

**Univerzita Karlova v Praze**

**1. lékařská fakulta**

Studijní program: Ošetřovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra



**Radka Švarcová**

**Úroveň péče o nemocné s demencí v různých zařízeních**

Levels of care for patients with Dementia in various medical facilities

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Vedoucí závěrečné práce:

PhDr. Helena Chloubová

Praha 2011

## Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniversitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 10. 11. 2011

Radka Švarcová

## Poděkování:

Velmi ráda bych poděkovala PhDr. Heleně Chloubové za čas, který mi věnovala při konzultacích. Děkuji za trpělivost, ochotu a poskytnutí cenných rad. Mé poděkování patří všem, kteří se zúčastnili mého výzkumu.

## Identifikační záznam:

ŠVARCOVÁ, Radka. *Úroveň péče o nemocné s demencí v různých zařízeních [Levels of care for patients with Dementia in various medical facilities ]*. Praha, 2011, 65 stran, 5 příloh. Bakalářská práce (Bc). Universita Karlova v Praze, 1. Lékařská fakulta, ÚTPO, Vedoucí práce Chloubová, Helena.

## Abstrakt:

Tato bakalářská práce „Úroveň péče o pacienty s demencí v různých zařízeních“ se zabývá péčí v zařízeních pro pacienty s Alzheimerovou chorobou a stařeckou demencí. Úkolem bylo zjistit rozdíly v péči o nemocné se stařeckou demencí a Alzheimerovou chorobou mezi státními a soukromými zařízeními. Práce se zabývá problematikou stařecké demence a Alzheimerovy choroby a popisuje péči v zařízeních, které jsou specializovaná na nemocné s demencí a Alzheimerovou chorobou. Zaměřena je především na péči personálu a jejich přístupu k pacientům v zařízeních s důrazem na vytvoření rodinného prostředí, vhodné komunikace s možností aktivizačních metod s pacienty.

Ve výzkumné části závěrečné bakalářské práce se snažíme zmapovat specializovaná zařízení pro ACH a demenci ve Středočeském kraji. Zároveň zjišťujeme metodou rozhovoru a pozorováním, jaké jsou možnosti v péči o tyto nemocné.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že je péče ve státních zařízeních z hlediska komunikace a saturace rodinného zázemí více vyhovující z důvodu většího počtu personálu na menší počet pacientů. Komunikace a rodinné zázemí nelze dostatečně vytvořit v soukromých zařízeních, která jsou velická a která se spíše zaměřují na režimovou stránku péče.

## Klíčová slova:

DEMENCE

ALZHEIMEROVA CHOROBA

GERONTOLOGIE

PÉČE

DOMOV PRO SENIORY SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM

## Abstarct (v angličtině)

This Thesis „Levels of care for patients with Dementia in various medical facilities“ is about the care of patients with Alzheimer’s disease and Senile dementia. Aim of the Thesis is to find the differences between state and private institutes. Thesis deals with the issue of Alzheimer’s disease (AD) and Senile dementia (SD) and describes care in these institutions. It is focused on nursing staff care and friendly relationship with patients and an emphasis on creating a family environment, suitable communication and activation methods.

In the research part of Thesis attempts to map the specialised institutes of AD and SD in the Central Bohemian region. At the same time we find the method of interview and observation of care options for patients with AD and SD.

From research resulted better level of care in terms of relationship with patients and family environment, in the state institutions because of a greater number of nursing staff on the number of patients. Communication and family environment is not enough to create in the large institutes, rather focused on the mode of care.

### Key words:

Dementia

Alzheimer’s disease

Gerontology

Care

Home for seniors with a special regime

# OBSAH

Úvod.....	9
Teoreticko-metodologická část.....	11
1 Demence – teoretická východiska .....	11
1.1 Charakteristika demence a její výskyt .....	11
1.2 Druhy demencí.....	12
1.2.1 Klasifikace demencí dle příčiny .....	12
1.2.2 Klasifikace demencí dle patologicko-fyziologického hlediska .....	14
1.2.3 Hloubka a vývoj demence.....	15
1.3 Alzheimerova choroba.....	16
1.3.1 Charakteristika Alzheimerovy choroby .....	16
1.3.2 Prevence Alzheimerovy choroby.....	18
1.3.3 Projevy a vývoj Alzheimerovy choroby .....	19
1.3.4 Diagnostika Alzheimerovy choroby .....	21
1.4 Vaskulární demence.....	23
1.4.1 Charakteristika vaskulární demence .....	23
1.4.2 Klasifikace vaskulárních demencí .....	24
2 Problematika péče o nemocné s demencí .....	25
2.1 Problematika péče v domácnosti .....	25
2.2 Profesionální ošetrovatelská péče nemocného s demencí .....	26
2.2.1 Profesionální psychiatrická péče .....	29
3 Zařízení pečující o seniory s demencí.....	31
3.1 Druhy sociálních zařízení pro seniory obecně.....	31
3.2 Charakteristika zařízení v péči o staré a demenční pacienty.....	33
3.3 Rozhodování o nástupu do zařízení pro seniory s Alzheimerovou chorobou a demencí.....	34
3.4 Přijímací proces, provozní pravidla zařízení .....	35
Praktická část: .....	37
4 Empirický výzkum.....	37
4.1 Cíle a hypotézy výzkumu .....	37
4.1.1 Cíle empirického výzkumu .....	37
4.1.2 Hypotézy .....	38
4.2 Metody výzkumu .....	38
4.2.1 Rozhovor s personálem.....	39
4.2.2 Pozorování personálu a klientů.....	40
4.3 Zpracování získaných dat z rozhovoru s personálem a pozorováním klientů při činnostech při dopoledních stážích ve sledovaných zařízeních.....	40
4.4 Charakteristika výzkumného vzorku .....	40
5 Výsledky výzkumu a jejich interpretace.....	46
5.1 Získané výsledky k hypotéze č. 1 .....	46
5.2 Získané výsledky k hypotéze č. 2 .....	51
6 Diskuze .....	56
6.1 Diskuze k výsledkům.....	56
7 Navrhovaná opatření pro praxi .....	59
8 Závěr .....	60
9 Seznam použitých zdrojů.....	61

10	Seznam zkratk.....	64
11	Seznam příloh.....	65

**Přílohy:** Příloha A – Otázky pokládané při rozhovoru

Příloha B – Metoda pozorování

Příloha C – Seznam specializovaných zařízení ve Středočeském kraji

Příloha D – MMSE test

Příloha E - Prohlášení zájemce o nahlédnutí do závěrečné práce



## Úvod

Téma své bakalářské práce jsem si zvolila proto, že jsem se více chtěla dozvědět o stařecké demenci a její nejčastější formě Alzheimerově chorobě. A o zařízeních, které se na tyto choroby specializují. Motivem byla touha dozvědět se více o nemoci, kterou má moje babička a která je v jednom z těchto zařízení umístěna.

Při psaní teoretické části jsem dostala odpovědi na některé mé dříve nezodpovězené otázky. Dříve se o této nemoci mnoho nevědělo a pacienti s Alzheimerovou chorobou byli považováni za psychiatricky nemocné. Až později se prokázalo, že jde o degenerativní onemocnění mozku. Postupně se pacienti s tímto onemocněním začali umisťovat, místo do psychiatrických léčeben, do domovů pro seniory. Nemoc ale vyžadovala jiný přístup k pacientům a zvláštní režim, proto se postupně začala zřizovat specializovaná oddělení či celá specializovaná zařízení.

Praxi u lůžka jsem nevykonávala příliš dlouho. Jako zdravotní sestra pracuji 13 let, z toho jsem byla 2 roky na gynekologickém oddělení a jeden rok na JIP a nyní pracuji 10 let na operačním sále. Neměla jsem tedy mnoho příležitostí podílet se na přímé péči o pacienta, zvláště starého a dementního nemocného. Proto jsem se chtěla dozvědět touto formou průzkumné práce více o zvláštnostech péče o nemocné s Alzheimerovou chorobou.

Doposud jsem si plně neuvědomovala, jak velký význam mají pro náš život kognitivní funkce. Jak Alzheimerova choroba může postupně změnit člověka, který se o sebe dříve postaral bez problémů sám, v nemohoucího nemocného, odkázaného na péči rodiny či zdravotních a sociálních pracovníků. A že tato nemoc postupně změní nejen rozumovou, ale i psychickou stránku a celou osobnost člověka. Zjistila jsem, že Alzheimerova nemoc je stále častější, v současné době jí trpí v České republice 120 000 lidí, protože se dožíváme stále vyššího věku. V péči o tyto nemocné je potřeba mít velkou trpělivost, kvalitní znalosti a emocionální citění. Jak se říká, že některá povolání, zvláště ta zdravotnická, jsou spíše posláním, tak právě pracovníci, kteří se starají

o nemocné s Alzheimerovou nemocí, mají své povolání jako poslání a měli by ho vykonávat s láskou a vysokým morálním kreditem.

## Teoreticko-metodologická část

### 1 Demence – teoretická východiska

#### 1.1 Charakteristika demence a její výskyt

Demence (lat. Dementia) je v psychologickém slovníku manželů Hartlových popisována jako: „Získané chorobné oslabení rozumových schopností, zhloupení (1806); onemocnění mozku, většinou chronického rázu, podmíněné postižení psychických funkcí, jako je paměť, zvláště přijímání, uchovávání a vybavování nových informací, dále myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnosti učení, řeč a úsudek, při neporušeném vědomí; dochází ke zhoršení kontroly emocí, sociálního chování; narušeny jsou i osobní aktivity denního života, jako je mytí, oblékání, jídlo, osobní hygiena, vyměšování a toaleta; pro stanovení dg. musejí příznaky trvat nejméně šest měsíců; je pro ni rozhodující úbytek kognitivních funkcí, proto někteří autoři vymezují demenci, poklesem inteligence bez ohledu na schopnost jedince zastávat sociální role.“

(Hartl, Hartlová, 2009, s. 101 - 102 )

„Pojem demence je z latinského překladu a znamená „bez mysli“ předpona „de“ znamená „odstranit“ a „mens“ je latinské slovo pro „mysl“.“ Velmi se mi líbí názor autora H. Buijssena, který ve své knize píše, že: „Člověk s těžkou demencí končí svůj život tak, jak do něho vstoupil: jako bezmocné dítě.“ Popisuje, že demence je způsobena dysfunkcí mozku. Nemocné jsou nervové buňky v mozku a v počátečních stádiích za tyto nemocné buňky převzou jejich funkci jiné buňky, které má mozek v rezervě. V takovém stádiu vede člověk ještě normální život. Jednoho dne ale rezervy docházejí a demence se začíná čím dál více projevovat a prohlubovat.

(Buijssen, 2006, s. 13)

„O demenci se často mluví jako o „nemoci stáří“, i když se občas vyskytuje také u lidí mladších 65 let. U skupiny 65letých je rozsah výskytu stále ještě menší než jedno procento, ale ve skupině mezi 65. - 70. rokem už stoupá na 2,5 procenta. Potom se

každých pět let procento zdvojnásobuje. Nemoc tak převládá mezi velmi starými lidmi. Demence se v západním světě stala jednou z pěti hlavních příčin smrti, a proto se o ní někdy mluví jako o „nemoci století“.

(Buijssen, 2006, s. 13-17)

„Výskyt nemoci je o něco vyšší u žen a skoro se zdvojnásobuje u těch jedinců, jejichž alespoň jeden blízký příbuzný trpí touto afekcí.“

Biologickým podkladem demencí je atrofie mozku. Důležitým podkladem je buněčná smrt neuronů, i když není vyloučeno, že ve skutečnosti jde především o rozpojení a úbytek synapsí, které zanikají, nejsou-li dostatečně stimulovány, ať již neuronální aktivitou nebo nervovými růstovými faktory. Jedním z prominentních mechanismů buněčné smrti je apoptóza. Na rozdíl od nekrózy, kdy odumírají najednou celé rozsáhlé populace buněk, je apoptóza řízený (a evolučně velice žádoucí a adaptivní) proces, při kterém odumírají jednotlivé buňky.“

(Růžička, 2003, s. 15, 137)

## **1.2 Druhy demencí**

### **1.2.1 Klasifikace demencí dle příčiny**

*Demence AIDS* – dementní příznaky některých pacientů v konečných stadiích syndromu získaného selhání imunity.

*Demence alkoholová* – (alcoholic dementia) je způsobená dlouhodobým užíváním alkoholu, vyznačuje se různými typy degenerace.

*Demence arteriosklerotická* – (arteriosclerotic dementia) porucha vyššího věku, při níž mozkové buňky odumírají buď nedostatkem výživy a kyslíku, nebo následkem krvácení.

*Demence boxerů* – (dementia publistica, boxer dementia) demenní příznaky způsobené opakovanými údery do hlavy. Může být důsledkem i vážných úrazů.

*Demence infarktová* – (infarct dementia) také řazena pod demence vaskulární.

*Demence paralytická* - (general paresis, paralysis) poslední stadium příjice, tzv. progresivní paralýzy, začíná 5-15 let po nákaze, kdy dochází k rozpadu gangliových buněk v mozkové kůře, na nervových vláknech, mozkových plenách aj. projevuje se únavností, poruchami soustředění a paměti, dráždivostí.

*Demence subkortikální* – (subcortical demence), kdy hlavní ložisko poškození není v mozkové kůře, ale v oblastech uložených níže.

*Demence u Alzheimerovy choroby* – (dementia Whit Alzheimers dinase) dle MKN-10 samostatná kategorie poruch pod označením F00; dělí se na demenci u Alzheimerovy choroby a) s časným začátkem, b) s pozdním začátkem, c) atypický nebo smíšený typ, d) nespecifikovaná.

*Demence vaskulární* – (vascular dementia), její nejznámější formou je multiinfarktová demence (multiinfarct dementia) označována zkratkou MID, onemocnění nastává odumřením mozkových buněk po drobných mozkových krváceních, vzniká po infarktech mozku vlivem vaskulárního onemocnění; zhoršení kognitivních funkcí není obvykle rovnoměrné, náhled a úsudek může být poměrně zachován.

*Demence vratná* – (reversible dementia) léčitelné onemocnění, které vykazuje příznaky podobné demenci, které však odeznívají spolu s vyléčeným onemocněním.

*Dementia praecox* – demence předčasná, mají ji pacienti se schizofrenií.

*Demence presenilní* – (presenile dementia) jedná se o demenci, která nastupuje před 60. až 65. rokem věku.

*Demence senilní* – (senile dementia) patří sem Alzheimerova choroba a jiné demence, které se vyskytují ve stáří.

(Hartl, Hartlová, 2009, s. 102 - 103)

### 1.2.2 Klasifikace demencí dle patologicko-fyziologického hlediska

1. Demence, které mají za podklad **atroficko-degenerativní proces mozku**.
2. **Demence symptomatické** (sekundární), které mají za podklad celková onemocnění, infekce, intoxikace, úrazy, nádory, cévní poruchy, metabolické změny a jiné poruchy postihující mozek. Symptomatické demence lze ještě dělit do dvou skupin:
  - demence vaskulární (na podkladě poruch mozkových cév, mozkového krevního zásobení),
  - ostatní symptomatické demence.

**Atroficko-degenerativní procesy** jsou: „Procesy, které vedou ke snížení počtu nervových buněk, snížení počtu spojů (synapsí) nervových buněk, k poruše funkce nervových buněk (neuronů) i pomocných nervových buněk (neuroglie), k tvorbě a ukládání patologických bílkovin, u nichž probíhá řada dalších degenerativních dějů.“ Mezi ně patří apoptóza, což je: „Geneticky naprogramovaná buněčná smrt.“ U těchto chorob se tyto geny aktivují a tím dochází k „buněčným sebevraždám“. „U atroficko-degenerativních demencí dochází k degradaci některých bílkovin a k tvorbě a ukládání patologických bílkovin. U Alzheimerovy choroby a většiny demencí s Lewyho tělísky dochází k tvorbě a ukládání beta-amyloidu.“

(Jiráček, 2009. s. 19 - 20)

S neurodegradací je porušen přenos buněčné informace, tím nastává porucha funkce mozku, která vede ke vzniku demence.

**Vaskulární demence** vzniká při porušení cév v mozku. Jedná se o mozkové mnohočetné infarkty či jeden rozsáhlejší infarkt, který zabrání prokrvení části mozku a tím vzniká demence.

Ostatní symptomatické demence vznikají při celkovém onemocnění organismu způsobené např. intoxikací, infekcí a zánětů, úrazů mozku, nádorů mozku atd.

(Jirák, 2009. s. 19 - 20)

### 1.2.3 Hloubka a vývoj demence

Hloubku demence posuzujeme, podle několika druhů stupnic, mně se nejvíce líbí stupnice **Risbergovy skupiny z roku 1982**, která je dostatečně podrobná a přesná.

1. Bez postižení kognitivních funkcí.
2. Počínající postižení kognitivních funkcí – zapomíná jména lidí, kam odložil předměty.
3. Lehké postižení kognitivních funkcí – pokles výkonu, zmatenost, poruchy paměti, ztrácí předměty a špatně se soustředí.
4. Středně těžké postižení kognitivních funkcí – paměťové poruchy, problematické počítání z hlavy, poruchy v péči o sebe sama, špatná orientace v čase a prostoru, dezorientace.
5. Pokročilé postižení kognitivních funkcí – potřebuje pomoc v běžném životě.
6. Těžké postižení kognitivních funkcí – nevybavuje si jména svých nejbližších, nepamatuje si na události, které se mu v životě staly, může být inkontinentní, bývá narušen spánek, změny osobnosti, má bludy, je úzkostlivý, neklidný až agresivní.
7. Velmi těžké postižení kognitivních funkcí – Pacient nemluví, je inkontinentní, nedokáže se sám najít, má porušenou hybnost a není schopen samostatné chůze.

Další stupnicí, podle které se může určit stupeň demence, je např. Hughesova stupnice. Ta nemoc rozděluje do celkově pěti stupňů (0, 0/5, 1, 2, 3) na zdraví, podezření na demenci, lehká demence, střední demence a těžká demence.

(Koukolík, 1999, s. 16 - 19)

## **1.3 Alzheimerova choroba**

### **1.3.1 Charakteristika Alzheimerovy choroby**

Alzheimerova choroba nese svůj název z roku 1906 podle německého psychiatra Aloise Alzheimerera, který bedlivě studoval změny v mozkové tkáni, byl zběhlý i v patologii a histologii. Při ohledání mozku jeho zemřelé pacientky zjistil částečnou přeměnu mozkové tkáně na tmavou hutnou hmotu, tzv. plaky a řadách neuronů okrouhlé chumáče vláken. Na základě výzkumu ustanovil symptomy, jež definují Alzheimerovu chorobu dodnes. Tato nemoc se dá klasifikovat jako neurodegenerativní onemocnění mozku, který vyvolává demenci. Ta je způsobena postupným rozpadem nervových vláken a buněk, to je způsobeno látkovou změnou. Jindy neškodná bílkovina betaamyloid se při propuknutí choroby začne ukládat v buňkách mozku, což vede k jejich zániku. Také je zřetelný úbytek acetylcholinu, jenž zajišťuje výměnu nervových vzruchů. Tímto dochází k prohlubování demence.

[\(http://alzheimerovachoroba.ordinace.biz/\)](http://alzheimerovachoroba.ordinace.biz/)

Psychologický slovník popisuje nemoc Alzheimerovu (Alzheimers dinase) jako: „Duševní poruchu na organickém základě (zánik a rozpad neobnovitelných mozkových buněk) projevující se demencí; dříve nazývána presenilní demencí. Nemoc je spojena s oslabením enzymu cholinacetyltransferázy, který vytváří neurotransmitter acetylcholin; následkem toho dochází k degeneraci a mizení cholinergní nervové struktury; má plíživý začátek projevující se často depresí a nižší výkonností; pak zapomnětlivostí, poruchou orientace, poruchami řeči, ztrátou schopnosti dorozumění; v psychice je nejdříve porušena novodobá paměť a schopnost vstřípivosti nových



informací; dále prostorová představivost, afázie, alkalkulie, apraxie, rozděluje se do tří stádií; 1) mírná forma trvá dva až čtyři roky a projevuje se zapomínáním, ztrácením věcí, obtížným hledáním slov, blouděním na známých místech, ztrátou zájmu o věci, kt. pacient míval rád; 2) středně těžká forma trvá od dvou do deseti let a projevuje se dalším zhoršováním duševních funkcí a chování, především hašteřením, nesnášenlivostí a moroznými náladami, občasnou zmateností, popř. halucinacemi a bludy; nastává nutnost stálého dohledu; 3) těžká forma představuje poslední stadium, které trvá jeden až tři roky a projevuje se naprostým úpadkem všech duševních funkcí, pacient nehovoří ani řeč nevnímá, nepoznává sebe ani členy rodiny, je zcela závislý na péči druhých, nemocný si postižení neuvědomuje; psychofarmaka pomáhají mírnit poruchy chování, snižují depresi a úzkost, navozují spánek, zpomalují postup nemoci, zvláště v prvním stadiu; pomáhá také trénink paměti, rozvíjení schopností, kt. zůstaly, trénink orientace v nejbližším okolí a přehledná organizace domácnosti; n.A. postihuje lidi nejvíce po 65. roce věku, vzácně postihuje i osoby mladší 45 let.“

(Hartl, Hartlová, 2009, s. 346)

Onemocnění se vyvíjí plíživě a první příznaky nemusí být patrné, proto je možné, že se choroba vyvíjí několik let. Prvním příznakem je zapomínání běžných každodenních činností. Pak nastává porucha řeči, kdy nemocní často hledají slova. Čím dál častěji začínají bloudit. Přibližně u 40% nemocných se začnou postupně projevovat poruchy nekognitivních funkcí, např. deprese, halucinace a agresivita. Problémem mnohých pacientů je, že si svou nemoc neuvědomují. Jsou přesvědčeni o tom, že jsou v pořádku a mnohdy odmítají léčbu. V průběhu dalšího vývoje přibývají poruchy chování, deprese, poruchy spánku. Alzheimerova choroba trvá většinou 3 - 8 let a muži na tuto chorobu umírají dříve než ženy. Část pacientů v průběhu choroby hubne. Tato změna je přičítána změnami v hypotalamu. V pokročilém stádiu mají pacienti problém komunikovat s okolím, jsou apatičtí a přestávají poznávat přátele i příbuzné. Nakonec přijdou i o schopnost udržet oční kontakt s lidmi, kteří o ně pečují. Neudrží se vsedě, jsou inkontinentní a němí.

(Koukolík, 1999, s. 35 - 36)

Velmi stručný a výstižný popis Alzheimerovy choroby nabízí autorka Holmerová ve své příručce, která ji definuje jako onemocnění způsobené zničením mozkových buněk, což znemožňuje správnou funkci mozku. „Navenek se projevuje jako poškození psychických funkcí, paměti a změnami chování a osobnosti pacienta.“

(Holmerová, 2002, s. 9)

### **1.3.2 Prevence Alzheimerovy choroby**

Stárnutí mozku samozřejmě zabránit nelze, vědci a lékaři zatím přesně nevědí, proč u někoho vypukne Alzheimerova choroba vyznačující se nástupem demence, a u jiného ne. Jedno je však jisté: více ohrožen je mozek, který jeho „majitel“ nenutí pracovat. Cílem trénování mozku je získávání nových spojů (odborně synapsí) v mozku, ty jsou zárukou, že orgán nebude stárnout. Začínají se tvořit vřdycky, když člověk tvořivě přemýšlí. Nové spojení v mozku vznikají při plánování, je tedy dobré například měnit trasu, kterou jdete do práce, či do obchodu, a před tím, než vyrazíte, strávit nějaký čas přemýšlením o cestě. Pro oddálení Alzheimerovy choroby jsou užitečné zejména křížovky, puzzle a další hry. Rizikovým faktorem demence je nízké vzdělání. Lidé s vyšším vzděláním se vyrovnávají se stárnutím mozku lépe a demence se u nich nerozvine tak často. Stárnutí mozku lze oddálit také učením se v pokročilém věku. Skvělou prevencí demence je tak jednoznačně studium na univerzitě třetího věku, vzhledem k tomu, že vedle nutné aktivity mozku v sobě zahrnuje i potřebný kontakt s jinými lidmi. Svěžost mozku je však spojena také s kondicí fyzickou. Pomáhá proto jakákoliv aktivita, není ani tolik důležitá, její intenzita, jako spíš pravidelnost. Při jakémkoli sportování je však třeba dávat pozor na poranění hlavy, které pacienti s Alzheimerovou chorobou mají často v anamnéze. Jedná se zejména o zranění, při nichž došlo ke ztrátě vědomí. Stejně tak demence více postihuje lidi trpící depresí, zřejmě proto, že depresivní stavy utlumují mozek. Nutno dodat, že tisíckrát omílaná slova o nutnosti prevence před nemocemi srdce a cév platí i pro mozek, jedině zdravé cévy ho mohou dostatečně zásobovat krví. Statistiky říkají, že až 80 procent lidí s Alzheimerem trpí nemocemi srdce a cév.

[www.idnes.cz](http://www.idnes.cz)

„U některých případů Alzheimerovy nemoci je pozorován familiární výskyt. Je to především u některých pacientů s časným začátkem (presenilní forma). Na dlouhém raménku 21. chromosomu je zakódována bílkovina amyloidový nekurzorový protein (APP). V tomto místě bylo popsáno několik typů mutací, které vedou k familiárnímu výskytu. Další místa s výskytem mutací jsou chromozomy 14 a 1; zde jsou zakódovány transmembránové proteiny označované jako preseniliny (na chromosomu 14 presenilin1, na chromosomu 1 presenilin 2). U pacientů s pozdním výskytem Alzheimerovy nemoci jsou hledány mutace na 12. chromosomu.“

(Růžička, 2003, s. 68)

Jak jsem se již zmínila v předchozím odstavci, je tedy prokázán familiární vliv na výskyt onemocnění. „Je postiženo více pokrevních příbuzných v rodině. Proto jsou hledány genetické faktory onemocnění. 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.“

(Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009, s. 31)

### **1.3.3 Projevy a vývoj Alzheimerovy choroby**

Alzheimerova choroba se dělí arbitrálně podle doby manifestace prvních klinických příznaků na formu s časným začátkem (presenilní), kdy se příznaky manifestují dříve než v 65 letech, a na podstatně častější formu s pozdním začátkem (senilní), kdy se klinické příznaky manifestují v 65 letech života a později.

(Kalvach, Zadák, Jiráček, Závazalová, Sucharda a kolektiv, 2004, s. 547 - 548)

Nejpřehlednější stupnicí vývoje nemoci a také nejpoužívanější je stupnice Risbergovy skupiny z roku 1982, která rozděluje nemoc do sedmi stádií. Podrobně jsem

již tuto stupnici popsala v kapitole „Hloubka a vývoj demence“. Ta je pro mě ze všech stupnic nejpřijatelnější.

Vývoj demence můžeme také rozdělit dle Hughese a kol., uveřejněnou v roce 1982. V této stupnici je vývoj choroby rozdělen pouze do celkem pěti stádií označovány jako stupeň: 0, 0/5, 1, 2, 3.

**Stupeň 0 (zdraví)** - je používáné, když je paměť buď neporušena vůbec, nebo jsou jen nepatrné výpadky. Nemocný zvládá své každodenní činnosti bez problémů.

**Stupeň 0,5 (podezření na demenci)** – je zde lehká zapomnětlivost, ale pacienti jsou orientovaní. Nastávají lehké potíže s rozhodováním či porovnáváním.

**Stupeň 1 (lehká demence)** - pacienti zapomínají čerstvé události, hůře se orientují. Nastávají problémy s vykonáváním denních činností. Méně o sebe pečují a potřebují povzbuzovat.

**Stupeň 2 (střední demence)** – dochází k špatnému pamatování si nových informací, nemocný se špatně orientuje, nedokáže řešit problémy a není schopen samostatně fungovat. V tomto stádiu již potřebuje pomoc s oblékáním a osobní hygienou.

**Stupeň 3 (těžká demence)** - téměř nic si nepamatují, nejsou orientovaní, jen pokud jde o osobu, jsou nesamostatní, potřebují pomoc s hygienou, oblékáním, dochází velmi často k inkontinenci.

(Koukolík, 1999, s. 18 - 19)

V příručce od I. Holmerové je Alzheimerova nemoc rozdělena pouze do tří stádií. Tato příručka byla zpracována pro rodiny, které pečují o nemocného s Alzheimerovou chorobou, a je velmi stručná.

**V prvním stádiu dochází:** k zhoršování paměti, přechodné časové a prostorové dezorientaci, ztráta průbojnosti, obtížné hledání slov.

**Druhé stádium zahrnuje:** významné výpadky paměti, snížená soběstačnost, bloudění, zhoršená řeč, halucinace.

**Třetí stádium:** vyžaduje přítomnost další osoby, neboť má pacient obtíže při přijímání potravy, není schopen poznat své členy rodiny, neudrží moč nebo stolicí a má významné poruchy chování. (Holmerová, Jarolímová, Nováková, 2004, s. 12)

Pro doplnění bych chtěla ještě zmínit, že ve své knize zvané „Demence“ autor R. Jirák popisuje, že nemoc může mít fáze klidu, kdy se průběh nemoci na chvíli zpomalí, či zastaví. Pacient má s postupující nemocí úbytek zájmu o sex nebo naopak je v této oblasti hyperaktivní či může mít sklony k různým sexuálním deviacím. Paměť bývá porušena difúzně, ve všech složkách. Více si pamatuje věci, které se mu staly např. v mládí, a hůře si vzpomíná, co dělal či jedl včera. Čili je poškozena spíše krátkodobá paměť. Objevuje se egocentrismus, afekty vzteku, deprese jindy zas převládá nezáměr a apatie.

Pacienti, jež mají, výskyt demence v rodině, jsou ohroženi nemocí častěji a nemoc má rychlejší průběh. Život nemocných většinou končí na interkurentní choroby, úrazy, selhání životních funkcí.

(Jirák, 1999, s. 124)

#### **1.3.4 Diagnostika Alzheimerovy choroby**

Alzheimerova choroba je nevléčitelná nemoc, ale po stanovení správné diagnózy je možno zvolit vhodný způsob léčby, který pomůže pacientovi oddálit rozvoj kognitivní poruchy, a zvládnout další příznaky onemocnění.

(Holmerová, Valenta, 2003)

„Pro určení diagnózy potřebujeme několik vyšetření. Ta jednak odpoví na otázku, jaká je příčina pozorovaných změn či zda jsou tyto změny skutečně důsledkem Alzheimerovy choroby.“

(Holmerová, 2002, s. 7)

Ke správné diagnóze vyšetříme paměť pomocí MMD testů. Nemocnému klademe různé otázky: „Například kolikátého je dnes, jaké je roční období a podobně.“ Pomocí takového dotazování lékař zjistí, do jaké míry je paměť poškozena. Jestliže je v těchto

zcela orientačních testech chybný každý pátý úkon či odpověď, je třeba se otázkou demence skutečně vážně zabývat. Tyto testy a vyšetření pomáhají lékařům k určení diagnózy a zahájení co nejhodnější léčby, péče a pomoci.

(Holmerová, 2002, s. 7)

Jeden z testů, který se běžně používá je tzv. MMSE-test. Tento test je standardem pro vyšetřování poruch paměti u demencí, test trvá asi čtvrt hodiny. Za každou správnou odpověď dostává pacient 1 bod. Obsahují otázky typu, jaké je roční období, namalujte hodiny atd. Pro lepší představu přikládám přílohu č. 1 - záznamový list, používaný běžně v zařízeních specializovaných na onemocnění demencí a Alzheimerovou chorobou viz příloha D.

[www.poruchypameti.cz/test-mmse.html](http://www.poruchypameti.cz/test-mmse.html)

Je nutné podotknout, že jsme schopni stanovit pouze pravděpodobnou diagnózu této choroby.

Klinický obraz a anamnestické údaje umožňují rozlišit, o jaký druh demence se jedná. V prvních krocích diagnostiky zjišťujeme, zda jde o demenci. Velice důležitá je anamnéza poskytnutá rodinnými příslušníky a pečovateli pacienta. U zobrazovacích metod se ukáže obraz kortikosubkortikální atrofie. Z výsledků biochemického vyšetření vyloučíme sekundární demenci.

(Kalvach, Zadák, Jiráček, Zavázalová, Sucharda a kolektiv, 2004, s. 549)

Diagnostika zahrnuje i pečlivé klinické vyšetření, v některých případech i vyšetření séra, vyšetření mozku pomocí zobrazovacích metod (počítačová tomografie, magnetická rezonance). Těmito metodami je možné sledovat i průběh onemocnění.

(Holmerová, 2002, s. 7)

S úplnou jistotou lze tedy Alzheimerovu chorobu prokázat až při pitvě. Z příznaků se stanovuje diagnóza z mezinárodně doporučených a užívaných kritérií skupiny NINCDS/ADRDA z roku 1984. Tato kritéria rozlišují diagnózu na pravděpodobnou, možnou a jistou neboli definitivní. Možná diagnóza se stanoví v případě atypických

příznaků nebo v případech současně kombinovaných systémových onemocněních. Pravděpodobná diagnóza je při typických příznaků a definitivní až z histologie, jak jsem se zmínila již výše.

(Koukolík, 1999, s. 37)

## **1.4 Vaskulární demence**

### **1.4.1 Charakteristika vaskulární demence**

Ambler charakterizuje vaskulární demenci (nejčastější její formou je multiinfarktová demence – MID) jako demenci: „Která vzniká kumulací defektů z větších nebo z menších mozkových infarktů.“ „Bývá přítomen i fokální neurologický deficit, zejména poruchy chůze, parkinsonské syndromy a inkontinence. Dochází k mozkové atrofii, kterou lze prokázat na CT nebo magnetické resonanci.“ Nacházíme rovněž: „Rozšíření komorového systému i subarachnoidálních prostor s úbytkem mozkové tkáně.“ Jsou zde: „Ložiska po proběhlých mozkových infarktech nebo výrazné změny v bílé hmotě.“

(Ambler, 2000, s. 53 - 54)

Vaskulární demence je způsobena vaskulární nekrózou mozku v průběhu cévního onemocnění, včetně hypertenzního cerebrovaskulárního onemocnění. Čili je to výsledek odumírání části mozkové tkáně, ke kterému může dojít zneprůchodněním cév zásobujících mozek například při ateroskleróze, nebo se může vinou vysokého krevního tlaku protrhnout céva a část mozku může být tedy nedokrvená a krev, která uniká z krevního řečiště, pak utlačuje jinou část mozkové tkáně.

Kognitivní funkce jsou postiženy nerovnoměrně, paměť je například postižena hodně, kdežto myšlení může mít jen malé nedostatky.

<http://psychiatriecr.sweb.cz/vaskularni.html>

Multiinfarktová demence (MID) vzniká na podkladě drobných infarktů jak v kontextu, tak v podkoří. Mohou se vyskytovat výpadové korové jevy typu fatických, praktických i gnostických poruch. Častá bývá emoční labilita, spastický pláč.

(Kalvach, Zadák, Jirák, Závázalová, Sucharda a kolektiv, 2004, s. 552)

„Zatímco Alzheimer se vyvíjí velmi pomalu, MID často začíná náhle obdobím zmatenosti, jež je patrně důsledkem lehkého infarktu. Potom následuje období mírného zlepšení a stav pacienta zůstává celkem stabilní až do začátku dalšího období zmatenosti. Alzheimer postupuje způsobem, který by se dal přirovnat k sestupu po mírném svahu, MID spíše připomíná pomalý sestup po schodišti – dva kroky dolů a jeden zpět nahoru a tak dále.“

(Buijssen, 2006, s. 16)

#### **1.4.2 Klasifikace vaskulárních demencí**

Jednou z nejčastějších forem vaskulární demence je multiinfarktová, je to demence po jednom iktu nebo demence z postižených malých cév lokalizovaných subkortikálně a kortikálně. Dále sem patří ischemicko–hypoxická demence, která odpovídá difuzní encefalopatii.

Do demence způsobené postižením malých cév lokalizovanou subkortikálně patří zejména Binswangerova choroba, ta se vyznačuje změnami v bílé hmotě, ale také sem patří lakunární demence, kde je postižení hlubších struktur. Klinicky se projevuje poruchami paměti, apatií, depresí atd. Mnohdy nelze rozlišit od lakunární demence. Je typické, že Binswangerova choroba a lakunární demence postihuje mladší seniory či dospělé. V anamnéze bývá hypertenze i další rizikové faktory, např. diabetes, někdy prodělaný iktus.

(Ambler, 2000, s. 55)



## 2 Problematika péče o nemocné s demencí

### 2.1 Problematika péče v domácnosti

Z mnoha kazuistik pacientů víme, že sbírání anamnézy je nepřesné a dlouhodobé. Vzhledem k tomu, že se demence rozvíjí pomalu, bývá pacient dlouho v domácím prostředí. Prvních změn si začne všimnout rodina a ta se zpravidla o pacienta stará v prvních stádiích nemoci. Člověk, u kterého nemoc začíná, si zprvu vůbec nepřizná či ani neuvědomuje, že jde o nemoc. Příkládá svou poruchu paměti většinou stáří. I rodina, která s ním žije v domácnosti, si ze začátku ani nemusí všimnout, že jde o počínající demenci. Nemocní, kteří si nemohou vzpomenout, často odpovídají i dosti vychytrale. Např. na otázku, co měl k obědu, odpoví: „To, co včera.“ Jenže s postupujícím se onemocněním se zhoršuje nejen paměť, ale i celá osobnost nemocného. Postupně začne ztrácet zájem o koníčky, protože i zde je ztráta paměti limitující. Pokud ho v minulosti například bavilo číst, nyní o čtení nemá zájem, neboť zapomíná, co bylo v předchozích kapitolách a nedokáže si dát věci dohromady. Čtení pro něj postrádá smysl. A tak je to i s ostatními zájmy. Méně se účastní domácích prací a čím dál tím více se snaží převést povinnosti denních činností na ostatní členy rodiny, protože mu dělá problémy vykonávat úkoly správně a mnoho chybí, což je mu nepříjemné. Proto dělá vše, aby se těmto nepříjemným okamžikům vyhnul, tak problém zastírá. Rodina ho pak často obviňuje z lenosti a nedbalosti. Stále více zůstává doma a raději nevychází ven sám, protože se bojí dalších nedorozumění, kdy třeba nepozná, své přátele. Přestane mít přehled o čase a místa, která dříve dobře znal, mu připadají cizí. Je neklidný, více jí, pije a popřípadě kouří, nebo naopak vše odmítá. V chování se střídá agresivita s útlumem, postupně začíná mít bludy. S rozvojem demence přichází další a další problémy, kdy jeho chování je nebezpečné jiným i jemu samotnému a péče o pacienta je čím dál tím obtížnější. Příbuzní jsou z péče o dementního pacienta často vyčerpaní a unavení, protože se stav jejich rodinného člena nelepší, ale naopak zhoršuje. U pečujícího člověka se může rozvinout „syndrom vyhoření“ a může reagovat až agresivně.

(Buijssen, 2006, s. 22-29)

Je důležité, aby o nemocného pečovalo více členů domácnosti, aby se pravidelně střídali, a tím se péče o nemocného nestávala vyčerpávající. Pacient tak nebude mít pocit, že má pouze jednoho pečovatele, na kterého má tendenci se fixovat. Domácí péče zahrnuje dostatek trpělivosti a vyžaduje dobrý psychický stav pečovatele.

Péče se nijak zásadně neliší od péče poskytované v zařízeních pro seniory se zvláštním režimem. I pacient v domácí péči potřebuje pomoc s oblékáním, hygienou, stravováním atd. Je ale důležité nemocného stále hlídat a dbát, aby jednoho dne neodešel z domova a nevrátil se jen proto, že si nevzpomene, kde vlastně bydlí.

(Buijssen, 2006, s. 117)

## **2.2 Profesionální ošetrovatelská péče nemocného s demencí**

Čím více se Alzheimerova nemoc dostává do těžších stádií, tím více ztrácí pacient schopnost se o sebe postarat. Pacient má problémy s běžnými činnostmi, jako je nakupování atd. „V pozdější fázi si nebude schopen vybrat správné oblečení (obleče si například dvě vesty, hnědou a modrou ponožku atd.) a často také může stát dost přemlouvání, chceme-li ho přimět, aby se osprchoval.“

(Trachtová, 2008, s. 84)

V péči je v první řadě důležité, co nejvíce zachovat pacientovu soběstačnost. Nic by personál neměl dělat za něj, ale měl by ho co nejvíce aktivovat a pak mu pomoci s tím na co nestačí, či mu poradit, jak nejlépe danou věc provést.

Ze somatických potřeb je důležité se zaměřit na hydrataci. Obecně staří lidé mají snížený pocit žízně a snadno se dostávají do stavu dehydratace. Pacienti v pozdějších stádiích demence mají mnohokrát problém s tím, že najednou nevědí, jak si nalít vodu do sklenice.

Příjem potravy je základní potřebou každého z nás, je provázen nejen pocitem sytosti, ale i duševní spokojeností. Strava by měla být vyvážená, pravidelná, měla by obsahovat dostatek ovoce a zeleniny a neměla by nemocnému škodit.

„Jedním z příznaků časných stádií Alzheimerovy choroby bývá nadměrná chuť k jídlu, v takovém případě je proto nutno omezit přístup nemocného k potravě s vysokým obsahem tuků a cukrů. Naopak v pozdějších fázích choroby je mnohdy třeba nemocnému pomáhat, neboť on sám má s příbořem a s příjmem potravy stále větší a větší potíže.“ Pokud mu to zdravotní stav dovolí, posazujeme ho ke stolu, aby se mu tato činnost zautomatizovala. Nakrájíme mu jídlo na menší kousky, v pozdějších stádiích nemoci stravu meleme, mixujeme. Stravu podáváme dostatečně teplou, ale ne horkou. Nemocný není schopen rozlišit, co je horké a co studené a snadno by se mohl spálit. I když má nemocný nadměrnou chuť k jídlu a stále jí přesto hubne.

(Holmerová, Jarolímová, Nováková, 2004 s. 26)

Vyprazdňování moče a stolice patří mezi základní biologické potřeby člověka, které navazují na výživu a hydrataci. Potřeba vyprazdňování je individuální. Ve stáří jsou pacienti ohroženi zácpou, nejvíce ti, kteří jsou upoutáni na lůžku. S přibývajícím věkem dochází ke: „Svalové slabosti, nedostatečnému tonu sfinkterů, snížené sekreci hlenu a střevních sekretů.“ Zácpa může nastat také z důvodů: nepravidelné stravy, sníženého množství příjmu tekutin, snížené tělesné aktivity, z některých chorobných procesů (obstrukce střev aj.) a léků (psychofarmaka, analgetika). Inkontinence moče je častá především u žen a to stresová v kombinaci s urgentní inkontinencí. Inkontinence moče je u dementních pacientů spíše spojena s problémem, že si při urgenci močení včas nedojdou na toaletu, nebo mají nevhodné oblečení, které si nedokážou včas svléknout či jsou zmatení a nemohou toaletu najít. U mužů vlivem zbytněné prostaty dochází k paradoxní inkontinenci tak zvané časté nutkání a „utrnutí“. Často dochází k situacím, kdy muž chodí svlečený a močí na nevhodná místa jako jsou například květináče, parapet atd. Měli bychom pacienta naučit a zvyknout na to, aby toaletu navštěvoval pravidelně. Spánek se u nemocných s Alzheimerovou chorobou může projevit jako tzv. „reverzní charakter spánku“ neboli „spánková inverze“ (to znamená, že je většinu noci vzhůru a naopak

většinu dne prospí) anebo buzení se za účelem jídla. Pacient se proto povzbuzuje k co největší aktivitě během dne, dopřejeme mu odpolední krátký spánek a dbáme na to, aby nemocný chodil spát vždy ve stejnou dobu. Nepodáváme nemocnému před spaním potraviny s vysokým obsahem cukru.

A nedáváme pacientovi před spaním příliš mnoho tekutin.

(Trachtová, 2008, s. 84, 95, 99, 100)

U dementních pacientů se často vyskytuje noční neklid. Jednou z příčin proč nemocný trpící demencí nespí je neschopnost vyrovnat se s novými informacemi a dojmy. Další příčiny jsou stresové situace, které v noci vyplynou na povrch. Pacient začne mít úzkost, nemůže spát, tma ho ještě více zúzkostňuje a pak bloudí po pokoji sem a tam v domněnání, že se své úzkosti zbaví, volá o pomoc, má úzkostné halucinace a bludy. Toto chování nazýváme „Noční chování dementních pacientů“. „Jinou příčinou nočního neklidu může být to, že lidé trpící demencí nevnímají tak ostře rozdíl mezi bděním, spánkem a sněním.“ Někdy může být problém v tom, že nemocný chodí brzo spát, nebo že má nadbytek či nedostatek chemických látek v mozku. Není dobré nechávat pacienta podřimovat během dne. Je nutné ho dostatečně pobízet k činnostem, ale v té míře, aby ho nepřetěžovaly.

Pacient má s postupující chorobou stále větší problémy se svléknout a obléknout. Necháme jak a co obléci a kam co patří, proto nedáváme nemocnému složité oblečení na zapínání, připravíme mu věci tak, jak si je bude postupně oblékat a dáváme mu boty s protiskluzovou podrážkou, které se snadno obouvají a zouvají.

Pacienta povzbuzujeme k tomu, aby dodržoval osobní hygienu. V pozdějších stádiích si nebude schopen vybavit postup potřebných kroků. Pacienta pokud možno necháme, aby se myl sám, raději ho sprchujeme a pomůžeme mu s holením či česáním.

Dbáme o pacientovu bezpečnost. Důležitá je prevence pádů. Zajistíme dostatek světla, odstraníme nábytek s ostrými rohy a hroty. V současné době existuje speciální nábytek pro staré lidi. Trénujeme stabilitu s nemocným a vždy respektujeme tempo, které si sám určí. (Holmerová, Jarolímová, Nováková, 2004, str.23 - 39)

Umožníme nemocnému kontakt s rodinou, vždy se k němu chováme s úctou a s láskou, protože v ústavech mu rodinu nahrazujeme právě my.

S postupující progresí Alzheimerovy choroby klesá schopnost postiženého verbálně komunikovat s okolím a ostatními lidmi. Proto se klade důraz na neverbální komunikaci. Udržujeme kontakt pomocí doteků, pohlazení a úsměvů. Díváme se nemocnému stále do očí, hovoříme pomalu a zřetelně, v krátkých větách, bez otázek, věci popřípadě několikrát opakujeme. Nemocný má zřetelnou poruchu kognitivních funkcí, především všípivosti, proto několikrát opakujeme a nepředpokládáme, že pacient myšlenky udrží v paměti.

(Trachtová, 2008, s. 84, 95, 99, 100)

(Holmerová, Jarolímová, Nováková, 2004, str.23 - 39)

Progrese je individuální a vyžaduje stále častěji účast druhé osoby. Při těžké demenci je nemocný stále méně schopen se o sebe postarat sám. Postupně bude potřebovat pomoci s koupelí, oblékáním, jídlom atd. „Ještě později si nebude pamatovat, co znamená jít na toaletu. Bude se pomočovat a později neudrží stolicí.“ Tím ale vše nekončí. Demence pacienta dovede do takové situace, že se nebude schopen sám ani najíst a napít. „V poslední fázi už pacient nemůže chodit, jen sedět, až v určitém okamžiku ani to už není možné.“

(Buijssen,2006, s. 37, 38, 96)

### **2.2.1 Profesionální psychiatrická péče**

Ve stáří a zvláště u pacientů trpících demencí se často vyskytují úzkostné poruchy a deprese. Tento stav vyžaduje podávání antidepresiv a samozřejmě správný přístup k pacientovi. „Z psychoterapeutických technik je využívána především metoda **kognitivně-behaviorální psychoterapie**. Důležitá je také rodinná terapie včetně edukace rodinných příslušníků.“

(Kalvach, Zadák, Jirák, Zavázalová, Sucharda a kolektiv, 2004, s. 557)

„Kognitivně–behaviorální psychoterapie je v současné době jedním z nejrozšířenějších psychoterapeutických. Vznikla ve druhé polovině 20. století jako výsledek úspěšné integrace behaviorální a kognitivní terapie. V České republice se začala kognitivně-behaviorální terapie rozvíjet až po roce 1991.“ Tato terapie je založena na poznání a učení.

[\(http://www.viafit.cz/clanek/001-kognitivne-behavioralni-terapie/\)](http://www.viafit.cz/clanek/001-kognitivne-behavioralni-terapie/)

### 2.2.2 Farmakoterapie Alzheimerovy choroby stařecké demence

Alzheimerova choroba je zatím nevyléčitelná. Léky jsou určeny především pro rané stádium nemoci. Proto je nejdůležitější včasná diagnóza a zahájení léčby.

Jedny z hlavních léků jsou **kognitiva**, která v počátečních stádiích nemoci zlepšují takzvané kognitivní funkce (myšlení, paměť či orientaci). Pomáhají v mozku zabránit odbourávání potřebného acetylcholinu (nutný pro přenos nervových signálů). Používají se opravdu na počátcích, maximálně ve středně pokročilém stádiu.

Dalšími využívanými léky jsou **hypnotika** (pro poruchy spánku), **neuroleptika** (pro odstranění agresivity a neklidu), **antidepresiva** (zmírňují deprese) a **anxiolytika** (utlumují úzkost).

<http://nemoci.vitalion.cz/alzheimerova-choroba/>

## 3 Zařízení pečující o seniory s demencí

### 3.1 Druhy sociálních zařízení pro seniory obecně

Zařízení sociální péče poskytují služby sociální péče jednak seniorům, jednak občanům se zdravotním postižením. Za seniory, jsou pro tyto účely považováni občané, kteří dosáhli věku rozhodného pro přiznání starobylého důchodu.

(Kalvach, Zadák, Jirák, Zavázalová, Sucharda a kolektiv, 2004, s. 498 - 499)

„Prostřednictvím sociálních služeb je zajišťována pomoc při péči o vlastní osobu, zajištění stravování, ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, ošetřování, pomoc s výchovou, poskytnutí informace, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, psycho a socioterapie, pomoc při prosazování práv a zájmů.“

(<http://www.mpsv.cz/cs/9#sszp>)

„Sociální služby a příspěvek na péči jsou při splnění podmínek stanovených v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, s účinností od 1. 1. 2007, poskytovány“:

- osobě, která je na území České republiky hlášena k trvalému pobytu,
- osobě, které byl udělen azyl,
- občanovi a rodinnému příslušníkovi občana členského státu Evropské unie,
- cizinci, který je držitelem povolení k dlouhodobému pobytu po dobu delší než 3 měsíce

Patří sem:

#### ***Stacionáře denní a týdenní***

„Stacionáře týdenní poskytují pobytové služby ve specializovaném zařízení seniorům, osobám se zdravotním postižením a osobám ohroženým užíváním návykových látek, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby.“

### ***Domovy pro seniory***

„Domovy pro seniory poskytují dlouhodobé pobytové služby seniorům, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby. Služba obsahuje pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy, poskytnutí ubytování, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, aktivizační činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplatu.“ (<http://www.mpsv.cz/cs/9#sszp>)

***Domovy-penziony (DP):*** „Pro seniory nejsou obvykle zřizována ošetrovatelská oddělení. Proto jsou kontraindikací stavy trvale vyžadující ošetření a obsluhu jinou osobou.“

***Zařízení pro denní pobyt (domovinky)*** : „V našich podmínkách odpovídají komunitním centrům a potýkají se zvláště s problémem dopravy klientů, který v zahraničí řeší komunitní svozní minibusy.“

***Domy s pečovatelskou službou (DPS):*** „Mají statut domů zvláštního určení. Klient uzavírá obvyklou nájemní smlouvu, k jejímž zvláštnostem patří, že není přenosná na partnera.“ Usnadňují sociální služby.

(Kalvach, Zd., Zadák, Z., Jiráček, R., Závazalová, H., Sucharda, P. a kolektiv, 2004, s. 499-500)

***Domovy pro seniory se zvláštním režimem:*** Zde jsou umístěni pacienti, kteří vyžadují zvláštní dohled a péči. Což jsou senioři, trpící demencí a Alzheimerovou chorobou.

V České republice se nachází celkem 71 zařízení, ve kterých jsou pacienti s demencí a Alzheimerovou chorobou umístěny. Ve své práci se v praktické části budu zabývat problematikou péče ve Středočeském kraji a zde se nachází celkem 15 zařízení. (<http://www.gerontologie.cz/showdoc.do?docid=32>)



## 3.2 Charakteristika zařízení v péči o staré a demenční pacienty

„*Domovy seniorů (DS)* tvoří asi 75% kapacity zařízení sociální péče určených pro dlouhodobou péči o seniory.“ Jsou určeny seniorům s trvalými změnami zdravotního stavu, nebo občanům, kteří tuto péči potřebují ze závažných důvodů. „Obyvatelům (DS) je poskytován komplex služeb zejména v rozsahu bydlení, zaopatření (např. strava, úklid), zdravotní péče, rehabilitace, kulturní a rekreační péče, popř. osobní vybavení.“ Mohou zde být umístěni i pacienti dlouhodobě upoutaní na lůžko. Kontraindikací pro přijetí je klient s infekční chorobou, kdy může být nosičem, pohlavní choroby v akutním stádiu, psychózy a psychické poruchy, při nich nemocný může ohrozit sebe či jiné. Dále je uvedeno 15 okruhů chorob, které kontraindikují přijetí do domova seniorů bez ošetrovatelského oddělení: zhoubné nádory, nebylo-li dosažení remise, labilní diabetes mellitus, sclerosis multiplex a jiná degenerativní onemocnění CNS, nejde-li o stabilizovanou formu, imobilizující kardiální či respirační insuficience, trofické defekty na dolních končetinách při ICHDK či osteomyelitické píštěle, dekompenzované chronické hepatopatie, chronické nefropatie ve stadiu renální icuficience (zřejmě myšleno pokročilé), imobilizující stavy po úrazech (páteř, dolní končetiny), operacích nervového systému či po amputacích, není-li naděje na obnovu soběstačnosti ani např. pomocí invalidního vozíku, těžká pohybová postižení s hrubou poruchou sebeobsluhy, těžká postižení smyslových orgánů hrubě postihující orientaci a běžnou komunikaci. Je patrné, že státní zařízení jsou největší, obecní ekonomicky neúčelnější a nejdomáctější.

(Kalvach, Zadák, Jirák, Závázalová, Sucharda a kolektiv, 2004, s.499 - 500)

### *Zařízení pro pacienty s demencí*

„Vzhledem k typu onemocnění klientů je denní režim nezbytný a je součástí terapie. Klienti sami nejsou schopni ve většině případů si sami organizovat režim dne, denní aktivity, nemají pocit a potřebu hladu, žízně apod. Po ranní hygieně jsou klienti v péči terapeutek, které jim zajišťují společnost, péči, ergoterapii a celodenní aktivizační programy.“ V zařízeních jsou dveře stále uzamčené, aby nedošlo ke ztrátě klienta. V některých zařízeních jsou i po celém areálu nainstalovány kamery. „V noci jsou

pravidelně kontrolovány pokoje zdravotnickým personálem z důvodu bezpečí a zdravotního stavu klientů.“

(<http://www.sanatorium-topas.cz/sec-poskytovana-pece>)

Klientům je poskytováno:

- ubytování,
- úklid, praní a drobné opravy ložního a osobního prádla,
- zajištění celodenní stravy,
- pomoc při zvládání běžných úkonů při péči o vlastní osobu,
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- sociálně terapeutické činnosti,
- aktivizační činnosti,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

(<http://www.sanatorium-topas.cz/sec-poskytovana-pece>)

### **3.3 Rozhodování o nástupu do zařízení pro seniory s Alzheimerovou chorobou a demencí**

Do zařízení jsou přijímáni žadatelé, kteří splňují podmínky cílové skupiny pro jednotlivé domovy. Tito žadatelé musejí mít podanou žádost, která je pak posuzována dle bodového systému. Žadatel spolu s žádostí přikládá vyjádření ošetřujícího lékaře o zdravotním stavu pacienta. Každá přijatá žádost je označena jednacím číslem a pracovník daného zařízení, většinou vrchní sestra, posoudí zdravotní stav žadatele a navrhne zařazení do pořadníku. Žadatel vyplní také dotazník, ve kterém nastíní sociální situaci žadatele o služby. V pořadníku jsou pacienti umístěni podle nejtěživější sociální situace. Pořadník žadatelů se může měnit v závislosti na změně zdravotního stavu žadatele nebo jeho tíživé sociální situace. Služby v zařízeních jsou placené pacientem, jedná se,

o několika tisícovou částku. Pacient platí tuto částku z důchodu a zařízení ještě pobírá na pacienta příspěvek na péči od státu.

([http://www.ssmm.eu/index\\_sub.php?id=5020](http://www.ssmm.eu/index_sub.php?id=5020))

### **3.4 Příjímací proces, provozní pravidla zařízení**

Příjímací proces do nového zařízení je velmi náročnou fází pro dementního pacienta a jeho rodinu. Pacient může mít a často i má projevy maladaptivního syndromu. K těmto reakcím patří úzkostné reakce, změny chování, útlum, agitovanost, emoční labilita, poruchy spánku, psychosomatické projevy, zhoršení chronických zdravotních obtíží a zvláště osoby s demencí jsou ohroženi blouděním a deliriem.

K usnadnění adaptace by měl pacientovi napomáhat celý standardizovaný přijímací proces. U pacientů s demencí jde hlavně o zajištění potřeby bezpečí, jistoty, podpořit orientaci v realitě a bezbariérovost prostředí. Je důležité předcházet nedobrym zkušenostem s blouděním a ztracením se. Snažit se zachovat důstojnost, intimitu a lidskou slušnost s projevy pozitivních vztahů. Měl by se přijímat pacient takový, jaký je, bez předsudků a moralizování se vši ctností, přirozeností a civilně. Je důležité pacienta informovat o pravidlech života v zařízení velmi pomalu a přiměřeně jeho stavu. Eliminovat nevhodné chování personálu i ostatních pacientů v zařízení. Z tohoto důvodu je vyžadován vysoký morální kredit personálu, neboť zde chybí zpětná vazba. Nejdříve se ustanoví „patron“, na kterého se pacient obrací během prvních měsíců. Komplexní geriatrické hodnocení ke stanovení priorit, přání, limitací, rizik, sociálního zázemí, očekávání, obav pacienta a ke zpracování individuálního programu. Měla by se vést přesná a podrobná dokumentace pacienta, která zahrnuje nástupní pohovor, poznatky „patrona“, hodnocení jednotlivých odborníků v ošetřovatelství, fyzioterapii a ergoterapii, lékaře, psychologa, sociálního pracovníka. Dále se sleduje průběh adaptace, hodnocení adaptační fáze a modulování nástupního programu.

(Kalvach, Zadák, Jiráček, Závazalová, Sucharda a kolektiv, 2004, s. 496)

V soukromých zařízeních, která jsou hrazená pacientem, se domnívám, že je péče daleko lepší. Péče je zde většinou zajištěna četnějším personálem se specializovaným akreditačním vzděláním. Pacient má zde ubytování, celodenní stravu, zdravotní péči a rehabilitaci. Zdravotnický personál pacientovi pomáhá při zvládnání běžných úkonů v péči o vlastní osobu a pomoc v osobní hygieně. Ústav zajišťuje praní prádla, úklid všech prostor, snaží se zprostředkovat kontakt se společenským prostředím. Dochází sem pedikérka a kadeřnice. Pacienti mají každý den nějaký program, např. aktivizační a motivační činnosti, kulturní a společenské nabídky organizované pracovníky domova, někdy jezdí i na výlety, pokud jim to zdravotní stav dovolí.

[\(http://www.domovsanov.cz/o-nas/nase-sluzby/\)](http://www.domovsanov.cz/o-nas/nase-sluzby/)

V rámci aktivizačních činností si klienti trénují paměť, společně si vyprávějí zážitky z minulosti, hrají společenské hry, provádějí umělecké a tvůrčí práce, je zde i možnost bohoslužby pro věřící.

[\(http://www.domovsanov.cz/o-nas/nase-sluzby/\)](http://www.domovsanov.cz/o-nas/nase-sluzby/)

V těchto zařízeních pacienti většinou chodí ve vlastním oblečení, návštěvy jsou tu povoleny téměř kdykoliv a oproti zařízení následné péče si může rodina pacienta vzít například na procházku. Přístup k pacientům je zde spíše rodinný a domnívám se, že pro pacienty je tato varianta mnohem příjemnější.

V domovech se zvláštním režimem pracuje převážně personál ve stejných sestavách: zdravotní sestry, pečovatelky, sociální pracovníce a další terapeutky. Výhodou je, že pacienti znají své pečovatelky a naopak personál ví, jaké zvláštnosti jsou u jednotlivých nemocných, co mají rádi, co potřebují a jaké jsou jejich zvyky. Proto jim mohou vytvořit lepší individuální podmínky pro jejich život v novém zařízení a dožít důstojně život s touto těžkou nemocí, kdy člověk postupně ztrácí své já.

## Praktická část:

### 4 Empirický výzkum

#### 4.1 Cíle a hypotézy výzkumu

V teoretické části závěrečné bakalářské práce „Úroveň péče o nemocné s demencí v různých zařízeních“ se snažím charakterizovat nemocné, kteří trpí stařeckou demencí především Alzheimerovou chorobou (dále jen ACH) a v praktické části se snažím zmapovat specializovaná zařízení, která pečují o tyto nemocné.

Cílem bakalářské práce bylo zjistit úroveň péče o tyto pacienty v soukromých a státních zařízeních. Zjistit, zda je mezi zařízeními rozdíl v personálním obsazení v aktivizačních činnostech a v přístupu k těmto lidem, kteří jsou v posledních stádiích nemoci odkázáni na péči zdravotnických a sociálních pracovníků.

##### 4.1.1 Cíle empirického výzkumu

1. Zjistit, jaké druhy sociálních zařízení ve Středočeském kraji poskytují péči nemocným se stařeckou demencí a ACH.

##### Úkoly:

- Zjistit, kolik a kde se specializovaná zařízení ve Středočeském kraji nacházejí.
- Zjistit, zda je ve sledovaných zařízeních zvlášť specializované oddělení pro pacienty s demencí a Alzheimerovou chorobou.
- Zjistit, kolik je v zařízeních umístěno pacientů a s jakou úrovní soběstačnosti, kolik je žadatelů.
- Zjistit, jaké mají zařízení personální obsazení, a který další personál během dne dochází (RHB pracovníci, ergoterapeuti atd.).

2. Zjistit rozdíl v poskytování péče u nemocných se stařeckou demencí a ACH ve státních a soukromých zařízeních.

Úkoly:

- Zjistit, kolikrát týdně provádějí pracovníci s pacienty aktivizační činnosti a jaká.
- Zjistit, kolik pacientů se v konkrétních zařízeních účastní aktivizačních činností.
- Zjistit, jaká atmosféra a styl péče převládají v jednotlivých zařízeních.

#### **4.1.2 Hypotézy**

Hypotéza číslo 1

Domnívám se, že ve Středočeském kraji je péče pro seniory s demencí poskytována převážně v zařízeních, kterých je nedostatek a zařízení která se na demenci typu Alzheimerovy choroby specializují, jsou k tomu personálně připravena.

Hypotéza číslo 2

Předpokládám, že soukromá zařízení poskytující péči pro nemocné s ACH, mají větší nabídku aktivizačních činností pro své pacienty než státní zařízení a že soukromá zařízení aktivizují své pacienty častěji než státní zařízení.

#### **4.2 Metody výzkumu**

K zjištění stanovených cílů a hypotéz jsem zvolila metodu kvantitativního průzkumu. Z výzkumných technik, jsem použila nestandardizovaný rozhovor a přímé pozorování ve vybraných zařízeních ve Středočeském kraji.

Rozhovor jsem vedla ve vybraných zařízeních s pracovníky, kteří se přímo podílí na péči o pacienty s ACH. Metodu rozhovoru jsem doplnila pozorováním práce personálu s pacienty a zapojení pacientů do různých činností.

Výzkumná část mi trvala delší dobu, než jsem očekávala. Stáže v zařízeních jsem si domlouvala vždy telefonicky. Seznam zařízení ve Středočeském kraji jsem si našla na stránkách [www.gerontologie.cz](http://www.gerontologie.cz). Na území Středočeského kraje se nachází v současnosti 15 specializovaných zařízení viz. příloha C. Na těchto stránkách bylo jen u některých zařízení zmíněno, zda se jedná o státní či soukromé zařízení. Do svého výzkumu jsem chtěla zařadit 3 soukromé a 3 státní zařízení ze Středočeského kraje. Při zjišťování počtu soukromých a státních zařízení nastal problém. Zjistila jsem, že je 11 státních zařízení a 4 soukromá zařízení a tak jsem neměla možnost většího výběru v soukromých zařízeních. Telefonicky jsem kontaktovala 10 zařízení. Nakonec se mi podařilo domluvit stáže v šesti specializovaných zařízeních (3 státní a 3 soukromé), což bylo také mým cílem viz. mapka Středočeského kraje na str. 42.

#### **4.2.1 Rozhovor s personálem**

Rozhovor jsem prováděla s pracovníky, kteří docházejí denně do zařízení a tak mají větší přehled o dění v zařízení. Většinou se jednalo o aktivizační pracovníce, či vedoucí sestry. Rozhovor probíhal v jednotlivých zařízeních během dopolední stáže a trval zhruba 30 - 45 minut. Celkem jsem kladla 17 otázek, z toho 4 uzavřené a 13 otevřených. Otázky se týkaly počtu klientů, průměrného věku, počtu žadatelů, personální obsazení, aktivizačního cvičení atd. viz příloha A.

#### **4.2.2 Pozorování personálu a klientů**

Pozorovala jsem pacienty účastnící se různých činností, chování personálu k pacientům, jejich vstřícnost, zda vytvářejí v zařízeních rodinnou atmosféru, jakými metodami rozvíjely pacientům aktivitu při činnostech a úspěšnost rozvoje či zapojení se pacienta k aktivitám. Kromě personálu jsem pozorovala i velikost zařízení, jeho útulnost, barevnost, emocionální působení, uspořádání pokojů, výzdobu chodeb, doplňky, zabezpečení proti ztrátě pacienta, místnosti, které používali k různým činnostem a jejich materiální vybavenost viz. příloha B.

#### **4.3 Zpracování získaných dat z rozhovoru s personálem a pozorováním klientů při činnostech při dopoledních stážích ve sledovaných zařízeních**

Po ukončení sběru dat a jejich písemném zpracování a uložení do počítače jsem provedla jejich vyhodnocení. Data jsem zpracovala pomocí Microsoft Office Word 2007 a Microsoft Office Excel 2007.

#### **4.4 Charakteristika výzkumného vzorku**

Pro zjištění cílů mé bakalářské práce jsem provedla šetření v šesti zařízeních Středočeského kraje, která pečují o nemocné se stařeckou demencí a ACH. Z toho 3 soukromé a 3 státní. Zařízení jsem ve své práci označila z důvodu anonymity čísly 1 - 6. Státní zařízení mají k číslu přiřazenou zkratku ST a soukromé SO. K těmto zkratkám jsem ještě přiřadila zkratky světových stran.



Rozhovor i pozorování jsem v každém zařízení prováděla sama. V každém zařízení mi poskytli rozhovor 1 - 2 zaměstnanci. Celkem jsem pozorovala 9 zaměstnanců v zařízeních. Zaměstnanci o mém pozorování věděli.

### **Vzorek číslo 1 ST (S)**

Státní sociální zařízení v nové 4 patrové budově téměř u silnice, bez zahrady. V okolí je pouze malý altánek. Budova slouží jako domov pro seniory (dále jen DS). Specializované oddělení pro pacienty s demencí a ACH se nachází ve 4. patře této budovy. Je zde umístěno celkem 46 pacientů, z toho 9 ležících. Pokoje jsou 1 - 3 lůžkové. Každý den se o pacienty stará celkem 10 pracovníků (1 zdravotní sestra, 3 pečovatelky, 5 ergoterapeutek, 1 rehabilitační pracovnice, 2x týdně sem dochází 2 masérky). Oddělení je příjemně barevně sladěno. Každý pokoj má jinou barvu dveří, aby si pacienti časem zvykli na barvu svého pokoje a snadněji ho našli. Celkově to tu na mě působilo příjemně.

### **Vzorek číslo 2 ST (Z)**

Státní sociální zařízení v nově zrekonstruované 2 patrové historické budově, která dříve působila jako „chorobinec“. Nachází u silnice a z druhé strany je obklopena krásnou velkou zahradou. Budova slouží jako DS a samostatné specializované oddělení je zde v 1. patře. Oddělení je malé, pro 15 pacientů z toho 6 ležících pacientů, o které se denně stará 7 pracovníků (1 zdravotní sestra, 5 pečovatelek, 1 rehabilitační pracovnice) Aktivizační činnosti zde provádějí všechny pečovatelky pod vedením zdravotní sestry. Pokoje jsou zde 1–4 lůžkové, nejvíce je pokojů tří lůžkových. Oddělení je svojí velikostí přiměřené, příjemně vyzdobené výrobky pacientů a hlavně zde byl velice příjemný personál. Toto zařízení, ze všech mnou navštívených zařízení, na mě zapůsobilo asi nejpozitivněji kvůli rodinné atmosféře, kterou tu pracovníci vytvářejí.

### **Vzorek číslo 3 ST (SV)**

Státní sociální zařízení ve starší nově zrekonstruované budově postavené do půl kruhu, která stojí v klidné parkové části města. Budova je bez vlastní zahrady. Tento DS má 2 patra. Nebylo zde však možné vyhradit celé patro, proto je vymezena pouze část 2. patra, která dostala název „vesnička“. Oddělení je malé, je zde pouze 8 pacientů, z toho 2 ležící pacienti, o ně se stará 8 pracovníků (1 zdravotní sestra, 5 pečovatelek,

1 ergoterapeutka, která se střídá s dalšími třemi, 1 rehabilitační pracovnice). Zařízení má pouze 2lůžkové pokoje. Na tomto malém oddělení byla příjemná rodinná atmosféra. Velkou výhodou je, že zaměstnanci své pacienty z důvodu malého počtu velice dobře znali. Zde jsem také měla největší pocit, že zaměstnanci své pacienty chtějí chránit před cizími lidmi, kterých se pacienti bojí. Plnila jsem zde pouze roli pozorovatele aktivit.

#### **Vzorek číslo 4 SO (J)**

Soukromé sociální zařízení užívá dvě starší budovy, budovu A, která je 3 patrová, má 13 pokojů 1 - 3lůžkové. Budova B je 2patrová s 11 pokoji, také 1 - 3lůžkové. Celé zařízení je určeno pouze pro pacienty trpící stařeckou demencí a ACH. Obě budovy stojí blízko řeky. Součástí zařízení je parčík a letní posezení pro klienty. V tomto zařízení jsou dva hostinské pokoje, které mohou využít návštěvy pacientů při delší návštěvě. Zařízení vnitřních prostorů je velice nadstandardní. Je tu umístěno celkem 46 pacientů z toho 13 zcela závislých na péči personálu a 7 pracovníků v přímé péči přes den (1 zdravotní sestra, 4 pečovatelky, 1 ergoterapeutka, 1 rehabilitační pracovnice). Celkově to tu na mě nepůsobilo příliš dobře, zařízení je velké a neosobní. Personál se zaměřoval spíše na sledování a dodržování aktivizačního režimu.

#### **Vzorek číslo 5 SO (Z)**

Soukromé sociální zařízení ve starší 2 patrové budově ležící u silnice, určené pouze pro nemocné, kteří trpí stařeckou demencí a ACH. Zařízení nemá vlastní zahradu. V budově jsou 2 oddělení příjemně zařízená, na 1. patře je umístěno 28 částečně soběstačných pacientů a na 2. patře 24 ležících pacientů. O tyto pacienty se stará pouze 7 zaměstnanců (1 zdravotní sestra, 3 pečovatelky, 2 ergoterapeutky, 1 rehabilitační pracovnice), kteří si podle potřeby mezi patry vzájemně vypomáhají. Zde jsem se necítila moc dobře, působilo to tu na mě dost smutně, hlavně společenská místnost pro aktivizační cvičení byla tmavá a strohá. Také personál byl v malém počtu, což se projevovalo na přístupu k pacientům. Nelze zde vytvořit intimnější domácí prostředí s individuálním přístupem k pacientovi.

#### **Vzorek číslo 6 SO (V)**

Soukromé sociální zařízení v historické nově zrekonstruované 2 patrové budově, dříve sloužící jako měšťanská škola, je určeno pouze pro nemocné trpící stařeckou demencí

a ACH. Zařízení má svou zahradu, je příjemně zařízené, barevné. Jsou zde 2 - 3lůžkové pokoje. Zařízení poskytuje péči pro 58 pacientů, z toho 5 zcela závislých na péči personálu. O všechny se stará 9 pracovníků (1 zdravotní sestra, 3 pečovatelky, 4 ergoterapeutky, 1 rehabilitační pracovníce). Personál byl milý, prostředí na mě působilo příjemně, ale bohužel je tu velký počet pacientů na malý počet personálu.

#### Mapa se specializovanými zařízeními ve Středočeském kraji



Vysvětlivky: červená - 3 sledovaná státní zařízení, zelená – 3 sledovaná soukromá zařízení, modrá – odmítnuta, fialová – ostatní nekontaktovaná zařízení.

**Tabulka č. 1 Počet specializovaných ze zkoumaných zařízení pro pacienty s demencí**

Zařízení	Samostatné specializované zařízení	Oddělení je součástí domova pro seniory
Státní 1 - 3	0	3
Soukromá 4 - 6	3	0
<b>Σ</b>	<b>3</b>	<b>3</b>

Vysvětlivky: státní 1-3 – jsou 3 sledovaná státní zařízení, 4-6 – jsou sledovaná soukromá zařízení.

**Tabulka č. 2 Počet pacientů a pracovníků v přímé péči ve státních zařízeních přes den**

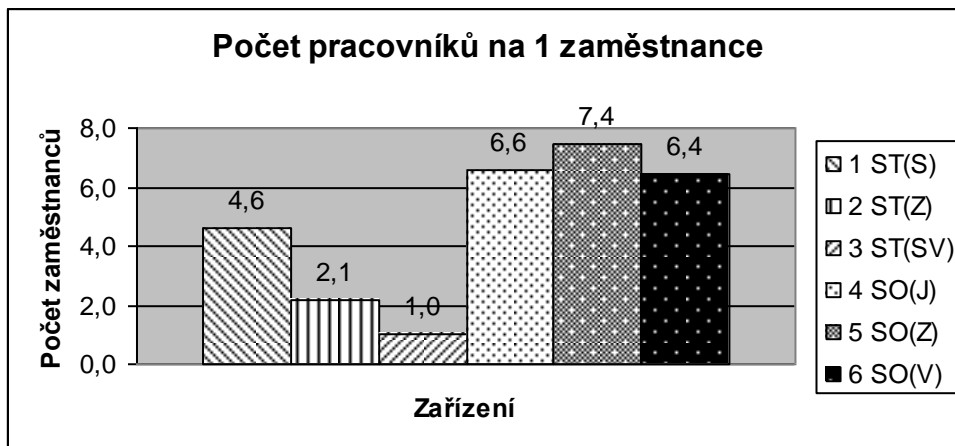
Zařízení	Pacienti	Pracovníci v přímé péči	Počet pacientů na 1 pracovníka
1 ST(S)	46	10	4,6
2 ST(Z)	15	7	2,1
3 ST(SV)	8	8	1,0
<b>Σ</b>	<b>69</b>	<b>25</b>	<b>2,8</b>

**Tabulka č. 3 Počet pacientů a pracovníků v přímé péči v soukromých zařízeních přes den**

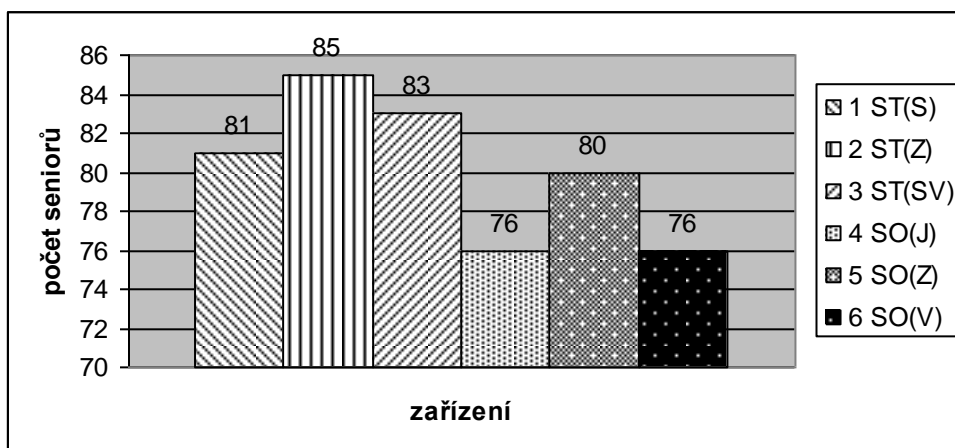
Zařízení	Pacienti	Pracovníci v přímé péči	Počet pacientů na 1 pracovníka
4 SO(J)	46	7	6,6
5 SO(Z)	52	7	7,4
6 SO(V)	58	9	6,4
<b>Σ</b>	<b>156</b>	<b>23</b>	<b>6,8</b>

Vysvětlivky: 1 – 6 číslo zkoumaného vzorku, ST - státní, (S) – sever; státní, (Z) – západ; (SV) – severovýchod, SO-soukromé, (J) – jih; (V) – východ.

Graf č. 1 Počet pacientů na 1 pracovníka ve státních a soukromých zařízeních



Graf č. 2 Průměrný věk pacientů



Průměrný věk pacientů ve státních zařízeních je 83 let, v soukromých 77,3, celkový průměrný věk ve všech sledovaných zařízeních - 80,2.

## 5 Výsledky výzkumu a jejich interpretace

### 5.1 Získané výsledky k hypotéze č. 1

#### Hypotéza č. 1

Domnívám se, že ve Středočeském kraji je péče pro seniory s demencí poskytována převážně v zařízeních, kterých je nedostatek a zařízení která se na demenci typu Alzheimerovy choroby specializují, jsou k tomu personálně připravena.

*Tabulka č. 4 Počet částečně soběstačných a zcela závislých pacientů ve všech zařízeních*

Zařízení	Částečně soběstační	%	Zcela závislí pacienti	%	Celkem pacientů	%
1 ST(S)	37	22%	9	15%	46	20%
2 ST(Z)	9	5%	6	10%	15	7%
3 ST(SV)	6	4%	2	3%	8	4%
Σ ST	52	31%	17	29%	69	31%
4 SO(S)	33	20%	13	22%	46	20%
5 SO(Z)	28	17%	24	41%	52	23%
6 SO(V)	53	32%	5	8%	58	26%
Σ SO	114	69%	42	71%	156	69%
<b>Celkem</b>	<b>166</b>	<b>74%</b>	<b>59</b>	<b>26%</b>	<b>225</b>	<b>100%</b>

Vysvětlivky – 1 – 6 číslo zkoumaného vzorku, ST- státní, (S) – sever; státní, (Z) – západ; (SV) – severovýchod, SO-soukromé, (J) – jih; (V) – východ.

**Tabulka č. 5 Celkový počet soběstačných a závislých pacientů ve všech zařízeních**

Zařízení	Částečně soběstační	%	Zcela závislí pacienti	%	Celkem pacientů	%
ST 1 - 3	52	75%	17	25%	69	100%
SO 4 - 6	114	73%	42	27%	156	100%
Ó	166	-	59	-	225	100%

**Tabulka č. 6 Počet obyvatel v zařízeních a žadatelů**

Zařízení	Obyvatel	Žadatelů
1 ST(S)	46	260
2 ST(Z)	15	130
3 ST(SV)	8	150
Σ ST	69	540
4 SO(S)	46	4
5 SO(Z)	52	26
6 SO(V)	58	5
Σ SO	156	35
<b>Celkem</b>	<b>225</b>	<b>575</b>

Vysvětlivky – 1 – 6 číslo zkoumaného vzorku, ST- státní, (S) – sever; státní, (Z) – západ; (SV) – severovýchod, SO-soukromé, (J) – jih; (V) – východ.

**Tabulka č. 7 Pracovníci v zařízeních během mé stáže**

Zařízení	Zdravotní sestry	Ergoterapie	Pečovatelky	RHB pracovníci	Celkem
1 ST(S)	1	3	5	1	10
2 ST(Z)	1	0	5	1	7
3 ST(SV)	1	1	5	1	8
Σ ST	3	4	15	3	25
4 SO(S)	1	1	4	1	7
5 SO(Z)	1	2	3	1	7
6 SO(V)	1	4	3	1	9
Σ SO	3	7	10	3	23
<b>Celkem</b>	<b>6</b>	<b>11</b>	<b>25</b>	<b>6</b>	<b>48</b>

Vysvětlivky – 1 – 6 číslo zkoumaného vzorku, ST- státní, (S) – sever; státní, (Z) – západ; (SV) – severovýchod, SO-soukromé, (J) – jih; (V) – východ.

### **Shrnutí a zhodnocení výsledků k hypotéze č. 1**

Domnívám se, že ve Středočeském kraji je péče pro seniory s demencí poskytována převážně v zařízeních, kterých je nedostatek a zařízení která se na demenci typu Alzheimerovy choroby specializují, jsou k tomu personálně připravena.

**Úkol:** Zjistit, kolik a kde se specializovaná zařízení ve Středočeském kraji nacházejí.

Ve Středočeském kraji se nachází celkem 15 zařízení, které se specializují na péči o pacienty se stařeckou demencí a ACH viz mapka Středočeského kraje na str. 42 a seznam všech specializovaných zařízení pro dementní pacienty ve Středočeském kraji viz. příloha C. Na mapě jsem znázornila místa všech 16 zařízení, červeně jsem označila 3 navštívená státní zařízení, zeleně 3 navštívená soukromá zařízení, modře jsou označená místa, kde mě odmítli, a fialová barva znázorňuje ostatní nekontaktovaná zařízení.



**Úkol:** Zjistit, zda je ve sledovaných zařízeních zvláště specializované oddělení pro pacienty s demencí a Alzheimerovou chorobou.

Ve sledovaných 6 zařízeních byla 3 zařízení součástí domova pro seniory a 3 zařízení byla celá specializovaná na pacienty s ACH, viz. tab. 1. Ve zkoumaném vzorku 3ST(SV) sloužící jako DS nebylo možné vyhradit jedno celé patro, proto byla ohraničená jeho část a uzamčena, aby nedošlo ke ztrátě pacientů. Tato ohraničená část v zařízení dostala název „vesnička“.

**Úkol:** Zjistit, kolik je v zařízeních umístěno pacientů a s jakou úrovní soběstačnosti, kolik je žadatelů.

Zjistila jsem, že v soukromých zařízeních je umístěno více pacientů než ve státních. Ve 3 státních zařízeních, která jsem sledovala, nachází v současnosti 69 pacientů a ve 3 soukromých 156 pacientů, viz. tab. 2 a 3. Sledovaných 6 zařízení poskytuje svou péči celkem 225 pacientům, z toho je 26 % ležících pacientů, viz tab. 4. Soukromá zařízení mají v péči více než dvojnásobek pacientů, než zařízení státní. Dle mého zjištění se průměrný věk pacientů pohybuje od 76 let do 83 let, celkově tedy 80,2 let viz. graf 2. Úroveň soběstačnosti v zařízeních udává tabulka č. 4. Ve všech zařízeních byli umístěni pacienti se 3. - 4. stupněm demence. Tabulka udává počet částečně soběstačných pacientů, kterých je ve zkoumaných zařízeních ve Středočeském kraji celkem 74%, a zcela závislých pacientů je 26%. K porovnání jsem vytvořila tabulku č. 5, která udává počet soběstačných a zcela závislých pacientů na celkové počty ve státních a soukromých zařízeních. Z tabulky vyplývá, že z celkových počtů pacientů mají soukromá i státní zařízení téměř stejná procenta zcela závislých pacientů (státní zařízení 75% částečně soběstační pacienti, 25% zcela závislí pacienti, soukromá zařízení 73% částečně soběstační pacienti, 27% zcela závislí pacienti). Specializovaných zařízení je nedostatek, neboť každé zařízení má vysoký počet žadatelů viz. tab. 6. V zařízeních, která jsem sledovala, je umístěno celkem 225 klientů a všechna zkoumaná zařízení mají celkem 575 žadatelů, což je zhruba 2,5-krát více než umístěných klientů. Zjistila jsem, že žadatelů do státních zařízení je 15,5-krát více než do soukromých.

**Úkol:** Zjistit jaké mají zařízení personální obsazení, který personál během dne dochází (RHB pracovníci, psychoterapeuti atd.).

Počet personálu jsem uvedla v tabulce č. 2 a tab. 3, ve které je uveden celkový počet zaměstnanců, kteří pečují o nemocné přes den. Graf č. 1 udává, jaký je průměrný počet klientů na 1 pracovníka ve státních a soukromých zařízeních. Z výzkumu vyšlo, že sledovaná soukromá zařízení ve Středočeském kraji mají v průměru větší počet pacientů na 1 pracovníka tj. 6,8 pacientů než státní sledovaná zařízení, kde na 1 pracovníka připadne 2,8 pacientů viz. tab. 2 a 3. Tabulka č. 7 zahrnuje jednotlivé pracovníky v dopolední směně, kde převládají ve všech zařízeních pečovatelky a ergoterapeuti. Ve sledovaném zařízení mnou označené 2 ST(SV) dochází jednou za čtrnáct dní externí pracovnice, která provádí pro pacienty cestopisné přednášky. Pacienti mají v každém zařízení svého „klíčového pracovníka“, který pro ně připravuje individuální plány a pomáhá jim saturovat potřeby tj. jejich přání či cíle.

**Hypotéza č.1 byla potvrzena.**

## **5.2 Získané výsledky k hypotéze č. 2**

### **Hypotéza č. 2**

Předpokládám, že soukromá zařízení poskytující péči pro nemocné s ACH mají větší nabídku aktivizačních činností pro své pacienty než státní zařízení a že soukromá zařízení aktivizují své pacienty častěji než státní zařízení.

*Tabulka č. 8 Frekvence aktivizačních činností prováděných ve sledovaných zařízeních*

Zařízení	1 x za den	2 x za den
ST 1-3	3	0
SO 4-6	1	2
$\Sigma$	<b>4</b>	<b>2</b>

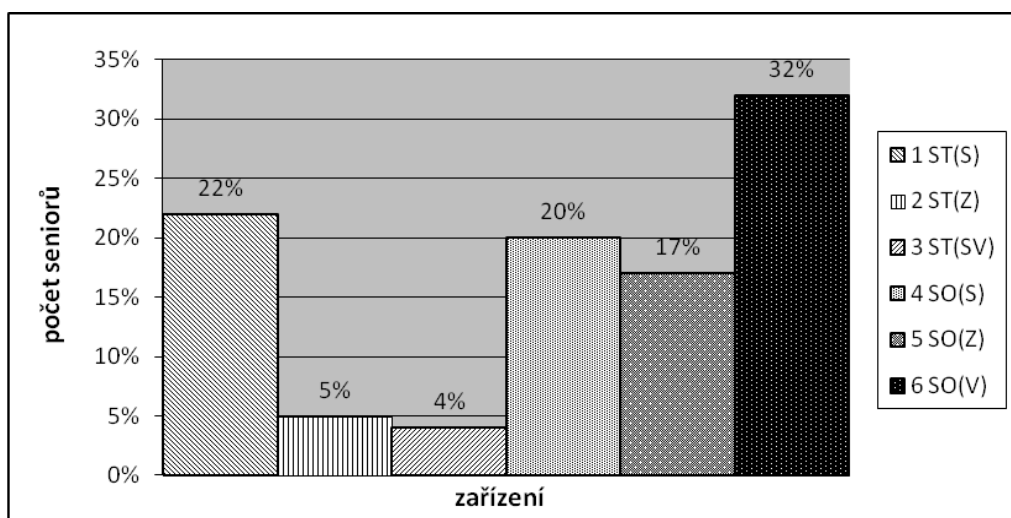
Vysvětlivky: ST- státní, SO – soukromé, 1 – 3 a 4 - 6 číslo zkoumaného vzorku.

*Tabulka č. 9 Druhy aktivizačních činností prováděných ve sledovaných zařízeních u částečně soběstačných pacientů*

Činnost	1 ST(S)		2 ST(Z)		3 ST(SV)		4 SO(J)		5 SO(Z)		6 SO(V)	
Ruční práce	+		+		+		+		+		+	
Výlety	+			-		-	+			-	+	
Hudba, koncerty, zpěv	+		+		+		+		+		+	
Promítání filmů	+		+		+		+		+		+	
Přednášky	+		+		+		+		+		+	
Fyzické cvičení	+			-		-	+		+		+	
Počítání	+		+		+		+		+		+	
Malování	+		+		+		+		+		+	
Společenské hry	+		+		+		+		+		+	
Poznávací cvičení	+		+		+		+		+		+	
Procházky	+		+		+		+		+		+	
Tanec	+		+		+		+		+		+	
Reminiscence	+		+		+		+		+		+	
<b>Celkem</b>	<b>13+/0-</b>		<b>11+/2-</b>		<b>11+/2-</b>		<b>13+/0-</b>		<b>12+/1-</b>		<b>13+/0-</b>	
<b>Celkem ST, SO</b>	<b>35+/4-</b>						<b>38+/1-</b>					

Vysvětlivky: 1- 6 pořadí zkoumaného vzorku, ST- státní, (S) – označení světové strany, + ANO provádí se, - NE neprovádí se.

**Graf č.3 Počet seniorů, kteří se účastní aktivizačních činností ve sledovaných zařízeních v %**



**Tabulka č. 10 Subjektivní hodnocení studentky – atmosféry, vybavenosti a stylu péče ve sledovaných zařízeních**

Zařízení	Budova a okolí	Vzhled a vybavenost v zařízeních	Chování personálu a rodinná atmosféra	Celkové hodnocení
1 ST(S)	2	1	1	1,3
2 ST(Z)	1	1	1	1,0
3 ST(SV)	1	2	1	1,3
$\Sigma$ ST	1,3	1,3	1,0	1,2
4 SO(S)	1	2	2	1,7
5 SO(Z)	2	2	2	2,0
6 SO(V)	1	1	2	1,3
$\Sigma$ SO	1,3	1,5	1,4	1,4
<b>Celkem</b>	<b>1,3</b>	<b>1,4</b>	<b>1,2</b>	<b>1,3</b>

Vysvětlivky: 1- číslo zkoumaného vzorku, ST- státní, SO- soukromé, známkování : 1 – výborný, 2 - velmi dobrý, 3 – dobrý.

## **Shrnutí a zhodnocení výsledků k hypotéze č. 2**

Cílem hypotézy č. 2 bylo zjistit, které aktivizační činnosti používají mnou zkoumaná zařízení pro seniory s demencí a kolik seniorů se aktivizačních činností účastní.

**Úkol:** Zjistit, kolikrát týdně provádějí pracovníci s pacienty aktivizační činnosti a jaké. V zařízeních se dle mého výzkumu aktivizují pacienti každý den. V soukromých zařízeních se aktivizují pacienti ve dvou sledovaných zařízeních 2krát denně, a v jednom 1krát denně, kdežto ve všech státních sledovaných zařízeních se aktivizují 1krát denně, jak vyplývá z tabulky č. 8. Dvě, ze tří zkoumaných soukromých zařízení využívají aktivizačních činností pravidelně dvakrát za den. Ve státních zařízeních aktivizují své pacienty jednou za den, většinou dopoledne. Všechna zařízení používají jak individuální, tak skupinové aktivizace.

V zařízeních jsem se zaměřila celkem na třináct aktivizací a porovnávala jsem, zda je zařízení využívají či nikoliv. Jednalo se o činnosti: ruční práce (vyšívání, navlékání korálků, sestavování puzzle, atd.), výlety, hudební vystoupení (koncerty, zpěv), promítání filmů, přednášky, fyzické cvičení (cvičení v tělocvičně, míčové hry), počítání (základy českého jazyka, přírodopis), malování, společenské hry (karty, Pexeso, Člověče nezlob se), poznávací cvičení (poznávání předmětů, obrázků atd.), procházky, tanec, reminiscence. V tabulce č. 8 je popsána každá ze zmíněných aktivizací a u každé je popsáno, zda jí každé zařízení využívá či ne. Státní i soukromé zařízení se většinou snaží využívat všechny sledované možnosti. Rozdíly jsou spíše ve fyzických cvičeních. Ve státních zařízeních je provádějí méně, z důvodu menšího počtu ergoterapeutek. Snažila jsem se zjistit, proč se nepořádají výlety pro pacienty v těchto zařízeních. Zjistila jsem, že pacienti jsou ve věku, kdy jim dělá potíže jít na krátkou procházku a delší vzdálenosti, by už neušli.

**Úkol:** Zjistit, kolik pacientů se v konkrétních zařízeních účastní aktivizačních činností. V grafu č. 3 je znázorněn počet pacientů účastnících se aktivizačních činností v %. Dá se říci, že se zúčastnili všichni částečně soběstační. Aktivizace se také často přizpůsobuje

pacientům, na které působí například počasí, či jsou po probdžené noci unavení nebo se jim nechce, protože nemají náladu se v ten den či hodinu aktivizovat. Aktivizace trvá většinou 30 minut, někdy i déle, podle druhu. Téměř v každém zařízení mají ergoterapeutky, které se činnostem věnují za pomoci ostatního personálu.

**Úkol:** Zjistit, jaká atmosféra a styl péče převládají v jednotlivých zařízeních.

Metodou porovnání jsem vytvořila tabulku č. 10, kde jsem sama známkovala od 1 - 3 (od výborné, velmi dobře a dobře) sledovaná zařízení v oblastech jak na mě působila budova a okolí, dále vnitřní zařízení, vybavenost a atmosféra. Poté jsem udělala ze známek průměr. Z tabulky je poznat, že státní zařízení byla z mého pohledu příjemnější, ať už se to týká budov a okolí, zařízení, či personálu. Nejvíce se mi líbilo ve sledovaném státním zařízení mnou označené 2ST(Z), toto zařízení jsem oznámkovala na 1 ze všech sledovaných zařízení. Sice zde neměli ergoterapeutky viz. tab. 7, ale personál byl velice milý, své pacienty dobře znal a nejvíce jsem zde cítila rodinnou atmosféru. Na Vánoce pekli například cukroví, podle toho, jaké kdo měl rád. Vybavení, zařízení i okolí splňovaly mou představu o tom, jak by mělo zařízení pro pacienty s demencí vypadat.

**Hypotéza č. 2 byla částečně potvrzena.**

## 6 Diskuze

Původním cílem mé závěrečné práce „Úroveň péče o nemocné s demencí v různých zařízeních“ bylo zjistit celkovou úroveň péče o nemocné s demencí, ale po domluvě s PhDr. Chloubovou jsem se zaměřila více na přístup personálu k pacientům v zařízeních a zmapování vybraných zařízení, neboť by práce přesahovala rámec bakalářské práce. Mým cílem bylo zjistit, co vše speciální zařízení svým dementním pacientům nabízejí. Zda se těmto bezmocným pacientům personál snaží zpříjemnit pobyt a závěr života a jakými způsoby saturují seniorům domácí prostředí a zachovává důstojnost svých nemocných pacientů.

Práce s dementními pacienty je velmi náročná, vyžaduje mnoho trpělivosti a porozumění. Personál, který jsem pozorovala při svých stážích, byl milý a bylo vidět, že svou práci dělá opravdu s láskou a má můj velký obdiv. Pacientům mnohdy nahrazují rodinu, která jak jsem zjistila, své příbuzné moc často nenavštěvuje. Rodinný příslušníci o stařecké demenci a ACH příliš nevědí a ve většině případů reagují únikem a své příbuzné málo navštěvují. Zdá se jim, že když si s nimi jejich „dědeček“ či „babička“ nepovídá a nerozumí jim, že vlastně neví, že je rodina navštívila. Bohužel si ale neuvědomují, že i lidé se stařeckou demencí a ACH potřebují mnoho podnětů, jednak taktilní, ale i verbální a neverbální komunikaci. Například oční kontakt, úsměv a pohazení po ruce pro dementního nemocného znamená mnoho. A že někde v podvědomí zná hlas, který ještě před pár lety slýchal a melodii hlasu má stále podvědomí.

### 6.1 Diskuze k výsledkům

První hypotéza zněla: **Domnívám se, že ve Středočeském kraji je péče pro seniory s demencí poskytována převážně v zařízeních, kterých je nedostatek a zařízení, která se na demenci typu Alzheimerovy choroby specializují, jsou k tomu personálně připravena.**



Domnívám, se že ve Středočeském kraji je potřeba vytvořit větší počet specializovaných zařízení, protože je 2,5 krát vyšší počet žadatelů než pacientů, kteří jsou umístěni, ve specializovaných zařízeních viz tab. 6. Z hypotézy 1 vyplynulo, že je ve specializovaných zařízeních, které jsem sledovala z celkového počtu umístěných pacientů v soukromých zařízeních 69%, a ve státních zařízeních 31% viz tab. 5. V soukromých zařízeních je tedy více pacientů a to proto, že soukromá zařízení jsou pouze specializovaná, nikoli součástí zařízení DS a jsou schopná umístit více pacientů. Oproti tomu státní specializovaná zařízení jsou finančně dostupnější a tak mají i 15,5 krát více žadatelů než specializovaná soukromá zařízení viz tab. 5. Osobně jsem se lépe cítila v menších zařízeních, což splňovala státní zařízení. Velká soukromá specializovaná zařízení mi připomínala spíše nemocnici a postrádala jsem tam útulnost a rodinnou atmosféru. Více se mi líbilo, když byla specializovaná oddělení součástí DS. Myslím si, že u pacienta, který zatím nemá stařeckou demenci a je umístěn v DS se časem může rozvinout stařecká demence a ACH a pak je pro něj lepší, když nemění radikálně své prostředí a jen se přesune na specializované oddělení. Domnívám se, že tento postup je snadnější i pro personál a rodinu, protože personál pacienta zná a rodina má svého příbuzného ve stejném zařízení.

Péče ve státních zařízeních, zde na 1 pracovníka připadne v průměru 2,8 pacientů a v soukromých 6,8. Ve sledovaném státním zařízení mnou označeném 3ST(SV) vychází dokonce 1 pracovník na 1 pacienta. Soukromá zařízení jsou na tom hůře, protože je zde umístěno o 38% více pacientů viz tab. 5. Bylo zajímavé zjištění, že přestože soukromá zařízení mají méně personálu, aktivizují své pacienty častěji tj. ve 2 sledovaných zařízeních 2krát denně a v 1 zařízení jednou denně viz tab. 8., protože mají dvakrát tolik ergoterapeutek než zařízení soukromá viz tab. 6.

**Druhá hypotéza zněla: Předpokládám, že soukromé zařízení poskytující péči pro nemocné s demencí mají větší nabídku aktivizačních činností pro své pacienty než státní zařízení a že soukromé zařízení aktivizují své pacienty častěji než státní zařízení.**

U sledovaných specializovaných zařízení ve Středočeském kraji jsou nabídky aktivizačních činností téměř shodné. U státních zařízení se liší pouze činnosti, jako jsou například výlety a fyzické cvičení, které se nepořádají z důvodu vyššího věku pacientů a fyzické cvičení jako je například tanec. Sledovaná státní zařízení mají menší počet ergoterapeutek a tak si myslím, že tyto činnosti neprovádějí, i proto, že pacienti jsou ve vyšším věku a jsou více ohroženi rizikem pádu.

U hypotézy č. 2 mě zaujalo, jaký má personál přístup k pacientům. Všechna zařízení se opravdu snaží poskytnout svým pacientům co nejvíce možností v aktivitách. Předpokládala jsem, že státní zařízení jsou méně financována než soukromá zařízení a nejsou schopna poskytnout stejnou nabídku a možnosti péče jako soukromá zařízení. Z výzkumu je ale patrné, že tomu tak není. Během mých stáží jsem pozorovala styl péče v jednotlivých zařízeních. Soukromá zařízení se zaměřovala spíše na režimovou stránku péče, jako například dodržování aktivizace, saturace somatických potřeb atd. Proto se zde pacienti aktivizují 2 krát denně. Kdežto soukromá zařízení uzpůsobovala denní režim více podle pacienta. Nenutila ho, když se například nechtěl aktivizovat. Tento styl péče se mi líbil víc, protože si myslím, že dává pacientovi možnost, uchovat si vlastní já.

V dalších příštích výzkumech bych doporučovala sledovat již více kvalitu péče o tyto pacienty s demencí. Dále zjistit vzdělání, přístup personálu a zvláštnosti v péči o nemocné s demencí a Alzheimerovou chorobou. Se stoupajícím věkem společnosti se zvyšuje počet nemocných lidí s demencí a Alzheimerovou chorobou. V současné době je v ČR asi 120 000 nemocných s Alzheimerovou chorobou.

(Regnault, M., 2011)

## 7 Navrhovaná opatření pro praxi

- Vytvořit větší počet zařízení specializovaných na demenci a Alzheimerovou chorobu ve Středočeském kraji ze současných 15 zařízení na 25 – 25 zařízení, protože je 2,5krát více žadatelů než umístěných pacientů.
- Navrhují vytvoření menších oddělení, a aby byla součástí domovů pro seniory, s menším počtem pacientů cca. do 20 pacientů a s počtem personálu takovým, aby na každého zaměstnance připadlo v průměru 3 - 5 pacientů.
- Zařízení by měla být přijatelně finančně dostupná pro pacienta k pobytu v zařízení.
- Vzdělávat personál v zařízeních na téma demence i prevence vyhoření.
- Zlepšit podmínky a lépe ohodnotit velmi těžkou a namáhavou práci s těmito pacienty.
- Provádět pravidelné audity a supervize ke zlepšení péče a přesnější dokumentace.

## 8 Závěr

V závěrečné bakalářské práci „Úroveň péče o nemocné s demencí v různých zařízeních“ jsem se zabývala hlavně přístupem personálu k pacientům, kteří jsou v zařízeních odkázáni zcela na jejich péči. Zajímalo mě, zda personál kromě somatických potřeb saturuje i ostatní potřeby a co vše dělá proto, aby pacienta vedl k soběstačnosti, udržel jeho důstojnost a respektoval jeho vlastní já.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části. Část teoretickou a empirickou. V teoretické části jsem se snažila nastínit problém Alzheimerovy choroby, stařecké demence, vaskulární demence a dalších. Popsala jsem vývoj choroby, druhy, stádia, péči o tyto nemocné v domácnosti a ve specializovaných zařízeních pečující o pacienty s demencí. Snažila jsem se postihnout změny, potřebu a jejich saturaci ve specializovaných zařízeních, protože v těžkých stádiích jsou tito pacienti po stránce svých kognitivních a dalších funkcích bezmocní a zcela závislí na péči personálu.

V empirické části jsem se snažila zmapovat zařízení pro pacienty s demencí a Alzheimerovou chorobou ve Středočeském kraji a zjistila jsem, že v současné době je 16 těchto specializovaných zařízení a pro velkou poptávku žadatelů nestačí (15x vyšší počet žadatelů než hospitalizovaných pacientů ve státních zařízeních). Zjistila jsem, že ve sledovaných 6 zařízeních byla péče o pacienty na dobré úrovni, všude se jim maximálně věnovali a aktivizovali je různými vhodnými metodami. Ve státních zařízeních byla specializovaná oddělení pro pacienty s demencí a Alzheimerovou chorobou součástí Domova pro seniory a byl zde menší počet pacientů na 1 pracovníka.

Stanovené cíle a hypotézy výzkumu se převážně potvrdily, proto můžu považovat průzkum za úspěšný.

## 9 Seznam použitých zdrojů

- 1 AMBLER, Z. *Neurologické poruchy ve vyšším věku*. Praha: Triton, 2000. ISBN 80-7254-116-1
- 2 BUIJSSEN, H. *Demence*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-081
- 3 HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-569-1
- 4 HRDLIČKA, M., HRDLIČKOVÁ, D. *Demence a poruchy paměti*. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-797-4
- 5 JEDLIČKA, V. *Praktická gerontologie*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1991. ISBN 80-7013-109-8
- 6 JIRÁK, R. *Demence*. Praha: Maxdorf, 1999. ISBN 80-7262-268-4
- 7 JIRÁK, R. *Demence a jiné poruchy paměti*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2454-6
- 8 JIRÁK, R., KOUKOLÍK, F. *Demence: neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Praha: Galén, 2004. ISBN 80-7262-268-4
- 9 KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., SUCHARDA, P. a kolektiv. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0548-6
- 10 KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., HOLMEROVÁ, I. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2490-4
- 11 KOUKOLÍK, F. *Diagnostika a léčení syndromu demence*. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-716-8
- 12 KOUKOLÍK, F., JIRÁK, R. *Alzheimerova nemoc a další demence*. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-615-3
- 13 MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3148-3
- 14 MINIBERGEROVÁ, L., DUŠEK, J. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pečující o seniory*. Brno: NCO NZO, 2006. ISBN 80-7013-436-4

- 15 PIDRMAN, V. *Demence*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1490-5
- 16 REGNAULT, M. *Alzheimerova choroba*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0010-9
- 17 RŮŽIČKA, E., *Diferenciální diagnostika a léčba demencí*. Praha: Galén, 2003, ISBN 80-7262-205-6
- 18 TRACHTOVÁ, E., *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008. ISBN 80-7013-324-4
- 19 WILLIAM, R.H. *Principles of geriatric medicine and gerontology*. New York: Mc Graw-Hill, 2003, ISBN 0-07-112963-4
- 20 ZAVÁZALOVÁ, H. a kolektiv. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0326-8

### Internetové zdroje

- 21 <http://alzheimerovachoroba.ordinace.biz/>
- 22 <http://psychiatriecr.sweb.cz/vaskularni.html>
- 23 <http://www.domovsanov.cz/o-nas/nase-sluzby/>
- 24 <http://www.gerontologie.cz/showdoc.do?docid=32>
- 25 <http://www.mpsv.cz/cs/9#sszp>
- 26 <http://www.sanatorium-topas.cz/sec-poskytovana-pece>
- 27 [http://www.ssmm.eu/index\\_sub.php?id=5020](http://www.ssmm.eu/index_sub.php?id=5020)
- 28 <http://www.viafit.cz/clanek/001-kognitivne-behavioralni-terapie/>
- 29 [www.idnes.cz](http://www.idnes.cz)
- 30 <http://nemoci.vitalion.cz/alzheimerova-choroba/>

## Příručky

- 31 HOLMEROVÁ,I., JAROLÍMOVÁ,E., NOVÁKOVÁ,H. *Alzheimerova nemoc v rodině.*, Praha: Pfizer a spol.s.r.o., 2004.
- 32 HOLMEROVÁ, I. *Jde o Alzheimerovu chorobu?* Praha: Novartis Pharma, 2002,
- 33 HOLMEROVÁ, I., VALENTA, P. *Na pomoc pečujícím rodinám.* Praha: Česká Alzheimerovská společnost, 2003)

## 10 Seznam zkratek

ACH – Alzheimerova choroba

JIP – Jednotka intenzivní péče

MID – Multiinfarktová demence

MMSE – Mini Mental test

DS – Domov pro seniory

AIDS – získané selhání imunity

APP – Amyloidový nekurzorový protein

NINCDS/ ADRDA – mezinárodně doporučená kritéria pro stanovení diagnózy

CT – počítačová tomografie

CNS – centrální nervový systém

ICHDK – ischemická choroba dolních končetin



## 11 Seznam příloh

Příloha A – Otázky pokládané při rozhovoru

Příloha B – Metoda pozorování

Příloha C – Seznam specializovaných zařízení ve Středočeském kraji

Příloha D – MMSE test

Příloha E - Prohlášení zájemce o nahlédnutí do závěrečné práce