

# Potřeby u klientů s Alzheimerovou demencí

Magdalena Kuruczová

---

Bakalářská práce  
2012



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav ošetrovatelství

akademický rok: 2011/2012

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Magdalena KURUCZOVÁ**

Osobní číslo: **H080280**

Studijní program: **B 5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Potřeby u klientů s Alzheimerovou demencí**

Zásady pro vypracování:

Teoretická část práce se bude zabývat etiologií vzniku, diagnostiky a léčby klientů s Alzheimerovou demencí. Dále budou popsány pohledy na vymezení jednotlivých potřeb v obecné rovině – budou vyspecifikovány potřeby klientů v jednotlivých fázích nemoci. V praktické části bude provedeno šetření v pohledech na uspokojování potřeb klienta s Alzheimerovou demencí.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

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

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

**JIRÁK, Roman a František KOUKOLÍK, 2004. Demence: Neurobiologie, klinický obraz, terapie. Vyd. 1. Praha: Galén. ISBN 80-7662-268-4.**

**Alzheimerova nemoc v rodině. [s.l.]: Pfizer spol s.r.o v nakladatelství MAXDORF, 1998. 96 s. ISBN 80-85800-96-9.**

**JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ, 2009. Demence a jiné poruchy paměti: Komunikace a každodenní péče. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2454-6.**

**KUČEROVÁ, Helena, 2006. Demence v kazuistikách. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1491-4.**

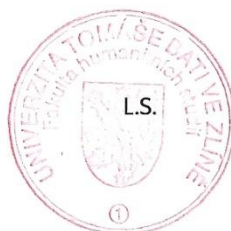
Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Michaela Karafiátová**

Datum zadání bakalářské práce: **30. listopadu 2011**

Termín odevzdání bakalářské práce: **30. května 2012**

Ve Zlíně dne 14. února 2012

  
doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.  
děkanka



  
Mgr. Anna Krátká, Ph.D.  
ředitelka ústavu

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

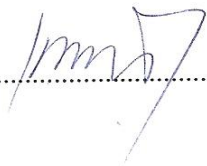
- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně

28.2.2012



.....

*1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:*

*(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.*

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odporuje-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

## **ABSTRAKT**

Tato práce se zabývá procesem diagnostiky a terapie u klientů s Alzheimerovou demencí. Zahrnuje teoretické poznatky z bio-psycho-sociálních potřeb nemocných s Alzheimerovou demencí ve vztahu k různým fázím onemocnění v rámci klinické praxe. V praktické části byl proveden průzkum, který byl zaměřen na pečující personál u klientů s Alzheimerovou demencí. Šetřením byly zjištěny deficity v oblastech, které splňují potřeby u klientů s Alzheimerovou demencí. Kromě toho byly znalosti zásoby ošetrovatelské terminologie mapovány ve vztahu k definování a určení potřeb pečujícího personálu v různých typech zařízení.

Klíčová slova: demence, potřeba, identifikace, klient, saturace

## **ABSTRACT**

This work deals with the process of diagnosis and therapy for clients with Alzheimer's dementia. Includes theoretical knowledge of the bio -psycho - social needs of patients with Alzheimer's disease in relation to different stages of disease in clinical practice. In the practical part of the survey was conducted, which focused on staff caring for clients with Alzheimer's dementia. The investigation identified deficiencies in areas that meet the needs of clients with Alzheimer's dementia. In addition, stocks of knowledge of nursing terminology mapped in relation to defining and identifying the needs of a caring staff in different types of equipment.

Keywords: dementia, need, identification, client, saturation

## **Poděkování.**

Děkuji paní Mgr. Michaele Karafiátové za odborné vedení mé bakalářské práce, za její cenné rady, připomínky a velkou trpělivost.

Také chci poděkovat mému příteli za podporu a trpělivost, kterou mi s láskou věnoval po celou dobu studia.

Poděkování patří také mé rodině, kolektivu sester Psychiatrické léčebny v Kroměříži oddělení 19A, a všem přátelům, kteří mě během studia podporovali.

Mé velké díky patří prim. MUDr. Mgr. Lužnému Janovi PhD a prim MUDr. Zmekové Janě za odbornou korekci mé práce.

*„Ujdi míli v botách někoho jiného, nebo si alespoň dříve, než se vyjádříš k jeho chování, usilovně snaž představit, jaké to asi je, být v jeho kůži.“*

*Zgola*

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.



## OBSAH

<b>OBSAH</b> .....	<b>9</b>
<b>ÚVOD</b> .....	<b>11</b>
<b>TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>12</b>
<b>1 CHARAKTERISTIKA ALZHEIMEROVY NEMOCI</b> .....	<b>13</b>
<b>1.1 HISTORIE ALZHEIMEROVY NEMOCI</b> .....	<b>14</b>
<b>1.2 DĚLENÍ ALZHEIMEROVY NEMOCI</b> .....	<b>14</b>
<b>1.3 KLINICKÝ OBRAZ</b> .....	<b>14</b>
1.3.1 STÁDIA ALZHEIMEROVY DEMENCE .....	15
<b>1.4 VYŠETŘOVACÍ METODY</b> .....	<b>16</b>
1.4.1 PŘÍSTROJOVÉ VYŠETŘOVACÍ METODY .....	16
1.4.2 TESTOVÉ A ŠKÁLOVACÍ METODY .....	17
<b>1.5 FARMAKOLOGICKÁ LÉČBA ALZHEIMEROVY DEMENCE</b> .....	<b>18</b>
1.5.1 KOGNITIVNÍ FARMAKOLOGICKÁ TERAPIE .....	18
1.5.2 NEKOGNITIVNÍ TERAPIE .....	19
<b>1.6 NEFARMAKOLOGICKÁ LÉČBA ALZHEIMEROVY DEMENCE</b> .....	<b>19</b>
1.6.1 ČASNÉ STADIUM ONEMOCNĚNÍ.....	19
1.6.2 POKROČILÉ STADIUM ONEMOCNĚNÍ .....	20
<b>2 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U KLIENTŮ S ALZHEIMEROVOU NEMOCÍ</b> .....	<b>23</b>
<b>2.1 ÚSTAVNÍ PÉČE</b> .....	<b>23</b>
<b>2.2 DOMÁCÍ PÉČE</b> .....	<b>24</b>
<b>2.3 SDRUŽENÍ KLIENTŮ S ALZHEIMEROVOU DEMENCÍ</b> .....	<b>25</b>
2.3.1 KONTAKTNÍ A INFORMAČNÍ CENTRUM ČESKÉ ALZHEIMEROVSKÉ SPOLEČNOSTI.....	25
2.3.2 CHARAKTERISTIKA SVĚPOMOCNÉ SKUPINY .....	26
2.3.3 RESPITNÍ PÉČE .....	26
<b>3 POTŘEBY NEMOCNÝCH S ALZHEIMEROVOU DEMENCÍ</b> .....	<b>27</b>
<b>3.1 CHARAKTERISTIKA POTŘEBY</b> .....	<b>27</b>
<b>3.2 KLASIFIKACE POTŘEB</b> .....	<b>27</b>
3.2.1 DŮM ŽIVOTNÍCH POTŘEB .....	28
<b>3.3 BIOLOGICKÉ POTŘEBY</b> .....	<b>29</b>
3.3.1 POTŘEBA VÝŽIVY .....	30
3.3.2 POTŘEBA HYGIENICKÉ PÉČE .....	31
3.3.3 POTŘEBA POHYBU A AKTIVITY .....	32
3.3.4 POTŘEBA VYPRAZDŇOVÁNÍ.....	32
3.3.5 POTŘEBA DÝCHÁNÍ.....	32
3.3.6 POTŘEBA ODPOČINKU A SPÁNKU .....	33
<b>3.4 PSYCHOSOCIÁLNÍ POTŘEBY</b> .....	<b>33</b>

3.4.1	POTŘEBY JISTOTY A BEZPEČÍ .....	34
3.4.2	POTŘEBA BÝT BEZ BOLESTI .....	34
3.4.3	POTŘEBA KOMUNIKACE.....	35
3.4.4	POTŘEBA DŮVĚRY A VÍRY .....	35
3.4.5	SPOLEČENSKÉ POTŘEBY, POTŘEBY UZNÁNÍ A OCEŇOVÁNÍ, POTŘEBA SEBEREALIZACE.....	35
	<b>PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>36</b>
<b>4</b>	<b>VÝSLEDKY ŠETŘENÍ A JEJICH ANALÝZA .....</b>	<b>37</b>
<b>4.1</b>	<b>CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY .....</b>	<b>37</b>
<b>4.2</b>	<b>METODIKA PRÁCE.....</b>	<b>38</b>
<b>4.3</b>	<b>CHARAKTERISTIKA RESPONDENTŮ .....</b>	<b>38</b>
<b>4.4</b>	<b>ORGANIZACE ŠETŘENÍ.....</b>	<b>38</b>
<b>4.5</b>	<b>ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT .....</b>	<b>39</b>
<b>4.6</b>	<b>ANALÝZA VÝSLEDKŮ PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....</b>	<b>40</b>
<b>4.7</b>	<b>STATISTICKÁ ANALÝZA .....</b>	<b>59</b>
	<b>DISKUZE .....</b>	<b>64</b>
	<b>NÁVRH ŘEŠENÍ DO PRAXE .....</b>	<b>68</b>
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>69</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>70</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....</b>	<b>73</b>
	<b>SEZNAM OBRÁZKŮ .....</b>	<b>74</b>
	<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>75</b>
	<b>SEZNAM GRAFŮ .....</b>	<b>76</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>77</b>

## ÚVOD

Stáří neboli „*podzim života*“, je neodmyslitelnou součástí lidského bytí. Je to období, kdy se všichni těší, že zvládnou věci, na něž v produktivním věku neměli čas. Těší se na vnoučata, na porozumění svých dětí, na koníčky a na zasloužený odpočinek po celoživotní práci.

Ale stává se i to, že přijdou nemoci a problémy, které znemožní prožít toto období šťastně. Každý by měl být na své stáří připraven. Nabízí se však otázka, zda je vůbec v lidských silách být na stáří připraven. Ve svém zaměstnání se setkávám s lidmi, kteří svůj „*podzim života*“ nemohou prožít tak, jak by si přáli. Pracuji se seniory s různým typem demencí nebo Alzheimerovou demencí, proto jsem tímto směrem zaměřila i svou bakalářskou práci. Víím, jak tato práce je náročná, jak složitá je komplexní péče o klienty a jak velké nároky jsou kladeny na ošetřující personál. Také jsem si všimla, že zdravotní sestry postrádají kvalitní literaturu, která se vztahuje na ošetrovatelskou péči u klientů s demencí. Hlavním důvodem mé práce bylo vydefinovat základní potřeby u dementních klientů.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 CHARAKTERISTIKA ALZHEIMEROVY NEMOCI

Alzheimerovu demenci (dále jen AD) lze charakterizovat jako těžké duševní onemocnění, u kterého jsou různou měrou postiženy různé složky psychiky. Hlavním příznakem je postižení kognitivních funkcí, především paměti a intelektu. Druhou skupinou příznaků, které bývají někdy považovány za komplikace demence, jsou poruchy nekognitivních funkcí, označované jako behaviorální a psychologické příznaky demence.

AD jako progresivní primárně degenerativní onemocnění centrální nervové soustavy (dále jen CNS) se projevuje kortiko-subkortikální atrofií. Makroskopicky nalézáme ztenčení mozkové kůry, rozšířené sulky, rozšířené jsou i komory mozkové. Mikroskopicky nalézáme extracelulární a intracelulární změny. Nejdůležitější extracelulární patologickou změnou je ukládání beta-amyloidu. Takto uložená depozita beta-amyloidu tvoří shluky, kolem kterých vzniká komplex dalších neurodegenerativních procesů. Beta-amyloid je tvořen z fragmentů amyloidového prekurzorového proteinu (dále jen APP). Ve zdravém mozku je APP štěpen alfa-sekretázou na fragmenty, které jsou rozpustné – nazývají se beta-peptid. U mozku postiženého AD dochází k patologickému štěpení APP. Podílejí se na něm beta-sekretázy a gama-sekretázy. APP je štěpena na jiném místě, než je tomu při štěpení alfa-sekretázou. Vznikají tak fragmenty, které nejsou rozpustné a které koagulují. Nejzávažnější intracelulární je degenerace tau-proteinu. Jde o bílkovinu, která je spojena s neuronálními vlákny. Mikrotubuly tau-proteinu jsou patologicky fosforizovány, vlákna jsou zkracována, tím dochází ke ztrátě jejich funkce a tvorbě neuronálních uzlíčků. To vede k zániku postižených neuronů a k jejich apoptóze. Významným patologickým činitelem u AD je i zvýšené množství volných kyslíkových radikálů. Do určité míry mají tyto kyslíkové radikály své fyziologické funkce. Za patologických podmínek jsou uvolňovány nadměrně a CNS není schopna toto množství odbourat. U AD nalézáme navíc deficit enzymu cholinacetyltransferázy. Jde o enzym, který syntetizuje acetylcholin z acetylkoenzymu A a z cholinu. Cílové orgány působením acetylcholinu zůstávají relativně dlouho zachovány. K jejich degeneraci dochází až v pokročilejších stádiích nemoci (Pidrman, 2007, s. 42-43).

AD je také charakteristická plíživým průběhem a typickými a patofyziologickými příznaky. Relativně brzy dochází k postižení osobnostních rysů a charakteristik, nemocní ztrácejí etická a estetická pravidla, návyky a zvyklosti, stávají se překvapivě nápadnými svým jednáním a chováním. Ztrácejí své zájmy, narušují dlouholeté vazby a vztahy. Objevují se poruchy dalších kognitivních funkcí, jako je afázie, apraxie, agnózie, výrazně trpí prostorová

orientace. Nemocní přestávají zvládat péči o sama sebe, bez pomoci se stávají zanedbanými i po stránce hygieny a odívání. Objevuje se postižení emocí, nejčastěji emoční plochost (Pidrman, 2007, s. 35).

### 1.1 Historie Alzheimerovy nemoci

První symptomy AD poprvé popsal německý psychiatr a neuropatolog Alois Alzheimer. Narodil se 14. června 1864. Studoval na univerzitách v Berlíně, Tübingenu a Würzburgu, kde v roce 1887 napsal diplomovou práci „*Über die Ohrschmalzdrüsen*“ (O ceruminálních žlázách).

V listopadu roku 1901, byla do nemocnice ve Frankfurtu nad Mohanem, přijata se známými demence, jednapadesátiletá paní Auguste D. Alzheimer o ní referoval v roce 1906 na schůzi německých psychiatrů v Tübingenu. Tato přednáška se jmenovala „*Über eine eigenartige Erkrankung der Hirnrinde*“ (O svérázném onemocnění mozkové kůry). Případ byl publikován v roce 1907. Tato publikace je kamenem pojmu Alzheimerovy choroby. V roce 1912 se Alzheimer stává ředitelem Psychiatrické a neurologické kliniky Slezské univerzity Friedricha Viléma v Breslau. Zemřel 19. prosince 1915 (Pidrman, 2007, s. 11).

### 1.2 Dělení Alzheimerovy nemoci

AD se dělí na presenilní formu – Alzheimerova choroba s časným začátkem a formu senilní – Alzheimerova choroba s pozdním začátkem. Jako presenilní forma se počítá forma se začátkem klinické symptomatiky do 65 let, jako senilní se začátkem projevů po 65. roku.

### 1.3 Klinický obraz

Alzheimerova demence je typická svým plíživým a pomalým začátkem. Má plynule postupující charakter, bez nápadnějších výkyvů. Někdy se mohou objevit fáze zastavení či zpomalení průběhu, které trvají určitý čas, a pak opět dochází k plíživé progresi.

Na počátku onemocnění se často vyskytují pouze drobné změny osobnosti, chování, dynamogenie. Nemocný tak ztrácí své zájmy, pomalu u něho dochází k ochuzení myšlení.

Postupně se rozvíjejí poruchy kognitivních funkcí. Jsou-li na počátku onemocnění u některých pacientů v popředí poruchy osobnosti, dostaví se u nich velmi brzy poruchy kognice,

a záhy se stávají vedoucími příznaky. Často jsou již v poměrně časných stádiích onemocnění defekty orientace v prostoru. Mohou se projevit poruchy soudnosti a logického uvažování.

Výrazně bývá porušena krátkodobá paměť a konsolidační fáze paměti, projevující se poruchou vstřípivosti. V pozdějších stádiích nemoci je krátkodobá paměť i vstřípivost porušena tak silně, že dochází až k tzv. amnestické desorientaci. Nemocní jsou desorientováni místem, časem i vlastní osobou.

V průběhu progresu nemoci řídne i slovní zásoba. Často se objevují **verbigerace** (opakování jednoho slova vícekrát za sebou), **perseverace** (ulpívání na jediné myšlenky, kterou pacient neustále opakuje), **logoklonie** (komolení slov, hlavně koncovek, nebo až produkce slabik a slov nedávající smysl).

Velmi významné jsou emoční poruchy. Postupně dochází k oploštění emotivity. Objevuje se egocentrismus, naopak zaniká sociabilita. V průběhu AD se mohou také objevit nepřiměřené afekty, např. afekty hněvu.

Výrazné jsou také projevy motivace. Bývá snížena motivace ke všem činnostem, včetně základní péče o sebe sama. V pokročilých stádiích demence se nemocní nejsou schopni o sebe postarat.

Osobnost nemocných bývá postižena velmi výrazně. Objevuje se sobeckost, podezřivost, jindy převládá nezáměr, apatie. Velmi často se dostavuje inkontinence moče i stolice.

V terminálních stádiích bývají nemocní často upoutáni na lůžko, dochází k rozvoji dekubitů a hypostatických pneumonií. AD trvá několik let, výjimečně však více než 10 let od objevení se prvních příznaků. Pacienti umírají na úrazy nebo na selhání životních funkcí (Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009, s. 31).

### 1.3.1 Stádia Alzheimerovy demence

Ve vývoji lze odlišit tři stadia, pro každé z nich jsou charakterizovány jiné příznaky. Přejít mezi stádii může trvat i několik let.

**První stádium** – je přítomna u všech pacientů porucha paměti, avšak u většiny z nich je zachován náhled, takže postižení změn svého psychického stavu. Zachovaný náhled tak způsobuje pokles nálady, někdy až do depresivní hloubky a také to, že nemocný se snaží své deficity zastírat a disimulovat. Z poruchy prostorové orientace je nejprve postižena orientace místem, zatímco orientace v čase nemusí být postižena do stejné míry. Je možné

vidět pokles aktivity a spontaneity, stejně jako anxiózní a depresivní náladu, objevují se potíže v denních aktivitách.

**Druhé stádium** – se vyznačuje jasnou, progresivní demencí, postižením staropaměti, řeči, motorických výkonů i percepce. Bývá proto nazýváno stádiem afaticko-aprakticko-agnostickým.

**Třetí stádium** – dochází ke kompletní dezintegraci všech psychických funkcí (emoční vyhasínání, apatie, zánik základní hybných stereotypů). Nemocný ztrácí schopnost komunikace, vydává často jen nesrozumitelné zvuky, nebo nemluví vůbec, objevují se neurologické příznaky, pyramidové i extrapyramidové, inkontinence. V posledních měsících života nemocný rapidně fyzicky chátrá, umírá obvykle na nespecifickou komplikaci.

**Terminální stádium nemoci** - nemocní v terminálním stádiu onemocnění vyžadují paliativní péči, která je často zvladatelná i v přirozeném domácím prostředí. Často je tato péče nahrazována ústavní formou, a to bez ohledu na přání nemocného, neefektivně. Nedostatkem ústavní paliativní péče je, že nejsou jasně stanovena pravidla jak používat invazivní postupy (např. zavedení nasogastrické sondy, perkutánní endoskopické gastrostomie nebo umělou plicní ventilaci), které při infaustní prognóze tohoto onemocnění pouze prodlužují život, aniž by zlepšily jeho kvalitu (Holmerová a kol., 2005, s. 176).

## 1.4 Vyšetřovací metody

### 1.4.1 Přístrojové vyšetřovací metody

Strukturální zobrazovací vyšetření mozku má u nemocného s demencí největší přínos, protože je možné vyloučení jiných onemocnění (tumor, hydrocefalus, mnohočetné léze vaskulárního původu).

**Elektrofyzilogické vyšetřovací metody** – EEG, evokované potenciály mají spíše pomocný význam.

**CT – počítačová tomografie** – pomocí RTG záření jsou zobrazeny určité části těla ve vrstvách a pomocí počítače vyhodnoceny rozdíly v pohlcování RTG záření mezi jednotlivými částmi tkání a orgánů.



**MR – magnetická rezonance** – je založena na působení silného magnetického pole a radiových vln na protony – jejich uchýlení a časový průběh jsou zachyceny a vyhodnoceny pomocí počítače.

**PET – emisní pozitronová tomografie** - tato metoda zjišťuje, kde je v mozku porušen krevní průtok a metabolismus. U AD jsou větší ložiska hypometabolismu v oblastech, které jsou nejvíce postiženy funkčně.

**SPECT – jednofotonová emisní** - informuje nás o funkčnosti vyšetřovaného orgánu průtoku krve a zásobení jednotlivých oddílů. Pomocí metody **SPECT** lze detekovat oboustrannou temporoparietální hypoperfúzi (snížené prokrvení), která je velmi časným, ale bohužel vysoce nespecifickým příznakem Alzheimerovy nemoci.

#### 1.4.2 Testové a škálovací metody

**MMSE (Mini – Mental State Examination)** – tento test je z orientačních testů nejpoužívanější. Slouží k posouzení kognitivních funkcí, tedy ke zjištění přítomnosti a nepřítomnosti demence. Představuje jednoduchý skórovací test, který obsahuje 10 otázek.

**Ischemické skóre dle Hachinského** – se používá u geriatrických nemocných s demencí k diferenciaci diagnostice mezi cévními a primárně atrofickými demencemi. Hodnocení se provádí na základě údajů získaných z psychiatrického a neurologického vyšetření. Hodnotí se celý průběh choroby včetně současného stavu. Skóre 1-4 svědčí pro demenci.

**Test kresby hodin** – vyšetřovaný nakreslí kruh a je požádán, aby zakreslil hodiny, které ukazují čas např. jedenáct hodin 10 minut. Základem pro posouzení odpovědi je zejména kresba hodinového ciferníku se správným umístěním číslic 12, 3, 6, 9, nebo jasným vyznačením jejich polohy. Dále hodnotíme zakreslení dvou rozlišitelných hodinových ručiček a přesné zaznačení času např. 12, 16, 43.

**Face - hand test** – postup je takový, že si pacienta posadíme proti sobě a požádáme ho, aby si položil obě ruce na kolena (hřbetem ruky nahoru) a zavřel oči. Dotkneme se současně lehce svými prsty (přejedeme pomyslnou čáru cca 5 cm) obou tváří a pak i obou hřbetů rukou. Dokáže-li vyšetřovaný správně identifikovat místa doteků, pokračujeme dále v testování. Selže-li vyšetřovaný již při tomto úvodním vyšetření, není test proveditelný.

**Paměťový test učení** – vyšetřovanému čteme 15 jednoduchých známých slov, po skončení si je má vybavit. Postup se opakuje celkem 5x, sledujeme křivku učení. Diagnosticky jsou důležité tzv. konfabulace (vyšetřovaný přidá slovo, které v původním seznamu vůbec

nebylo) a opakování slov (vyšetřovaný opakuje slovo, které již jednou řekl). Již v preklinickém stádiu můžeme zachytit občasné konfabulace a nejistotu, která se projevuje opakováním slov.

**Test verbální fluence** – vyšetřovaného pomocí zkoušky testujeme na schopnost vybavit maximální počet slov začínajících určitým písmenem. Všechna slova zapisujeme a pak sečteme pro všechna tři písmena a porovnáváme s orientačními normami.

**Trail Marking test** – je zdánlivě velmi jednoduchý, vyšetřovaný má spojovat čísla od 1 do 25 (část A), nebo čísla a písmena (část B). Především část B je v počátcích choroby oslabena – pro vyšetřovaného je problémem přepojování pozornosti z jednoho systému (čísla) do druhého systému (písmena).

**Sedmičkový subtest** – úkolem je odečítat z paměti od 100 sedmičku a od výsledku opět další sedmičku. Končí po pěti odečtech. Zkouška vyžaduje určitou minimální koncentraci pozornosti, která je u pacientů s AD často narušena.

**ADL – Activity of Daily Living** - škála je široce používaná pro stanovení stupně funkčního postižení vyšetřovaného a zahrnuje tyto aktivity: umývání, oblékání, toaletu, přesouvání, kontinenci a jedení.

**IADL – Instrumental Activity of Daily Living** - umožňuje stanovit úroveň, na které je vyšetřovaný schopen samostatného fungování při sebezaopatření a provádění složitějších každodenních úkolů (Multimediální тренаžér plánování a ošetrovatelské péče, on-line)<sup>1</sup>.

**Blesdova škála demence** – vyšetřuje se schopnost orientovat se časem, místem a osobou.

## 1.5 Farmakologická léčba Alzheimerovy demence

### 1.5.1 Kognitivní farmakologická terapie

Inhibitory cholinesteráz – jsou dnes léky první volby při léčbě Alzheimerovy nemoci, a to zejména časných a středních stádií. Jejich účinnost vyplývá ze zvýšené aktivace mediátoru acetylcholinu, který zajišťuje bdělost, pozornost a procesy učení. Úspěšná léčba vyžaduje rovněž alespoň částečně zachované nikotinové receptory, jejich stimulace může

---

<sup>1</sup> Multimediální тренаžér plánování a ošetrovatelské péče. [online]. [cit. 2012-03-28]. Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/vyuka/hodnotici-skaly.aspx>

vést ke zlepšení výsledků. Dnes jsou k dispozici dva inhibitory cholinesteráz: donepezil, rivastigmin. Další perspektivní necholinergní alternativou je preparát Ebixa, s účinnou látkou memantin, jehož léčebný efekt je založený na ochraně neuronů před destrukcí z nadměrné excitace neuromediátorem glutamidem. Je zde prokázán pozitivní vliv na kognitivní funkce, dokáže je zlepšit, či stabilizovat. Ve stejných intencích zlepšuje rovněž behaviorální symptomy i aktivity denního života (Pidrman, 2007, s. 118).

### **1.5.2 Nekognitivní terapie**

Při podání antipsychotik využíváme jejich přímý terapeutický efekt v oblasti poruch myšlení, vnímání, popřípadě emocí, i sekundární vliv vedoucí k motorickému zklidnění. Schopnost má prakticky většina antipsychotika, problémem je jejich snášenlivost u demenčních nemocných. Musíme zohlednit zejména vedlejší účinky v kontextu s věkem a případnými dalšími tělesnými nemocemi. Proto je celá řada klasických léků prakticky kontraindikována. Do nekognitivní terapie patří: antipsychotika, antidepresiva, anxiolytika, hypnotika (Pidrman, 2007, s. 136).

## **1.6 Nefarmakologická léčba Alzheimerovy demence**

Stupeň projevů demence je značně rozhodující pro stanovení vhodného přístupu, metod a terapie.

### **1.6.1 Časné stadium onemocnění**

V časném stadiu onemocnění jde především o postupy k zachování sociálních schopností dané osoby, úpravy prostředí a intenzivní stimulaci kognitivních schopností. Hlavními přístupy jsou psychoterapie, orientace v realitě, paměťový trénink, resocializační a remotivační postupy (Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009, s. 92).

#### **1.6.1.1 Psychoterapie**

V časných stadiích onemocnění může mít psychoterapie klíčový význam pro zlepšení v emočním prožívání a komunikaci. Vojtěchovský (1989, 1994) publikoval informace o možnostech skupinové a individuální psychoterapeutické práce se starými lidmi v našich podmínkách. Zahnuje do této oblasti široké spektrum aktivit i pedagogicky zaměřené aktivity, muzikoterapii a arteterapii, jež spadají také do rámce resocializačních technik. Uvádí, že pro zlepšení především primárně degenerativních demencí jsou vhodnější techniky resocializační než běžné psychoterapeutické působení a osoby těžce dementní uvádí jako

nevhodné pro zařazení do skupinových psychoterapeutických aktivit (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009, s. 91).

### ***1.6.1.2 Orientace v realitě***

Jde o přístup, jehož cílem je zlepšení v orientaci v prostředí kognitivních funkcí, především v paměti a komunikačních schopnostech i v sociálních dovednostech. Jeho první součástí je zapojení 24hodinového přístupu k poruchám paměti, desorientaci a zmatenosti u demenčních osob. Ten prezentuje důležité informace po celý den formou zapojení jednoduchých znaků a symbolů, zvýrazněním orientačních znamení a úpravou prostředí, např. výrazně barevně odlišné dveře, hodiny, umístění orientačních znaků (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009, s. 93).

### ***1.6.1.3 Paměťový trénink, cílená kognitivní stimulace a externí paměťové pomůcky***

Tyto postupy usilují o zlepšení či alespoň stabilizaci kognitivních funkcí, komunikace a sociálních dovedností. Realizují se jak formou přímého trénování programů individuálně či skupinově, tak využíváním alternativních funkčních systému např. vybavování zrakových představ na podporu verbální sluchové paměti. Tyto činnosti nacházejí uplatnění v práci s lehkými a počátečními projevy demencí, stejně jako další, v každodenním životě důležitá oblast, extrémní paměťové pomůcky. Tyto pomůcky slouží ke kompenzaci jeho paměťových ztrát a zahrnují vše od diářů, kartiček a budíček (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009, s. 96).

### ***1.6.1.4 Resocializační a nemotivační postupy***

Cílem této metody je stimulace či znovuoživení zájmu o bezprostřední prostředí, pocitů opuštěnosti a izolace od okolí. Za doplňující či prolínající se v této oblasti považuje využití neverbálních technik jako muzikoterapie, pracovní terapie, arteterapie a pohybová taneční hudba pro zlepšení především emocionálního prožívání a komunikace, sociálních dovedností a fyzické kondice (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009, s. 97).

## **1.6.2 Pokročilé stádium onemocnění**

V pokročilejších, středních a těžkých stádiích nemoci je rozhodující snahou zachovat přiměřené emoční prožívání a chování, pokračovat v přiměřené stimulaci kognitivních funkcí a využívat neverbálních možností komunikace.

### ***1.6.2.1 Cílená kognitivní stimulace a externí paměťové pomůcky***

Aktivizační program pro nemocné s pokročilejším postižením v institucionální péči zahrnuje: trénink orientace a reality, trénink relaxace a kognitivní trénink v podobě přizpůsobené prostředí a schopnostem pacientů s demencí. Užití individuálních paměťových pomůcek ve formě osobní pamětní knihy s fotografiemi (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009, s. 98).

### ***1.6.2.2 Senzorický trénink a behaviorálně podmíněná terapie***

Tyto prostředky působí na kognitivní schopnosti i komunikační a sociální dovednosti stimulací pěti základních oblastí sensorického vnímání – taktilní, kinetické, proprioreceptivní, vizuální, auditorií a čichové. Cvičení pomocí jednotlivých stimulačních činností, např. rozpoznání různých druhů zvuků, různých kořeněných vůní, jsou uplatňována především v rámci skupinových činností. Spojení s metodami behaviorálního podmiňování, nejčastěji pomocí motivujících odměn za aktivní účast či za přiměřenou orientaci v denním programu, vytváří rámec pro zlepšení ve vztahu k okolí a emočnímu prožívání u dementní osoby v pozdějším stadiu demence (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009, s. 96).

### ***1.6.2.3 Reminiscenční terapie***

Může být vhodně využita již v počátečním stádiu onemocnění, u osob ve středních stádiích demence, s výraznými deficity krátkodobé paměti a narůstáním poruch v dlouhodobé paměti. Evokováním minulého se snaží podpořit motivaci k interakci ve skupině, radost ze sdělených vzpomínek a zážitků a podpořit takto činnost paměti. Často se užívá hudebních, fotografických a knižních materiálů připomínajících minulé události a dobu. Proces reminiscence může prospět k zachování osobní identity a sebeúcty u dementních osob.

### ***1.6.2.4 Validáční a rozhodovací techniky***

Jsou zaměřeny na pomoc závažněji postiženým zmateným osobám a kladou důraz na vlivy emocionální paměti a prožitků. Pomocí akceptujícího přístupu s přiměřeným emočním chováním a kontaktem se dává najevo snaha porozumět projevům a emocím dementní osoby. Zlepšení očního a fyzického kontaktu, komunikativnější a emočně přijatelnější chování se udávají jako zisky z této formy terapie. Terapeutická sezení se zaměřují na možnosti rozhodování na základě emočního prožitku či vzpomínky, na vyvolávání emočně silných reminiscencí a jejich přijímání, vyrovnávání se s nimi. Základní snahou je zacho-

vání vědomí hodnoty emočních zážitků, redukce emočních výkyvů a vyrovnání se s životní situací (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009, s. 96).

#### ***1.6.2.5 Neverbální techniky***

Často využívanými technikami bývají muzikoterapie, arteterapie a ergoterapie. Muzikoterapie je založená na zachované neverbální schopnosti komunikace, zlepšuje schopnost kontaktu s okolím a emoční prožívání dané situace, pomáhá dosažení relaxace. Arteterapie a ergoterapie jsou limitovány aktuálními možnostmi zúčastněných osob a nejčastěji využívají jednoduché činnosti, při nichž se pracuje s různými přírodními a technickými materiály. Tyto činnosti stimulují myšlení, verbální i neverbální kontakt s okolím a emoční prožívání přiměřené dané sociální situaci. V souhrnu lze konstatovat, že v časných stádiích onemocnění jsou pacientovy sociální schopnosti zlepšovány úpravami prostředí, dále pomocí orientace v realitě, psychoterapie, resocializačních či remotivačních postupů a pomocí reminiscenční terapie. Pacientovy aktuální kognitivní schopnosti jsou stimulovány paměťovým tréninkem, cílenou kognitivní stimulací a užitím externích paměťových pomůcek (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009, s. 96).

## 2 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U KLIENTŮ S ALZHEIMEROVOU NEMOCÍ

Ošetrovatelská péče o klienty s AD má svá specifika. Ta jsou odlišná od péče o seniory relativně zdravé a na pečující kladou určité požadavky. Osoba pečující o takového klienta je většinou manžel – manželka nemocného, dcera nebo snacha. Plnit roli pečujícího o takového klienta je velmi náročné jak po psychické, sociální, ale také finanční stránce, neboť jim nezbyvá čas na nic jiného – ani na zaměstnání. AD nezmění jen život nemocnému, ale také osobám podílejícím se na jejich péči.

Není samozřejmostí, že každá rodina se chce nebo může o takového příbuzného starat, a ihned po stanovení diagnózy AD hledají mnozí možnosti hospitalizace v zařízeních určených k péči o tyto nemocné.

### 2.1 Ústavní péče

Jak již bylo zmíněno, je ošetrovatelská péče v domácím prostředí pro pečující rodinu velmi náročná. Ve většině případů je možná především v prvním a druhém stádiu nemoci. Ve třetím stadiu onemocnění je již natolik náročná, že pečující rodina není schopna tuto péči poskytnout a obrací se na ústavy sociálních služeb nebo geronto-psychiatrická zařízení. Ústavní péče je indikována především u nemocných, kteří v důsledku kognitivní dysfunkce svým jednáním ohrožují sebe nebo své okolí (např. zanedbáváním hygieny, hromaděním odpadků, odcházením z domova a blouděním, zmatenou manipulací s elektrickými a plynovými spotřebiči). Problematika AD je spjata především s ubýváním kognitivních funkcí, jako jsou např. zapomnětlivost, desorientace a poruchy úsudku. V ústavním prostředí je kladen důraz na bezpečnost a podporu zdraví. Velkým rizikem je ovšem např. to, že může v kolektivu docházet k různým konfliktům plynoucím z agrese nebo apatie. Negativní může být i to, že člověk v ústavním prostředí postrádá svou nejbližší rodinu a málokdy bývá šťastný.

S přibývajícím onemocněním AD bylo v Kroměříži v roce 2009, v rámci sociálních služeb města Kroměříže, vybudováno zařízení Domov se zvláštním režimem - „*STROM ŽIVOTA*“, kde jsou umístováni klienti s AD a různými typy demencí. Kapacita zařízení činí 54 lůžek. Jsou zde jedno, dvou a třílůžkové pokoje s vlastním sociálním zařízením a balkonem. Jednotlivá patra jsou pro jednodušší orientaci klientů barevně rozlišena, na každém z nich je ošetrovna, kulturní místnost a jídelna. V rámci celého zařízení je cent-

rální koupelna s vířivou vanou, tělocvična a kuřárna. Domov zajišťuje komplexní péči svým klientům dle jejich potřeb, celodenní péči a také náplň volného času. Denně je zde přítomný jak středně zdravotnický personál, ale také nižší a pomocný zdravotnický personál.

K hlavním principům poskytovaných služeb patří důsledné dodržování práv klientů, preferují individuální přístup k jednotlivým klientům a jejich realizaci. Dle individuálních potřeb je klientům zajišťována dietní, mixovaná nebo mletá celodenní strava. Privátní praktický lékař dochází do zařízení pravidelně 2 x týdně, nebo dle potřeb klientů.

Všichni pracovníci jsou zde vedeni k tomu, aby svou práci vykonávali vysoce odborně, s porozuměním, láskou, úctou a ohleduplností. Respektují individualitu a důstojnost každého klienta a podporují jeho právo volby při realizaci poskytovaných služeb. Motivují uživatele k samostatnosti, aktivizaci a zapojení do dění zařízení. V neposlední řadě respektují soukromí, názory, vyznání a svobodu každého klienta.

Posláním Domova se zvláštním režimem - Stromu života je poskytování komplexní péče o klienty, udržení a prohlubování jejich návyků, soběstačnosti, dovedností a sebeobsluhy, vytváření pocitu bezpečí, domácí atmosféry a zároveň ochrany před vyloučením ze společnosti.

## 2.2 Domácí péče

Velkou výhodou domácí péče je to, že nemocný je v blízkosti svých příbuzných a tato péče vychází z individuálního přístupu. Nemocný má své zažitě zvyklosti (např. vstávat v určité hodinu, jít na zahradu, věnovat se oblíbeným činnostem, jíst, jak byl zvyklý). Každá změna nebo narušení režimu se může odrazit v jeho chování. Proto se snažíme zachovat stereotypy, na které byl nemocný zvyklý. U pacienta, který je v domácím prostředí, se snižuje riziko desorientace, snáze se udržuje komunikace, vyvolávají se vzpomínky na společné zážitky, čímž se může zpomalovat úbytek kognitivních funkcí. V takovémto prostředí je pacient více motivován k samostatnosti např. v jídle, hygieně, oblékání, neboť na všechno je více času. Negativní naopak může být zajištění bezpečnosti nemocného např. schodiště.

Pečujícími rodinám, které se starají o nemocného v domácím prostředí, je zmiňována respitní péče. Repitní péče je tzv. „*pohlídání*“ pacienta vyžadujícího dohled a péči, kterou zajišťuje rodina. Jedná se o zajištění odpočinku, úlevy pro pečující. Může být poskytována



formou krátkodobých pobytů ve stacionářích nebo přímo v domácnosti nemocného. Pečující rodina se účastní svépomocných skupin pod vedením psychologů. Cílem setkávání je vzájemné si předávání informací a vzájemná podpora.

Konečným cílem zdravotní a sociální péče je udržet starého člověka vzhledem k okolí soběstačného, přiměřeně aktivního, společensky ignorovaného a spokojeného v jeho navyklém, tj. domácím prostředí tak dlouho, jak je to objektivně možné nebo jak si to sám přeje. Je to v zájmu jedince i v zájmu celospolečenském (Zgola, 2003, s. 140).

### **2.3 Sdružení klientů s Alzheimerovou demencí**

V roce 1997 vznikla Česká Alzheimerovská společnost (dále jen ČALS) a zabývá se společenskými souvislostmi AD, ale i jiných demencí. Zaměřuje se na nemocné, ale i na rodinné příslušníky. V České republice je možno navštívit 25 kontaktní míst, která jsou při institucích sociálních, zdravotnických, státních i nestátních. Spojuje se jejich schopnost poskytovat služby klientům se syndromem demence. Tato místa poskytnou jak informace o AD, tak i nabídnou setkání na svépomocných skupinách rodinných pečovatelů, realitní péči v domácnosti, v rámci bezplatného poradenství poskytují zájemcům i testování paměti.

#### **2.3.1 Kontaktní a informační centrum České Alzheimerovské společnosti**

Zaškolení pracovníci podávají osobní i telefonické informace a sjednávají osobní konzultace s odbornými pracovníky ČALS. Zaškolený pracovník je schopen poskytnout základní informace o problematice demencí a služeb, je také schopen zodpovědět základní otázky anebo nasměrovat klienta na další zdroj informací. Odtud se také zajišťují další služby a projekty ČALS, např. „*Bezpečný návrat*“, který umožňuje kontaktovat rodiny klientů s demencí, a tak jejich návrat, pokud se tyto rodiny do projektu přihlásily (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009, s. 101).

#### **Dostupné webové stránky pro širokou veřejnost**

**www.alzheimer.cz** – podává základní informace o činnosti ČALS a o problematice demencí.

**www.gerontologie.cz** – databáze služeb pro seniory, v současné době se jedná o nejúplnější databázi tohoto druhu.

[www.kooperace-pro-jakost.cz](http://www.kooperace-pro-jakost.cz) - výstupem jsou doporučení ČALS, návody a standardy služeb pro pacienty s demencí.

### 2.3.2 Charakteristika svépomocné skupiny

Svépomocné skupiny s názvem „Čaj o páte“ se scházejí v prostorách gerontologického centra Praha jednou za 14 dní, vždy ve čtvrtek. Rodinní pečovatelé si tu za podpory erudovaného pracovníka vyměňují své zkušenosti a emoční prožitky, společně se snaží najít řešení praktických problémů a navzájem si poskytují podporu (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009, s. 103).

### 2.3.3 Respítní péče

Jedná se o převzetí péče, „*pohlídání*“ pacienta trpícího demencí, o kterého pečují jeho rodinní příslušníci, po několik hodin v týdnu. Cílem této služby je poskytnout oddech právě rodinám pečujícím, kteří se o pacienta starají. Jedná se tedy o službu pro pečující rodiny, nikoli o náhradu jiných zdravotnických či sociálních služeb. Tato služba je hodnocena velmi pozitivně. Někteří pečovatelé uvádějí, že tato služba jim přinesla naději, že budou schopni pečovat dále (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009, s. 104).

### 3 POTŘEBY NEMOCNÝCH S ALZHEIMEROVOU DEMENCÍ

#### 3.1 Charakteristika potřeby

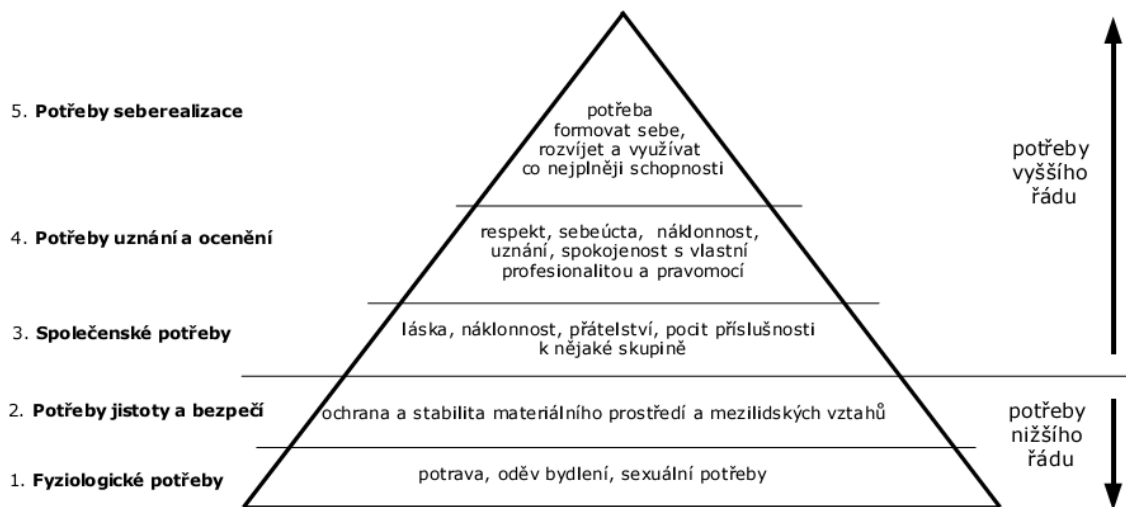
Problematika potřeb je jednou ze základních otázek vztahu člověka k sobě, k životu a ke svému prostředí. Potřeby jsou základní motivační silou v chování člověka, pomáhají udržet rovnováhu nejen uvnitř organismu, ale i mezi člověkem a prostředím. Je mnoho definic, které charakterizují potřeby. Jedna z nich zní: *„Potřebu charakterizujeme jako nedostatek nebo nadbytek něčeho v oblasti biologické, psychické nebo sociální. Potřeby jsou zdrojem chování a jednání člověka a velmi úzce souvisí s kvalitou života každého jedince“* (Krátká, 2007, s. 7).

#### 3.2 Klasifikace potřeb

V roce 1893 vytvořil Henry A. Murray komplexní teorii potřeb. Definuje potřebu jako konstrukt označující sílu v oblasti mozku, která označuje vnímání, myšlení, snažení a jednání v určitém směru s cílem změnit existující neuspokojivou situaci. Rozdělil lidské potřeby na primární (viscerogenní) a sekundární (psychogenní). Primární potřeby jsou například potřeba vody, jídla, vzduchu, sekundární potřeby jsou například citové vztahy. Americký psycholog Abraham H. Maslow klasifikoval pět úrovní lidských potřeb a uspořádal je do pyramidy. Na nejnižším stupni pyramidy jsou fyziologické potřeby, nad nimi se pak postupně zařazují potřeby jistoty a bezpečí, společenské potřeby, potřeby uznání a ocenění a na nejvyšším stupni jsou potřeby seberealizace. Podle Plzákové Maslow uvádí, že neuspokojené potřeby nižší úrovně zvítězí nad neuspokojenými potřebami vyšší úrovně. Znamená to, že nejdříve musí být naplněny nižší potřeby, než se uplatní potřeby vyšší, ale to neznamená, že musí být zcela na každé úrovni naplněny. (Plzáková, 2004, s. 366).

Potřeby rozdělujeme na biologické, psychické a sociální. Toto rozdělení odpovídá pohledu na člověka jako na bio-psycho-sociální bytost. Tyto potřeby se vzájemně prolínají.

Význam pro člověka je biologický, ekonomický a psychologický. Při neuspokojení potřeb dochází k podrážděnosti, napětí a nepohodě. Člověk se stává citlivější na některé podněty a vzniká tak motiv k činnosti k obnovení naplnění potřeb.



Obrázek 1 – Maslowova pyramida

### 3.2.1 Dům životních potřeb

PhDr. Helena Chloubová se studiem životních potřeb zabývá již několik let. Používá pro lepší vysvětlení a pochopení Dům životních potřeb, který vychází z holistického pojetí, Maslowovy filozofie a hierarchicky uspořádaných potřeb.

Dům životních potřeb – dělení podle Chloubové (2003):

1. Tělesné (fyziologické, biologické) potřeby
2. Základní psychosociální potřeby existenciální – bezpečí a jistoty
3. Vyšší psychosociální potřeby vztahové – lásky a sounáležitosti
4. Vyšší psychosociální potřeby self – já – sebepojetí a sebeúcty
5. Vyšší psychosociální potřeby – seberealizace

POTŘEBY ČLOVĚKA								
sebe-realizace	sebe-aktualizace	hodnoty životní	tvůrčí potřeby	duchovní potřeby	kulturní potřeby	pracovní potřeby	estetické potřeby	různé zájmy
sebeúcta	sebe-pojetí	úspěch uznání	neudělat ostudu	intimita	poznání pochopení	autonomie	moc	submise
láska	sounáležitost	důvěra	komunikace	rodina	přátelství	pečovat o druhé	identita	pozitivní vztah
zdraví	bezpečí pomoci	jistoty sociální ekonom.	soběstačnost	bydlení	informace	podněty	mír klid	potřeba struktury řádu
dýchání	hydratace	výživa	vyprázdnění moče stolice	aktivita tělesná duševní	spánek odpočinek	teplo být bez bolesti	očista hygiena	sexuální mateřské potřeby

Obrázek 2 – Dům životních hodnot

Nejzákladnějšími potřebami jsou: dýchání, hydratace, výživa, vyprazdňování moči a stolice, tělesná a duševní aktivita, spánek a odpočinek, teplo, absence bolesti, očista a hygiena, sexuální a mateřské potřeby. Zdravý člověk uspokojování těchto potřeb provádí automaticky. S vysokým věkem nebo nemocí mohou být některé potřeby porušeny. Čím více potřeb je porušeno, tím vážněji je ohrožen zdravotní stav člověka. Nedostatečné uspokojování tělesných potřeb se projeví nepříjemnými, negativními pocity, s jednotlivými potřebami spojenými např. dušnost, žízeň, hlad, pocit tepla nebo zimy.

Staří lidé se na některé tělesné potřeby více soustředí. Negativní pocity se u starších lidí objevují v oblasti příjmu potravy, ve vyprazdňování a také ve vitálních potřebách. Velmi častá je i frustrace v oblasti spánku, kdy staří lidé trpí nespavostí a únavou. Ostatní tělesné potřeby jako hydratace, aktivita a sexuální potřeby zůstávají v pozadí. Můžeme říci, že: *“Staří lidé již nemají vysoké domy životních potřeb, jako to mají lidé mladé a střední generace. Starým lidem stačí menší a účelné domečky, s pevnými základy fyziologických potřeb”* (Chloubová, 1995, s. 18).

### 3.3 Biologické potřeby

Biologické neboli tělesné potřeby zahrnují potřebu výživy, dýchání, vyprazdňování, potřebu hygienické péče a potřebu pohybu a aktivity. U zdravého člověka je charakteristické

uspokojování potřeb, kterým lidé nepřikládají stejnou váhu. Některé potřeby chápou jako nutnost. Především jsou to tělesné potřeby, jako je např. dýchání, vyprazdňování, strava nebo spánek. Pokud jsou tyto potřeby saturovány automaticky, pak se jimi nezabývají. Vysokým věkem a nemocí jsou jedna nebo více potřeb porušeny. Čím více biologických potřeb není saturováno, tím více je stav zejména starého člověka ohrožen.

### 3.3.1 Potřeba výživy

Správná výživa ve vyšším věku je obecně nedoceňována a zanedbávána. Nemocní vyššího věku přitom nejsou vždy schopni dodržovat správné stravovací návyky ani si zajistit odpovídající složení stravy. Lidé často ztrácejí aktivní tělesnou hmotu i v případech, kdy množství a složení stravy je podle standardních měřítek správné. Dochází k úbytku hmotnosti, zejména ke ztrátě svalové hmoty, ale může narůstat množství tukové tkáně. Tyto změny zhoršují možnosti rehabilitace, a tím zvyšují riziko vzniku infekcí a proleženin. Pokles hmotnosti o více jak 5 % za rok znamená nebezpečí fatálního konce (Pidrman, 2007, s. 55).

*„Pravidelnou životosprávou uspokojuje člověk potřebu dřív, než vznikne. Výživa ovlivňuje celkový zdravotní stav, průběh léčby a psycho-sociální pohodu každého člověka“* (Krátká, 2007, s. 22).

Péče o výživu nemocného s demencí patří mezi základní léčebná opatření. Co nejdříve udržení optimálního stavu výživy je proto i jednou z podmínek pro zpomalení progresu onemocnění. Včasné poznání narušení výživy u pacienta a následná včasná intervence jsou nedílnou součástí úspěšné komplexní terapie demence, jsou rovněž nezanedbatelnou prevencí vzniku komplikací souvisejících s malnutricí.

#### 3.3.1.1 Hygiena a kultura stolování

Nemocní vyššího věku se v jídle často zanedbávají. To platí, ať jde o množství, skladbu, ale i způsob stolování. V podmínkách mimo domov bývají opomíjeny zásady správné kultury podávání stravy, klidu při jídle a poskytnutí dostatečného času na stravování. Nebývá dodržována správná doba pro podání jídla (zejména večerního). Co se týče pestrosti jídelníčku, bývá zanedbávána, a to jak v domácích podmínkách, tak i v případě donášky nebo ústavního stravování.

### 3.3.1.2 *Stav dutiny ústní*

Tělesný stav je bezesporu jednou z rozhodujících veličin ovlivňujících stav výživy. Často se však zapomíná na zdánlivě banální komplikace, které mohou výrazně narušit příjem potravy a vést až ke ztrátě chuti na jídlo jako takové. Jde zejména o možný defektní stav chrupu, ale i nevyhovující zubní náhradu, slizniční léze, které mohou vznikat při zhoršené ústní hygieně.

### 3.3.1.3 *Deficit příjmu tekutin*

Riziko dehydratace je spojeno s nižší percepcí žízně, která je ve vyšším věku typická. U demenčních nemocných je nezbytné aktivně kontrolovat příjem tekutin, dbát na jejich dostatečnou nabídku. Je třeba zajistit pití nemocného i v době mimo podávání jídla.

Gerontologičtí nemocní, a stejně tak pacienti s demencí, mívají sklon k obstipaci. To souvisí s orgánovými změnami, změnami stravovacích návyků a také s nedostatkem pohybu. Lze tomu předejít dostatečným příjmem tekutin, podáváním stravy s dostatečným množstvím vlákniny. Dbáme na dostatečný příjem čerstvého ovoce a zeleniny.

## 3.3.2 **Potřeba hygienické péče**

Hygienickou péči dělíme v těchto rovinách (Krátká, 2007, s. 14):

- biologická – čistota těla, čistota a stav kůže, odstranění různých nečistot a mikroorganismů z povrchu těla
- sociální – bereme jako předpoklad dobrých mezilidských vztahů, vytváří příjemný pocit čistého prostředí
- psychologická – navozuje příjemné emoce

*„Hygienu je soubor pravidel a postupů potřebných k ochraně a opoře zdraví. Je definována jako základní potřeba, která se u každého jedince rozvíjí již v útlém věku“* (Krátká, 2007, s. 14).

Nemocné AD povzbuzujeme k tomu, aby udržovali osobní hygienu. V pozdějších stádiích onemocnění má nemocný tendence zapomínat na dodržování hygieny. V takových případech pomáháme nemocnému s celkovou hygienickou péčí. Dbáme na to, aby se nemocný cítil dobře a byl čistý.

### 3.3.3 Potřeba pohybu a aktivity

Pohyb je základní potřebou všech bytostí. Zlepšuje náš zdravotní stav, zvyšuje výkonnost orgánů, navozuje pozitivní emoce, prodlužuje délku života.

Aktivita je pro každého velmi důležitá součást života. Při péči o lidi s AD pravděpodobně neexistuje cennější prostředek, než je smysluplná aktivita. Programy aktivit jsou stejně podstatné jako výživa. Program aktivit neznamená jen zaneprázdnit lidi poté, co byly zajištěny všechny prvky základní péče. Jde o celkový proces, ve kterém je každému poskytnuta příležitost žít způsobem, který mu vyhovuje nejlépe, a pokračovat v tom, co je důležité pro jeho pocit jistoty, výkonnosti, sociálního začlenění a vlastní hodnoty. Takový program musí být pečlivě a uvážlivě proveden. Špatně zvolený program se stává neúčinný a v nejhorším případě může ublížit (Zgola, 2003, s. 148).

### 3.3.4 Potřeba vyprazdňování

Patří mezi intimní a individuální potřeby. Každý člověk má na vyprazdňování různé nároky. Někdo preferuje klid, dostatek času, jiný zase intimitu nebo soukromí. Dostatečné vyprazdňování navozuje pocit libosti (Krátká, 2007, s. 23-24).

Inkontinence je neschopnost udržet moč nebo stolici. Vzniká v důsledku narušené nervové a svalové kontroly vyprazdňování močového měchýře a střev. Inkontinence stolice je ve srovnání s inkontinencí moči méně častá a dochází k ní většinou s poruchami, které komplikují a ztěžují svlékání, oblékání a mytí nemocného. Jednou s častých příčin inkontinence stolice je zácpa. U nemocného AD dbáme na to, aby měl oděv, který se snadno svléká, zajistíme dostupnost toalety, zvykáme nemocného pravidelně navštěvovat toaletu, pokud má nemocný problémy s inkontinencí, zajistíme pleny nebo plenkové kalhotky a dbáme na správnou hygienu.

### 3.3.5 Potřeba dýchání

Dýchání patří mezi vitální funkce. Pokud není uspokojena potřeba dýchání, je člověk ohrožen na životě.

Faktory ovlivňující dýchání (Krátká, 2007, s. 28):

- fyziologicko-biologické faktory – věk, pohlaví, tělesná aktivita, pohyb
- psychicko-duchovní faktory – emoce, stres, strach, neklid, podráždění
- sociálně-kulturní faktory – sociální vztahy v rodině, pracovní prostředí



- faktory životního prostředí - čistota vzduchu, vlhkost

Morfologické a biochemické změny spolu s úbytkem pružnosti a pohyblivosti broncho-pulmonárního systému vedou ve stáří ke zhoršení dechové práce, ke snížení různých dechových objemů a menší utilizaci kyslíku (Schuler, Oster, 2010, s. 67).

U starších osob je dechová gymnastika potřebná již z důvodu fyziologických změn. Cílem dechové terapie je podpořit rozpouštění a odchod sekretů, usnadnit odkašlávání a posilovat dýchací svalstvo. Dechové cvičení je pro geriatrické pacienty významné.

### 3.3.6 Potřeba odpočinku a spánku

Spánek je fyziologická ztráta vědomí a je základní potřebou všech lidských bytostí. Opakem spánku je bdělost.

U nemocného AD se může projevit tzv. „*reverzní charakter spánku*“ – to znamená, že většinu noci je vzhůru a naopak většinu dne prospí. V takových případech záleží na aktivitě během dne. Nemocného se během dne snažíme aktivizovat. Snažíme se, aby nemocný chodil spát vždy ve stejnou dobu, aby se mu uléhání do lůžka stalo jakousi rutinou. Před spánkem nepodáváme nemocnému stravu s vysokým obsahem cukrů, která nadměrně zvyšuje energii a tím i aktivitu. Nepodáváme nemocnému před spaním příliš mnoho tekutin.

## 3.4 Psychosociální potřeby

Tyto potřeby úzce souvisí s existencí člověka, jsou předpokladem jeho bytí a mají velký vliv na orientaci a adaptaci člověka při změně stavu a prostředí. Psychosociální potřeby jsou mnohem složitější, protože vznikají adaptací člověka na prostředí a jeho socializací. Jelikož závisí na stavu jedince – osobnostních, genetických a také věkových předpokladech jsou velmi individuální. Také záleží na jeho rodině, kultuře nebo náboženství. Chloubová uvádí: „*Ve stáří dochází právě v této úrovni existenciálních potřeb k frustraci – k poruchám zdraví a soběstačnosti, k vzniku sociálních a ekonomických nejistot, ke změnám omezeného příjmu a zpracování podnětů a zkreslení informací, ke změnám nároků na bydlení, bezpečí a pomoci. Starý člověk potřebuje ke svému životu klid – mír, věřit a důvěřovat svému bezprostřednímu okolí a svému „Bohu“, potřebuje znát strukturu a řád*

*svého prostředí, a proto se těžko přizpůsobuje novému prostředí“* (Chloubová, online, s. 22-23)<sup>2</sup>.

### 3.4.1 Potřeby jistoty a bezpečí

Tyto potřeby definují touhu po důvěře, potřebu vyvarovat se ohrožení a nebezpečí. Většinou se objevují v situaci ztráty pocitu životní jistoty. Potřeba bezpečí hraje velkou roli. Osoba, která se ve svém prostředí nevyzná nebo nedokáže v paměti udržet potřebné informace, je velmi zranitelná. Prostředí, které napomáhá pocitu bezpečí, je takové, ve kterém se nenalézá nic neočekávaného. Bezpečí znamená mít také příležitost vyjádřit své schopnosti, tvořivost, šikovnost a talent ve vstřícném prostředí (Zgola, 2003, s. 70). S přibývajícím věkem se výrazně snižuje soběstačnost, tzn., že starý člověk si sám nemůže nebo již není schopný saturovat své základní potřeby a nemůže úplně sám žít v rovnováze s nároky zevního prostředí. Vlivem omezené tělesné pohyblivosti, strachu z pádu, zhoršeného vnímání vznikají pak postupně na různé úrovni handicap. Starý člověk vlivem těchto změn ztrácí jistoty nejen ekonomické, ale především také sociální, které pak mohou vést až k sociální izolaci, pocitu samoty a smutku.

Ošetřující personál musí vytvořit pro klienta příznivé podmínky a chránit jej před pocity nejistoty. Jedním z mnoha prostředků, jak docílit pocitu bezpečí, je komunikace. Projevuje starému člověku úctu, respekt a při všech úkonech dbá na klientovu intimitu. Personál projevuje starému člověku úctu, respekt a při všech úkonech dbá na klientovu intimitu. Povzbuzuje jej a psychicky podporuje.

### 3.4.2 Potřeba být bez bolesti

Prožívání bolesti ovlivňuje tělesnou, psychickou i sociální stránku člověka. Na prvním místě je u starého člověka potřeba zdraví. Daleko více si uvědomuje cenu svého zdraví, protože si je vědom, že s přibývajícím věkem dochází k úbytku tělesných a duševních sil. Ztráta zdraví je způsobena funkční ztrátou a degenerativními procesy. Následně pak přibývá bolest, která se stává chronickou. Takový člověk je pak závislý na analgetících, nebo

---

<sup>2</sup> CHLOUBOVÁ, Helena. Změny potřeb ve stáří. [online]. s. 22-23 [cit. 2012-02-14]. Dostupné z: [http://zpravodaj.marcom-praha.cz/zpr\\_0502/pdf/22-24.pdf](http://zpravodaj.marcom-praha.cz/zpr_0502/pdf/22-24.pdf).

zcela odmítá léčbu, což může pak vyústit v utrpení. Vzniká tak pocit nedostatku vzduchu nebo bolesti srdce, což bývá spojeno s pocitem strachu, vznikem stresu, který může vyústit v neklid až zmatenost. Ošetřující personál, zejména sestra dbá hlavně u dementních klientů na pravidelné užívání léků.

### **3.4.3 Potřeba komunikace**

Vlivem ischemických a degenerativních změn mozku dochází k postupnému úbytku mentálních funkcí, k sníženému vnímání a komunikaci, a proto dochází u starého člověka ke změnám příjmu informací. Právě tak vznikají dezinformace a důsledkem je dezorientace v reálném prostředí. Často zde vzniká pocit hněvu a nepochopení.

Ošetřující personál využívá při kontaktu jak verbální, tak neverbální komunikaci. Veškerou komunikaci doprovází ošetřující personál laskavou řečí a vysvětlením, i přes to, že se může zdát, že klient v třetím stádiu AD nevnímá nebo nerozumí. Pro zajištění dostatků impulsů z okolí používáme také poslech rádia a televize. Pro dostatečné upokojení potřeby je velmi nutný kontakt s rodinnými příslušníky. Příjemné pocity dementní člověk může vyjadřovat např. uvolněním svalového napětí, mimiky, pohybů těla nebo pousmáním. Nepříjemné pocity pak vyjadřuje křečovitým držení těla, odvracením se od osob nebo neklidem.

### **3.4.4 Potřeba důvěry a víry**

Vzhledem k prožívání frustrace všech existenciálních potřeb se zvyšuje potřeba důvěry a víry. Starý člověk se většinou fixuje na toho, u koho cítí bezpečí a ochranu. Protože důvěra starých lidí je často velká a bezmezná, stává se tak starý člověk snadno zneužitelný lidmi bez morálního kreditu. Proto ošetřující personál pečující o takové klienty by měl mít kromě empatie, tolerance a zkušeností, velkou morální hodnotu.

### **3.4.5 Společenské potřeby, potřeby uznání a oceňování, potřeba seberealizace**

Patří sem potřeba lásky, respekt, sebeúcta, sounáležitost, potřeba milovat a být milován. Vystupuje v situacích samoty a osamocení. Smysl toho, že někam patříme, spočívá v určitých rolích v rodině nebo společnosti. Demence může zapříčinit izolaci osoby a dát jí pocit, že je mimo dění, že nezapadá mezi ostatní. Všichni lidé ať už zdraví, nebo nemocní mají tendenci splňovat očekávání druhých. Nemocní, kteří mají pocit, že jsou bezcenní, se budou chovat tomu odpovídajícím způsobem. Potřeba seberealizace je realizovat svůj vlastní potenciál.

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 4 VÝSLEDKY ŠETŘENÍ A JEJICH ANALÝZA

### 4.1 Cíle práce a hypotézy

Cíle teoretické:

**Cíl č. 1 - Popsat proces diagnostiky a terapie u klientů s Alzheimerovou demencí**

**Cíl č. 2 - Popsat přístupy ošetřování u klientů s Alzheimerovou demencí v kroměřížském regionu**

**Cíl č. 3 - Vymežit potřeby u klientů s Alzheimerovou demencí**

Cíle praktické:

**Cíl č. 4 - Zjistit, zda pečující personál o klienty s Alzheimerovou demencí zná definici potřeby a jejich rozdělení**

H1: Předpokládám, že větší polovina respondentů pečujících o klienty s Alzheimerovou demencí bude znát definici potřeby.

H2: Předpokládám, že větší polovina respondentů pečujících o klienty s Alzheimerovou demencí umí správně rozeznat, jaké jsou emoční reakce při nedostatečném uspokojování psychických potřeb.

**Cíl č. 5 - Zjistit jakým způsobem personál pečující o klienty s Alzheimerovou demencí hodnotí jejich potřeby**

H3: Předpokládám, že méně jak polovina respondentů pečujících o klienty s Alzheimerovou demencí bude jako nejčastější metodu hodnocení potřeb uvádět rozhovor.

**Cíl č. 6 - Zjistit, ve které oblasti jsou nejhůře saturovány potřeby u klientů s Alzheimerovou demencí**

H4: Předpokládám, že méně jak čtvrtina respondentů pečujících o klienty s Alzheimerovou demencí bude uvádět biologické potřeby jako nejhůře uspokojované

**Cíl č. 7 - Prezentace informací o poznatcích ošetřovatelské péče u klientů s Alzheimerovou demencí na konferenci s mezinárodní účastí „Současné trendy v léčbě a ošetřovatelské péči o nemocné s diagnózou demence a Alzheimerova choroba“.**

## 4.2 Metodika práce

Ve své práci jsem použila kvantitativní šetření, kdy jsem specifikovala své cíle práce a hypotézy do dotazníku. Dotazník je nejfrekventovanější nástroj pro zjišťování údajů a je určen především pro hromadné a rychlé (efektivní) získávání údajů. Dotazník se považuje za ekonomicky výzkumný nástroj. Osoba, která dotazník vyplňuje, se nazývá respondent. Jednotlivé prvky dotazníku se nazývají otázky nebo také položky. Položka je vhodnější označení tehdy, když výrok nemá tázací, ale oznamovací formu (Gavora, 2000, s. 99).

Mnou sestavený a použitý dotazník obsahuje 19 položek. Úvod dotazníku obsahuje oslovení respondentů, představení výzkumníka, důvod šetření, poděkování za čas a vyplnění dotazníku. Také zde kladu důraz na anonymitu. Poté následují položky dotazníku.

V dotazníku jsem použila uzavřené otázky a škálování. Uzavřená otázka je taková, která nabízí hotové alternativní odpovědi (položka 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12). Úlohou respondenta je zaznačit (zakroužkovat) vhodnou odpověď. Škálování se uskutečňuje různými druhy posuzovacích škál. Posuzovací škála je nástroj, který umožňuje zjišťovat míru vlastnosti jevu nebo jeho intenzitu (položka 13, 14, 16, 17). Posuzovatel vyjadřuje svoje hodnocení určením polohy na škále. V dotazníku byly použity také Likertovy škály, které se používají na měření postojů a názorů dotazovaných (položka 8, 15). Skládají se z výroku a stupnice. Na stupnici respondent vyjádří stupeň svého souhlasu, respektive nesouhlasu (Gavora, 2000, s. 88-92).

## 4.3 Charakteristika respondentů

Pro výzkumné šetření jsem zvolila jako respondenty nelékařské zdravotní pracovníky, tedy pracovníky pečující o osoby s AD. Na základě tří písemných žádostí určeným vedoucím pracovníkům Ústavu sociálních služeb Kroměříž, Dům se zvláštním režimem Kvasice a Psychiatrická léčebna Kroměříž, mě bylo schváleno provedení dotazníkového šetření.

## 4.4 Organizace šetření

Ve své práci jsem se zaměřila na zjištění, zda pečující personál o klienty s AD zná potřeby nemocných. Dále jsem zjišťovala, zda znají základní rozdělení potřeb, jak tyto potřeby hodnotí a které potřeby jsou nejhůře satureovány.

K dosažení cílů jsem zvolila metodu dotazníkového šetření. Před vlastním šetřením jsem použila pilotní studii. V rámci této studie bylo dotazováno 5 respondentů. Veškeré položky

byly pochopeny a vyplněny a tak jsem přistoupila k vlastnímu šetření. Toto šetření probíhalo v měsíci únoru a to v Sociálních službách města Kroměříže, v Domově se zvláštním režimem Kvasice a na geronto-psychiatrických odděleních Psychiatrické léčebny v Kroměříži. Bylo zhotoveno 90 dotazníků a stejný počet byl rozdán. Jejich návratnost byla 82 dotazníků (91,1 %).

Dotazník má celkem 19 položek a je určený pro pečující personál tedy pro nelékařské zdravotnické pracovníky. V položkách č. 1 až č. 5 jsem zjišťovala demografické údaje respondentů, především pohlaví, věk, zařazení, ve kterém dotazovaní pracovníci pracují, celkovou délku praxe a délku praxe v tomto zařízení. V položce č. 6 jsem se zaměřila na teoretické znalosti respondentů, zda umí definovat potřebu. V položce č. 7, 8, 9, 10, 11 jsem zjišťovala, zda dochází ke změně potřeb u klientů s AD, do jaké míry si myslí, že jsou uspokojovány potřeby u klientů s AD, co patří mezi biologické potřeby, co vede k nedostatečnému uspokojování psychických potřeb, a ve které oblasti si myslí, že jsou nejobtížněji saturovány potřeby nemocných. V položkách č. 12 a 13 jsem se zajímala jaký zdroj informací a jaké metody ke zhodnocení potřeb nemocných používají. V položce č. 14, 15, 16 a 17 jsem se zaměřila na uspokojování potřeb klientů v daném zařízení. Zajímalo mě, které potřeby patří k nejčastěji uspokojovaným, jak vypadá uspokojování potřeb klientů v běžné praxi a jak by měl vypadat ideální stav. V položce č. 18 jsem zjišťovala, zda umí správně přiřadit pocity nemocného k uvedeným potřebám. V poslední položce č. 19 jsem umožnila respondentům, aby uvedli potřeby, které se u AD mění a jak.

#### 4.5 Zpracování získaných dat

Všechny dotazníky byly vyplněny správně, což jsem zjistila při jejich třídění. Jednotlivá data jsem převedla do tabulek a grafů, která jsem slovně popsala. Pro tvorbu tabulek a grafů jsem použila Microsoft Excel.

##### **Tabulka v nabídce obsahuje:**

**Absolutní četnost** – udává počet respondentů, kteří odpovídali v položce stejnou odpovědí z nabídnutých možností.

**Relativní četnost** – poskytuje informace o tom, jak velká část z celkového počtu připadá na danou hodnotu.

**Celkem** – poskytuje informace o celkovém množství respondentů a celkové procentuální zastoupení u jednotlivých položek.

Položky byly sestaveny do sloupcových grafů. Jde o ty položky, kde si respondent musel vybrat pouze jednu odpověď. Položky, které obsahovaly škály, byly sestaveny do tabulek.

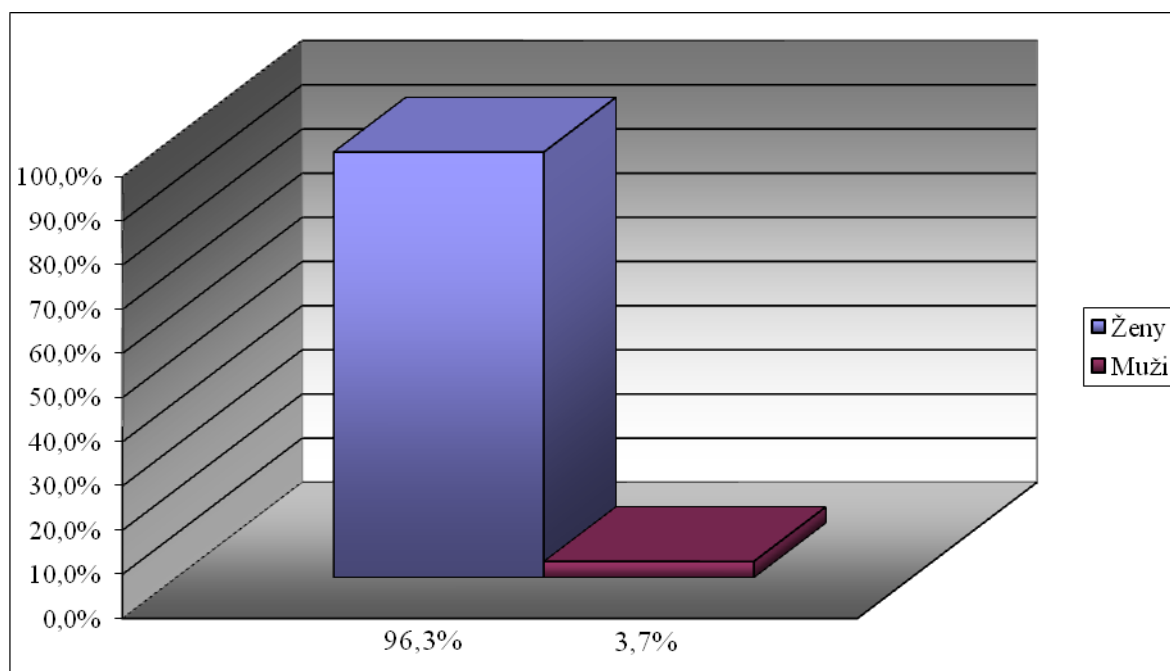
#### 4.6 Analýza výsledků průzkumného šetření

##### Položka č. 1 – Pohlaví respondentů:

Tabulka 1 – Pohlaví respondentů

Pohlaví respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ženy	79	96,3 %
Muži	3	3,7 %
<b>Celkem</b>	<b>82</b>	<b>100 %</b>

Graf 1 – Pohlaví respondentů



Z celkového počtu 82 dotazovaných respondentů byly nejvíce zastoupeny ženy 79 (96,3 %). Muži byli pouze 3 (3,7 %).

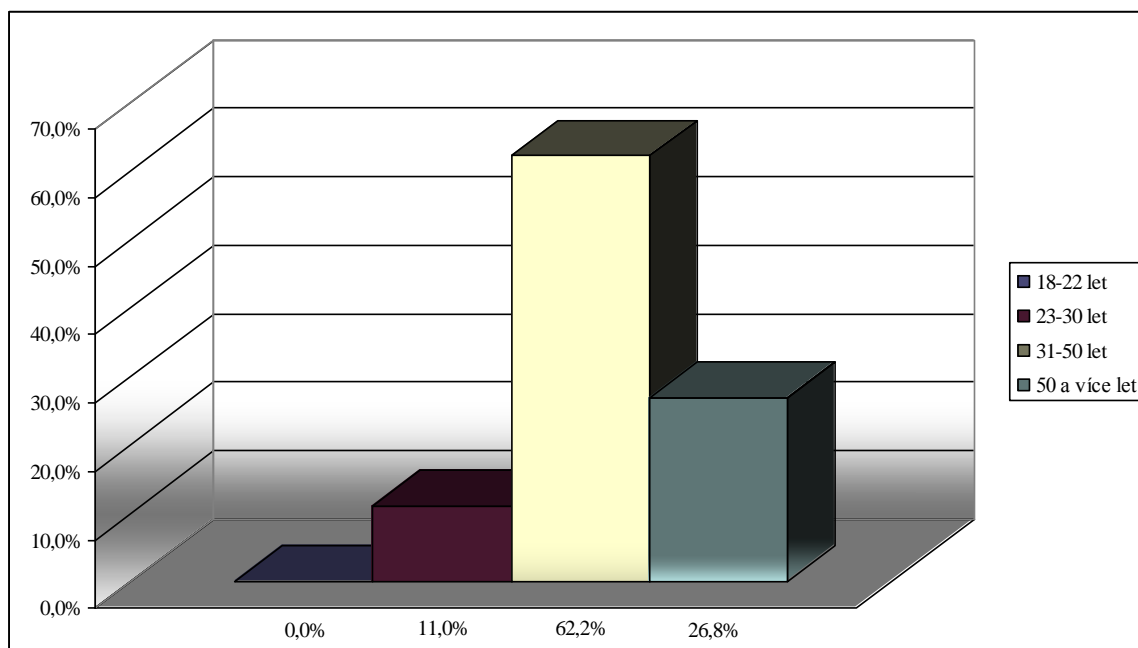


## Položka č. 2 – Věk respondentů:

Tabulka 2 – Věk respondentů

Věk	Absolutní četnost	Relativní četnost
18-22 let	0	0 %
23-30 let	9	11,0%
31-50 let	51	62,2 %
50 a více let	22	26,8 %
<b>Celkem</b>	<b>82</b>	<b>100 %</b>

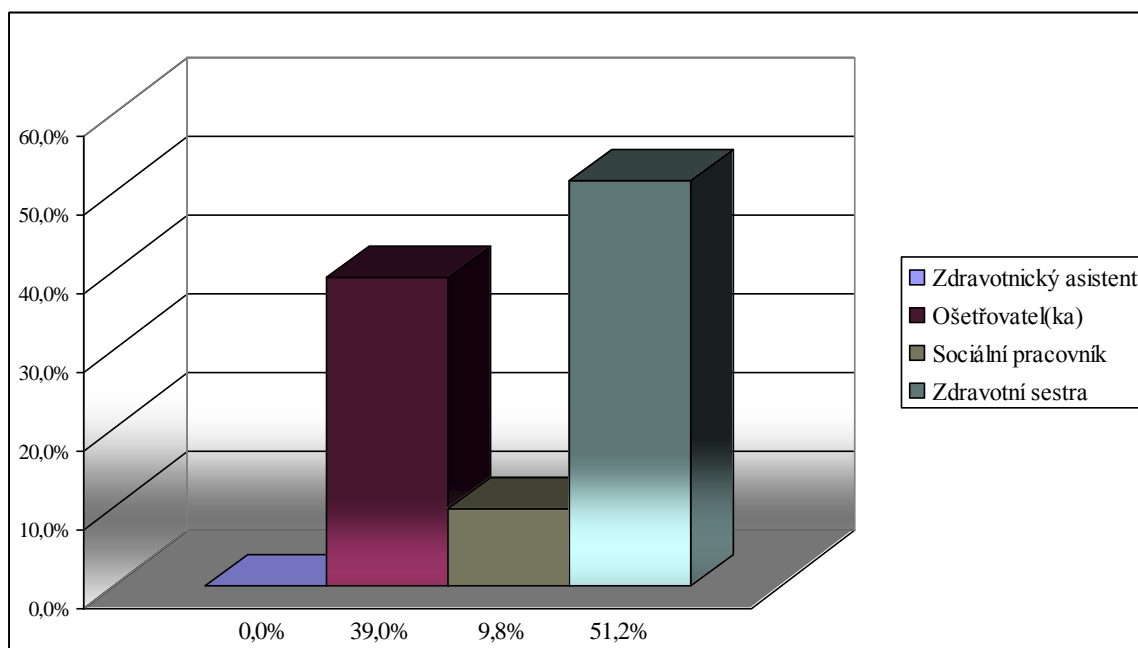
Graf 2 – Věk respondentů



Z celkového počtu dotazovaných respondentů byla nejvíce zastoupena skupina ve věku 31-50 let (62,2 %). Druhou největší skupinou respondentů byla skupina ve věku 50 a více let (26,8 %), pouze 9 respondentů (11,0 %) bylo ve věku 23-30 let. Ve věku od 18-22 let nebyl žádný respondent.

**Položka č. 3 – Pracovní zařazení:***Tabulka 2 – Pracovní zařazení*

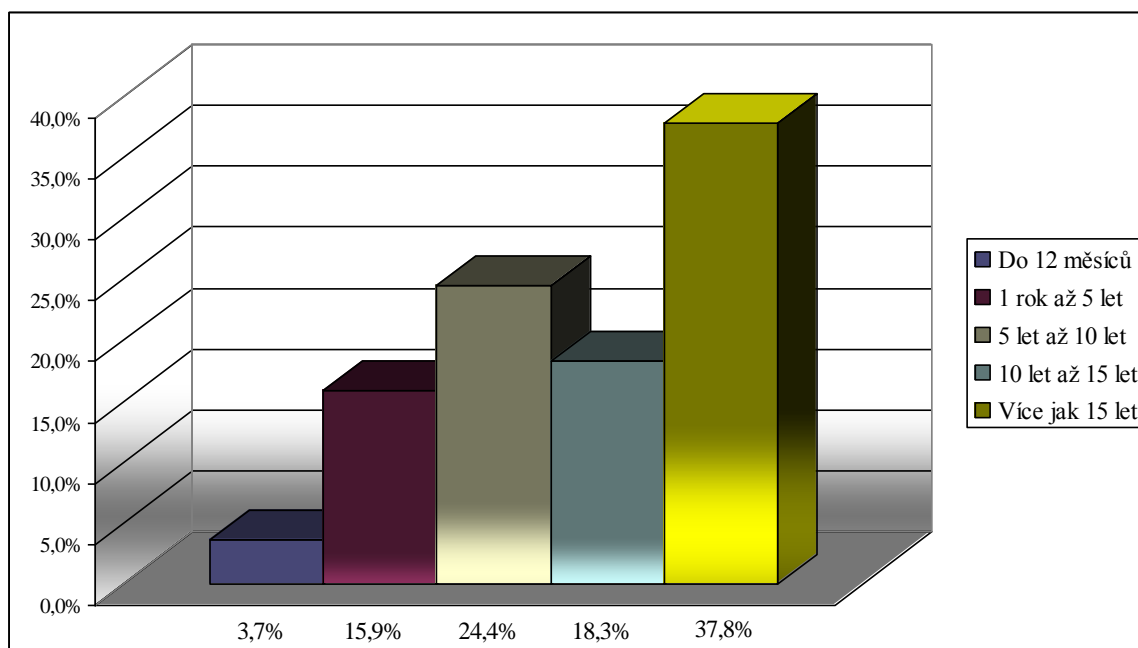
<b>Pracovní zařazení</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Zdravotnický asistent	0	0 %
Ošetřovatel(ka)	32	39 %
Sociální pracovník	8	9,8 %
Zdravotní sestra	42	51,2 %
<b>Celkem</b>	<b>82</b>	<b>100 %</b>

*Graf 3 – Pracovní zařazení*

Největší skupinu dotazovaných respondentů tvořily zdravotní sestry 42 (51,2 %), další početnou skupinu tvořily ošetřovatelky 32 (39,0 %), sociální pracovnice byly v zastoupení 8 pracovníků (9,8%). Žádný z respondentů nepracoval jako zdravotnický asistent.

**Položka č. 4 – Celková délka praxe:***Tabulka 3 – Celková délka praxe*

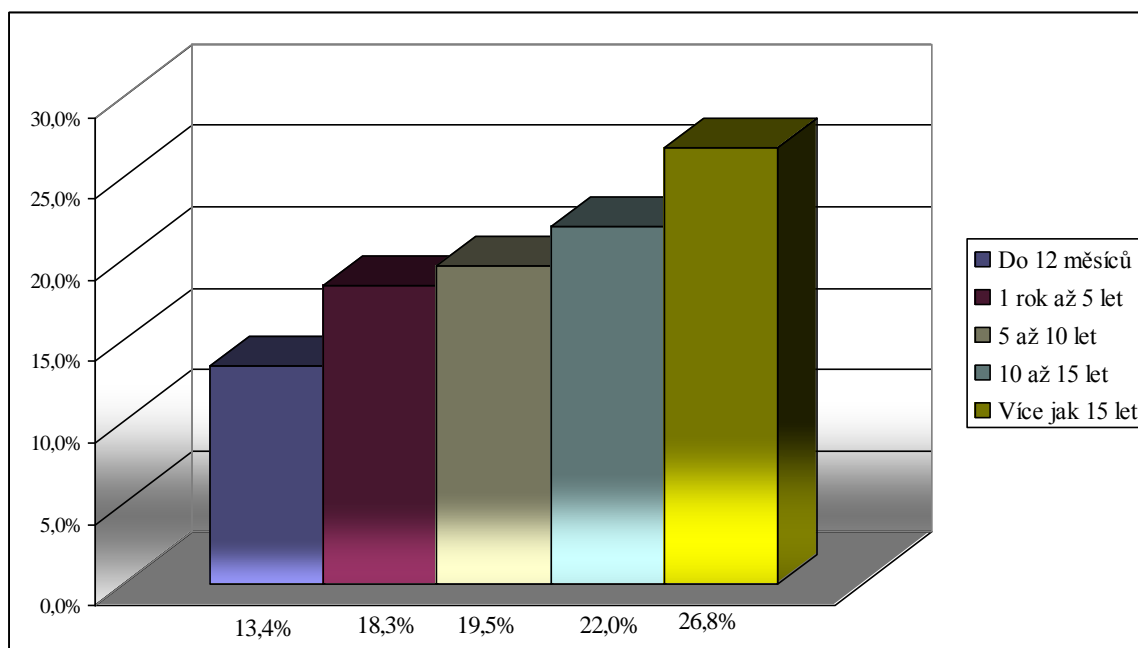
Délka praxe	Absolutní četnost	Relativní četnost
Do 12 měsíců	3	3,7 %
1 rok až 5 let	13	15,9 %
5 let až 10 let	20	24,4 %
10 let až 15 let	15	18,3 %
15 let a více	31	37,8 %
<b>Celkem</b>	<b>82</b>	<b>100 %</b>

*Graf 4 – Celková délka praxe*

Nejvíce respondentů uvádělo celkovou délku praxe více jak 15 let. Jedná se o 31 dotazovaných respondentů (37,8 %). Délku praxe od 5 až 10 let uvedlo 20 (24,4 %) respondentů. Dalších 15 (18,3 %) dotazovaných respondentů má 10 až 15 let celkové praxe. Nejkratší dobu praxe do 12 měsíců měli pouze 3 (3,7 %) respondenti.

**Položka č. 5 – Doba praxe v daném zařízení:***Tabulka 4 – Doba praxe v daném zařízení*

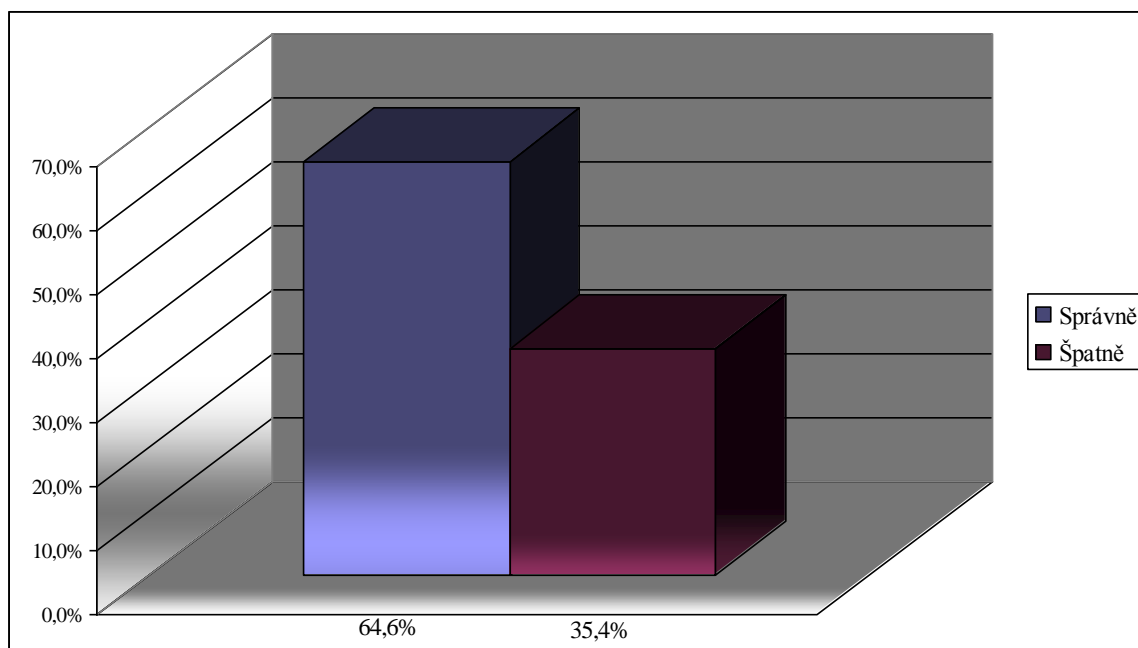
Délka praxe	Absolutní četnost	Relativní četnost
Do 12 měsíců	10	13,4 %
1 rok až 5 let	15	18,3 %
5 let až 10 let	16	19,5 %
10 let až 15 let	18	22,0 %
Více jak 15 let	22	26,8 %
<b>Celkem</b>	<b>82</b>	<b>100 %</b>

*Graf 5 – Doba praxe v daném zařízení*

Z celkového počtu 82 dotazovaných respondentů nejvíce uvádělo délku praxe v daném zařízení více jak 15 let. Jedná se o 22 (26,8 %) respondentů. Další respondenti v počtu 18 (22,0 %) uváděli délku praxe v rozmezí 10 až 15 let. Délku praxe 5 až 10 let uvedlo 16 (19,5 %) respondentů. Dalších 15 (18,3 %) respondentů uvedlo délku praxe 1 až 5 let. Zbývajících 10 (13,4 %) respondentů má praxi v daném zařízení do 12 měsíců.

**Položka č. 6 – Definujte pojem potřeba:***Tabulka 5 – Definice pojmu potřeba*

<b>Definice</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Správně	53	64,6 %
Špatně	29	35,4 %
<b>Celkem</b>	<b>82</b>	<b>100 %</b>

*Graf 6 – Definice pojmu potřeba*

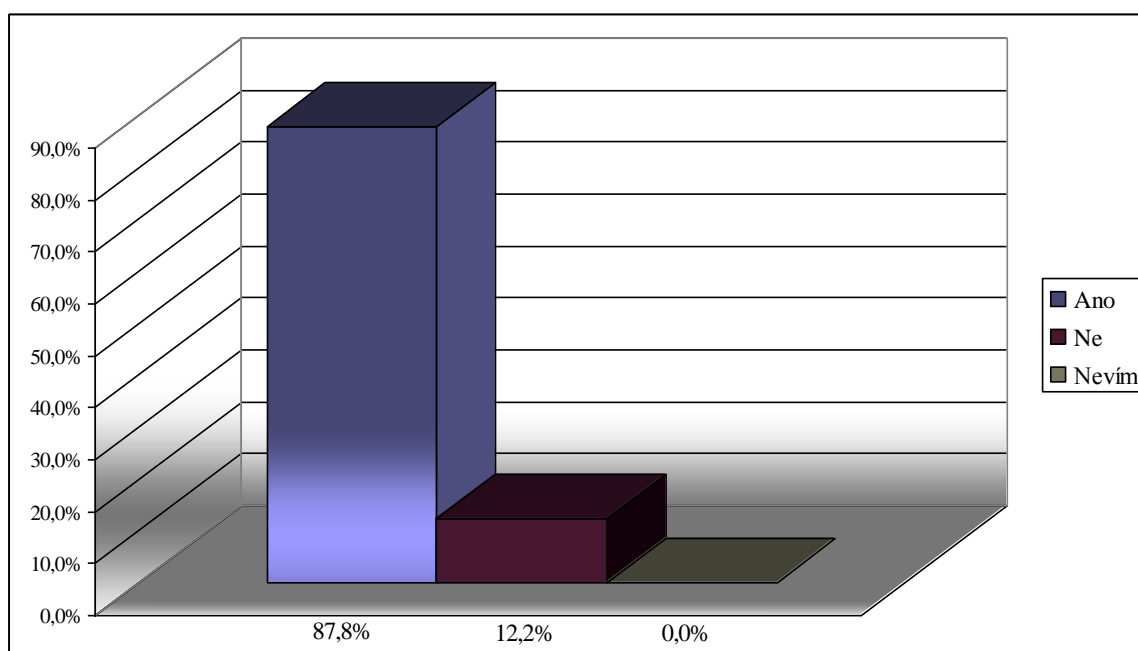
V položce č. 6 mě zajímalo, zda pečující personál zná definici potřeby. Byly nabídnuty 4 možnosti, ale pouze jedna možnost byla správná. Z celkového počtu 82 respondentů označilo správnou definici pojmu potřeba 53 (64,6 %) dotazujících respondentů. Ostatní respondenti v počtu 29 (35,4 %) odpovídali nesprávně.

**Položka č. 7 – Myslíte si, že dochází ke změně potřeb u nemocného s Alzheimerovou demencí?**

*Tabulka 6 – Změna potřeb u nemocného s AD*

Změna potřeb	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	72	87,8 %
Ne	10	12,2 %
Nevím	0	0 %
<b>Celkem</b>	<b>82</b>	<b>100 %</b>

*Graf 7 – Změna potřeb u nemocného s AD*



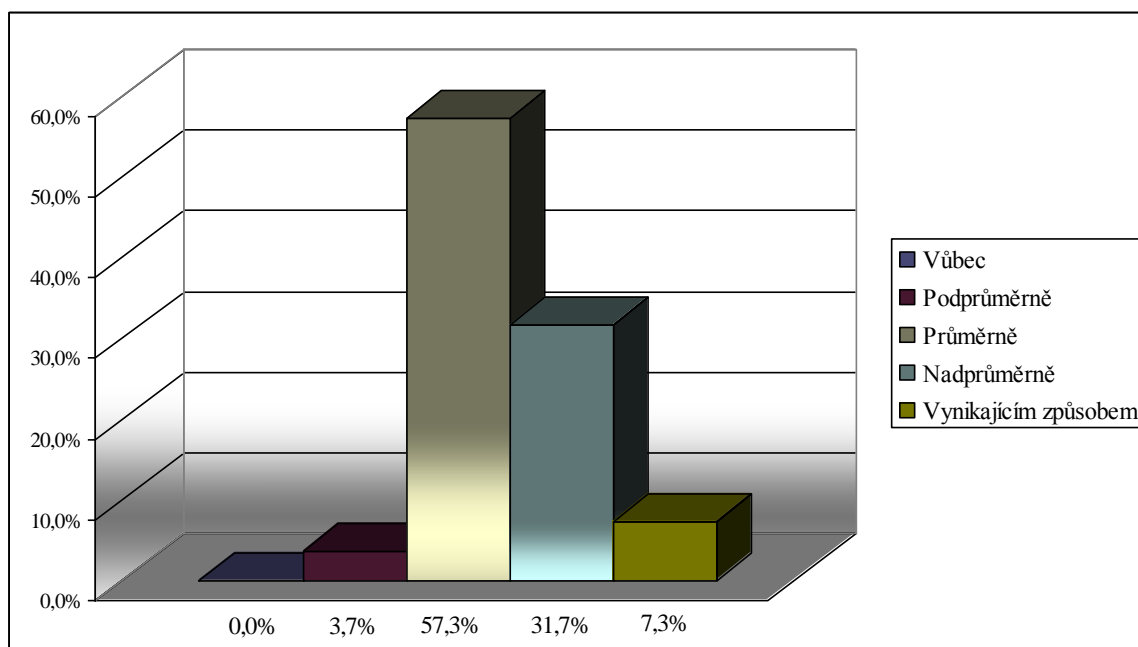
Z celkového počtu 82 respondentů si 72 (87,8 %) dotazovaných myslí, že dochází ke změně potřeb u nemocného s AD. Zbýlých 10 (12,2 %) respondentů si myslí, že nedochází ke změně potřeb u nemocného s AD.

**Položka č. 8 – Do jaké míry jsou uspokojovány potřeby ve Vašem zařízení u klientů s Alzheimerovou demencí?**

*Tabulka 7 – Míra uspokojování potřeb*

Míra uspokojování	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vůbec	0	0 %
Podprůměrně	3	3,7 %
Průměrně	47	57,3 %
Nadprůměrně	26	31,7 %
Vynikajícím způsobem	6	7,3 %
<b>Celkem</b>	<b>82</b>	<b>100 %</b>

*Graf 8 – Míra uspokojování potřeb*



Z celkového počtu 82 dotazovaných respondentů uvedlo 47 (57,3 %), že potřeby nemocných s AD jsou v jejich zařízení uspokojovány průměrně. Respondenti v počtu 26 (31,7 %) uvedli, že potřeby jsou uspokojovány nadprůměrně. Potřeby uspokojovány vynikajícím způsobem udává 6 (7,3 %) respondentů. Naopak podprůměrné uspokojování potřeb uvádí

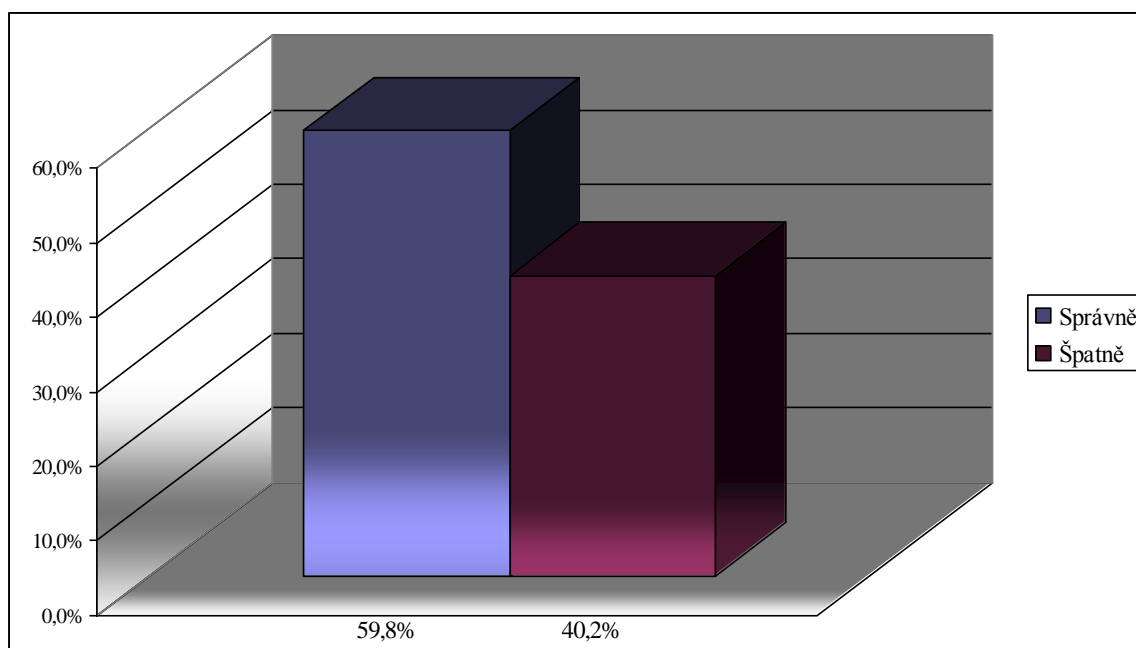
pouze 3 (3,7 %) respondenti. Žádný respondent si nemyslí, že by se potřeby v jejich zařízení neuspokojovaly vůbec.

**Položka č. 9 – Mezi biologické potřeby patří:**

*Tabulka 8 – Biologické potřeby*

Biologické potřeby	Absolutní četnost	Relativní četnost
Správně	49	59,8 %
Špatně	33	40,2 %
<b>Celkem</b>	<b>82</b>	<b>100 %</b>

*Graf 9 – Biologické potřeby*



Tato položka obsahovala 5 různých možností výběru. V každé položce byly nabídnuty potřeby jak biologické, psychické tak i sociální. Pouze jedna odpověď obsahovala pouze biologické potřeby. Počet respondentů se správnou odpovědí je 49 (59,8 %), špatnou odpověď zvolilo 33 respondentů (40,2 %).

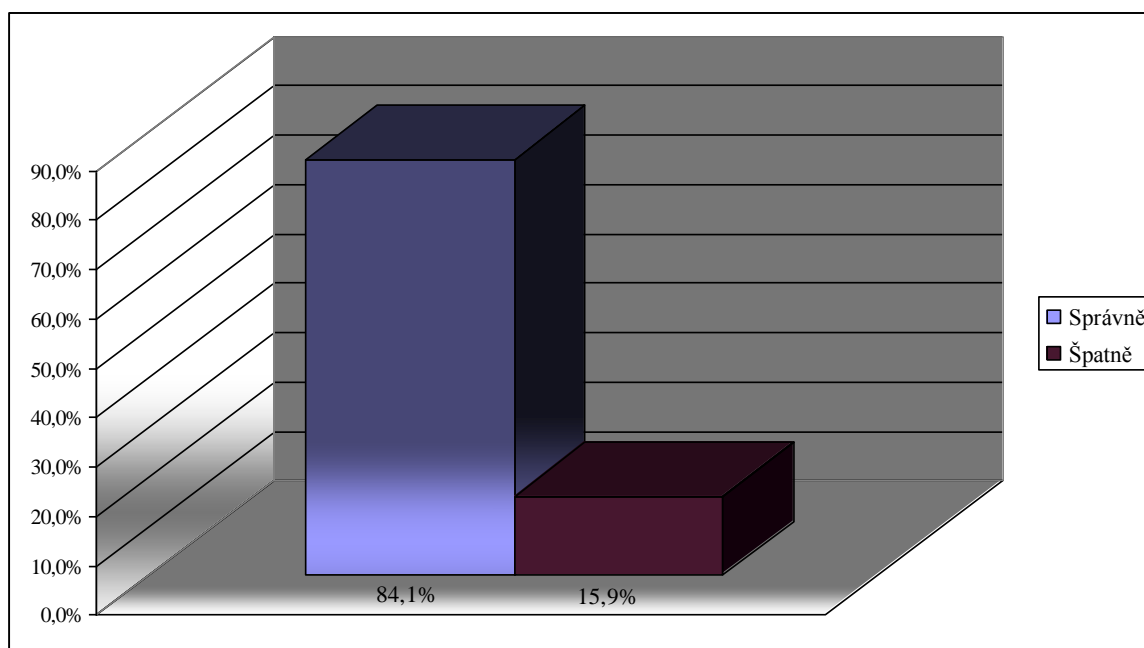


**Položka č. 10 – Nedostatečné uspokojování psychických potřeb vede ke specifické emoční reakci:**

*Tabulka 9 – Nedostatečné uspokojování psychických potřeb*

Psychické potřeby	Absolutní četnost	Relativní četnost
Správně	69	84,1 %
Špatně	13	15,9 %
<b>Celkem</b>	<b>82</b>	<b>100 %</b>

*Graf 10 – Nedostatečné uspokojování psychických potřeb*



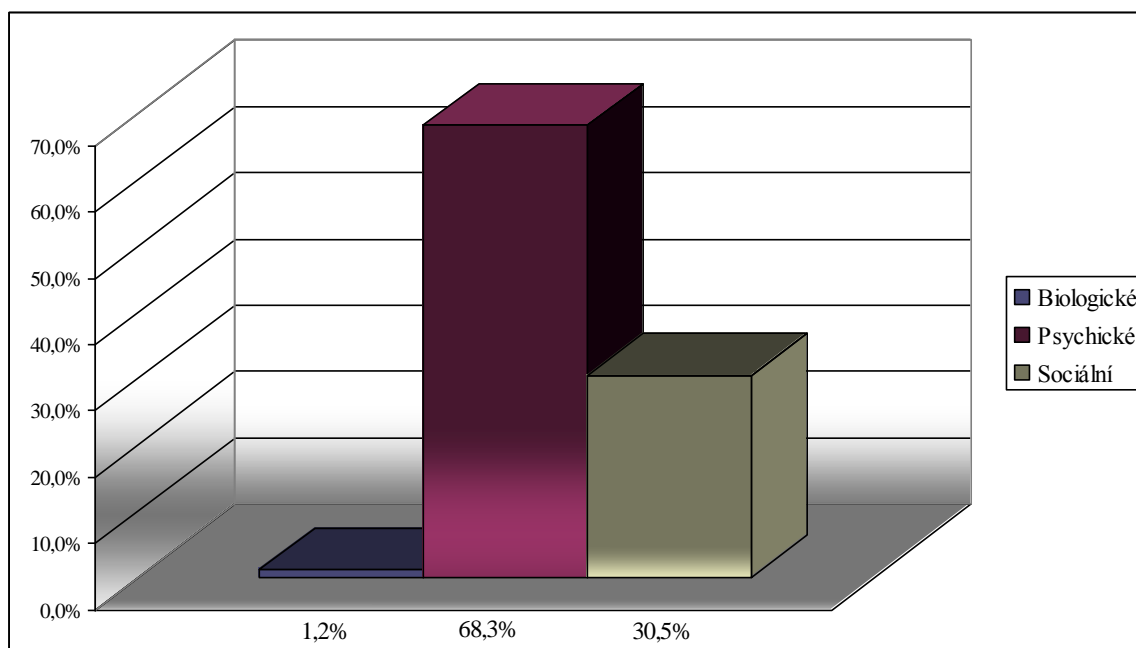
Položka č. 10 obsahovala 5 nabídnutých možností. Pouze jedna možnost obsahovala specifické emoční reakce při nedostatečném uspokojování psychických potřeb. Zbývající možnosti obsahovali navíc pocity, které jsou typické při neuspokojení biologických potřeb. Z celkového počtu 82 dotazovaných respondentů zvolilo správnou odpověď 69 (84,1 %), špatnou odpověď zvolilo 13 (15,9 %) dotazovaných respondentů.

**Položka č 11 – Ve které oblasti jsou dle Vašeho názoru potřeby nemocného s Alzheimerovou demencí uspokojovány nejobtížněji:**

*Tabulka 10 – Oblast nejobtížněji uspokojovaných potřeb*

Uspokojování potřeb	Absolutní četnost	Relativní četnost
Biologické	1	1,2 %
Psychické	56	68,3 %
Sociální	25	30,5 %
<b>Celkem</b>	<b>82</b>	<b>100 %</b>

*Graf 11 – Oblast nejobtížněji uspokojovaných potřeb*



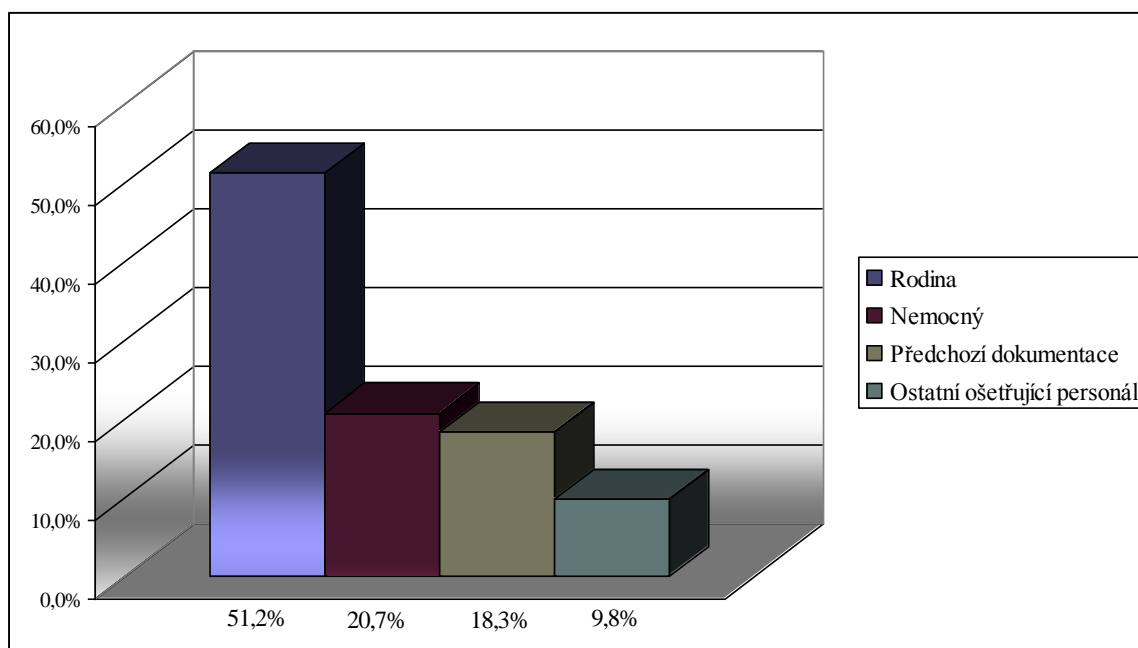
V této položce č. 11 jsem se zajímala o to, ve které oblasti si respondenti myslí, že jsou nejobtížněji uspokojovány potřeby nemocných s AD. Největší skupina respondentů je toho názoru, že jako nejobtížněji uspokojované potřeby jsou v oblasti psychické 56 (68,3 %). Další skupinu tvořily sociální potřeby, kterou uvedlo 25 (30,5 %) respondentů. Pouze 1 (1,2 %) respondent uvedl jako nejobtížněji uspokojované biologické potřeby.

**Položka č. 12 – Jaký používáte nejčastěji zdroj informací ke zhodnocení potřeb nemocného s Alzheimerovou demencí?**

*Tabulka 11 – Nejčastější zdroj informací*

Zdroj informací	Absolutní četnost	Relativní četnost
Rodina	42	51,2 %
Nemocný	17	20,7 %
Předchozí dokumentace	15	18,3 %
Ostatní ošetřující personál	8	9,8 %
<b>Celkem</b>	<b>82</b>	<b>100 %</b>

*Graf 12 – Nejčastější zdroj informací*



Položka č. 12 byla zaměřena na nejčastější zdroj informací ke zhodnocení potřeb nemocného s AD. Vybrat mohli pouze jednu jejich nejpreferovanější variantu. Nejčastější odpovědí byla volena rodina v zastoupení 42 (51,2 %) respondentů. Sám nemocný, byl jako zdroj informací volen 17 (20,7 %) respondenty. Možnost předchozí dokumentace volilo 15 (18,3 %) respondentů. Zbývajících 8 (9,8 %) respondentů zvolilo jako nejčastější zdroj informací ostatní ošetřující personál.

**Položka č. 13 – Jaké metody používáte nejvíce a nejméně ke zhodnocení potřeb nemocného s Alzheimerovou demencí?**

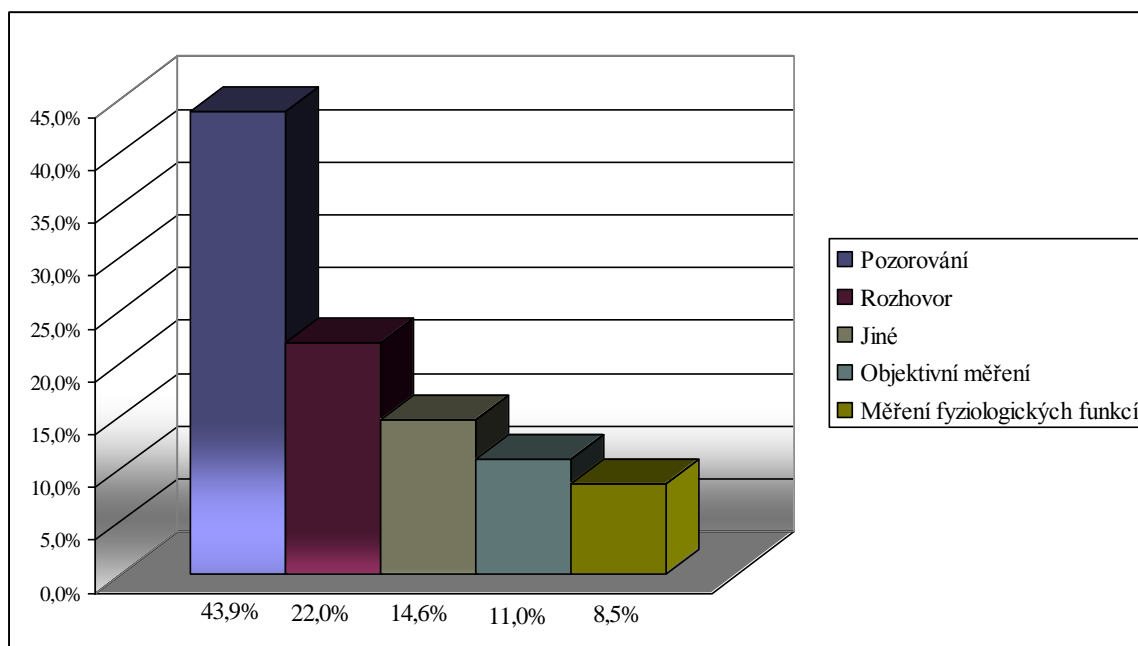
*Tabulka 12 – Používané metody*

Metody	Pořadí četnosti				
	Nejvíce - 1	2	3	4	5 - Nejméně
Rozhovor	18	30	12	10	5
Pozorování	36	15	13	11	5
Měření fyziologických funkcí	7	15	30	19	3
Objektivní měření	9	19	20	29	11
Jiné	12	3	7	13	58

*Tabulka 13 – Nejčastěji používané metody*

Metody	Absolutní četnost	Relativní četnost
Pozorování	36	43,9 %
Rozhovor	18	22 %
Jiné	12	14,6 %
Objektivní měření	9	11 %
Měření fyziologických funkcí	7	8,5 %
<b>Celkem</b>	<b>82</b>	<b>100 %</b>

Graf 13 – Nejčastěji používané metody



V položce č. 13 byli respondenti vybídnuti, aby označili arabskou číslicí pořadí (1 – 5), přičemž dvě metody nesměly zaujímat stejné místo, jaké metody používají nejvíce a nejméně ke zhodnocení potřeb nemocných s AD. Pořadí 1 značilo nejčastější zdroj informací, 5 nejméně často používaný zdroj informací. Pozorování, jako nejčastější metodu uvedlo 36 (43,9 %) respondentů, 18 (22 %) respondentů zvolilo rozhovor, jiné zvolilo 12 (14,6 %) respondentů, objektivní měření zvolilo 9 (11 %) respondentů a měření fyziologických funkcí zvolilo 7 (8,5 %) respondentů. Tato položka č. 13 nabízela 5 možností, kde respondenti arabskou číslicí označovali pořadí nejčastěji používaných a nejméně často používaných metod. Byla zde nabídnuta varianta označena jako „jiné“, kde jsem vyzvala respondenty, aby uvedli jaké. Z celkového počtu 82 respondentů pouze jeden respondent uvedl, jako jinou metodu používanou ke zhodnocení potřeb nemocného s AD informaci od příbuzných. Zbývajících 81 dotazovaných respondentů toto pole nechali volné a pouze přiřadili číslo.

**Položka č. 14 – Uved'te, které potřeby v dlouhodobé péči u klientů s Alzheimerovou demencí dle Vašeho soudu patří k nejčastěji uspokojovaným.**

*Tabulka 14 – Pořadí nejčastěji uspokojované potřeby*

Potřeby	Pořadí četnosti						
	Nejčastěji 1	2	3	4	5	6	7 nejméně
Aktivita	5	6	31	7	16	8	9
Rodina	17	11	15	16	7	8	8
Vyprazdňování	33	18	8	8	6	6	3
Spokojenosti	18	19	27	15	1	1	1
Hydratace	44	18	11	3	2	3	1
Soběstačnosti	23	21	9	13	5	6	5
Lásky	9	7	8	27	7	5	19
Hygieny	47	18	2	3	6	2	4
Komunikace	9	36	20	3	4	5	5
Výživy	57	19	2	2	1	1	0

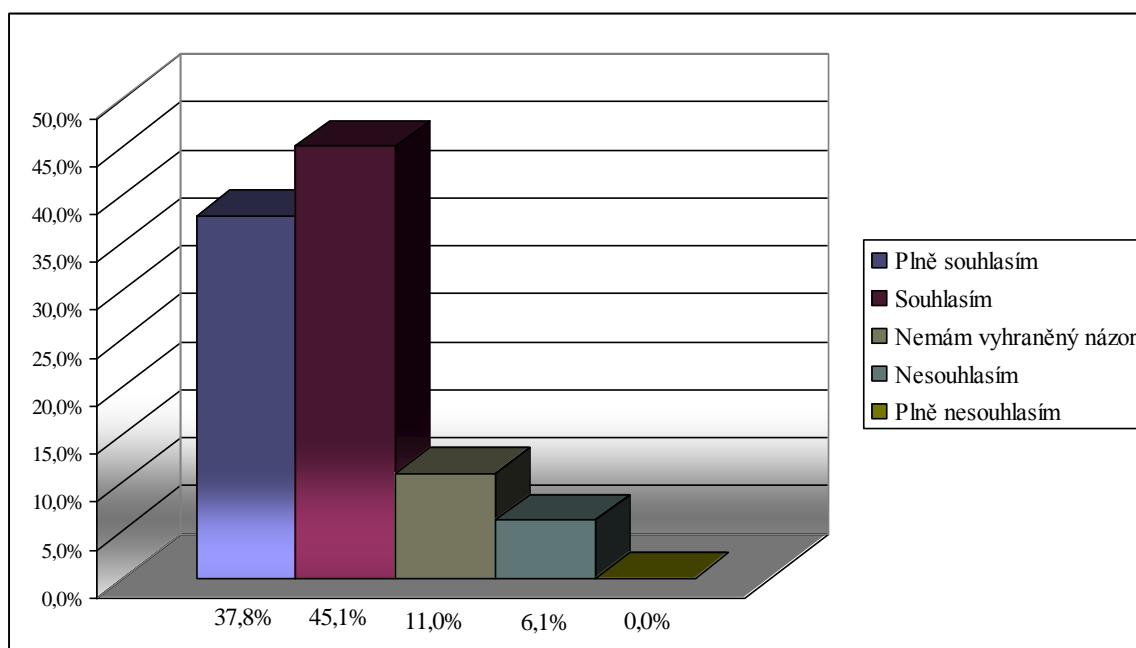
V položce č. 14 byly uvedeny potřeby a dána škála 1 až 7, kde měli respondenti vybrat na řádka vždy jednu kategorii míry uspokojení potřeb v dlouhodobé péči u klientů s AD. Číslo 1 udávala nejčastěji uspokojované a číslo 7 nejméně uspokojované potřeby. Součet četností určeného pořadí neodpovídá celkovému součtu vybraných respondentů. Biologické, psychické a sociální potřeby uvedeny v prvním sloupci byly záměrně zamíchány. Nejčastěji uspokojovanými potřebami v pořadí četnosti jsou potřeby biologické. Potřebu výživy zvolilo 57 respondentů, potřebu hygieny 47 respondentů, potřebu hydratace 44 respondentů a potřebu vyprazdňování zvolilo 33 respondentů. Naopak potřebu lásky zvolilo 9 respondentů, potřebu aktivity zvolilo pouze 5 respondentů.

**Položka č. 15 – Při nedostatečném uspokojování psychických potřeb, má nemocný s Alzheimerovou demencí pocity strachu, ohrožení, nedůvěry, nejistoty a pocity beznaděje.**

*Tabulka 15 – Nedostatečné uspokojování psychických potřeb*

Neuspokojení potřeb	Absolutní četnost	Relativní četnost
Plně souhlasím	31	37,8 %
Souhlasím	37	45,1 %
Nemám vyhraněný názor	9	11 %
Nesouhlasím	5	6,1 %
Plně nesouhlasím	0	0 %
<b>Celkem</b>	<b>82</b>	<b>100 %</b>

*Graf 14 – Nedostatečné uspokojování psychických potřeb*



V položce č 15 byli respondenti vyzváni k vyjádření stupni svého souhlasu či nesouhlasu, zda při nedostatečném uspokojování psychických potřeb má nemocný s AD pocity strachu, ohrožení, nedůvěry, nejistoty a pocity beznaděje. Plně souhlasilo 31 (37,8 %) respondentů, souhlasilo 45 (45,1 %) respondentů, vyhraněný názor nemělo 9 (11,0 %) respondentů a nesouhlasilo 5 (6,1 %) respondentů. Žádný respondent plně nesouhlasil.

**Položka č. 16 – Seřad'te uspokojování potřeb u klientů s Alzheimerovou demencí tak, jak by měl vypadat ideální stav v praxi.**

*Tabulka 16 – Uspokojování potřeb – ideální stav*

Potřeby	Pořadí četnosti									
	Nejvíce 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 nejméně
Aktivita	5	4	5	4	13	10	6	9	11	15
Rodina	13	15	11	9	12	1	8	4	8	0
Vyprazdňování	0	5	13	21	9	6	15	2	11	0
Spokojenosti	39	4	6	5	8	5	2	4	2	7
Hydratace	6	17	15	4	13	6	8	11	2	0
Soběstačnosti	3	10	13	6	2	7	4	13	8	16
Lásky	9	5	8	15	1	10	11	4	10	9
Hygieny	4	10	2	19	11	11	1	11	8	4
Komunikace	1	6	7	8	4	17	14	10	6	9
Výživy	14	13	10	6	8	5	7	2	4	13

V položce č. 16 byli respondenti vybidnuti, aby označili arabskou číslicí pořadí saturace potřeb (1 – 10), přičemž dvě potřeby nesměly zaujímat stejné místo, tak jak by měl vypadat ideální stav uspokojování potřeb. Pořadí 1 značilo nejvíce uspokojovány potřeby, 10 nejméně často uspokojovány potřeby. Součet četností určeného pořadí neodpovídá celkovému součtu vybraných respondentů. Respondenti označili za ideální stav následující pořadí uspokojování potřeb: potřeba spokojenosti (39), potřeba výživy (14), potřeba rodiny (13), potřeba lásky (9), potřeba hydratace (6), potřeba aktivity (5), potřeba hygieny (4), potřeba soběstačnosti (3), potřeba komunikace (1) a potřeba vyprazdňování (0).



**Položka č. 17 – Seřad'te uspokojování potřeb u klientů s Alzheimerovou demencí, tak jak vypadá v běžné praxi.**

*Tabulka 17 – Uspokojování potřeb – běžná praxe*

Potřeby	Pořadí četnosti									
	Nejvíce 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 nejméně
Aktivita	6	11	5	1	8	9	22	9	7	4
Rodina	5	5	14	6	15	4	12	10	9	2
Vyprazdňování	9	10	15	32	2	6	1	4	2	1
Spokojenosti	13	1	5	13	5	27	7	7	4	0
Hydratace	27	26	4	5	15	5	0	0	0	0
Soběstačnosti	0	0	0	4	9	14	11	13	19	12
Lásky	0	3	0	7	3	9	6	8	7	39
Hygieny	12	2	30	8	5	6	2	7	5	5
Komunikace	0	0	2	9	16	11	9	17	13	5
Výživy	28	21	5	6	2	3	0	6	0	11

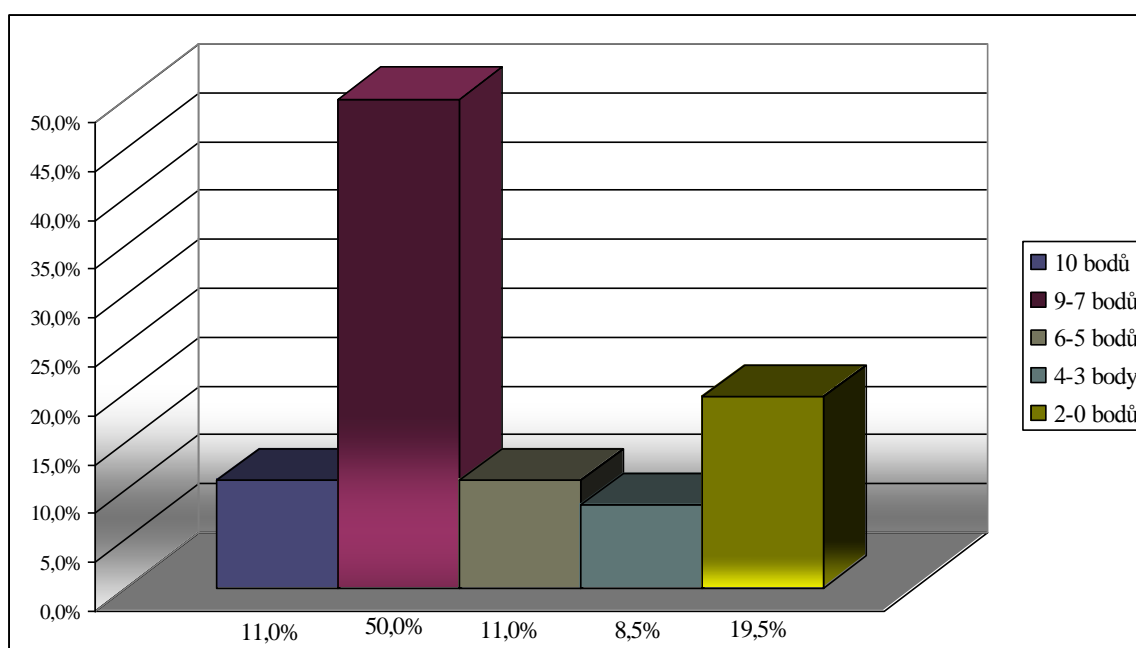
V položce č. 17 byli respondenti vybidnuti, aby označili arabskou číslicí pořadí saturace potřeb (1 – 10), přičemž dvě potřeby nesměli zaujímat stejné místo, tak jak vypadá uspokojování potřeb v běžné praxi. Pořadí 1 značilo nejvíce uspokojovány potřeby, 10 nejméně často uspokojovány potřeby. Součet četností určeného pořadí neodpovídá celkovému součtu vybraných respondentů. Respondenti označili uspokojování potřeb u klientů s AD v běžné praxi v následujícím pořadí: potřeba výživy (28), potřeba hydratace (27), potřeba spokojenosti (13), potřeba hygieny (12), potřeba vyprazdňování (9), potřeba aktivity (6), potřeba rodiny (5), potřeba komunikace (0), potřeba lásky (0) a potřeba soběstačnosti (0).

## Položka č. 18 – Pokuste se správně seřadit pocity nemocného k uvedeným potřebám.

Tabulka 18 – Potřeby a pocity

Bodové hodnocení	Absolutní četnost	Relativní četnost
10 bodů	9	11,0 %
9 – 7 bodů	41	50,0 %
6 – 5 bodů	9	11,0 %
4 – 3 body	7	8,5 %
2 – 0 body	16	19,5 %
<b>Celkem</b>	<b>82</b>	<b>100 %</b>

Graf 15 – Potřeby a pocity



Položka č. 18 obsahovala tabulku, ve které byly dva sloupce. Levý sloupec obsahoval potřeby (10 položek) a pravý sloupec obsahoval pocity (10 položek) při nedostatečném uspokojování potřeb. Respondenti měli za úkol správně přiřadit potřeby k vybraným pocitům. Při vyhodnocení jsem si stanovila stupnici dle správnosti přiřazení. Pouze 9 (11 %) respondentů přiřadilo správně všechny pocity k daným potřebám a získalo tak 10 bodů. Dále 9 až 8 bodů získalo 41 (50 %) respondentů, 6-5 bodů získalo 9 (11 %) respondentů,

4 až 3 body získalo 7 (8,5 %) respondentů. Respondenti v počtu 16 (19,5 %) získali 2-0 bodů.

**Položka č. 19 – Uved'te alespoň 2 potřeby, které se při Alzheimerově demenci mění a jak.**

V položce č. 19 byli respondenti vyzváni, aby uvedli alespoň 2 potřeby, které se u klientů s AD mění. Ve většině případů byly jako měnící se potřeby uvedeny potřeby biologické – potřeba hygieny, výživy vyprazdňování a hydratace. Pouze malá část uvedla potřebu spánku, soběstačnosti, rodiny a komunikace. Pouze jeden respondent uvedl potřebu lásky a bezpečí.

#### 4.7 Statistická analýza

Pro ověření stanovených hypotéz jsem použila postup, který se nazývá statistický postup test dobré shody chí-kvadrát. Tento test se řadí mezi testy neparametrické. „*U této kategorie testů významnosti se ověřuje, zda četnosti, které byly získány měřením v pedagogické realitě, se významně odlišují od teoretických četností, které odpovídají dané nulové hypotéze*“ (Chráška, 2006, s. 81).

Nulová hypotéza značena jako  $H_0$  je předpoklad, že mezi sledovanými jevy není vztah (souvislost, rozdíl). Pokud se neprokáže nulová hypotéza, přijímá se hypotéza alternativní. Alternativní hypotéza značena jako  $H_A$  je předpokladem, že mezi sledovanými jevy je vztah (souvislost, rozdíl).

O tom, zda přijmeme nebo nepřijmeme nulovou hypotézu, rozhodneme na základě ověřování nulové hypotézy. K tomuto účelu se zpravidla vypočítává tzv. testové kritérium, což je číselná charakteristika odvozená ze zjištěných dat. Pro test dobré shody chí-kvadrát je testovým kritériem hodnota:

$$x^2 = \sum \frac{(P - O)^2}{O}$$

$x^2$  - je testové kritérium chí-kvadrát

P – pozorovaná četnost

O – očekávaná četnost

Jestliže je výsledek výzkumu statisticky významný, znamená to, že je velmi nepravděpodobné, že by byl způsoben pouhou náhodou. Postupy umožňující rozhodnutí, zda je či není výsledek statisticky významný (signifikantní), se nazývají statistické testy významnosti. „Hladina významnosti je pravděpodobnost, že neoprávněně odmítneme nulovou hypotézu. Tuto pravděpodobnost lze zvolit podle situace (její závažnosti), ve většině pedagogických výzkumů se však pracuje na hladině významnosti 0,05 (5 %) nebo 0,01 (1 %). Počet stupňů volnosti závisí u testu dobré shody chí-kvadrát na počtu řádků v tabulce“ (Chrásková, 2006, s. 83-84). Stupeň volnosti se počítá tak, že od počtu řádků v tabulce se odpočítá číslo 1. Pokud přijmeme nulovou hypotézu, znamená to, že výsledky je možno docela dobře připisat na vrub náhody, že tedy mezi studovanými jevy není významný vztah, souvislost nebo rozdíl.

Pro statistickou analýzu jsem vypracovala alternativní a nulovou hypotézu, fakta vložím do kontingenční tabulky a pro výpočet budu používat testové kritérium chí-kvadrát.

**H1: Předpokládám, že větší polovina respondentů pečujících o klienty s Alzheimerovou demencí bude znát definici potřeby a jejich rozdělení.**

H<sub>01</sub>: Četnosti respondentů, kteří znají a neznají správnou definici potřeby, jsou stejné

H<sub>A1</sub>: Četnosti respondentů, kteří znají a neznají správnou definici potřeby, jsou rozdílné

Tabulka 19 – Statistická analýza H1

Definice	P	O	P - O	(P - O) <sup>2</sup>	$\frac{(P - O)^2}{O}$
Správně	53	41	12	144	3,512
Špatně	29	41	12	144	3,512
	$\Sigma 82$	$\Sigma 82$			$\Sigma 7,024$

Ve statistických tabulkách jsem zjistila, že kritická hodnota chí-kvadrát pro hladinu významnosti 0,05 a 1 stupeň volnosti je  $\chi^2_{0,05}(1) = 3,841$ . Zjistila jsem, že hodnota testové

ho kritéria  $\chi^2 = 7,024$  je větší než kritická hodnota a proto odmítám nulovou hypotézu. Lze tedy dokázat, že mezi volenými odpověďmi je rozdíl a žádnou roli zde nehraje náhoda.

**H2: Předpokládám, že větší polovina respondentů pečujících o klienty s Alzheimerovou demencí umí správně rozeznat, jaké jsou emoční reakce při nedostatečném uspokojování psychických potřeb.**

H<sub>0</sub>2: Četnosti respondentů, kteří umí a neumí správně rozeznat emoční reakce při nedostatečném uspokojování psychických potřeb, jsou stejné.

H<sub>A</sub>2: Četnosti respondentů, kteří umí a neumí správně rozeznat emoční reakce při nedostatečném uspokojování psychických potřeb, jsou rozdílné.

Tabulka 20 – Statistická analýza H2

Psychické potřeby	P	O	(P – O)	(P – O) <sup>2</sup>	$\frac{(P - O)^2}{O}$
Správně	69	41	28	784	19,121
Špatně	13	41	-28	784	19,121
	$\Sigma$ 82	$\Sigma$ 82			$\Sigma$ 38,242

Ve statistických tabulkách jsem zjistila, že kritická hodnota chí-kvadrát pro hladinu významnosti 0,05 a 1 stupeň volnosti je  $\chi^2_{0,05}(1) = 3,841$ . Zjistila jsem, že hodnota testového kritéria  $\chi^2 = 38,242$  je větší než kritická hodnota a proto odmítám nulovou hypotézu. Lze tedy dokázat, že mezi volenými odpověďmi je rozdíl a žádnou roli zde nehraje náhoda.

**H3: Předpokládám, že méně jak polovina respondentů pečujících o klienty s Alzheimerovou demencí bude jako nejčastější metodu hodnocení potřeb nemocných uvádět rozhovor.**

$H_0$ : Četnosti respondentů, kteří používají metodu rozhovoru, pozorování, měření fyziologických funkcí, objektivních měření či jiných metod jsou stejné.

$H_A$ : Četnosti respondentů, kteří používají metodu rozhovoru, pozorování, měření fyziologických funkcí, objektivních měření či jiných metod jsou rozdílné.

Tabulka 21 – Statistická analýza H3

Metody	P	O	(P – O)	(P – O) <sup>2</sup>	$\frac{(P - O)^2}{O}$
Pozorování	36	16,4	19,6	384,16	23,424
Rozhovor	18	16,4	1,6	2,56	0,156
Jiné metody	12	16,4	-4,4	19,36	1,180
Objektivní měření	9	16,4	-7,4	54,76	3,339
Měření fyziologických funkcí	7	16,4	-9,4	88,36	5,388
	$\Sigma$ 82	$\Sigma$ 82			$\Sigma$ 33,487

Ve statistických tabulkách jsem zjistila, že kritická hodnota chí-kvadrát pro hladinu významnosti 0,05 a 4 stupeň volnosti je  $\chi^2_{0,05}(4) = 9,488$ . Zjistila jsem, že hodnota testového kritéria  $\chi^2 = 33,487$ , je větší než kritická hodnota a proto odmítám nulovou hypotézu. Lze tedy dokázat, že mezi volenými odpověďmi je rozdíl a žádnou roli zde nehraje náhoda.

**H4: Předpokládám, že méně jak čtvrtina respondentů pečujících o klienty s Alzheimerovou demencí bude uvádět biologické potřeby jako nejhůře uspokojované**

H<sub>0</sub>4: Četnosti respondentů, kteří uvádějí jako nejhůře saturovány potřeby biologické, psychické a sociální jsou stejné.

H<sub>A</sub>4: Četnosti respondentů, kteří uvádějí jako nejhůře saturovány potřeby biologické, psychické a sociální jsou rozdílné.

Tabulka 22 – Statistická analýza H4

Potřeby	P	O	(P – O)	(P – O) <sup>2</sup>	$\frac{(P - O)^2}{O}$
Biologické	1	27,3	-26,3	691,69	25,337
Psychické	56	27,3	28,7	823,69	30,172
Sociální	25	27,3	-2,3	5,29	0,194
	$\Sigma$ 82	$\Sigma$ 82			$\Sigma$ 55,703

Ve statistických tabulkách jsem zjistila, že kritická hodnota chí-kvadrát pro hladinu významnosti 0,05 a 2 stupeň volnosti je  $\chi^2_{0,05}(2) = 5,991$ . Zjistila jsem, že hodnota testového kritéria  $\chi^2 = 55,703$ , je větší než kritická hodnota a proto odmítám nulovou hypotézu. Lze tedy prokázat, že mezi volenými odpověďmi je rozdíl a žádnou roli zde nehraje náhoda.

## DISKUZE

Ve své práci jsem se zabývala problematikou potřeb u klientů s Alzheimerovou demencí. Práci jsem rozdělila na část teoretickou a praktickou.

### **Cíl č. 1 - Popsat proces diagnostiky a terapie u klientů s Alzheimerovou demencí**

Tomuto cíli jsem se podrobně věnovala v teoretické části. Informace týkající se AD jsem získala nejen z literatury, ale i z odborných časopisů. Při psaní teoretické části bakalářské práce byl pro mě největší problém sehnat dostatek kvalitní literatury, která je zaměřena na každodenní péči dementních pacientů a na saturaci potřeb z pohledu pečujícího personálu. Myslím si, že kvalitní lékařské literatury je poměrně dostatečný výběr, ale co se týká literatury pro pečující a ošetřující personál je stále minimální. Pro odbornou část jsem využila knihy *Demence* od Pidrmana. Tato kniha velmi podrobně zahrnuje charakteristiku onemocnění. Pro potřebné informace týkajících se jednotlivých stádií AD jsem využila knihy *Demence a jiné poruchy paměti* od autorů: Jiráková, Holmerová, Borzová. Z této knihy jsem také čerpala informace týkajících se nefarmakologické léčby, která je zde velmi hezky a podrobně popsána. Alzheimerova demence je těžké duševní onemocnění, které postihuje různé části psychiky. Hlavním příznakem je porušení kognitivních a nekognitivních funkcí. U AD odlišujeme tři stadia nemoci. Alzheimerovu demenci diagnostikujeme vyšetřovacími přístrojovými metodami nebo testovacími a škálovacími metodami. Mezi nejznámější skórovací testy patří test Barthelové a MMSE (skórovací testy viz příloha). Terapii dělíme na farmakologickou a nefarmakologickou. Teoretickou část bakalářské práce jsem konzultovala se špičkami psychiatrické medicíny jako je prim. MUDr. Mgr. Lužný Jan PhD a prim. MUDr. Zmeková Jana. Cíl č. 1 byl splněn.

### **Cíl č. 2 - Popsat přístupy k ošetřování u klientů s Alzheimerovou demencí v kroměřížském regionu**

Druhá kapitola patřila ošetrovatelské péči u klientů s AD v kroměřížském regionu. Dle mého názoru je samozřejmě ideální pečovat o nemocného v domácím prostředí. Ale nabízí se otázka, je-li to vůbec možné. Péče o takového nemocného je poměrně dost náročná. Pečující osobou bývá většinou manželka, manžel, děti a někdy i nejbližší rodina. Toto onemocnění nemění život jen samotnému člověku, ale také celé rodině, především pečujícím. Myslím si, že spousta lidí, kteří mají příbuzného, u kterého byla diagnostikována AD,



velmi často vyhledávají ústavy sociálních služeb nebo psychiatrické léčebny. Z mé praxe dobře vím, že ústavy sociálních služeb jsou kapacitně omezeny a čekací doba bývá někdy dlouhá. Proto se příbuzní obracejí na psychiatrickou léčebnu, kde se nachází v dnešní době již několik geronto-psychiatrických oddělení, jak mužských tak i ženských. Chápu, že péče o nemocného s AD ve třetím stádiu je velmi náročná, a takový člověk potřebuje nejen celodenní péči, ale také pomoc s jídlem, hygienou atd. V roce 2009 bylo v Kroměříži v rámci sociálních služeb vybudováno zařízení určené právě pro klienty trpících nejen AD, ale i jiným typem demencí. Toto zařízení „*STROM ŽIVOTA*“ má ovšem kapacitu 54 lůžek, což si myslím, že je velmi málo, vzhledem k přibývajícimu růstu pacientů s AD. Dále zde zmiňuji ČALS, která má dnes již 25 kontaktních míst, ale bohužel ani jedno není v kroměřížském regionu. Nejbližší kontaktní místo se nachází v Uherském Brodě a ve Vsetíně, což dle mého názoru cestovat s nemocných zvláště ve třetím stádiu AD je téměř nemožné a navíc může být i náročné pro samotného nemocného. Cíl č. 2 byl splněn.

### **Cíl č. 3 - Vymezení potřeby u klientů s Alzheimerovou demencí**

V další části jsem vydefinovala základní potřeby nemocných s AD. Pro obecný rámec charakteristiky potřeb jsem použila Maslowovu pyramidu potřeb neboť potřeby dle Chloubové jsou velmi rozsáhlé a vyšší potřeba u těchto klientů jsou obtížně definovány. Jelikož dlouhodobě pracuji v zařízení, kde jsou hospitalizováni pacienti s AD, vím, že u těchto pacientů bývají v největší míře uspokojovány pouze základní potřeby, jako jsou potřeba fyziologických funkcí, příjmu potravy, potřeba hygienické péče, potřeba odpočinku a spánku, potřeba pohybu a aktivity a potřeba vyprazdňování. Vyšší potřeby, bývají především u pacientů ve třetím stádiu AD, z důvodu postižení kognitivních funkcí velmi obtížně saturovány nebo nejsou uspokojovány vůbec. Cíl č. 2 splněn.

**V praktické části** jsem na základě analýzy výsledků dotazníkového šetření ověřovala hypotézy ke splnění stanovených cílů. Cíle práce byly splněny.

### **Cíl č. 4 - Zjistit, zda pečující personál o klienty s Alzheimerovou demencí zná definici potřeby a jejich rozdělení**

**Hypotéza č. 1:** Kde přepokládám, že větší polovina respondentů pečujících o klienty s AD bude znát definici potřeby, **se potvrdila**. V položce č. 6 byly nabídnuty 4 varianty výběru, ale pouze jedna varianta byla správná. Správná odpověď zněla: „*Potřeba je zdrojem chování a jednání člověka a velmi úzce souvisí s kvalitou života každého jedince*“. Správnou definici označilo 53 (64,6 %) respondentů. Původně jsem očekávala, že respondentů, kteří

budou volit správnou odpověď, bude mnohem více. Z tohoto důvodu jsem vypracovala brožuru, která bude sloužit jako pomůcka pro pečující personál. V této brožuře, jsem stručně popsala všechna tři stádia AD, ale také jsem vytyčila potřeby u klientů s AD ve všech stádiích nemoci.

**Hypotéza č. 2:** Kde předpokládám, že větší polovina respondentů pečujících o klienty s AD umí správně rozeznat, jaké jsou emoční reakce při nedostatečném uspokojování psychických potřeb, **se potvrdila**. Položka č. 10 obsahovala 5 nabídnutých možností. Pouze jedna možnost obsahovala specifické emoční reakce při nedostatečném uspokojování psychických potřeb – úzkost, strach, agresi, nedůvěru. Zbývající možnosti obsahovali navíc pocity, které jsou typické při neuspokojení biologických potřeb jako např. nucení na stoličci, hlad, dušnost aj. Z celkového počtu 82 dotazovaných respondentů správně odpovědělo 69 (84,1 %) a pouze 13 (15,9 %) odpovědělo špatně. Zde hodnotím velmi kladně, že poměrně vysoký počet respondentů zná nejen základní neboli biologické potřeby, ale také psychické potřeby u klientů s AD a také, že umí specifikovat nejen základní potřeby, ale také umí specifikovat druhy potřeb.

#### **Cíl č. 5 - Zjistit jakým způsobem personál pečující o klienty s Alzheimerovou demencí hodnotí jejich potřeby**

**Hypotéza č. 3:** Kde předpokládám, že méně jak polovina respondentů pečujících o klienty s AD bude, jako nejčastější metodu hodnocení potřeb nemocných s AD uvádět rozhovor **se potvrdila**. V položce č. 13 byli respondenti vybídnuti, aby označili arabskou číslicí pořadí (1 – 5), přičemž dvě metody nesměly zaujímat stejné místo, jaké metody používají nejvíce a nejméně ke zhodnocení potřeb nemocných s AD. Pořadí 1 značilo nejčastější zdroj informací, 5 nejméně často používaný zdroj informací. Pozorování, jako nejčastější metodu uvedlo 36 (43,9 %) respondentů, 18 (22 %) respondentů zvolilo rozhovor, jiné zvolilo 12 (14,6 %) respondentů, objektivní měření zvolilo 9 (11 %) respondentů a měření fyziologických funkcí zvolilo 7 (8,5 %) respondentů. Byla zde nabídnuta varianta označena jako „jiné“, kde jsem vyzvala respondenty, aby uvedli jaké. Z celkového počtu 82 respondentů pouze jeden respondent uvedl, jako jinou metodu používanou ke zhodnocení potřeb nemocného s AD informaci od příbuzných. Zbývajících 81 dotazovaných respondentů toto pole nechali volné a pouze přiřadili číslo. Původně jsem se domnívala, že nejčastější metodou, která bude sloužit k hodnocení potřeb nemocných s AD, bude pozorování, ale v mnohem větším zastoupení než jak uvedli dotazovaní respondenti. U většiny pacientů s AD se setkáváme s tím, že komunikace bývá pro něj dost obtížná. Samozřejmě se

také nabízí rozhovor, ale ten je možný pouze v takovém případě, že nemocný je komunikující, rozumí mluvenému slovu, není zmatený a desorientovaný.

#### **Cíl č. 6 - Zjistit, ve které oblasti jsou nejhůře saturovány potřeby u klientů s Alzheimerovou demencí**

**Hypotéza č. 4:** Kde předpokládám, že méně jak čtvrtina respondentů pečujících o klienty s AD bude uvádět biologické potřeby jako nejhůře uspokojované, **se potvrdila**. V této položce č. 11 jsem se zajímala o to, ve které oblasti si respondenti myslí, že jsou nejobtížněji uspokojovány potřeby nemocných s AD. Největší skupina respondentů je toho názoru, že jako nejobtížněji uspokojované potřeby jsou v oblasti psychické 56 (68,3 %). Další skupinu tvořily sociální potřeby, kterou uvedlo 25 (30,5 %) respondentů. Pouze 1 (1,2 %) respondent uvedl jako nejobtížněji uspokojované biologické potřeby. V této položce jsem byla docela překvapena z odpovědi jednoho respondenta, který uvedl, že nejhůře uspokojované potřeby jsou právě potřeby biologické. Dávám to na vrub tomu, že si možná špatně přečetl otázku. Domnívám se, že psychické potřeby jsou opravdu obtížně saturovány, zvláště u pacientů žijících v různých typech zařízení nebo hospitalizovaných v léčebnách ať už psychiatrických nebo pro dlouhodobě nemocné. Pacient, který je v domácím prostředí obklopen svou nejbližší rodinou, je na tom vždy mnohem lépe než ti, kteří jsou v cizím a neznámém prostředí. Vždyť takový to nemocný potřebuje lásku a porozumění svých nejbližších.

#### **Cíl č. 7 - Presentace informací o poznacích ošetrovatelské péče u klientů s Alzheimerovou demenci na konferenci s mezinárodní účastí „*Současné trendy v léčbě a ošetrovatelské péči o nemocné s diagnózou demence a Alzheimerova choroba*“**

V měsíci březnu 2011 jsem se aktivně zúčastnila, pod záštitou Psychiatrické léčebny v Kroměříži, konference s mezinárodní účastí, kde jsem prezentovala deficity potřeb u AD s návrhy ošetrovatelských diagnóz a intervencí v obraze konkretizace a postupy specifických měřících škál pro tento typ choroby. Tato konference probíhala v krásném secesním sále v prostorách Psychiatrické léčebny. Tato konference byla určena jak lékařským, tak i nelékařským povoláním a počet účastníků byl 110 (pozvánka viz příloha). Cíl č. 6 byl splněn.

## NÁVRH ŘEŠENÍ DO PRAXE

Při návštěvě zařízení, ve kterém jsem prováděla šetření, tak i na oddělení, na kterém pracuji, jsem zjistila, že chybí nebo nejsou vůbec dostupné informace týkající se potřeb nemocných s AD. K mému údivu jsem při šetření také zjistila, že ne všichni pečující vědí, co to vůbec potřeba je. Také mě hodně překvapilo, že pečující personál má nedostatečné vědomosti v oblasti saturace potřeb nemocných s AD, neumí přiřadit dané pocity k uvedeným potřebám. Z tohoto důvodu jsem se rozhodla vypracovat brožuru, která bude zahrnovat nejen základní, ale i vyšší potřeby u klientů s AD, dále základní rozdělení potřeb, reakce při nedostatečném uspokojování potřeb atd. Tuto brožuru bych chtěla nabídnout nejen zařízením, ve kterém jsem prováděla šetření, ale také zařízením, kde o takové klienty pečují.

## ZÁVĚR

Bakalářská práce na téma „Potřeby u klientů s Alzheimerovou demencí“ byla pro mě velkým přínosem, co se týká jak nově zjištěných poznatků v ošetrovatelské péči o klienty, tak nově nabytých teoretických informací. Během své dlouhodobé praxe se s těmito klienty setkávám téměř denně. Bakalářská práce je vedena podle předem stanovené osnovy. V teoretické části jsem popsala proces diagnostiky a terapie u klientů s AD. Při zpracování teoretické části bylo pro mě problémem sehnat dostatek odborné literatury, která by byla zaměřena jen na ošetrovatelskou část a ne pouze na klinickou část. V teoretické části práce jsem zjistila, že je stále v dnešní době velmi málo zařízení, specifické pro nemocné s AD. V kroměřížském regionu je pouze jedno zařízení specifikované pro takto nemocné pacienty a jeho kapacita vzhledem k nárůstu této choroby velmi nízká. V praktické části jsem použila metodu dotazníkového šetření. Praktická část obsahuje vyhodnocení jednotlivých položek dotazníku. Ve své práci jsem stanovila 7 hlavních cílů. Všechny cíle byly splněny. Výstupem mé práce je vypracování brožury s názvem: „Potřeby u klientů s Alzheimerovou demencí“, kterou bych chtěla nabídnout nejen zařízením, ve kterých jsem prováděla dotazníkové šetření, ale také rodinám pečujícím o nemocného trpícím AD. V poslední řadě jsem se aktivně zúčastnila konference s mezinárodní účastí na téma: „*Současné trendy v léčbě a ošetrovatelské péči o nemocné s diagnózou demence a Alzheimerova choroba*“, kde jsem prezentovala informace o poznacích ošetrovatelské péče zaměřené na potřeby nemocných s AD. Myslím si, že tato konference měla pro zdravotní personál velký přínos. Domnívám se, že oba výstupy mé práce budou pro ošetřující personál přínosem. Péče o klienty s AD je velmi náročná jak po fyzické, tak po psychické stránce celého zdravotnického týmu. Práce v takto frekventovaných zařízeních vyžaduje od ošetřujícího personálu trpělivost, laskavost, empatii, profesionalitu, odbornost a v neposlední řadě hlavně kvalitní teoretické znalosti a praktické dovednosti, byť se jedná o takto základní platformu, jakou jsou potřeby člověka, jak v každodenním životě, tak zejména v nemoci samé.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

### Monografie:

- [1] *Alzheimerova nemoc v rodině*. Praha: Maxdorf, 1998. 96 s. ISBN 80-85800-96-9.
- [2] BUIJSSEN, Huub. *Demence: průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2006. 132 s. ISBN 80-7367-081-X.
- [3] DOENGES, Marilyn E.; MOORHOUSE, Mary Frances. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2001. 565 s. ISBN 80-247-0242-8.
- [4] FRANKOVÁ, Vanda. *Léčba poruch chování u pacientů s demencí*. Praha: Galén, 2005. 20 s. ISBN 80-86257-32-0.
- [5] GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. 207 s. ISBN 80-85931-79-6.
- [6] HRDLIČKA, Michal; HRDLIČKOVÁ, Darina. *Demence a poruchy paměti: pro praktické lékaře*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 1999. 53 s. ISBN 80-7169-797-4.
- [7] CHRÁSKA, Miroslav. *Úvod do výzkumu v pedagogice*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. 200 s. ISBN 80-244-1367-1
- [8] JIRÁK, Roman, et al. *Demence*. Praha: Maxdorf, 1999. 226 s. ISBN 80-85800-44-6.
- [9] JIRÁK, Roman; HOLMEROVÁ, Iva; BORZOVÁ, Claudia. *Demence: a jiné poruchy paměti*. Praha : Grada Publishing, 2009. 164 s. ISBN 978-80-247-2454-6.
- [10] JIRÁK, Roman; KOUKOLÍK, František. *Demence: Neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Vyd. 1. Praha: Galén, 2004. 324 s. ISBN 80-7662-268-4.
- [11] JIRÁK, Roman; OBENBERGER, Jiří; PREISS, Marek. *Alzheimerova choroba*. Praha: Maxdorf, 1998. 64 s. ISBN 80-85800-88-8.
- [12] KALVACH, Zdeněk, et al. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2008. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.
- [13] KOUKOLÍK, František; JIRÁK, Roman. *Alzheimerova nemoc a další demence*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 1998. 229 s. ISBN 80-7169-615-3.
- [14] KRÁTKÁ, Anna. *Potřeby nemocných v ošetrovatelském procesu*. Vyd. 1. Zlín: Univerzita Tomáše Bati, 2007. 46 s. ISBN 978-80-7318-643-2.

- [15] KUČEROVÁ, Helena. *Demence v kazuistikách*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2006. 109 s. ISBN 80-247-1491-4.
- [16] DOENGES, Marilyn E.; MOURHOUSE, Mary Frances. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Vyd. 2. Praha: Grada Publishing, 2001. 565 s. ISBN 80-247-0242-8.
- [17] MARKOVÁ, Eva; VENGLÁŘOVÁ, Martina; BABIAKOVÁ, Mira. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada Publishing, 2006. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.
- [18] PIDRMAN, Vladimír. *Demence*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2007. 183 s. ISBN 978-80-247-1490-5.
- [19] POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2010. 158 s. ISBN 978-80-247-3271-8.
- [20] POPOVIČ, Ľubomír. *Propedeutika vedeckej práce v ošetrovatel'stve II*. Ružomberok: Monigrafia, 2009. 80 s. ISBN 978-80-8084-498-1.
- [21] SCHULER, Matthias; OSTER, Peter. *Geriatric od A do Z: pro sestry*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2010. 336 s. ISBN 978-80-247-3013-4.
- [22] TRACHTOVÁ, Eva, et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesy*. Vyd. 1. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. 186 s. ISBN 80-7013-285-X.
- [23] ZGOLA, Jitka M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2003. 226 s. ISBN 80-247-0183-9.
- [24] ŽIAKOVÁ, Katarína, et al. *Ošetrovatel'stvo : teória a vedecký výskum*. Martin: Osve-ta, 2003. 318 s. ISBN 80-8063-131-X.

### Časopisy:

- [25] CHRPOVÁ, Diana. Výživa seniorů. *Diagnóza v ošetrovatel'ství: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. 2007, III., 6, s. 224. ISSN 1801-1349.
- [26] KALVACH, Zdeněk. Geriatrický syndrom: instability s pády. *Diagnóza v ošetrovatel'ství: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. 2007, III., 9, s. 255. ISSN 1801-1349.
- [27] KRISTOVÁ, Jarmila. Komunikace sestry s pacientem s agresivním chováním. *Sestra: odborný časopis pro sestry a ostatní nelékařské pracovníky*. 2008, 12, s. 23-24. ISSN 1210-0404.

[28] MAJERNÍKOVÁ, Ludmila; OBROČNÍKOVÁ, Andrea. Špecifika v edukacii seniorov. *Diagnóza v ošetrovatelstvi: Odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. 2008, IV., 1, s. 27. ISSN 1801-1349.

[29] TOMANOVÁ, Jitka. Vliv soběstačnosti na stav výživy u seniorů. *Diagnóza v ošetrovatelstvi: odborný časopis pro nelékařské pracovníky*. Říjen 2008, IV., 10, s. 18-19. ISSN 1801-1349.

[30] TOMANOVÁ, Jitka. Hodnocení stavu výživy u seniorů. *Diagnóza v ošetrovatelstvi*. 2008, IV., 4, s. 14-15. ISSN 1801-1349.

[31] VAŠKOVÁ, Zdeňka. Je skleróza ve stáří normálním jevem?. *Sestra: odborný časopis pro sestry a ostatní nelékařské pracovníky*. 2006, 1, s. 26. ISSN 1210-0404.

#### **Internetové adresy:**

[32] CHLOUBOVÁ, Helena. Změny potřeb ve stáří. [online]. s. 22-23 [cit. 2012-02-14]. Dostupné z: [http://zpravodaj.marcom-praha.cz/zpr\\_0502/pdf/22-24.pdf](http://zpravodaj.marcom-praha.cz/zpr_0502/pdf/22-24.pdf).

[33] Multimediální trenažér plánování a ošetrovatelské péče. [online]. [cit. 2012-03-28]. Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/vyuka/hodnotici-skaly.aspx>



**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

ADL	Aktivity of Daily Living
AD	Alzheimerova demence
APP	Amyloidový prekurzorový protein
CT	Počítačová tomografie
CNS	Centrální nervová soustava
ČALS	Česká Alzheimerovská společnost
IADL	Instrumental Aktivity of Daily Living
K	Klient
MMSE	Mini – Mental State Examination
MR	Magnetická rezonance
PET	Pozitronová emisní tomografie
TZV	Tak zvaný

**SEZNAM OBRÁZKŮ**

<i>Obrázek 1 – Maslowova pyramida .....</i>	<i>28</i>
<i>Obrázek 2 – Dům životních hodnot.....</i>	<i>29</i>

**SEZNAM TABULEK**

<i>Tabulka 1 – Pohlaví respondentů .....</i>	40
<i>Tabulka 2 – Pracovní zařazení .....</i>	42
<i>Tabulka 3 – Celková délka praxe .....</i>	43
<i>Tabulka 4 – Doba praxe v daném zařízení .....</i>	44
<i>Tabulka 5 – Definice pojmu potřeba .....</i>	45
<i>Tabulka 6 – Změna potřeb u nemocného s AD .....</i>	46
<i>Tabulka 7 – Míra uspokojování potřeb.....</i>	47
<i>Tabulka 8 – Biologické potřeby .....</i>	48
<i>Tabulka 9 – Nedostatečné uspokojování psychických potřeb .....</i>	49
<i>Tabulka 10 – Oblast nejobtížněji uspokojovaných potřeb.....</i>	50
<i>Tabulka 11 – Nejčastější zdroj informací .....</i>	51
<i>Tabulka 12 – Používané metody .....</i>	52
<i>Tabulka 13 – Nejčastěji používané metody.....</i>	52
<i>Tabulka 14 – Pořadí nejčastěji uspokojované potřeby.....</i>	54
<i>Tabulka 15 – Nedostatečné uspokojování psychických potřeb .....</i>	55
<i>Tabulka 16 – Uspokojování potřeb – ideální stav .....</i>	56
<i>Tabulka 17 – Uspokojování potřeb – běžná praxe .....</i>	57
<i>Tabulka 18 – Potřeby a pocity .....</i>	58
<i>Tabulka 19 – Statistická analýza H1 .....</i>	60
<i>Tabulka 20 – Statistická analýza H2 .....</i>	61
<i>Tabulka 21 – Statistická analýza H3 .....</i>	62
<i>Tabulka 22 – Statistická analýza H4 .....</i>	63

**SEZNAM GRAFŮ**

<i>Graf 1 – Pohlaví respondentů</i> .....	40
<i>Graf 2 – Věk respondentů</i> .....	41
<i>Graf 3 – Pracovní zařazení</i> .....	42
<i>Graf 4 – Celková délka praxe</i> .....	43
<i>Graf 5 – Doba praxe v daném zařízení</i> .....	44
<i>Graf 6 – Definice pojmu potřeba</i> .....	45
<i>Graf 7 – Změna potřeb u nemocného s AD</i> .....	46
<i>Graf 8 – Míra uspokojování potřeb</i> .....	47
<i>Graf 9 – Biologické potřeby</i> .....	48
<i>Graf 10 – Nedostatečné uspokojování psychických potřeb</i> .....	49
<i>Graf 11 – Oblast nejobtížněji uspokojovaných potřeb</i> .....	50
<i>Graf 12 – Nejčastější zdroj informací</i> .....	51
<i>Graf 13 – Nejčastěji používané metody</i> .....	53
<i>Graf 14 – Nedostatečné uspokojování psychických potřeb</i> .....	55
<i>Graf 15 – Potřeby a pocity</i> .....	58

## **SEZNAM PŘÍLOH**

**PŘÍLOHA P I: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ**

**PŘÍLOHA P II: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ**

**PŘÍLOHA P III: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ**

**PŘÍLOHA P IV: DOTAZNÍK PRO OŠETŘUJÍCÍ PERSONÁL**

**PŘÍLOHA P V: POZVÁNKA NA KONFERENCI**

**PŘÍLOHA P VI: POTVRZENÍ O ÚČASTI**

**PŘÍLOHA P VII: DOTAZNÍK PRO PORUCHY CHOVÁNÍ**

**PŘÍLOHA P VIII: DOTAZNÍK MMSE**

**PŘÍLOHA P IX: BARTHELŮV TEST**

**PŘÍLOHA P X: IADL TEST**

**PŘÍLOHA P XI: BROŽURA – POTŘEBY U KLIENTŮ S ALZHEIMEROVOU DEMENCÍ**

# PŘÍLOHA P I: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

## ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	MAGDALENA KUŽKOVÁ
Téma bakalářské práce	POTŘEBY U KLIENTŮ S ALZHEIMEROVOU <sup>DEMENTIÍ</sup>
Skupina respondentů	PERSONÁL ODDĚLENÍ
Pracoviště	DOMOV SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM KVASICE

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

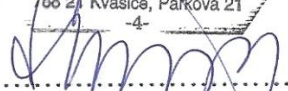


Ve Zlíně dne 28. 11. 2011



Mgr. Anna Krátká, Ph.D.  
ředitelka Ústavu ošetrovatelství

SOCIÁLNÍ SLUŽBY UHEBSKÉ HRADIŠTĚ,  
příspěvková organizace, IČO 00092096  
Dělnov/se zvláštním režimem  
768 21 Kvasice, Parková 21



razítko a podpis zástupce zařízení

# PŘÍLOHA P II: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

## ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	MAGDALENA KUZKOCZOVÁ
Téma bakalářské práce	POTŘEBY U KLIENTŮ S ALZHEIMEROVOU DEGENERACÍ
Skupina respondentů	PERSONÁL ZŘÍZENÍ
Pracoviště	SOCIÁLNÍ SLUŽBY KROMĚŘÍŽ

Děkujeme za pochopení a spolupráci.



Ve Zlíně dne 28. 11. 2011

  
Mgr. Anna Krátká, Ph.D.  
ředitelka Ústavu ošetrovatelství

SOCIÁLNÍ SLUŽBY MĚSTA KROMĚŘÍŽE,  
příspěvková organizace  
767 24 Kroměříž, Piegrolovo náměstí 159  
tel. 573 500 761  
IČO 71193430

.....  
razítko a podpis zástupce zařízení

Vyřizuje: Mgr. Dana Klimešová  
tel: +420 577 008 137, e-mail: klimesova@fhs.utb.cz, iza@fhs.utb.cz





# PŘILOHA P IV: DOTAZNÍK PRO OŠETŘUJÍCÍ PERSONÁL

## Dotazník pro ošetřující personál

Vážená paní, vážený pane,  
jmenuji se Magdalena Kuruczová a jsem studentkou Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně,  
studijní obor Všeobecná sestra. Do Vašich rukou se dostal dotazník, který je součástí mé  
bakalářské práce, která řeší úskalí ošetřování klienta s Alzheimerovou demencí.  
Všechny získané informace, budou anonymní.  
Děkuji za Váš čas a vyplnění dotazníku.

Kuruczová Magdalena

**1. Pohlaví:**

- a.) Žena
- b.) Muž

**2. Věk:**

- a.) 18-22 let
- b.) 23-30 let
- c.) 31-50 let
- d.) 50 a více let

**3. V tomto zařízení pracuji jako:**

- a.) Zdravotnický asistent
- b.) Ošetřovatel(ka),
- c.) Sociální pracovník
- d.) Zdravotní sestra

**4. Celková délka praxe v oboru:**

- a.) Do 12 měsíců
- b.) 1 rok až 5 let
- c.) 5 let až 10 let
- d.) 10 let až 15 let
- e.) Více jak 15 let

**5. Doba praxe v tomto zařízení:**

- a.) Do 12 měsíců
- b.) 1 rok až 5 let
- c.) 5 let až 10 let
- d.) 10 let až 15 let
- e.) Více jak 15 let

**6. Definujte pojem potřeba: (lze zvolit pouze jednu odpověď)**

- a.) Potřeba se neprojevuje narušenou psychofyziologickou rovnováhou
- b.) Potřeba je zdrojem chování a jednání člověka a velmi úzce souvisí s kvalitou života každého jedince
- c.) Potřeba se nedá definovat
- d.) Potřeba je jako konstrukt označující sílu v oblasti mozku, která definuje vnímání, s cílem nezměnit existující realitu

7. **Myslíte si, že dochází ke změně potřeb u nemocného s Alzheimerovou demencí?**

- a.) Ano
- b.) Ne
- c.) Nevím

8. **Do jaké míry jsou uspokojovány potřeby ve Vašem zařízení u klientů s Alzheimerovou demencí?**

- a.) Vůbec
- b.) Podprůměrně
- c.) Průměrně
- d.) Nadprůměrně
- e.) Vynikajícím způsobem

9. **Mezi biologické potřeby patří: (lze zvolit pouze jednu odpověď)**

- a.) Potřeba ekonomického zajištění, dýchání, potřeba práce, lásky
- b.) Vyprazdňování, potřeba přátel, sexuální potřeby, hygiena
- c.) Potřeba klidu a spokojenosti, potřeba tepla, výživa
- d.) Hydratace, dýchání, hygiena, výživa
- e.) Dýchání, hydratace, vyprazdňování, lásky a hygieny

10. **Nedostatečné uspokojování psychických potřeb vede k specifické emoční reakci: (vyberte jednu z možných variant reakcí)**

- a.) Ohrožení, bolesti, agresi, dušnosti
- b.) Úzkosti, strachu, agresi, nedůvěře
- c.) Bolesti, hladu, beznaději, ohrožení
- d.) Strachu, úzkosti, nucení na stolicí
- e.) Ztuhlosti, sexuální touhy, hladu, agresi

11. **Ve které oblasti jsou dle Vašeho názoru potřeby nemocného s Alzheimerovou demencí uspokojovány nejobtížněji? (vyberte jednu odpověď)**

- a.) Biologické
- b.) Psychické
- c.) Sociální

12. **Jaký nejčastější zdroj informací, používáte ke zhodnocení potřeb nemocného s Alzheimerovou demencí? (Vyberte pouze jednu, Vámi nejpreferovanější variantu)**

- a.) Rodina
- b.) Nemocný
- c.) Předchozí dokumentace
- d.) Ostatní ošetřující personál

13. **Jaké metody používáte nejvíce a nejméně ke zhodnocení potřeb nemocného s Alzheimerovou demencí? (Označte arabskou číslicí 1-5 pořadí, 1 nejčastější, 5 nejméně často)**

- a.) Rozhovor .....
- b.) Pozorování.....
- c.) Měření fyziologických funkcí.....
- d.) Objektivní měření (škály).....
- e.) Jiné (uved'te jaké).....

**14. Uveďte, které potřeby v dlouhodobé péči u klientů s Alzheimerovou demencí dle Vašeho soudu patří k nejčastěji uspokojovaným. (Vyberte na řádku vždy jen jednu kategorii míry uspokojení. (1- nejčastěji uspokojované, 7- nejméně uspokojované)**

Aktivita	1	2	3	4	5	6	7
Rodina	1	2	3	4	5	6	7
Vyprazdňování	1	2	3	4	5	6	7
Spokojenosti	1	2	3	4	5	6	7
Hydratace	1	2	3	4	5	6	7
Soběstačnosti	1	2	3	4	5	6	7
Lásky	1	2	3	4	5	6	7
Hygieny	1	2	3	4	5	6	7
Komunikace	1	2	3	4	5	6	7
Výživy	1	2	3	4	5	6	7

**15. Při nedostatečném uspokojování psychických potřeb má nemocný s Alzheimerovou demencí pocity strachu, ohrožení, nedůvěry, nejistoty, pocity beznaděje:**

- Plně souhlasím
- Souhlasím
- Nemám vyhraněný názor
- Nesouhlasím
- Plně nesouhlasím

**16. Seřadte uspokojování potřeb u klientů s Alzheimerovou demencí tak jak by měl vypadat ideální stav v praxi: (označte je arabskými číslicemi 1 až 10, a to tak, že 1. je první místo 2.- druhé místo..atd)**

Aktivita \_\_\_\_\_  
 Rodina \_\_\_\_\_  
 Vyprazdňování \_\_\_\_\_  
 Spokojenosti \_\_\_\_\_  
 Hydratace \_\_\_\_\_  
 Soběstačnosti \_\_\_\_\_  
 Lásky \_\_\_\_\_  
 Hygieny \_\_\_\_\_  
 Komunikace \_\_\_\_\_  
 Výživy \_\_\_\_\_

**17. Seřadte uspokojování potřeb u klientů s Alzheimerovou demencí tak jak vypadá v běžné praxi: (označte je arabskými číslicemi 1 až 10, a to tak, že 1. - je první místo 2. - druhé místo atd...)**

Aktivita \_\_\_\_\_  
 Rodina \_\_\_\_\_  
 Vyprazdňování \_\_\_\_\_

Spokojenosti \_\_\_\_\_  
 Hydratace \_\_\_\_\_  
 Soběstačnosti \_\_\_\_\_  
 Lásky \_\_\_\_\_  
 Hygieny \_\_\_\_\_  
 Komunikace \_\_\_\_\_  
 Výživy \_\_\_\_\_

**18. Pokuste se správně přiřadit pocity nemocného k uvedeným potřebám:**  
*(přiřaďte číslice z levého sloupce k pocitům v pravém sloupci)*

<b>Potřeby:</b>	<b>Pocity:</b>
1. Hygiena	Zima
2. Vyprazdňování	Selhání
3. Výživa	Nedostatek vzduchu
4. Rodiny	Strach
5. Úspěch	Stud
6. Intimity	Zbytečnost
7. Zdraví	Nečistota
8. Tepla	Nucení na stoliči
9. Komunikace	Osamělost
10. Dýchání	Hlad

**19. Uveďte alespoň 2 potřeby, které se při Alzheimerově demenci mění a jak:**

.....  
 .....  
 .....

## PŘÍLOHA P V: POZVÁNKA NA KONFERENCI

Psychiatrická léčebna v Kroměříži, Havlíčkova 1265, 767 40 Kroměříž

# Pozvánka

na konferenci SZP, kterou psychiatrická léčebna pořádá pro své zaměstnance  
v úterý 15. března 2011 ve 13 hod. – do 17 hod.  
na sále správní budovy PL.

**Téma:** Současné trendy v léčbě a ošetrovatelské péči o nemocné s diagnózou demence a Alzheimerova choroba

**Přednáší:** MUDr. Mgr. Jan Lužný  
Olubunmi Arogunmati, Dr.MSc., PhD., Brunel University, West London-Essex  
Miroslava Kadlicová – všeobecná sestra  
Magdalena Kuruczová – všeobecná sestra  
Mgr. Michaela Karafiátová – UTB Zlín  
Mgr. Pavlína Hrdinová – SZŠ Kroměříž

**Program:**

1. Demence – výzva pro psychiatrii 21. století – MUDr. Mgr. Jan Lužný
2. System of Public Health in United Kingdom
3. Alzheimerova choroba v rodině – Miroslava Kadlicová

Přestávka

4. Potřeba nemocných s dg. Alzheimerova choroba – Magdalena Kuruczová
5. Teoretická východiska pro plánování a realizaci ošetrovatelské péče u postižených Alzheimerovou chorobou – Mgr. Michaela Karafiátová
6. Trénování paměti – efektivní způsob podpory kognitivních funkcí (nejen) seniorské populace – Mgr. Pavlína Hrdinová
7. Diskuse – závěr v 17.30 hodin

Konference je určena pro všeobecné sestry, nutriční terapeutky a zdravotně sociální pracovníce.

Vladimír Zapletal

# PŘÍLOHA P VI: POTVRZENÍ O ÚČASTI

## Konference

pořadatel  
Psychiatrická léčebna v Kroměříži, Havlíčkova 1265, 767 40 Kroměříž

Současné trendy v léčbě a ošetrovatelské péči o nemocné s diagnózou  
demence a Alzheimerova choroba.

dne 15. 3. 2011  
v rozsahu 4 hodin

## POTVRZENÍ O ÚČASTI

Jméno: ..... Datum narození: .....

Magdalena Kuruczová

7. 11. 1976

Konference je registrována pod číslem ČAS/KK/524/2011, dle vyhlášky MZČR č. 321/2008 Sb.

Za aktivní účast přiděluje 10 kreditních bodů.

Účast:  aktivní účast autor  
 aktivní účast spoluautor  
 pasivní účast

Akce je určena (dle Zákona č. 96/2004 Sb.):

- Všeobecná sestra
- Porodní asistentka
- Zdravotní laborant
- Asistent ochrany veřejného zdraví
- Nutriční terapeut
- Ortoptista
- Zubní technik
- Dentální hygienista
- Zdravotnický záchranář
- Farmaceutický asistent
- Zdravotně sociální pracovník
- Fyzioterapeut

Kroměříž, 15. 3. 2011

PSYCHIATRICKÁ LÉČEBNA  
V KROMĚŘÍŽI  
centrum vzdělávání NZO  
Havlíčková 1265  
767 40 KROMĚŘÍŽ

.....  
Vladimír Zapletal

# PŘÍLOHA P VII: DOTAZNÍK PRO PORUCHY CHOVÁNÍ



Dotazník pro poruchy chování u Alzheimerovy choroby (a jiných demencí)

Jméno pacienta:

Datum:

Test provedl:

Vyznačte, co odpovídá stavu pacienta

## A. Detekce bludů a paranoidního chování

### I. „Lidé mi kradou věci“

- 0 b – nikdy se neobjevuje
- 1 b – domnívá se, že mu/jí lidé naschvál ukrývají věci
- 2 b – domnívá se, že někdo přichází k němu domů a skrývá věci
- 3 b – s těmi, co přicházejí, hovoří a/nebo je slyší

### II. „Tady nejsem doma“

- 0 b – nevyskytuje se
- 1 b – je přesvědčen/a, že není doma, a chová se podle toho (chystá se k odjezdu, balí si věci, žádá „vezměte mě domů“...)
- 2 b – pokusy o odchod „domů“
- 3 b – neklid nebo agresivita při snaze mu/jí v těchto pokusech zabránit

### III. „Manžel/ka je cizí, neznám jej/ji“

- 0 b – nevyskytuje se
- 1 b – pacient je přesvědčen, že je to cizí člověk
- 2 b – zlost na něj/ni, protože je cizí a obtěžuje
- 3 b – agresivita z tohoto důvodu

### IV. „Chystají se mne opustit, někde umístit, zavřít“

- 0 b – nevyskytuje se
- 1 b – přesvědčení, že se jej snaží v tomto podvést
- 2 b – zlost na blízké
- 3 b – agresivita z tohoto důvodu

### V. Podezřavost / paranoidní chování

- 0 b – nepřítomno
  - 1 b – podezřavost (schovávání věcí, „stejně ti nevěřím“...)
  - 2 b – výrazně paranoidní chování, zlost, vztek
  - 3 b – agresivita z důvodů podezírání okolí
- Popište.....

### VI. Ostatní bludy (neparanoidní)

- 0 b – nepřítomné
  - 1 b – přítomné bludné myšlení
  - 2 b – zlost a vztek jako důsledek bludů
  - 3 b – násilné a agresivní chování z důvodů bludů
- Popište.....

(A celkem bodů.....)

Skórujte jednotlivě, po skupinách i celkově. Skóre podává informace o stavu pacienta a jeho případném zhoršování a napomáhá rozhodování o volbě intervence (nefarmakologické, farmakologické).

## B. Halucinace

### I. Vizuelní halucinace

- 0 b – nepřítomny
- 1 b – nevýrazné, přesně nedefinovatelné
- 2 b – zcela jasné a zřetelné halucinace věcí nebo osob
- 3 b – verbální, fyzická nebo emoční reakce na tyto halucinace

### II. Sluchové halucinace

- 0 b – nepřítomny
- 1 b – nevýrazné, přesně nedefinovatelné
- 2 b – jasně definované halucinace slov, vět, určitých zvuků
- 3 b – verbální, fyzická nebo emoční reakce na tyto halucinace

### III. Čichové halucinace

- 0 b – nepřítomny
- 1 b – nejasné, nepřesně definovatelné
- 2 b – jasně definované („pach kouře“, „něco hoří“)
- 3 b – verbální, fyzická nebo emoční reakce na tyto halucinace

### IV. Taktilní halucinace

- 0 b – nepřítomny
- 1 b – nejasné, nepřesně definovatelné
- 2 b – jasně definované („někdo na mě sahá“)
- 3 b – verbální, fyzická nebo emoční reakce na tyto halucinace

### V. Ostatní halucinace

- 0 b – nepřítomny
- 1 b – nejasné, nepřesně definovatelné
- 2 b – jasně definované (např. „někdo na mě sahá“)
- 3 b – verbální, fyzická nebo emoční reakce na tyto halucinace

(B celkem bodů.....)

## C. Poruchy chování

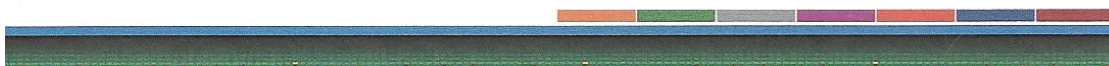
### I. Odchází z domova

- 0 b – ne
- 1 b – někdy, ale nejsou nutná zvláštní opatření
- 2 b – dosti časté, takže jsou nutná zvláštní opatření (zamykání, dohled)
- 4 b – nespokojenost, agresivita, jiné poruchy chování v souvislosti s pokusem odejít, ničení překážek

### II. Bezcílné činnosti

- 0 b – nevyskytují se
- 1 b – opakované neúčelné aktivity (opakované dotazování, přesouvání věcí, zapínání a rozepínání, ...)
- 2 b – toto chování je výrazné a překážející, vyžaduje určitá opatření

(C celkem bodů.....)



## **PŘÍLOHA P VIII: DOTAZNÍK MMSE**

### **Mini – Mental State Examination (MMSE)**

Za každý správně provedený úkol zatrhněte x, tj. 1 bod.

#### ***1. ORIENTACE - odpověď do 10 s***

- Které je roční období?
- Který máme nyní rok?
- Kolikátého je dnes?
- Který den v týdnu je dnes?
- Který je měsíc?
- Ve kterém jsme městě?
- Ve kterém jsme okrese (kraji)?
- V jaké jsme zemi?
- Jak se jmenuje toto zdravotní zařízení, kde jsme?
- V kolikátém jsme poschodí?

#### ***2. ZAPAMATOVÁNÍ***

“Nyní vyjmenuji tři věci. Až je všechny vyjmenuji, budu chtít, aby jste je zopakoval. Dobře si je zapamatujte! Za několik minut se vás na tyto předměty znovu zeptám.”

Bod přidejte za každou správnou odpověď. Pořadí je libovolné. Pokud není pacient schopen splnit úkol, opakujte výrazy, dokud si je nezapamatuje, maximálně však ještě pětkrát. Je to podmínka pro úkol číslo 4, tj. vybavování.

LOPATA ŠÁTEK VÁZA (... ..)

"A nyní prosím tato slova opakujte."

#### ***3. POZORNOST A POČÍTÁNÍ***

Nyní odečtete od 100 vždy 7. Až odečtete pětkrát za sebou, skončete.



Jestliže udělá pacient chybu a od chybné hodnoty dál odečítá správně, počítejte pouze tuto chybu. 93 86 79 72 65 (... ..)

Pokud pacient nechce počítat, vyzvěte jej: "Hláskujte pozpátku slovo POKRM."

Dejte vždy bod za každé správné písmeno, např. M R K O P = 5 (... ..)

#### **4. VYBAVOVÁNÍ**

"A teď, prosím zopakujte slova, která jsem vám před chvílí říkal."

Za každou správnou odpověď přísluší jeden bod.

LOPATA ŠÁTEK VÁZA (... ..)

#### **5. POJMENOVÁNÍ PŘEDMĚTU**

- "Co je to?" (ukážte hodinky)
- "Co je to?" (ukážte tužku)

#### **6. OPAKOVÁNÍ**

Za odpověď celou větou přidejte pacientovi jeden bod. Ale jen je-li odpovězeno bezchybně na první pokus.

"Opakujte! První pražská paroplavba." (...)

#### **7. STUPŇOVANÝ PŘÍKAZ**

Dejte pacientovi do ruky čistý papír a dejte mu tento úkol:

"Nyní vezměte do pravé ruky tento papír, přeložte jej na půl a dejte ho na zem."

1. stupeň - uchopení papíru do pravice (...)
2. stupeň - přeložení papíru na polovinu (...)
3. stupeň - položení papíru na zem (...)

## **8. ČTENÍ A PLNĚNÍ PŘÍKAZU**

Pacientovi ukažte kartičku s nápisem: ZAVŘETE OČI. Zároveň ho vyzvěte:

"Přečtěte, co je tady napsáno a udělejte to!"

Jeden bod přidělte pacientovi za splnění příkazu do 10 sekund, maximálně na tři pokusy. (...)

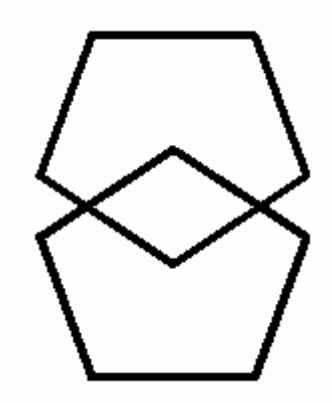
## **9. PSANÍ**

Dejte pacientovi psací potřeby a papír a vyzvěte jej: "Napište libovolnou větu."

Věta může obsahovat pravopisné chyby, musí ale mít smysl a musí obsahovat podmět a přísudek.

## **10. OBKRESLOVÁNÍ**

Dejte pacientovi bílé papíry a psací potřeby, vyzvěte, jej aby namaloval níže uvedený obrázek. Úkol může plnit na několik pokusů, ale v limitu jedné minuty. Nevadí zrotování ani rozřesenost. Musí být ale zachovány všechny strany a všechny úhly. Průnik obou pětiúhelníků musí tvořit čtyřúhelník.



Dosažené skóre: ...

## ***HODNOCENÍ***

Maximální počet je 30 bodů.

27–30 bodů	normální stav
25–26 bodů	hraniční nález, možnost demence
10–24 bodů	patologický nález, demence mírného až středně těžkého stupně
6 bodů	demence středního až těžkého stupně
6 a méně bodů	demence těžkého stupně

## **PŘÍLOHA P IX: BARTHELŮV TEST**

### **Barthelův test základních všedních činností ADL**

1. najedení, napití samostatně bez pomoci 10  
s pomocí 5  
neprovede 0
2. oblékání samostatně bez pomoci 10  
s pomocí 5  
neprovede 0
3. koupání samostatně nebo s pomocí 5  
neprovede 0
4. osobní hygiena samostatně nebo s pomocí 5  
neprovede 0
5. kontinence moči plně kontinentní 10  
občas inkontinentní 5  
trvale inkontinentní 0
6. kontinence stolice plně kontinentní 10  
občas inkontinentní 5  
inkontinentní 0
7. použití WC samostatně bez pomoci 10  
s pomocí 5  
neprovede 0
8. přesun lůžko – židle samostatně bez pomoci 15  
s malou pomocí 10  
vydrží sedět 5  
neprovede 0
9. chůze po rovině samostatně nad 50 m 15  
s pomocí 50 m 10  
na vozíku 50 m 5  
neprovede 0
10. chůze po schodech samostatně bez pomoci 10  
s pomocí 5  
neprovede 0

#### **HODNOCENÍ:**

- 0-40 bodů vysoce závislý
- 45-60 bodů závislost středního stupně
- 65-95 bodů lehká závislost
- 100 bodů nezávislý

## **PŘÍLOHA P X: IADL TEST**

### **Test instrumentálních všedních činností (IADL)**

1. Jízda dopravním prostředkem  
zcela samostatně 10 bodů  
s pomocí nebo doprovodem druhé osoby 5 bodů  
neschopen, schopen pouze převozu (sanitou, automobilem) 0 bodů
  
2. Nákup potravin  
zcela samostatně 10 bodů  
s pomocí druhé osoby 5 bodů  
neschopen 0 bodů
  
3. Uvaření  
samostatně celé jídlo 10 bodů  
sám si jídlo ohřeje 5 bodů  
neschopen 0 bodů
  
4. Domácí práce (jednoduchý úklid, např. vytření podlahy, ustlání postele atd.)  
samostatně bez pomoci 10 bodů  
s pomocí druhé osoby 5 bodů  
neschopen 0 bodů
  
5. Vyprání osobního prádla  
zvládne samostatně 10 bodů  
s pomocí druhé osoby 5 bodů  
neschopen 0 bodů
  
6. Telefonování  
samostatně vyhledá čísla v seznamu, zvedne telefon a adekvátně reaguje 10 bodů  
potřebuje pomoc při vytáčení nebo vyhledávání čísla 5 bodů  
neschopen 0 bodů
  
7. Užívání léků  
samostatně užívá správné léky v určenou dobu 10 bodů  
s pomocí druhé osoby 5 bodů  
neschopen 0 bodů
  
8. Odesílání peněz na poště nebo zacházení s kartou  
schopen samostatně 10 bodů  
s pomocí druhé osoby 5 bodů  
neschopen 0 bodů

Výsledek:

Hodnocení:

0-40 bodů nesoběstačnost v instrumentálních aktivitách denního života

45-75 bodů částečná nesoběstačnost v aktivitách denního života

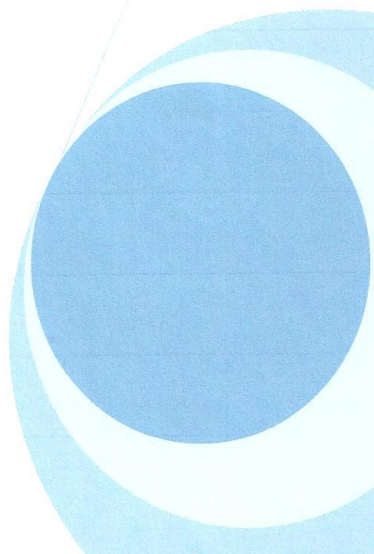
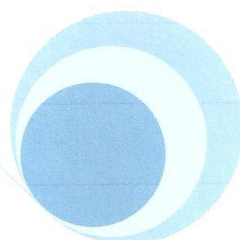
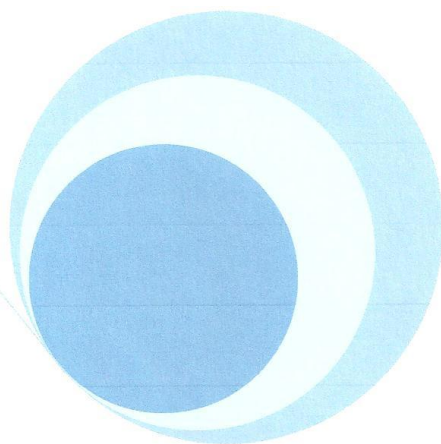
80 bodů v instrumentálních aktivitách denního života soběstačná/ý

# PŘÍLOHA P X: BROŽURA - POTŘEBY U KLIENTŮ S ALZHEIMEROVOU DEMENCÍ



## Potřeby u klientů s Alzheimerovou demencí

Příručka pro ty, kteří o nemocné pečují



## **ALZHEIMEROVA DEMENCE**

Demence je výsledkem postupně se zhoršujícího, chronického onemocnění mozku, které ztěžuje a nakonec znemožňuje vykonávání běžných každodenních aktivit.

Alzheimerovu demenci (dále jen AD) lze charakterizovat jako těžké duševní onemocnění, u kterého jsou různou měrou postiženy různé složky psychiky. Hlavním příznakem je postižení kognitivních funkcí, především paměti a intelektu. Druhou skupinou příznaků, které bývají někdy považovány za komplikace demence, jsou poruchy nekognitivních funkcí, označované jako behaviorální a psychologické příznaky demence.

### **Stádia Alzheimerovy demence**

**První stádium** - je přítomna u všech pacientů porucha paměti, avšak u většiny z nich je zachován náhled, takže postihují změnu svého psychického stavu. Zachovaný náhled tak způsobuje pokles nálady, někdy až do depresivní hloubky a také to, že nemocný se snaží své deficity zastírat a disimulovat. Z poruchy prostorové orientace je nejprve postižena orientace místem, zatímco orientace v čase nemusí být postižena do stejné míry. Je možné vidět pokles aktivity a spontaneity, stejně jako anxiózní a depresivní náladu, objevují se potíže v denních aktivitách.

**Druhé stádium** – se vyznačuje jasnou, progresivní demencí, postižením staropaměti, řeči, motorických výkonů i percepce. Bývá proto nazýváno stádiem afaticko-aprakticko-agnostickým.

**Třetí stádium** – dochází ke kompletní dezintegraci všech psychických funkcí (emoční vyhasínání, apatie, zánik základní hybných stereotypů). Nemocný ztrácí schopnost komunikace, vydává často jen nesrozumitelné zvuky, nebo nemluví vůbec, objevují se neurologické příznaky, pyramidové i extrapyramidové, inkontinence. V posledních měsících života nemocný rapidně fyzicky chátrá, umírá obvykle na nespecifickou komplikaci.

**Terminální stádium nemoci** - nemocní v terminálním stádiu onemocnění vyžadují paliativní péči, která je často zvladatelná i v přirozeném domácím prostředí. Často je tato péče nahrazována ústavní formou, a to bez ohledu na přání nemocného, neefektivně. Nedostatkem ústavní paliativní péče je, že nejsou jasně stanovena pravidla jak používat invazivní postupy (např. zavedení nasogastrické sondy, perkutánní endoskopické gastrostomie nebo umělou plicní ventilaci), které při infaustní prognóze tohoto onemocnění pouze prodlužují život, aniž by zlepšily jeho kvalitu.

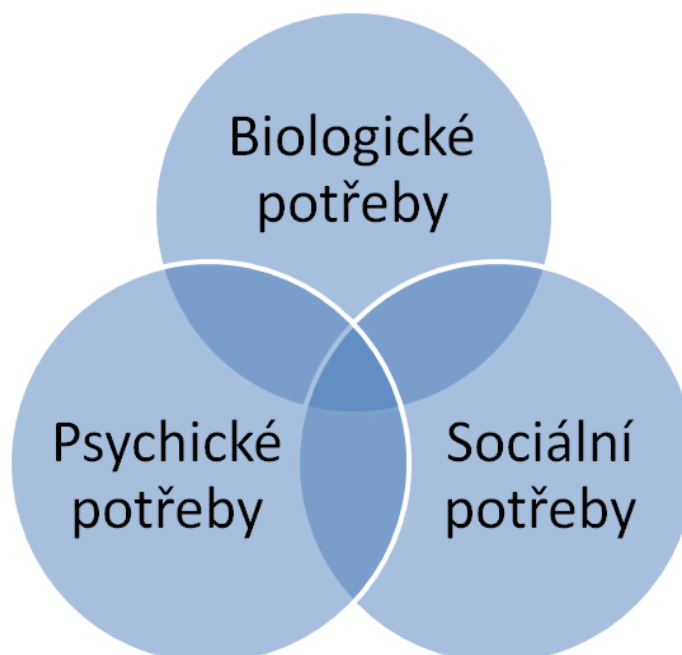
## CO JE POTŘEBA?

Problematika potřeb je jednou ze základních otázek vztahu člověka k sobě, k životu a ke svému prostředí. Potřeby jsou základní motivační silou v chování člověka, pomáhají udržet rovnováhu nejen uvnitř organismu, ale i mezi člověkem a prostředím.

*„Potřeba je zdrojem jednání člověka a velmi úzce souvisí s kvalitou života každého jedince“*

### Dělení potřeb

Potřeby rozdělujeme na biologické, psychické a sociální. Toto rozdělení odpovídá pohledu na člověka jako na bio-psycho-sociální bytost. Tyto potřeby se vzájemně prolínají. Význam pro člověka je biologický, ekonomický a psychologický. Při neuspokojení potřeb dochází k podrážděnosti, napětí a nepohodě. Člověk se stává citlivější na některé podněty a vzniká tak motiv k činnosti k obnovení naplnění potřeb.





<b>POTŘEBY</b>	<b>POCITY</b>
<b>BIOLOGICKÉ</b>	
Dýchání Hydratace Výživy Vyprazdňování Tepla Aktivity Hygieny Pohody-být bez bolesti Sexuální potřeby	Nedostatek vzduchu (dušnost) Žízeň Hlad Nucení na stolicí, na močení Zima Ztuhlost Nečistota, lepkavost, svědění, zápach... Bolest Sexuální touhy
<b>PSYCHOSOCIÁLNÍ</b>	
<b>Bezpečí a jistoty</b>	
Vyhnutí se ohrožení, úniku Boje s ohrožením, agrese Zdraví Informace o sobě, o svém zdravotním stavu Informací o svém prostředí, oddělení.. Soběstačnosti Klidu, míru a spokojenosti Ochrany, důvěry, naděje a další..	Nejistota Úzkost Strach Ohrožení Agrese Nedůvěra Beznaděj A další
<b>Lásky a společenství</b>	
Lásky (pozitivní vztah k člověku) Společnosti (kontakt s více lidmi) Rodiny Přátel Komunikace Péče o druhé lidi	Dominance (vedení) Submise (podřízení, závislost) A Další Osamělost Smutek Zbytečnost Deprese
<b>SEBEVĚDOMÍ A SEBEÚCTA</b>	
Uznání sama sebe Neudělat ostudu Úspěchu Poznání Intimity A další	Méněcennost Komplexy Selhání Zklamání Stud

## **BIOLOGICKÉ POTŘEBY**

Biologické neboli tělesné potřeby zahrnují potřebu výživy, dýchání, vyprazdňování, potřebu hygienické péče a potřebu pohybu a aktivity. U zdravého člověka je charakteristické uspokojování potřeb, kterým lidé nepřikládají stejnou váhu. Některé potřeby chápou jako nutnost. Především jsou to tělesné potřeby, jako je např. dýchání, vyprazdňování, strava nebo spánek. Pokud jsou tyto potřeby saturovány automaticky, pak se jimi nezabývají. Vysokým věkem a nemocí jsou jedna nebo více potřeb porušeny. Čím více biologických potřeb není saturováno, tím více je stav zejména starého člověka ohrožen.

### **1. Potřeba výživy a hydratace**

Péče o výživu nemocného s demencí patří mezi základní léčebná opatření. Co nejdříve udržení optimálního stavu výživy je proto i jednou z podmínek pro zpomalení progresu onemocnění. Včasné poznání narušení výživy u pacienta a následná včasná intervence jsou nedílnou součástí úspěšné komplexní terapie demence, jsou rovněž nezanedbatelnou prevencí vzniku komplikací souvisejících s malnutricí. Lidé často ztrácejí aktivní tělesnou hmotu i v případech, kdy množství a složení stravy je podle standardních měřítek správné. Dochází k úbytku hmotnosti, zejména ke ztrátě svalové hmoty, ale může narůstat množství tukové tkáně. Tyto změny zhoršují možnosti rehabilitace, a tím zvyšují riziko vzniku infekcí a proleženin. Pokles hmotnosti o více jak 5 % za rok znamená nebezpečí fatálního konce (Pidrman, 2007, s. 55).

Nemocní vyššího věku se v jídle často zanedbávají. To platí, ať jde o množství, skladbu, ale i způsob stolování. V podmínkách mimo domov bývají opomíjeny zásady správné kultury podávání stravy, klidu při jídle a poskytnutí dostatečného času na stravování. Nebývá dodržována správná doba pro podání jídla (zejména večerního). Co se týče pestrosti jídelníčku, bývá zanedbávána, a to jak v domácích podmínkách, tak i v případě donášky nebo ústavního stravování. Riziko dehydratace je spojeno s nižší percepcí žízně, která je ve vyšším věku typická. U dementních nemocných je nezbytné aktivně kontrolovat příjem tekutin, dbát na jejich dostatečnou nabídku. Je třeba zajistit pití nemocného i v době mimo podávání jídla.

Gerontologičtí nemocní, a stejně tak pacienti s demencí, mívají sklon k obstipaci. To souvisí s orgánovými změnami, změnami stravovacích návyků a také s nedostatkem pohybu. Lze tomu předejít dostatečným příjmem tekutin, podáváním stravy s dostatečným množstvím vlákniny. Dbáme na dostatečný příjem čerstvého ovoce a zeleniny.

## **Jak si poradit se stravováním**

Nadměrná chuť k jídlu je jedním z příznaků časných stádií Alzheimerovy demence. V takovém případě je nutné omezit přístup nemocného k potravě s vysokým obsahem tuků a cukrů. Naopak v pozdějších stádiích choroby je mnohdy třeba nemocnému při jídle pomáhat, neboť on sám má s příjmem potravy stále větší problémy. Pokud je tomu tak je třeba:

- Vždy v době jídla posadit nemocného k prostřenému stolu, aby se tak jeho činnost při jídle zautomatizovala.
- Nechat nemocného jíst pokud možno spíše rukama než vidličkou a nožem.
- Rozkrájet mu jídlo na menší kousky a v ještě pokročilejších stádiích nemoci pak stravu umlít nebo podávat s tekutinou.
- Ustavičně mít na mysli, že nemocný nemusí být schopen rozlišovat horké a studené a proto se může snadno spálit.
- Pokud má nemocný větší obtíže při žvýkání a polykání, je třeba konzultovat lékaře.

Pokud si nemocný přeje jíst častěji, je třeba rozdělit původní porci na několik menších a ty mu nabízet v kratších intervalech, aby nedošlo k vzestupu tělesné hmotnosti.

## **2. Potřeba hygienické péče**

Hygienickou péči dělíme v těchto rovinách (Krátká, 2007, s. 14):

- biologická – čistota těla, čistota a stav kůže, odstranění různých nečistot a mikroorganismů z povrchu těla
- sociální – bereme jako předpoklad dobrých mezilidských vztahů, vytváří příjemný pocit čistého prostředí
- psychologická – navozuje příjemné emoce

*„Hygiena je soubor pravidel a postupů potřebných k ochraně a opoře zdraví. Je definována jako základní potřeba, která se u každého jedince rozvíjí již v útlém věku“* (Krátká, 2007, s. 14).

Nemocné AD povzbuzujeme k tomu, aby udržovali osobní hygienu. V pozdějších stádiích onemocnění má nemocný tendence zapomínat na dodržování hygieny. V takových případech pomáháme nemocnému s celkovou hygienickou péčí. Dbáme na to, aby se nemocný cítil dobře a byl čistý.

## **Jak si poradit s osobní hygienou**

Nemocného je třeba povzbuzovat k tomu, aby udržoval osobní hygienu. V pozdějších stádiích demence bude mít tendenci na mytí zapomínat, anebo nebude schopen vybavit si postupnost potřebných kroků. V takovém případě je třeba:

- Udělat z koupání tak klidnou, odpočinkovou a příjemnou záležitost jak je to jen možné.
- Místo koupele použít sprchu.
- Nechat nemocného pokud možno nechat se mýt sám.
- Pomáhat při česání a holení.

## **3. Potřeba vyprazdňování**

Patří mezi intimní a individuální potřeby. Každý člověk má na vyprazdňování různé nároky. Někdo preferuje klid, dostatek času, jiný zase intimitu nebo soukromí. Dostatečné vyprázdnění navozuje pocit libosti (Krátká, 2007, s. 23-24).

Inkontinence je neschopnost udržet moč nebo stolici. Vzniká v důsledku narušené nervové a svalové kontroly vyprazdňování močového měchýře a střev. Inkontinence stolice je ve srovnání s inkontinencí moči méně častá a dochází k ní většinou s poruchami, které komplikují a ztěžují svlékání, oblékání a mytí nemocného. Jednou s častých příčin inkontinence stolice je zácpa. U nemocného AD dbáme na to, aby měl oděv, který se snadno svléká, zajistíme dostupnost toalety, zvykáme nemocného pravidelně navštěvovat toaletu, pokud má nemocný problémy s inkontinencí, zajistíme pleny nebo plenkové kalhotky a dbáme na správnou hygienu.

## **Jak si poradit s používáním toalety**

- Zajistěte, aby nemocný přijímal pravidelnou stravu, bohatou na tekutiny a vlákninu.
- Zajistěte, aby nemocný snadno poznal umístění toalety (srozumitelné znamení na dveřích, stále svítící světlo v noci apod.).
- Snažte se zabránit vzniku zácpy (o radu požádejte lékaře).
- Postarejte se, aby nemocný měl oblečení, které se snadno uvolňuje a svléká.
- Bezprostředně před spaním nenabízejte nemocnému nic k pití.
- Pokud se vyskytuje inkontinence, vyhledejte lékařskou pomoc.

## **4. Potřeba pohybu a aktivity**

Pohyb je základní potřebou všech bytostí. Zlepšuje náš zdravotní stav, zvyšuje výkonnost orgánů, navozuje pozitivní emoce, prodlužuje délku života.

Aktivita je pro každého velmi důležitá součást života. Při péči o lidi s AD pravděpodobně neexistuje cennější prostředek, než je smysluplná aktivita. Programy aktivit jsou stejně podstatné jako výživa. Program aktivit neznamena jen zaneprázdnit lidi poté, co byly zajištěny všechny prvky základní péče. Jde o celkový proces, ve kterém je každému poskytnuta příležitost žít způsobem, který mu vyhovuje nejlépe, a pokračovat v tom, co je důležité pro jeho pocit jistoty, výkonnosti, sociálního začlenění a vlastní hodnoty. Takový program musí být pečlivě a uvážlivě proveden. Špatně zvolený program se stává neúčinný a v nejhorším případě může ublížit (Zgola, 2003, s. 148).

### **Jak zabránit pádům**

Pády jsou u lidí se sníženou soběstačností a pohyblivostí největším nebezpečím. Snahou o usnadnění přesunů u jednoho místa na druhé je proto třeba minimalizovat riziko pádů. Znamená to:

- Odstranit všechny koberce (hlavně z blízkosti lůžka, ale raději z celého bytu).
- Zajistit dostatek světla.
- Odstranit nábytek s ostrými rohy a branami.
- Neobouvat nemocného do příliš těsných nebo kůží podrážděných bot.

### **Jak si poradit s oblékáním**

Nemocný s Alzheimerovou demencí má postupně stále větší potíže s vykonáváním běžných každodenních aktivit, a postupně tak přestane být schopen se i sám oblékat a svlékat. V takovém případě je třeba:

- Když se svlékne, připravte mu jednotlivé součásti oděvu přehledně v tom pořadí, v jakém se bude oblékat.
- Nedávejte nemocnému oblečení s příliš složitým zapínáním.
- Ved'te nemocného k tomu, aby se oblékal sám.
- Poskytněte mu pohodlné boty s protiskluzovou podrážkou, které se snadno obouvají.

## 5. Potřeba dýchání

Dýchání patří mezi vitální funkce. Pokud není uspokojena potřeba dýchání, je člověk ohrožen na životě.

Faktory ovlivňující dýchání (Krátká, 2007, s. 28):

- fyziologicko-biologické faktory – věk, pohlaví, tělesná aktivita, pohyb
- psychicko-duchovní faktory – emoce, stres, strach, neklid, podráždění
- sociálně-kulturní faktory – sociální vztahy v rodině, pracovní prostředí
- faktory životního prostředí - čistota vzduchu, vlhkost

Morfologické a biochemické změny spolu s úbytkem pružnosti a pohyblivosti bronchopulmonárního systému vedou ve stáří ke zhoršení dechové práce, ke snížení různých dechových objemů a menší utilizaci kyslíku (Schuler, Oster, 2010, s. 67).

U starších osob je dechová gymnastika potřebná již z důvodu fyziologických změn. Cílem dechové terapie je podpořit rozpouštění a odchod sekretů, usnadnit odkašlávání a posilovat dýchací svalstvo. Dechové cvičení je pro geriatrické pacienty významné.

## 6. Potřeba odpočinku a spánku

Spánek je fyziologická ztráta vědomí a je základní potřebou všech lidských bytostí. Opakem spánku je bdělost.

U nemocného AD se může projevit tzv. „*reverzní charakter spánku*“ – to znamená, že většinu noci je vzhůru a naopak většinu dne prospí. V takových případech záleží na aktivitě během dne. Nemocného se během dne snažíme aktivizovat. Snažíme se, aby nemocný chodil spát vždy ve stejnou dobu, aby se mu uléhání do lůžka stalo jakousi rutinou. Před spánkem nepodáváme nemocnému stravu s vysokým obsahem cukrů, která nadměrně zvyšuje energii a tím i aktivitu. Nepodáváme nemocnému před spaním příliš mnoho tekutin.

### Když nemocný nemůže spát

- Povzbuzujte nemocného k co největší aktivitě během dne.
- Nepodporujte odpolední spánek.
- Pokuste se, aby nemocný chodil spát vždy ve stejnou dobu.

- Nedávejte nemocnému večer před ulehnutím stravu s vysokým obsahem cukrů, která nadměrně zvyšuje energii a aktivitu.
- Nedávejte nemocnému před spaním příliš mnoho tekutin.

## Psychosociální potřeby

Tyto potřeby úzce souvisí s existencí člověka, jsou předpokladem jeho bytí a mají velký vliv na orientaci a adaptaci člověka při změně stavu a prostředí. Psychosociální potřeby jsou mnohem složitější, protože vznikají adaptací člověka na prostředí a jeho socializací. Jelikož závisí na stavu jedince – osobnostních, genetických a také věkových předpokladech jsou velmi individuální. Také záleží na jeho rodině, kultuře nebo náboženství. Chloubová uvádí: *„Ve stáří dochází právě v této úrovni existenciálních potřeb k frustraci – k poruchám zdraví a soběstačnosti, k vzniku sociálních a ekonomických nejistot, ke změnám omezeného příjmu a zpracování podnětů a zkreslení informací, ke změnám nároků na bydlení, bezpečí a pomoci. Starý člověk potřebuje ke svému životu klid – mír, věřit a důvěřovat svému bezprostřednímu okolí a svému „Bohu“, potřebuje znát strukturu a řád svého prostředí, a proto se těžko přizpůsobuje novému prostředí“* (Chloubová, online, s. 22-23)<sup>3</sup>.

### 1. Potřeba komunikace

Vlivem ischemických a degenerativních změn mozku dochází k postupnému úbytku mentálních funkcí, k sníženému vnímání a komunikaci, a proto dochází u starého člověka ke změnám příjmu informací. Právě tak vznikají dezinformace a důsledkem je dezorientace v reálném prostředí. Často zde vzniká pocit hněvu a nepochopení.

Ošetřující personál využívá při kontaktu jak verbální, tak neverbální komunikaci. Veškerou komunikaci doprovází ošetřující personál laskavou řečí a vysvětlením, i přes to, že se může zdát, že klient v třetím stádiu AD nevnímá nebo nerozumí. Pro zajištění dostatků impulsů z okolí používáme také poslech rádia a televize. Pro dostatečné upokojení potřeby je velmi nutný kontakt s rodinnými příslušníky. Příjemné pocity dementní člověk může vyjadřovat

---

<sup>3</sup> CHLOUBOVÁ, Helena. Změny potřeb ve stáří. [online]. s. 22-23 [cit. 2012-02-14]. Dostupné z: [http://zpravodaj.marcom-praha.cz/zpr\\_0502/pdf/22-24.pdf](http://zpravodaj.marcom-praha.cz/zpr_0502/pdf/22-24.pdf)

např. uvolněním svalového napětí, mimiky, pohybů těla nebo pousmáním. Nepříjemné pocity pak vyjadřuje křečovitým držením těla, odvrácením se od osob nebo neklidem.

### **Když má problém s komunikací**

Pamatujte, že přijde moment, kdy slova přestanou být hlavním prostředkem komunikace. Prostě nastal čas neverbální (mimoslovní) komunikace. Jak tedy postupovat?

- Kdykoli budete na postiženého mluvit, dívejte se mu do očí.
- Hovořte na postiženého vždy dostatečně pomalu a zřetelně vyslovujte. Užívejte jednoduchých slov, mluvejte příjemným a uklidňujícím tónem.
- Pokud se nacházíte v pokoji, kde hraje televizor, vypněte jej, aby váš hlas bylo dobře slyšet.
- Důležité věci třeba několikrát opakovat, pokuste se vždy podstatu svého sdělení vyjádřit co nejjednodušším způsobem.
- Nešetřete nikdy úsměvy, tímto nemocného uklidníte a usnadníte mu pro něj tolik obtížnou komunikaci.

### **Jak se vyrovnat s novým způsobem chování?**

Neobvyklé chování je často jednou z prvních známek Alzheimerovy demence, je jakýmsi vnějším projevem celkové zmatenosti, která nemocného stále více obklopuje a pevněji spoutává.

### **Když je agresivní nebo podrážděný**

Pacient trpící Alzheimerovou demencí může bez jakéhokoli zřejmého důvodu začít projevovat agresivitu vůči vám, tedy vůči člověku, který věnuje péči o něj tolik času. Nesmíte se však cítit dotčeni nebo uraženi. Jak postupovat?

- Neztrácejte trpělivost, nedávejte najevo strach.
- Zkuste upoutat pozornost nemocného na jiné subjekty, zaměstnejte ho ručními pracemi.
- Pacientovi nenadávejte, nebude to trvat a on na všechno zapomene.
- Nepřipouštějte si vinu.
- Pokud se záchvaty agresivity opakují častěji, porad'te se s lékařem.



## **Když pořád něco hledá**

Čím více se v mysli nemocného prolíná a plete minulost a současnost, tím častěji musí něco hledat.

Co tedy dělat:

- Pokuste se vždy spolu s ním ztracené předměty hledat.
- Nikdy nepřemísťujte předměty, které jsou mu drahé a milé.
- Nikdy mu nevyčítejte a neklad'te mu nic za vinu.

## **2. Potřeba důvěry a víry**

Vzhledem k prožívání frustrace všech existenciálních potřeb se zvyšuje potřeba důvěry a víry. Starý člověk se většinou fixuje na toho, u koho cítí bezpečí a ochranu. Protože důvěra starých lidí je často velká a bezmezná, stává se tak starý člověk snadno zneužitelný lidmi bez morálního kreditu. Proto ošetřující personál pečující o takové klienty by měl mít kromě empatie, tolerance a zkušeností, velkou morální hodnotu.

## **3. Společenské potřeby, potřeby uznání a oceňování, potřeba seberealizace**

Patří sem potřeba lásky, respekt, sebeúcta, sounáležitost, potřeba milovat a být milován. Vystupuje v situacích samoty a osamocení. Smysl toho, že někam patříme, spočívá v určitých rolích v rodině nebo společnosti. Demence může zapříčinit izolaci osoby a dát jí pocit, že je mimo dění, že nezapadá mezi ostatní. Všichni lidé ať už zdraví, nebo nemocní mají tendenci splňovat očekávání druhých. Nemocní, kteří mají pocit, že jsou bezcenní, se budou chovat tomu odpovídajícím způsobem. Potřeba seberealizace je realizovat svůj vlastní potenciál.

## ZÁVĚREM

Mějte vždy na mysli, že plnit roli pečujícího o takového klienta je velmi náročné jak po psychické, sociální, ale také finanční stránce. Problematika Alzheimerovy demence je spjata především s ubýváním kognitivních funkcí, jako jsou např. zapomnětlivost, desorientace a poruchy úsudku. Velkou výhodou domácí péče je to, že nemocný je v blízkosti svých příbuzných a tato péče vychází z individuálního přístupu. Nemocný má své zažité zvyklosti (např. vstávat v určitou hodinu, jít na zahradu, věnovat se oblíbeným činnostem, jíst, jak byl zvyklý). Každá změna nebo narušení režimu se může odrazit v jeho chování. Pečujícím rodinám, které se starají o nemocného v domácím prostředí, je nápomocná respitní péče. Respitní péče je tzv. „*pohlídání*“ pacienta vyžadujícího dohled a péči, kterou zajišťuje rodina. Jedná se o zajištění odpočinku, úlevy pro pečující. Může být poskytována formou krátkodobých pobytů ve stacionářích nebo přímo v domácnosti nemocného. Pečující rodina se účastní svépomocných skupin pod vedením psychologů. Cílem setkávání je vzájemné si předávání informací a vzájemná podpora.

### **Dostupné webové stránky pro širokou veřejnost**

[www.alzheimer.cz](http://www.alzheimer.cz) – podává základní informace o činnosti ČALS a o problematice demencí.

[www.gerontologie.cz](http://www.gerontologie.cz) – databáze služeb pro seniory, v současné době se jedná o nejúplnější databázi tohoto druhu.

[www.kooperace-pro-jakost.cz](http://www.kooperace-pro-jakost.cz) - výstupem jsou doporučení ČALS, návody a standardy služeb pro pacienty s demencí.

## POUŽITÁ LITERATURA:

*Alzheimerova nemoc v rodině*. Praha: Maxdorf, 1998. 96 s. ISBN 80-85800-96-9.

HRDLIČKA, Michal; HRDLIČKOVÁ, Darina. *Demence a poruchy paměti: pro praktické lékaře*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 1999. 53 s. ISBN 80-7169-797-4.

JIRÁK, Roman, et al. *Demence*. Praha: Maxdorf, 1999. 226 s. ISBN 80-85800-44-6.

JIRÁK, Roman; OBENBERGER, Jiří; PREISS, Marek. *Alzheimerova choroba*. Praha : Maxdorf, 1998. 64 s. ISBN 80-85800-88-8.

KRÁTKÁ, Anna. *Potřeby nemocných v ošetrovatelském procesu*. Vyd. 1. Zlín: Univerzita Tomáše Bati, 2007. 46 s. ISBN 978-80-7318-643-2.

ZGOLA, Jitka M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2003. 226 s. ISBN 80-247-0183-9.

Internetové zdroje:

CHLOUBOVÁ, Helena. Změny potřeb ve stáří. [online]. s. 22-23 [cit. 2012-02-14]. Dostupné z: [http://zpravodaj.marcom-praha.cz/zpr\\_0502/pdf/22-24.pdf](http://zpravodaj.marcom-praha.cz/zpr_0502/pdf/22-24.pdf)

