

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

DIPLOMOVÁ PRÁCE



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Diplomová práce

Alzheimerova demence v rodině – využití služeb denního, týdenního stacionáře

Vypracovala: Bc. Jaroslava Kovaříková
Vedoucí práce: Mgr. Dita Nováková, Ph.D.

České Budějovice 2014

Abstrakt

Alzheimerova demence v rodině – využití služeb denního, týdenního stacionáře

Diplomová práce je zaměřena na problematiku péče o klienty s Alzheimerovou demencí, včetně zátěže rodinných příslušníků a eventuálních možností využití služeb denního, týdenního stacionáře. Vzhledem k vědeckým pokrokům v oblasti medicíny a ošetrovatelství se prodlužuje délka života, s čímž souvisí nárůst populace seniorů, a tudíž i pravděpodobnost nárůstu nemocných s Alzheimerovou demencí. Proto je důležité věnovat pozornost vlivu Alzheimerovy demence na rodinné příslušníky, kteří o nemocné pečují. Lidé s Alzheimerovou demencí především potřebují péči v počátcích choroby a s rozvíjející se nemocí se potřeba péče neustále zvyšuje. Následně narůstá i zátěž rodinných příslušníků. Teoretická část práce se zabývá Alzheimerovou demencí včetně ošetrovatelské péče, systémem péče o nemocné v České republice a možnostmi využití služeb denních, týdenních stacionářů.

V rámci výzkumného šetření byly stanoveny tři cíle. Prvním cílem bylo zjistit, co rodinné příslušníky klientů s Alzheimerovou demencí vede k využití poskytování služeb denního, týdenního stacionáře. Druhým cílem bylo zjistit požadavky klientů s Alzheimerovou demencí a jejich rodin na možnosti ošetrovatelské péče včetně poskytování služeb v denním, týdenním stacionáři. Třetím cílem bylo zmapovat znalosti a názory veřejnosti ohledně problematiky Alzheimerovy demence.

V empirické části diplomové práce jsme použili metodu kvalitativního výzkumného šetření. Byla použita metoda dotazování formou nestandardizovaného rozhovoru. Výzkumný soubor tvořilo deset respondentů, kteří pečovali o své rodinné příslušníky s Alzheimerovou demencí. Ve dvou případech byly rozhovory vedeny též se samotnými nemocnými. Při zpracování rozhovorů byla použita technika otevřeného kódování – metoda papír a tužka. Ke zjištění, jestli je Alzheimerova demence včetně využití služeb stacionářů v povědomí veřejnosti, bylo použito výzkumné šetření metodou ankety. Výzkumný soubor tvořilo 50 respondentů. Získané údaje byly zaznamenány do tabulky a zpracovány do grafu.

Byly stanoveny čtyři výzkumné otázky: 1. Jaké existují problémy, které rodinní příslušníci klientů s Alzheimerovou demencí musí řešit? 2. Proč rodinní příslušníci

klientů s Alzheimerovou demencí chtějí využít poskytování služeb denního, týdenního stacionáře? 3. Jaké služby očekávají rodinní příslušníci klientů s Alzheimerovou demencí od denního, týdenního stacionáře? 4. Jakou ošetrovatelskou péčí očekávají rodinní příslušníci klientů s Alzheimerovou demencí v denním, týdenním stacionáři?

Z výsledků kvalitativního výzkumného šetření je zřejmé, že péče u klientů s Alzheimerovou demencí představuje velkou zátěž pro rodinné příslušníky, kteří o takto nemocné pečují a v souvislosti s poskytovanou péčí musí řešit následující problémy. Musí se vyrovnat s postupným zhoršováním paměti nemocných, která souvisí s občasným zapomínáním, dezorientací, blouděním a z tohoto důvodu pečovatelé musí na nemocné ve zvýšené míře dohlížet, občas i v nočních hodinách. Dalším problémem je zvládnout přijatelným způsobem změnu chování svých blízkých, kteří je často slovně i fyzicky napadají. Rodinní příslušníci pomáhají svým blízkým s výživou, vyprazdňováním, hygienou a úpravou zevnějšku. Musí řešit problémy s aktivizací nemocných včetně procvičování paměti, dohlížejí, aby spolkli předepsané léky. Z výzkumného šetření dále vyplynulo, že rodinní příslušníci by v případě možnosti využili služeb stacionářů. Přínos vidí v tom, že by lépe skloubili péči o svého blízkého se zaměstnáním, získali by čas na osobní potřeby, přestali zanedbávat vlastní rodinu a v neposlední řadě by si odpočinuli od nepřetržité péče, nebyli by tolik unavení a vyčerpaní. Mezi očekávané služby stacionářů patří aktivizace nemocných formou kognitivních cvičení a podporou tělesné aktivity v prostředí, které by mělo připomínat domov, s možností odpočinku a přinesení osobních věcí. Respondenti očekávají služby pedikéra, kadeřnice, holiče a též služby dopravy do stacionáře a zpět domů. Též očekávají poradenské služby sociálních pracovníků, psychickou pomoc, poskytnutí praktických rad a náboženských služeb. Rádi by se zúčastnili společných programů, při kterých by se setkali s ostatními pečovateli. Zdůraznili, že k nemocným by mělo být přistupováno s respektem, úctou a důstojností, přičemž by stacionář měl být zabezpečen před samovolným odchodem klientů. Mezi očekávanou ošetrovatelskou péčí patří péče o výživu, vyprazdňování, hygienu, doprovod na vyšetření, podávání léků, aplikování injekcí, provádění převazů, měření fyziologických funkcí a hladiny krevního cukru. Dle respondentů by měl do stacionáře docházet lékař.

Závěry diplomové práce ukazují, že rodinní příslušníci musí při poskytování péče svým blízkým řešit mnoho již z výše zmíněných problémů. Sami jsou v souvislosti s poskytovanou péčí unaveni, vyčerpáni, s čímž souvisí i výskyt jejich zdravotních problémů. Zanedbávají sami sebe a svou rodinu, velmi obtížné pro ně je skloubit péči se zaměstnáním, do kterého občas odcházejí nevyspalí. Z těchto důvodů by rádi využili služeb denních, týdenních stacionářů. Přínos vidí v ulehčení jejich situace v souvislosti s poskytovanou péčí. Z výzkumného šetření vyplynuly výše zmíněné očekávané služby stacionáře včetně očekávané ošetrovatelské péče.

Výsledky výzkumného šetření byly předloženy vedení Nemocnice následné péče v Humpolci z důvodu plánování otevření denního stacionáře pro nemocné s Alzheimerovou demencí. Dále byly podkladem k uskutečnění semináře pro případné zájemce, kteří by chtěli ve stacionáři pracovat. Na základě informací získaných v průběhu psaní diplomové práce byl vytvořen návrh brožury, která bude sloužit jako informační materiál pro rodinné příslušníky klientů s Alzheimerovou demencí včetně samotných nemocných.

Klíčová slova: Alzheimerova demence, mozek, ošetrovatelská péče, sestra, pečovatelé, stacionáře.

Abstract

Alzheimer's dementia in the family – use of services of a day care and a week care centre

The thesis focuses on care of clients with Alzheimer's, including the burden of family members and possible options of using services of a day care and a week care centre. Due to the scientific progress in medicine and nursing, the life expectancy extends, which is related to an increase in the elderly population and therefore, to a probability of an increase in the number of people with Alzheimer's. Therefore, it is important to pay attention to the impact of Alzheimer's dementia on family members who care for the ill. People with Alzheimer's need care especially in the early stages of the disease and the need of care grows as the disease progresses. Subsequently, the strain on the family members increases. The theoretical part of the thesis deals with Alzheimer's disease together with nursing care, health care system in the Czech Republic and possibility to use services of day care and week care centres.

Three objectives were set in the framework of the research. The first objective was to find out what makes family members of clients with Alzheimer's dementia use the services of day care and week care centres. The second objective was to determine the requirements of the clients with Alzheimer's and their families for possibilities of nursing care including delivering nursing care in a day care and week care centre. The third objective was to survey knowledge and opinion of the public on the issue of Alzheimer's dementia.

In the empirical part of the thesis the method of qualitative research was used. A non – standardized interview was applied as a method of questioning. The research group consisted of ten respondents who cared for their family members with Alzheimer's dementia. The interviews were conducted with the very ill in two cases. An open coding technique - Paper - and - Pencil method was applied to handle the interviews. To determine the awareness of public of Alzheimer's including the services of the care centres, the opinion poll was applied. The research group consisted of 50 respondents. The obtained data were shown in a table and displayed in a graph.

Four research questions were defined: 1. What are the problems that the family members of clients with Alzheimer's has to deal with? 2. Why do family members of clients with Alzheimer's want to use the services of the day care and week care centre? 3. What services do family members of clients with Alzheimer's expect from the day care and week care centre? 4. What nursing care do family members of clients with Alzheimer's expect from the day care and week care centre?

The results of the qualitative research clearly show that the care for clients with Alzheimer's dementia represents a major burden for family members who care for the ill and in connection with the care provided they have to tackle following problems. They have to cope with the gradual deterioration of memory of the ill, which is associated with occasional forgetfulness, disorientation, wandering around and for this reason they have to be supervised in a more frequent way, sometimes even at night. Another problem is to handle in an acceptable way the change of behaviour of their loved ones who often attack them both verbally and physically. Family members help patients with feeding, emptying, hygiene and grooming. They must solve the difficulties with activation of patients including memory exercises, they watch whether the patients swallow the medication. The research also revealed that family members would, if possible, use the services of care centres. They can see the main benefit in the fact that they would be able to coordinate the care for their loved one with their job in a better way and they would also get some time for their personal needs and they would not neglect their own family and finally they would rest from continuous care, they would be less tired and exhausted. The expected services of care centres include activation of patients by means of cognitive exercises and support of physical activity in an environment that should remind home, with a possibility to have a rest and to bring their own personal things. Respondents expect services of a podiatrist, a hairdresser and a barber and also transport service to the centre and back home. They also expect advisory service of social workers, mental help, practical advice and religious services. They would like to participate in programmes where they could meet other carers. They stressed that the patients should be treated with respect, reverence and dignity and that the facility should be secured against accidental leaving of the patients. The expected

nursing care includes nutritional care, emptying, hygiene, walking the patient to the doctor for examination, drug delivery, application of an injection, re-dressing, measuring physiological functions and blood sugar. According to the respondents, a physician should come to the centre regularly.

The conclusions of the thesis show that family members have to deal with many above mentioned problems when providing care for their loved ones. They themselves are tired and exhausted due to the care they provide, which is related to the incidents of their own health problems. They neglect themselves and their families, it is difficult for them to coordinate the care with their job and often come to work sleepy. For these reasons they would like to use services of day care and week care centres. It eases them of the burden of care, which they see as a benefit. The research revealed the above mentioned expected services of the day care centre including expected nursing care.

The research results were presented to the management of the Aftercare Hospital in Humpolec as it had planned to open a day care centre for patients with Alzheimer's dementia. Furthermore, the results served as a basis for the seminar for potential applicants, who would like to work in the centre. Based on information obtained in the course of writing of the thesis, a draft of the brochure was created which would serve as information material for family members of clients with Alzheimer's including the patients themselves.

Key words: Alzheimer's dementia, brain, nursing care, nurse, carers, day care centre.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích, dne 19. 5. 2014

.....

Bc. Jaroslava Kovaříková

Poděkování

Touto cestou děkuji vedoucí práce paní Mgr. Ditě Novákové, Ph.D. za podporu, cenné rady a trpělivost při zpracování této práce.

Dále všem respondentům, kteří byli ochotni spolupracovat při výzkumném šetření části diplomové práce, a také mé rodině za pomoc a podporu během celého mého studia.

Obsah

Seznam použitých zkratek	12
Úvod	13
1. Současný stav	14
1.1 Mozek	14
1.1.1 Anatomie mozku	14
1.1.2 Nervové buňky	15
1.2 Alzheimerova demence	17
1.2.1 Životopis Aloise Alzheimerera	17
1.2.2 Charakteristika Alzheimerovy demence	18
1.2.3 Neurobiologické změny u Alzheimerovy demence	20
1.2.4 Rozdělení Alzheimerovy demence	21
1.2.5 Rizikové a protektivní faktory Alzheimerovy demence	22
1.2.6 Prevence Alzheimerovy demence	23
1.2.7 Vyšetřovací metody Alzheimerovy demence	23
1.2.8 Sdělení diagnózy Alzheimerovy demence	27
1.3 Léčba Alzheimerovy demence	27
1.3.1 Nefarmakologická léčba Alzheimerovy demence	28
1.3.2 Farmakologická léčba Alzheimerovy demence	28
1.3.3 Novinky v léčbě Alzheimerovy demence	30
1.4 Ošetrovatelská péče o klienty s Alzheimerovou demencí	31
1.4.1 Péče o prostředí	32
1.4.2 Péče o komunikaci	32
1.4.3 Péče o výživu a příjem tekutin	34
1.4.4 Péče o vyprazdňování a hygienu	35
1.4.5 Péče o psychiku a aktivizaci	36
1.4.6 Péče o sociální statut	38
1.4.7 Péče o duchovní oblast	39
1.5 Systém péče o nemocné s Alzheimerovou demencí v České republice	40
1.5.1 Denní, týdenní stacionáře	42
1.5.2 Česká alzheimerovská společnost	42
2. Cíl práce a výzkumné otázky	44
2.1 Cíl práce	44

2.2	Výzkumné otázky.....	44
3.	Metodika	45
3.1	Použité metody.....	45
3.2	Charakteristika daného souboru.....	46
4.	Výsledky	50
4.1	Kategorizace výsledků rozhovorů s respondenty – otevřené kódování.....	50
4.2	Kategorizace výsledků rozhovorů s respondenty – zpracovaná do schémat ...	51
4.2.1	První příznaky Alzheimerovy demence	51
4.2.2	Potíže nemocných související s vývojem Alzheimerovy demence.....	55
4.2.3	Potřeby nemocných s Alzheimerovou demencí	60
4.2.4	Život pečovatelů.....	66
4.2.5	Ulehčení situace	72
4.2.6	Očekávané služby ve stacionáři	78
4.2.7	Očekávaná ošetrovatelská péče ve stacionáři.....	84
4.3	Anketa	88
5.	Diskuze	90
6.	Závěr	104
7.	Seznam použitých zdrojů.....	107
8.	Přílohy.....	115

Seznam použitých zkratk

ACE-R	(Addenbrookský kognitivní test)
AD	(Alzheimerova demence)
AN	(Alzheimerova nemoc)
Apo E	(Apolipoprotein epsilon E)
CT	(Počítačová tomografie)
ČALS	(Česká alzheimerovská společnost)
EEG	(Elektroencefalografie)
MMS	(Mini Mental State Examination)
MoCA test	(Montreal Cognitive Assessment)
MRI	(Magnetická rezonance)
PEG	(Perkutánní endoskopická gastrostomie)
PET	(Pozitronová emisní tomografie)
SPECT	(Jednofotonová emisní počítačová tomografie)
TK	(Krevní tlak)

Úvod

Alzheimerova demence je neurodegenerativní onemocnění, při kterém dochází k nevratným změnám na mozku a způsobuje pokles tzv. kognitivních funkcí – myšlení, paměti, úsudku. Podle evropských vědců bude Alzheimerova nemoc spolu s dalšími formami demence jedním z největších problémů světového zdravotnictví během 21. století.

Problematika Alzheimerovy demence je v současné době velmi aktuální. Alzheimerova demence je velkou zátěží jak pro samotného pacienta, tak i pro jeho rodinu a pečovatele. Je nutno se intenzivně zaměřit na péči o pacienty s již diagnostikovanou Alzheimerovou demencí, a to hned v počátečních stádiích. Ta musí zahrnovat vedle základní ošetrovatelské péče i speciální péči s dalšími odborníky. V současné době existují denní, týdenní stacionáře a Alzheimer centra, která se specializují na komplexní ošetrovatelskou péči o klienty s Alzheimerovou demencí.

Sama pracuji v Nemocnici následné péče v Humpolci a během své praxe se často setkávám s klienty s Alzheimerovou demencí a s jejich rodinnými příslušníky, kteří o ně pečují. Rodinní příslušníci umísťují své blízké do nemocnice především z toho důvodu, že sami často nezvládají náročnou celodenní péči. Občas by jim velmi pomohlo, kdyby mohli nemocné s Alzheimerovou demencí umístit do stacionáře. Proto jsem se ve své diplomové práci zaměřila na komplexní ošetrovatelskou péči o klienty s Alzheimerovou demencí. Problematika ošetrovatelské péče specializovaná na tyto klienty mne oslovila mimo jiné i z důvodu, že vedení nemocnice chce vybudovat denní stacionář určený klientům s Alzheimerovou demencí, kde bude pacientům zabezpečena veškerá péče, včetně vysoce kvalifikované ošetrovatelské péče.

Vedení nemocnice je nakloněno ke zpracování výše uvedené problematiky, má zájem se blíže seznámit se získanými poznatky. Výsledky budou následně využity při vzniku specializovaného pracoviště, při odborném zaškolení ošetřujícího personálu, který by byl pro denní stacionář vybrán, a zároveň ke zkvalitnění ošetrovatelské péče u klientů s Alzheimerovou demencí.

1. Současný stav

Alzheimerova nemoc (AN) je nejčastější příčinou demence. Jedná se o neurodegenerativní onemocnění mozku – patologické, zrychlené zestárnutí mozkové tkáně, které se projevuje postupnou ztrátou paměti, myšlení, orientace, intelektu, úsudku. Nakonec vede k porušení, rozpadu osobnosti a závislosti nemocného na každodenní péči (Vyhnalová, 2003).

1.1 Mozek

Mozek je životně důležitý orgán, který je zodpovědný za myšlení, paměť, úsudky, celkovou osobnost, identitu jedince a další psychické aspekty označované jako mysl. Je centrem našeho učení. Reguluje nejrůznější somatické funkce, čímž přispívá k odpovídající reakci na vnější prostředí a k zachování zdraví. Mozek je nejsložitější organická struktura, která je známa. Je uložen v dutině lebeční. U dospělého člověka váží průměrně 1400g. Skládá se z nervových buněk – neuronů, podpůrných gliových buněk – neuroglií, mozkomíšního moku a krevních cév. Mozek ke svému fungování potřebuje nepřetržitou dodávku kyslíku, glukózy a dalších výživných látek, které přijímá prostřednictvím cirkulující tepenné krve. Mozek a mícha tvoří centrální nervovou soustavu, která je oboustranně spojena s periférií, tj. obvodem organismu. Tato spojovací, obvodová část nervstva, se nazývá obvodový neboli periferní nervový systém. Je tvořen hlavovými nervy, míšními nervy a jejich ganglii (Fine, 2009).

1.1.1 Anatomie mozku

Mozek (encefalon) je chráněn silnou kostěnou lebeční klenbou, které se říká mozkovna. Podlouhlá válcovitá mícha (medulla spinalis) je uložena v páteřním (vertebrálním) kanálu. Mícha je připojena k mozku mozkovým kmenem, který se skládá z prodloužené míchy (medulla oblongata), mostu Varolova (pons Varoli) a středního mozku (mesencephalon) (Fine, 2009). „Ke kmeni je připojen mozeček (cerebellum). Prodloužená mícha, Varolův most a mozeček tvoří tzv. zadní mozek. Na střední mozek navazuje přední mozek. K přednímu mozku patří mezimozek (diencephalon) s mozkovým podvěskem (hypophysis cerebri) a mozkové polokoule (hemisferiae)

se systémem bazálních ganglií“ (Dylevský, 2000, str. 410). Koncový mozek (cereberum) je tvořen pravou a levou mozkovou hemisférou, obě jsou pokryty šedou kůrou mozkovou (cortex cerebri). Povrch mozku – tedy mozková kůra je pokryta vráskami v podobě závitů (gyrů), zářezů (sulcí), které zvyšují její povrch a tím i kapacitu. Každá mozková hemisféra se člení na čelní, temenní, týlní, spánkový a ostrovní lalok. Pod kůrou se nachází silnější bílá hmota (Fine, 2009). Hemisféry jsou spojeny mohutným pruhem nervové tkáně (corpus callosum), který obsahuje asi 200 milionů nervových vláken. Hemisféry z funkčního hlediska nejsou totožné, jedna z nich je vždy dominující. Každá mozková hemisféra zodpovídá za řízení opačné strany těla (Koukolík, 2012). Mozek má na svém povrchu tři obaly (meningy) čili mozkové blány, které mozek obklopují. Vnější membránou je vazivová tvrdá plena mozková (dura mater), která se pevně přimyká k lebečním kostem. Prostředním jemnějším obalem je pavučnice (arachnoidea). Vnitřní membránou je cévnatá omozečnice (pia mater), velmi jemný a měkký obal kopírující povrch mozku. Dutý prostor mezi pavučnicí a omozečnicí je vyplněn čirou, bezbarvou tekutinou, které se říká mozkomíšní mok. Tato tekutina obklopující mozek i míchu je mechanickou a chemickou ochrannou bariérou centrálního nervstva (Fine, 2009).

1.1.2 Nervové buňky

Nervové buňky (neurony) jsou základní stavební a funkční jednotkou nervové tkáně. Jsou jedny z nejspecializovanějších buněk lidského těla. Vytváří složitou mnohostranně propojenou trojrozměrnou funkční síť, která zasahuje do všech částí těla. Pracují s informacemi, které prostřednictvím elektrických potenciálů a chemických látek umí rozvádět, přepojovat, vytvářet a modifikovat. Je známo několik tisíc různých typů nervových buněk, které se navzájem liší parametry strukturálními i funkcí či chemickými látkami, které produkují (Orel, Facová et al., 2009).

Základní stavba každé nervové buňky je obdoba. Neurony se skládají ze tří odlišných oblastí – buněčného těla (neurocytu), nervového vlákna (axonu, neuritu) a přijímacích výběžků (dendritů). Tělo je centrální částí neuronu, může mít různý tvar, obsahuje jádro a další buněčné organely. Pokud je zničeno tělo buňky, zahyne celý

neuron. Axon je dlouhý výběžek neuronu, který vede elektrické impulsy směrem od těla neuronu – tj. odstředivě. Obal axonu je tvořen tzv. myelinovou pochvou, která je pravidelně přerušována Ranvierovými zářezy. Axon přenáší nervové impulsy na dendrity jiných neuronů tak, že v místě spojení, nazývaném synapse, vylučuje chemické látky, které slouží jako nosiče informace – neurotransmitery. Dendrity jsou stromečkovitě se větvcí výběžky vedoucí elektrické impulsy směrem k buněčnému tělu, tj. dostředivě. Jsou kratší než axony, nejsou kryty myelinovou pochvou. Přenos nervového signálu mezi neurony prostřednictvím synapsí (neurotransmise) je aktivní proces, časově omezený a nevratný (Orel, Facová et al., 2009).

Vedle nervových buněk jsou nedílnou stavební a funkční součástí mozku podpůrné gliové buňky. Neuroglie nejsou schopny tvorby a vedení elektrického vzruchu, nicméně se na činnosti mozku významně podílejí mnohostrannými funkcemi. Mezi základní z nich patří funkce stavební, ochranné a nutritivní (výživné). V mozku se nacházejí čtyři typy gliálních buněk: astrocyty, oligodendroglie, mikroglie a ependymové buňky (Orel, Facová et al., 2009).

V období embryonálním nervové buňky vznikají ze svých prekurzorů – neuroblastů, které se mohou množit a vyzrát v dospělé neurony. Zralé lidské neurony ztrácejí schopnost množení. Jejich počet s postupujícím věkem klesá. Nicméně i v lidském mozku existuje možnost obnovy neuronů. Byly objeveny kmenové buňky, které se i ve stáří mohou dělit a diferencovat ve zralé neurony. V mozku dospělého člověka tak mohou vznikat nové nervové buňky (Orel, Facová et al., 2009).

Mozek s každou odlišnou aktivitou, kterou vykonává, proměňuje svou strukturu a zdokonaluje své okruhy (Doidge, 2011). „Jestliže určité „součásti“ selžou, jiné části mozku někdy dokážou jejich úlohu převzít“ (Doidge, 2011, str. 10). Tato zásadní schopnost mozku se nazývá neuroplasticita. Mozek dokáže změnit svou vlastní strukturu a funkci prostřednictvím myšlení a aktivity. Neuroplasticita má moc vyvolat flexibilnější, ale také rigidnější chování (Doidge, 2011).

1.2 Alzheimerova demence

Alzheimerova demence je medicínsky i společensky velmi závažné onemocnění, které způsobuje pokles tzv. kognitivních funkcí – myšlení, paměti, úsudku (Pidrman, 2007).

Demence Alzheimerova typu patří podle Světové zdravotnické organizace mezi desítku nejčastějších smrtelných onemocnění. Patří k ekonomicky náročným onemocněním. Celosvětově neustále narůstá počet pacientů s touto diagnózou, která se přestává týkat pouze tzv. vyspělých zemí a stává se problémem globálním (Ferková a Ilievová, 2013). Zatímco se úmrtnost na některá často se vyskytující onemocnění snížila, u Alzheimerovy demence se naopak výrazně zvýšila. U osob starších 65 let se Alzheimerova demence stala pátou nejčastější příčinou úmrtí. Alzheimerova demence je onemocnění především vyššího věku a s věkem také stoupá riziko onemocnění. Očekává se, že podíl populace seniorů bude narůstat (Příloha 1). S postupným prodlužováním délky života lze očekávat i zvýšený počet pacientů s demencí (Příloha 2) (Bartoš a Hasalíková, 2010). Odhaduje se, že Alzheimerovou demencí trpí kolem 3 procent populace ve věku 65 let. Ve skupině osmdesátiletých je postižena třetina populace. Existují i vzácnější formy s časným začátkem vzniku, např. již kolem 40. – 50. roku. V České republice se počet postižených odhaduje na 120 000 – 130 000 (Franková et al., 2011).

První popis Alzheimerovy nemoci podal Alois Alzheimer v roce 1906 na vědecké konferenci. Nemoc představil pod názvem „Neobvyklá porucha cerebrálního kortexu“ (Pidrman, 2007).

1.2.1 Životopis Aloise Alzheimer

Alois Alzheimer, německý psychiatr a neuropatolog, se narodil 14. června 1861 v Marktbreitu nad Mohanem. V Berlíně, Tubingenu a Wurzburgu studoval medicínu. V letech 1888 – 1903 byl asistentem v Městské psychiatrické klinice ve Frankfurtu, kde se seznámil s neurologem Franzem Nisslem. Oženil se v roce 1895, byl otcem syna a dvou dcer. Manželka zemřela v roce 1901. Krátce pobýval v Heidelbergu, poté Alzheimer společně s Kraepelinem přešel roku 1903 do Mnichova na Královskou

psychiatrickou kliniku. Zástupcem Kraepelina se stal v roce 1906. Ředitelem Psychiatrické a neurologické kliniky Slezské univerzity v Breslau byl jmenován dne 16. července 1912. V roce 1915 postihla Alzheimerova angína, důsledkem byla revmatická endokarditida, nefritida a artritida. Zemřel 19. prosince 1915 ve věku 51 let (Jirák a Koukolík, 2004).

Na vědecké konferenci v roce 1906 Alzheimer představil kolegům případ psychicky narušené ženy Augusty Deterové, která zemřela v padesáti pěti letech. Augusta se postupně nebyla schopna sama o sebe postarat, ale zároveň odmítala pomoc ostatních. Později se u ní objevila dezorientace, zhoršená paměť, problémy se čtením a psaním. Postupně docházelo ke zhoršování symptomů a celkovému omezení vyšších mentálních funkcí. Posmrtné vyšetření mozku ukázalo, že mozková kůra pacientky byla tenčí. Alzheimer na mozku zjistil další abnormality – tzv. senilní plak a pozměněnou strukturu buněk v mozkové kůře (Hadrava, 2010). Mnohem později v letech 1992 a 1997 byly objeveny v Mnichově histologické řezy Alzheimerových původních případů Augusty Deterové, které byly vyšetřeny současnými metodami. Bylo potvrzeno, že Auguste Deterová byla postižena presenilní Alzheimerovou demencí (Jirák a Koukolík, 2004).

Během své vědecké kariéry Alzheimer vyučoval na klinice v Mnichově. O svých výzkumech nevydal soubornou knihu, ale pracoval na rukopise pro vysokoškolskou učebnici s názvem *Die Anatomie der Geisteskrankheiten – Anatomie duševních nemocí* (Hadrava, 2010).

1.2.2 Charakteristika Alzheimerovy demence

Alzheimerova nemoc patří mezi nejběžnější formy demence, kterých existuje mnoho typů. Ze všech lidí trpících demencí má asi 55 procent Alzheimerovu nemoc v čisté formě. Po Alzheimerově nemoci je nejběžnější demence vaskulární, představující asi 15 procent všech případů (Buijssen, 2006). „Ve zhruba 15 procentech případů pozorujeme kombinaci dvou nebo více poruch, jež nakonec vedou k demenci“ (Buijssen, 2006, str. 15). Kombinace Alzheimerovy nemoci a vaskulární demence se objevuje nejčastěji. Když se připočítá Alzheimerova nemoc v čisté formě k již

zmíněným 15 procentům, znamená to, že zhruba 70 procent všech pacientů s demencí trpí Alzheimerovou nemocí (Buijssen, 2006).

Slovo demence pochází z latiny a znamená „bez myslí“. Demence je syndrom – tj. skupina symptomů nebo rysů, které se objevují v kombinaci. Základem nemoci je vždy postupná ztráta paměti (Buijssen, 2006). Slovo „demens“ také znamená „šileneý“, tedy něco, co pozbylo myslí, tj. odchylka od rozumového jednání. Desátá revize mezinárodní klasifikace nemocí uvádí tuto definici demence. „Demence (F00 – F03) je syndrom způsobený chorobou mozku, obvykle chronické nebo progresivní povahy, kde dochází k porušení mnoha vyšších nervových kortikálních funkcí, k nimž patří paměť, myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnost učení, jazyk a úsudek. Vědomí není zastřeno. Obvykle je přidruženo porušené chápání a příležitostně mu předchází i zhoršení emoční kontroly, sociálního chování nebo motivace. Tento syndrom se vyskytuje u Alzheimerovy nemoci, cerebrovaskulárního onemocnění a u jiných stavů, které primárně postihují mozek“ (Kučerová, 2006, str. 9).

Alzheimerova demence je progredientní onemocnění, vyznačující se charakteristickými patofyziologickými a klinickými příznaky. Jedná se o primární onemocnění šedé kůry mozkové, které v průměru trvá 9 let (rozmezí 2 – 12 let). Má tři stadia: časná (mírná), střední a těžká (hluboká). Vývoj Alzheimerovy demence je plíživý, pomalý, nenápadný a trvale progredující. Nejprve vlivem ztráty neuronů dochází k narušení krátkodobé paměti, později je poškozena i paměť dlouhodobá (Pidrman, 2007). Paměť je postižena nejen v ukládání informací (vštipivost), ale i ve vyvolání paměťových stop (výbavnost). I při významně narušené dlouhodobé paměti bývá obvykle zachováno tzv. Ribotovo pravidlo, což znamená, že je více postižena paměť pro nedávné události, zatímco vzpomínky na starší události bývají uchovávané i v pozdních stádiích nemoci. V různé míře je narušena paměť sémantická (znalosti, události, fakta) i epizodická (zážitky a prožité události). Plně zachována bývá paměť implicitní (např. motorické dovednosti) (Hort, Rusina et al, 2007). Postupně dochází k postižení osobnostních rysů a charakteristik, nemocní ztrácejí základní pravidla, návyky, zvyklosti, stávají se překvapivě nápadnými svým chováním a jednáním. Dochází ke ztrátě zájmů, narušení dlouholetých vazeb a vztahů, stávají se podezřavými

a hašteřivými. Objevují se poruchy dalších korových funkcí, jako je apraxie (neschopnost provádět naučené pohybové stereotypy), afázie (porucha obsahu řeči), agnózie (neschopnost vnímat a interpretovat různé senzorické vjemy), výrazně trpí prostorová orientace. Typická je ztráta pohledu na nemoc. Nemocní postupně přestávají zvládat péči o svou osobu, bez pomoci se stávají zanedbanými i po stránce odívání, hygieny. Objevuje se postižení emocí, může se objevit deprese, mánie, ojediněle i bludy (Schiffczyk et al., 2013).

1.2.3 Neurobiologické změny u Alzheimerovy demence

Alzheimerova demence jako progresivní degenerativní onemocnění centrální nervové soustavy se projevuje kortiko-subkortikální atrofií. Makroskopicky se nalézají ztenčení mozkové kůry, rozšířené mozkové komory, rozšíření temporálních rohů postranních komor. V oblasti hippocampů bývá významná atrofie. Mikroskopicky lze nalézt extracelulární a intracelulární změny. Základní extracelulární patologickou změnou je ukládání beta-amyloidu, který tvoří shluky, kolem kterých vzniká komplex dalších neurodegenerativních procesů. Vznikají útvary nazývané Alzheimerovské plaky. V okolí plaků dochází k apoptóze neuronů. Platí přímá úměra mezi počtem plaků a funkčním postižením. Nejzávažnější intracelulární změnou je degenerace tau-proteinu. Jedná se o bílkovinu, která je spojena s neuronálními vlákny. Mikrotubuly tau-proteinu jsou patologicky fosforizovány, vlákna jsou zkracována. Tím dochází ke ztrátě jejich funkce a tvorbě neuronálních uzlíčků – takzvaných tangles. Dochází k zániku postižených neuronů, k jejich apoptóze. Významným patogenetickým činitelem je i zvýšené množství volných kyslíkových radikálů, které jsou nadměrně uvolňovány. Mohou vyvolat řadu nežádoucích reakcí, například peroxidaci neuronů, které se následně stávají apoptotickými. Z neuromediátorových systémů je narušena jak syntéza acetylcholinu, tak jeho uvolňování. Acetylcholin je nutný k přenosu nervových vzruchů. V procesu degenerace také dochází ke snížení metabolismu v neuronech (Pidrman, 2007).

1.2.4 Rozdělení Alzheimerovy demence

Alzheimerovu demenci lze rozdělit do několika stadií: rané, mírné a pokročilé stadium nemoci (Callone et al., 2008).

V raném stadiu nemoci se pozorují výpadky paměti v důsledku odumírání nervových buněk v oblasti hippocampu, který je centrem paměti. Veškerá paměť je zde tříděna a zaznamenávána. Zbytek mozku pracuje normálně, postižený je schopen pohybovat se, cítit, vidět, slyšet a vstřebávat informace. Logické myšlení, úsudek a sociální schopnosti jsou zcela normální. Nemocný je schopen si vytvořit náhradní způsoby, jak se s občasnou ztrátou paměti vyrovnat. S postupující nemocí se poškození posouvá do spánkového laloku a dochází k tomu, že nemocný má potíže porozumět slovu či najít správný výraz. Čelní mozkový lalok je ještě plně funkční, nemocný se snaží pochopit, proč ostatní na pokusy o konverzaci nereagují adekvátně (Callone et al., 2008).

V mírném stadiu nemoci pokračuje další poškození mozku, které se šíří do temenních mozkových laloků. Nemocný ztrácí schopnost integrovat zrakové vjemy, zvuky a pocity těla. V této fázi má postižený potíže s oblékáním, ztrácí se, či je dezorientován, není schopen si vybavit, jak se používají některé předměty. Nemocný má potíže o něco požádat, řízení auta začíná být problematické. Přesto zůstává funkčních ještě několik schopností, zvláště úsudek, sociální dovednosti a schopnost vykonávat některé komplexní úlohy. V tomto stadiu pacienti obvykle přicházejí k lékaři (Callone et al., 2008).

V pokročilém stadiu nemoci se poškození mozku šíří do čelního mozkového laloku. Nemocný ztrácí schopnost úsudku, logického myšlení, sociální dovednosti, přestává být schopen přiměřeně jednat. V tomto stadiu je poničeno mnoho mozkových funkcí. Podle stavu, který nastane v čelním mozkovém laloku, se nemocný může chovat různým způsobem. Může být poddajný, apatický a nepohyblivý, nebo naopak násilnický a vzteklý. Tělesný kontakt může vyvolat agresi. V konečných stádiích nemoci destruktivní proces v mozku zničil téměř všechny nervové buňky mozkové hemisféry, kromě té části mozkové kůry, kterou je řízena motorická činnost a zrak. Jedinou činností nemocných je pomalé přecházení sem a tam. V závěrečném stadiu je pacient upoután

na lůžko a je relativně bez reakcí (Callone et al., 2008). Jedná se o tzv. terminální fázi demence, která může trvat několik týdnů až měsíců. Kontakt s pacientem je minimální, ale existuje. Nemocný úsměvem nebo grimasou dovede vyjádřit to, co je mu libé a nelibé. Lidé v terminální fázi demence jsou nesmírně křehcí. Nikdy by se nemělo připustit, aby demence byla ztrátou lidství, duše nebo lidské důstojnosti. Pacienti v terminální fázi demence mají své prožitky, jen je nedokáží sdělit (Jirák, Holmerová, Borzová et al., 2009).

U Alzheimerovy demence je také možno rozlišit formu časnou a pozdní. Časná (presenilní) forma se objevuje před dosažením šedesáti pěti let věku, přičemž počáteční příznaky nemoci jsou neurotického charakteru. Postupně se zhoršuje výkonnost, paměť, objevují se depresivní nálady. Forma pozdní (senilní) se objevuje po šedesátém pátém roce života. Od samotného počátku dochází k silné progresi degenerace osobnosti s výraznými poruchami paměti. Velmi rychle dochází k vymizení hygienických a estetických návyků, často se projevuje neklid, zmatenost, euforie (Halová, 2010).

1.2.5 Rizikové a protektivní faktory Alzheimerovy demence

Rizikové faktory nejsou samy o sobě příčinou onemocnění. Vědci se domnívají, že Alzheimerova demence je způsobená kombinací vlivů různých rizikových faktorů, které při překročení určité hranice vedou k rozvoji onemocnění. Rizikové faktory se mezi sebou nesčítají, ale jejich vzájemný účinek se násobí. Rizikové faktory lze rozdělit do dvou skupin. K neovlivnitelným rizikovým faktorům patří stárnutí, věk, pohlaví, opakované úrazy hlavy s bezvědomím, genetické dispozice (ApoE4 gen) včetně výskytu nemoci v rodině. Za nejvýznamnější rizikový faktor je považován věk nemocného. Pravděpodobnost vzniku Alzheimerovy demence ve věku nad 65 let se zdvojnásobuje přibližně každých pět let. Nejdůležitější ovlivnitelné rizikové faktory jsou: kouření, nezdravý životní styl, nedostatek pohybu, stres, nevhodné stravování – přejídání se, nedostatek ovoce a zeleniny. K ovlivnitelným rizikovým faktorům patří neléčená onemocnění jako je ateroskleróza, hypertenze, nemoci srdce, diabetes mellitus. Některým rizikovým faktorům lze předejít. Na druhou stranu jsou známy ochranné tzv. protektivní faktory. Patří mezi ně například vyšší vzdělání, vyšší psychická aktivita,

mentální trénink, užívání antiflogistik, hormonální substituce u žen po menopauze, včasná a účinná léčba depresí (Guľašová, 2011).

1.2.6 Prevence Alzheimerovy demence

Mnoho vědců, zabývajících se Alzheimerovou demencí, se začíná soustřeďovat na prevenci. Kladou si otázku, jak by se mělo čelit nepříjemným důsledkům této choroby dříve, než náš mozek nenávratně poškodí (Carperová, 2011). „Je daleko snazší zachránit nemocný neuron než mrtvý neuron,“ říká přední mozkový specialista a lékař David Bennet“ (Carperová, 2011, str. 19).

Prevenčí se myslí zdravý způsob života, tedy kvalitní spánek, dostatek tělesného pohybu, pobytu v přírodě a minimum zátěžových situací. Důležitým faktorem prevence demence je naučit se co nejlépe překonávat zátěžové situace, v některých životních situacích i s odbornou psychologickou, psychiatrickou pomocí. Jedním z dalších preventivních faktorů je kvalitní léčba tělesných chorob, které se během života vyskytnou. Důležitá je pravidelná kontrola krevního tlaku, hladiny cholesterolu a krevního cukru. Vhodné je zařazovat do jídelníčku hodně ovoce a zeleniny (obsahují antioxidanty), ryby, olivový olej, ořechy. Nutno se zmínit i o operačních výkonech, kdy v důsledku narkózy může být spuštěn dementní proces (Carperová, 2011).

V oblasti prevence Alzheimerovy demence představuje do budoucna naději vakcína blokuující složku bílkoviny beta-amyliodu, která vytváří plak. Zájem o imunoterapii byl odstartován průlomovým pokusem spočívajícím v aktivní imunizaci proti beta-amyloidu na transgenních myších. Povzbudivé pozitivní výsledky aktivní či pasivní imunizace byly opakovaně potvrzeny v mnoha experimentech. Po ověření snášenlivosti a bezpečnosti léčby byla zahájena velká studie na lidských subjektech, která byla přerušena z důvodu výskytu nežádoucích účinků. V současné době probíhá i klinické testování genové substituční terapie na lidech (Gandy a DeKosky, 2013).

1.2.7 Výšetřovací metody Alzheimerovy demence

Výskyt Alzheimerovy demence je v České republice poddiagnostikován, a tak je účinná látka nabídnuta pouze malému počtu pacientů. V diagnostice nemoci je

nejdůležitějším krokem včasně rozpoznat přítomný syndrom demence. Dalším krokem je určení Alzheimerovy nemoci jako nejpravděpodobnější příčinu syndromu demence pomocí anamnézy, klinického stavu a pomocných vyšetřovacích a zobrazovacích metod, které mohou přímo diagnózu Alzheimerovy demence podpořit. V současné době jsou snahy odhalit eventuální postižení co nejdříve. Vlastní syndrom demence je v mnoha případech předcházen stavem, který se nazývá mírná kognitivní porucha (Čechová et al, 2011).

Mezi základní vyšetřovací metody, které může provádět sestra (ve spolupráci s lékařem), patří odebrání podrobné anamnézy. Důležité je, aby sestra získala objektivní informace od blízké osoby. Rozpor bývá často ve výpovědích, zejména v důsledku ztráty realistického náhledu pacienta na jeho vlastní schopnosti a nedostatky. K posouzení změny je vhodné odhadnout intelekt před vznikem kognitivních poruch. Již při navazování kontaktu a odebrání anamnézy by si sestra měla všimnout, jak pacient mluví, formuluje věty, zda hledá slova, zda je opakuje. Pozornost sestry by měla být zaměřena na paměť pacienta – zda si vybavuje z paměti rychle a snadno, nebo dlouho vzpomíná, neví běžné údaje o sobě a své rodině. Důležité je získat údaje o začátku potíží, poruchách chování, nálady, eventuálně myšlenkách na sebevraždu. Sestra by měla zjistit též údaje o stavech zmatenosti, paranoiditě, při které se pacienti stávají podezřívými, nedůvěřivými a posléze obviňují své blízké, že mu něco ukradli. Nezanedbatelné jsou údaje o prodělaných a chronických nemocech, onemocněních v rodině, úrazech hlavy spojených s bezvědomím, užívaných lécích, abúzu alkoholu. Důležité jsou informace o dosaženém vzdělání, zaměstnání, bydlení, vztazích v rodině a způsob zajištění péče o nemocného (Kučerová, 2006).

Vlastní klinické vyšetření při podezření na demenci zahrnuje tři základní oblasti: kognitivní funkce, denní aktivity a chování (Franková et al, 2011).

Mezi základní testy hodnotící kognitivní funkce patří test MMSE (Mini Mental State Examination) (Příloha 3), jehož výhodou je poměrně dobrá specifická pro diagnózu demence obecně. Test odliší středně těžkou demenci od normálního stárnutí. Nevýhodou testu je jeho malá senzitivita (citlivost), tudíž test MMSE není použitelný k časnemu zachytu kognitivního postižení. Zde je nutno test MMSE doplnit dalšími

specifickými testy (Franková et al, 2011). Jedním z nich je kognitivní test ACE-R (Addenbrookský kognitivní test), představující rozšíření testu MMSE. V České republice byl tento test za pomoci odborníků novelizován a byla vytvořena jeho česká verze známá pod zkratkou ACE-CZ (Příloha 4). Novelizovaná verze se oproti původnímu testu liší řadou formálních a grafických úprav. Pomocí testu ACE-CZ lze zjistit kognitivní poruchu i při normálním výsledku testu MMSE (Bartoš, Raisová a Kopeček, 2011). Dalším testem vhodným k zachytu časných stadií demence je MoCA test (Montreal Cognitive Assessment) (Příloha 5). Ke screeningovým testům se řadí i sedmiminutový test, který hodnotí paměť, orientaci, konstrukční schopnosti a slovní plynulost. Test spočívá v opakovaném odčítání čísla 7 od čísla 100. Jednoduchou, orientační a oblíbenou zkouškou je Test kreslení hodin (Příloha 6), který postihuje několik kognitivních funkcí současně. K testování paměti lze použít například Test 5 slov podle Duboise. K testování frontálních funkcí je užitečný a rychlý Isaacův test kategoričké produkce, během kterého má pacient vyjmenovat co nejvíce slov ze 4 kategorií (města, zvířata, barva a ovoce). Všechny výše zmiňované testy může s pacientem provádět a následně vyhodnocovat sestra. Dále se hodnotí schopnost logického myšlení, abstrakce a pozornosti (Franková et al, 2011).

Součástí diagnostiky Alzheimerovy demence je zhoršení soběstačnosti pacienta, jehož ukazatelem je postižení v aktivitách denního života. Každodenní aktivity lze zjistit rozhovorem sestry s pacientem, velmi důležité je též získání údajů od osoby blízké. V české odborné literatuře je nedostatek dotazníků aktivit denního života zaměřených na pacienty s Alzheimerovou demencí. K dispozici je česká verze Dotazníku funkčního stavu FAQ-CZ (Příloha 7) a překlad škály Instrumental Activities of Daily Living Scale (Lawtonova škála IADL) (Příloha 8), které jsou zaměřeny převážně na zhodnocení instrumentálních aktivit. Jednou ze škál, které se dále používají je Dotazník soběstačnosti DAD-CZ (Příloha 9), což je česká verze pro hodnocení každodenních aktivit pacientů. Dotazník je určen ke kvantitativnímu hodnocení funkčních schopností v aktivitách denního života specificky u jedinců s kognitivními deficity, často je používán u Alzheimerovy demence. Dotazník obsahuje 17 položek běžných základních aktivit ve 4 oblastech (hygiena, oblékání, kontinence, jedení)

a 18 položek instrumentálních aktivit v 5 oblastech (příprava jídla, telefonování, chození ven a pobyt venku, finance a korespondence, léky). Dále byla zařazena oblast s 5 položkami, které se týkají volného času a domácích prací. Dotazník poskytuje strukturované zhodnocení základních a instrumentálních každodenních aktivit v krátkém čase. Výše zmíněné dotazníky by měli vyplňovat osoby, které důvěrně znají, jak si posuzovaný klient vede v běžném životě (Bartoš et al, 2009).

Mezi pomocné vyšetřovací metody patří fyzikální vyšetření, které může provádět sestra, základní interní a neurologické vyšetření. V časně fázi čisté Alzheimerovy demence je výsledek neurologického vyšetření normální. V současné době je důležitým pomocným vyšetřením, které pomáhá v diferenciální diagnostice, zobrazení nervového systému. Základním strukturálním vyšetřením pacienta s podezřením na demenci je CT vyšetření (počítačová tomografie). MRI (magnetická rezonance) je doporučena v případě nejasného nálezu na CT, při kterém lze potvrdit například atrofii hippocampu. PET (pozitronová emisní tomografie) a SPECT (jednofotonová emisní počítačová tomografie) se používají jako doplněk ke strukturálnímu vyšetření. Nálezem, který je typický pro Alzheimerovu demenci, je snížení krevního průtoku či glukózového metabolismu v parieto-temporálních oblastech. Nespecifickou metodou s malým významem je provedení EEG vyšetření (Ressner et al, 2008). Vyšetřením likvoru lze zjistit například hladiny celkového tau a fosfo-tau proteinu. Ve specializovaných centrech lze provést genetické testování tj. vyhledávání známé patogenetické mutace Apo E (apolipoproteinu epsilon E) genotypu 3, 4, jehož rutinní genetické vyhledávání se nedoporučuje. Národní institut pro stárnutí a mezinárodní pracovní skupina navrhuje postupně nová výzkumná diagnostická kritéria pro Alzheimerovu demenci (Salloway, 2012).

Relativně specifická pro Alzheimerovu nemoc, v již raném stadiu, je kombinace snížení beta-amyloidu spolu se zvýšením celkového a fosforylovaného tau proteinu. Negativní výsledek vyšetření u nemocného s demencí zpochybňuje diagnózu Alzheimerovy demence (Hort, Rusina et al., 2007).

1.2.8 Sdělení diagnózy Alzheimerovy demence

S včasným stanovením diagnózy souvisí také informování pacienta. Jde o důležitý krok, kterému by měl lékař věnovat patřičnou pozornost. Nemocný by se měl dozvědět nejen diagnózu nemoci, ale měl by být také seznámen s pravděpodobným průběhem onemocnění včetně příznaků, které jej budou provázet. Lékař by měl tomuto kroku věnovat dostatek pozornosti. Pacientovi vysvětlit vše takovým způsobem, aby byl pro něj pochopitelný i s ohledem na poruchu kognitivních funkcí a s ohledem na jeho situaci. Pacientům onemocnění ovlivní další život, očekávání a plány. Důležitou součástí seznámení s diagnózou Alzheimerovy demence musí být podpora pacienta, empatie a informace o možnostech pomoci, podpory, léčby. Je nutno odpovědět na otázky pacienta a zároveň pacienta informovat, že se může vyjádřit ke způsobu péče a léčby, která mu bude v budoucnu nabízena. Včasné sdělení diagnózy a informování pacienta jsou nutnou podmínkou pro to, aby si nemocný mohl naplánovat další život a učinit nezbytná rozhodnutí v době, kdy je toho ještě schopen. Jedná se například o majetkové a finanční záležitosti a mnoho dalších důležitých aspektů budoucího života včetně eventuální možnosti stanovení opatrovníka (Jiráček, Holmerová, Borzová et al. 2009).

1.3 Léčba Alzheimerovy demence

V léčbě pacientů s Alzheimerovou demencí by měl být kladen hlavní důraz na individuální přístup k nemocnému, individuální hodnocení každé konkrétní poruchy. Léčba by měla být komplexní a cílená na jednotlivého pacienta s ohledem na řadu okolních faktorů a vlivů (Franková et al., 2011). Léčba demence se skládá ze dvou vzájemně provázaných kroků – behaviorálních a farmakogenních. U demenčního nemocného se léčí narušené kognitivní funkce, emoční reaktivita, jednání, chování, korigují se patologické změny osobnosti pacienta. V současné době je hlavním očekáváním v léčbě demence stabilizace nemocného, oddálení progresu, přechodu nemocného do těžších stadií. Léčbou se prodlužuje období soběstačnosti nemocného, prodlužuje se doba funkčních schopností a tím se snižuje potřeba a náročnost

pečovatelské péče, jakož i zatížení příbuzných. Za pomoci léčby se oddaluje nutnost eventuální hospitalizace (Pidrman, 2007).

1.3.1 Nefarmakologická léčba Alzheimerovy demence

Cílem nefarmakologické behaviorální léčby je zachování jemné a hrubé motoriky, chůze, soběstačnosti, kognitivních funkcí. Dále smysluplné vyplnění volného času, ovlivnění psychologických a behaviorálních příznaků demence, aktivit denního života, zlepšení verbální i nonverbální komunikace pacienta s okolím. Aktivity, které jsou voleny, musí být přiměřené stavu pacienta, měly by probíhat v prostředí, které nemocný dobře zná, měly by podporovat pacientovy silné stránky. Mezi behaviorální kroky v léčbě patří: životní styl, fyzická aktivita, psychická aktivita, optimalizace senzorických funkcí, nutriční péče. V oblasti životního stylu jde o edukaci, podporu a trvalou péči o pacienta, vytvoření přátelské atmosféry. Smyslem má být zachování jeho sociální funkčnosti. Přiměřená fyzická aktivita je důležitou složkou v péči o pacienty a je vhodné ji pravidelně zařazovat do režimu v domácí péči, v denních centrech a jiných zařízeních pro pacienty s demencí. Třetím bodem léčby je péče o psychickou aktivitu, která zahrnuje řadu logických postupů. Mezi tyto postupy, které vedou k udržení psychické aktivity nemocného, patří například kognitivní rehabilitace. Důležitou součástí léčby je optimalizace senzorických funkcí, zejména zraku a sluchu, která může předejít celé řadě nedorozumění. Sestry by měly dohlédnout, aby pacient v případě potřeby používal brýle, funkční naslouchátka a podobně. Základním opatřením v léčbě demence je péče o nutriční a dodržování pitného režimu, na což by měly ve zdravotnických zařízeních dohlédnout sestry. Nezanedbatelnou součástí léčby je nefarmakologická intervence. Jako příklad lze uvést zvýšený dohled, využívání symbolů a směrovek, redukce spánku během dne a podobně. Na těchto intervencích by se měly sestry podílet významným způsobem (Pidrman, 2007).

1.3.2 Farmakologická léčba Alzheimerovy demence

V současné době neexistuje lék, který by Alzheimerovu demenci vyléčil, přesto jsou známy léky, které dovedou onemocnění výrazně zpomalit. Při léčbě demence platí

zásada, že včasnější zahájení léčby má větší úspěch, než když se začne s léčbou v pokročilých stádiích. Mezi základní léčbu patří terapie kognitivních funkcí, používají se tzv. kognitiva, mezi které patří inhibitory cholinesteráz a memantin. Kognitiva mohou vést k přechodnému zlepšení kognitivních funkcí. Jejich hlavním efektem je oddálení progresu onemocnění a zároveň i oddálení vzniku nejtěžších stadií nemoci s plnou závislostí nemocného na ošetrovatelské péči. Tím se prodlouží nemocnému a jeho rodině období aktivního života. Délku života ale neprodlužují. Kognitiva podle klinických zkušeností vedou ke zlepšení spolupráce s pacientem, k celkovému zlepšení chování, ke zvýšení jeho zájmu o okolní aktivity, snížení poruch chování, usnadňují provádění rehabilitace mozkových funkcí a zvyšují její efekt (Franková et al., 2011).

Nejpoužívanějším a nejúspěšnějším způsobem léčby Alzheimerovy demence je ovlivnění acetylcholinergního systému za pomoci inhibitorů mozkových acetylcholinesteráz, které blokadou enzymu rozkládajícího acetylcholin zvyšují obsah acetylcholinu v synaptické štěrbině neuronů mozku. Používají se tři chemicky odlišné substance: donezepil, rivastigmin a galantin. Každý z nich má své přednosti a nevýhody. Zmíněné léky jsou indikovány k léčbě lehké až středně těžké formy Alzheimerovy choroby. Princip léčby spočívá v zahájení nízkou dávkou léku s postupným zvyšováním v intervalech jednoměsíčních až do nejvyšší snášené dávky k dosažení maximální účinnosti. Jednotlivé preparáty mají odlišný mechanismus, tudíž při výskytu nežádoucích účinků nebo nedostatečné léčebné odpovědi lze přejít z jednoho léku na jiný. V České republice je v současné době podávání těchto léků hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění pacientům, u nichž je skóre testu kognitivních funkcí MMSE mezi 25 – 13 body. Pokud má pacient skóre MMSE 26 bodů a více, musí si léčbu hradit sám. Donezepil lze podávat jedenkrát denně, nejlépe večer s jídlem. Většinou je dobře tolerován i při maximální terapeutické dávce. Rivastigmin ve formě tablet se podává dvakrát denně s ranním a večerním jídlem. Druhou formou léku je transdermální náplast, která se aplikuje na hrud', horní část paže nebo záda. Je vhodná pro pacienty, kteří netolerovali předchozí perorální léčbu. Galantamin se užívá jedenkrát denně, dávka se postupně zdvojnásobuje

v jednoměsíčních intervalech. Za příznivý efekt se považuje zpomalení úbytku kognitivních funkcí nebo udržení dosavadního stavu (Bartoš a Hasalíková, 2010).

Memantamin je indikován pro léčbu v pokročilejších stadiích Alzheimerovy demence. Lék se podává jednou až dvakrát denně, dávka se zvyšuje po týdnů. Ve většině případů je memantamin dobře snášen (Bartoš a Hasalíková, 2010).

1.3.3 Novinky v léčbě Alzheimerovy demence

S ohledem na ničivé účinky Alzheimerovy demence na pacienty a jejich rodiny, spolu s rostoucí prevalencí, jsou inovativní přístupy vývoje léků nezbytně nutné. Jednou z překážek výzkumu jsou omezené znalosti o tom, jak se beta-amyloid podílí na patofyziologii onemocnění. Jedním z pokynů FBA (Food and Drug Administration) pro navrhování a provádění klinických studií, je zahrnout do výzkumu pacienty v počátečních stadiích Alzheimerovy demence. Léčba onemocnění v počátečním stadiu se stává stále více cílem úsilí o nalezení nových léků. Efektivní léčba tohoto ničujícího onemocnění je velmi nutná, neboť světová populace nadále stárne (Kozauer a Katz, 2013).

Pokročilejší stadia demence jsou spojena s větší intenzifikací agresivního a impulsivního chování nemocných. Cílem jednoho z mnoha výzkumů bylo zhodnotit vztah mezi kognitivními poruchami a agresivním, impulsivním jednáním, které má přímý vliv na sociální fungování. Tento výzkum, který trval dva roky, byl schválen etickou komisí Lékařské univerzity v Gdaňsku. Z důvodů objektivnosti byl výzkum rozdělen na skupinu osob s nižší a vyšší mírou progresu demence. Bylo prokázáno, že existuje vztah mezi funkčními kognitivními poruchami a zintenzivněním agresivního a impulsivního chování, převážně v těžších formách demence a s postupující nemocí. Za povšimnutí stojí výrazně vyšší progresu agresivního a impulsivního chování u jedinců, kterým nebyla nasazena léčba. Periodické podávání farmakoterapie může tedy snížit vývoj agresivního chování (Bidzan, L., M. Bidzan a Pachalska, 2012).

1.4 Ošetrovatelská péče o klienty s Alzheimerovou demencí

V posledních letech je věnováno stále více pozornosti celosvětovému trendu stárnoucí populace včetně výskytu Alzheimerovy demence. U mírných a středních stadií demence by mělo být prioritou zajištění specificky uzpůsobené péče v domácím prostředí, což předpokládá zlepšení koordinace na různých úrovních zdravotních a sociálních služeb, stejně jako finančních zdrojů. Nemocní mají nárok na kvalitní a dostupné služby, které odpovídají jejich individuálním požadavkům. Z psychologického hlediska nelze opomenout roli rodiny, která se na péči v domácím prostředí podílí a která může pomoci v udržení sociálních kontaktů seniora. Každý nemocný má právo být vnímán právoplatným členem společnosti s respektem a důstojností. Velkým úkolem do budoucna je rozvíjet oblast komunitní péče – péče v domácím prostředí (Tóthová, Veisová a Bártlová, 2011).

Pacienti v pokročilejším stadiu Alzheimerovy demence potřebují zvýšenou, odbornou zdravotní a ošetrovatelskou péči, kvalifikovaný personál i v pečovatelské oblasti. V případě nezbytné hospitalizace jsou pacienti umístěni na geriatrických, gerontopsychiatrických odděleních nebo v léčebnách pro dlouhodobě nemocné. Pobyt v těchto zařízeních je časově limitován. Při umístění pacienta ve specializovaných centrech je nutno počítat s velmi dlouhou čekací dobou. Určitou alternativou hospitalizace klienta je jeho návštěva a účast na programech ve stacionářích, které jsou určeny klientům s Alzheimerovou demencí (Gulášová, Breza a Riedl, 2013). Cílem efektivní péče je zlepšení kvality života, aktivní vyhledávání a uspokojování potřeb nemocných na základě spolupráce s nimi za účelem dosažení maximální soběstačnosti. Osoba postižena demencí se postupně stává na ošetrovateli závislá fyzicky i emocionálně. Kvalitní péče je založena na vzájemné spolupráci multidisciplinárního týmu, který zahrnuje lékaře, sestry, pomocný personál, fyzioterapeuty, ergoterapeuty, psychology, nutriční terapeuty, sociální a administrativní pracovníky. Profesionální a zároveň citlivý přístup k nemocným vede k zachování autonomie jednotlivců (Hrozenková, 2011).

Ve zdravotnických zařízeních se uspokojování potřeb klientů realizuje metodou ošetrovatelského procesu, který je základním rysem moderního ošetrovatelství. Každý

člověk je individuální, má své jedinečné vlastnosti, názory, postoje a potřeby. Sestry by měly uplatňovat celostní, holistický přístup k nemocným, což znamená pohlížet na osobu jako celek v její bio-psycho-sociálně-spirituální jednotě (Trachtová et al., 2008).

1.4.1 Péče o prostředí

Nespornou výhodou je poskytování péče v domácím, nestresujícím prostředí, které nemocný dobře zná. Toto prostředí, ve kterém je pacient dobře orientován, by se nemělo zbytečně měnit, je nevhodné vystavování nemocného neznámým situacím. Cestování na neznámá místa též není vhodné (Pidrman, 2007).

Pacienti trpící Alzheimerovou demencí se dlouho sžívají s novým prostředím. Důležité je uspořádání oddělení tak, aby odpovídalo požadavkům bezpečného prostředí a sestry měly přehled o pohybu pacientů v denních i nočních hodinách. Okna je nutno zabezpečit zámkem nebo ochrannými mřížemi. Prevencí samovolného opuštění oddělení pacientem je jeho uzamčení. Velmi důležitý je kontakt a spolupráce s rodinou nemocného. Sestry by měly získat informace o prostředí, v němž nemocný doposud žil, na co byl zvyklý (Vlášková, 2012). Pacient by měl mít možnost ponechat si u sebe osobní dobře známé věci, mezi které patří fotografie blízkých osob, oblečení, polštářek, hodinky, mobilní telefon, rádio a podobně. Prostor, v němž pacient bude pobývat, by mělo být klidné, přiměřené a zároveň dostatečně stimulující. Nevhodný je „prázdný“ nemocniční pokoj. Důležitá místa ve zdravotnickém zařízení by měla být označena velkými písmeny, popřípadě šipkou. Na stěnách se umísťují hodiny s velkým kulatým ciferníkem a arabskými číslicemi. Důležitou pomůckou je umístění kalendáře na viditelném místě. Sestry by měly dbát, aby bylo vždy jasně označeno aktuální datum. Nutné je zajištění přiměřeného osvětlení, v období zkracujícího se dne pak cílené „dosvěcování“ místností v odpoledních a podvečerních hodinách. Sestry zajišťují i přiměřené noční osvětlení (Franková et al., 2011).

1.4.2 Péče o komunikaci

Základem holistického pojetí ošetrovatelské péče je vzájemná spolupráce a komunikace zdravotnického personálu, pacienta a jeho rodiny (Vybíhalová, 2012).

Komunikační dovednosti sestry významně ovlivňují vztah mezi ní a pacientem. Komunikace je vzájemné předávání informací, děje se cestou verbální (slovní) a neverbální (mimoslovní). Při komunikaci se lze setkat s komunikačními bariérami ze strany klienta, zdravotníka, ale i s bariérami prostředí technického rázu. Lidé trpící demencí vyžadují specifický přístup, neboť průběh komunikace ovlivňují především poruchy paměti. Sestra by si měla uvědomit, jaké oblasti demence jsou zasaženy, jaké obtíže pacient má a jak se je snaží kompenzovat. Mezi hlavní obtíže patří nezapamatování si informací, opakované dotazy, ztráta schopnosti porozumět slovům, zaměňování výrazů, poruchy vyjadřování, netrpělivost, fabulace (vymyšlení si) a v konečných fázích mutismus (němota). K člověku s demencí je nutno přistupovat pomalu, udržovat oční kontakt, mluvit srozumitelně, jednoznačně, klidným hlasem. Vhodné je rozhovor zahajovat ve chvíli, kdy pacient není rušen jinými podněty, samozřejmostí je ztlumení rádia, televize během hovoru. Sestry by měly vždy využít příležitosti komunikovat s pacientem ve chvíli, kdy se na ně sám obrací. Vhodnou podporou je dotyková komunikace, která uklidňuje, obrací pozornost na sdělení. Během komunikace by sestry měly posilovat orientaci v čase, prostoru, v osobách kolem. Nevhodné projevy a použité vulgarismy ze strany pacientů by měly sestry přehlížet. Sestra by se měla snažit všemi způsoby zachovat důstojnost člověka s demencí (Venglářová, 2007).

Vykonávání praktických úkonů s demenčním pacientem je značně limitované nesprávnou komunikací. Jednou z priorit sester pracujících s nemocným s demencí je snaha o zkvalitnění komunikace prostřednictvím speciálních technik, především pomocí tzv. validační metody, jejíž zakladatelkou je Naomi Feil. Validace je přístup k člověku s demencí, který vychází z pochopení syndromu demence, porozumění, pocitů a chování, přijetí a respektování nemocného člověka. Cílem validace je i posílení vlastní identity, sebeúcty nemocného, jakož i navrácení důstojnosti. Při komunikaci by sestry měly přijmout téma nemocného a vytvořit vstřícný vztah a pohodu v péči. Například jestliže nemocný tvrdí, že musí jít do práce, nevysvětluje se mu, že je dávno v důchodu, ale začne se mluvit o jeho zaměstnání. Validace jako metoda komunikace pomáhá zkvalitňovat soužití, komunikaci a spolupráci mezi pacientem, rodinnými

příslušníky a ošetrovatelským personálem. Tato metoda je vhodná nejen pro sestry, ale i pro rodinné příslušníky, kteří jsou v častém kontaktu s demenčními starými lidmi. Bohužel v České republice vzdělávání v oblasti validačních technik absentuje a literatura s touto tematikou je prakticky nedostupná (Ferková a Ilievová, 2013).

Při komunikaci je velmi důležitý první kontakt a spolupráce sestry s rodinou nemocného, neboť je například zdrojem významných informací o nemocném. Vhodné je komunikovat přátelsky se snahou o pochopení dané situace pacienta. Sestry by neměly používat nesrozumitelné odborné termíny a nevhodné výrazy. Při komunikaci sestra musí dbát na hranice svých kompetencí (Vybíhalová, 2012).

1.4.3 Péče o výživu a příjem tekutin

Výživa je primární, biologickou potřebou, je předpokladem k udržení biologické homeostázy organismu a předpokladem k zachování života. Sestra by nemocnému měla zajistit dostatečnou výživu včetně příjmu tekutin ve spolupráci s lékařem a nutričním terapeutem. Stravu je vhodné podávat v pravidelných intervalech během dne, měla by být čerstvá, pestrá, přiměřeně teplá, esteticky upravená. Důraz se klade na dostatek vitamínů, zejména skupiny B, D a E (Mikšová et al., 2006).

S rozvojem Alzheimerovy demence dochází k postupnému omezení soběstačnosti, omezení základních aktivit sebeobsluhy: schopnost samostatně se najíst (napít) již připraveného a podaného jídla (pití). Pacienti s Alzheimerovou demencí někdy ztrácejí pocit hladu a zapomínají jíst. Důsledkem je váhový úbytek. Ve fázi rozvinutého syndromu demence dochází k omezení samostatného stravování. Sestra by měla dohlédnout na množství přijaté stravy a tekutin pacientem, maximálně podporovat jeho soběstačnost. Není-li pacient schopen najíst se příborem, eventuálně lžící, je vhodné dovolit mu najíst se rukama. V případě, kdy pacient nezvládne přijmout stravu samostatně, by sestra měla pacientovi pomoci, eventuálně ho nakrmit. Hmotnost pacienta se sleduje v pravidelných intervalech. Důležité je dodržování pitného režimu, a proto se pacientům aktivně nabízí tekutiny během dne. V pozdějších stádiích demence dochází ke změnám koordinace, které vedou k nedostatečnému zpracování sousta v ústech a poruše polykání. Následně porucha koordinace polykání a dýchání může vést

k aspiraci. V těchto případech sestra ve spolupráci s lékařem a nutričním terapeutem zajišťuje podávání měkké, kašovitě, eventuálně mixované stravy. Vhodné je doplnit ji sippingem, což jsou tekuté nutriční přípravky různých chuťových modifikací. Důležitou součástí výživy je péče o chrup a zubní protézu (Vlášková, 2013).

Při závažných poruchách polykání se doporučuje zavedení nazogastrické sondy, později PEG katetru. Pacient i s pokročilou demencí má větší užitek z příjmu potravy přirozenou cestou než sondou, která pacientovi přináší zbytečný diskomfort. Podávat stravu sondou u lidí s demencí lze považovat za přechodné opatření k řešení nutriční podpory například při akutních komplikacích (Franková et al., 2011).

1.4.4 Péče o vyprazdňování a hygienu

Vyprazdňování je základní, biologickou potřebou člověka, je fyziologickou funkcí organismu. U pacientů s Alzheimerovou demencí je kognitivní deficit hlavním rizikovým faktorem pro výskyt močové a fekální inkontinence. U lehčích forem demence je vhodné nemocným častěji připomínat potřebu dojit si na toaletu, eventuálně je na toaletu doprovodit. S progresí onemocnění dochází k postupné inkontinenci. Sestry by měly používat jednorázové absorpční pomůcky, mezi které patří vložky, vložné pleny, plenkové kalhotky a podložky různých velikostí. Jednorázové pomůcky by sestry měly pacientům pravidelně vyměňovat. Při každé výměně je nutno nechat pokožku odvětrat, umýt, očistit a ošetřit vhodnými prostředky za účelem ochrany pokožky. Současně by sestry měly kontrolovat příznaky iniciálních fází dekubitu, eventuálně poranění povrchných vrstev pokožky. Z důvodu poškození pokožky a potřeby jejího zahojení je možno na základě indikace lékaře zavést permanentní močový katétr, který ale představuje riziko vzniku močové infekce – při manipulaci a výměně sestry musí dodržovat zásady asepse (Kalvach et al., 2011).

Inkontinence stolice je ve srovnání s inkontinencí moči méně častá. Dochází k ní většinou v souvislosti s poruchami, které komplikují a ztěžují svlékání, oblékání a mytí nemocného. V těchto případech by sestra měla pacienta na toaletu doprovodit a pomoci mu při všech potřebných aktivitách. V pozdějších stádiích demence je vhodné používat plenkové kalhotky. Pravidelnost stolice by sestry měly sledovat z důvodu možné zácpy,

pacient by se měl vyprázdnit alespoň jednou za 2 až 3 dny. Pravidelnou defekaci je možno podpořit příjmem přiměřeného množství stravy s dostatkem tekutin, vlákniny tělesnou aktivitou. Laxativa (projímadla) lze použít na základě ordinace lékaře (Holmerová, Jarolimová a Nováková, 2004).

U pacientů trpící Alzheimerovou demencí by sestra měla dohlédnout na dodržování hygienických návyků, které často v důsledku poruchy paměti postupně zapomínají. V pozdějších stádiích by sestry měly pomáhat pacientům s hygienickou péčí. Celková koupel se provádí, dle přání nemocného, ve vaně či sprše. Snahou je respektovat výběr oblečení, ale občas je nutno ho korigovat. Nezanedbatelnou součástí hygieny je péče o vlasy, vousy, nehty a pokožku (Vlášková, 2012).

1.4.5 Péče o psychiku a aktivizaci

K psychickým poruchám u pacientů s Alzheimerovou demencí patří převážně kognitivní poruchy. Jejich posuzování je součástí komplexního posouzení nemocného. Součástí péče o nemocného je i posilování kognitivních funkcí (Fertalová, Ondriová a Magurová, 2012).

Kognitivní aktivizace a rehabilitace patří mezi postupy, které vedou k udržení psychické aktivity nemocného. Je zaměřena na nácvik kognitivních funkcí, na trénování pozornosti, soustředění, paměti a nacházení řešení u jednotlivých úkolů. Posilování a procvičování těchto funkcí probíhá formou různých cvičení, například her, skládání puzzle, úkolů na papíře, magnetické tabuli, hry s písmenky, čísly, říkadla, zapamatování si, řazení barevných tvarů, práce s kognitivní sadou a s mnoha dalšími pomůckami. Trénink je příležitostí pro diskuzi, vzpomínání, výměnu znalostí a zkušeností. Probíhá individuálně nebo ve skupině (Hošková, 2012). Kognitivní oblast může být pozitivně ovlivněna i za pomoci canisterapie, která mimo jiné přispívá k psychické podpoře. Canisterapie je metoda využívající pozitivního psychosociálního působení na nemocné prostřednictvím speciálně vedeného a cvičeného psa. Má vliv na psychologickou a sociálně – integrační stránku člověka (Malinčíková et al., 2012).

Závažným psychologickým faktorem u pacientů s demencí je porucha spánku, zejména spánková inverze, což znamená, že nemocný přes den spává a v noci nespí.

Může být spojena s agitovaností, blouděním. Vhodnou prevencí spánkové inverze je přiměřená aktivita nemocných během dne (Pidrman a Kolibáš, 2005). Mezi aktivizační programy patří například pohybová a taneční terapie, arteterapie, ergoterapie. Při reminiscenční terapii se využívají vzpomínky a jejich vybavování za pomoci různých podnětů, například prohlížením starých fotografií. Neméně důležité jsou i pravidelné procházky a pobyt na čerstvém vzduchu (Hrozenská, 2011).

V počátečním stadiu onemocnění je vhodná psychoterapie. Pokouší se redukovat nástup pocitů bezmocnosti, strachu a zoufalství, které jsou spojeny s diagnózou Alzheimerova demence. Psychická podpora je vhodná nejen pro samotné pacienty, ale též jejich rodiny (Hrozenská, 2011).

Největší etickou normou je zachování důstojnosti, sebeúcty, autonomie pacientů s demencí, kteří jsou plnoprávními členy společnosti. Sestry by se měly řídit pravidly, která jsou zakotvena v Etickém kodexu sester. Je nutná odborná i laická příprava ošetřovatelů a pečovatelů, včetně členů rodiny nemocného. Ochrana nemocných před případným fyzickým či psychickým týráním je zakotvena v legislativě (Hudáková et al., 2012). Znalost hodnot, ideálů a osobní etiky nemocného člověka může pomoci i péči, jejímž cílem je podpora kvality života, která respektuje lidskou identitu, důstojnost a potřeby jak nemocného člověka, tak pečovatele. Důležitý je také respekt sestry k pacientovi, jehož prokazování se prolíná se způsoby zachování jeho důstojnosti (Heřmanová et al., 2012).

Lidé, kteří jsou geneticky spojeni s někým, kdo onemocněl Alzheimerovou nemocí, mohou mít obavy, že sami v budoucnu onemocní. Mají tendenci být citliví na změny paměti. V zahraničí bylo na toto téma provedeno několik studií. Bylo zjištěno, že pouhá myšlenka vzniku onemocnění vede ohrožené jedince k budoucímu plánování eventuální péče o ně samotné tak, aby se nestali zátěží pro ostatní členy rodiny. Včasné plánování může vést ke zmírnění stresu a může snížit potenciální riziko vzniku deprese (Wingyun a Sorensen, 2011).

1.4.6 Péče o sociální statut

Alzheimerova demence nepostihuje pouze samotného klienta, ale celou jeho rodinu. Nemocní a jejich blízcí se s touto situací nemusí vypořádávat sami. V současné době je možno využít služeb na osobní, rodinné i společenské úrovni (Formánková, Novotný a Efenberková, 2012).

S postupným rozvojem demence se postižená osoba stále více stává závislá na pomoci své rodiny. Dlouhodobá péče o osobu postiženou Alzheimerovou demencí je mnohdy spojena s komplexním ekonomickým, sociálním a zdravotním dopadem na pečovatele a jeho rodinu. Pečovatel i nemocný postupně ztrácí kontakty s okolním světem, ocitá se v sociální izolaci, strádá nedostatečnou sociální oporou. Postupně může dojít k bezvýchodnosti situace rodinných pečovatelů z důvodu nedostatku potřebných informací, obtížné finanční situace, způsobu bydlení, obtížné dosažitelnosti zdravotních a sociálních služeb včetně charitativních a svépomocných skupin a sdružení. Zátěž pečovatele je výraznější, je-li vykonávána proti odporu až agresivitě nemocného, obtížné komunikaci a vztahovačnosti. Nemocným s Alzheimerovou demencí a jejich pečovatelům by měla být poskytnuta vhodná pomoc, která by jim pomáhala s každodenními činnostmi prostřednictvím sociálních nebo zdravotních služeb a příslušných dávek sociálního zabezpečení. Velmi důležité je poskytnout nemocným a jejich rodinám informace a kontakty na různé organizace a sdružení (Příloha 10), ve kterých se setkávají lidé s Alzheimerovou demencí včetně rodinných příslušníků (Formánková, Novotný a Efenberková, 2012). Jednou z forem pomoci je přiznání finančního příspěvku. Pacient s Alzheimerovou demencí má, podle zákona o sociálních službách, nárok na příspěvek na péči tehdy, když se podrobí odbornému lékařskému a sociálnímu posouzení míry závislosti na pomoci jiné osoby. V rámci řízení o přiznání dávky podle stupně zařazení do jednoho ze čtyř stupňů závislosti lze získat tzv. příspěvek na péči (Formánková, 2010). Další možností pomoci je podání žádosti o přiznání invalidního důchodu u osoby s Alzheimerovou demencí, která nedosáhla důchodového věku a následkem onemocnění není schopna trvalé práce. Lze se též obrátit na zařízení poskytující pečovatelskou službu, eventuálně využít možnosti pobytu nemocného v denním, týdenním stacionáři, čímž je nemocným umožněn sociální

kontakt. V případě celodenní péče je možnost zažádat o příspěvek pečujícímu (Serbinová, Benešová a Vaníčková, 2013).

V situaci, kdy nemocný již není schopen hospodařit s majetkem a finančními prostředky, je možno podat návrh na zbavení nebo omezení způsobilosti k právním úkonům u příslušného Okresního soudu. Posuzování stavu zbavované osoby se děje na základě znaleckého posudku. Na základě rozhodnutí soudu je stanoven opatrovník, kterým se většinou stává rodinný příslušník (Candigliota et al., 2009).

Další otázka se týká možnosti a schopnosti řídit osobní automobil. Alzheimerova demence je již od svých mírných stadií riziková diagnóza pro řízení dopravních prostředků a měla by na základě rozhodnutí lékaře a ve spolupráci s rodinou vést k odebrání řidičského průkazu. Je nutno též pacientovi zabránit možnosti řídit automobil. Podobně se řeší i otázka vlastnictví zbrojního pasu a střelné zbraně (Franková et al., 2011).

Do péče o sociální statut je nutno zahrnout i respektování různě kulturně podmíněných názorů a pohledů na zdraví a nemoc. Většina profesionálních pracovníků si je vědoma nutnosti přizpůsobit péči osobám z různých prostředí vždy tak, aby bylo vyhověno danému jedinci. Pro mnohé rodiny může být velmi důležité, aby byli její členové zahrnuti do řešení situace po všech stránkách. Je důležité, aby se nemocný cítil spokojený, dal zdravotníkům najevo, co jemu a jeho rodině nejlépe vyhovuje, ať již se to týká víry v netradiční léčebné metody, náboženského vyznání a podobně (Kutnohorská, 2013).

1.4.7 Péče o duchovní oblast

V moderním ošetřovatelství patří uspokojování spirituálních potřeb k holistickému pohledu sestry na nemocného. Spirituální potřeby nejsou totožné s náboženskými úkony, nesouvisí s členstvím v církvi ani s mírou sympatií (nesympatií) k jakémukoli náboženství (Kalvach et al., 2011).

V definici podle stanoviska WHO je uvedeno, že spirituální aspekty péče o pacienty jsou stránky života vztahující se k zážitkům přesahujícím smyslový fenomén. Spiritualita se často chápe jako zabývání se smyslem a účelem života. Často je

spojována s potřebou odpuštění, usmíření a potvrzení hodnot a užitečnosti lidí v životě. Jde o pomoc při otvírání vzpomínek, o prostor ticha, k ujasňování odpovědí, o pomoc k nalezení vnitřního klidu. Obecně lze říci, že pro poskytnutí základní pomoci ve spirituální oblasti je vybaven každý zralý člověk, který je ochoten poskytnout příležitost k chápajícímu rozhovoru. Věřící pacient má právo na zprostředkování duchovní pomoci knězem podle své víry. Tato služba je zajišťována prostřednictvím nemocničních kaplanů, kteří působí ve zdravotnickém zařízení, stacionářích na základě smlouvy s vysílající církví. V roce 2011 bylo v České republice ustanoveno profesní sdružení Asociace nemocničních kaplanů, kteří musí mimo jiné respektovat Etický kodex nemocničního kaplana. Nemocniční kaplan by měl ovládat základní dovednosti duchovního, psychologa, aniž by zasahoval do kompetencí farářů, psychologů. Může poskytnout pomoc nejen samotným pacientům, ale též jejich rodinám (Kalvach et al., 2011).

1.5 Systém péče o nemocné s Alzheimerovou demencí v České republice

Zásadní roli v péči o osoby postižené Alzheimerovou demencí plní jejich rodiny, především pak jeden z jejich členů. V České republice se pro oficiální pojmenování pečovatele užívá termín rodinný pečující. Alternativa domácí péče by měla být v průběhu nemoci přehodnocována a neměla by být pokládána za jediné možné a přijatelné řešení (Regnault, 2011).

Péče rodinných příslušníků se může kombinovat s různými druhy sociálních služeb profesionálních poskytovatelů. Mezi tyto služby patří pečovatelská služba, osobní asistence, domácí zdravotní péče, odlehčovací služby, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem a centra denních služeb (Dušková a Hasalíková, 2010).

Pečovatelská služba je terénní službou, která je poskytována v domácnostech osob se sníženou soběstačností. Pečovatel/ka dochází ke klientovi v předem domluvený čas a provádí dohodnuté úkony. Mezi tyto úkony patří například pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, poskytnutí stravy nebo pomoc při jejím zajištění, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím (Dušková a Hasalíková, 2010).

Služby osobní asistence poskytují podobné druhy úkonů jako pečovatelská služba, navíc je možno požádat o výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, o pomoc při uplatňování práv, při obstarávání osobních záležitostí. Služby osobní asistence jsou časově neomezeny (Dušková a Hasalíková, 2010).

Domácí zdravotní péče je poskytována v přirozeném domácím prostředí. Provádí ji zdravotní sestra na základě indikace praktického lékaře. Jedná se například o aplikaci injekcí, provádění převazů, odběru biologického materiálu, ošetřovatelskou rehabilitaci, měření tělesných funkcí, fyzioterapii či domácí hospicovou péči. Služby jsou poskytovány agenturami domácí zdravotní péče (home care) nebo pečovatelskou službou, která poskytuje také domácí zdravotní péči (Dušková a Hasalíková, 2010).

Odlehčovací neboli respitní služby jsou především pobytové služby ve zdravotnickém zařízení, které jsou poskytovány osobám se sníženou soběstačností, o které je jinak pečováno v přirozeném sociálním prostředí. Cílem služby je umožnit pečující blízké osobě nezbytný odpočinek, ale také zajištění péče i z důvodů zdravotních problémů samotného pečovatele. Klient odchází do pobytového zařízení, ve kterém je mu poskytována 24 hodinová péče. Maximální délka pobytu je 3 měsíce (Dušková a Hasalíková, 2010).

Domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem jsou pobytová zařízení sociálních služeb, která jsou určena pro trvalé umístění klienta. V těchto zařízeních je zajištěna 24 hodinová sociální a zdravotní péče. Tato zařízení jsou určena osobám, jejichž stav vyžaduje trvalé sledování. Provoz v domovech se zvláštním režimem je přizpůsoben specifickým potřebám klientů s Alzheimerovou demencí. Některé domovy pro seniory mají pro takto postižené klienty zvláštní oddělení (Dušková a Hasalíková, 2010).

Významnou pomoc rodinným pečujícím představují centra denních služeb, ve kterých jsou poskytovány ambulantní služby osobám se sníženou soběstačností. Tato forma péče je vhodná pro klienty s Alzheimerovou demencí před vážným zhoršením zdravotního stavu (Dušková a Hasalíková, 2010).

1.5.1 Denní, týdenní stacionáře

Denní stacionáře nabízí řešení a pomoc rodinám v tíživé situaci trvalé péče o nemocného člena rodiny. Umožní skloubit péči o blízkého člověka se zaměstnáním a poskytne čas pro osobní potřeby. Péče v denním centru však předpokládá funkční sociální zázemí, do kterého se pacient může vrátet. V denním stacionáři je snaha vytvořit co nejvíce domácí prostředí, jsou zohledňovány individuální potřeby klientů. Školený zdravotnický personál podporuje soběstačnost klientů, napomáhá odstranění pocitu osamělosti, pomáhá smysluplnému využití volného času za pomoci různých vzdělávacích a aktivizačních činností. Mezi další služby poskytované v denním stacionáři patří pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, stravování. Sestry zajišťují například podávání léků, aplikaci injekcí, provádění převazů, měření fyziologických funkcí či výměnu inkontinentních pomůcek. Samozřejmostí je celodenní dohled na svěřené osoby. Některé stacionáře nabízí službu vyzvednutí a opětovné předání klienta pečovateli ve smluvený čas. Služeb některých stacionářů lze využít po celý týden, nebo pouze několik dnů v týdnu podle potřeby blízké rodiny. Je tím zachována kontinuita péče v rodině a to za podmínek, které jsou pro rodinu ve většině případů únosné. Návštěva a účast na programech ve stacionářích je alternativou hospitalizace nemocných postižených demencí (Jiráček, Holmerová, Borzová et al., 2009).

1.5.2 Česká alzheimerská společnost

Česká alzheimerská společnost (ČALS) vznikla v roce 1996, zaregistrována byla jako občanské sdružení v roce 1997. Vznikla na základě setkávání a spolupráce profesionálů v oboru gerontologie, kteří se zabývali problematikou občanů postižených demencí. Postupně se jejími členy stávali i ti, kterých se problematika demencí týká, tj. rodinní příslušníci a pečovatelé. V současné době je ČALS členem mezinárodních organizací Alzheimer Europe a Alzheimer's Disease International (Česká alzheimerská společnost, 2013b).

Sídlem ČALS je Gerontologické centrum v pražských Kobylisích. Úzce spolupracuje s poskytovateli zdravotnických a sociálních služeb komunitního typu.

Důležitá je spolupráce s kontaktními místy, to jest zařízeními, která poskytují kvalitní služby pro lidi s demencí v celé ČR. Cílem společnosti je pomoc a podpora lidí postižených demencí, mezi které se řadí jak samotní nemocní, tak jejich rodinní příslušníci, protože demence postihuje stejně těžce obě skupiny. ČALS poskytuje dvě registrované sociální služby (konzultaci a respitní péči), pořádá akreditované vzdělávací programy, organizuje přednášky a konferenci s názvem Pražské gerontologické dny (Česká alzheimerská společnost, 2013a).

ČALS v rámci projektu Vážka spolupracuje s odděleními specializované péče, které jsou určeny zejména osobám s Alzheimerovou chorobou (Regnault, 2011). „Péče je tam poskytována nepřetržitě jako služba rezidenční (dlouhodobý nebo trvalý pobyt s různým stupněm podpory a péče), případně respitní (přechodná, krátkodobá). Od běžných rezidenčních zařízení poskytujících péči seniorům se tedy liší akcentací a respektováním zvláštních potřeb lidí s demencí s důrazem na zachování jejich bezpečnosti, důstojnosti, udržení soběstačnosti a všech zachovaných schopností co nejdéle,“ uvádí na svých stránkách společnost“ (Regnault, 2011, s. 100). Patří sem i denní centra, kterým je v rámci projektu Vážka přidělována ochranná známka na základě certifikace. Centra poskytují denní péči osobám s Alzheimerovou demencí. V rámci projektu je vydáván vlastní zpravodaj, čtvrtletník Vážka, jehož první číslo vyšlo v květnu 2009 (Regnault, 2011).

Mezinárodním dnem Alzheimerovy nemoci je 21. září. Od roku 2001 se tento den připomíná jako Pomerančový den. Symbol Mezinárodního dne Alzheimerovy choroby je pomeranč, který je známý po celém světě. ČALS během Pomerančového dne upozorňuje na problematiku Alzheimerovy demence, distribuuje informační materiály, ve spolupráci s kontaktními místy pořádá různé akce a veřejnou sbírku (Česká alzheimerská společnost, 2013c).

2. Cíl práce a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

Cíl 1: Zjistit, co rodinné příslušníky klientů s Alzheimerovou demencí vede k využití poskytování služeb denního, týdenního stacionáře.

Cíl 2: Zjistit požadavky klientů s Alzheimerovou demencí a jejich rodin na možnosti ošetrovatelské péče včetně poskytování služeb v denním, týdenním stacionáři.

Cíl 3: Zmapovat znalosti a názory veřejnosti ohledně problematiky Alzheimerovy demence.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1: Jaké existují problémy, které rodinní příslušníci klientů s Alzheimerovou demencí musí řešit?

Výzkumná otázka 2: Proč rodinní příslušníci klientů s Alzheimerovou demencí chtějí využít poskytování služeb denního, týdenního stacionáře?

Výzkumná otázka 3: Jaké služby očekávají rodinní příslušníci klientů s Alzheimerovou demencí od denního, týdenního stacionáře?

Výzkumná otázka 4: Jakou ošetrovatelskou péčí očekávají rodinní příslušníci klientů s Alzheimerovou demencí v denním, týdenním stacionáři?

3. Metodika

Metodika diplomové práce byla založena na kvalitativním výzkumném šetření, jehož charakter je informativní.

3.1 Použité metody

K dosažení prvního cíle i druhého cíle diplomové práce bylo použito nestandardizovaného rozhovoru s vybranými respondenty. Zkoumaný vzorek tvořili respondenti, kteří pečovali o své rodinné příslušníky s Alzheimerovou demencí, a také respondenti, kteří byli sami postiženi Alzheimerovou demencí. Na základě výzkumných otázek a informací získaných z literatury bylo vytvořeno schéma rozhovoru s respondenty. Schéma nestandardizovaného rozhovoru bylo specifikováno okruhy otázek, které byly závazné. Podkladem pro rozhovory bylo 10 oblastí (Příloha 11). Respondentům v případě potřeby byly kladeny doplňující otázky. Respondenti odpovídali na otázky dobrovolně, bez nátlaku. Pro vedení rozhovorů bylo voleno klidné a příjemné prostředí, vždy po předchozí domluvě s dotazovanými.

Rozhovory s respondenty se uskutečnily v měsíci srpnu, září a říjnu roku 2013. Rozhovory byly zaznamenány na diktafon a do záznamových archů, dále přepsány s využitím autentických odpovědí respondentů, částečně parafrázovány a zaznamenány nepřímým přepisem v programu Microsoft Office Word 2007 a Microsoft Office Excel 2007. K jejich dalšímu zpracování byla použita technika otevřeného kódování – metoda papír a tužka (Příloha 17).

Otevřené kódování představuje operace, pomocí nichž jsou získané údaje rozebrány, konceptualizovány a následně složeny novým způsobem. Analyzovaný text je rozdělen na jednotky, kdy se hranice některých významových jednotek mohou překrývat a každé vzniklé jednotce je přidělen kód (Švaříček, Šedová et al., 2007). Přepis odpovědí jednotlivých respondentů byl očíslován, jednotlivým řádkům bylo přiděleno číslo a respondenti byli též označeni (respondenti 1R – 10R). Kódy pro zapsání vznikly následovně, pokud odpověděl respondent 7R a jeho odpověď se nacházela na řádku 183, kódem pro zapsání bylo 7R/183.

Na základě opakovaného čtení a vytvořením kódů vznikaly hlavní kategorie a jejich podkategorie, které byly následně zpracovány. Vzájemné souvislosti mezi nimi byly znázorněny za pomoci schémat. Schémata byla vytvořena v programu Microsoft Word 2007 (SmartArt).

K dokreslení problematiky Alzheimerovy demence bylo použito výzkumného šetření metodou ankety. Anketa je nejjednodušší výzkumná technika, která je používaná při výzkumných šetřeních. Používá uzavřené otázky umožňující snadnou orientaci v problému a rychlou odpověď. Bez ohledu na velikost vzorku nezaručuje anketní výběr reprezentativní výsledky. Anketní výběr má svůj smysl tam, kde nejde o hlubší analýzu, ale o sondu do problematiky při malých nákladech (Bártlová, Sadílek a Tóthová, 2008). Anketa s respondenty se uskutečnila v listopadu roku 2013. Podkladem pro anketu bylo šest předem připravených anketních otázek (Příloha 12), na které respondenti odpovídali ano, ne, nevím. Z důvodu lepšího zpracování odpovědí respondentů do grafu 1 byla otázka 2 upravena – pokud respondenti odpověděli správně (tj. s pamětí) byla otázka hodnocena jako odpověď „ano“, pokud odpověděli nevím, byla otázka hodnocena jako odpověď „ne“. Respondenti byli osloveni na zdravotním středisku, v okolí denního stacionáře Astra, na ulici, na náměstí, v obchodech. Oslovení respondenti odpovídali na anketní otázky zcela dobrovolně. Odpovědi respondentů byly zaznamenány do záznamového archu, následně zpracovány v programu Microsoft Office Excel 2007 do tabulky 2 (Příloha 13) a grafu 1.

3.2 Charakteristika daného souboru

Výzkumný soubor pro nestandardizovaný rozhovor tvořilo 10 respondentů. Výběr respondentů byl účelový. Respondenti byli vybráni záměrně, jednalo se o rodinné příslušníky, kteří pečovali o své blízké s Alzheimerovou demencí ve věkovém rozmezí 56 – 83 let. Rozhovor byl ve dvou případech veden též se samotnými nemocnými, kterým byla diagnostikovaná Alzheimerova demence s časným začátkem – v jednom případě byla rozhovoru přítomna manželka nemocného, ve druhém byl přítomen syn nemocného. Ve zbylých osmi případech na otázky odpovídali rodinní příslušníci nemocných. Další zjištěné údaje (kód respondenta, vztah respondenta k nemocnému,

věk nemocného, pohlaví nemocného, Alzheimerova demence diagnostikována, původní povolání nemocného) – (Příloha 14) byly zpracovány do tabulky (Tabulka 1).

V rámci ankety bylo osloveno 50 náhodných respondentů. Všech 50 oslovených respondentů bylo ochotno odpovědět na anketní otázky.

Tabulka 1 Identifikační údaje respondentů a nemocných s AD

Rozhovory s respondenty (R1 - R10)	Vztah respondenta k nemocnému	Věk nemocného	Pohlaví nemocného	Alzheimerova demence diagnostikovaná	Původní povolání nemocného
R1	dcera	63 let	žena	před 8 roky, v 55 letech	prodavačka
R2	manželka a sám nemocný	56 let	muž	před 1 rokem, v 55 letech	opravář zemědělských strojů
R3	manželka	71 let	muž	před 5 roky, v 66 letech	dělník na pile
R4	syn	83 let	žena	před 7 roky, v 76 letech	krmička dobytka
R5	syn	82 let	muž	před 1 rokem, v 81 letech	učitel
R6	dcera	78 let	žena	před 2 roky, v 76 letech	dělnice v továrně
R7	syn a sám nemocný	62 let	muž	před 2 roky, v 60 letech	řidič
R8	dcera	80 let	žena	před 4 roky, v 76 letech	učitelka
R9	dcera	71 let	žena	před 3 roky, v 68 letech	inženýrka
R10	manželka	75 let	muž	před 3 roky, v 72 letech	soustružník

Zdroj: vlastní

Výzkumné šetření bylo prováděno pomocí nestandardizovaného rozhovoru s 10 respondenty, kteří pečovali o své rodinné příslušníky s Alzheimerovou demencí. Ve dvou případech byl rozhovor též veden se samotnými nemocnými, kterým byla AD diagnostikována v raném stadiu. Identifikační údaje respondentů a nemocných s AD byly zaznamenány do tabulky, z které vyplynulo, že ve 4 případech byl rozhovor veden s dcerami nemocných, ve 2 případech se syny nemocných, ve 2 případech s manželkami nemocných, v 1 případě se samotným nemocným a jeho manželkou, v 1 jednom případě se samotným nemocným a jeho synem. Věkové rozmezí nemocných s AD byl 56 – 83 let, průměrný věk 72 let. Pohlaví nemocných bylo zastoupeno rovnoměrně – tj. 5 mužů a 5 žen. Alzheimerova demence byla nemocným diagnostikována ve věkovém rozmezí 55 – 81 let, ve dvou případech ve věku 55 let, v jednom případě v 60 letech, v jednom případě v 66 letech, v jednom případě v 68 letech, v jednom případě v 72 letech, ve třech případech v 76 letech, v jednom případě v 81 letech. Původní povolání nemocných bylo rozmanité – prodavačka, opravář zemědělských strojů, dělník na pile, krmička dobytka, dělnice v továrně, řidič, soustružník, učitel, učitelka a inženýr. Pouze 3 respondenti měli vysokoškolské vzdělání.

4. Výsledky

Výsledky kvalitativního šetření – nestandardizované rozhovory byly zpracované technikou otevřeného kódování – metoda papír a tužka.

Výsledky ankety byly zaznamenány do tabulky 2 (Příloha 13) a následně zpracovány do grafu 1.

4.1 Kategorizace výsledků rozhovorů s respondenty – otevřené kódování

Metodou otevřeného kódování rozhovorů vznikly následující kategorie (seznam kódů k jednotlivým kategoriím a podkategoriím viz Příloha 15).

První příznaky Alzheimerovy demence

Potíže nemocných související s vývojem Alzheimerovy demence

Potřeby nemocných s Alzheimerovou demencí

Život pečovatelů

Ulehčení situace

Očekávané služby ve stacionáři

Očekávaná ošetrovatelská péče ve stacionáři

4.2 Kategorizace výsledků rozhovorů s respondenty – zpracovaná do schémat

4.2.1 První příznaky Alzheimerovy demence

Schéma 1 První příznaky Alzheimerovy demence

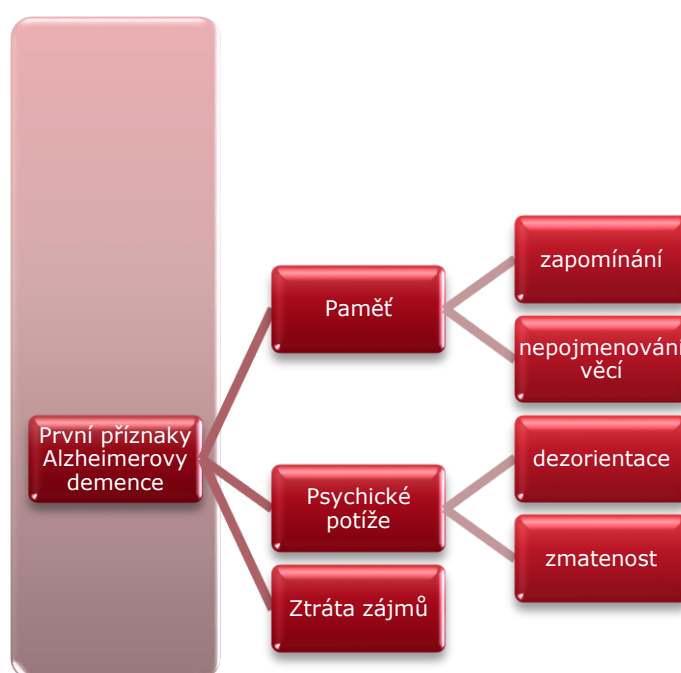


Schéma 1 První příznaky Alzheimerovy demence zaznamenává odpovědi respondentů souvisejících s prvními příznaky Alzheimerovy demence. Na základě analýzy rozhovorů s respondenty vznikla kategorie *První příznaky Alzheimerovy demence*, která byla následně rozdělena na podkategorie: *Paměť*, *Psychické potíže* a *Ztráta zájmů*. Podkategorie *Paměť* byla rozdělena na oblasti *zapomínání*, ke které se vyjádřilo všech 10 respondentů, a *nepojmenování věcí*. V druhé podkategorii *Psychické potíže* jsou uvedeny oblasti *dezorientace* a *zmatenost*.

Respondentka (1R) sdělila, že maminka občas zapomínala, ale nevěnovala tomu velkou pozornost. Postupně ji začaly znepokojovat otázky maminky ohledně vaření: „Občas za mnou přišla a ptala se, čím se ochucuje guláš, jak má upéct bábovku, co vše má nakoupit na přípravu oběda. S postupem času přišla do obchodu a nevěděla, co má koupit. V práci se zákazníků opakovaně začala ptát, co si přejí.“

Respondent (2R) sám nemocný se svěřil, že byl unavený, pobolívala ho hlava a občas něco zapomněl. Byl též vyšetřen neurologem a odeslán do psychiatrické ambulance: *„Pan doktor se mne ptal na spoustu věcí, během rozhovoru jsme se také dostali k paměti. Říkal jsem, že občas si něco nemohu vzpomenout nebo něco zapomenu, ale v mém věku asi každý.“*

Respondentka (3R) na otázku, kdy si poprvé někdo z rodiny všiml, že něco není s manželem v pořádku, odpověděla: *„Když tak vzpomínám, tak si zpětně vybavuju, že muž začal mít potíže s pamětí kolem šedesáti let. Občas něco zapomněl, někdy si nemohl vzpomenout, kam si dal třeba hrábě.“* Dále uvedla, že těmto potížím nevěnovala větší pozornost, neboť je přisuzovala věku. Poté říkala: *„Až jednou volali z pily, jestli manžel přijde na výpomoc – sdělila jsem jim, že odešel z domu před třemi hodinami. Přesto mi to nedalo, šla jsem se podívat a uviděla manžela sedět nedaleko pily na zídce. Ptala jsem se ho, co tady dělá – on jen pokrčil rameny. Tato situace se opakovala ještě jednou – tu jsem si uvědomila, že něco není v pořádku.“*

Respondent (4R) popisoval první příznaky nemoci následovně: *„Když tak zpětně vzpomínám, asi před šesti lety maminka začala víc zapomínat. Občas sama v kuchyni mluvila se zemřelým manželem, někdy byla mimo – nevěděla, který je den.“*

Respondent (5R) se k prvním příznakům nemoci vyjádřil slovy: *„Asi před necelými dvěma roky se tatínek začal měnit, náhle začal zapomínat, neustále něco hledal – obviňoval maminku, že mu věci schválně schovává. Občas ji i nadával, přestože se to předtím nikdy nestalo. Nenalézal slova, nedařilo se mu popsat, jak se věci jmenují. Postupně začal být zmatený, nevěděl, že je na chatě – často bloudil kolem chaty, maminka ho musela odvést dovnitř a byla nucena na něj dávat velký pozor, aby neutekl.“* Respondent se zmínil o ztrátě zájmů svého otce: *„Přestal mít zájem o čtení, přestože četba byla jeho koníčkem. Postupně ho nebavilo jezdit na chatu, jen tak přecházel po zahradě, posedával. Když jsem s ním šel na ryby, tak jsme během půl hodiny šli domů, ani to ho nebavilo.“* Respondent dodal, že otec postupně nechtěl opustit byt, odmítal jít do divadla, které dřív velmi rád navštěvoval.

Respondentka (6R) říkala: *„Teprve po tatínkově smrti jsem si uvědomila význam drobných maminčiných nehod, které tatínek vždy s úsměvem přešel – občas zapomněla*

uvařit přílohu, občas se vrátila bez nákupu, někdy našel peněženku v lednici, tu zapoměla zastavit vodu, tu nevyhnula sporák.“ Dále sdělila, že skutečné problémy začaly v době, kdy tatínek onemocněl a nemohl se starat o maminku: „Do té doby jsem vůbec netušila, že s maminkou něco není v pořádku. Vždyť občas zapomene každý. Bohužel v době, kdy tatínek žil, maminka již měla problémy, se kterými se nám ani jeden z nich nesvěřil.“ Respondentka vzpomínala na období, kdy zemřel tatínek: „Když jsem přišla k mamince do bytu, byl tam nepořádek, byla neupravená, v noční košili, neměla uvařeno. Maminka se smála, říkala, že se tatínek ještě nevrátil z nákupu.“

Respondent (7R) k oblasti prvních příznaků nemoci uvedl, že se kvůli zdravotním potížím dostal k neurologovi: „*Při podrobnějším vyšetření jsme se dostali až k paměti, se kterou jsem měl občas potíže, ale tomu jsem v té době nevěnoval žádnou pozornost. Občas jsem nemohl najít slova, občas jsem vzpomínal, co jsem chtěl vlastně říct. Když jsem vyprávěl vtip, najednou jsem nevěděl, jak dál, ostatní se tomu smáli.“ Respondent popisoval své potíže s pamětí, které se postupně zhoršovaly – občas si nemohl vzpomenout na jména známých, zapomněl, co mu ostatní říkali nebo co měl zařídit. Přestalo na něj být spolehnutí – občas nepřišel na schůzi či brigádu: „*Začal jsem si uvědomovat, že se mnou není něco v pořádku, s tou pamětí – to již přeci není normální.“**

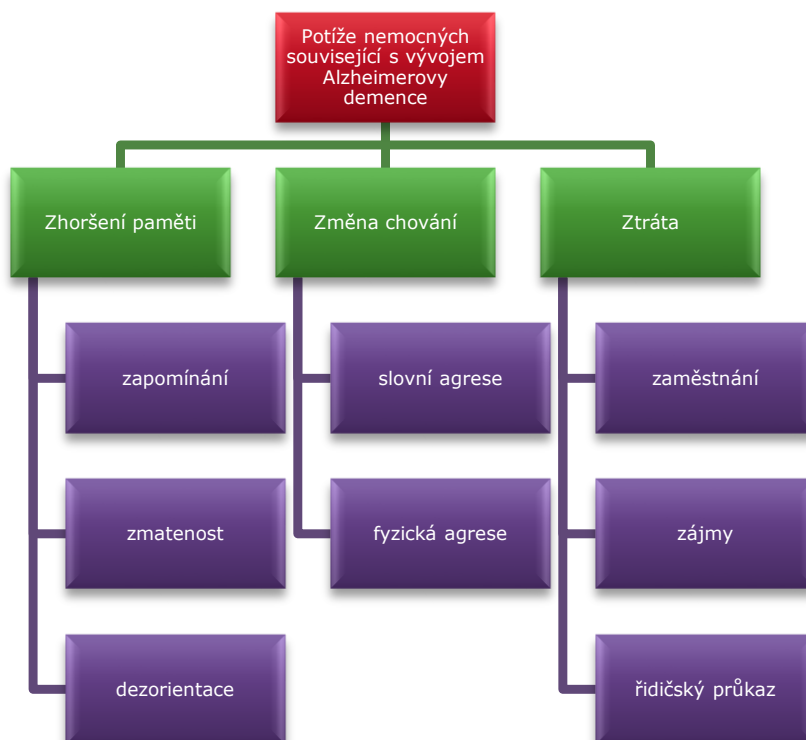
Respondentka (8R) na otázku, kdy si poprvé všimla, že s maminkou není něco v pořádku, odpověděla: „*Přesně nevím, asi po tatínkově smrti maminka začala občas zapomínat, nikdo z nás tomu nevěnoval pozornost. Maminka šla třeba na nákup a zapoměla, co chtěla koupit. Nebo se oblékla do divadla, ale poté nevěděla, kam vlastně chtěla jít.“ Respondentka popisovala, že maminka začala být zmatená: „*Když jsem k ní přišla na návštěvu, tak mi říkala, že ji do bytu chodí lidé, snídají jí tam a kradou věci. Občas mého muže považovala za svého mrtvého bratra. Začala mluvit o zemřelém manželovi – říkala, že tam byl a něco ji přinesl.“**

Respondentka (9R) k prvním příznakům nemoci své maminky sdělila: „*Občas se začala přeríkávat, občas si nemohla vzpomenout, co chtěla říct. Někdy se stalo, že šla na nákup a přinesla pouze polovinu věcí, které chtěla koupit. Postupně se začala ptát, jak se dělají koláče, jak se dochucuje omáčka, na kolik stupňů má dát prát ručníky.“*

Respondentka (10R) první příznaky nemoci popisovala slovy: „*Manžel začal občas zapomínat – občas šel do dílny a následně nevěděl pro co, jindy hledal nářadí – obvinil nás, že věci neuklízíme na své místo. Nebo chtěl jít sekat zahradu a za chvíli se vrátil, jestli nevím, co chtěl dělat. Často opakovaně vyprávěl stejné příběhy. Postupně se paměť začala víc a víc horšit, zapomínal čím dál tím víc.*“ Též uvedla, že manžel začal být dezorientovaný: „*Občas mluvil v přítomném čase, to co již bylo v minulosti.*“

4.2.2 Potíže nemocných související s vývojem Alzheimerovy demence

Schéma 2 Potíže nemocných související s vývojem Alzheimerovy demence



Kategorie *Potíže nemocných související s vývojem Alzheimerovy demence* popisuje zhoršující se potíže, které souvisí s postupným vývojem Alzheimerovy demence. Výsledky rozhovorů s respondenty byly analyzovány a na základě tohoto procesu byla kategorie *Potíže nemocných související s vývojem Alzheimerovy demence* rozdělena na další tři vzájemně se prolínající podkategorie: *Zhoršení paměti*, *Změna chování* a *Ztráta*. Tyto podkategorie byly následně rozděleny na jednotlivé oblasti. Podkategorie *Zhoršení paměti* byla rozdělena na oblast: *zapomínání*, *zmatenost*, *dezorientace*. V druhé podkategorii *Změna chování* byly nejčastěji respondenty uváděny pojmy *slovní* a *fyzická agrese*. Třetí podkategorie s názvem *Ztráta* byla rozdělena na oblast: *zaměstnání*, *zájmy*, *řidičský průkaz* (Schéma 2 Potíže nemocných související s vývojem Alzheimerovy demence). Oblast *zapomínání* zmínilo všech deset respondentů.

Respondentka (1R) zhoršení paměti své maminky popsala následovně: „*Nemoc, ale celkem rychle progredovala, maminka stále více zapomínala, začala být zmatená,*

pouštěla například plyn, vodu, pračku bez prádla. Byla dezorientovaná, bloudila v bytě. Když jsme s ní šli na procházku, tak nám utíkala, jindy se zase zastavila na přechodu a nechtěla jít dále. Přestala nás poznávat. Když jsme například jeli společně v autě s mým synem, vnukem maminky, tak mi šeptala, že musíme za jízdu pánovi zaplatit. Nepoznávala ani mého muže.“ Respondentka uvedla, že maminka začala sprostě mluvit a nadávat řidičům projíždějících aut, když se zastavila uprostřed přechodu a auta začala troubit. Ke ztrátě zaměstnání dodala: „Na návrh lékaře jsme zažádali o předčasný invalidní důchod, který byl mamince nakonec přiznán. Maminka přestala chodit do práce.“

Respondent (2R) své potíže s pamětí hodnotil slovy: *„Bral jsem předepsané léky. Zpočátku se mi zdálo, že se paměť lepší, ale asi po půl roce jsem si začínal uvědomovat, že tomu asi tak nebude. Stále častěji jsem zapomínal, občas jsem si nemohl vzpomenout, pro co jsem šel, co jsem chtěl udělat.“* Manželka respondenta dodala: *„Manžel opravdu začal zapomínat čím dál víc, pustil si například vodu, že se jde umýt a odešel. Opakovaně hledal v dílně náradí se slovy, že mu to zas někdo někde dal. Často se radil se synem, jak má udělat drobnou opravu v domácnosti.“* K oblasti zaměstnání respondent řekl: *„Mé potíže se začaly projevovat i v práci – často jsem si nemohl vzpomenout, co jsem měl opravit. Časem si toho všiml i můj vedoucí, pověděl jsem mu, jakou mám nemoc. Společně jsme se domluvili, že mohu v práci zůstat, pokud to půjde – bude se pokoušet mi dávat jednoduché opravy a častěji na mne dohlížet.“* Respondent poté dodal: *„V práci jsem stále více zapomínal, vedoucí mi sdělil, že by bylo dobré, abych si vzal neschopenku – měl strach, abych si neublížil, nebo nezpůsobil například požár. Ač nerad, souhlasil jsem. Nyní jsem dva měsíce doma, během dopoledne se manželka na mne dojde z práce podívat, jestli jsem v pořádku.“* Respondent též uvedl, že po dohodě s lékařem přestal řídit auto, aby někomu neublížil.

Respondentka (3R) se k paměti svého muže vyjádřila následovně: *„Stále více a více zapomínal, obviňoval mne, syna, vnuky, že věci neuklízíme na své místo, stále něco hledal. Někdy si nemohl vzpomenout, jak se některé věci jmenují.“* Současnou situaci se slzami v očích popsala: *„Manžel se mi měnil před očima, stával se z něho úplně jiný člověk, nepoznával své vnuky. Nepoznával ani dceru, občas i syna označil*

za cizího pána.“ Respondentka dále dodala: „*Postupem času muž začal být zmatený, občas bloudil po bytě, dával například klíče do mrazáku.*“ Respondentka uvedla, že se začalo měnit chování jejího muže, občas si i zanádal, pokusil se fyzicky napadnout jednoho z vnuků: „*Začal projevovat velkou sílu. Jednou se například stalo, že syn jel s manželem společně autem, nechal ho samotného chvíli v autě a než se vrátil, tak mu muž rozbil přístrojovou desku. Začal mne tělesně napadat, když mu například chci zapnout košili, zavázat boty, tak mne občas silně uhodí, po těle mám modřiny. Dřív byl velmi slušný, nikdy mne neuhodil.*“ Respondentka dodala, že manžel přestal vypomáhat na pile, z důvodu zhoršení zdravotního stavu. Zmínila se, že manžel přestal mít o vše zájem: „*Muž chodil po zahradě, kterou prakticky ničil – kopal do stromů, lámal větve, jindy po zahradě chodil pořád dokola. Přitom dříve upravená zahrada byla jeho chloubou. Domů chodil ve špinavých botách, nic ho nebavilo, někdy vydržel prosedět i celé hodiny a dělal stereotypní pohyby – například jezdí dlaní po stehně, až roztrhne látku.*“

Respondent (4R) uvedl, že maminka postupně zapomínala čím dál víc. „*Poslední dva roky se rapidně zhoršila, poznává jenom lidi, které vidí denně, ale neví, že jsem její syn, zná mě jen jako známý obličej. Druhého syna už vůbec nepoznává.*“ Respondent uvedl, že maminka byla občas zmatená, dezorientovaná: „*Opakovaně se stalo, že maminka došla na konec vesnice a nevěděla, jak se dostane domů. Někdy ji přivedli sousedi, jindy jsme ji šli hledat.*“ Respondent říkal, že pozoroval i změnu maminčina chování – občas prostě nadávala, někdy je i uhodila.

Respondent (5R) zhoršující se paměť popsal následovně: „*Tatínek se horšil a horšil. Maminku občas považoval za cizí ženu, časem přestal poznávat své vnuky. Považoval je za cizí lidi a kontroloval, jestli nekradou. Maminku začal obviňovat, že mu bere peníze, o které se nikdy nehádali. Začal se zajímat i o rodinné cennosti, chtěl vědět, kde jsou, a říkal, že jsou pouze jeho.*“ Respondent se vyjádřil k dezorientaci a zmatenosti svého otce: „*Několikrát se stalo, že si šel umýt ruce do WC mísy. V noci často křičel, měl dojem, že viděl něco, co tam nebylo, a hlasitým křikem budil sousedy v domě.*“ Respondent se zmínil i o ztrátě jeho zájmů – nebavilo ho prohlížet časopisy, poslouchat rádio ani sledovat televizi. Respondent připustil i změnu v chování svého

otce – jako příklad uvedl, že otec křičel na maminku, když mu chtěla předčítat. Respondent dodal, že otce na chatu vozil sám, neboť bylo riskantní, aby on sám řídil automobil.

Respondentka (6R) uvedla, že maminka začala mít potíže s pamětí, občas byla zmatená: *„Postupně se začal stav zhoršovat. Několikrát se stalo, že nám v noci opakovaně volala, kde jsme, jednou dokonce volala asi 10 x za noc, volala i do práce. Přibývaly problémy s pamětí, byly dny, kdy nepoznávala mého muže, vnoučata. Ptala se, co tady dělají a proč za ní přišli. Jednou se dokonce zamkla v bytě, museli jsme požádat záchranáře, aby do bytu vlezli oknem a otevřeli. Opakovaně se ptala na tatínka nebo s ním rozmlouvala, jako kdyby seděl proti ní.“* Respondentka uvedla, že maminka postupně ztrácela o vše zájem – nebavilo ji číst, koukat na televizi, odmítala chodit na zahrádku. Respondentka sdělila, že maminka začala měnit své chování – občas měla snahu dceru uhodit, občas jí i nadávala.

Respondent (R7) k paměti respondenta se vyjádřil jeho syn, který uvedl: *„Tatínek začal užívat léky, jejichž účinek byl vidět. Tatínkův stav se nějakým výrazným způsobem nezhoršoval. Pravda, občas zapomněl, kam šel, co chtěl udělat, jindy něco hledal. Poslední dva měsíce se trochu zhoršil, začal více zapomínat. Občas se stane, že třeba zapomene zastavit vodu – tak ho maminka upozorní.“* K oblasti zaměstnání syn respondenta řekl, že se otec do práce již nevrátil, podal žádost o invalidní důchod, který mu byl následně přiznán. Dodal, že otec byl celkem rozumný, když si uvědomoval, že by mohl způsobit neštěstí. Syn respondenta doplnil, že se otec po domluvě vzdal předsednictví ve fotbale a přestal vykonávat zastupitele obce.

Respondentka (R8) sdělila, že maminka s vývojem nemoci zapomínala čím dál víc. Uvedla, že maminka byla občas zmatená: *„Jednou nám volali sousedi, že maminka chodí v noční košili po městě v bačkorách a v tašce nesla svého psa. Občas rozmlouvala se zemřelým manželem.“* Dále respondentka uvedla, že maminka opakovaně bloudila po městě, někdy bloudila i po bytě, občas i v noci. Změna chování byla popsána slovy: *„Někdy mi maminka i nadává, občas má snahu mne uhodit – to vše za to, že se o ni starám. Jindy jsou dny, kdy jen tak sedí a hledí do prázdna.“*

Respondentka (R9) uvedla, že maminka začala zapomínat: *„Jindy nechala puštěnou vodu, plyn jsme museli zastavovat. Jednou si maminka v kuchyni zapálila svíčky.“* S postupující nemocí nemocná žena začala bloudit po bytě. Respondentka také uvedla: *„Maminka se začala horšit, přestala mít zájem o okolí. Byly dny, kdy jen tak seděla a hleděla do prázdna. Jindy byla zase plná elánu, spolu s tatínkem vařili, uklízeli, měla snahu stále dokola přerovnávat různé věci. Bylo to jako na houpačce, jednou nahoře, jednou dole.“*

Respondentka (R 10) oblast paměti popsala slovy: *„Manžel začal víc zapomínat, dal si třeba vařit vodu na kafe a nevypnul sporák. Když se chtěl jít umýt, tak nechal puštěnou vodu a odešel z koupelny. Stalo se, že šel rozdělat oheň a nechal otevřenou okenici.“* Respondentka uvedla, že manžel začal být zmatený, dezorientovaný: *„Vracel se do minulosti, svoji pravnučku považoval za svoji dceru, vnuka za svého syna. Posledního půl roku se také občas stalo, že se sebral a odešel, já ho pak musela hledat. Jednou jen tak seděl na návsi a nevěděl, kde je.“* Na otázku, jestli se změnilo chování jejího muže, odpověděla: *„Rozhodně ano, manžel mi občas sprostě nadává, což nikdy nedělal. Někdy, když se mu snažím pomoci, má snahu mne i uhodit. Víím, že za to nemůže, to ta nemoc, ale možná se ho časem budu i bát. Je to přeci jen kus mužského a má sílu.“* Respondentka dále sdělila, že z počátku manžel chodil do lesa, staral se o zahradu. S postupující nemocí se začal horšit: *„Byly dny, kdy byl plný elánu, ale i naopak. Někdy ráno jen tak posedával, nic ho nebavilo, neměl o nic zájem. Někdy se rád zapojí do práce na zahradě, ale jsou dny, kdy jen odhodí hrábě a začne šlapat po kytkách.“* Respondentka se zmínila i o řízení automobilu: *„Bylo nám doporučeno, aby manžel přestal řídit auto. Nevěděli jsme, jak to udělat. Když někde chtěl manžel jet, tak řídil syn nebo vnuk – postupně se to stalo pravidlem.“*

4.2.3 Potřeby nemocných s Alzheimerovou demencí

Schéma 3 Potřeby nemocných s Alzheimerovou demencí

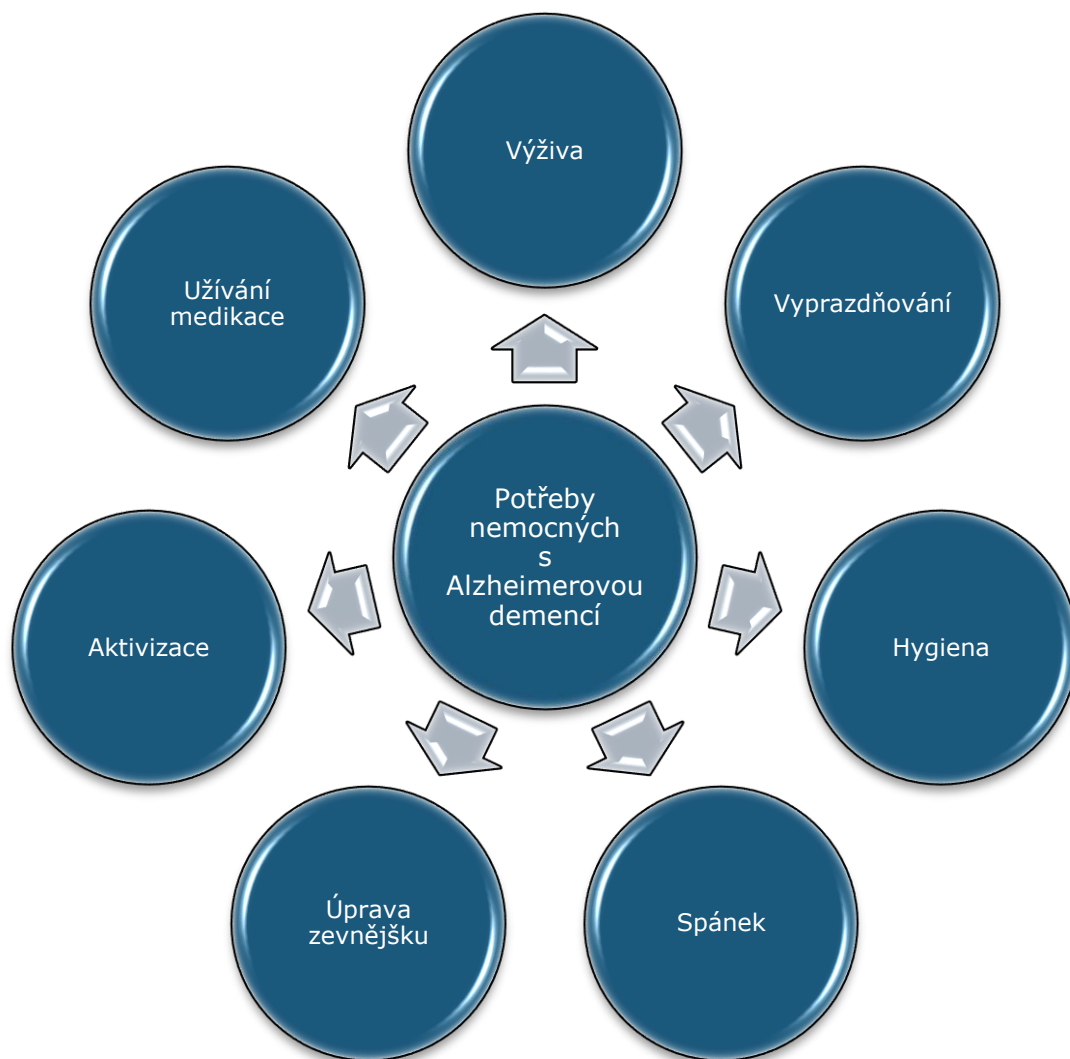


Schéma 3 Potřeby nemocných znázorňuje odpovědi respondentů na okruhy otázek, které byly zaměřeny na potřeby nemocných s Alzheimerovou demencí. Na základě odpovědi respondentů vznikla kategorie: *Potřeby nemocných* a bylo určeno sedm podkategorií: *Výživa*, *Vyprazdňování*, *Hygiena*, *Spánek*, *Úprava zevnějšku*, *Aktivizace*, *Užívání medikace*.

Respondentka (R1) k oblasti výživy říkala: „*Stravu jsme ji připravovali, občas jsme společně s maminkou vařily. Jídlo dostávala na talíři, najedla se za dohledu sama, pila dostatečně.*“ K potřebě vyprazdňování zmínila, že maminka si zpočátku došla na toaletu sama, ale s postupující nemocí musela být upozorňována. „*Postupně začala být inkontinentní, nosila vložné pleny, občas se i pokálela.*“ Oblast hygieny popsala následovně: „*Zpočátku byla schopna se umýt. Nemoc, ale celkem rychle progredovala a bylo nutno dohlédnout na maminčinu hygienu. Postupně začaly problémy s hygienou, odmítala se koupat ve vaně, často jsem ji udržovala v čistotě přes její vůli.*“ Úpravu zevnějšku hodnotila slovy: „*Přestala na sebe dbát. Naproti tomu ráda chodila ke kadeřnici, snažili jsme se, aby maminka pěkně vypadala.*“ Respondentka zmínila, že s maminkou chodily na pravidelné procházky, hrály různé hry na posílení paměti. Vzpomínala na postup nemoci: „*Když jsme s ní šli na procházku, tak nám utíkala, jindy se zase zastavila na přechodu a nechtěla jít dále.*“

Respondent (R2) manželka respondenta sdělila, že se její muž v současné době nají sám, na toaletu si také dojde, hygienu dodržuje. K úpravě zevnějšku řekla: „*Chodí upravený, pouze někdy nemá správně zapnuté knoflíčky u košile.*“ Respondentka se zmínila, že s manželem trénovala paměť formou her a dodala: „*Občas něco „kutí“ v dílně, mám strach, aby si neublížil, ale musí přeci něco dělat. Občas je s ním v dílně syn.*“ Sám respondent sdělil, že se s manželkou snažili získat co nejvíc informací: „*Bral jsem předepsané léky, zpočátku se mi zdálo, že se paměť lepší, ale asi po půl roce jsem si začínal uvědomovat, že tomu asi tak nebude. Já si opravdu uvědomil, že se postupně stanu závislým na ostatních. Ač nerad a za poměrně dlouho jsem nemoc začal brát vážně. Sám začínám uvažovat, že bych na dopoledne začal chodit do denního stacionáře a neseděl jen doma.*“ Respondent popsal, že jeho děti začaly chodit častěji na návštěvy, společně s vnoučaty hraje pexeso, vyjmenovávají různé předměty a společně prohlížíjí fotografie z dovolené.

Respondentka (R3) k oblasti výživy říkala: „*Najíst se přiborem mu začalo dělat problém. Jsou dny, kdy ho musím i nakrmit, také se snažím, aby pil.*“ Dále vzpomínala, že zpočátku si došel na toaletu, ale postupně se začal pomočovat: „*Poslední rok je zcela nesoběstačný, neudrží moč ani stolici, musí nosit plenkové kalhotky, jejichž výměna je*

velký problém. Často mu je vyměňuje syn, neboť ho fyzicky zvládne.“ K oblasti hygieny dodala: „Stále ještě udržoval čistotu, postupně se přestal mýt. Koupat ve vaně ho může jedině syn, ode mne se nechá pouze osprchovat.“ Oblast spánku popsala slovy: „Pospával během dne a v noci toho moc nenaspal.“ Respondentka sdělila, že poslední rok je manžel zcela nesoběstačný a nedbá na sebe. K potřebě aktivizace zmiňovala: „Trénovali jsme paměť, tak jak nám doporučili odborníci, prohlíželi jsme fotografie. Když je venku hezky, chodím s manželem na procházky, nebo jsme na zahradě, po které chodí pořád dokola. Musím dohlédnout, aby mi neutekl. Jindy jen tak sedí a dělá stereotypní pohyby – například jezdí dlaní po stehně, až roztrhne látku.“ Dále uvedla, že její muž začal užívat léky na podporu paměti, ale v současné době je občas odmítne.

Respondent (R4) k potřebě výživy zmínil: „Manželka uvařila, maminka si jídlo sama ohřála, najedla se. Postupně zapomněla, jak se drží příbor, tak jí alespoň lžící, snažíme se, aby se najedla sama.“ K vyprazdňování řekl: „Zpočátku si došla na záchod, postupně se začala počůrávat, pleny vyndává z kalhotek a pohazuje kolem sebe, plenkové kalhotky si nechce nechat nasadit. Na stolici si občas dojde na WC, kam ji musíme doprovodit a pomoci jí.“ K oblasti hygieny sdělil: „Hygiena je velmi špatná. Nemá ráda moji ženu, protože ji koupe a to přímo nesnáší, odmítá se sprchovat i mýt ve vaně, o mytí vlasů ani nemluví. Nehty si nechce nechat ostříhat.“ Respondent vzpomínal, že maminka zpočátku v noci spala, ale postupně v noci spala málo a byli s ní vzhůru. Úpravu zevnějšku popsal následovně: „Zpočátku se oblékla. Jsou dny, kdy ze sebe strhává oblečení, trhá knoflíčky.“ Respondent se zmínil, že se maminku snažili aktivizovat, hodně s ní mluvili, společně prohlíželi staré fotografie a vzpomínali. K oblasti medikace uvedl: „Dohlédli jsme, aby si maminka vzala léky, také inzulin jsme ji začali píchat. Poslední dva roky plive léky, když jí pícháme inzulin, tak musíme odvést pozornost. Na noze se jí udělal bércák, který denně převazujeme.“

Respondent (R5) oblast výživy hodnotil slovy: „Postupně nevěděl, jak má používat příbor, ale byl schopen najíst se sám lžící.“ Na otázku ohledně vyprazdňování odpověděl: „Několikrát za noc chodil na malou stranu, ale netrefil se na WC, maminka musela jít s ním. Občas se vymočil v pokoji na zem. Vložné pleny odmítal.“ K potřebě hygieny zmínil: „Umýt se nechal pouze ve vaně, sprchu nesnášel, musel být holen, sám

to nezvládl. Několikrát se stalo, že si šel umýt ruce do WC mísy.“ Respondent též zmínil, že tatínek přes den pospával a v noci bloudil po bytě.

Respondentka (R6) sdělila, že uvařila a maminka se zpočátku najedla sama, ale postupem času: *„Zapomněla, jak se používá příbor, ptala se k čemu to je, tak se najedla alespoň lžící.“* Oblast vyprazdňování popsala slovy: *„Začala se počůrávat, neustále jsme ji museli připomínat, jestli nechce na toaletu, kam jsme ji vodili a pomáhali i s oblékáním i svlékáním. Vložné pleny zpočátku odmítala.“* Respondentka zmínila, že maminka byla schopná se umýt, ale s rozvojem nemoci: *„Odmítala se koupat, utíkala mi z koupelny, mnohdy se mi podařilo umýt ji jen v umyvadle.“* Respondentka říkala, že maminka byla v noci občas sama, občas u ní někdo přespal – zpočátku spala celou noc, ale časem: *„Přes den často pospávala, v noci naopak začala bloudit.“* K úpravě zevnějšku dodala: *„Snažili jsme se, aby maminka dobře vypadala, chodili jsme s ní ke kadeřnici, ale postupně kadeřnice chodila k nám.“* Oblast aktivizace popsala slovy: *„Cvičili jsme paměť, chodili na procházky. Když jsem s ní hrála pexeso, tak říkala, že není malé dítě, spokojená byla při prohlížení starých fotografií.“* Respondentka se slzami v očích vyprávěla: *„Maminka si nemoc vůbec nepřipouštěla, ale začala užívat léky. Předtím již brala léky na tlak, tak ani nezjistila, že jich má více. Také jsem se musela naučit mamince píchat inzulin, převazovat bércový vřed.“*

Respondent (R7) říkal, že o víkendu uvaří manželka a přes týden jim vozí obědy z místní školy. Syn respondenta sdělil, že se otec zvládl o sebe postarat: *„Dokonce se dodneška stará o nemocnou manželku. S naší malou pomocí zvládal práce kolem chalupy. Tatínek se snažil trénovat paměť, jak se dalo. Po domluvě se vzdal předsednictví ve fotbale, přestal vykonávat zastupitele obce.“* Dále uvedl: *„Tatínek začal užívat léky, na které se hodně doplácelo, ale jejich účinek byl vidět. Řekl bych, že se tatínkův stav nějakým výrazným způsobem nezhoršoval. Léky je schopen vzít si sám, nebo mu to připomene maminka.“*

Respondentka (R8) k výživě sdělila, že maminka postupně zapomněla, jak se používá příbor, ale lžící se nají. Za podstatné považovala vyprazdňování: *„Zpočátku byla schopna dojít si na toaletu, později si došla na toaletu po upozornění. Později se několikrát stalo, že se pomočila, vložné pleny vyndává. Každou chvíli ji musím*

na toaletu odvést. Pokálela se, ale to asi jen dvakrát.“ Oblast hygieny popsala následovně: „Zpočátku byla schopna se umýt, později zvládala hygienu s mojí pomocí. Poslední rok se ráno nechá umýt, ale večer to je s hygienou složitější, odmítá se koupat ve vaně, o mytí vlasů ani nemluví.“ Dále se rozhovořila o úpravě zevnějšku: „Zpočátku o sebe ještě docela dbala, byla schopna se obléknout. Ráda jde ke kadeřnici, nechá si obarvit vlasy, vyfoukat. Sice po celou dobu rozmlouvá se svým obrazem v zrcadle, ale kadeřnici to nevadí.“ Také se rozhovořila na téma aktivizace: „S maminkou jsem procvičovala paměť, chodila jsem s ní na procházky. Snažím se zapojit ji do vaření, hraju s ní pexeso, prohlížíme staré fotografie.“ Respondentka vzpomínala: „Ve stacionáři jsem potkala ženu, která se také starala o maminku s Alzheimerem. Společně jsme chodily na procházky, poseděly v parku. Nemocné ženy si spolu povídaly, každá o něčem jiném, ale vypadaly v tom svém světě spokojeně.“ Také sdělila, že museli dohlédnout, aby si vzala léky a aplikovala inzulin.

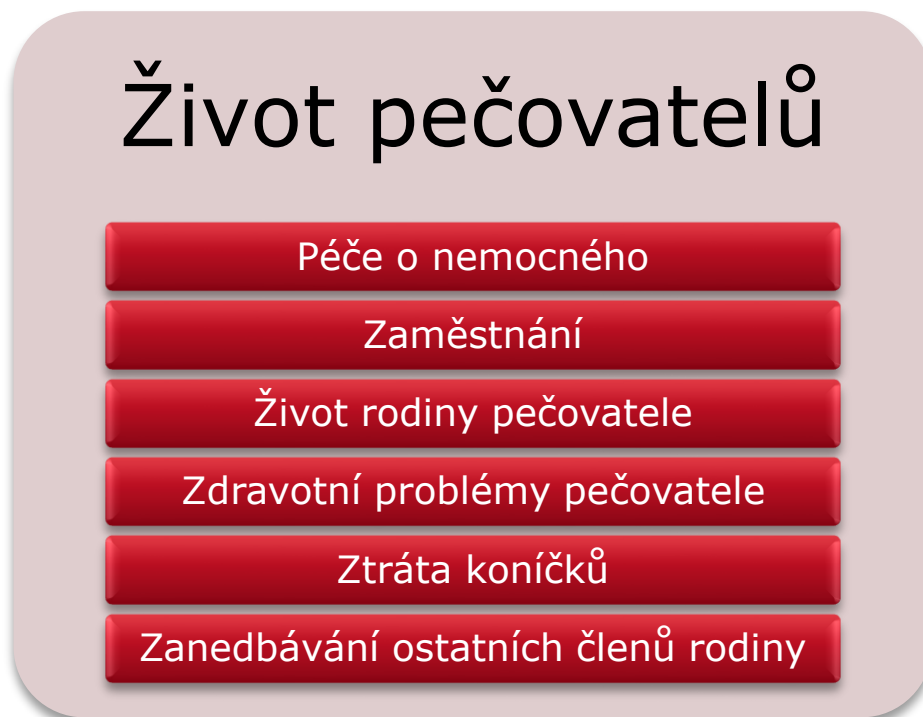
Respondentka (R9) k vyprazdňování uvedla, že maminka občas nestihla dojít na toaletu a pomočila se. Respondentka vyprávěla: „Někdy večer se odmítla koupat, občas se oblékla sama, někdy jsme ji museli pomoci. Snažili jsme se podporovat její soběstačnost, například jsme ji podali hřeben a ukázali, co má dělat. Byla ráda za každou pochvalu, pohlazení.“ Respondentka dále uvedla, že s maminkou trénovali paměť. Bohužel se maminka začala horšit, přestala mít zájem o okolí: „Jindy byla zase plná elánu, spolu s tatínkem vařili, uklízeli. Měla snahu stále dokola přerovnávat věci. Bylo to jako na houpačce, jednou nahoře, jednou dole. V noci občas nespala.“ Také zmínila, že maminka začala užívat předepsané léky, zdálo se jí, že se její stav přechodně stabilizoval.

Respondentka (R10) k oblasti výživy uvedla: „Jídlo jsem mu musela připravovat, nají se příborem, ale často mu musím ukázat, jak se používá.“ Říkala, že manžel zpočátku nepotřeboval žádnou větší péči: „Na záchod si dojde, ale musím ho několikrát denně upozornit. Stalo se, že se počůral. Postupně přestal na sebe dbát, museli jsme mu připomínat, aby se oholil, učesal, upravil. Postupně se sám neumyl ve vaně, nechal se umýt pouze od syna, já ho nezvládala. Jsou dny, kdy mu musím pomoci obléknout, je schopen se oblékat na pyžamo, někdy si nezapne knoflíky, nezastrčí košili do kalhot.“

Na otázku, jestli manžel v noci spí, odpověděla: „*Dříve spal celou noc, probudil se občas a zase usnul. Posledního půl roku to má někdy úplně obráceně, v noci je vzhůru, přechází po baráku, pouští hlasitě televizi, rádio. Mám strach, aby něco nevyvedl, a proto jsem také vzhůru.*“ K aktivitě dodala: „*Manžel začal brát předepsané léky, začali jsme trénovat paměť, hráli pexeso, prohlíželi knížky, luštili křížovky.*“ Vzpomínala, že se manžel začal horšit, začal užívat jiné léky: „*Byly dny, kdy byl plný elánu, ale i naopak. Někdy ráno jen posedával, nic ho nebavilo, neměl o nic zájem. Odmítal trénovat paměť, často říkal, že není malé dítě. Rád prohlížel staré fotografie.*“

4.2.4 Život pečovateli

Schéma 4 Život pečovateli



Další kategorií, která na základě rozhovorů s respondenty vznikla, je kategorie *Život pečovateli*. V této kategorii jsou zaznamenány odpovědi respondentů týkajících se problémů, které museli řešit v souvislosti s poskytovanou péčí. Kategorie *Život pečovateli* byla rozdělena na šest podkategorií: *Péče o nemocného*, *Zaměstnání*, *Život rodiny pečovatele*, *Zdravotní problémy pečovatele*, *Ztráta koníčků* a *Zanedbávání ostatních členů rodiny*. Podkategorii *Péče o nemocného* zmínilo všech 10 respondentů. Vzájemné vztahy mezi jednotlivými podkategoriemi jsou znázorněny pomocí schématu (Schéma 4 Život pečovateli).

Respondentka (R1) popsala péči o svoji maminku následovně: „Do péče byla zapojena celá rodina včetně dětí. Pomáhali sourozenci, kromě jednoho bratra, ten ji nenavštěvoval, její nemoc nezvládal psychicky, brečel. Odpoledne jsme se v péči střídali, v noci na ni dohlédl tatínek. Tatínek si našel přítelkyni, přestal o maminku pečovat. Maminku jsem doprovázela na vyšetření, chodila jsem k mamince nebo si ji brala domů.“ Dále uvedla, že zažádala o finanční příspěvek, který byl mamince

příznán: „*Použili jsme ho na doplátky léků, inkontinentních pomůcek, pedikúru.*“ Na otázku ohledně zaměstnání odpověděla: „*Začala jsem chodit na směny, po noční směně jsem často nešla spát.*“ Dále zmínila, že život jí samotné i celé rodiny dostal úplně jiný směr. Přestali se s manželem věnovat společným zájmům. Sama začala mít zdravotní problémy, cítila se unavená, nevyspalá, je po gynekologické operaci. Svěřila se, že začala zanedbávat svoji rodinu: „*Začala jsem zanedbávat svého muže, je tolerantní, celou situaci bere s nadhledem, snaží se mi pomáhat.*“

Respondent (R2) vyprávěl, že hodně o své nemoci přemýšlel, dostal strach z budoucnosti a začal navštěvovat psychologa, který mu navrhl, aby si naplánoval budoucnost: „*Nechtěl jsem být mé rodině na obtíž, chtěl jsem se na situaci připravit tak, aby byla pro mou rodinu únosná. Navrhl jsem manželce, že bych byl rád doma, co nejdéle to půjde. Chtěl jsem, aby to byla ona, kdo za mne rozhodne, až já nebudu schopen.*“ Manželka respondenta uvedla: „*Dlouho mi trvalo, než jsem přijala manželovo přání. Chtěla bych se o manžela postarat, co nejdéle to půjde. Nyní si nedovedu představit, jak náročná péče o něj bude a jak vše skloubím s prací. Do důchodu mám ještě deset let, doma zůstat nemůžu – víte, jak je to dnes s prací. Stále mi nedochází, že manžel bude potřebovat péči. Počítám s pomocí dětí, jak přislíbily.*“ Manželka se během rozhovoru opakovaně rozbředla. Respondent měl také oči plné slz, říkal: „*Proč zrovna já, celý život jsem poctivě pracoval a nyní tohle....*“ Respondent s manželkou o nemoci společně mluví a plánují možnou péči o nemocného muže dle jeho přání a představ.

Respondentka (R3) se k péči o nemocného manžela vyjádřila: „*Byla jsem přesvědčena, že péči zvládnou, pomáhal mi syn i snacha. Vůbec jsem netušila, jak se péče bude stávat více a více náročnější. I mně přibývají roky a síl ubývá. Situace se zhoršovala a já si říkala, jestli to vše společně zvládneme. Nebýt mého syna, tak už bych péči vzdala. Některé noci spím velmi málo, pak mne čeká neustálý kolotoč.*“ Respondentka dodala, že jí syn ráno pomůže, ale poté musí odejít do práce: „*Manžel vyžaduje neustálý dohled, mám strach, aby mi neutekl a něco se mu nestalo. Jsou dny, kdy odmítá vstát z postele.*“ Na otázku, jaký sama vede život, sdělila: „*Cítím se velmi vyčerpaná, často pláču, ale vzápětí si říkám, že na tom jsou lidi hůře. Nestěžuju si, ale*

občas bych potřebovala vypnout, odreagovat se, ale neumím to. Co muž onemocněl, nebyla jsem v divadle, nikam nejedu, nejdu. Občas za mnou přijdou kamarádky, říkají, ať s nimi jedu na předváděčku, odmítám. Měla bych výčitky, že se bavím.“ Respondentka se svěřila, že začíná pociťovat beznaděj a neví, jak dlouho vše vydrží: *„Vnoučata mi vyrůstají před očima, nemám na ně čas a přitom bych se jim chtěla věnovat. Vyčerpaný je i syn a celá jeho rodina, děti mají právo na spokojený život.“*

Respondent (R4) k otázce péče o maminku řekl: *„Péče je náročná, vyžaduje neustálý dohled. Já se starám dopoledne, manželka odpoledne. Když jsme potřebovali, tak se o maminku postaral brácha, který poslední dobou přijede jednou za čas podívat se, aby se neřeklo. Maminka v noci občas málo spí, jsme s ní prakticky vzhůru a ráno vše nanovo.“* Respondent uvedl, že mu v práci vyšli vstříct, začal chodit na odpolední směny. Ke způsobu vlastního života se vyjádřil následovně: *„Do té doby, co maminka chodila přes den do centra, to docela šlo. Během posledních dvou let se s manželkou přes týden prakticky setkáváme, vidíme se až večer. Víkendy jsme sice spolu, ale vše se točí kolem maminky. Někdy se i pohádáme. Zanedbáváme svá vnoučata, máme výčitky.“* Respondent se zmínil, že oba jsou vyčerpaní a manželka kvůli zdravotním potížím musela do nemocnice.

Respondent (R5) blíže k oblasti péče uvedl, že se tatínkův stav horšil, ale maminka odmítala lékařskou péči, nepřála si návštěvu psychiatra. S postupující nemocí respondent i přes nesouhlas matky odvedl otce k lékaři. Dále říkal: *„Začali jsme s manželkou pomáhat, každé odpoledne se jeden z nás u našich zastavil, manželka uvařila, poklidila, já pomohl tatínka umýt. Obstarat nákupy bylo samozřejmostí. Maminka nikam nechodila, všechnen čas věnovala tatínkovi.“* Respondent vyprávěl, že každý druhý víkend jezdili na chatu rodičů, které brali sebou – jeden musel neustále na tatínka dohlížet. Doma práce stála. Nabídl matce, aby se přestěhovala k synovi, odmítla. *„Postupně se začal měnit i náš život. Neměli jsme na nic čas, každou volnou chvíli jsme byli u našich. Občas jsem u našich přespal, aby se maminka trochu vyspala a nabrala síly na další den. Dovedete si představit, jak mi ráno bylo, když jsem nevyspalý musel jít do práce.“*

Respondentka (R6) péči o maminku popsala následovně: *„Po smrti tatínka se život můj a mojí rodiny postupně změnil. Bylo jasné, že maminka je nemocná a bude potřebovat pomoc. V té době jsem si ještě nepřipouštěla, jak náročná péče bude. Ze začátku jsme se s manželem střídali, trávili jsme s maminkou hodně času a doma práce stála. Ráno jsem zaběhla k mamince, pomohla jí obléct, se snídaní, dohlédla jsem, aby spolkla léky a utíkala do práce. Odpoledne jsem zůstávala v jejím bytě, nebo jsem ji brala k nám. Tehdy mi s péčí pomáhala moje sestra, bohužel onemocněla a vše zůstalo na mne a mojí rodině.“* Respondentka dále vyprávěla, že postupně péče byla náročnější a maminku přestěhovala k nim domů. Maminku se bála pustit z očí, děti a manžel pomáhali, ale přes den byla na vše sama. Na otázku týkající se zaměstnání odpověděla: *„Byla jsem nucena chodit na zkrácený úvazek, byla jsem ráda, že mi to v práci umožnili. Vypadalo to ale tak, že jsem si za méně peněz nosila práci ještě domů. Později jsem odešla do předčasného důchodu.“* Respondentka uvedla, že začala být unavená, nevyspalá, podrážděná a postupně začala mít zdravotní problémy: *„Jednoho dne mi manžel sdělil, že to takhle dál nejde, nebo se úplně zničím. Souhlasila jsem, že maminku občas někam umístíme, abych si odpočinula.“* Respondentka dále uvedla, že neměla na nic čas: *„Abychom s manželem něco společně podnikli, to nepřipadalo v úvahu, naštěstí manžel je velmi tolerantní.“*

Respondent (R7), u něhož byla Alzheimerova demence v raném stadiu, sdělil: *„Nebylo to pro mne jednoduché, vypadal jsem vyrovnaně, ale ve mně byla malá dušička. Báł jsem se, představa, že budu na obtíž, byla pro mne nepředstavitelná. Manželka se o mne nepostarává, sama potřebuje pomoc a oba synové mají svoje rodiny a svůj život. Nechtěl jsem, aby svůj život podřizovali mé nemoci. Oba dva řekli, at' se nebojím, že to nějak společně zvládneme.“* Dále vyprávěl, že začal navštěvovat psychologa, aby mu pomohl vyrovnat se s nemocí. Syn respondenta řekl: *„Tatínek nás požádal, abychom respektovali jeho rozhodnutí. Vyslovil přání, že až se o sebe nebude schopen postarat, nebude nás poznávat, nebude schopen se rozhodnout, tak abychom ho umístili v nějakém zařízení. Už si podal žádost do Alzheimer centra.“* Syn dodal, že tatínek nechtěl slyšet námitky, nechtěl, aby o něj někdo z rodiny celodenně pečoval. Připustil pouze možnost, že by navštěvoval stacionář. Syn se zmínil, že se tatínek o sebe

ještě postará, dbá na sebe a ještě se stará o maminku. V poslední době rodičům více pomáhají: „*Manželka uvaří, poklidí, vypere.*“

Respondentka (R8) vyprávěla, že zpočátku za maminkou každý den někdo z rodiny přicházel, s postupující nemocí nemohla být doma sama, tak ji přestěhovali k sobě do bytu. „*S manželem jsme se dohodli, že se o maminku společnými silami postaráme. Já jsem v té době marodila se žádama, byl mi přiznán invalidní důchod. Uvítala jsem ho, vzhledem k nemoci maminky. Alespoň jsem se o ni mohla postarat. Manžel mi pomáhá, ale chodí ještě do práce, a tak je většina péče na mě. Nevěděla jsem, že každodenní péče bude tak vyčerpávající.*“ Respondentka dodala: „*Začínám být unavená, nevyspalá. Nikam se nedostanu, v divadle jsem nebyla, ani nepamatuju. Chybí mi pohyb, myslím turistické pochody, chůze mi pomáhala na bolesti zad. Začala jsem sama sebe zanedbávat.*“ Poté říkala, že zanedbává vlastní rodinu: „*Vše se točí kolem maminky. Manžel je trpělivý, ale i na něm bylo vidět, že je často podrážděný, nevyspalý. Nedávno mi taktně naznačil, že bychom měli situaci nějak řešit.*“

Respondentka (R9) blíže k péči o maminku uvedla, že tatínek, který se o maminku staral, musel do nemocnice: „*Na nás bylo, abychom se o ni postarali. Střídali jsme se sestrou. Ráno, než jsem šla do školy, jsem zašla k mamince – dohlédla, aby se umyla, oblékla, snědla prášky, připravila ji snídani. Zaběhla jsem za ní i o velké přestávce. Odpoledne jsem šla k mamince, někdy jsem zůstala i přes noc. O víkendu jsem brala maminku k nám, pomáhal manžel i děti.*“ Dále sdělila, že se mamčin stav zhoršil, a proto nemohla zůstat sama doma: „*Využili jsme nabídku na inzerát – dopoledne se o maminku začala starat bývalá zdravotní sestra. Odpoledne jsme se v péči střídaly se sestrou.*“ Ohledně zaměstnání dodala, že všichni chodí do práce: „*V noci občas nespala, dovedete si představit, jaké to pro mne bylo, když jsem musela jít učit.*“ Respondentka sdělila, že veškerý čas trávili návštěvou tatínka v nemocnici nebo péčí o maminku: „*Začala jsem být unavená, často jsem byla nervózní.*“

Respondentka (R10) na otázku ohledně péče o svého manžela sdělila, že posledního půl roku vyžaduje větší pomoc, bojí se ho nechat o samotě: „*Někdy je to těžké. Například, chce jít ven, když mám rozvařený oběd, musím všeho nechat a jít s ním. Nemám odvahu dojít nakoupit. Pomáhá mi syn s celou rodinou, obstarávají*

nákupy, syn se postará o dřevo, manželka uvaří, poklidí. K lékaři nás vozí syn nebo vnuk.“ Svěřila se, že je často s manželem v noci vzhůru: *„Ráno bych spala, ale musím na manžela dohlédnout, uvařit, poklidit, udělat něco venku, když on spí.“* Respondentka mluvila o své únavě, cítila se nevyspalá: *„Často mne bolí hlava, jsem nervózní.“* Též říkala: *„Nikam nejdu, sousedky přestaly chodit na návštěvu. Zanedbávám sama sebe, nejdu ani ke kadeřnici, stříhám se sama.“*

4.2.5 Ulehčení situace

Schéma 5 Ulehčení situace

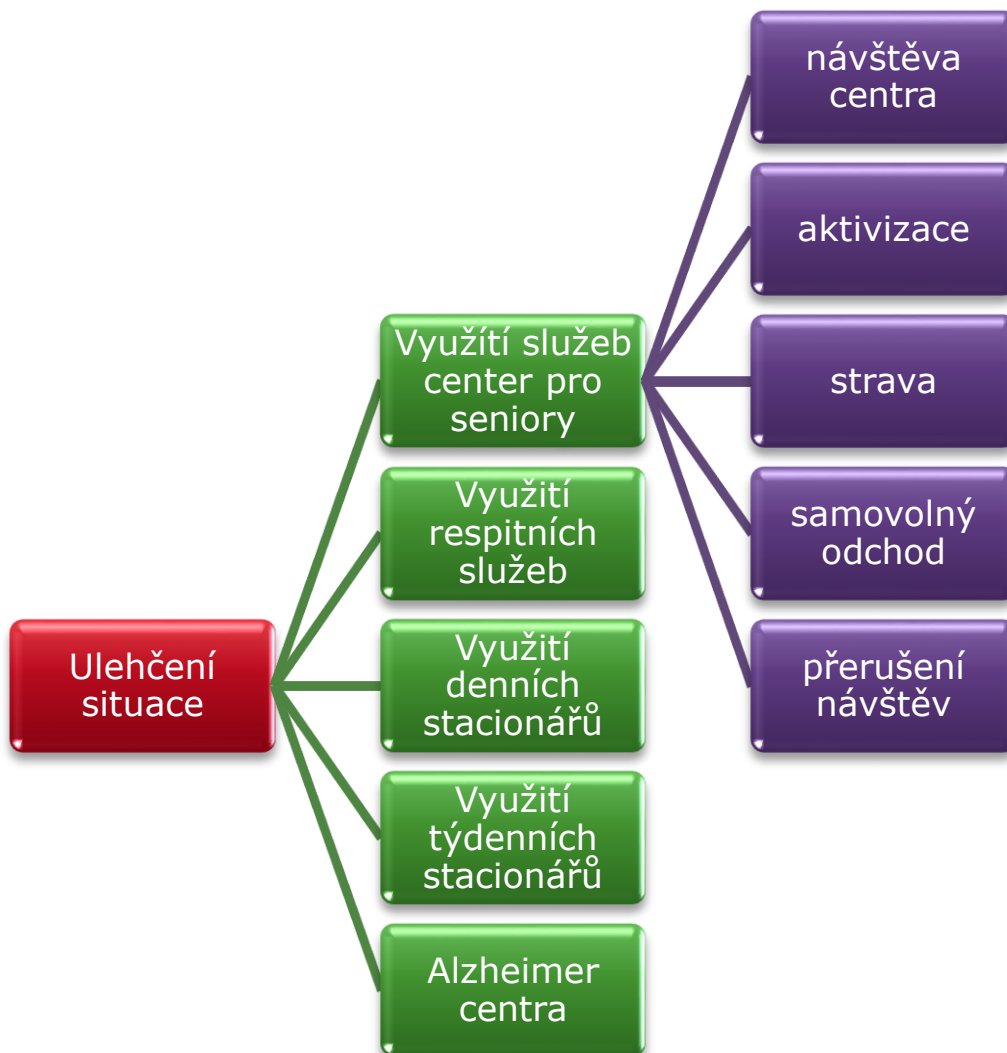


Schéma 5 zaznamenává odpovědi respondentů, které se týkaly jednotlivých možností ulehčení péče o nemocné s Alzheimerovou demencí. Na základě odpovědi respondentů byla kategorie *Ulehčení situace* rozdělena na následující podkategorie: *Využití služeb center pro seniory*, *Využití respitních služeb*, *Využití denních stacionářů*, *Využití týdenních stacionářů* a *Alzheimer centra*. Podkategorie *Využití služeb center pro seniory* byla rozdělena na oblast: *návštěva centra*, *aktivizace*, *strava*, *samovolný odchod*

a přerušeni návštěv. Všech deset respondentů se vyjádřilo k podkategorii *Využití denních stacionářů* (viz Schéma 6).

Respondentka (R1) sdělila, že využili služeb charitativní organizace: *„Maminka začala navštěvovat denní centrum Astra, které je určeno seniorům. Byla zde velmi spokojená, byla mezi lidmi. Hráli aktivizační hry na posílení paměti, účastnila se ergoterapie, taneční terapie, chodili na procházky. Strava byla zajištěna, pracovníci dohlédli na hygienu a vyprazdňování.“* Respondentka říkala, že maminku do centra ráno někdo z rodiny odvedl a odpoledne ji opět vyzvedl. Dále uvedla: *„Začala z denního centra utíkat. Centrum nebylo určeno pouze pacientům s Alzheimerovou demencí, pobyt seniorů byl dobrovolný a v moci zaměstnanců nebylo, aby hlídali maminčiny náhlé odchody. Pobyt z tohoto důvodu musel být přerušen.“* Respondentka se svěřila, že pro ně nastala svízelná situace a ze zdravotních důvodů umístili maminku na tři týdny v léčebně pro dlouhodobě nemocné. Na otázku, co by jim v budoucnosti mohlo ulehčit situaci, respondentka odpověděla, že by ji velmi pomohlo, kdyby mohla maminku opět umístit na několik hodin do denního stacionáře: *„Během této doby bych mohla zařídit spoustu věcí, věnovat se své rodině, svým zájmům a také bych si odpočinula od téměř nepřetržité péče.“* V závěru rozhovoru dodala: *„Bohužel, v blízkosti bydliště speciální služby pro nemocné Alzheimerovou nemocí nejsou poskytovány. Pomoc ve formě stacionářů bych uvítala alespoň na několik dní v týdnu.“*

Respondent (R2) manželka respondenta uvedla, že společně s manželem hledali možnosti pomoci, až nastane situace, kdy manžel nebude schopen být doma sám: *„Byla nám nabídnuta možnost pobytu v denním stacionáři pro seniory, kde by manžel mohl být do 14 hodin a poté bych se o něj postarala. Manžel rozhodl, že si podá žádost do Alzheimer centra už nyní, neboť se na případné umístění čeká velmi dlouho.“* Manželka říkala, že by v budoucnosti, po dohodě s manželem, využili možnosti pobytu v denním stacionáři: *„Kam bych manžela ráno odvedla a odpoledne si ho vyzvedla.“* Respondent zmínil: *„Sám začínám uvažovat, že by bylo dobré, abych na dopoledne začal chodit do denního stacionáře a neseděl jen doma.“* Manželka respondenta uvedla: *„Nedávno jsem se doslechla o možnosti pobytu v týdenním stacionáři, kde je možnost*

ponechat své blízké i přes noc. Asi bych možnosti občasného pobytu přes noc časem také využila.“

Respondentka (R3) na otázku ohledně ulehčení situace péče o nemocného manžela byla následující odpověď: *„Slyšela jsem, že existují centra, kam mohou senioři docházet. Syn se na tuto možnost informoval, ale bohužel v našem okolí jsou taková centra pouze pro seniory schopné, pro ty, co neutíkají. Což není náš případ.“* Respondentka se také zmínila, že slyšela o týdenních stacionářích, kde mohou nemocní občas přespát: *„Možná bych občas využila i tuto možnost.“* Poté sdělila, že jí byla nabídnuta možnost umístit manžela do nemocnice nebo na psychiatrii: *„To беру jako poslední možnost, nechci, aby někde zůstal sám, nezaslouží si to.“* Uvedla, že se též informovali o speciálních centrech, která jsou určena pro lidi s Alzheimerovou demencí: *„Prý tam mají uzpůsobený program. Ale jsou dlouhé čekací doby, prozatím jsme nikam žádost nepodali. Stále se této možnosti bráním.“*

Respondent (R4) říkal: *„Já využil možnosti a každé ráno vozil maminku do denního centra pro seniory, odpoledne maminku opět vyzvedl. Byla mezi lidmi a celkem spokojená. V centru byl připraven speciální program, byly zajištěny obědy. Maminka začala centrum samovolně opouštět a museli ji hledat. Z tohoto důvodu již nemohla centrum navštěvovat.“* Respondent se dále zmínil o možnosti umístit maminku do domova důchodců: *„Ale to si nezaslouží, vychovala nás, věnovala se nám.“* Uvedl, že nedávno v televizi viděl pořad, kde mluvili o denních centrech pro lidi s Alzheimerovou demencí: *„Umístit maminku do denního centra by bylo velkou pomocí, mohli bychom chodit do práce pouze ráno, zařídit běžné věci a odpoledne se postarat o maminku.“* Na závěr dodal, že by využil i případnou možnost, kdyby maminka mohla jednou, dvakrát týdně ve stacionáři přespát.

Respondent (R5) odpověděl, že mu bylo doporučeno podat žádost do Alzheimer centra, kam by byl tatínek umístěn: *„Prý tam mají speciální programy pro nemocné s Alzheimerem. Maminka byla zásadně proti.“* Respondent uvedl, že se začal zajímat o různé možnosti pomoci s nemocným člověkem: *„Zjistil jsem, že čekací doby ve speciálních centrech jsou velmi dlouhé. Další možností bylo umístit ho do domova důchodců nebo na psychiatrii, ale o tom maminka nechtěla slyšet. Osočila nás,*

že chceme tatínka dát do blázince, abychom od něj měli pokoj.“ Respondent zjistil, že se v některých městech otvírají stacionáře, kde mohou nemocní být přes den, v některých občas i přes noc: „Určitě bychom tuto možnost využili, alespoň na několik hodin denně. V týdnu bych občas využil možnost, aby tatínek setrval ve stacionáři přes noc. Především mamince by se ulevilo, je unavená a vyčerpaná. Maminka by se vyspala, načerpala nové síly, mohla zajít do divadla nebo jen tak mezi lidi.“ Na závěr rozhovoru sdělil: „Bohužel, v mém okolí je stacionář, ale tatínka tam nevezmou s ohledem na situace, že zde není zajištěna ochrana před samovolným opuštěním. Do budoucna se uvažuje o zřízení stacionáře pro lidi s Alzheimerem, který by byl součástí domova důchodců, ale nyní je to ve fázi návrhu.“

Respondentka (R6) uvedla, že zpočátku vozili maminku do stacionáře pro seniory, kde ji následně vyzvedávali. Střídali se s manželem: *„Bohužel asi po třech měsících volali ze stacionáře, že maminka samovolně stacionář opustila, našli ji sedět na lavičce ve městě – říkala, že čeká na tatínka. Z tohoto důvodu, musela přestat stacionář navštěvovat.“* Postupně sama respondentka začala mít zdravotní potíže. Lékařka ji sdělila, že existuje možnost umístit maminku, na přechodnou dobu, v léčebně pro dlouhodobě nemocné: *„Souhlasila jsem, že maminku občas umístíme do nemocnice, abych si odpočinula.“* Na otázku, jestli se zajímala i o jiné možnosti pomoci, respondentka odpověděla: *„Samozřejmě jsem se snažila získat informace o možné pomoci.“* Uvedla, že jednou z možností by bylo dávat maminku do stacionáře, který by byl určen pro lidi s Alzheimerovou demencí: *„Tuto službu bych využila, v některých stacionářích klienti prý mohou občas i přespat. Bohužel, v mém okolí podobné zařízení není otevřeno, i když se o něm do budoucna uvažuje. Určitě by se mi částečně ulevilo, maminka by přišla mezi stejně postižené lidi.“* Svěřila se, že by ji pomohlo, kdyby viděla, že se s podobnými problémy potýkají ve více rodinách. Respondentka říkala, že: *„Bylo navrženo, abychom podali žádost do Alzheimer centra již nyní, neboť tam jsou dlouhé čekací doby.“*

Respondent (R7) respektive jeho syn na otázku, co by mohlo v budoucnosti ulehčit situaci ohledně nemocného tatínka, sdělil: *„Hodně přemýšlím, tatínek nechtěl, aby o něj někdo z nás celodenně pečoval. Připustil možnost, že by mohl navštěvovat stacionář.“*

Po dohodě s rodiči jsem dospěl k závěru, že bychom mohli, alespoň pokud to půjde, využít služeb denního stacionáře pro seniory, který je v nedalekém městě. Není přímo zaměřený speciálně pro lidi s Alzheimerem, ale návštěva by byla možná. Ve stacionáři jsme se byli s tatínkem podívat.“ Syn respondenta dodal, že si tatínek sám podal žádost do Alzheimer centra a vyslovil přání, aby do něj byl umístěn: *„Tuto možnost, dle přání otce zvažuji, až to opravdu bude neúnosné.“* Syn respondenta též uvedl, že viděl pořad, ve kterém mluvili o týdenních stacionářích. Neví, jestli by tuto možnost využil: *„Možná ano, kdyby tatínek potřeboval dohled i v noci. Nedovedu si představit, že bych nevyspalý šel do práce.“*

Respondentka (R8) mluvila o tom, že maminku třikrát týdně vodila do centra pro seniory, aby byla mezi lidmi. Po dvou měsících: *„Maminka centrum samovolně opustila, návštěvy musely být z tohoto důvodu přerušeny.“* Respondentka uvedla, že prozatím nechce maminku umístit do zdravotnického zařízení. Na otázku, jestli slyšela o denních stacionářích, které jsou určeny pro lidi s Alzheimerovou demencí, odpověděla, že o této možnosti četla, ale neuvažovala o ní, vzhledem k situaci, že v jejím okolí zařízení podobného typu není a dodala: *„To víte, že kdybych měla možnost umístit maminku alespoň na dopoledne v podobném zařízení, tak bych se tomu rozhodně nebránila. Alespoň dopoledne bych měla pro sebe, odpočinula bych si, zašla za kamarádkou...Maminka by se dostala mezi lidi.“* Respondentce byla položena otázka, jestli slyšela o možnosti vícedenního pobytu v týdenním stacionáři. Odpověděla, že viděla pořad v televizi, ale nedovedla říct, jestli by tuto možnost využila: *„Nevím, možná občas ano, vyspala bych se. Měla bych možnost jít do divadla, na pochod. Nabrala bych síly pro další péči.“*

Respondentka (R9) na položené otázky odpověděla takto: *„Možností by bylo několik – umístit maminku do domova důchodců nebo na psychiatrii. Dostala jsem informaci, že existují speciální Alzheimer centra, ale jsou tam poměrně dlouhé čekací doby. Prozatím nechceme maminku do takových zařízení umístit, vždyť se o nás vždy vzorně starala.“* Respondentka též sdělila, že slyšela o stacionářích: *„Speciálně pro lidi s Alzheimerem je jich ale málo. Bohužel v mém okolí zařízení podobného typu otevřeno není, u nás existuje klub důchodců.“* Respondentka uvedla, že by určitě využila

eventuální možnosti a maminku do stacionáře umístila. Na závěr rozhovoru dodala: *„Stacionář by byl přínosem pro nás, ale i pro maminku. Péče o ní by se s pomocí stacionáře dala lépe skloubit s prací, obzvláště, kdyby tam občas mohla být i v odpoledních hodinách, maminka by se dostala mezi lidi. Přivítala bych zřízení stacionáře v mém okolí – určitě by byl do budoucna využit a mnoha nemocným oddálil násilnou hospitalizaci.“*

Respondentka (R10) říkala, že jí byla lékařkou nabídnuta možnost umístit manžela na několik dní do nemocnice nebo na psychiatrii: *„Ale já nechci, alespoň prozatím ne. Dostal by se do úplně cizího prostředí, určitě by se tam zhoršil ještě víc. Prožili jsme spolu celý život v dobrém i ve zlém, tak ho nemůžu jen tak odložit.“* Respondentka na otázku, jestli slyšela o denních stacionářích, odpověděla, že ne. Respondentce bylo vysvětleno, o jaké zařízení se jedná. Opakovaně kladla otázky, jestli by péče byla možná pouze na pár hodin denně a na otázku, jestli by této možnosti využila, odpověděla: *„Nevím, nedovedu nyní přesně říct. Ale možná ano, částečně bych si odpočinula a zároveň se o manžela starala.“* Na závěr rozhovoru sdělila: *„Myslím, že podobné zařízení v blízkém městě není. Je to škoda, možná bych ho využila. A ne jenom já.“*

4.2.6 Očekávané služby ve stacionáři

Schéma 6 Očekávané služby ve stacionáři



Kategorie *Očekávané služby ve stacionáři* byla na základě rozhovorů s respondenty rozdělena do dalších pěti podkategorií: *Zařízení stacionáře*, *Aktivizace nemocných*, *Poskytované služby*, *Pomoc pečovatelům* a *Setkání pečovatelů*. Podkategorie *Zařízení stacionáře* zaznamenává odpovědi respondentů, které se týkají samotného stacionáře včetně představy chování ke klientům. V této podkategorii byly respondenty uváděny následující pojmy: *prostředí*, *odpočinek*, *osobní věci*, *dohled* a *jednání s nemocnými*. K oblasti *prostředí* se vyjádřilo všech 10 respondentů. V druhé podkategorii jsou uvedeny odpovědi respondentů ohledně jejich představy aktivity nemocných. Nejčastěji zmiňovali pojmy: *kognitivní cvičení* a *tělesná aktivita*. Třetí podkategorie *Poskytované služby* byla na základě analýzy rozhovorů s respondenty rozdělena na služby: *náboženské*, *kadeřnice*, *pedikéra*, *holiče* a *doprava*. Podkategorie *Pomoc pečovatelům* byla zaměřena na poradenskou oblast. K této podkategorii se vyjádřilo 10 respondentů. V podkategorii *Setkání pečovatelů* jsou zaznamenány odpovědi respondentů, kteří by měli zájem o společná setkání s ostatními pečovateli. Vzájemné vztahy mezi

jednotlivými podkategoriemi jsou znázorněny pomocí schématu (Schéma 6 Očekávané služby ve stacionáři).

Respondentka (R1) uvedla: *„Chtěla bych, aby prostředí připomínalo domov: barevné stěny, možnost posedět v křeslech, možnost odpočinout si v lůžku. Aby si mohla přinést nějaké osobní věci.“* Respondentka považovala za samozřejmé, že by byl zajištěn dohled před samovolným odchodem. Dále sdělila: *„Maminka by se dostala do kontaktu se stejně nemocnými lidmi, o klienty by se staral vyškolený tým, byla prováděna kognitivní cvičení, podpora tělesné aktivity, soběstačnosti.“* Říkala: *„Očekávala bych pomoc sociálního pracovníka, psychickou pomoc pečujícím, praktické rady pro zvládnání různých situací v domácím prostředí.“*

Respondent (2R) manželka respondenta se k představě poskytovaných služeb ve stacionáři vyjádřila následovně: *„Byla bych ráda, aby ve stacionáři bylo domácí prostředí, manžel si mohl přinést nějakou osobní věc, aby si v případě potřeby mohl lehnout.“* Respondentka předpokládala, že je stacionář zabezpečen před samovolným odchodem klientů. K oblasti aktivizace dodala: *„Byla bych ráda, aby se mohl účastnit ergoterapie, rád manuálně pracuje, chtěla bych využít možnosti paměťových cvičení, pohybových cvičení – rád tancoval.“* Respondentka též předpokládala společné vycházky na čerstvém vzduchu. Uvítala by možnost rady sociální pracovnice. Též říkala: *„Manžel jezdil do kostela, v případě možnosti bych ráda využila návštěvu kněze.“* Sám nemocný očekával respekt a úctu: *„Aby se mnou nejednali jako s malým dítětem.“*

Respondentka (R3) na dotaz, co by od centra očekávala, odpověděla: *„Prostředí by mělo připomínat domov, barevné stěny, na kterých by visely obrázky, velké hodiny, kalendář. Pracovníci by dohlédli na manželovu bezpečnost, aby nemohl sám odejít.“* Respondentka by uvítala, kdyby si manžel mohl vzít do centra osobní věci, například polštářek, fotografie. Zdůraznila: *„Nemocní lidé vyžadují, aby s nimi bylo jednáno důstojně, předpokládám, že sestřičky ví, jakým vhodným způsobem mají zvládat nemocné, kdyby byli agresivní.“* Byla by ráda, kdyby: *„S nimi někdo z personálu chodil ven. Pod vedením by mohli procvičovat paměť, dobré by bylo i procvičování zručnosti.“* Respondentka by využila dopravní službu, velkou pomocí by bylo, kdyby manžela

odvezli a dopravili zpět domů. Očekávala by: *„Radu ohledně možnosti získat peněžní pomoc, ale i psychickou podporu pro pečující členy rodiny.“* Ráda by se účastnila společných programů nemocných, pracovníků a rodinných příslušníků.

Respondent (R4) říkal: *„Mám představu, že prostředí je takové domácí, ne holé, bílé stěny. Je přizpůsobené pro lidi s demencí, zabezpečené tak, aby nemohli utéct.“* Chtěl, aby si maminka: *„Po obědě mohla odpočinout, ať v křesle nebo na pohovce a mohla mít svoji deku a polštářek.“* Uvítal by: *„Možnost zapojení do programů, třeba posílení paměti, měli by si s lidmi povídat, věnovat se jim. Dostali se ven na zahradu nebo šli na procházku.“* Respondent se zmínil o tom, že maminka chodila do kostela: *„Nevím, zda je reálné mít tam zřízenou místnost, která by připomínala kostel, eventuálně možnost menší bohoslužby.“* Dále uvedl, že by využili služeb kadeřnice, pedikérky. Byl by rád za poskytnutí informací ohledně možností dávek: *„Které bychom využili pro maminku – dneska se za všechno platí. Uvítal bych i psychickou podporu, praktické rady, jak zvládat určité situace.“* Respondent se zmínil o možnosti setkání rodinných příslušníků, kteří si vzájemně vyměňují informace, jak se dá péče zvládnout.

Respondent (R5) mluvil o své představě stacionáře následovně: *„Představuju si, že by prostředí určitým způsobem připomínalo domov a zařízení je zabezpečeno před samovolným odchodem klientů. Je to asi taková školka pro dospělé. Tatínek by se dostal do kontaktu s lidmi, společně by mohli pomocí her procvičovat paměť nebo dělat jednoduché manuální činnosti. Předpokládám, že by měl možnost odpočinout si v křesle nebo na pohovce a přinést si něco osobního – třeba knihy, které měl rád, svůj polštářek, staré fotografie.“* Respondent by uvítal, aby se tatínek dostal na čerstvý vzduch a mohl se zapojit do různých programů včetně pohybových, ale: *„Do žádného z nich by nebyl násilně nucen.“* Dále uvedl, že by využil případnou možnost, aby tatínek byl ráno pracovníky do stacionáře odvezen a odpoledne by si ho již vyzvedl. Využil by i služby holiče. Na otázku ohledně poradenství odpověděl: *„Samozřejmě, rád bych se poradil se sociálkou ohledně možnosti získání finančního příspěvku – vždyť služby ve stacionáři jsou zpoplatněné. Využil bych i možnost odborné rady, jak zvládat určité konkrétní situace.“* Respondent říkal, že slyšel o možnosti společných setkání rodinných příslušníků, při kterém si vzájemně předávají zkušenosti ohledně péče o nemocné:

„V televizi jsem viděl pořad, že do těchto zařízení občas dochází studenti a mají připravené různá vystoupení. Myslím, že to bylo celkem fajn.“

Respondentka (R6) zdůraznila upravené prostředí, které by mělo podporovat orientaci nemocných a připomínat domov: *„Například jednoduchou kuchyňku, jídelnu, společenskou místnost s pěknými křesly, televizi a pohovkou, na které by si mohla v případě potřeby krátce odpočinout. Aby si mohla vzít něco osobního, napadá mne polštářek, deka, fotografie.“* Respondentka předpokládala, že je stacionář zajištěn před samovolným odchodem klientů, ale chtěla, aby se maminka, za dohledu pracovníků, dostala ven na procházku nebo měla možnost posedět na lavičce. K aktivizaci říkala, že by uvítala možnost pohybových aktivit (například tanečky) a procvičování paměti zábavným způsobem, ale vždy se zřetelem a respektováním přání maminky. Využila by též služeb kadeřnice, pedikérky a vyzvednutí maminky (ráno) pracovníky stacionáře. Respondentka uvedla: *„Využila bych možnosti poradit se sociální pracovníci ohledně možného získání finančního příspěvku – za stacionář se určitě platí. Přivítala bych i praktické rady, jak zvládat určité situace.“* Respondentka by se ráda setkala s rodinnými příslušníky lidí postižených Alzheimerovou demencí a podělila se o zkušenosti, jak zvládají péči o své blízké.

Respondent (R7) syn respondenta sdělil: *„Ve stacionáři jsme se byli s tatínkem podívat, překvapilo nás příjemné, řekl bych, až domácí prostředí. Vládla tam přátelská nálada, klienti vypadali spokojeně. K mému překvapení, to nebyla jedna, dvě místnosti, ale byla zde kuchyňka, jídelna, společenská místnost s televizí, rádiem a také místnost, kde si mohli odpočinout v pohodlných křeslech. Uvítal bych, aby si tatínek mohl vzít svůj polštářek, deku.“* Syn respondenta se vyjádřil k oblasti aktivizace následovně: *„Předpokládám, že je nabídnuto několik aktivit, aby si mohli vybrat. Nechtěl bych, aby to měli příkazem. Uvítal bych možnost různých cvičení na paměť, cvičení, při kterých se využívají vzpomínky z minulosti nebo výrobu jednoduchých výrobků na procvičování zručnosti.“* Syn respondenta uvedl, že by chtěl, aby tatínka uznávali, respektovali a byl o něj projevem zájem. Dále sdělil, že by využil možnost psychické podpory, služeb holiče, pedikéra a rady sociální pracovníce ohledně způsobů finanční pomoci. Rád

by se setkal s rodinnými příslušníky lidí, kteří mají podobné onemocnění, a chtěl slyšet, jak péči zvládají.

Respondentka (R8) uvedla: „*Stacionář by musel být zabezpečen tak, aby ho nemocní nemohli samovolně opustit. Prostředí by mělo být příjemné, vzbuzovat dojem domova, barevné stěny, na zdech obrázky, hodiny, kalendář. Lidé by měli mít možnost odpočinout si v pohodlných křeslech, eventuálně na pohovkách.*“ Zmínila, že společné oslavy narozenin a svátků klientů by mohly být zajímavé. Respondentka očekává, že by s maminkou bylo jednáno s úctou a důstojností. Též sdělila, že by nemocným měla být nabídnuta možnost zapojit se do různých aktivit: „*Myslím, že se nemocným věnují, procvičují s nimi paměť jednotlivě nebo ve skupinkách. Určitě je podporována soběstačnost nemocných.*“ Respondentka se zmínila o placených službách a tudíž: „*Využila bych poradenství sociální pracovnice ohledně možného získání finančního příspěvku, který bych využila pro nemocnou maminku. Uvítala bych psychickou podporu a možnost společného setkání ostatních pečovateli.*“ Uvítala by služby kadeřnice a pedikérky.

Respondentka (R9) odpověděla: „*Prostředí by mělo být přizpůsobené tak, aby připomínalo domov, přispívalo k orientaci nemocných, ti by měli mít možnost posedět si v pohodlných křeslech, odpočinout si na pohovce. Měla by být možnost poslechu televize a rádia.*“ Za samozřejmé považuje, že zaměstnanci budou nemocné respektovat jako plnohodnotné občany a budou se k nim chovat s úctou. Respondentka se zmínila o aktivizaci nemocných: „*Předpokládám, že jsou pro ně připravené různé aktivity. Ty by měly být zaměřené na procvičování paměti, nenásilnou formou, několikrát během dne. Slyšela jsem o možnosti návštěvy speciálně vycvičených psů, nebo možnost zapojení se do tzv. tanečků.*“ Respondentka by uvítala radu ohledně získání finančního příspěvku: „*Vše je přeci zpoplatněno.*“ Dále říkala: „*Slyšela jsem, že se organizují pravidelná setkání nemocných s rodinnými příslušníky, určitě bych přišla, získala nové zkušenosti, pohledy ostatních, kteří se o takto nemocné starají. Do center prý přicházejí s programem žáci základních škol – považuji to přínosné pro obě strany. Na lidech je vidět spokojenost, úsměv, jsou vděční, že o ně má někdo zájem.*“

Respondentka (R10) zdůraznila prostředí, které by ve stacionáři mělo být: *„Prostředí by mohlo připomínat domov, barevné stěny s obrázky. Asi by tam bylo více místností, kuchyňka s jídelnou. Společenská místnost, kde by byly křesla nebo pohovky pro odpočinek. Dobře značené záchody a sprchy.“* Zmínila se chování k nemocným: *„Měl by být zajištěn odborný dohled, aby návštěvníci nemohli sami odejít. Vyškolení pracovníci by měli vědět, jak pacienty zvládat, jak je vhodným způsobem zaměstnat, ale při tom všem je respektovat a chovat se k nim slušně, s úctou.“* Říkala, že by se manžel dostal mezi lidi, popovídal si s nimi, během dopoledne šel na procházku. Na otázku jestli by využila služby kadeřníka, pedikéra nebo možnost odvozu tam a zase zpět, odpověděla: *„To myslíte vážně, že by manžela někdo ráno odvezl a zase mi ho přivezl. To by bylo perfektní, nevím totiž, jak bych ho do města vozila. Vůbec mne nenapadlo, že by do zařízení docházel holič, který by manžela ostříhal, oholil – to víte, že by mi to pomohlo.“* Respondentka též sdělila, že by využila rady ohledně možnosti získání finančního příspěvku: *„Určitě se za všechno platí a já nevím, jestli bych to vše z důchodu utáhla.“* Uvítala by setkání s rodinnými příslušníky, kteří pečují o nemocné s Alzheimerovou demencí: *„To bych byla ráda, aspoň bych se podělila o své starosti a někdo mi zas poradil, jak to zvládá.“*

4.2.7 Očekávaná ošetrovatelská péče ve stacionáři

Schéma 7 Očekávaná ošetrovatelská péče ve stacionáři



Ke kategorii *Očekávaná ošetrovatelská péče ve stacionáři*, byly na základě analýzy rozhovorů s respondenty vytvořeny 3 kategorie: *Přítomnost sester*, *Přítomnost lékaře* a *Ošetrovatelská péče*. Třetí kategorie byla rozdělena na následující oblasti: *výživa*, *vyprazdňování*, *hygiena*, *užívání léků*, *aplikace injekcí*, *provedení převazu*, *změření TK a hladiny krevního cukru* a *doprovod na vyšetření*. Kategorie je rozpracovaná pomocí schématu (Schéma 7 Očekávaná ošetrovatelská péče ve stacionáři).

Respondentka (R1) předpokládala, že by ve stacionáři byly přítomny sestry, které by dohlédly na ošetrovatelskou péči dle individuálních potřeb klientů. Říkala: „*Já osobně bych uvítala pomoc s hygienou, respektive s celkovou koupelí ve sprše. Byla by asi nutná výměna inkontinentních pomůcek. Maminka občas potřebuje i pomoc při stravování, dohled nad dodržováním pitného režimu. Uvítala bych i doprovod na různá vyšetření.*“ Respondentka by byla ráda, kdyby do centra docházel lékař.

Respondent (2R) manželka respondenta vyjádřila přání ohledně možnosti pravidelných lékařských prohlídek a chtěla by, aby byly ve stacionáři přítomny sestry, které by manželovi například podaly léky. Sám nemocný by si přál: *„Chtěl bych být v čistotě, upravený. Byl bych rád, kdyby mi pomohli na WC, popřípadě vyměnili plenky, abych nebyl v mokru. Rád bych se najedl sám.“*

Respondentka (R3) sdělila: *„Vůbec nevím, jestli v takových zařízeních pracují sestry. Můj muž by asi potřeboval i jejich péči. Uvítala bych možnost pomoci s hygienou, hlavně s celkovou koupelí, velkým problémem doma je mytí vlasů, o stříhání nehtů ani nemluví. Chtěla bych, aby byl upravený, v případě nutnosti mu někdo vyměnil plenkové kalhotky nebo ho doprovodil na toaletu. Muž občas potřebuje pomoci s jídlem, občas musí být nakrmen. Předpokládám, že sestřičky ví, jakým vhodným způsobem mají nemocné zvládnout.“* Respondentka by byla ráda, kdyby manželovi byly podány léky. Využila by i možnosti aplikace injekce, v případě poranění provedení převazu. Zmínila se o lékařské péči: *„Vůbec by nebylo špatné, kdyby tam docházel lékař, neboť každá návštěva lékaře je doslova hororem.“*

Respondent (R4) se vyjádřil následovně: *„Asi by bylo dobré, kdyby v centru pracovaly speciálně vyškolené sestry nebo pečovatelky, které by věděly, jak mají k nemocným přistupovat. Za samozřejmé považují, že by dohlídly na maminkčinu čistotu – myslím, že by ji vyměnily plenky, odvedly na záchod, pomohly s oblékáním. Možná by se nechala v jiném prostředí i umýt. Nutno by bylo dohlédnout, aby se najedla, dostatečně pila.“* Říkal, že by sestry měly podávat léky a dohlédnout, aby je nemocní spolkli: *„Byl bych rád za občasné změření tlaku a uvítal možnost pravidelného sledování hodnot cukru v krvi i aplikaci inzulínu. Kdyby ji odborně převázaly bércový vřed.“* K přítomnosti lékaře sdělila: *„Předpokládám, že by do centra pravidelně přicházel lékař a sledoval zdravotní stav nemocných, upravoval léky podle potřeby.“*

Respondent (R5) předpokládal, že by tatínkovi byly poskytnuty ošetrovatelské služby: *„Bylo by mu pomůženo dojít si na WC, obléknout, svléknout, popřípadě umýt, eventuálně vyměnit vložné pleny, které prozatím odmítá. Aby byl nakrmen, až nebude zvládat se sám najíst a byly mu nabízeny tekutiny.“* Uvítal by možnost doprovodu na vyšetření a namazání kůže: *„Občas má vyrážku a škrábe se, tak možná postižená*

místa převázat.“ Respondent mluvil o návštěvě lékaře: *„Uvítal bych občasnou návštěvu lékaře, aby sledoval tatínkův zdravotní stav, aktuálně upravil léky, které není schopen si sám vzít – takže, aby mu léky sestry podaly a dohlédly, aby je spolknul.“*

Respondentka (R6) na otázku, jestli by očekávala i ošetrovatelské služby, odpověděla: *„Určitě ano, nevím, jestli tam pracují sestřičky. Byla bych ráda, kdyby sestry dohlédly, aby maminka dostala svoje léky a aby jí byl aplikován inzulin. Uvítala bych převaz bércového vředu.“* Respondentka považuje za samozřejmé, aby maminka měla možnost kulturně se najíst pomocí lžice a aby jí byly nabízeny tekutiny. Též pomoc při vyprazdňování by měla být automatická. Předpokládá, že by bylo dohlédnuto, aby maminka byla čistá a eventuálně jí bylo pomoženo převléknout se do náhradního oblečení. Zmínila se, že by do stacionáře: *„Mohl docházet lékař, který by pravidelně sledoval maminčin zdravotní stav, provedl testy a případně nás informoval, jak nemoc postupuje.“* Poté řikala: *„Byla bych ráda za kontrolu hladinu cukru v krvi, sledování krevního tlaku, odpadly by mi nepříjemnosti s maminčíným chováním v čekárně.“* Uvedla, že na případné doporučené vyšetření by maminku sami doprovodili: *„Takové služby bych od sester nemohla chtít. To bych už ji rovnou mohla dát do nemocnice.“*

Respondent (R7) syn respondenta uvedl: *„Nevím, jestli ve stacionáři pracují přímo sestřičky. Určitě bych byl rád, kdyby někdo tatínkovi podal léky, případně mu píchly inzulin. Když už jsme u této oblasti – uvítal bych, kdyby do stacionáře jednou týdně docházel lékař, tatínka vyšetřil, pohlídal cukrovku nebo mu upravil léky.“* Sám respondent říkal: *„Byl bych rád, abych byl upravený, snad by mne někdo odvedl i na záchod, až to sám nezvládnou nebo vyměnil plenky. Snad mi pomůžou i najíst se.“* Respondent měl slzy v očích, nenacházel slova.

Respondentka (R8) zdůraznila následující: *„Bylo by dobré, aby byla přítomna sestra, která by se zabývala případnou ošetrovatelskou činností. Předpokládám, že by klientům podávala léky a dohlédla, aby je spolkli. V případě potřeby aplikovala inzulin, provedla jednoduchý převaz. Za samozřejmé považuji umytí klientů, výměnu inkontinentních pomůcek, ale to by asi nemusela dělat konkrétně sestra.“* Říkala, že by snad mamince pomohly s jídlem, dohlédly na ni, aby se najedla. Uvedla: *„Na zdravotní*

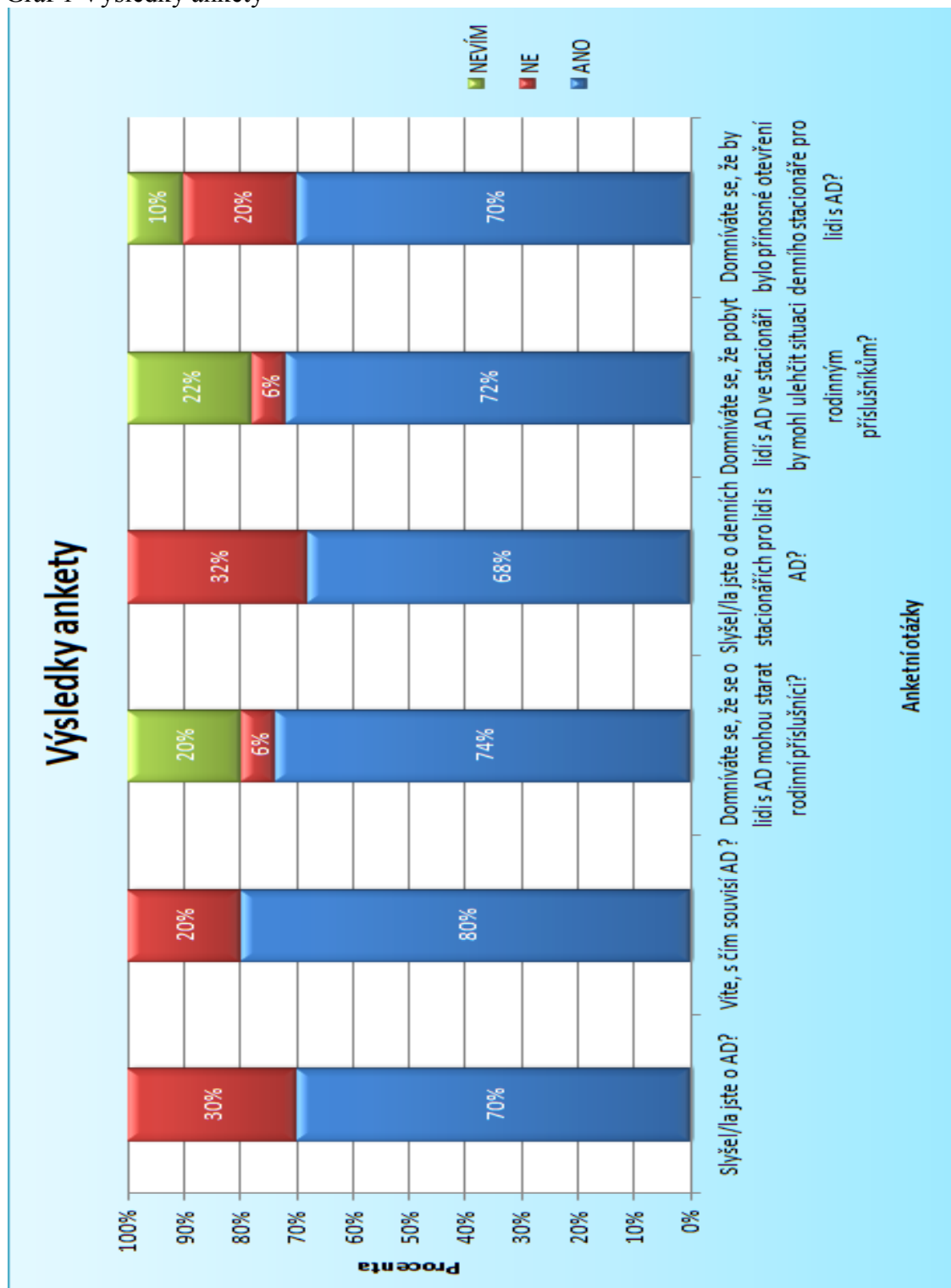
stav by mohl dohlédnout lékař, konkrétně u maminky bych byla ráda za sledování hladiny krevního cukru, změření tlaku, případně upravení medikace.“

Respondentka (R9) na otázku, jestli by chtěla poskytnout i ošetrovatelské služby, odpověděla: *„Nevím, co přesně máte na mysli. Vzhledem k tomu, že maminka pouze pravidelně užívá léky, které jsem jí schopna dát, tak asi ne. Nevím, jestli do centra sestřičky docházejí nebo tam dokonce pracují. Domnívám se, že tam není ani lékař a v případě zdravotních problémů je informována rodina.“* Říkala, že by chtěla, aby bylo dohlédnuto na příjem potravy a pomoženo s toaletou.

Respondentka (R10) sdělila, že by byla ráda za přítomnost sester: *„Manželovi píchly inzulin a občas změřily hladinu cukru v krvi. Daly by mu v poledne léky a dohlédly, aby je spolknul.“* Ohledně sledování zdravotního stavu uvedla: *„Kdyby jednou za čas přišel do stacionáře lékař, zhodnotil manželův zdravotní stav, změřil tlak a předepsal by potřebné léky. Ulehčila bych tím synovi, nemusel by si brát v práci propustku.“* Zmínila se o hygieně – byla by ráda za umytí manžela. Předpokládá, že by mu pomohly se stravou, s vyprazdňováním: *„Snad by mu pomohly dojít si na záchod, možná i utřít a obléknout.“*

4.3 Anketa

Graf 1 Výsledky ankety



Zdroj: vlastní

Ankety se zúčastnilo 50 náhodných respondentů, bylo jim položeno šest otázek z oblasti problematiky Alzheimerovy demence. V grafu jsou znázorněny odpovědi respondentů v procentuálním zastoupení.

Na otázku č. 1: *Slyšel/la jste o AD?*, odpovědělo 70 % (35 respondentů) *ano*, 30 % (15 respondentů) *ne*.

Na otázku č. 2: *Víte, s čím souvisí AD?*, odpovědělo 80 % (40 respondentů) *kladně*, 20 % (10 respondentů) *záporně*.

Na otázku č. 3: *Domníváte se, že se o lidi s AD mohou starat rodinní příslušníci?*, byla odpověď *ano* v 74 % (37 respondentů), *ne* v 6 % (3 respondenti), *nevím* odpovědělo 20 % (10 respondentů).

Na otázku č. 4: *Slyšel/la jste o denních stacionářích pro lidi s AD?*, odpovědělo *kladně* 68 % (34 respondentů), *záporně* 32 % (16 respondentů).

Na otázku č. 5: *Domníváte se, že pobyt lidí s AD ve stacionáři by mohl ulehčit situaci rodinným příslušníkům?*, byla odpověď *ano* v 72 % (36 respondentů), *ne* v 6 % (3 respondenti), *nevím* ve 22 % (11 respondentů).

Na otázku č. 6: *Domníváte se, že by bylo přínosné otevření denního stacionáře pro lidi s AD?*, odpovědělo *ano* 70 % (35 respondentů), *ne* 20 % (10 respondentů), *nevím* 10 % (5 respondentů).

5. Diskuze

V diplomové práci jsme se zabývali problematikou Alzheimerovy demence v rodině a eventuálních možnostech využití služeb denního, týdenního stacionáře. Výzkumné šetření bylo prováděno pomocí rozhovorů s rodinnými příslušníky, kteří pečují o své blízké, jímž byla diagnostikována Alzheimerova demence a též s respondenty, kteří byli sami postiženi Alzheimerovou demencí. Zaměřili jsme se na život rodinných příslušníků, na potíže nemocných, které souvisely s vývojem onemocnění, na problémy, které musejí rodinní příslušníci řešit při poskytování péče a možnosti, které by jim mohly ulehčit situaci. V rámci možnosti ulehčení situace rodinných příslušníků jsme se v rozhovoru zaměřili na eventuální možnost využití stacionářů včetně očekávaných služeb a očekávané ošetrovatelské péče. Za pomoci ankety jsme zjišťovali, jestli je Alzheimerova demence v povědomí veřejnosti.

Diplomová práce je rozdělena na část teoretickou a empirickou. Pro zjištění výše uvedených cílů jsme v empirické části použili kvalitativní výzkumné šetření. Byla zvolena metoda dotazování formou nestandardizovaného rozhovoru s vybranými respondenty. Výzkumný soubor tvořilo deset respondentů, kteří pečovali o své rodinné příslušníky s Alzheimerovou demencí, a také respondenti, kteří byli sami postiženi Alzheimerovou demencí. Respondenti byli vybráni záměrně. Podkladem pro rozhovory byly předem připravené okruhy otázek (Příloha 11) a v případě potřeby byly respondentům kladeny doplňující otázky. Rozhovory byly zaznamenány na diktafon a do záznamových archů, dále přepsány s využitím autentických odpovědí respondentů, částečně parafrázovány a zaznamenány nepřímým přepisem. K jejich dalšímu zpracování byla použita technika otevřeného kódování – metoda papír a tužka. Přepis odpovědí jednotlivých respondentů byl očíslován, jednotlivým řádkům bylo přiděleno číslo a respondenti byli též označeni (Příloha 17). Tuto metodu uvádí ve své knize Švaříček, Šed'ová et al. (2007). Na základě opakovaného čtení a vytvořením kódů vznikaly hlavní kategorie a jejich podkategorie, které byly následně zpracovány a vzájemné souvislosti mezi nimi byly znázorněny za pomoci schémat.

Ke zjištění povědomí veřejnosti ohledně problematiky Alzheimerovy demence, včetně možnosti využití služeb stacionářů, jsme využili výzkumné šetření metodou

ankety. Výzkumný soubor tvořilo 50 náhodných respondentů, kteří byli osloveni a požádáni o jednoslovné odpovědi na předem připravené otázky (Příloha 12). Záznam odpovědí na anketní otázky byl zpracován do tabulky 2 (Příloha 13) a následně byl vytvořen graf 1.

Prvním cílem bylo: *Zjistit, co rodinné příslušníky klientů s Alzheimerovou demencí vede k využití služeb denního, týdenního stacionáře.* Z výzkumného šetření vyplynuly problémy, které rodinní příslušníci klientů s Alzheimerovou demencí musí řešit. Nejčastěji respondenti zmiňovali problémy související s náročností péče o nemocné, které narůstaly s postupným vývojem onemocnění. Jak popisuje Callone et al. (2008), péče o rodinné příslušníky s Alzheimerovou demencí je velmi náročná a ovlivňuje život samotného pečovatele a celé jeho rodiny.

Tabulka 1 znázorňuje vztah respondenta k nemocnému, věk a pohlaví nemocného, diagnostiku Alzheimerovy demence a původní povolání nemocných. Ze zjištěných údajů vyplynulo, že Alzheimerova demence je onemocněním především vyššího věku, vyskytuje se u lidí s různým stupněm vzdělání a rozmanitých profesí. Tento fakt je zdůrazněn v knize Bartoše a Hasalíkové (2010), kteří mimo jiné uvádějí, že s věkem riziko onemocnění stoupá a s postupným prodlužováním délky života lze očekávat i zvýšený počet pacientů s demencí. Franková et al. (2011) se zmiňuje o výskytu vzácnějších forem Alzheimerovy demence s časným začátkem vzniku, s čímž souhlasíme, neboť do výzkumného šetření byli též zahrnuti respondenti, u nichž byla Alzheimerova demence diagnostikována v 55 letech.

Potvrdilo se nám tvrzení Callone et al. (2008) a Jiráka, Holmerové, Borzové et al. (2009), kteří uvádějí, že prvními příznaky Alzheimerovy demence jsou poruchy paměti a poměrně brzy se objevují poruchy orientace v prostoru a čase. Schéma 1 vzniklo na základě odpovědí respondentů. Z výsledků rozhovorů vyplynulo, že prvními příznaky Alzheimerovy demence jsou potíže s pamětí a to, především oblast zapomínání. O této oblasti se zmínilo všech 10 respondentů, shodně popsali, že jejich blízcí začali občas zapomínat a těmto potížím často zpočátku nebyla věnována patřičná pozornost. Dezorientaci popsal 5 respondentů, o zmatenosti svých blízkých se zmínili 4 respondenti.

S postupným vývojem Alzheimerovy demence se prohlubují i potíže samotných nemocných, jak je znázorněno pomocí schématu 2. Nejčastěji se jedná o další zhoršení paměti, s čímž souvisí zapomínání, dezorientace a zmatenost. To koresponduje s názorem Zgoly (2003), která ve své knize uvádí, že dalším bolestným důsledkem ztráty paměti je právě dezorientace v čase, místě nebo osobě. Oblast zapomínání popsalo všech 10 respondentů, kteří často uváděli, že právě zhoršující se paměť byla důvodem k návštěvě lékaře. Zajímavým zjištěním v rámci ankety bylo, že 40 respondentů z 50 ví, že Alzheimerova demence souvisí s pamětí, přičemž 15 dotazovaných nikdy o Alzheimerově demenci neslyšelo. S vývojem Alzheimerovy demence souvisí i změna chování nemocných, především slovní a fyzická agrese, kterou uváděli respondenti během rozhovorů. Pidrman (2007) poukazuje na fakt, že agresivita dementních pacientů je často zaměřená vůči nejbližším příbuzným a je velmi nápadným příznakem demence. Uvádí, že výskyt slovní agrese je častější než agrese fyzické, což potvrdilo i naše výzkumné šetření, i když rozdíl nebyl velký. Slovní agresi především vůči pečovatelům uvedlo 7 respondentů, o fyzické agresi se zmínilo 5 respondentů. Dalšími potížemi nemocných, které vyplynuly z rozhovorů, jsou postupná ztráta zájmů, ztráta zaměstnání v produktivním věku a v případě vlastnictví řidičského průkazu jeho odebrání. Respondentka (1R) říkala: „*Na návrh lékaře jsme zažádali o předčasný invalidní důchod, který byl mamince nakonec přiznán.*“ Respondent (2R) si uvědomil svůj zhoršující se zdravotní stav a po dohodě s vedoucím požádal o pracovní neschopnost, po dohodě s lékařem přestal řídit automobil. Respondentka (3R) uvedla, že manžel: „*Po vzájemné domluvě přestal vypomáhat na pile.*“ Respondent (5R) sdělil, že bylo velmi riskantní, aby otec řídil automobil – tak ho raději vozil sám. Syn respondenta (7R) uvedl, že otec podal žádost o invalidní důchod, který mu byl přiznán. Respondentka (10R) zmínila: „*Bylo nám doporučeno, aby manžel přestal řídit auto. Nevěděli jsme, jak to udělat. Když někam chtěl manžel jet, tak řídil syn nebo vnuk – postupně se to stalo pravidlem.*“ Serbinová, Benešová a Vaníčková (2013) se zmiňují, že existuje možnost získání invalidního důchodu u osoby s Alzheimerovou demencí, která nedosáhla důchodového věku a následkem onemocnění není schopna trvalé práce. Problematikou odebrání řidičského průkazu se zabývá Franková et al. (2011), která

zdůrazňuje, že Alzheimerova demence je riziková diagnóza pro řízení dopravních prostředků již od mírných stadií a měla by na základě rozhodnutí lékaře a ve spolupráci s rodinou vést k odebrání řidičského průkazu.

Jak je uvedeno v literatuře a vyplývá i z našeho výzkumného šetření, nemocní s Alzheimerovou demencí mají své potřeby, které nejsou schopni sami uspokojit. „*Onemocnění vašeho blízkého se bude postupně zhoršovat a právě na vás bude ležet stále větší zodpovědnost, pokud jde o iniciování komunikace, posouzení partnerových potřeb a péči o něj*“ (Glennner et al., 2012, s. 7). Z rozhovorů s respondenty vyplynuly následující potřeby nemocných s Alzheimerovou demencí (Schéma 3): výživa, vyprazdňování, hygiena, spánek, úprava zevnějšku, aktivizace a užívání medikace. S tímto zjištěním souhlasím, neboť já sama ve své praxi pomáhám klientům s Alzheimerovou demencí uspokojovat výše uvedené potřeby na základě vzájemné spolupráce s nimi, přičemž je u klientů podporována jejich soběstačnost. Zmiňované potřeby nemocných popisují ve svých publikacích následující autoři. Kučerová (2006) uvádí, že nemocný na sebe přestává dbát, zhoršuje se osobní hygiena, odmítá se mýt a vzít si čisté prádlo, není schopen přijímat pestrou stravu včetně dostatku tekutin, zapomíná brát léky. Callone et al. (2008) uvádí konkrétní příklady, jak postupovat při uspokojování potřeb nemocných včetně podpory jejich soběstačnosti. Buijssen (2006) zdůrazňuje význam verbální i neverbální komunikace při uspokojování potřeb nemocných s Alzheimerovou demencí. „*Dobrá komunikace s pacientem či klientem se zdá být základem vztahu mezi pečujícím a příjemcem péče*“ (Venglářová, 2007, s. 74). Problémy s výživou uvedlo 9 respondentů – přičemž 6 respondentů popsalo, že jejich blízcí postupně zapomněli používat příbor, ale lžící se byli schopni najíst. Franková et al. (2011) klade důraz na pravidelný příjem potravy a tekutin včetně podpory soběstačnosti nemocných. Potíže s vyprazdňováním zmínilo 9 respondentů, přičemž 7 z nich uvedlo, že s vývojem onemocnění začali jejich blízcí být inkontinentní, s čímž souvisely problémy s používáním inkontinentních pomůcek, které nemocní často odmítali. Problémy s hygienou svých blízkých popsalo 9 respondentů. Při rozhovorech blíže specifikovali problémy týkajících se hygienické péče, která byla často prováděna proti vůli nemocných. Souvislost kognitivního deficitu s výskytem inkontinence uvádí

Kalvach et al. (2011), který mimo jiné klade důraz na hygienickou péči nemocných. S touto potřebou úzce souvisí úprava zevnějšku. Osm respondentů uvedlo, že jejich blízcí o sebe přestali dbát a muselo být dohlédnuto, aby nemocní byli upravení a pěkně vypadali. Hošková (2012) zdůrazňuje význam kognitivní aktivizace a rehabilitace, která slouží k udržení psychické aktivity nemocného. S tímto názorem se ztotožňujeme, neboť z výzkumného šetření vyplynulo, že 9 respondentů aktivizuje své blízké, snaží se s nimi procvičovat paměť formou různých cvičení a her. Pidrman a Kolibáš (2005) uvádí, že závažným psychologickým faktorem u lidí s Alzheimerovou demencí je porucha spánku, zejména spánková inverze a přiměřená aktivita nemocných během dne může být její vhodnou prevencí. Tento názor koresponduje s názorem Venglářové (2007), která považuje dostatek aktivity za základní opatření problémů se spánkem. Respondentka (3R), ale uvedla: „*Manžel pospával během dne a v noci toho moc nenaspal.*“ Podobné odpovědi mělo i dalších 5 respondentů, kteří popisovali, že jejich blízcí potřebu spánku uspokojovali především přes den (i když byli aktivizováni) a v noci spali málo. To mohu potvrdit i ze své praxe, kdy v nočních hodinách klienti s Alzheimerovou demencí často nespali, opouštěli lůžka, bloudili po oddělení – přestože byli přes den aktivizováni. Klienty jsem musela několikrát za noc odvést zpět na pokoj, uložit na lůžko a opakovaně na ně dohlédnout. Právě zvýšený dohled klientů s Alzheimerovou demencí je nezbytný z bezpečnostních důvodů. Franková et al. (2011) uvádí, že v současné době neexistuje lék, který by Alzheimerovu demenci vyléčil, ale přesto jsou známy léky, které dovedou toto onemocnění výrazně zpomalit. Používají se tzv. kognitiva, jejichž hlavním efektem je oddálení progresu onemocnění a mohou vést k přechodnému zlepšení kognitivních funkcí. Toto se nám potvrdilo, neboť 3 respondenti uvedli, že díky užívání léků se zdravotní stav jejich blízkých stabilizoval. Potřebu užívání medikace během rozhovorů zmínilo celkem 8 respondentů, 3 respondenti popsali problémy s tím spojené, kdy jejich blízcí léky odmítali, a bylo nutno dohlédnout, aby je spolkli.

Na základě rozhovorů s respondenty byla stanovena kategorie Život pečovatелů, která je znázorněna pomocí schématu 4. Poukazuje na náročnost péče o nemocného, kterou je mnohdy obtížné skloubit se zaměstnáním pečujících. Dále respondenti

popisovali život jejich rodin včetně zanedbávání rodinných příslušníků, zmínili se o zdravotních problémech a ztrátě koníčků pečovateli. Náročnost péče uvedlo všech 10 respondentů, kteří popsali, jak je péče o jejich blízké náročná a mnohdy vyčerpávající. Respondentka (1R) řikala: „*Péče byla stále více a více náročnější.*“ Respondentka (3R) zmínila: „*Začínám pocítovat beznaděj. Nevím, jak dlouho to vše ještě vydržím.*“ Respondentka (8R) uvedla: „*Začala jsem sama sebe zanedbávat, vše se točí kolem maminky. Nevěděla jsem, že každodenní péče bude tak vyčerpávající. Manžel je sice velmi trpělivý, ale i na něm bylo vidět, že je často podrážděný, nevyspalý.*“ Touto problematikou se zabývá Regnault (2011), která uvádí, že s postupující nemocí péče o blízkého zabírá stále více času a stává se značně vyčerpávající. „*Pokud si nestanovíme určité limity, brzy tuto situaci přestaneme snášet*“ (Regnault, 2011, s. 63). V této souvislosti bychom rádi navázali na problémy péče o blízké osoby v souvislosti se zaměstnáním pečujících, které zmínilo 7 respondentů. Respondentka (1R) uvedla: „*Začala jsem chodit na směny. Po noční směně jsem často ani nešla spát.*“ Manželka respondenta (2R) vyjádřila obavy z budoucí péče o manžela, neboť důchodového věku dosáhne až za 10 let. Respondent (4R) říkal: „*Naštěstí mi v práci opět vyšli vstříct a já začal chodit na odpolední směny. Já se starám o maminku dopoledne, manželka odpoledne.*“ Na zkrácený úvazek začala chodit respondentka (6R), přiznání invalidního důchodu uvítala respondentka (8R), nevyspalá do práce chodila respondentka (9R). Stejně i Regnault (2011) považuje skloubení zaměstnání s péčí o nemocného s Alzheimerovou demencí za velmi komplikované a upozorňuje na nebezpečí vyčerpání a vhodnost přenesení některých povinností na druhé. Z následujícího je zřejmé, že pečovatelé mají narušený osobní i rodinný život, který souvisí se zanedbáváním vlastní rodiny. Během rozhovorů 7 respondentů popsal jejich rodinný život, jako velmi obtížný, většinu volného času věnovali péči o své blízké a postupně začali zanedbávat ostatní členy rodiny, což uvedlo 6 respondentů. To koresponduje s názorem Buijssena (2006), který uvádí, že Alzheimerova demence je nemoc převracející život jeho nejbližších vzhůru nohama. Tato problematika je též popsána v knize Alzheimerova choroba: „*Pečujícího může velmi snadno péče o nemocného zcela pohltit*“ (Regnault, 2011, s. 71). Autorka dále uvádí, že pečovatelé

by měli mít na paměti i svůj vlastní život: „*Byl naplněný různými aktivitami, ale především lidmi, kteří vás mají rádi a pravděpodobně vás také potřebují*“ (Regnault, 2011, s. 71). Ztrátu koníčku uvedlo 5 respondentů. Respondentka (3R) uvedla, že by měla výčitky, pokud by se věnovala svým zájmům, respondentka (8R) říkala, že ji velmi chybí turistické pochody, respondentka (10R) si uvědomuje, že sama sebe zanedbává: „*Zanedbávám sama sebe, nejdu ani ke kadeřnici, stříhám se sama.*“ Každodenní vyčerpávající péče má též za následek výskyt zdravotních problémů, jež popsalo 6 respondentů. Toto zjištění koresponduje s Buijssenem (2006) a Glennerem et al. (2012), kteří mimo jiné popisují zdravotní problémy pečovatelů v souvislosti s poskytovanou péčí svým blízkým. Formánková, Novotný a Efenberková (2012) poukázali na zátěž pečovatelů, která je mnohdy spojena s komplexním ekonomickým, sociálním a zdravotním dopadem, jehož důsledkem může dojít k bezvýhodnosti situace rodinných pečovatelů. Zajímavým zjištěním v rámci ankety bylo, že 37 respondentů se domnívá, že se o lidi s Alzheimerovou demencí mohou starat rodinní příslušníci, 10 respondentů odpovědělo „*nevím*“ a 3 respondenti se domnívají, že se rodinní příslušníci nemohou starat o své blízké s Alzheimerovou demencí. Domnívám se, že péče o rodinné příslušníky s Alzheimerovou demencí je velmi náročná a není v silách jednoho člena rodiny tuto péči zajistit. Pokud je ale péče o nemocného rozložena mezi více rodinných členů, je možno ji v domácím prostředí poskytnout.

V této souvislosti bychom rádi navázali na určité možnosti pomoci pečovatelům. V rámci výzkumného šetření byla na základě odpovědí respondentů určena kategorie Ulehčení situace (Schéma 5), do níž respondenti řadili využití služeb center pro seniory, využití respitních služeb, využití denních a týdenních stacionářů. Též se zmínili o Alzheimer centrech. Služeb center pro seniory využili 4 respondenti, s poskytovanými službami byli spokojeni, ale z důvodu samovolného odchodu jejich blízkých musel být pobyt přerušen, neboť tato centra nebyla určena pouze pro lidi s Alzheimerovou demencí. Sami nemocní, respektive respondent (2R) zvažoval možnost docházet do denního centra, aby přišel mezi lidi, respondent (7R) připustil do budoucna možnost návštěvy stacionáře. Kalvach et al. (2011) zmiňuje mimo jiné i o možnosti využití služeb center pro seniory, které vidí jako přínosné pro obě strany. Dušková a Hasalíková

(2010) vidí využití respitních služeb, jako určitou možnost pomoci pečovateli, v případě zdravotních problémů nebo jejich nezbytného odpočinku. S tímto názorem se ztotožňujeme, neboť já sama se ve své praxi setkávám s rodinnými příslušníky, kteří občas přijdou se žádostí o přechodné umístění svého blízkého v Nemocnici následné péče. Proto nás překvapil názor respondentů, kdy 8 respondentů vědělo o možnosti využití respitních služeb, ale pouze 3 respondenti tyto služby využili. Všichni respondenti by v případě možnosti využili služeb denních stacionářů, které by byly určeny lidem s Alzheimerovou demencí. Stejně tak i Jiráková, Holmerová, Borzová et al. (2009) vidí v denních stacionářích určité řešení a pomoc rodinám v tíživé situaci trvalé péče o nemocného člena rodiny, která umožní skloubit péči o blízkého člověka se zaměstnáním a poskytne čas pro osobní potřeby. Tento názor koresponduje s odpověďmi respondentů, kdy respondentka (1R) řekla: *„Během této doby bych mohla zařídit spoustu věcí, věnovat se své rodině a svým zájmům, a také bych si odpočinula od téměř nepřetržité péče.“* Respondent (4R) uvedl, že by mohl chodit do práce na ranní směny, mohl by si zařídit běžné věci a odpoledne by se postaral o maminku. Respondent (5R) vidí v denním stacionáři především pomoc pro maminku, která by si odpočinula a mohla jít například do divadla. Respondentka (8R) uvedla: *„Měla bych možnost jít do divadla, nebo na celodenní pochod. Nabrala bych nové síly pro další péči.“* Respondentka (9R) sdělila, že by se péče o maminku dala lépe skloubit se zaměstnáním. Naše šetření ukázalo, že respondenti služeb denního stacionáře využít nemohou z důvodu, že zařízení podobného typu není otevřené v okolí jejich bydliště. Dušková a Hasalíková (2010) považují ambulantní služby denních stacionářů vhodné pro lidi se sníženou soběstačností před vážným zhoršením zdravotního stavu. Z ankety vyplynulo, že 34 respondentů slyšelo o denních stacionářích, 16 respondentů o nich neslyšelo. Dále v rámci ankety bylo zjištěno, že 36 respondentů se domnívá, že by pobyt lidí s Alzheimerovou demencí ve stacionáři mohl ulehčit situaci rodinným příslušníkům, 11 respondentů odpovědělo „nevím“, 3 respondenti odpověděli záporně. Jako přínosné otevření denního stacionáře vidí 35 respondentů, 10 respondentů se domnívá, že by žádný přínos nebyl, 5 respondentů odpovědělo „nevím“. Z rozhovorů s respondenty vyplynulo, že 7 respondentů slyšelo o týdenních stacionářích a možnost

ponechat svého blízkého ve stacionáři přes noc by využilo několik dní v týdnu. Jirák, Holmerová, Borzová et al. (2009) se domnívají, že pobyt v týdenních stacionářích je určitou alternativou hospitalizace nemocných s Alzheimerovou demencí. Další formou pomoci je umístění nemocných v Alzheimer centru, obzvláště v pokročilejším stupni demence. O této možnosti se zmínilo 6 respondentů, přičemž pouze 2 respondenti, konkrétně sami nemocní, uvedli, že vzhledem k dlouhé čekací době žádost podali již nyní. Respondent (5R) říkal, že maminka byla zásadně proti umístění tatínka v Alzheimer centru, ostatní respondenti tuto možnost nezavrhlí. V České republice se postupně otevírají Alzheimer centra pro lidi s demencí, příkladem je otevření nového Centra spokojeného stáří pro nemocné Alzheimerovou chorobou na podzim roku 2013 ve Svobodě nad Úpou (Alzheimer care, 2013).

Na základě výše uvedeného šetření bylo zjištěno, že nemocní s Alzheimerovou demencí mají potíže s pamětí, často zapomínají, občas jsou zmatení a dezorientovaní. Nemoc vede ke ztrátě jejich zaměstnání, zájmů, řidičského průkazu a ke změně chování ve smyslu slovní a fyzické agrese. S postupující nemocí nejsou schopni sami uspokojit své potřeby ohledně výživy, vylučování, často nedodržují hygienické návyky, přestávají dbát o svůj zevnějšek, mají problémy se spánkem, musí být aktivizováni, často odmítají brát předepsané léky.

Tímto byla získána odpověď na výzkumnou otázku, která zní: *Jaké existují problémy, které rodinní příslušníci klientů s Alzheimerovou demencí musí řešit?* Mezi tyto problémy patří zvládnout přijatelným způsobem změnu chování svých blízkých, kteří je často slovně i fyzicky napadají. Musí se vyrovnat s postupným zhoršením paměti nemocných, která souvisí s občasným zapomínáním, dezorientací, blouděním. Z tohoto důvodu pečovatelé musí na nemocné ve zvýšené míře dohlížet, občas i v nočních hodinách. Rodinní příslušníci pomáhají svým blízkým s výživou, vyprazdňováním, hygienou, musí jim pomoci s úpravou zevnějšku, a to vše mnohdy proti vůli nemocných. Pečovatelé se snaží své blízké aktivizovat, procvičovat s nimi paměť, dohlížejí, aby spolkli předepsané léky, což v mnoha případech nemocní odmítají.

Z výzkumného šetření též vyplynulo, že rodinní příslušníci klientů s Alzheimerovou demencí jsou v souvislosti s péčí o svého blízkého často unaveni, vyčerpáni, je pro ně velmi obtížné a náročné skloubit péči se zaměstnáním, mnohdy odcházejí do práce nevyspalí. Je ovlivněn jejich osobní i rodinný život, často zanedbávají sami sebe i vlastní rodinu. Veškerý volný čas věnují péči o nemocného člena rodiny a přestávají se věnovat svým zájmům. Vyjímkou nejsou ani zdravotní problémy pečovateli, které uvedlo 6 respondentů. Respondentka (1R) řekla: „*Sama jsem začala mít zdravotní problémy. Nyní jsem po gynekologické operaci.*“ Respondent (4R) řekl: „*Manželka začala mít zdravotní problémy, musela do nemocnice.*“ Respondentka (10R) sdělila: „*Poslední dobou jsem unavená, nevyspala, často mně bolí hlava.*“ Výzkumné šetření ukázalo, že rodinní příslušníci by přivítali možnost využití služeb denních, týdenních stacionářů. Pouze respondent (2R) si uvědomoval, že se s postupující nemocí stane závislým na ostatních a začal plánovat budoucnost. Respondent (7R) si svoji nemoc též uvědomoval a vyjádřil přání, aby jeho blízcí nepodřizovali budoucí život jeho nemoci, nechtěl být na obtíž a požádal, aby v pokročilejším stadiu nemoci byl umístěn ve zdravotnickém zařízení.

Tímto byla získána odpověď na výzkumnou otázku, jejíž zní: *Proč rodinní příslušníci klientů s Alzheimerovou demencí chtějí využít poskytování služeb denního, týdenního stacionáře?* Přínos respondenti vidí v tom, že by lépe skloubili péči o svého blízkého s Alzheimerovou demencí se zaměstnáním, získali by čas pro osobní potřeby, mohli se věnovat sami sobě, svým koníčkům. Domnívají se, že by si odpočinuli od nepřetržité péče, měli by možnost se vyspat a též by přestali zanedbávat vlastní rodinu.

Druhým cílem diplomové práce bylo: *Zjistit požadavky klientů s Alzheimerovou demencí a jejich rodin na možnosti ošetrovatelské péče včetně poskytování služeb v denním, týdenním stacionáři.* V rámci výzkumného šetření byly na základě odpovědí respondentů určeny následující kategorie. Kategorie Očekávané služby ve stacionáři (Schéma 6) a kategorie Očekávaná ošetrovatelská péče ve stacionáři (Schéma 7).

Z rozhovorů s respondenty je zřejmé, že mají představu o službách, které by od stacionáře očekávali. Mezi nejčastěji zmiňované patří představa o zařízení stacionáře,

kdy všech 10 respondentů by chtělo, aby prostředí připomínalo domov, na barevných stěnách by měly viset obrázky, hodiny, kalendář, což by přispívalo k lepší orientaci nemocných. O kuchyňce, jídelně, společenské místnosti s možností poslechu televize a rádia se zmínili 4 respondenti. Dále 9 respondentů vyjádřilo přání, aby si jejich blízcí mohli odpočinout v pohodlných křeslech nebo na pohovkách. Sedm respondentů by uvítalo možnost přinesení osobních věcí nemocných, jako například deku, polštářek, knihy či staré fotografie. Zajištění stacionáře před samovolným opuštěním klienty předpokládá 8 respondentů, 8 respondentů též považuje za samozřejmé, že by s klienty bylo zacházeno s úctou, respektem a důstojností. Sám nemocný – respondent (2R) očekával od stacionáře respekt a úctu: „*Rád bych, aby se mnou nejednali jako s malým dítětem.*“ Také Jiráková, Holmerová, Borzová et al. (2009) uvádí, že prostředí pro lidi s demencí má být vlídné a domácí. Odchod z něj by měl být signalizován, aby jej lidé s demencí nemohli samovolně opustit, ale v žádném případě by klienti neměli být zamykáni. Hrozenková (2011) poukazuje na respekt, důstojnost a identitu nemocných. V pořadu České televize (2013) se ředitelka nově otevřeného stacionáře Naděje ve Zlíně Kateřina Pivoňková zmínila o aktivizaci nemocných, kterou též předpokládalo 9 respondentů. Řekla: „*Postaráme se o jídlo, hygienu, aktivizaci. Budeme se snažit o rozvoj či udržení schopností, které člověk má. Poté si jej odpoledne rodina vyzvedne nebo ho zavezeme domů.*“ V rámci kognitivní aktivizace by respondenti měli zájem o procvičování paměti nenásilnou, zábavnou formou. V oblasti tělesné aktivity se zmínili o podpoře soběstačnosti nemocných, procvičování manuální zručnosti, možnost společných procházek na čerstvém vzduchu, pohybových aktivitách typu „tanečků“. Představy respondentů (ohledně aktivizace nemocných) korespondují se skutečností, což lze doložit například nabídkou poskytovaných služeb v Denním stacionáři pro osoby s různým typem organické duševní choroby, Alzheimerovou chorobou a ostatními typy demencí (2013). Mezi nabízené služby patří například vytvoření domácího prostředí, podpora soběstačnosti nemocných, smysluplné využití volného času, aktivizační činnosti jako jsou arteterapie, muzikoterapie, psychoterapie, reminiscenční terapie včetně uplatňování validační metody. Při hledání literatury, vztahující se k problematice validace jako metodě komunikace, se mi nepodařilo sehnat

žádný zdroj vztahující se k této problematice. To koresponduje s názorem Ferkové a Ilievové (2013), kteří uvádějí, že v České republice je literatura s touto tematikou prakticky nedostupná. Domnívám se, že by bylo dobré, aby i rodinní příslušníci měli možnost získat informace o validační metodě. Služeb kadeřnice, pedikéra, holiče by využilo 6 respondentů, 2 respondenti by uvítali možnost poskytnutí náboženských služeb ve speciálně přizpůsobené místnosti. Možnost dopravy do stacionáře a zpět domů by využili 4 respondenti. O možnosti využití dopravních služeb se také zmiňuje ředitelka denního stacionáře Naděje v pořadu České televize (2013). Pomoc pečovatelům ve smyslu využití služeb sociálního pracovníka, psychickou podporu a poskytnutí praktických rad ohledně zvládnání různých problémových situací by přivítalo 10 respondentů. Pravidelná setkání s ostatními pečovateli včetně účasti na společných programech by využilo 8 respondentů. Od těchto setkání očekávají předávání zkušeností, vzájemnou výměnu informací zvládnání péče včetně zpětné vazby.

Tímto se dostáváme k odpovědi na třetí výzkumnou otázku, která zní: *Jaké služby očekávají rodinní příslušníci klientů s Alzheimerovou demencí od denního, týdenního stacionáře?* Mezi tyto služby patří aktivizace nemocných, ať formou kognitivních cvičení, či podporou tělesné aktivity. Respondenti též očekávají služby kadeřnice, pedikéra, holiče, náboženské služby a možnost dopravy do stacionáře a zpět domů. Též očekávají poradenské služby sociálních pracovníků, psychickou pomoc a poskytnutí praktických rad ohledně zvládnání problémových situací v péči o nemocné. Rádi by se setkali s pečovateli ostatních klientů a zúčastnili se společných programů. To vše by mělo být v příjemném prostředí stacionáře, který by měl připomínat domov s možností odpočinku klientů, kteří by měli být respektováni s úctou a důstojností. Klienti by měli mít možnost přinést si do stacionáře osobní věci jim blízké. Za samozřejmé považují zabezpečení stacionáře před samovolným odchodem klientů.

V této souvislosti bychom rádi navázali na určité možnosti ošetrovatelské péče ve stacionáři. V rámci výzkumného šetření byla na základě odpovědí respondentů určena kategorie Očekávaná ošetrovatelská péče ve stacionáři (Schéma 7), do níž respondenti řadili následující oblasti: výživa, vyprazdňování, hygiena, užívání léků, aplikace injekcí, provedení převazu, změření TK a hladiny krevního cukru, doprovod

na vyšetření. Respondenti se též zmínili o přítomnosti sester a lékařů ve stacionáři. Přítomnost sestry by uvítalo 9 respondentů, přičemž 4 respondenti nevěděli, zda sestry ve stacionáři přímo pracují. Devět respondentů by požadovalo, aby do stacionáře docházel lékař, který by sledoval zdravotní stav nemocných a popřípadě jim upravil medikaci. Pouze 1 respondentka se domnívala, že lékař do stacionáře nedochází a v případě zdravotních problémů je informována rodina. V rámci shromažďování informací o stacionářích jsem se nikde nesešla s nabídkou lékařské péče ve stacionáři. Domnívám se, že by lékař do tohoto zařízení mohl docházet alespoň jednou za čtrnáct dní. Dále 10 respondentů očekává pomoc, eventuálně dohled při příjmu stravy a tekutin, s čímž úzce souvisí pomoc při vyprazdňování a výměně inkontinentních pomůcek, které též předpokládá 10 respondentů. Pomoc s hygienickou péčí zmínilo 9 respondentů. Respondent (2R – sám nemocný) říkal: „*Nyní si nedovedu představit, že se o sebe postupem času nepostarám, ale asi to tak bude. Chtěl bych být v čistotě, upravený. Byl bych rád, kdyby mi pomohli na WC, popřípadě vyměnili plenky, abych nebyl v mokru.*“ Respondent (7R – sám nemocný) říkal: „*Také jsem hodně přemýšlel, co v takovém stacionáři dělají. Byl bych rád upravený, vypadal jako člověk. Snad by mne někdo odvedl i na záchod, až to sám nezvládnou, nebo aspoň vyměnil plenky. Snad mi pomůžou i najíst se.*“ Zajímavou informací pro mne byl názor 6 respondentů, kteří uvedli, že by výše zmíněné činnosti asi nemusely vykonávat přímo sestry. Stejně i já se domnívám, že pomoc při výživě, vyprazdňování a hygieně mohou poskytnout vyškolené pečovatelky, a ne přímo kvalifikované sestry. Rovněž v pořadu České televize (2013) ředitelka Denního stacionáře Naděje říká: „*Jde o to, abychom se o člověka postarali komplexně po všech stránkách od hygieny, stravování, volného času, pohybu, orientace – no prostě ve všem co potřebuje pomoc*“, ale blíže nspecifikovala, kdo z pracovníků bude pomáhat při hygieně, výživě a vylučování, ani to, jestli ve stacionáři pracují sestry nebo tam eventuálně dochází lékař. Jiráková, Holmerová, Borzová et al. (2009) uvádí, že sestry ve stacionářích zajišťují podávání léků, aplikaci injekcí, provedení převazu či měření fyziologických funkcí. Stejně i 8 respondentů předpokládá, že by sestry dohlédly na užívání medikace, aplikaci injekcí požaduje 6 respondentů, provedení převazu uvedlo 5 respondentů. Dle 5 respondentů by sestry měly klientům občas změřit

krevní tlak, u diabetiků také hladinu krevního cukru. Doprovod na vyšetření by uvítali 2 respondenti. Respondentka (6R) říkala, že by službu typu doprovodu na vyšetření nemohla žádat, neboť by mohla maminku umístit rovnou do nemocnice. Domnívám se, že by ve stacionáři mohla pracovat pouze jedna sestra, která by vykonávala specifické činnosti a samozřejmě dohlédla na činnost pečovatelek.

Z výše uvedeného výzkumného šetření vyplynula odpověď na poslední výzkumnou otázku, která zní: *Jakou ošetrovatelskou péči očekávají rodinní příslušníci klientů s Alzheimerovou demencí v denním, týdenním stacionáři?* Mezi tuto očekávanou ošetrovatelskou službu patří péče o výživu, vyprazdňování, hygienu a doprovod na vyšetření, přičemž by tuto péči mohly poskytovat vyškolené pečovatelky. Naopak sestry by měly podávat klientům předepsané léky, aplikovat injekce, provádět převazy a měřit fyziologické funkce, popřípadě hladinu krevního cukru. Rodinní příslušníci též očekávají, že by do stacionáře docházel lékař.

Třetím cílem bylo: *Zmapovat znalosti a názory veřejnosti ohledně problematiky Alzheimerovy demence.* Na základě předchozího textu můžeme konstatovat, že se nám tento cíl podařilo splnit. Z ankety vyplynulo, že by respondentům velmi pomohlo otevření denního stacionáře pro lidi s Alzheimerovou demencí. Rodinným příslušníkům by se ulehčila situace.

Při výzkumném šetření jsem byla velmi překvapena vstřícností oslovených respondentů, kteří při rozhovorech ochotně spolupracovali. Rovněž v rámci ankety jsem se nesetkala s respondentem, který by odmítl odpovědět na anketní otázky. Vstřícnost respondentů vidím v jejich eventuálním zájmu o služby, které by mohly umožnit kvalitnější život jejich rodinných příslušníků v případě onemocnění Alzheimerovou demencí.

Diskuzi bych uzavřela citátem Marka Twaina: *„Jsme tím, co si pamatujeme. Bez paměti mizíme, přestáváme existovat, naše minulost je vymazána a přece věnujeme paměti jen málo pozornosti, kromě případů kdy nás opustí. Dělán strašně málo k jejímu procvičení, živení, posilování a ochraně“* (Citáty slavných osobností, 2010).

6. Závěr

Problematika onemocnění Alzheimerovou demencí se týká samotného klienta, jeho rodiny a v neposlední řadě celé společnosti. Světová zpráva o Alzheimerově chorobě upozorňuje na nedostatek pečovatelů a na nedostatečnou podporu rodinných příslušníků. Světová zpráva též předpokládá, že se v příštích 40 letech počet závislých starších lidí téměř ztrojnásobí, přičemž polovina z nich onemocní Alzheimerovou chorobou nebo jinou formou demence, která se stává celosvětovým zdravotním problémem. Zvláštní pozornost byla ve zprávě věnována vlivu Alzheimerovy demence na ty, kteří poskytují péči. Zpráva dospěla k závěru, že je potřeba další podpory pečovatelů, aby byla snížena zátěž na jednotlivce (Česká alzheimerovská společnost, 2013d).

Diplomová práce je rozdělena na část teoretickou a část empirickou. Pro účely této diplomové práce byly stanoveny tři cíle. První si kladl za úkol zjistit, co rodinné příslušníky klientů s Alzheimerovou demencí vede k využití poskytování služeb denního, týdenního stacionáře. Druhý měl za úkol zjistit požadavky klientů a jejich rodin na možnosti ošetrovatelské péče včetně poskytovaných služeb v denním, týdenním stacionáři. K realizaci kvalitativního výzkumného šetření byla zvolena metoda nestandardizovaného rozhovoru. Třetím cílem bylo zmapovat znalosti a názory veřejnosti ohledně problematiky Alzheimerovy demence, k čemuž byla použita anketa.

Pro výzkumné šetření byly stanoveny čtyři výzkumné otázky. První výzkumná otázka: *Jaké existují problémy, které rodinní příslušníci klientů s Alzheimerovou demencí musí řešit?* Z výsledků výzkumného šetření je patrné, že mezi tyto problémy patří zvládnout přijatelným způsobem změnu chování svých blízkých včetně slovní a fyzické agrese. Vyrovnat se s postupným zhoršením paměti nemocných, která souvisí s občasným zapomináním, blouděním a dezorientací, z čehož vyplývá i nutnost zvýšeného dohledu nemocných, často i v nočních hodinách. Pečovatelé musí řešit problémy spojené s výživou, vyprazdňováním, hygienou, úpravou zevnějšku, a to mnohdy proti vůli nemocných. Rodinní příslušníci řeší problémy spojené s aktivizací nemocných, procvičováním paměti a užíváním léků. Druhá výzkumná otázka: *Proč rodinní příslušníci klientů s Alzheimerovou demencí chtějí využít poskytování služeb*

denního, týdenního stacionáře? Z výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že rodinní příslušníci by za pomoci využití služeb stacionářů lépe skloubili péči o nemocného člena rodiny se svým zaměstnáním. Dále by získali tolik potřebný čas pro svůj odpočinek, osobní potřeby, mohli se věnovat sami sobě, svým koníčkům a v neposlední řadě by tolik nezanedbávali svoji rodinu. Třetí výzkumná otázka: *Jaké služby očekávají rodinní příslušníci klientů s Alzheimerovou demencí od denního, týdenního stacionáře?* Z výzkumného šetření je patrné že, rodinní příslušníci očekávají aktivizaci nemocných za pomoci kognitivních cvičení či podporou tělesné aktivity. Očekávají psychickou pomoc, poskytnutí praktických rad ohledně zvládnání problémových situací v péči o nemocného a poradenské služby sociálních pracovníků. Respondenti by uvítali služby kadeřnice, pedikéra, holiče, náboženské služby a možnost dopravy do stacionáře a zpět domů. Rádi by se zúčastnili společných programů a při této příležitosti se setkali s rodinnými příslušníky klientů s demencí. Respondenti zdůraznili, že veškeré služby by měly být poskytovány v příjemném prostředí připomínajícím domov, kam by si klienti mohli přinést osobní věci a měli mít možnost odpočinku. Za samozřejmé považují zabezpečení stacionáře před samovolným odchodem klientů a zároveň kladli důraz na respektování, zachování úcty a důstojnosti nemocných. Čtvrtá výzkumná otázka: *Jakou ošetrovatelskou péči očekávají rodinní příslušníci klientů s Alzheimerovou demencí v denním, týdenním stacionáři?* Z výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že rodinní příslušníci očekávají ošetrovatelskou pomoc při výživě, vyprazdňování, hygieně a doprovodu na vyšetření, přičemž by tuto péči mohly vykonávat pečovatelky. Na poskytovanou péči by dohlížely sestry, které by podávaly klientům předepsané léky, aplikovaly injekce, prováděly převazy a měřily fyziologické funkce, popřípadě hladinu krevního cukru. Rodinní příslušníci očekávají též přítomnost lékaře.

Výsledky tohoto výzkumného šetření byly předloženy vedení Nemocnice následné péče v Humpolci, na jejichž podkladě byl prohlouben zájem o vznik denního stacionáře. Byly též zahájeny první kroky pro jeho realizaci. Výsledky této práce budou podnětem k uskutečnění semináře pro případné zájemce, kteří by chtěli ve stacionáři pracovat. Na základě informací získaných v průběhu zpracování diplomové práce byl vytvořen návrh informační brožury, který byl také předložen vedení nemocnice. Návrh zaujal

v pozitivním slova smyslu. Brožura bude použita jako informační materiál pro rodinné příslušníky klientů s Alzheimerovou demencí včetně samotných nemocných (Příloha 16).

7. Seznam použitých zdrojů

ALZHEIMER CARE, 2013. *Ve Svobodě nad Úpou se otevírá centrum spokojeného stáří pro nemocné Alzheimerovou chorobou* [online]. 2013 [cit. 2013-11-19]. Dostupné na <http://www.alzheimercare.cz/ve-svobode-nad-upou-se-otevira-centrum-spokojeneho-stari-pro-nemocne-alzheimerovou-chorobou/>

BÁRTLOVÁ, S., P. SADÍLEK a V. TÓTHOVÁ, 2008. *Výzkum a ošetřovatelství*. 2. přepracované a doplněné vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 185 s. ISBN 978-80-7013-467-2.

BARTOŠ, A., M. RAISOVÁ a M. KOPEČEK, 2011. Důvody a průběh novelizace české verze Addenbrookského kognitivního testu (ACE – CZ). *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*. Praha: Ambit Media, roč. 74/107, č. 6, s. 1-5. ISSN 1210-7859.

BARTOŠ, A. a M. HASALÍKOVÁ, 2010. *Poznejte demenci správně a včas – příručka pro klinickou praxi*. Praha: Mladá fronta, 181 s. ISBN 978-80-204-2282-8.

BARTOŠ, A. et al., 2009. Dotazník soběstačnosti DAD – CZ – česká verze pro hodnocení každodenních aktivit pacientů s Alzheimerovou nemocí. *Neurologie pro praxi*. Olomouc: Solen, roč. 10, č. 5, s. 320-323. ISSN 1213-1814.

BIDZAN, L., M. BIDZAN a M. PACHALSKA, 2012. Aggressive and impulsive behavior in Alzheimer's disease and progression of dementia. *Medical Science Monitor* [online]. 1. 03. 2012, roč. 18, č. 3, s. 182 – 189. [cit. 2013-10-10]. ISSN 1643-3750. Doi. 10.12659/MSM.882523. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3560760/>

BUIJSSEN, H., 2006. *Demence: Průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. 1. vyd. Praha: Portál, 136 s. ISBN 80-7367-081-X.

CALLONE, P., R. et al., 2008. *Alzheimerova nemoc: 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*. 1. české vyd. Praha: Grada, 120 s. ISBN 978-80-247-2320-4.

CANDIGLIOTA, Z. et al., 2009. *Jak být pacientem v České republice a zachovat si důstojnost: Medicínské právo v otázkách a odpovědích*. Brno: Liga lidských práv, 191 s. ISBN 978-80-903473-7-3.

CARPEROVÁ, J., 2011. *100 jednoduchých věcí, které můžete udělat proti Alzheimerově nemoci a úbytku paměti*. 1. vyd. Praha: Vyšehrad, 284 s. ISBN 978-80-7429-194-4.

CITÁTY SLAVNÝCH OSOBNOSTÍ, 2010. *Mark Twain* [online]. 2010 [cit. 2014-02-03]. Dostupné z: http://citaty-slavnych.cz/autor/Mark_Twain/5

ČECHOVÁ, L. et al., 2011. Alzheimerova nemoc a mírná kognitivní porucha: diagnostika a léčba. *Neurologie pro praxi*. Olomouc: Solen, roč. 12, č. 3, s. 175-180. ISSN 1213-1814.

ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST, 2013a. *Česká alzheimerská společnost* [online]. 2013 [cit. 2013-10-09]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/cals/>

ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST, 2013b. *Česká alzheimerská společnost na pomoc občanům postiženým demencí* [online]. 2013 [cit. 2013-10-09]. Dostupné z: [www: http://www.alzheimer.cz/](http://www.alzheimer.cz/)

ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST, 2013c. *Pomerančový den* [online]. 2013 [cit. 2013-10-09]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/cals/pomerancovy-den/>

ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST, 2013d. *Světová zpráva o Alzheimerově chorobě 2013* [online]. 20. 9. 2013 [cit. 2013-11-23]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/tiskove-zpravy/svetova-zprava-o-alzheimerove-chorobe-2013/>

ČESKÁ TELEVIZE, 2013. *O pacienty s Alzheimerem se ve Zlíně postará nový stacionář* [online]. 13. 8. 2013 [cit. 2013-11-20]. Dostupné z: <http://www.ceskatelevize.cz/zpravodajstvi-brno/zpravy/237905-o-pacienty-s-alzheimerem-se-ve-zline-postara-novy-stacionar/>

DENNÍ STACIONÁŘ PRO OSOBY S RŮZNÝM TYPEM ORGANICKÉ DUŠEVNÍ CHOROBY, ALZHEIMEROVOU CHOROBOU A OSTATNÍMI TYPY DEMENCÍ, 2013. *Denní stacionář Praha* [online]. 2013 [cit. 2013-09-20]. Dostupné z: <http://www.sanatorium-topas.cz/denni-stacionar-praha/>

DOIDGE, N., 2011. *Váš mozek se dokáže změnit*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 292 s. ISBN 978-80-251-3331-6.

DUŠKOVÁ, K. a M. HASALÍKOVÁ, 2010. *Sociální aspekty péče o nemocného s Alzheimerovou chorobou* [online]. 2010 [cit. 2013-10-15]. Dostupné z: <http://www.psychiatr.org/files/socialni-aspekty-pece-o-nemocneho-s-alzheimerovou-chorobou.pdf>

DYLEVSKÝ, I., 2000. *Somatologie: učebnice pro zdravotnické školy a bakalářské studium*. 2. přepracované a doplněné vyd. Olomouc: Epava, 480 s. ISBN 80-86297-05-5.

FERKOVÁ, E. a Ľ. ILIEVOVÁ, 2013. *Známý neznámý Alzheimer. Sestra*. Praha: Mladá fronta, roč. 23, č. 4, s. 56-58. ISSN 1210-0404.

FERTAĽOVA, T., I. ONDRIOVÁ a D. MAGUROVÁ, 2012. *Posudzovanie kognitívnych porúch u seniorov. Florence*. Praha: Ambit Media, roč. 8, č. 7-8, s. 25-29. ISSN 1801-464X.

FINE, C., 2009. *Možek: Průvodce po anatomii mozku a jeho funkcích*. 1. vyd. Brno: JOTA, 348 s. ISBN 978-80-7217-68.

FORMÁNKOVÁ, P., A. NOVOTNÝ a M. EFENBERKOVÁ, 2012. Problematika realizace rodinné péče o osobu se sníženou soběstačností. *Kontakt*. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích: Zdravotně sociální fakulta, roč. 14, č. 2, s. 159-170. ISSN 1212-4117.

FORMÁNKOVÁ, P., 2010. Využívání příspěvku na péči O seniory k zajištění potřebné pomoci ze systému sociálních služeb. *Kontakt*. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích: Zdravotně sociální fakulta, roč. 12, č. 3, s. 315-324. ISSN 1212-4117.

FRANKOVÁ, V. et al., 2011. *Alzheimerova demence v praxi: Konsenzus psychiatricko-neurologicko-geriatrický*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 70 s. ISBN 978-80-204-2423-5.

GANDY, S. a S., T. DEKOSKY, 2013. Toward the Treatment and Prevention of Alzheimer's Disease: Rational Strategies and Recent Progress. *Medicine* [online]. roč. 64, s. 367 - 383. [cit. 2013-10-16]. Doi: 10.1146/annurev-med-092611-084441 Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3625402/>

GLENNER, J., A. et al., 2012. *Péče o člověka s demencí: Průvodce pro rodinné příslušníky*. 1. vyd. Praha: Portál, 136 s. ISBN 978-80-262-0154-0.

GUĽÁŠOVÁ, I., J. BREZA a I. RIEDL, 2013. Péče o pacienta s Alzheimerovou nemocí. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, roč. 23, č. 5, s. 31-33. ISSN 1210-0404.

GUĽÁŠOVÁ, I., 2011. Alzheimerova choroba – rizikové a protektivní faktory. *Kontakt*. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích: Zdravotně sociální fakulta, roč. 13, č. 4, s. 484 - 489. ISSN 1212-4117.

HADRAVA, L., 2010. *Alois Alzheimer – dal jméno nemoci, kterou doposud nikdo nedokáže vyléčit* [on-line]. 19. 12. 2010 [cit. 2013-09-04]. Dostupné z: <http://www.ceskatelevize.cz/ct24/svet/110351-alois-alzheimer-dal-jmeno-nemoci-kerou-doposud-nikdo-nedokaze-vylecit/>

HALOVÁ, M., 2010. *Nemocný v domácí péči II.: Demence a demence Alzheimerova typu*. 1. vyd. Olomouc: Pavel Hala - VEF ENTERPRISES, 157 s. ISBN 978-80-904-6110-9.

HEŘMANOVÁ, J. et al., 2012. *Etika v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 200 s. ISBN 978-80-247-3469-9.

HOLMEROVÁ, I., E. JAROLIMOVÁ a H. NOVÁKOVÁ, 2004. *Alzheimerova choroba v rodině* [on-line]. 29. 04 2004 [cit. 2013-09-13]. Dostupné z: http://www.gerontologie.cz/files/alzheimerova_nemoc_v_rodine.pdf

HORT, J. a R. RUSINA et al., 2007. *Paměť a její poruchy: Paměť z hlediska neurovědního a klinického*. Praha: Maxdorf, 422 s. ISBN 978-80-7345-004-5.

HOŠKOVÁ, K., 2012. Kognitivní aktivizace seniorů. *Florence*. Praha: Ambit Media, roč. 8, č. 2, s. 5-6. ISSN 1801-464X.

HROZENSKÁ, M., 2011. Zdravotné a sociálne aspekty práce s klientami zariadení sociálnych služieb, trpiacimi Alzheimerovou demenciou. *Florence*. Praha: Ambit Media, roč. 7, č. 2, s. 23-27. ISSN 1801-464X.

HUDÁKOVÁ, A. et al., 2012. Etické aspekty ošetrování starých lidí. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, roč. 22, č. 9, s. 21-23. ISSN 1210-0404.

JIRÁK, R., I. HOLMEROVÁ a C. BORZOVÁ et al., 2009. *Demence a jiné poruchy paměti: Komunikace a každodenní péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 176 s. ISBN 978-80-247-2454-6.

JIRÁK, R. a F. KOUKOLÍK, 2004. *Demence: Neurobiologie, klinický obraz, terapie*. 1. vyd. Praha: Galén, 335 s. ISBN 80-7262-268-4.

KALVACH, Z. et al., 2011. *Křehký pacient a primární péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 400 s. ISBN 978-80-247-4026-3.

KOUKOLÍK, F., 2012. *Lidský mozek: Funkční systémy. Norma a poruchy*. 3. přepracované a doplněné vyd. Praha: Galén, 400 s. ISBN 978-80-7262-771-4.

KOZAUER, N. a R. KATZ, 2013. Regulatory innovation and Drug Development for Early – Stage Alzheimers disease. *The New England Journal of Medicine* [online]. 28. 03. 2013, roč. 368, č. 13, s. 1169 – 1171. [cit. 2013-10-10]. ISSN 1533-4406. Doi: 10.1056/NEJMp1302513. Dostupné z: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1302513>

KUČEROVÁ, H., 2006. *Demence v kazuistikách*. 1. vyd. Praha: Grada, 112 s. ISBN 80-247-1491-4.

KUTNOHORSKÁ, J., 2013. *Multikulturní ošetrovatelství pro praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 160 s. ISBN 978-80-247-4413-1.

MALINČÍKOVÁ, J. et al., 2012. Možnosti využití canisterapie v prevenci i terapii. *Praktický lékař*. Praha: Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně, roč. 92, č. 5, s. 284-286. ISSN 0032-6739.

MIKŠOVÁ, Z. et al., 2006. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*. 1. aktualizované a doplněné vyd. Praha: Grada, 248 s. ISBN 80-247-1442-6.

OREL, M. a V. FACOVÁ et al., 2009. *Člověk, jeho mozek a svět*. 1. vyd. Praha: Grada, 256 s. ISBN 978-80-247-2617-5.

PIDRMAN, V. a E. KOLIBÁŠ, 2005. *Změny jednání seniorů*. 1. vyd. Praha: Galén, 189 s. ISBN 80-7262-363 X.

PIDRMAN, V., 2007. *Demence*. 1. vyd. Praha: Grada, 184 s. ISBN 978-80-247-1490-5.

REGNAULT, M., 2011. *Alzheimerova choroba: Průvodce pro blízké nemocných*. 1. vyd. Praha: Portál, 120 s. ISBN 978-80-262-0010-9.

RESSNER, P. et al., 2008. Doporučené postupy pro diagnostiku Alzheimerovy nemoci a dalších onemocnění spojených s demencí. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*. Praha: Ambit Media, roč. 71/104, č. 4, s. 494-501. ISSN 1210-7859.

SALLOWAY, S., 2012. Clinical and Pathological Examples of Alzheimer's Disease, Dementia With Lewy Bodies, and Frontotemporal Dementia. *Medicine & Health Rhode Island* [online]. 01. 07. 2012, roč. 95, č. 7, s. 207 – 209. [cit. 2013-10-10]. ISSN 21635730. Dostupné z:

<http://ehis.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=7ab25cee-d0ae-4625-8729-036adc625168%40sessionmgr4001&vid=2&hid=4205>

SEKCE KOGNITIVNÍ NEUROLOGIE ČESKÉ NEUROLOGICKÉ SPOLEČNOSTI JEP, 2012. *Kognitivní test ACE-R* [online]. 1. 1. 2012 [cit. 2013-09-24]. Dostupné z: [www: http://www.kognice.cz/](http://www.kognice.cz/)

SERBINOVÁ, I., V. BENEŠOVÁ a V. VANÍČKOVÁ, 2013. *Staráte se o pacienta s Alzheimerovou nemocí? Potřebujete vědět více?* [on-line]. 2013 [cit. 2013-09-04]. Dostupné z: http://www.gerontologie.cz/files/brozura_pro_pacienty.pdf

SCHIFFCZYK, C. et al., 2013. Appraising the need for care in alzheimer's disease. *BMC Psychiatry* [online]. 4. 3. 2013, roč. 73, č. 13 [cit. 2013-10-16]. Doi: 10.1186/1471-244X-13-73. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3599515/>

ŠVAŘÍČEK, R. a K. ŠEĐOVÁ et al., 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vyd. Praha: Portál, 384 s. ISBN 978-80-7367-313-0.

THE MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT, 2013a. *Montrealský kognitivní test* [online]. 2013 [cit. 2013-09-24]. Dostupné z: http://www.mocatest.org/pdf_files/test/MoCA-Test-Czech.pdf

THE MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT, 2013b. *Montrealský kognitivní test* [online]. 2013 [cit. 2013-09-24]. Dostupné z: [www: http://www.mocatest.org/pdf_files/instructions/MoCA-Instructions-Czech.pdf](http://www.mocatest.org/pdf_files/instructions/MoCA-Instructions-Czech.pdf)

TÓTHOVÁ, V., V. VEISOVÁ a S. BÁRTLOVÁ, 2011. Názory lékařů a všeobecných sester na výhody a nevýhody péče o seniory v domácím prostředí. *Kontakt*. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích: Zdravotně sociální fakulta, roč. 13, č. 2, s. 129-137. ISSN 1212-4117.

TRACHTOVÁ, E. et al., 2008. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 185 s. ISBN 80-7013-324-4.

VENGLÁŘOVÁ, M., 2007. *Problematická situace v péči o seniory: Příručka pro zdravotní a sociální pracovníky*. 1. vyd. Praha: Grada, 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.

VLÁŠKOVÁ, D., 2013. Alzheimerova choroba s rychlou progresí. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, roč. 23, č. 4, s. 58-59. ISSN 1210-0404.

VLÁŠKOVÁ, D., 2012. Model životních aktivit v praxi pacientů s Alzheimerovou chorobou. *Florence*. Praha: Ambit Media, roč. 8, č. 2, s. 12- 16. ISSN 1801-464X.

VYBÍHALOVÁ, L., 2012. Komunikace a spolupráce nemocného s rodinou. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, roč. 22, č. 11, s. 30. ISSN 1210-0404.

VYHANOVÁ, D., 2003. *Alzheimerova choroba* [online]. 3. 12. 2003 [cit. 2013-10-15]. Dostupné z: [www: http://www.ceskatelevize.cz/porady/1095946610-diagnoza/nervovy-system/84-alzheimerova-choroba/](http://www.ceskatelevize.cz/porady/1095946610-diagnoza/nervovy-system/84-alzheimerova-choroba/)

WINGYUN, M. a S. SORENSEN, 2011. Trajectories of Preparation for Future Care Among First-Degree Relatives of Alzheimer's Disease Patients: An Ancillary Study of ADAPT. *The Gerontologist* [online]. 1. 11. 2011, roč. 52, č. 4, s. 531 – 540. [cit. 2013-10-10]. ISSN 1758-5341. Doi: 10.1093/geront/gnr119. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3530314/>.

ZGOLA, J., M., 2003. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. 1. vyd. Praha: Grada, 232 s. ISBN 80-247-0183-9.

8. Přílohy

Příloha č. 1 Věkové složení obyvatelstva a vývoj věkové struktury populace ČR

Příloha č. 2 Prevalence demence v Evropě a odhad vývoje počtu pacientů s AN

Příloha č. 3 Test kognitivních funkcí

Příloha č. 4 Addenbrookský kognitivní test

Příloha č. 5 Montrealský kognitivní test

Příloha č. 6 Test hodin

Příloha č. 7 Dotazník funkčního stavu FAQ-CZ

Příloha č. 8 Lawtonova škála

Příloha č. 9 Dotazník soběstačnosti (DAD-CZ)

Příloha č. 10 Užitečné kontakty pro osoby s Alzheimerovou demencí

Příloha č. 11 Schéma rozhovoru

Příloha č. 12 Anketní otázky

Příloha č. 13 Výsledky ankety zpracované do tabulky 2

Příloha č. 14 Záznamový arch na identifikační údaje

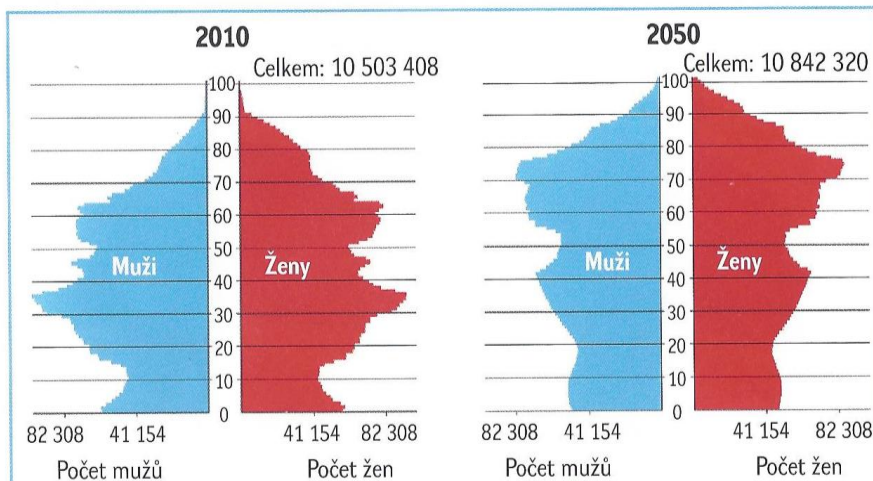
Příloha č. 15 Kategorizace výsledků rozhovorů s respondenty – otevřené kódování

Příloha č. 16 Návrh informační brožury

Příloha č. 17 CD Přepis rozhovorů s respondenty – otevřené kódování

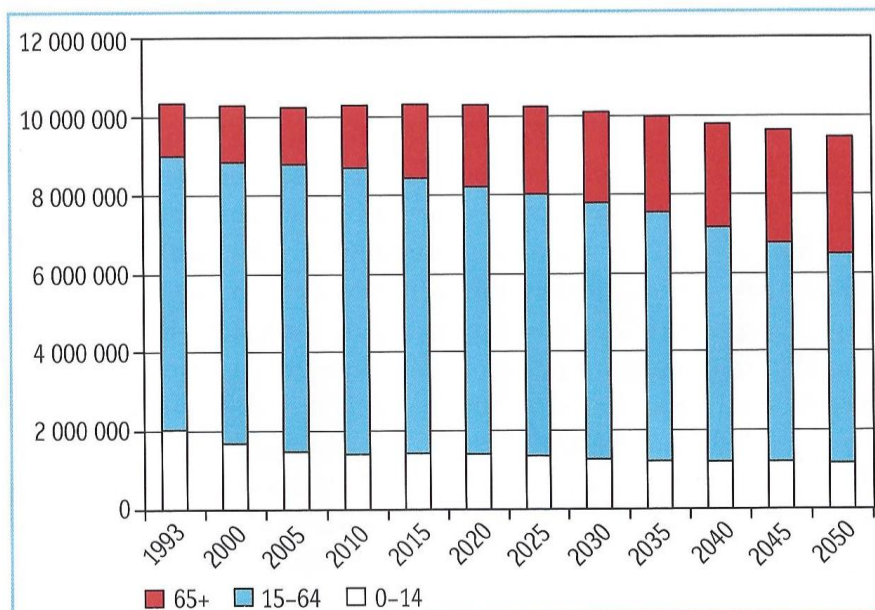
Příloha 1 Věkové složení obyvatelstva a vývoj věkové struktury populace ČR

Obr. 2.2 Věkové složení obyvatelstva ČR v roce 2010 a 2050



(Zdroj: ČSÚ a www.czso.cz)

Obr. 2.3 Vývoj věkové struktury populace ČR do roku 2050



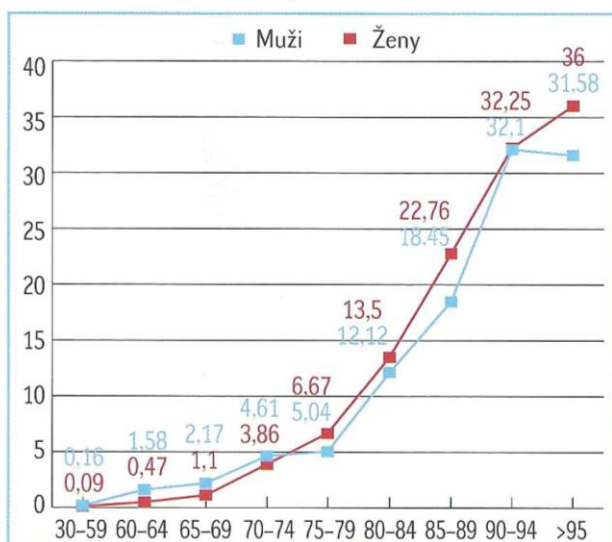
(Zdroj: ČSÚ a Kristína Dittellová: *Stárnutí obyvatelstva v České republice*. Diplomová práce, Brno, 2006)

Zdroj:

BARTOŠ, A. a M. HASALÍKOVÁ, 2010. *Poznejte demenci správně a včas – příručka pro klinickou praxi*. Praha: Mladá fronta, s. 15. ISBN 978-80-204-2282-8.

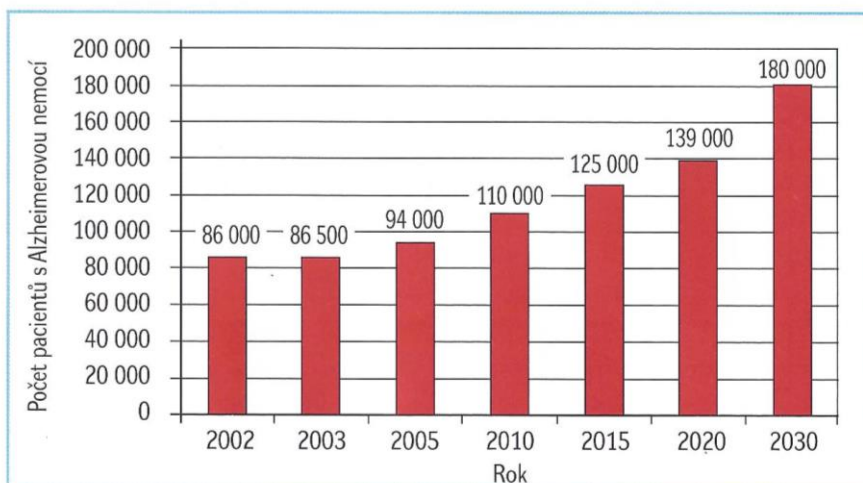
Příloha 2 Prevalence demence v Evropě a odhad vývoje počtu pacientů s AN

Obr. 2.5 Prevalence demence v Evropě – procento mužů a žen postižených demencí v různých věkových skupinách



(Zdroj: Alzheimer Europe, www.alzheimer-europe.org)

Obr. 2.6 Hrubý odhad vývoje počtu pacientů s Alzheimerovou nemocí v ČR v letech 2002–2030



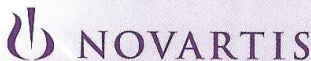
(Zdroj: Bartoš A, Kukač J. Magnetická rezonance mozku u pacientů s Alzheimerovou chorobou. *Psychiatrie* 2005; 9 (Suppl. 3): 39–42)

Zdroj:

BARTOŠ, A. a M. HASALÍKOVÁ, 2010. *Poznejte demenci správně a včas – příručka pro klinickou praxi*. Praha: Mladá fronta, s. 17. ISBN 978-80-204-2282-8.

Příloha 3 Test kognitivních funkcí

Krátký test lognitivních funkcí (Mini-Mental State Examination, MMSE)



Mini-Mental State Examination (MMSE)

Test kognitivních funkcí

JMÉNO PACIENTA:

ROK NAROZENÍ:

Po celou dobu vyšetřování zachovejte neutrální postoj, nepomáhejte, nenaznačujte a dodržujte přesně pokyny k jednotlivým úkolům. Zapište 1 bod při správné odpovědi a 0 při chybě. K testování si připravte hodinky, tužku a list papíru.

Datum vyšetření:

	1	2	3	4	5	6	7	8
den	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
měsíc	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
rok	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>

1. Orientace
Každá správná odpověď se hodnotí 1 bodem.

1. Který je dnes den v týdnu?

2. Kolikátého je dnes?

3. Který je měsíc?

4. Který je rok?

5. Které je roční období?

6. Ve kterém státě se nacházíme?

7. Ve kterém jsme městě?

8. Ve kterém jsme kraji nebo oblasti?

9. Jak se jmenuje tato nemocnice?

10. Na kterém poschodí se nacházíme?

Doporučujeme uznat odpověď Česká republika nebo Česko.

2. Zapamatování
Slova vyslovujte zřetelně a pomalu rychlostí asi jedno slovo za vteřinu. Pokud si je nevybaví, opakujte je nejvíce ještě 5x, než se je naučí. Jinak bude zkruslen výsledek položky výbavnost (4.).

Můžeme si nyní vyzkoušet Vaši paměť? Řeknu Vám 3 slova. Pokuste se je po mě opakovat a zapamatovat si je. Za chvíli se Vás na tato slova znovu zeptám.

Lze využít druhou alternativní trojici slov, pokud je použití první sady z jakéhokoliv důvodu nevhodné. Její použití si pro budoucí účely poznamenejte písmenem „a“ (alternativní) nad čtverečky.

Započítejte 1 bod za každé správně opakované slovo pouze při prvním opakování.

„a“
(klíč) **lopata**

(auto) **šátek**

(člověk) **váza**

3. Pozornost a počítání
Instrukci se snažte vysvětlovat tak dlouho, dokud ji dotyčný nepochopí. V průběhu odečítání již není možné opakovat instrukci. Zastavte odečítání, až osoba odečte 5x za sebou.

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

Jestliže posuzovaný tento úkol nedokáže nebo nechce provést, vyzvěte ho: Hláskujte, prosím, pozpátku slovo POKRM po jednotlivých písmenech.

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

„AZ“ verze „7“

M 93

R 86

K 79

O 72

P 65

4. Výbavnost
Za každou správnou odpověď započítejte 1 bod. Na pořadí slov nezáleží.

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

(klíč) **lopata**

(auto) **šátek**

(člověk) **váza**

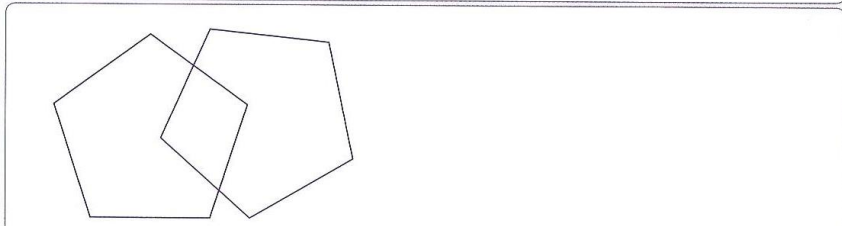
5. Pojmenování předmětu Za správnou odpověď započítáte 1 bod.	Ukažte náramkové hodinky Ukažte tužku	Co je to? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Co je to? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6. Opakování Přípustný je pouze 1 pokus. Za správnou odpověď započítáte 1 bod.	Opakujte po mně: „Prostě tak a ne jinak.“	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7. Třístupňový příkaz Položte před pacienta list papíru a vyzvěte ho k následujícímu úkolu: Za každou správně provedenou činnost započítáte 1 bod.	Nyní budete mít úkol, který si nejdříve vyslechnete a pak ho teprve budete provádět. Vezmete tento papír do pravé ruky, přeložíte ho oběma rukama na polovinu a položíte ho na zem.	Pravá ruka <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Přeložení <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Položení <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8. Čtení a vykonání psaného příkazu Ukažte pacientovi spodní část tohoto testu s nápisem „Zavřete oči“ a vyzvěte ho k vykonání příkazu. Instrukci neopakujte. Započítáte 1 bod pouze tehdy, pokud vyšetřovaný skutečně zavře oči.	Pokud potřebujete brýle na čtení, tak si je nyní nasadte. Přečtěte tento pokyn a proveďte ho.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9. Psaní Dejte vyšetřovanému tužku a papír a vyzvěte ho k napsání věty. Jeden bod započítejte, pokud má věta podmět (i nevyjádřený) a přísudek a dává smysl. V textu mohou být pravopisné a interpunkční chyby.	Napište do tohoto řádku jakoukoli jednoduchou větu, která Vás napadne a která dává smysl.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10. Obkreslení obrazce Dejte vyšetřovanému tužku a papír a vyzvěte ho k obkreslení obrázku. Třes ani rotace nevadí. Započítáte 1 bod, jestliže jsou zachovány správně strany, počet úhlů a 2 překřížení.	Obkreslete obrázek co nejpřesněji podle předlohy.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

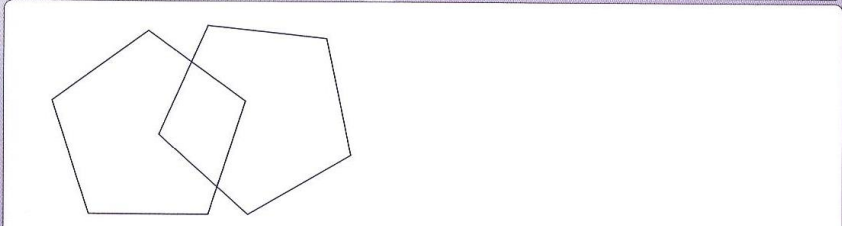
Testová verze byla vytvořena ve spolupráci s Doc. MUDr. Alešem Bartošem, Ph.D. z AD Centra (Psychiatrické centrum Praha a ÚK 3, LF, Neurologická klinika, Praha), 2010

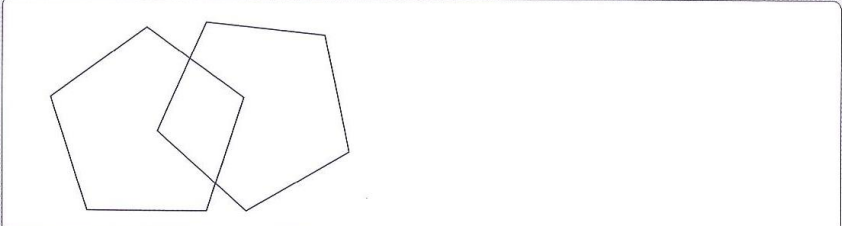
Novartis s. r. o., Na Pankráci 1724/129, 140 00 Praha 4, tel.: 225 775 111; fax: 225 775 222, www.novartis.com

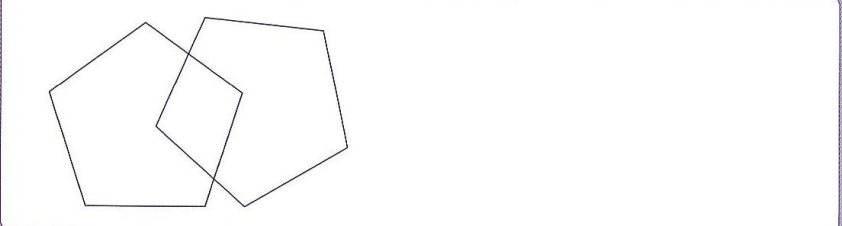
 Celkem

ZAVŘETE OČI!

9.	
10.	
Číslo vyšetření	

9.	
10.	
Číslo vyšetření	

9.	
10.	
Číslo vyšetření	

9.	
10.	
Číslo vyšetření	

CNS-033/04/2010

Zdroj:

BARTOŠ, A. a M. HASALÍKOVÁ, 2010. *Poznejte demenci správně a včas – příručka pro klinickou praxi*. Praha: Mladá fronta, s. 136, 137, 138. ISBN 978-80-204-2282-8.

Příloha 4 Addenbrookský kognitivní test

ADDENBROOKSKÝ KOGNITIVNÍ TEST (revidovaná verze 2010)

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

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

SKÓRE

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

POZORNOST A ORIENTACE

3. POZORNOST A POČÍTÁNÍ				POZORNOST
<p>■ Požádejte pacienta: „Nyní odečítejte od čísla 100 opakovaně číslo 7, tedy sto mínus sedm, mínus sedm atd., dokud Vám neřeknu dost.“</p> <p>100 M 93 <input type="text"/> R 86 <input type="text"/> K 79 <input type="text"/> O 72 <input type="text"/> P 65 <input type="text"/></p> <p>■ Instrukci se snažte vysvětlovat tak dlouho, dokud ji dotyčný nepochopí. V průběhu odečítání již není možné opakovat instrukci. Zastavte odečítání, až osoba odečte 5× za sebou. Jestliže posuzovaný tento úkol nedokáže nebo nechce provést, vyzvěte ho: „Hláskujte slovo POKRM po jednotlivých písmenech. Nyní hláskujte slovo POKRM po jednotlivých písmenech pozpátku.“ Za každou správnou odpověď přidělíme 1 bod. Pokud osoba udělá chybu a dále odečítá/ hláskuje správně, počítejte pouze jako jednu chybu. Maximum je 5 bodů. Např. MROKP = 3 body.</p>	(Skóre 0–5)	(Skóre 0–5)		
	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
	ACE	ACE		
	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
	MMSE	MMSE		
4. PAMĚŤ – VYBAVENÍ				PAMĚŤ
<p>■ Řekněte pacientovi: „Nyní si pokuste vzpomenout na 3 slova, která jste si měl/a před chvílí zapamatovat.“</p> <p>lopata <input type="text"/> šátek <input type="text"/> váza <input type="text"/></p> <p>Za každou správnou odpověď započítáte 1 bod. Na pořadí slov nezáleží.</p>	(Skóre 0–3)	(Skóre 0–3)		
	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
	ACE	ACE		
	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
	MMSE	MMSE		
5. PAMĚŤ – ANTEROGRÁDNÍ PAMĚŤ				PAMĚŤ
<p>■ Řekněte pacientovi: „Nyní Vám řeknu jméno s adresou. Teprve až skončím, zopakujete po mně všechny údaje. Takto to provedeme 3×, abyste měl(a) možnost se vše dobře naučit. Na konci testování se Vás na všechny údaje budu ptát.“</p> <p>■ Přečteme celé jméno s adresou a necháme pacienta všechny údaje zopakovat. Tímto způsobem provedeme celkově 3×. Za každou správnou odpověď přidělíme 1 bod. Do bodování započítáváme pouze třetí pokus.</p>	(Skóre 0–7)	(Skóre 0–7)		
	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
	ACE	ACE		
	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
	MMSE	MMSE		
	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
	MMSE	MMSE		
6. PAMĚŤ – RETROGRÁDNÍ PAMĚŤ				PAMĚŤ
<p>■ Zeptejte se pacienta:</p> <p>Kdo je současným předsedou vlády (premiérem)? <input type="text"/></p> <p>Kdo byl prvním prezidentem naší republiky po revoluci v roce 1989? <input type="text"/></p> <p>Kdo je současným prezidentem Spojených států amerických? <input type="text"/></p> <p>Který prezident Spojených států amerických byl zavražděn v roce 1963? <input type="text"/></p> <p>Za každou správnou odpověď přidělíme 1 bod.</p>	(Skóre 0–4)	(Skóre 0–4)		
	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
	ACE	ACE		
	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
	ACE	ACE		
7. SLOVNÍ PRODUKCE – slova začínající písmenem „P“				SLOVNÍ PRODUKCE
<p>7a Písmena</p> <p>■ Řekněte pacientovi: „Nyní Vám řeknu jedno písmeno z abecedy a Vaším úkolem bude vyjmenovat co nejvíce slov, která tímto písmenem začínají. Nesmí to však být jména osob ani měst, ani nesmíte vyjmenovávat slova se stejným slovním základem. Například od písmena „B“ mají stejný slovní základ slova: bydlet, bydlíme, bydlíš, bydlí apod. Jste připraven(a)? Můžeme začít? Máte jednu minutu na to, abyste vyjmenoval(a) co nejvíce slov, která začínají na písmeno „P“. Ted!“</p>	Počet slov	Odpovídá skóre		
	>17	7		
	14–17	6		
	11–13	5		
	8–10	4		
	6–7	3		
	4–5	2		
	2–3	1		
	<2	0		
	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
	(Skóre 0–7)	(Skóre 0–7)		
	ACE	ACE		
	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
	ACE	ACE		
Počet SPRÁVNĚ vyjmenovaných slov převedeme na odpovídající skóre.				

7. SLOVNÍ PRODUKCE - zvířata

7b Zvířata

- Řekněte pacientovi:

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

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

Počet SPRÁVNĚ vyjmenovaných slov převedeme na odpovídající skóre.

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

(Skóre 0–7)

ACE

(Skóre 0–7)

ACE

SLOVNÍ PRODUKCE

8. JAZYK – POROZUMĚNÍ

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

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

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

(Skóre 0–1)

ACE

MMSE

(Skóre 0–1)

ACE

MMSE

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

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

Za každou správně provedenou činnost započítejte 1 bod.

(Skóre 0–3)

ACE

MMSE

(Skóre 0–3)

ACE

MMSE

9. JAZYK – PSANÍ

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

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

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

(Skóre 0–1)

ACE

MMSE

(Skóre 0–1)

ACE

MMSE

10. JAZYK – OPAKOVÁNÍ

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

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

- 10a chobotnice výstřednost nesrozumitelný statistik

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

(Skóre 0–2)

ACE

ACE

(Skóre 0–2)

ACE

ACE

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

- 10b „Prostě tak a ne jinak.“

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

(Skóre 0–1)

ACE

MMSE

(Skóre 0–1)

ACE

MMSE

- 10c „Nahoře, vzadu a dole.“

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

(Skóre 0–1)

ACE

(Skóre 0–1)

ACE

JAZYK

11. JAZYK – POJMENOVÁNÍ PŘEDMĚTŮ

- Použijte List pro pacienta a požádejte pacienta: „**Pojmenujte předměty na obrázcích.**“

Místo prvních dvou obrázků (tužka a hodinky) na Listu pro pacienta doporučujeme pacientovi ukázat skutečné předměty. V následujícím textu jsou uvedeny názvy jednotlivých obrázků. Jiné názvy doporučujeme neuznávat.

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

Přidělíme 1 bod za každý správně pojmenovaný obrázek.

tužka + hodinky

(Skóre 0–2)



(Skóre 0–2)



všech 12 obrázků

(Skóre 0–12)



(Skóre 0–12)



12. JAZYK – POROZUMĚNÍ

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

Ukažte jeden obrázek, který souvisí s královstvím.

Ukažte jeden obrázek, na kterém je vačnatec.

Ukažte jeden obrázek, který souvisí s Antarktidou.

Ukažte jeden obrázek, který souvisí s námořnictvím.

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

Přidělíme 1 bod za každou správnou odpověď.

(Skóre 0–4)



(Skóre 0–4)



13. JAZYK – ČTENÍ

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

Přidělíme 1 bod, pokud pacient přečte správně VŠECHNA slova.

(Skóre 0–1)



(Skóre 0–1)

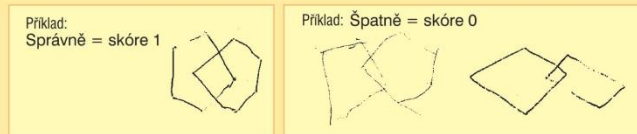


14. ZRAKOVÉ – PROSTOROVÉ SCHOPNOSTI

14a Překrývající se pětiúhelníky

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

Započítáte 1 bod, jestliže jsou zachovány správně strany, počet úhlů a 2 překřížení.



(Skóre 0–1)



(Skóre 0–1)



Úloha č. 14 pokračuje na další straně.

JAZYK

ZRAK. – PROST. SCHOPNOSTI

14. ZRAKOVÉ – PROSTOROVÉ SCHOPNOSTI (pokračování)

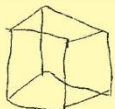
14b Kostka

- Použijte List pro pacienta a požádejte pacienta:

„Nyní překreslete tento obrázek co nejpřesněji podle předlohy.“

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

Příklad: Skóre 2



Příklad: Skóre 1



(Skóre 0–2)

ACE

(Skóre 0–2)

ACE

14c Hodiny

- Použijte List pro pacienta a požádejte pacienta:

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

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

(Skóre 0–5)

ACE

(Skóre 0–5)

ACE

Pravidla pro skórování hodin

Kruh

1 bod – za rozpoznatelné provedení kruhu

Číslice

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

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

Umístění ručiček

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

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

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

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

Příklady:

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

15. PERCEPČNÍ SCHOPNOSTI

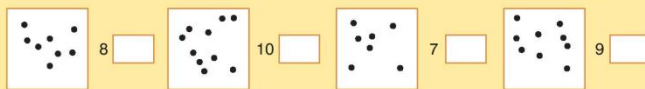
- Použijte List pro pacienta a požádejte pacienta: „**Spočítejte všechny tečky v daném obrázku bez toho, aniž byste si na ně ukazovali.**“
Přidělíme 1 bod za každý správně určený počet teček ve čtverci.

(Skóre 0–4)

ACE

(Skóre 0–4)

ACE



16. PERCEPČNÍ SCHOPNOSTI

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

(Skóre 0–4)

ACE

(Skóre 0–4)

ACE



17. VYBAVENÍ (RECALL) – VYBAVENÍ ANTEROGRÁDNÍCH PAMĚŤOVÝCH INFORMACÍ

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

(Skóre 0–7)

ACE

(Skóre 0–7)

ACE

Martin Dvořák
Sadová třída 73
Královice
Soběslav

18. ZNOVUPOZNÁVÁNÍ (REKOGNICE)

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

(Skóre 0–5)

ACE

(Skóre 0–5)

ACE

- Pacientovi řekněte: „**Dobře, nyní Vám budu trochu napovídat. Například, řeknu Vám tři jména a Vy z nich zkusíte vybrat to, které bylo uvedeno na adrese. Takto budeme pokračovat i v dalších položkách.**“
Každá správně rozpoznaná položka je hodnocena jedním bodem, který připočteme k bodům případně získaným automaticky správným sponánním vybavením v minulé zkoušce.

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

ZRAKOVÉ – PROSTOROVÉ SCHOPNOSTI

PAMĚŤ

List pro pacienta

8.

ZAVŘETE OČI

9.

11.

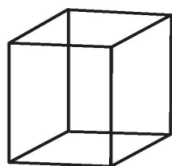
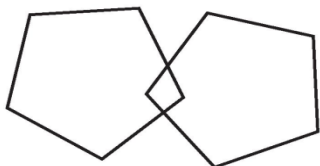


13.

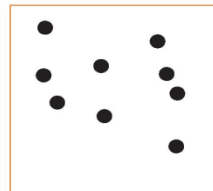
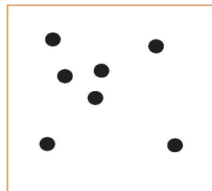
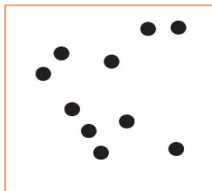
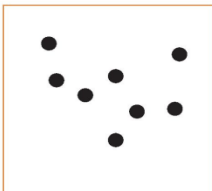
šít litr saze těsto výška

JAZYK

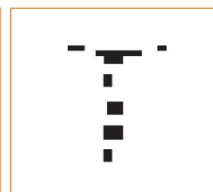
14.

Hodiny

15.

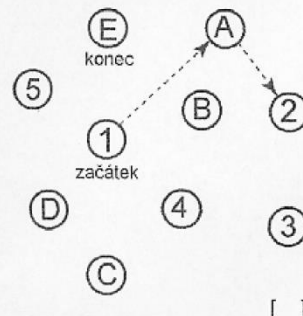
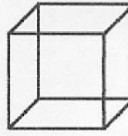

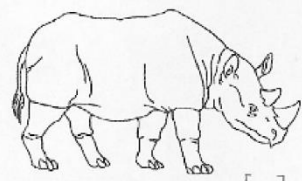
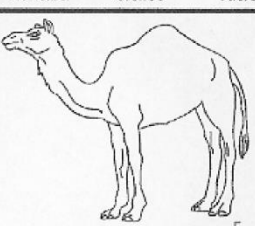


16.



Zdroj:
SEKCE KOGNITIVNÍ NEUROLOGIE ČESKÉ NEUROLOGICKÉ SPOLEČNOSTI
JEP, 2012. *Kognitivní test ACE-R* [online]. 1. 1. 2012 [cit. 2013-09-24]. Dostupné
z [www: http://www.kognice.cz/](http://www.kognice.cz/)

Příloha 5 Montrealský kognitivní test

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

Zdroj:

THE MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT, 2013a. *Montrealský kognitivní test* [online]. 2013 [cit. 2013-09-24]. Dostupné z: http://www.mocatest.org/pdf_files/test/MoCA-Test-Czech.pdf

Montrealský kognitivní test / Nasredinův test /

1. Zručnost

Návod : instrukce testovanému subjektu : Spojte postupně čarou číslice a písmena .Začněte od čísla 1 směrem k A , pak od A ke 2 a tak dále a skončete u E.

Skore : 1 bod náleží správně propojeným číslicím a písmenům 1-A-2-B-3-C-4-D-5-E .Čáry se nesmí křížit , bod může být přiznán pokud dojde k okamžité opravě . Jinak se skoruje 0.

2. Prostorová orientace

Návod : testující podá následující instrukci , ukáže na krychli a řekne okopírujte tuto kresbu jak nejpřesněji dokážete ,na na volné místo pod krychlí .

Skore : 1 bod náleží přesné kopii předmětu .

- ☒ Kresba by měla být trojrozměrná .
- ☒ Neměly by chybět žádné čáry , ani nadbytečně nakreslené.
- ☒ Čáry by měly být vodorovné ,přibližně stejné délky.
- ☒ Pokud kresba nevyhovuje těmto požadavkům , bod se neudělí .

3. Zraková konstrukční zručnost

Návod : Zde namalujte obrys hodin , umístěte čísla označující hodiny a ručičkami vyznačte 11 hodin a 10 minut.

Skore : Za každé z následujících 3 kritérií náleží 1 bod .

- ☒ Kontura / 1 bod/ mělo by se jednat o kruh s malými odchylkami ,nemusí dojít ke zcela přesnému spojení kružnice.
 - ☒ Číslice / 1 bod / všechna čísla označující hodinu by měla být uvedena ve správném pořadí a umístění. Mohou být akceptovány i římské číslice.
 - ☒ Ručičky / 1 bod / musí být zakresleny obě ručičky ukazující správný čas a umístěny v centru hodin.
- Bod může být přiznán pouze za splnění každého z výše uvedených kritérií.

4. Pojmenování zvířete.

Návod : ukažte tato 3 zvířata a vyzvěte testovaného,aby je pojmenoval .

Skore : za každé správné pojmenování , lev , nosorožec , velbloud je 1 bod

5. Paměť.

Návod : Testující čte seznam 5 slov rychlostí 1.slova za vteřinu a seznámí testovaného,že si má zapamatovat slova po přečtení ,ale také pro pozdější dobu .“Poslouchejte pozorně a po tom ,co

skončím se snažte vybavit co nejvíce slov. Nezáleží na pořadí“ Testující si označí slova, která byla zapamatována a když zkoušený dá najevo, že si nemůže vzpomenout na další , přečte testující opět oněch 5 slov a vyzve testovaného opět k opakování zapamatovaných slov.

Po ukončení druhého pokusu upozorní testující, že na konci požádá testovaného opět o zopakování tolika slov , kolik si stačil zapamatovat.

1.pokus	2.pokus
Obličej []	Obličej []
Samet []	Samet []
Kostel []	Kostel []
Kopretina []	Kopretina []
Červená []	Červená []

Skore : Žádný bod se nedává za pokus 1 ani 2 , hodnocení se provede až na konci testování.

6. Pozornost

Opakování 5 čísel po sobě jdoucích .

Návod : Informujte testovaného , že mu řeknete 5 čísel , jedno za vteřinu . Tato čísla by měl Testovaný zopakovat.

Čísla jak jdou za sebou 2 1 8 5 4

Opakování 3 čísel pozpátku 7 4 2

Skore : 1 bod se počítá za správné zopakování po sobě jdoucích čísel
1 bod se počítá za správné zopakování čísel pozpátku .

Návod : Testující čte seznam písmen v rytmu jedno za vteřinu a vždy když řekne A , měl by testovaný ťuknout prstem na stůl.

Skore : Pokud testovaný neudělá chybu , nebo se splete pouze 1x přidejte 1 bod.

Odečítání:

Návod . Zkoušející upozorní testovaného, že bude odečítat od 100 postupně 7 až do ukončení zkoušejícím. Takto může informaci podat celkem dvakrát.

Skore :

V tomto úkolu mohou být uděleny 3 body. Žádný bod se neudělí, pokud testovaný neodečte správně ani jednou, 1 bod dostane pokud odečte jednou správně, 2 body pokud odpoví 2-3x správně, 3 body pokud odečte 4-5x správně. Počítá se každé správné odečtení počínaje od 100. Každý odečet se počítá odděleně, což znamená že i když je jeden odečet špatný a další jsou správné, počítá se každý správný. Na př. Testovaný odpoví 92-85-78-71-64 i když 92 je špatně, ostatní odečty jsou správné a testovaný získává 3 body.

7. Opakování vět.

Návod : zkoušející podá následující informaci : Přečtu vám větu , vy jí po mně zopakujete přesně tak jak jsem jí řekl . **Pouze vím , že dnes je to Jan , kdo má pomáhat.** Po tom co testovaný odpoví , zkoušející řekne : Nyní vám přečtu druhou větu , kterou budete opakovat přesně jak jsem jí řekl . **Když jsou v místnosti psy,kočka se vždy schová pod gauč.**

Skore : Za každou správně opakovanou větu je udělen 1 bod. Odpověď musí být přesná. Pozor se musí dát i na vynechání slova , např. vynechání „ pouze“ , nebo „vždy“, také nesmí být tolerovány náhradní slova či jakékoliv nadbytečné slovo. Nebo „je schovaná“ místo schová , vynechání množného čísla pes-psy. Atd .

8. Vybavování slov.

Návod : Zkoušející podá následující informaci . „ Vzpomeňte si na co nejvíce slov začínající určitým písmenem , které vám hned řeknu . Můžete říci jakékoliv slovo , kromě jmen / jako např. Karel , Klatovy / číslic a slov , která mají stejný základ jako malba,malíř,malovat.Po 1 minutě vás zastavím.Jste připraven? /pomlka/ Nyní mi začněte říkat slova , která začínají na K . Po jedné minutě ukončíme.

Skore : 1 bod je započten při vybavení 11 a více slov.Slova se mohou poznamenávat na okraj formuláře.

9. Abstrakce.

Návod : Zkoušející se zeptá testovaného , aby vysvětlil co mají společného dvě slova , která vysloví , např. „ Řekněte mi co mají společného **pomeranč a banán** „ Jestliže zkoušený neodpoví správně, pak mu vysvětlíte , že správně je , že **obojí je ovoce.**

Po této praktické instrukci se zkoušející zeptá :“ **Co má společného vlak a bicykl** „,Druhý pokus je „ **Co má společného pravítko a hodinky** .“ Nedávejte již žádné další nápovědi nebo instrukce.

Skore : Pouze dva poslední pokusy se počítají a každý je označen 1 bodem. Následující odpovědi se mohou považovat za správné.

Vlak-bicykl – prostředky transportu, cestování , můžete jet na výlet oběma.

Pravítko-hodinky – měřicí prostředky,používají se k měření.

Jako nesprávné musíme počítat : vlak-bicykl =obojí mají kola , pravítko-hodinky =jsou na nich číslice.

10. Pozdější vybavení slov.

Návod : Zkoušející podá následující instrukci. „ Před chvílí jsem vám řekl několik slov , které jste si měl/a/ zapamatovat.Řekněte mi všechna slova, které si dovedete vybavit.“ Označte +/- každé slovo správně zapamatované , bez toho , abyste testovanému jakkoliv pomáhali.

Skore: Udělte 1 bod za každé dobře zapamatované slovo , bez nápovědy.

Nepovinný test .

Ihned po tomto testu můžete testovaného pomocí nápovědy vést k tomu ,aby si vzpomenul na dříve řečená slova . Označte opět slova , které si testovaný zapamatoval tímto způsobem Instruujte osobu ,že mu řeknete několik možností k připomenutí , na př . řekněte byl to NOS , TVÁŘ nebo RUKA ?

Použijte následující nápovědy pro daná slova .

Tvářnápověda : část těla více nápovědí nos , tvář , ruka

Samet nápověda : druh látky více nápovědí pytlovina,bavlna,samet

Kostel nápověda : typ stavby více nápovědí kostel ,škola , nemocnice

Kopretina..nápověda : druh květiny více nápovědí růže ,kopretina ,tulipán

Červená ...nápověda : barva více nápovědí červená ,modrá ,zelená

Skore : Pokud se použije nápověda nepřidělí se žádný bod.Nápovědy pouze slouží k dalšímu rozlišení druhu poruchy paměti.Existuje porucha paměti vyznačující se **zhoršenou výbavností**,která může být pomocí nápovědy zlepšena.Poruchy paměti způsobené **zhoršenou retencí** informací , nemohou být zlepšeny nápovědou.

11. Orientace.

Návod : Zkoušející se zeptá na následující : Kolikátého je dnes .Pokud si zkoušený nevzpomene zeptáme se na to jaký je rok , měsíc ,přesné datum ,den v týdnu.Pak se zeptáte na místo ,kde se nacházíme a ve kterém jsme městě.

Skore : Přidělte 1 bod za každou správnou odpověď.Odpovědi musí být přesné.

CELKOVÉ SKORE : Sečtěte všechny skore na pravé straně formuláře.Přidejte 1 bod každému , kdo má méně než 12 let vzdělání. Maximum bodů je 30.Skore 26 a více je pokládáno jako normální.

Zdroj:

THE MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT, 2013b. *Montrealský kognitivní test* [online]. 2013 [cit. 2013-09-24]. Dostupné z [www: http://www.mocatest.org/pdf_files/instructions/MoCA-Instructions-Czech.pdf](http://www.mocatest.org/pdf_files/instructions/MoCA-Instructions-Czech.pdf)

Příloha 6 Test hodin

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

(Podle: *Shulman KI et al. Clock-Drawing and dementia in the community: A longitudinal study.*)

Zdroj:

PIDRMAN, V., 2007. *Demence*. 1. vyd. Praha: Grada, s. 171, 172. ISBN 978-80-247-1490-5.

Příloha 7 Dotazník funkčního stavu FAQ-CZ

Dotazník funkčního stavu FAQ-CZ

DOTAZNÍK FUNKČNÍHO STAVU (FAQ-CZ)

Jméno a příjmení posuzovaného: Ročník: Datum vyplnění:

Jméno vyplňujícího + vztah k posuzovanému: Diagnóza: MMSE:

Tento dotazník může vyplňovat pouze osoba, která důvěrně zná, jak si posuzovaný vede v běžném životě.

V každém řádku ZAKROUŽKUJTE míru schopnosti posuzované osoby:	Vykonává sám správně	Provádí sám s potížemi	Potřebuje pomoc druhého	Je zcela závislý, vykonává někdo jiný	Nikdy nevykonával/a, ale byl/a by nyní schopen/na	Nikdy nevykonával/a, nyní potíže
1. Vyplnit složanky nebo platit účty, ukládat si finanční doklady	0	1	2	3	0	1
2. Vyplňovat úřední dokumenty nebo formuláře	0	1	2	3	0	1
3. Nakupovat běžné domácí potřeby, oblečení nebo potraviny	0	1	2	3	0	1
4. Hrát složitější společenské hry, věnovat se aktivně koníčkům	0	1	2	3	0	1
5. Připravit si kávu nebo čaj, vypnout sporák	0	1	2	3	0	1
6. Připravit si jídlo	0	1	2	3	0	1
7. Sledovat současné události	0	1	2	3	0	1
8. Porozumět a diskutovat o televizním pořadu, knize nebo časopisu	0	1	2	3	0	1
9. Pamatovat si termíny schůzek, rodinných událostí, svátků, léky a jejich užívání	0	1	2	3	0	1
10. Cestovat mimo nejbližší okolí, řídit auto nebo použít autobus	0	1	2	3	0	1

Celková soběstačnost
Sečteme body ve všech kategoriích. Výsledek lze přepočítat na procenta zachování aktivit denního života podle tabulky níže.

body %

Převod bodů na procento soběstačnosti	body	procenta
1	97	99
2	96	98
3	95	97
4	94	96
5	93	95
6	92	94
7	91	93
8	90	92
9	89	91
10	88	90
11	87	89
12	86	88
13	85	87
14	84	86
15	83	85
16	82	84
17	81	83
18	80	82
19	79	81
20	78	80
21	77	79
22	76	78
23	75	77
24	74	76
25	73	75
26	72	74
27	71	73
28	70	72
29	69	71
30	68	70

Překlad do češtiny: MUDr. Aleš Bartoš, Ph.D., Pavel Marínek, Zdraví české vzrůstá: Bartoš A., Marínek P., Bezdička O., Bůžek A., Řepová D. Dotazník funkčního stavu FAQ-CZ - česká verze pro zhodnocení každodenních aktivit pacientů s Alzheimerovou nemocí. Psychiat. pro Prahu 2008; 1(9): 31-34 nebo www.psp.cz/bc/centrum. Přeložila zářij: Pfeifer RJ et al. Measurement of functional activities in older adults in the community. J Gerontol 1982; 37: 232-243. Copyright © The Gerontological Society of America. Překlad byl podřízen se svolením majitele práva. The Gerontological Society of America renunciat za nepřesnosti, které se mohou objevit v překladu. Autori vyhradit souhlas s pořizováním kopie.

Zdroj:

BARTOŠ, A. a M. HASALÍKOVÁ, 2010. *Poznejte demenci správně a včas – příručka pro klinickou praxi*. Praha: Mladá fronta, s. 139. ISBN 978-80-204-2282-8.

Příloha 8 Lawtonova škála

Tab. 4.4 Lawtonova škála hodnocení IADL (Philadelphia Geriatric Centre – IADL Scale)

činnost	body	činnost	body
telefonování		praní	
ovládá telefon samostatně, vyhledá a vytočí čísla	1	zcela zajistí praní osobních věcí	1
vytočí několik dobře známých čísel	1	přepere drobné věci, jako ponožky či punčochy	1
zvedne při zazvonění sluchátko, ale nevytáčí čísla	1	veškeré praní musí zajistit jiní	0
není schopen telefon užívat	0	způsob dopravy, cestování	
nakupování		cestuje samostatně veřejnou dopravou či řídí automobil	1
postará se samostatně o všechny potřebné nákupy	1	zajišťuje si dopravu taxíkem, ale veřejnou dopravu neužívá	1
zvládá samostatně jen drobné nákupy	0	cestuje veřejnou dopravou s asistencí či s doprovodem	1
potřebuje doprovod na každý nákup	0	doprava je omezena na taxi či automobil s doprovodem	0
není schopen(a) nakupovat	0	necestuje vůbec	0
příprava jídla, vaření		užívání léků	
plánuje, připravuje a servíruje přiměřená jídla samostatně	1	zodpovědně užívá léky ve správný čas a ve správných dávkách	1
připravuje přiměřená jídla, pokud jsou zajištěny ingredience	0	sám užívá léky, pokud jsou předem připraveny v oddělených dávkách	0
ohřeje a servíruje připravené pokrmy či připravuje jídla, ale nezachovává přiměřenou stravu	0	není schopen užívat vlastní medikaci	0
vyžaduje uvaření a servírování jídla	0	nakládání s penězi	
vedení domácnosti		obstarává finanční záležitosti nezávisle (rozpočet, placení nájmu a účtů, docházení do banky)	1
vede domácnost sám(a) či s občasnou pomocí (např. těžké domácí práce)	1	zvládá drobné denní výdaje, ale potřebuje pomoc s bankovními operacemi, většími výdaji apod.	1
provádí lehké denní úkoly jako stlaní, mytí nádobí	1	není schopen(a) nakládat s penězi	0
provádí lehké denní úkoly, ale není schopen(a) zachovat přijatelnou úroveň čistoty	1		
potřebuje pomoc se všemi domácími pracemi	1		
nepodílí se vůbec na domácích pracích	0		

V každé kategorii se označí jen jedna nejvýstižnější odpověď.

Hodnocení: prostý popis, rozmezí 0–8 bodů

Zdroj:

KALVACH, Z. et al., 2011. *Křehký pacient a primární péče*. 1. vyd. Praha: Grada, s. 103. ISBN 978-80-247-4026-3.

Příloha 9 Dotazník soběstačnosti (DAD-CZ)

DOTAZNÍK SOBĚSTAČNOSTI (DAD-CZ)

Jméno a příjmení posuzovaného: Ročník:

Jméno vyplňujícího + vztah k posuzovanému:

Datum vyplnění: Diagnóza: MMSE:

Tento dotazník může vyplňovat pouze osoba, která důvěrně zná, jak si posuzovaný vede v běžném životě. Obsahuje 40 položek a je určen pro zjištění každodenních aktivit u lidí s poruchami paměti a dalších duševních schopností.

Dotazník se týká stavu vyšetřovaného za poslední 2 týdny. Nebere se v úvahu to, co by posuzovaný byl schopen vykonat, ale pouze to, co skutečně vykonal. Hodnotí se takto:

- ANO („1“) označte, pokud posuzovaný během posledních dvou týdnů danou aktivitu provedl bez pomoci a bez připomenutí alespoň jednou.
- NE („0“) označte, pokud posuzovaný aktivitu za poslední 2 týdny nevykonal vůbec, nebo ji vykonal jen s pomocí či připomenutím.
- NELZE URČIT („X“) označte, pokud posuzovaný aktivitu nevykonával ani před začátkem potíží s pamětí nebo v posledních 2 týdnech aktivitu neměl příležitost vykonávat nebo pokud aktivitu nevykonává proto, že trpí jiným tělesným onemocněním (například kloubní potíže, po zlomenině končetiny).

Udělal posuzovaný/á bez pomoci nebo připomenutí alespoň jednou za poslední 2 týdny tyto činnosti? V každém řádku zakroužkujte 1 = ANO, 0 = NE nebo X = NELZE URČIT			
Hygiena	ANO	NE	X
1. Pokusil/a se umýt nebo vykoupat či osprchovat	1	0	X
2. Pokusil/a se vyčistit si zuby nebo pečovat o svůj umělý chrup	1	0	X
3. Rozhodl/a se pečovat si o vlasy (umýt a učesat)	1	0	X
4. Připravil/a si vodu, ručníky a mýdlo na mytí, koupání nebo sprchování	1	0	X
5. Spolehlivě si umyl/a a osušil/a všechny části svého těla	1	0	X
6. Správně si vyčistil/a zuby nebo pečoval/a o svůj umělý chrup	1	0	X
7. Pečoval/a si o vlasy (umytí a učešení)	1	0	X
Oblékání			
8. Pokusil/a se obléknout	1	0	X
9. Vybral/a si vhodné oblečení (s ohledem na příležitost, upravenost, počasí a barevnou kombinaci)	1	0	X
10. Oblékl/a se ve správném pořadí (spodní prádlo – kalhoty/šaty – boty)	1	0	X
11. Úplně se oblékl/a	1	0	X
12. Úplně se svlékl/a	1	0	X
Kontinence (udržení moči a stolice)			
13. Rozhodl/a se použít toaletu ve správný čas	1	0	X
14. Použil/a toaletu bez "nehod"	1	0	X
Jedení			
15. Rozhodl/a se, že se potřebuje najíst	1	0	X
16. Při jídle zvolil/a vhodné přístroje a chuťové přísady	1	0	X
17. Konzumoval/a své jídlo normálním tempem a přiměřenými způsoby	1	0	X

Pokračování na další straně

Mezisoučty (základní aktivity max. 17):

	0	
--	---	--

Příloha 10 Užitečné kontakty pro osoby s Alzheimerovou demencí

Kontakty v České republice

Česká Alzheimerovská společnost

Šimůnkova 1600, 182 00 Praha 8

Tel. 286 883 676, 283 880 346

www.alzheimer.cz www.gerontologie.cz

Další užitečné kontakty, zdravotně-sociální poradenství

www.caritas.cz Charita Česká republika

Internetové stránky největšího poskytovatele sociálně zdravotních služeb u nás.
Informace o službách, pobočkách a projektech.

www.domaci-pece.info Národní centrum domácí péče České republiky
Informační servis v oblasti zdravotní a sociální péče pro odbornou i laickou veřejnost.

<http://iregistr.mpsv.cz> Registr poskytovatelů sociálních služeb
Oficiální registr poskytovatelů sociálních služeb zřízený na základě zákona
č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, s účinností od 1. 1. 2007.

<http://www.jakpecovat.cz> Informační portál pro pečující
Jak dobře pečovat a přitom nezapomínat sám na sebe. Informace, tipy, diskuse.

<http://www.pacienti.cz/> Svaz pacientů České republiky

www.pecujdoma.cz Internetové stránky určené rodinným pečujícím.

www.pecujici.cz Pečující on-line

Stránky pomáhají rodinným příslušníkům starajícím se o nemocné, kteří vyžadují
trvalou ošetrovatelskou péči nebo dohled. Cílem je zmírňovat pocity deprese pečujícího
a pomoc při hledání informací např. o osobní asistenci, zdravotnických zařízeních,
pomůckách.

www.nrzp.cz/poradenstvi-sluzby/poradna-nrzp-cr.html

Národní rada osob se zdravotním postižením ČR – Poradna NRZP ČR

Státní správa a samospráva

<http://www.cssz.cz> Česká správa sociálního zabezpečení

<http://www.mzcr.cz/> Ministerstvo zdravotnictví

<http://portal.gov.cz> Portál veřejné správy České republiky

<http://portal.mpsv.cz/> Integrovaný portál Ministerstva práce a sociálních věcí

Zdroj:

REGNAULT, M., 2011. *Alzheimerova choroba: Průvodce pro blízké nemocných*. 1. vyd.

Praha: Portál, s. 118. ISBN 978-80-262-0010-9.

Příloha 11 Schéma rozhovoru

1. Úvod
2. Život postiženého před vlastní nemocí
3. Život pečujícího před onemocněním člena rodiny
4. První kontakt s nemocí
5. Sdělení diagnózy
6. Další vývoj nemoci včetně péče
7. Další život pečující se zhoršujícím se zdravotním stavem a celkovou situací
8. Co by ulehčilo situaci
9. Jaké služby lze očekávat od stacionáře
10. Očekávali by i ošetrovatelskou péči – jakou

Zdroj: vlastní

Příloha 12 Anketní otázky

1. Slyšel/la jste o Alzheimerově demenci?
2. Víte, s čím souvisí Alzheimerova demence?
3. Domníváte se, že se o lidi s Alzheimerovou demencí mohou starat rodinní příslušníci?
4. Slyšel/la jste o denních stacionářích pro lidi s Alzheimerovou demencí?
5. Domníváte se, že pobyt lidí s Alzheimerovou demencí ve stacionáři by mohl ulehčit situaci rodinným příslušníkům?
6. Domníváte se, že by bylo přínosné otevření denního stacionáře pro lidi s Alzheimerovou demencí?

Zdroj: vlastní

Příloha 13 Výsledky ankety zpracované do tabulky 2

Respondent	Ot. č. 1	Ot. č. 2	Ot. č. 3	Ot. č. 4	Ot. č. 5	Ot. č. 6
1. R	ano	s pamětí	ano	ano	ano	ano
2. R	ano	s pamětí	ano	ano	ano	ano
3. R	ne	ne	nevím	ne	nevím	ne
4. R	ne	s pamětí	ano	ano	ano	ano
5. R	ano	s pamětí	ano	ano	ano	ano
6. R	ano	s pamětí	ano	ano	ano	ano
7. R	ne	nevím	nevím	ne	nevím	ne
8. R	ano	s pamětí	ano	ano	ano	ano
9. R	ne	ne	nevím	ne	nevím	ne
10. R	ano	s pamětí	ano	ano	ano	ano
11. R	ano	s pamětí	ano	ano	ano	ano
12. R	ne	s pamětí	ano	ano	nevím	nevím
13. R	ano	s pamětí	ne	ne	ne	ne
14. R	ano	s pamětí	ano	ano	ano	ano
15. R	ano	s pamětí	ano	ano	ano	ano
16. R	ne	nevím	nevím	ne	nevím	ne
17. R	ano	s pamětí	ano	ne	ano	nevím
18. R	ano	s pamětí	ano	ano	ano	ano
19. R	ano	s pamětí	ano	ano	ano	ano
20. R	ano	s pamětí	ano	ano	ano	ano
21. R	ne	s pamětí	ano	ano	ano	ano
22. R	ano	s pamětí	ano	ano	ano	ano
23. R	ano	s pamětí	ano	ano	ano	ano
24. R	ano	s pamětí	ano	ano	ano	ano
25. R	ano	s pamětí	ano	ano	ano	ano
26. R	ne	nevím	nevím	ne	nevím	nevím
27. R	ano	s pamětí	ano	ano	ano	ano
28. R	ano	s pamětí	ano	ano	ano	ano
29. R	ano	s pamětí	ne	ne	ne	nevím
30. R	ano	s pamětí	ano	ano	ano	ano
31. R	ano	s pamětí	ano	ano	ano	ano
32. R	ne	ne	nevím	ne	nevím	ne
33. R	ano	s pamětí	ano	ne	ano	ano
34. R	ano	s pamětí	ne	ne	ne	ne
35. R	ano	s pamětí	ano	ano	ano	ano
36. R	ano	s pamětí	ano	ano	ano	ano
37. R	ne	ne	nevím	ne	nevím	ne
38. R	ano	s pamětí	ano	ne	ano	ano
39. R	ano	s pamětí	ano	ano	ano	ano
40. R	ne	s pamětí	ano	ano	ano	ano
41. R	ano	s pamětí	ano	ano	ano	ano
42. R	ne	nevím	nevím	ne	nevím	ne
43. R	ano	s pamětí	ano	ano	ano	ano
44. R	ne	ne	nevím	ne	nevím	ne
45. R	ano	s pamětí	ano	ano	ano	ano
46. R	ano	s pamětí	ano	ano	ano	ano
47. R	ne	s pamětí	ano	ano	ano	ano
48. R	ano	s pamětí	ano	ano	ano	ano
49. R	ano	s pamětí	ano	ano	ano	ano
50. R	ne	ne	nevím	ne	nevím	nevím

Zdroj: vlastní

Popis tabulky 2

Ankety se zúčastnilo 50 respondentů, byly jim pokládány otázky ohledně problematiky Alzheimerovy demence, které byly zaznamenány do tabulky. Z odpovědí respondentů vyplynulo, že 35 oslovených respondentů slyšelo o Alzheimerově demenci, 15 respondentů se s tímto pojmem nikdy nesešlo. Souvislost Alzheimerovy demence s pamětí uvádí 40 respondentů, 10 respondentů neví, s čím Alzheimerova demence souvisí. Na otázku, zda-li se mohou o lidi s Alzheimerovou demencí starat rodinní příslušníci, odpovědělo kladně 37 respondentů, 10 respondentů odpovědělo, že neví a 3 respondenti se domnívají, že se rodinní příslušníci starat nemohou. O denních stacionářích určených lidem s Alzheimerovou demencí slyšelo 34 respondentů, 16 dotazovaných o stacionářích neslyšelo. To, že pobyt lidí s Alzheimerovou demencí ve stacionáři by mohl ulehčit situaci rodinným příslušníkům, se domnívá 36 respondentů, 11 respondentů odpovědělo „nevím“ a 3 respondenti odpověděli záporně. Otevření denního stacionáře pro lidi s Alzheimerovou demencí vidí jako přínosné 35 respondentů, 10 respondentů se domnívá, že by otevření denního stacionáře přínosné nebylo, 5 respondentů odpovědělo „nevím“.

Zdroj: vlastní

Příloha 14 Záznamový arch na identifikační údaje

Rozhovory s respondenty (R1 - R10)	Vztah respondenta k nemocnému	Věk nemocného	Pohlaví nemocného	Alzheimerova demence diagnostikovaná	Původní povolání nemocného
R1					
R2					
R3					
R4					
R5					
R6					
R7					
R8					
R9					
R10					

Zdroj: vlastní

Příloha 15 Kategorizace výsledků rozhovorů s respondenty – otevřené kódování

Kategorie: „První příznaky Alzheimerovy demence“

- Paměť

zapomínání: 1R/28-34, 2R/13-14, 15-19, 3R/24-27, 4R/26-27, 5R/28-30, 6R/24-27, 30-31, 33-36, 7R/25-29, 32-36, 8R/29-32, 9R/30-32, 34-35, 10R/40-43, 45

nepojmenování věcí: 5R/30-31, 7R/28, 9R/31

- Psychické potíže

dezorientace: 3R/28-31, 4R/28, 5R/36-37, 6R/37, 10R/46

zmatenost: 4R/27-28, 5R/35-36, 6R/38, 8R/32-35

- Ztráta zájmů: 5R/31-32, 33-34, 38-39

Kategorie: „Potíže nemocných související s vývojem Alzheimerovy demence“

- Zhoršení paměti

zapomínání: 1R/54-55, 79-81, 2R/50-52, 56-60, 3R/45-47, 59-62, 4R/43-44, 65-68, 5R/44-48, 6R/67-70, 7R/56-58, 79-80, 83, 8R/64, 9R/75-76, 10R/75-77

zmatenost: 1R/55, 3R/50-51, 6R/71-73, 8R/53-54, 65, 10R/98-99

dezorientace: 1R/77-78, 3R/51, 4R/49-51, 5R/54-55, 8R/69, 83-84, 9R/57, 10R/77-78, 99-100

- Změna chování

slovní agrese: 1R/78-79, 85-86, 3R/46, 4R/77, 5R/48, 6R/81, 8R/85, 10R/89-90

fyzická agrese: 3R/61-65, 68-70, 4R/77, 6R/81, 8R/85-86, 10R/90-93

- Ztráta

zaměstnání: 1R/45-46, 48-49, 2R/53-56, 78-83, 3R/44-45, 7R/54-55

zájmy: 3R/51-55, 72-73, 5R/48-49, 6R/74-75, 7R/61-62, 8R/83-84, 9R/57-61, 10R/72, 79-81, 106

řidičský průkaz: 2R/81, 5R/32-33, 10R/72-74

Kategorie: „Potřeby nemocných s Alzheimerovou demencí“

- Výživa:** 1R/51-52, 83-84, 2R/89, 3R/53-54, 70-71, 4R/45-46, 72-73, 5R/49-50, 6R/62, 79-80, 7R/81-82, 8R/80-81, 10R/84-85

- **Vyprazdňování:** 1R/51, 56-57, 82-83, 2R/89, 3R/49-50, 53, 65-67, 4R/44, 73-75, 5R/52-53, 6R/77-79, 8R/49-50, 63, 78-79, 9R/58-59, 10R/71, 87-88
- **Hygiena:** 1R/50, 54, 56, 81-82, 2R/88, 3R/49, 53, 67-68, 4R/44, 68-71, 5R/50-51, 54, 6R/62, 80-81 8R/49, 63, 74-76, 9R/83-84, 10R/71, 82-84
- **Spánek:** 3R/55, 4R/48, 80, 5R/51-52, 6R/62-63, 75, 9R/87, 10R/94-96
- **Úprava zevnějšku:** 1R/56, 84-85, 2R/88-89, 3R/65, 4R/44, 70-71, 6R/86-87, 8R/49-50, 76-78, 9R/83-84, 10R/83, 85-87
- **Aktivizace:** 1R/52-53, 77-78, 2R/60, 62-65, 85-86, 89-91, 3R/48-49, 71-73, 4R/48, 6R/61, 76-77, 7R/59-62, 8R/62-64, 70-72, 80-82, 9R/56, 57-61,84, 86-87, 10R/69-70, 79-81
- **Užívání medikace:** 2R/50-51, 3R/48, 74, 4R/47, 75-76, 6R/56-57, 85, 7R/56-58, 84, 8R/51, 9R/54, 10R/69, 78-79

Kategorie: „Život pečovateli“

- **Péče o nemocného:** 1R/64-68, 90-91, 95-96, 98-99, 102-103, 2R/65-73, 91-92, 99, 101-103, 140-141, 3R/56-59, 75-76, 79-83, 4R/60-61, 64-65, 77-79, 80-82, 5R/39-40, 56-59, 69-70, 6R/90-91, 95-99, 101-103, 7R/63-69, 70-74, 80-82, 8R/50, 55-56, 58-59, 87, 90-91, 9R/64-71, 78-80, 10R/102-105, 107-109
- **Zaměstnání:** 1R/88-89, 95, 2R/96-99, 4R/64, 5R/65-66, 6R/93-95, 100, 8R/59-61, 9R/78, 87-88
- **Život rodiny pečovatele:** 1R/88, 3R/76, 82-84,87, 4R/59-60, 78-81, 83, 5R/59-64, 6R/89-90, 92, 102, 9R/81, 10R/97-98
- **Zdravotní problémy pečovatele:** 1R/97, 103-104, 107, 4R/79, 83, 6R/104, 106-109, 8R/86, 9R/88, 10R/110-111
- **Ztráta koníčků:** 1R/94, 3R/85-86, 5R/64, 8R/88-90, 10R/112-115
- **Zanedbávání ostatních členů rodiny:** 1R/93-95, 3R/88-89, 99-100, 4R/82, 6R/105-106, 8R/91-93, 10R/115

Kategorie: „Ulehčení situace“

- Využití služeb center pro seniory

návštěva centra: 1R/58-60, 63-64, 2R/75-76, 83-84, 95-96, 4R/52-55, 6R/91-92, 8R/66-68

aktivizace: 1R/61-62, 4R/55

strava: 1R/62, 4R/55-56

samovolný odchod: 1R/69, 4R/56-57, 6R/64-66, 8R/68

přerušení návštěv: 1R/70-72, 4R/57, 8R/69

- **Využití respitních služeb:** 1R/108-109, 3R/94-96, 4R/87-88, 5R/82-85, 6R/108-109, 114-115, 8R/97-98, 9R/93-94, 10R/118-121
- **Využití denních stacionářů:** 1R/112-115, 131-132, 134-135, 2R/75-76, 3R/92-94, 4R/88-89, 5R/86-87, 89-90, 133-136, 6R/115-118, 127, 163-164, 167, 7R/74-75, 92-94, 8R/101-105, 9R/97-99, 101-102, 135-140, 10R/124-129, 167-168
- **Využití týdenních stacionářů:** 2R/133-137, 3R/115-116, 4R/106-109, 5R/107-109, 6R/128, 7R/131-134, 8R/136-140
- **Alzheimer centra:** 2R/76-78, 3R/96-99, 5R/79-83, 6R/112-113, 7R/73, 89-90, 9R/94-96

Kategorie: „Očekávané služby ve stacionáři“

- Zařízení stacionáře

prostředí: 1R/121, 2R/118, 3R/105-106, 4R/91-92, 5R/91-92, 6R/133-136, 7R/96-99, 8R/110-111, 9R/108, 114, 10R/133-135

odpočinek: 1R/122, 2R/126, 4R/99, 5R/105, 6R/136, 7R/100, 8R/114-116, 9R/110, 10R/135

osobní věci: 1R/119, 2R/118, 3R/107, 4R/99-100, 5R/95, 6R/137-138, 7R/101

dohled: 1R/120, 2R/112-113, 3R/104-105, 4R/93, 5R/101-102, 6R/121, 8R/109, 10R/137

jednání s nemocnými: 2R/124, 3R/126-128, 5R/104, 6R/132-133, 7R/113-114, 8R/122-123, 9R/112-113, 10R/139-140

- **Aktivizace nemocných**

kognitivní cvičení: 1R/118, 2R/108, 3R/108-109, 4R/94-95, 5R/93-94, 6R/139, 7R/112-113, 8R/111-112, 9R/106-107

tělesná aktivita: 1R/117-119, 2R/107-109, 111, 3R/112, 4R/97-98, 5R/100, 102, 6R/122, 140-141, 7R/110-112, 9R/121-122, 10R/141

- **Poskytované služby**

náboženské: 2R/116-117, 4R/95-97

kadeřnice, pedikéra, holiče: 4R/102, 5R/110, 6R/149, 7R/122, 8R/124, 10R/150-151

doprava: 3R/113-114, 5R/106-107, 6R/126-127, 10R/147-149

- **Pomoc pečovatelům:** 1R/122-124, 2R/115-116, 3R/109-110, 4R/100-101, 103, 5R/111-113, 6R/143-146, 7R/119, 121, 8R/117-119, 9R/120, 10R/152-154

- **Setkání pečovatelů:** 3R/111, 4R/105, 5R/115-119, 6R/147-148, 7R/120-121, 8R/120, 9R/114-119, 10R/156-157

Kategorie: „Očekávaná ošetrovatelská péče ve stacionáři“

- **Přítomnost sester:** 1R/126-127, 2R/129, 3R/118, 128, 4R/111, 6R/151, 7R/124, 8R/126-127, 9R/131, 10R/159

- **Přítomnost lékařů:** 1R/130, 2R/127, 3R/123, 4R/116-117, 5R/124-125, 6R/154-156, 7R/127-128, 8R/130, 9R/132-133, 10R/163-164

- **Ošetrovatelská péče:**

výživa: 1R/129, 2R/124, 3R/122, 4R/115, 5R/128-129, 6R/141-142, 7R/106, 8R/121-122, 9R/122-123, 10R/143

vyprazdňování: 1R/128, 2R/123, 3R/121-122, 4R/113-114, 5R/123-124, 6R/143, 7R/106, 8R/133, 9R/126, 10R/145

hygiena: 1R/127-128, 2R/122, 3R/119-120, 4R/114, 5R/123, 6R/128-129, 7R/105, 8R/132, 10R/136

užívání léků: 2R/125, 3R/124, 4R/118, 5R/126, 6R/152, 7R/125, 8R/128-129, 10R/161

aplikace injekcí: 3R/125, 4R/120, 6R/153, 7R/126, 8R/129, 10R/160

provedení převazu: 3R/129, 4R/121, 5R/127-128, 6R/153, 8R/130

změření TK a hladiny krevního cukru: 4R/119-120, 6R/156, 7R/128, 8R/130-132,
10R/161

doprovod na vyšetření: 1R/130, 5R/129, 6R/158-160

Zdroj: vlastní

DENNÍ STACIONÁŘ PRO OSOBY S ALZHEIMEROVOU DEMENCÍ



Ilustrativní foto

Motto: Alzheimerova demence
nesmí vzít důstojnost

Alzheimerova demence zcela změní osobnost nemocného člověka. Přestavuje těžkou zkoušku nejen pro samotného pacienta, ale i pro jeho nejbližší. Rodinní příslušníci bývají vyčerpaní, stresovaní, unavení, zažívají pocity beznaděje a sebeobviňování. Potřebovali by si odpočinout, ale leží na nich tíha péče o svého blízkého.

Denní stacionář „SLUNÍČKO“ nabízí citlivé řešení a pomoc pro ty, kteří denně pečují o nemocného člena rodiny. Umožní skloubit péči o blízkého se zaměstnáním a poskytne tolik potřebný čas pro osobní potřeby a obnovení duševních i tělesných sil.



Ilustrativní foto

KOMU JE URČEN DENNÍ STACIONÁŘ

Osobám s Alzheimerovou demencí, kteří potřebují dohled nebo pomoc druhé osoby.

POSLÁNÍ DENNÍHO STACIONÁŘE

- Vytvořit přátelské, domácí a bezpečné prostředí lidem postiženým demencí, ve kterém mohou strávit větší část dne.
- Umožnit klientům žít aktivní, důstojný život v přirozeném prostředí a zabránit tak jejich předčasné institucionalizaci.
- Pečujícím umožnit žít svůj život při současném zajištění péče o blízkého člověka.

Ilustrativní foto



UMÍSTĚNÍ DENNÍHO STACIONÁŘE

Budova stacionáře je obklopena velkou zahradou. K dispozici je prostorná terasa, která je za příznivého počasí využívána k posezení a relaxaci. Samozřejmě je bezbariérové řešení celého zařízení a zabezpečení před samovolným odchodem klientů.

ZAŘÍZENÍ DENNÍHO STACIONÁŘE

- společenská místnost
- kuchyňka
- jídelna
- sociální zařízení
- místnost pro odpočinek

Ilustrativní foto



CÍLE DENNÍHO STACIONÁŘE

Poskytnout klientům podporu, pomoc či péči v některé z následujících oblastí:

- zachování schopnosti péče sám o sebe s ohledem na důstojnost klienta
- podpora při udržení zájmů, zálib, dovedností v situaci nemoci
- pomoci odstranit pocit osamělosti
- pomoci smysluplně využít volný čas
- podpora při rozvoji komunikace s okolím
- hledání prostředků pro dobré dorozumění
- podpora a úleva pečujícím rodinám
- sociální a psychologické poradenství pro pečující

Ilustrativní foto



ROZSAH ÚKONŮ PŘI POSKYTOVÁNÍ SLUŽBY V DENNÍM STACIONÁŘI

- pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu
- pomoc při oblékání
- pomoc a podpora při osobní hygieně
- pomoc při vyprazdňování
- poskytnutí stravy a pomoc při stravování
- dohled nad pitným režimem
- zprostředkování společenských kontaktů
- sociálně terapeutické činnosti
- vzdělávací a aktivizační činnosti
- poskytnutí ošetrovatelských služeb (podávání léků, aplikace injekcí, provedení převazů...)
- zajištění lékařských služeb
- zajištění dovozu a odvozu klientů

AKTIVIZAČNÍ ČINNOSTI

FYZIOTERAPIE

- pohybový režim, pravidelná cvičení s klienty s ohledem na jejich možnosti

REMINISCENČNÍ TERAPIE

- tato metoda je velice důležitá pro klienty, kteří trpí poruchami krátkodobé paměti, ale velmi dobře si vybavují události dávno minulé

ARTETERAPIE

- skupinová práce s klienty, při které se využívá výtvarného projevu

ERGOTERAPIE

- práce s klienty, která prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o aktivizaci a soběstačnost v běžných denních, zájmových i pracovních činnostech

CANISTERAPIE

- léčebný kontakt člověka se psem, který svou přítomností dokáže vyvolávat dobrou náladu

PSYCHOTERAPIE

- působením na klienty se snažíme redukovat nástup pocitů bezmoci a zoufalství a jinému nevhodnému vyrovnání se s příznaky nemoci

MUZIKOTERAPIE

- je součástí relaxace, zpěv a pohyb s hudbou celkově aktivují mozkovou činnost

SOCIÁLNÍ TRÉNINK

- klientům trpícími duševními chorobami sociální kontakty prospívají a stimulují je

VALIDACE

- znamená člověka postiženého demencí následovat do jeho vnitřního světa, tento svět akceptovat, pojmenovat a potvrdit

RÁMCOVÝ DENNÍ PROGRAM

- 07:00 - 09:30 Začlenění do kolektivu
- 09:30 - 10:00 Dopolodní svačina
- 10:00 - 12:00 Aktivizační činnosti a terapie
- 12:00 - 13:00 Oběd
- 13:00 - 14:00 Siesta u kávy
- 14:00 - 15:30 Aktivizační činnosti a terapie
- 15:30 - 16:00 Dopolodní svačina
- 16:00 - 18:00 Společenské aktivity

Společné posezení klientů – ilustrativní foto



Aktivizace klientů – ilustrativní foto



Aktivizace klientů – ilustrativní foto



CO UDĚLAT V PŘÍPADĚ ZÁJMU O SLUŽBY DENNÍHO STACIONÁŘE

- Klienti jsou do zařízení přijímáni dobrovolně na základě podané žádosti.
- V případě zájmu o služby je možnost pobyt si v našem stacionáři vyzkoušet.
- Nabízíme tři dny, kdy po dobu dvou až tří hodin umožníme zájemci setrvat a seznámit se se zařízením, vybavením, personálem i programem dne.
- Pokud je o službu projeven zájem, je na budoucím klientovi nebo pečovateli, aby si vybral čas i frekvenci návštěv, která mu bude vyhovovat.
- Docházka může být každodenní, nebo jen několik dní či hodin týdně – naprosto dle potřeb klienta a pečovatele.
- Klient může službu ukončit kdykoliv bez udání důvodu.

KOLIK SE ZA STACIONÁŘ PLATÍ

- Za služby se platí zpětně za předchozí měsíc dle dohody a uzavřené smlouvy.
- Platba za poskytované služby se řídí aktuálním ceníkem, který je k dispozici u sociální pracovnice.

CO MÁ MÍT KLIENT SEBOU

- přezutí
- kompenzační pomůcky (brýle, naslouchátka)
- pomůcky pro inkontinenci
- náhradní oblečení
- hygienické potřeby, ručník, kapesník
- léky
- osobní věci, které jsou klientovi blízké (fotografie, deka, polštářek...)

KDE NÁS NAJDETE

Denní stacionář „SLUNÍČKO“

Kontaktní osoba:

Bc. Kovaříková Jaroslava

tel. 728 748 904

email: kovarikova77@seznam.cz

Ilustrativní foto



KOMU JE BROŽURA URČENA

- Osobám s Alzheimerovou demencí.
- Rodinným příslušníkům, kteří pečují o své blízké, kterým byla diagnostikována Alzheimerova demence.
- Brožura bude k dispozici v Nemocnici následné péče, v denním centru Astra, v denním stacionáři Sluníčko, v ambulancích praktických lékařů.

Vězte, že prosbou o pomoc nedáváte najevo méně lásky, lenost či nezáměr. Naopak, v dané situaci děláte pro svého milovaného maximum, co je ve vašich silách.

Ilustrativní foto



Zdroje – obrázky:

SANATORIUM LOTOS, 2009. *Denní stacionář* [online]. 2013 [cit. 2013-11-19]. Dostupné z www: <http://www.sanatorium-lotos.cz/denni-stacionar>

LIDOVKY.CZ, 2012. *Úterní LN: od 1. ledna do důchodu v 58* [online]. 12. 11. 2012 [cit. 2013-11-19]. Dostupné z www: http://www.lidovky.cz/uterni-ln-od-prvniho-ledna-do-duchodu-v-58-fdm-/media.aspx?c=A121112_221407_ln-media_sk

VITALIA.CZ, 2009. *Jak přežít stáří a vyhnout se demenci* [online]. 4. 12. 2009 [cit. 2013-11-19]. Dostupné z www: <http://www.vitalia.cz/clanky/jak-prezit-stari-pri-zdravem-rozumu/>

VLASTNÍ

Tisk: Marek, Humpolec
NEPRODEJNĚ

Návrh informační brožury je přílohou diplomové práce.

Název diplomové práce:

Alzheimerova demence v rodině – využití služeb denního, týdenního stacionáře

Autor: Bc. Kovaříková Jaroslava

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

Rok vypracování: 2014