

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

**Péče o seniory s demencí v domácím
prostředí a sociálním zařízení z pohledu
všeobecné sestry**

bakalářská práce

Autor práce: Jana Bazalová

Vedoucí práce: Mgr. Radmila Křížová

Jihlava 2021

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce: **Jana Bazalová**
Studijní program: Ošetrovatelství
Obor: Všeobecná sestra
Název práce: **Péče o seniory s demencí v domácím prostředí a sociálním zařízení z pohledu všeobecné sestry**
Cíl práce: Cílem práce je zjistit úroveň znalostí sester v této problematice a stručně zhodnotit rozdíl mezi domácí péčí a sociálním zařízením.

Mgr. Radmila Křížová
vedoucí bakalářské práce

PhDr. Vlasta Dvořáková, PhD.
vedoucí katedry
Katedra zdravotnických studií

Abstrakt

Bakalářská práce je zaměřena na téma péče o seniory s onemocněním demence. Teoretická část zahrnuje informace o různých typech demence. Vysvětlení pojmů, příznaky onemocnění a jaká je případná léčba. V praktické části se budeme zabývat výzkumem pomocí anonymních dotazníků. Cílem bylo zjistit, jaký je rozdíl mezi domácím prostředím a sociálním zařízením v péči o seniora s demencí.

Klíčová slova

Alzheimerova choroba; Demence; Domácí péče; Senioři; Sociální zařízení;

Abstract

Care for old-age pensioners with dementia in family background and nursing home from practical nurse point of view

This thesis takes interest in the care for senior citizens with dementia illness. The theoretical part contains some information about different types of dementia. There are provided an explanation of concepts, symptoms of illness and possible treatment. In the practical part we will deal with the research work into anonymous questionnaires. The main goal of this thesis is to find out the difference between family background and nursing home in the care of an old-age pensioner.

Keywords

Alzheimer's disease; Dementia; Home care; Seniors; Sanitary facilities;

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracoval/a jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil/a autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje **AZ**, zejména § 60 (školní dílo).

Podle § 47b zákona o vysokých školách souhlasím se zveřejněním své práce podle směrnice prorektora pro studium č. 2/2020, a to bez ohledu na výsledek obhajoby.

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědom/a toho, že užít své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne 4. ledna 2021

.....
Podpis studentky

Poděkování

Velice ráda bych zde poděkovala paní Mgr. Radmile Křížové za vedení bakalářské práce, za rady a připomínky, které mi pomohly při jejím tvoření. Dále bych chtěla poděkovat všem respondentům, kterými byly všeobecné sestry z domovů pro seniory a oblastních charit. Obrovský dík patří mé rodině, která mě při psaní bakalářské práce podporovala.

Obsah

Úvod.....	8
1 Současný stav problematiky-Demence a senioři	10
1.1 Typy demence	11
1.2 Atroficko-degenerativní demence	12
1.2.1 Alzheimerova choroba.....	12
1.2.2 Demence Lewyho tělísky.....	14
1.2.3 Parkinsonova choroba.....	14
1.2.4 Demence u Huntingtonovy chorey	15
1.2.5 Frontotemporální demence	15
1.3 Symptomatická demence	15
1.4 Příčiny-co se v mozku děje při Alzheimerově chorobě	16
1.5 Stádia nemoci-lehké, střední, těžké.....	16
1.6 Diagnóza-vyšetření mozku, MMSE test	17
1.7 Prevence-trénování paměti, udržení soběstačnosti	18
1.8 Léčba	18
1.9 Rizikové faktory.....	19
1.10 Život s demencí-rozdíl mezi sociálním zařízením a domácím prostředím... 19	
1.10.1 Péče o seniora s demencí v sociálním zařízení	20
1.10.2 Péče o seniora s demencí v domácím prostředí	21
2 Výzkumná část.....	23
2.1 Výzkumný cíl.....	23
2.2 Výzkumné otázky.....	24
2.3 Výzkumný vzorek	24

2.4	Výzkumná metoda	29
2.5	Analýza a interpretace dat	31
2.6	Diskuze.....	47
2.7	Návrh řešení a doporučení pro praxi	51
Závěr		52
Seznam použité literatury		54
Seznam grafů		56
Seznam příloh		57

Úvod

V současné době je trendem, že se neustále prodlužuje délka života, která zpravidla souvisí s efektivní a kvalitní zdravotnickou péčí. Právě s prodlužujícím se dosaženým věkem, roste podíl starších osob v populaci. Tato skutečnost navazuje na to, že se u jedinců vyššího věku objevuje široké spektrum změn, které de facto s věkem souvisejí. Mezi tyto změny můžeme řadit i demenci. Demence má několik svých podob, přičemž ta nejrozšířenější je demence stařecká. I přesto, že je pro starší osoby demence takřka typická nesmí být za žádných důvodů nijak podceňována. U demence nesmí být podceněné žádné symptomy. V praxi se můžeme setkat s tzv. Alzheimerovou demencí, což je vážné onemocnění a řadí se mezi přední typy demence. Alzheimerova choroba se může projevovat u různých lidí dosti odlišně. Lze konstatovat, že ne všechny případy Alzheimerovy choroby mají zcela totožné příznaky. Právě její projevy mohou být do jisté míry ovlivňovány typem osobnosti, tělesnou a duševní kondicí nebo celkovým životním stylem. V žádném případě nemůžeme o tomto onemocnění hovořit, jako o nakažlivém onemocnění. Nejedná se o nemoc, která by se přenášela z člověka na člověka přímým kontaktem nebo vzduchem. Jestliže zpozorujeme na druhé osobě podezřelé známky, které souvisejí s demencí a stále více se prohlubují, mělo by dojít k časnému vyhledání lékaře. Alzheimerova choroba nelze zcela vyléčit, včasným vyhledáním lékaře dokážeme postiženému pomoci. Příznaky, které uvádí odborná literatura, nemusí akutně znamenat, že se jedná o Alzheimerovu chorobu. A právě proto je důležité obrátit se včas na lékaře, aby tuto možnost případně vyloučil či potvrdil.

V dnešní době existuje celá řada specializovaných lékařů, kteří dokáží toto onemocnění s velkou přesností diagnostikovat, a to za pomoci dostupných klinických vyšetření, které se zakládají na specifických testech. Právě tato skutečnost vedla k tomu, proč bylo pro tuto bakalářskou práci vybráno téma „*Péče o seniory s demencí v domácím prostředí a sociálním zařízení z pohledu všeobecné sestry*“. Vždy se setkáváme spíše s názory lékařů a jejich diagnostikou, ale jaký pohled na tuto chorobu mají všeobecné sestry, které o pacienty s demencí pečují v rámci domácího prostředí nebo sociálního zařízení? Dokáží sestry poznat, že se jedná o Alzheimerovu chorobu? Mají sestry dostatečné množství informací o symptomech a projevech tohoto onemocnění? Tyto otázky byly stěžejní pro základ této bakalářské práce. Hlavním cílem bakalářské práce bude „*zjistit úroveň*

znalostí sester v této problematice a stručně zhodnotit rozdíl mezi domácí péčí a sociálním zařízením.“

Bakalářská práce se člení na dvě části, a to na část teoretickou a část praktickou. V rámci teoretické části budou vymezeny základní pojmy, které úzce souvisejí s problematikou demence a Alzheimerovy choroby v seniorském věku. Na tuto část poté kontinuálně naváže část praktická, která bude plně věnována výzkumnému šetření. V praktické části bude popsán, jak výběr výzkumného vzorku, tak i výběr výzkumné metody. Posléze bude provedena analýza a interpretace získaných dat, ze který v neposlední řadě budou vyvozeny závěry.

1 Současný stav problematiky-Demence a senioři

Během několika posledních let se potýkáme s několika silnými a sociálními fenomény, které jsou determinovány naší společností. Mezi tyto fenomény zpravidla řadíme problematiku, která je spojená se stářím, stárnutím a celkově života lidí, kteří se již nacházejí v seniorském věku. I v následujících letech bude problematika spojená se stárnutím populace čím dál více aktuálnější a diskutovanějším tématem. Stárnutí i stáří, je jevem, se kterým se potýká celá společnost a jedná se tak o zcela individuální jev. Ze statistických dat jasně vyplývá, že v rámci Evropské unie, včetně České republiky, populace stárne. Období, které se nazývá stáří a jeho proces stárnutí je provázeno několika zásadními regresivními změnami, které se u jedince projevují v mnoha oblastech jeho života. Tato životní etapa je mnohdy společností chápána jako období nemoci, nemohoucnosti a samoty. V tomto důsledku je nutné dojít k závěru, že je potřeba přijmout opatření, které se dotýká mnoha oblastí, přičemž je nutné změnit i negativní přístup společnosti ke stárnoucí populaci. Negativní přístup ke stárnoucí populaci je spojen s několika stereotypními až agresivními názory. Jestliže by mělo dojít ke změnám těchto stereotypů, neobejdeme se bez analýzy životních potřeb a pochopení současné problematiky seniorů. Ve stáří je velmi důležitý přístup ke kvalitě života, což vyžaduje zcela komplexní pohled a spolupráci skrze celé spektrum vědních i společenských disciplín. Aby nedošlo v příštím vývoji ke snížení kvality života u seniorů, je důležité, aby došlo k usilování o lepší pochopení jejich potřeb. Se stářím jsou spojeny i různé služby, které zpravidla nabízejí seniorům podporu a odpovídající péči. Právě tyto služby se prakticky spolupodílí na udržení kvality života samotných seniorů (Dvořáčková, 2012).

Člověk jako takový, je považován za osobu, která je bio-psycho-sociální a spirituální bytostí. Jelikož dochází k neustálému prodlužování délky života, musí dojít rovněž ke zkoumávání určitých faktorů, které se podílí na ovlivňování kvality života ve stáří. Samotná kvalita života jednotlivců je spojená a historickým, geografickým, ekonomickým i společenským kontextem. Kvalita života je rovněž ovlivňována danými životními zkušenostmi, ale i životními podmínkami a jejich subjektivním vnímáním. Z výše uvedených poznatků tak lze konstatovat, že kvalita života se mění převážně z důsledku věku, zdravotního stavu, sociálního postavení a v neposlední řadě díky transkulturním vlivům. Aby tak byla zachována určitá míra kvality života v seniorském

věku, je nezbytně nutné dát všem lidem v průběhu života příležitost prožít aktivní život (Dvořáčková, 2012).

1.1 Typy demence

Demence je vymezována především jako porucha, která vzniká na základě vytvoření základů kognitivních funkcí, které se vytváří již ve čtvrtém a šestém roce života. V období stáří poté výskyt demence narůstá. Právě věk je jedním z rozhodných rizikových faktorů, které jsou stěžejní pro vznik demence. Charakteristické u demence je převážně to, že postupem času ubývá kvalita kognitivních funkcí, a to od premorbidní kapacity, a u některých typů demencí dochází na počátku k úbytku výkonných funkcí. V rámci demence nedochází pouze k úbytku kognitivních funkcí, ale ve druhé řadě dochází k výraznému propadu dalších funkcí, které nijak nesouvisí s kognitivním souborem (Fertal'ová, 2020).

Zcela jasné vymezení definice poskytuje Mezinárodní klasifikace nemocí, a to v rámci desáté revize neboli MKN-10, která konstatuje, že demence představuje příznak. Právě tento příznak je způsobený onemocněním mozku, který má zpravidla chronickou až progresivní povahu. V mozku tak dochází k poruchám, které se objevují ve vyšších nervových kortikálních funkcích, které se vážou na paměť, myšlení, orientaci, chápání, počítání, schopnost učení, jazyk a také úsudek. Co se týká konkrétně vědomí, není žádná zmínka o tom, že by bylo porušené, tedy docházelo k jeho zastření. S demencí je dozajista spojena porucha chápání. Jestliže dochází k postupnému porušení chápání, jeho hlavním příznakem je zhoršená emoční kontrola, sociální chování nebo motivace. Demence je tedy syndrom, který je úzce spojován s Alzheimerovou chorobou, cerebrovaskulárním onemocněním. Avšak nejde pouze o symptom těchto dvou uvedených zdravotních komplikací, ale demence je rovněž příznakem i u jiných zdravotně nepříznivých stavů, které jsou charakteristické tím, že v první řadě postihují mozek (MKN10).

Jedinec, který se potýká s příznaky demence, musí u něj především dojít k určení hlavní diagnózy, která dokáže zcela jasně určit, že se opravdu jedná o demenci. Aby bylo možné zahájit diagnostiku, musí se u pacienta objevit níže uvedené příznaky:

- Kognitivní funkce: porucha paměti, řeči, pozornosti, soustředěnosti, prostorové orientace a snížení reakce;

- Nekognitivní funkce: porucha behaviorálních a psychologických funkcí, které se zpravidla projevují jako porucha chování, emotivity, spánku a bdění, přidružené psychotické stavy a různá deliria;
- Aktivita denního života: zde jde o souvislost s poruchou exekutivních funkcí;
- Sekundárně se může s příznaky demence jedinec setkat, jestliže je pečovatelem dementního pacienta. Ve většině případů jsou přímými pečovateli o jedince s demencí, jeho nejbližší, tedy rodina. Právě u těchto jedinců, kteří se podílejí na péči těchto pacientů, dochází k vysokému nárůstu somatických či psychických onemocnění (Fertal'ová, 2020).

Demenci zpravidla dělíme na primárně degenerativní neboli atroficko-degenerativní chorobu či na demenci sekundární či symptomatickou. Právě symptomatické demence způsobují vznik demence, a to na základě poškození činnosti mozku. Toto poškození mozku je způsobeno systémovým onemocněním, infekcí, chronickou intoxikací nebo rozsáhlými traumaty. Sekundární demence se rovněž rozděluje na vaskulární a ostatní symptomatické demence (Fertal'ová, 2020).

1.2 Atroficko-degenerativní demence

V rámci atroficko-degenerativní demence sem řadíme již zmíněnou Alzheimerovu nemoc, demenci z Lewyho tělísek, demenci při Parkinsonově nemoci, progresivní supranukleární obrnu, Huntingtonovu chorobu, Pickovu chorobu a další poměrně vzácné demence.

1.2.1 Alzheimerova choroba

Pojem Alzheimerova choroba je znám tím, že proces, který se k tomuto pojmu pojí je složitý a dlouhodobý. Již v polovině 20. století byla dobře známá senilní demence, která velmi úzce souvisela právě s Alzheimerovou nemocí. Alzheimerova nemoc byla poprvé popsána v roce 1907, a to stejnojmenným neuropatologem Aloisem Alzheimerem. Vymezení Alzheimerovy nemoci předcházel histologický nález v oblasti mozku, a to u pacientky, jejíž úmrtí souviselo s těžkou demencí, která u této pacientky trvala celé čtyři roky. Pacientka, která této závažné diagnóze podlehl, byla ve věku padesát jedna let. Již hned na začátku se zdál histologický nález poněkud odlišný, což vedlo k tomu, že došlo

k přesnému objasnění rozdílů mezi senilní demencí a Alzheimerovy nemoci (Franková, 2017).

Alzheimerova nemoc je především charakteristická tím, že je plíživá a určení primárních příznaků je poněkud obtížným procesem. U Alzheimerovy nemoci se potýkáme s tím, že nelze zcela jasně určit, jakým tempem se u daného jedince vyvíjí preklinické stádium zmíněné nemoci. Z histologického pohledu lze konstatovat, že časový průběh Alzheimerovy choroby, se zpravidla pohybuje i v rámci několika desítek let (Franková, 2017).

Za zcela první příznak můžeme určit poruchu paměti, tedy jednu ze základních kognitivních funkcí. Při poruše paměti můžeme u jedince pozorovat zapomínání zcela běžných a každodenních událostí. Jestliže se s Alzheimerovou nemocí jedinec potýká, nedokáže si sám vybavit to, co konkrétního snídal, kde bydlí nebo kdo jsou osoby kolem něj. U takového jedince se můžeme setkat s tím, že začne mít strach a začne tak panikařit. Hned za symptomem poruchy paměti se objevují problémy při komunikaci. Jedinec se tak potýká s poruchou jazyka, řeči, čímž není schopen vyslovit, co právě potřebuje. Řeč jako taková působí plynule, obsah sděleného je zcela prázdný. Jedinec s Alzheimerovou chorobou často hledá vhodná slova, přičemž si nedokáže sám vybavit ani ta nejjednodušší, která běžně používá při komunikaci s druhými osobami. Jedinec se tak při komunikaci dostává do jisté afázie, kdy není schopen porozumět sdělenému, a to i přesto, že jeho sluch je zcela v pořádku. Jednoduše lze říct, že jedinec není schopen vytvářet srozumitelnou řeč, i přestože u něj nedošlo k poruše jeho mluvidel. V mnoha případech se lze setkávat i s případy, kdy se u jedince objevuje parafázie, což představuje nesprávně vyslovená slova a nelogické skládání vět. Mezi další poruchy, s kterými se u Alzheimerovy nemoci můžeme setkat, se řadí apraxie, alexie, agrafie akalkulie a v neposlední řadě astereognózie (Franková, 2017).

Alzheimerova choroba u jedince probíhá zpravidla v rozsahu tří až osmi let. Muži v důsledku Alzheimerovy choroby zemíjí dříve, než je tomu u ženského pohlaví. Můžeme se u mnoha autorů setkat s rozlišnými názory, které tvrdí, že věk, ve kterém dojde k propuknutí této choroby, její průběh nijak neovlivňuje (Franková, 2017).

1.2.2 Demence Lewyho tělísky

Název Demence Lewyho tělísky představuje prozatímní označení, které má mnoho různých synonym. Demence Lewyho tělísky, tak může být znám pod názvem korové nemoci Lewyho tělísky, Alzheimerova choroba Lewyho tělísky, senilní demence Lewyho tělísky či senilní demence Lewyho typu. Při tomto onemocnění jde o demenci, při které se v mozku nalézají Lewyho tělíska, společně se senilními plaky a neuronálními klubky. Tento typ demence představuje progresivní onemocnění, při kterém dochází k diagnostice u mužů i u žen, kteří se zpravidla nacházejí ve vyšším věku. Za stěžejní příznak u této demence se považuje kolísavá porucha kognitivních funkcí. Diagnostika za pomoci klinického obrazu je považována za vysoce nápadnou. U jedinců, kteří se potýkají s demencí Lewyho tělísky, dochází ke střídání období zmatenosti a období plnohodnotné orientace. U některých jedinců lze pozorovat také delirantní stavy (Pidrman, 2007).

Aby došlo ke správné diagnostice této demence, je nutné pozorovat, zda se u jedince objevuje společně s kolísavým poklesem kognitivní úrovně, jeden z přidružených příznaků. Těmito přidruženými příznaky mohou být zrakové nebo sluchové halucinace, paranoidní bludy, ztuhlost, třes, neadekvátní reakce na běžné léky, opakované až nevysvětlitelné pády. U těchto lidí se ve velké míře objevuje také zastřené vědomí nebo jeho úplná ztráta (Pidrman, 2007).

1.2.3 Parkinsonova choroba

S tímto typem demence se zpravidla jedinci potýkají až v pokročilém stadiu této Parkinsonovy choroby. Z různých studií lze říct, že Parkinsonova choroba se objevuje u téměř 20 % pacientů. Parkinsonova choroba je definována, jako demence podkorového typu, kdy v jejím popředí se objevuje celková zpomalenost. I při této nemoci se jedinec může potýkat s poruchami, které se pojí s exekutivními funkcemi, obtížným zapamatováním a se zhoršeným vybavováním. Pro tuto chorobu je rovněž typické, že se zde objevují neurologické příznaky, kterými můžou být např. progresivní supranukleární obrna, kortikobazální degenerace nebo multisystémová atrofie (Pidrman, 2007).

1.2.4 Demence u Huntingtonovy chorey

Huntingtonova chorea je demence, která se váže k podkorovému typu, kde dochází k významným neurologickým příznakům. Mezi tyto příznaky se řadí choreatické pohyby, poruchy spojené s koordinací těla a chůzí, poruchy v oblasti řeči. Jsou zde pozorovány rovněž poruchy chování. Huntingtonova choroba je tzv. autozomálně dominantně genetickou přenosnou nemocí, jejíž začátek se objevuje především v presenilním věku než v seniu (Pidrman, 2007).

1.2.5 Frontotemporální demence

Frontotemporální demence představuje atroficko-degenerativní demenci, pro kterou je typické predilekční postižení frontálního či temporálního kortexu. V rámci tohoto typu demence patří rovněž Pickova choroba, u které se neuropatologicky vyskytují jednotlivá Picková tělíska v neuronech. Rovněž se zde řadí i demence, která má podobné klinické projevy, a to bez přítomnosti Pickových tělísek. U této demence se můžeme zpravidla setkávat s typickými poruchami, které se objevují v oblasti chování. V pozdějším stádiu se začínají objevovat i poruchy spojené s jednotlivými kognitivními funkcemi. Pro tuto demenci je rovněž typická progresivní fluentní a nonfluentní afázie (Pidrman, 2007).

1.3 Symptomatická demence

Symptomatické neboli sekundární demence je skupina nemocí, na jejichž vzniku se podílí celá řada příčin. Jedná se tedy o demence, které mohou být spojené s nějakým traumatem, infekcí, metabolickou poruchou jater, respiračními obtížemi, s poruchami ledvin, demence spojená s vitamíny či endokrinními poruchami. Sekundární demence se rovněž může objevovat při různých typech nádorových onemocnění a epilepsie. Rozdělení symptomatických demencí se člení na ischemicko-vaskulární demence a ostatní symptomatické demence. Do této skupiny spadají i některé infekční demence, kterými jsou prionová onemocnění, demence související s onemocněním AIDS, ale i reverzibilní demence, které označují skupinu demencí, u kterých lze jejich vývoj do jisté míry pozastavit nebo díky preventivním opatřením jim zcela předejít (Pidrman, 2007).

1.4 Příčiny-co se v mozku děje při Alzheimerově chorobě

Jak již bylo zmíněno, Alzheimerova nemoc představuje závažné onemocnění mozku, v rámci kterého dochází k zániku samotných mozkových buněk s následným ubýváním mozkové hmoty. V mozku lze rovněž pozorovat i další změny, které jsou více či méně prozkoumané. Jedním z dalších velmi závažných stavů, je snižování acetylcholinu. Acetylcholin je látka, díky které je zajištěn přenos informací mezi jednotlivými mozkovými buňkami. Snížení a velký úbytek mozkových buněk, s následným narušením jejich vzájemného přenosu informací, postupně vedou k výraznému narušení mozkových funkcí (Zvěřová, 2017).

Jak je nám známo, mozek se skládá z neuronů, komunikují prostřednictvím synapsí. Synapse si předávají informace skrze neurotransmitery. Tento proces je nezbytný k šíření signálů mozkem. Tímto procesem je tak zahájeno myšlení, vnímání nebo ukládání myšlenek. Synapse uvolňují menší množství peptidu (amyloid beta), který je odplaven během metabolického procesu. Problém v mozku vzniká v případě, kdy se peptid nepodaří odplavit a v jeho důsledku se amyloid beta hromadí. Postupně se shlukuje a vytváří plaky, které zahlcují mozek. Tyto plaky pak vedou k primární příčině Alzheimerovy choroby. Ve stejné chvíli také dochází ke snížení synapsí a rozpadu neuronových buněk zevnitř (Zvěřová, 2017).

1.5 Stádia nemoci-lehké, střední, těžké

Stádia Alzheimerovy nemoci se dělí na tři základní označení, kterými jsou lehké, střední a těžké stádium. Lehké stádium této nemoci představuje stav, kdy jsou v klinickém obraze dominující poruchy kognitivních funkcí. Právě tyto kognitivní poruchy jsou jak subjektivní, tak i měřitelné objektivními psychologickými testovanými metodami. Narušeny jsou v tomto stádiu jak denní aktivity, tak i složitější aktivity, jako jsou ty, u kterých je nutnost neustále udržovat svou pozornost. U jedinců s lehkým stádiem nemoci lze pozorovat depresivní stavy, na které se v počátcích nemoci podílí vedle neurotransmitterového deficitu také i zachovalý nadhled chorobnosti (Zvěřová, 2017).

Pro střední stádium je typické to, že dochází k dalšímu prohlubování úbytku kognitivních funkcí a tito nemocní jsou tak bez náhledu chorobnosti stavu. Ve většině případů se k základním symptomům přidružují také poruchy faktických funkcí. V tomto stádiu

dochází k velmi rychlé progresi poruch denních aktivit. Tito jedinci se tak potýkají s obtížemi, které jim zasahují do instrumentálních aktivit, jako je obsluha domácích přístrojů. Velmi často se jedinci v tomto stádium potýkají s behaviorálními a psychologickými příznaky demence, a to včetně poruch chování (Zvěřová, 2017).

Těžké stádium tak představuje nemocného, který již není schopen poznat své nejbližší osoby. Vlivem velmi masivního úbytku kognitivních funkcí u nich rapidně dochází k časoprostorové dezorientaci. V tomto stádiu jsou tak jedinci odkázáni na péči jiné osoby (Zvěřová, 2017).

1.6 Diagnóza-vyšetření mozku, MMSE test

Při zvažování o tom, o jaký typ nemoci se jedná, je důležité uvědomit si, která metoda pro diagnostiku je tou nejvhodnější. Pro stanovení diagnózy je nezbytné, aby byla splněná předem stanovená kritéria, a zároveň je nutné vyloučit jinou možnou příčinu demence. Jakmile přijde jedinec s poruchou paměti, měl by zpravidla podstoupit vyšetření mozku, které by mělo být provedeno CT vyšetřením mozku a vyšetření za pomoci SPECT/PET, aby došlo k detekci hypometabolismu parietálních a temporálních laloků (Zvěřová, 2017).

Celkem běžně se můžeme v rámci diagnostiky u Alzheimerovy nemoci setkat s testem, který nese název Mini-Mental State od doby, kdy došlo k jeho zveřejnění, se začal stále více aplikovat pro rychlý screening k odhalení demence, především tak slouží k určení jedinců se středně těžkou až těžkou kognitivní poruchou. Přední výhodou je jeho krátká forma, která obsahuje třicet otázek, vysoká spolehlivost a lehký administrativní úkol. V rámci třiceti otázek se jedinec setkává s určením časoprostoru, zapojení paměti, pozornosti, porozumění, schopnosti pojmenovávat, psaním a obkreslováním. Celkový počet získaných bodů tak určuje stupeň postižení. Maximální bodové skóre je plný počet tedy třicet bodů. Rozmezí dvacet šest až dvacet pět bodů označuje hraniční stupeň a méně jak dvacet čtyři bodů se jedná o demenci. Díky tomuto testu lze dobře diagnostikovat těžkou formu demence od demence senilní. Je však nutno zmínit, že MMSE se orientuje pouze na kognitivní aspekty mentálních funkcí, přičemž se nezabývá náladou nebo abnormálním myšlením (Glennner, 2012).

1.7 Prevence-trénování paměti, udržení soběstačnosti

Při prevenci je kladen důraz na udržení funkčního stavu soběstačnosti, což je především realizováno skrze správné výživy, vhodných pohybových aktivit, poskytování adekvátních informací, avšak přímo o udržení jedné z kognitivních funkcí se preventivní programy České republiky nesnaží. Aby u jedinců, kteří mají předpoklady pro demenci a tíhnou tak zrovna k Alzheimerově chorobě, je nutné, aby si neustále procvičovaly svou paměť a všechny ostatní kognitivní funkce. Takovouto prevencí může být např. hraní pexesa, luštění křížovek, pojmenovávání osob či předmětů na obrázcích či určení správné trasy ke svému bydlišti. Mezi kognitivní cvičení můžeme řadit cvičení pozornosti, cviky zaměřené na smyslové vnímání, vypracovávání logických úloh, grafomotorické úlohy nebo cvičení, která jsou zaměřená na krátkodobou paměť. Velmi příznivě jsou hodnoceny např. seniorské kluby nebo denní centra, která se zaměřují právě na tyto preventivní programy. Jedincům dokáží nabídnout široké spektrum denních aktivit, při kterých si neustále nacvičují svou soběstačnost. Není vhodné jistému seniorovi pomáhat s denní hygienou, když víme, že ji dokáže provést sám nebo za něj nachystat jídlo. Zde je na místě jej plně podporovat a všimnout si jeho nedostatků, na které je možné jej upozornit. Dokud je senior schopen se o sebe postarat sám, je nutné ho v těchto aktivitách pouze podporovat nebo jej motivovat (Georgi a kol., 2010).

1.8 Léčba

Bohužel ani v současné době stále neexistuje žádný lék, který by pomohl Alzheimerovu nemoc vyléčit. Avšak to neznamená, že nemáme žádné prostředky, které by celkový zdravotní stav pacienta pomáhaly zlepšovat. I v tomto případě je vždy nesmírně důležité, aby byli lidé s demencí, tak i jejich blízcí či pečující s možnostmi seznámení a využívali je pouze ve prospěch svého či svých blízkých. Takzvaná kognitiva, která se k léčbě Alzheimerovy nemoci užívají, mohou mít účinek, kdy zlepší příznaky, čímž dojde k prodloužení časného stádia celé nemoci, a to na úkor těch pokročilejších. Dalo by se říct, že se tímto způsobem významně zlepší kvalita života nemocného jedince, ale i jeho blízkého okolí. Velmi zásadní je na léčbě skutečnost, že musí být zahájena co nejdříve. Právě tím, že se s léčbou začne, co nejrychleji lze předpokládat, její významnější efekt. Velkým problémem je fakt, že tato nemoc začíná nenápadně, plíživě a její první příznaky jsou spíše připisovány běžnému stárnutí. S léčbou úzce souvisí i individuální přístup k takto nemocnému jedinci a rovněž bio-psycho-sociální přístup. Léčba musí být

zpravidla vždy celostní a je potřeba dbát na dobrou kondici nemocného. Zásadním faktorem v léčbě Alzheimerovy choroby je i interdisciplinární přístup, který se rovněž odvíjí od holistického pojetí komplexní léčby (Franková, 2015).

1.9 Rizikové faktory

Jelikož není etiologie nemoci stále známá, existuje však široké spektrum rizikových faktorů, které právě zvyšují pravděpodobnost tohoto typu demence a přispívají tak k jejímu rychlejšímu průběhu. Rizikové faktory se jako obvykle dělí na genetické, kardiovaskulární, rizikové faktory spojené s životním stylem (kouření, alkohol, nedostatek pohybu, nízká úroveň vzdělání nebo výživa) a rizikové faktory, které souvisejí s prostředím. Bohužel rizikových faktorů existuje opravdu spousta a důležité je i zmínit, že mezi ně patří i odpovídající kvalita ovzduší, UV záření, přítomnost radonu, hliníku nebo dokonce vliv pesticidů). Ovšem veškeré důkazy o jejich vlivu nejsou příliš silné. Některé z rizikových faktorů lze ovlivnit úpravou své dosavadní životosprávy a nastavením si vhodné medicíny. Poté jsou však rizikové faktory, které nelze nijakým způsobem ovlivnit, těmito faktory se myslí věk, výskyt onemocnění v rodině, ženské pohlaví a související hormonální změny a vliv pohlavního dimorfismu. Existuje velká řada možných rizikových faktorů, které jsou méně relevantní, jako je nízká porodní hmotnost, nepoměr lebky a vývoj mozku, výskyt delirií před začátkem kognitivní deteriorace, ztráta sluchu ve středním věku, anestezie a těžké pooperační stavy. Riziko Alzheimerovy nemoci se poté navyšuje i nekvalitním spánkem. Velmi častým rizikovým faktorem, který úzce souvisí s Alzheimerovou chorobou je úraz hlavy v anamnéze, který souvisí se ztrátou vědomí (Fertal'ová, 2020).

1.10 Život s demencí-rozdíl mezi sociálním zařízením a domácím prostředím

Na území České republiky existuje celá řada sociálních služeb, které jsou jasně vymezeny v rámci legislativního ukotvení, a to především v rámci zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Cílem těchto sociálních služeb je zpravidla zachování stávající soběstačnosti a životního stylu každého klienta. Mimo jiné se tato zařízení snaží do jisté míry snížit sociální a zdravotní rizika, která souvisejí se stárnutím.

Prostřednictvím sociálních služeb je poskytováno sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Právě sociální služby jsou zde poskytovány v rámci ambulantní, terénní a pobytové formy. Jestliže tyto služby dokážou efektivně fungovat mohou tak zajistit co nejdelší setrvání seniora v jeho přirozeném prostředí, a to i přesto, že je odkázán na pomoc jiné osoby (Z. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

1.10.1 Péče o seniora s demencí v sociálním zařízení

Senioři, kteří se potýkají s diagnózou demence, se zpravidla nacházejí v rámci sociálních zařízení. Mezi tato sociální zařízení může patřit např. domov pro seniory, domov pro seniory se zvláštním režimem nebo určitá denní centra, která se na tyto klienty specializují.

Je-li senior s demencí umístěn do domova pro seniory, pečuje o něj široké spektrum pracovníků. Kromě všeobecných sester s ním spolupracují pracovníci v přímé péči, sociální pracovníci, výživoví poradci, ergoterapeuti či aktivizační pracovníci. Všichni tito pracovníci se podílejí na tom, aby u klienta byla zachována jistá míra kvality života. Bohužel se v rámci těchto zařízení můžeme setkat s brzkým úmrtím klienta, a to především z důsledku neschopnosti adaptace na nové prostředí (Kalvach, 2012).

Péče je tomuto klientovi zařízená z celé jeho celistvosti. Již při příjezdu do sociálního zařízení provede příslušný pracovník své menší sociální šetření, při kterém dojde ke zjištění potřebných informací, které jsou stěžejní pro vytvoření individuálního plánu. Toto šetření se realizuje za pomoci rozhovoru, který je uskutečněn buďto přímo s klientem služby nebo členem jeho rodiny. Jakmile má pracovník veškeré informace, jde je postupně sepsat, čímž vytvoří individuální složku, ve které každý pracovník najde potřebné informace. Ve složce najde každý to, co potřebuje o klientovi vědět, a to např. informace o rodinném stavu, jeho zaměstnání, případné alergie nebo jakou medikaci má zahájenou. Každý z pracovníků se snaží, aby se klienti v jejich zařízení cítili bezpečně a žádaně. Jestliže se na oddělení objeví klient, který trpí demencí, je u něj zahájena vyšší míra bezpečnosti. Tento klient se zpravidla nemůže sám potulovat po zařízení, případně by neměl vycházet ven bez dozoru. U těchto klientů totiž hrozí ztráta prostorové a časové orientace, přičemž si nemusí vybavit a vzpomenout na odpovědné osoby (Kalvach, 2012).

Péče je o tohoto pacienta zajišťována, obdobně jako u pacientů, kteří nevykazují známky demence. Je u nich prováděná kontrola, pomoc při osobní hygieně, podávání stravy, případně pomoc s jejím příjmem, pomoc při oblékání a obouvání, pomoc při vyprazdňování nebo poskytnutí kompenzačních pomůcek. Bezprostředně je zde důležitá i podpora a motivace v rámci aktivizačních činností, o které se zpravidla starají aktivizační pracovníci. Aktivizační pracovníci převážně pomáhají při cvičení kognitivních funkcí, kdy klientovi umožňují poskytovat různé úkoly, které jsou na kognitivní funkce zaměřené (pexeso, fotografie, doplňování a hádání názvu) (Kalvach, 2012).

1.10.2 Péče o seniora s demencí v domácím prostředí

Téměř celý život se každý učí být nezávislým a po většinu svého života je tak víceméně schopen se sám o sebe postarat. Avšak ne všichni mají to štěstí, že mu tato nezávislost vydrží až do konce jeho života. Celou řadu lidí v seniorském věku, které nezřídka zaskočí skutečnost, že se z důvodu věku nebo nemoci stávají stále více závislými na podpoře či pomoci druhé osoby. A tak je vhodné vědět, na koho se můžou v této situaci obrátit. Pro tyto jedince existuje poradenství, které jim pomůže s péčí nebo nabídne poradenství jeho rodině. Dále jsou pro něj vhodné pečovatelské služby, asistentce sociální péče, odlehčovací služby, denní stacionář a centra denních služeb, příspěvek na péči, nárok na náhradní dobu v důchodovém pojištění nebo další sociální dávky a výhody. Převážně odlehčovací služby, poskytují jistou míru podpory rodinným příslušníkům, kteří se dennodenně starají o své příbuzné s demencí. Jestliže pečující komunikuje s pacientem, jež má demenci, nehodí se u něj využívat pouze slova, ale i gesta, výrazy tváře, intonaci hlasu, tempo řeči, pozici těla. Pro pacienty, kteří se potýkají s demencí, představuje neverbální projev v komunikaci velmi důležitý faktor (Jeřábek, 2013).

Péče o seniora s demencí vyžaduje velkou psychickou i fyzickou zdatnost. Ne každý senior je trpělivý a vyrovnaný. U některých ze seniorů se můžou objevovat pocity zlosti, agresivita, podezřívavost nebo šikana (Jeřábek, 2013).

Domácí péče o seniory s demencí se sebou přináší zvýšené fyzické nároky, kdy se v některých případech jedná i o manipulaci s imobilním pacientem. Je důležité, aby si i v rámci péče v domácím prostředí byl pečující vědom, že se jedná již o křehkého seniora,

kdy je důležitá správná a jemná manipulace, čímž lze předcházet riziku pádů a zranění (Jeřábek, 2013).

Ovšem ne vždy se zpravidla jedná pouze o sociální služby. U klienta, který se nachází v domácím prostředí, může být realizována domácí péče, která představuje vysoce obtížnou míru péče. Jde totiž o zatížení celé rodiny, pokud klient nějakou rodinu má. Domácí péče je forma zdravotní péče, která zpravidla navazuje na zdravotní péči, která byla poskytována, v jiných zdravotnických institucích, tímto způsobem může dojít ke zkrácení doby hospitalizace, a to na dobu nezbytně nutnou (Jarošová, 2012).

2 Výzkumná část

V současné době se Alzheimerova choroba řadí mezi skupinu onemocnění, kterým říkáme atroficko-degenerativní. Tato diagnóza je stále nejasného původu, který jak již bylo zmíněno, způsobuje metabolické a strukturální změny, v rámci nervových buněk, což posléze vede ke ztrátě jejich funkce. V počátečních stádiích se u jedinců s touto diagnózou můžeme setkat s poruchami paměti, což postupem času vede k poruchám všech složek kognitivních funkcí. Výskyt tohoto typu demence se v populaci pouze odhaduje, a to zpravidla z toho důvodu, že v žádném státě neexistuje spolehlivě zavedený systém, který se zabývá včasnou diagnostikou. Veškeré informace, které jsou momentálně k dispozici, pocházejí z dlouhodobě vedených výzkumných šetření, která jsou zaměřená právě na sledování celkového zdravotního stavu populace. Pro včasnou diagnostiku Alzheimerovy demence je důležité podchycení jejích symptomů. Je tedy potřeba, aby zdravotničtí pracovníci věděli veškeré náležitosti, které se pojí právě s touto problematikou, jelikož právě oni můžou pomoci lidem, kteří o této nemoci nemají ponětí. Ve zdravotnické praxi se každý den setkáváme s tím, že lidé konkrétně tedy lidé seniorského věku, mají problém s pamětí a mnohdy si nejsou vědomi toho, že se již nejedná o seniorskou demenci, ale nacházejí se v počátečních či pokročilých stádiích Alzheimerovy demence.

Druhá polovina této bakalářské práce se bude zabývat popisem, realizací, a v neposlední řadě taktéž vyhodnocením výzkumného šetření. Toto výzkumné šetření se zaměřuje na současnou problematiku Alzheimerovy nemoci. Praktická část se tak bude věnovat konkrétně tomu, jaké poznatky o Alzheimerově chorobě zdravotničtí pracovníci mají, přičemž bude rovněž zachycen i jejich názor ohledně péče v domácím prostředí nebo v sociálním zařízení, právě o jedince s tímto onemocněním.

2.1 Výzkumný cíl

Jelikož se první část bakalářské práce zabývala jednotlivými teoretickými východisky, musí dojít k vymezení si vhodného cíle výzkumného šetření. Vhodně zvolený cíl tak představuje, pro výchozí teoretická východiska, doplněk. Hlavním cílem praktické části zní následovně: *„Cílem práce je zjistit úroveň znalostí sester v této problematice a stručně zhodnotit rozdíl mezi domácí péčí a sociálním zařízením.“*

Z výše uvedeného hlavního cíle byly vymezeny dva dílčí cíle:

1. Zmapování dosavadních zkušeností všeobecných sester s Alzheimerovou demencí.
2. Zjistit, zda je pro pacienta s Alzheimerovou demencí vhodnější domácí péče či péče v rámci sociálního zařízení.

2.2 Výzkumné otázky

Jelikož byl již na začátku výzkumné části zvolen hlavní cíl, společně s jeho dílčími cíli, jsou následovně stanovené výzkumné otázky. V závěru výzkumné části budou tyto otázky zodpovězeny.

1. Výzkumná otázka: Jak často se sestry při své práci setkávají s demencí u seniorů?
2. Výzkumná otázka: Jaké prostředí je pro člověka s demencí lepší, domácí prostředí nebo sociální zařízení?
3. Výzkumná otázka: Jaká je informovanost sester o onemocnění demence?

2.3 Výzkumný vzorek

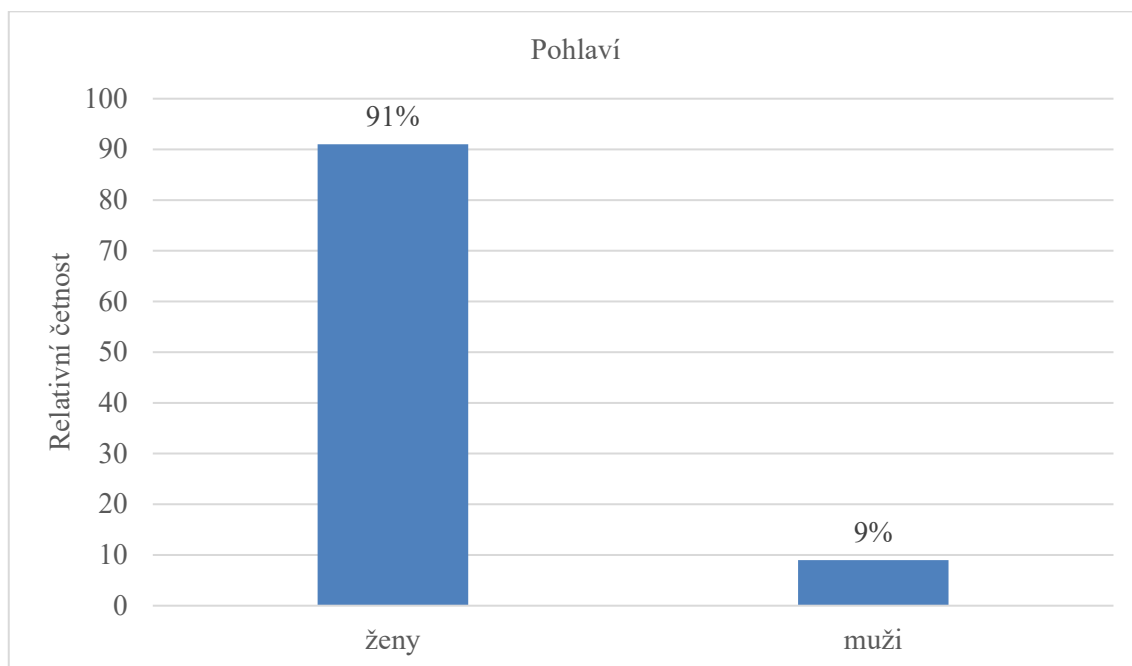
Základem pro realizaci výzkumného šetření, je zpravidla zvolení si vhodného výzkumného vzorku. Jelikož je cílem mapování současné problematiky Alzheimerovy choroby, v souvislosti s výkonem povolání zdravotních sester, bylo osloveno pět sociálních zařízení a jedna charitativní oblast, která je zaměřená na domácí péči. Všichni předem oslovení respondenti pocházejí z Jihomoravského kraje a kraje Vysočina. Zprvu muselo dojít k telefonickému kontaktování ředitelů a vrchních sester daných zařízení, ti byli požádáni o schválení zaslání výzkumného šetření formou dotazníků. Jakmile došlo k souhlasu přijetí, proběhlo odeslání žádostí a tištěných dotazníků poštovní cestou. Bohužel z důvodu epidemiologické situace nemohlo dojít k osobnímu předání. Výzkumný vzorek respondentů musel jednoznačně odpovídat předem stanoveným výzkumným potřebám. Výzkumný vzorek byl tedy zvolen tak, aby bylo možné reálně odpovědět na veškeré otázky dotazníkového šetření, což posléze vede k získání potřebných informací. Takto získané informace lze vyhodnotit a vyvodit z nich závěry.

Za důležité musí být považována skutečnost, že podílení se na výzkumném šetření představuje snahu a vstřícnost poskytnout své zkušenosti ve formě odpovědí a ochotně tak věnovat svůj volný čas.

Dotazníkové šetření bylo zasláno všem zdravotním sestrám, které pracují v sociálním zařízení či v rámci charity, která se orientuje rovněž na domácí péči. U těchto respondentů lze předpokládat, že se v rámci své zdravotnické praxe setkali u pacientů s demencí a Alzheimerovou chorobou.

Celkový počet získaných dotazníků byl 102. Je nutné zmínit, že samotné vyplnění dotazníku bylo dobrovolné a zcela anonymní. Vzhledem k výzkumnému vzorku respondentů, došlo k zastoupení ženského i mužského pohlaví. Jak jsem již zmiňovala, v důsledku vládního nařízení nemohlo dojít k osobnímu kontaktu s respondenty, což mohlo vést k tomu, že se respondenti mohli setkat s nejasnostmi, které by výzkumník mohl lépe objasnit. Avšak i přesto, že byly podmínky dotazníkového šetření do jisté míry stížené, návratnost dotazníků byla i přesto vysoká.

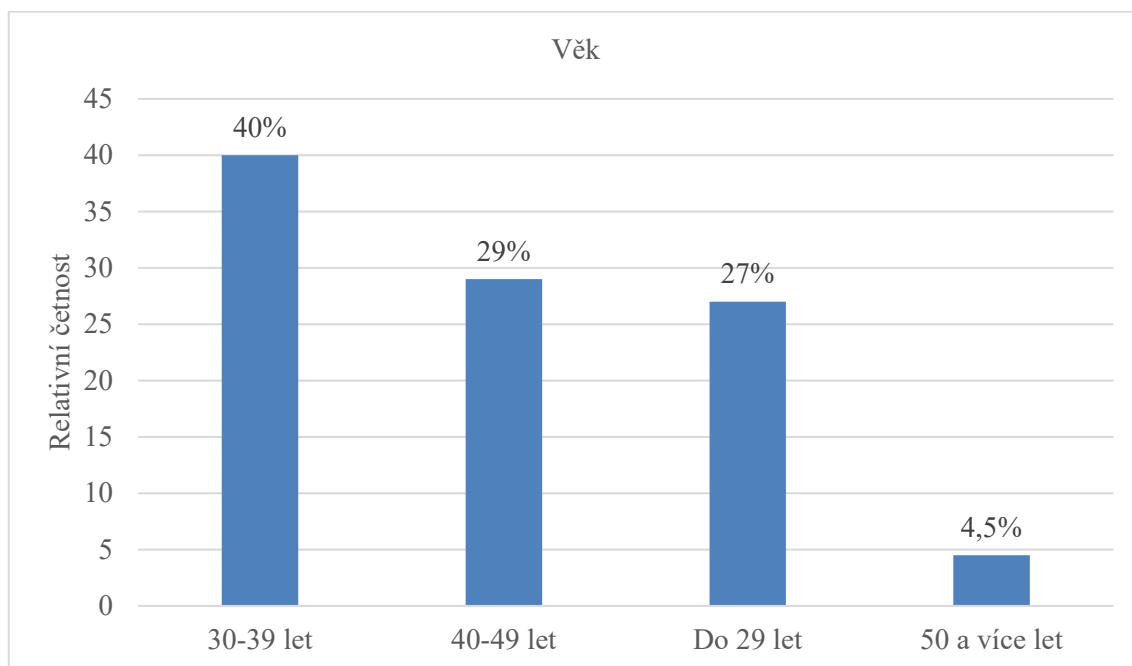
Otázka č. 1 Jaké je Vaše pohlaví?



Graf 1 Pohlaví respondentů

Z výše uvedeného grafu č. 1 lze konstatovat, že povolání zdravotní sestry je stále zastoupená více ženským pohlavím než pohlavím mužským. Co se tak týká tohoto dotazníkového šetření, jde o jednoznačně většinové vyplnění dotazníků ženským zastoupením, což na grafu představuje 91 %. Mužské pohlaví je v tomto případě zastoupeno pouze v rámci 9 %.

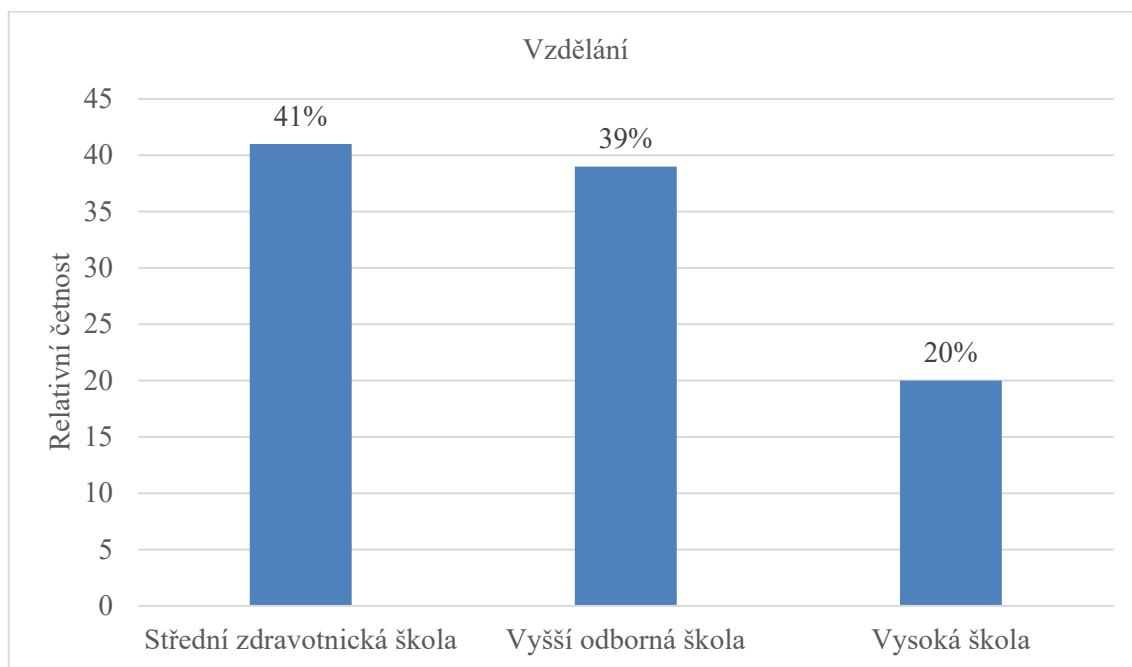
Otázka č. 2 Jaký je Váš věk?



Graf 2 Věk respondentů

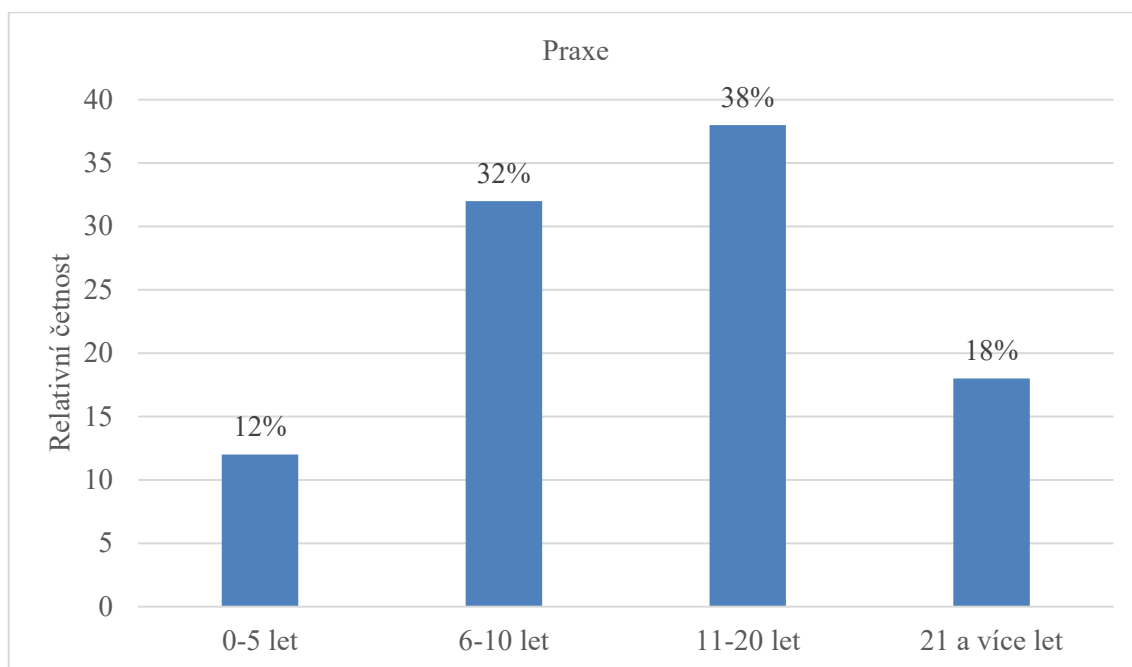
Graf č. 2 jasně znázorňuje, že největší zastoupení v rámci dotazníkového šetření jsou respondenti, kteří se pohybují ve věkové kategorii od 30 do 39 let, což v rámci grafu představuje rovných 40 %. Druhou nejpočetnější věkovou skupinou, byli respondenti ve věku od 40 do 49 let. Třetí volenou skupinou byli respondenti ve věku do 29 let. Poslední příčka patří věkové kategorii, do které spadají respondenti, kteří se nacházejí ve věku více než padesáti let, a to včetně.

Otázka č. 3 Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?



Graf 1 Nejvyšší dosažené vzdělání

Z grafu č. 3 jasně vyplývá, že v případě našeho výzkumného šetření, se nachází většina respondentů, kteří disponují středoškolským vzděláním. Střední zdravotnickou školu tak absolvovalo 41 % respondentů. Těsně za těmito respondenty, se nacházejí respondenti s Vyšší odbornou školou, což činí 39 %. Nejmenším zastoupením jsou respondenti s vysokoškolským vzděláním, v našem případě se jedná o rovných 20 % dotazovaných z celkového počtu.

Otázka č. 4 Kolik máte let praxe?**Graf 4 Délka praxe**

Oslovení respondenti měli v rámci otázky č. 4 určit délku jejich praxe. 38 % respondentů odpovědělo, že jejich délka praxe se nachází v rozmezí od 11 do 20 let. 32 % označilo za délku své praxe v oboru rozmezí 6 až 10 let. 21 let a více disponuje svou délkou praxe 18 % dotazovaných. Pouhých 12 % respondentů odpovědělo, že se jejich praxe pohybuje od 0 do pěti let. Dalo by se tak konstatovat, že se v rámci výzkumného šetření potýkáme s respondenty, kteří mají bohaté zkušenosti ve svém oboru.

2.4 Výzkumná metoda

Pro účely výzkumného šetření, byla zvolená kvantitativní výzkumná strategie, jejímž předmětem zájmu je zpravidla zkoumání všech měřitelných a tříditelných znaků, které lze převést do takové podoby, aby jej šlo vzájemně porovnat. Při této strategii se postupně získávají data, která jsou posléze analyzována s využitím statistických metod, které tak slouží k ověření platných představ o výskytu určitých jevů. Kvantitativní výzkumná strategie se zpravidla volí v případě, jestliže výzkumník potřebuje znát četnost výskytu nějakého jevu, ale i vzájemný vztah. Aby došlo k získání veškerých potřebných dat, musí dojít ke stanovení si takové vhodné metody, která tato data pomůže získat a dojít tak k obecně platným závěrům (Olecká, Ivanová, 2010).

V případě tohoto výzkumného šetření je za výzkumnou metodu, která slouží ke sběru veškerých potřebných dat, zvoleno dotazníkové šetření. S využitím dotazníkového šetření je možné získat velkou škálu potřebných informací, a to v rámci krátkého časového úseku. Dotazník se za posledních několika let považuje za efektivní výzkumnou metodu. Právě efektivnost této výzkumné metody spočívá v tom, že se jedná o jednoduchou formu k získání veškerých informací. I přesto, že je dotazník považován za nejjednodušší formu k získání zkoumaných četností, je jeho analýza dat mnohem náročnější. Kvantitativní výzkumné šetření představuje zpravidla způsob, při kterém může výzkumník získat odpovědi od relativně velkého množství respondentů. Dotazníkové šetření je zcela anonymní, avšak je vhodné od respondentů získat základní demografické údaje. Za demografický údaj je považováno pohlaví, věk nebo délka získané praxe (Chrástka, 2016).

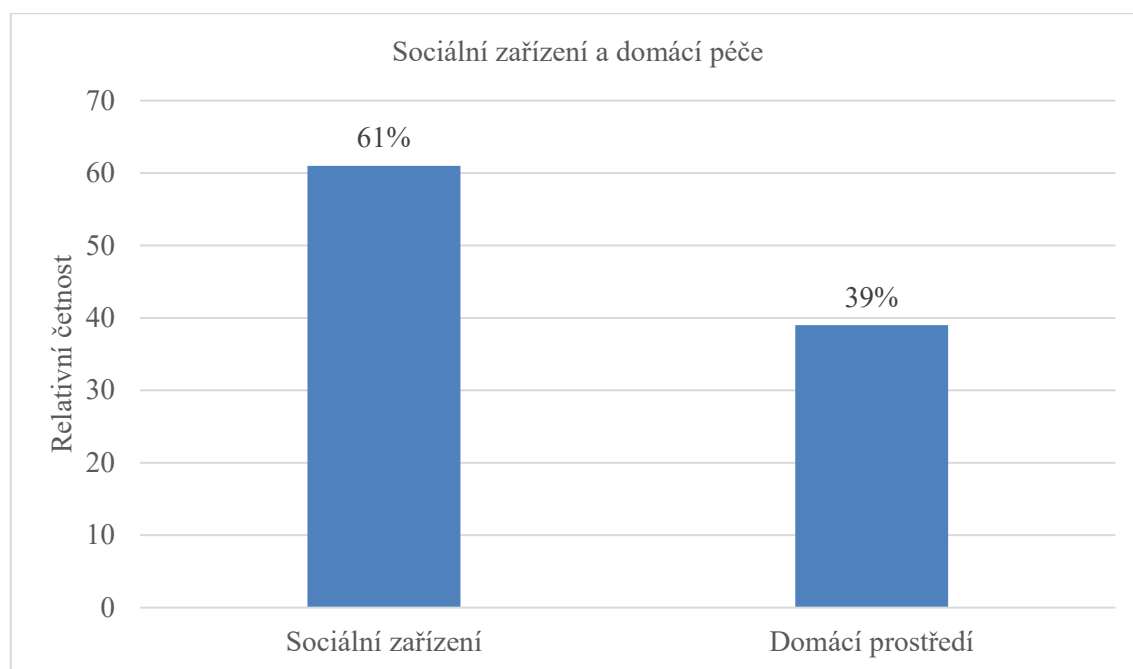
Jako téměř vše i samotný dotazník má své výhody či nevýhody. Právě výhody a nevýhody jsou dány povahou a osobnostními znaky zkoumaných respondentů. Dotazníkové šetření představuje rovněž subjektivní výzkumnou metodu, při které jsou jednotlivá data ovlivněná zkušenostmi a dovednostmi respondentů. Rovněž se jedná i o zahrnutí odpovídajících zkušeností samotného výzkumníka, který dané výzkumné šetření realizuje. Velmi důležitým aspektem je fakt, aby byly otázky v rámci dotazníku, položeny správně a respondent jim tak mohl lépe porozumět. Otázky, které dotazník obsahuje, by zpravidla měly mít krátkou formu, což rovněž platí i pro jejich odpovědi. Odpovědi by měly korespondovat s položenou otázkou. V dotazníku můžeme použít několik druhů otázek, mezi které patří otázky otevřené, uzavřené nebo polootevřené. Důležitým bodem, který souvisí s dotazníkovým šetřením, je i skutečnost, že u rozsáhlých dotazníků může často docházet ke zkresleným údajům.

Dotazníkové šetření, které bylo realizováno v rámci tohoto výzkumu, byl vytvořen na základě vlastních zkušeností, což také souvisí se stanoveným cílem a výzkumnými otázkami. Dotazník byl sestaven tak, aby bylo možné vycházet z teoretických východisek. Dotazníkové šetření představovalo dvacet uzavřených otázek, což vedlo k jeho jednoduchosti. Dotazník byl rozdělen na dvě hlavní části, přičemž první část obsahovala čtyři stěžejní otázky, které se zabývaly demografickými údaji, viz výše uvedené grafy č. 1 až č. 4. Druhá část poté sloužila k získání základních informací, aby bylo možné odpovědět na předem určený hlavní cíl a vyvodit závěry z výzkumného šetření.

2.5 Analýza a interpretace dat

Tato kapitola představuje analýzu a rozbor jednotlivých otázek dotazníkového šetření, které nebyly součástí podkapitoly výzkumného vzorku. Každá otázka bude postupně a jednotlivě interpretována a doplněná o komentář. Ze získaných dat budou vyvozené závěry, které budou součástí shrnutí výzkumné části. Pro lepší interpretaci otázek, byly pro jejich přehlednost vytvořené sloupcové grafy, a to u všech otázek.

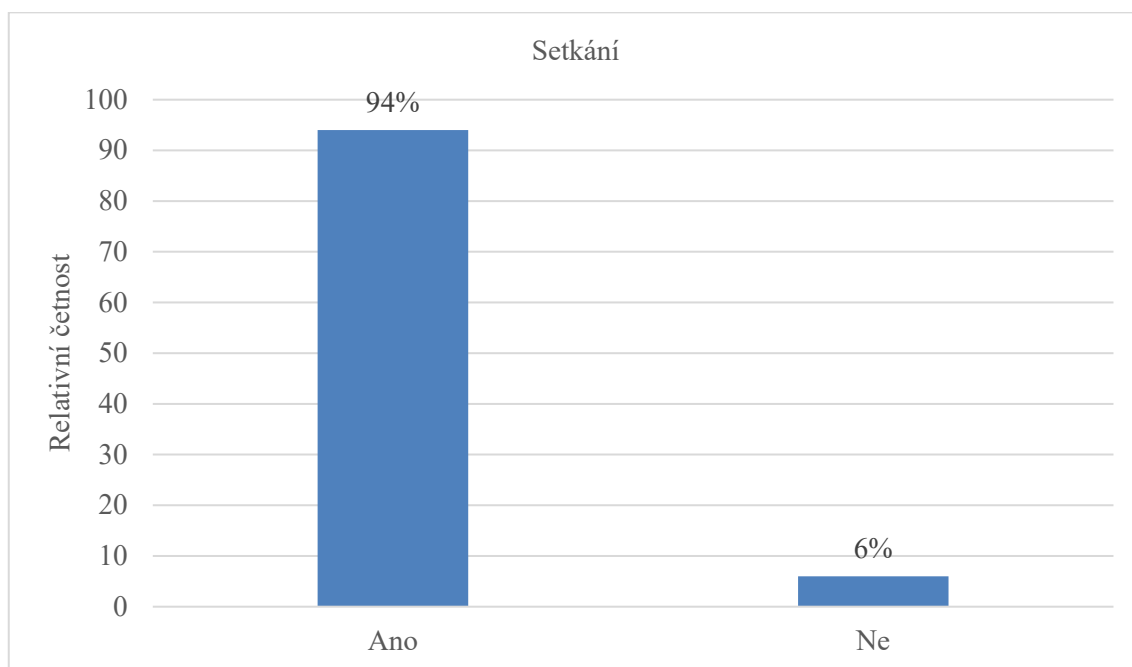
Otázka č. 5 Pracujete v sociálním zařízení nebo v domácí péči?



Graf 5 Sociální zařízení a domácí péče

Z grafu č. 5 lze vyčíst, že většina respondentů pochází ze sociálního zařízení. Jedná se tak o 61 % respondentů. Zbýlých 39 % dotazovaných poskytuje svou pomoc v rámci domácí péče.

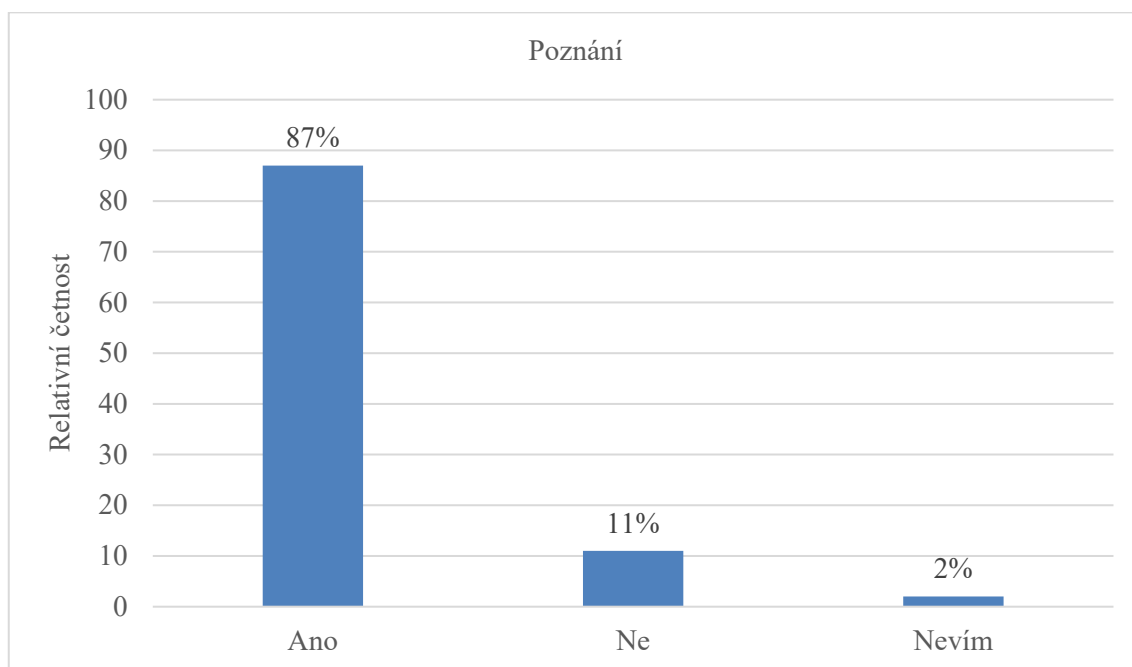
Otázka č. 6 Setkali jste se při své práci s pacientem, který měl onemocnění demence?



Graf 6 Setkání

Respondenti, kteří byli v rámci dotazníkové šetření dotazováni na otázku č. 6, která se ptala na to, zda se již setkali při své práci s pacientem, který měl onemocnění demence. Ze sloupcového grafu č. 6 lze zcela jasně vidět, že opravdu většina dotazovaných se s touto diagnózou u svých pacientů setkala. Při své práci se s pacienty, kteří trpí demencí, setkalo 94 % respondentů. Zbýlých 6 % respondentů označilo, že se s touto diagnózou u svých pacientů nesetkalo.

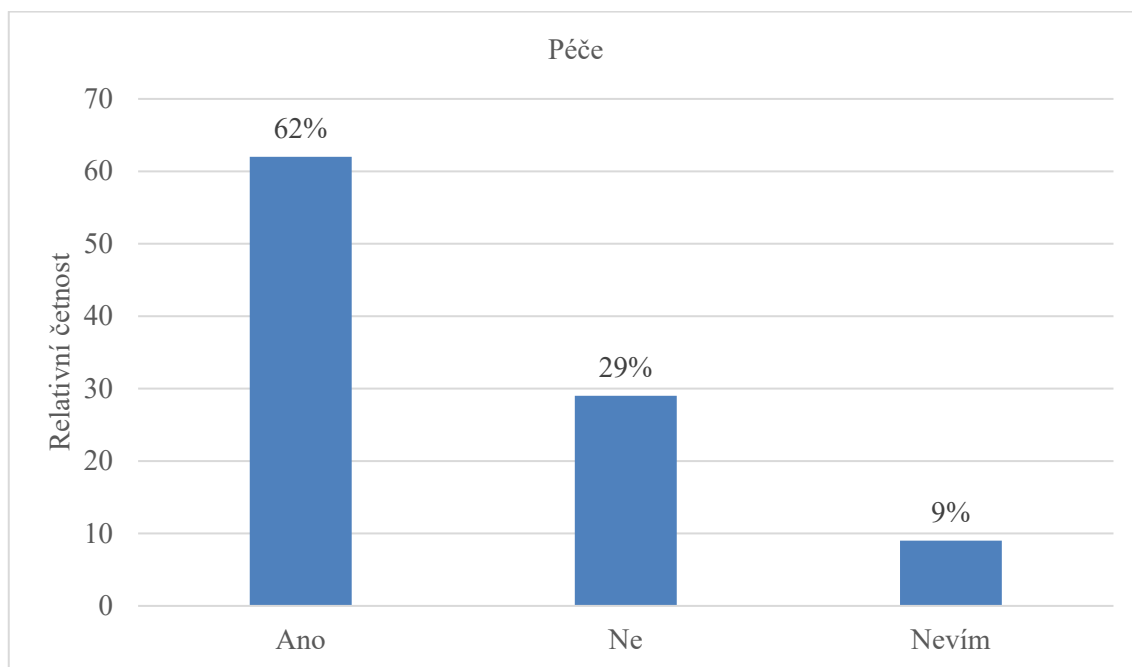
Otázka č. 7 Poznali jste někoho v osobním životě, kdo trpěl onemocněním demence?



Graf 7 Poznání

U výše položené otázky č. 7, měli respondenti na výběr ze tří možností, jak na ní odpovědět. 87 % dotazovaných odpovědělo, že ve svém osobním životě potkali někoho, kdo trpěl demencí. 11 % respondentů odpovědělo, že se ve svém osobním životě s touto diagnózou u nikoho nesetkali. Pouhá dvě procenta respondentů z celkového počtu dotazovaných odpovědělo, že si nejsou zcela jisti, zda se ve svém osobním životě s takovýmto člověkem setkali nebo ne.

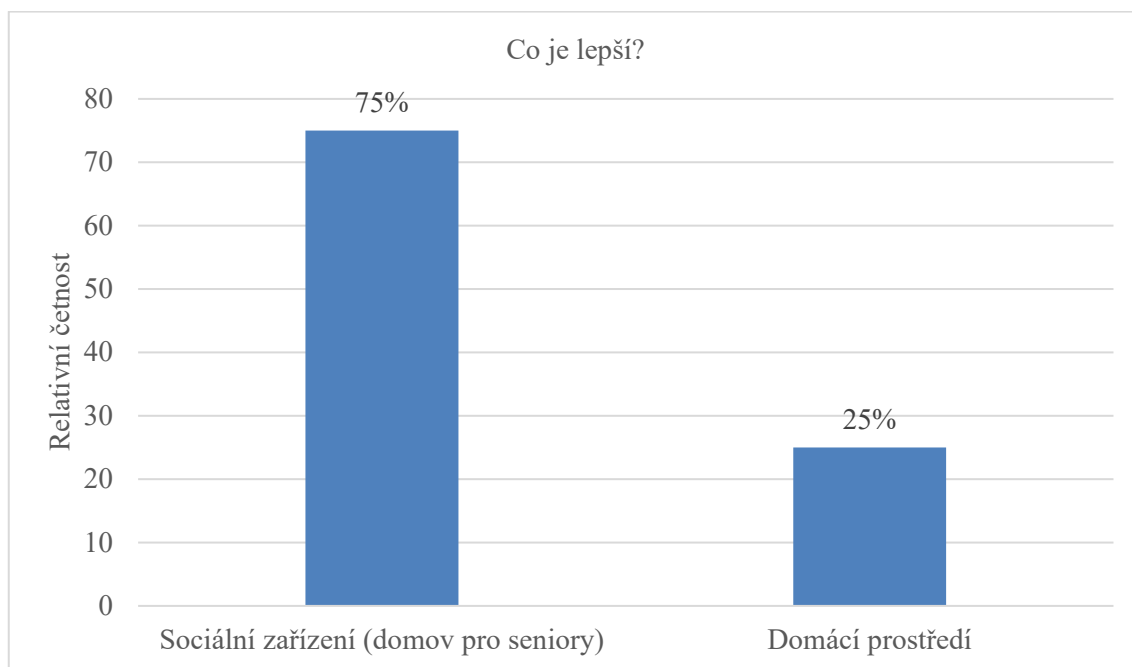
Otázka č. 8 Byla péče o nemocného s demencí jiná než péče o pacienta, který demencí netrpěl?



Graf 8 Péče

Otázka č. 8 se zabývala tím, zda péče o nemocného s demencí představovala jinou formu péče než péče o osobu, která demencí netrpěla. Z grafu č. 8 můžeme jasně vidět, že 62 % respondentů, což představuje většinu dotazovaných, si stojí za tím, že péče o pacienta s demencí je jiná než u jiného pacienta. 29 % dotazovaných je toho názoru, že tato forma péče není jiná. Poslední a nejméně zastoupenou odpovědí zůstává odpověď „nevím“, což volilo pouhých 9 % respondentů.

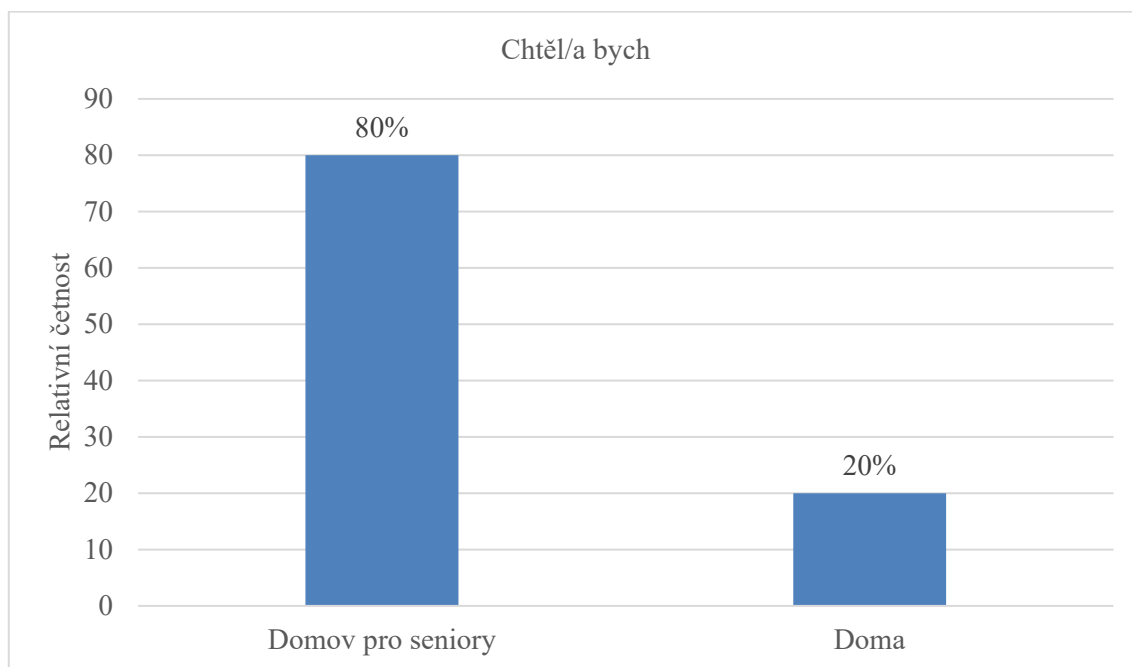
Otázka č. 9 Myslíte si, že je pro pacienta s demencí lepší pobyt v domácím prostředí či sociálním zařízení?



Graf 9 Co je lepší?

Z grafu č. 9 vyplývá, že velká část dotazovaných respondentů je toho názoru, že pro pacienty s onemocněním demence je lepší, když jsou ubytováni v rámci sociálního zařízení tedy domova pro seniory. Zbýlých 25 %, tedy menšina, je toho názoru, že péče o osoby s demencí by měla být realizována v jejich domácím prostředí.

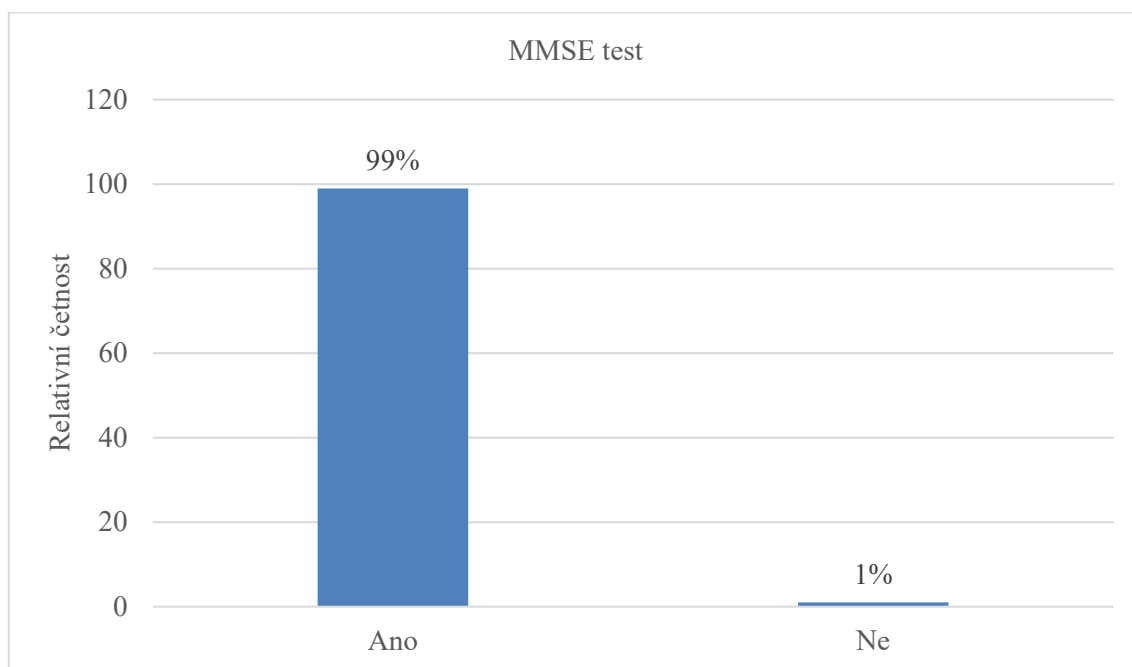
Otázka č. 10 Kdybyste trpěli tímto onemocněním, chtěli byste žít v sociálním zařízení nebo v domácím prostředí?



Graf 10 Chtěl/a bych

Graf č. 10 zobrazuje odpovědi respondentů, na otázku, která se zabývala reakcí zdravotních sester na to, kdyby trpěly tímto onemocněním, zda by byly raději, aby byla jejich péče v rámci domácího prostředí nebo zda by upřednostnily péči v domově pro seniory. Zastoupení respondentů u odpovědi „*domov pro seniory*“, bylo do jisté míry překvapující. 80 % respondentů totiž odpovědělo, že by si při tomto onemocnění představovali spíše institucionální péči. 20 % respondentů by tak upřednostňovali péči v rámci domácího prostředí.

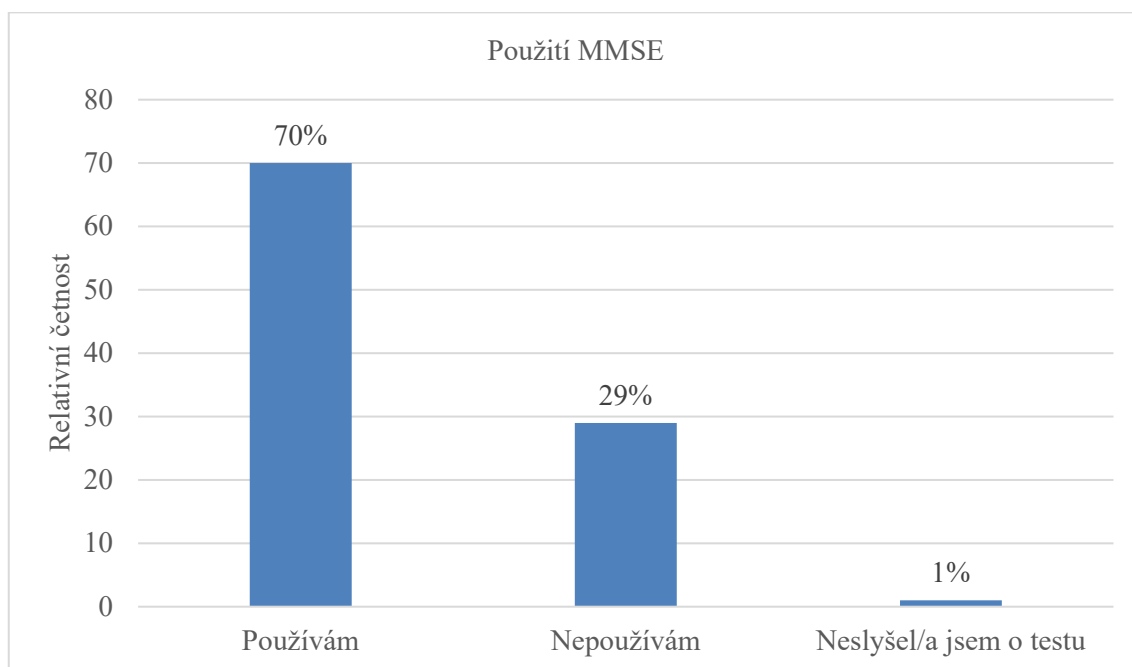
Otázka č. 11 Slyšeli jste někdy o testu MMSE?



Graf 11 MMSE test

MMSE představuje hlavní diagnostickou metodu, která slouží k odhalení Alzheimerovy demence. Právě otázka č. 11 se na tuto vyšetřovací metodu zabývala. Z grafu č. 11 lze vyčíst, že naprostá většina tuto vyšetřovací metodu zná, jedná se tak o 99 % dotazovaných z celkového počtu. Pouze jeden z respondentů odpověděl, že o této metodě nemá ponětí.

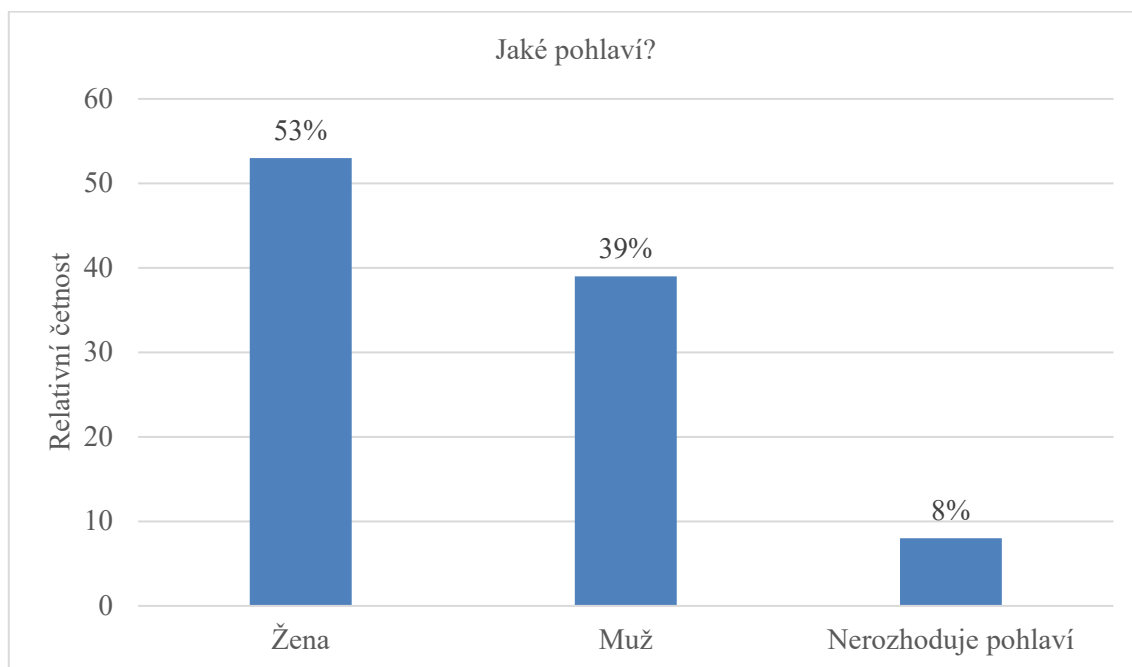
Otázka č. 12 Používáte nebo jste někdy během své praxe použili test MMSE?



Graf 12 Používání MMSE

I otázka č. 12 se pojí k vyšetřovací metodě MMSE při odhalení Alzheimerovy demence. Avšak šlo při této otázce o zjištění, zda respondenti během své praxe tuto metodu využívají. 70 % dotazovaných tak odpovědělo, že metodu MMSE používá při své praxi. 29 % tuto metodu nepoužívá, i zde jeden z dotazovaných odpověděl, že nikdy o tomto druhu testu neslyšel.

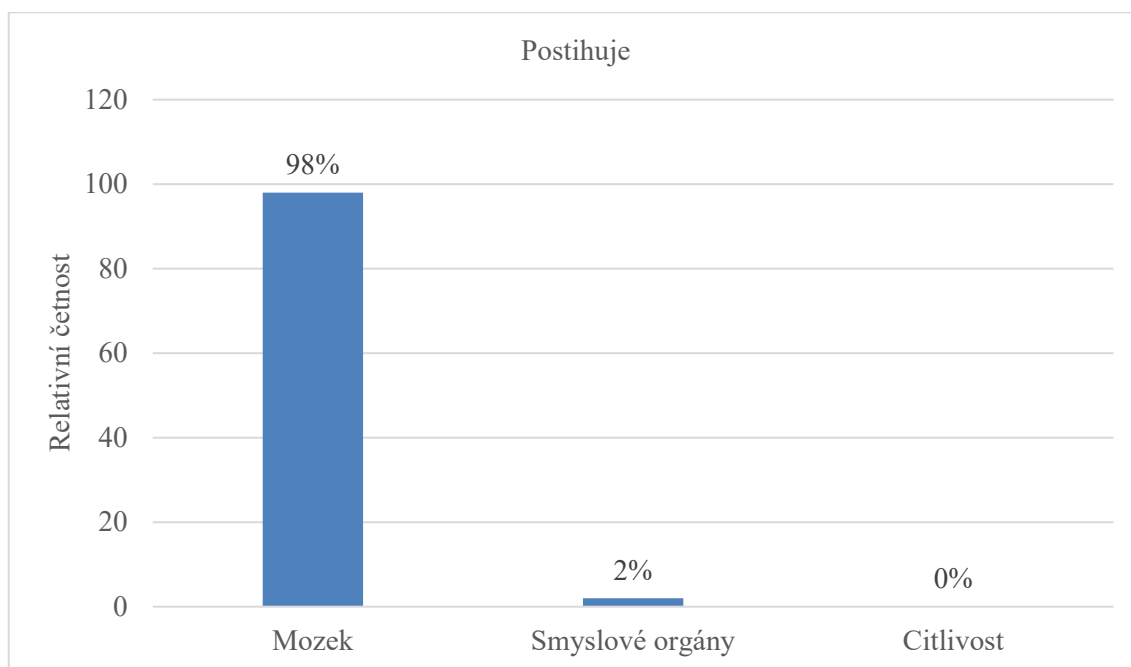
Otázka č. 13 Jaké pohlaví si myslíte, že má větší předpoklad pro Alzheimerovu chorobu?



Graf 13 Jaké pohlaví?

Výše uvedený graf č. 13 se pojí k otázce č. 13, která má za úkol od respondentů zjistit, jaké pohlaví je rizikovým faktorem pro Alzheimerovu chorobu. Z grafu si tak lze všimnout, že větší polovina respondentů označila odpověď „žena“, což v tomto případě činí 53 % dotazovaných. Druhá nejvíce označována odpověď, je „muž“, tuto odpověď volilo 39 % respondentů. Pouhých 8 % dotazovaných je toho názoru, že pohlaví nijak nerozhoduje o riziku Alzheimerovy nemoci.

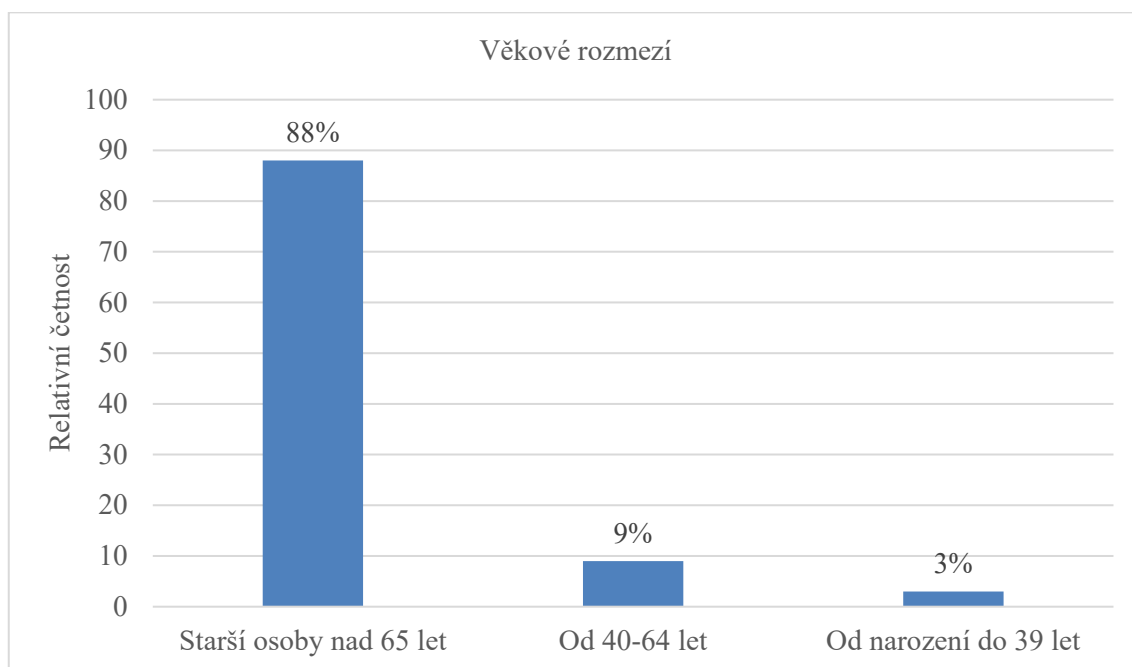
Otázka č. 14 Alzheimerova choroba je onemocnění, které nejvíce postihuje?



Graf 14 Postihuje

Jelikož jde v rámci tohoto výzkumného šetření o zjištění informovanosti respondentů o Alzheimerově demenci, bylo proto vhodné zakomponovat otázku, která se zabývala tím, co je při tomto onemocnění nejvíce postiženo. V rámci otázky č. 14, tak měli respondenti na výběr ze tří možných odpovědí. Drtivá většina tak odpověděla, že nejvíce postiženým orgánem je při Alzheimerově chorobě právě mozek, jednalo se tak o 98 % odpovědí. 2 % poté označila smyslové orgány.

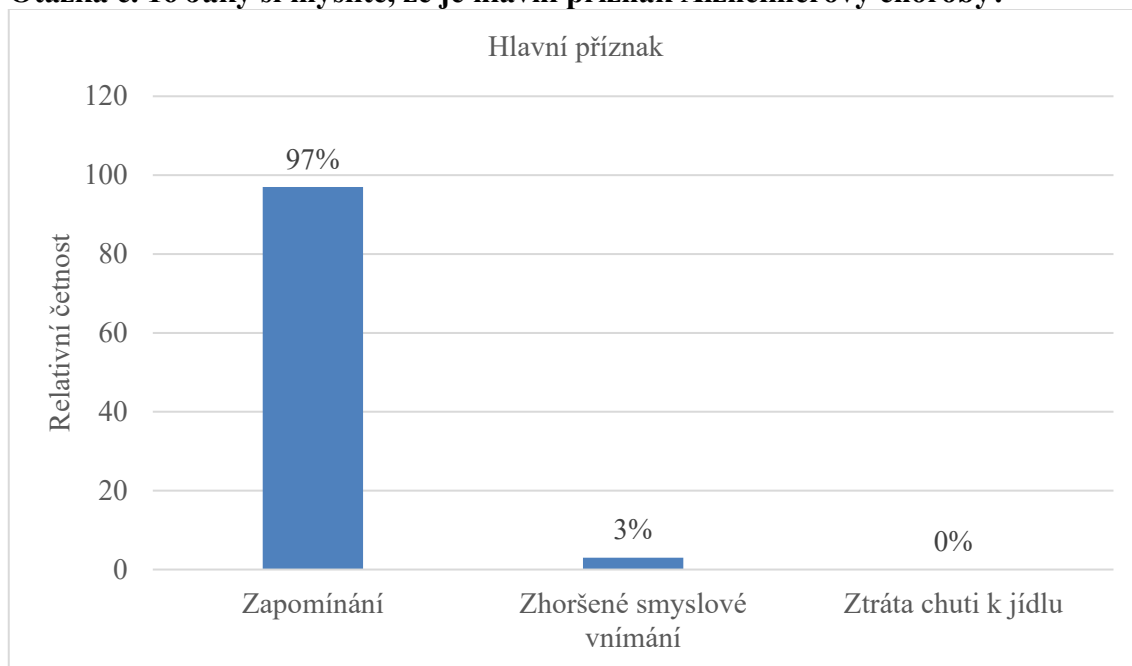
Otázka č. 15 Od kolika let si myslíte, že toto onemocnění postihuje nejvíce?



Graf 15 Věkové rozmezí

Respondenti měli v rámci otázky č. 15 odpovědět na to, v jakém věkovém rozmezí se Alzheimerova demence objevuje. Odpověď „starší osoby nad 65 let“ označilo 88 %, což je většina dotazovaných respondentů. Odpověď „od 40 do 64 let“ volilo 9 % respondentů a v neposlední řadě odpověď „od narození do 39 let“ označila pouhá 3 % dotazovaných.

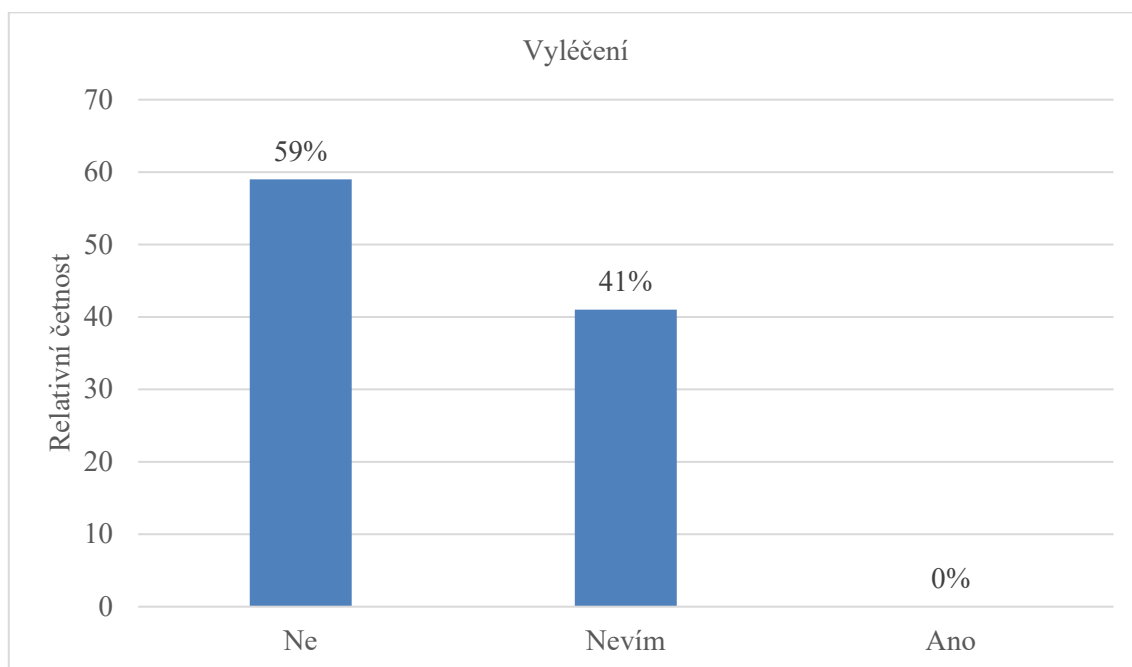
Otázka č. 16 Jaký si myslíte, že je hlavní příznak Alzheimerovy choroby?



Graf 16 Hlavní příznak

Graf č. 16 představuje procentuální zastoupení odpovědí na otázku, která se zabývala názorem respondentů na to, který je dle nich hlavním příznakem Alzheimerovy choroby. V tomto případě zcela jasná drtivá většina odpověděla, že hlavním příznakem Alzheimerovy demence je zapomínání, což souvisí s poruchou kognitivních funkcí. Většina na grafu jasně představuje 97 % dotazovaných. Zhoršení smyslového vnímání označilo za hlavní příznak Alzheimerovy choroby 3 % respondentů. Zcela nulovým zastoupením byla odpověď „ztráta chuti“.

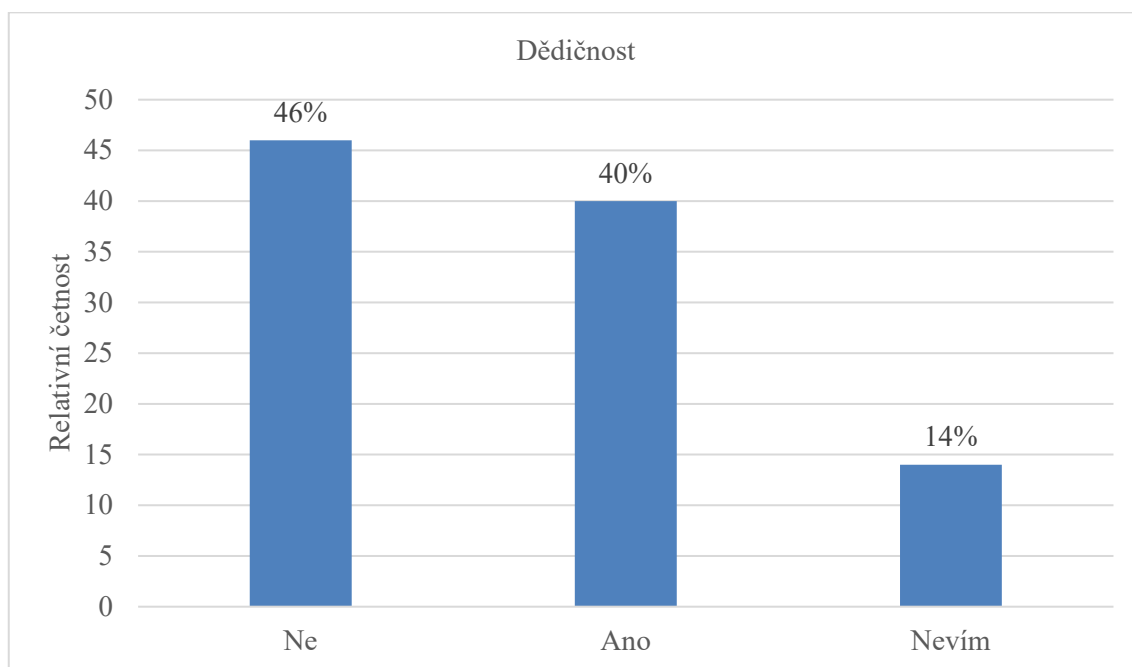
Otázka č. 17 Myslíte si, že se dá zcela vyléčit?



Graf 17 Vyléčení

Otázka č. 17 se ptala respondentů na to, zda je možné úplné vyléčení Alzheimerovy demence. Úplné vyléčení vyloučilo 59 % dotazovaných. 41 % dotazovaných odpovědělo, že neví, zda lze tuto chorobu zcela vyléčit. Úplné vyléčení nevolil ani jeden z dotazovaných respondentů.

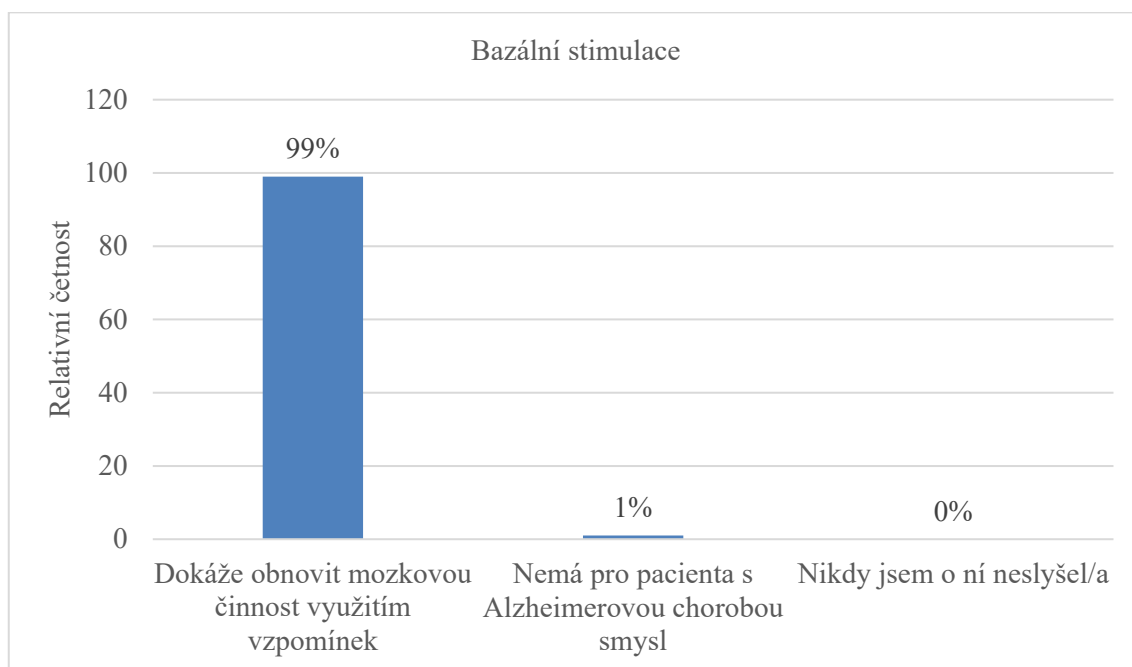
Otázka č. 18 Myslíte si, že může být toto onemocnění dědičné?



Graf 18 Dědičnost

Tím, zda se při Alzheimerově chorobě může jednat o dědičnou záležitost, se zabývala otázka č. 18. Z grafu tak můžeme sledovat odpovědi našich respondentů. 46 % dotazovaných si myslí, že se o dědičné onemocnění nejedná. Naopak 40 % dotazovaných z celkového počtu respondentů je toho názoru, že v tomto případě se o dědičnost jednat může. Odpověď „nevím“ volilo 14 % respondentů.

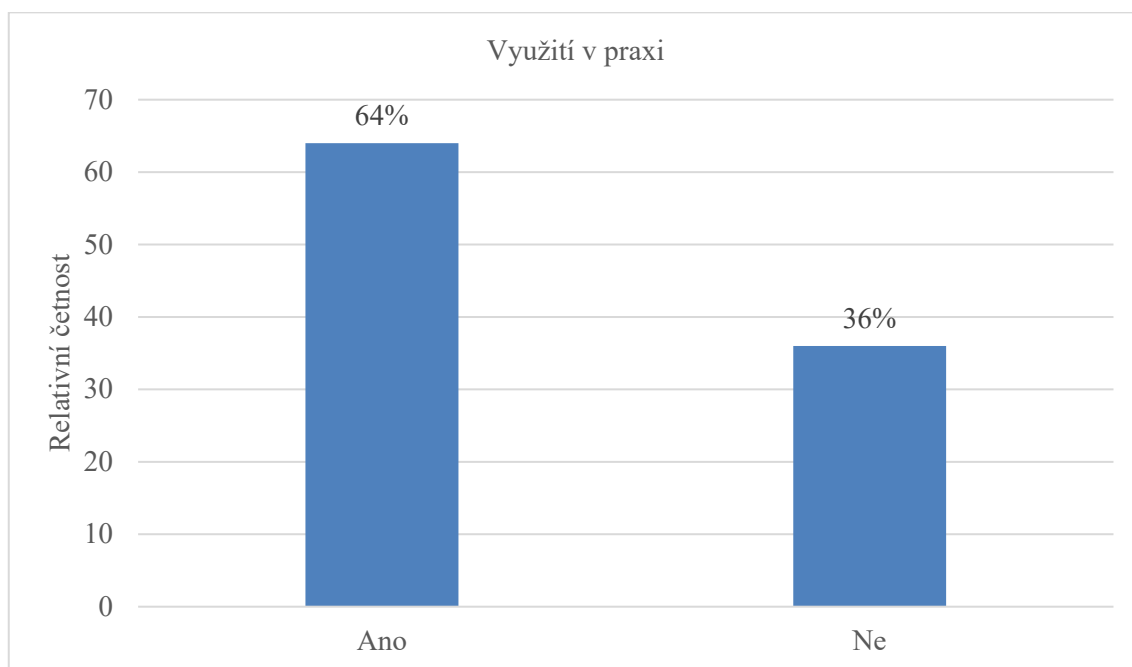
Otázka č. 19 Znáte pojem bazální stimulace?



Graf 19 Bazální stimulace

Graf č. 19 nám ukazuje zastoupení jednotlivých odpovědí na otázku č. 19, která se zabývala znalostmi pojmu bazální stimulace. Naprostá většina respondentů odpověděla, že pojem bazální stimulace zná a podle nich se tak jedná o terapii, která dokáže obnovit mozkovou činnost využitím vzpomínek. Podporuje vnímání, komunikaci a pohybové schopnosti člověka. Jeden z respondentů naopak odpověděl, že si nemyslí, že by bazální stimulace pro pacienty s Alzheimerovou demencí měla nějaký smysl. Žádný z respondentů neuvedl, že o bazální stimulaci nikdy neslyšel.

Otázka č. 20 Využili jste někdy ve své praxi bazální stimulaci?



Graf 20 Využití v praxi

Odpovědi na výše uvedenou poslední otázku, nám znázorňuje graf č. 20. Z tohoto grafu tak vyplývá, že 64 % respondentů již při své praxi využilo metody bazální stimulace. 36 % respondentů odpovědělo, že tuto metodu v rámci své praxe nepraktikuje.

2.6 Diskuze

Cílem praktické části bylo zjistit úroveň znalostí sester v této problematice a stručně zhodnotit rozdíl mezi domácí péčí a sociálním zařízením. Na základě takto předem nastaveného cíle praktické části byly zvoleny další dva dílčí cíle a rovněž také tři výzkumné otázky. Celé výzkumné šetření bylo realizováno v době tří měsíců, a to v měsících leden a únor a březen letošního roku. Výzkumným vzorkem byli respondenti, kteří pocházejí z Jihomoravského kraje a kraje Vysočina, přičemž pracují v rámci sociálního zařízení či v oblastní charitě, která zprostředkovává domácí péči. Velkým kritériem pro uskutečnění výzkumného šetření bylo to, aby respondenti byli z oboru zdravotní sestra. Předem připravený dotazník se skládal ze dvou částí. První část byla zaměřená na zjištění demografických údajů. Druhá část se poté zaměřovala na získání informací, které jsou stěžejní k vyhodnocení stanovených cílů a odpovědí na výzkumné otázky.

Hlavním úkolem dotazníkového šetření bylo především zajistit co nejširší záběr respondentů. Respondenti byli zdravotní sestry, u kterých došlo k zastoupení obou pohlaví. Celkem se vrátilo 102 dotazníků, což je počet, který sloužil k vyhodnocování informací. Dotazníkového šetření se účastnilo nejvíce respondentů, kteří se nacházejí ve věkovém rozpětí od 30 do 39 let. Druhá nejpočetnější skupina byli respondenti ve věku od 40 do 49 let a respondenti ve věkové hranici do 29 let. Co se týče pohlaví, byla nadměrná většina ženského pohlaví, což činilo celkem 91 % z celkového počtu respondentů. Při dotazníkovém šetření byla položena také otázka na délku zdravotnické praxe. Kdy nám v analýze výsledků vyšlo, že tohoto výzkumného šetření se účastnilo 38 % zdravotních sester, které disponují svou odbornou praxí v rozmezí 11 až 20 let.

Výzkumná otázka č.1

Jak často se sestry při své práci setkávají s demencí u seniorů?

První výše uvedená výzkumná otázka č. 1, se zabývala tím, zda se zdravotní sestry v rámci své práce setkaly s pacienty, kteří trpí onemocněním demencí. V grafu č. 6 tak můžeme vidět, že 94 % dotazovaných se tak setkala u svých pacientů s demencí. Pouhých 6 % zdravotních sester se tak ve svém povolání nesetkalo u pacientů s demencí. Z uvedeného závěru tudíž můžeme potvrdit, že většina dotazovaných sester se někdy během své práce setkala s člověkem, který trpěl onemocněním demence. Tuto skutečnost, lze také spatřit v souladu s Markovou a Venglářovou (2008), kdy v jejich publikaci

poukazují na to, že ošetrovatelská péče je založená na komplexním přístupu, v rámci kterého je zcela jasné, že se větší míra sester setkává s pacienty, kteří trpí demencí. Ošetrovatelský proces je tak stavem, kdy se sestry setkávají s různou věkovou kategorií pacientů, kteří např. díky svému vyššímu věku disponují jistými duševními poruchami apod. V tomto případě tak může dojít k seznámení se s pacientem s demencí.

Taktéž lze konstatovat, že 6 % dotazovaných, kteří se s pacienty s demencí ještě nesetkali, mohli být respondenti s kratší dobou praxe, která jim ještě nenabídla pacienta s demencí. Na délku praxe se zaměřuje i Zgola (2003), která je toho názoru, že delší praxe představuje daleko rozmanitější poznání pacientů. Autorka poukazuje také na fakt, že v praxi sestry nejde pouze o to, že se mohou setkat s velkým množstvím diagnóz, ale je větší pravděpodobnost, že délka praxe určuje také míru důvěry, respektu a vzniku skutečného vztahu s pacientem (Zgola, 2003).

K této první výzkumné otázce se tak může vázat i graf č. 7, který znázorňoval odpovědi na otázku č. 7: „*Poznali jste někoho v osobním životě, kdo trpěl onemocněním demence?*“ Na uvedenou otázku odpovědělo 87 % zdravotních sester, že ve svém okolí poznali osobu, která trpí demencí. 11 % tak odpovědělo, že se s tímto případem ve svém osobním životě nesetkalo. Dvě procenta respondentů si odpovědí na otázku není zcela jisto.

Výzkumná otázka č. 2

Jaké prostředí je pro člověka s demencí lepší, domácí prostředí nebo sociální zařízení?

K této výzkumné otázce č. 2 se váže graf č. 9. V rámci tohoto grafu můžeme zcela jasně odpovědět na stanovenou otázku. Větší zastoupení respondentů, tedy konkrétně 75 % odpovědělo, že pro pacienty s demencí je vhodnější péče v sociálním zařízení. Zbýlých 25 %, zdravotních sester, je toho názoru, že by pacienti s demencí měly zůstat doma v rámci svého prostředí a naplno využít tak nabídku domácí péče. Dvořáčková (2012) vymezuje demenci, jako postupné zhoršování výkonu běžných funkcí, což dále způsobuje, že jedinec, který je postižen demencí, začíná být stále více závislým na péči a pomoci druhých lidí. Bohužel v některých případech je vhodnější přistoupit na péči v rámci sociálního zařízení. Otázkou zůstává, zda je vhodnější sociální péče z důvodu nezájmu rodiny, absence rodiny nebo nedostatečné edukace rodiny při péči o pacienta s demencí. Dvořáková (2012) se zastává toho názoru, že i přes veškerou snahu specialistů a odborníků na demenci, není široká veřejnost stále dostatečně informována. Právě tento

fakt dále způsobuje, že nedochází k včasné návštěvě lékaře, což dále vede k neodpovídající terapii. Schuler a Oster (2010) však uvádějí to, že dementní pacient v rámci sociálního zařízení není ten, který se musí přizpůsobit, naopak právě konkrétní zařízení musí vždy brát v potaz potřeby pacientů s demencí.

Našich respondentů jsme se rovněž doptávali, jakou péči by si oni představovali, kdyby se u nich projevilo onemocnění demence. Z grafu č. 10, můžeme vidět, že 80 % dotazovaných respondentů by si při tomto onemocnění představovalo spíše institucionální péči. Zbylých 20 % by upřednostňovalo péči, která by jim byla poskytována v jejich domácím prostředí.

Výzkumná otázka č. 3

Jaká je informovanost sester o onemocnění demence?

Výzkumná otázka č. 3 se zabývala tím, jak moc jsou dotazované zdravotní sestry informovány o základech Alzheimerově nemoci. K této hypotéze se tak pojí většina otázek a grafů, a to především graf č. 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18.

Ze získaných informací, které jsou v uvedených grafech vyobrazeny, lze předpokládat, že opravdu většina dotazovaných zdravotních sester má základní přehled o Alzheimerově nemoci. Drtivá většina, tedy 99 % zná pojem MMSE, což představuje základní testovací metodu, která slouží k diagnostice Alzheimerovy choroby. Z toho 70 % respondentů tuto metodu opravdu využívá při své praxi s těmito pacienty. Správně respondenti uvedli, že Alzheimerova nemoc je více rizikovější pro pacienty ženského pohlaví, zde se jedná o 53 % respondentů. Velmi jednoznačná většina také správně odpověděla, že při tomto druhu onemocnění je nejvíce zasažen mozek, pouze 2 % dotazovaných uvedlo, že se jedná o smyslové orgány. S tímto výsledkem souhlasí i teoretické východisko, kdy Zvěřová (2017) označuje Alzheimerovu nemoc za závažné onemocnění mozku. Právě v mozku při Alzheimerově chorobě dochází k zániku mozkových buněk, přičemž dochází k výraznému úbytku mozkové hmoty.

I když se stále častěji můžeme setkat s tím, že Alzheimerova nemoc napadá i mladší pacienty, respondenti uvedli, že tato nemoc napadá pacienty především ve věkové kategorii nad 65 let. Za hlavní příznak uvedlo 97 % respondentů zapomínání, což jednoznačně znamená správnou odpověď. Pacienti se totiž potýkají s postižením

kognitivních funkcí. Zvěřová (2017) považuje za zcela zásadní příznak zapomínání. Jelikož jde o ovlivnění veškerých kognitivních funkcí, radí autorka zapomínání na přední příčky. U Alzheimerovy nemoci dochází k tomu, že si jedinec nedokáže vybavit jednoduchá slova, blízké osoby a postupně si nevzpomene ani později (Zvěřová, 2017).

Na otázku č. 17 odpovědělo 59 % zdravotních sester, že se Alzheimerova nemoc nedá vyléčit, přičemž 41 % odpovědělo, že neví. S tímto tvrzením souhlasí i Holmerová a Jarolímová (2008) kdy uvádějí fakt, že se jedná o nevyléčitelnou nemoc. Jde pouze ovlivnit její průběh vhodnou léčbou a následnou terapií, nikoliv však úplně vyléčit. Podle 46 % dotazovaných zdravotních sester není Alzheimerova choroba dědičnou záležitostí, naopak 40 % dotazovaných si myslí, že jde o dědičnost.

Z výše uvedených poznatků tak lze potvrdit, že dotazované sestry jsou informovány o problematice s onemocněním demence.

Prostřednictvím dotazníkového šetření bylo mimo jiné zjištěno, že dotazovaní z 99 % znají bazální stimulaci, přičemž ji označili jako proces, při kterém lze obnovit činnost mozku, a to za využití vzpomínek. Bazální stimulace tak podporuje vnímání, komunikaci a pohybové schopnosti člověka. Autorka diplomové práce Plisková (2007) se zabývala výzkumným šetřením na téma Bazální stimulace u seniorů s Alzheimerovou chorobou v rámci kterého zjistila, že bazální stimulace umožňuje pacientům zlepšit jejich zdravotní stav, a to prostřednictvím cílené stimulace smyslových orgánů. Rovněž větší polovina dotazovaných uvedla, že s bazální stimulací pracují v rámci své odborné praxe.

2.7 Návrh řešení a doporučení pro praxi

Z výzkumného šetření bylo zjištěno, že sestry disponují různou délkou praxe, což v praxi může představovat neznalost určitého ošetrovatelského procesu v rámci péče o pacienta s demencí. Je proto nutné, aby sestra, která přijde do styku s pacientem disponujícím demencí, znala veškeré metodické postupy, které se týkají ošetrovatelské péče o tohoto klienta. Zde by mělo dojít k plné edukaci přiřazeným mentorem, který by tuto skutečnost měl pečlivě zaškolit a posléze i ověřit. Především je nutné, aby sestra dobře znala veškeré individuální potřeby, které tento pacient má. Dále z výsledků výzkumného šetření můžeme pozorovat skutečnost, že sestry považují za vhodné, aby pacient s demencí byl umístěn do sociálního zařízení, nikoliv aby mu byla péče poskytována v domácím prostředí. Otázkou je, proč? Domácí péče představuje pro pacienta daleko více přínosnější prostředí než prostředí sociálního zařízení, ve kterém se musí vhodným způsobem adaptovat. Nebylo by od věci, aby celá veřejnost znala možnosti domácí péče a více se o tento způsob terapie zajímala. Možná je to dáno tím, že se veřejnost bojí péče o tohoto pacienta a veškerou péči směřuje právě do daných institucí. Nebo se může jednat o problematiku státu, co se týká finančních možností. Domácí péče ve většině případů vyžaduje i speciální zařízení nebo úpravy bytu, které představují finanční náklady. Dále je to rodina, která by měla být plně edukována o veškerých možnostech. Sestry by se tak mohly více zapojit do zasvěcení veřejnosti v rámci různých přednášek, besed nebo reklam, díky čemuž by byla domácí péče více upřednostňována. O bazální stimulaci je známo, že pomáhá v rámci kognitivních funkcí, proto bych zařadila do kompetencí zdravotních sester také realizaci bazální stimulace u pacientů s demencí.

Závěr

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit úroveň znalostí sester v této problematice a stručně zhodnotit rozdíl mezi domácí péčí a sociálním zařízením. Tato práce byla rozdělena do dvou částí, a to na teoretickou a praktickou část. Samotná teoretická část obsahuje jednu hlavní kapitolu, která je následně rozdělená do několika dílčích podkapitol. Teoretická část sloužila, jako pouhé shrnutí již dostupných teoretických poznatků.

Hlavní kapitola teoretické části je plně věnována vymezení pojmu demence a Alzheimerova choroba. Úvodní část této kapitoly se orientuje na představení demence v souvislosti se seniorským věkem. Jelikož má věk tendenci neustále se prodlužovat, bylo důležité upozornit na symptomy, které se pojí k demenci. Demence představuje poruchu kognitivních funkcí a společně s věkem tyto poruchy rapidně narůstají. O zcela jasné vymezení pojmu demence se postarala samotná Mezinárodní klasifikace nemocí desáté revize. Demenci je možno rozdělit do několika forem a typů. Demence se dle odborné literatury dělí na atroficko-degenerativní a symptomatickou demenci. S demencí atroficko-degenerativního typu souvisí i Alzheimerova choroba. Právě Alzheimerova choroba představuje velmi složitý a dlouhodobý proces. Tento proces je poměrně plíživý a určení primárních znaků tohoto typu demence není vůbec lehkým úkolem. Jedinec se s Alzheimerovou chorobou může potýkat v rozsahu tří až osmi let, přičemž se jeho zdravotní stav může rapidně zhoršovat. Alzheimerova choroba má tři stádia, která jsou označována jako lehká, středí a těžká. Velmi důležité je, aby jedinec, u kterého se velmi zjevně objevují symptomy tohoto onemocnění, navštívil v co možná nejkratším čase lékaře. Na základě stanovené diagnózy, je možné určit, zda se jedná o Alzheimerovu chorobu. Pro jasnou diagnostiku, zda se jedná o toto onemocnění je zvolen test nesoucí název Mini-Mental State neboli MMSE. Díky tomuto testu, který zkoumá celou řadu oblastí, lze tuto demenci vyvrátit nebo ji potvrdit. V neposlední řadě je třeba si uvědomit, že neexistuje žádný lék, který by Alzheimerovu chorobu dokázal zcela vyléčit. Avšak tento fakt neznamená to, že by některá forma léčby nedokázala zdravotní stav pacienta zlepšit. K léčbě této demence slouží kognitiva, která zmírňují příznaky. Dalo by se říct že, tímto způsobem léčby dochází ke zlepšení kvality života nemocného jedince, ale i jeho okolí.

Co se týká praktické části této práce, došlo ke zjištění, že zdravotní sestry, které pracují v sociálním zařízení nebo v jiné instituci, která zařizuje domácí péči, mají dostatek základních informací o demenci a Alzheimerově chorobě. Zjištění ukázalo, že zdravotní sestry dokážou využít diagnostickou metodu MMSE ve své praxi, a dojít tak k závěrům, zda se u daného pacienta vyskytuje Alzheimerova demence. Zcela jasným hlavním příznakem je snížení kognitivních funkcí především tak paměť a s ní spojené zapomínání. Většina sester se již v průběhu svého života setkala s pacientem, jehož diagnostika představovala demenci. Velmi důležitým zjištěním je fakt, že si výzkumný vzorek myslí, že pro pacienta s demencí je vhodnější péče, která je poskytována v rámci sociálního zařízení, domova pro seniory. U tohoto zjištění lze spekulovat, proč si myslí, že právě institucionální péče je vhodnějším způsobem než péče v domácím prostředí. Právě toto zjištění může vést k dalšímu výzkumnému šetření a navázat tak na výsledky této bakalářské práce.

V závěru této práce lze tak dojít ke zhodnocení naplnění hlavního cíle, kdy si myslím, že se mi jej podařilo naplnit do plné míry, čímž jsem objasnila skutečnost, že se zdravotní sestry dokážou orientovat v problematice Alzheimerovy demence.

Seznam použité literatury

1. DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.
2. FERTAIOVÁ, Terézia a Iveta ONDRIOVÁ. *Demence: nefarmakologické aktivizační postupy*. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-2479-4.
3. FRANKOVÁ, Vanda, 2010. *Alzheimerova demence v praxi: konsenzus psychiatricko-neurologicko-geriatrický*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-802-0424-235.
4. FRANKOVÁ, Vanda. *Demence u Alzheimerovy choroby. Psychiatrie pro praxi* 2017; 18(1): 30-33. ISSN 1338-3132.
5. FRANKOVÁ, Vanda. *Interní medicína pro praxi: Optimalizace léčby Alzheimerovy choroby* [online]. 3. 2015 [cit. 2021-02-25]. ISBN 1803-5256. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2016/02/08.pdf>
6. GEORGI, Hana a Danuše STEINOVÁ. *Trénování paměti: metodická příručka*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2010. ISBN 978-80-87142-08-0.
7. GLENNER, Joy A. *Péče o člověka s demencí*. Praha: Portál, 2012. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-262-0154-0.
8. CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2016. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5326-3.
9. JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, 2012. 96, 12 s. ISBN 80-7368-110-2.
10. JEŘÁBEK, Hynek a kol. *Mezigenerační solidarita v péči o seniory*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2013. 317 s. ISBN 978-80-7419-117-6.
11. KALVACH, Zdeněk. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-4026-3.
12. KALVACH, Zdeněk a Alice ONDERKOVÁ. *Stáří: pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén, 2006. Care. ISBN 8072624555.
13. LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 8024712849.

14. MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-2030-7.
15. *MKN-10: mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů : desátá revize : obsahová aktualizace k 1.1.2018*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2018. ISBN 978-80-7472-168-7.
16. OLECKÁ, Ivana a Kateřina IVANOVÁ. *Metodologie vědecko-výzkumné činnosti*. Olomouc: Moravská vysoká škola Olomouc, 2010. ISBN 978-80-87240-33-5.
17. PIDRMAN, Vladimír. *Demence*. Praha: Grada, 2007. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1490-5.
18. PLÍSKOVÁ, Andrea. Bazální stimulace u seniorů s Alzheimerovou chorobou. Masarykova univerzita. Pedagogická fakulta. 2007
19. PŘIBYL, Hugo. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf, [2015]. Jessenius. ISBN 978-80-7345-437-1.
20. SCHULER, Matthias a Peter OSTER. *Geriatricie od A do Z pro sestry*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 9788024730134.
21. VOSEČKOVÁ, Alena. *Kapitoly z psychologie stáří pro studenty sociální práce*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. ISBN n978-80-7435-376-5.
22. ZGOLA, Jitka M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada, 2003. Psyché (Grada). ISBN 8024701839.
23. ZVĚŘOVÁ, Martina. *Alzheimerova demence*. Praha: Grada Publishing, 2017. Psyché (Grada). ISBN 978-80-271-0561-8.
24. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

Seznam grafů

Graf 1 Pohlaví

Graf 2 Věk

Graf 3 Nejvyšší dosažené vzdělání

Graf 4 Délka praxe

Graf 5 Sociální zařízení a domácí péče

Graf 6 Setkání

Graf 7 Poznání

Graf 8 Péče

Graf 9 Co je lepší?

Graf 10 Chtěl/a bych

Graf 11 MMSE

Graf 12 Používáte MMSE

Graf 13 Jaké pohlaví

Graf 14 Postihuje

Graf 15 Věkové rozmezí

Graf 16 Hlavní příznak

Graf 17 Vyléčení

Graf 18 Dědičnost

Graf 19 Bazální stimulace

Graf 20 Využití v praxi

Seznam příloh

Příloha č. 1 Žádost o povolení výzkumného šetření v Domově pro seniory Hostim

Příloha č. 2 Žádost o povolení výzkumného šetření v Domově pro seniory Skalice

Příloha č. 3 Žádost o povolení výzkumného šetření v Diakonii Myslibořice

Příloha č. 4 Žádost o povolení výzkumného šetření v Domově pro seniory Plaveč

Příloha č. 5 Žádost o povolení výzkumného šetření v Domově sv. Anežky

Příloha č. 6 Žádost o povolení výzkumného šetření v Domě sv. Antonína

Příloha č. 7 Žádost o povolení výzkumného šetření v Oblastní charitě Třebíč

Příloha č. 8 Dotazník k výzkumu

Příloha č. 1

Ředitel Domova pro seniory Hostim Mgr. et Mgr. Jindřich Formánek

Hostim 1

Hostim 671 54

Žádost o povolení výzkumného šetření v souvislosti s bakalářskou prací

Vážený pane magistře,

Tímto bych Vás chtěla poprosit o povolení výzkumného šetření v Domově pro seniory Hostim, příspěvková organizace, které je nezbytné pro mou závěrečnou bakalářskou práci na téma Péče o seniory s demencí v domácím prostředí a sociálním zařízení z pohledu všeobecné sestry. Jsem studentkou 3.ročníku oboru Všeobecná sestra na Vysoké škole polytechnické v Jihlavě. Výsledky tohoto šetření budou využity výhradně pro účely mé bakalářské práce.

Děkuji za spolupráci a ochotu.

Jana Bazalová

Vedoucí práce: Mgr. Radmila Křížová

v: Hostimi

dne: 8.3.2021

podpis_____

Příloha č. 2

Ředitelka Domova pro seniory Skalice Ing. Romana Hušková

Skalice 1

Hostěradice 671 71

Žádost o povolení výzkumného šetření v souvislosti s bakalářskou prací

Vážená paní inženýrko,

Tímto bych Vás chtěla poprosit o povolení výzkumného šetření v Domově pro seniory Skalice, příspěvková organizace, které je nezbytné pro mou závěrečnou bakalářskou práci na téma Péče o seniory s demencí v domácím prostředí a sociálním zařízení z pohledu všeobecné sestry. Jsem studentkou 3.ročníku oboru Všeobecná sestra na Vysoké škole polytechnické v Jihlavě. Výsledky tohoto šetření budou využity výhradně pro účely mé bakalářské práce.

Děkuji za spolupráci a ochotu.

Jana Bazalová

Vedoucí práce: Mgr. Radmila Křížová

v: Skalici

dne: 22.3.2021

podpis_____

Příloha č. 3

Ředitelka Domova pro seniory Myslibořice Bc. Michaela Grmelová

Diakonie ČCE-středisko v Myslibořicích

675 60 Myslibořice 1

Žádost o povolení výzkumného šetření v souvislosti s bakalářskou prací

Vážená paní ředitelko,

Tímto bych Vás chtěla poprosit o povolení výzkumného šetření v Domově pro seniory Myslibořice, nezisková organizace, které je nezbytné pro mou závěrečnou bakalářskou práci na téma Péče o seniory s demencí v domácím prostředí a sociálním zařízení z pohledu všeobecné sestry. Jsem studentkou 3.ročníku oboru Všeobecná sestra na Vysoké škole polytechnické v Jihlavě. Výsledky tohoto šetření budou využity výhradně pro účely mé bakalářské práce.

Děkuji za spolupráci a ochotu.

Jana Bazalová

Vedoucí práce: Mgr. Radmila Křížová

v: Myslibořicích

dne: 22.3.2021

podpis_____

Příloha č. 4

Ředitel Domova pro seniory Plaveč Ing. František Vybíral

Domov 1

Plaveč 671 32

Žádost o povolení výzkumného šetření v souvislosti s bakalářskou prací

Vážený pane inženýre,

Tímto bych Vás chtěla poprosit o povolení výzkumného šetření v Domově pro seniory Plaveč, příspěvková organizace, které je nezbytné pro mou závěrečnou bakalářskou práci na téma Péče o seniory s demencí v domácím prostředí a sociálním zařízení z pohledu všeobecné sestry. Jsem studentkou 3.ročníku oboru Všeobecná sestra na Vysoké škole polytechnické v Jihlavě. Výsledky tohoto šetření budou využity výhradně pro účely mé bakalářské práce.

Děkuji za spolupráci a ochotu.

Jana Bazalová

Vedoucí práce: Mgr. Radmila Křížová

v: Plavči

dne 22.3.2021

podpis _____

Příloha č. 5

Ředitelka Domova sv. Anežky Mgr. Jana Šrámková

Kojatice, Velký Újezd 7

Třebelovice 675 32

Žádost o povolení výzkumného šetření v souvislosti s bakalářskou prací

Vážená paní magistro,

Tímto bych Vás chtěla poprosit o povolení výzkumného šetření v Domově sv. Anežky, které je nezbytné pro mou závěrečnou bakalářskou práci na téma Péče o seniory s demencí v domácím prostředí a sociálním zařízení z pohledu všeobecné sestry. Jsem studentkou 3.ročníku oboru Všeobecná sestra na Vysoké škole polytechnické v Jihlavě. Výsledky tohoto šetření budou využity výhradně pro účely mé bakalářské práce.

Děkuji za spolupráci a ochotu.

Jana Bazalová

Vedoucí práce: Mgr. Radmila Křížová

ve: Velkém Újezdě

dne 25.3.2021

podpis_____

Příloha č. 6

Ředitel Domu sv. Antonína Ing. Petr Žák

Komenského 907

Moravské Budějovice 676 02

Žádost o povolení výzkumného šetření v souvislosti s bakalářskou prací

Vážený pane inženýre,

Tímto bych Vás chtěla poprosit o povolení výzkumného šetření v Domě sv. Antonína, které je nezbytné pro mou závěrečnou bakalářskou práci na téma Péče o seniory s demencí v domácím prostředí a sociálním zařízení z pohledu všeobecné sestry. Jsem studentkou 3.ročníku oboru Všeobecná sestra na Vysoké škole polytechnické v Jihlavě. Výsledky tohoto šetření budou využity výhradně pro účely mé bakalářské práce.

Děkuji za spolupráci a ochotu.

Jana Bazalová

Vedoucí práce: Mgr. Radmila Křížová

v: Moravských Budějovicích dne 25.4.2021

podpis_____

Příloha č. 7

Vrchní sestra charity Třebíč Mgr. Simona Kamasová

Leopolda Pokorného 58/15

Třebíč 674 01

Žádost o povolení výzkumného šetření v souvislosti s bakalářskou prací

Vážená paní magistro,

Tímto bych Vás chtěla poprosit o povolení výzkumného šetření v oblastní charitě Třebíč, domácí zdravotní péče, které je nezbytné pro mou závěrečnou bakalářskou práci na téma Péče o seniory s demencí v domácím prostředí a sociálním zařízení z pohledu všeobecné sestry. Jsem studentkou 3.ročníku oboru Všeobecná sestra na Vysoké škole polytechnické v Jihlavě. Výsledky tohoto šetření budou využity výhradně pro účely mé bakalářské práce.

Děkuji za spolupráci a ochotu.

Jana Bazalová

Vedoucí práce: Mgr. Radmila Křížová

v: Třebíči

dne 22.3.2021

podpis _____

Příloha č. 8

Dotazník

Dobrý den, jmenuji se Jana Bazalová a jsem studentkou Vysoké školy polytechnické v Jihlavě. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění dotazníku, který bude sloužit pro výzkumnou část mé bakalářské práce. Zabývám se tématem: Péče o seniory s demencí v domácím prostředí a sociálním zařízení z pohledu všeobecné sestry.

Předem děkuji za vyplnění a navrácení dotazníků.

Otázka č. 1: Jaké je Vaše pohlaví?

- ☐ Žena
- ☐ Muž

Otázka č. 2: Jaký je Váš věk?

- ☐ Do 29 let
- ☐ 30-39 let
- ☐ 40-49 let
- ☐ 50 a více let

Otázka č. 3: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- ☐ Střední zdravotnická škola
- ☐ Vyšší odborná škola
- ☐ Vysoká škola

Otázka č. 4: Kolik máte let praxe?

- ☐ 0-5 let
- ☐ 6-10 let
- ☐ 11-20 let
- ☐ 21 let a více

Otázka č. 5: Pracujete v sociálním zařízení nebo v domácí péči?

- ☐ Sociální zařízení
- ☐ Domácí prostředí

Otázka č. 6: Setkali jste se při své práci s pacientem, který měl onemocnění demence?

- ☐ Ano
- ☐ Ne

Otázka č. 7: Poznali jste někoho v osobním životě, kdo trpěl onemocněním demence?

- ☐ Ano
- ☐ Ne
- ☐ Nevím

Otázka č. 8: Byla péče o nemocného s demencí jiná než péče o pacienta, který demencí netrpěl?

- ☐ Ano
- ☐ Ne
- ☐ Nevím

Otázka č. 9: Myslíte si, že je pro pacienta s demencí lepší pobyt v domácím prostředí či sociálním zařízení?

- ☐ Domácí prostředí
- ☐ Sociální zařízení (domov pro seniory)

Otázka č. 10: Kdybyste trpěli tímto onemocněním, chtěli byste žít v sociálním zařízení nebo v domácím prostředí?

- ☐ Doma
- ☐ Domov pro seniory

Otázka č. 11: Slyšeli jste někdy o testu MMSE?

- ☐ Ano
- ☐ Ne

Otázka č. 12: Používáte nebo jste někdy během své praxe použili test MMSE?

- ☐ Používám
- ☐ Nepoužívám
- ☐ Nikdy jsem o testu neslyšela

Otázka č. 13: Jaké pohlaví si myslíte, že má větší předpoklad pro Alzheimerovu chorobu?

- ☐ Žena
- ☐ Muž
- ☐ Pohlaví nerozhoduje

Otázka č. 14: Alzheimerova choroba je onemocnění, které nejvíce postihuje?

- ☐ Mozek
- ☐ Citlivost
- ☐ Smyslové orgány

Otázka č.15: Od kolika let si myslíte, že toto onemocnění postihuje nejvíce?

- ☐ Od narození do 39 let
- ☐ Od 40-64 let
- ☐ Starší osoby nad 65 let

Otázka č. 16: Jaký si myslíte, že je hlavní příznak Alzheimerovy choroby?

- ☐ Ztráta chuti k jídlu
- ☐ Zapomínání
- ☐ Zhoršené smyslové vnímání

Otázka č. 17: Myslíte si, že se dá zcela vyléčit?

- ☐ Ano
- ☐ Ne
- ☐ Nevím

Otázka č. 18: Myslíte si, že může být toto onemocnění dědičné?

- ☐ Ano
- ☐ Ne
- ☐ Nevím

Otázka č. 19: Znáte pojem bazální stimulace?

- ☐ Dokáže obnovit mozkovou činnost využitím vzpomínek. Podporuje vnímání, komunikaci a pohybové schopnosti člověka
- ☐ Nemá pro pacienta s Alzheimerovou chorobou smysl
- ☐ Nikdy jsem o ní neslyšela

Otázka č. 20: Využili jste někdy ve své praxi bazální stimulaci?

- ☐ Ano
- ☐ Ne