



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Alzheimerova choroba z pohledu geriatrické
ošetřovatelské péče

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **VŠEOBECNÉ OŠETŘOVATELSTÍ**

Autor: Kateřina Jašková

Vedoucí práce: Mgr. Jitka Doležalová, Ph.D.

České Budějovice 2024

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Alzheimerova choroba z pohledu geriatrické ošetrovatelské péče*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na 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 uvedením zákona č. 11/1998 Sb., zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 02. 08. 2024

.....

Kateřina Jašková

Poděkování

Ráda bych poděkovala paní Mgr. Jitce Doležalové, Ph.D., za cenné rady, ochotu a trpělivost při vedení mé bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat paní staniční sestře Bc. Janě Suché za cenné připomínky při realizaci výzkumného šetření, a děkuji všem sestrám, které mi poskytly odpovědi k výzkumné části mé bakalářské práce. V neposlední řadě děkuji mé rodině a přátelům, kteří mi byli oporou po celou dobu studia.

Alzheimerova choroba z pohledu geriatrické ošetrovatelské péče

Abstrakt

Alzheimerova choroba představuje vážné neurodegenerativní onemocnění, které postihuje stárnoucí populaci po celém světě. Tato bakalářská práce se zaměřuje na Alzheimerovu chorobu a s ní spojenou geriatrickou ošetrovatelskou péčí. Geriatrická ošetrovatelská péče představuje klíčový aspekt v péči o seniory trpící touto nemocí, neboť senioři mají specifické potřeby a vyžadují individuální přístup. Je nezbytné mít na paměti specifické potřeby seniorů a přistupovat k nim individuálně, aby bylo dosaženo co nejlepšího zdravotního a sociálního výsledku. Komplexní a multidisciplinární přístup spolu s podporou rodinných příslušníků je nezbytným prvkem efektivní péče o pacienty s touto těžkou nemocí. Cílem práce je zmapovat specifika ošetrovatelské péče o klienty s Alzheimerovou chorobou v zařízení sociálních služeb. Dále byl zkoumán přístup všeobecných sester k informování rodin klientů s AD a také způsob, jak všeobecné sestry realizují edukaci těchto rodin. Cíle bylo dosaženo pomocí kvalitativního výzkumu, jehož součástí byly rozhovory se všeobecnými sestrami. Výzkum byl prováděn v domovech pro seniory a v domovech se zvláštním režimem v Českých Budějovicích. Výsledky budou sloužit jako výukový materiál pro studenty nelékařských zdravotnických oborů a pro všeobecné sestry.

Klíčová slova

Alzheimerova choroba; domov pro seniory; domov se zvláštním režimem; geriatric; ošetrovatelství; všeobecná sestra; zdravotnictví

Alzheimer's disease from the point of view of geriatric nursing care

Abstract

Alzheimer's disease is a serious neurodegenerative condition that affects the aging population worldwide. This bachelor thesis focuses on Alzheimer's disease and its associated geriatric nursing care. Geriatric nursing care is a crucial aspect of caring for seniors suffering from this disease, as they have specific needs and require an individualized approach. It is essential to consider the specific needs of seniors and to approach them individually to achieve the best health and social outcomes. A comprehensive and multidisciplinary approach, along with the support of family members, is essential for effective care of patients with this serious illness. The aim of this thesis is to explore the specifics of nursing care for clients with Alzheimer's disease in social service facilities. Additionally, the approach of general nurses to informing families of clients with Alzheimer's disease was examined, as well as how these nurses educate the families. The objectives were achieved through qualitative research, which included interviews with general nurses. The research was conducted in homes for the elderly and in special care homes in České Budějovice. The results will be used as teaching material for students of non-medical health disciplines and for general nurses.

Key words

Alzheimer's disease; general nurse; geriatrics; health care; home for the elderly; nursing; home; nursing

Obsah

Úvod.....	8
1. Neurodegenerativní onemocnění.....	9
1.1 Klasifikace.....	9
2. Demence.....	10
2.1 Stadia demence.....	10
3. Alzheimerova choroba	13
3.1 Etiopatogeneze	14
3.2 Diagnostika.....	14
3.3 Farmakologická terapie	16
3.4 Nefarmakologická terapie	17
3.5 Delirium	20
3.6 Rizikové faktory	21
3.7 Prevence	22
4. Geriatrická ošetrovatelská péče.....	24
4.1 Specifika ošetrovatelské péče o nemocné s Alzheimerovou chorobou.....	25
4.2 Komunikace	28
4.3 Edukace	29
4.4 Paliativní péče	30
5. Cíle práce a výzkumné otázky	33
5.1 Cíle práce.....	33
5.2 Výzkumné otázky.....	33
6. Metodika.....	34
6.1 Sběr a analýza dat.....	34
6.2 Výzkumný soubor	34
7. Výsledky výzkumného šetření	35
7.1 Charakteristika informantů.....	35
7.2 Kategorizace výsledků	36

7.3	Specifika ošetrovateľskej péče pri Alzheimerovej chorobe.....	37
7.3.1	Pozorované príznaky	37
7.3.2	Komunikačné techniky	38
7.3.3	Podpora kvality života.....	38
7.3.4	Prevenca a liečba dekubitů.....	40
7.4	Komunikácia s rodinami klientů	40
7.4.1	Informovanosť o Alzheimerovej chorobe.....	40
7.4.2	Dotazy a obavy rodin	42
7.5	Edukácia rodin klientů.....	43
7.5.1	Poskytovanie informáci o Alzheimerovej chorobe	43
7.5.2	Zapojenie rodin	44
8.	Diskuze.....	46
9.	Záver.....	52
10.	Seznam použitých zdrojů	53
11.	Seznam príloh.....	57
12.	Prílohy	58
13.	Seznam zkratok	79

Úvod

Alzheimerova choroba představuje typ demence, který má vliv na paměť, kognitivní funkce a chování jedince. Jedná se o nejčastější formu demence, která vzniká v důsledku změn v mozku, což vede k postupné ztrátě neuronů. Toto onemocnění obvykle začíná v oblasti mozku, která je zodpovědná za paměť, a postupně pokračuje do dalších částí mozku způsobem, jež lze poměrně předvídat (Alzheimer's & Dementia, 2024). Toto neurodegenerativní onemocnění má značný vliv na kvalitu života postižených pacientů a jejich rodinných příslušníků, a to nejen kvůli progresivnímu zhoršení kognitivních funkcí, ale také kvůli doprovodným komplexním potřebám, které vyžaduje specifická ošetrovatelská péče. S narůstajícím věkem populace se Alzheimerova choroba stává stále významnějším zdravotním a sociálním problémem, což klade zvýšené nároky na odbornou péči a podporu pro tuto skupinu pacientů. V tomto kontextu získává geriatrická ošetrovatelská péče klíčový význam, neboť je zaměřena na poskytování komplexní a individuální péče starším osobám, včetně těch s Alzheimerovou chorobou.

Tato bakalářská práce se zabývá analýzou a hodnocením geriatrické ošetrovatelské péče poskytované pacientům s Alzheimerovou chorobou. Práce se bude opírat o odbornou literaturu, výzkumné studie a praktické zkušenosti odborníků v oblasti geriatrické ošetrovatelské péče. Důležitým aspektem bude také zhodnocení etických otázek spojených s péčí o pacienty s Alzheimerovou chorobou a zdůraznění důležitosti zachování důstojnosti a kvality života těchto jedinců. Výsledky bakalářské práce mohou sloužit jako cenný zdroj informací jak pro odborníky v geriatrické péči, tak i pro rodinné příslušníky pacientů s Alzheimerovou chorobou. Mohou tak přispět ke zlepšení péče o danou skupinu pacientů či pomoci s jejich podporou.

1. Neurodegenerativní onemocnění

Díky rozvoji v neurovědních poznatcích a vývoji nových diagnostických metod došlo k novému pojetí neurodegenerativních onemocnění. V současné době se neurodegenerativní stavy charakterizují postupným zánikem určitých skupin neuronů. Patofyziologickou podstatou neurodegenerativních onemocnění je ukládání specifického proteinu, jenž je charakteristický pro dané onemocnění, a to do mozkové tkáně v kombinaci s obecnými mechanismy apoptózy, tedy programované buněčné smrti (Rusina et al., 2019). Mezi čtyři hlavní patologické mechanismy se řadí: apoptóza (programovaná buněčná smrt), produkce volných kyslíkových radikálů, patologické abnormální proteinové agregáty a genetické pozadí. Až dvacet procent neurodegenerací je podmíněno geneticky (Rusina et al., 2019). Ukládání různých proteinů probíhá současně a není specifické. Současné ukládání proteinů se vyskytuje jak u jedinců s neurodegenerativním onemocněními, tak u zdravých osob. Odlišné proteiny integrují různými způsoby, což často zrychluje jejich ukládání. S přibývajícím věkem jsou tyto procesy méně specifické a komplexnější, zvláště u velmi starých lidí. Klinická definice nemocí je často nedostatečná k přesné charakteristice různých fenotypů a k včasné diagnóze, která je většinou možná až v pokročilých stádiích onemocnění (Logroscino, 2022).

1.1 Klasifikace

Neurodegenerativní nemoci lze rozdělit do sedmi hlavních skupin:

1. Alzheimerova choroba
2. Frontotemporální lobární degenerace (tau a non-tau), (Pickova nemoc)
3. Synukleinopatie (Parkinsonova nemoc)
4. Onemocnění s opakováním tripletů (Huntingtonova nemoc)
5. Prionová onemocnění (Creutzfeldtova-Jakobova nemoc)
6. Onemocnění motorického neuronu (Amyotrofická laterální skleróza)
7. Ostatní neurodegenerativní onemocnění (Rusina et al., 2019).

2. Demence

Demence se řadí mezi organické duševní choroby. Jedná se o postižení mozku, které vede k úpadku kognitivních a poznávacích funkcí, jako je paměť, vnímání a inteligence, a stejně tak k úpadku exekutivních a výkonných funkcí, jako je motivace, schopnost plánování a provedení (Zvěřová, 2022). Se zhoršujícím se průběhem nemoci dochází také k poškození nekognitivních funkcí, což zahrnuje poruchy emotivity, např. proměnlivou náladu, afektivní labilitu, apatii a v pokročilých stádiích také ztrátu vyšších citů (Fertařová a Ondřiová, 2020). Demence je soubor příznaků, které jsou obvykle způsobeny nevratným poškozením mozku, zejména poškozením mozkové kůry. Nejčastější příčinou syndromu demence jsou neurodegenerativní onemocnění, především Alzheimerova choroba (Holmerová, 2014).

Demenci lze rozdělit na subtypy: Alzheimerova choroba, vaskulární demence, demence s Lewyho tělísky a frontotemporální demence (Pickova nemoc). Alzheimerova choroba se obvykle projevuje zákeřným nástupem a postupným zhoršením, které je charakterizováno časným poškozením krátkodobé paměti a pozdějším zhoršením výkonných funkcí. Vaskulární demence může vykazovat náhlý nebo postupný nástup, často spojený s cerebrovaskulárním onemocněním a aterosklerotickými komorbiditami, s mírnými poruchami paměti a možnými potížemi s chůzí. Demence s Lewyho tělísky se projevuje kolísavým poznáváním, které je spojené s parkinsonismem. Frontotemporální demence se vyznačuje výraznými změnami osobnosti a chování, jako je agresivita, apatie a agitace s menším poškozením paměti v rané fázi (Duong et al., 2017).

Syndrom demence lze jednoduše popsat dle tzv. modelu A-B-C, kde každé písmeno vymezuje samostatnou oblast příznaků: A představuje postižení aktivit denního života (Activities of daily living); B představuje narušené chování (Behavior); C představuje postižení kognitivních funkcí (Cognition) (Čechová et al., 2019). Vostrý a Zilcher (2020) přidávají k tomuto dělení ještě písmeno D – deprese. Jde o psychiatrickou problematiku, která má vliv na celkovou spolupráci a může ji přímo či nepřímo ovlivňovat. Značná část klientů trpí depresí, a proto ji nelze přehlížet (Vostrý et al., 2021).

2.1 *Stadia demence*

Jednotlivá stadia demence lze charakterizovat dle klasifikace P-PA-IA, kterou doporučuje Česká alzheimerovská společnost. Je podstatné, že tato strategie reflektuje

potřeby klientů a případně i rodinných příslušníků, a to v kontextu zajišťování péče s ohledem na potřebu multidisciplinárního týmu (Holmerová a kol., 2014).

První stadium P-PA-IA označuje písmeno „P“, které vyžaduje podporu a pomoc. Člověk trpící demencí je v tomto období převážně soběstačný, zvládá základní činnosti péče o sebe, jako je hygiena, schopnost se najíst, avšak potřebuje dopomoc či radu s přípravou jídla, nákupem, přemístěním mimo domov a také potřebuje připomenutí v souvislosti s užíváním léků (Holmerová a kol., 2014).

V této fázi onemocnění je důležité stanovení diagnózy a následné sdělení této diagnózy pacientovi. Tento proces by měl být postupný a pacient by měl být dostatečně informován, aby byl schopen předem sdělit svá přání ohledně průběhu léčby. V této situaci je vhodné požádat o pomoc psychologa nebo se obrátit na Českou alzheimerovskou společnost, která může poskytnout nejen další informace, nýbrž i setkání s dalšími pacienty a rodinami s podobnou situací (Holmerová a kol., 2014).

Při diagnostikování demence je důležité také sdělit pozitivní zprávu, že díky moderním lékům je možné zachovat současnou nebo dokonce lepší kvalitu života po určitou dobu. Ačkoli se později objeví úbytek kognitivních funkcí, pacient se stále může věnovat mnoha aktivitám. Nicméně samotná terapie kognitivity nebo jinými léky často nestačí, protože období před i po stanovení diagnózy Alzheimerovy choroby či jiné formy demence je pro pacienta zřejmě nejvíce stresující, z čehož dále vzniká deprese a pocit nejistoty (Holmerová a kol., 2014).

Druhé stadium P-PA-IA, kde „PA“ představuje programování aktivit, je fáze, u které nastává značné omezení soběstačnosti. Pacient již nadále není schopen žít samostatně a potřebuje nepřetržitý dohled (Holmerová a kol., 2014). Pacient má problém vzpomenout si na svůj datum narození, kde bydlí, jaký je rok, co dnes dělal nebo na jména svých dětí či partnera. Dochází k výraznému poškození paměti, nové informace se velmi těžko udržují, a pokud se tak stane, pak jen na krátkou dobu. Mohou být pozorovány poruchy chování, emoční labilita, potíže se spánkem, projevy agresivity a postupně také může docházet ke ztrátě schopnosti orientace v bytě. Hrozí tak nebezpečí, že nemocný opustí byt a už se nevrátí (Fertal'ová a Ondriova, 2020).

Třetí stadium P-PA-IA, kde „IA“ představuje individualizovanou asistenci, je fáze, kdy se pacient neobejde bez individualizované asistence a péče. Je důležité zajistit dodržování přirozeného denního rytmu a účast na smysluplném životě (Holmerová a kol., 2014). Postižený nepoznává blízké osoby, není schopen se o sebe postarat, je

inkontinentní, verbální komunikaci je velmi omezená, doprovází ji křik až agresivní chování (Fertal'ová a Ondrioiva, 2020). Lidé trpící třetím stadiem potřebují více odpočinku a většinu času tráví na lůžku. S tím také souvisí výskyt dalších zdravotních komplikací, na které je nutné adekvátně reagovat. Jedná se například o retenci moči, vážnou obstipaci, riziko aspirace, bolestivé stavy, pocity strachu a úzkosti. S postupujícím zhoršením stavu, kdy pacient téměř nekomunikuje, není schopen polykat, jeho mobilita je minimální a dochází ke zkrácení svalů, hovoříme o terminální fázi (Holmerová a kol., 2014).

3. Alzheimerova choroba

Alzheimerova choroba (AD, Alzheimer's disease) je ireverzibilní neurodegenerativní onemocnění, které mimo život pacienta značně ovlivňuje i život rodiny. Jde o systémové onemocnění s projevy v periferních tkáních a krvi, způsobené oxidativními, metabolickými, zánětlivými a biochemickými procesy (Zvěřová a kol., 2022).

Alzheimerova choroba, která byla objevena v roce 1907, má mnoho etiologií, přesné příčiny nebyly však dosud jednoznačně stanoveny. Existují dvě formy Alzheimerovy choroby: genetická forma neboli autozomálně dominantní AD, která se projevuje před 65. rokem věku a představuje méně než 1 % případů; a sporadická forma. Sporadická Alzheimerova choroba se obvykle vyskytuje po 65. roce věku, přičemž riziko onemocnění se zdvojnásobuje každých pět let (Passeri et al., 2022).

Alzheimerova choroba představuje závažný problém nejen pro zdravotnictví, ale i pro celou společnost. V roce 2001 žilo na zemi podle odborných odhadů 24 milionů lidí trpících demencí, nicméně již v roce 2010 se předpokládalo, že jejich počet vzrostl na 35 milionů. Na rok 2030 je předpokládána hranice 65 milionů a v roce 2050 by se tento počet měl dokonce zvýšit na 113 milionů. Dvě třetiny těchto jedinců budou tvořit lidé z rozvojových zemí. V České republice žije v současné době podle kvalifikovaných odhadů asi 135 tisíc lidí s demencí způsobenou ve 2/3 případů Alzheimerovou chorobou. Lze předpokládat, že v blízké budoucnosti, do poloviny tohoto století, vzroste počet osob trpících AD nebo jinou formou demence na téměř čtvrt milionu. Alzheimerova choroba a jiné demence tak budou představovat významný problém po celém světě (Holmerová a kol., 2014).

V roce 2019 zveřejnila Alzheimer Europe svou ročenku "Dementia in Europe", která aktualizovala odhady prevalence demence na základě nejnovějších studií. Podle této ročenky je počet osob s demencí v Evropě nižší, než se předpokládalo dříve, což může být důsledkem zdravějšího životního stylu a zvýšeného důrazu na kardiovaskulární zdraví. Studie také předpokládá, že do roku 2050 se počet lidí s demencí v Evropě zdvojnásobí. V České republice nebyla v roce 2019 provedena relevantní studie, což komplikuje plánování politických opatření na úrovni státu i krajů. Podle odhadů z ročenky by v Česku mělo v roce 2050 žít kolem 280 000 lidí s demencí, což ukazuje na nutnost připravit se na zvyšující se počet lidí s touto diagnózou (ČAS, 2020).

3.1 *Etiopatogeneze*

Patogeneze vzniku Alzheimerovy choroby zatím není zcela objasněna. Doprovází ji několik významných nebo méně významných biochemických a morfologických změn. Mezi změny mozku spojené s Alzheimerovou chorobou patří zánět a atrofie, tj. úbytek mozkové tkáně. Předpokládá se, že přítomnost toxických proteinů beta-amyloidu ($A\beta$) a tau-proteinu aktivuje buňky imunitního systému v mozku zvané mikroglie neboli imunitní buňky. Mikroglie odstraňují toxické proteiny a zároveň i rozsáhlé zbytky odumřelých a odumírajících buněk. Když mikroglie nestíhají odklízet vše, co je třeba, může se rozvinout chronický zánět. V důsledku úbytku buněk dochází k atrofii. Normální funkce mozku je u Alzheimerovy choroby dále narušena snížením schopnosti mozku zpracovávat glukózu, která je jeho hlavním palivem. Tyto změny v mozku jsou považovány za biomarkery Alzheimerovy choroby. Biomarkery jsou biologické změny, které lze měřit a které ukazují na přítomnost nebo nepřítomnost nemoci nebo na riziko vzniku nemoci. Například hladina glukózy v krvi je biomarkerem cukrovky a hladina cholesterolu je biomarkerem rizika kardiovaskulárních onemocnění (Passeri et al., 2022).

Z oblasti patogenních agens se do středu zájmů dostává především Herpesvirus-1 (HSV1) a Chlamydia pneumoniae. Mnoho studií naznačuje, že infekce HSV1 je velmi pravděpodobným spolu faktorem tohoto onemocnění. Bylo objeveno, že s progresí AD dochází k vzestupu seropozitivity HSV1 (Zvěřová a kol., 2022).

Oxidační stres hraje v patogenezi AD také velkou roli. Mozek je vůči oxidačnímu stresu zranitelnější než ostatní orgány a většina složek neuronů (lipidy, proteiny a nukleové kyseliny) může být u AD oxidována v důsledku mitochondriální dysfunkce, zvýšené hladiny kovů, zánětu a peptidů β -amyloidu ($A\beta$). Oxidační stres se podílí na rozvoji AD tím, že podporuje ukládání $A\beta$ a následnou ztrátu synapsí a neuronů. Vztah mezi oxidačním stresem a AD naznačuje, že oxidační stres je významnou součástí patologického procesu a antioxidanty mohou být užitečné pro léčbu AD (Chen a Zhong, 2014).

3.2 *Diagnostika*

Lékař stanovuje diagnózu Alzheimerovy choroby na základě podrobného zhodnocení zdravotní historie pacienta včetně psychiatrické anamnézy a rodinných předpokladů. Důležitým prvkem je také rozhovor lékaře s blízkou osobou pacienta (Korábečný a kol., 2020). AD je často zaměňována za jiný, mnohdy i léčitelný typ

demence. „Špatně stanovená diagnóza může vést k terapeutickému nihilismu a podceňování stávajících možností léčby i u dalších pacientů“ (Franková, 2016). Před psychiatrickým vyšetřením nebo testováním by měli být všichni pacienti s příznaky demence důkladně somaticky vyšetřeni a případně konzultováni neurologem, neboť to může přispět ke stanovení správné diagnózy (Fertařová a Ondřiová, 2020).

Součástí komplexního vyšetření pacienta je hodnocení chování, kde lze využít hodnotící škály, jako je například NPI (Neuropsychiatric Inventory), nástroj pro hodnocení psychopatologie u demence a hodnocení základních a instrumentálních denních aktivit, jako je používání kuchyňských přístrojů, cestování, nakupování, oblékání, hygiena a stravování (Fertařová a Ondřiová, 2020). Nejznámějším a nejčastěji používaným škálovým testem je Mini-Mental State Examination (MMSE), který se používá k diagnostice a odhadu závažnosti demence (viz Příloha č. 1). Jedná se o výkonnostní test, který hodnotí kognitivní funkce formou třiceti otázek. Hodnocení odpovědí je poměrně jednoduché a rychlé: za každou správnou odpověď se uděluje jeden bod, zatímco za nesprávnou odpověď se neuděluje bod žádný. Maximálně lze získat 30 bodů. Orientační bodové hodnocení MMSE je následující: 30-27 bodů odpovídá normálním kognitivním funkcím; 26-25 bodů naznačuje hraniční nález, což může znamenat například lehkou kognitivní poruchu; 24-18 bodů signalizuje přítomnost lehké demence; 17-6 bodů označuje středně těžkou demenci; 6 a méně bodů indikuje těžkou demenci (Vostrý, 2023).

K odhalení demence napomáhá i test kreslení hodin – Clock Drawing Test (CDT). Zaměřuje se především na vizuospaciální funkce, tedy funkce prostorově-zrakové, jejichž narušení může vést k dezorientaci. Při použití tohoto testu však můžeme pozorovat poruchy motorických funkcí, dysgrafii a poruchy číselného řádu. Pomáhá také při diagnostice mrtvice, mírných kognitivních poruch (MCI), schizofrenie a poruch nálady. Dále lze využít například Addenbrookský kognitivní test (ACE-R) (viz Příloha č. 2) a Montrealský kognitivní test (MoCA) (viz Příloha č. 3) (Korábečný a kol., 2020). Včasnou diagnózu usnadňují zobrazovací metody. Pomocí CT (počítačové tomografie) a MR (magnetické rezonance) je vyšetřen každý pacient. Obvyklý nález při AD je mozková atrofie, v některých případech se provádí měření atrofie hippocampu. SPECT (jednofotonová emisní výpočetní tomografie) a PET (pozitronová emisní tomografie) zjišťují, zda došlo k metabolickým změnám v mozku nebo k poruše průtoku krve (Korábečný a kol., 2020).

3.3 *Farmakologická terapie*

V bezpříznakovém období, kdy onemocnění již aktivně probíhá, ale ještě není zjevné a projevuje se minimálně, se lze zaměřit na látky podporující zdraví a funkci mozku. Mezi nejznámější látky posilující paměť patří ginkgo biloba neboli jinan dvoulaločný. Ginkgo biloba ovlivňuje mozkové buňky tím, že snižuje aktivitu zánětlivých faktorů, pomáhá zachytávat kyslíkové radikály, což chrání buňky před poškozením, snižuje shlukování krevních destiček, čímž zlepšuje prokrvení, a ovlivňuje tvorbu neurotransmiterů. Dále byly zkoumány omega-3 mastné kyseliny, vitamín E a kurkumin. U těchto látek však nebyl zaznamenán dostatečný vliv na zlepšení mozkových funkcí a také není k dispozici ani dostatek informací k jednoznačnému závěru (Čechová a kol., 2019).

Mezi základní pilíře současné symptomatické léčby patří inhibitory acetylcholinesterázy (AChE). Acetylcholinesteráza je enzym, který rozkládá neurotransmitter acetylcholin v cholinergních synapsích. Zabránění odbourávání acetylcholinu zvyšuje cholinergní neurotransmisi, což zároveň oddaluje rozvoj AD (Twarowski, Herbert, 2023). V současné době jsou k dispozici tři molekuly inhibitorů acetylcholinesterázy: donazepil, rivastigmin a galantamin. Pozitivní výsledky lze pozorovat při léčbě lehké a středně těžké demence. Léčba kognitivních funkcí významně zpomaluje postup demence, což prodlužuje období samostatnosti, zlepšuje kvalitu života, snižuje zátěž pečovateli a oddaluje umístění nemocného do zdravotnického nebo sociálního zařízení. V pokročilých stádiích demence je také indikován lék memantin, který je obecně dobře tolerován. Kombinovaná terapie se prokázala jako výrazně efektivní (Fertařová a Ondriova, 2020).

S rozvojem Alzheimerovy choroby mohou u pacientů vznikat další příznaky, které sice nejsou součástí základních příznaků onemocnění, avšak významně ovlivňují kvalitu života pacienta i jeho rodiny. Mezi tyto symptomy patří například deprese, úzkost, agresivita, apatie, bludy a halucinace. Dále se mohou objevit poruchy spánku a v pokročilém stadiu také svalová spasticita (Čechová a kol., 2019). Pro tlumení agitovanosti a psychotických projevů u geriatrického pacienta se osvědčilo neuroleptikum triapid nebo melperon. Při těžkých formách lze podat parenterálně haloperidol. Lékem první volby na léčbu demence jsou antidepresiva ze skupiny SSRI (selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu). Pro zlepšení spánku se nepoužívají benzodiazepinové přípravky, které mohou zhoršit kognitivní funkce,

ale jsou preferovány hypnotika nové generace, jako jsou zopiclon a zolpidem (Fertal'ová a Ondriova, 2020).

3.4 Nefarmakologická terapie

Nefarmakologické přístupy jsou klíčovou součástí každodenní péče o pacienta s demencí. Přispívají k udržení jeho soběstačnosti, zachování schopností, prevenci vzniku poruch chování a navození pohody jak u pacientů, tak u pečujících osob. Při poskytování léčby je důležité sledovat celkový tělesný stav nemocného, zajištění dostatečné výživy a hydratace, úpravu prostředí a kvalitu sociálního kontaktu. Prostor nemocného by mělo mít dobré osvětlení a dostatek předmětů, které nemocný zná, např. fotografie příbuzných (Petr et al., 2014).

Vedení k soběstačnosti je klíčovou součástí péče o nemocného s demencí. Poskytovatelé péče by měli mít odpovídající kvalifikaci a trpělivost k tomu, aby postupně podporovali nemocné ve zlepšování jejich schopností provádět každodenní činnosti samostatně. Je důležité k nemocnému přistupovat citlivě a vždy brát v úvahu jeho možnosti a schopnosti. Nelze vždy předpokládat, že nemocný bude schopen provádět činnosti, které dříve zvládal. Tento postup se doporučuje zejména v lehkém a středním stadiu demence (Fertal'ová a Ondriova, 2020).

Terapie zaměřená na orientaci v realitě (RO) je kognitivně orientovaná technika pro pacienty s demencí, kteří trpí dezorientací v čase a místě. Jejím účelem je přeorientovat pacienta pomocí kontinuální stimulace s opakovanou orientací na okolí. RO zahrnuje také hry, aktivity, např. pojmenování předmětů a provádění senzorické stimulace (zraková, čichová, sluchová, hmatová atd.). Důležité je přizpůsobit i prostředí. Používají se velké nástěnné hodiny s arabskými číslicemi, kalendář s dobře viditelným datem, nástěnka s obrázky aktuálního ročního období a označení místností (jídlna, WC a další) (Zvěřová a kol., 2022).

Kognitivní trénink a rehabilitace jsou metody zaměřené na zlepšení a stabilizaci kognitivních funkcí, jako jsou paměť, pozornost, zrakově prostorové funkce, schopnost řešení problémů a také jemné motoriky a smyslů (Bajtošová, 2021; Zvěřová a kol., 2022). Zaměřuje se také na prevenci stresu, tj. poskytnout odpočinek, nepřetěžovat, eliminovat obavy ze selhání, navodit pozitivní atmosféru a udržovat sociální kontakty. Lze použít různé paměťové techniky:

- Doplnění a vysvětlení přísloví: Kdo jinému jámu kopá, (sám do ní padá.)
- Doplnění druhého pojmu z dvojice: Jeníček a (Mařenka), Adam a (Eva)

- Využití tří vybraných slov k vytvoření smysluplné věty: Zmrzlina – triko – Honzík (Honzík si koupil čokoládovou zmrzlinu. Zmrzlina mu ukápla na triko. Špinavé triko dal Honzík doma do pračky.)
- Kolik významů má slovo, například „oko“ (lidské, na punčoše, volské oko, kuří oko atd.) (Zvěřová a kol., 2022).

Tento druh tréninku je často aplikován u jedinců s mírnou formou demence, nicméně, některé studie poukazují pouze na malý nebo střední pozitivní efekt tohoto přístupu, což vyžaduje další studie (Bajtošová, 2021).

Reminiscenční terapie je oblíbenou kognitivní rehabilitační intervencí, která probíhá formou rozhovoru a zaměřuje se na vzpomínky pacienta, na jejich zkušenosti, zážitky a události z minulosti. Využívají se materiály, jako jsou fotografie, staré noviny, filmy pro pamětníky, knihy a známé předměty. Lze využít i další kreativní metody, které pomáhají s vyjádřením vzpomínek, např. recitování, zpívání, kreslení, šití a tanec (Abraha et al., 2017; Fertaľová a Ondriova, 2020). Reminiscenční terapie nezahrnuje psychoterapii a neměla by pronikat do příliš hlubokých a bolestivých témat. Doporučuje zaměřit se na vzpomínky z mládí a středního věku (Fertaľová a Ondriová 2020).

Validační terapie je specifický přístup k nemocným se syndromem demence. Tuto metodu vytvořila sociální pracovnice Naomi Feil. Podstata validační terapie spočívá v předpokladu, že každé jednání osoby s demencí má původ v emocionálních prožitcích a událostech z minulosti, které zůstaly nevyřešeny a nezpracovány. Validační terapii lze charakterizovat jako metodu sociální práce, která využívá komunikační techniky na základě empatie a pomáhá při zpracování emočních traumat. Principem této metody je umět správně validovat (hodnotit) a přijmout vzdálené emocionální příčiny, což znamená uznání osoby trpící demencí. *„Záměrem metody validace vůbec není vracet dezorientované osoby do reality, opravovat je, usměrňovat, ale jen doprovázet osobu se změněným vnímáním reality, aby na vše nebyla sama a mohla vyjádřit vše, co cítí a chce, co potřebuje na sklonku svého života sdělit“* (Malíková, 2020).

Pro správné provádění validační terapie je důležité si uvědomit, že chování nedostatečně orientovaných i dezorientovaných seniorů má své důvody. Nejde o to je za každou cenu měnit, ale spíše je akceptovat takové, jací jsou. Validační terapie zahrnuje různé techniky přizpůsobené různým stádiím demence, které mají za cíl poskytnout pacientům pocit bezpečí a pochopení. Terapie začíná koncentrací terapeuta na přítomný okamžik, aby mohl plně vnímat pacientovy pocity. V prvních dvou stádiích je důležité mluvit jednoznačně a jednoduše, opakovat pacientova slova, reflektovat jeho

pohyby, výrazy a gesta (tzv. zrcadlení). Tento proces může posílit vzájemné porozumění a důvěru. V pokročilých stádiích hraje klíčovou roli upřímný oční kontakt, poskytující jistotu a lásku. Terapeut může vstoupit do světa pacienta pomocí doteků, např. dotýkáním se tváře, masírování ramen atd. Terapeut však musí být opatrný, protože pacient nebo jeho příbuzní nemusí s doteky souhlasit. Je nezbytné respektovat osobní prostor pacienta. Pro pacient je velmi přínosná hudba. I když pacient ztrácí schopnost verbální komunikace, může stále reagovat na známé melodie a čerpat z hudby energii (Fertařová a Ondriová, 2020).

Muzikoterapie využívá hudbu k uspokojení fyzických, emocionálních, kognitivních a sociálních potřeb jednotlivců. Muzikoterapie může zlepšit náladu, kognitivní funkce, paměť a socializaci seniorů. Schopnost jedinců pamatovat si hudbu z ní dělá dobrý stimul, který pacienty s AD zapojuje a pomáhá jim se vyjádřit (Bleibel et al., 2023). Hudební paměť je částečně nezávislá na ostatních paměťových systémech. Studie ukázaly, že i při rychlém poklesu kognitivních funkcí mají pacienti s AD částečně zachovanou hudební paměť. Použití personalizované nebo oblíbené hudby přispělo ke zmírnění deprese, úzkosti, agitovanosti a agrese, nicméně přesné mozkové procesy těchto přínosů nejsou zcela známy (Matziorinis, 2022). Muzikoterapii lze rozdělit na aktivní (AMI – Active Music Intervention), která zahrnuje zpěv, tleskání, tanec nebo doprovod na jednoduché hudební nástroje a pasivní (RMI – Receptive Music Intervention), při níž klient poslouchá hudbu vybranou pečovatelem, která má spíše relaxační účinek, protože může způsobit změny srdeční frekvence a dýchání, snížení stresu a zlepšení kvality spánku. Nelze však s jistotou určit, jaký typ hudby je neúčinnější pro zlepšení kognitivních funkcí u pacientů s AD. V jedné studii byla v intervenční skupině použita hudba, kterou si vybrali sami pacienti. CD s hudbou, kterou pacienti měli poslouchat, obsahovalo skladby od známých skladatelů, jako jsou Mozart, Bach, Beethoven, Debussy, Pachelbel a Vivaldi, které vedly ke zlepšení kognitivních funkcí. Tato zjištění zdůrazňují pozitivní účinek muzikoterapie, jako nefarmakologické intervence pro pacienty s AD (Bleibel et al., 2023).

Arteterapie je definována jako forma psychoterapie, která používá umělecká média jako primární prostředek léčby. Arteterapie využívá tvůrčí aktivity a procesů umělecké tvorby zaměřené na kognitivní, motorické, emocionální a interpersonální schopnosti. Arteterapie slouží také jako neverbální expresivní prostředek, nabízející vzhled do vnitřního světa pacienta, a to pomocí třístupňového procesu mezi pacientem, terapeutem a výtvarnými materiály, objektem nebo obrazem (Deshmukh et al., 2018).

Canisterapie je zvířecí asistenční terapie, která se provádí s jedním konkrétním druhem zvířat. Využívá se zejména jako podpůrná psychoterapeutická metoda, která poskytuje příležitost pro zlepšení kvality života pacientů s demencí (Petr et al., 2014). Nejčastějším společenským zvířetem je pes, a proto není překvapením, že je oblíbenou volbou i pro terapeutické intervence se zvířaty. Psi mají výjimečné pozorovací schopnosti, díky kterým jsou schopni interpretovat lidské reakce, emoce a záměry, zejména z výrazů v obličeji. Navíc, jejich chování, které lidé vnímají jako šťastné, přátelské a láskyplné, je činí vhodnými pro použití v terapeutických intervencích (Lundqvist et al., 2017).

Snuezelen terapie (MSE, Multisensory Enviroment) je nefarmakologická intervence, která poskytuje multisenzorové prostředí, jež stimuluje primární smysly: zrak, sluch, hmat, chuť, propioceptivní a vestibulární smysly (Carvalho et al., 2024). Snuezelen je pojmenování pro multisenzorickou místnost, která nabízí úžasné smyslové zážitky, uklidňuje klienty, snižuje agresivitu a násilné chování, vzbuzuje zájem, vyvolává vzpomínky, odstraňuje strach a přináší radost. Tyto místnosti mohou být vybaveny různými obrázky, projektory, vybavením pro polohování, hudebními nástroji atd. Používají se různé světelné efekty, pouští se hudba, zvuky přírody aj. V rámci aromaterapie se využívají vonné oleje a vůně z aromadifuzéru nebo také reálné objekty, např. květy, ovoce, koření (Fertaľová, Ondriova, 2020).

Bazální stimulace má za prvotní cíl podpořit vnímání tělesného schématu a zabezpečit základní životní funkce, jako je příjem potravy, sebeděče, polohování, spánek a potřeba aktivity. Druhotným cílem je podpora pohybových schopností, sebevědomí, pocitu bezpečí, jistoty a rozvoj komunikace. Při bazální stimulaci je kladen důraz zejména na kvalitu doteků a šetrnou manipulaci s tělem klienta, což klientovi umožňuje lépe se orientovat, nezpůsobuje mu bolest, podporuje vnímání tělesného schématu a důvěru v personál (INSTITUT Bazální stimulace, 2024).

3.5 Delirium

Delirium je akutní kvalitativní porucha vědomí, doprovázená nepozorností, kognitivní dysfunkcí s poruchami chování. Delirium má většinou náhlý vznik, intenzivní průběh a obvykle i krátké trvání (hodiny, dny i týdny). Často se střídají hyperaktivní a hypoaktivní stavy. Jsou to stavy přechodné, avšak převážně recidivující (Petr et al., 2014). Delirium je nespecifická reakce na různé tělesné problémy, jako jsou intoxikace, dehydratace, poruchy výživy, závažné psychosociální stresové situace aj.

Delirium se může rozvinout v kterémkoli věku, avšak jeho výskyt se výrazně zvyšuje s narůstajícím věkem. Mezi nejčastější příčiny delirií patří dehydratace, která je v seniorském věku asi nejčastějším spouštěčem delirií, dále pak hypoglykémie a hyperglykémie, záněty a vysoké teploty, organické poruchy mozku jako tumory, traumata, epilepsie či poruchy mozkového prokrvení, intoxikační faktory jako nevhodná medikace nebo drogy, abstinenční příznaky – nejčastěji delirium tremens, což je stav po náhlém vysazení alkoholu u chronických alkoholiků, a závažný psychosociální stres, například hospitalizace nebo umístění do domova pro seniory (Kalvach et al., 2011).

U seniorů se deliria vyskytují většinou po soumraku a v noci (sundown syndrom). Deliria se ve stáří mohou objevit u pacientů, kteří netrpí demencí, tj. deliria nenesedající na demenci, stejně jako u pacientů s demencí, tj. deliria nasedající na demenci. V tomto případě však nejsou součástí demence samotné, ale jedná se o komorbidní poruchy (Kalvach et al., 2011). Pacient s deliriem bývá převážně dezorientovaný v čase i místě, obtížně chápe situace a není schopen se delší dobu soustředit na jeden objekt. Vyskytují se poruchy vnímání (iluze, halucinace), myšlení (bludy), emotivity a cyklu spánku (bdění). Pacienti bývají úzkostní až depresivní. Může se objevit agresivita či autoagresivita, např. vytrhávání katétrů, sundávání obvazů, nebo naopak emoční oploštělost či letargie. U pacientů s demencí však někdy bývá obtížné rozpoznat, kdy se jedná o příznaky demence a kdy o delirantní stav. Důležitá je znalost pacienta, jeho anamnézy i chování. Cenné jsou rovněž i informace od pacientových rodinných příslušníků. Nejprve je třeba pátrat po somatické příčině deliria a tu léčit, poté je nutné určit a odstranit spouštěcí faktory jako jsou, dehydratace, malnutrice neboli podvýživa, medikace atd. (Petr et al., 2014).

3.6 Rizikové faktory

Nejvýznamnějšími rizikovými faktory AD je věk a rodinná dispozice. V rodině, kde se vyskytuje Downův syndrom se klinický obraz demence rozvine u 40-75 % osob s Downovým syndromem starších 60 let. Mezi další rizikové faktory patří nízké vzdělání, kouření, chronický stres, zvýšený krevní tlak, nadměrná konzumace alkoholu, obezita, diabetes mellitus II. typu, nízká duševní aktivita, zvýšená hladina cholesterolu a nízká hladina antioxidantů (Zvěřová a kol. 2022).

Studie INVADE (2010), které se účastnilo 3 485 osob starších 55 let, odhalila, že u lidí s nízkou fyzickou aktivitou došlo během dvou let ve srovnání s více aktivními jedinci k výraznému poklesu kognitivních funkcí (o 14 %). Dále byly zveřejněny údaje

o vlivu stravy na strukturu mozku. Opakovaně se potvrdilo, že senioři, preferující konzumaci masa, vykazují významnější úbytek mozkových struktur než ti, kteří dodržují středomořskou stravu. Došlo k rozdílu ve velikosti struktur odpovídajícímu pěti letům stárnutí (Zvěřová a kol. 2022).

3.7 *Prevence*

Prevence Alzheimerovy choroby zahrnuje širokou škálu preventivních opatření. Cílem primární prevence je předcházet vzniku onemocnění. Cílem sekundární prevence je včasná a správná diagnostika onemocnění a zamezení jejímu dalšímu progresu. Cílem terciální prevence je předcházet komplikacím onemocnění, imobilitě pacienta a jeho invalidizaci (Janoutová a kol., 2020).

Prevence v oblasti vaskulárních rizikových faktorů by se měla zaměřit hlavně na diabetes mellitus, zvláště ve středním věku, a kardiovaskulární a cerebrovaskulární onemocnění. Důležitá je úprava životosprávy. Doporučuje se středomořská dieta, která obsahuje vysoký příjem obilovin, luštěnin, ryb, ovoce a zeleniny (Janoutová a kol., 2020).

Nadměrná konzumace alkoholu, užívání legálních a nelegálních drog, jako jsou benzodiazepiny, kouření tabáku a konopí, může vést ke zhoršení kognitivních funkcí, a tím i zvyšovat riziko vzniku demence ve vyšším věku (Chih-Yun Kuo et al., 2020). Diskutabilní je však mírná konzumace alkoholu, zejména vína (přítomnost resveratrolu), které by mohlo mít protektivní efekt (Janoutová a kol., 2020). Kouření cigaret spouští v mozku oxidační stres, který může postupně způsobit cévní poruchy a přispět tak k rozvoji demence (Chih-Yun Kuo et al., 2020).

Epidemiologické studie poukazují na příznivý vliv fyzické aktivity na zdraví mozku. Bylo zjištěno, že jedinci s vysokou úrovní fyzické aktivity mají o polovinu nižší riziko vzniku Alzheimerovy choroby ve srovnání s jedinci se sedavým zaměstnáním (Crous-Bou et al., 2017).

Vyšší úroveň vzdělání, mentálně stimulující zaměstnání, intelektuální a sociální aktivita snižují riziko poklesu kognitivních funkcí a vzniku demence tím, že zvyšují kognitivní rezervu, tedy schopnost mozku odolávat a zvládat neurodegenerativní změny.

Příznivý vliv na mozkovou rezervu a kognici má také bilingvismus. Studie ukazují, že celoživotní bilingvismus může oddálit nástup demence zhruba o 4,5 roku (Crous-Bou et al., 2017).

Častý sociální kontakt s přáteli a rodinou může přispívat k vytvoření kognitivní rezervy. Zdravý vztah v páru by mohl mít protektivní vliv na kognici. Ovdovělí nebo svobodní lidé mají vyšší riziko vzniku Alzheimerovy choroby než lidé žijící v manželství. Je důležité navazovat zdravé sociální vztahy, více komunikovat s ostatními a pravidelně se zapojovat do sociálních aktivit (Zhang et al., 2021).

Nízký příjem kávy (1-2 šálky/den) byl spojen se snížením rizika AD, což bylo výraznější u žen. U konzumace čaje se však tato genderová charakteristika lišila, neboť zde byly ochranné účinky zeleného čaje výraznější právě u mužů. Některé neuroprotektivní složky mohou být obsaženy v kávě a čaji, a to např. kofein a L-theanin. U častých konzumentů zeleného čaje byla zaznamenána snížená hladina celkového tau-proteinu v mozkomíšním moku (Zhang et al., 2021).

4. Geriatrická ošetrovatelská péče

Na začátek je třeba vymezit následující pojmy gerontologie, geriatrie a geriatrický pacient.

Gerontologie je věda, která se zabývá stárnutím a stářím. Rozděluje se na: gerontologii experimentální, která zkoumá procesy a příčiny stárnutí; gerontologii sociální, která zkoumá existencialitu a život ve stáří – studuje vzájemné vztahy mezi seniory a společností a věnuje se předčasnému stárnutí populace; a gerontologii klinickou, která je označována též jako geriatrie, jež zkoumá zvláštnosti zdraví a jeho podpory ve stáří. Geriatrie je samostatný klinický lékařský obor, který se z interdisciplinárního hlediska zaměřuje na diagnostiku, léčbu a rehabilitaci chorob ve stáří. Tento obor aktivně rozvíjí koncept optimálního stárnutí a klade důraz na poskytování vysoce kvalitní péče při léčbě jednotlivých nemocí (Vostrý et al., 2021). Geriatrický pacient je člověk vyššího věku (nad 65 let), který je ohrožen ztrátou soběstačnosti. Jeho stav je komplikován různými chorobami (polymorbidita) a geriatrickými syndromy, jako jsou malnutrice, inkontinence, poruchy chůze, pády, kognitivní poruchy, imobilita aj. (Holmerová a kol., 2014).

Mezi důležité aspekty v péči o geriatrické pacienty patří schopnost autonomie, tedy nechat pacienta rozhodovat, např. při výběru zařízení a formy péče, respektování osobnosti, trpělivost, empatie a verbální i neverbální komunikace. Během poskytování péče je nutné brát v úvahu základní biologické potřeby člověka, jako je hlad, žízeň, bolest, chlad, sexuální život. Dále to jsou psychosociální potřeby, tedy soukromí, pocit sounáležitosti, možnost komunikace, pocit úspěchu, lásky, a také spirituální potřeby (Holmerová a kol., 2014).

Mezi důležité parametry v rámci kvality péče patří sledování hydratace a stavu výživy. Stejně tak je nutné myslet na riziko polypragmazie, tj. nadměrné užívání léků. Efektivitu léčby lze hodnotit podle soběstačnosti pacienta a zlepšení psychického a fyzického komfortu (Holmerová a kol., 2014).

Dle Malíkové (2020) je pro účinné a efektivní poskytování komplexní ošetrovatelské péče důležité, vytvořit správný vztah mezi sestrou a dalšími nelékařskými pracovníky. Respekt, důvěra, zodpovědnost a partnerství jsou významnými aspekty pro dosažení společného cíle, kterým je zlepšení celkového stavu klienta-seniora. Při ošetrovatelské péči o seniora-klienta je nezbytná i spolupráce s rodinou nebo jinou blízkou osobou klienta. Podpora rodinných příslušníků je pro

klienta velmi významná a motivující. Také skutečnost, že sestra informuje příbuzné a další blízké osoby o postupu, reakcích a účincích, má mnoho pozitivních aspektů. Tato spolupráce s rodinou může zlepšit vztahy mezi příbuznými a pracovníky. Pomoc příbuzných zvyšuje jejich spokojenost, protože mohou být užiteční svým rodinným příslušníkům i během jejich pobytu v zařízení, a tak se necítí jen jako pasivní pozorovatelé sledující práci ostatních (Malíková, 2020).

4.1 Specifika ošetrovatelské péče o nemocné s Alzheimerovou chorobou

Ošetrovatelská péče o seniora s kognitivní poruchou je velice náročná a vyžaduje individuální přístup. Je důležité akceptovat jeho stav, respektovat jeho důstojnost, zjistit jaké má potřeby, být pozorný, empatický, umět verbálně a neverbálně komunikovat (Fertaľová a Ondriova, 2020). Podpora důstojnosti zahrnuje vhodné oslovování, možnost volby, respektování potřeby soukromí a také to, že lidé, o které je pečováno, nadále pocítují svou hodnotu (Hájková a kol., 2016). Specifika ošetrovatelské péče o pacienty s Alzheimerovou chorobou se liší podle symptomů a vývoje onemocnění. Nemocný by se měl hospitalizovat až v momentě, kdy dochází k selhávání ambulanci či domácí péče nebo v případně těžké a nezvladatelné poruchy chování. Každá velká změna, například odtržení od domácího prostředí, vede obvykle ke zhoršení pacientova stavu (Fertaľová a Ondriova, 2020).

Pro poskytování vhodných intervencí je důležité, aby sestra uměla správně posoudit stav pacienta a následně diagnostikovat jeho problémy. Pro stanovení individuálního plánu a ošetrovatelské péče se používají hodnotící testy, podle kterých se zjistí úroveň sebezpečí a soběstačnosti. Test ADL (Barthelův test) hodnotí schopnosti jedince v deseti oblastech: jedení/pití, osobní hygiena, oblékání, koupání, kontinence moči a stolice, použití WC, přesun na lůžko/židli, chůze po rovině, chůze po schodech. Hodnocení testu je v rozmezí 0-100 bodů, přičemž výsledek 0 až 40 bodů vyjadřuje vysokou závislost seniora. Tento test je velmi vhodný pro použití v pobytových zařízeních. Test IADL (test instrumentálních všedních činností) má jen 8 oblastí ve kterých se zaměřuje na schopnost provedení běžných činností jako je telefonování, nákup potravin, vaření, domácí práce, transport, užívání léků, finance, praní osobního prádla. Bodové rozmezí je 0-80, přičemž se stoupajícím počtem bodů klesá závislost. Test MMSE se používá pro komplexní zhodnocení kognitivních funkcí. Test by měl provádět kvalifikovaný odborník, jako je lékař, vysokoškolsky vzdělaná sestra nebo klinický psycholog (Malíková, 2020).

Ošetřování pacientů vyžaduje čistý a útulný pokoj, který je třeba pravidelně kontrolovat a dodržovat v něm hygienický standard. Sociální prostředí může výrazně ovlivnit chování seniorů. Prostor pro pacienty musí být především bezpečný. Nejistota a obavy nemocného z pádu mohou vést k úzkosti a k projevům agresivity. Vhodné prostředí zahrnuje sedm kritických okruhů: stabilní nábytek, vhodné osvětlení, kvalitní protiskluzové podlahy, volnost cesty, snadný přístup k věcem, udržované vybavení a péče o nohy, včetně stabilní obuvi pro bezpečnou chůzi (Fertařová a Ondřiová, 2020).

Výživa a hydratace jsou důležitou součástí péče o pacienta s Alzheimerovou chorobou, který kvůli postupné ztrátě soběstačnosti vyžaduje stále větší pozornost a pomoc (Fertařová a Ondřiová, 2020). Pacienti s AD mají vyšší energetickou potřebu než zdraví lidé stejného věku, přičemž příčiny tohoto jevu dosud nejsou známy. Je důležité sledovat, zda nedochází u pacienta k úbytku na váze (Holmerová a Mátlová, 2017). Podle zahraničních studií je podvýživa, tj. nízký příjem kalorií, bílkovin a dalších živin, jedním z nejčastějších problémů, který ovlivňuje až 10 % seniorů žijících doma, 30 % seniorů žijících v pečovatelských domech a 70 % seniorů hospitalizovaných v nemocnici. Lidé s demencí mohou trpět dehydratací a rizikem malnutrice, protože nejsou schopni vyjádřit své potřeby slovně a neuvědomují si, že mají žízeň nebo hlad. Tito lidé mohou mít problémy i s polykáním (dysfagie), proto je důležité podávat stravu ve vhodné poloze, pokud možno vsedě, a zkontrolovat správné upevnění zubní náhrady (Hájková a kol, 2016). Tekutiny by měly být podávány v malých doušcích, což lze nejlépe zajistit čajovou lžičkou. Pokud pacient pije z hrnečku, je nutné ho sledovat a hrneček pomalu a přerušovaně naklánět. Je vhodné použít nádobu, která pacientovi umožní pít bez zaklání hlavy. Sousta by měla být malá a je třeba střídát jídlo s pitím, aby se dutina ústní snadněji vyprázdnila. Pokud po polknutí zůstává jídlo v ústech, lze podat prázdnou lžičku, což snáze vyprovokuje další polknutí. Je vhodné připravit pacientovi stravu v takové konzistenci, která mu bude nejvíce vyhovovat, např. mletá, kašovitá. Dysfagie může vést ke vdechnutí sousta (aspiraci) a k udušení. Při podávání stravy je nutná trpělivost, povzbuzování pacienta a vytvoření klidného a příjemného prostředí (Holmerová a Mátlová, 2017).

Hygiena je další oblastí, ve které pacient s AD potřebuje pomoc. Pacienta je zapotřebí povzbuzovat, aby se hygiena stala rutinní záležitostí, a také je důležité se snažit zachovat jeho dřívější zvyklosti. Nemocní s demencí mívají problémy i s oblékáním, mohou zapomenout, jak se oblékat nebo necítí potřebu vyměnit si

oblečení. Je nutné nemocné podporovat v samostatnosti při oblékání a svlékání, případně opakovat nácvik oblékání (Fertařová a Ondřiová, 2020).

Péče o vyprazdňování je klíčovou součástí kvalitní péče, protože pacienti často trpí inkontinencí a obstipací. Inkontinence moči je specifickým problémem u pacientů s AD, který se objevuje ve středním stupni nemoci, zatímco v pokročilejší fázi dochází k inkontinenci stolice. Dochází k tomu, že nemocný potřebu nesprávně vyhodnotí, často zapomíná, nenajde WC nebo se nedokáže svléknout (Fertařová a Ondřiová, 2020).

Nemocní s Alzheimerovou chorobou často trpí poruchou spánku, dochází u nich k nespavosti, opakovanému buzení se v noci s výraznou aktivitou, ale i k úplné spánkové inverzi. Tyto poruchy lze výrazně ovlivnit zapojováním nemocného do běžných denních aktivit (Fertařová a Ondřiová, 2020).

Problematické chování je jedním z častých projevů demence, zvláště ve středně těžkém stádiu. Toto chování, známé jako behaviorální a psychologické symptomy demence (BPSD), je často hlavním důvodem hospitalizace osob s demencí. Vysoce kvalitní, na člověka orientovaná, empatická péče, která vnímá potřeby a práva klientů a umožňuje zapojení do smysluplných aktivit a zábavy, dokáže snížit výskyt problematického chování (Hájková et al., 2016). Častým zdrojem nedorozumění a napětí mezi klientem a pečovatelem jsou situace, kdy klient odmítá koupel, mytí nebo oblékání. Klient tyto činnosti nemusí chápat a přirozeně se začne bránit. Odpor klienta nelze vnímat jako agresivitu (Fertařová, Ondřiová, 2020).

V rámci péče o neklidné pacienty jsou v mimořádných situacích, kdy jsou vyčerpána všechna ostatní opatření, používány i omezovací prostředky, které omezují volný pohyb a jednání pacientů. Toto opatření je nejčastěji použito při výrazných projevech agresivity s rizikem zranění, sebepoškozování či sebevraždy. Omezení by mělo být prováděno co nejšetrněji a s ohledem na pacientovu důstojnost (Fertařová, Ondřiová, 2020). O používání omezovacích prostředků by měl rozhodovat celý mezioborový tým. Hájková (2016) říká, že v případě použití omezovacích prostředků, nesmí být člověk s demencí v takovém stavu ponechán o samotě a měly by se mu srozumitelně vysvětlit důvody, proč je toto opatření nutné. Při používání omezovacích prostředků je u pacienta důležité zajistit pocit bezpečí, dostatečnou hydrataci (minimální příjem tekutin 2 l/den) a příjem potravy, sledovat vyprazdňování a dbát na prevenci dekubitů (Fertařová, Ondřiová, 2020).

4.2 *Komunikace*

Pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče seniorům je nezbytná správná, srozumitelná a věcná komunikace (Fertařová a Ondriova, 2020). Pro efektivní komunikaci s pacientem s demencí je důležité dodržovat následující zásady: přistupovat k pacientovi s demencí vždy zepředu; dbát na udržování očního kontaktu; před zahájením rozhovoru dát pacientovi nějaké znamení, jako je iniciační dotek ruky (rameno, předloktí) a vyslovení jeho jména; zajistit klidné a nerušené prostředí; mluvit pomalu a používat krátké a jednoduché věty; respektovat pacienta a mluvit s ním jako s dospělým člověkem; nemluvit v jeho přítomnosti, jako by nebyl přítomen; dát pacientovi dostatek času na zpracování informací a na odpověď; nechat pacienta dokončit jeho myšlenky; nesnažit se hádat, co se pacient snaží říci; používat správnou mimiku a usmívat se; neopravovat pacienta, pokud dělá chyby; používat doteky, které pomáhají se soustředěním a navozují pocit bezpečí a povzbuzení; vyhýbat se konfliktům a konfrontacím s pacienty (Banovic et al., 2018).

Logopedi/terapeuti by se měli aktivně podílet na léčbě osob s demencí pomocí přímého kontaktu s nemocnými za účelem udržení komunikačních schopností a také spolupracovat s jejich pečovateli, aby je naučili adekvátněji komunikovat (Banovic et al., 2018). Pečovatelé často nevědomě používají tzv. elderspeak neboli styl řeči a komunikace, která je neúčinná, nepodporuje pacienta a má spíše negativní efekt. Běžněji se vyskytuje v zařízeních sociální péče než zdravotnických zařízeních. Mezi hlavní znaky elderspeaku patří neudržení očního kontaktu, přehnaná mimika, omezení hmatového kontaktu, nerespektování osobního prostoru, nevhodný tón hlasu, využívání zdvořilých, nevhodné používání množného čísla a třetí osoby („onikání“) (Fertařová a Ondriova, 2020).

O úspěšné či neúspěšné komunikaci rozhoduje nejen volba vhodné komunikační techniky, ale i tématu. Oblíbená témata pro rozhovory se seniory bývají většinou životní témata, např. zaměstnání, lidské vztahy, dětství, zájmy, významné životní události a zážitky jako je láska a přátelství, přírodní témata, například tradice, zvyky, roční období, nebo také škola, mládí, politika, rodina, jídlo aj. Většina témat je charakteristická pro reminiscenční metodu. Čím více příjemných pocitů senior zažívá při vzpomínání na uplynulé zážitky, tím pozitivnější je celkový dopad na jeho psychiku (Malíková, 2020).

4.3 Edukace

Termín edukace označuje proces vzdělávání jedince, který přispívá k rozvoji jeho postojů, potřeb, zájmů a chování. V oblasti zdravotnictví a ošetrovatelství se edukace zaměřuje na vzdělávání pacientů a klientů, zejména těch, kteří trpí specifickými nemocemi (Špatenková a Smékalová, 2015). S edukací se pojí několik základních pojmů. Jedním z nich je edukátor, což je osoba, která se věnuje vzdělávání a výchově druhých. V tomto kontextu to může zahrnovat různé role, například učitele ve škole, školitele v pracovním prostředí nebo zdravotnického pracovníka, který poskytuje pacientům informace a podporu potřebnou k zvládnutí jejich zdravotního stavu. Edukátor má za cíl nejen předávat znalosti, ale také podporovat rozvoj dovedností, postojů a chování, které jsou pro jedince prospěšné a užitečné. Edukant je osoba, která se účastní vzdělávacího procesu. Je to jedinec, který získává nové znalosti, dovednosti nebo návyky prostřednictvím různých forem vzdělávání. Edukantem může být student, pacient nebo kdokoli jiný, kdo se zapojuje do edukace. Edukační plán je strukturovaný dokument nebo strategie, která určuje cíle, metody, materiály a časový harmonogram vzdělávacího procesu. V oblasti zdravotnictví může edukační plán obsahovat specifické kroky k informování pacienta o jeho nemoci, léčbě a potřebných změnách životního stylu. Plán zahrnuje jak krátkodobé, tak dlouhodobé cíle a je přizpůsoben individuálním potřebám edukanta. Edukační bariéry jsou překážky, které brání efektivnímu vzdělávání. Tyto bariéry mohou být fyzické, např. zdravotní postižení nebo psychologické, např. strach a úzkost, sociální, tj. nedostatek podpory od rodiny, kulturní, např. jazykové rozdíly, nebo ekonomické z důvodu nedostatku finančních prostředků. Identifikace a překonání těchto bariér jsou klíčové pro úspěšný edukační proces. Edukační proces je komplexní soubor aktivit zaměřených na předávání znalostí a dovedností edukantovi. Tento proces zahrnuje plánování, realizaci, hodnocení a zpětnou vazbu. V rámci zdravotnictví zahrnuje edukační proces například informování pacienta o jeho zdravotním stavu, instruování o správném užívání léků, poskytování podpory při změně životního stylu a hodnocení pokroku pacienta. Cílem je dosažení co nejlepšího zdravotního a psychického stavu edukanta (Malíková, 2020).

Efektivní edukace pacientů vyžaduje organizační podporu, dostatek času a materiální zajištění. Kvalifikovaný personál a multidisciplinární přístup jsou klíčové pro úspěch. Edukace by měla být individuálně přizpůsobena s důrazem na jasnou a srozumitelnou komunikaci. Důležité je také klidné a pohodlné prostředí, psychosociální podpora a respektování práv pacienta v souladu s etickými zásadami. Při

edukaci je vhodné nepoužívat odborné termíny a slangové výrazy. Aby byla edukace efektivní je zapotřebí, aby všichni pracovníci podávali stejné informace k jednomu tématu. Informace musí být stručné, jasné, objektivní a výstižné. Dále je nezbytné zajistit dostatek relevantních informací o klientovi/jiné osobě a zjistit, s jakými informacemi je potřeba klienta seznámit (Malíková, 2020). Rovněž je důležité zvolit vhodnou komunikační techniku a optimální přístup k edukované osobě, umět citlivě a taktně ověřit, zda klient/jiná osoba plně porozuměla informacím a mít schopnost podpory, pochvaly a ocenění (Špatenková a Smékalová, 2015).

4.4 Paliativní péče

Paliativní péče je komplexní bio-psycho-sociálně-spirituální aktivní přístup, který se zaměřuje na zlepšení kvality života pacientů, kteří trpí nevyлéčitelnou nemocí v pokročilém nebo terminálním stadiu. Hlavním cílem paliativní péče je minimalizovat bolest a další psychické a fyzické strádání, zachovat pacientovu důstojnost a poskytnout podporu jeho rodině a blízkým (Čechová et al., 2019). Paliativní péče se soustředí na podporu života, vnímá umírání jako přirozený proces, neusiluje o oddálení či urychlení smrti. Důsledně dbá na individuální přání a potřeby nemocných, respektuje jejich hodnoty, poskytuje důstojné a vlídné prostředí v obklopení svých blízkých a umožňuje jim rozhodovat o svém vlastním léčebném procesu. Při poskytování paliativní péče seniorům jsou zohledňována specifika této věkové skupiny, včetně polymorbidity, chronických nemocí a jejich progresu, nadměrného užívání léků aj. (Malíková, 2020).

Pro volbu vhodného postupu v paliativní péči je nezbytné u každého pacienta jasně stanovit léčebné cíle. Teprve na základě těchto cílů lze vyhodnotit, zda je léčebný postup vhodný a zda přispívá k dosažení daného cíle. Paliativní pacienti mohou být na základě své prognózy přežití a léčebných cílů rozděleni do několika skupin. V paliativní péči se rozlišují 3 klíčové fáze onemocnění, které ovlivňují způsob poskytované péče. V první fázi, kdy je zdravotní stav pacienta relativně stabilní, péče se zaměřuje na udržení tohoto stabilního stavu a prodloužení života na co nejdelší dobu. Když se zdravotní stav zhorší, uplatňuje se intenzivní péče a prevence závažných zdravotních problémů. Ve druhé fázi, kdy se onemocnění zhoršuje a délka života pacienta se zkracuje, se hlavním cílem stává zajištění nejlepší kvality života namísto prodloužování života. Ve třetí fázi neboli terminální, která přichází na konci života, se péče soustředí na to, aby umírání probíhalo co nejdůstojněji a nejpohodlněji, s důrazem na zmírnění bolestí a dalších symptomů bez využití intenzivní léčby (Skála a kol., 2011).

Progrese stavu seniora do terminálního stadia je pomalejší a méně zřetelná. U nemocného v terminálním stadiu se projevuje celková slabost, omezená pohyblivost a dochází k poruchám vědomí (somnia, sopor, kóma, halucinace, delirium). Nemocný postupně ztrácí chuť k jídlu, nepocituje žízeň a ztrácí zájem o dění ve svém okolí. Nejčastější příznaky a projevy terminální fáze jsou:

- poruchy srdečního rytmu;
- dušnost a postupně zesilující chrčivé dýchání s apnoickými pauzami;
- záněty plic nebo průdušek;
- bolest, neklid, projevy úzkosti;
- nedostatečná hydratace a výživa (snížený turgor kůže, suché sliznice, úbytek svalové hmoty);
- zvýšená ztuhlost celého těla, tzv. spasticita;
- změny v obličeji, tj. propadající se tváře, zvýraznění nosu a uší;
- studená mramorová kůže, fialové nehty;
- hromadění hlenu v ústech, povlaky na jazyku (Malíková, 2020).

Při poskytování paliativní péče je nezbytná efektivní týmová, tzv. multidisciplinární spolupráce. Každý pracovník v týmu sbírá a předává nové informace o stavu klienta, změnách poskytované péče a o dalších plánovaných krocích. Je důležité včas informovat příbuzné o zhoršení zdravotního stavu klienta a očekávaném blížícím se konci jeho života. Příbuzným jsou poskytovány informace jednotlivými členy týmu, přičemž každý z nich je sděluje v souladu se svými kompetencemi. Jedná se o všestranně náročné situace, kdy pro dosažení co nejlepšího výsledku napomáhá použití vhodných komunikačních technik a uplatnění prvků emoční inteligence ze strany všech pracovníků (Malíková, 2020).

Pacient a jeho rodina, případně nejbližší přátelé, by se společně měli podílet na tvorbě plánu péče. Paliativní péče zahrnuje efektivní péči o tělesný, psychický, sociální a spirituální stav pacienta a jeho rodiny a měla by být dostupná 24 hodin denně, 7 dní v týdnu. Mezi nejčastější projevy pokročilých stádií nevléčitelných nemocí patří bolest, nevolnost, zvracení, zácpa, dušnost, vyčerpání, slabost, úzkost, nespavost a deprese. Z ošetrovatelského hlediska se péče zaměřuje na péči o pokožku, prevenci dekubitů (proleženin), polohování, péči o vyprazdňování, nutriční, pitný režim, dutinu ústní a dýchací cesty. Tělo nemocného člověka neumírá najednou, ale jednotlivé tělesné funkce postupně selhávají. Tělo už není schopno zpracovávat přísun živin. Je důležité nabízet pouze to, na co má člověk ještě sílu a chuť. Pití se podává častěji a v malých

dávkách, a pokud polykání není možné, je třeba alespoň zvlhčovat rty a ústa. Psychologické hodnocení by mělo obsahovat pochopení nemoci pacientem a podporu strategií, které mu pomáhají vyrovnat se se situací, jako jsou náboženství, umění nebo relaxace. Pacient a jeho rodina by měli být informováni o známkách a symptomech blížící se smrti, přiměřeně k jejich věku, chápání a kulturnímu zázemí. Plán péče musí být pravidelně revidován, aby odpovídal měnícím se potřebám pacienta a jeho rodiny. Je také důležité přehodnotit všechny užívané léky z hlediska účinnosti a vhodnosti podání. Pro většinu umírajících je nejdůležitější, aby byli obklopeni svými nejbližšími a nebyli v cizím prostředí mezi cizími lidmi (Skála a kol., 2011).

5. Cíle práce a výzkumné otázky

5.1 Cíle práce

Cíl 1: zmapovat specifika ošetrovatelské péče o klienty s Alzheimerovou chorobou v zařízení sociálních služeb.

Cíl 2: zkoumat přístup všeobecných sester k informování rodin klientů s Alzheimerovou chorobou.

Cíl 3: zjistit, jak všeobecné sestry realizují edukaci rodin klientů s Alzheimerovou chorobou.

5.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1: Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče o klienty s Alzheimerovou chorobou v zařízení sociálních služeb?

Výzkumná otázka 2: Jaký je přístup všeobecných sester k informování rodin klientů s Alzheimerovou chorobou?

Výzkumná otázka 3: Jak všeobecné sestry realizují edukaci rodin klientů s Alzheimerovou chorobou?

6. Metodika

Výzkumná část této bakalářské práce byla zpracována pomocí kvalitativního šetření. Technika sběru dat byla použita ve formě polostrukturovaného rozhovoru. Polostrukturovaný rozhovor zahrnuje okruhy otázek, které jsou předem stanoveny, ale také umožňuje průběžné kladení otázek dalších, jež během rozhovoru vyplynou. Jeho výhodou jsou tedy podrobnější odpovědi informantů (Kutnohorská, 2009). Rozhovor se skládal z osmnácti otevřených otázek a pěti otázek týkajících se identifikačních údajů (viz Příloha č. 5). Výzkumné šetření bylo prováděno v šesti zařízeních sociálních služeb, v domovech pro seniory a domovech se zvláštním režimem, přičemž všechna zmiňovaná zařízení se nachází v Českých Budějovicích.

6.1 Sběr a analýza dat

Před zahájením rozhovoru informanti podepsali informovaný souhlas (viz Příloha č. 6) a byli ujištěni, že šetření je anonymní a získaná data budou použita pouze pro účely bakalářské práce. Souhlasy jsou uloženy u autorky této práce bez možnosti přístupu další osoby. Před samotným výzkumem byla kompetentním osobám v jednotlivých zařízeních předložena žádost o provedení výzkumu. S provedením výzkumu souhlasili ve všech zařízeních. Výzkum probíhal v průběhu června a července roku 2024. Před zpracováním samostatného výzkumného šetření byl proveden předvýzkum, během kterého byla zjištěna srozumitelnost otázek pro informanty. Nesrozumitelné otázky byly změněny nebo nahrazeny. Rozhovory byly se souhlasem nahrávány a doslovně přepisovány. Následně byly analyzovány podle metody „Tužka a papír.“ Na základě analýzy dat byly identifikovány tři kategorie, které pak byly rozděleny na další subkategorie.

6.2 Výzkumný soubor

Výzkumné šetření bylo prováděno u všeobecných sester pracujících v domovech pro seniory a v domovech se zvláštním režimem v Českých Budějovicích. Výzkumný vzorek byl tvořen dvanácti všeobecnými sestrami, z nichž šest sester bylo staničních a šest všeobecných. Rozhovory trvaly okolo třiceti minut. Všeobecné sestry jsou ve výzkumné části označovány jako „S1“ až „S12“. Všechny sestry souhlasily s anonymním výzkumem.

7. Výsledky výzkumného šetření

7.1 Charakteristika informantů

Tabulka 1 – charakteristika informantů

Informanti	Pohlaví	Věk	Pracovní pozice	Délka praxe (roky)	Délka praxe v dané instituci (roky)
S1	Žena	38	Staniční sestra	15	5
S2	Žena	24	Všeobecná sestra	3	3
S3	Žena	55	Všeobecná sestra	30	15
S4	Žena	48	Staniční sestra	24	10
S5	Žena	32	Všeobecná sestra	8	7
S6	Žena	39	Staniční sestra	20	5
S7	Žena	48	Všeobecná sestra	20	10
S8	Žena	25	Všeobecná sestra	6	6
S9	Žena	38	Staniční sestra	19	5
S10	Žena	39	Staniční sestra	20	6
S11	Žena	58	Všeobecná sestra	38	15
S12	Žena	60	Staniční sestra	35	5

(Zdroj: vlastní, 2024)

Tabulka poskytuje identifikační údaje dvanácti zdravotních sester (6 staničních a 6 všeobecných sester), které jsou pro větší přehlednost označeny jako S1 až S12. Všichni informanti byly ženy, jejichž věk se pohybuje mezi 24 a 60 lety. Délka praxe ve

zdravotnictví se pohybuje od 3 do 38 let, zatímco jejich praxe v dané instituci se pohybuje od 3 do 15 let.

7.2 Kategorizace výsledků

Tabulka 2 – Kategorie a subkategorie

Kategorie	Subkategorie
<i>1. Specifika ošetrovatelské péče při Alzheimerově chorobě</i>	<ul style="list-style-type: none">• Pozorované příznaky• Komunikační techniky• Podpora kvality života• Prevence a léčba dekubitů
<i>2. Komunikace s rodinami klientů</i>	<ul style="list-style-type: none">• Informovanost o Alzheimerově chorobě• Dotazy a obavy rodin
<i>3. Edukace rodin klientů</i>	<ul style="list-style-type: none">• Poskytování informací o Alzheimerově chorobě• Zapojení rodin

(Zdroj: vlastní, 2024)

7.3 Specifika ošetrovatelské péče při Alzheimerově chorobě

Tato kategorie obsahuje čtyři subkategorie a zaměřuje se na příznaky Alzheimerovy choroby, komunikační techniky, podporu kvality života a prevenci a léčbu dekubitů.

7.3.1 Pozorované příznaky

Tato subkategorie se zaměřuje na příznaky Alzheimerovy choroby. Na první otázku „*Jaké jsou nejčastější příznaky Alzheimerovy choroby, které v praxi pozorujete?*“ všechny sestry ve svých odpovědích zmínily zapomínání a dezorientaci. S10, S6, S3 a S2 uvedly zhoršenou krátkodobou paměť. Konkrétně S7 odpověděla: „*K nám chodí klienti už s Alzheimerovo chorobou, která je už v pokročilejší fázi, to znamená, že ten člověk zapomíná, hůř se vyjadřuje, je dezorientovaný místem časem a osobou. Postupem času se ta demence prohlubuje a zhoršuje se mobilita, takže nám postupně přestává chodit, stane se z něho ležící člověk. Taková ta poslední fáze se u nás projevuje poruchou polykání, mixujeme tu stravu, dáváme i nutridrinky. Jsou s tím spojené i bolesti. S11, S2 a S3 se shodly na postupné ztrátě schopností sebezpečí ve všech oblastech. S5 řekla: „Zapomínají, že jedli, a pak se rozčilují. Mají úzkost, nepoznávají své blízké. Jsou občas jako malé děti, hledají maminku.“*

Další otázka byla: „*Jaké změny v chování zaznamenáváte u klientů s Alzheimerovou chorobou?*“ Většina sester zmínila agresivitu, plačtivost, úzkost a výkyvy nálad. S9 dodala: „*Ráno jsou v pohodě, bez problémů a odpoledne jsou úplně mimo a je s nimi těžší domluva.*“ S10 odpověděla takto: „*Máme tu případ, kdy rodina tvrdí, že ten klient byl kdysi společenský, usměvavý, rád pekl atd., a teď v té Alzheimerově chorobě je spíš agresivní a úzkostný. Ti klienti pak taky dost bloudí a jsou dost flegmatictí.*“ S7 odpověděla: „*Změna chování je možná dána i tou dezorientací. Napadá mě slovo nedůvěra, že tím, jak se oni ztrácí z té reality a už nedokážou rozlišit, co je realita a co se odehrává jen v jejich hlavě, víc se uzavírají sami do sebe nebo naopak jsou agresivnější.*“ S5 řekla: „*Zapomenou třeba, jak se používá záchod. Když na ně někdo chvátá, tak přijde úplná změna a začnou plakat a vyvolá to i vztek.*“ S1 se vyjádřila následovně: „*Vrací se do dětských let, najednou zapomínají ty věci, který dokázali. A snaží se jakoby být tím dítětem, abychom se o ně starali, pomáhali jim s jídlem, i když jsou schopní anebo si furt myslí, že tam s ním je někdo z rodiny, a mluví třeba s někým vymyšleným.*“ S8 dodala: „*Dost to chování můžou ovlivňovat i léky, když nejsou zaléčení.*“

Na otázku, zda sestry používají testy k hodnocení kognitivních funkcí a diagnostice demence, odpověděly S12, S11, S10, S9, S8, S7, S5 a S2, že používají MMSE test. S11 a S10 dodaly: „*Děláme ho každé tři měsíce.*“ S6, S4, S1 a S3 vypověděly, že danou činnost u nich vykonává psycholožka.

Poslední otázka k této podkategorii byla: „*Jaký je nejčastější důvod odeslání klienta do nemocnice?*“ S9, S6, S5, S4, S2 a S3 uvedly, že nejčastějším důvodem jsou pády. S12 a S8 k tomu dodaly ještě infekce močových cest. S10 a S1 odpověděly: „*Akutní zhoršení zdravotního stavu*“. S7 konkrétně řekla: „*Zhoršení zdravotního stavu, který je těžko identifikovaný, nějaký kolaps, často se za tím skrývá močová infekce, to je teda nejčastější diagnóza tady, pak to jsou pády a až pak daleko za tím jsou mrtvice a infarkty.*“

7.3.2 Komunikační techniky

Otázka k této subkategorii byla: „*Jaké techniky používáte při komunikaci s klienty?*“ S11, S10, S8, S5, S6, S4 a S1 se shodly na tom, že je důležité mluvit pomalu a jasně, používat jednoduché věty a pomáhat si neverbálně. S12 odpověděla: „*Vyslechnu klienta, nesnažím se mu cokoli vyvracet, nechám ho v té jeho myšlence, vcítím se do něho.*“ S2 odpověděla podobně: „*Je důležitá i asertivita a nesnažíme se vyvracet jejich špatné úvahy a názory.*“ S3 uvedla: „*Na každého se musí přistupovat individuálně, každý má jiný stupeň demence. Ke každému musíme přistupovat zepředu, ne zezadu, musí nás ten klient vidět.*“ S7 na tuto otázku odpověděla takto: „*Myslím si, že těm lidem vyhovuje stabilní prostředí, že je nestěhujeme z pokoje na pokoj. Myslím si, že jim dělá dobře i stabilní personál, protože zvlášť, když jsou na oddělení se zvláštním režimem, tak tam to hraje docela velkou roli, protože se tam nestřídají tolik zdravotní sestry, že jsou zvyklí na ty stejný tváře. A ta komunikace je s nimi pak lepší. Mají větší důvěru a ví, co už můžou očekávat. Snažíme se pokládat jasné a jednoduché otázky.*“ S9 dodala: „*Snažíme se jim to v klidu vysvětlit, víckrát a samozřejmě s nimi jednáme jako s dospělými, ale vysvětlujeme jim to jednoduše, aby to pochopili. A taky být trpělivý.*“

7.3.3 Podpora kvality života

První otázka v této podkategorii zněla: „*Jaké přístupy používáte k podpoře kvality života klientů?*“ S1, S8, S9 a S12 se snaží o aktivizaci klientů. S1 dodala: „*Podporovat v soběstačnosti, co ještě zvládnout, tak to chceme, aby si udělali sami, snažíme se to podpořit. I když si jen částečně vyčistí zuby, tak pak je pečovatelky ještě dočistí.*“ S11

na tuto otázku odpověděla: „*Nenecháváme je samotné na pokoji, chceme, aby chodili do jídelny a obýváku mezi ostatní klienty, pouštíme jim tam filmy. Chodí i do tvořivé dílny a tam vyrábějí s aktivizačními pracovníci.*“ S12 odpověděla takto: „*Za mě to ‚gró‘ je ta ošetrovatelská péče. Dále je velmi důležitá ta empatie a trpělivost. Všichni ti klienti, co jsou tady, by strašně moc chtěli, abychom si s nimi povídali. Prostě zvýšit tu komunikaci. Chytit je třeba za ruku, pohladit. Oni se pak zklidní a vypadají spokojeně. Když je hezky, tak je vyvést ven, do přírody. Najít si na ty lidi čas. Chtělo by to i více personálu. A taky by měla za nimi častěji chodit ta rodina.*“ S10 se vyjádřila takto: „*Ergoterapeutky se s nimi snaží rozvíjet tu jemnou motoriku, také jim dávají různé hádanky, pak vyrábějí a kreslí, opakují si s nimi různé pranostiky. A pak také nějaká rehabilitace a fyzioterapie.*“ S3 a S6 se snaží zachovat důstojnost, soukromí a udržovat bezpečné prostředí.

Další otázka zněla následovně: „*Podílíte se na realizaci skupinových aktivit? Jaké konkrétní aktivity to jsou?*“ Všechny sestry se shodly na tom, že o tyto skupinové aktivity se starají hlavně ergoterapeutky/aktivizační pracovníce. Sestry na to nemají čas, spíše se starají o zdravotnické věci. S3 dodala: „*Když máme čas, tak s klienty chodíme v rámci poledního klidu na procházku nebo si prohlížíme fotografie a vzpomínáme. Také trénujeme paměť. Ergoterapeutky s klienty i pečou, chodí do zahrady, starají se o záhony, hrají hry, starají se o morče.*“ S4 odpověděla: „*Pokud mám čas, tak se ráda zapojím, třeba si s nimi zazpívám nebo zatančím, Doprovázíme klienty na ty velké akce.*“ S8 dodala: „*Aktivizační pracovníce pro ně vymýšlí spoustu aktivit, venkovní kino, pečení, kreslení, jezdí často do zoo a muzeí a taky mají canisterapii.*“

Další otázka byla: „*Jak pracujete s biografií?*“ S11, S12, S5 a S8 zmínily, že s biografií pracují jako zdravotní sestry minimálně a nějak nutně to nevyžadují. Spíš to mají na starost sociální a aktivizační pracovníce. Fotografie však přijímají všechny. S7 uvedla: „*Jako zdravotní sestry minimálně, ale jinak se tady s biografií pracuje. Snažíme se ty informace od toho člověka zařazovat do toho individuálního plánování, například, když pil celý život kávu s mlíkem, tak mu to kávu s mlíkem budeme dělat. Když má nějaké přání, osobní potřeby, tak se mu snažíme v rámci možností vyhovět. Tady tu biografií postupně sepisuje ten klíčový pracovník. Někdy ten klient je ve stavu, kdy už není schopen tu biografií poskytnout a někdy není schopna a ni ta rodina.*“ S4 na tuto otázku odpověděla: „*Pracujeme s ní hodně, zaměřujeme se na ní. Například, když víme, že pán byl myslivec, tak ten rozhovor zaměříme třeba do toho lesa, houby atd. Snažíme se mu dávat kávu, jakou měl rád. Ta biografie se dá využít v různých*

částech té péče. Odpověď od S3 zněla takto: „*My děláme biografii odjakživa. U nás ji mají vypracovanou všichni klienti. Klient přijde už s vypracovanou biografií od rodiny. Možná je i výhoda, že tu máme jen 20 lidí, takže si všichni čteme všechny, ne jenom toho svého klíčového klienta. Je to určitě jednodušší si zapamatovat 20 lidí než 40 a více. Víme, že ten pracoval na zahradě a ten měl doma zvíře a prostě, že s tím tak nějak můžeme pracovat.*“ S1 se k tomu vyjádřila takto: „*Když ji dostaneme, tak si ji pročteme, abychom věděli něco o tom jejich životě, ale teď ponovu to vyžadujeme po rodině pokaždé. Od těch starších bydlících klientů, co jsou tady dýl, tak nemáme biografii. Občas i ty rodiny ji nechtějí napsat nebo jsou i klienti, kteří o tom nechtějí mluvit, protože měli špatné zkušenosti a nechtějí se už vracet do dětství a do toho života.*“

7.3.4 Prevence a léčba dekubitů

Otázka k této podkategorii zněla: „*Jaké strategie používáte k prevenci a léčbě dekubitů u klientů?*“ Všechny sestry ve svých odpovědích zmínily pravidelné polohování a využití antidekubitální matrace a polohovací pomůcky (tzv. hady, polštáře). S12 konkrétně odpověděla: „*Promazáváme pokožku. Sledujeme kůži. Ty dekubity by správně neměly vůbec vznikat, je to podle mě taková naše vizitka. Dbám na to, kontroluji si ty klienty. Dále je důležité to polohování, strava, hydratace, hygiena. Nabízíme nutridrinky. Někdy je ten klient v terminálním stádiu a můžeme dělat cokoli, a i tak se ten dekubit objeví, i to se stává. Potom tady volíme metodu vlhkého hojení ran, to se osvědčilo. Také mám dobrou zkušenost se stříbrem. Na každou tu fázi toho hojení ran je potřeba něco jiného.*“ S3 odpověděla podobně: „*U ležících klientů vedeme polohovací záznamy, pracujeme s bazální stimulací, vypořádáváme klienty. Máme i certifikaci bazální stimulace. Masírujeme klienty, dbáme na hydrataci a nutriční. U nás nemáme žádné dekubity, a to si myslím, že je známka dobré péče.*“ S1 doplnila: „*Když to jde, tak i vysazujeme klienty do komfortu (křesel).*“

7.4 Komunikace s rodinami klientů

Druhá kategorie se zabývá tím, jak jsou podle sester rodiny klientů informováni o Alzheimerově chorobě a jaké jsou jejich nejčastější dotazy a obavy.

7.4.1 Informovanost o Alzheimerově chorobě

První otázka této podkategorie zněla následovně: „*Jsou podle vás příbuzní klientů nastupujících do zařízení sociálních služeb dostatečně informováni o tom, co je to Alzheimerova choroba?*“ S8, S2 a S11 uvedly, že jsou příbuzní celkem informováni,

co ta nemoc je, ale někteří si to nedokáží připustit. S12 na to odpověděla: „*Máme tu jednu klientku, která se opravdu velmi rychle horší, takže jsem mluvila s její dcerou, o té nemoci načteno má, ale protože je to její maminka, tak ona si to prostě nepřipustí, i když to ví, že tu nemoc má. Všechno mi to odkývala, ale i tak se pak zeptala, kdy se to zlepší, co by pro to mohla udělat, aby se to zlepšilo, přitom jí stále opakujeme, že prognóza je špatná a že se to nedá vyléčit. Takže někdy opravdu musíme opakovaně vysvětlovat, co ta nemoc dělá a co k té nemoci patří.*“ S4 to vnímá takto: „*Někteří jo, někteří vůbec. Ta osvěta je malá. Příbuzní si myslí, že to dělá maminka/tatínek naschvál, že je psychicky vydírají. Chtějí po nich věci, které už nezvládají, ale oni si prostě myslí, že to zvládnou.*“ S3 řekla: „*Naše sociální pracovníce se snaží, aby ty informace měli, ale někteří i tak nemají. Někdy máme pocit, že vůbec neví, což je smutný.*“ S7 se k tomu vyjádřila takto: „*Vůbec. Já teda tady v domově dělám paliativní péči a co se týká Alzheimerovy choroby, tak lékař nebo psychiatr by měl informovat toho člověka, že má první stupeň té Alzheimerovy choroby, jak se to bude vyvíjet, jak vypadají konce takového člověka a už vlastně v té první fázi by ho měl seznámit s tím, že by bylo třeba sepsat dříve vyslovené přání a sepsat celkově nějaké preference, co se týče závěru života a uspořádat si svoje věci, který už nebude schopen, a i nějaká závět a uspořádat tyhle právní věci, protože přijde čas a do deseti let nebude člověk schopen. Kolikrát, když jsem se dostala na sociální šetření, tak už tam byla paní s pokročilou demencí, tak jsem tu rodinu informovala o tom, že opravdu je před paní posledních pár let a ať s tím počítají.*“ Odpověď od S1 zněla: „*Jak kdo, podle toho, jak si to sami dohledají nebo získávají informace, někdo má zkrácené představy, jakože ten rodič bude furt stejný, a nechtějí si připustit, že tam dochází ke změnám. I když jsou imobilní, tak by je chtěli furt vysazovat, nebo aby chodili a nedokážou pochopit, že ta nemoc mu to už nedovoluje.*“

Druhá otázka byla: „*Jakým způsobem komunikujete s rodinami o pokroku nebo změnách ve zdravotním stavu jejich blízkých (klientů)?*“ Všechny sestry se shodly na tom, že rodiny informují převážně telefonicky, a to o jakékoliv změně ve zdravotním stavu klienta. S10 odpověděla následovně: „*Když přijdou na návštěvu, tak jim sdělíme, jak se klient chová a jaké jsou změny. Když jsou to důležité věci, třeba když se nasadí opiatové náplasti nebo když je klient agresivnější, tak voláme telefonicky.*“ S11 na tuto otázku odpověděla: „*Většinou rodinu informuje lékař nebo staniční sestra, ústně nebo telefonicky. Staniční sestra má k tomu kompetence a ví, co může od toho lékaře předat dál rodině.*“ S1 řekla: „*Nějaké rodiny se pravidelně chodí informovat,*

někdo vůbec nepřijde a nezajímá se.“ S7 se vyjádřila takto: „Díky té paliativě jsme začali dělat po třech měsících adaptační schůzku, kde se probere to, jak si ten člověk tady zvykl, co se mu líbí a co ne, a ptáme se vlastně i té rodiny. Dokud je ten klient orientovaný, tak je u té adaptační schůzky, pokud už není, tak už tu schůzku máme jen s rodinou. Já tam jsem za tu paliativu, takže tu rodinu takhle informuji už dopředu o tom, co ta paliativní péče je, a když potom dojde ke zhoršení zdravotního stavu, tak už oni o mně ví, já té rodině pak volám, a když už je to vhodný nastavit tu paliativní péči, což není těsně před úmrtím, ale je to v době, kdy ten člověk se stane plně imobilní a dezorientovaný, tak už o tom začínáme mluvit, ale o změně zdravotního stavu má vždycky informovat lékař potažmo zdravotní sestra.“

Poslední otázka této podkategorie zní: *„Informujete příbuzné před odesláním klienta do nemocnice nebo až po odeslání?“* Všechny sestry odpověděly, že volají rodinám až po odeslání klienta do nemocnice. S1 konkrétně odpověděla: *„Většinou informujeme, když si ho převezme záchranka. Když jsou to klienti v terminálním stádiu, tak voláme rodině dopředu, jestli ho opravdu chtějí poslat do nemocnice, nebo jestli toho klienta chtějí nechat tady v klidu, protože většina rodin toho klienta chtějí nechat tady, v tom domácím prostředí, když se ta smrt blíží.“* S9 dodala: *„Po odeslání, protože je to kolikrát tak rychlý, že ani nestihneme volat.“*

7.4.2 Dotazy a obavy rodin

Otázka k této podkategorii zní: *„Jaké jsou nejčastější dotazy rodin klientů a jak na ně reagujete?“* S1, S6, S5, S2, S11 a S12 odpověděly, že se rodiny nejčastěji dotazují na zdravotní stav klienta. S10 řekla: *„Jak se tady klient chová, jestli si zvykl, co jedl, co nejedl, jestli se zapojuje do aktivit nebo jestli se mu změnilly léky.“* S8 odpověděla: *„Ptají se, jestli maminka nebo tatínek umře. Mají obavy z té nadcházející smrti.“* S3 zareagovala takto: *„Ptají se, za jak dlouho si můžou jejich příbuzného vzít domu nebo kdy přijít na návštěvu.“* S7 dodala: *„Ptají se, proč se ten člověk tak horší, že už je nepoznává. Já je v tu chvíli ujistím, že ano, takhle ta nemoc pokračuje, takhle to vypadá a bude to horší. Často tu rodinu vyděsí, když ten člověk začíná mít problémy s polykáním, ale znova je potřeba říct, takhle ta nemoc postupuje a my jsme s tím počítali.“*

7.5 Edukace rodin klientů

V poslední kategorii se zaměřujeme na to, jak sestry realizují edukaci rodin klientů, jaké informace a podporu jim poskytují a také zjišťujeme, kde sestry získaly znalosti o Alzheimerově chorobě.

7.5.1 Poskytování informací o Alzheimerově chorobě

Na úvod byla položena otázka: „Kde jste získala vědomosti o Alzheimerově chorobě?“ S8, S9 a S1 odpověděly, že ve škole. S9 dodala: „Ve škole, na praxi a pak až v práci. Praxe je něco jiného než teorie že?“ Zbytek sester odpovědělo, že získaly vědomosti hlavně v praxi. S3 odpověděla konkrétně: „My jsme absolvovali spousta seminářů, máme certifikaci z alzheimerovské společnosti. Takže hlavně praxí.“

Další otázka zněla následovně: „Jaké informace o Alzheimerově chorobě poskytujete rodinám klientů?“ S9, S2 a S3 vysvětlují rodinám, že se stav klienta může rychle změnit a zhoršit, že se ta nemoc nedá vyléčit, a aby se připravili na to, že už to nebude lepší. S11 odpověděla: „U některých klientů ta nemoc postupuje rychle a ty rodiny jsou pak smutný a odchází s pláčem, že je třeba ta maminka nepoznala, tak se jim snažíme vysvětlit, že to je ta nemoc, takhle to vypadá a bude se to zhoršovat.“ Odpověď od S7 zněla takto: „Naučila jsem se mluvit hodně otevřeně, neříkat takový to asi nebo možná, ale ta choroba vypadá tak a tak, takhle postupuje a s tímhle musím počítat. Mluvit napřímo, jasně a výstižně a pak, až to přijde, tak se k tomu vracíme, mluvili jsme o tom, čekali to a ono to přišlo.“ S8 se vyjádřila následovně: „Edukujeme je, když jsou třeba ti klienti nezaléčení z domova, když jsou třeba agresivní, tak jim vysvětlujeme, že paní doktorka psychiatricka jim nastaví nějakou medikaci, a že pak trvá dva týdny a dýl, než ty léky začnou zabírat.“ S5 řekla: „Informujeme je o těch možných změnách v chování, jak se to projevuje. Dost často jsme tady u klientů řešili ztrátu peněz nebo šperků a jiných věcí, kdy nám ty rodiny nevěřily, že jsme ty peníze neukradli. Takže se snažíme vysvětlovat, že tohle u té nemoci bývá, že takto klienti zapomínají.“ S6 dodala: „Většinou co se týká změny stavu toho klienta. Někdy si s tou rodinou promluvíme sami, někdy si chtějí promluvit spíš s lékařkou, která jim to více vysvětlí.“

Následovala otázka, jaké metody a materiály sestry používají, pokud rodina nemá žádné znalosti o Alzheimerově chorobě. S7, S11, S1 uvedly, že nemají žádné brožury, ani jiné materiály, pouze dovysvětlí, na co se eventuálně ještě ti příbuzní zeptají. S7 řekla: „Čerpáme hlavně ze své hlavy.“ S2 odpověděla: „Rodiny edukujeme při osobním

rozhovoru nebo je odkážeme na internet.“ S4 odpověděla takto: „Máme tu brožury od České alzheimerovské společnosti.“ S10, S12, S3 uvedly, že mají také brožury, které poskytují rodinám. S6 odpověděla konkrétně: „Máme spoustu brožur, sestřičky jsou vzdělané, takže i ty poskytují informace.“ S5 se vyjádřila následovně: „Doktorka sem dochází každý týden, takže ty informace může poskytnout ona.“ S9 se vyjádřila takto: *Máme tady různé brožury a knížky. Jsou tam i různé příběhy, jak ta nemoc postupuje a jak ta rodina jednala, takže se v tom ta rodina může vidět a že je to normální.*

Navázali jsme další otázkou, zda by sestry ještě doporučily nějaké další zdroje informací nebo podporu rodinám klientů. S1, S2, S9 a S8 by doporučily internetové stránky České alzheimerovské společnosti a různé knihy a filmy (*Pořád jsem to já, Tancuj, Matyldo*). S4, S12, S8, S11 a S6 by příbuzným klientů doporučily, aby se obrátili na lékaře. S5 řekla: „Hlavně ten doktor, má to větší váhu, než když to řeknu já, ta autorita je tam jiná.“ S6 ještě dodala: „nějaký větší zájem od těch rodin ale nevnímáme.“ S7 odpověděla: „Ta podpora vlastně musí být hned ve chvíli, kdy to doktor sdělí tomu pacientovi, potažmo i té rodině, tam by vlastně měla být ta nejmasivnější edukace, protože když ten člověk odejde od doktora s tím, že má nějaké první známky té Alzheimerovy choroby, tak ta rodina neví, s čím má počítat, takže tam je ta podpora důležitá.“ S3 na otázku odpověděla takto: „Máme tu dost knih. Taky nás napadlo, že by bylo docela fajn, kdyby šlo, aby se i někteří rodinní příslušníci mohli zúčastnit nějakých těch seminářů. Aby si uvědomili, co to obnáší.“

7.5.2 Zapojení rodin

Otázka k této subkategorii zněla: „Informujete rodiny o možnostech zapojení se do péče o své blízké?“ Všechny sestry se shodly, že rodiny o těchto možnostech informují. S5 odpověděla takto: „Ano, ale stalo se nám dvakrát, že rodina třeba přišla, že bude koupat babičku, trvalo to chvilku a potom přestali. Při tom nástupu mají ten zápal, ale pak to opadne.“ S9 na tuto otázku odpověděla: *Informujeme, chceme. Nabádáme je, aby třeba zkoušeli krmit, ale většinou máme spíš negativní odezvu, rodina se třeba bojí a nechce to pak dělat.*“ S3 řekla: „Oni to ví, chodí klienty někdy i krmit. Ví, že můžou přijít kdykoliv.“ Odpověď od S8 zněla: „Snažíme se, aby rodina chodila na návštěvy. Klienti se pak hned změni, rozzáří se jim oči.“ S5 se vyjádřila následovně: *Informujeme, a i je žádáme o spolupráci při doprovodu na vyšetření. Dost nám to pomůže, že nemusíme vysílat naše zaměstnance. Celkově je to zapojení rodiny důležité.*“ S6 odpověděla: „Snažíme se a chceme, aby udržovali ten osobní kontakt s tím klientem,

aby byl klidnější. Chodí s nimi na společenské akce, do parku na procházku.“
S7 odpověděla na tuto otázku takto: „*Ano, my potřebujeme, dokud to jde, hlavně účast při doprovodu na vyšetření k lékaři, protože je to hodně tady na tom personálu, ti lidi jezdí pořád někam na vyšetření a někdy je to maximálně vhodný, aby u toho byla ta rodina. Je možnost se účastnit i podávání stravy, někdo si chce toho klienta i vykoupat, ale není to tak častý. Nebo donesou něco dobrého a vyvezou si klienta ven na procházku.“*

8. Diskuze

Tato část bakalářské práce se zaměřuje na porovnání dat získaných prostřednictvím výzkumu. Výzkumné šetření bylo provedeno kvalitativní metodou s využitím polostrukturovaného rozhovoru sestaveného na základě stanovených výzkumných cílů. Prvním cílem bylo zmapovat specifika ošetrovatelské péče o klienty s Alzheimerovou chorobou v zařízení sociálních služeb. Druhý cíl se zaměřuje na přístup všeobecných sester k informování rodin klientů s Alzheimerovou chorobou. Třetí cíl zjišťuje, jak všeobecné sestry realizují edukaci rodin klientů s Alzheimerovou chorobou. Výzkumný vzorek tvořilo 12 všeobecných sester pracujících v domovech pro seniory a v domovech se zvláštním režimem. Následující část textu se bude věnovat komparaci zjištění s dostupnými zdroji.

První výzkumná otázka je zaměřena na specifika ošetrovatelské péče o klienty s Alzheimerovou chorobou v zařízení sociálních služeb. Weller a Budson (2018) udávají, že Alzheimerova choroba ovlivňuje kognitivní funkce, včetně paměti a jazyka a může způsobit výrazné změny v chování a schopnosti vykonávat každodenní činnosti. Sestry, které byly dotazovány, identifikovaly klíčové příznaky Alzheimerovy choroby, jako jsou zapomínání, dezorientace, zhoršená krátkodobá paměť, ztráta schopností sebezpečí a změny v chování. S7 konkrétně odpověděla: *„Změna v chování je možná dána i tou dezorientací. Napadá mě slovo nedůvěra, že tím, jak se oni ztrácejí z té reality a už nedokážou rozlišit, co je realita a co se odehrává jen v jejich hlavě. Víc se uzavírají sami do sebe nebo naopak jsou agresivnější.“* S postupem Alzheimerovy choroby se mohou u pacientů projevit další symptomy, které sice nejsou součástí základních příznaků onemocnění, avšak významně ovlivňují kvalitu života pacienta i jeho rodiny. Mezi tyto symptomy patří např. deprese, úzkost, agresivita, apatie, bludy, halucinace i emoční oploštělost (Čechová et al., 2019). Pokud jde o komunikační techniky, sestry často používají jednoduchý jazyk, krátké věty a nonverbální komunikaci. S12 zdůraznila význam empatie a naslouchání klientům, aniž by vyvracela jejich myšlenky. S3 uvedla, že je důležité přistupovat ke každému klientovi individuálně, zatímco S7 zdůraznila stabilní prostředí a personál jako klíčové faktory pro efektivní komunikaci. S9 zmínila důležitost trpělivosti při komunikaci s klienty. Dle mého názoru, uplatňují dotazované všeobecné sestry kvalitní komunikační techniky. Agresivní chování u klientů s demencí může být vyvoláno různými faktory, např. fyzická bolest, vedlejší účinky léků, ztráta pečovatele, na kterého byl klient

zvyklý, nebo nové a neznámé prostředí, např. hospitalizace v nemocnici. Pro zmírnění stresu u klientů s demencí je důležité uplatnit citlivý a trpělivý přístup a verbálně i neverbálně je ujistit o bezpečí (Judd, 2017). Podle S3 je důležité, aby se ke každému klientovi přistupovalo individuálně, protože má každý klient jiný stupeň demence. Ke každému klientovi by se mělo přistupovat zepředu, aby nás mohl vidět a necítil se ohrožen. To potvrzuje Banovic et al. (2018), který udává, že pro efektivní komunikaci je důležité přistupovat k pacientovi s demencí vždy zepředu, dbát na udržování očního kontaktu a před začátkem rozhovoru dát pacientovi nějaké znamení, např. iniciační dotek ruky. Je nezbytné zajistit také klidné a nerušené prostředí, mluvit pomalu, používat krátké věty, respektovat pacienta a mluvit s ním jako s dospělým. Podle S12 by klienti opravu chtěli, aby si s nimi někdo povídal, chytil je za ruku, pohládl. Klienti se pak zklidní a vypadají spokojeně. Dále techniky reminiscence, jako je používání fotografií, hudby nebo filmů, jsou rovněž účinnými nástroji pro zlepšení nálady a snížení úzkosti. Čím více příjemných pocitů klient zažívá při vzpomínání na uplynulé zážitky, tím pozitivnější je celkový dopad na jeho psychiku (Malíková, 2020). Výzkum tak potvrzuje, že reminiscence nejen podporuje emocionální pohodu, ale také stimuluje kognitivní funkce. Použití Mini-Mental-State Examination (MMSE) jako nástroje pro hodnocení kognitivního stavu klientů je běžnou metodou, jak ukázaly odpovědi všeobecných sester. MMSE hodnotí kognitivní funkce a využívá se k diagnostice a odhadu závažnosti demence (Vostrý, 2023). Některé všeobecné sestry však uvedly, že testy provádí psycholog, což může vypovídat o různých přístupech k hodnocení kognitivního stavu, organizaci a odborných dovednostech v rámci daného zařízení. Některé všeobecné sestry (S1, S8, S9 a S12) kladou důraz na aktivizaci klientů a podporu jejich soběstačnosti. S1 například zdůraznila podporu samostatnosti, kde i malé úkony, jako čištění zubů, jsou ceněny. Tento přístup odpovídá současným standardům v geriatrické péči, které podporují soběstačnost u seniorů. Podpora soběstačnosti je klíčovou součástí péče o nemocného s demencí. Pečovatelé by měli mít odpovídající kvalifikaci a trpělivost k tomu, aby postupně podporovali nemocné ve zlepšování jejich schopností provádět samostatně každodenní činnosti. Je důležité přistupovat k nemocnému s ohledem na jeho možnosti a dovednosti, a vždy brát v úvahu jeho schopnosti (Fertaľová a Ondrioiva, 2020). Dále byly zkoumány nejčastější důvody odeslání klienta do nemocnice. Nejčastějším důvodem, jak uvádí většina sester, jsou pády. Tato zjištění ukazují na významnou roli, kterou pády v péči o seniory hrají, a na to, jak mohou tyto události často vyžadovat další lékařskou intervenci. Každoročně

přibližně jedna třetina lidí starších 65 let zažije pád, přičemž u osob nad 80 let tento počet stoupá na více než 50 %. S rostoucím počtem starších jedinců se zvyšuje i frekvence pádů vedoucích k hospitalizacím. Vzhledem k předpokládanému nárůstu populace v geriatrickém věku se do roku 2030 očekává, že hospitalizace starších pacientů pro úrazy způsobené pádem, bude v budoucnu představovat významný problém (Rau et al., 2014). Dalším důvodem jsou infekce močových cest, jak zmínily S12 a S8. Močové infekce jsou u geriatrických pacientů běžné a spadají do kategorie komplikovaných infekcí močových cest, což je důsledkem přirozených změn v těle gerontologických pacientů. Mnozí starší pacienti, zejména muži s obstrukcí pod močovým měchýřem, mají zavedený permanentní močový katétr. Ženy po menopauze trpí poklesem hladiny estrogenů, dochází ke ztenčení sliznic v pochvě a v močové trubici, což zvyšuje jejich náchylnost k močovým infekcím (Romžová, 2013).

Většina aktivit zaměřených na rozvoj kognitivních a motorických dovedností je v kompetenci ergoterapeutek a aktivizačních pracovníků. V domovech pro seniory je klientům zajištěna široká škála aktivit zaměřených na podporu kvality jejich života. Klienti jsou také povzbuzováni k účasti na společných aktivitách, např. promítání filmů, zpívání, hádanky, pečení, návštěvy tvořivých dílen, kde mohou vyrábět nebo kreslit. Je kladen důraz i na fyzickou aktivitu. Klienti chodí na rehabilitace, procházky nebo i speciální terapie jako je canisterapie, a účastní se kulturních akcí, včetně návštěv zoo a muzeí. Důležitou součástí je také osobní kontakt a komunikace, například držení za ruku a povídání si, které přispívají k emocionální pohodě klientů. To ukazuje na rozdělení rolí mezi zdravotnickým personálem a aktivizačními pracovníky. Sestry mnohdy nemají čas se zapojovat do těchto aktivit, ale mohou se účastnit, pokud mají možnost. S3 se k těmto aktivitám vyjádřila následovně: „*Pokud mám čas, tak se ráda zapojím, třeba si s nimi zazpívám nebo zatančím. Doprovázíme klienty na ty velké akce.*“ S3 a S6 kladou důraz na důstojnost a soukromí, jenž je důležité pro psychickou pohodu seniorů. Všichni příjemci péče mají právo na individuální zacházení, důstojnost, autonomii a možnost volby, respekt, soukromí, pokud je to možné a v maximální možné míře, a individualizaci poskytované péče a služeb (Johs-Artisensi a Hansen, 2022). Rozhovory ukazují, že s biografií pracují všeobecné sestry, sociální pracovníce a také aktivizační pracovníce. Zatímco některé sestry (S11, S12, S5 a S8) uvádějí, že se o biografii zajímají minimálně a spoléhají se na ostatní pracovníky, S3 a S4 považují práci s biografií za zásadní součást své práce. S3 zmiňuje, že biografie klientů jsou běžně vypracovávány v jejich zařízení. S1 dodala, že v současné době vyžadují biografii

od rodiny vždy. Stává se, že ji někdy rodiny odmítají poskytnout, nebo klienti nechtějí o své minulosti mluvit, protože měli špatné zkušenosti a nechtějí se vracet do minulosti. Z odpovědí vyplývá, že biografie je využívána různými způsoby. Například S7 a S4 zdůrazňují, jak důležité je integrovat biografické informace do individuálního plánování péče, například poskytování oblíbených potravin nebo zaměření rozhovorů na zájmy klienta. S4 konkrétně uvádí, že biografie lze využít v různých aspektech péče a umožňuje personalizaci péče. Tento přístup zlepšuje kvalitu života klientů tím, že respektuje jejich osobní historii a preference. Dle Procházkové (2014) usnadňují poznatky z biografie seniorům lépe se přizpůsobit novému prostředí, zachovat staré zvyky a tradice, což přispívá k jejich pocitu bezpečí. Dává jim to pocit, že stále někam patří a že jsou pro někoho důležití. I když nemůžeme zcela nahradit domácí prostředí klienta, práce s biografií může usnadnit jejich adaptaci na nové podmínky. U klientů s demencí se nesnažíme zlepšit jejich kognitivní funkce, ale spíše se zaměřujeme na co nejdélejší udržení schopností a dovedností v kontextu s jejich životními zkušenostmi a zvyklostmi.

V rámci prevence a léčby dekubitů zdůrazňují všechny sestry důležitost pravidelného polohování, používání antidekubitálních matrací a polohovacích pomůcek. S12 a S3 specifikují, že polohování je klíčové, stejně jako péče o pokožku, hydratace a výživa. S12 navíc zmiňuje použití vlhkého hojení ran a stříbra jako efektivní metody pro léčbu dekubitů. Tyto přístupy ukazují na komplexní prevenci dekubitů, a jejich efektivní léčbu. Podle klinického doporučeného postupu (KDP) (2020), který se zabývá prevencí a léčbou dekubitů je výživa klíčová pro prevenci a léčbu dekubitů, protože všechny orgánové systémy vyžadují makroživiny a mikroživiny pro růst, vývoj, udržování a obnovu tělesných tkání. Dobře živení jedinci mají nižší riziko vzniku dekubitů ve srovnání s podvyživenými. Problémy s integritou kůže se však mohou objevit u obou skupin. Podvýživa je spojena s vyšším rizikem vzniku dekubitů, jejich závažností a delší dobou hojení. Polohování je prováděno za účelem snížení doby a intenzity tlaku na predilekčních místech a zlepšuje pohodlí, hygienu, důstojnost a funkční schopnosti pacienta. S12 a S3 zdůraznily důležitost pravidelné kontroly a péče o pokožku, včetně promazávání a sledování stavu kůže, aby se zabránilo vzniku dekubitů. S12 také zmínila, že by dekubity neměly vznikat, pokud je péče kvalitní, což považuje za „vizitku“ zařízení. Z odpovědí sester vyplývá, že efektivní prevence a léčba dekubitů je výsledkem multidisciplinárního přístupu.

Druhá výzkumná otázka zkoumá přístup sester k informování rodin klientů s Alzheimerovou chorobou. Na úvod byla sestřám položena otázka, jak jsou podle nich příbuzní klientů informováni o této nemoci. S4, S7 a S1 zaznamenaly, že příbuzní klientů často nemají dostatečné informace o problematice Alzheimerovy choroby. To může zahrnovat nepochopení progresu choroby, očekávání ohledně zlepšení zdravotního stavu nebo neschopnost přijmout skutečnost, že některé změny jsou trvalé. S12 a S1 zdůraznily, že, i když jsou příbuzní informováni, často odmítají plně akceptovat realitu nemoci. Ptají se na možnosti zlepšení nebo léčení, i když jsou informováni o nezvratné povaze Alzheimerovy choroby. Některé sestry zmínily, že musí opakovaně vysvětlovat, jak nemoc ovlivňuje klienty a jaké jsou její příznaky a projevy, což poukazuje na potřebu kontinuálního vzdělávání příbuzných. Sestry poskytují informace o změnách ve zdravotním stavu klientů prostřednictvím několika kanálů. Sestry S10, S11 a S1 uvedly, že rodiny jsou často informovány telefonicky, zejména při významných změnách, jako je zhoršení zdravotního stavu nebo nasazení nové medikace. S7 zmínila, že pravidelné adaptační schůzky, které se konají každé tři měsíce, poskytují příležitost pro podrobnější diskusi o stavu klienta a jeho potřebách. S10 a S11 zdůrazňují, že důležité informace jsou předány hlavně lékaři nebo staničními sestrami, což zajišťuje, že rodiny získají přesné a odborné informace. S7 upozorňuje také na důležitost včasného a jasného informování rodin o diagnóze a jejím průběhu, včetně aspektů, jako jsou právní záležitosti a plánování závěrečné fáze života. Všechny sestry uvedly, že rodiny jsou informovány o převozech do nemocnice obvykle až po odeslání klienta. S9 vysvětlila, že vzhledem k rychlosti situace, kdy je potřeba klienta převést do nemocnice, není vždy možné informovat rodinu předem. S1 zmínila, že v případě klientů v terminálním stádiu jsou rodiny předem informovány o možnostech, zda chtějí klienta ponechat v zařízení, nebo převést do nemocnice. Tento přístup by mohl rodinám lépe pomoci připravit se na budoucnost a zvládat emočně náročné situace. Rodiny se nejčastěji dotazují na zdravotní stav svých blízkých, jejich chování, stravování a účast na aktivitách. Jak uvádí S8, časté jsou také otázky týkající se nadcházející smrti. Sestry S3 a S7 se často setkávají s dotazy, proč se zdravotní stav klienta zhoršuje, a jsou nuceny vysvětlovat progresi nemoci a připravovat rodiny na další zhoršování zdravotního stavu.

Malíková (2020) uvádí, že informování příbuzných a blízkých osob o průběhu léčby, reakcích a účincích má mnoho pozitivních aspektů. Tato spolupráce s rodinou může zlepšit vztahy mezi rodinnými příslušníky a personálem. Příbuzní se cítí spokojenější,

protože mohou být užiteční svým rodinným příslušníkům i během pobytu v zařízení a necítí se tak pouze jako pasivní pozorovatelé. Pokud rodina vnímá, že je zapojena do péče a je informována o stavu svého blízkého, je větší pravděpodobnost, že bude chodit na návštěvy častěji, a to může přispět k lepší psychické pohodě klienta.

Třetí výzkumná otázka zjišťuje, jak sestry realizují edukaci rodin klientů. Na úvod byla sestrám položena otázka: „*Kde jste získala vědomosti o Alzheimerově chorobě?*“ Sestry získaly znalosti o Alzheimerově chorobě především během svého vzdělávání a praxe. Některé z nich uvedly, že získaly teoretické základy ve škole, avšak klíčové pro ně byly zkušenosti z praxe. S3 zmínila, že absolvovala i specializované semináře. Sestry edukují příbuzné o změnách v chování klienta, jako je agresivita, která může být zvládnuta předepsanou medikací od psychiatricky, přičemž účinek léků může nastoupit až po dvou týdnech. Myslím si, že při práci s agresivním klientem je klíčové zůstat klidný, identifikovat spouštěče agresivního chování a přizpůsobit komunikaci tak, aby se minimalizoval stres. Nelze se spoléhat pouze na medikaci. Sestry poskytují rodinám široké spektrum informací o Alzheimerově chorobě. Tyto informace zahrnují detaily o povaze a průběhu nemoci, její příznaky a nevratnost stavu. Malíková (2020) ve své publikaci uvádí, že edukace příbuzných je velmi důležitá, zejména v souvislosti s progresí zdravotního stavu klienta a dalšími léčebnými a ošetrovatelskými postupy. Všeobecné sestry upozorňují na možnost rychlé progresy nemoci, což bývá pro rodiny často těžké přijmout. Dále sestry vysvětlují, jak nemoc postupuje a co lze očekávat, aby rodiny měly jasnou představu o tom, jaké změny nastanou. Otevřená a přímá komunikace je klíčová pro pochopení, jak se nemoc vyvíjí a jaké jsou její důsledky. K edukaci rodin využívají všeobecné sestry různé edukační materiály. Zatímco některé nemají k dispozici žádné brožury, S4 a S10 poskytují rodinám informační brožury od České alzheimerovské společnosti. Některé sestry také odkazují rodiny na internetové stránky nebo doporučují odbornou literaturu a filmy, jako další zdroje informací. Sestry se snaží rodiny informovat o možnostech zapojení se do péče o své blízké. I když některé rodiny projevují ze začátku zájem, který může ovšem časem opadnout, jak zmínila S5. I když některé rodiny však pokračují v účasti na péči, například při krmení nebo doprovodu na lékařská vyšetření, což je významná pomoc pro personál. S6 a S7 zdůraznily, že osobní kontakt a zapojení rodiny může klientům udržet klid a zlepšit celkovou pohodu.

9. Závěr

Tato bakalářská práce s názvem „Alzheimerova choroba z pohledu geriatrické ošetrovatelské péče“ se zabývala ošetrovatelskou péčí o klienty s Alzheimerovou chorobou v zařízeních sociálních služeb. V bakalářské práci byly stanoveny tři cíle. Prvním cílem bylo zmapovat specifika ošetrovatelské péče o klienty s Alzheimerovou chorobou. Druhým cílem bylo zkoumat přístup všeobecných sester k informování rodin klientů s Alzheimerovou chorobou a třetím cílem bakalářské práce bylo zjistit, jak všeobecné sestry realizují edukaci rodin klientů s Alzheimerovou chorobou. V souvislosti s těmito cíli byly stanoveny tři výzkumné otázky, které zkoumaly specifika ošetrovatelské péče o klienty s Alzheimerovou chorobou, přístup všeobecných sester k informování rodin klientů a způsoby, jak všeobecné sestry realizují edukaci rodin klientů.

Dle mého názoru jsou všeobecné sestry dostatečně informované o specifikách Alzheimerovy choroby a projevují dostatek empatii a trpělivosti, jelikož má každý klient jedinečné potřeby a preference. Tyto individuality by měly být zohledněny všeobecnými sestrami, které by tomu měly přizpůsobit ošetrovatelskou péči. Všeobecné sestry se soustředí na efektivní komunikaci s klienty a jejich rodinami. Při komunikaci s klienty používají jednoduchý jazyk, pomalé tempo a neverbální komunikaci. Doporučení zahrnují zlepšení edukačních programů pro sestry, posílení dostupnosti informačních materiálů pro rodiny a podporu multidisciplinárního přístupu k péči. Výzkum tak přispěl k lepšímu pochopení role všeobecných sester v péči o klienty s Alzheimerovou chorobou a rozpoznal oblasti, kde je možné zlepšit kvalitu péče a podpory pro rodiny klientů. Při práci s klienty trpícími Alzheimerovou chorobou je zdůrazněna důležitost empatie, individuálního přístupu a kontinuální podpory.

Bakalářská práce může být zdrojem informací pro zdravotnický personál, který se setkává s pacienty s Alzheimerovou chorobou, čímž může pomoci k lepšímu porozumění specifikům této nemoci a jejím dopadům na pacienty a jejich rodiny. Práce může navíc sloužit jako vzdělávací materiál pro studenty ošetrovatelství.

10. Seznam použitých zdrojů

1. ABRAHA, I. et al., 2017. Systematic review of systematic reviews of non-pharmacological interventions to treat behavioural disturbances in older patients with dementia. The SENATOR-OnTop series. *BMJ Open*. 7(3), 1-30, doi: 10.1136/bmjopen-2016-012759.
2. Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's Dement.*, 20(5), 3708-3821, doi: 10.1002/alz.13809.
3. BAJTOŠOVÁ, R., HOLMEROVÁ, I., RUSINA, R., 2021. Nové pohledy na léčbu demence. *Psychiatrie pro praxi*. 22(3e), 15-25. ISSN 1213–0508.
4. BAJTOŠOVÁ, R. et al., 2021. Nové pohledy na léčbu demence. [online] *Neurol. praxi*. 22(3), 194–200. Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2021/03/04.pdf>.
5. BANOVIC, S. et al., 2018. Communication difficulties as a result of dementia. *Mater Sociomed*. 30(3), 221-224, doi: 10.5455/msm.2018.30.221-224.
6. BLEIBEL, M. et al., 2023. The effect of music therapy on cognitive functions in patients with Alzheimer's disease: a systematic review of randomized controlled trials. *Alzheimer's Research & Therapy*. 15(65), 1-10, doi: 10.1186/s13195-023-01214-9.
7. CARVALHO, S. et al., 2024. Effectiveness of Snoezelen in older adults with neurocognitive and other pathologies: A systematic review of the literature. *Journal of Neuropsychology*. 18, 312–331, doi: 10.1111/jnp.12346.
8. ČECHOVÁ, K., FENDRYCH MAZANCOVÁ, A., HORÁKOVÁ, H. et al., 2019. *V bludišti jménem Alzheimer*. Praha: Management Press. 430 s. ISBN 978-80-264-2707-0.
9. CHEN, Z., ZHONG, C., 2014. Oxidative stress in Alzheimer's disease. *Neurosci. Bull*. 30, 271-281, doi: 10.1007/s12264-013-1423-y.
10. *CO JE BAZÁLNÍ STIMULACE*®, 2005 ©. [online]. INSTITUT Bazální stimulace. Dostupné z: <https://www.bazalni-stimulace.cz/o-bazalni-stimulaci/>.
11. CROUS-BOU, M. et al., 2017. Alzheimer's disease prevention: from risk factors to early intervention. *Alzheimers Res Ther*. 9(71), 1-9, doi:10.1186/s13195-017-0297-z.
12. DESHMUKH, S. et al., 2018. Art therapy for people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 9, 1-27, doi: 10.1002/14651858.CD011073.pub2.

13. DUONG, S. et al., 2017. Dementia: What pharmacists need to know. *Can Pharm J.* 150(2), 118-129, doi: 10.1177/1715163517690745.
14. ETGEN, T. et al., 2010. Physical Activity and Incident Cognitive Impairment in Elderly Persons: The INVADE Study. *Arch Intern Med.* 170(2), 186-193, doi: 10.1001/archinternmed.2009.498.
15. FERTAĽOVÁ, T., ONDRIOVÁ, I., 2020. *Demence: nefarmakologické aktivizační postupy.* Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-271-2479-4.
16. FRANKOVÁ, V., 2015. Optimalizace léčby Alzheimerovy choroby. [online] *Psychiatr. praxi.* 16(3), 79-82. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2016/02/08.pdf>.
17. HÁJKOVÁ, L. et al., 2016. *Komplexní péče o lidi s demencí: na příkladu kritérií Certifikace Vážka®.* Praha: Česká alzheimerovská společnost. 38 s. ISBN 978-80-86541-48-8.
18. HOLMEROVÁ, I., 2014. *Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita péče.* Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-247-5439-0.
19. HOLMEROVÁ, I., MÁTLOVÁ, M., 2017. *Dopisy České alzheimerovské společnosti.* Praha: Česká alzheimerovská společnost. 116 s. ISBN 978-80-86541-31-0.
20. HOLMEROVÁ, I. et al., 2014. *Průvodce vyšším věkem: manuál pro seniory a jejich pečovatele.* Praha: Mladá fronta. 206 s. ISBN 978-80-204-3119-6.
21. JANOUTOVÁ, J. et al., 2020. Možnosti prevence Alzheimerovy choroby. *Cesk Slov Neurol N.* 83(1), 28-32. ISSN 1802-4041.
22. JOHS-ARTISENSI, J., HANSEN, K., 2022. Resident Autonomy, Dignity, and Respect. In: *Quality of Life and Well-Being for Residents in Long-Term Care Communities. Human Well-Being Research and Policy Making.* 23-43, doi: 10.1007/978-3-031-04695-7_2.
23. JUDD, M., 2017. Communication strategies for patients with dementia. *Nursing.* 47(12), 58-61, doi: 10.1097/01.NURSE.0000524758.05259.f7.
24. KALVACH, Z., 2011. *Křehký pacient a primární péče.* Praha: Grada, 408 s. ISBN 978-80-247-4026-3.
25. *KDP – Prevence a léčba dekubitů*, 2020. KDP [online]. Praha: ÚZIS ČR. [cit. 2024-7-30]. 585 s. Dostupné z: <https://kdp.uzis.cz>.

26. KORÁBEČNÝ, J., SOUKUP, O., VALIŠ, M., 2020. *Alzheimerova nemoc: patofyziologie, klinika, farmakoterapie*. Praha: Maxdorf. 198 s. ISBN 978-80-7345-643-6.
27. KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 175 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
28. LOGROSCINO, G. et al., 2022. Descriptive Epidemiology of Neurodegenerative Diseases: What Are the Critical Questions? *Neuroepidemiology*. 56 (5), 309–318, doi:10.1159/000525639.
29. LUNDQVIST, M. et al., 2017. Patient benefit of dog-assisted interventions in health care: a systematic review. *BMC Complementary Altern Med*. 17, 358, 1-12, doi: 10.1186/s12906-017-1844-7.
30. MALÍKOVÁ, E., 2020. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. 2. vydání. Praha: Grada. 304 s. ISBN 978-80-271-2030-7.
31. MATZIORINIS, A., KOELSCH S., 2022. The promise of music therapy for Alzheimer's disease: A review. *Ann NY Acad Sci*.1516(1), 11–17, doi: 10.1111/nyas.14864.
32. PASSERI, E. et al., 2022. Alzheimer's Disease: Treatment Strategies and Their Limitations. *International Journal of Molecular Sciences*. 23(22), 13954, doi: 10.3390/ijms232213954.
33. PETR, T., MARKOVÁ, E. et al., 2014. *Ošetrovatelství v psychiatrii: manuál pro seniory a jejich pečovatele*. Praha: Grada. 296 s. ISBN 978-80-247-4236-6.
34. *Prevalence demence v Evropě*, 2020. [online]. Česká alzheimerovská společnost. Dostupné z: <https://www.alzheimer.cz/clanky/alzheimerova-choroba-ve-svete/prevalence-demence-v-evrope/>.
35. RAU, C. et al., 2014. Geriatric hospitalizations in fall-related injuries. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 22(63), 1-8, doi: 10.1186/s13049-014-0063-1.
36. ROMŽOVÁ, M., 2013. Diagnostika a léčba infekcí močových cest u starých lidí. *Urol. praxi*. 14(5), 212-214. ISSN 1803-5299.
37. RUSINA, R., MATĚJ, R., 2019. *Neurodegenerativní onemocnění*. 2. vydání. Praha: Mladá fronta. 448 s. ISBN 978-80-204-5123-1.
38. SKÁLA, B., 2011. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP. 24 s. ISBN 978-80-86998-51-0.
39. ŠPATENKOVÁ, N., SMÉKALOVÁ, L., 2015. *Edukace seniorů: pedagogika a gerontodidaktika*. Praha: Grada. 232 s. ISBN: 978-80-247-5446-8.

40. TWAROWSKI, B., HERBET, M., 2023. Inflammatory Processes in Alzheimer's Disease – Pathomechanism, Diagnosis and Treatment: A Review. *Int. J. Mol. Sci.* 24(7), 6518, doi: 10.3390/ijms24076518.
41. VOSTRÝ, M., VETEŠKA, J., 2021. *Kognitivní rehabilitace seniorů: psychosociální a edukační souvislosti*. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-271-2866-2.
42. WELLER, J., BUDSON A., 2018. Current understanding of Alzheimer's disease diagnosis and treatment. *F1000Research*. 7(1161), 1-9, doi: 10.12688/f1000research.14506.1.
43. ZHANG, X. et al., 2021. The Epidemiology of Alzheimer's Disease Modifiable Risk Factors and Prevention. *J Prev Alzheimers Dis.* 8, 313-321, doi: 10.14283/jpad.2021.15.
44. ZVĚŘOVÁ, M., 2022. *Gerontopsychiatrie v klinické praxi*. Praha: Grada. 272 s. ISBN 978-80-271-3465-6.
45. ZVĚŘOVÁ, M., 2017. *Alzheimerova demence*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-271-0561-8.

11. Seznam příloh

Příloha č. 1 – Mini-Mental State Examination test

Příloha č. 2 – Addenbrookský kognitivní test (ACE-R)

Příloha č. 3 – Montrealský kognitivní test MoCa

Příloha č. 4 – Návod k používání testu MoCa-CZ 1


Příloha č. 5 – Výzkumné otázky k bakalářské práci

Příloha č. 6 – Informovaný souhlas

12. Přílohy

Příloha č. 1 – Mini-Mental State Examination test

Tab. 20 Mini-Mental State Examination (Folsteinův test kognitivních funkcí)

Oblast hodnocení	Max. skóre
<p>1. Orientace Položte pacientovi 10 otázek. Za každou správnou odpověď započítejte 1 bod.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Který je nyní rok? ▪ Které je roční období? ▪ Můžete mi říct dnešní datum? ▪ Který je den v týdnu? ▪ Který je nyní měsíc? ▪ Ve kterém jste státě? ▪ Ve které jste zemi? ▪ Ve kterém jste městě? ▪ Jak se jmenuje tato nemocnice? (oddělení?, ordinace?) ▪ Na kterém jste patře? 	<p>1 1 1 1 1 1 1 1 1 1</p>
<p>2. Paměť Vyšetřující jmenuje 3 libovolné předměty (nejlépe z pokoje pacienta – např. židle, okno, pero) a vyzve pacienta, aby je opakoval. Za každou správnou odpověď je dán 1 bod.</p>	3
<p>3. Pozornost a počítání Pacient je vyzván, aby odečítal 7 od čísla 100, a to 5× po sobě. Za každou správnou odpověď je 1 bod.</p>	5
<p>4. Krátkodobá paměť (= výbavnost) Úkol zopakovat 3 předtím vyjmenované předměty (viz bod 2).</p>	3
<p>5. Řeč, komunikace a konstrukční schopnosti (správná odpověď nebo splnění úkolu = 1 bod)</p>	
Ukažte pacientovi 2 předměty (např. pero, hodinky) a vyzvěte ho, aby je pojmenoval.	2
<p>Vyzvěte pacienta, aby po vás opakoval:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Žádná ale – Pokud – Kdyby 	1
Dejte pacientovi 3stupňový příkaz: „Vezměte papír do pravé ruky, přeložte ho napůl a položte ho na podlahu.“	3
Dejte pacientovi přečíst papír s nápisem „Zavřete oči“.	1
Vyzvěte pacienta, aby napsal smysluplnou větu (obsahující podmět a přísudek).	1
<p>Vyzvěte pacienta, aby na zvláštní papír nakreslil obrazec podle předlohy. Jeden bod se uděluje, pokud jsou zachovány všechny úhly a protnutí vytváří čtyřúhelník.</p>	1
	
<p>Hodnocení: 0–10 bodů: těžká kognitivní porucha, 11–20 bodů: středně těžká kognitivní porucha, 21–23 bodů: lehká kognitivní porucha, 24–30 bodů: pásmo normálu (Pokorná a kol., 2013, s. 140–142; Jiráček, 2004, s. 186)</p>	

Zdroj: Demence – hodnotící techniky a nástroje – Šáteková a kol., 2021. Str. 461-463

Příloha č. 2. – Addenbrookský kognitivní test (ACE-R)

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
Znakově-prostorové schopnosti	úloha č. 14a–c, 15, 16	/16	/16
CELKOVÉ SKÓRE			
	ACE-R	/100	/100
	MMSE	/30	/30

SKÓRE

1. ORIENTACE

■ Zeptejte se pacienta:

- | | | | | | |
|-------------------------------|----------------------|--|----------------------|----------------------|----------------------|
| 1. Který je dnes den v týdnu? | <input type="text"/> | 6. Ve kterém státě se nacházíme? | <input type="text"/> | (Skóre 0–10) | (Skóre 0–10) |
| 2. Kolikátého je dnes? | <input type="text"/> | 7. Ve kterém jsme městě? | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 3. Který je měsíc? | <input type="text"/> | 8. Ve kterém jsme kraji nebo oblasti? | <input type="text"/> | ACE | ACE |
| 4. Který je rok? | <input type="text"/> | 9. Jak se jmenuje tato nemocnice / budova? | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 5. Které je roční období? | <input type="text"/> | 10. Na kterém poschodí se nacházíme? | <input type="text"/> | MMSE | MMSE |

- 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.

2. PAMĚŤ – ZAPAMATOVÁNÍ

■ 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.“

lopata šátek váza

- Slova vyslovujte zřetelně a pomalu rychlostí asi jedno slovo za vteřinu. Pokud si je pacient nevybaví, opakujte je nejvíce ještě 3x, než se je naučí. Jinak bude zkreslen výsledek položky výbavnost.

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

POZORNOST A ORIENTACE

3. POZORNOST A POČÍTÁNÍ

- Požádejte pacienta:**
 „Nyní odečítejte od čísla 100 opakovaně číslo 7, tedy sto minus sedm, minus sedm atd., dokud Vám neřeknu dost.“
 100 M | 93 R | 86 K | 79 O | 72 P | 65
- 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.

(Skóre 0–5)	(Skóre 0–5)
<input type="text"/> ACE	<input type="text"/> ACE
<input type="text"/> MMSE	<input type="text"/> MMSE

POZORNOST

4. PAMĚŤ – VYBAVENÍ

- Řekněte pacientovi:**
 „Nyní si pokuste vzpomenout na 3 slova, která jste si měl/a před chvílí zapamatovat.“
 lopata šátek váza
- Za každou správnou odpověď započítáme 1 bod. Na pořadí slov nezáleží.*

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

PAMĚŤ

5. PAMĚŤ – ANTEROGRÁDNÍ PAMĚŤ

- Řekněte pacientovi:**
 „Nyní Vám řeknu jméno s adresou. Teprve až skončím, zopakujete po mně všechny údaje. Takto to provedeme 3×, abyste měl(a) možnost se vše dobře naučit. Na konci testování se Vás na všechny údaje budu ptát.“
- Přečteme celé jméno s adresou a necháme pacienta všechny údaje zopakovat. Tímto způsobem provedeme celkově 3×.**
Za každou správnou odpověď přidělíme 1 bod. Do bodování započítáváme pouze třetí pokus.

	1. pokus	2. pokus	3. pokus	
Martin Dvořák	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sadová třída 73	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Královice	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Soběslav	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

PAMĚŤ

6. PAMĚŤ – RETROGRÁDNÍ PAMĚŤ

- Zeptejte se pacienta:**

Kdo je současným předsedou vlády (premiérem)?	<input type="text"/>	
Kdo byl prvním prezidentem naší republiky po revoluci v roce 1989?	<input type="text"/>	
Kdo je současným prezidentem Spojených států amerických?	<input type="text"/>	
Který prezident Spojených států amerických byl zavražděn v roce 1963?	<input type="text"/>	

Za každou správnou odpověď přidělíme 1 bod.

(Skóre 0–4)	(Skóre 0–4)
<input type="text"/> ACE	<input type="text"/> ACE

PAMĚŤ

7. SLOVNÍ PRODUKCE – slova začínající písmenem „P“

7a Písmena

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

1	8	15	22	>17	7
2	9	16	23	14–17	6
3	10	17	24	11–13	5
4	11	18	25	8–10	4
5	12	19	26	6–7	3
6	13	20	27	4–5	2
7	14	21	28	2–3	1
				<2	0

Počet SPRÁVNĚ vyjmenovaných slov převedeme na odpovídající skóre.

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

SLOVNÍ PRODUKCE

7. SLOVNÍ PRODUKCE - zvířata				Počet slov	Odpovídá skóre
7b Zvířata ■ Řekněte pacientovi: „Nyní je Vaším úkolem vyjmenovat co nejvíce zvířat, která znáte. Slova mohou začínat jakýmkoliv písmenem. Na tuto úlohu máte opět jednu minutu. Jste připraven/a? Můžeme začít? Teď!“				>21	7
				17–21	6
				14–16	5
				11–13	4
				9–10	3
				7–8	2
				5–6	1
				<5	0
1	9	17	25	(Skóre 0–7)	(Skóre 0–7)
2	10	18	26	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	11	19	27	ACE	ACE
4	12	20	28	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	13	21	29	MMSE	MMSE
6	14	22	30	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7	15	23	31	ACE	ACE
8	16	24	32	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Počet SPRÁVNĚ vyjmenovaných slov převedeme na odpovídající skóre.					

8. JAZYK – POROZUMĚNÍ		(Skóre 0–1)	(Skóre 0–1)
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.“ <i>Započítáte 1 bod pouze tehdy, pokud vyšetřovaný skutečně zavře oči.</i>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
		ACE	ACE
		<input type="text"/>	<input type="text"/>
		MMSE	MMSE
8b Položte před pacienta list papíru a vyzvěte ho k následujícímu úkolu: „Nyní budete mít úkol, který si nejdříve vyslechnete a pak ho teprve budete provádět. Vezmete tento papír do pravé ruky, přeložíte ho oběma rukama na polovinu a položíte ho na zem.“ <i>Za každou správně provedenou činnost započítáte 1 bod.</i>		(Skóre 0–3)	(Skóre 0–3)
		<input type="text"/>	<input type="text"/>
		ACE	ACE
		<input type="text"/>	<input type="text"/>
		MMSE	MMSE

9. JAZYK – PSANÍ		(Skóre 0–1)	(Skóre 0–1)
■ 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.“ <i>Jeden bod započítáte, pokud má věta podmět (i nevyjádřený) a přísudek a dává smysl. V textu mohou být pravopisné a interpunkční chyby.</i>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
		ACE	ACE
		<input type="text"/>	<input type="text"/>
		MMSE	MMSE

10. JAZYK – OPAKOVÁNÍ		(Skóre 0–2)	(Skóre 0–2)
■ Požádejte pacienta: „Opakujte po mně následující slova.“ Slova vyslovujeme zřetelně a jednotlivě. Pacient vždy opakuje pouze jedno slovo, ne všechna dohromady. 10a chobotnice <input type="text"/> výstřednost <input type="text"/> nesrozumitelný <input type="text"/> statistik <input type="text"/> <i>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</i>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
		ACE	ACE
■ Požádejte pacienta: „Opakujte po mně následující věty.“ 10b „Prostě tak a ne jinak.“ Přípustný je pouze 1 pokus. Za správnou odpověď započítáte 1 bod.		(Skóre 0–1)	(Skóre 0–1)
		<input type="text"/>	<input type="text"/>
		ACE	ACE
		<input type="text"/>	<input type="text"/>
		MMSE	MMSE
10c „Nahoře, vzadu a dole.“ Přípustný je pouze 1 pokus. Za správnou odpověď započítáte 1 bod.		(Skóre 0–1)	(Skóre 0–1)
		<input type="text"/>	<input type="text"/>
		ACE	ACE

SLOVNÍ PRODUKCE

JAZYK

11. JAZYK – POJMEOVÁNÍ PŘEDMĚTŮ

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

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

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

Přidělíme 1 bod za každý správně pojmenovaný obrázek.

tužka + hodinky

(Skóre 0–2)

MMSE

(Skóre 0–2)

MMSE

všech 12 obrázků

(Skóre 0–12)

ACE

(Skóre 0–12)

ACE

12. JAZYK – POROZUMĚNÍ

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

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

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

Přidělíme 1 bod za každou správnou odpověď.

(Skóre 0–4)

ACE

(Skóre 0–4)

ACE

13. JAZYK – ČTENÍ

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

Přidělíme 1 bod, pokud pacient přečte správně VŠECHNA slova.

(Skóre 0–1)

ACE

(Skóre 0–1)

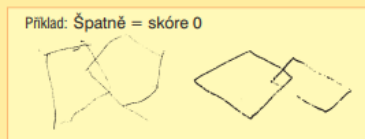
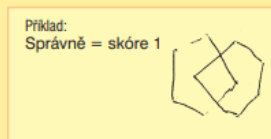
ACE

14. ZRAKOVÉ – PROSTOROVÉ SCHOPNOSTI

14a Překrývající se pětiúhelníky

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

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



(Skóre 0–1)

ACE

(Skóre 0–1)

ACE

MMSE

MMSE

Úloha č. 14 pokračuje na další straně.

JAZYK

ZRAK. – PROST. SCHOPNOSTI

14. ZRAKOVÉ – PROSTOROVÉ SCHOPNOSTI (pokračování)

14b Kostka

■ Použijte List pro pacienta a požádejte pacienta:

„Nyní překreslete tento obrázek co nejpřesněji podle předlohy.“

U kostky by měly být rozpoznatelné všechny strany v adekvátních úhlech a vzájemných prostorových 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.

Pravidla pro skórování hodin

Kruh

1 bod – za rozpoznatelné provedení kruhu

Číslice

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

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

Umístění ručiček

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

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

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

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

Příklady:

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



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



Kruh (1) | všechny číslice, ale nesprávně rozmístěny (1), obě ručičky umístěny správně (2).



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



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



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



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



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



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



15. PERCEPČNÍ SCHOPNOSTI

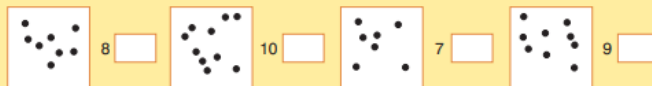
- Použijte List pro pacienta a požádejte pacienta: „**Spočítejte všechny tečky v daném obrázku bez toho, aniž byste si na ně ukazoval.**“
Přidělíme 1 bod za každý správně určený počet teček ve čtverci.

(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 spontánním vybavením v minulé zkoušce.

Pavel Dvořák Martin Dvořák Martin Doležel vybaveno
Květinová ulice Sadová třída Sadová ulice vybaveno
37 76 73 vybaveno
Pavlovice Královice Smíchov vybaveno
Soběslav Vsetín Tachov vybaveno

ZRAKOVÉ – PROSTOROVÉ SCHOPNOSTI

PAMĚŤ

List pro pacienta

8.

ZAVŘETE OČI

9.

11.

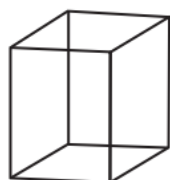
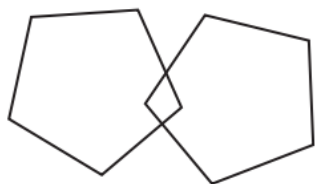


13.

šít litr saze těsto výška

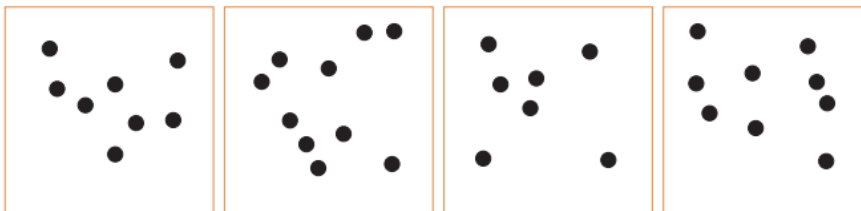
JAZYK

14.



Hodiny

15.



16.



ADDENBROOKSKÝ KOGNITIVNÍ TEST • První verze vydána Školkou kognitivní neurologie v roce 2008 za podpory lémy Pflzer. V roce 2010 za podpory lémy Pflzer vznikla druhá verze upravená doc. MUDr. Anđem Bartošem, Ph.D. a PhDr. Miroslavem Račavem, Ph.D. z A&D Centra, Praha.

2

ZRAKOVÉ – PROSTOROVÉ SCHOPNOSTI

Zdroj: Novelizace české verze Addenbrookského kognitivního testu (ACE-CZ). Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie – Bartoš a kol., 2011. Str. 681-684

Příloha č. 3 – Montrealský kognitivní test MoCa

MONTREALSKÝ KOGNITIVNÍ TEST MoCA-CZ1

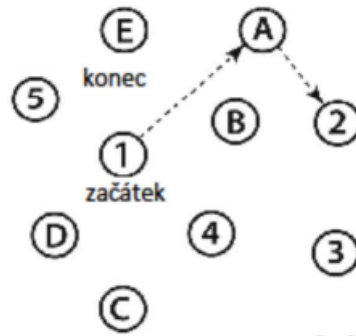
Jméno a příjmení: _____ **Datum narození:** _____
Datum vyšetření: _____ **Dominance (kroužkujte):** 1 – pravák, 2 – levák, 3 – ambidexter
Vzdělání (kroužkujte): 1 – ZŠ, 2 – SŠ bez maturity, 3 – SŠ s maturitou, 4 – VŠ **Počet let vzdělání:** _____

INSTRUKCE	HODNOCENÍ	Paměťový skóre *	MoCA skóre																					
ZRAKOVĚ-PROSTOROVÉ A EXEKUTIVNÍ ÚLOHY																								
1. Zkrácený test cesty <i>„Spojte postupně čarou číslice a písmena. Začněte od čísla 1 směrem k A, pak od A ke z a tak dále a skončete u E.“</i>	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 přiznan i při chybném propojení, jen když se vyšetřovaný/a sám okamžitě opraví.		/1																					
2. Obkreslování krychle <i>„Okopírujte tuto kresbu co nejpřesněji na volné místo vedle ní.“</i>	1 bod náleží přesné kopii krychle. Kresba musí být trojrozměrná. Žádné čáry nesmí chybět ani přebývat. Čáry by měly být rovnoběžné, přibližně stejné délky. Lze uznat kresbu kvádrů. Pokud kresba nevyhovuje těmto požadavkům, bod se neudělí.		/1																					
3. Test kreslení hodin <i>„Nakreslete hodiny. Na ciferník umístíte všechna čísla a vyznačíte čas 12 hodin 10 minut. Snažte se kreslit co nejpřesněji.“</i>	Kontura _____ Čísla _____ Ručičky _____ 1 bod náleží za ciferník nakreslený jako kruh. Lze uznat drobné odchylky - např. ne zcela přesné spojení kružnic.	1 bod se přidělí, pokud žádná čísla nechybí ani nepřebývají. Čísla musí být uvedena ve správném pořadí a ve správných kvadrantech ciferníku. Akceptují se i římské číslice. Čísla mohou být umístěna vně kontury kruhu.	1 bod náleží za několika podmínek: Musí být zakresleny dvě ručičky ukazující správný čas. Ručičky musí vycházet ze středu ciferníku a pobížit středu ciferníku musí být spojeny. Hodinová ručička musí být zřetelně kratší než minutová.	/3																				
4. POJMENOVÁNÍ <i>„Pojmenujte tato zvířata.“</i>	Lev _____ Nosorožec _____ Velbloud _____ 1 bod se přidělí za každé správně pojmenované zvíře. Místo velbloud lze uznat i dromedár.		/3																					
5. PAMĚŤ – vštípění 1. „Nyní vyzkoušíme Vaši paměť. Přečtu Vám seznam slov, která si máte teď zapamatovat a pak si na ně později vzpomenout. Poslouchejte pozorně. Až skončím, snažte si vzpomenout na co nejvíce slov. Na pořadí nezáleží.“ 2. „Přečtu Vám stejný seznam slov ještě jednou. Snažte si zapamatovat co nejvíce slov a poté mi je vyjmenujte, včetně těch, která jste jmenoval/a poprvé.“ „Na konci testu Vás požádám, abyste si na tato slova znovu vzpomněl/a.“	Čtete rychlostí 1 slovo za sekundu.	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>TVÁŘ</th> <th>SAMET</th> <th>KOSTEL</th> <th>KOPRETINA</th> <th>ČERVENÁ</th> <th>správně vybaveno (body)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">1. pokus</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">*</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2. pokus</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">*</td> </tr> </tbody> </table>		TVÁŘ	SAMET	KOSTEL	KOPRETINA	ČERVENÁ	správně vybaveno (body)	1. pokus						*	2. pokus						*	Zde neudělujte žádné body
	TVÁŘ	SAMET	KOSTEL	KOPRETINA	ČERVENÁ	správně vybaveno (body)																		
1. pokus						*																		
2. pokus						*																		
Za každé správně vybavené slovo udělte 1 nepovinný bod.																								
6. POZORNOST A. Opakování číslic 1. „Řeknu Vám řadu číslic. Až skončím, opakujte je ve stejném pořadí, v jakém jste je slyšel/a.“ 2. „Nyní Vám řeknu další řadu číslic. Až skončím, opakujte je v opačném pořadí, než jste je slyšel/a.“	2 1 8 5 4 _____ 1 bod za správné zopakování všech číslic.	7 4 2 _____ 1 bod za správné zopakování všech číslic pozpátku.	/2																					

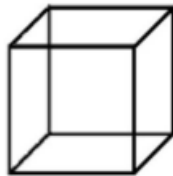
B. Vyřukávání písmene A „Přečtu Vám řadu písmen. Pokaždé, když řeknu písmeno A, fukněte rukou o stůl. Když řeknu jiné písmeno, nefukněte.“ F B A C M N A A J K L B A F A K D E A A A J A M O F A A B Jako chyba se počítá, když testovaný fukne při jiném písmenu, nebo nefukne při písmenu A. Přiděte 1 bod,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

LIST PRO VYŠETŘOVANÉHO

Test cesty

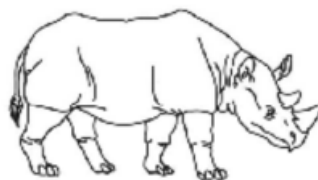


Okopírujte krychli.



Nakreslete hodiny, které ukazují jedenáct hodin deset minut.

Pojmenování



ZÁZNAMOVÝ ARCH SLOVNÍ PRODUKCE

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

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

Celkem správně	
Opakování	
Mimo podmínky	



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

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

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

Zdroj: Česká tréninková verze Montrealského kognitivního testu (MoCA-CZ1) k časné detekci Alzheimerovy nemoci. Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie – Bartoš a kol., 2014. Str. 587-594

Příloha č. 4 – Návod k používání testu MoCa-CZ 1

Návod k používání

Montrealského kognitivního testu MoCA–CZ 1, © Z. Nasreddine MD

Autoři české adaptace: Doc. MUDr. A. Bartoš, PhD, Bc. H. Orlíková

Montrealský kognitivní test (MoCA) byl vytvořen jako rychlý screeningový nástroj pro mírnou kognitivní poruchu. Metoda testuje různé kognitivní domény: pozornost a koncentraci, exekutivní funkce, paměť, jazyk, zrakově-konstrukční schopnosti, koncepční uvažování, počítání a orientaci. Doba administrace MoCA testu je zhruba 10 minut. Maximální dosažitelný skór je 30 bodů, skór větší nebo roven 26 bodům je považován za normální.

Záznamový formulář *tréninkové* verze vytvořené v AD Centru je oproti standardní verzi doplněn o 3 užitečná vylepšení:

- 1) jsou do něj vloženy instrukce k provedení a jeho vyhodnocení přímo do záznamového archu ke snazší a spolehlivější administraci,
- 2) jsou odděleny některé úlohy na zvláštní List pro vyšetřovaného ke snazší manipulaci,
- 3) jsou přidány kolonky k záznamu výsledků jinak neskórovaných paměťových testů, takže je možné posoudit více kvalitu paměti.

Tréninková verze byla autorizována autorem původní kanadské verze (Z. Nasreddine) v říjnu 2012. Je dostupná na www.pcp.lf3.cuni.cz/adcentrum v sekci Testy a dotazníky.

1. Zkrácený test cesty

Instrukce:

„Spojte postupně čarou číslice a písmena. Začněte od čísla 1 (administrátor na něj ukáže) směrem k A, pak od A ke 2 a tak dále a skončete u E (administrátor na něj ukáže).“

Skórování:

1 bod náleží správně propojeným číslicím a písmenům 1–A–2–B–3–C–4–D–5–E. Čáry se nesmí křížit. Bod může být přiznán i při chybném propojení, jen když se vyšetřovaný/á sám okamžitě opraví.. Jinak se skóruje 0.

2. Zrakověkonstrukční schopnosti (krychle)

Ukažte testovanému krychli a řekněte instrukci.

Instrukce:

„Okopírujte tuto kresbu co nejpřesněji na volné místo vedle ní.“

Skórování:

1 bod náleží přesné kopii krychle. Kresba musí být trojrozměrná. Žádné čáry nesmí chybět ani přebývat. Čáry by měly být rovnoběžné, přibližně stejné délky. Lze uznat kresbu kvádry. Pokud kresba nevyhovuje těmto požadavkům, bod se neudělí.

3. Zrakověkonstrukční schopnosti (hodiny)

Ukažte testovanému volné místo a řekněte instrukci.

Instrukce:

„Nakreslete hodiny. Na ciferník umístěte všechna čísla a vyznačte čas 11 hodin 10 minut.“

Skórování:

Za každé z následujících 3 kritérií náleží testovanému 1 bod. Pokud kritéria pro danou část kresby nejsou splněna, bod se za tuto část neudělí.

- Kontura (1 bod) – ciferník musí být nakreslen jako kruh. Lze uznat drobné odchylky – např. ne zcela přesné spojení kružnice.
- Čísla (1 bod) – žádná čísla nesmí chybět ani přebývat. Čísla musí být uvedena ve správném pořadí a ve správných kvadrantech ciferníku. Mohou být akceptovány i římské číslice. Čísla mohou být umístěna vně kontury kruhu.
- Ručičky (1 bod) – musí být zakresleny dvě ručičky ukazující správný čas. Ručičky musí vycházet ze středu ciferníku a poblíž středu ciferníku musí být spojeny. Hodinová ručička musí být zřetelně kratší než minutová.

4. Pojmenování

Řekněte instrukci a postupně ukazujte na zvířata zleva doprava.

Instrukce:

„Pojmenujte tato zvířata.“

Skórování:

Za každé správné pojmenování je 1 bod. Správné odpovědi: lev, nosorožec, velbloud (nebo dromedár).

5. Paměť- vštípení

Přečtete testovanému seznam 5 slov rychlostí 1 slovo za sekundu a sdělte testovanému instrukci A.

Instrukce A:

„Nyní vyzkoušíme Vaši paměť. Přečtu Vám seznam slov, která si máte teď zapamatovat a pak si na ně později vzpomenout. Poslouchejte pozorně. Až skončím, snažte si vzpomenout na co nejvíce slov. Na pořadí nezáleží.“

Do tabulky označte slova, která si testovaný vybavil. Když dá zkoušený najevo, že si nemůže vzpomenout na další nebo že již všechna slova řekl, přečtete seznam 5 slov znovu s následující instrukcí B:

Instrukce B:

„Přečtu Vám stejný seznam slov ještě jednou. Snažte si zapamatovat co nejvíce slov a poté mi je vyjmenujte, včetně těch, která jste jmenoval/a poprvé.“

Do tabulky označte slova, která si testovaný vybavil v druhém pokusu. Nakonec testovaného upozorněte instrukcí C:

Instrukce C:

„Na konci testu Vás požádám, abyste si na tato slova znovu vzpomněl/a.“

Skórování:

Za 1. a 2. pokus neuděluje žádné body do celkového skóru MoCA.

6. Pozornost

6A – opakování číslic

Dopředu

Instrukce:

„Řeknu Vám řadu číslic. Až skončím, opakujte je ve stejném pořadí, v jakém jste je slyšel/a.“

Čtete rychlostí jedna číslice za sekundu.

Skórování:

1 bod se počítá za správné zopakování všech po sobě jdoucích číslic.

Pozpátku

Instrukce:

„Nyní Vám řeknu další řadu číslic. Až skončím, opakujte je v opačném pořadí, než jste je slyšel/a.“

Čtete rychlostí jedna číslice za sekundu.

Skórování:

1 bod se počítá za správné zopakování všech číslic pozpátku.

6B – vytukávání písmene A

Instrukce:

„Přečtu Vám řadu písmen. Pokaždé, když řeknu písmeno A, ťukněte rukou o stůl. Když řeknu jiné písmeno, neťukajte.“

Skórování:

Jako chyba se počítá, když testovaný ťukne při jiném písmenu, nebo neťukne při písmenu A. Přidělte 1 bod, pokud testovaný neudělá chybu, nebo se spletete pouze 1krát.

6C – odečítání sedmiček

Instrukce:

„Odečtete od čísla 100 číslo 7 a pak pokračujte v odčítání 7, dokud Vás nezastavím.“

Pokud je potřeba, instrukci řekněte ještě 1x.

Skórování:

V tomto úkolu mohou být uděleny až 3 body. Žádný bod se neudělí, pokud testovaný neodečte správně ani jednou. Testovaný dostane 1 bod, pokud odečte jednou správně; 2 body dostane, pokud odpoví správně 2–3krát; 3 body dostane, pokud odečte správně 4–5krát. Každý odečet se hodnotí odděleně. To znamená, že i když je testovaný jednou odečte špatné číslo a dále pokračuje v odčítání 7, počítá se každý správný odečet 7. Např. testovaný odpoví $92 - 85 = 7$ a $71 - 64 = 7$. I když 92 je špatně, ostatní odečty jsou správné a testovaný získává 3 body.

7. Opakování vět

Instrukce A:

„Přečtu Vám větu. Opakujte ji po mně přesně tak, jak jsem ji řekl/a.“ (pauza)

„Pouze vím, že je to Jan, kdo má dnes pomáhat.“

Po opakování věty testovaným, řekněte instrukci B:

Instrukce B:

„Nyní Vám přečtu další větu. Opakujte ji po mně přesně tak, jak jsem ji řekl/a.“ (pauza)

„Když jsou v místnosti psi, kočka se vždy schová pod gauč.“

Skórování:

Za každou správně opakovanou větu je udělen 1 bod. Odpověď musí být přesná. Nelze uznat vynechání slova (např. vynechání pouze nebo vždy), nahrazení slova (např. Pouze vím, že je to Jan, kdo dnes pomohl; záměna množného čísla psi za jednotné pes) nebo přidání slova.

8. Slovní produkce na počáteční písmeno „K“

Instrukce:

„Vaším úkolem bude vyjmenovat co nejvíce slov, která začínají určitým písmenem. Můžete vyjmenovávat jakákoliv slova. Nesmíte však říkat vlastní jména a názvy (např. Barbora, Bratislava) a slova, která se liší pouze koncovkou (např. malba, malíř, malovat). Po 1 minutě Vás zastavím. Jste připraven/a? (pauza) Vyjmenujte co nejvíce slov, která začínají písmenem K. Teď.“ Po uplynutí 60 sekund. *“ Stop.“*

Skórování:

Přidělte 1 bod, pokud vyšetřovaný vyjmenuje 11 a více slov během 1 minuty.

9. Abstrakce

Požádejte vyšetřovaného, aby Vám vysvětlil, co mají společného dvě slova. Začněte s příkladem.

Instrukce A:

„Řekněte mi, co mají společného pomeranč a banán.“

Jestliže vyšetřovaný odpoví konkrétní podobností (např. obě jsou sladké), pak se ještě jednou zeptejte (můžete se zeptat pouze 1x navíc):

„Co mají ještě jiného společného?“

Pokud vyšetřovaný neodpoví správně (ovoce), řekněte:

„Ano, ale obojí je také ovoce.“

Nedávejte vyšetřovanému žádné další nápovědy nebo instrukce a pokračujte instrukcí B.

Instrukce B:

„Nyní mi řekněte, co mají společného vlak a bicykl?“

Po odpovědi se zeptejte ještě jednou.

„Nyní mi řekněte, co mají společného hodinky a pravítko?“

Skórování:

Bodují se pouze 2 poslední pokusy. Za každý správně zodpovězený pokus se počítá 1 bod. Následující odpovědi lze považovat za SPRÁVNÉ:

vlak – bicykl = dopravní prostředky, způsoby cestování, oběma můžete jet na výlet

hodinky - pravítko = nástroje na měření, používají se k měření.

Ostatní odpovědi musíme hodnotit jako NESPRÁVNÉ. Nesprávné je například:

vlak – bicykl = obojí má kola

hodinky - pravítko = jsou na nich číslice.

10. Paměť- oddálené vybavení**Instrukce:**

„Před několika minutami jsem Vám přečetl/a seznam slov. Řekněte mi co nejvíce slov, která si z něj pamatujete.“

Označte každé slovo, které si vyšetřovaný vybaví spontánně bez nápovědy.

Skórování:

Přidělte 1 bod za každé správně vybavené slovo pouze bez nápovědy.

NEPOVINNÝ TEST – Nepřidělujte žádný bod do celkového skóru MoCA.

Oddálené vybavení bez nápovědy můžete doplnit vybavením s nápovědou. Ke každému slovu, které testovaný nevybavil, poskytněte kategoriální nápovědu. Pokud ani po kategoriální nápovědě správné slovo nevybaví, poskytněte testovanému nápovědu výběrem ze 3 možností. Označte slova, která si testovaný vybavil, a rovněž způsob jejich vybavení.

Instrukce pro KATEGORIÁLNÍ NÁPOVĚDU:

„V seznamu, který jsem Vám četl/a, byl/a ... část těla.“

Instrukce pro NÁPOVĚDU VÝBĚREM ze 3 možností:

„Které z následujících slov tam podle Vás bylo: nos, tvář, ruka?“

Pro daná slova použijte následující nápovědy:

- **Tvář**
 - o kategoriální nápověda: *část těla*;
 - o nápověda výběrem ze 3 možností: *nos, tvář, ruka*
- **Samet**
 - o kategoriální nápověda: *druh tkaniny*;
 - o nápověda výběrem ze 3 možností: *pytlovina, bavlna, samet*
- **Kostel**
 - o kategoriální nápověda: *typ stavby*;
 - o nápověda výběrem ze 3 možností: *kostel, škola, nemocnice*
- **Kopretina**
 - o kategoriální nápověda: *druh květiny*;
 - o nápověda výběrem ze 3 možností: *růže, kopretina, tulipán*
- **Červená**
 - o kategoriální nápověda: *barva*;
 - o nápověda výběrem ze 3 možností: *červená, modrá, zelená*

Skórování:

Nápovědy slouží pouze k doplnění informací o druhu poruchy paměti. Porucha paměti vyznačující se zhoršenou vybavností může být pomocí nápovědy zlepšena. Naopak poruchy paměti způsobené zhoršeným vštípením nemohou být zlepšeny nápovědou.

11. Orientace

Instrukce 1:

„*Kolikátého je dnes?*“

Pokud zkoušený neuvede celou odpověď, zeptáme se ho doplňujícími otázkami.

„*Řekněte mi, jaké je dnes přesné datum/ měsíc/ rok/ den v týdnu?*“

Instrukce 2:

„*Nyní mi řekněte přesný název tohoto místa a města, ve kterém jsme.*“

Skórování:

Přidělte 1 bod za každou správnou odpověď. Odpovědi musí být přesné (přesný název nemocnice či kliniky). Nepřidělte žádné body, pokud se vyšetřovaný spletl v datu či dnu v týdnu o 1 den.

Celkový skór:

Sečtěte všechny skóry na pravé straně formuláře v bílých polích. Přidejte navíc 1 bod každému, kdo má 10-12 let vzdělání, nebo přidejte navíc 2 body každému, kdo má 4-9 let vzdělání. Maximum bodů je 30. Skór větší nebo roven 26 je pokládán za normální.

Paměťový nepovinný skór:

Sečtěte všechny body z polí označených symbolem *.

Zdroj: Česká tréninková verze Montrealského kognitivního testu (MoCA-CZ1) k časně detekci Alzheimerovy nemoci. Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie – Bartoš a kol., 2014. Str. 587-594

Příloha č. 5 – Výzkumné otázky k bakalářské práci

Výzkumné otázky k bakalářské práci

Identifikační údaje o informantech:

- **Pohlaví:** žena x muž
- **Věk:**
- **Pracovní pozice:** všeobecná sestra / staniční sestra
- **Délka praxe:**
- **Délka praxe v dané instituci:**
 1. Jaké jsou nejčastější příznaky Alzheimerovy choroby, které v praxi pozorujete?
 2. Jaké techniky používáte při komunikaci s klienty s AD?
 3. Jaké změny v chování zaznamenáváte u klientů s AD?
 4. Jaké strategie používáte k prevenci a léčbě dekubitů u klientů s AD?
 5. Jaké přístupy používáte k podpoře kvality života klientů s AD?
 6. Podílíte se na realizaci skupinových aktivit pro klienty s AD? Jaké konkrétní aktivity to jsou?
 7. Jak pracujete s biografií klientů?
 8. Používáte testy k hodnocení kognitivních funkcí a diagnostice demence? Pokud ano, jaké?
 9. Jsou podle vás příbuzní klientů nastupujících do zařízení sociálních služeb dostatečně informováni o tom, co je to Alzheimerova choroba?
 10. Jakým způsobem komunikujete s rodinami o pokroku nebo změnách ve zdravotním stavu jejich blízkých (klientů)?
 11. Jaké jsou nejčastější dotazy rodin klientů a jak na ně reagujete?
 12. Jaký je nejčastější důvod odeslání klienta do nemocnice?
 13. Informujete příbuzné před odesláním klienta do nemocnice nebo až po odeslání?
 14. Kde jste získal/a vědomosti o Alzheimerově chorobě?
 15. Jaké informace o Alzheimerově chorobě poskytujete rodinám klientů?
 16. Jaké metody a materiály používáte, pokud rodina nemá žádné znalosti o Alzheimerově chorobě?
 17. Jaké další zdroje informací nebo podporu byste doporučili rodinám klientů s AD?
 18. Informujete rodiny o možnostech zapojení se do péče o své blízké?

Zdroj: vlastní, 2024

Příloha č. 6 – Informovaný souhlas

Informovaný souhlas s poskytnutím rozhovoru pro účely bakalářské práce

Výzkumný projekt: Bakalářská práce – Alzheimerova choroba z pohledu geriatrické ošetrovatelské péče

Autor: Kateřina Jašková

Podpisem vyjadřuji souhlas s následujícími body:

- Byl/a jsem informována o obsahu a účelu tohoto rozhovoru.
- Byl/a jsem seznámen/a s cílem výzkumu, jeho průběhu a svými právy.
- Souhlasím s nahráváním rozhovoru a následným písemným zpracováním hlasového záznamu pro případovou studii.
- Byl/a jsem seznámen/a s anonymitou zpracování rozhovoru. Nikde nebudou uvedeny mé osobní údaje, které by mohly sloužit k identifikaci.

.....
(jméno a příjmení)

.....
(podpis)

.....
(místo a datum)

Zdroj: vlastní, 2024

13. Seznam zkratek

A β – amyloid beta peptid

ACE-R – Addenbrooke's Cognitive Examination-Revised

AChE – acetylcholinesteráza

AD – Alzheimer's Disease, Alzheimerova choroba

ADL – Barthelův test základních všedních činností (activity daily living)

aj. – a jiné

AMI – Active Music Intervention

atd. – a tak dále

Bc. – bakalář

BPSD – behaviorální a psychologické symptomy u demencí

CD – kompaktní disk

CDT – Clock Drawing Test

CT – výpočetní tomografie

HSV1 – virus herpes simplex typu 1

IADL – test instrumentálních všedních činností

KDP – klinický doporučený postup

Mgr. – magistr

MCI – mírné kognitivní poruchy

MMSE – Mini-Mental State Examination test

MoCA – Montrealský kognitivní test

MR – magnetická rezonance

MSE – Multisensory Enviroment

např. – například

NPI – Neuropsychiatric Inventory

PET – pozitronová emisní tomografie

Ph.D. – doktor filozofie

RMI – Receptive Music Intervention

RO – Receptivní Orientace v realitě

SPECT – jednofotonová emisní počítačová tomografie

SSRI – selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu

tzv. – takzvaně

WC – toalety