

Podpora rodin pečujících o osobu s Alzheimerovou chorobou

Kateřina Bartoňová

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: Kateřina PRAVDOVÁ

Osobní číslo: H09020

Studijní program: B 5341 Ošetrovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra

Téma práce: Podpora rodin pečujících o osobu s Alzheimerovou chorobou

Zásady pro vypracování:

V teoretické části vymezit pojmy související s Alzheimerovou chorobou. Charakterizovat patofyziologii uvedeného onemocnění. Specifikovat ošetrovatelskou péči u pacientů s Alzheimerovou chorobou.

V praktické části zjistit, jaké zkušenosti mají pečovatelé s péčí o blízkou osobu s Alzheimerovou chorobou, jak tato skutečnost ovlivnila život v rodině a zda mají rodinní příslušníci povědomí o možnostech poskytovaných sociálních služeb.

Výsledky šetření analyzovat a na základě zjištěných informací vytvořit edukační materiál pro rodinné příslušníky, kteří pečují o osobu s Alzheimerovou chorobou.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

HOLMEROVÁ, Iva et al., 2004. Péče o pacienty s kognitivní poruchou. 2. vyd. Praha: EV public relations. ISBN 978-80-86541-28-0.

KALVACH, Zdeněk et al., 2004. Geriatrie a gerontologie. Praha: Grada. ISBN 80-247-0548-6.

BUIJSSEN, Huub, 2006. Demence: Průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele. Praha: Portál. ISBN 20-7367081.

HOLMEROVÁ, Iva, 2007. Péče o pacienty s kognitivní poruchou. Praha: EV public relations. ISBN 978-80-254-0177-4.

JIRÁK, Roman a František KOUKOLÍK, 2004. Demence: neurobiologie, klinický obraz, terapie. Praha: Galén. ISBN 80-7262-268-4.

PIDRMAN, Vladimír, 2007. Demence. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-149-5.

REGNAULT, Mathilde, 2011. Alzheimerova choroba. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0010-9.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Anna Krátká, Ph.D.

Ústav ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce:

30. listopadu 2011

Termín odevzdání bakalářské práce:

30. května 2012

Ve Zlíně dne 14. února 2012


doc. Ing. Aněžka Lengalová, 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 obhajoby¹⁾;
- 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. 3²⁾;
- podle § 60³⁾ 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 § 60³⁾ 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 28.5.2012


.....

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 nevyjádřila zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledků obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Dizertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být iž nejmeně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v ústředním vývěsním předpísnem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v ústředním pracovním vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výtisky, opisy nebo reprodukce.*

(3) *Platí, že odevzdaním 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 nezahrnuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, včetně-li někdo za školem přivlečen nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu, k výuce nebo k vlastní potřebě díla 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). *Opírá-li autor takového díla svého svolení bez vážného důvodu, mohou ze tyto osoby domáhat náhrady chybějícího projevů jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

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

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

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá tématem Podpory rodin pečujících o osobu s Alzheimerovou chorobou. Teoretická část je věnována stáří a stárnutí, demencím, patofyziologii Alzheimerovy choroby. Popisuje základní ošetrovatelskou péči a úlohu rodin pečujících o blízkého s Alzheimerovou chorobou.

Praktická část se zabývá vyhodnocením průzkumu, který byl zaměřen na rodinné pečující o osobu s Alzheimerovou chorobou.

Klíčová slova: Alzheimerova choroba, stáří, demence, péče, rodinní pečující

ABSTRACT

This bachelor written statement is focusing on a Support For Families Taking Care Of A Person Suffering From Alzheimer disease. The theory part of this statement is focusing on elderly and getting old, dementia, and Pathology of Alzheimer disease.

It is explaining the basic care and the guidelines for the families who are delivering the care for person with Alzheimer Disease.

Keywords: Alzheimer disease, Elderly, Dementia, Care, family carers

Motto:

„Čím víc stárnu, tím víc zjišťuji, že dětství a stáří jenom splývají, ale že jsou to navíc dva nejintenzivnější stavy, které je nám dáno žít.“

Marguerite Yourcenarová

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

Poděkování:

Na tomto místě bych chtěla poděkovat Mgr. Anně Krátké, Ph.D., RN za cenné rady, odborné vedení a vstřícnou pomoc při vypracování mé bakalářské práce, také děkuji všem osloveným respondentům za jejich čas při vyplňování dotazníků.

OBSAH

ÚVOD	11
I. TEORETICKÁ ČÁST	12
1 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ	13
1.1 STÁŘÍ	13
1.1.1 Smyslové vnímání	13
1.1.2 Paměť	13
1.1.3 Osobnost starého člověka.....	14
1.1.4 Citové vztahy ve stáří.....	15
1.2 STÁRNUTÍ.....	15
1.2.1 Stárnutí a kognitivní funkce	16
1.2.2 Stárnutí populace.....	17
2 DEMENCE	19
2.1 OBECNÁ KRITÉRIA DEMENCE.....	19
2.2 ZÁKLADNÍ DĚLENÍ DEMENCÍ.....	20
2.2.1 Primárně degenerativní demence	20
2.2.2 Sekundární demence	21
2.2.3 Smíšené demence	21
3 ALZHEIMEROVA CHOROBA	22
3.1 PATOFYZIOLOGIE ONEMOCNĚNÍ	22
3.1.1 Neurobiologické změny	22
3.1.2 Genetické faktory Alzheimerovy choroby	24
3.1.3 Rizikové faktory pro rozvoj Alzheimerovy choroby	25
4 ZÁKLADNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA S ACH	26
4.1 FÁZE POSUZOVÁNÍ	26
4.1.1 Ošetřovatelská zdravotní anamnéza	26

4.2	DIAGNOSTICKÁ FÁZE.....	28
4.3	FÁZE PLÁNOVÁNÍ	28
4.4	FÁZE REALIZACE	29
4.5	FÁZE HODNOCENÍ.....	29
4.6	ÚLOHA RODIN	29
4.7	PODPORA PEČUJÍCÍCH.....	31
II.	PRAKTICKÁ ČÁST	32
5	METODIKA PRÁCE.....	33
5.1	CÍL PRÁCE	33
5.2	METODA PRÁCE.....	33
5.3	CHARAKTERISTIKA POLOŽEK DOTAZNÍKU	33
5.4	CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU	34
5.5	ORGANIZACE DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ.....	34
5.6	ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT.....	35
6	ZPRACOVÁNÍ VÝSLEDKŮ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ	36
7	DISKUZE	57
	ZÁVĚR	59
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A ZDROJŮ	60
	SEZNAM TABULEK A GRAFŮ.....	62
	SEZNAM PŘÍLOH.....	64

ÚVOD

Ve všech vyspělých zemích se v posledních patnácti letech ukazuje, že v péči o osoby postižené Alzheimerovou chorobou, sehrává zásadní roli jejich rodina, zejména pak jeden z jejích členů. Různé studie zjistily, že ve zkoumaných zemích pečující z řad rodinných příslušníků zajišťují mezi 70 % a 85 % pomoci postiženým osobám. Z poloviny jsou to pak manželé (manželky) a čtvrtinu tvoří děti. Tento fakt logicky vyplývá z toho, že ve velké míře případů se o nemocného člověka stará nejbližší rodina, a to nejméně jednou týdně, ve více jak polovině případů každý den (Regnault, 2011).

Zajímavé je ale zjištění, že stále chybí dohoda, jak takového pečovatele – neprofesionála oficiálně pojmenovat. A tak se osoba, muž, ale ve většině případů žena, která denně a po dvanáct měsíců v roce zvládá stupňující se nároky nemocného, označuje různě: rodinný pečující či přirozený pečující, neformální pečující nebo hlavní pečující. V České republice je užívaný termín rodinný pečující (Regnault, 2011).

Jedním z důvodů, proč jsem si pro svou bakalářskou práci zvolila téma Podpora rodin pečujících o osobu s Alzheimerovou chorobou, je fakt, že právě Alzheimerova choroba má v dnešní době stoupající tendenci a řadí se mezi nečastější typy demence. Je jisté, že zvyšujícím se věkem populace bude této choroby i do budoucna přibývat.

Druhý důvod mé volby tématu bakalářské práce je ten, že sama pracuji v domově pro seniory, kde se denně setkávám s nejrůznějšími typy demence, a tudíž vím, jak je obtížná péče o tyto osoby. Psychicky i fyzicky náročná je právě pro osoby, které se rozhodly o nemocného pečovat v rodinném prostředí. Je to velká oběť, která mnohdy není společností doceněna. A netýká se pouze samotného pečujícího, ale dopadá na celou jeho rodinu.

Je tedy velmi důležité, aby byla role rodinného pečujícího uznána a oceněna. Nemělo by se na něj pohlížet pouze jako na další, ale skrytou oběť nemoci, nýbrž jako na jedince přenášejícího unikátní pohled, který na rozdíl od toho profesionálního odráží jedinečný život konkrétního případu, historii vazeb a vztahů, jež se začala odvíjet dávno předtím, než se nemoc objevila (Regnault, 2011).

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ

1.1 Stáří

Je spousta definic, kterými lze charakterizovat stáří. Obecně však můžeme říci, že z hlediska společenského je člověk starý, jestliže je za takového pokládán ostatními členy společnosti (Langmeier, Krejčířová, 1998).

1.1.1 Smyslové vnímání

Asi u 90 % osob lze po jejich 60. roce jejich věku zjistit, jak se výrazně zhoršuje zraková percepce a asi u 30 % se výrazně zhoršuje sluch. Poruchy senzorké percepce často významně ztěžují dostupnost komunikace s druhými lidmi, jenž může být doprovázeno podezíravostí, nejistotou, úzkostí nebo hněvivostí. Zhoršení zrakového a sluchového vnímání může také znamenat vyšší riziko úrazů, zejména pokud člověk nepřizpůsobuje činnost svým aktuálním možnostem. Zlepšení zrakové a sluchové percepce brýlemi, sluchadly a jinými pomůckami znamená velkou pomoc v celkovém osobním přizpůsobení i společenském životě stárnoucího člověka (Langmeier, Krejčířová, 1998).

1.1.2 Paměť

Lidská paměť je schopna přijímat, uchovávat a znovuvybavovat informace. Paměť je funkce umožňující uvědomění si sama sebe, obsahuje všechny naše prožitky, dovednosti a vědomosti (Jiráček a kol., 2009).

Ve stáří se paměť výrazně zhoršuje, především však paměť na nové události, přičemž dávno minulé zážitky (např. z dětství) zůstávají většinou v paměti dobře uchovány (Langmeier, Krejčířová, 1998).

Existují různé složky a typy paměti. Paměť proto můžeme dělit do řady hledisek. Jedním ze základních dělení paměti je na paměť:

1. **Deklarativní** – obsahy této paměti lze popsat, vypovědět slovy, tudíž deklarovat. Tato paměť je výrazně postižena právě u Alzheimerovy choroby.

Dále lze tuto paměť dělit na:

- epizodickou – tato paměť obsahuje vzpomínky na různé události a situace,
 - sémantickou – obsahuje pojmy, skutečnosti a vědomosti.
2. **Procedurální** (nedeklarativní) – tato paměť zahrnuje paměťové obsahy, které nelze popsat slovy a nelze je také vypovědět. Patří sem motorické dovednosti, jako jsou chůze nebo účelné pohyby, dále řečové dovednosti, podmíněné reflexy a další složky. Procedurální paměť bývá nejčastěji postižena u Parkinsonovy choroby nebo Huntingtonově chorey.

Další je dělení paměti podle časového schématu:

- Ultrakrátká paměť – patří sem všechny vjemy, které si uvědomujeme. Tato paměť trvá řádově vteřiny až desítky vteřin.
- Krátkodobá paměť – je přechodného charakteru. Této paměti se také říká provozní paměť, jelikož většina informací zaniká proto, že již nejsou nadále používány a ani posilovány opakováním.
- Střednědobá paměť – znamená ukládání některých informací do dlouhodobé paměti. Tyto informace je nutné posilovat opakováním. K ukládání do paměti dlouhodobé výrazně přispívá také emoční náboj informace (radost, smutek). U Alzheimerovy choroby je postižení krátkodobé paměti již od počátečních stádií.
- Dlouhodobá paměť – má schopnost udržet informaci dlouhodobě až celoživotně. Tzv. engramy (paměťové stopy) jsou podkladem pro dlouhodobou paměť (Jiráková a kol., 2009).

1.1.3 Osobnost starého člověka

Je jednotou duševních vlastností, která je založena na jednotě tělesné konstituce a je utvářena v jeho společenských vztazích. Je především výsledkem celého předchozího vý-

voje, ale i současná adaptace na obtíže ve vyšším věku. Můžeme tedy vyčlenit pět strategií, jak se s vlastním stářím vyrovnat:

- Konstruktivní strategie – konstruktivní vyrovnání s realitou vyššího věku, převládá aktivita, radost ze života, vřelé citové vztahy k blízkým lidem, humor, přizpůsobování se novým okolnostem, ale i akceptování možné smrti.
- Strategie závislosti – převládá pasivita a závislost na druhých lidech, odpovědnost a povinnost předávat mladším.
- Strategie obranná – přehnaná emoční kontrola, jednání přísně podle zvyků a konvencí, až s nutkavou pedantičností.
- Strategie hostility – hněvivost a nepřátelství vůči ostatním, je zde patrná agresivita, podezřívavost a neustálé stížnosti.
- Strategie sebenenávisti – agresivita obrácená vůči sobě, sebekritika, pohled na prožitý život vidí jako naprosté selhání bez známek přání žít jej znovu (Langmeier, Krejčířová, 1998).

1.1.4 Citové vztahy ve stáří

Ve stáří se síla vztahů k blízkým lidem většinou nijak významněji nemění, ale význam rodiny s věkem naopak stoupá. I nadále zastává starý člověk v širší rodině velmi důležitou roli – roli prarodiče. Nezastupitelná je jejich role „výuková“ – staří lidé učí mladé nejen tím, co o životě vyprávějí, ale zároveň je učí i mnoha hlubším hodnotám a postojům. Nakonec je učí i svou smrtí - pomáhají blízkým, aby hleděli vyrovnaněji na vlastní smrt a plněji si uvědomovali svoji odpovědnost k rodině a širší společnosti (Langmeier, Krejčířová, 1998).

1.2 Stárnutí

Stárnutí je specifický, neopakovatelný a nevratný biologický proces, který je univerzální pro celou přírodu. Jemu se říká život. Délka života je determinovaná a specifická pro každý živočišný druh. Ve spojitosti s délkou života je používán termín střední délka života. Je to údaj o věku, kterého se člověk při narození pravděpodobně dožije.

Konečnou etapou procesu stárnutí je stáří. V dnešní době se ve většině zemí přijímá 15letá periodizace lidského věku, jak ji navrhla Světová zdravotnická organizace (WHO) (Slezáková a kol., 2007).

Podle WHO se stáří člení na tato období:

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

1.2.1 Stárnutí a kognitivní funkce

Podle závažnosti nastalých změn můžeme kognitivní stárnutí rozdělit do tří stupňů:

- úspěšné stárnutí,
- normální stárnutí,
- patologické stárnutí.

Úspěšné stárnutí znamená zachování funkčních schopností, kognitivní schopnost je neporušena, výkonnost je srovnatelná se středním věkem. Poruchy paměti, chování či motoriky se neobjevují. Normální stárnutí znamená fyziologické změny v kognitivních funkcích a dalších psychických schopnostech. Jsou to drobné abnormality, vyskytující se u většiny zdravé populace. Je to benigní stav zapomnětlivosti, kdy dochází k progresi. Jedinec udává drobné poruchy paměti. Hovoříme o věkem podmíněném poklesu kognitivních funkcí (Pidrman, 2007).

Klinické charakteristiky - věkem podmíněný pokles kognitivních funkcí:

- věk nad 50 let,
- subjektivní potíže, zhoršení proti původnímu stavu,
- objektivně prokazatelná porucha paměti/ostatních kognitivních funkcí pod 1 směrodatnou odchylku (SD) normy pro střední věk,
- intelektuální výkonnost a sociální schopnosti odpovídající věku, neomezují běžné činnosti ani autonomii starší osoby,
- globální testy na demenci v normě,

- není zde zvýšené riziko přechodu do demence,
- klinicky odpovídá stádiu 2 v Globální škále deteriorace.

1.2.2 Stárnutí populace

Stárnutí populace je civilizačně zákonitý dlouhodobý proces, který je charakterizován poklesem porodnosti i úmrtnosti. Je charakteristická nízká porodnost, nízká úmrtnost v mladém a středním věku a dlouhý život ve stáří. V hospodářsky vyspělých zemích se zvýrazní situace zestárnutím populačně silných poválečných ročníků po roce 2010 – 2015. Důsledkem toho je výrazná změna věkové struktury populace. Starých lidí přibývá relativně (pokles natality), tak i absolutně (pokles mortality, zestárnutí silných ročníků).

Pohlaví	Rok			
	1869	1930	1997	2050
ženy	988	2 400	20 794	154 031
muži	844	1 222	6 214	75 102
celkem	1832	3 622	27 008	229 133

Tabulka 1. Lidé ve věku ≥ 90 let na území dnešní ČR (Kalvach, Z. a kol. Geriatrie a gerontologie. Praha: Grada Publishing, 2004)

Podle analýzy důsledků demografického vývoje, kterou zpracovala Evropská komise v roce 2006, se za prioritní zdravotnické výzvy v souvislosti se stárnutím populace považují:

- Zlepšení zdravotního stavu stárnoucích lidí a mladých seniorů s cílem umožnit jejich uplatnění na trhu práce: kromě prevence a účinné intervence kardiovaskulárních a nádorových chorob jde především o intervenování muskuloskeletálních problémů (zvláště u těžce manuálně pracujících osob) a poruch duševního zdraví.
- Zlepšení funkčního zdraví v pokročilém stáří, obvykle chápaném jako věk ≥ 80 let tak, aby s prodlužováním naděje dožití a života ve stáří nedocházelo k expanzi ne-

mocnosti, především závažné disability: cílem je umožnění autonomního života v přirozeném domácím prostředí s individuálně odpovídající úrovní aktivity a sociální participace.

- *Konsolidace rozpočtů: účelnost výdajů sociálních zdravotních a obecně „na stárnutí“: modifikace modelů financování, přístupů a struktury služeb tak, aby lépe odpovídaly stárnutí populace a potřebám křehkých starých lidí. (Jirák a kol., 2009, s. 151)*
- *Zdravotní péče o migranty kompenzující úbytek domácí pracovní síly: jde i o specifické problémy stárnoucích migrantů včetně problémů se syndromem demence v jinnokulturním a cizojazyčném prostředí (Jirák a kol., 2009, s. 152).*

2 DEMENCE

Demence je syndrom, který vznikl následkem onemocnění mozku, obvykle chronického nebo progresivního charakteru. Dochází k narušení vyšších korových funkcí, včetně paměti, myšlení, orientace, schopnosti řeči, učení a úsudku, přitom vědomí není zastřené. Zhoršení uvedených funkcí je doprovázeno (někdy dokonce předcházeno) zhoršením kontroly emocí, sociálního chování nebo motivace (Pidrman, 2007, s. 9).

2.1 Obecná kritéria demence

Demenci můžeme chápat jako získanou poruchu kognitivních funkcí, která je natolik závažná, že má zásadní vliv na další funkce a tím i život pacienta. Příznaky demencí můžeme chápat z hlediska praktického i didaktického a tak je rozdělit do tří základních skupin nazývajících se A-B-C:

- Narušení kognitivních funkcí (C – cognition).
- Narušení aktivit denního života (A – activities of daily life).
- Poruchy chování (B – behavior).

Z těchto tří skupin příznaků jsou základní a nejzávažnější z hlediska etiologického příznaky kognitivní. Základním a charakteristickým rysem pro demenci je úbytek kognitivních (poznávacích) funkcí, a to zejména paměti a intelektu. Demence však zahrnuje i další symptomy:

- poruchy intelektu,
- poruchy paměti,
- poruchy orientace,
- poruchy abstraktního myšlení,
- poruchy chápání,
- poruchy pozornosti a motivace,

- poruchy korových funkcí (apraxie¹, afázie²),
- poruchy emotivity,
- poruchy chování,
- ztráta soběstačnosti,
- poruchy osobnosti,
- mohou se objevit psychotické příznaky.

Výsledkem procesu demence je globální deteriorace duševních schopností nemocného, narušení jeho funkčních schopností, ztráta soběstačnosti (Pidrman, 2007).

2.2 Základní dělení demencí

Demenci bychom měli nejprve správně diagnostikovat, a poté se pokusit určit její etiologii, což je důležité z hlediska našeho poznání i následné léčby:

- *Rozpoznání demence (odlišení demence od stavů demenci imitujících, stanovení její zvláštnosti – stádia).*
- *Určení etiologie demence (určení primární, sekundární, smíšené demence, resp. Demence reverzibilní či ireverzibilní) (Pidrman, 2007, s. 31).*

2.2.1 Primárně degenerativní demence

- Alzheimerova choroba (nejčastější demence, představuje 60 % všech demencí).
- Demence s Lewyho tělísky.

¹ Apraxie = je ztráta schopnosti vykonávat naučené pohyby, které jsou běžné v každodenním životě. Může jít o pohyby komplikované například psaní, ale také mnohem jednodušší, jako je držení vidličky. (Ragnault, 2011)

² Afázie = jsou poruchy řeči a komunikace. Neznamena to vždy, že dotyčný nerozumí, co se mu říká, nebo nemůže v mysli formulovat, co chce říci. Ale nedokáže tyto své myšlenky převést do artikulovaných slov. (Regnault, 2011)

- Frontotemporální demence.

2.2.2 Sekundární demence

Sekundární demence jsou nesourodou skupinou nemocí, na jejichž vzniku se podílí řada příčin. Jde např. o demence v souvislosti s traumatem, tedy posttraumatické demence, dále infekční, metabolické při poruchách jater, respiračního systému, ledvin, demence při tumorech, epilepsii a mnoho dalších. Sekundárních demencí bylo popsáno více než 70 skupin, z nichž nejčastější a nejzávažnější jsou:

- Vaskulární demence (20 % všech demencí).
- Metabolické demence.
- Toxické demence.
- Demence při Parkinsonově chorobě.
- Demence při Huntingtonově chorobě.
- Traumatické demence.
- Demence při normotenzním hydrocefalu.
- Demence při nádorech CNS.
- Demence při infekcích.

2.2.3 Smíšené demence

- Smíšená Alzheimerova/vaskulární.
- Smíšená Alzheimerova/jiné primárně degenerativní demence.
- Ostatní smíšené (Jiráček, 2009).

3 ALZHEIMEROVA CHOROBA

3.1 Patofyziologie onemocnění

Alzheimerova choroba je progredientní onemocnění, vyznačující se charakteristickými klinickými a patofyziologickými příznaky. Poprvé její popis podal profesor Alois Alzheimer³. Tuto nemoc popsal jako „Neobvyklá porucha cerebrálního kortexu“ (Pidrman, 2007).

Alzheimerova choroba je primárním onemocněním šedé kůry mozkové. Průměrně onemocnění trvá 9 let (rozmezí 2 – 12 let), dělí se do tří stádií: časně (mírné), střední a těžké (hluboké) (Pidrman, 2007).

Alzheimerova choroba se vyvíjí nejčastěji plíživě, progreduje přitom pomalu a trvale. Psychické funkce jsou postiženy difuzně. Relativně brzy dochází k postižení osobnostních rysů a charakteristik, nemocní ztrácejí základní etická a estetická pravidla, návyky a zvyklosti a stávají se překvapivě nápadnými svým chováním a jednáním. Ztrácejí své zájmy, narušují dlouholeté vazby a vztahy, vůči okolí se stávají podezřívavými a hašřtivými. Dochází k amnestickým poruchám, zejména nejprve k narušení krátkodobé paměti. Objevují se poruchy dalších korových funkcí, jako jsou afázie, apraxie, agnózie, výrazně trpí prostorová orientace. Nemocní přestávají zvládat péči o sebe sama, je nutná dopomoc po stránce hygieny či odívání. Objevuje se postižení emocí, nejčastější je emoční plachost, zejména na počátku onemocnění se může objevit deprese, nezřídka i mánie. Mohou se také objevit paranoidní syndromy, bludy bývají spíše vágní a měnlivé, halucinatorní symptomy mívají přechodný charakter a jsou méně časté (Pidrman, 2007).

3.1.1 Neurobiologické změny

Alzheimerova nemoc jako progresivní primárně degenerativní onemocnění CNS se projevuje kortiko – subkortikální atofií. Rozsah této atofie nemusí korelovat s tíží demence. Makroskopicky nalézáme ztenčené mozkové kůry, rozšířené sulky, rozšířené jsou i komory

³ Alois Alzheimer = německý psychiatr a neuropatolog, jako první v roce 1906 popsal na mozku jedenapadesátileté pacientky symptomy Alzheimerovy choroby. Druhý případ tohoto onemocnění zkoumal ještě v roce 1911. (Renault, 2011)

mozkové. *Atrofie bývá významná i v oblasti hipokampů, dále nalézáme rozšíření temporálních rohů postranních komor (Pidrman, 2007, s. 42).*

Mikroskopicky nalézáme extracelulární a intracelulární změny (Pidrman, 2007, s. 42).

Základní a nejdůležitější extracelulární patologickou změnou je ukládání beta – amyloidu. Takto uložená depozita beta – amyloidu tvoří shluky, kolem kterých vzniká komplex dalších neurodegenerativních procesů. Tímto způsobem vznikají útvary, které se nazývají Alzheimerovské plaky. Platí přímá úměry mezi počtem plaků a funkčním postižením, tedy tíží demence. (Pidrman, 2007, s. 42)

Nejzávažnější intracelulární (intranuronální) změnou 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 (klubek) – tangles. To vede k zániku postižených neuronů, k jejich apoptóze (Pidrman, 2007, s. 42).

Těmito dvěma základními procesy se spouští kaskáda dalších degenerativních projevů. V oblasti plaků dochází k projevu sterilního zánětu. Dochází k aktivaci gliových elementů, buňky mikroglie se transformují do podoby makrofágů. Uvolňují se cytokiny, zásadní význam má zřejmě uvolnění interleukinu 1. Dochází k aktivaci zánětlivého enzymu cytooxygenázy a k syntéze prostaglandinu (Pidrman, 2007, s. 42).

Významným patogenetickým činitelem u Alzheimerovy nemoci je i zvýšené množství volných kyslíkových radikálů. Do určité míry mají tyto kyslíkové radikály své fyziologické funkce. Za patologických podmínek jsou však uvolňovány nadměrně a CNS není schopná toto množství odbourat. Volné kyslíkové radikály pak vyvolají řadu nežádoucích reakcí. Pod jejich vlivem dochází např. k peroxidaci lipidů neuronální membrány, ale také k inaktivaci řady enzymů. Neurony, u nichž došlo k peroxidaci, se stávají rovněž apoptickými (Pidrman, 2007, s. 42).

V procesu degenerace dochází také ke snížení metabolismu v neuronech, což lze dokázat např., pozitronovou emisní tomografií (PET) nebo jednofotonovou emisní počítačovou tomografií (SPECT) (Pidrman, 2007, s. 43).

Topograficky nejvíce postiženou oblastí je nucleus basalis Meinerti, toto postižení ovlivňuje přímo kortex. Velmi významně je poškozena také oblast hipokampů (Pidrman, 2007, s. 43).

Z neuromediátorových systémů je nejvíce postižen systém cholinergní. Je narušena jak syntéza acetylcholinu, tak jeho uvolňování, zároveň schopnost zpětného vstupu cholinu do neuronu. U Alzheimerovy demence nalézáme navíc deficit enzymu cholinacetyltransferázy. Jde o enzym, který syntetizuje acetylcholin z acetylkoenzymu A a z cholinu (Pidrman, 2007, s. 43).

Základní patologické mediátorové změny u Alzheimerovy choroby:

1. snížení aktivity acetylcholintransferáz,
2. centrální úbytek aktivity:
 - acetylcholinu,
 - serotoninu,
 - noradrenalinu / dopaminu,
 - GABA,
 - somatostatinu,
 - vazopresinu,
 - nervového růstového faktoru,
 - substance P,
3. zvýšení množství aktivity:
 - excitačních aminokyselin (glutamát, aspartát),
 - MAO-B (Pidrman, 2007).

3.1.2 Genetické faktory Alzheimerovy choroby

U menšího počtu pacientů s Alzheimerovou chorobou (desetiny procenta až několik procent) se vyskytuje choroba familiárně – je postiženo více pokrevních příbuzných v rodině. Proto jsou hledány genetické faktory onemocnění. Bylo nalezeno několik genových mutací (změn v genetické zápisu) na chromozomech 21, 14, a 1, což vede ke spuštění tvorby a ukládání chorobné bílkoviny beta – amyloidu. Jsou zkoumány i další mutace. Dále existují genetické faktory jako rizikové faktory vzniku Alzheimerovy choroby. Uplatňují se tzv. genetické polymorfizmy – jedna geneticky zakódovaná bílkovina se může vyskytovat v několika formách, které jsou jen

málo odlišné – například některou aminokyselinou, a základní funkce této aminokyseliny zůstává u všech forem zachována (Jirák a kol., 2009, s. 31).

Existuje hypotéza, že Alzheimerova choroba je polygenní onemocnění – k rozvoji nemoci je třeba genetické podmínění na více místech, ale je pravděpodobné, že důležitou roli hrají i faktory negenetické (Jirák a kol., 2009, s. 31).

3.1.3 Rizikové faktory pro rozvoj Alzheimerovy choroby

- věk nad 65 let,
- ženské pohlaví,
- přítomnost alely pro apolipoprotein E4,
- nižší vzdělání,
- úraz či opakované úrazy hlavy,
- přítomnost vaskulárních onemocnění.

4 ZÁKLADNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA S ACH

Cílem komplexní ošetrovatelské péče je dosáhnout klientovy soběstačnosti v aktivitách denního života, zabezpečit jeho ochranu před jakýmkoli druhem poškození sebe svého i jeho okolí. I rodina se musí naučit akceptovat projevy jeho onemocnění (Kafka a kol., 2004).

Úlohou ošetrovatelské péče je identifikovat příčinu zmatenosti, stupeň poruchy paměti, orientace, úroveň pozornosti i schopnost a možnost komunikace. Sledovat a zaznamenávat zhoršení v oblasti hygieny a změny chování. Povzbuzovat jeho orientaci umístěním hodin, kalendáře a osobních předmětů do jeho blízkosti, včetně obrázků a fotografií. Dbát na jeho bezpečnost a zapojit ho do skupinové terapie. Informovat rodinu o důležitosti nepřetržitého styku s jejich blízkým, povzbudit je a poskytnout jim kontakt na další instituce, které jim mohou při péči o jejich příbuzného pomoci.

Sestra musí při poskytování péče dodržovat základní zásady ošetřování duševně nemocného (Lizáková a kol., 2008).

Komplexní ošetrovatelská péče se realizuje metodou ošetrovatelského procesu, který umožňuje stanovit její strukturu a zaměření. Aplikace tohoto postupu od sestry vyžaduje interpersonální, technickou a intelektovou zručnost. Použití této metody poskytuje plánované a systematictější řešení klientových aktuálních i potenciálních problémů na základě komplexního zhodnocení jeho zdravotního stavu (Marková a kol., 2006).

4.1 Fáze posuzování

Posuzování je první fáze ošetrovatelského procesu. Zahrnuje sběr dat a jejich validizaci. Výsledkem je pak vytvoření databáze, která je složená z údajů sesbíraných v anamnéze, z výsledků laboratorních testů, pozorování a z fyzikálních, psychologických a jiných vyšetření. Tato fáze představuje komplexní biopsychosociální zhodnocení seniora s demencí. Orientuje se na jeho potřeby, které jsou v důsledku staroby a nemoci modifikovány. Tyto údaje sestra získává metodou pozorování a rozhovoru.

4.1.1 Ošetrovatelská zdravotní anamnéza

- Anamnéza současného zdravotního stavu: informace, které se týkají jednotlivých částí těla a potřeb organismu změněných zdravotními obtížemi v oblasti výživy,

včetně pitného režimu, při vyprazdňování, pohybu, soběstačnosti a jiných aktivitách denního života (oblékání, svlékání, hygiena,...).

- Osobní anamnéza: prodělaná onemocnění, úrazy, hospitalizace.
- Rodinná anamnéza: výskyt dědičných a civilizačních chorob v rodině, výskyt dlouhověkosti.
- Psychologická anamnéza: orientace klienta (schopnost identifikovat čas, prostor, osoby), přiměřenost chování, nálady, stresové faktory a jejich zvládnutí, způsob komunikace, zájmy a záliby, postoje k životu a k léčbě.
- Sociální anamnéza: vztahy s rodinnými příslušníky, ekonomická situace, sociální prostředí, vzdělání a zaměstnání před odchodem do důchodu.
- Spirituální anamnéza: údaje o vyznání a náboženských praktikách.

Anamnestické údaje nemusí být vždy správné, úplné nebo použitelné, zejména u klientů ve starším věku, kteří si často nedokážou vzpomenout na předcházející onemocnění či hospitalizace. Tyto údaje sestra získává z jiných zdrojů: od rodinných příslušníků, zdravotnických pracovníků, klientových záznamů (Poledníková a kol., 2006).

Aby mohla sestra udržet spolupráci s klientem s duševní poruchou na co nejvyšší úrovni, musí být schopná posoudit jeho ubývající i stávající schopnosti. Podrobné posouzení pacienta s duševní poruchou vyžaduje použití holistických ošetrovatelských a vyšetřovacích technik. Deficit a úroveň soběstačnosti se musí pečlivě zjistit přímým sledováním jeho fungování v každodenních aktivitách (Marková a kol., 2006).

V ošetrovatelské diagnostice se u starých lidí nejčastěji používá test základních denních činností (ADL) podle Barthela, zaměřující se na nácvik soběstačnosti, test instrumentálních denních činností (IADL), který zkoumá schopnost žít v samostatné domácnosti a test kognitivních funkcí zaměřený na psychiku. Dále se využívají testy na zjištění duševní a afektivní poruchy nebo poškození kognitivních funkcí. Ty podle Mini MentalState Examination (MMSE) hodnotí orientaci, paměť, pozornost, řeč a konstruktivní schopnosti (Poledníková a kol., 2006).

4.2 Diagnostická fáze

Ošetřovatelská diagnóza je klinický závěr o odpovědích jednotlivce, rodiny či komunity na skutečné nebo potenciální zdravotní problémy či životní proces. Poskytuje základ pro výběr ošetřovatelských zákroků k dosažení výsledků, za které je sestra zodpovědná (Botíková a kol., 2009, s. 34).

Ošetřovatelské diagnózy vztahující se k tělesným potřebám: omezená pohyblivost, intolerance aktivity, neuspokojivá soběstačnost, riziko úrazu, změněná výživa – větší či menší příjem, než je tělesná potřeba, stresová a reflexní močová inkontinence, zácpa, inkontinence stolice, poruchy dýchání, akutní či chronická bolest, akutní a chronická zmatenost.

Ošetřovatelské diagnózy vztahující se k psychickým a sociálním potřebám: narušená schopnost adaptace a verbální komunikace, sociální izolace, nedostatek vědomostí, strach, úzkost, beznaděj, bezmoc (Poledníková a kol., 2006).

Ošetřovatelské diagnózy u klientů s demencí: zhoršená paměť, kognitivní schopnosti, vnímání reality a schopnost úsudku, narušení spánku, komunikace a sociální interakce, neuspokojivá soběstačnost (Lizáková a kol., 2008).

4.3 Fáze plánování

Plánování je proces vytyčení ošetřovatelských strategií či intervencí (zásahů) s cílem prevence, redukce nebo eliminace zdravotních problémů pacienta, které byly zjištěny a valorizovány v průběhu diagnostické fáze (Botíková a kol., 2009, s. 36).

U lidí vyššího věku se v důsledku polymorbidity a stařeckých změn vyskytují různé problémy, které se vzájemně ovlivňují. Jedna obtíž následuje druhou, respektive je podkladem pro vznik další. Vyřešení jedné nesnáze může pomoci při řešení dalších komplikací. Stanovené ošetřovatelské diagnózy musí sestra podle jejich priority roztrždit do jednotlivých kategorií. Dalším krokem ve fázi plánování je stanovení ošetřovatelských cílů. Jestliže sestra nemůže s pacientem pro jeho špatný zdravotní stav spolupracovat, musí se obrátit na jeho rodinné příslušníky. Cíle bývají obvykle dlouhodobé, vztahují se na celou hospitalizaci i následnou péči. U staršího člověka musí být výsledná kritéria z hlediska času reálná a je třeba brát v úvahu jeho schopnosti a osobní limity. Dalším krokem je plánování intervencí, kdy sestra zvažuje, které z nich budou při řešení problémů nejúčinnější. Při jejich

výběru dodržuje obecné zásady výběru ošetrovatelských intervencí u seniorů a dbá na to, aby její úkony stařecký organismus příliš nezatěžovaly a respektovaly jeho fyzické možnosti, vypěstované návyky a osobnost (Poledníková a kol., 2006).

Plán péče musí zohledňovat také klientovu zvyšující se závislost na druhých, protože je stále součástí společnosti. Je tedy vhodné zkontaktovat rodinu s příslušnými společenskými, zdravotnickými a podpůrnými organizacemi, které ji poskytují (Marková a kol., 2006).

4.4 Fáze realizace

Realizace je výkon nebo uplatnění ošetrovatelských strategií zaznamenaných v programu ošetrovatelské péče. V praxi je to činnost zaměřená na dosažení plánovaného výsledku či klientových cílů (Botíková a kol., 2009).

Realizační část ošetrovatelského procesu je nejvhodnější fází pro budování důvěry mezi seniorem, jeho rodinou a zdravotnickým personálem, která je důležitou podmínkou účinné ošetrovatelské péče (Poledníková a kol., 2006, s. 60).

4.5 Fáze hodnocení

V této fázi se určuje, zda byla ošetrovatelská péče efektivní či nikoli. U staršího člověka probíhá hodnocení stejně jako u klientů jiných věkových kategorií, tedy průběžně, kdy se zjišťuje, jak reaguje na zákrok, nebo terminálně kdy zkoumá, zda bylo dosaženo jeho cílů. Ty se, i když byly na počátku pokládány za reálné, někdy musí pro neočekávaný úbytek klientových schopností změnit, a někdy je třeba naopak upravit je směrem nahoru, protože pacient reaguje lépe, než se původně očekávalo. Vyhodnocení ošetrovatelské péče u klienta s duševní poruchou by mělo být založeno na dvou parametrech – udržení maximální funkční schopnosti a dosažení co největšího možného komfortu pro klienta a jeho rodinu (Marková a kol., 2006).

4.6 Úloha rodin

Péče o starého člověka znamená pro pečující rodinu velikou zátěž, zejména ta psychická může mít obrovský vliv na fungování rodin. Dobře fungující rodinu může psychic-

ký stres „rozložit“ a způsobit nemalé problémy v jejím fungování. Následující principy, které by měly pomoci rodině se správným fungováním v době, kdy se stará o nemocného seniora, rozpracoval ve své studii Jeřábek (2005).

- **Solidarita a sociální soudržnost pečující rodiny**

Solidarita představuje jeden ze základních předpokladů sociální soudržnosti. Myslím si, že soudržnost rodiny znamená pro pečující o nemocného ACH velkou nejen sociální, ale i psychickou podporu. Na jednu stranu se mohou v péči střídat pečující v rámci dobře fungující rodiny, na druhou stranu už samo vědomí, že se pečující má na koho spolehnout v těžkých chvílích může snížit psychické napětí. To vše je však podmíněno soudržností ve smyslu sdílení společných hodnot, norem, vzorů chování. Solidarita je podmínkou péče o starého člověka v rodině a zároveň i jejím výsledkem (Šimková in Jeřábek, 2005). „*V organické rodinné soudržnosti je obsaženo odřeknutí vlastních priorit jednotlivých členů rodiny na úkor společných potřeb fungování rodiny jako celku, který si vzal za úkol pečovat o svého starého nesoběstačného člena.*“ (Jeřábek, 2005, s.7).

- **Rozdělení rolí**

Aby mohla efektivní péče v rodině fungovat, musí si členové rozdělit jednotlivé role. V ideálním případě by měl každý člen zastávat svou funkci, v rámci ní plnit své povinnosti a vytvořit tak fungující rodinnou síť, díky níž by veškeré břemeno nespočívalo pouze na jednom pečujícím. Tato péče o seniora nemocného ACH ovlivňuje životy všech zúčastněných a pokud se chtějí o svého dědečka či babičku starat, musí upravit harmonogram dne, změnit zvyklosti, spoustu věcí si dokázat odříct, domluvit si zkrácení či upravení pracovní doby, změnit zaměstnání anebo zůstat s nemocným seniorem doma (Šimková in Jeřábek, 2005).

- **Vděčnost, láska, sdílení**

Myslím si, že tyto principy by měly být zastoupeny v každé rodině primárně a pokud tomu tak není, neobjeví se samy o sobě právě v situaci, když jsou potřeba (tedy při zjištění ACH u člena rodiny). Pokud je vztah mezi dítětem a rodičem vystavěný na lásce a vděčnosti, měla by pak i péče dítěte o starého nemocného rodiče probíhat na stejných principech. Neznamená to, že pak bude péče „lehčí či těžší“, ale zastávám názor, že bude emotivně lépe zvládnutelná. Naopak pokud se rodič „nehezky“ staral o své dítě a bude-li pak sám péči ve stáří potřebovat, buď se mu jí nedostane vůbec a nebo nebude vykonávána z lásky,

ale spíše jako „nutné zlo“, které bude snižovat kvalitu péče i kvalitu života pečujícího a opečovávaného (Šimková, 2010, s. 56)

4.7 Podpora pečujících

Podpora pečujících znamená především možnost poskytnutí různých forem sociálních služeb. Jejich úkolem je ulehčit pečujícím jejich nelehkou práci. Patří sem například :

- Agentury domácí péče – poskytují především odbornou zdravotnickou péči
- Pečovatelská služba, charita – poskytuje péči v oblasti donášky obědů, hygieny, nakupování, úklidu, ...
- Denní stacionář – je vhodnou alternativou především pro pečující, kteří chtějí pečovat o svého příbuzného doma, ale přesto se nechtějí vzdát zaměstnání.
- Respitní péče – cílem této péče je poskytnout prostor domácím pečovatelům k odpočinku a regeneraci sil. Tato služba nabízí pobyty pro nemocné, event. ucelený rehabilitační program. Může být sjednána na různě dlouhou dobu, dle potřeby rodiny, částečně je hrazena zdravotní pojišťovnou, částečně přispívá klient.
- Česká Alzheimerovská společnost – vznikla v roce 1997, poskytuje konzultace a poradenství osobám postižených demencí a jejich rodinným příslušníkům či přátelům.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 METODIKA PRÁCE

5.1 Cíl práce

Cíl č. 1: Zjistit, jaké zkušenosti mají pečovatelé s péčí o blízkou osobu s Alzheimerovou chorobou.

Cíl č. 2: Zjistit, jak tato skutečnost ovlivnila život v rodině.

Cíl č. 3: Zjistit, zda mají rodinní příslušníci povědomí o možnostech poskytovaných sociálních služeb.

5.2 Metoda práce

Metodou získaných údajů byl dotazník. Dotazník je explorační výzkumná metoda, sloužící k získávání informací prostřednictvím subjektivních výpovědí zkoumaných osob, kteří se nazývají respondenti. Dotazník se obvykle skládá z prvků, takzvaných dotazníkových položek. Každá položka se skládá z části předmětové (otázkové) a odpovědi. Východiskem pro konstrukci dotazníku by měl být cíl výzkumu. Dotazníkové otázky mohou být otevřené (tedy ty, u kterých se předpokládá dopsání nějaké konkrétní odpovědi), zavřené otázky (mají možnosti více variant, spočívá v označení jedné či více možností), a polootevřené (kombinace předchozích dvou typů dotazníkových otázek, spočívají v označení odpovědi a předpokládají též nějaké písemné doplnění). Dotazník byl anonymní. Skládal se z 24 položek. Byly do něj zahrnuty všechny typy otázek, tedy uzavřené, polootevřené, otevřené.

Otázky č. 1, 2, 5, 15, 16, 17, 19, 20, 22 byly uzavřené.

Otázky č. 3, 4, 6, 9, 10, 18, 21 byly polootevřené.

Otázky č. 7, 8, 11, 12, 13, 14, 23, 24 byly otevřené.

5.3 Charakteristika položek dotazníku

Položky č. 1, 2, 3 zjišťují věk respondentů, dosažené vzdělání respondentů a o koho respondenti pečují.

Položky č. 4, 5 zjišťují, zda bylo pro respondenta těžké rozhodnutí pečovat o blízkou osobu s Alzheimerovou chorobou a zda věděl, co péče obnáší.

Položka č. 6 zjišťuje, jak dlouho již respondenti pečují o osobu blízkou.

Položky č. 7, 8 zjišťuje okolnosti prvních změn v chování blízkého, a zda se tento stav od té doby změnil.

Položka č. 9 zjišťuje, kde respondent získal informace o tom, jak pečovat o osobu s Alzheimerovou chorobou.

Položky č. 10, 11 zjišťuje, zda někdo respondentovi pomáhá s péčí a jakým způsobem se do péče zapojuje.

Položka č. 12 zjišťuje, jak péče ovlivnila rodinný život.

Položky č. 13, 14, 15 zjišťuje, co respondentům pomáhá při péči, zda mají možnost si vyměňovat zkušenosti a zda jsou pro ně tyto zkušenosti přínosné.

Položka č. 16 se věnuje Příspěvků na péči.

Položky č. 17, 18, 19, 20, 21 zjišťují povědomí respondentů o možnostech poskytování sociálních služeb.

Položky č. 22, 23, 24 zjišťují, co by respondentům usnadnilo péči a zda by jejich rozhodnutí pečovat o osobu blízkou bylo stejné.

5.4 Charakteristika zkoumaného vzorku

Při svém výzkumném šetření jsem oslovila 50 respondentů, jednalo se o osoby, které pečují o blízkého s onemocněním Alzheimerovou chorobou. Ke zpracování jsem použila 37 vyplněných dotazníků, pomocí kterých jsem provedla výzkumné šetření.

5.5 Organizace dotazníkového šetření

Dotazník byl vytvořen v březnu roku 2012. Vytvořený dotazník jsem předložila ke konzultaci vedoucí bakalářské práce. Na její doporučení jsem některé otázky upravila nebo doplnila. Dotazník se skládal z 24 položek. Na konci měsíce dubna jsem provedla pilotní studii. Rozdala jsem 5 dotazníků rodinným pečujícím o osobu s Alzheimerovou chorobou. Vrátily se mi 4 dotazníky. Respondenti neměli žádné výhrady či připomínky k otázkám. Vlastní výzkumné šetření probíhalo od 7.5.2012 – 16.5.2012. Celkem jsem rozdala 50 dotazníků.

Doporučení na rodinné příslušníky, kteří pečují o osobu s Alzheimerovou chorobou, jsem získala od dvou praktických lékařů a pečovatelských služeb oblastní charity Uherský Brod a Uherské Hradiště. Nazpět se mi vrátilo 39 dotazníků. Z důvodu neúplných odpovědí ve dvou případech, jsem ke zpracování použila 37 dotazníků.

5.6 Zpracování získaných dat

Získaná data byla uspořádána do tabulek četností. Byla vyjádřena v tzv. absolutní a relativní četnosti. Absolutní četnost v tabulce udává počet respondentů, kteří odpovídali v položce se stejnou odpovědí ze všech nabídnutých možností. Relativní četnost v % potom poskytuje údaje o tom, jak velká část z celkového počtu hodnot připadá na danou dílčí hodnotu. Každá položka je vyjádřena dotazníkovou otázkou v původním znění. Je-li to možné, je pod tabulkou přehledný graf.

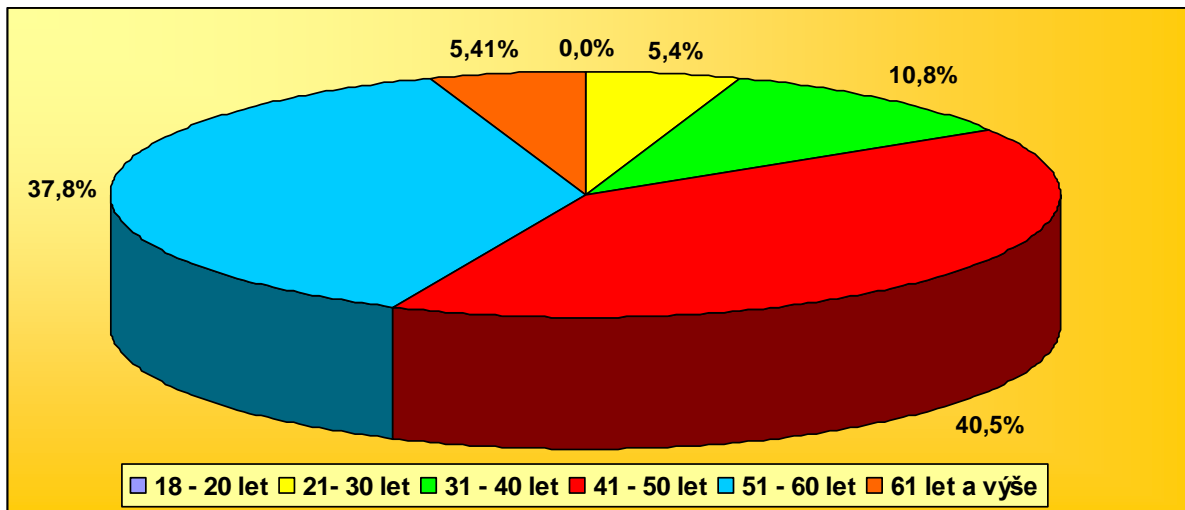
6 ZPRACOVÁNÍ VÝSLEDKŮ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Výzkumného šetření se zúčastnilo 37 respondentů.

Otázka č. 1 – Uved'te prosím Váš věk.

Věk respondentů	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost</i>
18 - 20 let	0	0,00%
21- 30 let	2	5,41%
31 - 40 let	4	10,81%
41 - 50 let	15	40,54%
51 - 60 let	14	37,84%
61 let a výše	2	5,41%
Celkem	37	100,00%

Tabulka 2. Věk respondentů



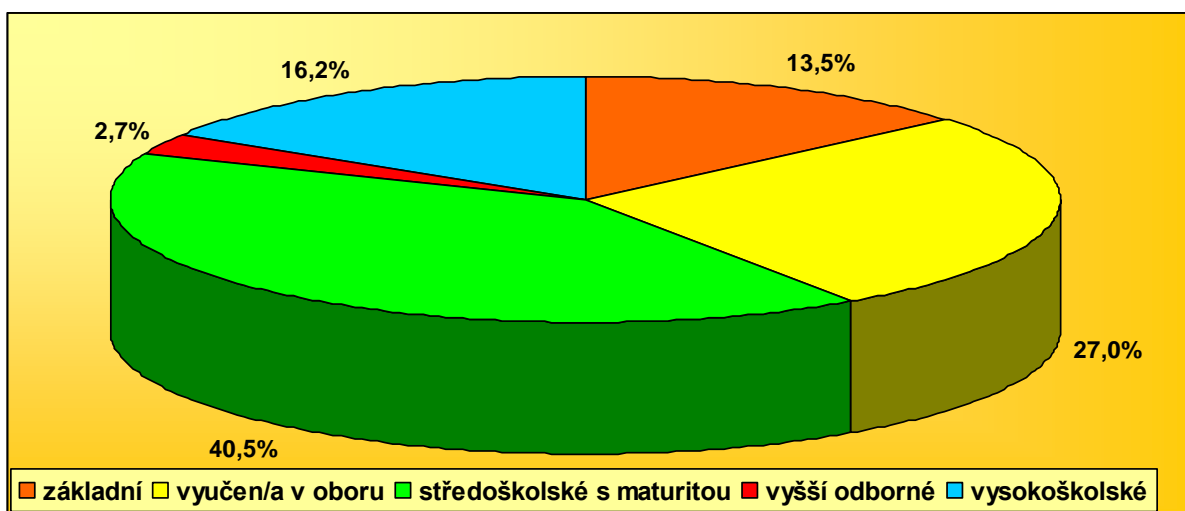
Graf 1. Věk respondentů

Z tabulky a grafu vyplývá, že z celkového počtu 37 pečujících respondentů (100 %) je nejvíce zastoupeno ve věku 41- 50 let (40,54 %), na druhém místě jsou pečující ve věku 51 – 60 let (37,84 %), třetí místo patří věkové skupině 31 – 40 let (10,81%), na čtvrtém místě je věková skupina 61 let a výše (5,41 %), na pátém místě se umístila věková skupina 21 – 30 let (5,4 %). Je patrné, že ve věku 18 – 20 let (0,0 %) zde není žádný pečující.

Otázka č. 2 – Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Vzdělání	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost</i>
základní	5	13,51%
vyučen/a v oboru	10	27,03%
středoškolské s maturitou	15	40,54%
vyšší odborné	1	2,70%
vysokoškolské	6	16,22%
Celkem	37	100,00%

Tabulka 3. Nejvyšší dosažené vzdělání pečující osoby



Graf 2. Nejvyšší dosažené vzdělání pečující osoby

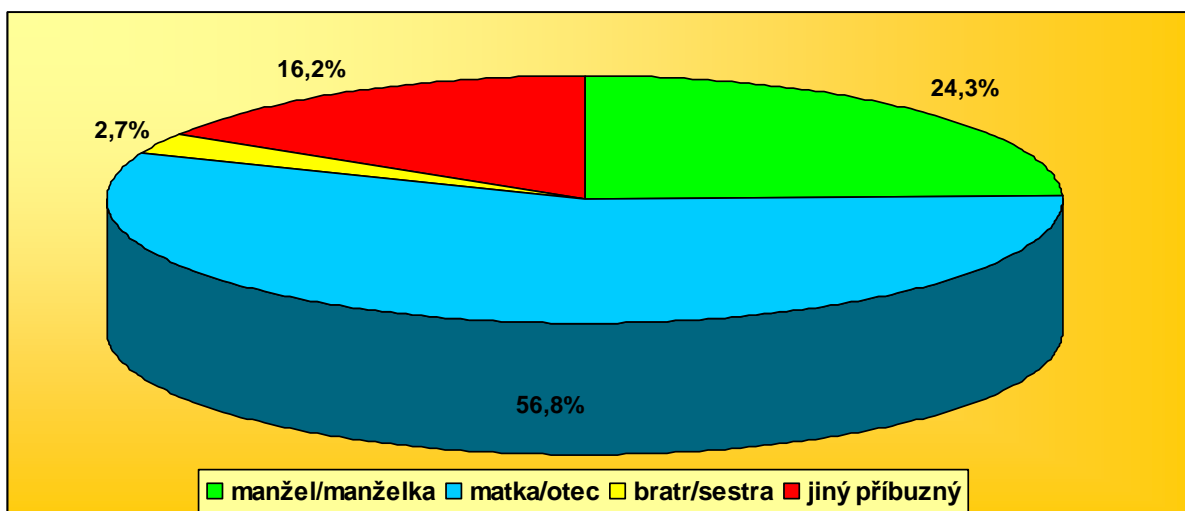
Z tabulky a grafu vyplývá, že nejvíce pečujících (40,54 %) má středoškolské vzdělání s maturitou. Druhé místo zaujímají pečující vyučení v oboru (27,03 %), na třetím místě se umístili pečující s vysokoškolským vzděláním (16,22 %), čtvrté místo obsadili pečující se základním vzděláním (13,51 %) a zbývající (2,70 %) připadá na vyšší odborné vzdělání.

Otázka č. 3 – O koho pečujete?

Cílem otázky bylo zjistit, jaké jsou nejčastější příbuzenské vztahy pečujících osob s osobami nemocných Alzheimerovou chorobou.

Odpověď	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost</i>
manžel/manželka	9	24,32%
matka/otec	21	56,76%
bratr/sestra	1	2,70%
jiný příbuzný	6	16,22%
Celkem	37	100,00%

Tabulka 4. O koho pečujete?



Graf 3. O koho pečujete?

Z tabulky a grafu jasně vyplývá, že nejvíce lidí pečuje o matku/otce (56,76 %), na dalším místě se umístili lidé, kteří pečují o manžela/manželku (24,32 %), třetí skupinu tvoří lidé, kteří pečují jiného příbuzného.

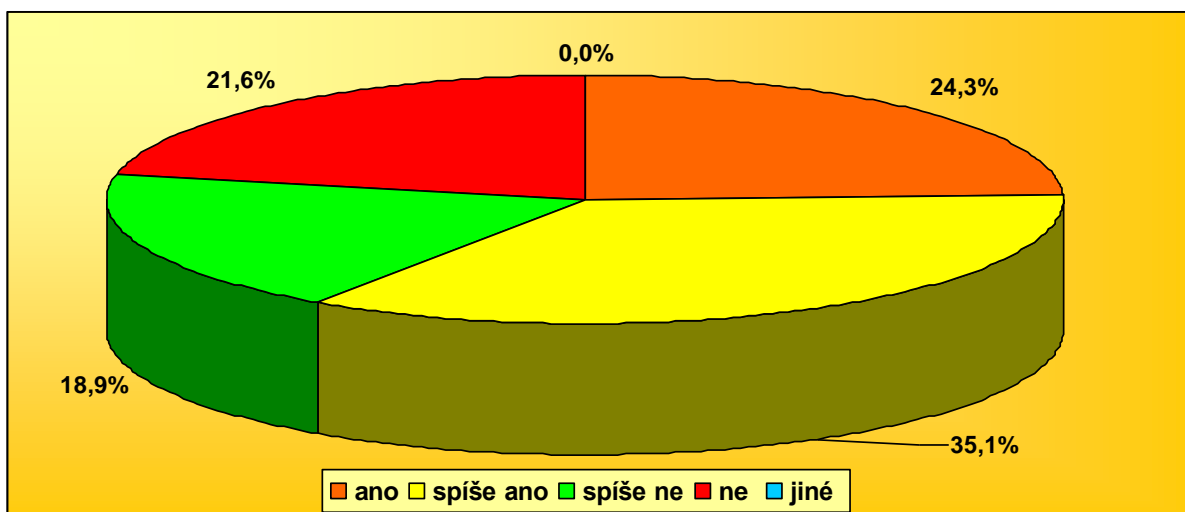
Mezi JINÉ příbuzné respondenti nejčastěji uváděli babičku, tchýni, strýce. Do poslední skupiny jsou zařazeni lidé, kteří pečují bratra/sestru (2,70 %).

Otázka č. 4 – Bylo pro Vás těžké rozhodnutí, zdali budete o svého blízkého pečovat v domácím prostředí?

Cílem otázky bylo zjistit, do jaké míry bylo pro pečující složité rozhodnutí, pečovat o blízkého s Alzheimerovou chorobou.

<i>Odpověď</i>	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost</i>
ano	9	24,32%
spíše ano	13	35,14%
spíše ne	7	18,92%
ne	8	21,62%
jiné	0	0,00%
Celkem	37	100,00%

Tabulka 5. Bylo pro Vás těžké rozhodnutí, zdali budete o svého blízkého pečovat v domácím prostředí?



Graf 4. Bylo pro Vás těžké rozhodnutí, zdali budete o svého blízkého pečovat v domácím prostředí?

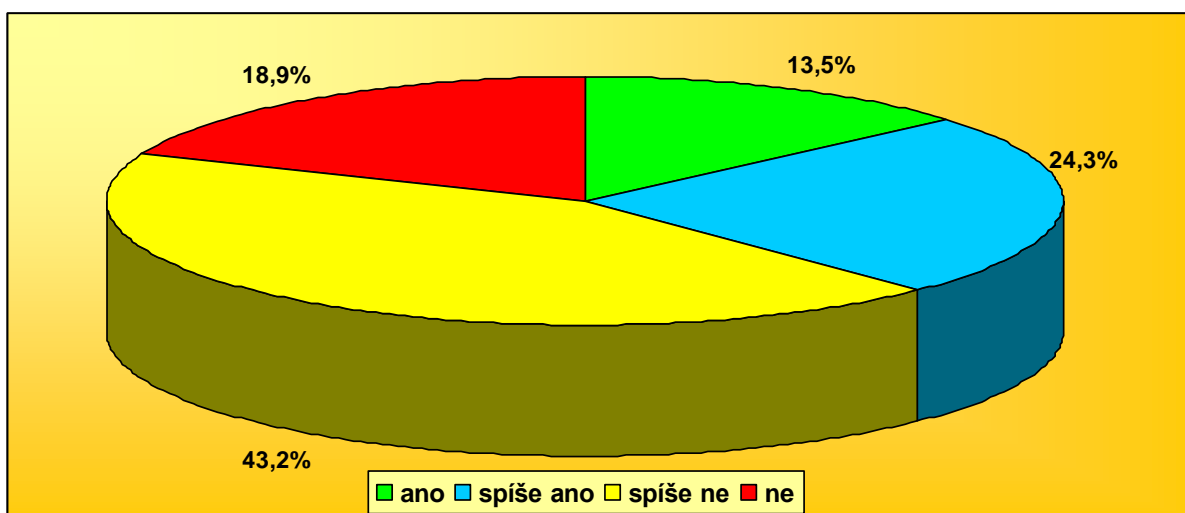
Z grafu vyplývá, že 35,14 % osob na otázku odpovědělo SPÍŠE ANO, odpověď ANO zvolilo 24,32 % respondentů, jako další se umístila odpověď NE s 21,62 %, odpověď NE preferovalo 21,62 % dotazovaných.

Otázka č. 5 – Věděl/a jste již před samotnou péčí, co obnáší onemocnění Alzheimerovou chorobou a péče o takto nemocného člověka?

Pomocí této otázky jsem chtěla zjistit, zda měli dotazovaní v počátcích péče povědomí o tom, jak o osobu s Alzheimerovou chorobou pečovat.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	5	13,51%
spíše ano	9	24,32%
spíše ne	16	43,24%
ne	7	18,92%
Celkem	37	100,00%

Tabulka 6. Věděl/a jste již před samotnou péčí, co obnáší onemocnění Alzheimerovou chorobou a péče o takto nemocného člověka?



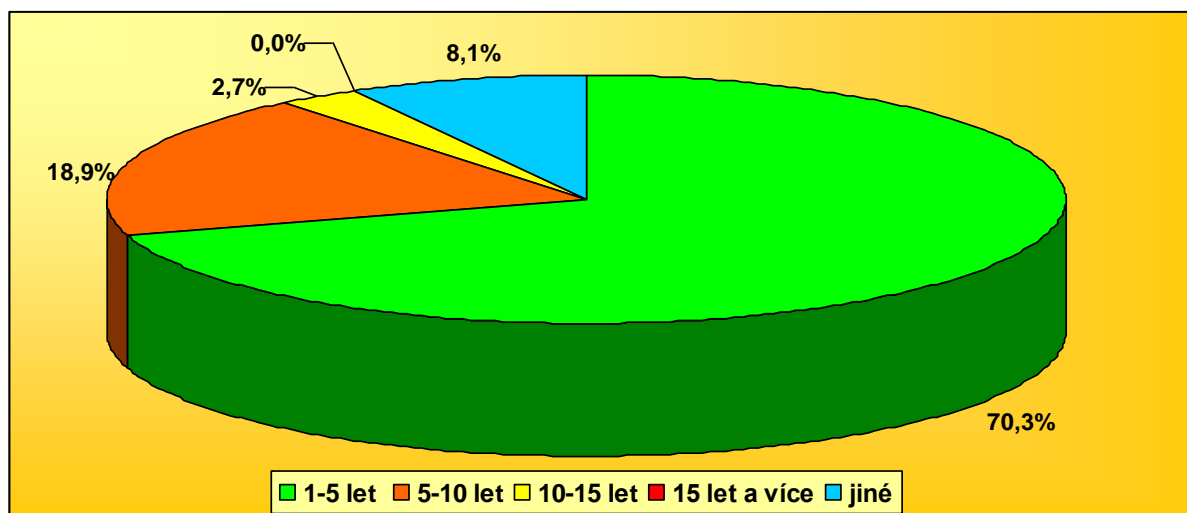
Graf 5. Věděl/a jste již před samotnou péčí, co obnáší onemocnění Alzheimerovou chorobou a péče o takto nemocného člověka?

Z tabulky a grafu vyplývá, že 43,24 % respondentů uvádělo odpověď SPÍŠE NE, odpovědi SPÍŠE ANO odpovídalo 24,32 % dotazovaných, odpověď NE pak uvedlo 18,92 % respondentů, ANO pak v dotazníku uvedlo 13,51 % dotazovaných osob.

Otázka č. 6 – Jak dlouho již pečujete o příbuzného s Alzheimerovou chorobou?

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
1-5 let	26	70,27%
5-10 let	7	18,92%
10-15 let	1	2,70%
15 let a více	0	0,00%
jiné	3	8,11%
Celkem	37	100,00%

Tabulka 7. Jak dlouho již pečujete o příbuzného s Alzheimerovou chorobou?



Graf 6. Jak dlouho již pečujete o příbuzného s Alzheimerovou chorobou?

Největší část dotazovaných pečuje o příbuzného 1-5 let (70,27 %), další skupinku tvoří respondenti pečující 5-10 let (18,92 %), u odpovědi JINÉ (8,11 %) byly uvedeny délky měsíců péče do jednoho roku. Nejméně respondentů pečuje 10-15 let (2,70 %). Nad 15 let a více nepečuje žádný z dotazovaných.

Otázka č. 7 – Kdy a jak jste si všiml/a prvních změn v chování vašeho blízkého? Prosim popište.

Tato otázka byla otevřená, proto respondenti odpovídali vlastními slovy.

Nejčastější příznaky prvních změn uváděli takto:

- Zapomínání
- Roztržitost
- Změna chování
- Bloudění ve známém prostředí
- Používání hrubých výrazů, které dříve neužívali
- Ztráta zájmu o koníčky
- Deprese

Vzhledem k široké škále získaných odpovědí, jsem zvolila doslovné citování některých z nich.

„První věc, co se mě nezdálo bylo – ptaní se neustále,“ kolik je hodin“, odmítal telefonovat, odmítal vypomáhat v jeho práci – byl vedoucí projektant Temelínu - at .elekt.. Potřebovali jeho pomoc – vymluvil se – což se mi taky nezdálo, protože měl všechno, jak se říká, v hlavě. Časem doma byl zmatený – ztrácel pojem o prostoru a také o čase, vážne oblékání, vážne paměť.“

„Zabloudil při návratu z procházky, nepoznal známého, kterého denně potkával. Nemohl ve svém bytě najít věci.“

„Začala se uzavírat do sebe, ztratila chuť do života, koníčky, které dříve naplňovali její dny, pro ni byly naprosto cizí. Začala být hodně náladová.“

Otázka č. 8 – Změnil se od té doby stav Vašeho příbuzného?

Tato otázka je opět otevřená - respondenti tak mohli volně odpovídat.

Cílem otázky bylo zjistit, zda a jak nemoc pokračuje.

Nejčastější odpovědí na tuto otázku byla odpověď „ano“. Pro ukázkou zde uvádím přesné citace respondentů.

„Zatím zůstává stav téměř stejný.“

„Ano – k horšímu.“

„Pomalé zhoršování.“

„Ano, přidal se noční neklid, vracení se do dětství, hledání osob z dětství.“

„Tato choroba se zhoršovala velmi rychle – ztráta paměti, jmen, obtížná komunikace, halucinace, snížená schopnost postarat se sám o sebe, obtížná chůze, neudržení moči nebo stolice, úplná ztráta řeči.“

„Mění se průběžně.“

„Stav setrvává.“

„Spíše ne.“

„Stoupající růst – větší změny.“

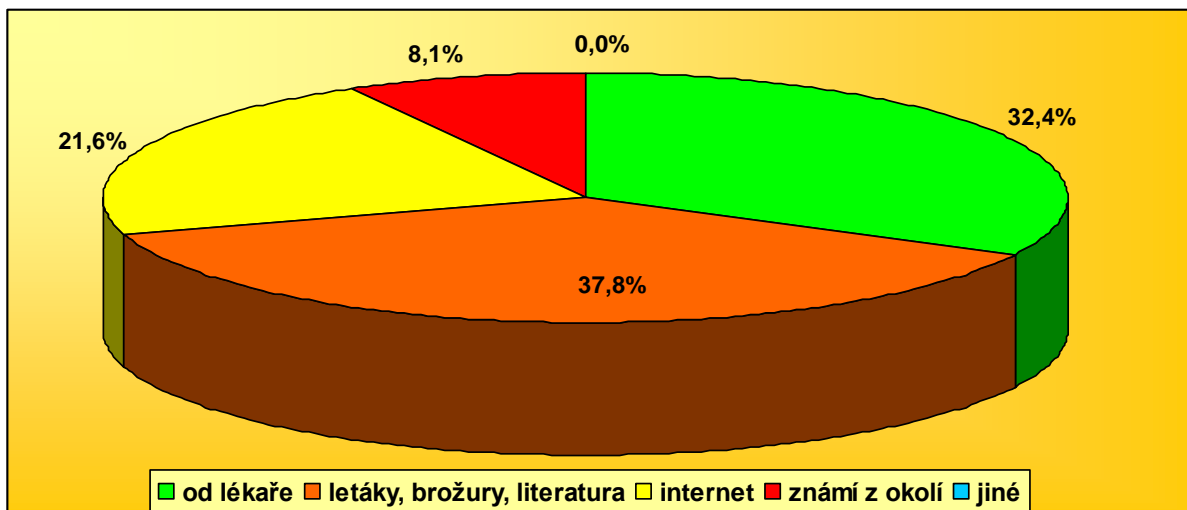
„Mám pocit, že se stav mění každým dnem. Je to jak na houpačce. Vím, že lepší to už nebude.“

Otázka č. 9 – Kde jste získal/a informace o tom, jak pečovat o osobu s Alzheimerovou chorobou?

Cílem otázky bylo zjistit, kde všude hledali příbuzní informace o onemocnění Alzheimerovou chorobou a péči o takto nemocného člověka.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
lékař	12	32,43%
letáky, brožury, literatura	14	37,84%
internet	8	21,62%
známí z okolí	3	8,11%
jiné	0	0,00%
Celkem	37	100,00%

Tabulka 8. Kde jste získal/a informace o tom, jak pečovat o osobu s Alzheimerovou chorobou?



Graf 7. Kde jste získal/a informace o tom, jak pečovat o osobu s Alzheimerovou chorobou?

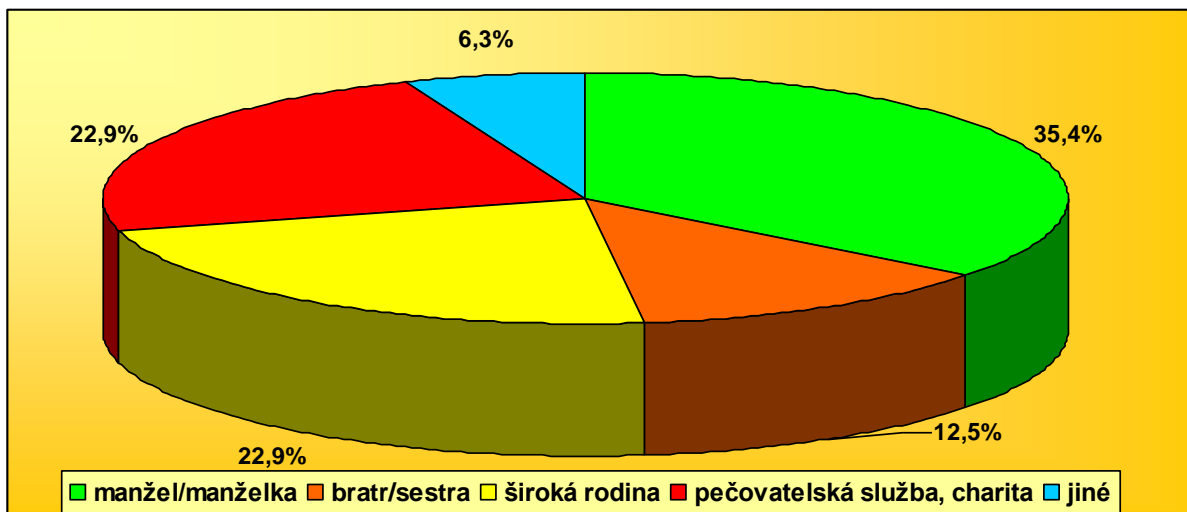
Z tabulky a grafu vyplývá, že nejvíce respondentů získalo informace z letáků, brožur a literatury (37,84 %), informace od lékaře získalo 32,43 % respondentů, 21,62 % uvádí, že jim informace poskytl internet, nejméně pak 8,11% známí z okolí.

Otázka č. 10 – Pomáhá Vám někdo s péčí o příbuzného?

Cílem otázky bylo zjistit, kdo všechno se zapojuje do péče. Respondenti měli možnost uvést více odpovědí.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
manžel/manželka	17	35,42%
bratr/sestra	6	12,50%
široká rodina	11	22,92%
pečovatelská služba, charita	11	22,92%
jiné	3	6,25%
Celkem	48	100,00%

Tabulka 9. Pomáhá Vám někdo s péčí o příbuzného?



Graf 8. Pomáhá Vám někdo s péčí o příbuzného?

Z tabulky a grafu vyplývá, že s péčí nejvíce pomáhá manžel/manželka (35,42 %), shodně (22,92 %) získala odpověď široká rodina a pečovatelská služba, odpověď bratr/sestra uvedlo 12,50 % respondentů, 6,25 % dotázaných uvedlo odpověď JINÉ (nejčastěji to byly děti, vnuci).

Otázka č. 11 – Jakým způsobem se zapojují do péče?

Tato otázka byla otevřená a respondenti zde měli popsat, jakým způsobem je jim pomáháno při péči o osobu blízkou. Nejčastější variantou pomoci byla hygiena.

Zde uvádím doslovnou citaci některých odpovědí.

„Střídáme se v péči v době dovolených.“

„Donáška obědů, zajištění nákupů.“

„Neustále někdo dělá společnost, střídáme se v péči.“

„Bratr mi pomáhá s hygienou. Také tatínka holí.“

„Střídáme se v péči.“

„Pomoc při sprchování – syn, ostatní podle potřeby, SO+NE pečovatelky: ranní toaleta, přebalování, přesun na vozík, odpolední toaleta, přesun na lůžko, uložení.“

„Sestra si bere maminku na vycházky a já si zatím vyřídím, co je potřeba.“

„S ranní hygienou mi pomáhá pečovatelka z charity, večer až je doma manžel, tak mi pomáhá on, když potřebuji nutně někam odjet, tak se do péče zapojuje i starší dcera.“

„ Využívám služeb charity a to především na dopomoc s hygienou, dovážka obědů.“

Otázka č. 12 – Jak péče ovlivnila Váš rodinný život včetně aktivit jednotlivých členů rodiny?

Tato otázka je opět otevřená a měla za úkol zjistit, co všechno musela rodina obětovat a čeho všeho se museli jednotliví členové rodiny vzdát na úkor péče o osobu s Alzheimerovou chorobou. Odpovědi se nesly v duchu:

- Neustálá péče 24 hodin denně
- Obrovská psychická zátěž pro celou rodinu

Zde uvádím doslovné citování některých z nich.

„Rodina hodně omezila společné aktivity, které byly její běžnou součástí, protože se vždy někdo musí postarat o otce. Velká psychická zátěž pro celou rodinu.“

„Větší pospolitost, ale někdy ponorka, všichni jsme vyčerpaní.“

„Omezení společných výletů, dovolených a společných aktivit.“

„Neustále musí být někdo doma.“

„Hodně a negativně. Aktivity jsme museli drasticky omezit.“

„Starám se o manžela 24 hodin denně, v noci ho i přebaluji – bydlíme spolu sami dva, jiná možnost není. Změna je to pro mě velká, aktivně se nijak neprojevuji – jsem utahaná, nevyspaná, nemám o nic zájem. Dcera a syn nás skoro denně navštěvují – tak si nakoupím nebo se trochu zabavím v zahradě.“

„ Na společné výlety a dovolené už nejezdíme. Vždy musí zůstat někdo doma a tak se střídáme.“

„ Rodinný život jakoby neexistoval. Všechno se točí kolem maminky.“

„Stále musí být někdo doma, všechno si musíme plánovat dopředu, aby byla péče zachována.“

**Otázka č. 13 – Co Vám pomáhá při péči o blízkého s Alzheimerovou chorobou? Pro-
sím popište.**

Otázka byla opět otevřená, a tudíž respondenti odpovídali vlastními slovy.

Nejvíce odpovídali v duchu:

- Dobré příbuzenské vztahy
- Pospolitost v rodině
- Zdravotní a hygienické pomůcky
- Víra

Přikládám zde autentické odpovědi vybraných respondentů:

*„Mě osobně hodně pomáhají rehabilitační a hygienické pomůcky. Dříve nic takového ne-
bylo.“*

„Trpělivost okolí – rodiny.“

„Psychická podpora od rodiny.“

*„Podpora rodiny. Nové informace o nemoci, které nám ulehčují náročnou péči o nemoc-
ného.“*

*„Právě ta soudržnost rodiny a také vědomí, že člověk na to není sám. Také dostatek zdra-
votnických pomůcek.“*

*„Vědomí, že „MUSÍM“ a že stejně nejde nic víc dělat. A také mě pomáhá vystřídání v péči
příbuznými.“*

„ Víra v Boha a pomoc okolí.“

*„Povzbuzování a pomoc od rodiny při různých domácích pracích, protože jsem se nemohla
smířit s manžellovým onemocněním.“*

Otázka č. 14 – Máte možnost si vyměňovat zkušenosti s někým, kdo také pečuje o příbuzného s onemocněním Alzheimerovou chorobou? Pokud ano, popište s kým a jak.

Cílem otázky bylo zjistit, zda mají pečující ve svém okolí někoho známého, kdo také pečuje o příbuzného s Alzheimerovou chorobou a zda si můžou vyměňovat zkušenosti.

Na otázku všichni respondenti jednoznačně odpověděli, že nemají možnost si vyměňovat zkušenosti a nikoho takového, kdo také pečuje o stejně nemocnou osobu, ve svém okolí neznají.

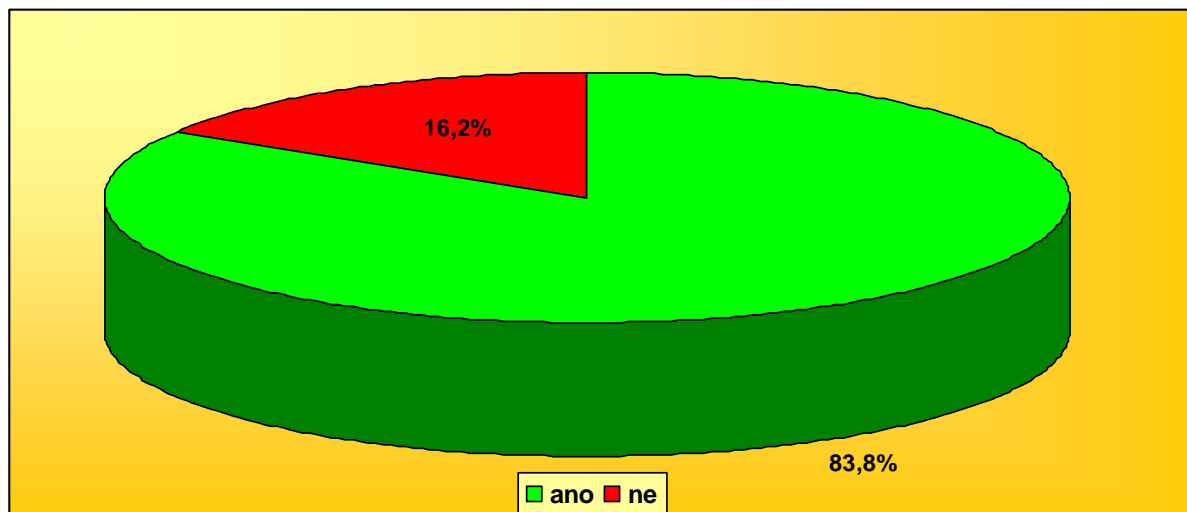
Otázka č. 15 – Je pro Vás tato zkušenost přínosná?

Tato otázka navazovala na otázku č. 14, tudíž žádný z respondentů na tuto otázku již neodpovídal.

Otázka č. 16 – Pobírá příbuzný Příspěvek na péči?

Odpověď	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost</i>
ano	31	83,78%
ne	6	16,22%
Celkem	37	100,00%

Tabulka 10. Pobírá příbuzný Příspěvek na péči?



Graf 9. Pobírá příbuzný Příspěvek na péči?

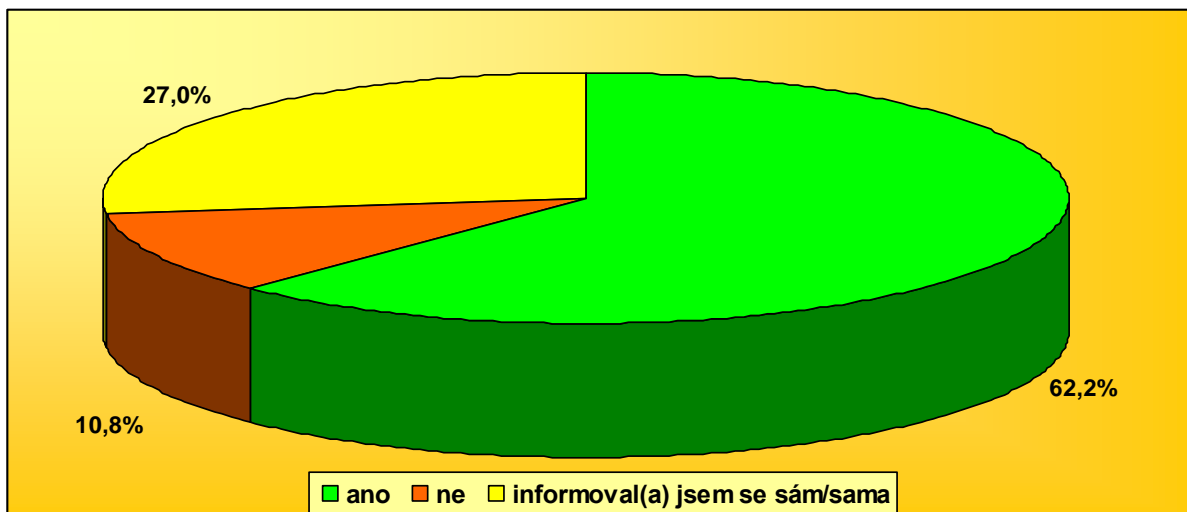
Z tabulky a grafu vyplývá, že 83,78 % respondentů odpovědělo na otázku ANO a 16,22 % respondentů odpovědělo na otázku NE.

Otázka č. 17 – Informoval Vás někdo o možnostech respitní péče nebo denních stacionářů pro osoby s Alzheimerovou chorobou?

Cílem otázky bylo zjistit, zda mají příbuzní povědomí o těchto sociálních službách.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	23	62,16%
ne	4	10,81%
informoval(a) jsem se sám/sama	10	27,03%
Celkem	37	100,00%

Tabulka 11. Informoval Vás někdo o možnostech respitní péče nebo denních stacionářů pro osoby s Alzheimerovou chorobou?



Graf 10. Informoval Vás někdo o možnostech respitní péče nebo denních stacionářů pro osoby s Alzheimerovou chorobou?

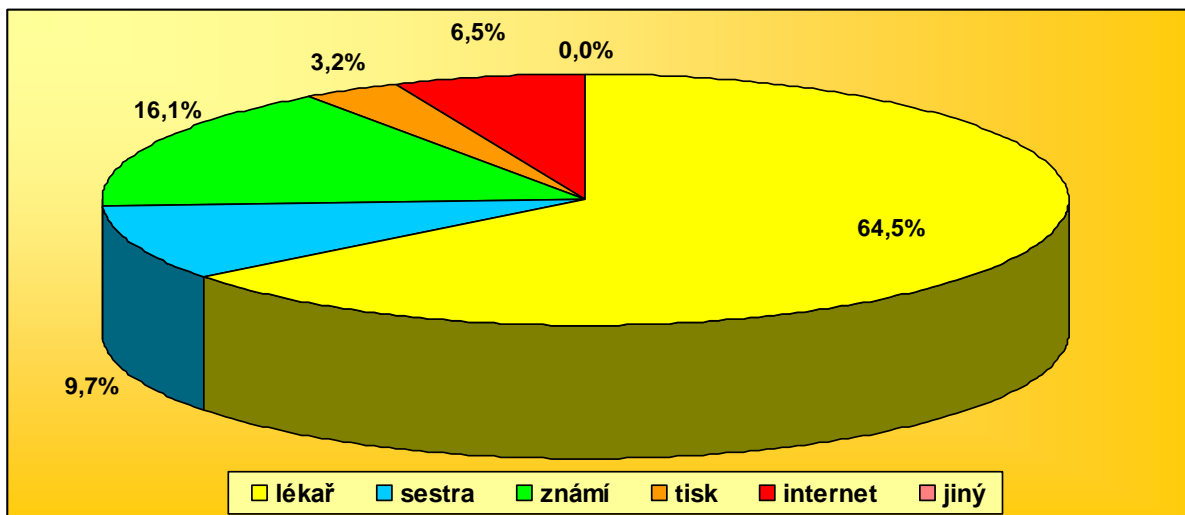
Z grafu a tabulky vyplývá, že respondenti byli informováni o možnostech respitní péče či denních stacionářů (62,16 %), odpověď NE zvolilo 10,81 % respondentů, samo se informovalo 27,03 % respondentů.

Otázka č. 18 – Pokud ano, uveďte kdo.

Na tuto otázku odpovídali respondenti, kteří v předešlé otázce odpověděli ANO.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
lékař	20	64,52%
sestra	3	9,68%
známí	5	16,13%
tisk	1	3,23%
internet	2	6,45%
jiný	0	0,00%
Celkem	31	100,00%

Tabulka 12. Pokud ano, uveďte kdo.



Graf 11. Pokud ano, uveďte kdo.

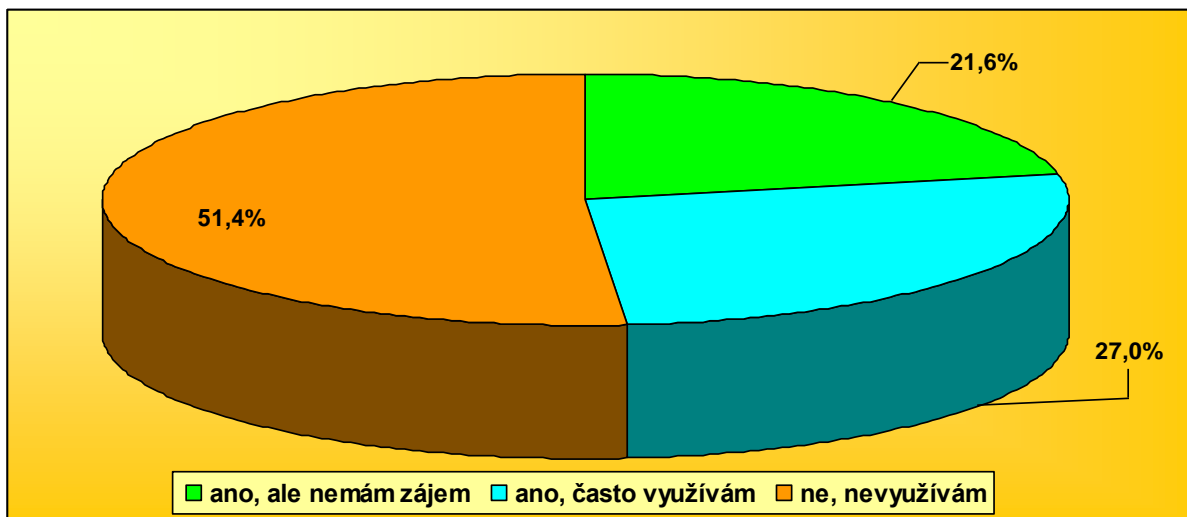
Z tabulky a grafu vyplývá, že respondenty o možnostech poskytování respitní péče či denních stacionářů informoval nejčastěji lékař (64,52 %), dále to byli známí (16,13 %), na třetím místě to byla sestra (9,68 %), z internetu se o možnostech poskytování těchto služeb dovědělo 6,45 % dotazovaných a nejméně to bylo z tisku (3,23 %).

Otázka č. 19 – Využil/a jste již služeb denních stacionářů či respitní péče?

Cílem otázky bylo zjistit, zda pečující již tento typ služeb někdy využili.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano, ale nemám zájem	8	21,62%
ano, často využívám	10	27,03%
ne, nevyžívám	19	51,35%
Celkem	37	100,00%

Tabulka 13. Využil/a jste již služeb denních stacionářů či respitní péče?



Graf 12. Využil/a jste již služeb denních stacionářů či respitní péče?

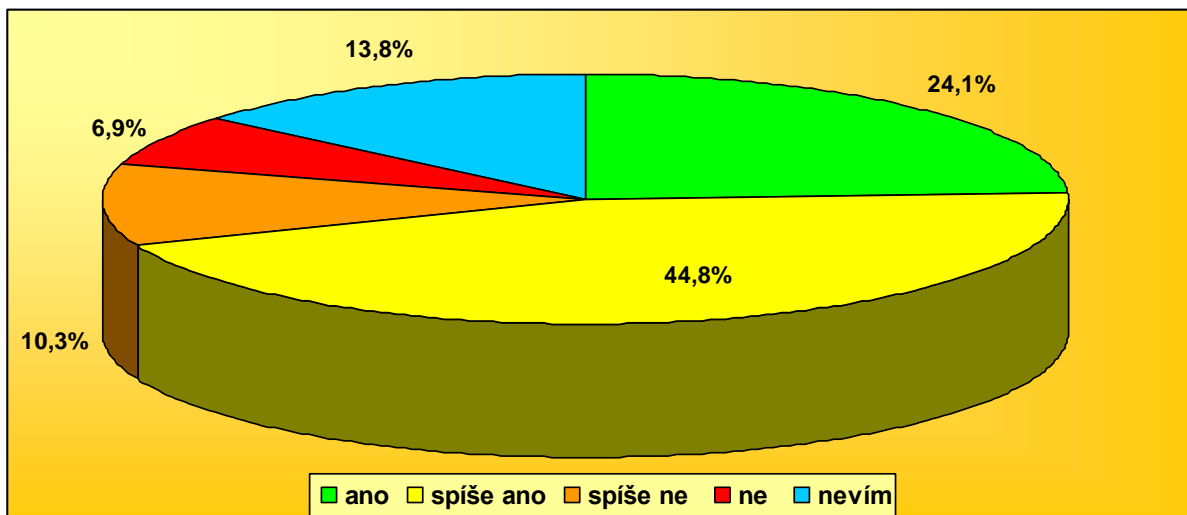
Z tabulky a grafu vyplývá, že 51,35% respondentů těchto služeb nevyžívá. Naopak 27,03% respondentů uvedlo, že tyto služby využívá často. V 21,62% uváděli respondenti, že již tyto služby někdy využili, ale dále nemají zájem tyto služby do budoucna využívat.

Otázka č. 20 – Jestliže ne, využít/a byste do budoucna těchto služeb?

Na tuto otázku odpovídají respondenti, kteří v předchozí otázce odpověděli NE, NEVYUŽÍVÁM.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	7	24,14%
spíše ano	13	44,83%
spíše ne	3	10,34%
ne	2	6,90%
nevím	4	13,79%
Celkem	29	100,00%

Tabulka 14. Jestliže ne, využít/a byste do budoucna těchto služeb?



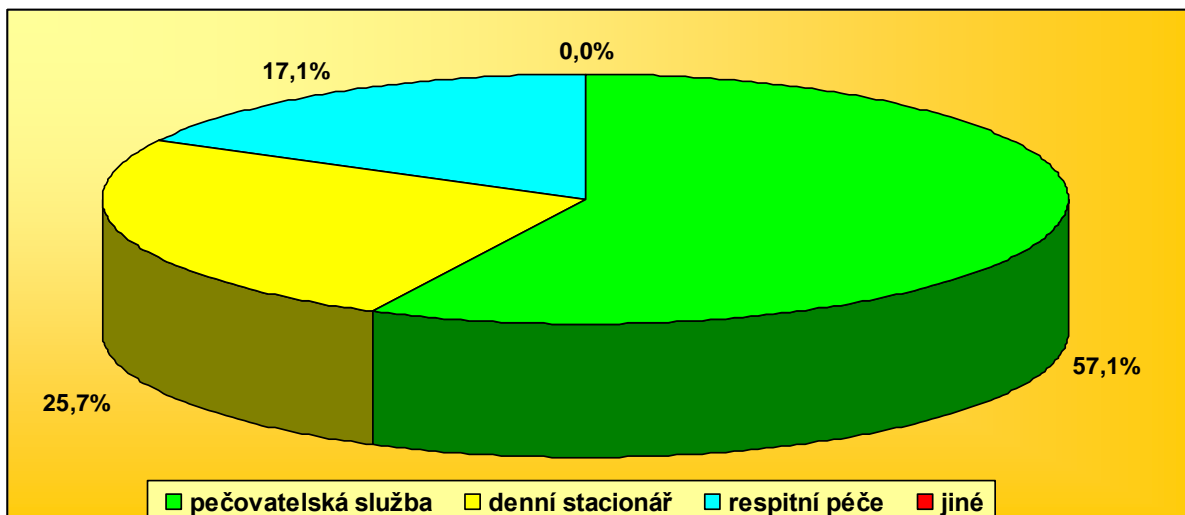
Graf 13. Jestliže ne, využít/a byste do budoucna těchto služeb?

Na tabulce 14 a grafu 13 je vyjádřeno, že 44,83 % respondentů by těchto služeb spíše využili, odpověď ANO zvolilo 24,14% respondentů, 13,79 % respondentů neví, zda by těchto služeb využilo, odpověď SPÍŠE NE zvolilo 10,34 % respondentů. Služeb by nevyužilo 6,90 % dotazovaných.

Otázka č. 21 – Která služba by byla pro Vás nejpřínosnější?

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
pečovatelská služba	20	57,14%
denní stacionář	9	25,71%
respitní péče	6	17,14%
jiné	0	0,00%
Celkem	35	100,00%

Tabulka 15. Která služba by byla pro Vás nejpřínosnější?



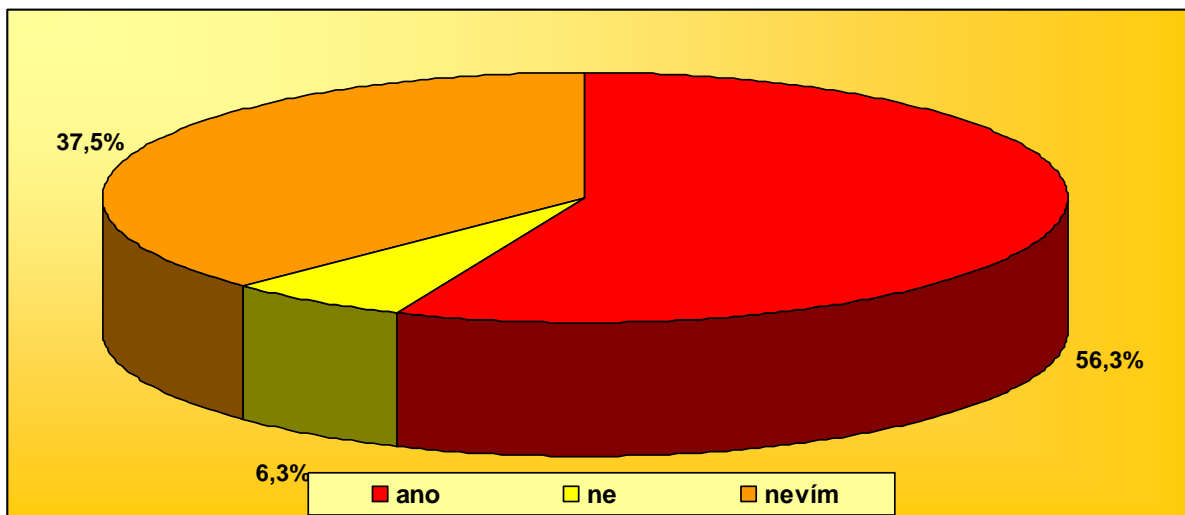
Graf 14. Která služba by byla pro Vás nejpřínosnější?

Z uvedené tabulky a grafu jasně vyplývá, že nejpřínosnější by byla pro respondenty pečovatelská služba (57,14 %), jako druhou nejpřínosnější službou by byl denní stacionář (25,71 %). Respitní péči by zvolilo jako nejpřínosnější 17,14 % dotazovaných respondentů.

Otázka č. 22 – Kdybyste měl/a možnost se znovu rozhodnout, zda pečovat o příbuzného s onemocněním Alzheimerovou chorobou, bylo by Vaše rozhodnutí stejné?

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	18	56,25%
ne	2	6,25%
nevím	12	37,50%
Celkem	32	100,00%

Tabulka 16. Kdybyste měl/a možnost se znovu rozhodnout, zda pečovat o příbuzného s onemocněním Alzheimerovou chorobou, bylo by Vaše rozhodnutí stejné?



Graf 15. Kdybyste měl/a možnost se znovu rozhodnout, zda pečovat o příbuzného s onemocněním Alzheimerovou chorobou, bylo by Vaše rozhodnutí stejné?

Z grafu a tabulky vyplývá, že více jak polovina dotazovaných (56,25 %) by se znovu rozhodla pečovat o blízkého s onemocněním Alzheimerovou chorobou. Odpověď NEVÍM zvolilo 37,50 % dotazovaných. Pečovat znovu o osobu blízkou by se nerozhodlo 6,25 %.

Otázka č. 23 – Co by Vám usnadnilo péči o osobu s Alzheimerovou chorobou? Prosím napište.

Zde měli pečující volnou odpověď dopsat, co by jim usnadnilo péči.

Nejvíce odpovídali v duchu:

- Více informací
- Aby se více zapojila rodina

Vzhledem k široké škále odpovědí, jsem zvolila doslovné citace některých z nich.

„Větší přísun informací – lékař, poradna, nějaké centrum pro podávání informací.“

„Umístění v zařízení typu spec.oddělení, např. Buchlovice či Cetechovice.“

„Seznámit se s více lidmi pečující o stejné onemocnění.“

„Kdyby pečovatelská služba měla možnost více pomáhat – třeba podle změn během dne – musím si poradit sama – buď zavolat sousedy atd., ale bohužel je to všechno o financích – také nedostatku zaměstnanců – je to hudba budoucnosti.“

„Možnost využití pečovatelské služby.“

„Možnost vyměňovat si zkušenosti s jinými lidmi, kteří pečují o stejně postižené členy rodiny.“

„Zřízení kontaktního místa, kde bych dostávala ucelené informace.“

„Pochopení okolí a zvýšená spolupráce.“

„Více informací a televizních pořadů o této nemoci.“

Otázka č. 24 – Je něco, co Vám v dotazníku chybělo a co byste chtěl/a dodat?

Nejčastější odpovědí v této otázce byla odpověď NE.

Za všechny, kteří odpověděli jinak než NE, připojuji doslovnou citaci jedné z respondentek.

„Jenom to, že kdo to sám nezažil, tak neví o čem je řeč a toto psaní. A to by si měli uvědomit Ti, kdo hlavně o všem rozhodují! Jak o financích, tak o další pomoci těmto rodinám, kteří chtějí mít svého příbuzného v domácím prostředí – protože vím, mám to sama zkušené že Tito nemocní špatně snáší změnu prostředí – a tak se změní život celé rodiny – včetně mě samotné. Někdy mám velkou zlost – že pečovatelské služby momentálně existující jsou nedostačující – liší se hodně od ostatních zemí. A tím by se měla konečně a vážně zabývat naše vláda. Možná budou i jejich příbuzní tuto péči potřebovat. Ale to už je jiná kapitola.“

7 DISKUZE

Jako téma své bakalářské práce jsem si vybrala podpora rodin pečujících o osobu s Alzheimerovou chorobou.

Pro zpracování vybraného tématu jsem oslovila 50 osob (rodinné pečující). Ke zpracování dotazníku jsem použila 37 vyplněných dotazníků. Necelá polovina respondentů byla ve věku 41 – 50 let (40,54 %), z toho vyplývá, že nejčastěji se pečující starají o matku nebo otce (56,76 %). Jak se ukázalo, vzdělání nehraje roli v péči o příbuzného. O své příbuzné pečují jak lidé se základním vzděláním až po vysokoškolské, největší počet byl ovšem středoškolsky vzdělaných pečujících a to 40,54 %. Mimo jiné také vyplynulo, že pro pečující nebylo snadné rozhodnutí, zda budou o příbuzného pečovat, pro 35,14 % respondentů byla jasná odpověď SPÍŠE ANO. Z otázky č. 5 vyplynulo, že pečující spíše nevěděli, co obnáší péče o příbuzného s Alzheimerovou chorobou to v 43,24 %. Na otázku, jak dlouho již respondenti pečují o svého příbuzného, byla nejčastější odpověď 1-5 let (70,27 %).

Položka č. 7 nabízela otevřenou odpověď respondentů. Ti zde nejčastěji uváděli okolnosti prvních příznaků Alzheimerovy choroby. Na otázku č. 8 odpovídali dotazovaní různě. Společně se však shodli, že se od doby prvních příznaků nemoc pozvolna zhoršuje. Nejčastější odpověď na otázku č. 9, kde získali pečující informace o tom, jak pečovat o osobu s Alzheimerovou chorobou, byla letáky, brožury, literatura a to v celých 37, 84 %.

V položce č. 10 mě zajímalo, kdo pečujícímu pomáhá s péčí o osobu s Alzheimerovou chorobou. Vyšlo najevo, že nejvíce s péčí pomáhají manžel/manželka a to v 35,42 %. Otázka č. 11 navazovala na otázku č. 10 a respondenti měli odpovídat, jakým způsobem se zapojují do péče Ti, kteří pomáhají.

Zajímavé byly odpovědi respondentů na volnou otázku č. 12, jak péče ovlivnila jejich rodinný život včetně aktivit. Téměř všichni respondenti se shodli, že museli celý svůj rodinný život přizpůsobit příbuznému, který onemocněl Alzheimerovou chorobou. Otázka č. 13 se dotazovala, co pečujícím pomáhá při péči. Odpovědi byly různé, respondenti uváděli především, že jim hodně pomáhá víra a pomoc ostatních rodinných příslušníků.

Jak jsem zjistila v otázce č. 14, tak žádný respondent nemá v okolí možnost si vyměňovat zkušenosti s někým, kdo také pečuje o stejně nemocného člověka, tudíž na otázku č. 15 neodpověděl žádný dotazovaných respondentů

Otázka č. 16 se týkala příspěvku na péči. Ten pobírá 83,84 % osob s Alzheimerovou chorobou.

Otázky č. 17 – 21 se týkaly využívání sociálních služeb, kde sem zjistila, že 51,35 % dotazovaných žádnou ze sociálních služeb nevyužívá. Jako nejpřínosnější označili respondenti pečovatelskou službu. Až 56,25 % respondentů označila odpověď ano v otázce, zda by znovu pečovali o osobu s Alzheimerovou chorobou, kdyby se mohli opět rozhodnout.

Cíle mé práce:

Cíl č. 1: Zjistit, jaké zkušenosti mají pečovatelé s péčí o blízkou osobu s Alzheimerovou chorobou.

Cíl č. 2: Zjistit, jak tato skutečnost ovlivnila život v rodině.

Cíl č. 3: Zjistit, zda mají rodinní příslušníci povědomí o možnostech poskytovaných sociálních služeb.

K cíli č. 1 se vztahovaly otázky č. 4, 5, 6, 7, 8

K cíli č. 2 se vztahovaly otázky č. 10, 11, 12, 13, 14, 15

K cíli č. 3 se vztahovaly otázky č. 17, 18, 19, 20, 21

ZÁVĚR

Téma své bakalářské práce jsem si vybrala proto, že Alzheimerova choroba patří mezi aktuální témata dnešní doby, zvláště v sociálních a zdravotních oblastech a dle výzkumů, počet lidí trpících tímto onemocněním, bude mít tendenci vzrůstat. Nezastupitelnou roli zde sehrávají rodiny, v nichž příbuzný s onemocněním Alzheimerovou chorobou žije. Tato nelehká úloha zatím není v dnešní společnosti dostatečně doceněna. Jen málokdo vidí, jak radikálně musely rodiny omezit svůj volný čas na úkor péče o nemocného s Alzheimerovou chorobou.

V teoretické části své bakalářské práce jsem se zabývala stářím a stárnutím, rozdělením jednotlivých typů demenci a jejich obecnými kritérii. Třetí kapitolu jsem věnoval samotné Alzheimerově chorobě. Definovala jsem patofyziologii, genetické a rizikové faktory tohoto onemocnění. Poslední kapitola je věnována základní ošetrovatelské péči u pacienta s Alzheimerovou chorobou. Jsou zde popsány jednotlivé fáze ošetrovatelského procesu. Nedílnou součástí je podkapitola úloha rodin pečujících o osobu s Alzheimerovou chorobou a podpora pečujících osob.

V praktické části jsem pomocí dotazníkového šetření zjišťovala, jaké zkušenosti mají pečovatelé s péčí o osobu s Alzheimerovou chorobou, jak tato skutečnost ovlivnila život v rodině a zda mají rodinní příslušníci povědomí o poskytování sociálních služeb.

Pro praxi bych doporučovala:

- Zvýšit informovanost rodin o onemocnění Alzheimerovou chorobou, o tom jak správně pečovat a jak se vyhnout rizikům s péčí spojených.
- Aby lékaři více informovali pečující o možnostech poskytovaných sociálních služeb.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A ZDROJŮ

BOTÍKOVÁ, Andrea et al., 2009. *Manuál pre mentorky v ošetrovaťelstve*. Trnava: Typi Universitas Tyrnaviensis. ISBN: 978-80-8082-253-8.

BUIJSSEN, Huub, 2006. *Demence: Průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-081-X.

DLUGOŠOVÁ, Anna et al., *Komplexní ošetrovatelská péče o pacienty s demencí*. [online]. 2012 [cit. 2.5.2012]. Dostupný z: <<http://www.zdn.cz/clanek/sestra/komplexni-osetrovatelska-pece-o-pacienta-s-demenci-456639>>.

HOLMEROVÁ, Iva et al., 2007. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: Gerontologické centrum. ISBN: 978-80-254-0177-4.

HOLMEROVÁ, Iva, et al., 2006. *Pohled na pacienta vyššího věku*. [online]. 2012 [cit. 7.5.2012]

Dostupný z: <<http://www.solen.cz/pdfs/med/2006/04/07.pdf>>

JEŘÁBEK, Hynek. 2005. *Rodinná péče o staré lidi*. UK FSV CESES. ISSN: 1801-1640

JIRÁK, Roman et al., 2009. *Demence a jiné poruchy paměti*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-2454-6.

KAFKA, Jozef et al., 2004. *Mentálne zdravie, psychiatria o ošetrovaťelstvo*. Košice: Mercury – Smekal. ISBN: 80-89203-01-09.

KALVACH, Zdeněk et al., 2004. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada. ISBN: 80-247-0548-6.

LANGMEIER, Josef, KREJČÍŘOVÁ, Dana, 1998. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada. ISBN: 80-7169-195-X.

LIZÁKOVÁ, Lubomíra et al., 2008. *Psychiatrické ošetrovatelstvo*. Ružomberok: Fakulta zdravotníctva Katolíckém univerzity. ISBN: 978-80-8084-388-5.

MARKOVÁ, Eva et al., 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada. ISBN: 80-247-1151-6.

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

POLEDNÍKOVÁ, Lubica et al., 2006. *Geritrické a gerontologické ošetrovatelstvo*. Martin: Osveta. ISBN: 80-8063-208-1

REGNAULT, Mathilde. 2011. *Alzheimerova choroba: průvodce pro blízké nemocných*. Praha: Portál. ISBN: 978-80-262-0010-9.

SLEZÁKOVÁ, Lenka et al., 2007. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty I .interna*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-1775-3

ŠIMKOVÁ, Kateřina. 2010. *Alzheimerova choroba: péče a její vliv na životyrodinných pečujících*. Brno: Diplomová práce. Masarykova univerzita. Filozofická fakulta.

TOPINKOVÁ, Eva. 2005. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén. ISBN: 80-7262-365-6

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

<i>Tabulka 1.</i> Lidé ve věku ≥ 90 let na území dnešní ČR.....	17
<i>Tabulka 2.</i> Věk respondentů	36
<i>Tabulka 3.</i> Nejvyšší dosažené vzdělání pečující osoby	37
<i>Tabulka 4.</i> O koho pečujete?	38
<i>Tabulka 5.</i> Bylo pro Vás těžké rozhodnutí, zdali budete o svého blízkého pečovat v domácím prostředí?.....	39
<i>Tabulka 6.</i> Věděl/a jste již před samotnou péčí, co obnáší onemocnění Alzheimerovou chorobou a péče o takto nemocného člověka?.....	40
<i>Tabulka 7.</i> Jak dlouho již pečujete o příbuzného s Alzheimerovou chorobou?	41
<i>Tabulka 8.</i> Kde jste získal/a informace o tom, jak pečovat o osobu s Alzheimerovou chorobou?.....	43
<i>Tabulka 9.</i> Pomáhá Vám někdo s péčí o příbuzného?	44
<i>Tabulka 10.</i> Pobírá příbuzný Příspěvek na péči?.....	48
<i>Tabulka 11.</i> Informoval Vás někdo o možnostech respitní péče nebo denních stacionářů pro osoby s Alzheimerovou chorobou?.....	49
<i>Tabulka 12.</i> Pokud ano, uveďte kdo.	50
<i>Tabulka 13.</i> Využil/a jste již služeb denních stacionářů či respitní péče?.....	51
<i>Tabulka 14.</i> Jestliže ne, využil/a byste do budoucna těchto služeb?	52
<i>Tabulka 15.</i> Která služba by byla pro Vás nejpřínosnější?.....	53
<i>Tabulka 16.</i> Kdybyste měl/a možnost se znovu rozhodnout, zda pečovat o příbuzného s onemocněním Alzheimerovou chorobou, bylo by Vaše rozhodnutí stejné?	54
<i>Graf 1.</i> Věk respondentů.....	36
<i>Graf 2.</i> Nejvyšší dosažené vzdělání pečující osoby	37
<i>Graf 3.</i> O koho pečujete?	38
<i>Graf 4.</i> Bylo pro Vás těžké rozhodnutí, zdali budete o svého blízkého pečovat v domácím prostředí?.....	39
<i>Graf 5.</i> Věděl/a jste již před samotnou péčí, co obnáší onemocnění Alzheimerovou	

chorobou a péče o takto nemocného člověka?.....	40
<i>Graf 6.</i> Jak dlouho již pečujete o příbuzného s Alzheimerovou chorobou?.....	41
<i>Graf 7.</i> Kde jste získal/a informace o tom, jak pečovat o osobu s Alzheimerovou chorobou?.....	44
<i>Graf 8.</i> Pomáhá Vám někdo s péčí o příbuzného?	45
<i>Graf 9.</i> Pobírá příbuzný Příspěvek na péči?	49
<i>Graf 10.</i> Informoval Vás někdo o možnostech respitní péče nebo denních stacionářů pro osoby s Alzheimerovou chorobou?	50
<i>Graf 11.</i> Pokud ano, uveďte kdo.....	51
<i>Graf 12.</i> Využil/a jste již služeb denních stacionářů či respitní péče?	52
<i>Graf 13.</i> Jestliže ne, využil/a byste do budoucna těchto služeb?.....	53
<i>Graf 14.</i> Která služba by byla pro Vás nejpřínosnější?	54
<i>Graf 15.</i> Kdybyste měl/a možnost se znovu rozhodnout, zda pečovat o příbuzného s onemocněním Alzheimerovou chorobou, bylo by Vaše rozhodnutí stejné?.....	55

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA I: DOTAZNÍK

PŘÍLOHA II: TEST MMSE

PŘÍLOHA III: TEST ADL A IADL

PŘÍLOHA I: DOTAZNÍK

Dobrý den,

Jmenuji se Kateřina Bartoňová a studuji na UTB ve Zlíně 3.ročník kombinovaného studia – obor Všeobecná sestra. Součástí státních závěrečných zkoušek je vypracování bakalářské práce. Jako téma jsem si zvolila Podpora rodin pečujících o osobu s Alzheimerovou chorobou.

Proto Vás prosím o vyplnění dotazníku.

Dotazník je anonymní a bude použit pouze pro potřeby bakalářské práce.

Děkuji Vám za Váš čas.

Odpovědi prosím zatrhněte, zakroužkujte nebo doplňte volnou odpovědí.

1. Uveďte prosím Váš věk:

- a) 18-20 let
- b) 21-30 let
- c) 31-40 let
- d) 41-50 let
- e) 51-60 let
- f) 61 let a výše

2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) Základní
- b) Vyučen/a v oboru
- c) Středoškolské s maturitou
- d) Vyšší odborné
- e) Vysokoškolské

3. O koho pečujete?

- a) Manžel/manžela
- b) Matka/otec
- c) Bratr/sestra

Jiný příbuzný (doplňte)

4. Bylo pro Vás těžké rozhodnutí, zdali budete o svého blízkého pečovat v domácím prostředí?
- a) Ano
 - b) Spíše ano
 - c) Spíše ne
 - d) Ne
 - e) Jiné (doplňte).....
5. Věděl/a jste již před samotnou péčí, co obnáší onemocnění Alzheimerovou chorobou a péče o takto nemocného člověka?
- a) Ano
 - b) Spíše ano
 - c) Spíše ne
 - d) Ne
6. Jak dlouho již pečujete o příbuzného s Alzheimerovou chorobou?
- a) 1-5 let
 - b) 5-10 let
 - c) 10-15 let
 - d) 15 let a více
 - e) Jiné (doplňte)
7. Kdy a jak jste si všiml/a prvních změn v chování vašeho blízkého? Prosím popište.
8. Změnil se od té doby stav Vašeho příbuzného?

9. Kde jste získal/a informace o tom, jak pečovat o osobu s Alzheimerovou chorobou?

- a) Od lékaře
- b) Letáky, brožury, literatura
- c) Internet
- d) Známi z okolí
- e) Jiné (doplňte).....

10. Pomáhá Vám někdo s péčí o příbuzného?

- a) Manžel/manželka
- b) Bratr/sestra
- c) Široká rodina
- d) Pečovatelská služba, charita
- e) Jiné (doplňte).....

11. Jakým způsobem se zapojují do péče? Prosím popište.

12. Jak péče ovlivnila Váš rodinný život včetně aktivit jednotlivých členů rodiny?

13. Co Vám pomáhá při péči o blízkého s Alzheimerovou chorobou? Prosím popište

14. Máte možnost si vyměňovat zkušenosti s někým, kdo také pečuje o příbuzného s Alzheimerovou chorobou? Pokud ano, popište s kým a jak.

15. Je pro Vás tato výměna zkušeností přínosná?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

16. Pobírá příbuzný příspěvek na péči?

- a) Ano
- b) Ne

17. Informoval Vás někdo o možnostech respitní péče nebo denních stacionářů pro osoby s Alzheimerovou chorobou?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Informoval jsem se sám/sama

18. Pokud ano, uveďte kdo

- a) Lékař
- b) Sestra
- c) Známi
- d) Tisk
- e) Internet
- f) Jiný (doplňte).....

19. Využil/a jste již služeb denních stacionářů či respitní péče?

- a) Ano, ale nemám zájem
- b) Ano, často využívám
- c) Ne, nevyžívám

20. Jestliže ne, využil/a byste do budoucna těchto služeb?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne
- e) Nevím

21. Která služba by byla pro Vás nejpřínosnější?

- a) Pečovatelská služba
- b) Denní stacionář
- c) Repitní péče
- d) Jiné (doplňte)...

22. Kdybyste měl/a možnost se znovu rozhodnout, zda pečovat o příbuzného s onemocněním Alzheimerovou chorobou, bylo by Vaše rozhodnutí stejné?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

23. Co by Vám usnadnilo péči o osobu s Alzheimerovou chorobou? Prosím napište.

24. Je něco, co Vám v dotazníku chybělo, a co byste chtěl/a dodat?

PŘÍLOHA II: TEST MMSE

Mini-Mental State Examination

Test MMSE je standardem pro vyšetřování poruch paměti u demencí. K provedení testu budete potřebovat asi čtvrt hodiny času. Připravte si několik čistých papírů, psací potřeby a hodinky a samozřejmě chvíli času svého blízkého. Vyberte pokud možno klidné prostředí bez rušivých vlivů. Vyžadujte plnou spolupráci testované osoby. Pozorně si pročtěte zadání každého úkolu a připravte se na jednotlivé úkoly. Každou otázku položte nejvýše třikrát. Pokud testovaný neodpovídá, skórujte "0". Akceptujte jakoukoliv odpověď, nepouštějte se do diskusí. Za každou správnou odpověď připište 1 bod (zaškrtněte políčko u příslušné otázky nebo úkolu).

1. Orientace

Položte nemocnému následující otázky:

- "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?"
- "V jaké jsme zemi?"
- "Jak se jmenuje místo, kde teď jsme?"
- "V kolikátém jsme poschodí?"

2. Opakování a paměť

Upozorněte nemocného, že budete vyšetřovat paměť: "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."

- LOPATA
- ŠÁTEK

- VÁZA

"A nyní prosím slova zopakujte."

- LOPATA
- ŠÁTEK
- VÁZA

Pokud není pacient schopen splnit úkol, opakujte výrazy dokud si je nezapamatuje. Maximálně však pětkrát. Je to podmínka pro další úkoly.

3. Pozornost a počítání

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

- 93 86 79 72 65

Jestliže testovaný udělá chybu a od chybné hodnoty dál odečítá správně, počítejte pouze tuto chybu.

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

- M R K O P

4. Vybavování

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

- LOPATA
- ŠÁTEK
- VÁZA

5. Poznání předmětů

- "Co je to?" Ukažte hodinky.
- "Co je to?" Ukažte tužku.

6. Opakování

Vyzvěte nemocného, aby po Vás opakoval následující větu:

- "První pražská paroplavba."

7. Stupňovaný příkaz

Položte před pacienta čistý papír. "Nyní vezměte do pravé ruky tento papír, přeložte jej napůl a dejte ho na podlahu."

- 1. stupeň: uchopení papíru do pravé ruky
- 2. stupeň: přeložení papíru na polovinu
- 3. stupeň: položení papíru na podlahu

8. Reakce na psaný pokyn

Napište na papír čitelný pokyn "ZAVŘETE OČI". Ukažte pacientovi napsaný pokyn a vyzvěte jej:

- "Přečtěte, co je tady napsáno, a udělejte to."

9. Psaní

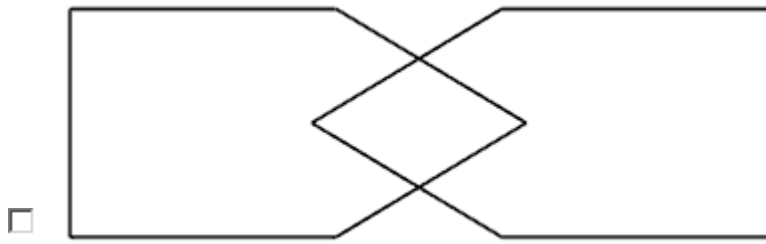
Dejte pacientovi psací potřeby a papír a vyzvěte jej:

- "Napište libovolnou větu."

Věta musí být smysluplná a napsaná spontánně. Může obsahovat chyby, ale musí mít podmět a přísudek.

10. Malování podle předlohy

Dejte pacientovi opět papír a psací potřeby. Požádejte ho, aby podle předlohy nakreslil následující obrazec.



Pro započítání bodu musí být zachováno všech 10 úhlů a dva musí být v překřížení. Průnik obou pětiúhelníků musí tvořit čtyřúhelník. Roztřesení a rotace obrazce nevdí.

PŘÍLOHA III: TEST ADL A IADL

Míru soběstačnosti seniorů zjišťují také škály základních aktivit denního života (ADL) a instrumentálních aktivit denního života (IADL). Často, jak jsem uvedla výše, bojuje senior s dilematem, zda o pomoc požádat nebo zda se bude trápit sám s něčím, co již není schopen zvládnout. Pro odkrytí reálné, současné a komplexní situace seniorova života, slouží také následující testy.

- **Škála základních aktivit denního života:** v současnosti se používá test aktivit denního života dle Barthelové, který zahrnuje deset položek ohodnocených příslušnou bodovou hodnotou. Jedná se o najedení a napití, oblékání, osobní hygienu, koupání, kontinenci moči, kontinenci stolice, použití WC, chůzi po schodech, přesun z lůžka na židli či vozík, chůzi po rovině. Z výčtu těchto základních sebeobslužných aktivit vyplývá, že vypovídají o základní sebeobsluze, nikoli o schopnosti žít zcela samostatně, bez pomoci a vyrovnat se s nástrahami každodenního života. O těchto schopnostech vypovídají testy instrumentálních aktivit denního života.

- **Testy instrumentálních aktivit denního života:** existují v mnoha různých podobách. Známa je například Lawtonova Instrumental Activities of Daily Living Scale (IADL), která hodnotí schopnosti jako: telefonování, nakupování, přípravu jídla, vedení domácnosti, praní, samostatnou dopravu, samostatné užívání léků, nakládání s penězi. Škála FDS (Functional Dementia Scale) hodnotí stupeň postižení instrumentálních aktivit denního života v důsledku kognitivního postižení atd. (Holmerová et al., 2006).