzheimer považoval Alzheimerovu chorobu za vzácnou nemoc, dnes má podle ADI tuto nemoc diagnostikováno přes 44 milionů obyvatel na světě a z toho sedm milionů obyvatel Evropy, v České republice žije přes 143 000 obyvatel s Alzheimerovou chorobou (Zvěřová, 2017). Zhruba jedna čtvrtina seniorů starších 85 let mají diagnostikovanou demenci (Holmerová, Mátlová, 2018).

Mezinárodní klasifikace nemocí člení Alzheimerovu chorobu takto:

- Demence u Alzheimerovy nemoci s časným nástupem (G30.0+)
- Demence u Alzheimerovy nemoci s pozdním nástupem (G30.1+)
- Demence u Alzheimerovy nemoci atypického nebo smíšeného typu (G30.8+)
- Demence u Alzheimerovy nemoci NS (G30.9+)

Diagnostický statistický manuál Americké psychiatrické společnosti (DMS – 5) řadí Alzheimerovu nemoc mezi mírnou nebo závažnou neurokognitivní poruchu. U Alzheimerovy choroby rozlišujeme, zda je s behaviorálními symptomy či bez nich.

### 3.1 Stádia Alzheimerovy choroby

V literatuře se můžeme setkat s různým pojmenováním stádií. Všechna však mají stejný průběh a obsah. Liší se tedy jen názvy.

#### 3. 1. 1 Rané stádium (lehká forma demence)

Během raného stádia dochází k zapomínání především nových informací (narušená krátkodobá paměť). Pokud jedinci vyvracíme jeho fakta, tak reaguje agresivně či ublíženě. Problémy nastávají i v řečovém projevu a to tak, že jedinec

zdlouhavě popisuje, co chce sdělit (nemůže si vzpomenout na daný termín), nedokončuje věty, tvoří dlouhé pomlky v řeči. Prostorová dezorientace se projevuje hlavně v neznámém prostředí např. na dovolené. Dezorientace se týká také času, kdy jedinec mylně vnímá čas (Höschl a kol., 1999). Osoby upadají do duševní pasivity, což se projevuje sníženým zájmem, motivací, začínají trpět depresemi, nebo jsou agresivní na rodinu a další blízké osoby – obviňují je a dávají jim za vinu danou situaci.

Zvyšuje se tělesná aktivita. Jedinci mají nutkání stále něco dělat, nevydrží dlouho sedět, odmítají, když jim v jejich aktivitě zabráněno. Osoby jsou vcelku soběstačné, potřebují jen občasnou pomoc a dohled. Lze využít určitých pomůcek např. návody, cedulky, popisky. Vhodné je, když se seniorovi připomínají prohlídky u lékaře. Dokážou být dny i týdny sami, je však zapotřebí zajistit potřebnou ošetrovatelskou péči, dopomoc od rodinných příslušníků nebo jen telefonické konzultace (Holmerová a kol., 2007). Změny se týkají především zhoršení kognitivních funkcí a dochází ke změnám nálad.

V délce trvání se autoři úplně neshodují. První stádium trvá průměrně podle Höschla 2-4 roky a podle Calloneho období trvá 3–5 let.

Senioři v lehkém stádiu si uvědomují, že se potýkají se změnami v těle. Přicházejí o určité schopnosti/dovednosti. Jako příklad poslouží muž ve věku šedesáti let, který měl za úkol změřit pokoj. Když se ale ocitl v pokoji, byl zmatený, nevěděl, co má dělat. Toto zjištění pro něj bylo šokem a pochopil, že něco není v pořádku (Jiráček a kol., 2009). Dříve se změny v těle během lehkého stádia označovaly jako benigní stařecká zapomnětlivost (Müchlpachr, 2008).

### 3. 1. 2 Středně těžké stádium

V tomto stádiu se zapomínání zhoršuje a jedinec přestává poznávat rodinné příslušníky, mizí vzpomínky z minulosti. Senior ve středně těžkém stádiu zapomíná například, zda se umyl, měl návštěvu, nebo si vzal léky. Komunikace s jedincem se zhoršuje, protože přestává rozumět určitým slovům. Praktické úkoly, které jsou na denním pořádku, jedinec přestává zvládat sám a potřebuje

k tomu pomoc – asistenta (Höschl a kol., 1999). Jedná se především o oblékání, stravování, podávání léků, umývání. Prostorová dezorientace se již týká i známého prostředí, takže se může stát, že jedinec zabloudí ve svém bytě a nemůže najít pokoj, který hledá. Osoba začíná být dezorientována i v ročních obdobích (Jiráček a kol., 2009). Senioři často trpí halucinacemi či mylnými představami – slyší hlasy, zvuky, které nejsou reálné nebo sledují osoby, které nejsou přítomny. Středně těžké stádium trvá podle Höschla 2-10 let, ale podle Collneho trvá 3-5 let.

Senioři ve středně těžkém stádiu jsou odkázáni na pomoc druhých, což může vést k tomu, že se jejich hrdost a sebevědomí vzněcuje, protože chtějí žít autonomně a nechtějí být závislí na pomoci druhých. Brání se zásahům do intimní zóny. Začínají se objevovat poruchy chování, nálad. Dochází i k nespavosti nebo jiným poruchám spánku. (Holmerová a kol., 2007). Jedinci mají problém pochopit, proč jejich důvěrná pečující osoba, ve které již nepoznávají svého rodinného příslušníka, je odvádí na odlišné místo – do domova pro seniory se zvláštním režimem. Senior se tak naplňuje strachem, agresí, smutkem a nepochopením (Jiráček a kol., 2009). Důležitý je neustálý dohled nad jedincem při každodenních aktivitách.

### 3.1.3 Těžké stádium

V těžkém stádiu přibývají i tělesná omezení, které mají za příčinu oslabení organismu, a roste náchylnost k infekčním onemocněním jako např. zánět močových cest, chřipka, zápal plic a jiné, které řadíme mezi nejčastější příčiny smrti. Senioři mají také větší tendenci k podvýživě (Höschl a kol., 1999).

Zapomnětlivost se již týká i dlouhodobé paměti, člověk si přestane vybavovat písničky, známé osoby či historky ze svého života. Senioři nejsou schopni si zapamatovat nové informace. Od toho se odvíjí jejich dezorientování časem, místem i osobou. Jedinci si nejsou schopni zapamatovat, kde se nachází např. toaleta. Přestávají poznávat své blízké či ošetřující personál (Holmerová a kol., 2009). Höschl uvádí, že nepoznávají ani sami sebe v zrcadle. Dochází k závažnému omezení komunikace, kdy jedinec ztrácí slovní zásobu. Slova

využívá nahodile, věty nedávají smysl. Velká část seniorů v těžkém stádiu oněmí. Převládá nonverbální komunikace. Problém bývá i v porozumění mluveného slova (Mühlpachr, 2008).

Podle Höschla trvá stádium 1–3 roky. Někteří autoři neuvádí trvání, jelikož těžké stádium považují za poslední. Jedná se o těžkou fázi pokročilé demence.

Problémy se objevují i u stravování, jedinec má problémy s otevíráním a zavíráním úst, žvýkáním potravy i se samotným spolknutím sousta, což se projevuje záchvaty kašle, aspirací. Chůze je nejistá a osoba dokáže dělat jen malé kroky, často padá, proto dochází k častým zlomeninám nebo pohmožděninám (Callone, 2008). Mnoho seniorů je upoutáno na invalidní vozík nebo na lůžko. Většina seniorů v těžkém stádiu trpí inkontinencí. Tito senioři jsou zcela odkázáni na pomoc druhé osoby. Péče v domácím prostředí není možná. Dochází k závažným poruchám chování (Höschl a kol., 1999).

Nemocní senioři potřebují sociální okolí, které jim bude poskytovat respekt a náklonnost. Péče o seniory v těžkém stádium je již v domácím prostředí nemožná. Pro seniora je náročné se vypořádat se změnou prostředí, kde bydlí, a také s tím, že se změní osoby, které se o něj starají. Mění se styl péče (Jiráček a kol., 2009).

V literatuře se můžeme setkat ještě se čtvrtým, terminálním stádiem, kdy je osoba plně upoutána na lůžko a komunikace je velmi složitá. Jedinec komunikuje pomocí nesrozumitelných zvuků a neverbálně. Kognitivní schopnosti jsou neměřitelné. (Slezáková, 2014).

### 3. 2 Rizikové faktory Alzheimerovy choroby

Příčiny Alzheimerovy choroby nejsou zatím zcela známy. Je to i tím, že na člověka působí několik rizikových faktorů a lze těžko odhadnout, který byl hlavním spouštěčem nemoci. Za nejčastější příčinu se považuje vysoký věk, kdy stoupá riziko vzniku onemocnění. Rizikový věk je nad 60 let, kdy se mohou začít poškozovat mozkové buňky (Höschl a kol., 1999). Holmerová zmiňuje, že není zcela jasné, zda je stáří rizikovým faktorem nebo se jen ve stáří vyskytuje větší množství

jiných rizikových faktorů. Mezi další významné rizikové faktory patří přítomnost apolipoproteinu E4 a, výskyt Alzheimerovy choroby nebo Downova syndromu v rodině. U 40–75 % osob s Downovým syndromem se po 60. roku života objevuje Alzheimerova choroba. Důvodem tak častého výskytu Alzheimerovy choroby u osob s Downovým syndromem je trizomie 21. chromozomu, zde se nachází i gen pro produkci alipoproteinu.  $\beta$  – amyloida se tak vytváří ve větším množství, což způsobuje větší množství plaků. Dalším rizikovým faktorem je úbytek acetylcholinu, který je potřeba k vedení nervových vzruchů. S úbytkem acetylcholinu mozkové buňky ztrácejí schopnost přenosu informací (Goetz, 2007). Dalším rizikovým faktorem je pohlaví. Ženy se v průměru dožívají vyššího věku než muži. V tělech odlišného pohlaví jsou i rozdílné hormony. Holmerová a Mátlová uvádí, že některé studie neprokazují větší riziko výskytu u odlišných pohlaví. Jako další příčinu lze uvést nízký stupeň dosaženého vzdělání v mládí. Nemoc však může postihnout i jedince s vyšším stupněm vzdělání, u kterých probíhá nemoc mnohem rychlejším spádem a zákeřněji (Koukolík, Jiráček, 1999).

Mezi částečně ovlivnitelné rizikové faktory patří metabolický syndrom ve středním i pozdním věku života. Patří zde diabetes, hypertenze, obezita, vysoká hladina cholesterolu v krvi, kouření, nadměrná konzumace alkoholu nebo opakované úrazy hlavy. Boxeři často trpí demencí kvůli častým zraněním hlavy, kdy dochází i ke ztrátě vědomí. Nadměrné a dlouhodobé pití alkoholu může vyvolat demenci, a to buď důsledkem toxického působení alkoholu nebo sekundárně úbytkem vitamínů a živin v těle. Vědci zkoumají, zda malé množství alkoholu také může způsobit demenci. Demence může vzniknout po infekčním onemocněním např. AIDS, syfilis nebo kvůli nedostatku vitamínů, a to zejména vitamínu B<sub>12</sub> a kyseliny listové. Tyto faktory nejsou příliš časté ve vyšším věku. Seniori s depresí mají větší riziko vzniku demencí, ale není zcela jasné, zda je demence rizikovým faktorem nebo se jedná o symptom demence (Holmerová, Mátlová, 2018).

Mezi možné, ale nepotvrzené rizikové faktory Alzheimerovy choroby patří i perinatální faktory př. porodní váha, vývoj fetu nebo vývoj mozkové tkáně v dětském věku či smrt rodičů v dětství.

Mezi faktory, které naopak brání vzniku Alzheimerovy choroby patří vyšší stupeň vzdělání a psychická aktivita i ve vyšším věku. Lecitin (především sójový

lecitin) pozitivně působí na průběh nemoci. Dochází k uvolňování cholinu, který se v těle mění na acetylcholin. Protektivními faktory jsou antioxidanty nebo včasná a účinná léčba depresí (Goetz, 2007). Můžeme sem zařadit i nesteroidní antiflogistika, což jsou léky s analgetickým, protizánětlivým účinkem. Léky nejsou narkotické. Mezi tyto léky patří známý ibuprofen, aspirin či naproxen, které jsou běžné k sehnání v lékárnách bez lékařského předpisu. Mezi další léky, které mohou snížit riziko vzniku nemoci, jsou léky na artrózu nebo revmatoidní artritidu. Riziko se snižuje i u žen, které užívají hormonální substituční terapii. Léky mohou pozitivně působit na prokrvení mozku (Holmerová a Mátlová, 2018).

### 3. 3 Příznaky Alzheimerovy choroby

Nemoc začíná zvolna a pomalu. Prvně je napadena krátkodobá paměť. Člověk častěji zapomíná, např. kam položil klíče, mobil, brýle a další předměty. Věci se mohou objevovat na zvláštních místech jako třeba v lednici, mikrovlnce nebo v cukřence. Senior dokáže povídat o své minulosti třeba v jaké lavici seděl, když chodil do školy, a s kým školu navštěvoval, či jména svých spolužáků, ale nedokáže si vybavit, co dělal přes den. Zapomíná na pracovní úkoly, které měl během dne udělat, zapomíná jména kolegů, telefonní čísla. Opakuje stále stejné otázky a začíná se u něj projevovat porucha v plynulosti řeči. Jednoduchá slova nahrazuje jinými slovy. Což vede k tomu, že věty přestávají dávat smysl. (Holmerová, Mátlová, 2018).

Senior bývá dezorientovaný nejen místem, ale i časem. Nedokáže určit, který je den, jaký je čas, ani které je roční období. Jako příklad bych uvedla ženu, která má Alzheimerovu chorobu a na stole má napsané co je za den, měsíc, rok a roční období. Když se seniorky někdo zeptá „Co je dneska za den?“ tak seniorka neví, a i po nabádání, že to má napsané, tak to stejně za chvíli zapomene.

Problémy nastávají i v rozhodování se v běžných činnostech během dne. Alzheimerova choroba ovlivňuje i abstraktní myšlení, které je zhoršené. Jedinec ztrácí motivaci k vykonávání práce, později nastává až neschopnost vykonávat danou práci. Snižuje se i iniciativa. Mění se povaha seniora, dochází ke změně chování i zájmů (Zvěřová, 2017).

Objevují se časté problémy se spánkem. Dochází k posunu spánku a bdění, může dojít i ke spánkové inverzi. U seniora se zhoršuje kontrola nad emocemi, má sklony k emoční labilitě, dráždivosti nebo afektům, objevuje se i tělesný neklid. V posledním stádiu senior může být apatický (Holmerová a kol., 2007). Seniori upadají do naprosté pasivity a je zapotřebí je neustále motivovat a podněcovat, aby se zapojili do nějaké činnosti.

V pozdějším stádiu se objevují i halucinace či bludy, které jsou velkou zátěží především pro ošetřující rodinu. Osoba s Alzheimerovou chorobou si může povídat s již mrtvými lidmi nebo slyší zvuky, které jsou pouze bludy. Může být nepříjemná na svou rodinu, protože se domnívá, že jí lžou, nebo se proti ní spikli. V posledním stádiu se objevují problémy s chůzí. Chůze je nejistá a dochází k častějším pádům (Pidrman, 2007). Senior má problémy i s udržení stolice a moči. Řeč je zde velmi omezená na pár slov, nebo se může stát, že pacient oněmí. Proto je důležité porozumět neverbální komunikaci a udržet si tak nějaké komunikační spojení mezi pacientem a ošetřujícím personálem. Senior je zcela dezorientován časem, místem a sociálními vztahy.

### 3. 4 Vyšetřovací metody

Když rodina nebo sám jedinec začne mít podezření na Alzheimerovu chorobu, tak by měl neprodleně vyhledat lékařskou pomoc. Čím dříve se diagnostikuje nemoc, tím více se zpomalí rychlost průběhu nemoci. Při vyšetření se projedná rizikové chování jedince, stanovuje se zde osobní, rodinná i sociální anamnéza. Důležité je v anamnéze pátrat po úrazech hlavy, metabolických onemocněních, lécích, depresích a genetických předpokladech k onemocnění. Lékař provede pacientovi EKG a odebere vzorky krve a moči, které pošle na rozbor. Vzorky vylučují jiná onemocnění, jako jsou např. záněty močových cest nebo ledvin, poruchy funkce štítné žlázy, a onemocnění jater. Vyšetření pokračuje rentgenem plic. Dle potřeby lze provést i vyšetření mozku pomocí CT (výpočetní tomografie) nebo magnetickou rezonanci. Lékař dává pacientovi k vyplnění neuropsychologické testy – mezi nejčastěji užívanými patří MMSE (Mini-Mental-State Examination). Když je podezření potvrzeno, následují vyšetření u neurologa, geriatra a psychiatra (Holmerová,



Mátlová, 2018). Lékař by měl být vybírán pečlivě, protože bude s nemocným a s rodinou po několik let v kontaktu. Když se podezření nepotvrdí, volí se jiné terapeutické postupy, lékař však stále sleduje stav pacienta.

Pro stanovení diagnózy Alzheimerovy choroby musí mít jedinec poruchu paměti, narušené funkční schopnosti a kognitivní úbytek, který narušuje denní aktivity jedince. Dále alespoň jedno z následujících změn, a to: poruchu abstraktního myšlení, celkovou změnu osobnosti a chování, apraxii (ztráta schopnosti vykonat složitější pohyby nebo činnosti, které jsou účelné), poruchu v komunikaci, či narušenou orientační schopnost v prostoru nebo čase (Zvěřová, 2017).

### 3. 4. 1 MMSE (Mini-Mental-State Examination)

Test MMSE slouží ke zhodnocení kognitivních schopností a pomáhá stanovit stupeň a závažnost demence, je též vhodný pro screening. Test obsahuje 11 úloh, trvá 10–15 minut a je rozdělen na dvě části, ústní a písemnou. Před zahájením testů by měl lékař s pacientem navázat kontakt a vytvořit příjemnou atmosféru. Pokud se objeví úkol, který by byl pro pacienta příliš náročný, tak by lékař neměl dbát na jeho splnění. Ústní část je zaměřena na orientaci, paměť a pozornost. Druhá část se zaměřuje na schopnosti vnímat verbální a písemné pokyny, nákres geometrických obrazců či přepis vět. Test pokrývá oblasti intelektuálové, exekutivní (udržení pozornosti a tempa), symbolické (čtení, psaní, řeč) a prostorové. Po vyplnění testu se určují poškození kognitivních funkcí. Rozdělujeme lehké, středně těžké a těžké poškození funkcí (Pidrman, 2007). Maximální počet bodů v testu je 30, pro stanovení diagnózy Alzheimerovy choroby je zapotřebí minimálně 25 bodů.

Mezi úkoly v první části testu patří počítání – pacient má odečítat od 100 po 7 a skončit u pátého výpočtu – ke zvládnutí úlohy je potřeba i pozornost. Další úkol zkoumá paměť a vybavenost, pacient má opakovat po lékaři slova – tento úkol se opakuje. Dále je v testu úkol, který se zaměřuje na časovou (den, měsíc, rok, roční období) i místní (město, okres, stát, momentální místo) orientaci pacienta.

Druhá část obsahuje úkoly typu opakování vět, pojmenování předmětů v místnosti. Dalším úkolem je třístupňový příkaz, kdy lékař dává pacientovi tři

příkazy, co má dělat. První příkaz: vezmi si do pravé ruky papír. Druhý příkaz: přelož papír na polovičku. Třetí příkaz: polož papír na zem (viz příloha č. 1).

### 3. 4. 2 Ischemické skóre podle Hachinského

Ischemické skóre se využívá u seniorů s demencí – pro stanovení buď vaskulární anebo primárně atrofické demence. K vyhodnocení škály je zapotřebí mít údaje z neurologického a psychiatrického vyšetření. Hodnotí se 13 kritérií. Zjišťuje se přítomnost depresí, zachování osobnosti, arteriální hypertenze, a to buď v minulosti nebo v přítomnosti. Za každý nálezný je připisován jeden až dva body. Pokud má pacient 0–4 body jedná se o Alzheimerovu chorobu, 5–6 bodů neumožňuje rozpoznání choroby (smíšená demence), při více jak 7 bodech se diagnostikuje vaskulární demence. Výsledky nejsou 100% průkazné je zapotřebí je zvážit, tak jako u každých jiných škálových metod (Kalvach, 2008) (viz příloha č. 2).

### 3. 4. 3 Test kreslení hodin podle Schulmana

Test se zaměřuje především na vizuospaciální funkce. Splnění úkolu může být znemožněno velkou poruchou zraku či sluchu. Pacient dostane od lékaře nakreslený kruh na papíře a má za úkol dokreslit ciferník s čísly a přidat hodinové ručičky, aby ukazovaly čas, který stanoví lékař. Výsledné hodiny se vyhodnocují do 6 bodů. Pokud pacient nakreslí správně hodiny a stanoví správně čas, dostává 1 bod, pokud se vyskytnou malé chyby, dostává 2 body. Jestliže špatně označí čas, který byl určen, dostává 3 body. S mírnými až středními odchylkami dostává pacient 4 body, pokud jsou to chyby větší, má 5 bodů. Pokud výsledný obrazec nemá spojitost s hodinami, je výsledkem 6 bodů (Höschl a kol., 1999) (viz příloha č. 3).

### 3. 5 Léčba Alzheimerovy choroby

Jedná se o nevléčitelnou nemoc, která má individuální progres. Včasnou léčbou lze zmírnit průběh a zkvalitnit tak život jedince. Léčba je jak farmakologická, tak nefarmakologická, důraz se však klade na udržení stávajících dovedností, soběstačnosti a trénink mozkových buněk. Léčba se týká i rodinných příslušníků, kterým lékaři poskytují konzultace. Když dostává ošetřující rodina dostatečné informace o správné péči, může zůstat senior delší čas v domácím prostředí, což má pozitivní vliv na stabilizaci stavu (Holmerová a kol., 2005).

Farmakologická léčba cílí na zmírnění nebo potlačení příznaku nemoci, jelikož ještě není vyroben lék přímo na Alzheimerovu chorobu. Příznaky nemoci, které se léčí medikamenty, jsou pocity zmatení, krátkodobá ztráta paměti, halucinace. Léky odbourávají deprese a agresivní chování. Předepsané léky se mohou v každé diagnóze nemoci odlišovat (Starka, 2002). Léčba se zaměřuje na zvýšení hladiny acetylcholinu. K tomu se může využít např. doplněk stravy sójový lecitin. Mezi další vhodné doplňky stravy v tabletách patří vitamín E, a ginkgo biloba. Dále má léčba za úkol stimulovat některé receptory a zvyšovat syntézu některých enzymů (Höschl a kol., 1999).

Nefarmakologická léčba se zaměřuje na stimulaci mozkových buněk. Patří zde trénování mozku v podobě trénování paměti např. hrami (pexeso), nebo se jedná o drobné motorické výkony. Vhodné je, když pacient udržuje sociální kontakt. Rodina a okolí poskytuje seniorovi psychickou podporu a příjemné zázemí (Holmerová a kol, 2005). Jako další lze uvést dostatečnou duševní aktivitu. Vhodná je pomoc institucí, které vytváří kluby pro aktivní seniory, univerzity třetího věku. Doporučuje se využívat muzikoterapii, arteterapii, četbu nebo věnování se jinému koníčku. – tyto činnosti dodávají klientovi sebevědomí a emočně ho stabilizují. Využívání animoterapie (terapie za účasti zvířete) také pomáhá ke zvyšování sebevědomí, soběstačnosti a pozitivně působí na emoce (Hort, Jiráček, 2007). Důležité je i se seniorem trénovat každodenní činnosti a nechávat mu čas a slovně ho doprovázet, aby úkol splnil sám. K orientaci v prostoru je vhodné využívat popisky např. o jakou místnost se jedná, co je obsahem skříně, atd.

Normotenzní hydrocefalus způsobuje demenci u 1-10 % všech diagnostikovaných demencí. Jedná se o léčitelný stav. Aby se však dal léčit, musí dojít k včasnému vyšetření, než dojde k velkému úbytku mozkové tkáně. Vlivem poruchy vstřebávání mozkomíšního moku, dochází k narušené chůzi, zhoršení kognitivních schopností až demenci a inkontinenci (Holmerová, Mátláková, 2018).

### 3. 6 Prevence Alzheimerovy choroby

Nesmíme opomíjet prevenci, která je důležitá. Pomocí prevence lze oddálit čas vypuknutí choroby. Mezi preventivní prostředky lze uvést aktivní způsob života, duševní aktivitu, snížení působení negativních vlivů, zdravou a pravidelnou stravu, sociální kontakt a intelektuálové činnosti. Je i důležité zvládat stres a neupadat do depresí. Všechny tyto vlivy působí různou měrou na vznik nemoci.

Pravidelná a zdravá strava má vliv na snížení vzniku Alzheimerovy choroby. Potraviny jako je ovoce, zelenina, ryby, a potraviny bohaté na nenasycené mastné kyseliny snižují riziko vzniku poškození kognitivních funkcí. Doplnky stravy, které obsahují omega 3 mastné kyseliny a ginkgo bilobu, mají pozitivní vliv na kognitivní funkce a oddalují jejich dysfunkci (Forgáčová, 2011). Další potravinou je kakao a výrobky z něj. Kvalitní čokoláda by se měla konzumovat ve zdravé míře. Kakao obsahuje flavanoly, které v těle snižují srážlivost krve, zabraňují tak vzniku cévní mozkové příhody nebo srdečnímu infarktu. Čokoláda dále snižuje vysoký krevní tlak, zlepšuje inzulinovou citlivost a také obsahuje antioxidanty (Kubešová a kol., 2006). Podle České alzheimerovské společnosti, co je vhodné pro srdce, tak je vhodné i pro mozek. Tím klade důraz i na péči o srdce, a to tím, že by člověk neměl kouřit, měl by dbát o snížení krevního tlaku a cholesterolu v krvi – pomocí zdravé stravy předcházet obezitě a cukrovce. Vlivem fyzické aktivity se dá snížit cholesterol, váha, riziko vzniku cukrovky, a dokonce i riziko vzniku demence. Díky pohybu se člověk cítí lépe a produkují se pozitivní emoce. Ve zdravém těle, zdravý duch.

Je známo, že Alzheimerovou chorobou trpí velká část lidí s nižším stupněm vzdělání. U lidí, kteří dosáhli vyšší stupeň vzdělání, není zcela známo, zda za vznik onemocnění nemůže spíše nevhodný životní styl, deprese a jiné příčiny onemocnění.

V každém případě je vhodné, když senioři trénují svůj mozek, a tím tak snižují riziko vzniku onemocnění (Kubešová a kol., 2006). Lze se učit novému jazyku, věnovat se sportu nebo objevit nový koníček.

Meditace, která se soustředí na udržení pozornosti, je dalším z návyků s pozitivním účinkem. Kromě meditace sem lze zařadit i mše nebo jiná náboženská setkávání. Duchovní meditace se soustředí na koncentraci a pozitivní emoce. Pozitivní účinky se týkají slovní zásoby, plynulosti mluvy a paměti. Meditace může také pozitivně ovlivňovat hypertenzi (vysoký krevní tlak) či vysokou hladinu cholesterolu v krvi (Marciniak a kol., 2014).

V prevenci hraje velkou roli i paměťový trénink, který by se neměl opomíjet u lidí vyššího věku. Zvyšuje se nejen samostatnost seniorů, ale i jejich nezávislost. S paměťovým tréninkem by se nemělo začít až v seniorském věku nýbrž již dříve. Obsahem není jen trénink mozkových buněk, ale také aktivní sociální život, aktivity jak v zaměstnání, tak ve volném čase. Trénovat mozek lze celoživotně, doporučuje se to především klientům s depresemi, či se začínající ztrátou paměti. Paměťový trénink negativně ovlivňuje moderní společnost, kdy si již jedinec nemusí pamatovat množství informací, ale stačí vědět, kde je najít. Dále se zhoršují i matematické znalosti, protože lidé častěji k výpočtům používají kalkulačku (Fertálová, 2020).

Sociální kontakt by se neměl podceňovat. Vhodné je trávit čas jak s rodinou, tak s přáteli. Česká alzheimerovská společnost uvádí, že pro mozek je to velký přínos, jelikož dochází ke stimulaci mozkové rezervy a dochází ke snižování rizika vzniku depresí a demencí.

### 3. 7 Péče o seniory s Alzheimerovou chorobou

Při podezření na nemoc by mělo dojít k vyšetření, protože péče se provádí lépe, když se ví, kde mohou být problémy a jak se seniorem zacházet. Po stanovení diagnózy Alzheimerovy choroby by si pečující osoby měly zjistit, jaké možnosti péče se doporučují a jaké organizace v okolí bydliště poskytují pomocné nebo pečující služby. (Holmerová, Mátlová, 2018).

Na každého působí nemoc odlišným způsobem. Domov v nás vyvolává příjemné pocity včetně pocitu bezpečí. Pokud jedinec trpí poruchou kognitivních schopností, může v něm domov vyvolávat negativní pocity jako pocity deprese, frustrace. Také v něm domov může zhoršit úroveň dovedností, které ještě doposud zvládal bez obtíží. Vhodný domov pro osoby s Alzheimerovou chorobou by měl splňovat tři kritéria: domov by měl poskytovat bezpečí, podporu emočního zdraví a udržování dosavadních schopností co nejdéle, dokud je to možné. Jestliže by osoba zůstala doma, nabízí se zde ještě jedno kritérium, a to poskytování pečovatelské služby. Prostředí by se správně mělo přizpůsobit individuálním potřebám seniorů (Holmerová a kol., 2007).

Schopnosti, které byly získávány během celého života, bývají zachovány nejdéle. Jedná se o vzorce, které jsou spouštěny předměty v místnosti – např. dřez na mytí nádobí – automatická myčka na nádobí. Pro lepší orientaci je vhodné odstranit nevhodné nebo matoucí předměty či pokyny, dochází pak k minimálním chybám a nehodám, které by byly způsobené nevhodným zacházením s předměty. Mezi předměty, které jsou pro osobu známé, hrozí však riziko úrazu. Patří zde elektrické nebo plynové spotřebiče. Již v raném stádiu dochází ke zvyšování tělesné aktivity a na to by se mělo dbát i při péči. Mělo by dojít k odstranění nadbytečných předmětů, které by bránily v pohybu. Osoby často chodí krátké úseky, které je zbavují přebytečné energie. Řešení je i umístění rotopedu či houpacího křesla, které také slouží k fyzické aktivitě. V domovech pro seniory se tyto stroje objevují často a jsou tak využívány i klienty. Ventilování emocí bývá častou potřebou seniorů. K vybíjení agrese, hněvu, a frustrací využívají především neverbální cestu – jako vhodné aktivity lze označit boxování nebo rytí na zahrádce (Zgola, 2003).

Když se zaměříme na péči, tak by měla být poskytována s trpělivostí, ochotou, vlídností. Sestry musí přistupovat ke klientům individuálně, být empatické a snažit se zajistit jejich potřeby. Pozornost by tedy neměla směřovat pouze k verbální komunikaci, ale také k neverbální komunikaci, jelikož v posledním stádiu může dojít k oněmění seniora. Ošetřující personál by měl být schopen diagnostikovat problémy, zjistit stupeň soběstačnosti jedince a stanovit individuální plán péče. Lékaři a sestry by měli komunikovat s rodinnými příslušníky, aby měli informace ohledně životního stylu, vzdělání nebo průběhu péče o seniora v domácím prostředí. Sestra spolu s klientem sestaví denní plán aktivit, který bude uzpůsoben schopnostem seniora.

K převozu do domova pro seniory by mělo dojít jen v případě nezvladatelných změn nálad nebo při nemožnosti vykonávat péči o seniora v domácím prostředí, jelikož se při změně prostředí stav zhorší (Marková a kol., 2006).

Dochází zde k poruchám spánku, na což se také musí dbát jak v domácí péči, tak i v domovech pro seniory. Je zapotřebí vytvořit bezpečné prostředí a omezit noční toulání na co nejmenší prostor. V pečovatelských službách jsou zabezpečené východy a pacienti jsou pod stálou kontrolou personálem. Nebezpečné předměty jsou odstraněny, aby se zamezilo riziku úrazu. Bezpečnostní opatření jsou sice správná, ale mohou vést k frustraci či agresi seniora. Seniora může nahněvat, že dveře, které šly vždycky otevřít, najednou neplní svou funkci a jsou stále zavřené. Pokud se osoba pokusí dveře otevřít násilím např. za pomoci nože, dochází jak k většímu poškození věci, tak i samotná osoba je více ohrožena na svém zdraví. Doporučuje se tak zamčené dveře zamaskovat – dveře a stěny budou mít stejnou barvu. Vhodnějším řešením jsou proto monitorovací systém nebo jen vrzající podlaha. Nedochozí tak k omezení pohybu seniora, ani ke zbytečnému hněvu či agresi. Pečovatelský tým má i tak dohled nad pohybem klienta. Monitorovací zařízení si pořizují i rodiny v domácí péči, aby měly dohled nad svým blízkým (Jiráček, Holmerová, 2009).

Jestliže senior s demencí při Alzheimerově nemoci používá domácí spotřebiče, měla by jim rodina obstarat přístroje obsahující bezpečnostní prvky. Patří zde varné konvice, které se po uvaření vody automaticky vypnou; žehličky, které se po určité době nečinnosti taktéž samy vypnou. Dále by v domácnosti měly být umístěny detektory kouře a další přístroje. Senior tak může fungovat v navyklém systému, a přitom se riziko nebezpečí snížilo (Zgola, 2003).

Pokoj pro seniora s demencí je ideálně menší. Měl by být místem, kde se bude stále udržovat čistota a pořádek, jelikož tyto jedinci jsou náchylnější k vypuknutí zánětu a dalších nemocí. Jedinci ztrácejí smysl pro estetiku, takže jim nečiní problém, že v pokoji mají nepořádek, proto by zde mělo docházet ke kontrole ošetřující osobou. V pokoji by měly být odstraněny předměty, které by mohly být pro osobu nebezpečné, což poslouží k vytvoření příjemného prostředí (Šanta a kol., 2007). Po přesunu seniora do domu sociálních služeb by měl jeho pokoj být připraven dle jeho podmínek. Do pokoje by se měl umístit kalendář, který bude obsahovat velké číslice, a hodiny by měly být v zorném poli. Trénování orientace v prostoru

za pomoci sestry by se mělo konat denně, nejdůležitější je, aby si klient osvojil cestu do jídelny a na toaletu. Další činnosti, které by se měly opakovat, jsou otázky na časovou orientaci (jaký je den, rok, roční období) a jednoduché úkoly (obkreslování, jednoduché výpočty). Sestra by měla respektovat individuální rozhodnutí klienta a nenutit ho k aktivitám. Personál by si měl všimnout změn v chování seniorů a snažit se najít příčinu. Mimo jiné také kontrolovat podávání medikamentů (Slezáková, 2014).

### 3. 7. 1 Péče o seniora v raném stádiu Alzheimerovy choroby

V prvním stádiu bychom měli nechávat seniora vykonávat činnosti, které bez obtíží zvládá. Klademe důraz na jeho samostatnost a vytváříme podmínky, které mu pomohou být soběstačným. Pečující osoby by měly sledovat seniora při vykonávání činností a pokud si všimnou, že situaci nezvládá, nabídnout mu pomoc. Seniorovi by se měl dostávat pocit, že je užitečný. Rodina může vyhledávat pomoc jak u lékaře, tak u známých, kteří mají s nemocí zkušenosti. Pokud nikoho v okolí nemají, lze se obrátit na asociaci pro Alzheimerovu nemoc. Zlepší se tak péče o nemocného seniora. Denní cyklus by měl mít zaběhlý systém, na který si osoba s demencí při Alzheimerově nemoci zvykne. Harmonogram dne (denní aktivity a jejich časové vymezení) lze napsat velkým písmem na papír na dobře situované místo – osoba tak má přehled o tom, co se kdy bude dít (Callone, 2008). Doporučuje se umístit na dveře popisek, který bude bránit seniorovi v odchodu a v jeho pozdějším možném ztracení (Holmerová, Mátlová, 2018).

Nesmí se opomíjet trénink paměti pomocí sudoku, křížovek či jiných činností. Dobrým tipem jsou náhradní klíče od domu potažmo od auta, pokud je osoba způsobilá k řízení, pro případ, že senior klíče někde odloží a zapomene. Na klíče se může umístit velký kroužek, který zvětší objem klíčů a budou se tak lépe hledat (Holmerová, Mátlová, 2018).

V domácím prostředí se využívají popisky, kde jsou jednotlivé věci uloženy. Léky se mohou nachystat do dávkovače na léky, na kterém je označen jako den v týdnu, tak i denní doba (Jiráček a kol, 2009). V domácím prostředí je bezpečnější kuchyň uzamknout. Senior by ji měl využívat s dohledem druhé osoby. Vhodné je



využívat i závěsy, protože v noci může odrážené světlo vzbudit seniora a on bude mít pocit, že se do domu snaží někdo vniknout. Jako další se doporučuje redukovat množství oblečení, protože se senioři rádi prohrabávají ve svém šatníku a dělá jim větší problém se rozhodovat. Postel by měla být snižená. Pokud jedinec má k dispozici vanu, měla by obsahovat protiskluzovou gumovou rohož, která zabraňuje pádu ve vaně. Mělo by dojít k odstranění jedovatých rostlin a k uschování cenností (Holmerová a Mátlová, 2018).

Chůze po kluzkém povrchu či na přelidněných místech by měla být omezena. Problémy s chůzí se objevují i při nastupování či vystupování z dopravního prostředku nebo u přecházení přechodu. Chůze je pomalejší a nejistá. V určitém stupni je bezpečnější, aby seniora při vycházkách po městě doprovázel rodinný příslušník (Callone, 2008). Mělo by se předcházet i pádům. Důležité je, aby bylo dostatečné osvětlení místností, a upravené vybavení bytu, aby nepřekáželo při chůzi. Vhodné je umístit madla v koupelně a na toaletě. Měla by se zkontrolovat, zda senior nosí vhodnou obuv, není např. příliš velká, čímž hrozí zakopnutí o prázdnou špičku boty. Mezi nevhodnou obuv patří podpatky nebo pantofle, jelikož dochází k horší stabilizaci chůze. Nebezpečné je, když senior uklízí horní část skříně, a přitom stojí na židli nebo stoličce (Mlýnková, 2011).

V komunikaci se udržuje oční kontakt a řeč by měla být klidná, pomalá a s příjemným tónem. Rozkazy by se měly omezovat na minimum. Věty by se za seniora neměly dokončovat, ani mu skákat do řeči. Měl by mít tedy dostatečný čas a klid, ať se vyjádří sám. Skákáním do řeči dochází k ponížení a zničení jeho myšlenkových pochodů a on zapomene, co vlastně chtěl říct. Věty by měly být spíše kratší a bez cizích výrazů, které by ho jen zmátly. Otázky se vybírají spíše takové, kde se formulujeme odpověď na „ano“ nebo „ne“ (Holmerová a kol, 2007).

V sociálním kontaktu s dalšími lidmi za seniora nemluvíme. Necháváme ho, aby hovořil sám, především u návštěvy lékaře, kdy rodiny často hovoří za seniora v domnění, že ochraňují jeho důstojnost. Rodina by se neměla bát vyjádřit emoce, které cítí k seniorovi. Snižuje se tím napětí a vyvolá to příjemné pocity. Pozitivismus je správná cesta. Osoba s Alzheimerovou chorobou si uvědomuje, že přichází o své dovednosti a s tím také přicházejí otázky typu: „Proč se to děje zrovna mně?“ Rodina

by se těmto otázkám neměla vyhýbat a měla by se seniorem na dané téma komunikovat. Senior by měl být povzbuzován a chválen.

### 3. 7. 2 Péče o seniory ve středně těžkém stádiu Alzheimerovy choroby

O seniora lze pečovat v domácích podmínkách, ale pro mnoho rodin je tento stav již neúnosný a senior je proto přesunut do domova pro seniory. Péče je stále náročnější a vyžaduje hodně trpělivosti, ochoty a lásky (především v rodinném kruhu). Mohou nastat i okamžiky kdy je senior agresivní na své blízké, mění se i jeho osobnost. Pečující rodina by si měla najít cestu, jak dokáže ventilovat nepříjemné pocity, které jsou vyvolány zhoršujícím se stádiem demence. Pomocí ventilace nelibých pocitů udržíte pozitivní péči k seniorovi (Callone, 2008).

Trénink paměti by se měl stále provádět denně. Při tréninku krátkodobé paměti připomínáme, kde najde věci, které hledá, kam se jede na výlet, co se během dne dělo. Dlouhodobou paměť lze trénovat prohlížením rodinných alb s fotkami a připomínáním zážitků, které fotky vybavují nebo zpěvem starých a známých písní. Činnosti zároveň vyvolávají příjemné pocity. Mnoho osob s Alzheimerovou nemocí, které žijí v domovech pro seniory, má v pokojích právě rodinná alba, která si denně prohlíží a připomíná si staré časy (Holmerová a kol., 2007).

Přibývá situací, kdy senior potřebuje větší pomoc a dozor – úkoly by měly být jednoduššího charakteru. Pokud se jedná o komplexní výkon, pečovatel jej rozdělí na více malých úkolů a díky tomu bude úkol splněn. Oblečení volíme takové, které se snadno obléká, šaty či sukně vybíráme se zapínáním na přední straně, ponožky jsou vhodné bez označené paty, protože to umožňuje jednodušší navlékání. Dohlížíme, zda senior správně pochopil úkol, a pokud ne, tak ho směřujeme k úspěšnému splnění. Není třeba denně připomínat seniorovi, že se mu zhoršuje paměť, on si to uvědomuje. Spíše připomínáme úkony, které stále zvládá (Jiráček a kol., 2009).

Komunikace se zhoršuje. Jedinec vkládá do vět nevhodná slova, zapomíná, co chce říct, opakuje stále stejné věty, prodlužují se pomlky mezi větami, hůře se mu popisují emoce, které cítí. Pečovatel musí být trpělivý a měl by se snažit pochopit, co

chce senior říci. Hádky mezi seniorem a pečovatelem jsou naprosto zbytečné, dochází pouze k agresi seniora, který trvá na své pravdě. Konverzace se vede především na klidném místě bez rušivých elementů, věty by měly být kratší a jasné, aby nedošlo k mylnému pochopení. Mezi větami se prodlužují pauzy kvůli tomu, aby měl senior dostatek času na pochopení dané věty. Seniorovi dopřejeme delší čas na vyjádření (Jirák a kol., 2009). Určité fráze mohou činit problém v pochopení, např. místo věty: „Čas na večeři!“ je lepší použít frázi: „Na stole máš tousty!“ Pozitivismus a legrace pomáhají vytvářet příjemnou atmosféru, důvěru seniora v pečovatele, čímž se i zlepšuje péče. Radost, štěstí přinášejí i domácí zvířata. Lze tak seniorovi nějaké pořídit. V domech sociálních služeb se běžně chovají domácí zvířata nebo se zde zapojují do terapeutických programů se zvířaty (Callone, 2008).

Místa, kde se senior pohybuje, by měla být bezpečná, slouží k tomu bezpečnostní pojistky, dohled u elektrických a plynových spotřebičů. Zápalky, zapalovače, léky, čisticí prostředky či jiné předměty, které by mohly omezovat bezpečnost seniora, před ním uschováme. Léky by se měly podávat pod dohledem ošetřovatele, který dohlédne na to, aby byly léky spolknuty. V případě špatné chůze se omezí chůze do schodů – pokud to není možné, využije se rampa, výtah nebo schodolez. Chůzi mohou zhoršovat i malé koberečky, na kterých mohou senioři uklouznout, je proto lepší je odstranit. Pokud je jedinec schopen soběstačného pohybu, tak dbáme na dostatečné osvětlení místností a odstranění předmětů, které mohou způsobit úraz nebo pád. Jestliže chceme, aby se senior přesunul na jiné místo, tak ho napřed informujeme slovně a pak ho doprovodíme, kam potřebujeme (Jirák a kol., 2009). Pokud senior chodí hůře, měl by využívat hůl, která by měla mít ideální velikost vzhledem k jeho výšce. Pokud hůl nestačí, lze využít chodítka. Je vhodné, aby se senior pohyboval v bezbariérovém prostředí. Lze používat bezpečnostní kulatou kliku, která je původně vyrobena kvůli dětem. Na otevření kliky je zapotřebí speciálního tlaku (Holmerová, Mátlová, 2018).

Senior může vyhodit do koše na odpadky cokoli. Proto je lepší jej zkontrolovat, než odpadek vyhodí. Pokud jsou koše v koupelně, mohou být považovány za toaletu, je vhodnější je proto z těchto míst odebrat.

Jídlo seniorovi podáváme na stůl na dobře uchopitelných talířích. Pokud je to možné, jídlo nachystáme na velikost sousta, polévkou nenaplníme celý hluboký talíř

či miskou. Tekutiny nenaléváme do plna, nýbrž do větší poloviny sklenice. Sníží se tak riziko vylití. Stravu a tekutiny osobě nabízejte, jelikož může zapomenout, že má hlad nebo žízeň. Zabrání se tak možné dehydrataci nebo zažívacím problémům (Callone, 2008).

### 3. 7. 3 Péče o seniory v těžkém stádiu Alzheimerovy choroby

Soběstačnost se neustále snižuje. O seniora by mělo být pečováno s úctou, trpělivostí a s respektem. Rodina by měla seniorovi dávat najevo, že ho mají rádi. Pokud je umístěn v sociálních službách, tak jej zde navštívit. Pro některé členy rodiny to může být nepříjemné, protože je senior přestává poznávat. Paměť, jak krátkodobá, tak dlouhodobá, se stále zhoršuje (Holmerová a kol, 2007).

Komunikace by měla probíhat na klidném místě, příjemným tónem hlasu. Pokud senior plně nerozumí slovům, bude vnímat emoce a postoje, které jsou součástí komunikace. Osoba je omezena slovní zásobou, takže se klade větší důraz na neverbální komunikaci. Při komunikaci se používá příjemný dotek např. pohlazení po hlavě, podání ruky (Jiráková a kol, 2009).

Bezpečnost by se měla upravit. Mělo by dojít k odstranění klíčů v zámku od místností, ke kterým má senior přístup, protože hrozí neúmyslné zamčení a následná neschopnost odemčení dveří. Sprchový kout by měl být vybaven sprchovací židlí. Dochází k častější inkontinenci, proto by se měly objevit nutné pomůcky jako jsou podložky na matrace nebo později plenky. Jestliže je senior upoután na lůžko nebo v posteli tráví hodně času, tak by se postel měla umístit k oknu, aby byl poskytnut příjemný výhled ven. Pravidelně by se mělo seniora polohovat, aby se zamezilo vzniku proleženin. Vhodná je i masáž nebo poslech příjemné hudby, která klienta uvolní (Callone, 2008). Tekutiny podáváme pomocí pití přes brčko nebo injekční stříkačkou přímo do úst.

## 4 Česká alzheimerovská společnost

Jedná se o občanské sdružení, které bylo založeno v roce 1997. Na vzniku se podíleli jak odborníci (gerontologové, sociální pracovníci), tak i pečující rodiny. V roce 2014 se stala společnost obecně prospěšnou. Tato společnost je součástí Alzheimer Europe a Alzheimer's Disease International. Cílem je pomáhat osobám pečující o seniory s Alzheimerovou chorobou.

Na stránkách společnosti lze najít obecné informace o daném onemocnění. Popisují příznaky, diagnózu a prevenci nemoci. Dozvídáme se například, že správnou diagnózu v České republice má okolo 20–30 % pacientů s demencí. Množství lidí s jednotlivými typy demencí tak lze jen odhadovat. Dále zde můžeme najít tipy, jak lépe pečovat o osobu s Alzheimerovou chorobou. Webová stránka tak může být dobrým pomocníkem při vykonávání péče o seniory v rodinách, které potřebují poradit. Tipy na péči ukazují způsoby, jak upravit domácnost, komunikaci, nebo jak naplánovat denní aktivity. Dále se seznamujeme s tím, jak pečovat o blízkou osobu na dálku.

Je zapotřebí seniora často navštěvovat a kontrolovat, v jakém je stavu, zda snědl jídlo nebo jestli nepotřebuje pomoci. Pokud jedinec bydlí v domově pro seniory, tak je vhodné se domluvit s ošetřujícím personálem, kdy jim mohou rodinní příslušníci volat, aby sdělili informace o stavu seniora. Rodina a přátelé seniora ho mohou pravidelně navštěvovat.

Najdeme zde i část, která se věnuje dětem, aby lépe porozuměly nemoci. Některé děti se podílejí na péči o seniora. Dětem se v tomto případě dostává menší pozornost než dříve, což působí na změny jejich emocí. Děti bývají rozrušené kvůli neustálým změnám chování blízké osoby, někdy to v nich může i vyvolávat pocity strachu. Jsou unavené z neustálého opakování informací. Bojí se, že touto nemocí jednou onemocní i jejich rodiče nebo oni sami. Mohou se stydět si přivést domů návštěvu. Děti by se mělo vysvětlit onemocnění i to, jakou péči senior vyžaduje. Nechat je ptát se na jeho otázky. Mezi často kladené otázky patří např.:

- Proč se dědeček chová tak divně?
- Proč se babička pořád ptá na to stejné?

- Proč mě dědeček volá jiným jménem?

Dítě a senior mohou společně poslouchat hudbu, tancovat nebo se procházet po zahradě či okolí. Společně si mohou prohlížet rodinné fotografie, číst si knížky nebo sledovat filmy.

## 5 Sociální služby pro seniory

Sociální služby se poskytují osobám v nepříznivé sociální situaci. Cílem je zlepšení nebo zachování míry soběstačnosti, snížení sociálního a zdravotního znevýhodnění. Služby se poskytují ambulantní, terénní nebo pobytové. V domácí péči o seniora se využívá především terénní služba, která umožňuje pečovatelskou službu. Ošetřující osoba dochází do domu, kde bydlí senior. Domovy pro seniory patří mezi pobytové sociální služby, jelikož zde senior bydlí a je mu poskytována péče v daném domově. Mezi základní činnosti sociální péče je pomoc při poskytování osobní hygieny, chodu domácnosti, stravování, ubytování nebo sociální terapeutické činnosti. Sociální služby se dělí na služby sociální prevence, sociálního poradenství a sociální péči. Sociální péče si klade za cíl zajištění soběstačnosti a snížení sociálního vyloučení. Patří zde osobní asistence, pečovatelská služba, týdenní stacionáře nebo domovy pro seniory. Tyto služby jsou poskytovány za úhradu – ubytování a strava. Po zaplacení úhrady musí klientovi zůstat alespoň 15 % příjmu, ale pokud se jedná o týdenní stacionáře, musí klientovi zůstat alespoň 25 % příjmu. Senioři s Alzheimerovou chorobou využívají především služby sociální péče (zákon o sociálních službách).

Standardy sociálních služeb zvyšují kvalitu sociálních služeb. Zamezuje zneužívání nebo špatnému zacházení s klienty. Standardy tak ochraňují osobní údaje. Standardy jsou jinými slovy normy požadované úrovně kvality poskytování sociálních služeb, které jsou prokazatelné a ověřitelné. Poskytovatel má písemně vypracovaná vnitřní pravidla, kterými srozumitelně a adekvátně informuje zájemce. Při zájmu dochází k vytvoření smlouvy o poskytování sociální služby. Standardy vymezují cíle a zásady při poskytování sociálních služeb. Ošetřující personál společně s klientem hodnotí naplňování cílů. Klienti mají právo si stěžovat na nedostatky v poskytování služeb.

Většina pobytových sociálních zařízení v České republice je zřizována krajem, obcí nebo soukromou společností (církví, občanským sdružením) nikoliv státem. V pobytových zařízeních pracuje omezený počet všeobecných sester, které kromě své ošetřovatelské péče vykonávají také nekvalifikovanou a méně odbornou

práci. Pracovníci jsou neustále vzděláváni a seznamují se s novými metodami a radami, jak pečovat o seniory s narušením kognitivních schopností. Lépe tak rozumí potřebám a emocím klientů a jsou jim tak větší oporou. Služby se poskytují podle individuálního plánu, na kterém se nepodílí jen ošetřující personál, ale i samotný klient. Klade se důraz na soběstačnost, v úkonech mu sestry pomáhají, ale neplní je za ně. Udrží se tak klientova důstojnost a sebevědomí. Zabraňuje se vzniku závislosti na sociální službě. Služby se snaží klienta aktivizovat. (Malíková, 2020).

V sociálních službách by se měly dodržovat i určité etické zásady. Neměli by se klientovi nabízet nevhodné služby. K osobám by se mělo přistupovat s úctou a pokorou. Situace by se měla brát vážně. Dávat na výběr z více možností, aby si sám klient mohl vybrat, co mu nejvíce vyhovuje. Nesmí se zamlčet důležité informace a podvádět klienta. Měla by se nabízet jen vhodná pomoc. Klientovo rozhodnutí by se mělo respektovat. Dále by se pacienti nemělo kritizovat, ponižovat a zesměšňovat. Etické kodexy existují pro sociální pracovníky v České republice, pro sestry vypracovaný Mezinárodní radou sester, pro ošetřovatelské povolání, pro sociální práci (Mezinárodní kodex) nebo pro zdravotnické pracovníky v nelékařských oborech.

## 5. 1Denní a týdenní stacionáře

Služby jsou určeny pro osoby se sníženou soběstačností způsobenou nemocí nebo vysokým věkem. Ty potřebují denní péči a pomoc druhé osoby. Stacionáře poskytují pomoc při každodenních činnostech včetně osobní hygieny a jsou nápomocní při uplatňování práv. Dále poskytují stravu a týdenní stacionáře i ubytování. Zprostředkovávají sociální kontakt s okolím, a také organizují aktivizační, výchovné a vzdělávací terapie (zákon o sociálních službách).

Stacionáře jsou vhodné pro osoby ve středně těžkém stádiu onemocnění, kdy jedinci potřebují neustálý dohled, péči a pomoc, což tato služba umožňuje. Služby jsou nápomocné pro pečující rodinu, protože senior je pod dohledem a oni si mohou splnit činnosti, které potřebují. Pro osoby s Alzheimerovou chorobou je to příjemné místo, jelikož je zde klidná atmosféra, malý počet uživatelů a vytváří se pro ně



vhodný aktivizační program. Díky této službě se oddaluje přesun do domova pro seniory (Malíková, 2020).

## 5. 2 Domov pro seniory

Tento domov je určen pro seniory s omezenou hybností, a to zejména z důvodu vysokého věku. Potřebují každodenní pomoc jiné osoby. Domov pro seniory poskytuje ubytování, stravování, aktivizační činnosti nebo pomoc při zvládnání běžných úkonů během dne. Domov dále vytváří sociální prostředí, nebo pomáhá s uplatňováním práv (zákon o sociálních službách).

Domov pro seniory se řadí mezi nejrozšířenější pobytovou službu. S klienty se zachází s důstojností. Udržuje se zde čistota a umožňuje se praní a žehlení prádla. Strava se přizpůsobuje dietě jedince. Jídlo musí být vyvážené a bohaté na živiny. Volný čas zaplňují terapeutické činnosti, které zprostředkovává sociální kontakt, cvičení motorických a psychických schopností (Malíková, 2020). Každý domov si stanoví své povinnosti a práva. Můžeme zde zařadit vyhrazený čas pro návštěvy, harmonogram denních aktivit, vymezení volného času nebo nočního klidu. Osoby s Alzheimerovou chorobou nejsou do domova pro seniory přijímány, ale existují výjimky. Jestliže senior onemocní Alzheimerovou chorobou až v domově, tak zde zůstává, aby nedošlo k dalšímu zbytečnému stěhování. Péče se tak musí přizpůsobit jedinci (Dvořáčková, 2012).

Aktivizační činnosti jsou individuální, párové, skupinové a komunitní. Odlišují se počtem jedinců při aktivitě. Mezi časté činnosti, které se vykonávají v domovech, patří arteterapie, muzikoterapie, ergoterapie

## 5. 3 Domov pro seniory se zvláštním režimem

Služby tohoto domova jsou poskytovány osobám, které mají omezenou hybnost z důvodu chronického duševního onemocnění, trpí závislostí na návykové

látky, nebo osobám s demencí včetně demence při Alzheimerově nemoci. Senioři vyžadují každodenní pomoc a péči druhé osoby. Režim je přizpůsoben specifickým potřebám klientů. Základní činnosti tohoto domova je poskytnutí ubytování, stravy, pomoc při osobní hygieně a pomoc při zvládnání běžných úkonů během dne. Tento domov se také zaměřuje na zprostředkování sociálního kontaktu, sociálních nebo aktivizačních činností. Pomáhá při uplatňování práv nebo obstarávání lékařské a rehabilitační péče (zákon o sociálních službách).

Do pobytových služeb domova pro seniory se zvláštním režimem jsou umístěni zejména jedinci s Alzheimerovou chorobou. Umístění do této sociální služby by mělo být uskutečněno až jako poslední možnost, kdy nestačí poskytování terénních a ambulantních služeb. Pečující osoby své blízké v některých případech umísťují do pobytové sociální služby z důvodu malé informovanosti o péči o seniora nebo z důvodu nedostupnosti terénních nebo ambulantních služeb (Dvořáčková, 2012).

## Praktická část

V praktické části bakalářské práce se využívá kvalitativní výzkum, a to kazuistika a strukturovaný rozhovor. Praktická část byla vykonána v domově pro seniory se zvláštním režimem.

## 6 Cíl práce

Cílem práce je analýza a popis případu ženy, která má diagnostikovanou Alzheimerovu chorobu ve středně těžkém stádiu. Cílem práce je vypracování plánu ošetrovatelské péče.

### 6. 1 Dílčí cíle

- Zjistit jaké jsou aktivizační programy v domově pro seniory.
- Zjištění, jak probíhá trénink paměti a jak kolik času zabere.
- Jaké pomůcky využívají v domově pro seniory (k péči a k bezpečnosti).
- Zjištění, jak funguje péče o seniory ve středně těžkém stádiu Alzheimerovy choroby v domově pro seniory se zvláštním režimem v praxi.

## 7 Výzkumné otázky

### **Výzkumná otázka č. 1**

- Jaké první varovné signály Alzheimerovy choroby se objevily u pacientky?

### **Výzkumná otázka č. 2**

- Jaké byly příčiny přestěhování pacientky z domácí péče do domova pro seniory se zvláštním režimem?

### **Výzkumná otázka č. 3**

- Jak se změnil život pacientky po převozu do domova pro seniory se zvláštním režimem?

## **8 Metodologie výzkumu**

### **8. 1 Metodika sběru dat**

V bakalářské práci byly využity dvě metody šetření, a to kazuistika a rozhovor. V první části je kazuistika a pro doplnění kazuistiky slouží rozhovor, který je ve druhé části bakalářské práce.

První částí je kazuistika neboli případová studie. Kazuistika je zaměřená na pacientku v domově pro seniory se zvláštním režimem. Informace o pacientce byly získány od pečujících osob, avšak část dat byla získána i od samotné pacientky při návštěvách. Pacientka žije v domově se zvláštním režimem, který je uzpůsoben pacientům s Alzheimerovou chorobou. Jako vzor pro sběr údajů, který stanovuje zdraví, se využil model od Marjory Gordonové, který se skládá z 12 domén.

Druhou část tvoří strukturovaný rozhovor. Otázky byly stanoveny a přizpůsobeny pro středně těžké stádium Alzheimerovy choroby. Na otázky odpovědělo 10 zaměstnanců domova pro seniory se zvláštním režimem. Rozhovor se držel stanovených otázek. Všechny otázky rozhovoru byly otevřené, zaměstnanci museli sami vytvářet odpovědi dle svých znalostí. Nevýhodou otevřených otázek je náročnější vyhodnocování, ale zároveň může dojít k novým poznatkům. Cílem bylo zjistit přístup péče o klienty s Alzheimerovou chorobou mezi zaměstnanci v domově pro seniory se zvláštním režimem Důstojnost v Nýdku.

## 8. 2 Popis výzkumného vzorku

Součástí výzkumného vzorku byli zaměstnanci domova pro seniory se zvláštním režimem v Nýdku, kteří odpovídali na 13 otázek strukturovaného rozhovoru. Na otázky, které byly otevřené, odpověděli tři zdravotní sestry, tři pečovatelé, tři sociální pracovníci a jedna rehabilitační sestra. Tito zaměstnanci byli vybráni, jelikož bývají s pacienty denně a zasahují do jejich péče. Tím, že jsou s pacienty v neustálém kontaktu, dokážou popsat jednotlivá stádia nemoci, a také to, jaké změny se v nich odehrávají. V bakalářské práci se uvádí ukázka odpovědí těchto zaměstnanců.

Kromě odpovídání otázek rozhovoru, tak zaměstnanci domova pro seniory poskytli informace o zdravotním stavu pacientky, která je umístěna v domově pro seniory. O této pacientce byla vytvořena kazuistika neboli případová studie. Výběr daného domova byl záměrný na základě skutečnosti, že v něm bydlí rodinný příslušník autorky práce. Rozhovor se zaměstnanci byl zaměřen na péči o seniory ve středně těžkém stádiu Alzheimerovy choroby.

Zaměstnanci byli seznámeni se způsobem odpovídání na otázky. Společně byla domluvena lhůta pro vyplnění a odevzdání otázek rozhovoru. Zpět se vrátily všechny otázky rozhovoru, které byly správně vyplněny.

## 8. 3 Organizace výzkumné části

Kvůli nemožnosti navštívit domov pro seniory se hledala alternativa, jak splnit praktickou část. Bylo tedy rozhodnuto, že otázky strukturovaného rozhovoru zašlou elektronickou poštou.

Šetření týkající se kazuistiky se získalo pomocí telefonického rozhovoru s pečujícími osobami. Informace byly zaznamenány do archu a následně se z nich vypracovala kazuistika. Pečující osoby získávaly informace z lékařských zpráv, dokumentů a ze záznamů o péči.

## 8. 4 Vyhodnocení dat

V kazuistice byla provedena analýza a rozbor získaných dat. Součástí kazuistiky jsou i odpovědi na výzkumné otázky. Pro doplnění slouží rozhovor se zaměstnanci daného domova pro seniory, kteří odpověděli na 13 otázek. Poslední otázka byla doplňková, takže nebyla zodpovězena všemi dotazovanými.

### 8. 4. 1 Kazuistika

#### Osobní anamnéza

Anamnéza se týká ženy jménem Vilma, která se narodila ve Smilovicích 3. 3. 1930. Téměř celý život bydlela ve Smilovicích. Nyní bydlí v domově pro seniory se zvláštním režimem v Nýdku. Vilma je vyučená jako krejčová, celý život pracovala jako pánská krejčová. V tomto oboru dosáhla i výučního listu. Vzhledem k vysokému věku je už v důchodu. Její manžel Albert zemřel v 93 letech a pracoval jako dozorce v Karvinských dolech. Několik let je již vdovou. Nikdy si na nic nestěžovala. Když se jí stal úraz, odmítala jít k lékaři. Podle ní to byla jen malá rána, která se zahojí sama. Nikdy si nestěžovala na jakékoliv zdravotní problémy, tudíž nikdy nebrala žádné léky a ani dosud žádné nebere. Ve svém životě byla jen jednou těhotná, porodila zdravou dceru jménem Dáša, kterou ve 23 letech srazilo auto. Klimakterium se u ní dostavilo zhruba v 50 letech. Dnes má diagnostikovanou pouze Alzheimerovu chorobu ve středně těžkém stádiu.

#### Průběh hospitalizace

Do domova byla zapsána v dubnu v roce 2018. Předcházela tomu přesun do nemocnice, jelikož onemocněla chřipkou. Po pár dnech ji chtěli propustit domů, ale moje matka jim vysvětlila, že doma již nejsou vhodné podmínky k bydlení. Doma měla problém s elektřinou, topením a přívodem vody. Bylo by potřeba opravit celý dům. Vilma by za to peníze neutrácela, jelikož to bylo podle ní ještě dobré.

Hledal se tak domov pro seniory se zvláštním režimem, kde by měli volné místo. Našel se. Z následné péče tak byla přestěhována do domova v Nýdku. Potřebné věci jsme jí do domova dovezli. Byla přijata na pokoj pro dvě osoby. Vystřídaly se u ní již 3 spolubydlící, ale někdy je na pokoji i sama. Ze začátku to byl pro ni šok, že není doma, ale rychle si zvykla. Vilma je v domově šťastná, nic jí tam nechybí, na nic si nestěžuje. Je velmi spokojená i se stravou, nikdy neodmítla jídlo.

Když jsme u ní na návštěvě, stále se ptá, co je nového ve Smilovicích a co se stalo s jejím domem, zda tam bydlí synovec nebo pozemek prodal. Opakujeme jí, že dům prodal a koupil jej její souseď. Ten dům zrekonstruoval a vybudoval hotel Vilma. V domově se nenudí, žije aktivní život. Užívá si sociálního kontaktu jak s ostatními seniory, tak s personálem. V domově jí stále někdo navštěvuje – známí, rodina.

#### Rodinná anamnéza

Její matka se narodila v roce 1895 a zemřela v roce 1967. Pracovala jako pekařka v pekárně svého manžela. Její otec se narodil v roce 1898 a zemřel v roce 1970. Pracoval jako pekař. Oba zemřeli stáří. Vilma měla i dva bratry. První bratr Leopold zemřel v 61 letech, pracoval jako havíř v Karvinských dolech. Druhý bratr Vladek zemřel v 64 letech, pracoval v Třineckých železárnách.

Vztahy uvnitř rodiny byly dobré. Otec s matkou spolu pracovali v pekárně, kde pekli pro celou vesnici. Rodina žila v rodinném domě na vesnici. Rodiče byli ve výchově přísní, ale jejich děti je milovaly.

S manželem měla jednu dceru. Muže si brala už jako vdovce se dvěma dětmi (syn, dcera). Na smrt své dcery zapoměla a domnívá se, že s ní byla na prohlídce domu. Říká, že teď bydlí daleko, nemůže si vzpomenout kde, ale dodává, že donedávna bydlela v Třinci. Podle rodinných členů si Vilma není vědoma, že by více zapomínala. I když si na něco nemůže vzpomenout, nevypadá, že by ji to trápilo.

#### Sociální anamnéza

Vždy byla společenská, a to jí zůstalo. Velmi ráda tancovala a vyhledávala společenské akce, kde si mohla zatančit a popovídat si s přáteli. Milovala i svou práci,

a i v důchodu s ochotou pomáhala známým s úpravou oděvů nebo šitím nových kousků. Precizní práce pak šla vidět na krásných oblecích. V době pandemie se této dovednosti práce s šicím strojem využilo, Vilma ušila roušky pro celý domov.

Svůj volný čas využívala a využívá na procházky, a to buď sama nebo s přáteli. Vždy se do sportcentra na jedno čepované pivo stavila, takže jí vůbec nevadí, že pít alkohol v sociálním zařízení nemůže. V domově pro seniory si užívá ve společenství lidí, jelikož si má stále s kým povídat. Je spokojená i s aktivizačním programem v domově. Když pracuje rukama a povídá si, je spokojená.

První příznaky se začaly objevovat před zhruba 11 lety, Kdy začala přijímat obědy, od služby, která rozvázela obědy i pro seniory, kteří už přestali vařit. Obědy se plnili do vlastních krabiček. Bylo zapotřebí mít dva jídlonosiče, jeden byl prázdný, který se odvážel pro pozdější naplnění jídlem a ve druhém se dovezl nachystaný oběd. Stále si nemohla zapamatovat, kde má nechat krabičky, a že v nich má oběd. Moje matka a babička jí to stále dokola vysvětlovaly a snažily se u ní vytvořit návyk, aby si to zapamatovala.

Hodnocení stavu klienta podle model M. Gordonové

### **Výživa**

Stravuje se v domově 5x denně. Připravené jídlo bez obtíží sní sama. Sama si dokáže ukrojit jablko, namazat chleba a další méně náročné činnosti. Když bydlela ve Smilovicích, obědy se jí připravovaly.

### **Vylučování**

Na toaletu si sama bez obtíží zvládne dojít. V domově dostává vložky, především, když jde na procházku.

### **Aktivita, cvičení**

Ráda se prochází po pozemku domova. Jelikož je domov na kopečku, užívá si krásný výhled na okolí. Návštěvám jej ráda ukazuje. Nikdy nejde za své hranice, raději se vrací. Návštěvě jen řekne, kam by až přišli, kdyby dále pokračovali danou



cestou. Když jsem byla za ní na návštěvě, řekla mi, že danou cestou bych se dostala do jedné hospody, kde podávají dobré pivo. Pokud bych však chtěla nealkoholický nápoj, nabídnou mi dobrou kávu. Přitom to byla cesta jen mezi rodinnými domy.

### **Spánek a odpočinek**

Problémy se spánkem neudává. Usíná kolem desáté až jedenácté večer a ráno kolem sedmé hodiny vstává. Přes den si občas odpočine, a to zejména přes zimu, kdy nemůže moc chodit ven.

### **Vnímání**

Dobře se orientuje na pozemku domova. Hůře slyší, ale na vyšetření k doktorovi nikdy jít nechtěla. Je tedy potřeba mluvit hlasitěji. S časovou orientací je to horší. Nepamatuje si svůj rok narození a stále jej posouvá a dělá se tak mladší.

### **Sebepojetí**

O sobě říká, že je klidná a milá. Ráda je ve společnosti. Se vším šetří a je na sebe přísná, jelikož tak byla vychovávána.

### **Mezilidské vztahy**

Když bydlela doma, měla časté návštěvy a chodila s nimi na procházky. Jednou za čas ji přijela navštívit i nevlastní dcera a syn s rodinami, ale počet návštěv se snížil po smrti manžela. Nevlastní dcera a syn bydlí na Slovensku. Jedna kamarádka ji navštěvovala každý týden, spolu chodily na procházky a nadále jí navštěvuje. Stálé návštěvy jsou i od synovce a jeho matky. Když bydlela doma, starala se o ni především moje matka. Když potřebovala pomoci, prvně pro pomoc k nám. Péči o svého manžela zvládala, potřebovala pomoc jen příležitostně, a to zejména při koupání. Její manžel bral léky a ona kontrolovala, zda je bere správně. Většinu dne proležel, ale byl soběstačný ve stravování a vylučování.

### **Sexualita**

Od roku 2013 je vdovou, vzhledem k vysokému věku jsem více podrobností nezjišťovala.

## **Reprodukční schopnosti**

Ve svém životě porodila jednu dceru.

## **Stres**

Vilma je flegmatické povahy. Je klidná a agresivní jednání se objevuje zřídka. Nemá ráda, když ji někdo dává nové oblečení nebo spotřebiče, odmítá to. Po smrti dcery, začala být více podrážděná a často byla agresivní. To se však po čase zlepšilo.

## **Víra**

Rodiče byli adventisté, chodila s nimi na shromáždění. Po čase jej pak navštěvovala i sama. Bibli ale nečetla. Tvrdila, že je to složité a potřebuje to vysvětlit.

## **Životní hodnoty**

Mezi hlavní hodnoty patří svědomitost a píle v plnění úkolů. Jako další hodnoty lze uvést např. pravdomluvnost, upřímnost, čestnost. Života si vždycky užívala naplno. Co se však týče pořizování si nového vybavení či oděvů, po smrti dcery si nic nového nekoupila. a to jak na sebe, tak do domácnosti. Pokud ji někdo požádal o peníze, tak jim je dala. Dělá jí radost, když jsou lidé v jejím okolí šťastní.

## **Pohled do budoucna**

Rodina nevidí žádný důvod ke změně. Jsou spokojeni s péčí, která se pacientce dostává v domově pro seniory se zvláštním režimem. Pacientka si zde také na nic nestěžuje a působí, že je v domově pro seniory spokojená.

Plán ošetrovatelské péče

## **Zhoršená komunikace související se špatným sluchem**

*Subjektivně:* klientka působí, že nemá zájem komunikovat.

*Objektivně:* pokud jedinec nemluví dostatečně nahlas, přestane si jej všímat a raději pozoruje okolí.

*Cíl:* klientka se bude snažit udržet oční kontakt. Při komunikaci bude docházet k zjišťování, zda slyšela správně.

*Ošetřovatelská intervence:*

- Při komunikaci s pacientkou by měl jedinec mluvit vyšším tónem hlasu.
- S klientkou by se mělo komunikovat klidně a pomalu.
- Měly by se užívat krátké věty.
- Při komunikaci by mělo docházet ke zpětné vazbě, zda dobře slyšela.
- Komunikace by měla probíhat v příjemném a klidném prostředí.
- Mělo by docházet k povzbuzování klientka k vyjadřování

*Hodnocení:* Členové rodiny začali lépe komunikovat s pacientkou. Dochází i ke zpětné vazbě, a tím lepšímu porozumění informací.

#### 8.4. 2 Strukturované rozhovory

##### **1. Co je typické ve středně těžkém stádiu Alzheimerovy choroby?**

*Sociální pracovnice: „Alzheimerova choroba má různé znaky projevu, typická je hlavně ztráta orientace v prostoru v čase a místě. Člověk se toulá chodbami, není si jistý ničím. Často bývá smutný plačtivý, myslí si, že ho nikdo už nechce a on přece na tom tak špatně není. Obviňuje sebe a hlavně okolí, stávají se mu věci, které si neumí vysvětlit. Řeč je pomalá a nejistá, často postrádá smysl. Hledá drobnosti, neumí se na nic soustředit a nemá z ničeho radost. Nevhodně se obléká.“*

*Zdravotní sestra: „Ztráta orientace v prostoru, čase, poruchy paměti, postupná ztráta komunikačních dovedností – hůře rozumí všem větám, složitým slovům.“*

*Pečovatel: „Zhoršování klienta v každodenních činnostech, dezorientace, neschopnost naučit se něco nového, ztrácení věcí.“*

Sociální pracovníce: *„Poruchy paměti, zmatenost – může být spojená s neklidem, blouděním.“*

Pečovatelka: *„Zmatenost, častá nepřítomnost myslí, žije v minulosti, častý problém s oblékáním, nedotýkání jídla (je potřeba jim jídlo připravit k jezení – namazat pečivo).“*

## **2. V čem spočívají největší změny od předchozího stadia (raného stadia)?**

Sociální pracovníce: *„Přestávají být soběstační (oblečení, hygiena).“*

Zdravotní sestra: *„Horší vyjadřovací schopnosti, poruchy krátkodobé paměti a zvýraznění dezorientace.“*

Pečovatelka: *„Velký úpadek v soběstačnosti (oblečení, stravování, hygiena), celková zmatenost – patří tričko na trup nebo na nohy.“*

Sociální pracovník: *„Celkové zhoršení osobnosti.“*

Pečovatel: *„Nyní pacient potřebuje pomoc při osobní hygieně, oblékání, při jídle nebo při nákupu/procházce.“*

## **3. Jak probíhá denní péče o typického pacienta v tomto stádiu?**

Zdravotní sestra: *„Jsou nutné aktivizační činnosti a zajišťování dostatečného množství vjemů pro mozek. Je třeba klientovi organizovat denní režim, doprovázet ho, pobízet k činnosti.“*

Pečovatel: *„Ranní toaleta, výběr a příprava oblečení, snídaně, donesení novin, nákup, příprava oběda, odpočinek po obědě, odpolední procházka, odpolední svačinka, příprava večeře, večer společenské hry nebo film.“*

Pečovatelka: *„Dohled nad stravou případně dokrmování, dohled nad osobní hygienou, dohled nad oblékáním.“*

Rehabilitační sestra: *„Celodenní dohled a pomoc při zvládání úkonů sebedpěče, dohled a pomoc u jídla, pití. Vhodná komunikace, zajištění bezpečného prostředí (zajištěné okno, odstranění ostrých předmětů atd.). „*

Sociální pracovnice: „*Je tady hlavně potřebná pomoc psychiatra. Jinak můžeme klientovi pomoc psychicky, laskavým a trpělivým vedením. Utěšováním a povzbuzením zároveň. Doprovázíme je celým dnem, nastavujeme jim denní rutinu, pravidelně opakujeme denní činnosti a snažíme se o neustálou komunikaci a dohled nad jejich činnostmi.*“

#### **4. Co je nejsložitější při vykonávání péče o seniora ve středně těžkém stádiu?**

Zdravotní sestra: „*Komunikace, nejsou již schopni vyjádřit některé své potřeby. V tomto případě může dojít i k neklidu. Nemusí být schopni popsat případnou bolest. Je již nutná dopomoc téměř při všech činnostech.*“

Rehabilitační sestra: „*Sledovat jejich bezradnost a postupující nemoc, někdy je to těžké psychicky. Zvládání jejich výkyvy nálad a psychického a často fyzického úpadku.*“

Sociální pracovnice: „*Nejsou v této realitě, někdy mají bludy, paranoidní sklony.*“

Pečovatel: „*Vyhovět klientovi, aby se cítil komfortně.*“

Sociální pracovník: „*Aby vás chápal, nepamatují si a je potřeba kontrolovat.*“

#### **5. Jaké činnosti dokážou nejvíce klienta v tomto stádiu uklidnit?**

Zdravotní sestra: „*Klidné slovo, dotyk. Pomáhá hudba.*“

Sociální pracovnice: „*U každého to může být jiné – pohyb, společnost někoho, povídání (vzpomínání).*“

Pečovatel: „*Oblíbené činnosti klienta např. malování, četba.*“

Pečovatelka: „*Rozhovory, procházky, poslech hudby.*“

Zdravotní sestra: „*Myslím, že je to zájem okolí, rodiny, podpora a laskavost těch kteří se starají. Dokazování jim, že neztratili na hodnotě a máme je pořád rádi. Hlavně podpora rodiny.*“

## 6. Jaké činnosti naopak mohou klienta znepokojit?

Pečovatel: *„Činnosti, které nemá rád nebo něco co mu nejde. Složitě činnosti.“*

Sociální pracovnice: *„Hluk, zakazování.“*

Zdravotní sestra: *„Činnosti, které nemá rád. Zamykání na pokoji, omezování v pohybu.“*

Pečovatelka: *„Ruční práce, činnosti, kde se očekávají výsledky.“*

Zdravotní sestra: *„Pokud nemají na provedení činnosti dostatek času, pokud jim něco zakazujete. Hluk, prudké pohyby.“*

## 7. V čem vidíte pozitiva pobytové péče na rozdíl od domácí péče, a to především v tomto stádiu?

Zdravotní sestra: *„Vytvoření bezpečného bezbariérového prostředí. Péče je nutná 24 hodin denně, a to bývá pro pečující rodinu velmi těžké. Personál je na to připraven.“*

Rehabilitační sestra: *„Být v kolektivu s lidmi se stejnou nemocí a trávit s nimi čas, pohybovat se v bezpečném a vhodném prostředí.“*

Sociální pracovnice: *„Pozitivum moc nevidím, každému je lépe doma mezi svými, ve známém prostředí. Jen se člověk se svou nemocí může cítit na obtíž a zároveň velmi izolovaně a smutně. Nebo často žije sám a je si sám pro sebe nebezpečným. V domovech je vyškolený personál, který ví, jak s klientem komunikovat a provázet ho každým dnem. „*

Pečovatel: *„Jsou pořád pod dohledem. Menší pravděpodobnost, že by mohli někam zabloudit. Klienti jsou ve společnosti.“*

Pečovatelka: *„Může mít více pohybu než vy v bytě, je to tady bezbariérové.“*

## 8. Jaké pomůcky používáte k péči o nemocného? Využíváte i bezpečnostní pomůcky?

Sociální pracovník: *„Dáváme pozor na všechno, s čím manipuluje, třeba plyn, nebo pouštění vody atd....“*

Pečovatelka: *„Záleží od zdravotního stavu klienta.“*

Pečovatel: *„Postranice na posteli, madla v koupelně, koupací křeslo, okna na zámeck.“*

Rehabilitační sestra: *„Postranice, bezpečnostní pásy, bezpečnostní vesty.“*

Zdravotní sestra: *„Není třeba speciálních pomůcek. K zajištění bezpečnosti se používají v případě potřeby postranice u postele nebo podložka na zem k lůžku, pokud hrozí přezení postranic, pás k zajištění klienta na invalidním vozíku.“*

### **9. Je potřebná kontrola u stravování seniorů ve středně těžkém stádiu?**

Zdravotní sestra: *„Ano, kontrola příjmu potravy, pravidelné vážení a pitný režim.“*

Pečovatelka: *„Ano, občas je potřeba dokrmit.“*

Rehabilitační setra: *„Určitě, mají hodně rádi sladké, toho by se třeba přejedli.“*

Zdravotní sestra: *„Kontrola je nutná. Stává se, že nedojí a odejdou nebo s jídlem začnou hrát.“*

Sociální pracovnice: *„Ano, většinou nedojídají. Je třeba na ně dohlížet.“*

### **10. Jaké aktivizační programy máte zejména pro seniory v tomto stádiu?**

Pečovatelka: *„Muzikoterapie, arteterapie, poznávání věcí hmatem/čichem.“*

Sociální pracovnice: *„Zapojit se do denních činností – příprava stolování, skládání prádla.“*

Zdravotní sestra: *„Procházky pod dohledem personálu, programy vhodných činností s aktivizačním pracovníkem.“*

Sociální pracovnice: *„Kreslení, zpěv, cvičení.“*

Zdravotní sestra: *„Není třeba žádných speciálních programů, nejlépe se osvědčily jednoduché činnosti, u žen kuchyňské činnosti – pomoc s pečením, vařením, u mužů práce na zahradě. Používá se muzikoterapie a výtvarné, rukodělné práce.“*

### **11. Jak zaměřujete péči k lepší samostatnosti klienta?**

Zdravotní sestra: *„Je potřeba klienta vést a napovídat mu, ale nechat ho jednotlivé činnosti provést samostatně. Je nutné mu dát dostatek času.“*

Sociální pracovnice: *„Nechat je dělat věci samostatně, jen dohlížet.“*

Pečovatel: *„Snažíme se, aby co nejlépe dělal všechno sám.“*

Pečovatelka: *„Pravidelnost, pomáhat, ale ne automaticky to udělat za něj (nejdříve to udělá on, já jim to dodělám/opravím).“*

Zdravotní sestra: *„Většinu věci už neumí samostatně, ale většinou jim stačí pomoci jen slovem.“*

### **12. Jak probíhá trénink paměti a jak dlouho trvá?**

Sociálně pracovnice: *„Individuálně v krátkých intervalech.“*

Pečovatel: *„Psychologická cvičení, stačí pár minut denně.“*

Pečovatelka: *„Trénink paměti se provádí v jakoukoliv dobu alespoň 5 minut, pomocí obrázků a vzpomínek.“*

Sociálně pracovnice: *„Pomocí jednoduchých otázek, které přinutí klienta přemýšlet a hledat správnou odpověď. Jak dlouho bude trvat musíme citlivě vycítit.“*

### **13. Napadají vás ještě nějaké specifika v péči o seniora ve středně těžkém stádiu?**

Sociálně pracovnice: *„Je důležité sledovat bolest. Často se o ní neumí mluvit.“*

Zdravotní sestra: *„Je velmi důležitý dostatek světla po celý den.“*



### 8. 4. 3 Analýza rozhovorů

Rozbor informací z rozhovorů a jejich hodnocení.

Alzheimerova choroba je neurodegenerativní onemocnění, kdy dochází k poškození nervových buněk. Dochází k mozkové atrofii. Následkem toho dochází k zapomínání, zmatenosti, dezorientaci časem a prostorem. Zhoršuje se i komunikace. Jedinec přestává rozumět složitým slovům a dlouhým větám, proto by se měly používat krátké a jednoduché věty. Nemoc zasahuje mozek, tím se mění i chování a nálady jedince – mění se celá osobnost.

Pro první stádium je charakteristické především to, že senior odkládá věci na neobvyklá místa, začíná zapomínat jména. Zapomíná i slova, což vede k horšímu vyjadřování. Senior může být častěji smutný, nebo může mít deprese. Změny se dějí pozvolna. Každého hned nenapadne, že by se mělo jednat o Alzheimerovu nemoc.

Nemoc se neustále zhoršuje a prohlubuje. Ve středně těžkém stádiu se zhoršuje jak komunikace, tak dezorientace v prostoru a čase. Dezorientace se týká i známého prostředí – v lehkém stádiu se totiž jedná o dezorientaci v neznámém prostředí. Jedinci bývají čím dál méně soběstační, problémy jim činí především hygiena, oblékání a stravování. Ke zvládnutí úkolů jim občas stačí, když se jim říká, co mají dělat. Mohou se začít objevovat halucinace, bludy nebo problémy se spánkem, což vede k tomu, že jsou nevrlí a neklidní. Seniori se brání zásahům do intimní zóny, ale k hygieně potřebují pomoc. Je důležité přistupovat k seniorovi s úctou a vhodně s ním komunikovat, jinak si mohou připadat zbyteční a na obtíž.

Senior ve středně těžkém stádiu potřebuje každodenní péči druhé osoby. Pomoc je nutná u chytání jídla, u některých jedinců je nutné i dokrmování. Měl by se kontrolovat pitný režim, senior zapomene, že má žízeň nebo hlad, předchází se tak dehydrataci. Péče je dále potřebná u denních činností jako procházky, malování, poslech hudby, vaření. Dohled by měl být u všech aktivit, které senior vykonává. Předchází se tak úrazů seniora, který by mohl ublížit sobě nebo okolí.

Péče není jednoduchá, senior přestává být schopen vyjádřit své pocity a potřeby. Může tak docházet ke špatnému pochopení. Komunikace je zhoršená ještě

halucinacemi, kterými senior může trpět. V péči je potřebná trpělivost, laskavost, vstřícnost. Snažit se o to, aby se pacient cítil komfortně. Nepodceňovat to, co sdělí.

V péči je důležité znát činnosti, které seniora dokážou uklidit. Tyto činnosti se mohou individuálně lišit. Mezi nejčastěji používané patří poslech hudby, malování nebo pohlazení či dotyk druhé osoby. Patří zde i činnosti, které seniora baví. Důležité jsou i návštěvy rodiny a jejich přítomnost. Seniori si rádi povídají a vyprávějí o své minulosti, kterou si pamatují.

Naopak mezi činnosti, které klienta znepokojí patří takové, které seniorovi nejdou nebo u kterých má pocit, že mu nepůjdou. Špatně snášejí změny. Nikdo nemá rád, když se mu něco zakazuje, a seniori s Alzheimerovou chorobou, to snášejí ještě hůře. Nemělo by se seniory zamykat na pokoji a bránit jim v pohybu. Dochází jen k tomu, že jsou smutní, agresivní nebo mají depresivní nálady.

V domově pro seniory je bezbariérový přístup, který poskytuje větší možnost pohybu. Sníží se i riziko pádů. Personál má neustálý dohled nad nemocným a kdykoliv mu může poskytnout pomoc. Seniori jsou i ve sociálním prostředí a mohou si stále povídat. Pro rodinu může být péče o seniora ve středně těžkém stádiu náročná a nemusí to zvládnout, proto dochází k přesunu seniorů do domovů pro seniory se zvláštním režimem.

V péči o seniora lze využít bezpečnostní pomůcky jako jsou hlásiče kouře, zámky na okna, na dveře se pak může umístit zvonek, aby se poznalo, zda senior opustil místnost. Senior by se měl pohybovat v bezbariérovém prostředí. Podlahy by neměly být kluzké, aby se snížilo riziko pádu. Do kuchyně by měl senior chodit s doprovodem. V koupelně by měla být umístěna madla, dále sprchovací židle nebo protiskluzová gumová rohožka. Mělo by dojít k odstranění zámku, jelikož se senior může zamknout, ale už se nedokáže odemknout. V domově pro seniory využívají zejména postranice u postele, zámky na okna, madla, koupací židle.

Je potřebné kontrolovat seniory u stravy, protože buď stravu nedojí, nebo si s ní začnou hrát. Měl by se kontrolovat i pitný režim. Strava se podává seniorovi nachystaná. Personál někdy musí seniory dokrmit.

Pro seniory je potřebné, aby trénovali mozek, což může průběh nemoci zpomalit. Mělo by být seniorovi poskytováno dostatečné množství vjemů pro mozek.

V domově pro seniory se jim z aktivizačních programů nejvíce osvědčilo, když senioři pomáhali personálu u běžných činností např. vaření, úklid nebo práce na zahradě. Mezi další oblíbené činnosti patří poslech hudby, malování nebo poznávání věcí pomocí hmatu nebo čichu.

I když je senior čím dál více odkázán na pomoc druhé osoby, tak by se pečující osoby měly snažit o jeho největší samostatnost. Činnosti by se za seniora neměly vykonávat, ale měl by se pokusit to zvládnout sám. Pečující osoba popisuje, jak postupovat. Postupně vysvětluje jednotlivá stádia činnosti. Senior to pak zvládne, jen potřebuje více času. Senior tak cvičí svůj mozek a nezleniví.

Trénink paměti je potřebný pro seniora, jelikož se trénuje mozek. Tréninku se stačí denně věnovat několik minut. Tréninkem paměti dochází k větší samostatnosti. K tréninku lze využít sudoku, křížovky nebo lze trénovat pomocí otázek, kdy jedinec musí přemýšlet, jaká odpověď je správná např. se ptáme kde co najde, co se dělo během dne atd.

Senioři mohou mít problém popsat bolest, jelikož mají narušenou komunikační schopnost. Je to pak náročné jak pro seniora, tak pro ošetřující osoby. Nejedná se o problém jen s vyjádřením negativních emocí, ale i těch pozitivních. Senior by se měl pohybovat v dostatečně osvětlené místnosti. Snižuje se tím riziko pádů a nárazů. Senior sám vyhledává místa, která jsou osvětlená.

## 9 Diskuse

Bakalářská práce byla zaměřena na seniory s Alzheimerovou chorobou, kteří žijí v sociálních zařízeních. Téma práce bylo vybráno, jelikož neustále přibývá pacientů s Alzheimerovou chorobou a stále mnoho lidí neví, jak správně pečovat o svého blízkého s tímto onemocněním, či jak s ním komunikovat.

Rozhovory se prováděly s ošetřujícím personálem v domově pro seniory se zvláštním režimem Důstojnost v Nýdku. Vrchní sestra poskytovala informace z lékařských zpráv, které sloužily pro analýzu kazuistiky. Pečující personál byl seznámen s cílem bakalářské práce. Personál byl také ubezpečen, že zůstanou v anonymitě a informace nebudou použity proti nim. Část dat k analýze kazuistiky byla získána pomocí návštěv pacientky v domově pro seniory. Při návštěvách se zaměřovalo na její komunikační dovednosti.

Personál s ní komunikoval a dokázal poznat, co potřebuje. Určité informace o péči získali od rodinných příslušníků. Rodina je spokojená s péčí, které se pacientce v domově dostává. Dochází zde k pravidelné kontrole zdravotního stavu, ale i k aktivitě seniorů. V domově si pacientka na nic nestěžuje, nevykazuje žádné známky nespokojenosti. Jsou naplněny všechny její jak fyziologické, tak i citové potřeby. Pacientka nevykazuje problémy s vylučováním. Samostatná je i ve stravování, jí pravidelně během den. Ráda se prochází a je spokojená, že ji v pohybu nikdo v domově pro seniory nebrání. V domově pro seniory si užívá, že je neustále v sociálním kontaktu s dalšími seniory a personálem. Vždycky byla ráda ve společnosti.

Pacientka hůře slyší, takže se na ní musí mluvit dostatečně hlasitě. Mělo by se dbát, aby docházelo ke zpětné vazbě, a tím minimalizovat nepochopení informací. Zhoršený sluch bývá ve stáří častým problémem. Jelikož má pacientka Alzheimerovu chorobu měla by se tomu uzpůsobit komunikace. Na pacientku by se mělo mluvit i dostatečně hlasitě, aby dobře slyšela, co se jí sděluje. Při správné artikulaci a hlasitosti řeči klientka nemá problém s pochopením sdělených informací.

I když se senioři těžce srovnávají se změnou prostředí, zvláště, když se jedná o seniory s Alzheimerovou chorobou, pacientka se hodně rychle adaptovala na nové

prostředí bez problémů. Dostává se jí tak kvalitní a každodenní péče, kterou potřebuje. Dalším problém bývá, že se v domově mění ošetřující personál. Pacientka s tím neměla žádný problém. Je ráda, když ji kdokoliv pomůže.

U seniorů s Alzheimerovou chorobou dochází k častým pádům, které mohou jejich zdravotní stav zhoršit. Časté bývají zlomeniny a pohmožděny. Vybavení domova by mělo být bezpečné, tím se sníží rizika pádu. Například vytvoření větších ploch bez překážek. Podlaha by pak neměla být kluzká. Dále je zapotřebí zajistit bezpečnostní opatření. Dále se seniorům stále zhoršuje paměť, proto by se mělo dbát na trénink paměti. Vlivem onemocnění se zhoršuje komunikace, mělo by se tak dbát i na porozumění neverbální komunikace. V komunikaci by se měly využívat spíše krátké věty bez složitých slov, které by zhoršily porozumění. Komunikace by se měla provádět na klidných místech, senior by měl mít dost času na vytvoření odpovědi. Za seniora by se věty neměly doříkat, jelikož se mu naruší myšlenkový pochod a může zapomenout co chtěl říct a už si nevzpomene. Personál by měl být trpělivý a chápat odlišnosti. Zároveň by měl být personál oporou pro rodiny, když by si nevěděli rady nejen v komunikaci se seniorem. V těžkém stádiu Alzheimerovy choroby může dojít k oněmění pacienta. V domovech se zvláštním režimem jsou na všechny specifika onemocnění připraveni a mohou tak poskytnout ideální prostředí pro život seniora.

V domově pro seniory aktivizují klienty především pomocí běžných činností. Senior tak trénuje i samoobslužné činnosti, jako je vaření, praní, práce na zahradě a jiné. Aktivizace seniora je důležitá, aby byl déle samostatný, procvičoval mozkovou tkáň – zpomalí se tak spád onemocnění. Trénink paměti by se také neměl opomíjet, a to prostřednictvím otázek, kdy jedinec musí přemýšlet nad odpovědí nebo formou sudoku či křížovek. Na trénink paměti stačí denně pouze pár minut, ale i přes to je velmi důležitý. Aktivizační činnosti může provádět aktivizační pracovník nebo i speciální pedagog.

V domově pro seniory není zapotřebí velkého množství speciálních pomůcek, převládají především postranice u postele nebo zámky na okna. K péči se využívá především koupací křeslo nebo madla v koupelně, která minimalizují pády. Personál kontroluje, s čím senior manipuluje, především pokud pracuje v kuchyni, kde i plyn, elektrické spotřebiče. Dále personál kontroluje manipulaci s vodou.

Senioři jsou v domově pod neustálým dohledem personálu, jsou jim neustále k dispozici s čímkoliv pomoci. Péče je nutná přes celý den, což v rodinách může činit problémy, ale v domově pro seniory je na to personál připraven a školen, takže ví, jak se seniory komunikovat a jak o ně pečovat. Senior ve středně těžkém stádiu Alzheimerovy choroby potřebuje čím dál větší pomoc druhé osoby, a to především při oblékání nebo stravování. Pokud senior chce jít na procházku, měl by jedine s pečující osobou, aby se předešlo tomu, že se senior ztratí.

Povaha seniora se nestále mění, objevují se časté změny nálad nebo deprese. Senior může trpět i halucinacemi a přestává poznávat rodinné členy. Rodina může mít pocity viny, nejsou schopni se vyrovnat s realitou. Kvůli nedostatku informací není rodina schopná poskytnout vhodné podmínky pro péči o seniora. Všechny tyto změny radikálně mění výchovu. Dochází k častým přesunům seniorů z domácí péče do pobytové péče. V případě zvýšené speciální a odborné péče slouží domovy pro seniory se zvláštním režimem, které se specializuje na pacienty s Alzheimerovou chorobou. Personál je v domovech školen o specifických potřebách seniorů s demencí, a i prostor domova pro seniory je tomu uzpůsoben. Domov poskytuje i poradenské služby a spolupracuje s rodinnými členy seniorů. Těchto zařízení je poněkud nedostatek viz příloha 5. Senioři ve středně těžkém stádiu Alzheimerovy choroby mohou využít i denní nebo týdenní stacionáře. Rodině to pomůže s výchovou a senior se zároveň bude vracet domů. Nevýhodou je však každodenní změna prostředí. Rodina by měla mít, proto dostatek informací, aby věděla, jaké služby lze využívat a jak správně pečovat o seniora v domácím prostředí a nedocházelo, tak ke zbytečným přesunům do domovů pro seniory.

Správná péče je komplexem více správným přístupů – v komunikaci, v péči, vhodné trávení volného času, pomoc při sebeobslužných činnostech. V péči by se měla udržovat organizace práce a profesní přístup ke klientovi. Výhoda pobytové péče je, že senior má neustále poblíž personál, který mu je ochoten pomoci. Další výhodou je, že se mu dostává kvalitní péče, jak v oblasti hygieny, tak i v aktivizaci seniora. Jako nevýhoda pobytové péče se může jevit snížení kontaktu s rodinou, což v případě pacientky neplatí, jelikož bydlela sama, a i v domově ji rodina a přátelé navštěvují.

V péči by si měla ošetřující osoba všimnout co seniora znepokojuje a co naopak uklidňuje. Seniors s Alzheimerovou chorobou především zneklidňuje hluk, prudké pohyby a změny prostředí nebo v péči. Všechny negativní vlivy by se měly minimalizovat, aby nebyl senior zbytečně podrážděn. V péči se objevují i příjemné činnosti. Mezi časté činnosti, které klienta uklidňují patří muzikoterapie, rozhovory, procházky nebo, když se jim dokazuje, že neztratili na hodnotě a jsou stále vážení. V péči o seniora by tak měly převažovat příjemné činnosti, aby se klient cítil dobře.

I když pro většinu seniorů může být těžké, když se přesunou do domova pro seniory, tak pro pacientku to je naopak lepší, než kdyby byla doma. Je to i tím, že bydlela sama a péče o pacientku tak byla náročná. Teď si užívá neustálého sociálního kontaktu s ostatními a dostává se jí tak každodenní péče. Je proto důležité posoudit podmínky, které má senior doma, dále stádium onemocnění, nebo jaké péče se mu dostává a mimo jiné i celkový stav jedince. Vzhledem k daným skutečnostem je pak nezbytné zvážit, zda má žít senior v domácím prostředí nebo v domově pro seniory.

## 10 Doporučení pro praxi

Doporučení se zaměřuje na péči o seniory s Alzheimerovou chorobou. Mělo by se dbát na správnou péči, komunikaci a vhodné trávení volného času. Také by se seniorovi měla podávat vhodná strava. Pacient by měl mít své soukromí a mělo by se mu dostávat pocitu bezpečí, ochrany a důstojnosti.

Personál by měl neustále komunikovat s rodinou. Získává tak nové poznatky nejen k péči. Dále by měl personál respektovat pacientovo rozhodnutí a do ničeho by jej neměl nutit. Mělo by docházet jak k podpoře soběstačnosti, tak i k pravidelnému tréninku paměti. K pacientovi by se měl personál chovat s úctou a vždycky ho vyslechnout. S pacientem by se nemělo zacházet jako s malým dítětem. Měl by se dodržovat každodenní harmonogram a minimalizovat změny. Harmonogram může být i napsaný a vyvěšen na místě, které bude všem přístupné. Ke každému pacientovi by se mělo dostávat individuální péče, protože každý je jiný. Personál by měl poskytovat informace o zdravotním stavu rodině. Seniorovi by mělo být také umožněno účastnit se aktivizačních činností.

Vhodné je, když do domova pro seniory přicházejí dobrovolníci, kteří si s pacienty povídají a mohou je vzít i na procházku. V dobrovolníkovi mohou nalézt osobu, které se dokážou svěřit. Personál vždycky nemá čas si se seniory povídat. Takže je to výhodné na všechny strany. Dobrovolníci mohou pro seniory připravovat i různé aktivity či přinést nové nápady k péči o seniory. V domově by měly být i vhodné podmínky, které zajišťují bezpečnost. Rodina by svého blízkého neměla přestat navštěvovat. Pokud by měli jakýkoli problém, např. nevěděli by, jak se seniorem správně komunikovat, mohou požádat o pomoc ošetřující personál. Pro seniora je důležité, aby jej blízcí navštěvovali, i když si už nepamatují jejich jména.

Důležité je, aby se na seniora s Alzheimerovou nemocí nevytvářel žádný časový tlak, dostanou se akorát do neklidu a řeknou si, že činnost nezvládnou. I když je někdy jednodušší udělat určité činnosti za seniora, je lepší ho nechat, aby to zkusil sám. Případně jej slovně nabádat, co má dělat. Někdy totiž ke splnění úkolu pomůže přítomnost druhé osoby a slovní návod. Senior by měl každý den trénovat činnosti, které sám zvládá, měl by je vykonávat pod dohledem druhé osoby. Péče potřebuje spoustu trpělivosti, vstřícnosti a času.



## Závěr

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části, a to teoretickou a praktickou část a zabývá se Alzheimerovou chorobou.

Teoretická část je rozdělena do 5 kapitol. V teoretické části se pracovalo s odbornou literaturou. Na počátku práce se vymezují pojmy jako stáří, časté choroby ve stáří, demence. V třetí kapitole se vysvětluje, co je to Alzheimerova choroba, čím je způsobena a do jakých stádií je dělena. Dále se dozvídáme, jaké jsou rizikové faktory a příznaky této nemoci. V další kapitole jsou popsány vyšetřovací metody, díky kterým se stanovuje diagnóza Alzheimerovy choroby. Součástí příloh jsou zmíněné vyšetřovací metody. V dalších kapitolách se popisuje léčba, prevence a Česká alzheimerovská společnost. Obsáhlou kapitolou je péče o seniory v jednotlivých stádiích. V poslední kapitole se popisují sociální služby, které mohou využívat senioři s Alzheimerovou chorobou. Cílem teoretické části bylo popsat péči v jednotlivých stádiích Alzheimerovy choroby.

Alzheimerova choroba je neurodegenerativní onemocnění, které se řadí mezi atroficko-degenerativní procesy, kde dochází k odumírání nervových buněk. Nemoc nemá jasně daný původ. Mezi rizikové faktory se uvádí vysoký věk, genetické předpoklady, úrazy hlavy, nevhodná životospráva a další. Alzheimerova choroba patří mezi nejčastější příčiny demence. Mezi první příznaky onemocnění patří narušená krátkodobá paměť a komunikace. Senior se začíná hůře orientovat v prostoru a čase. V pozdějších stádiích se objevují halucinace, zhoršuje se dlouhodobá paměť. Jedinec potřebuje stále větší pomoc při každodenních činnostech. Onemocnění se dělí do 3 stádií, ale někteří autoři dodávají i 4 stádium. Nemoc začíná pozvolna a nenápadně, ale v posledním stádiu může dojít až k oněmění klienta a upoutání na lůžko. Vyšetření pacienta provádí lékař, který využije např. test hodin ke zhodnocení stavu. Testy jsou jen orientační. Je třeba přihlížet k anamnéze a výsledkům testů z krve, moči nebo popřípadě CT. Pro rodinu je snadnější, pokud zná diagnózu. Ví tak, jak správně pečovat o nemocného.

Z teoretické části vyplývá, že péče o seniora s Alzheimerovou chorobou je náročná. Ve středně těžkém stádiu této nemoci dochází k nemožnosti vykonávat péči v domácích podmínkách a je nutné, aby senior žil v domovech pro seniory

se zvláštním režimem, kde je na to personál připraven. Nemoc může probíhat několik let bez zhoršení stavu. Pak najednou může dojít k podstatnému zhoršení. Stále neexistuje lék na Alzheimerovu chorobu, léky se tak mohou využívat jen k vedlejším příznakům onemocnění. Důležitá je i prevence onemocnění, díky které se může snížit riziko, nebo se oddálí vypuknutí onemocnění.

Na začátku praktické části práce jsou uvedeny cíle a dílčí cíle bakalářské práce, následují výzkumné otázky. Obsahem metodologie výzkumu je metodika sběru dat, popis průzkumného vzorku, organizace výzkumné části a vyhodnocení dat. Teoretická část obsahuje kazuistiku ženy, která má diagnostikovanou Alzheimerovu chorobu, dále také rozhovory se zaměstnanci domova pro seniory se zvláštním režimem. V kazuistice dochází k zodpovězení na výzkumné otázky, které byly stanoveny na začátku praktické části práce. Jako hlavní cíl praktické části byla analýza a popis případu ženy s Alzheimerovou chorobou a vytvoření plánu ošetrovatelské péče. Jako dílčí cíl bylo stanoveno zjištění, jaké jsou aktivizační programy v domově pro seniory, či jaké pomůcky (bezpečnostní, pomůcky k péči) používají v domově. Neméně podstatným cílem bylo stanoveno zjistit, jak probíhá každodenní péče o seniory s Alzheimerovou chorobou ve středně těžkém stádiu.

Praktická část doplňuje teoretickou část. Vyplývá z ní, že je opravdu důležité dohlížet na seniora s Alzheimerovou chorobou jak při stravování, oblékání, tak i při procházkách. Personál domova pro seniory ví, jak s klienty správně zacházet, jakou péči potřebují. Péče jim je poskytována v průběhu celého dne. Z rozhovorů vyplývá, že péče je velmi psychicky náročná. Dochází k stálému opakování a trénování činností, které senioři sami zvládnou. Je velmi náročné zůstat stále klidný a trpělivý, když vás senior nechápe, nepamatuje si, co měl udělat a dochází k neustálému opakování stejných otázek. Komunikace se stále zhoršuje a znemožňuje tak pochopení a popsání problému, který senior má. Domov pro seniory je pro pohyb seniorů bezpečný. Personál doprovází klienty na procházkách a respektují, že senioři potřebují hodně pohybu a nebrání jim v tom. Starají se o každodenní aktivity pro seniory od pomoci při běžných činnostech jako je vaření, až po trénink paměti. I když nemoc má daný průběh, tak každý potřebuje individuální přístup. Senioři špatně snášejí změny, měly by se proto minimalizovat. Zneklidňují je i prudké pohyby, hluk nebo činnosti, které nemají rádi/nejdou jim.

Je vhodné vědět, jaké činnosti klienta zase uklidní. Mezi takové činnosti patří poslech hudby, malování, dotek nebo zvířecí kontakt.

Nemoc přicházela pozvolna a nenápadně. Mezi první varovné signály u pacientky lze uvést zhoršenou krátkodobou paměť. Čím dál častěji se ptala na totéž, i když už jí byla odpověď dána. Dále se to projevovalo zhoršenou komunikací. Zmenšila se slovní zásoba a prodlužovaly se pauzy mezi větami. Po čase přestala vařit a obědy se jí připravovaly. I přes každodenní opakování, kde má nechat krabičky na jídlo, nebo že v nich posléze bude mít nachystaný oběd, si tyto skutečnosti nemohla zapamatovat. Zvládla si ale přichystat jídlo ke snídani nebo večeři. Potřebovala čím dál větší dopomoc při každodenních činnostech. Prostorová dezorientace bývá v lehkém stádiu v neznámém prostředí, což se projevilo tím, že se žena nechtěla pohybovat po místech, které neznala. Docházelo k mylnému vnímání času, neustále posouvá své datum narození a nemá přehled, jaký je rok. Postupně žena přestává poznávat osoby, které jí nebyly příliš blízké. Stále dochází ke zhoršování paměti.

Pacientka bydlela v rodinném domě, po smrti manžela v něm bydlela sama. Bylo náročné se k ní domů dostat pro kontrolu. Zamykala se a zvonek ani mobilní telefon neměla. Mohlo se jediné zaklepat na dveře nebo okno. Začala mít problémy se sluchem. Strach, zda se jí něco nestalo byl stále větší. Když potřebovala pomoci, přišla za pečující osobou pro pomoc. Kládl se důraz na to, aby zamykala dům při odchodu. Napsala se jí cedulka na dveře, že má zamknout při odchodu a připomínalo se jí to i ústně. Dále se snažilo vytvořit návyk, aby si vyzvedla krabičky s obědem, které měla před vstupními dveřmi a následně tam nachystala prázdné krabičky. Když se stav zhoršoval, potřebovala větší pomoc, tak to bylo velmi náročné. Dům neměl ani optimální podmínky pro bydlení. Proto se rozhodlo, že bude nejlepší, když se pacientka přestěhuje do domova pro seniory. Pacientce bylo sděleno ošetřující osobou, zda by souhlasila o přesunu do domova pro seniory se zvláštním režimem. Zprvu nebyla příliš nadšená, ale časem souhlasila.

V domově pro seniory již nemá takové starosti jako měla, když bydlela v rodinném domě. Může si užívat klid a pohodu. Když bydlela sama v domě s velkou zahradou, tak to bylo pro ni více náročné a vyčerpávající. Měla mnoho každodenních povinností, které zapomínala vykonávat. V domově si užívá, že je v sociálním

prostředí a má si stále s kým povídat. Může chodit i na procházky po pozemku domova pro seniory, což si hodně užívá. V domově mají také venkovní posezení, toho také využívá, když je krásné počasí. Vybavení domova je na péči pro osoby s Alzheimerovou chorobou uzpůsoben, tím že je bezbariérový. Součástí vybavení jsou postranice a zámky na okna. Senioři jsou pod neustálým dohledem. Dopřává se jim optimálních podmínek. Personál s klientem trénují každodenní činnosti a jsou jim neustálou oporou. Domov je umístěn i na klidném místě v malé vesnici na kopečku. Takže prostředí je podobné tomu, kde bydlela celý život. Stav se po převozu nezměnil. Pacientka je stále stejná. Užívá si každou návštěvu, která za ní přijde. Pravidelně ji navštěvuje rodina a přátelé. Ráda si přečte noviny nebo poslechne zprávy v televizi, aby věděla, co se ve světě děje. Jelikož pacientka pravidelně nenavštěvuje hřbitov, tak zcela vytěsnila smrt své dcery. Myslí, že žije a bydlí kousek od ní. Dokonce má za, to že s ní v nedávné době trávila čas. Čeká, než za ní zase přijde na návštěvu.

Málokdo si neuvědomuje, jak náročnou práci mají zaměstnanci domovů pro seniory se zvláštním režimem. Proto jim patří velké díky a obdiv.

Po prostudování bakalářské práce by se dalo říct, že splnila své cíle, které byly stanoveny. Mohla by poskytovat užitečné informace osobám, které mají ve svém okolí člověka s Alzheimerovou chorobou a chtějí se dozvědět více jak o samotné nemoci, tak o tom, jak probíhá péče o tyto seniory.

## Zdroje bibliografie

- CALLONE, Patricia R. *Alzheimerova nemoc: 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*. Vyd. 1. české. Praha: Grada, 2008. Doktor radí. ISBN 978-80-247-2320-4.
- CYRIL, Höschl a Hořejší JAROSLAV. *Alzheimerova choroba*. Praha: Galén, 1999. ISBN 80-7262-025-8.
- ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDOVÁ. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3901-4.
- DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.
- FERTAĽOVÁ, Terézia a Iveta ONDRIOVÁ. *Demence: nefarmakologické aktivizační postupy*. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-2479-4.
- GOETZ, Christopher. *Textbook of clinical neurology*. 3. vydání. Chicago: Saunders, 2007. ISBN 9781416036180.
- GOLDMANN, Radoslav. *Vybrané kapitoly ze sociálních disciplín*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN 80-244-1454-6.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.
- HOLMEROVÁ, Iva, Eva JAROLÍMOVÁ a Jitka SUCHÁ. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: Pro Gerontologické centrum vydalo EV public relations, 2007. Vážka. ISBN 978-80-254-0177-4.
- HOLMEROVÁ, Iva a Martina MÁTLOVÁ. *Dopisy České Alzheimerovské společnosti*. Druhé rozšířené vydání. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2018. ISBN 978-80-86541\_31-0.
- HORT, Jakub a Roman JIRÁK. *Alzheimerova choroba a jiné demence, aneb, Co v učebnicích 20. století nebylo*. Praha: MediMedia Information, 2007. ISBN 978-80-86336-07-7.
- HORT, Jakub a Robert RUSINA. *Paměť a její poruchy: paměť z hlediska neurovědního a klinického*. Praha: Maxdorf, c2007. Jessenius. ISBN 978-80-7345-004-5.
- HÖSCHL, Cyril, Jan LIBIGER a Jaromír ŠVESTKA. *Psychiatrie*. 2. vydání. Praha: Tigis, 2004. ISBN 80-900130-7-4.

- JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2454-6.
- KALVACH, Zdeněk. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0548-6.
- KALVACH, Zdeněk. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2490-4.
- KALVACH, Zdeněk. *Úvod do gerontologie a geriatric: integrovaný text pro interdisciplinární studium*. Praha: Karolinum, 1997. ISBN 80-718-4366-0.
- KUČEROVÁ, Helena. *Demence v kazuistikách*. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1491-4.
- KOUKOLÍK, František a Roman JIRÁK. *Diagnostika a léčení syndromu demence*. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-716-9716-8.
- MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-2030-7.
- MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, c2006. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1151-6.
- MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3872-7.
- MÜHLPACHR, Pavel. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita, 2004. ISBN 80-210-3345-2.
- MÜHLPACHR, Pavel. *Základy gerontologie*. Brno: MSD, 2008. ISBN 978-80-7392-072-2.
- MYSLIVEČEK, Jaromír. *Základy neurověd*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-088-1.
- PIDRMAN, Vladimír. *Demence*. Praha: Grada, 2007. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1490-5.
- RABOCH, Jiří, Michal HRDLIČKA a Pavel MOHR, ed. *DSM - 5: Diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Hogrefe – Testcentrum, 2015. ISBN 978-80-86471-52-5.

- SAK, Petr a Karolína KOLESÁROVÁ. *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada, 2012. Sociologie (Grada). ISBN 978-80-247-3850-5.
- SLEZÁKOVÁ, Zuzana. *Ošetřovatelství v neurologii*. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4868-9.
- STUART-HAMILTON, Ian. *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-717-8274-2.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.
- ZGOLA, Jitka M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada, 2003. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0183-9.
- ZVĚŘOVÁ, Martina. *Alzheimerova demence*. Praha: Grada Publishing, 2017. Psyché (Grada). ISBN 978-80-271-0561-8.

## Internetové zdroje

- About Occupational Therapy. *American Occupational Therapy Association* [online]. [cit. 2021-03-08]. Dostupné z: <https://www.aota.org/About-Occupational-Therapy.aspx>
- American Psychiatric Association. *American Psychiatric Association* [online]. Washington, DC, 2021 [cit. 2021-03-22]. Dostupné z: <https://www.psychiatry.org/>
- Alzheimerova choroba. *Česká alzheimerovská společnost* [online]. Praha, 2015 [cit. 2021-03-08]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/>
- Alzheimer's Association: World Alzheimer Report. *Dementia and Risk Reduction* [online]. London, 2014 [cit. 2021-03-08]. Dostupné z: <https://www.alzint.org/resource/world-alzheimer-report-2014/>
- KUBEŠOVÁ, Hana, Pavel WEBER, Vlasta POLCAROVÁ, Jan MATĚJOVSKÝ a Jan ŠLAPÁK. Výživa ve stáří. *Medicína pro praxi* [online]. Solen, 2006, (3), 118-123 [cit. 2021-03-08]. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2006/03/04.pdf>
- MKN-10 2021: 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí Zobrazena je česká verze, platnost od 1. 1. 2021. *Mezinárodní klasifikace nemocí* [online]. [cit. 2021-03-22]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/>

- HOLMEROVÁ, Iva, Hana JANEČKOVÁ, Hana VAŇKOVÁ a Petr VELETA. *Psychiatrie pro praxi: Nefarmakologické přístupy v terapii Alzheimerovy demence a praktické aspekty péče o postižené* [online]. Solen, 2005 [cit. 2021-03-22]. ISSN 1803-5272. Dostupné z: [https://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-200504-0003\\_Nefarmakologicke\\_pristupy\\_v\\_terapii\\_Alzheimerovy\\_demence\\_a\\_prakticke\\_aspekty\\_pece\\_o\\_postizene.php](https://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-200504-0003_Nefarmakologicke_pristupy_v_terapii_Alzheimerovy_demence_a_prakticke_aspekty_pece_o_postizene.php)
- RAFAŁ, Marcin, Katerina SHEARDOVA, Pavla ČERMÁKOVÁ, Daniel HUDEČEK, Rastislav ŠUMEC a Jakub HORT. *Effect of meditation on cognitive functions in context of aging and neurodegenerative diseases* [online]. In: . 2014 [cit. 2021-03-08]. Dostupné z: doi:10.3389/fnbeh.2014.00017
- Standardy kvality sociálních služeb. *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. [cit. 2021-03-09]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/standardy-kvality-socialnich-sluzeb>
- STARKA, Luboslav. ENDOKRINOLOGIE STÁRNUTÍ. *Interní medicína pro praxi* [online]. Praha: Solen, 2002, (6), 280-289 [cit. 2021-03-08]. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2002/06/05.pdf>
- *Účinok doplnkov stravy na kognitívne funkcie: poznatky z epidemiologických a klinických štúdií* [online]. Praktické lékařstvo. 2011 [cit. 2021-03-08]. ISSN 1338-3132. Dostupné z: <https://www.solen.sk/casopisy/prakticke-lekarnictvo/ucinok-doplnkov-stravy-na-kognitivne-funkcie-poznatky-z-epidemiologickych-a-klinickyh-studii>
- Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách
- *Život s demenci: Tipy pro rodinné příslušníky a pečující osoby* [online]. Švýcarský spolek pro Alzheimerovu chorobu. Schweizerische Alzheimervereinigung [cit. 2021-03-08]. Dostupné z: [https://www.apsscr.cz/files/files/%C5%BDivot%20s%20demenc%C3%AD\\_Tipy%20pro%20rodinn%C3%A9%20p%C5%99%C3%ADslu%C5%A1n%C3%ADky.pdf](https://www.apsscr.cz/files/files/%C5%BDivot%20s%20demenc%C3%AD_Tipy%20pro%20rodinn%C3%A9%20p%C5%99%C3%ADslu%C5%A1n%C3%ADky.pdf)



# Přílohy

## Příloha č. 1 – Test MMSE


# Mini-Mental State Examination (MMSE)

Patient's Name: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

**Instructions: Ask the questions in the order listed.**

**Score one point for each correct response within each question or activity.**

Maximum Score	Patient's Score	Questions
5		"What is the year? Season? Date? Day of the week? Month?"
5		"Where are we now: State? County? Town/city? Hospital? Floor?"
3		The examiner names three unrelated objects clearly and slowly, then asks the patient to name all three of them. The patient's response is used for scoring. The examiner repeats them until patient learns all of them, if possible. Number of trials: _____
5		"I would like you to count backward from 100 by sevens." (93, 86, 79, 72, 65, ...) Stop after five answers. Alternative: "Spell WORLD backwards." (D-L-R-O-W)
3		"Earlier I told you the names of three things. Can you tell me what those were?"
2		Show the patient two simple objects, such as a wristwatch and a pencil, and ask the patient to name them.
1		"Repeat the phrase: 'No ifs, ands, or buts.'"
3		"Take the paper in your right hand, fold it in half, and put it on the floor." (The examiner gives the patient a piece of blank paper.)
1		"Please read this and do what it says." (Written instruction is "Close your eyes.")
1		"Make up and write a sentence about anything." (This sentence must contain a noun and a verb.)
1		"Please copy this picture." (The examiner gives the patient a blank piece of paper and asks him/her to draw the symbol below. All 10 angles must be present and two must intersect.) 
30		<b>TOTAL</b>

Zdroj: MMSE. Scribd [online]. [cit. 2021-04-09]. Dostupné z: <https://www.scribd.com/document/146276899/MMSE-1276128605>

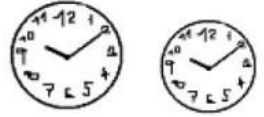
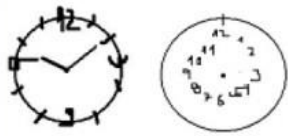
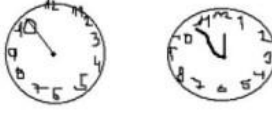
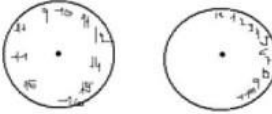
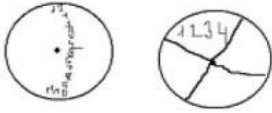
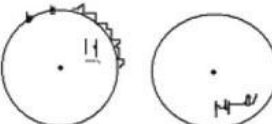
**Příloha č. 2 – Ilustrační vyplnění testu Ischemického skóre podle Hachinského**

<i>Charakteristika</i>	<i>Bodové hodnocení</i>
náhlý začátek	2
postupující deteriorace	1
fluktuující průběh	2
noční amence (zmatenost)	1
relativní zchovalost osobnosti	1
deprese	1
tělesné stesky	1
emoční labilita	1
arteriální hypertenze	1
cévní mozková příhoda v anamnéze	2
jiné známky arteriosklerózy	1
fokální příznaky psychické (fatické, gnostické)	2
topický neurologický nález na periférii	2

**Hodnocení (nepřítomnost příznaku se skóruje jako 0):**

0–4 body = demence Alzheimerova typu, 5–6 bodů = není možná diskriminace, 7 a více bodů = demence multiinfarktová.

**Příloha č. 3 – Hodnocení testu kreslení hodin podle Schulmana**

<b>Test hodin</b>		
<b>Skóre</b>	<b>Popis</b>	<b>Příklady</b>
1.	<p><b>Bezchybné provedení</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-čísllice 1-12 ve správném pořadí i místě</li> <li>-dvě ručičky ve správné poloze</li> </ul>	
2.	<p><b>Lehká prostorová chyba ciferníku hodin</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-vzdálenost mezi číslicemi nerovnoměrně</li> <li>-čísllice mimo kruh</li> <li>-otočení papíru s otočením číslic</li> <li>-použití pomocných čar pro lepší orientaci</li> </ul>	
3.	<p><b>Chybné zaznamenávání času, zachované prostorové uspořádání hodin</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-pouze jedna ručička</li> <li>-čas zaznamenán slovně „10 hodin 10 minut“</li> <li>-čas vůbec nezaznamenán</li> </ul>	
4.	<p><b>Střední stupeň prostorové dezorientace, takže zaznamenávání času není možné</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-nepravidelné mezery</li> <li>-zapomenutí čísel</li> <li>-perseverace: opakování kruhu, číslice na jednu stranu od 12</li> <li>-záměna pravý - levý (čísllice proti směru)</li> <li>-dysgrafie - chybějící čitelné číslice</li> </ul>	
5.	<p><b>Těžká prostorová dezorientace</b></p> <p>-jako u skóre 4, ale silněji vyjádřeno</p>	
6.	<p><b>Chybí zakreslení hodin</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-žádný pokus zakreslit hodiny</li> <li>-ani vzdálená podobnosti s hodinami</li> <li>-napsáno slovo nebo jméno</li> </ul>	

zdroj: alzheimercentrum.cz

Zdroj: Alzheimercentrum [online]. 2019 [cit. 2021-04-09]. Dostupné z: <https://www.alzheimercentrum.cz/index.php>

**Příloha č. 4 – Tabulka sociálních služeb v Moravskoslezském kraji**

**Tab. 1 Sociální služby poskytované v Moravskoslezském kraji k 31. 12. 2019**

Pramen: Ministerstvo práce a sociálních věcí

Druh služby	Počet služeb celkem	Kapacita služby (počet lůžek)	Počet uživatelů (klientů)	z toho ženy	
				abs.	v %
Centra denních služeb	10	-	1 524	784	51,4
Denní stacionáře	36	-	1 007	532	52,8
Týdenní stacionáře	3	19	18	14	77,8
Domovy pro osoby se zdravotním postižením	25	1 239	1 167	522	44,7
Domovy pro seniory	72	4 701	4 574	3 446	75,3
Domovy se zvláštním režimem	47	2 399	2 303	1 523	66,1

**Příloha č. 5 – Tabulka kapacity sociálních služeb v Moravskoslezském kraji**

**Tab. 2 Kapacita služby a neuspokojené žádosti o poskytnutí sociální služby v zařízeních v Moravskoslezském kraji**

Pramen: Ministerstvo práce a sociálních věcí

	2014	2015	2016	2017	2018	2019
	Kapacita služby / počet lůžek (stav k 31. 12.)					
Domovy pro seniory	4 775	4 672	4 789	4 751	4 852	4 701
Domovy se zvláštním režimem	1 509	1 543	1 738	1 981	2 169	2 399
Domovy pro osoby se zdravotním postižením	1 210	1 164	1 234	1 275	1 227	1 239
Azylové domy	1 205	1 258	1 265	1 270	1 236	1 259
Chráněné bydlení	498	548	532	542	547	516
Týdenní stacionáře	43	43	19	19	19	19
	Neuspokojené žádosti o poskytnutí sociální služby v zařízeních					
Domovy pro seniory	6 175	6 440	6 469	5 714	5 626	6 806
Domovy se zvláštním režimem	1 935	2 114	2 185	2 104	2 790	3 421
Domovy pro osoby se zdravotním postižením	431	433	323	284	399	563
Azylové domy	442	397	463	584	790	1 042
Chráněné bydlení	249	233	378	411	425	494
Týdenní stacionáře	24	67	32	12	31	21

Zdroj: Český statistický úřad: Zařízení sociálních služeb v Moravskoslezském kraji v roce 2019. *Český statistický úřad* [online]. Ostrava: Krajská správa ČSÚ v Ostravě, 2019, 20.01.2021 [cit. 2021-04-09].

Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/xt/zarizeni-socialnich-sluzeb-v-moravskoslezskem-kraji-v-roce-2019>