

# **Informovanost rodiny a pečujících v péči o klienta s Alzheimerovou chorobou – specifika ošetrovatelské péče**

Petra Přichystalová

---

Bakalářská práce  
2009



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav ošetrovatelství

akademický rok: 2008/2009

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Petra PŘICHYSTALOVÁ**

Studijní program: **B 5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Informovanost rodiny a pečujících v péči o klienta s Alzheimerovou chorobou – specifika ošetrovatelské péče**

Zásady pro vypracování:

**V teoretické části:**

**Seznámit s problematikou Alzheimerovy demence.**

**Popsat patofyziologii onemocnění, diagnostiku a léčbu.**

**Zaměřit se na specifika ošetrovatelské péče u nemocných s Alzheimerovou demencí.**

**Vypsát možnosti sociálně zdravotní péče.**

**V praktické části:**

**Stanovit cíle a hypotézy pro daný výzkum.**

**Sestavit dotazník pro výzkumné šetření.**

**Provést analýzu zjištěných dat.**

**Interpretovat výsledky.**

**Na základě výsledků navrhnout praxeologická opatření.**

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

**BUIJSSEN, Huub. Demence: Průvodce pro rodinné příslušníky. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. 132 s. ISBN 80-7367-081-X.**

**JIRÁK, Roman, KOUKOLÍK, František. Demence: Neurobiologie, klinický obraz, terapie. 1. vyd. Praha: Galén, 2004. 335 s. ISBN 80-7262-268-4.**

**MARKOVÁ, Eva, VENGLÁŘOVÁ, Martina, BABIAKOVÁ, Mira. Psychiatrická ošetrovatelská péče. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.**

**PIDRMAN, Vladimír. Demence. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 184 s. ISBN 978-80-247-1490-5.**

**RABOCH, Jiří, et al. Psychiatrie. 1. vyd. Praha: Galén, 2001. 622 s. ISBN 80-7262-140-8.**

**VÁGNEROVÁ, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese. 4. vyd. Praha: Portál, 2008. 870 s. ISBN 978-80-7367-414-4.**

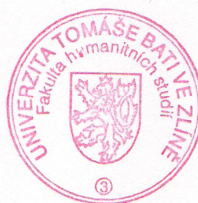
Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Renata Mlčochová**  
Ústav ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **5. února 2009**

Termín odevzdání bakalářské práce: **5. června 2009**

Ve Zlíně dne 5. února 2009

prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.  
*děkan*



L.S.

doc. MUDr. Jaroslav Slaný, CSc.  
*ředitel ústavu*

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Ve Zlíně 25.2.2009

Petra Pichystalová

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **ABSTRAKT**

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou.

Teoretická část se zabývá problematikou Alzheimerovy choroby, patofyziologií, diagnostikou, léčbou a prognózou onemocnění. Obsahem dalších kapitol je ošetrovatelská péče u nemocného s Alzheimerovou chorobou a následuje problematika sociálně-zdravotní péče. Závěr teoretické části je věnován syndromu vyhoření u pečujících a jeho prevenci.

Praktická část obsahuje data získaná dotazníkovou metodou zaznačená do tabulek a grafů. Tato data jsou následně zpracována pro ověření cílů a hypotéz, které měly za úkol zjistit informovanost pečujících o Alzheimerově chorobě a specifikách péče.

Klíčová slova: Alzheimerova choroba, demence, zapomnětlivost, pečující, péče

## **ABSTRACT**

The bachelor thesis is divided into a theoretical and a practical part.

The theoretical part deals with the Alzheimer's disease problems, pathophysiology, diagnostic, cure disease and prognosis of the disease. The next chapters deals with the care of the people who are handicapped by the Alzheimer's disease and the next part is about the problems of the social-health care. The conclusion of the theoretical part is devoted to the burnout syndrom of the solicitous and its prevention.

The practical part contains the dates obtained by a questionnaire. They are written into chartes and graphs. The dates are consequently worked up because of the check of the aims and hypothesis, whose goal was to find out the knowledge of the solicitous about the Alzheimer's disease and specifics of the care.

Keywords: Alzheimer's Disease, dementia, forgetfulness, caregivers, care

Motto:

*„Tím, čím jsme byli, nejsme již dnes a nebudeme zítra.“*

*Ovidius*

Děkuji Mgr. Renatě Mlčochové za vedení mé bakalářské práce, za cenné rady a připomínky, které mi udělila během jejího zpracovávání. Také děkuji mé rodině a příteli Tomášovi za jejich psychickou a materiální podporu během mého studia. Dík patří i mým nejbližším přátelům za oporu.

# OBSAH

ÚVOD.....	10
<b>I TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>12</b>
<b>1 DEMENCE.....</b>	<b>13</b>
1.1 DEFINICE DEMENCE .....	13
1.2 TYPY DEMENCÍ.....	13
<b>2 ALZHEIMEROVA CHOROBA.....</b>	<b>15</b>
2.1 DEFINICE ALZHEIMEROVY CHOROBY .....	15
2.2 ŽIVOTOPIS ALOISE ALZHEIMERA .....	15
2.3 ZNÁMÉ OSOBNOSTI POSTIŽENÉ ALZHEIMEROVOU CHOROBOU .....	16
2.4 VÝSKYT ALZHEIMEROVY CHOROBY .....	16
2.5 PŘÍČINY ALZHEIMEROVY CHOROBY .....	16
2.6 RIZIKOVÉ FAKTORY ALZHEIMEROVY CHOROBY .....	17
2.7 KLINICKÝ OBRAZ ALZHEIMEROVY CHOROBY .....	17
2.8 STÁDIA ALZHEIMEROVY CHOROBY .....	18
2.8.1 Lehká demence.....	18
2.8.2 Středně těžká demence .....	18
2.8.3 Těžká demence .....	19
2.9 DIAGNOSTIKA ALZHEIMEROVY CHOROBY .....	19
2.9.1 Testové metody .....	19
2.9.2 Laboratorní metody .....	20
2.9.3 Zobrazovací metody .....	20
2.9.4 Přístrojové metody .....	20
2.9.5 Diferenciální diagnostika .....	20
2.10 LÉČBA ALZHEIMEROVY CHOROBY .....	21
2.10.1 Biologická léčba.....	22
2.10.2 Nebiologická léčba.....	24
2.11 PRŮBĚH A PROGNÓZA ALZHEIMEROVY CHOROBY .....	26
2.12 PREVENCE ALZHEIMEROVY CHOROBY .....	26
2.12.1 Předcházení progresu Alzheimerovy choroby.....	26
<b>3 SPECIFICKÉ OBLASTI OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U NEMOCNÉHO S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU .....</b>	<b>28</b>
3.1 PRAVIDLA KVALITNÍ PÉČE .....	28
3.2 PLÁNOVÁNÍ DENNÍCH AKTIVIT.....	30
3.3 KOMUNIKACE S NEMOCNÝM .....	31
3.3.1 Verbální komunikace .....	32
3.3.2 Neverbální komunikace.....	33
3.3.3 Komunikace s nemocným v pokročilém stádiu onemocnění.....	33



<b>4</b>	<b>SOCIÁLNĚ-ZDRAVOTNÍ PÉČE O NEMOCNÉ S ALZHEIMEROVOU CHOROBU</b> .....	<b>34</b>
4.1	PŘÍSPĚVEK NA PÉČI.....	34
4.2	SOCIÁLNÍ A ZDRAVOTNÍ SLUŽBY .....	36
4.3	MIMOŘÁDNÉ VÝHODY .....	39
4.4	ZPŮSOBILOST K PRÁVNÍM ÚKONŮM.....	41
<b>5</b>	<b>SYNDROM VYHOŘENÍ U PEČUJÍCÍCH.....</b>	<b>43</b>
5.1	PŘÍČINY SYNDROMU VYHOŘENÍ.....	44
5.2	STÁDIA SYNDROMU VYHOŘENÍ.....	45
5.3	PREVENCE SYNDROMU VYHOŘENÍ.....	45
<b>6</b>	<b>ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST .....</b>	<b>47</b>
<b>II</b>	<b>PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>48</b>
<b>7</b>	<b>METODIKA PRÁCE.....</b>	<b>49</b>
7.1	CÍLE A HYPOTÉZY K VÝZKUMU.....	49
7.2	VÝZKUMNÁ METODA.....	51
7.3	ORGANIZACE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	51
7.4	CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU.....	52
7.5	ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT.....	52
<b>8</b>	<b>VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ .....</b>	<b>53</b>
8.1	ZPRACOVÁNÍ A GRAFICKÉ ZNÁZORNĚNÍ ZÍSKANÝCH DAT .....	53
8.2	STATISTICKÉ ZPRACOVÁNÍ HYPOTÉZ .....	89
8.2.1	Chí-kvadrát test dobré shody $\chi^2$ .....	89
8.2.2	Test P binomického rozdělení.....	90
8.2.3	Ověření cílů a testování hypotéz .....	92
<b>9</b>	<b>DISKUZE .....</b>	<b>107</b>
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>120</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>122</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK .....</b>	<b>125</b>
	<b>SEZNAM GRAFŮ .....</b>	<b>128</b>
	<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>129</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>131</b>

## ÚVOD

Pro svoji bakalářskou práci jsem si zvolila téma: Informovanost rodiny a pečujících v péči o nemocného s Alzheimerovou chorobou – specifika ošetrovatelské péče.

Alzheimerova choroba je nejčastější druh demence, která se v populaci vyskytuje. V dnešním moderním a uspěchaném světě se podle průzkumů stává čím dál častější diagnózou. Alzheimerova choroba postihuje zejména lidi ve věku od 65 do 69 let. Odhaduje se, že onemocněním trpí v České republice 70-100 tisíc lidí.

Alzheimerova choroba je progresivní neurodegenerativní onemocnění, které se vyvíjí pomalu a plíživě. Postihuje psychické funkce, osobnostní rysy a objevují se poruchy paměti. Příčina tohoto onemocnění není zcela objasněna.

Pro rodiny, které v domácím prostředí pečují o takto nemocné pacienty, je to velmi náročná životní situace. Člověk v těžším stádiu choroby potřebuje stálou, 24 hodinovou péči. Nezkušená zdravotní sestra, která se setká v nemocnici s demenčním člověkem, mnohdy ani netuší, jak je péče o tohoto pacienta obtížná. Až poté, co jsem měla možnost osobně poznat rodinu, jež šestým rokem intenzivně pečuje o babičku postiženou těžkým stádiem Alzheimerovy choroby, jsem se utvrdila v názoru, že Alzheimerova choroba není pouhé zapomínání, a že nemocný potřebuje opravdu kvalitní ošetrovatelskou péči.

Práce se skládá z části teoretické a praktické.

V teoretické části jsem se zaměřila na definici Alzheimerovy choroby, její příčiny, příznaky, klinický obraz a stádia. Dále je popsána diagnostika, léčba, průběh a prevence choroby. Pro zajímavost zde byly doplněny krátké kapitoly s názvem „Životopis Aloise Alzheimerova“ a „Znamé osobnosti postižené Alzheimerovou chorobou“. Následuje celek „Specifické oblasti ošetrovatelské péče u nemocného“, kde jsem se cíleně zaměřovala na pravidla správné péče o nemocné, na komunikaci a na plánování denních aktivit. Oblast sociálně-zdravotní péče se věnuje především výhodám a sociálním službám, na které mají pečující při péči o nemocného nárok a jež mohou využívat. Závěr teoretické části je věnován syndromu vyhoření u pečujících a prevenci jeho vzniku. Za zmínku stojí i kapitola „Česká alzheimerovská společnost“.

V části praktické jsem se zaměřila na informovanost pečujících o Alzheimerově chorobě a specifikách péče. Pro výzkum byla použita metoda dotazníku a stanoveno 5 cílů: zjistit informovanost pečujících; zmapovat jakým způsobem byly informace pečujícím poskytnuty; zjistit, zda si pečující vyhledávají nové informace; posoudit, zda pečující ví o službách, které mohou využívat při péči o nemocného a zhodnotit náročnost péče o nemocné. Na základě získaných údajů byly výsledky zpracovány a doporučena praxeologická opatření k této problematice.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

# 1 DEMENCE

## 1.1 Definice demence

Slovo demence pochází z latinského slova „mens“ – mysl a předpony „de“ – od. „Demens“ tedy znamená „šílený“, odchylka od rozumového jednání.

Demence jsou vážná, organicky podmíněná duševní onemocnění, která vznikají v průběhu života po ukončení rozvoje kognitivních funkcí. Mají obvykle chronickou nebo progresivní povahu. Dochází k porušení mnoha vyšších nervových kortikálních funkcí, k nimž patří paměť, myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnost učení, jazyk a úsudek. Vědomí nebývá zastřeno.

Jako první příznak demence se většinou objeví zapomnětlivost, postupně dochází k poruše logického myšlení, bloudění, objevují se poruchy krátkodobé paměti, emotivity, chování, vnímání, poruchy spánku apod. Postupně dochází k degradaci celé osobnosti, která má zásadní vliv na život pacienta. (Jirák, et al, 2004 s. 19; Raboch, et al, 2001, s. 146)

## 1.2 Typy demencí

Demence lze rozdělit do dvou základních skupin:

- *Atroficko-degenerativní* – primární příčinou je degenerativní poškození mozku, patří sem:
  - Alzheimerova choroba,
  - korová demence s Lewyho tělísky,
  - demence při Parkinsonově chorobě,
  - frontální a frontotemporální demence včetně Pickovy choroby,
  - další atroficko-degenerativní demence.
- *Sekundární (symptomatické)* – vznikají v důsledku jiné primární poruchy, která určitým způsobem poškozuje CNS, dělí se dále na:
  - Ischemicko-vaskulární demence – jsou následkem kardiovaskulárního onemocnění, vznikají na základě hypoxicko-ischemických změn mozku.

- Ostatní sekundární demence – jsou vyvolané jinými příčinami, např. poúrazové, infekční, metabolické, v důsledku otravy apod. (Vágnerová, 2008, s. 272; Raboch, et al, 2001, 147)

## 2 ALZHEIMEROVA CHOROBA

### 2.1 Definice Alzheimerovy choroby

Alzheimerova choroba je progresivní neurodegenerativní onemocnění, které se projevuje atrofií mozkové kůry i subkortikálních oblastí. Její první popis provedl profesor Alois Alzheimer. Při tomto onemocnění dochází k úbytku neuronů. V mozkové kůře se vytvářejí ložiska bílkoviny beta amyloidu, která poškozují nervové buňky. Alzheimerova choroba se vyvíjí nejčastěji plíživě, přitom pomalu a trvale progreduje. Jsou difúzně postiženy psychické funkce, relativně brzy dochází k postižení osobnostních rysů, k mnestickým poruchám, objevuje se afázie, apraxie a agnózie. Nemocný si nedokáže vštěpovat nové informace, v paměti si uchovává pouze dobře známou látku. V konečné fázi choroby si není jedinec schopen vstřípnit nové informace vůbec, nedokáže rozeznat ani své nejbližší, stává se úplně odkázán na péči druhých. (Pidrman, 2007, s. 34-35; Vágnerová, 2008, s. 272)

### 2.2 Životopis Aloise Alzheimerera

Alois Alzheimer se narodil 14. června 1864 jako syn notáře v Marktbreitu nad Mohanem. V roce 1887 absolvoval Lékařskou fakultu na Univerzitě ve Würzburgu. Od roku 1888 do roku 1903 byl asistentem v Městské psychiatrické klinice pro epileptiky a duševně choré ve Frankfurtu nad Mohanem. V roce 1895 se oženil, stal se otcem syna a dvou dcer. Roku 1903 odešel do Mnichova za Emilem Kraepelinem na Královskou psychiatrickou kliniku. Ten ho pověřil vedením neuroanatomické laboratoře. V roce 1907 vydal svoji první práci o chorobě pacientky Augusty D., kde popsal četné neurofibrilární spleti a amyloidové plaky v její mozkové tkáni. Dne 16. července 1912 se stal ředitelem Psychiatrické a neurologické kliniky Slezské univerzity Friedricha Wilhelma v Breslau. Zemřel 19. prosince 1915 důsledkem srdečního a ledvinného selhání ve věku 51 let. Byl uložen na městském hřbitově ve Frankfurtu nad Mohanem. (Kučerová 2006, s. 23)

### 2.3 Známé osobnosti postižené Alzheimerovou chorobou

Mezi rizikové faktory podílející se na vzniku Alzheimerovy choroby, jak je uvedeno níže, patří mimo jiné nižší vzdělání. V průzkumech se také ukázalo, že rozvoj demence může zapříčinit pasivita jedince. Je zajímavé pozorovat, že toto onemocnění může postihnout i velice vzdělané, nadané a aktivní jedince. V tomto případě je však vývoj a průběh onemocnění nejen pro nemocného, ale hlavně pro jeho okolí zastrašující. Intelligentní člověk se najednou stává „dítětem“. Známých osobností působících v zahraničí, kteří trpěli Alzheimerovou chorobou, bylo několik. Například bývalý americký prezident Ronald Reagan, britský ministerský předseda Winston Churchill, francouzský hudební skladatel Maurice Ravel (autor Bolera), americký herec Charles Bronson (jeden ze „Sedmi statečných“), americký herec Peter Falk (představitel seriálového „Columba“) anebo hollywoodská herečka Rita Hayworthová. Z českých osobností onemocněl například herec a režisér Jiří Císler. (Konrád, 2008)

### 2.4 Výskyt Alzheimerovy choroby

Alzheimerova choroba je nejčastějším typem demence. Tvoří 50-60 % všech demencí. Vyskytuje se u 2-3 % lidí ve věku 65-69 let. Počet nemocných s Alzheimerovou chorobou v České republice se odhaduje na 70-100 tisíc, na celém světě je postiženo kolem 20 milionů lidí. Častěji postihuje ženy než muže, to však pravděpodobně souvisí s delší průměrnou délkou života u žen.

### 2.5 Příčiny Alzheimerovy choroby

Přesná příčina Alzheimerovy choroby není dosud známá. Velmi významnou roli však hraje při rozvoji onemocnění genetická predispozice. Lidé, u kterých se v rodině vyskytla Alzheimerova choroba mají vyšší pravděpodobnost, že touto chorobou onemocní.

Velmi významný patogenetický prvek představuje ukládání amyloidu  $\beta$ . Ten je tvořen z amyloidového prekurzorového proteinu (APP), který se vyskytuje v neuronech. APP je za normálních okolností štěpen enzymem  $\alpha$ -sekretázou na fragmenty, které mají v mozku své fyziologické úlohy. U Alzheimerovy choroby se však na štěpení APP podílí patologické enzymy  $\beta$  a  $\gamma$ -sekretáza. Výsledné fragmenty přestávají plnit svoji funkci,



koagulují a polymerují, a tak vzniká  $\beta$  amyloid. Ten tvoří základy tzv. plaků. Okolo plaků v mezibuněčném prostoru mozkové tkáně dochází k odumírání neuronů.

## 2.6 Rizikové faktory Alzheimerovy choroby

K nejvýznamnějším rizikovým faktorům patří věk nemocného. Ve věku nad 65 let dochází každých 5 let ke zdvojnásobení případů demence. Riziko onemocnění zvyšuje také pozitivní rodinná anamnéza, zejména ve věku nad 80 let. Genetické predispozice se týkají změn na 4 chromozomech – 1, 14, 19, 21. Dalšími diskutovanými faktory pro rozvoj onemocnění jsou ženské pohlaví, úrazy hlavy, hypertenze, kouření, nižší vzdělání a přítomnost vaskulárních onemocnění.

## 2.7 Klinický obraz Alzheimerovy choroby

Demence se většinou vyvíjí pomalu a plíživě, má progredientní charakter. Prvními příznaky bývají většinou drobné změny osobnosti, chování, návyků a zvyků. Nemocný přestává být aktivní, ztrácí pružnost v myšlení, objevuje se pozvolná degradace v oblasti etické a estetické. Mohou se projevit poruchy úsudku a logického myšlení. Progrese potíží začíná být zřejmá mezi 2. a 4. rokem od počátku onemocnění.

V dalších fázích nemoci se objevuje porucha prostorové orientace, bloudění, dochází k degradaci osobnosti, přidružují se také příznaky typu depresivního ladění, inverze spánku a agresivita.

V pozdní fázi onemocnění člověk nepoznává své nejbližší příbuzné, ztrácí schopnost péče o sebe sama, stává se plně odkázán na pomoc okolí. Nakonec v důsledku choroby umírá.

Rozvoj příznaků lze rozdělit podle narušení jednotlivých funkcí:

- *Úbytek kognitivních funkcí* – významná je porucha paměti, na začátku se projevuje zapomnětlivostí (nemocný zapomíná vypnout vařič, zastavit vodu, neustále něco hledá), nemocný svoje výpadky paměti kompenzuje smyšlenkami.
- *Ztráta orientace v čase i prostoru* – nemocný se neorientuje ve známém prostředí, ukládá věci na nesmyslná místa a bloudí. V pokročilém stádiu může dojít ke ztrátě vlastní identity (člověk neví kde je, nepoznává své blízké ani svůj obraz v zrcadle).

- *Ztráta logického uvažování* – nemocný nechápe význam mnoha činností a není schopen je zvládnout (neví jak se má obléci, nechápe vztahy mezi lidmi apod.).
- *Fatické poruchy* – upadá schopnost porozumět verbálnímu sdělení a přiměřeného slovního vyjádření, redukuje se slovní zásoba, objevují se poruchy v komunikaci.
- *Ztráta schopnosti kontrolovat své emoce* – častá je tupá euforie nebo úzkostná či depresivní nálada. Nemocný může reagovat negativisticky až zlostně, občas může být agresivní vůči ostatním. V další fázi nemoci obvykle dochází k celkovému oploštění emotivity a k apatii.
- *Změny osobnosti a nápadnosti v chování* – nemocní postupně přestávají dodržovat společenská pravidla, neuvědomují si nevhodnost svého chování. Nakonec v rámci celkového úpadku ztrácí zájem o vše, přestávají o sebe dbát, neovládají ani vyměšování. (Jirák, et al, 2004, s. 139-142; Vágnerová, 2008, s. 273-274; Raboch, et al, 2001, s. 149-150)

## 2.8 Stádia Alzheimerovy choroby

### 2.8.1 Lehká demence

- zhoršení paměti, zejména krátkodobé,
- částečná dezorientace,
- porucha prostorové orientace,
- lehká expresivní afázie,
- deprese, úzkost,
- ztráta iniciativy, pasivita,
- bezradnost v nových náročných situacích.

### 2.8.2 Středně těžká demence

- výrazná porucha paměti,
- porucha orientace, zhoršování řečových schopností,
- poruchy vnímání (záměny osob, iluze, halucinace),
- poruchy myšlení (nevýpravné myšlení, stereotypy, bludy),

- výrazné zhoršení funkční kapacity a samostatnosti, nemocný vyžaduje pomoc při běžných denních aktivitách a systematický dohled.

### 2.8.3 Těžká demence

- těžká porucha paměti a poznávání (nemocný nepoznává přátele, členy vlastní rodiny a nepozná se v zrcadle),
- těžká porucha úsudku (člověk nechápe situace, nerozumí konání druhých lidí),
- poruchy cyklu spánku a bdění, nepokoj až agitovanost nebo naopak inaktivita,
- těžká porucha funkční kapacity, neschopnost chůze, samostatně se najíst, dochází k inkontinenci moči a stolice, plná závislost na pečovateli. (Pidrman, 2005, s. 168)

## 2.9 Diagnostika Alzheimerovy choroby

Alzheimerova demence bývá velmi často zaměňována s jinými typy demencí, hlavně s vaskulární. Pokud chceme diagnostikovat Alzheimerovu chorobu, nejdříve musíme zjistit Alzheimerovu demenci. Pro Alzheimerovu chorobu je diagnosticky významný klinický obraz. Sem patří hlavně pomalý, plíživý vývoj, časná degradace osobnosti, poruchy prostorové představivosti a orientace, poruchy soudnosti a logického uvažování, poruchy exekutivních funkcí. Dále je nutná a v diagnostice velmi významná podrobná anamnéza od pečovatele.

### 2.9.1 Testové metody

Pro diagnostiku se kromě typických psychiatrických vyšetřovacích metod používají pomocné výkonové a škálovací metody, např. test Mini-Mental State Examination (MMSE) (příloha P I), Alzheimer's Disease Assessment Scale (ADAS) a test kreslení hodin (příloha P II). Test MMSE slouží ke zjištění přítomnosti demence, není však specifický pro Alzheimerovu chorobu. K posouzení stupně narušení psychických funkcí slouží test ADAS. Skládá se z více testů a dělí se na složku kognitivní a nekognitivní. Podobný je Symptom Kurz Test (SKT). Přítomnost a stupeň demence lze zhodnotit pomocí Mattisovy škály, Global Deterioration Scale (GDS), Brief Cognitive Rating Scale (BCRS) a dalších. Hachinskiho ischemická skóru (příloha P III) pomáhá v hrubém rozlišení Alzheimerovy a vaskulární demence.

### 2.9.2 Laboratorní metody

Hrubé výkyvy v biochemických vyšetřeních mohou signalizovat možnost metabolické demence. Mezi tyto anomálie se řadí nedostatek vitamínu B<sub>12</sub> a folátu. To může značit symptomatickou demenci. Pokud chybí tyto vitamíny, mohou být postiženy kognitivní funkce.

Pomocí serologického vyšetření můžeme odlišit demenci luetického původu a demence při AIDS. Dále se hledají markery časně Alzheimerovy choroby v mozkomíšním moku – celkový  $\tau$ -protein výrazně stoupá a amyloid  $\beta$  klesá, také se zvyšuje hladina forforylovaného  $\tau$ -proteinu.

### 2.9.3 Zobrazovací metody

Zobrazovací metody jsou u Alzheimerovy choroby velmi důležité. Nejčastěji se používá výpočetní tomografie (CT) a magnetická rezonance (MRI). Ty se zaměřují na ložiskovou nebo celkovou atrofii mozku, na výskyt a stupeň postižení bílé hmoty mozkové. Je dokázáno, že na mozku nemocného s Alzheimerovou chorobou se objevuje rozšíření postranních komor a III. mozkové komory, stejně jako rozšíření fisurra anterior a fisurra lateralis. V průběhu onemocnění se tyto změny prohlubují, proto se doporučuje vyšetřování v ročních odstupech. CT a MRI může také vyloučit jiné příčiny demence např. vaskulární změny či tumor.

SPECT vyšetření nebo vyšetření emisní pozitronovou tomografií (PET) zjišťuje, kde je porušen průtok krve mozkiem a metabolismus. U Alzheimerovy choroby jsou největší ložiska sníženého metabolismu v oblastech, které jsou nejvíce postiženy funkčně.

### 2.9.4 Přístrojové metody

Elektroencefalografie (EEG) ukáže nescifické změny na mozku – poruchy  $\alpha$ -rytmu a výskyt pomalých vln difúzně. Tato metoda může rozlišit pacienty s Alzheimerovou chorobou a depresí vůči pacientům pseudodementním nebo postižených pouze depresí.

### 2.9.5 Diferenciální diagnostika

Alzheimerovu demenci je nutné odlišit od jiného typu demence. K tomu slouží tzv. diferenciální diagnostika.

Od *demence s Lewyho tělísky* se Alzheimerova choroba liší tím, že v kratším časovém horizontu nejsou význačné výkyvy, neobjevují se přídatná deliria a nejsou časté psychotické příznaky typu zrakových halucinací. Pro *vaskulární demenci* je typický náhlý začátek, kolísavý průběh, častá přidružená deliria, přidružené depresivní stavy, relativně dlouho zachovaná osobnost, přítomnost neurologických syndromů a fokálních neurologických příznaků. *Demence při Parkinsonově chorobě* má především tzv. podkorovou symptomatologii a neprojevují se typické příznaky jako apraxie, afázie, agnózie apod.

Diagnózu Alzheimerova choroba můžeme stanovit pouze jako pravděpodobná nebo možná. Zda se u nemocného jednalo o Alzheimerovu chorobu se stoprocentně zjistí až pomocí posmrtné pitvy. Byla však stanovena klinická kritéria pro pravděpodobnou Alzheimerovu chorobu. Pro výzkumné účely se nejčastěji používají kritéria NINCDS-ADRDA (National Institute for Neurological and Communicative Disorders and Stroke Alzheimer's Disease and Related Dementias Association) (příloha P IV). Pro běžnou diagnostiku se využívají kritéria MKN-10 (Mezinárodní statistická klasifikace nemocí) a DSM-IV (Diagnostická a statistická příručka Americké psychiatrické asociace) (příloha P V). (Jiráková, et al, 2004, s. 142-146; Raboch, et al, 2001, s. 151)

## 2.10 Léčba Alzheimerovy choroby

Vzhledem k tomu, že doposud není stoprocentně známá komplexní etiopatogeneze Alzheimerovy choroby, nemůže být prováděna kauzální terapie. Důležitým faktorem je předcházení nemoci vůbec. Hlavní prevencí Alzheimerovy choroby, jak bude uvedeno níže, je zdravý životní styl.

Lékaři se v dnešní době snaží ovlivnit patogenetické řetězce, které jsou již u choroby známé a prokázané. Léčba Alzheimerovy choroby musí být komplexní a měla by být konzultována v multidisciplinárním týmu. Používají se metody hlavně farmakologické, které se řadí do biologických metod, a dále metody nebiologické. K úspěchu léčby významně přispívá pravidelný režim, dobré rodinné zázemí nemocného, co nejdéle setrvání v domácím prostředí a přiměřená aktivita během dne.

### 2.10.1 Biologická léčba

Jak již bylo zmíněno, farmakoterapie se řadí do metod biologických. Dělí se na farmakoterapii kognitivních a nekognitivních poruch. Tyto poruchy se však vzájemně prolínají, a proto dělení není zcela jednoznačné.

#### a) Kognitivní farmakoterapie:

Tento druh farmakoterapie by měl ovlivňovat především primárně postižené kognitivní funkce a měl by se blížit terapii kauzální, nebo alespoň patogenetické. Ovlivňuje tedy patogenetické řetězce, které jsou známé:

- *Acetylcholinergní systém* – lze ovlivnit podáním prekurzorů acetylcholinu (lecitinu). Ty jsou však málo účinné. Nejúčinnějším způsobem je aplikace **inhibitorů acetylcholinesteráz**, což jsou látky, které potlačují činnost enzymů odbourávajících acetylcholin. V České republice se používá donepezil a rivastigmin.
- *Volné kyslíkové radikály* - se tvoří nadbytečně a ničí tzv. „zametače“ volných kyslíkových radikálů. Patří sem vitamín E, vitamín C, extrakt ginkgo biloba E 761, nootropikum pyritinol, selen a jiné. Tvorbu volných kyslíkových radikálů snižují **inhibitory monoaminoxidázy B-typu** – selegilin a lazabemid.
- *Metabolismus* - především oxidativní metabolismus glukózy zlepšují **nootropní farmaka** – pyritinol, piracetam, nicergolin, extrakt ginkgo biloba E 761 a další.
- *Chybějící nervové růstové faktory* - lze nahradit **selegilinem**, který sám o sobě působí jako nervový růstový faktor nebo pomáhá tyto faktory uvolňovat. U žen po menopauze se musí podávat **estrogeny**, které působí stejně jako selegilin. Nadějně je také podávání tzv. **trk receptorů mozkové tkáně** jež vedou k uvolnění nervových růstových faktorů.
- *Sterilní zánět* - vzniká v oblasti plaků. Mohou ho tlumit antirevmatika procházející hematoencefalickou bariérou, zejména **inhibitory cyklooxygenázy 2**.
- *Neuroprotektivní proces* - neuroprotektivně působí **propentofylin**, který zvyšuje obsah přirozeného neuroprotektiva adenosinu v mozku.
- *Receptory excitačních aminokyselin* - receptory pro excitační aminokyseliny blokuje **memantin** nebo extrakt **ginkgo biloby E 761**.

- *Kalciové kanály* - jsou závislé na potenciálu membrány nervové buňky. Ty blokují látky typu **cinnarizinu, flunarizinu, nimodipinu**.

V první řadě výše zmíněných typů farmakoterapií by měly být u pacientů použity inhibitory acetylcholinesterázy, k nim se přidávají neuroprotektivní farmaka typu propentofylinu a selegilinu. V dnešní době jsou také velmi důležitá nootropní farmaka.

#### b) Nekognitivní farmakoterapie

Nekognitivní farmakoterapie ovlivňuje nekognitivní funkce jako jsou např. spánek a chování. V této oblasti se nejčastěji řeší:

- *Deprese* - dají se řešit **antidepresivy bez anticholinergního efektu**. Lékař by neměl předepisovat tricyklická antidepresiva. Ta totiž mohou zhoršovat paměťové mechanismy a mohou vyvolávat anticholinergní deliria. Používají se především **antidepresiva II. generace** – maprotilin, mianserin nebo **selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu** – fluoxetin, fluvoxamin, citalopram, sertralin, paroxetin. Dále se mohou použít **selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu, noradrenalinu a příbuzných látek** – venlafaxin, mirtazapin apod. Využít se také mohou **inhibitory monoaminooxidázy** např. moklobemid.
- *Poruchy spánku* - se tlumí pomocí moderních **nebenzodiazepinových hypnotik** – zopiklon, zolpidem nebo některými **neuroleptiky** – tiaprid, risperidon, olanzapin apod. Lékař by neměl při léčbě pacientů využívat benzodiazepinových hypnotik, jelikož se jím mohou zhoršit kognitivní funkce, může se objevit nežádoucí útlum po probuzení a návyk.
- *Psychomotorický neklid, agresivita a přidružené paranoidně-halucinatorní syndromy* - tyto poruchy chování se dají řešit neuroleptiky. Využívají se především **neuroleptika atypická** např. tiaprid, risperidon a olanzapin. Ty totiž nemají tolik nežádoucích účinků jako typická neuroleptika, např. melperon a haloperidol.
- *Úzkost* - lze ovlivnit **benzodiazepiny**, mohou negativně ovlivnit kognitivní funkce. Při léčbě Alzheimerovy choroby je důležité vyhnout se diazepamu a některým dlouhodobě působícím benzodiazepinům, ale též některým benzodiazepinům s krátkým poločasem, avšak velkým sedativním účinkem. Dobře snášen je např. oxazepam a lorazepam. Pro tlumení silné úzkosti a stavů neklidů se doporučuje di-

kalium clorazepat. Velmi dobře je snášen u úzkostně depresivních poruch zejména buspiron, který má minimum vedlejších účinků, neovlivňuje kognitivní funkce a nevyvolává závislost.

### 2.10.2 Nebiologická léčba

Nebiologická léčba bývá také označována jako nefarmakologická. Patří sem různé reedukační metody, aktivační metody, socioterapie a rehabilitace. Velmi důležitá je především základní péče o pacienta. Tu mají většinou na starosti pečovatelé, a to buď nejbližší příbuzní nebo profesionálové. Lékař působí jako konzultant, stanovuje diagnózu a řídí léčbu. Významné postavení v péči o nemocného s Alzheimerovou chorobou mají také různé organizace a společnosti zabývající se touto problematikou.

Psychiatrická rehabilitace je významný léčebný přístup. Orientuje se především na nejběžnější aktivity denního života, posilování těch dovedností a schopností, které jsou ještě u pacienta zachovalé. Velmi důležitá je také kognitivní terapie zaměřená na základní dovednosti a na různé složky paměti. Aktivizace pacienta by neměla být náročná. Na nemocného by se neměly klást vysoké nároky, aby nebyl odrazován od činnosti a nezpůsobovalo se mu zbytečné psychické trauma. Naopak vhodná je správná motivace nemocného.

Do aktivačních metod lze zařadit:

- *Kondiční ergoterapie* – cílem je smysluplná činnost člověka s demencí, vnímání vlastní důležitosti, sounáležitosti s druhými, vyplnění volného času, prevence psychických příznaků. Tato terapie působí k uvolnění nahromaděné energie. Cílem je také udržení stávajících schopností nemocného. Příkladem činností v této terapii je kresba, malba, malování na sklo, textilní techniky, práce s papírem, s přírodními materiály, pečení, vaření a nácvik jemné motoriky např. skládání puzzle nebo stavebnice.
- *Pet-terapie* – je definována jako asistovaná psychoterapie pomocí zvířecích mazlíčků. Komplexně ovlivňuje funkce lidského organismu, má výrazně pozitivní účinky na psychiku lidí s demencí (snižuje deprese, úzkosti, stimuluje společenské chování a zlepšuje komunikaci). Také pozitivně ovlivňuje fyziologické funkce.



- *Reminiscenční terapie* – jde o aktivizační a validační metodu, která využívá vzpomínek a jejich vybavování prostřednictvím různých podnětů. Součástí terapie je vyhledávání nejlepšího způsobu komunikace s pacientem a pro něj vhodného prostředí.
- *Muzikoterapie* – využívá hudbu jako léčebného prostředku. Není nic neobvyklého, když si člověk v pokročilé fázi demence vybavuje celé texty písní.
- *Taneční terapie* – využívá pohyb v procesu, který působí na zlepšení emoční, kognitivní, sociální i fyzické integrace člověka. Tanec je zde chápán jako terapeutický pohyb.
- *Kognitivní rehabilitace* – tato rehabilitace se používá jako skupinová. K činnosti se vybírá celá skupina, ne pouze jednotlivci, aby nemocný nebyl traumatizován případným neúspěchem. Při kognitivní rehabilitaci je důležité dbát na to, aby pokyny nevypadaly jako zkoušení, ale jako hra. Cvičení jsou hlavně zaměřena na procvičování dlouhodobé paměti.
- *Kinezioterapie* – je cíleným působením pohybu na psychiku nemocného, na jeho duševní procesy, funkce, stavy a osobnost. Předem se určí pohybový program, který využívá prvky aktivních tělesných cvičení, sportů a pohybových her.

Práce s pečovateli a rodinnými příslušníky nemocných s Alzheimerovou chorobou je také velmi významná. Tito lidé jsou vystaveni finanční, pracovní i sociální zátěži. Péče o demenčního pacienta je vyčerpávající jak fyzicky, tak psychicky. Pečující trpí nedostatkem spánku, ve většině případů přicházejí o zaměstnání. Kvalita jejich života se velmi snižuje, často trpí depresí, úzkostnými stavy, psychosomatickými poruchami apod. Tento stav u nich může vyústit až v syndrom vyhoření, který bude popsán podrobněji níže. Důležitá je proto psychoedukace. Pečovatelům má být sděleno co nejvíce informací o demencích, o přístupu k těmto pacientům, o prognóze a progresi onemocnění. Bylo by vhodné pravidelně sledovat stav pečovatelů a snažit se pozitivně ovlivnit komunikaci mezi členy rodiny pacienta. (Jiráček, et al, 2004, s. 142-147, Raboch, et al, 2001, s. 151-154; Hátlová, 2005, s. 27-29)

## 2.11 Průběh a prognóza Alzheimerovy choroby

Alzheimerova choroba obvykle začíná mezi 65. a 69. rokem života. Zřídka se objeví v mladším věku. Nenápadný začátek a pravidelná progresse je typická pro toto onemocnění. Průměrně trvá 8 let a je smrtelné. Doba přežití od objevení se prvních příznaků je zpravidla 5-15 let. K nemoci patří v těžších stádiích výrazné hubnutí až kachektizace i přes dostatečný příjem potravy. Průběh často komplikují pády a úrazy. Bezprostřední příčinou smrti bývá obvykle interkurentní onemocnění jako je zápal plic, embolie, srdeční zástava a jiné. Při včasné stanovení diagnózy a léčbě lze zhoršování stavu přechodně pozastavit či zpomalit.

## 2.12 Prevence Alzheimerovy choroby

Nejlepší prevencí Alzheimerovy choroby je zdravý způsob života. To znamená dostatek spánku, tělesného pohybu, pobyt v přírodě a minimum zátěžových situací. Vhodné je pravidelné cvičení, chůze po rovině, procvičování kloubů, nekouřit, omezit tuky, jíst zdravě, dostatek zeleniny a ovoce, vlákniny a udržovat přiměřenou hmotnost. Je důležité naučit se co nejlépe překonávat stresové situace. Dalším preventivním faktorem je kvalitní léčba tělesných chorob jako jsou i běžné choroby dýchacích cest, poruchy imunity, správná kompenzace hypertenze, diabetu mellitu a dalších příznaků.

### 2.12.1 Předcházení progresse Alzheimerovy choroby

Pokud je Alzheimerova choroba u člověka již prokázána, je důležité dbát na spánek v noci a činnost ve dne, nikoli naopak. Do denních činností je vhodné pravidelně zařazovat pobyt na vzduchu. Velmi vhodnou náplní dne je práce na zahradě, ta má však pouze sezónní charakter. V zimním období se většinou stav pacienta zhoršuje, je proto důležité vymyslet pro nemocného nějakou zábavnou činnost např. poslech rádia, hudby, sledování televize apod. Většina pacientů s Alzheimerovou demencí je pasivních, mají narušenou soustředivost, proto se jim musí pečovateli aktivně věnovat a zapojovat je do činností, snažit se udržovat jejich osobní zájmy a koníčky, využívat toho, co je dříve zajímalo a čemu se aktivně věnovali.

Důležitý je pro nemocné dostatek tekutin, hlavně v letních dnech. Staří lidé nemají pocit žízně, proto může docházet k dehydrataci s velkým množstvím nejrůznějších komplika-

cí od stavů zmatenosti až po mozkové mrtvice. Kvalitní strava s obsahem všech základních živin a s dostatkem vitamínů je nedílnou součástí prevence. Dementní lidé mají sklon ke stereotypnímu jídelníčku, neumějí si jídlo připravit, zapomínají, co mají jíst nebo zapomínají, že vůbec mají jíst. V neposlední řadě je také nutné pravidelné užívání léků. (Hosáková, et al, 2007, s. 20; Kučerová, 2006, s. 97-98)

### 3 SPECIFICKÉ OBLASTI OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U NEMOCNÉHO S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU

Péče o nemocného s Alzheimerovou chorobou klade vysoké nároky na nejbližšího příbuzného popř. pečovatele. Pokud nemocný přechází z lehkého stádia choroby do těžšího, je nutné se mu začít naplno věnovat, nároky na pečovatele rapidně stoupají. Nepřipravený příbuzný může jednat zkratkovitě, což může vést k dalšímu zhoršování choroby.

Role pečovatele v péči o nemocného s Alzheimerovou chorobou je klíčovým faktorem. Péče o demenčního člověka znamená péči 24 hodin denně. Nepředstavuje pouze starost během dne, ale je důležitý dohled na nemocného i během nočních hodin. Pečovatel by neměl nemocného opouštět ani na krátké okamžiky jako jsou např. vyšetření u lékaře a nákupy.

#### 3.1 Pravidla kvalitní péče

Aby byla péče o nemocného s Alzheimerovou chorobou kvalitní, je důležité dodržovat následující pravidla:

- **Posilovat paměť nemocného**

Pacienty v časném stádiu demence je důležité vtáhnout do činností, které posilují kapacitu jejich paměti. Je vhodné např. použít seznam činností, které má nemocný vykonat a požádat ho při tom, aby přeškrtnul každý úkol, který splnil. Důležité schůzky je vhodné zapisovat do kalendáře, důležitá telefonní čísla by měla ležet vedle telefonu a například dveře koupelny a toalety je možné označit příslušnou značkou pro lepší orientaci nemocného v prostoru.

- **Přizpůsobit se rytmu nemocného**

Pro demenčního člověka je nutné, aby s ním pečovatel držel krok. Všechny myšlenkové pochody jsou u nemocného zpomalené. Pečující musí mít na paměti, že nemocný okamžitě zapomene, co viděl a slyšel, a proto vše vnímá jako nové a neznámé. Běžné denní činnosti pro nemocného znamenají velkou námahu a přemýšlení. Například při oblékání musí vždy nejprve přijít na to, jak se oblékají jednotlivé svršky, jak který kus oblečení patří apod. Může také ztratit během oblékání souvislost úplně, neví zda se zrovna oblé-

ká nebo svléká. Velmi snadno se během činnosti rozptýlí. Hlavní zásada v takové situaci je nespěchat.

- **Brát vážně jeho fantazie a úzkosti**

Pokud nemocný trpí halucinacemi, nejlepší co pro něj pečující může udělat je, uklidnit ho, brát jeho fantazie a úzkosti vážně.

- **Neučit nemocného novým věcem**

Nemocný by se neměl učit novým věcem, neboť tak pečující zbytečně plýtvá svojí energií. Jelikož je interval paměti nemocného velmi krátký, nedokáže si novou informaci vštípit do paměti. Nemá schopnost si pamatovat. Naopak by měl pečující využít takové osobnosti, jaká je, podporovat činnosti, které ještě nemocný zvládá a snažit se tyto činnosti udržet co nejdéle funkční.

- **Vyhýbat se konfliktu**

Pokud pečující často přichází s nemocným do konfliktu kvůli chybám, které pečujícímu na nemocném vadí, může to u nemocného vyvolat hněv. Nemocného může opravovat, ale měl by to dělat taktně. Pokud něco musí po nemocném předělat či opravit, měl by to provést nenápadně, nejlépe tak, aby to nemocný neviděl.

- **Zavést řád, pravidelnost a odpočinek v denním rytmu**

Pro nemocné s Alzheimerovou chorobou je nesmírně důležitý řád, pravidelnost a odpočinek. Tuto potřebu by měl mít nemocný uspokojovanou co nejvíce a měla by být zavedena každodenní rutina. Je důležité mít na paměti, že demenci provází místní dezorientace. Proto by měl být v domě pořádek, neměly by se zbytečně přehazovat věci a nábytek, pokud to není nezbytně nutné. Věci, které nemocný potřebuje, by měli být snadno dostupné a na viditelném místě, aby je nemusel neustále hledat. Vyhýbání se neznámým situacím a programu, který je pro nemocného příliš náročný, může zabránit jeho zmatenosti, neklidu a nejistotě. Nátlak na nemocného je nepřípustný, může mu způsobovat zbytečný stres. Reakce na stres není vždy okamžitá, ale může se projevit až po delší době např. problémy s usínáním, nočním neklidem, zmateností a únavou.

- **Nežádat příliš mnoho ani příliš málo**

Ideální pro nemocného s Alzheimerovou chorobou je, když se po něm požadují aktivity, které ještě zvládá bez cizí pomoci. To mu pomáhá zachovat si sebeúctu. Nevhodné je

brát nemocnému věci z ruky jen proto, že to dělá pomalu. Každý zdravý, ale i nemocný člověk se potřebuje cítit schopný a užitečný. Na tomto základě se buduje sebeúcta. Například při oblékání stačí, když se nemocnému dávají klidné a nezbytné rady. Obléci se již zvládne sám, pomalým tempem a bez cizí pomoci.

- **Jednat s nemocným jako s dospělým**

Člověka s demencí je nutné brát vážně. I dementní člověk vnímá např. stud před ostatními anebo mu mohou být nepříjemné hovory o jeho osobě před ostatními.

- **Nezapomínat na humor**

Pacienta s demencí potěší úsměv někoho druhého. Humor brzdí agresivitu, vždy uvolňuje napětí, osvobozuje a rozhání chmury. Člověk s demencí chápe řeč úsměvu až do okamžiku své smrti. (Buijssen 2006, s. 101-109)

### **3.2 Plánování denních aktivit**

Nuda a celodenní nicnedělání nejsou pro dementního člověka vhodné. Aktivní zapojení nemocného do činnosti přispívá k budování jeho sebeúcty a pocitu, že má svůj život pod kontrolou. Proto je nezbytné mu vymýšlet aktivity, které mu nabídnou potěšení a povzbuzení. Není však vůbec jednoduché dementního člověka přimět, aby pracoval. Důvod je jeho snížená schopnost se soustředit, potíže s posouzením, co se kolem něho děje, problém jednat podle instrukcí a snížená schopnost vstřebávat informace. Je pro něho téměř nemožné naučit se čemukoliv novému. Nesmírné úsilí ho také stojí převzít iniciativu v jakékoliv nové činnosti. Pečovatel by měl naplánovat činnosti na takovou denní dobu, kdy postižený člověk mívá nejvíce energie a bude schopen aktivně spolupracovat. Nemocný se nesmí do činností nutit, hlavně ne do činností, které si může spojovat s dětským věkem, ty by mohly nemocného přímo urážet. Hluk a rozptýlení by měly být omezeny na minimum. Pokud pečovatel zaznamená známky neklidu, měl by s nemocným přestat pracovat. Při výběru činností pro konkrétního nemocného, by mělo být zohledněno, jaké činnosti v minulosti rád dělal a čemu se aktivně věnoval. Pomoc při aktivitě je dobré pouze nabízet, nevykonávat však činnost za nemocného. Činnosti, které vyžadují rozhodování jsou pro dementního člověka naprosto nevhodné.

Úkony vhodné v domácnosti při dodržování zmíněných pravidel mohou být např. vysávání, utírání prachu, skládání prádla, práce na zahradě, zalévání květin, vyšívání, navlékání korálků, stolní hry a prohlížení fotografií. (Pidrman, 2005, s. 43-44)

### 3.3 Komunikace s nemocným

Komunikace nám dává pocit spojení s druhými. V demenci postupně mizí schopnost sdílet zkušenosti s ostatními lidmi. Pacient s demencí dokáže stále méně s druhými normálně mluvit. Musí vyvíjet mnoho úsilí na to, aby vyjádřil své potřeby a pocity. Také aby pochopil, co se mu ostatní lidé snaží objasnit, musí se velmi soustředit. Při komunikaci s dementním člověkem je tedy narušená rovnováha mezi dvěma komunikujícími lidmi. Chceme-li s ním efektivně komunikovat, musíme do toho vložit mnohem více energie. Při komunikaci s dementním pacientem není žádný paušální postup. Vždy je však nejdůležitější vlídnost a empatie.

V *lehkém stádiu* onemocnění postižený člověk zapomíná nedávné události a nedokáže o nich hovořit. Nenachází vhodná slova, v rozhovoru se uchyluje ke slovům mlhavým a nejasným např. „to“, „někde“, „něco“. Pokud udělá chybu v pojmenování předmětu, vybere slovo podobné. V této fázi ještě dobře rozumí, co se mu říká.

Ve *středním stádiu* je pro nemocného stále obtížnější zapojovat se do jakéhokoliv rozhovoru a přestane se o to dokonce snažit. Nedokáže pochopit význam abstraktních pojmů jako např. „inteligence“, „politika“ nebo „myšlenka“. Nemocný nerozliší rozdíl mezi přítomností a minulostí, neumí vyprávět logický příběh, rozhovory nemají začátky ani konce. Člověk s demencí musí vynaložit mnoho úsilí, aby složil správnou větu, dochází u něho k automatizmům, aby se s touto situací vyrovnal lépe.

V *těžkém stádiu* demence přestává postižený mluvit úplně, nedokáže říct ani svoje běžné zautomatizované fráze. Jeho jediné komunikační dovednosti jsou neartikulované a neřízené zvuky. Nedokáže odpovídat na položené otázky a reaguje pouze na fyzické podněty jako jsou bolest, teplo, chlad nebo pohyb.

Zajištění klidného prostředí při rozhovoru s dementním člověkem je velmi důležitá podmínka správné komunikace. Překřikování pronikavých zvuků, jako jsou televize či rádio, je totiž pro nemocného velmi nepříjemné a vyžaduje to od něho vynaložení mno-

hem většího úsilí a soustředění. Správná komunikace neprobíhá ani pokud se sami nemůžeme v danou chvíli stoprocentně soustředit na hovor pouze s daným nemocným.

### 3.3.1 Verbální komunikace

Je dobré rozhovor vést tak, aby byl stručný a jasný. Nemocný při dlouhých souvětích ztrácí nit. Pokud ho pečující žádá k provedení nějaké činnosti, musí to dělat až těsně před tím, než bude danou činnost vykonávat. Vždy by si měl ověřit, zda nemocný skutečně dobře pochopil, co mu řekl a ujistit se, že dělá tu činnost, o kterou ho žádal. Může se stát, že i přes kladnou odpověď činnost nevykoná nebo ji z nějakého důvodu nechce vykonat. Člověk s demencí potřebuje mnohem více času na zpracování informací. Pečující proto musí být trpělivý a pokud je to nutné, informaci několikrát opakovat, případně ji názorně demonstrovat. Předejde tak častým nedorozuměním.

Při komunikaci s dementním je důležité, snažit se co nejvíce vyhýbat diskuzím, které vyžadují odpověď ano/ne a nerozčilovat se kvůli věcem, na nichž nezáleží. Objevují se však situace, kdy se musí nemocnému něco vysvětlit. Například proč si nazout botu na levou nohu a ne na pravou. Tyto situace musí pečující zvládat klidným a taktním způsobem, na dementního člověka netlačit a nespěchat. Přátelská atmosféra je v dané situaci pro nemocného důležitá, protože i dementní člověk má potřebu skrýt své chyby a nedostatky.

Nemocný by neměl být zahlcován zbytečnými otázkami např. co dělal nebo co měl k jídlu. Vhodnější je vyprávět mu o tom, co jsme dělali, co nás rozveselilo, o lidech, které má rád. Není na škodu, že pacient úplně nechápe všechny souvislosti, stačí když z vyprávějího cítí emoce a pocity, které mu předává společně s neverbální komunikací jako je intonace hlasu, výraz obličeje, řeč těla a další. Pro nemocného je důležité, že mluví k němu, chápe, že někam patří a že ho má někdo rád. Rozhovor může opírat o dávné vzpomínky, zážitky, zájmy a zkušenosti nemocného. Je vhodné např. mluvit o jeho rodičích, sourozencích, školních letech nebo o práci. Je dobré využívat zkušeností, o kterých pečující ví a dementní může snadno jeho slova doplňovat.

Pokud nemocný při hovoru mluví o nesmyslných věcech, snažíme se v nich hledat smysl. Například pokud 75letá žena mluví o tom, že musí jít domů postarat se o děti, které se vrátí ze školky, snažme se s ní mluvit o dětech, kolik jich má, jak jsou staré, bude mít pocit, že ji bereme vážně.



### 3.3.2 Neverbální komunikace

Pečující by měl vždy mluvit klidným a vyrovnaným tónem. Důležité je vyvarovat se nadřazenému tónu. Přátelský a klidný tón společně s úsměvem zajišťuje hladkou a bezproblémovou komunikaci. Pravidlo pro správnou komunikaci je také udržování očního kontaktu. Nemocný takto dokáže reagovat pružněji. Vhodné je také využívání smyslového čítí nemocného při rozhovoru, např. ukazovat předměty, o kterých se právě hovoří.

### 3.3.3 Komunikace s nemocným v pokročilém stádiu onemocnění

U nemocných, kteří již přestali chápat slova, je důležité využívat hlavně komunikaci neverbální. Pohlazení a úsměv dementní člověk dokáže vnímat a rozeznat až do konce svého života. Dokáže také rozeznat, zda je tón hlasu a melodie přátelská či naopak. V terminálním stádiu nemoci stačí komunikovat alespoň tím, že bude pečující u nemocného přítomen a vyjádří mu tak svou lásku a náklonnost. (Buijssen, 2006, s. 65-69)

## 4 SOCIÁLNĚ-ZDRAVOTNÍ PÉČE O NEMOCNÉ S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU

V České republice je v současné době platný zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči. Dále také určuje kdo má nárok na pomoc a podporu. Osob s Alzheimerovou chorobou se většinou tento zákon velmi dotýká a na sociální podporu mají nárok.

### 4.1 Příspěvek na péči

Zákon říká, že příspěvek na péči se poskytuje osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby za účelem zajištění potřebné pomoci. Náklady na příspěvek se hradí ze státního rozpočtu. Na příspěvek má nárok osoba, která z důvodu nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při péči o vlastní osobu a při zajištění soběstačnosti v rozsahu stanoveném stupněm závislosti. Tuto podmínku lidé postižení Alzheimerovou chorobou většinou splňují. O příspěvku rozhoduje obecní úřad obce s rozšířenou působností a také jej měsíčně vyplácí.

Zákon přesně rozděluje stupně postižení osob:

- I. stupeň (*lehká závislost*) – pokud nemocný z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 12 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 5 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti,
- II. stupeň (*středně těžká závislost*) – jestliže člověk z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 18 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 10 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti,
- III. stupeň (*těžká závislost*) – jestliže člověk z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 24 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 15 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti,

IV. stupeň (*úplná závislost*) – jestliže nemocný z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 30 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 20 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti.

Při posuzování přiznání příspěvku se zohledňují úkony, které zákon přímo jmenuje:

- příprava, podávání, porcování, přijímání stravy, dodržování pitného režimu,
- mytí těla, koupání nebo sprchování, péče o ústa, vlasy, nehty, holení,
- výkon fyziologické potřeby včetně hygieny,
- vstávání z lůžka, uléhání, změna poloh,
- sezení, schopnost vydržet v poloze v sedě, stání, schopnost vydržet stát,
- přemísťování předmětů denní potřeby,
- chůze po rovině, chůze po schodech nahoru a dolů,
- výběr oblečení, rozpoznání správného vrstvení, oblékání, svlékání, obouvání,
- orientace v přirozeném prostředí,
- provedení jednoduchého ošetření, dodržování léčebného režimu.

Dále se také hodnotí:

- komunikace slovní, písemná, neverbální,
- orientace vůči jiným fyzickým osobám, v čase a mimo přirozené prostředí,
- nakládání s penězi nebo jinými cennostmi,
- obstarávání osobních záležitostí, uspořádání času, plánování života,
- zapojení se do sociálních aktivit odpovídajících věku,
- obstarávání si potravin a běžných předmětů (nakupování),
- vaření, ohřívání jednoduchého jídla,
- mytí nádobí, běžný úklid domácnosti, péče o prádlo, přepírání drobného prádla,
- péče o lůžko,
- obsluha běžných domácích spotřebičů, manipulace s kohouty a vypínači, manipulace se zámky, otevírání, zavírání oken a dveří,
- udržování pořádku v domácnosti, nakládání s odpady,
- další jednoduché úkony spojené s chodem a udržováním domácnosti.

Výše příspěvku pro osoby starší 18 let za kalendářní měsíc činí:

- a) 2000 Kč, jedná-li se o lehkou závislost,
- b) 4000 Kč, jde-li o středně těžkou závislost,
- c) 8000 Kč, pokud je nemocný těžce závislý,
- d) 11000 Kč, je-li člověk úplně závislý na péči.

Při podání žádosti o příspěvek je žadatel povinen podrobit se sociálnímu šetření, které provádí sociální pracovník určený úřadem a zhodnocení zdravotního stavu nemocné osoby, který posuzuje určený lékař. Řízení o příspěvku se zahajuje na základě podání písemné žádosti, kde musí být uvedena osoba, která se o osobu závislou na péči stará nebo se bude starat. Po uznání a vyplácení příspěvku na péči osobě se provádí pravidelné kontroly stavu této osoby a také toho, zda se příspěvek využívá na účely pro které jsou určeny. Pokud je nutné, situace rodiny se přehodnocuje a výše příspěvku může být změněna. Vyplácení příspěvku může být také zcela zrušeno.

Příspěvek je vyplácen osobě, která je závislá na péči. Tato dále určí, komu za péči zaplatí – osobě blízké, pečovatelské službě apod. Pokud nemocný žije v domově pro seniory, celý příspěvek náleží tomuto zařízení a z něj je poté hrazena péče o klienta. V případě nemocného s Alzheimerovou chorobou zbaveného způsobilosti k právním úkonům je příspěvek vyplácen osobě, která jej právně zastupuje.

Pečující osobě, žijící ve společné domácnosti s nemocným, je na příslušném úřadu vystaveno potvrzení o délce péče o osobu blízkou. Toto období je poté započítáváno pečujícímu do zdravotního a důchodového pojištění.

Nárok na vyplácení příspěvku na péči zaniká pokud příspěvek není využíván na účely pro které je určen, pokud osoba závislá na péči již nepotřebuje pomoc jiné osoby, nebo pokud tato osoba zemře. (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2009)

## 4.2 Sociální a zdravotní služby

Služby sociální péče napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost. Jejich cílem je umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení.

Pro nemocné s Alzheimerovou chorobou je v systému sociálně zdravotní péče nejdůležitějším článkem rodina a všichni lidé, kteří se vyskytují v jeho nejbližší blízkosti (přátelé, spolupracovníci, komunita). Duševně nemocní mají však také potřebu odborné pomoci. Zde potom nastupuje síť pomáhajících pracovníků, specialistů, zařízení a organizací, které nabízejí své služby. V péči o duševně nemocné se významně prolíná státní a nestátní sektor. Důležitá je dobrá práce sociálních pracovníků, kteří pomáhají tyto sektory propojit. Prolínání a dobrá kooperace obou sfér je pro nemocné s Alzheimerovou chorobou velmi významná.

Duševně nemocní často vyhledávají službu sami. Potřebují pomoc a podporu. Rodina a přátelé se nemusí o nemocného zajímat, mohou jeho onemocnění popírat. Je to přirozená reakce, za kterou nelze nikoho vinit. Základní vlastností sociálního systému služeb o duševně nemocné by mělo být aktivní vyhledávání. O sociální zabezpečení klientů by se měl zajímat každý člověk, který pracuje v pomáhající profesi. Ve spolupráci s klientem a jeho rodinou se může pracovník na tuto problematiku ptát a zkusit jim nabídnout pomoc. První reakce může být odmítavá, někdy i bouřlivá. Je však důležité nechat jim prostor pro dodatečné dohledání pomoci. Pro dementního klienta je důležité, aby se pomoc dostavila co nejdříve. Prvním článkem systému péče o duševně nemocné je tedy první kontakt sociálního pracovníka s nemocným. Může být zprostředkovaný klientem samotným, jeho rodinou a blízkými osobami nebo odborníkem. Tento úkol si jako prvořadý kladou *nízkoprahová zařízení*, která plní mnoho preventivních funkcí a zároveň bývají často prvkontaktním bodem v sociální síti. Jejich terénní pracovníci aktivně vyhledávají a nabízejí různé druhy pomoci těmto lidem.

Každý sociální pracovník by měl mít základní informace, které může klientovi nebo jeho rodině poskytnout. Nejčastěji je jim doporučena *odborná ambulance* nebo *kontaktní centrum*. Pracovníci těchto zařízení poté pracují dle individuálních potřeb klienta. Některým lidem tato pomoc stačí, jiní musí hledat jinou formu. Mezistupněm v této oblasti je *stacionární péče*. Ta kombinuje pobyt klienta v zařízení s odbornou péčí a jeho pobyt doma. Klient tak zcela neztrácí kontakt s rodinou a svým domácím prostředím. Problémem je však jejich dostupnost. Taková zařízení jsou většinou pouze ve velkých městech. Návazný prvek v systému služeb pro klienty s demencí je *rezidenční (pobytová) péče*. To pro klienta znamená různě dlouhý pobyt v zařízení s nepřetržitým provozem. Může to být psychiatrické oddělení nemocnice, psychiatrická klinika, psychiat-

rická léčebna, domov pro osoby se zdravotním postižením apod. V těchto zařízeních je náplní práce sociálních pracovníků podporovat zdravé sociální návyky, obnovovat sociální dovednosti, udržovat nebo zvyšovat úroveň interpersonálních vztahů. Cílem je dosažení co největší samostatnosti klienta s přihlédnutím k jeho individuálním potřebám a možnostem.

V některých případech není možné, aby se nemocný ihned po pobytu v léčebném zařízení vrátil do předchozích životních podmínek. Proto je k dispozici *návazná doléčovací péče*. Tu zařizuje sociální pracovník ve spolupráci s klientem ještě před jeho propuštěním. Formy této péče jsou různé a odpovídají problematice duševního onemocnění. Klient se může vrátit do ambulantního ošetřování, může využít specializovaného doléčovacího zařízení, domácí péče, chráněného zaměstnání nebo bydlení. Sociální pracovníci se pak zaměřují na možnosti plné, nebo alespoň částečné resocializace klienta.

Senioři s Alzheimerovou chorobou a jejich pečující rodiny mohou využívat různé typy sociálních služeb:

- *Pečovatelská služba* – je sociální služba pečovatелů, kteří zajišťují základní úkony péče o člověka a jeho domácnost, např. pomoc s hygienou, s donáškou či přípravou jídla, nákupy, běžnými pochůzkami, úklidem, doprovodem. Tyto služby však nejsou většinou dostupné večer a o víkendech.
- *Asistenční služba* - je sociální služba asistentů, kteří pomáhají klientovi při běžných úkonech podobných jako u pečovatelské služby, avšak úkony za klienta neprovádí. Služba je dostupná dle dohody, to znamená i o víkendech či večer.
- *Domácí péče* – je to péče zdravotních sester hrazená ze zdravotního pojištění. Předepisuje ji praktický lékař klienta. Pracovníci za klientem docházejí domů. Služba může být indikována i třikrát denně sedm dní v týdnu.
- *Respitní či odlehčovací pobyt* – jedná se o přechodnou péči o osobu, která není schopna zůstat bez pomoci. Je poskytována zpravidla v rámci sociálních zařízení jako jsou domovy pro seniory. Tato služba je určena zejména pečujícím, kteří tak mají mít možnost na nějakou dobu předat péči jinam a odpočinout si.

- *Denní centrum, stacionář* – jde o sociální služby, které zajišťují seniorům denní pobyt v prostředí, které je aktivizuje a zároveň nabízí pečujícím dohled nad jejich blízkými, kteří již bez něj nemohou zůstat.
- *Domov pro seniory se zvláštním režimem* (péče o osoby postižené demencí) – zajišťuje ubytování a související služby s péčí o osobu se sníženou soběstačností, zaměřenou na specifické potřeby osob postižených demencí. (Mahrová, et al, 2008, s. 44, 113-114)

### 4.3 Mimořádné výhody

Osoby s Alzheimerovou chorobou mohou často trpět řadou fyzických postižení, která omezují jejich pohybové schopnosti. Při těchto potížích mohou nemocní nebo pečující využívat mimořádných výhod, které upravuje zákon č. 100/1988 Sb. o sociálním zabezpečení, ve znění vyhlášky 182/1991 Sb.

Tělesně postižený občan může žádat o *vystavení průkazu TP* (těžce postižený), *ZTP* (zvláště těžce postižený) a *ZTP/P* (zvláště těžce postižený vyžadující průvodce). Držitel jednotlivých průkazů (dle stupně postižení) má nárok na: místo a přednost v dopravních prostředcích, bezplatnou hromadnou dopravu, slevu jízdného vnitrostátní vlakové a autobusové dopravy, bezplatnou dopravu, průvodce veřejnými hromadnými dopravními prostředky v místní i dálkové přepravě, slevy vstupného na kulturní akce apod. Nemocný nebo pečující musí podat žádost na příslušné okresní správě sociálního zabezpečení, u ošetřujícího lékaře si nechat vyhotovit zdravotnickou dokumentaci pro posouzení zdravotního stavu posudkovým lékařem a na závěr posudková komise rozhodne o přiznání mimořádných výhod. Platnost průkazu u osob starších 50 let je na dobu neomezenou. Zaniká však úmrtím držitele průkazu, ohlášením ztráty průkazu nebo odnětím mimořádných výhod, pokud z nějakého důvodu rozhodne příslušný úřad.

Pokud je nemocný člověk částečně či úplně imobilní, může nemocný či pečující žádat o *jednorázový příspěvek na opatření zvláštní pomůcky* - rehabilitační či kompenzační (polohovací zařízení do postele, sedačka do vany, vozík, pojízdné křeslo, vodní zvedák do vany, koupací lůžko, šikmá schodišťová plošina apod.). Poukaz na příslušnou pomůcku vystaví lékař. Praktický lékař může předepsat pouze pleny, specialista jako ortoped, neurolog, chirurg nebo rehabilitační lékař předepisuje pomůcky ostatní. Pečující si

příslušnou pomůcku zakoupí v prodejně zdravotnických potřeb a následně si podá žádost o příspěvek na příslušném obecním nebo městském úřadě, pokud není pomůcka úplně nebo částečně hrazena pojišťovnou.

Pečující, který potřebuje pro usnadnění péče o osobu blízkou a usnadnění pohybu nemocnému provést úpravy v bytě, může žádat o *jednorázový příspěvek na úpravu bytu*. Za úpravy se považuje zejména úprava přístupu do bytu, rozšíření a úprava dveří, přizpůsobení koupelny a WC, instalace výtahu apod. Rozsah úprav se posoudí dle závažnosti a druhu postižení občana. Při přiznávání příspěvku se přihlíží mimo jiné k příjmům a majetkovým poměrům občana a jeho rodiny. O příspěvek se žádá na příslušném obecním nebo krajském úřadě. Hodnota příspěvku může činit až do výše 70 % nákladu, maximálně však do 50 000 Kč anebo 100 000 Kč při instalaci výtahu. Žadatel se musí písemně zaručit, že využije příspěvek do 3 let od zahájení řízení.

Osoby s těžkou vadou pohybového aparátu, které potřebují k usnadnění pohybu a přemísťování se přizpůsobený osobní automobil, mají možnost žádat na obecním úřadě obce s rozšířenou působností o *příspěvek na zakoupení nebo příspěvek na celkovou opravu motorového vozidla*. Příspěvek je poskytován na období 5 let. V případě, že pečující bude žádat o celkovou opravu motorového vozidla je nutné prokázat, že je tato oprava vzhledem ke stavu nemocného nevyhnutelná. Výše příspěvku na zakoupení vozidla činí maximálně 100 000 Kč a příspěvek na celkovou opravu nejvýše 60 000 Kč. Součet příspěvků na zakoupení a celkovou opravu v období 10 let nesmí přesáhnout částku 200 000 Kč.

Pokud pečující využívá při péči o nemocného s Alzheimerovou chorobou motorové vozidlo k závažným důvodům, jako jsou opakované návštěvy u lékaře, vyšetření apod., má nárok na *příspěvek na provoz motorového vozidla*. Tuto dávku sociální péče vyřizuje taktéž obecní úřad obce s rozšířenou působností. Příspěvek je určen osobám, kterým jsou přiznány výhody pro těžce postižené II. a III. stupně, a jež budou automobil využívat pro pravidelnou dopravu. Výjimkou jsou osoby postižené hluchotou. Žadatel se však musí předem zavázat, že vrátí poměrnou část příspěvku, pokud přestane plnit podmínky pro jeho uznání. Dávka se poskytuje na období jednoho kalendářního roku. Výše příspěvku pro osoby, kterým jsou přiznány výhody těžce postiženého III. stupně, je 9 900 Kč a u nemocných s postižením II. stupně 6 000 Kč. Pokud občan ze závažných



důvodů ujede více než 9 000 km za kalendářní rok, výše příspěvku se zvyšuje. (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2009)

#### 4.4 Způsobilost k právním úkonům

Způsobilost k právním úkonům (dříve svéprávnost) znamená způsobilost nabývat práv a brát na sebe povinnosti vlastními úkony. Způsobilost k právním úkonům vzniká zletilostí, výjimečně je možné dosáhnout zletilosti před 18. rokem života uzavřením manželství na základě povolení soudu. Lidé v pokročilých stádiích Alzheimerovy choroby je často nutné zbavit způsobilosti k právním úkonům. Takto postižený člověk se totiž nedokáže o sebe postarat. Neumí se rozhodovat, nedokáže hospodařit s penězi, vyřizovat důležité pohledávky na úřadech apod.

Problematiku způsobilosti k právním úkonům zpracovává občanský zákoník, zákon č. 40/1964 a občanský soudní řád, zákon č. 99/1963 Sb. a jeho pozdější novely. Omezení způsobilosti k právním úkonům znamená velmi citlivý zásah do práv občana a musí být projednávána soudním znalcem. Pod pojmem zbavení způsobilosti k právním úkonům si lze představit např. znemožnění manipulace s penězi, manipulace s rodinnými financemi apod.

Jestliže osoba trpící duševní poruchou, která není přechodná, není schopná činit právní úkony, soud ji způsobilosti zbaví. Pokud je osoba schopna konat některé úkony samostatně, může být zbavena způsobilosti jen částečně.

Návrh k posouzení způsobilosti k právním úkonům může podat jakákoliv právně způsobilá osoba nebo jakákoliv instituce na podkladě lékařského osvědčení. Po podání návrhu na posouzení je osobě, o kterou se jedná, přidělen opatrovník pro řízení a dále je požádán o posouzení znalec. Znalecký posudek je jedním z podkladů pro rozhodnutí soudu, a jestliže to znalec navrhne, může být posuzovaný po dobu maximálně šesti týdnů umístěn ve zdravotnickém zařízení, pokud je to nutné pro provedení posudku.

Ve chvíli, kdy je posuzovaný zbaven či omezen ve způsobilosti k právním úkonům, je mu soudem přiřazen opatrovník, který má dohlížet na oblasti, ve kterých tento člověk nemůže jednat. V první řadě se jedná zpravidla o rodinného příslušníka nebo jinou vhodnou osobu, v druhé řadě je to osoba veřejná, např. pracovník městského či obecního úřadu. Pokud pominou důvody, které vedly ke vzniku omezení či zbavení způsobi-

losti, soud může své rozhodnutí zrušit. Žádost o přezkoumání může podat opět kdokoli, a to i osoba, která byla způsobilosti zbavena. (Mahrová, et al, 2008, s. 56; Marková, et al, 2006, s. 67-69)

## 5 SYNDROM VYHOŘENÍ U PEČUJÍCÍCH

Péče o nemocného s Alzheimerovou chorobou klade vysoké nároky na nejbližšího příbuzného, popř. pečovatele, jak již bylo uvedeno výše. Bývá ale také často spojena s vyšší nemocností pečovatelů. Pokud pečující musí zajistit 24 hodinovou péči o demenčního člověka bez cizí pomoci, je vystaven velkému riziku vzniku syndromu vyhoření. Postoje a vztah k nemocnému, schopnost zvládat nepředvídatelné situace, emoční napětí mezi pečovatelem a pacientem jsou rozhodující situace, které určí, zda bude nemocný pobývat v rodině či zda ho bude muset rodina umístit do sociálního zařízení. Pokud se syndrom vyhoření u pečujícího objeví, nemusí být následně schopen se o nemocného člena rodiny dále starat.

Syndrom vyhoření (burnout) je v literatuře připisován hlavně pomáhajícím profesím. Není však výjimkou, že se objevuje v kterékoliv jiné profesi, která je charakterizovaná vysokou pracovní náročností, intenzivním kontaktem s lidmi a mnohdy neadekvátním finančním hodnocením. Nedobrovolná péče o osobu blízkou je v posledních letech v literatuře popisována také jako důvod k vyhoření. Syndrom vyhoření vzniká dlouhodobým zabýváním se situacemi, které jsou emocionálně náročné. Souvisí jednak se zátěží, ale také je důsledkem selhání osobních „coping mechanismů“ (mechanismů zvládnání nároků).

Syndrom vyhoření není nemoc. Je popisován jako neustále se vyvíjející proces. Není to také jen prosté vyčerpání, i když vyčerpání fyzické, psychické a emocionální je při něm popisováno:

- *Emocionální vyčerpání* – projevuje se tím, že člověk „ztrácí kapacitu pro lidi“. Cítí se citově vysátý, zažívá pocit, že nemůže pomoci, že neví jak. Reaguje podrážděně, nepřátelsky, necitlivě, přestává být empatický. Vytrácí se radost z kontaktu s lidmi, nejprve v práci, postupně i v osobním životě. Rodinu a přátele přestává vnímat jako zdroj radosti, stávají se pro něho další přítěží.
- *Psychické vyčerpání* - člověk má negativní postoje proti sobě i k jiným a mění životní postoje. Život začíná být vnímán jako seskupení nároků, problémů a hrozících katastrof. Takový člověk je negativistický, pesimistický, nechce žádné změny, přestává si věřit. Objevují se poruchy soustředění, zapomnětlivost, utlumení celkové aktivity, snižuje se jeho spontaneita a mizí tvořivost. Jeho činnost se redukuje na ru-

tinní postupy, jeho život přestává být perspektivní, vytrácí se smysl jeho práce, později i života, mohou se objevit i sebevražedné myšlenky. Člověk postupně ztrácí všechny ideály a energii.

- *Tělesné vyčerpání* – se projevuje chronickou únavou, nedostatkem energie, svalovými bolestmi, pocity tělesné slabosti. Objevuje se rychlá unavitelnost, která se dostavuje po krátkých etapách zotavení. Tento typ únavy je spojen s pocity viny a selhávání, je to odlišný typ únavy od fyzické únavy po sportu či po namáhavé práci, která přejde po spánku. Zátěž se projevuje večer jako bolest či rozlámanost celého těla přestože skutečná fyzická aktivita během dne byla malá. Často se dostavuje zvýšená potřeba spánku, přitom je však spánek nekvalitní a ráno se člověk cítí nevyspaný. U člověka se objevuje častější nemocnost, změny stravovacích návyků spojené se změnami tělesné hmotnosti. Zvyšuje se též riziko zneužívání návykových látek.
- *Změny v sociálních rolích* – projevují se především stahováním se ze sociálního kontaktu. Zvyšuje se podrážděnost, narůstají konflikty, odmítání ve vztazích. Dochází k celkovému útlumu sociability, převažuje lhostejnost, apatie, nezájem o hodnocení druhými. (Pidrman, 2005, s. 43)

## 5.1 Příčiny syndromu vyhoření

Obecně se na vzniku syndromu vyhoření podílí *osobnostní charakteristiky* daného jedince. K těmto individuálním znakům se přidávají specifické příčiny jako jsou vysoké nároky kladené na pečovatele, vysoký stresový prožitek, zhoršený vztah k nemocnému, jak bude popsáno níže. Syndrom vyhoření postihuje především motivované lidi, s vysokými cíly a velkými očekáváními. Vyhořet může pouze ten kdo „hořel“. Nadšení však mohou vydržet dlouhodobě pouze pokud jsou naplňována očekávání.

*Odolnost vůči zátěži* je také důležitý faktor, který hraje roli při vzniku syndromu vyhoření. Pečující ho však může ovlivnit a trénovat. Každý z nás reaguje na zátěžovou situaci jinak. Reakce závisí na tom, jakou máme zkušenost s danou zátěží, jaké máme fyzické a psychické zdroje, jaký je náš zdravotní stav a jak dokážeme vyhodnotit vzniklou situaci. Člověk vystavený stresujícím vlivům není jen jejich pasivním příjemcem, ale je jejich aktivním zpracovatelem. Vnímání stresoru a jeho kognitivní zpracování je jednou z možností, jak stresující prvky modulovat. Názory na to, do jaké míry mají osobnostní charakteristiky a odolnost vůči stresu vliv na vznik syndromu vyhoření se různí, je však

důležité, že se tyto faktory opravdu na jeho vzniku podílejí v jiné míře než vnější vlivy, které působí na člověka intenzivněji a zvláště pokud jsou chronické povahy.

Na pečujícího o nemocného s Alzheimerovou chorobou působí vlivy, které jsou specifické pouze pro tuto skupinu lidí. Při péči o demenčního člověka nejde o pouhé uspokojování fyzických potřeb. Péče o tyto nemocné je velmi náročná, je nezbytné, aby pečovatel dobře porozuměl projevům nemocného, dokázal je popsat a uměl na ně správně reagovat. Mimořádná zátěž pečovatelů je dána dvěma na sobě těsně závislými zdroji:

- *Objektivními* – zátěží, která je dána péčí o daného pacienta. Patří sem výčitky, verbální útoky nemocného, jeho fyzická agrese, bloudění, obtížné přizpůsobování se dennímu režimu, pasivita nemocného při plnění běžných denních aktivit (oblékání, jídlo, toaleta), podezřívavost, obviňování, porušení cirkadiálního rytmu apod.
- *Subjektivními* – odráží emoční reakce pečovatele na péči o jedince s demencí, adaptaci na permanentní zátěž, které je vystaven. Patří sem negativní zkušenosti pečovatele, žena jako pečovatel je více stresována než muž, velmi blízký pečující (manžel/ka) je více stresován než vzdálený příbuzný, nízká podpora od ostatních členů rodiny, nízké znalosti o Alzheimerově chorobě, špatný premorbidní vztah k nemocnému, vysoké požadavky na pacienta, špatný tělesný stav pečovatele apod.

## 5.2 Stádia syndromu vyhoření

1. fáze – nadšení, kde jsou v popředí ideály, zaujetí a dochází k přetěžování se,
2. fáze - vyčerpání, fyzické i psychické,
3. fáze - dehumanizované vnímání sociálního okolí, odcizení, obranné postoje,
4. fáze - vyčerpání, negativismus a lhostejnost. (Bartošíková, 2006, s. 20-29; Pidrman, 2005, s. 44-46 )

## 5.3 Prevence syndromu vyhoření

Jestliže se pečující rozhodne, že se začne starat o svého blízkého s Alzheimerovou chorobou, není to jednoduché. Musí se však také umět starat sám o sebe, udržovat se v co nejlepší kondici, být zdravý a předcházet syndromu vyhoření. Jeho duševní zdraví a emocionální pohoda jsou mimořádně důležité.

Pečujícímú vždy pomůže, má-li možnost se o své problémy, starosti a pocity podělit s druhými lidmi. Vždy by měl mít na paměti, že na problémy není sám. Lidé, kteří rovněž pečují o nemocného s Alzheimerovou chorobou mají velké pochopení pro napětí, které trvalá péče a starost o nemocného vyvolávají. S těmito lidmi se mohou setkat v různých sdruženích, na seminářích apod.

System denní péče umožňuje umístit nemocného do zařízení na přechodnou dobu, pokud mu pečující není schopen zajistit péči v domácím prostředí a může si tak dopřát odpočinek. Tato centra také nabízejí různé stimulační programy a aktivity pro pacienty. Mohou být součástí stacionáře nebo denního centra, které se specializuje na nemocné s demencí.

Pečující by měl umět odpočívát. Pokud se nemocný v noci budí a bloudí po bytě, je dobré se dohodnout s jiným členem rodiny, aby hlídal nemocného místo něho, a aby se mohl pečující po celodenní péči pořádně vyspat. Je vhodné požádat i během dne někoho z příbuzných, aby pečujícího vystřídali v péči o nemocného, aby si mohl jít na chvíli odpočinout. Není důležité od koho pomoc přijde, důležité je, aby se jí dostalo.

Ve stravě pečujícího by měly být denně zastoupeny všechny důležité složky. Měl by si také zachovávat a obnovovat duševní a tělesné síly a to tím způsobem, že si udělá čas na svoje aktivity, které mu přinášejí odpočinek a potěšení, ale neměl by to pociťovat jako provinění. Poté bude moci lépe o nemocného pečovat. Pečující by měl také omezit stres. Pokud zjistí, že mu každodenní péče o nemocného ubírá energii, měl by si o to víc dopřát odpočinek např. formou procházky, poslechem hudby nebo relaxací.

Nejdůležitější pro pečujícího je, jak již bylo zmíněno, zapojit do péče ostatní členy rodiny. Neměl by odmítat pomoc, která se nabízí, naopak by ji měl využívat co nejvíce. V České republice se na péči o klienty s Alzheimerovou chorobou specializuje mnoho organizací. Jedná se o centra denních služeb, různé stacionáře a domovy se zvláštním režimem. Existuje i Česká alzheimerovská společnost, která se touto problematikou zabývá detailně, viz níže. Více informací pečujícím poskytne také lékař, zdravotnické, sociální zařízení nebo sociální pracovník. (Pfizer, 1998, s. 88-91)

## 6 ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST

Česká alzheimerská společnost (ČALS) vznikala v průběhu roku 1996. Jako občanské sdružení byla zaregistrována v únoru 1997. Podnětem pro její vznik bylo setkávání a spolupráce profesionálů v oboru gerontologie – lékařů, sester, sociálních pracovníků, studentů sociální práce a dalších, kteří se zabývali problematikou lidí postižených demencí. V současné době je ČALS respektovaným členem významných mezinárodních organizací Alzheimer Europe a Alzheimer Disease International.

ČALS vede výkonný výbor. Má nejméně pět členů a je volen na období čtyř let. Revizní komise je kontrolním orgánem asociace a obsahuje tři členy.

Cílem ČALS je podporovat pacienty postižené syndromem demence a jejich rodiny. Po celé České republice jsou rozmístěná kontaktní místa, na která se mohou zájemci o informace či pomoc obracet (příloha P VI).

ČALS zaštiťuje mnoho projektů, jimiž se snaží získávat pro nemocné finance a zároveň také informovat veřejnost o problematice nemocných s Alzheimerovou chorobou. Za podpory hlavního města Prahy je každoročně realizován projekt „Zlatá vážka“ a „Denní stacionář“. Projekt „Kontaktní a informační centrum“ je podpořen hlavním městem a Ministerstvem zdravotnictví. To také finančně podporuje ediční a přednáškovou činnost ČALS, stejně jako Pražské gerontologické dny.

Mezinárodní alzheimerská asociace si připomíná 21. září Mezinárodní den Alzheimerovy nemoci. Česká alzheimerská společnost se k této tradici připojila krátce po svém vzniku a od roku 2001 si tento den připomíná jako „Pomerančový den“. V roce 2005 se přesunul na datum 21. června, kdy svátek slaví Alois. Během tohoto dne upozorňuje na problematiku Alzheimerovy choroby a ve spolupráci s dalšími kontaktními místy pořádá další akce, např. Koncerty pro vážku. Kontaktní místa pořádají také v tomto termínu sbírku, jejíž výtěžek slouží ke zlepšení péče o osoby trpící demencí. (Alzheimer, 2004)

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**



## 7 METODIKA PRÁCE

### 7.1 Cíle a hypotézy k výzkumu

Na základě prostudování odborné literatury o dané problematice byly stanoveny následující cíle a hypotézy.

#### **Cíl č. 1: Zjistit informovanost pečujících o nemocného s Alzheimerovou chorobou o specifikách ošetrovatelské péče.**

1.  $H_0$  Většina pečujících nemá dostatečné informace týkající se specifik ošetrovatelské péče u pacientů s Alzheimerovou chorobou.
1.  $H_A$  Většina pečujících má dostatečné informace týkající se specifik ošetrovatelské péče u pacientů s Alzheimerovou chorobou.
2.  $H_0$  Z hlediska intenzity péče o nemocného s Alzheimerovou chorobou není mezi pečujícími významný rozdíl v jejich informovanosti.
2.  $H_A$  Intenzita péče o nemocné s Alzheimerovou chorobou má na informovanost pečujícího vliv.

#### **Cíl č. 2: Zmapovat, jakým způsobem byly pečujícím poskytnuty informace týkající se specifik ošetrovatelské péče o nemocného s Alzheimerovou chorobou.**

3.  $H_0$  Většině pečujícím nebyly v dostatečné míře poskytnuty informace týkající se specifik ošetrovatelské péče.
3.  $H_A$  Většině pečujícím byly poskytnuty v dostatečné míře informace týkající se specifik ošetrovatelské péče.
4.  $H_0$  Mezi skupinami zdravotnických zařízení není významný rozdíl v kvalitě poskytování informací.
4.  $H_A$  Zaměření zdravotnických zařízení významně ovlivňuje kvalitu poskytování informací.

**Cíl č. 3: Zjistit, zda si pečující vyhledávají nové informace o Alzheimerově chorobě, případně kde si je vyhledávají.**

**5.  $H_0$**  Většina pečujících si nové informace o Alzheimerově chorobě nevyhledává.

**5.  $H_A$**  Většina pečujících si nové informace o Alzheimerově chorobě vyhledává.

**6.  $H_0$**  Intenzita péče o nemocného s Alzheimerovou chorobou nemá vliv na vyhledávání nových informací.

**6.  $H_A$**  Mezi skupinami pečujících lišících se různou intenzitou péče o nemocného s Alzheimerovou chorobou existuje podstatný rozdíl ve vyhledávání nových informací.

**Cíl č. 4: Posoudit, zda pečující ví o příspěvcích a sociálních službách, které mohou využívat při péči o nemocného s Alzheimerovou chorobou a zda je využívají.**

**7.  $H_0$**  Většina pečujících není dostatečně informována o příspěvcích a sociálních službách, které mohou při péči o nemocného s Alzheimerovou chorobou využívat.

**7.  $H_A$**  Většina pečujících je dostatečně informována o příspěvcích a sociálních službách, které mohou při péči o nemocného s Alzheimerovou chorobou využívat.

**8.  $H_0$**  Mezi skupinami lidí žijících ve městech a na vesnicích není významný rozdíl ve využívání služeb.

**8.  $H_A$**  Mezi skupinami lidí žijících ve městech a na vesnicích existuje významný rozdíl ve využívání služeb.

**Cíl č. 5: Zhodnotit náročnost péče o nemocné s Alzheimerovou chorobou v domácím prostředí.**

**9.  $H_0$**  Většina pečujících hodnotí náročnost péče o nemocného s Alzheimerovou chorobou jako vyčerpávající.

**9.  $H_A$**  Většina pečujících nepovažuje náročnost péče o nemocného s Alzheimerovou chorobou za vyčerpávající.

## 7.2 Výzkumná metoda

K bakalářské práci byla použita výzkumná metoda dotazníku. Bártlová jej definuje následovně: „Dotazník je v podstatě standardizovaným souborem otázek, jež jsou předem připraveny na určitém formuláři. Získáváme jím empirické informace, založené na nepřímém dotazování se respondentů, s použitím předem formulovaných písemných otázek.“ (Bártlová, et al, 2008, s. 98)

Dotazník (příloha P VIII) obsahuje 27 otázek. Položky byly formulovány na základě stanovených cílů a hypotéz výzkumu. Úvodní část dotazníku je zaměřená na seznámení respondenta s výzkumníkem a tématem práce, obsahuje také žádost o vyplnění a pokyny k jeho vyplňování. Není opomenuto, že dotazník je anonymní, závěrem poděkování a rozloučení.

### Formy položek:

- nezávisle proměnné (identifikační) – 1-8,
- závisle proměnné – 9-27,
- otevřené – 8, 10,
- polouzavřené – 3, 4, 6, 17, 25,
- polouzavřené, výčtové – 11, 19, 22, 23, 24,
- polouzavřená, výčtová, kontrolní – 21,
- uzavřená, polytomická – 2,
- uzavřené, dichotomické – 1, 5, 7, 18, 20,
- uzavřené, dichotomické, filtrační – 15, 26,
- uzavřené, polytomické, výběrové – 9, 12, 13, 14, 16, 27.

## 7.3 Organizace výzkumného šetření

Výzkumnému šetření předcházela pilotní studie. Dotazníky byly rozdány 5 zvoleným respondentům, kteří měli za úkol zhodnotit srozumitelnost a návaznost položek, případně nedostatky dotazníku. Po proběhlé pilotní studii, mírných úpravách a konzultaci s vedoucí práce byly dotazníky vytisknuty a rozdávány. Dotazníkové šetření probíhalo od začátku prosince roku 2008 do konce března 2009. Pro spolupráci byly osloveny organizace a lékaři, kteří se nejčastěji setkávají s klienty postiženými Alzheimerovou chorobou v domácím prostředí - oblastní charity zaměřené na domácí péči, denní stacionáře

pro seniory a ambulance psychiatrických lékařů. Dotazníků bylo rozdáno celkem 110, návratnost byla 62%, což je 68 dotazníků. 12 dotazníků však bylo nesprávně vyplněných a z výzkumu muselo být vyřazeno. Celkem se tedy pracovalo s 56 dotazníky.

#### **7.4 Charakteristika zkoumaného vzorku**

Jak již bylo zmíněno výše, pro výzkum byli osloveni respondenti, kteří pečují v domácím prostředí o nemocného s Alzheimerovou chorobou. Pečující buďto s nemocným bydlí ve společné domácnosti nebo za ním docházejí a střídají tak v péči jiného člena rodiny.

#### **7.5 Zpracování získaných dat**

Získané údaje z dotazníků byly zapsány do pracovní tabulky v programu Microsoft Excel, ze které se poté vycházelo pro vytváření tabulek četností s názornými grafy a pro následný výpočet jednotlivých hypotéz, jak bude uvedeno podrobněji níže.

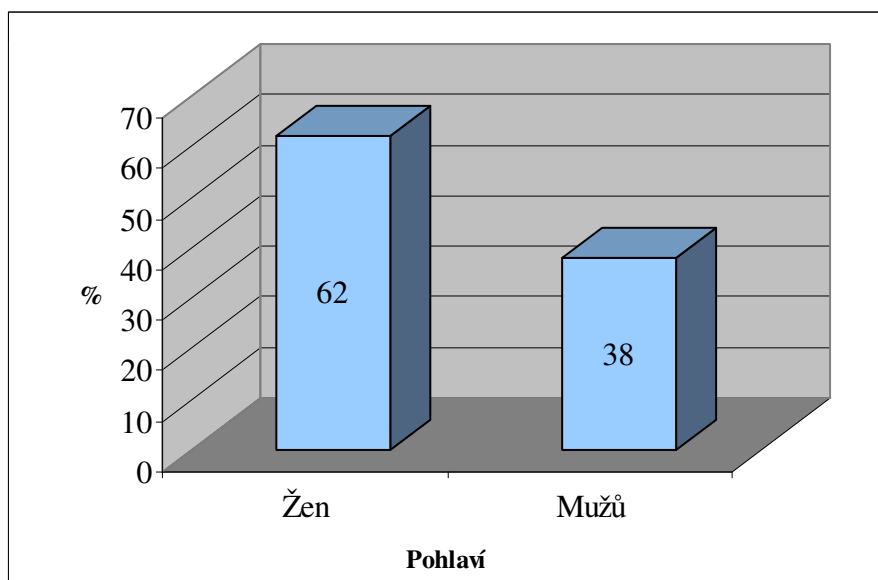
## 8 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

### 8.1 Zpracování a grafické znázornění získaných dat

Otázka č. 1: Jaké je Vaše pohlaví?

Tab. 1. Pohlaví respondentů

Odpověď	Absolutní četnost	Procenta %
Žen	35	62
Mužů	21	38
<b>Celkem</b>	<b>56</b>	<b>100</b>



Graf 1. Pohlaví respondentů

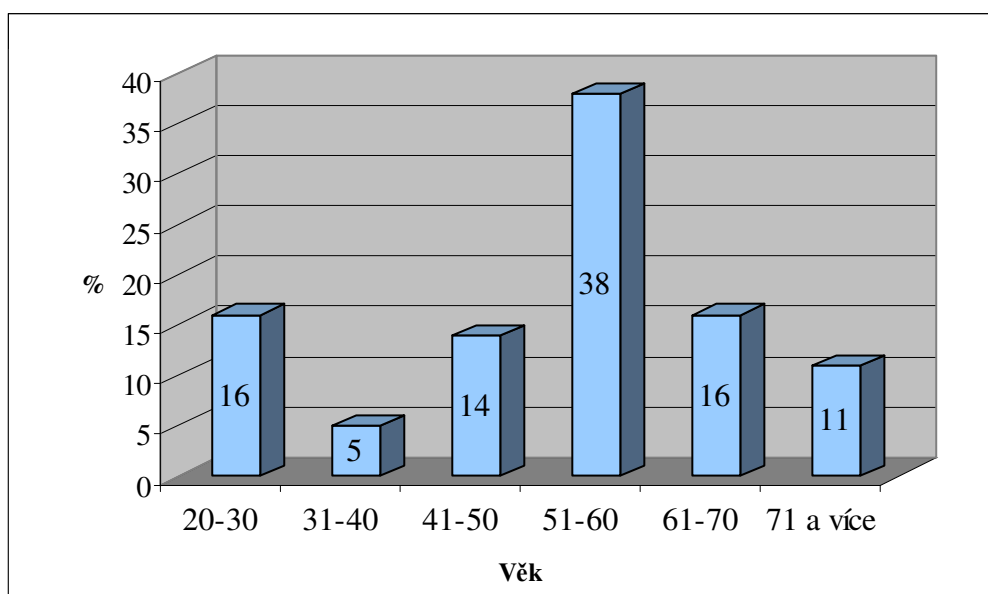
#### Komentář:

Dotazníkového šetření se zúčastnilo z celkového počtu 56 respondentů 35 žen (62 %) a 21 mužů (38 %).

## Otázka č. 2: Kolik je Vám let?

Tab. 2. Věk respondentů

Odpověď	Absolutní četnost	Procenta %
20-30	9	16
31-40	3	5
41-50	8	14
51-60	21	38
61-70	9	16
71 a více	6	11
<b>Celkem</b>	<b>56</b>	<b>100</b>



Graf 2. Věk respondentů

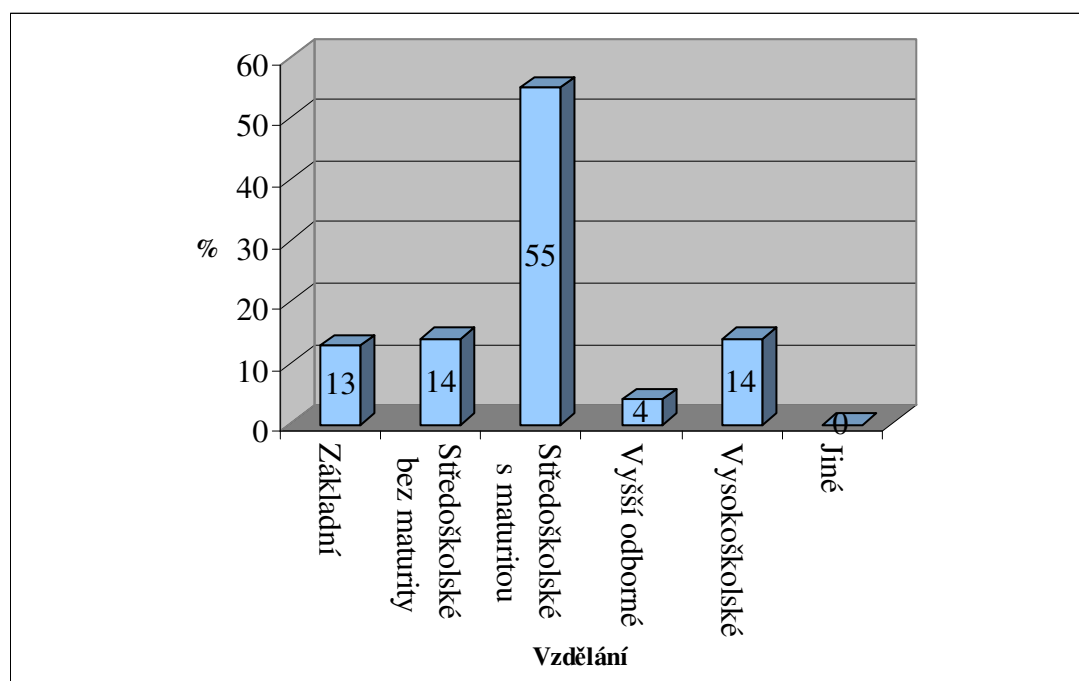
**Komentář:**

Na dotazníky odpovídalo z celkového počtu 56 16 % respondentů ve věku 20-30 let, 5 % v rozmezí 31-40 let, 14 % bylo lidí ve věku 41-50. Nejvíce zastoupenou skupinou bylo 38 % odpovídajících ve věku 51-60 let a 16 % ve věku 61-70. 71 a více let mělo 11 % dotazovaných.

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

Tab. 3. Vzdělání respondentů

Odpověď	Absolutní četnost	Procenta %
Základní	7	13
Středoškolské bez maturity	8	14
Středoškolské s maturitou	31	55
Vyšší odborné	2	4
Vysokoškolské	8	14
Jiné	0	0
<b>Celkem</b>	<b>56</b>	<b>100</b>



Graf 3. Vzdělání respondentů

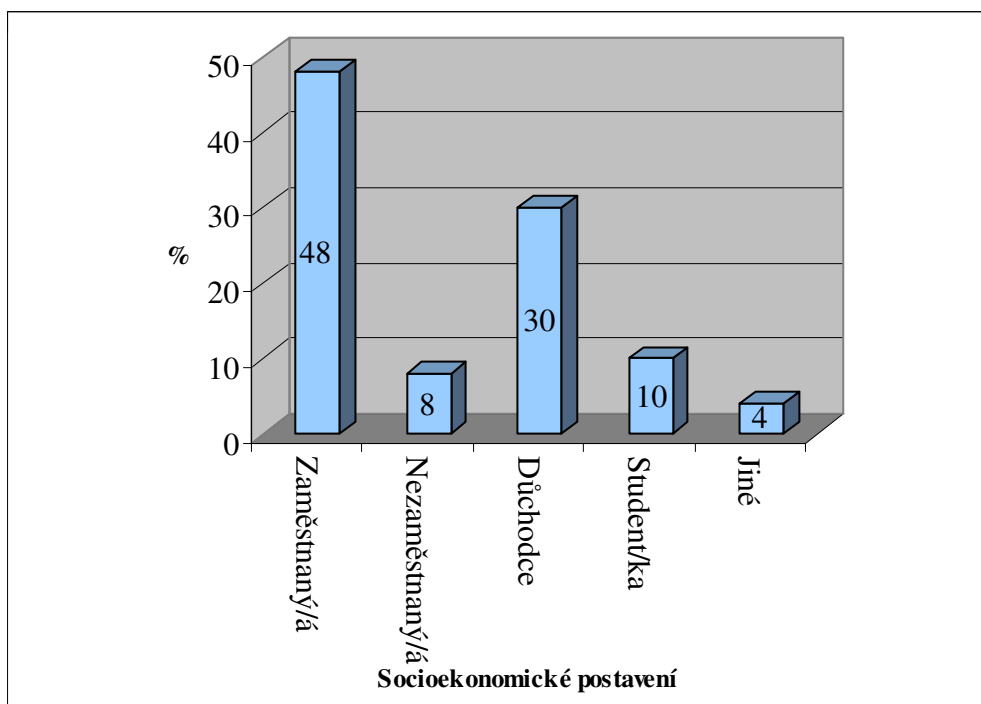
**Komentář:**

Z 56 dotazovaných mělo 13 % vzdělání základní, 14 % středoškolské bez maturity, maximum odpovědí bylo u možnosti „středoškolské s maturitou“ s 55% četností. 4 % respondentů absolvovalo vyšší odborné a 14 % vysokoškolské vzdělání. Možnost jiné ne zvolil nikdo.

## Otázka č. 4: Jste:

Tab. 4. Socioekonomické postavení respondentů

Odpověď	Absolutní četnost	Procenta %
Zaměstnaný/á	27	48
Nezaměstnaný/á	5	8
Důchodce	17	30
Student/ka	5	10
Jiné	2	4
<b>Celkem</b>	<b>56</b>	<b>100</b>



Graf 4. Socioekonomické postavení respondentů

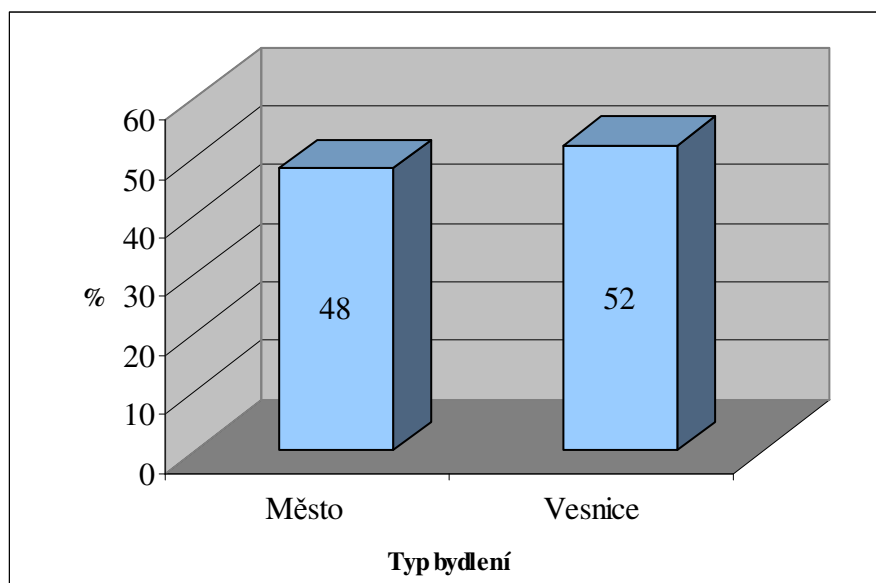
**Komentář:**

Z celkového počtu 56 dotazovaných je zaměstnaných 48 %, což byla nejčetnější možnost odpovědí a naopak 8 % nezaměstnaných. Pečujících v důchodu je 30 %, studentů 10 %. Možnost „jiné“, s místem pro vlastní odpověď, zvolily 4 % respondentů, kde dopisali odpověď „osoba samostatně výdělečně činná“.



**Otázka č. 5: Kde bydlíte?***Tab. 5. Typ bydlení respondentů*

Odpověď	Absolutní četnost	Procenta %
Město	27	48
Vesnice	29	52
<b>Celkem</b>	<b>56</b>	<b>100</b>

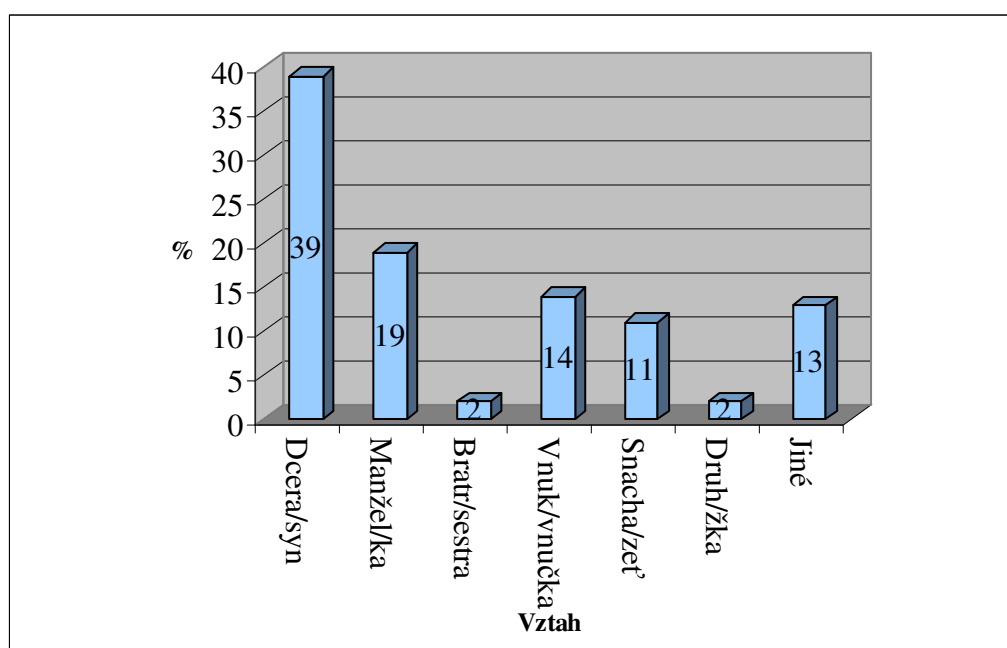
*Graf 5. Typ bydlení respondentů***Komentář:**

Z 56 dotazovaných žije 48 % respondentů ve městě a 52 % na vesnici.

## Otázka č. 6: Jaký je Váš vztah k nemocnému?

Tab. 6. Vztah pečujícího k nemocnému

Odpověď	Absolutní četnost	Procenta %
Dcera/syn	22	39
Manžel/ka	11	19
Bratr/sestra	1	2
Vnuk/vnučka	8	14
Snacha/zet'	6	11
Druh/žka	1	2
Jiné	7	13
<b>Celkem</b>	<b>56</b>	<b>100</b>



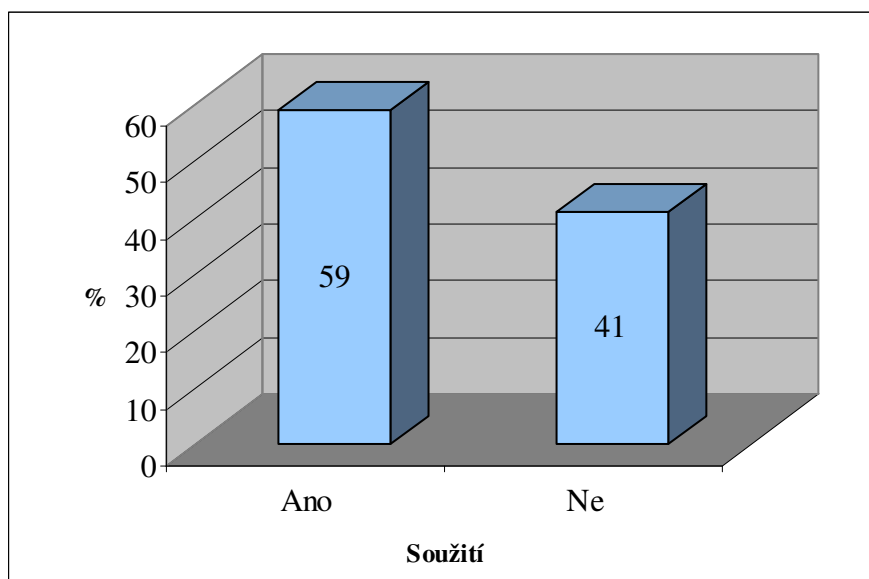
Graf 6. Vztah pečujícího k nemocnému

**Komentář:**

39 % odpovídajících na výše uvedenou otázku bylo vztahem k nemocnému dcera nebo syn, což byla také nejčetnější odpověď, následovalo 19 % odpovědí „manžel/manželka“, 2 % respondentů bylo vztahem k nemocnému bratr či sestra. 14% zastoupenou skupinou je „vnuk/vnučka“, 11 % dotazovaných odpovědělo „snacha/zet'“, druh či družka pečuje o nemocného ve 2 % a odpověď „jiné“ s možností vlastní odpovědi zvolilo 13 % respondentů. Jejich odpovědi by se daly shrnout do skupiny „vzdálený příbuzný“.

**Otázka č. 7: Žijete trvale s osobou, o kterou pečujete?***Tab. 7. Soužití pečujících s nemocným ve společné domácnosti*

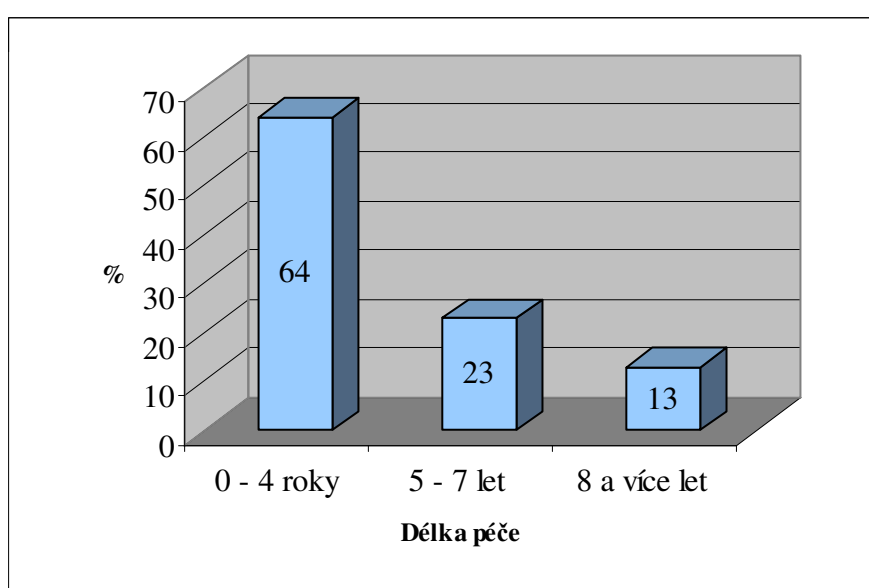
Odpověď	Absolutní četnost	Procenta %
Ano	33	59
Ne	23	41
<b>Celkem</b>	<b>56</b>	<b>100</b>

*Graf 7. Soužití pečujících s nemocným ve společné domácnosti***Komentář:**

59 % dotázaných pečujících z celkového počtu 56 s nemocným žijí ve společné domácnosti, naopak 41 % za nemocným dochází.

**Otázka č. 8: Jak dlouho již pečujete o nemocného? (počet let)***Tab. 8. Délka péče o nemocného v letech*

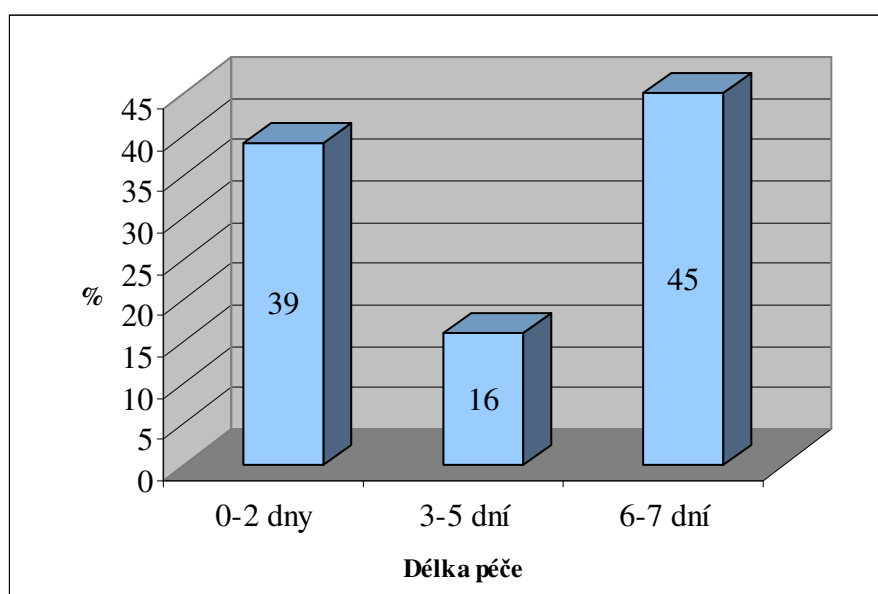
Odpověď	Absolutní četnost	Procenta %
Kategorie I: 0-4 roky	36	64
Kategorie II: 5-7 let	13	23
Kategorie III: 8 a více let	7	13
<b>Celkem</b>	<b>56</b>	<b>100</b>

*Graf 8. Délka péče o nemocného v letech***Komentář:**

K otázce č. 8 měli respondenti za úkol dopsat počet let, které již pečují o nemocného s Alzheimerovou chorobou. Z těchto odpovědí jsem si vytvořila 3 kategorie, do kterých jsem poté respondenty řadila dle délky péče. Do kategorie I: 0-4 roky jsem zařadila největší počet dotázaných, celých 64 %. 5-7 let pečuje 23 % respondentů a nejméně četná byla kategorie III, kdy v rozmezí 8 a více let pečuje 13 % dotázaných.

**Otázka č. 9: Kolik času týdně strávíte péčí o nemocného?***Tab. 9. Délka péče o nemocného týdně*

Odpověď	Absolutní četnost	Procenta %
<b>Kategorie I: 0-2 dny</b>	22	39
<b>Kategorie II: 3-5 dnů</b>	9	16
<b>Kategorie III: 6-7 dnů</b>	25	45
<b>Celkem</b>	<b>56</b>	<b>100</b>

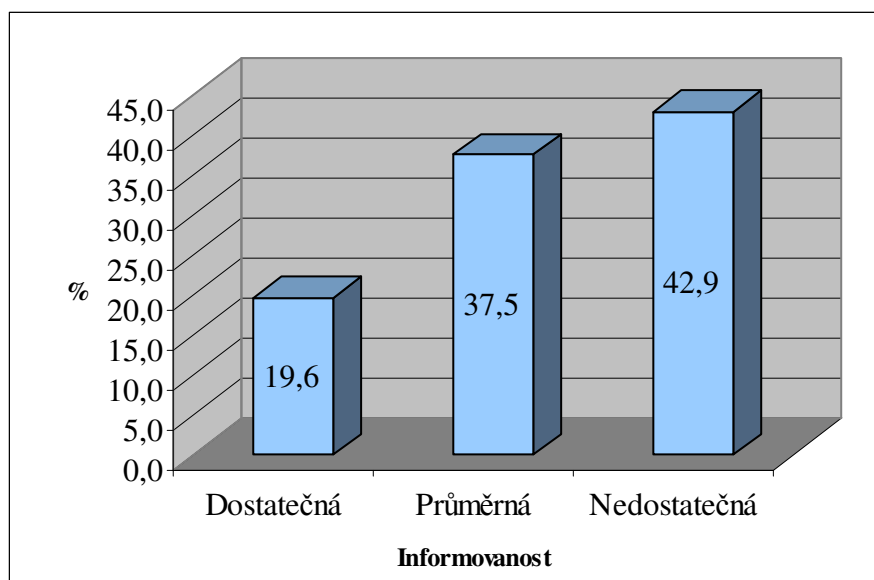
*Graf 9. Délka péče o nemocného týdně***Komentář:**

V otázce č. 9 měli respondenti na výběr počet dní v týdnu (první možnost byla „méně než 24 hod.“, dále 1 den, 2, 3, 4, 5, 6 a poslední volba „7 dní“), které stráví péčí o nemocného s Alzheimerovou chorobou. Opět jsem vytvořila 3 kategorie pro řazení odpovědí a následnou lepší orientaci. I. kategorie dotázaných, která pečuje 0-2 dny v týdnu získala 39% četnost, 3-5 dní týdně se o svého příbuzného stará 16 % dotázaných a nejvíce zvolených odpovědí bylo u kategorie III: 6-7 dní v týdnu, kdy respondenti odpovídali s četností 45 %.

**Otázka č. 10:** Definujte prosím svými slovy Alzheimerovu chorobu (např. co je to za onemocnění, jak se projevuje apod.)

*Tab. 10. Definice Alzheimerovy choroby – otevřená otázka*

Odpověď	Absolutní četnost	Procenta %
<b>Kategorie I: dostatečně informován/a</b>	11	19,6
<b>Kategorie II: průměrně informován/a</b>	21	37,5
<b>Kategorie III: nedostatečně informován/a</b>	24	42,9
<b>Celkem</b>	<b>56</b>	<b>100,0</b>



*Graf 10. Definice Alzheimerovy choroby – otevřená otázka*

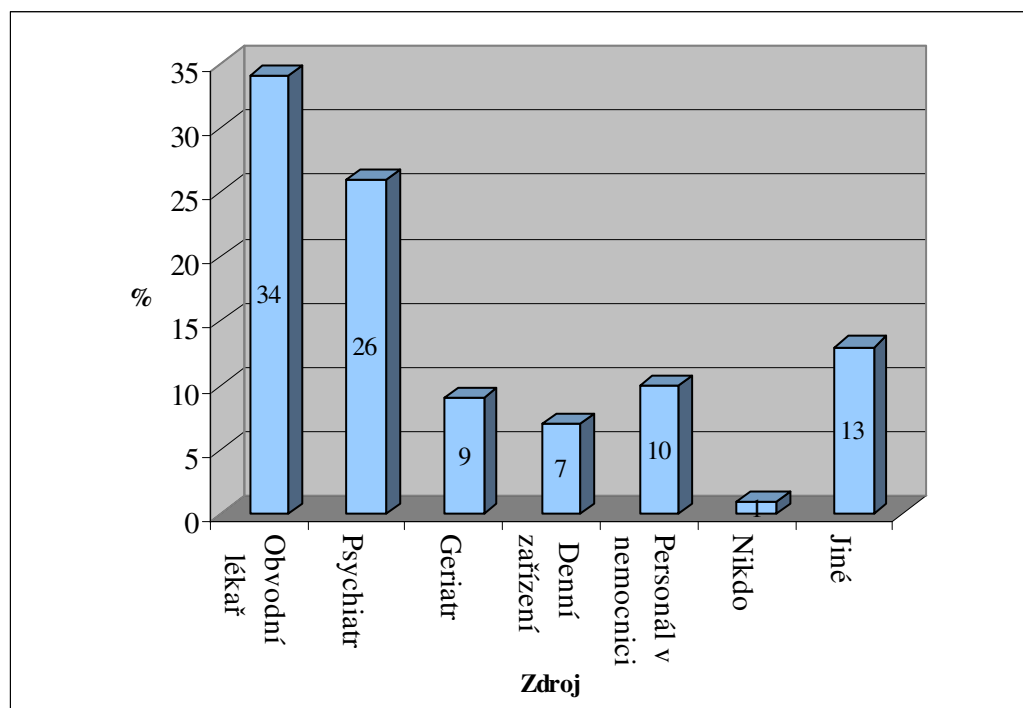
### **Komentář:**

Otázka č. 10 byla otevřená. Úkolem respondentů bylo svými slovy definovat Alzheimerovu chorobu. Aby se s odpověďmi dalo lépe pracovat, vyčlenila jsem 3 kategorie od nejlépe informovaných respondentů po nejhůře. Dotazovaný, který odpověděl výborně, byl označen jako dostatečně informovaný. Do této kategorie, jsem mohla zařadit 19,6 % respondentů. Za průměrně informované jsem označila ty pečující, kteří odpověděli na tuto otázku dobře. Zde se sešlo 37,5 % dotazovaných. V poslední kategorii byli ti pečující, kteří odpověděli špatně nebo uvedli odpověď „nevím“. Tato kategorie měla nejvyšší četnost 42,9 %.

**Otázka č. 11: Kdo Vám poskytl informace týkající se Alzheimerovy choroby a specifick ošetřovatelské péče? (můžete označit více odpovědí)**

*Tab. 11. Zdroj informací o Alzheimerově chorobě*

Odpověď	Absolutní četnost	Procenta %
Obvodní lékař	30	34
Odborný lékař – psychiatr	23	26
Odborný lékař – geriatr	8	9
Denní zařízení pro seniory s demencí	6	7
Personál v nemocnici	9	10
Nikdo	1	1
Jiné	12	13
<b>Celkem</b>	<b>89</b>	<b>100</b>



*Graf 11. Zdroj informací o Alzheimerově chorobě*

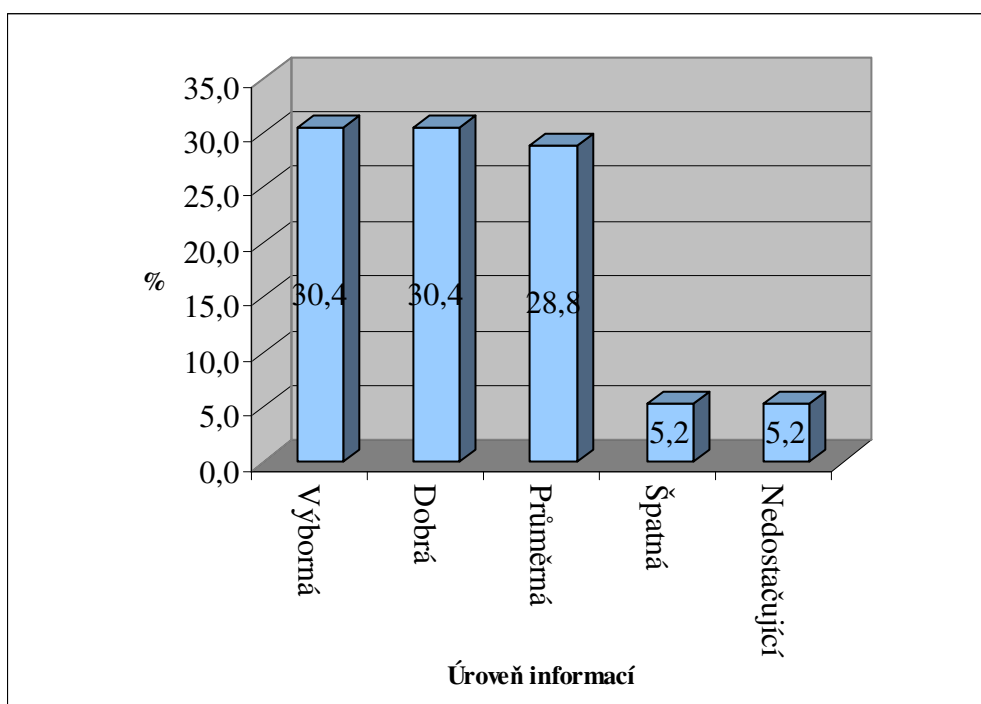
**Komentář:**

Na tuto položku v dotazníku odpovídalo 56 respondentů, měli však možnost volit více odpovědí. Výsledná procenta se tedy počítala z 89 absolutních četností. 34 % získal, což byla také nejčastější odpověď, „obvodní lékař“, 26 % „psychiatr“ a 9% četnost má „geriatr“. O něco hůře jsou na tom denní zařízení pro seniory s demencí, která obdržela 7 %. 10 % respondentů volilo možnost „personál v nemocnici“, ale také se vyskytlo 1 % odpovědí, že informace pečujícím neposkytl nikdo z nabízených možností, ani jinou možnost respondenti nedopsali. Poslední nabízená možnost „jiné“ s místem pro doplnění vlastní odpovědi, využilo 13 % dotázaných. Sem dopsali možnosti neurolog (na kterého jsem bohužel při tvorbě dotazníku zapomněla a určitě by neměl v nabízených možnostech chybět) a dále zdravotní sestra, literatura a internet.



**Otázka č. 12: Jaká byla úroveň poskytnutých informací?***Tab. 12. Úroveň poskytnutých informací*

Odpověď	Absolutní četnost	Procenta %
Výborná	17	30,4
Dobrá	17	30,4
Průměrná	16	28,8
Špatná	3	5,2
Nedostačující	3	5,2
<b>Celkem</b>	<b>56</b>	<b>100,0</b>

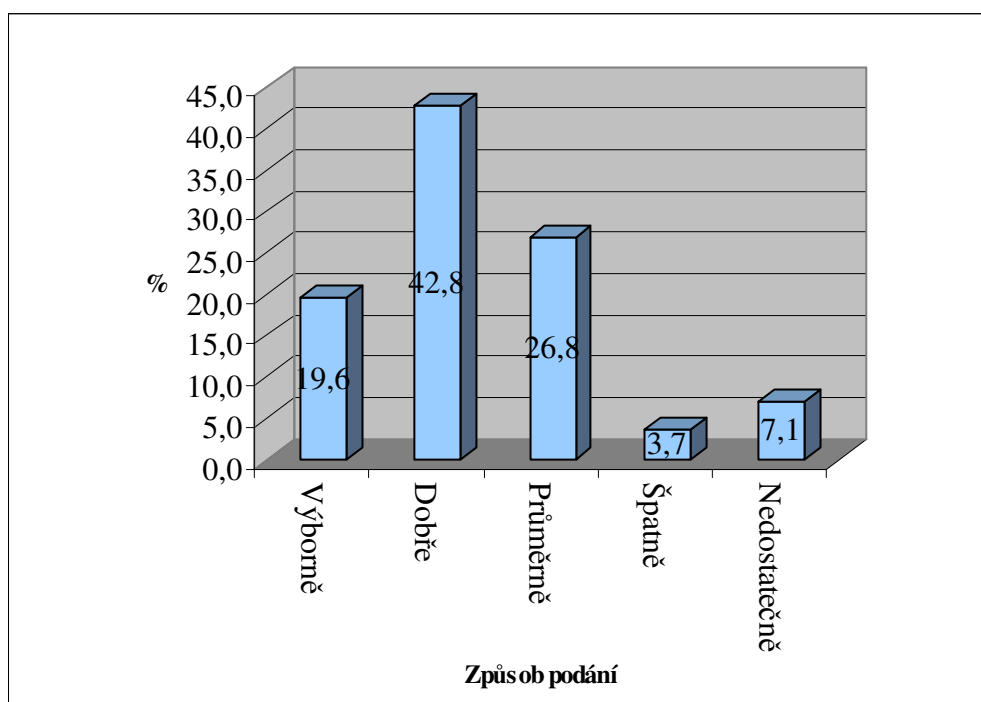
*Graf 12. Úroveň poskytnutých informací***Komentář:**

Na tuto otázku opět odpovídalo 56 respondentů. 30,4 % uvedlo, že úroveň poskytnutých informací byla výborná a totéž procento získala odpověď „dobrá“. 28,8 % tvrdí, že úroveň byla průměrná a 5,2 % dotázaných se shodlo na názoru, že úroveň informací byla špatná. Stejně procento dotázaných považuje úroveň informací za nedostačující.

## Otázka č. 13: Jakým způsobem Vám byly informace podány?

Tab. 13. Způsob podání informací

Odpověď	Absolutní četnost	Procenta %
Výborně	11	19,6
Dobře	24	42,8
Průměrně	15	26,8
Špatně	2	3,7
Nedostatečně	4	7,1
<b>Celkem</b>	<b>56</b>	<b>100,0</b>



Graf 13. Způsob podání informací

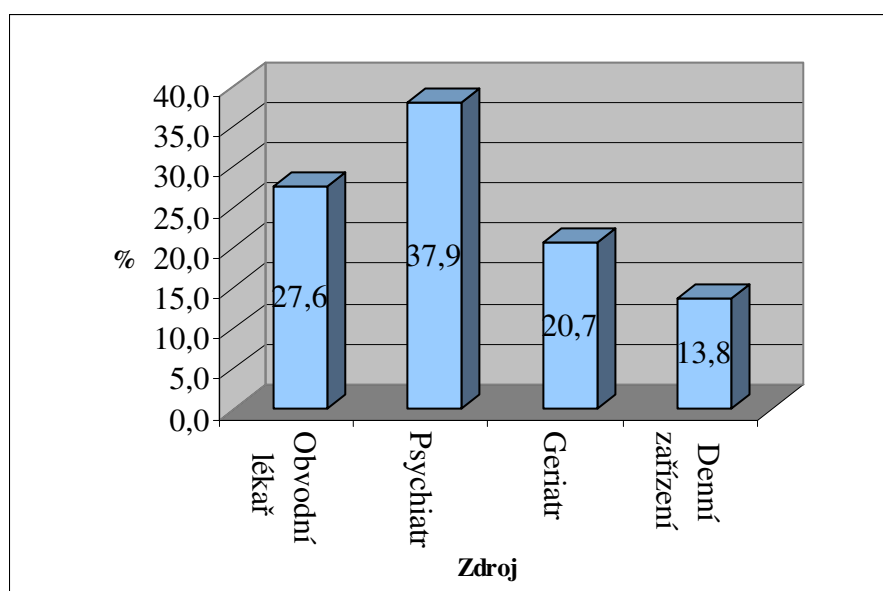
**Komentář:**

Otázka č. 13 byla podobná 12., ale zde jsem se ptala na způsob podání informací. Z celkových 56 dotázaných hodnotí způsob podání jako výborný 19,6 %. Nejvíce, 42,8 %, získala možnost „dobře“, průměrně hodnotí způsob podání informací 26,8 % respondentů, špatně 3,7 % a nedostatečně 7,1 %.

**Otázka č. 14: Pokud můžete porovnat způsoby poskytnutí informací z různých zdrojů, tak za nejkvalitnější považujete informace od:**

*Tab. 14. Porovnání informací z různých zdrojů*

Odpověď	Absolutní četnost	Procenta %
Obvodní lékař	8	27,6
Psychiatr	11	37,9
Geriatr	6	20,7
Denní zařízení pro seniory	4	13,8
<b>Celkem</b>	<b>29</b>	<b>100,0</b>



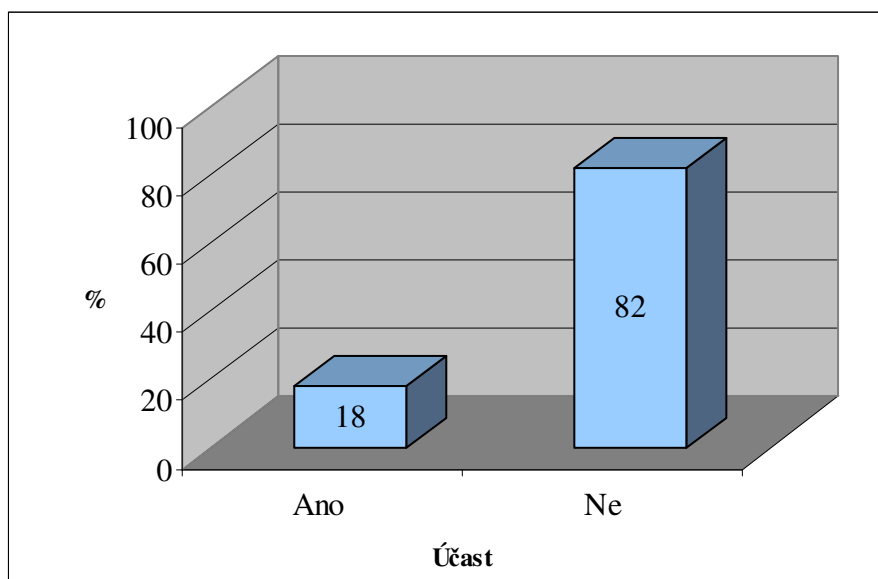
*Graf 14. Porovnání informací z různých zdrojů*

#### **Komentář:**

Informace z více zdrojů mohlo porovnat pouze 29 respondentů z celkových 56 dotázaných. Pečujícím nejkvalitněji poskytl informace psychiatr, kterého zvolilo 37,9 % dotázaných. Za méně kvalitní považují pečující informace od obvodního lékaře, který se objevil s 27,6% četností, dále respondenti volili možnost „geriatr“ – 20,7 % a mírně zaostává v kvalitě poskytování informací denní zařízení s četností odpovědí 13,8 %.

**Otázka č. 15: Zúčastnil/a jste se někdy semináře pro pečující rodiny?***Tab. 15. Účast na semináři pro pečující rodiny*

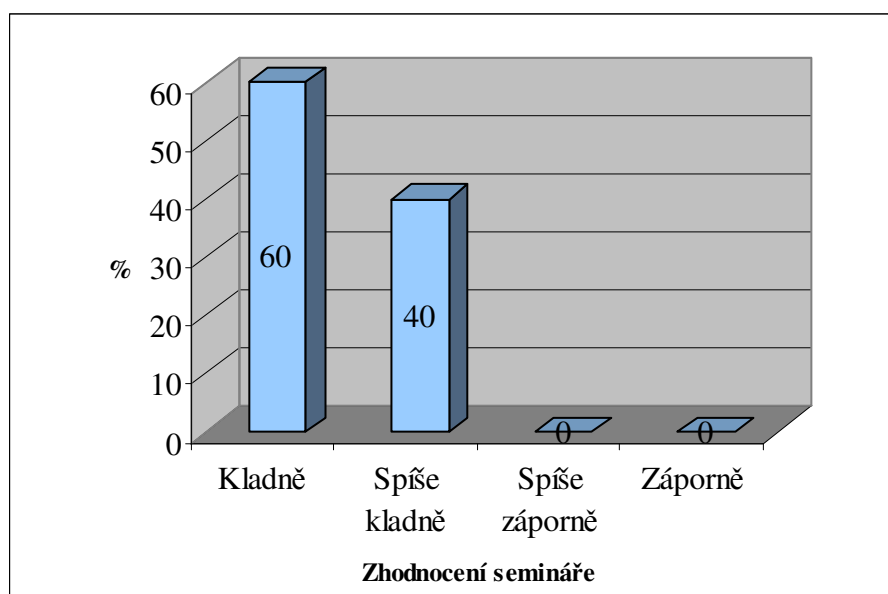
Odpověď	Absolutní četnost	Procenta %
Ano	10	18
Ne	46	82
<b>Celkem</b>	<b>56</b>	<b>100</b>

*Graf 15. Účast na semináři pro pečující rodiny***Komentář:**

Z celkového počtu 56 odpovědí se 18 % respondentů semináře pro pečující rodiny zúčastnilo a 82 % nikdy seminář neabsolvovalo.

**Otázka č. 16: Jak by jste ho zhodnotil/a?***Tab. 16. Zhodnocení semináře pro pečující rodiny*

Odpověď	Absolutní četnost	Procenta %
Kladně	6	60
Spíše kladně	4	40
Spíše záporně	0	0
Záporně	0	0
<b>Celkem</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

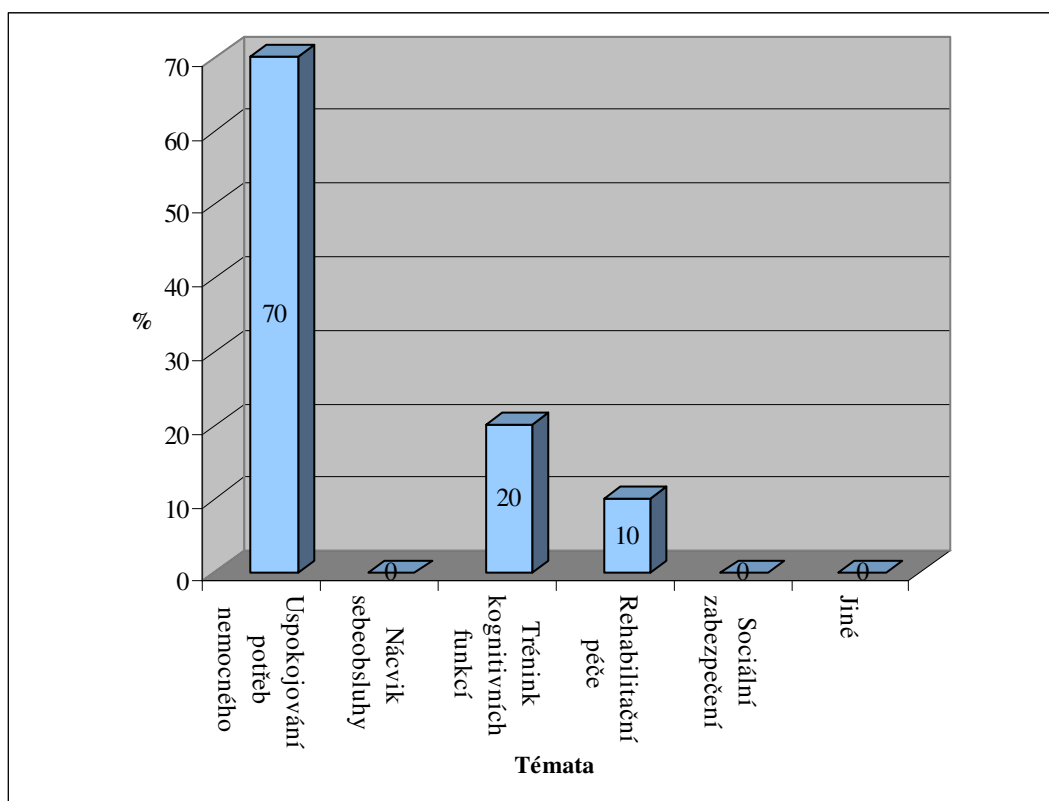
*Graf 16. Zhodnocení semináře pro pečující rodiny***Komentář:**

Na otázku č. 16 odpovídalo pouze 10 respondentů, kteří v předchozí otázce odpověděli, že absolvovali seminář pro pečující rodiny. 60 % pečujících hodnotí tento seminář kladně a 40 % spíše kladně. K možnostem „spíše záporně“ a „záporně“ se nikdo nepřiklonil.

Otázka č. 17: Na semináři jste se dozvěděl/a zejména o:

Tab. 17. Téma semináře pro pečující rodiny

Odpověď	Absolutní četnost	Procenta %
<b>Uspokojování základních potřeb nemocného</b>	7	70
<b>Nácvik a udržování sebeobsluhy</b>	0	0
<b>Trénink kognitivních funkcí</b>	2	20
<b>Rehabilitační péče</b>	1	10
<b>Sociální zabezpečení</b>	0	0
<b>Jiné</b>	0	0
<b>Celkem</b>	<b>10</b>	<b>100</b>



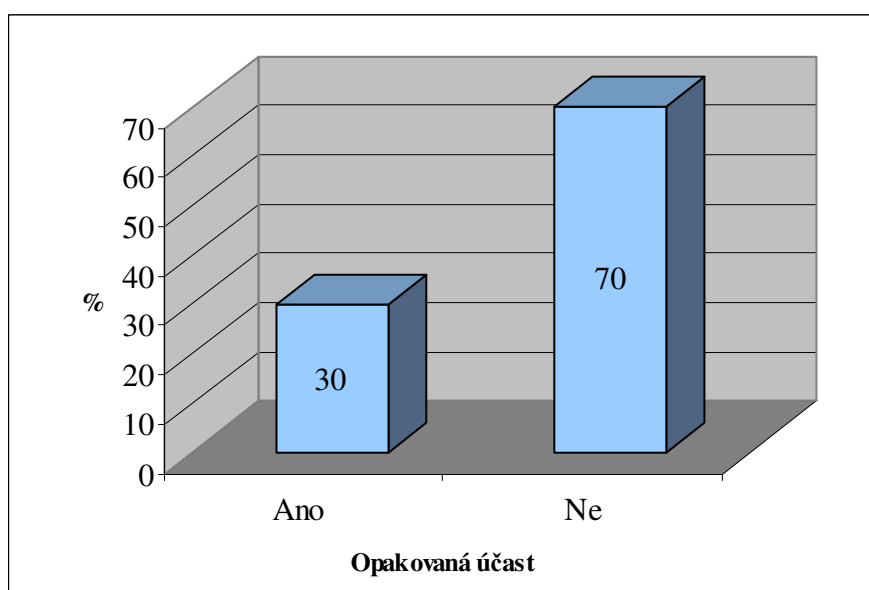
Graf 17. Téma semináře pro pečující rodiny

**Komentář:**

Na tuto otázku opět odpovídali vybraní respondenti otázkou č. 15, tedy 10 respondentů. 7 % pečujících se na semináři nejvíce dozvědělo o uspokojování základních potřeb nemocného, 2 % o tréninku kognitivních funkcí a zbývající 1 % si odneslo nejvíce informací o rehabilitační péči. Nácvik a udržování sebeobsluhy a sociální péči nikdo z pečujících nepovažoval jako stěžejní a nejdůležitější téma semináře. K možnosti „jiné“ se také nikdo nevyjádřil.

**Otázka č. 18: Navštěvujete v současné době další semináře?***Tab. 18. Opakovaná účast na seminářích pro pečující rodiny*

Odpověď	Absolutní četnost	Procenta %
Ano	3	30
Ne	7	70
<b>Celkem</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

*Graf 18. Opakovaná účast na seminářích pro pečující rodiny***Komentář:**

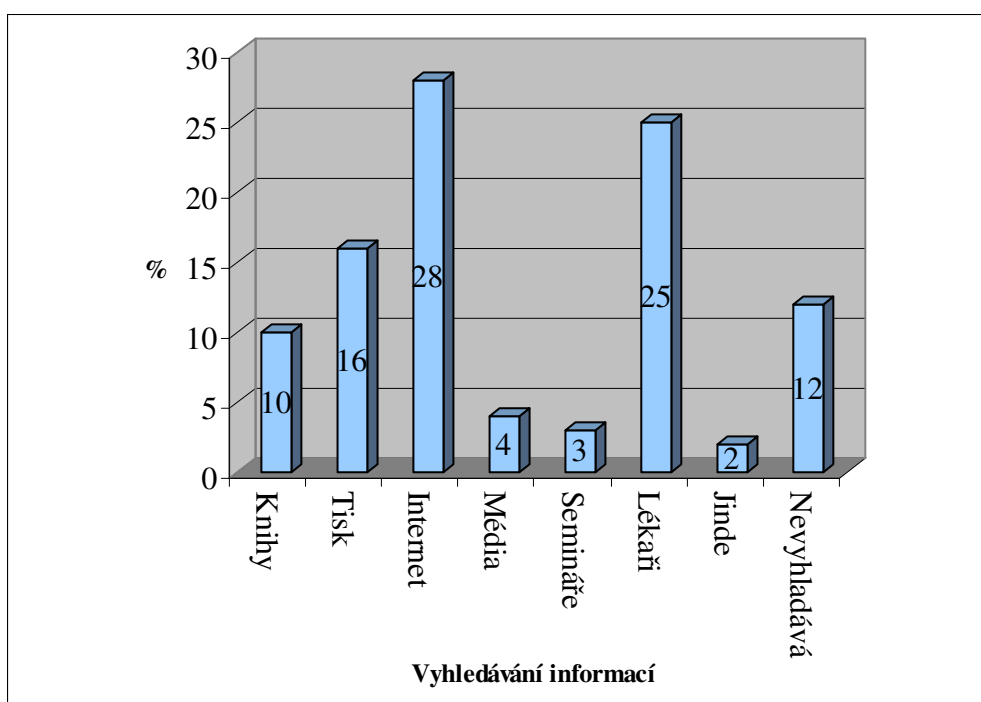
Opět se pracovalo s počtem 10 respondentů. Semináře opakovaně navštěvuje 30 % dotázaných, 70 % dotázaných již žádný seminář neabsolvovalo.



**Otázka č. 19: Kde si nejčastěji vyhledáváte nové informace o Alzheimerově chorobě? (můžete označit více odpovědí)**

*Tab. 19. Zdroj vyhledávání informací o Alzheimerově chorobě*

Odpověď	Absolutní četnost	Procenta %
V odborných knihách	9	10
V tisku	15	16
Na internetu	26	28
V médiích	4	4
Na seminářích	3	3
U odborných lékařů	23	25
Někde jinde	2	2
Nevyhledávám informace	11	12
<b>Celkem</b>	<b>93</b>	<b>100</b>



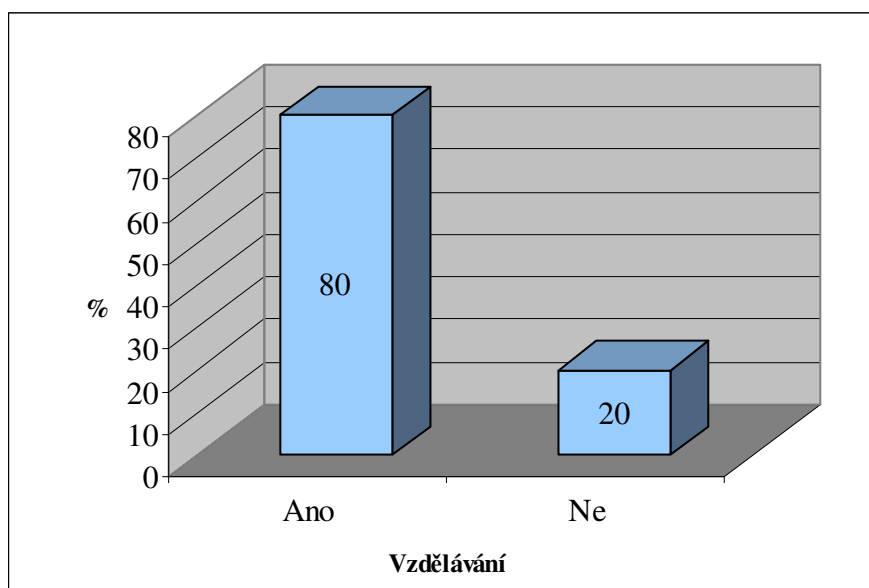
*Graf 19. Zdroj vyhledávání informací o Alzheimerově chorobě*

**Komentář:**

Otázka č. 19 měla možnost volby více variant odpovědí. Pracovalo se tedy s celkovou absolutní četností 93. Nejčastější zdroj informací, který pečující používají pro vyhledávání informací o Alzheimerově chorobě je internet, který získal 28 %, následují ho odborní lékaři s 25 %. 16% četnost odpovědí byla u možnosti „v tisku“, 10 % pečujících vyhledává informace v odborných knihách, 4 % v médiích a 3 % na seminářích. 2 % respondentů volila možnost „někde jinde“, kde dopisovali: „denní stacionáře pro seniory s demencí a lidé s podobným problémem“. Také 12 % dotázaných odpovědělo, že informace nevyhledává vůbec.

**Otázka č. 20: Cítíte potřebu se i nadále vzdělávat v této problematice?***Tab. 20. Potřeba dalšího vzdělávání v dané problematice*

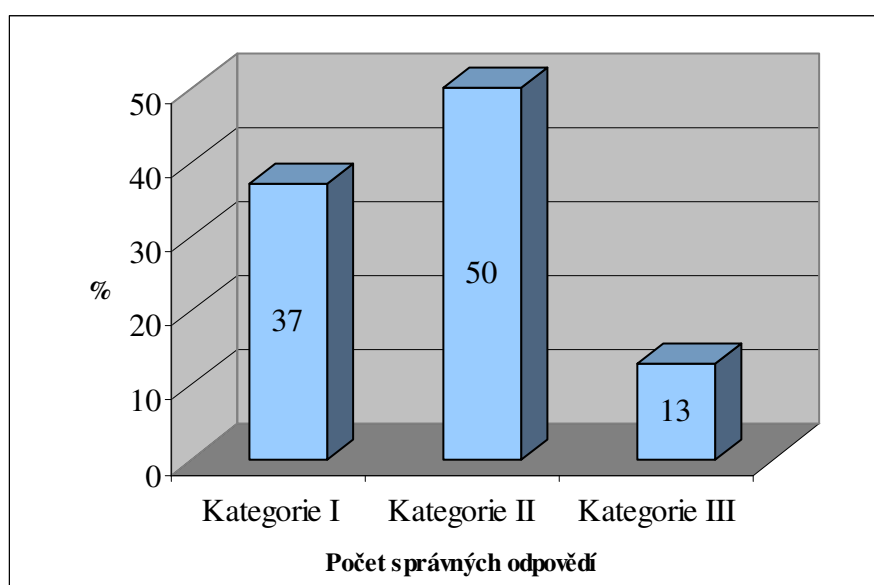
Odpověď	Absolutní četnost	Procenta %
Ano	45	80
Ne	11	20
<b>Celkem</b>	<b>56</b>	<b>100</b>

*Graf 20. Potřeba dalšího vzdělávání v dané problematice***Komentář:**

80 % z celkového počtu 56 dotázaných odpovědělo, že cítí potřebu se neustále vzdělávat v dané problematice, naopak 20 % respondentů tuto potřebu nemá.

**Otázka č. 21: Pro nemocného s Alzheimerovou chorobou je podle Vás důležitá:***Tab. 21. Potřeby nemocných s Alzheimerovou chorobou*

Odpověď	Absolutní četnost	Procenta %
<b>Kategorie I: 6-5 správných odpovědí</b>	21	37
<b>Kategorie II: 4-2 správné odpovědi</b>	28	50
<b>Kategorie III: 1 nebo žádná odpověď</b>	7	13
<b>Celkem</b>	<b>56</b>	<b>100</b>

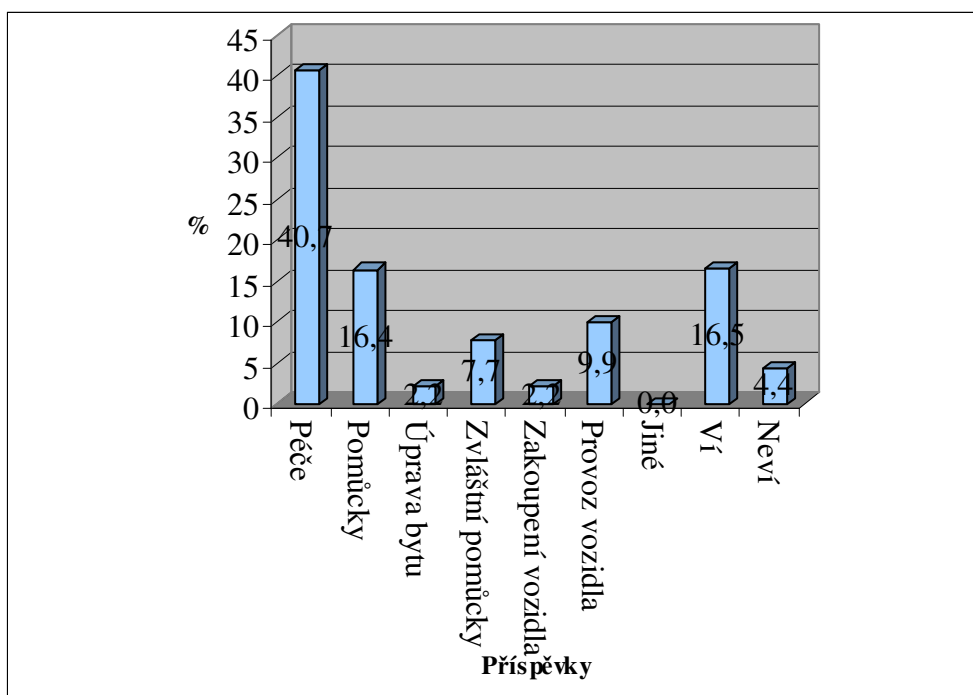
*Graf 21. Potřeby nemocných s Alzheimerovou chorobou***Komentář:**

Otázka č. 21 měla za úkol zjistit informovanost pečujících. Respondent měl z nabízených možností vybrat, co je podle něho důležité pro nemocného s Alzheimerovou chorobou. Nabízených možností bylo celkem 9, z toho 6 správných. Další možnost „jiné“ s místem pro dopsání vlastní odpovědi, a nebo také odpověď „nevím“. Samozřejmě mohl označit více variant odpovědí. Předem jsem si stanovila kategorie podle počtu správných odpovědí, do kterých jsem následně respondenty seřazovala. Žádnou, 1 správnou nebo odpověď „nevím“ uvedlo 13 % dotázaných. Celých 50 % respondentů napsalo 2-4 správné odpovědi na tuto otázku. Za nejlepší lze považovat kategorii I, kdy dotazovaní označili 5 nebo 6 správných odpovědí. Zde jsem mohla zařadit 37 % pečujících.

**Otázka č. 22: Které příspěvky využíváte při péči o nemocného?** (můžete označit více odpovědí)

Tab. 22. Příspěvky

Odpověď	Absolutní četnost	Procenta %
Na péči	37	40,7
Na pomůcky pro nemocného	15	16,4
Na úpravu bytu	2	2,2
Na opatření zvláštních pomůcek	7	7,7
Na zakoupení a úpravu motorového vozidla	2	2,2
Na provoz motorového vozidla	9	9,9
Jiné	0	0,0
Vím o příspěvcích, ale nevyužívám je	15	16,5
Nevím, že můžu nějaké příspěvky využívat	4	4,4
<b>Celkem</b>	<b>91</b>	<b>100,0</b>



Graf 22. Příspěvky

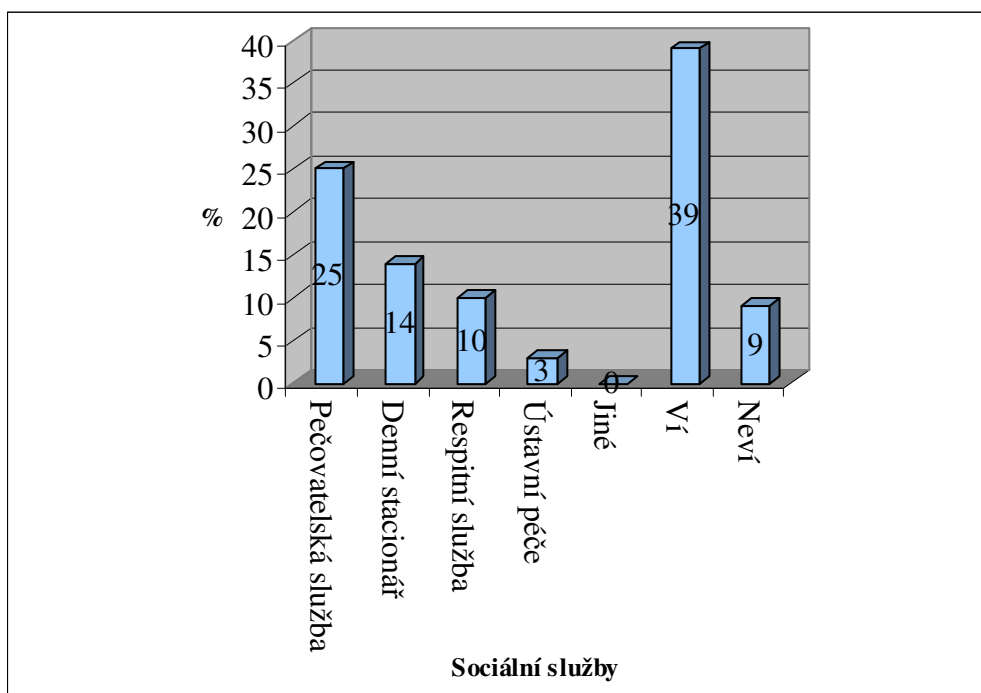
**Komentář:**

Otázku č. 22 vyplňovalo 56 respondentů. Měli možnost volit více variant odpovědí. Absolutní četnost byla celkem 91. Příspěvek na péči se v odpovědích objevil s četností 40,7 %. 16,4 % pečujících označilo, že využívá příspěvek na pomůcky pro nemocného. Pouze 2,2 % dotázaných využilo příspěvek na úpravu bytu pro usnadněný pohyb nemocného. Stejně procento využilo i příspěvek na zakoupení a celkovou opravu a zvláštní úpravu motorového vozidla. 7,7 % využilo jednorázový příspěvek na opatření zvláštní pomůcky pro nemocného a příspěvky na provoz motorového vozidla využívá 9,9 % dotázaných. 16,5 % pečujících o výše jmenovaných příspěvcích ví, ale nevyužívá je při péči o nemocného, naopak 4,4 % pečujících ani neví, že nějaký příspěvek může využívat. Možnost „jiné“ nevyužil nikdo.

**Otázka č. 23: Které sociální služby využíváte při péči o nemocného? (můžete označit více odpovědí)**

Tab. 23. Sociální služby

Odpověď	Absolutní četnost	Procenta %
Pečovatelská služba	17	25
Denní stacionář	10	14
Respitní služba	7	10
Ústavní péče	2	3
Jiné	0	0
Vím o službách, ale nevyužívám je	27	39
Nevím, že můžu nějaké služby využívat	6	9
<b>Celkem</b>	<b>69</b>	<b>100</b>



Graf 23. Sociální služby

**Komentář:**

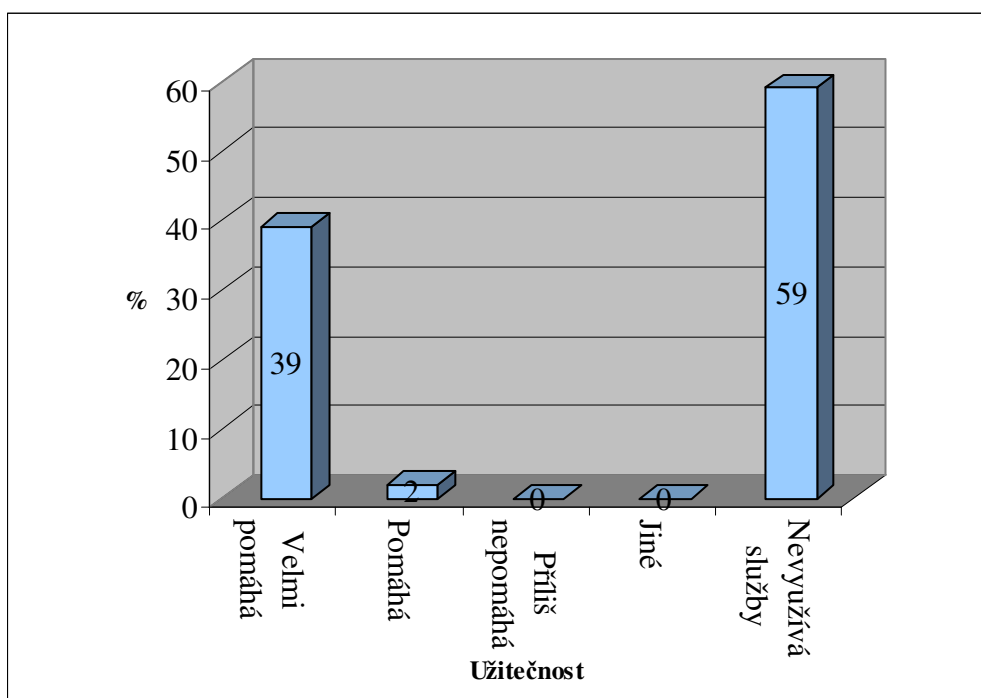
Otázka č. 23 je podobná otázce předchozí. Odpovídalo rovněž 56 respondentů různými variantami odpovědí. Celková absolutní četnost tedy byla 69. Nejvíce odpovědí bylo u možnosti „pečovatelská služba“, která získala 25 %. 14% četnost získal denní stacionář pro seniory s demencí, následovala respitní služba s 10% četností a pouhé 3 % ústavní péče. 39 % respondentů ví, o výše jmenovaných službách, ale nevyužívá je a 9 % pečujících neví, že jsou sociální služby pečujícím k dispozici.



Otázka č. 24: Pokud využíváte některou ze služeb, jak Vám tato služba pomáhá v péči o nemocného?

Tab. 24. Užitečnost sociální služby pro pečujícího

Odpověď	Absolutní četnost	Procenta %
Velmi mi pomáhá, bez cizí pomoci bych péči nezvládal/a	22	39
Pomáhá mi, ale zvládal/a bych péči i bez cizí pomoci	1	2
Příliš mi nepomáhá, přestanu službu využívat	0	0
Jiné	0	0
Nevyužívám žádnou službu	33	59
<b>Celkem</b>	<b>56</b>	<b>100</b>



Graf 24. Užitečnost sociální služby

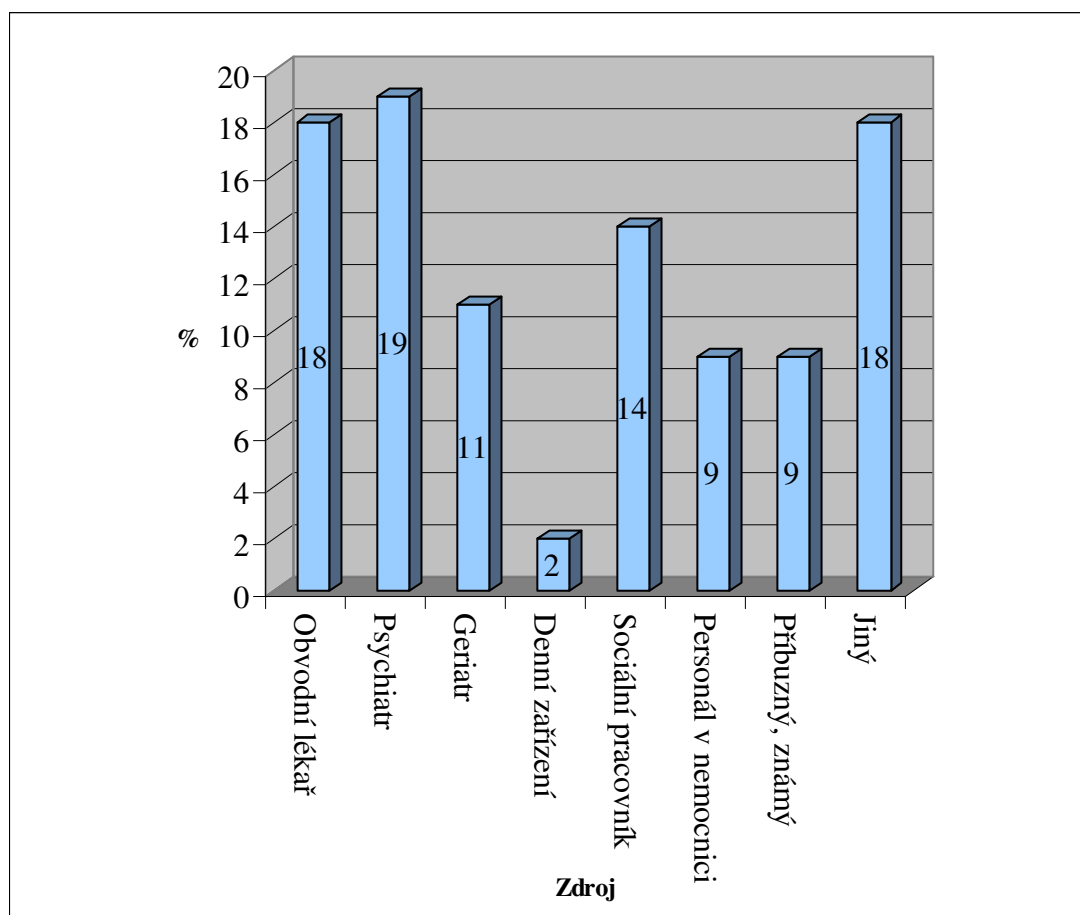
**Komentář:**

Na tuto otázku odpovídalo 56 respondentů. 59 % dotázaných žádnou sociální službu nevyužívá, zato 39 % označilo pomoc ze strany sociálních služeb jako velmi kladnou, odpovědí „Velmi mi pomáhá, bez cizí pomoci bych péči nezvládl/a“. Zbývající 2 %, což je 1 respondent, označil, že mu sociální služby pomáhají, ale zvládl by péči i bez cizí pomoci. K možnosti „Příliš mi nepomáhá, přestanu službu využívat“ a „jiné“ se nikdo nepřiklonil.

## Otázka č. 25: Kdo Vám poskytl informace o těchto výhodách?

Tab. 25. Zdroj informací o sociálních službách

Odpověď	Absolutní četnost	Procenta %
Obvodní lékař	10	18
Odborný lékař - psychiatr	11	19
Odborný lékař - geriatr	6	11
Denní zařízení pro seniory s demencí	1	2
Sociální pracovník	8	14
Personál v nemocnici	5	9
Příbuzný, kamarád, známý	5	9
Jiný	10	18
<b>Celkem</b>	<b>56</b>	<b>100</b>



Graf 25. Zdroj informací o sociálních službách

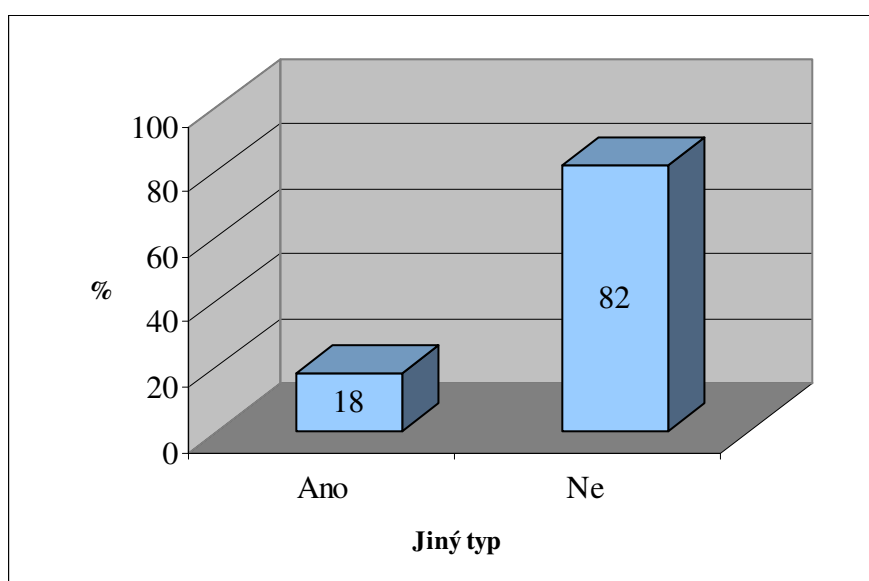
**Komentář:**

Z celkového počtu 56 odpovědí 18 % dotázaných tvrdí, že jim informace o příspěvcích a sociálních službách, které mohou využívat během péče o nemocného, poskytl obvodní lékař, 19 % psychiatr a v 11 % geriatr. 2 % respondentů uvedla jako zdroj těchto informací denní zařízení pro seniory s demencí, 14% četnost byla u možnosti „sociální pracovník“ a v 9 % označili pečující personál v nemocnici, stejné procento i příbuzný, kamarád či známý. Možnost „jiný“ s místem pro dopisování odpovědí volilo 18 % dotázaných, kde doplnili, že informace o těchto výhodách získali na internetu, z médií a nebo, že jim tyto informace neposkytl nikdo.

**Otázka č. 26: Domníváte se, že by pečujícím měl být k dispozici ještě nějaký jiný typ služby?**

*Tab. 26. Jiný typ sociální služby pro pečující*

Odpověď	Absolutní četnost	Procenta %
Ano	10	18
Ne	46	82
<b>Celkem</b>	<b>56</b>	<b>100</b>



*Graf 26. Jiný typ sociální služby pro pečující*

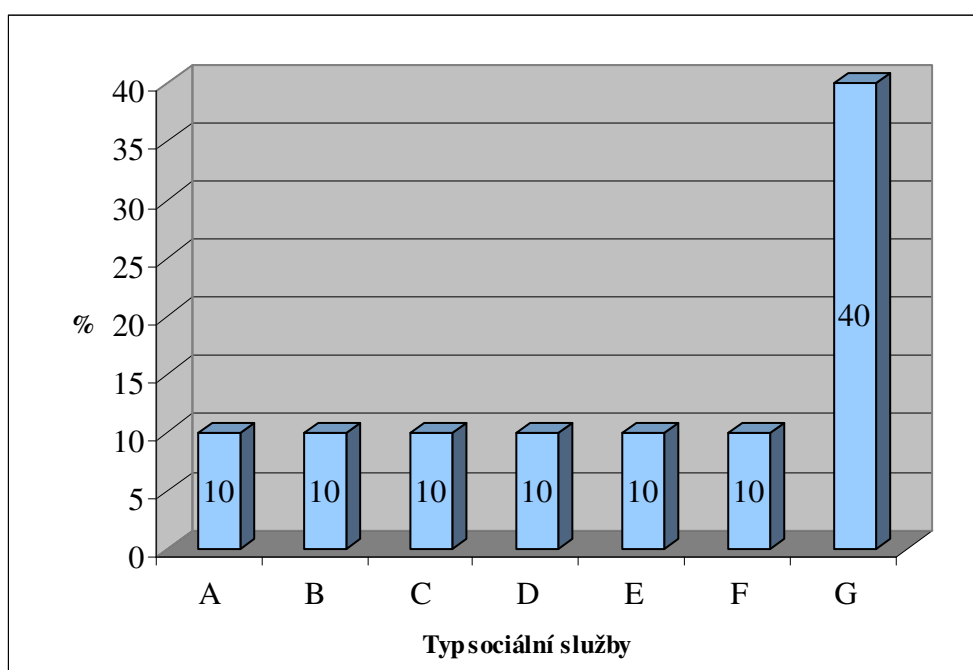
**Komentář:**

Z celkového počtu 56 dotázaných se 18 % domnívá, že by měl být k dispozici ještě jiný typ služby pro pečující, 82 % respondentů si myslí, že nikoliv.

Podotázka: Pokud ano, vypište prosím jaký typ služby:

Tab. 27. Typ sociální služby – slovně

Odpověď	Absolutní četnost	Procenta %
A) Lepší lékařská péče pro pečující	1	10
B) Respitní služba	1	10
C) Síť mobilních pracovníků pro dementní klienty	1	10
D) Jiný typ služby + pomoc ostatních členů rodiny	1	10
E) „Pečovatelská dovolená“	1	10
F) Větší dostupnost denních center	1	10
G) Neví	4	40
<b>Celkem</b>	<b>10</b>	<b>100</b>



Graf 27. Typ sociální služby – slovně

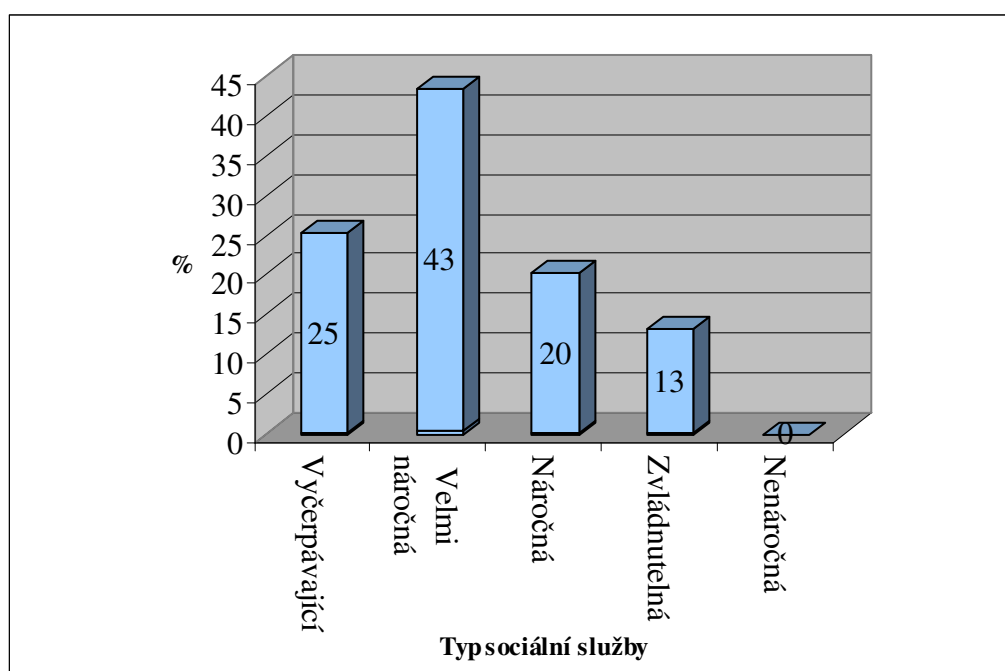
**Komentář:**

Na tuto otázku odpovídalo pouze 10 respondentů, kteří v předchozí otázce odpověděli kladně. Měli za úkol vypsát jaký typ služby by měli mít pečující k dispozici při péči o nemocného s Alzheimerovou chorobou. 40 %, což jsou 4 respondenti, sice v otázce č. 26 odpověděli, že by měl být k dispozici jiný typ služby, ale zde napsali, že neví jaký typ přesně. Následující odpovědi měly četnost 10 %, což jsou tedy návrhy jednotlivých respondentů: „lepší lékařská péče pro pečující, respitní služba, síť mobilních pracovníků, kteří by za pečujícím dojížděli do domácnosti, nějaký jiný typ služby, ale také hlavně pomoc ostatních členů rodiny, tzv. pečovatelská dovolená“ a poslední návrh zněl „větší dostupnost denních center“.

**Otázka č. 27: Jaká je podle Vás náročnost péče o nemocného s Alzheimerovou chorobou?**

*Tab. 28. Náročnost péče o nemocného s Alzheimerovou chorobou*

Odpověď	Absolutní četnost	Procenta %
Vyčerpávající	14	25
Velmi náročná	24	43
Náročná	11	20
Zvládnutelná	7	13
Nenáročná	0	0
<b>Celkem</b>	<b>56</b>	<b>100</b>



*Graf 28. Náročnost péče o nemocného s Alzheimerovou chorobou*

#### **Komentář:**

Celkový počet odpovědí byl 56. Maximum odpovědí bylo u možnosti „velmi náročná“, což se domnívá 43 % dotázaných. Za vyčerpávající považuje péči o nemocného s Alzheimerovou demencí 25 % pečujících, 20 % považuje péči jako náročnou a 13 % jako zvládnutelnou. Za nenáročnou nepovažuje péči o nemocného s Alzheimerovou chorobou nikdo.



## 8.2 Statistické zpracování hypotéz

V úvodní fázi práce jsem si stanovila 5 cílů a k nim vhodné hypotézy. Pro jejich ověřování jsem použila statistické metody: test dobré shody chí-kvadrát a test parametru P binomického rozdělení, které budou uvedeny podrobněji níže. Některé otázky nebylo třeba statisticky zpracovávat, jelikož pro potvrzení nebo vyvrácení hypotézy stačily výsledky výzkumu zaznamenaný v tabulkách četností.

### 8.2.1 Chí-kvadrát test dobré shody $\chi^2$

Bártlová **definuje** chí-kvadrát: „*Test shody, je zaměřen na ověřování shody rozdělení. Jde o ověření nulové hypotézy v podobě tvrzení, že empirická pozorování jsou v souladu s předpokladu o pravděpodobnostním rozdělení určitého znaku. Při použití tohoto kritéria se porovnávají rozdíly mezi empirickými (skutečně zjištěnými) četnostmi a četnostmi teoretickými (očekávanými, vypočítanými). Východiskem pro hodnocení závislosti dvou kvalitativních znaků je sestavení tzv. kontingenční tabulky.*“ (Bártlová, et al, 2008, s. 167)

**Vzorec** pro výpočet testu shody chí-kvadrát:

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^m \sum_{j=1}^n \frac{(f_{ij} - f'_{ij})^2}{f'_{ij}} \quad (1)$$

$\chi^2$	chí-kvadrát
$\Sigma$	suma
m	počet řádků
n	počet sloupců
$f_{ij}$	pozorovaná četnost
$f'_{ij}$	očekávaná četnost

Pro samotný **výpočet** testu chí-kvadrát je nutné postupovat následujícími kroky:

- formulace hypotéz: nulová -  $H_0$  a alternativní -  $H_A$
- sestavení kontingenční tabulky
- sestavení tabulky s odhadovanými hodnotami
- stanovení hladiny významnosti
- určení stupňů volnosti:  $\nu = (m - 1) * (n - 1)$
- určení Pearsonova koeficientu
- výpočet testovaného kritéria chí
- srovnání výsledné kritické hodnoty na stanovené hladině významnosti a stupni volnosti s výsledky testovaného kritéria chí-kvadrát
- přijetí nebo zamítnutí hypotéz. (Friedrich, 2002, s. 312)

### 8.2.2 Test P binomického rozdělení

Rytíř **definuje** ve své knize test P binomického rozdělení takto: „*Binomické rozdělení popisuje situaci, kdy náhodný jev A nastává s pravděpodobností p a kdy n-krát nezávisle opakujeme náhodný pokus, při kterém jev A může nastat. Zkoumáme počet x výskytů jevu A v sérii těchto nezávislých pokusů.*“ (Rytíř, et al, 2005, s. 60)

**Vzorec** pro výpočet testu P binomického rozdělení:

$$t = \frac{(x/n) - p_0}{\sqrt{\frac{p_0 * (1 - p_0)}{n}}} \quad (2)$$

t testová statistika

x počet prvků se sledovanou vlastností

n počet odpovědí

$p_0$  stanovená procenta

Pro samotný výpočet testu P binomického rozdělení je nutné postupovat následujícími kroky:

- formulace hypotéz: nulová –  $H_0$  a alternativní –  $H_A$
- stanovení hladiny významnosti ( $\alpha = 0,05$ )
- volba testového kritéria
- výpočet testového kritéria
- srovnání výsledné kritické hodnoty na stanovené hladině významnosti
- přijetí nebo zamítnutí hypotézy. (Rytíř, et al, 2005, s. 60)

### 8.2.3 Ověření cílů a testování hypotéz

**Cíl č. 1: Zjistit informovanost pečujících o nemocného s Alzheimerovou chorobou o specifikách ošetrovatelské péče.**

1.  $H_0$  Většina pečujících nemá dostatečné informace týkající se specifik ošetrovatelské péče u pacientů s Alzheimerovou chorobou.
1.  $H_A$  Většina pečujících má dostatečné informace týkající se specifik ošetrovatelské péče u pacientů s Alzheimerovou chorobou.

K této hypotéze se vztahují otázky z dotazníku č. 10, 15, 18 a 21.

*Otázka č. 10* je otevřená a respondenti svými slovy definovali pojem Alzheimerova choroba. Dle správnosti odpovědi byli rozděleni do 3 kategorií (viz str. 62). S těmito kategoriemi jsem dále pracovala při počítání testu P binomického rozdělení.

*Tab. 29. Výběr odpovědí pro výpočet testu P binomického rozdělení vztahující se k otázce č. 10*

Odpověď	Absolutní četnost
<b>Kategorie I: dostatečně informovaní</b>	11
<b>Kategorie II a III: průměrně a nedostatečně informovaní</b>	45
<b>Celkem</b>	<b>56</b>

$$t = \frac{(x/n) - p_o}{\sqrt{\frac{p_o * (1 - p_o)}{n}}} = \frac{(45/56) - 0,5}{\sqrt{\frac{0,5 * 0,5}{56}}} = 4,543 \quad (3)$$

$$I(-\infty ; 1,645) \quad (4)$$

Protože  $t = 4,543 > I(-\infty ; 1,645)$  na zvolené hladině významnosti  $\alpha = 0,05$  **přikláním se k nulové hypotéze** a zamítám hypotézu alternativní.

Pro výpočet *otázky č. 15* nebylo nutné použít žádnou statistickou metodu, vzhledem k jejímu jasnému procentuálnímu vyjádření (Graf. 15.). **Přiklám se proto k hypotéze nulové** a zamítám hypotézu alternativní.

Taktéž otázka č. 18 byla zřetelná z grafického znázornění odpovědí respondentů a nebylo nutno ji počítat pomocí statistických metod (Graf. 18.). Proto se **příkláním k hypotéze nulové** a zamítám alternativní.

Otázka č. 21 měla za úkol ověřit informovanost respondentů o specifikách péče o nemocného s Alzheimerovou chorobou. Správné odpovědi byly sestaveny do 3 kategorií od nejlepších po nejhorší (viz str. 76). S těmito kategoriemi jsem mohla dále pracovat při počítání testu P binomického rozdělení.

Tab. 30. Výběr odpovědí pro výpočet testu P binomického rozdělení vztahující se k otázce č. 21

Odpověď	Absolutní četnost
<b>Kategorie I: 6-5 správných odpovědí</b>	21
<b>Kategorie II: 4-2 správné odpovědi, Kategorie III: 1, žádná správná nebo odpověď „nevím“</b>	35
<b>Celkem</b>	<b>56</b>

$$t = \frac{(x/n) - p_o}{\sqrt{\frac{p_o * (1 - p_o)}{n}}} = \frac{(35/56) - 0,5}{\sqrt{\frac{0,5 * 0,5}{56}}} = 1,87 \quad (5)$$

$$I\langle -\infty ; 1,645 \rangle \quad (6)$$

Protože  $t = 1,87 > I\langle -\infty ; 1,645 \rangle$  na zvolené hladině významnosti  $\alpha = 0,05$  **příkláním se k nulové hypotéze** a zamítám hypotézu alternativní.

2.  $H_0$  Z hlediska intenzity péče o nemocného s Alzheimerovou chorobou není mezi pečujícími významný rozdíl v jejich informovanosti.

2.  $H_A$  Intenzita péče o nemocné s Alzheimerovou chorobou má na informovanost pečujícího vliv.

K této hypotéze se vztahují otázky z dotazníku č. 8, 9, 10 a 21.

Otázka č. 8 a 9 zjišťovaly, jak dlouho respondenti pečují o nemocného – počet let a počet dní v týdnu. Pro lepší orientaci jsem si stanovila u každé otázky 3 kategorie, do kterých jsem řadila respondenty dle délky péče (viz str. 60 a 61). Obě kategorie jsem dále sčítala a výsledná čísla jsem poté roztřídila do 2 konečných kategorií. 1. kategorie byla označena jako „Intenzivní péče“ a 2. kategorii jsem pojmenovala „Málo intenzivní péče“. Tyto údaje jsem použila pro výpočet testu chí-kvadrát společně s údaji z otázek uvedených níže.

Otázka č. 10 je otevřená a respondenti svými slovy definovali pojem Alzheimerova choroba. Dle správnosti odpovědí byli rozděleni do 3 kategorií (viz str. 62). Se získanými hodnotami jsem dále zpracovávala statistickou metodu chí-kvadrát.

*Tab. 31. Kontingenční tabulka znázorňující informovanost pečujících v závislosti na intenzitě péče, vztahující se k otázkám č. 8, 9, 10*

Odpověď	Dostatečně informovaní	Průměrně informovaní	Nedostatečně informovaní	Celkem
Intenzivní péče	6	14	11	31
Málo intenzivní péče	5	7	13	25
<b>Celkem</b>	11	21	24	<b>56</b>

*Tab. 32. Tabulka odhadovaných hodnot otázek č. 8, 9, 10*

Odpověď	Dostatečně informovaní	Průměrně informovaní	Nedostatečně informovaní	Celkem
Intenzivní péče	6,089285714	11,625	13,28571429	31
Málo intenzivní péče	4,910714286	9,375	10,71428571	25
<b>Celkem</b>	11	21	24	<b>56</b>

Tab. 33. Tabulka výsledných hodnot otázek č. 8, 9, 10

<b>Dostatečně informovaní</b>	-0,089285714	0,00797194	0,001
	0,089285714	0,00797194	0,002
<b>Průměrně informovaní</b>	2,375	5,640625	0,485
	-2,375	5,640625	0,602
<b>Nedostatečně informovaní</b>	-2,285714286	5,2244898	0,393
	2,285714286	5,2244898	0,488
<b>Výsledek</b>	0		<b>1,971</b>

Hladina významnosti:  $\alpha = 0,05$

Stupeň volnosti:  $v = 2$

Kritická hodnota dle Pearsonova rozdělení: 5,991

$$\chi^2 = 1,971$$

Protože platí  $\chi^2_{0,05}(2) = 5,991 > \chi^2 = 1,971$  **příkláním se k nulové hypotéze** a zamítám hypotézu alternativní.

Otázka č. 21 měla za úkol ověřit informovanost respondentů o specifikách péče o nemocného s Alzheimerovou chorobou. Správné odpovědi byly sestaveny do 3 kategorií od nejlepších po nejhorší (viz str. 76). S výslednými hodnotami jsem dále pracovala při počítání testu chí-kvadrát.

Tab. 34. Kontingenční tabulka znázorňující informovanost pečujících v závislosti na intenzitě péče, vztahující se k otázkám č. 8, 9, 21

<b>Odpověď</b>	<b>Dostatečně informovaní</b>	<b>Průměrně informovaní</b>	<b>Nedostatečně informovaní</b>	<b>Celkem</b>
<b>Intenzivní péče</b>	13	16	2	31
<b>Málo intenzivní péče</b>	8	12	5	25
<b>Celkem</b>	21	28	7	<b>56</b>

Tab. 35. Tabulka odhadovaných hodnot otázek č. 8, 9, 21

Odpověď	Dostatečně informovaní	Průměrně informovaní	Nedostatečně informovaní	Celkem
Intenzivní péče	11,625	15,5	3,875	31
Málo intenzivní péče	9,375	12,5	3,125	25
<b>Celkem</b>	21	28	7	<b>56</b>

Tab. 36. Tabulka výsledných hodnot otázek č. 8, 9, 21

<b>Dostatečně informovaní</b>	1,375	1,890625	0,163
	-1,375	1,890625	0,202
<b>Průměrně informovaní</b>	0,5	0,25	0,016
	-0,5	0,25	0,020
<b>Nedostatečně informovaní</b>	-1,875	3,515625	0,907
	1,875	3,515625	1,125
<b>Výsledek</b>	0		<b>2,433</b>

Hladina významnosti:  $\alpha = 0,05$

Stupeň volnosti:  $v = 2$

Kritická hodnota dle Pearsonova rozdělení: 5,991

$$\chi^2 = 2,433$$

Protože platí  $\chi^2_{0,05}(2) = 5,991 > \chi^2 = 2,433$  **přikláním se k nulové hypotéze** a zamítám hypotézu alternativní.



**Cíl č. 2: Zmapovat, jakým způsobem byly pečujícím poskytnuty informace týkající se specifík ošetrovatelské péče o nemocného s Alzheimerovou chorobou.**

- 3.  $H_0$**  Většině pečujícím nebyly v dostatečné míře poskytnuty informace týkající se specifík ošetrovatelské péče.
- 3.  $H_A$**  Většině pečujícím byly poskytnuty v dostatečné míře informace týkající se specifík ošetrovatelské péče.

K této hypotéze se vztahuje otázka z dotazníku č. 11.

*Otázka č. 11* zjišťovala kdo poskytl pečujícím informace o Alzheimerově chorobě. Jako dostatečně informované pečující jsem označila ty, kteří zapsali, alespoň jednoho z nabízených možností. Pokud neoznačil respondent žádný z uvedených zdrojů informací, byl zařazen do kategorie nedostatečně informovaných (Tab. 37.) Hodnoty byly dále použity při výpočtu testu P binomického rozdělení.

*Tab. 37. Výběr odpovědí pro výpočet testu P binomického rozdělení vztahující se k otázce č. 11*

Odpověď	Absolutní četnost
Dostatečně informovaní	55
Nedostatečně informovaní	1
<b>Celkem</b>	<b>56</b>

$$t = \frac{(x/n) - p_o}{\sqrt{\frac{p_o * (1 - p_o)}{n}}} = \frac{(1/56) - 0,5}{\sqrt{\frac{0,5 * 0,5}{56}}} = -7,216 \quad (7)$$

$$I \langle -\infty ; 1,645 \rangle \quad (8)$$

Protože  $t = -7,216 \in I \langle -\infty ; 1,645 \rangle$  na zvolené hladině významnosti  $\alpha = 0,05$  **přikláním se k alternativní hypotéze** a zamítám hypotézu nulovou.

4.  $H_0$  Mezi skupinami zdravotnických zařízení není významný rozdíl v kvalitě poskytování informací.
4.  $H_A$  Zaměření zdravotnických zařízení významně ovlivňuje kvalitu poskytování informací.

K této hypotéze se vztahuje otázka z dotazníku č. 14.

*Otázka č. 14* byla zřetelná z grafického znázornění odpovědí respondentů a nebylo nutné ji počítat pomocí statistických metod (Graf. 14.). Proto se **přikláním k hypotéze nulové** a zamítám hypotézu alternativní.

**Cíl č. 3: Zjistit, zda si pečující vyhledávají nové informace o Alzheimerově chorobě, případně kde si je vyhledávají.**

**5.  $H_0$**  Většina pečujících si nové informace o Alzheimerově chorobě nevyhledává.

**5.  $H_A$**  Většina pečujících si nové informace o Alzheimerově chorobě vyhledává.

K této hypotéze se vztahují otázky z dotazníku č. 19 a 20.

U *otázky č. 19* respondenti značili, kde si vyhledávají informace a v *otázce č. 20* odpovídali, zda mají potřebu se vzdělávat v dané problematice. Všichni respondenti shodně odpovídali a pokud odpověděli na otázku č. 20 ano, v otázce č. 19 zaznačili alespoň jeden zdroj informací. Proto jsem pro výpočet statistické metody P binomického rozdělení mohla použít údaje shodné pro obě otázky (Tab. 38.).

*Tab. 38. Výběr odpovědí pro výpočet testu P binomického rozdělení vztahující se k otázkám č. 19, 20*

Odpověď	Absolutní četnost
Vyhledává informace	45
Nevyhledává informace	11
<b>Celkem</b>	<b>56</b>

$$t = \frac{\frac{(x/n) - p_o}{\sqrt{\frac{p_o * (1 - p_o)}{n}}}}{\sqrt{\frac{0,5 * 0,5}{56}}} = -0,304 \quad (9)$$

$$I\langle -\infty ; 1,645 \rangle \quad (10)$$

Protože  $t = -0,304 \in I\langle -\infty ; 1,645 \rangle$  na zvolené hladině významnosti  $\alpha = 0,05$  **přikláním se k alternativní hypotéze** a zamítám hypotézu nulovou.

- 6. H<sub>0</sub>** Intenzita péče o nemocného s Alzheimerovou chorobou nemá vliv na vyhledávání nových informací.
- 6. H<sub>A</sub>** Mezi skupinami pečujících lišících se různou intenzitou péče o nemocného s Alzheimerovou chorobou existuje podstatný rozdíl ve vyhledávání nových informací.

K této hypotéze se vztahují otázky z dotazníku č. 8, 9, 19 a 20.

*Otázky č. 8 a 9* zjišťovaly, jak dlouho respondenti pečují o nemocného – počet let a počet dní v týdnu. Pro lepší orientaci jsem si stanovila u každé otázky 3 kategorie, do kterých jsem řadila respondenty dle délky péče (viz str. 60 a 61). Obě kategorie jsem dále sčítala a výsledná čísla jsem poté roztřídila do dvou konečných kategorií. 1. kategorie byla označena jako „Intenzivní péče“ a 2. kategorii jsem pojmenovala „Málo intenzivní péče“. Tyto údaje jsem použila pro výpočet testu chí-kvadrát společně s údaji z otázek uvedených níže.

U *otázky č. 19* respondenti značili, kde si vyhledávají informace a v *otázce č. 20* odpovídali, zda mají potřebu se vzdělávat v dané problematice. Všichni respondenti se shodli a pokud odpověděli na otázku č. 20 ano, v otázce č. 19 zaznačili alespoň jeden zdroj informací. Proto jsem pro výpočet statistické metody testu shody chí-kvadrát mohla použít údaje shodné pro obě otázky.

*Tab. 39. Kontingenční tabulka znázorňující vyhledávání informací pečujícími v závislosti na intenzitě péče, vztahující se k otázkám č. 8, 9, 19, 20*

Odpověď	Vyhledává	Nevyhledává	Celkem
<b>Intenzivní péče</b>	22	3	25
<b>Málo intenzivní péče</b>	23	8	31
<b>Celkem</b>	45	11	<b>56</b>

Tab. 40. Tabulka odhadovaných hodnot otázek č. 8, 9, 19, 20

Odpověď	Vyhledává	Nevyhledává	Celkem
Intenzivní péče	20,0892857	4,910714286	25
Málo intenzivní péče	24,9107143	6,089285714	31
<b>Celkem</b>	45	11	56

Tab. 41. Tabulka výsledných hodnot otázek č. 8, 9, 19, 20

Vyhledává	1,91071429	3,650829082	0,182
	-1,9107143	3,650829082	0,147
Nevyhledává	-1,9107143	3,650829082	0,743
	1,91071429	3,650829082	0,600
<b>Výsledek</b>	0		<b>1,671</b>

Hladina významnosti:  $\alpha = 0,05$

Stupeň volnosti:  $v = 1$

Kritická hodnota dle Pearsonova rozdělení: 3,841

$$\chi^2 = 1,671$$

Protože platí  $\chi^2_{0,05}(1) = 3,841 > \chi^2 = 1,671$  **přikláním se k nulové hypotéze** a zamítám hypotézu alternativní.

**Cíl č. 4: Posoudit, zda pečující ví o příspěvcích a sociálních službách, které mohou využívat při péči o nemocného s Alzheimerovou chorobou a zda je využívají.**

**7. H<sub>0</sub>** Většina pečujících není dostatečně informována o příspěvcích a sociálních službách, které mohou při péči o nemocného s Alzheimerovou chorobou využívat.

**7. H<sub>A</sub>** Většina pečujících je dostatečně informována o příspěvcích a sociálních službách, které mohou při péči o nemocného s Alzheimerovou chorobou využívat.

K této hypotéze se vztahují otázky z dotazníku č. 22 a 23.

Cílem *otázky č. 22* bylo zjistit, zda dotázaní ví o příspěvcích, které mohou využívat při péči o nemocného. Za dostatečně informované jsem označila odpovídající, kteří uvedli, že využívají některý z nabízených příspěvků nebo tvrdili, že ví o příspěvcích, ale nevyžívají je. Do kategorie nedostatečně informovaných jsem zařadila respondenty s odpověďmi „nevím, že můžu nějaké příspěvky využívat“ (Tab. 42.). S těmito údaji jsem dále pracovala při výpočtu parametru *P* binomického rozdělení.

*Tab. 42. Výběr odpovědí pro výpočet testu *P* binomického rozdělení vztahující se k otázce č. 22*

Odpověď	Absolutní četnost
Dostatečně informovaní	52
Nedostatečně informovaní	4
<b>Celkem</b>	<b>56</b>

$$t = \frac{(x/n) - p_o}{\sqrt{\frac{p_o * (1 - p_o)}{n}}} = \frac{(4/56) - 0,5}{\sqrt{\frac{0,5 * 0,5}{56}}} = -6,414 \quad (11)$$

$$I\langle -\infty ; 1,645 \rangle \quad (12)$$

Protože  $t = -6,414 \in I\langle -\infty ; 1,645 \rangle$  na zvolené hladině významnosti  $\alpha = 0,05$  **příkláním se k alternativní hypotéze** a zamítám hypotézu nulovou.

Otázka č. 23 zjišťovala, zda jsou respondenti informováni o sociálních službách. Dotázaní mohli volit více variant odpovědí. Za dostatečně informované jsem považovala ty, kteří zvolili některou z nabízených sociálních služeb a nebo možnost „vím, o těchto službách, ale nevyžívám je“. Pokud označil respondent možnost „nevím, že můžu nějaké služby využívat“, byl označen jako nedostatečně informovaný (Tab. 43.). Tyto údaje jsem dále použila při výpočtu parametru P binomického rozdělení.

Tab. 43. Výběr odpovědí pro výpočet testu P binomického rozdělení vztahující se k otázce č. 23

Odpověď	Absolutní četnost
Dostatečně informovaní	50
Nedostatečně informovaní	6
<b>Celkem</b>	<b>56</b>

$$t = \frac{(x/n) - p_o}{\sqrt{\frac{p_o * (1 - p_o)}{n}}} = \frac{(6/56) - 0,5}{\sqrt{\frac{0,5 * 0,5}{56}}} = -5,88 \quad (13)$$

$$I(-\infty ; 1,645) \quad (14)$$

Protože  $t = -5,88 \in I(-\infty ; 1,645)$  na zvolené hladině významnosti  $\alpha = 0,05$  **přikláním se k alternativní hypotéze** a zamítám hypotézu nulovou.

**8.  $H_0$**  Mezi skupinami lidí žijících ve městech a na vesnicích není významný rozdíl ve využívání služeb.

**8.  $H_A$**  Mezi skupinami lidí žijících ve městech a na vesnicích existuje významný rozdíl ve využívání služeb.

K této hypotéze se vztahují otázky z dotazníku č. 5 a 23.

*Otázka č. 5* zjišťovala zda respondent bydlí ve městě či na vesnici a *otázka č. 23* hodnotila, zda využívá některé ze sociálních služeb. Údaje z těchto otázek jsem dále zpracovávala při výpočtu testu chí-kvadrát.

*Tab. 44. Kontingenční tabulka znázorňující využívání služeb pečujícími v závislosti na bydlení, vztahující se k otázkám č. 5, 23*

Odpověď	Využívá	Nevyužívá	Celkem
<b>Město</b>	16	11	27
<b>Vesnice</b>	8	21	29
<b>Celkem</b>	24	32	<b>56</b>

*Tab. 45. Tabulka odhadovaných hodnot otázek č. 5, 23*

Odpověď	Využívá	Nevyužívá	Celkem
<b>Město</b>	11,57142857	15,42857143	27
<b>Vesnice</b>	12,42857143	16,57142857	29
<b>Celkem</b>	24	32	<b>56</b>

*Tab. 46. Tabulka výsledných hodnot otázek č. 5, 23*

<b>Využívá</b>	4,428571	19,6122449	1,695
	-4,428571	19,6122449	1,578
<b>Nevyužívá</b>	-4,428571	19,6122449	1,271
	4,428571	19,6122449	1,183
<b>Výsledek</b>	0		<b>5,727</b>



Hladina významnosti:  $\alpha = 0,05$

Stupeň volnosti:  $v = 1$

Kritická hodnota dle Pearsonova rozdělení: 3,841

$$\chi^2 = 5,727$$

Protože platí  $\chi^2_{0,05}(1) = 3,841 < \chi^2 = 5,727$  **přikláním se k alternativní hypotéze** a zamítám hypotézu nulovou.

Pro posouzení rozdílu ve využívání služeb dle výsledků testu dobré shody zde uvádím tabulku s procentuálním vyznačením odpovědí respondentů (Tab. 47).

Tab. 47. Vliv využití služeb na bydlení respondentů (%)

Odpověď	Absolutní četnost	Procenta %
Město využívá	16	28,6
Město nevyužívá	11	19,6
Vesnice využívá	8	14,3
Vesnice nevyužívá	21	37,5
<b>Celkem</b>	<b>56</b>	<b>100,0</b>

**Cíl č. 5: Zhodnotit náročnost péče o nemocné s Alzheimerovou chorobou v domácím prostředí.**

**9.  $H_0$**  Většina pečujících hodnotí náročnost péče o nemocného s Alzheimerovou chorobou jako vyčerpávající.

**9.  $H_A$**  Většina pečujících nepovažuje náročnost péče o nemocného s Alzheimerovou chorobou za vyčerpávající.

K této hypotéze se vztahuje otázka z dotazníku č. 27.

Otázka č. 27 hodnotí náročnost péče o nemocné. Pro ověření hypotézy byla použita statistická metoda P binomického rozdělení.

*Tab. 48. Výběr odpovědí pro výpočet testu P binomického rozdělení vztahující se k otázce č. 27*

Odpověď	Absolutní četnost
Vyčerpávající	14
Ostatní možnosti	42
<b>Celkem</b>	<b>56</b>

$$t = \frac{(x/n) - p_o}{\sqrt{\frac{p_o * (1 - p_o)}{n}}} = \frac{(14/56) - 0,5}{\sqrt{\frac{0,5 * 0,5}{56}}} = -3,742 \quad (15)$$

$$I\langle -\infty ; 1,645 \rangle \quad (16)$$

Protože  $t = -3,742 \in I\langle -\infty ; 1,645 \rangle$  na zvolené hladině významnosti  $\alpha = 0,05$  **přikláním se k alternativní hypotéze** a zamítám hypotézu nulovou.

## 9 DISKUZE

Na začátku výzkumu bylo stanoveno 5 cílů. K jednotlivým cílům se vztahuje 9 hypotéz, jež jsou uvedeny podrobněji níže. Jako výzkumná metoda byl zvolen dotazník, který obsahoval 27 otázek. Pro ověření platnosti hypotéz byly použity statistické metody: test dobré shody chí-kvadrát a test P binomického rozdělení.

### Cíl č. 1

Zjistit informovanost pečujících o nemocného s Alzheimerovou chorobou o specifikách ošetrovatelské péče.

#### Hypotéza č. 1

**H<sub>0</sub>** Většina pečujících nemá dostatečné informace týkající se specifik ošetrovatelské péče u pacientů s Alzheimerovou chorobou.

**H<sub>A</sub>** Většina pečujících má dostatečné informace týkající se specifik ošetrovatelské péče u pacientů s Alzheimerovou chorobou.

K této hypotéze se vztahují otázky z dotazníku č. 10, 15, 18 a 21.

Pro výpočet otázky č. 10 jsem použila test P binomického rozdělení (rovnice č. 3). Podle výsledků jsem se mohla přiklonit k nulové hypotéze.

Otázka č. 21 byla taktéž vypočtena pomocí testu P binomického rozdělení (rovnice č. 5). Výsledky výpočtu této otázky mě přinutily se opět přiklonit k hypotéze nulové.

U těchto otázek je zajímavé sledovat již pouhé procentuální znázornění samotných odpovědí respondentů. Na otevřenou otázku č. 10 (Graf. 10), kde měli respondenti definovat svými slovy Alzheimerovu chorobu, jsem odpovědi seřadila do 3 kategorií dle správnosti od nejlepší po nejhorší. Za dostatečně informované jsem označila pouze 19,6 % respondentů, kteří dokázali popsat Alzheimerovu chorobu, její příznaky, příčiny a popsali i ošetrovatelskou péči o nemocného s tímto onemocněním. Do následující kategorie jsem zařadila ty respondenty, kteří pouze definovali Alzheimerovu chorobu. Zde bylo 37,5 % dotázaných. Poslední kategorií s největší četností 42,9 % byla kategorie „nedostatečně informovaní“ pečující, kteří nedokázali pojem definovat vůbec a nebo odpověděli, že neví. Otázka č. 21 (Graf. 21) byla kontrolní a respondenti měli za úkol vybrat z nabízených možností pouze ty, které si myslí, že jsou pro nemocného

s Alzheimerovou chorobou důležité. Z uvedených položek bylo pouze 6 správných, 3 byly nesprávné, dále možnost „jiné“ s místem pro doplnění vlastní odpovědi, nebo možnost „nevím“. Podle počtu správných odpovědí jsem si respondenty seřadila do 3 kategorií. V kategorii, kde respondenti značili 5 nebo 6 správných odpovědí, bylo 37 % dotázaných, 50 % dotázaných označilo 2-4 správné odpovědi a 13 % označilo 1 nebo žádnou správnou odpověď. Předpokládala jsem, že pro většinu respondentů bude obtížné svými slovy definovat Alzheimerovu chorobu a naopak pro ně bude snadnější vybrat z nabízených možností, co je pro nemocného důležité. Lze tedy říci, že se moje domněnka potvrdila. Celkově však výsledky těchto otázek potvrdily, že pečující nemají dostatečné informace o Alzheimerově chorobě a specifikách péče, a proto by bylo na místě, aby tyto informace získávali od lékařů nebo z dalších zdrojů kvalitnějším způsobem, jak bude uvedeno níže.

Účelem otázek č. 15 a 18 bylo zjistit, zda pečující navštěvují semináře pro pečující rodiny, kde získávají informace o specifikách péče o nemocné s Alzheimerovou chorobou. Zde jsem pracovala pouze s procenty bez použití statistické metody. 18 % respondentů se semináře pro pečující zúčastnilo alespoň jedenkrát, zbývajících 82 % na semináři nikdy nebylo. Opakovaně se semináře zúčastnilo 30 % z 10 respondentů, kteří odpověděli, že již seminář někdy v minulosti navštívili a 70 % dotázaných již žádný seminář neabsolvovalo. Zde jsem se proto přiklonila k hypotéze nulové, z čehož vyplývá, že pečující dostatečně nenavštěvují semináře a nejsou tedy dostatečně informovaní o specifikách péče o nemocné s Alzheimerovou chorobou. Je nutné říci, že tyto semináře organizují větší nemocnice v určitých časových intervalech a ne každý pečující získá informaci o pořádaném semináři. Podobné semináře se konají i v různých organizacích, které se specializují na péči o klienty s demencí. Tyto přednášky navštěvují pouze pečující, kteří využívají služeb zařízení. Myslím si tedy, že oslovený vzorek respondentů využívá seminářů v malé míře právě pro jejich nedostatečné rozšíření.

Jako doplňující položky jsem zařadila do dotazníku otázky č. 16 a 17. Ty měly pouze zjistit, jak pečující, kteří seminář absolvovali hodnotí, a jaké informace se na něm dozvěděli nejvíce. Všech 10 respondentů hodnotí seminář kladně, nikdo se nepřiklonil k záporným možnostem. Nejvíce informací si pečující ze semináře odnesli o uspokojování základních potřeb nemocného (70 %). Dále respondenti označili odpověď „trénink kognitivních funkcí“ (20 %) a „rehabilitační péči“ (10 %). Semináře pro

pečující se v nemocnicích organizují pro ty, kteří se v domácím prostředí starají nebo budou starat o svého příbuzného s jakoukoliv diagnózou. Nespecializují se pouze na jednotlivé diagnózy. Pro nemocného s Alzheimerovou chorobou je však trénink kognitivních funkcí stejně důležitý jako např. uspokojování základních potřeb. Tato problematika je však dle odpovědí respondentů na seminářích probírána pouze okrajově a pečujícím tak mohou snadno unikat důležité informace potřebné k péči o nemocného. Možnost „sociální zabezpečení“ neoznačil nikdo z respondentů, což může být také v případě péče o nemocného s Alzheimerovou chorobou problém. Je však možné, že výsledky jsou zkreslené malým počtem respondentů u této položky.

*V závěru se přikláním k nulové hypotéze, jelikož se mi u všech otázek tato hypotéza potvrdila. Z toho vyplývá, že většina pečujících nemá dostatečné informace týkající se specifík ošetrovatelské péče u pacientů s Alzheimerovou chorobou.*

## **Hypotéza č. 2**

**H<sub>0</sub>** Z hlediska intenzity péče o nemocného s Alzheimerovou chorobou není mezi pečujícími významný rozdíl v jejich informovanosti.

**H<sub>A</sub>** Intenzita péče o nemocné s Alzheimerovou chorobou má na informovanost pečujícího vliv.

K této hypotéze se vztahují položky z dotazníku č. 8 a 9, které zjišťují intenzitu péče o nemocného s Alzheimerovou chorobou a dále otázky č. 10 a 21, které zjišťují informovanost pečujících o Alzheimerově chorobě a specifikách péče o tyto nemocné. Pro ověření hypotézy jsem použila statistickou metodu test dobré shody chí-kvadrát. Znění a výsledky položek č. 10 a 21 byly uvedeny podrobněji výše u hypotézy č. 1.

*Podle výpočtu statistické metody testu dobré shody chí-kvadrát u obou položek z dotazníku se mohu přiklonit k nulové hypotéze, z čehož plyne, že z hlediska intenzity péče o nemocného s Alzheimerovou chorobou není mezi pečujícími významný rozdíl v jejich informovanosti.*

## **Cíl č. 2**

Zmapovat, jakým způsobem byly pečujícím poskytnuty informace týkající se specifík ošetrovatelské péče o nemocného s Alzheimerovou chorobou.

### Hypotéza č. 3

**H<sub>0</sub>** Většině pečujícím nebyly v dostatečné míře poskytnuty informace týkající se specifík ošetrovatelské péče.

**H<sub>A</sub>** Většině pečujícím byly poskytnuty v dostatečné míře informace týkající se specifík ošetrovatelské péče.

K této hypotéze se vztahuje otázka z dotazníku č. 11. Tou jsem chtěla zjistit, kdo poskytl pečujícím informace o Alzheimerově chorobě a o jejích specifických. Pro ověření hypotézy jsem zvolila statistickou metodu test P binomického rozdělení. Abych mohla se zjištěnými údaji lépe pracovat, vytvořila jsem si 2 skupiny respondentů dle počtů zdrojů, od kterých mají informace o specifikách péče. Po výpočtu pomocí testu P binomického rozdělení (rovnice č. 7) jsem se přiklonila k alternativní hypotéze.

Tuto otázku je zajímavé sledovat i po stránce procentuální, kdo poskytl informace pečujícím (Graf. 11.). Nejčtenější odpovědí byl ve 34 % obvodní lékař a ve 26 % psychiatr. Geriatr a denní zařízení pro seniory s demencí se vyskytuje mezi odpověďmi s menší četností. Domnívám se však, že tyto výsledky jsou dány faktem, že geriatrické ambulance a denní zařízení pro seniory s demencí nejsou zdaleka tak rozšířené a využívané respondenty jako obvodní lékař, případně psychiatr. K možnosti „jiné“ respondenti dopisovali odpověď „neurolog“.

Jako doplňující položky jsem do dotazníku zařadila č. 12 a 13 (Graf. 12. a 13.). Chtěla jsem jimi zjistit, jak pečující hodnotí úroveň a způsob podání informací od lékařů či jiných zdravotnických zařízení. Úroveň poskytování informací respondenti nehodnotí příliš pozitivně. Stupněm výborně hodnotí úroveň 30,4 % dotázaných, což není ani polovina. Jako dobrou ji hodnotí taktéž 30,4 % pečujících. Za průměrnou označila úroveň poskytování informací skupina 28,8 % dotázaných a zbývajících 10,4 % se rozdělilo mezi možnosti „špatná“ a „nedostačující“. Podobné výsledky byly i u otázky č. 13. Pouze necelých 20 % hodnotilo způsob, jakým jim byly informace podány, jako výborný. Nejvíce respondentů se shodlo na možnosti „dobře“ - 42,8 % a jako průměrný hodnotí způsob podání necelých 27 %. 3,7 % považuje způsob podání za špatný a 7,1 % dokonce za nedostatečný. Z výsledků těchto otázek se ukázalo, že i když respondenti označili, že informace jim lékaři či jiná zařízení poskytla, úroveň poskytnutých informací a způsob, jakým jim informace podávají, není příliš vhodný. Domnívám se, že právě pečující

o tuto skupinu nemocných potřebují co nejkvalitnější informace. Tyto informace by měly být poskytnuty co nejlepším možným způsobem a na nejvyšší úrovni. Nemělo by docházet k situaci, kdy se nepřipravený a nedostatečně informovaný člověk začne starat o nemocného s diagnózou Alzheimerova choroba v rozvinutém stádiu. Snahou lékaře by mělo být co nejlépe pečujícího poučit, dát mu čas na rozmyšlenou, prostor pro případné dotazy a připravit ho na složitou životní situaci. I zdravotní sestra by měla umět pečujícím poradit, ať už se jedná o sestru v ambulantní péči, či sestru na oddělení lůžkové péče.

*Dle použité metody testu  $P$  binomického rozdělení se mohu přiklonit k alternativní hypotéze, z čehož vyplývá, že většině pečujícím byly poskytnuty v dostatečné míře informace týkající se specifík ošetrovatelské péče.*

#### **Hypotéza č. 4**

**H<sub>0</sub>** Mezi skupinami zdravotnických zařízení není významný rozdíl v kvalitě poskytování informací.

**H<sub>A</sub>** Zaměření zdravotnických zařízení významně ovlivňuje kvalitu poskytování informací.

K této hypotéze se vztahuje otázka z dotazníku č. 14. Pro její ověření nebylo nutné použít žádnou statistickou metodu díky zřetelným výsledkům z grafického znázornění (Graf. 14). Jejím cílem bylo zjistit rozdíly ve způsobu poskytování informací pečujícím lékaři a zdravotnickými zařízeními. Předpokládala jsem, že nejkvalitněji budou poskytovat informace odborní lékaři, případně denní zařízení pro seniory. Denní zařízení jsou bohužel málo rozšířená a frekvence využívání jejich služeb se nemůže příliš rovnat frekvenci využívání služeb lékařů. *Po ověření hypotézy se přikláním k hypotéze nulové, z čehož plyne, že mezi skupinami zdravotnických zařízení není významný statistický rozdíl v kvalitě poskytování informací.* Je nutné podotknout, že zkoumaný vzorek u této otázky byl pouze 29 respondentů, kteří mohli porovnat způsoby poskytnutí informací z různých zdrojů a bylo by dobré tento vzorek pro větší přesnost ještě více rozšířit.

#### **Cíl č. 3**

Zjistit, zda si pečující vyhledávají nové informace o Alzheimerově chorobě, případně kde si je vyhledávají.

### Hypotéza č. 5

**H<sub>0</sub>** Většina pečujících si nové informace o Alzheimerově chorobě nevyhledává.

**H<sub>A</sub>** Většina pečujících si nové informace o Alzheimerově chorobě vyhledává.

K této hypotéze se vztahují položky z dotazníku č. 19 a 20, které jsem ověřovala pomocí statistické metody testu P binomického rozdělení.

Otázka č. 19 zjišťovala, kde si pečující nejčastěji vyhledávají informace o Alzheimerově chorobě. Abych mohla údaje zpracovat pomocí vhodné statistické metody, musela jsem respondenty dle odpovědí rozdělit na ty, kteří vyhledávají informace a na ty, co informace nevyhledávají. Pokud respondent zaznačil v dotazníku některou z nabízených možností, byl zařazen do skupiny „vyhledává informace“ a pokud označil, že tyto informace nevyhledává, byl zařazen do skupiny „nevyhledává informace“. U otázky č. 20 měli tázaní označit, zda mají potřebu se i nadále vzdělávat v dané problematice. Všichni, kteří označili, že mají potřebu se v této problematice nadále vzdělávat, také označili některý ze zdrojů vyhledávání informací u otázky předchozí. Při výpočtu testu P binomického rozdělení (rovnice č. 9) jsem tedy mohla pracovat se shodnými údaji u obou otázek, a proto vyšly dvakrát stejné výsledky. Na základě výsledků testu jsem se přiklonila k hypotéze alternativní.

Otázku č. 19 bych ráda zmínila i z hlediska grafického znázornění (Graf. 19). Ptala jsem se, kde si pečující nejčastěji vyhledávají informace o Alzheimerově chorobě. Mohli zde zvolit více variant odpovědí. Nejčetnější odpovědí s 28 % byl internet, což v dnešní době není nic překvapivého. Další, o 3 % méně četnou možností, byli „odborní lékaři“ a následovala možnost „tisk“ s 16 %. 10 % respondentů volilo možnost „odborné knihy“. Ostatní odpovědi měly nevýznamnou četnost.

*Na základě ověření hypotézy se přikláním k hypotéze alternativní, z čehož plyne, že pečující si nové informace o Alzheimerově chorobě aktivně vyhledávají.*

### Hypotéza č. 6

**H<sub>0</sub>** Intenzita péče o nemocného s Alzheimerovou chorobou nemá vliv na vyhledávání nových informací.



**H<sub>A</sub>** Mezi skupinami pečujících lišících se různou intenzitou péče o nemocného s Alzheimerovou chorobou existuje podstatný rozdíl ve vyhledávání nových informací.

K této hypotéze se vztahují otázky z dotazníku č. 8, 9, 19 a 20, jež jsem ověřovala pomocí statistické metody testu dobré shody chí-kvadrát.

Otázky č. 8 a 9 zjišťovaly délku péče o nemocného s Alzheimerovou chorobou. Položky č. 19 a 20 a jejich rozdělení do kategorií byly již zmíněny u hypotézy č. 1, zde se již tímto zabývat nebudu. Tyto údaje byly zaznačeny do kontingenčních tabulek a z nich byl vypočítán test chí-kvadrát. Na základě výsledků jsem se přiklonila k hypotéze nulové.

*Obě výše uvedené otázky tedy potvrzují hypotézu nulovou, z čehož vyplývá, že intenzita péče o nemocného s Alzheimerovou chorobou nemá vliv na vyhledávání nových informací.*

#### **Cíl č. 4**

Posoudit, zda pečující ví o příspěvcích a sociálních službách, které mohou využívat při péči o nemocného s Alzheimerovou chorobou a zda je využívají.

#### **Hypotéza č. 7**

**H<sub>0</sub>** Většina pečujících není dostatečně informována o příspěvcích a sociálních službách, které mohou při péči o nemocného s Alzheimerovou chorobou využívat.

**H<sub>A</sub>** Většina pečujících je dostatečně informována o příspěvcích a sociálních službách, které mohou při péči o nemocného s Alzheimerovou chorobou využívat.

K této hypotéze se vztahují otázky z dotazníku č. 22 a 23. Pro ověření hypotézy byla použita statistická metoda testu P binomického rozdělení.

Otázka č. 22 zjišťovala, zda pečující ví o příspěvcích, které mohou využívat během péče o nemocného s Alzheimerovou chorobou. Pro lepší statistické zpracování jsem si respondenty seřadila do skupin dle odpovědí na dostatečně a nedostatečně informované. Po výpočtu testu P binomického rozdělení (rovnice č. 11) jsem se přiklonila k alternativní hypotéze.

Zde bych ráda zmínila zajímavé výsledky z celkového dotazníkového šetření u této položky (Graf. 22.). Respondenti měli možnost zvolit více variant odpovědí. Za nejvíce využívaný příspěvek lze považovat příspěvek na péči, který označilo 40,7 % dotázaných. Domnívám se, že o příspěvku se často diskutuje i v médiích a pečující proto o něm mají dostatečné povědomí. 16,4 % využívá příspěvky na pomůcky pro nemocného, 9,9 % využívá také příspěvek na provoz motorového vozidla. 7,7 % označilo, že někdy využilo jednorázový příspěvek na zvláštní pomůcky pro nemocného. 2,2 % respondentů označili, že využili příspěvek na úpravu bytu a stejné procento dotázaných i příspěvek na zakoupení, celkovou opravu a zvláštní úpravu motorového vozidla. Domnívám se, že o těchto naposledy jmenovaných příspěvcích většina pečujících nemá dostatečné informace, a proto je četnost odpovědí tak nízká anebo proto, že nemocní s diagnózou Alzheimerova choroba často netrpí závažným fyzickým postižením, aby měli nárok na příspěvky tohoto typu. 16,5 % respondentů o příspěvcích ví, ale nevyužívá žádný a také 4,4 % dotázaných neví, že nějaký příspěvek může využívat.

Otázka č. 23 měla za úkol zjistit míru informovanosti pečujících o sociálních službách. Rozdělila jsem odpovědi respondentů do 2 kategorií dle informovanosti, které byly již zmíněny výše. Po výpočtu testu P binomického rozdělení (rovnice č. 13) se přikláním k hypotéze alternativní.

Dle grafického znázornění otázky č. 23 (Graf. 23.) je dobré zmínit, že pečující nejčastěji využívají pečovatelskou službu, a to s četností 25 %. Další často využívanou službou je denní stacionář pro seniory s demencí – 14 % a 10 % odpovědí bylo u možnosti „respirační služba“. Ústavní péči využívá pouhých 3 % dotázaných. 39 % pečujících uvedlo, že o službách ví, ale žádnou nevyužívá. Také 9 % odpovědělo, což není z celkového počtu respondentů nezanedbatelné množství, že neví, že může nějakou službu využívat. Zde by bylo také dobré porovnat rozdíl ve využívání služeb zaměstnaných a nezaměstnaných pečujících. Myslím si, že např. denní zařízení pro seniory s demencí je ideálním řešením pro zaměstnané pečující, kteří sem svého příbuzného ráno přivedou a odpoledne si ho vyzvednou. Péče o nemocného s Alzheimerovou chorobou je velmi náročná jak časově, fyzicky, tak i psychicky a bylo by dobré, kdyby měl každý pečující možnost, alespoň několik dní v týdnu svého příbuzného umístit do vhodného sociálního zařízení, aby mohl načerpat síly a vyřídit si vše co potřebuje.

Ráda bych zmínila doplňující otázky, které sice v dotazníku byly zařazeny, ale nevztahovaly se k žádné z uvedených hypotéz. Pouze pro zajímavost jsem chtěla zjistit, jak pečujícím, kteří některou ze sociálních služeb využívají, služba pomáhá a kdo jim o nich informace poskytl. U otázky č. 24 (Graf. 24) 39 % respondentů uvedlo, že jim služba velmi pomáhá a bez cizí pomoci by se neobešli. 2 % respondentů uvedla, že by zvládli péči i bez cizí pomoci. Ostatní nevyužívají žádnou službu, proto nemohou posoudit. Z této položky lze usuzovat, že pečující, jež využívají některou ze služeb, jsou s její pomocí celkem spokojeni.

Otázka č. 25 zjišťovala, kdo poskytl pečujícím informace o sociálních službách a příspěvcích. Nejčastěji se mezi odpověďmi objevoval „psychiatr“ s četností 19 % a hned v zápětí „obvodní lékař“. 14 % respondentů označilo, že informace jim poskytl sociální pracovník a 11 % geriatr. Po 9 % získaly možnosti „personál v nemocnici“ a „příbuzný, kamarád či známý“. Pouhé 2 % dotázaných označilo, že jim informace poskytlo denní zařízení pro seniory s demencí. Možnost „jiné“ označilo zbývajících 18 %. Zde respondenti dopsali, že si informace o službách dohledávali na internetu, v médiích a nebo že jim informace neposkytl nikdo.

Respondenti na otázku č. 26 (Graf. 26.) odpovídali, zda si myslí, že by měl být pečujícím k dispozici ještě nějaký jiný typ služby. Z 56 dotázaných se 82 % domnívá, že jiný typ služby pečujícím k dispozici není potřeba. Zbývajících 18 % míní opak. Tito respondenti také dopsali, že by měla být pro pečující lepší lékařská péče, respitní služba, síť mobilních pracovníků pro dementní klienty anebo „pečovatelská dovolená“. Další návrhy zněly: jiný typ služby spolu s pomocí ostatních členů rodiny a větší dostupnost denních center. Respitní služba, jak některý z pečujících navrhoval, již existuje a dále pomoc ostatních členů rodiny nelze chápat jako sociální službu.

*Jelikož obě otázky po výpočtu testu  $P$  binomického rozdělení vyšly v intervalu na zvolené hladině významnosti, přikláním se k hypotéze alternativní, z čehož vyplývá, že většina pečujících je dostatečně informována o sociálních službách a příspěvcích, které mohou využívat při péči o nemocného s Alzheimerovou chorobou.*

### **Hypotéza č. 8**

**H<sub>0</sub>** Mezi skupinami lidí žijících ve městech a na vesnicích není významný rozdíl ve využívání služeb.

**H<sub>A</sub>** Mezi skupinami lidí žijících ve městech a na vesnicích existuje významný rozdíl ve využívání služeb.

K této hypotéze se vztahují otázky z dotazníku č. 5 a 23. Tuto hypotézu bylo možné ověřit pomocí statistické metody testu dobré shody chí-kvadrát.

Otázka č. 5 zjišťovala, zda respondent žije ve městě nebo na vesnici. Pro výpočet zvoleného testu jsem údaje doplnila o výsledky z otázky č. 23, která měla za cíl zjistit, zda respondenti využívají sociální služby či ne. Výsledky této otázky jsem musela zpracovat do skupin, které již byly uvedeny výše. Po výpočtu zvoleného testového kritéria jsem se přiklonila k alternativní hypotéze. Je tedy nutné zdůraznit, že sociální služby využívají ve větší míře respondenti žijící ve městech oproti respondentům žijícím na vesnicích (Tab. 47.). Pouhých 8 z 56 dotázaných respondentů žijících na vesnici využívá některou sociální službu, naopak dotázaných, kteří tyto služby využívají a žijí ve městě, bylo dvojnásobný počet. Je nutné podotknout, že pro pečující z vesnic je mnohdy sociální služba ve městech nedostupná, a proto je nevyužívají, i když by ji třeba rádi využili. Tento fakt také některý z respondentů zmiňoval u otázky v dotazníku č. 26, že by měla být pečujícím k dispozici větší dostupnost sociálních služeb. V menších městech je mnohdy problém najít vhodné zařízení pro umístění příbuzného do jejich péče na několik hodin denně. Dostupnost sociálních služeb a nedostatek vhodných zařízení jsou faktory, které jistě ovlivňují využívání sociálních služeb pečujícími na vesnicích.

*Po ověření hypotézy pomocí statistické metody chí-kvadrát jsem se přiklonila k hypotéze alternativní, z čehož plyne, že existuje významný rozdíl ve využívání sociálních služeb mezi skupinami žijících na vesnicích a ve městech.*

## **Cíl č. 5**

Zhodnotit náročnost péče o nemocné s Alzheimerovou chorobou v domácím prostředí.

### **Hypotéza č. 9**

**H<sub>0</sub>** Většina pečujících hodnotí náročnost péče o nemocného s Alzheimerovou chorobou jako vyčerpávající.

**H<sub>A</sub>** Většina pečujících nepovažuje náročnost péče o nemocného s Alzheimerovou chorobou za vyčerpávající.

K této hypotéze se vztahuje otázka z dotazníku č. 27, kterou jsem ověřovala pomocí testu P binomického rozdělení. Otázka hodnotí, jak moc je pro pečující náročná péče o nemocného s Alzheimerovou chorobou. Ti pečující, kteří považují náročnost za jinou než vyčerpávající, byli zařazeni do skupiny „ostatní odpovědi“ a druhý důležitý údaj při výpočtu rovnice byl právě počet dotázaných, kteří hodnotí péči jako vyčerpávající (rovnice č. 15). Na základě výsledku získaného výpočtem zvoleného testového kritéria se přikláním k hypotéze alternativní.

Z procentuálního hlediska je také zajímavé tuto otázku sledovat (Graf. 28). 25 % pečujících hodnotí náročnost péče o nemocného s Alzheimerovou chorobou jako vyčerpávající. Největší počet respondentů se přiklonil k odpovědi „velmi náročná“ s četností odpovědí 43 %. 20 % považuje péči o nemocného za náročnou a 13 % za zvládnutelnou. K možnosti „nenáročná“ se nepřiklonil nikdo. Náročnost péče o člověka s demencí je asi obtížné posuzovat podle takto postavené stupnice. Každý má na situaci jiný pohled - nemocní mají různé příznaky choroby, každý pečující je v odlišné sociální a životní situaci, ne každý má možnost se o svého příbuzného starat. Také choroba nemocného postupem času progreduje, proto pečující, který se stará o nemocného v časném stádiu choroby bude jistě hodnotit náročnost péče méně kritičtěji než ten, který se stará o nemocného v nejzávažnějším stádiu onemocnění. Je zcela jistě rozdíl, zda se pečující stará 7 dní v týdnu a 24 hodin denně nebo zda pečuje pouze několik dní týdně. To vše může ovlivnit a zkreslit hodnocení náročnosti péče. Zajímavé by bylo srovnat všechny jmenované faktory a posoudit jejich závislost na hodnocení náročnosti péče.

*Na základě výsledku testového kritéria se přikláním k hypotéze alternativní, z čehož vyplývá, že většina pečujících nepovažuje náročnost péče o nemocného s Alzheimerovou chorobou za vyčerpávající.*

## Návrhy pro zlepšení

Z provedeného výzkumného šetření vyplývá, že pečující sice informace o Alzheimerově chorobě a specifikách péče z různých zdrojů obdrželi, ale podle otázek v dotazníku, které hodnotily míru informovanosti respondentů bylo jasné, že informace, které získali jsou nedostatečné (cíl č. 1, 2). Také u položek doplňujících, které jsem do dotazníku zařadila, se pečující shodli na tom, že úroveň a způsob podání informací od lékařů není příliš vhodný. Je tedy nutné, aby lékaři, ať už praktičtí, ale především specialisté pro pacienty s diagnózou Alzheimerova choroba, poskytovali vhodným způsobem opravdu kvalitní informace, a aby k pečujícím přistupovali empaticky. Z mého pohledu by bylo ideální, kdyby pečující získali od lékaře informace o Alzheimerově chorobě, poté byli poučeni o tom, jak správně o nemocného pečovat, co je pro něho nejdůležitější, na jaké výhody mají nárok a kam se mohou v případě potřeby obrátit. Každý, kdo se rozhodne pečovat o takto nemocného člověka, potřebuje pomoc a právě lékař je tím nejdůležitějším článkem a poradcem při péči o nemocného. Také zdravotní sestry musí pečujícím rodinám umět poradit nebo je alespoň odkázat na vhodný zdroj informací - např. internetové stránky České alzheimerovské společnosti ([www.alzheimer.cz](http://www.alzheimer.cz)), nejbližšího sociálního pracovníka, nejbližší kontaktní místo České alzheimerovské společnosti (příloha P VI) nebo jim nabídnout materiály s vhodnými informacemi o této problematice. Následující rady, které mohou zdravotníci pečujícím poskytnout jsou jednoduché a mohou jim velmi pomoci při péči o nemocné s Alzheimerovou chorobou:

- redukuje množství rozhodnutí, která musí nemocný učinit sám,
- zaveďte a dodržujte pravidelný režim dne,
- podporujte soběstačnost nemocného, aby se zvýšila jeho sebedůvěra,
- vyhýbejte se zbytečným konfliktům, které by mohly zvyšovat agresivitu nemocného,
- zajistěte bezpečnost nemocného,
- dodržujte zásady správné komunikace – mluvte zřetelně, pomalu, udržujte oční kontakt, používejte vhodná slova a názorné ukázky,
- pokud si nemocný nemůže na něco vzpomenout, nereagujte agresivně, nic mu nevyčítejte a trpělivě mu vše vysvětlete,

- při oblékání nemocnému poskytněte oděv, který se snadno obléká a připravte mu ho ve správném pořadí, jak se postupně bude oblékat,
- dodržujte pravidelnou dobu jídla, vhodnější je pro nemocného, pokud může jíst pouze lžičkou či vidličkou,
- při koupání se snažte dodržovat dřívější zvyky nemocného, respektujte jeho stud a intimitu,
- zabraňte bloudění nemocného, udělejte všechna možná opatření, aby neodešel sám z domu (zámky, zástrčky apod.).

Pečující dle výzkumu také tvrdí, že si nové informace o Alzheimerově chorobě vyhledávají (cíl č. 3). Otázkou však zůstává, v jaké míře si tyto informace vyhledávají a jak často. Bylo by proto dobré tyto aspekty v dalším výzkumu prověřit a případně porovnat s informovaností.

Při sledování využívání služeb bylo zjištěno, že pečující využívají sociální služby dostatečně (cíl č. 4). Rozdíl je však ve využívání služeb mezi respondenty z města a vesnice. Dostupnost sociálních služeb pro pečující na vesnici je problém. Bylo by proto vhodné zvýšit počet sociálních zařízení specializovaných na nemocné s demencí, především denních stacionářů, které by velmi pomohly převážně zaměstnaným pečujícím. Problémem však je, že v našem státě chybí na tato zařízení finance. Česká Alzheimerovská společnost realizuje projekt „Denní stacionář“ za podpory hlavního města Prahy a finance získává také pomocí různých sbírek a koncertů. Bylo by ale dobré získat finance na rozvoj sociálních zařízení i z jiných zdrojů. Například založením nadačního fondu, oslovením různých sponzorů či známých osobností pro podporu této skupiny nemocných.

Zde bych také povznesla poznatky od respondentů, kteří v dotazníku navrhovali typ sociální služby, jež by měl být k dispozici pečujícím. Velmi mě nadchly návrhy ohledně zřízení mobilních pracovníků, kteří by se specializovali přímo na klienty s demencí a docházeli by za nimi do domácího prostředí. Tito pracovníci by mohli pracovat pod záštitou denních stacionářů i např. jako dobrovolníci po absolvování speciálního vzdělávacího kurzu. Zde ovšem opět figurují finance, které by byly potřebné k těmto účelům. Také podnět ke zřízení příspěvků na „pečovatelskou dovolenou“ hodnotím kladně. Příspěvky by mohli pečující využít podobně jako „paragraf na dítě“ při absenci v zaměstnání v nutných případech, pokud by potřebovali zajistit péči nemocnému.

## ZÁVĚR

V bakalářské práci jsem se zaměřila na problematiku informovanosti pečujících o nemocné s Alzheimerovou chorobou a o specifikách ošetrovatelské péče. Toto téma jsem si vybrala z několika důvodů. Jedním z nich bylo moje seznámení s rodinou pečující o babičku postiženou těžkým stádiem Alzheimerovy choroby. Také jsem chtěla zjistit, jak jsou pečující informovaní o Alzheimerově chorobě, zda ví, jaká specifika jsou u těchto nemocných důležitá, kdo jim informace poskytl a zda si vyhledávají nové informace důležité k péči o nemocné. V neposlední řadě jsem chtěla získat nové poznatky o této chorobě a také o péči o nemocné, které bych mohla využít v mé budoucí profesi zdravotní sestry.

V teoretické části jsem se zaměřila na definici Alzheimerovy choroby, její patofyziologii, diagnostiku a léčbu. Podrobněji jsem rozebrala specifika ošetrovatelské péče o nemocné s touto diagnózou.

Stěžejní částí celé práce je však výzkum. Ten jsem směřovala do řad pečujících o nemocné s Alzheimerovou chorobou. Problémem však bylo získat dostatečný počet respondentů k dotazníkovému šetření, který jsem řešila spoluprací s organizacemi specializujícími se na péči o dementní klienty, s oblastními charitami a s ambulantními psychiatry. I když výsledný počet respondentů nebyl příliš velký, domnívám se, že výsledky výzkumu jsou celkem zajímavé. Cíle, které jsem si v úvodu empirické části stanovila, byly splněny.

Po celou dobu vypracovávání práce jsem se snažila, aby mohla být zdrojem informací jak pro veřejnost, tak zejména pro pečující. Na základě získaných informací jsem vytvořila článek do časopisu *Sestra* (příloha P IX). Cílem bylo seznámit odbornou veřejnost s touto problematikou a s proběhlým výzkumem, zejména s nepříliš pozitivními výsledky ohledně informovanosti pečujících. Snahou také bylo, aby zdravotníci pochopili složitou situaci pečujících a uměli jim poradit. V článku je proto uvedeno několik rad jak pečovat o klienta s Alzheimerovou chorobou.

V této části bych ještě ráda vzpomněla na samotné pečující. Jak bylo zmíněno výše, mohou trpět mnoha zdravotními problémy, mívají potíže se spánkem, žaludeční obtíže, deprese, pocity napětí a zloby, prožívají změny ve vztahu k nemocnému, ale i k ostatním členům rodiny. Mohou se cítit osamělí a odloučení od ostatních. I pečující potřebují



péči. Neměli by zapomínat na odpočinek, využít pomoci příbuzných, přátel či pečovatelských služeb, věnovat se sami sobě, zdravě se stravovat, mít dostatek pohybu a ponechat si čas na své zájmy a koníčky. Je nutné, aby pečující měli pocit, že jsou důležití a že člověk s demencí je potřeboje.

Závěrem bych chtěla vyslovit přání, aby co nejvíce nemocných s Alzheimerovou chorobou mělo možnost strávit svůj život v domácím prostředí, obklopeni milující a trpělivou rodinou, a aby pečující, kteří se rozhodnou pro péči o vážně nemocného člověka, měli nejen oporu v rodině a přátelích, ale především v lékařích nebo sociálních zařízeních, které jim pomohou tuto těžkou životní situaci zvládat.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

### MONOGRAFIE:

- [1] BÁRTLOVÁ, Sylva, SADÍLEK, Petr, TÓTHOVÁ, Valérie. *Výzkum a ošetrovatelství*. 2. přeprac. vyd. Brno: NCO NZO, 2008. 185 s. ISBN 57-851-08.
- [2] BARTOŠÍKOVÁ, Ivana. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2006. 86 s. ISBN 80-7013-439-9.
- [3] BUIJSSEN, Huub. *Demence: průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Hana Kašparovská. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. 132 s. ISBN 80-7367-081-X.
- [4] CALLONE, Patricia R., et al. *Alzheimerova choroba: 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*. Jitka Klinkerová. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 120 s. ISBN 987-80-247-2320-4.
- [5] FRIEDRICH, Václav. *Statistika 1: Vysokoškolská učebnice pro distanční studium*. 1. vyd. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2002, 398 s. ISBN 80-7082-913-3.
- [6] HÁTLOVÁ, Běla, SUCHÁ, Jitka. *Kinezioterapie demencí: pohybová cvičení v léčbě demencí*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. 108 s. ISBN 80-7254-564-7.
- [7] HOSÁKOVÁ, Jiřina, et al. *Ošetrovatelská péče v psychiatrii*. 1. vyd. Opava: Slezská univerzita v Opavě, 2007. 158 s. ISBN 978-80-7248-442-3.
- [8] JIRÁK, Roman, KOUKOLÍK, František. *Demence: Neurobiologie, klinický obraz, terapie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2004. 335 s. ISBN 80-7262-268-4.
- [9] KOUKOLÍK, František, JIRÁK, Roman. *Alzheimerova nemoc a další demence*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. 232 s. ISBN 80-7169-615-3.
- [10] KUČEROVÁ, Helena. *Demence v kazuistikách*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 112 s. ISBN 80-247-1491-4.
- [11] MAHROVÁ, Gabriela, et al. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 176 s. ISBN 987-80-247-2138-5.
- [12] MARKOVÁ, Eva, et al. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.

- [13] Pfizer. *Alzheimerova choroba v rodině*. 1. vyd. Olomouc : Pfizer , 1998. 96 s. ISBN 80-85800-96-9.
- [14] PIDRMAN, Vladimír. *Demence*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 184 s. ISBN 978-80-247-1490-5.
- [15] PIDRMAN, Vladimír, KOLIBÁŠ, Eduard. *Změny jednání seniorů*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 189 s. ISBN 80-7262-363-X.
- [16] RABOCH, Jiří, ZVOLSKÝ, Petr, et al. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2001. 622 s. ISBN 80-7262-140-8.
- [17] REKTOROVÁ, Irena, et al. *Kognitivní poruchy a demence*. 1. vyd. Praha: Triton, 2007. 190 s. ISBN 987-80-7387-017-1.
- [18] RYTÍŘ, Vladimír, et al. *Přednášky z Metod statistické analýzy*. 1. vyd. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2005. 118 s. ISBN 80-7318-353-6.
- [19] STYX, Petr. *O psychiatrii: jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003. 178 s. ISBN 80-7226-828-7.
- [20] SVOBODA, Mojmír, ČEŠKOVÁ, Eva, KUČEROVÁ, Hana. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. 320 s. ISBN 80-7367-154-9.
- [21] VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. rozš. vyd. Praha: Portál, 2008. 872 s. ISBN 978-80-7367-414-4.
- [22] VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 96 s. ISBN 987-80-247-2170-5.
- [23] ZVOLSKÝ, Petr, et al. *Speciální psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. 206 s. ISBN 80-7184-203-6.

**INTERNETOVÉ ZDROJE:**

- [24] Alzheimer. *Česká alzheimerská společnost* [online]. 2004 [cit. 2009-03-14]. Dostupný z WWW: <<http://www.alzheimer.cz/>>.
- [25] ČALS. *Gerontologie: Informační servis o službách pro seniory* [online]. 2003 [cit. 2009-03-13]. Dostupný z WWW: <<http://www.gerontologie.cz/showdoc.do?docid=4>>.
- [26] KONRÁD, Jiří. *Psychiatrická léčebna Havlíčkův Brod* [online]. 2008 [cit. 2009-03-13]. Dostupný z WWW: <[http://www.plhb.cz/Demence\\_neni\\_jen\\_porucha\\_pameti.html](http://www.plhb.cz/Demence_neni_jen_porucha_pameti.html)>.
- [27] KOPEČEK. *O psychiatrii a duševních poruchách pro laiky* [online]. 2005 [cit. 2009-02-28]. Dostupný z WWW: <<http://www.pcp.lf3.cuni.cz/sddz/testy.html#demence>>.
- [28] Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. 2009 [cit. 2009-03-13]. Dostupný z WWW: <<http://www.mpsv.cz/cs/>>.
- [29] Ministerstvo vnitra. *Portál veřejné správy České republiky* [online]. 2003-2009 [cit. 2009-03-13]. Dostupný z WWW: <[http://portal.gov.cz/wps/portal/\\_s.155/701?number1=182%2F1991&number2=&name=&text=>](http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701?number1=182%2F1991&number2=&name=&text=>)>.

**NOVINOVÉ ČLÁNKY:**

- [30] SNOPKOVÁ, Ivana, GEMBICKÁ, Ilona. Alzheimerova demence. *Sestra: Odborný časopis pro sestry a ostatní nelékařské zdravotnické pracovníky*. 2007, roč. 17, č. 2, s. 30-32.
- [31] ŠEVČÍKOVÁ, Jana. Péče o nemocné s Alzheimerovou chorobou. *Sestra: Odborný časopis pro sestry a ostatní nelékařské zdravotnické pracovníky*. 2009, roč. 19, č. 1, s. 53-54.

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

ADAS	Alzheimer's Disease Assessement Scale.
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome (Syndrom získaného selhání imunity).
apod.	A podobně.
APP	Amyloidový prekurzorový protein.
BCRS	Brief Cognitive Rating Scale.
CNS	Centrální nervová soustava.
CT	Výpočetní tomografie.
č.	Číslo.
ČALS	Česká alzheimerská společnost.
DSM-IV	Diagnostická a statistická příručka Americké psychiatrické asociace.
EEG	Elektroencefalografie.
$f_{ij}$	Pozorovaná četnost.
$f'_{ij}$	Očekávaná četnost.
GDS	Global Deterioration Scale.
$H_0$	Hypotéza nulová.
$H_A$	Hypotéza alternativní.
I	Kritická hodnota.
Kč	Korun českých.
m	Počet řádků.
MMSE	Mini-Mental State Examination.
MRI	Magnetická rezonance.
MSK-10	Mezinárodní statistická klasifikace nemocí.
n	Počet sloupců.

---

např.	Například.
NINCDS-ADRDA	National Institute for Neurological and Communicative Disorders and Stroke-Alzheimer's Disease and Related Dementias Association.
$p_0$	Stanovená procenta ve vzorci.
PET	Pozitronová emisní tomografie.
s.	Strana.
str.	Strana.
Sb.	Sbírky.
SKT	Symptom Kurz Test.
SPECT	Jednofotonová emisní počítačová tomografie.
t	Testová statistika.
Tab.	Tabulka.
TP	Těžce postižený.
tzv.	Takzvaný.
v	Stupeň volnosti.
viz	Lze vidět („videlicet“).
x	Počet prvků se sledovanou vlastností.
ZTP	Zvláště těžce postižený.
ZTP/P	Zvláště těžce postižený vyžadující průvodce.
$\alpha$	Alfa.
$\beta$	Beta.
$\gamma$	Gama.
$\tau$	Tau.
%	Procento.
$\chi^2$	Chí-kvadrát.

---

$\Sigma$	Suma.
$>$	Znaménko větší než.
$<$	Znaménko menší než.
$\in$	Znaménko leží v.
$\infty$	Nekonečno.

**SEZNAM GRAFŮ**

Graf 1. Pohlaví respondentů .....	53
Graf 2. Věk respondentů.....	54
Graf 3. Vzdělání respondentů.....	55
Graf 4. Socioekonomické postavení respondentů .....	56
Graf 5. Typ bydlení respondentů .....	57
Graf 6. Vztah pečujícího k nemocnému .....	58
Graf 7. Soužití pečujícího s nemocným ve společné domácnosti .....	59
Graf 8. Délka péče o nemocného v letech .....	60
Graf 9. Délka péče o nemocného týdně.....	61
Graf 10. Definice Alzheimerovy choroby – otevřená otázka .....	62
Graf 11. Zdroj informací o Alzheimerově chorobě.....	63
Graf 12. Úroveň poskytnutých informací.....	65
Graf 13. Způsob podání informací .....	66
Graf 14. Porovnání informací z různých zdrojů.....	67
Graf 15. Účast na semináři pro pečující rodiny .....	68
Graf 16. Zhodnocení semináře pro pečující rodiny .....	69
Graf 17. Téma semináře pro pečující rodiny .....	70
Graf 18. Opakovaná účast na seminářích pro pečující rodiny .....	72
Graf 19. Zdroj vyhledávání informací o Alzheimerově chorobě.....	73
Graf 20. Potřeba dalšího vzdělávání v dané problematice .....	75
Graf 21. Potřeby nemocných s Alzheimerovou chorobou.....	76
Graf 22. Příspěvky .....	77
Graf 23. Sociální služby .....	79
Graf 24. Užitečnost sociální služby .....	81
Graf 25. Zdroj informací o sociálních službách .....	83
Graf 26. Jiný typ sociální služby pro pečující .....	85
Graf 27. Typ sociální služby – slovně .....	86
Graf 28. Náročnost péče o nemocného s Alzheimerovou chorobou .....	88



**SEZNAM TABULEK**

Tab. 1. Pohlaví respondentů .....	53
Tab. 2. Věk respondentů.....	54
Tab. 3. Vzdělání respondentů .....	55
Tab. 4. Socioekonomické postavení respondentů .....	56
Tab. 5. Typ bydlení respondentů .....	57
Tab. 6. Vztah pečujícího k nemocnému .....	58
Tab. 7. Soužití pečujícího s nemocným ve společné domácnosti .....	59
Tab. 8. Délka péče o nemocného v letech .....	60
Tab. 9. Délka péče o nemocného týdně.....	61
Tab. 10. Definice Alzheimerovy choroby – otevřená otázka .....	62
Tab. 11. Zdroj informací o Alzheimerově chorobě .....	63
Tab. 12. Úroveň poskytnutých informací .....	65
Tab. 13. Způsob podání informací.....	66
Tab. 14. Porovnání informací z různých zdrojů .....	67
Tab. 15. Účast na semináři pro pečující rodiny .....	68
Tab. 16. Zhodnocení semináře pro pečující rodiny .....	69
Tab. 17. Téma semináře pro pečující rodiny .....	70
Tab. 18. Opakovaná účast na seminářích pro pečující rodiny .....	72
Tab. 19. Zdroj vyhledávání informací o Alzheimerově chorobě.....	73
Tab. 20. Potřeba dalšího vzdělávání v dané problematice .....	75
Tab. 21. Potřeby nemocných s Alzheimerovou chorobou.....	76
Tab. 22. Příspěvky .....	77
Tab. 23. Sociální služby .....	79
Tab. 24. Užitečnost sociální služby pro pečujícího .....	81
Tab. 25. Zdroj informací o sociálních službách .....	83
Tab. 26. Jiný typ sociální služby pro pečující.....	85
Tab. 27. Typ sociální služby – slovně .....	86
Tab. 28. Náročnost péče o nemocného s Alzheimerovou chorobou .....	88
Tab. 29. Výběr odpovědí pro výpočet testu P binomického rozdělení vztahující se k otázce č. 10.....	92

Tab. 30. Výběr odpovědí pro výpočet testu P binomického rozdělení vztahující se k otázce č. 21 .....	93
Tab. 31. Kontingenční tabulka znázorňující informovanost pečujících v závislosti na intenzitě péče, vztahující se k otázkám č. 8, 9, 10 .....	94
Tab. 32. Tabulka odhadovaných hodnot otázek č. 8, 9, 10 .....	94
Tab. 33. Tabulka výsledných hodnot otázek č. 8, 9, 10.....	95
Tab. 34. Kontingenční tabulka znázorňující informovanost pečujících v závislosti na intenzitě péče, vztahující se k otázkám č. 8, 9, 21 .....	95
Tab. 35. Tabulka odhadovaných hodnot otázek č. 8, 9, 21 .....	96
Tab. 36. Tabulka výsledných hodnot otázek č. 8, 9, 21.....	96
Tab. 37. Výběr odpovědí pro výpočet testu P binomického rozdělení vztahující se k otázce č. 11 .....	97
Tab. 38. Výběr odpovědí pro výpočet testu P binomického rozdělení vztahující se k otázkám č. 19, 20 .....	99
Tab. 39. Kontingenční tabulka znázorňující vyhledávání informací pečujícími v závislosti na intenzitě péče, vztahující se k otázkám č. 8, 9, 19, 20 .....	100
Tab. 40. Tabulka odhadovaných hodnot otázek č. 8, 9, 19, 20 .....	101
Tab. 41. Tabulka výsledných hodnot otázek č. 8, 9, 19, 20.....	101
Tab. 42. Výběr odpovědí pro výpočet testu P binomického rozdělení vztahující se k otázce č. 22.....	102
Tab. 43. Výběr odpovědí pro výpočet testu P binomického rozdělení vztahující se k otázce č. 23.....	103
Tab. 44. Kontingenční tabulka znázorňující využívání služeb pečujícími v závislosti na bydlení, vztahující se k otázkám č. 5, 23 .....	104
Tab. 45. Tabulka odhadovaných hodnot otázek č. 5, 23 .....	104
Tab. 46. Tabulka výsledných hodnot otázek č. 5, 23.....	104
Tab. 47. Vliv využití služeb na bydlení respondentů (%) .....	105
Tab. 48. Výběr odpovědí pro výpočet testu P binomického rozdělení vztahující se k otázce č. 27.....	106

**SEZNAM PŘÍLOH**

- P I Mini-mental state examination.
- P II Test hodin.
- P III Ischemické skóre podle Hachinského.
- P IV Histologická korelace klinických diagnóz Alzheimerovy nemoci podle kritérií NICDS-ADRDA.
- P V Klasifikace demencí podle DSM IV.
- P VI Kontaktní místa ČALS.
- P VII Kvantily Pearsonova rozdělení.
- P VIII Dotazník.
- P IX Článek do časopisu Sestra.
- P X Potvrzení redakce o vydání článku.
- P XI Žádost o umožnění dotazníkového šetření z Naděje Brno.
- P XII Žádost o umožnění dotazníkového šetření z Diakonie ČCE Brno.
- P XIII Žádost o umožnění dotazníkového šetření z Letokruhů, o. s. Vsetín.
- P XIV Žádost o umožnění dotazníkového šetření z Oblastní charity Blansko.
- P XV Žádost o umožnění dotazníkového šetření z Psychiatrické ambulance MUDr. Martince v Blansku.

## PŘÍLOHA P I: MINI-MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

Tab. 1. MMSE

<b>1. ORIENTACE</b> - odpověď do 10 s
<ul style="list-style-type: none"><li>○ Které je roční období?</li><li>○ Který máme nyní rok?</li><li>○ Kolikátého je dnes?</li><li>○ Který den v týdnu je dnes?</li><li>○ Který je měsíc?</li><li>○ Ve kterém jsme městě?</li><li>○ Ve kterém jsme okrese (kraji)?</li><li>○ V jaké jsme zemi?</li><li>○ Jak se jmenuje toto zdravotní zařízení, kde jsme?</li><li>○ V kolikátém jsme poschodí?</li></ul>
<b>2. ZAPAMATOVÁNÍ</b>
<p>"Nyní vyjmenuji tři věci. Až je všechny vyjmenuji, budu chtít, aby jste je zopakoval. Dobře si je zapamatujte! Za několik minut se vás na tyto předměty znovu zeptám."</p> <p>1 bod bude přidělen za každou správnou odpověď. Pořadí je libovolné. Pokud není pacient schopen splnit úkol, opakují se výrazy, dokud si je nezapamatuje, maximálně však ještě pětkrát. Je to podmínka pro úkol číslo 4, tj. vybavování.</p> <p style="text-align: center;"><b>LOPATA, ŠÁTEK, VÁZA</b></p> <p>"A nyní prosím tato slova opakujte."</p>
<b>3. POZORNOST A POČÍTÁNÍ</b>
<p>"Nyní odečtete od 100 vždy 7, až odečtete pětkrát za sebou, skončete."</p> <p>Jestliže udělá pacient chybu a od chybné hodnoty dál odečítá správně, počítá se pouze tato chyba.</p> <p style="text-align: center;"><b>93 86 79 72 65</b></p> <p>Pokud pacient nechce počítat, vyzve se: "Hláskujte pozpátku slovo <b>POKRM</b>."</p> <p>Obdrží vždy 1 bod za každé správné písmeno, např. M R K O P = 5</p>

#### **4. VYBAVOVÁNÍ**

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

Za každou správnou odpověď přísluší 1 bod.

**LOPATA, ŠÁTEK, VÁZA**

#### **5. POJMENOVÁNÍ PŘEDMĚTU**

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

#### **6. OPAKOVÁNÍ**

Za odpověď celou větou je přidělen pacientovi 1 bod. Ale jen je-li odpovězeno bezchybně na první pokus.

"Opakujte!: "První pražská paroplavba."

#### **7. STUPŇOVANÝ PŘÍKAZ**

Pacientovi se dá do ruky čistý papír a dá se mu tento úkol:

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

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

#### **8. ČTENÍ A PLNĚNÍ PŘÍKAZU**

Pacientovi se ukáže kartička s nápisem: ZAVŘETE OČI. Zároveň ho vyzveme:

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

1 bod přidělit pacientovi za splnění příkazu do 10 sekund, maximálně na tři pokusy.

#### **9. PSANÍ**

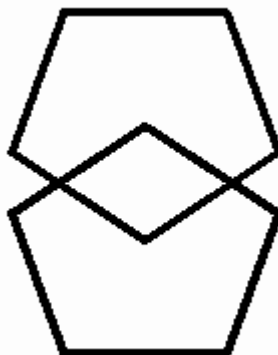
Pacientovi se dají psací potřeby a papír a vyzve se:

"Napište libovolnou větu."

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

## 10. OBKRESLOVÁNÍ

Pacientovi se dají papíry a psací potřeby, vyzve se, aby namaloval níže uvedený obrázek. Úkol může plnit na několik pokusů, v limitu jedné minuty. Nevadí otočení ani roztřesenost. Musí být zachovány všechny strany a úhly. Průnik pětiúhelníků musí tvořit čtyřúhelník.



Za každý správně provedený úkol se udělí 1 bod.

Dosažené skóre .....

### HODNOCENÍ

Maximální počet je 30 bodů.

20-30 bodů	Normální stav
25-26 bodů	Hraniční nález, možnost demence
10-24 bodů	Demence mírného až středně těžkého stupně
6 bodů	Demence středního až těžkého stupně
6 a méně bodů	Demence těžkého stupně

Převzato z: KOPEČEK. *O psychiatrii a duševních poruchách pro laiky* [online].

2005 [cit. 2009-02-28]. Dostupný z WWW:

<<http://www.pcp.lf3.cuni.cz/sddz/testy.html#demence>>.

## PŘÍLOHA P II: TEST HODIN

Tab. 2. Test hodin

Skóre	Hodnocení
1	<b>Bezchybné provedení</b> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ číslice 1-12 ve správném pořadí i místě</li><li>▪ dvě ručičky ve správné poloze</li></ul>
2	<b>Lehká prostorová chyba ciferníku hodin</b> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ vzdálenost mezi číslicemi nerovnoměrné</li><li>▪ číslice mimo kruh</li><li>▪ otočení papíru s otočením číslic</li><li>▪ použití pomocných čar pro lepší orientaci</li></ul>
3	<b>Chybné zaznamenání času, zachované prostorové uspořádání hodin</b> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ pouze jedna ručička</li><li>▪ čas zaznamenán slovně „10 hodin, 10 minut“</li><li>▪ čas vůbec nezaznamenán</li></ul>
4	<b>Střední stupeň prostorové dezorientace, takže zaznamenání času není možné</b> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ nepravidelné mezery</li><li>▪ zapomenutí čísel</li><li>▪ perseverace – opakování kruhu, číslice na jednu stranu od 12</li><li>▪ záměna pravý-levý (čísllice proti směru)</li><li>▪ dysgrafie – chybějí čitelné číslice</li></ul>
5	<b>Těžká prostorová dezorganizace</b> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ jako u skóre č. 4, ale silněji vyjádřeno</li></ul>
6	<b>Chybí zakreslení hodin</b> (cave: vyloučit depresi nebo delirium) <ul style="list-style-type: none"><li>▪ žádný pokus zakreslit hodiny</li><li>▪ ani vzdálená podobnost s hodinami</li><li>▪ napsáno slovo nebo jméno</li></ul>

Převzato z: PIDRMAN, Vladimír. *Demence*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. s. 171-172. ISBN 978-80-247-1490-5.

## PŘÍLOHA P III: ISCHEMICKÉ SKÓRE PODLE HACHINSKÉHO

Tab. 3. Ischemické skóre dle Hachinského

	<b>Klinický příznak:</b>	<b>Body:</b>
1.	Náhlý začátek	2
2.	Postupující deteriorace kognitivních schopností	1
3.	Fluktující průběh	2
4.	Noční zmatenost	1
5.	Relativně zachovalá osobnost	1
6.	Deprese	1
7.	Somatické potíže	1
8.	Emoční labilita	1
9.	Hypertenze v anamnéze či současnosti	1
10.	Cévní mozková příhoda v anamnéze	2
11.	Jiné známky (extracerebrální) aterosklerózy	1
12.	Ložiskové neurologické příznaky (motorické, fatické)	2
13.	Ložiskový neurologický nález (patologické reflexy, hemianopsie)	2
	<b>Celkové skóre:</b>	

### Hodnocení:

0 – 4 body	Pravděpodobně jde o Alzheimerovu demenci
5 – 6 bodů	Nediskriminující skóre, může jít o smíšenou demenci
7 a více bodů	Pravděpodobně jde o demenci vaskulárního typu

Převzato z: PIDRMAN, Vladimír. *Demence*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. s. 170. ISBN 978-80-247-1490-5.



## PŘÍLOHA P IV: HISTOLOGICKÁ KORELACE KLINICKÝCH DIAGNÓZ ALZHEIMEROVY NEMOCI PODLE KRITÉRIÍ NINCDS-ADRDA

*Tab. 4. Histologická korelace klinických diagnóz Alzheimerovy choroby*

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vyšetření korových bloků: 5 frontálních, 5 temporálních, 3 parietálních, 1 okcipitální a 3 alokortikálních oblastí včetně hipokampu, a to z obou mozkových hemisfér.</li> <li>• Další oblasti mozku vyšetřeny v rozsahu Spielmeyerova schématu.</li> <li>• V každé korové oblasti vyšetřen proužek v celé tloušťce kortexu, v hipokampu celá pyramidová vrstva od koncové ploténky do subicula.</li> <li>• Počítaly se pouze plaky se zřetelnými amyloidovými jádry a klubka jen v těch neuronech, kde byla zároveň zřetelná jádérka.</li> </ul>
<p><b>Zahrnující kritéria „čistě“ Alzheimerovy nemoci</b></p>
<p><b>A1:</b> Jedno nebo více klubek a jedna nebo více plak na mikroskopické pole v hipokampu při zvětšení 25x bez ohledu na nález v neokortexu.</p> <p><b>A2:</b> Jedno nebo více klubek a jedno nebo více plak při zvětšení 25x jak v hipokampu, tak v neokortexu.</p> <p><b>A3:</b> Jedno nebo více klubek a jedna nebo plak při zvětšení 25x v neokortexu, bez ohledu na nález v hipokampu.</p>
<p><b>Vylučující kritéria „čistě“ Alzheimerovy nemoci</b></p>
<p><b>V1:</b> Jedna nebo více ischemických lézí v celkovém objemu 50 ml v neokortexu, podkorové bílé hmotě nebo v hipokampu.</p> <p><b>V2:</b> Jakákoliv ischemická léze bez ohledu na velikost a umístění.</p> <p><b>V3:</b> Jakákoliv ischemická léze v neokortexu, podkorové bílé hmotě nebo v hipokampu bez ohledu na velikost.</p>
<p>Nejvyšší senzitivitu klinické diagnózy pravděpodobné Alzheimerovy nemoci prokazuje kombinace zahrnujícího kritéria <b>A1</b> a vylučovacího kritéria <b>V1</b>.</p>

Převzato z: KOUKOLÍK, František, JIRÁK, Roman. *Alzheimerova nemoc a další demence*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. s. 111. ISBN 80-7169-615-3.

## PŘÍLOHA P V: KLASIFIKACE DEMENCÍ PODLE DSM IV

Tab. 5. Klasifikace demencí

<b>Demence Alzheimerova typu</b> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ s časným začátkem</li><li>▪ s pozdním začátkem</li><li>▪ s deliriem</li><li>▪ s bludy</li><li>▪ depresivní náladou</li><li>▪ nekomplikovaná</li></ul>
<b>Vaskulární demence</b> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ s deliriem</li><li>▪ s bludy</li><li>▪ s depresivní náladou</li><li>▪ nekomplikovaná</li></ul>
<b>Demence při onemocnění HIV</b>
<b>Demence v důsledku poranění hlavy</b>
<b>Demence při Parkinsonově nemoci</b>
<b>Demence při Huntingtonově nemoci</b>
<b>Demence při Pickově nemoci</b>
<b>Demence při Creutzfeldtově-Jakobově nemoci</b>
<b>Demence při jiných obecně medicínských poruchách</b>
<b>Perzistující demence v důsledku účinku chemicky působících látek</b> (alkoholu, drog, léků, inhalovaných látek, těžkých kovů, rozpouštědel, organofosfátů apod.)
<b>Demence s mnohočetnou etiologií</b>
<b>Demence jinak neurčená</b>

Převzato z: KOUKOLÍK, František, JIRÁK, Roman. *Alzheimerova nemoc a další demence*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. s. 132. ISBN 80-7169-615-3

## PŘÍLOHA P VI: KONTAKTNÍ MÍSTA ČALS

Tab. 6. Kontaktní místa ČALS

<b>JIHOČESKÝ KRAJ</b>
<b>České Budějovice, Česká 20</b> Univerzitní centrum pro seniory „PATUP“ <i>Kontaktní osoba:</i> Mgr. Lenka Motlová <i>Tel:</i> 387 228 902, 387 228 902 <i>E-mail:</i> motlova@zsf.jcu.cz <i>Web:</i> www.zsf.jcu.cz <i>Činnost:</i> poradenská linka, osobní konzultace, svépomocná skupina
<b>Chýnov, Zámecká 1</b> Domov důchodců <i>Kontaktní osoba:</i> Magda Drbalová <i>Tel:</i> 381 406 217 <i>E-mail:</i> magda.drbalova@volny.cz <i>Činnost:</i> poradenská linka, osobní konzultace, pečovatelská služba
<b>Písek, Jiráskovo nábřeží 2443</b> Středisko Diakonie ČCE <i>Kontaktní osoba:</i> Dana Vlášková <i>Tel:</i> 382 219 057 <i>E-mail:</i> vlaskova@diakoniepilek.cz <i>Činnost:</i> poradenská linka, osobní konzultace, pečovatelská služba
<b>Písek, 17. Listopadu 2444</b> Prácheňské sanatorium <i>Tel:</i> 382 217 777, 608 555 549 <i>E-mail:</i> sanatorium@alzheimercentrum.cz, metodik@alzheimercentrum.cz <i>Web:</i> www.alzheimercentrum.cz Pobočka - LOUCKÝ MLÝN Radčice 58, Vodňany <i>Kontaktní osoba:</i> Petra Tesařová - 608 555 549 <i>Činnost:</i> poradenská linka, osobní konzultace především pro klienty s demencí
<b>JIHOMORAVSKÝ KRAJ</b>
<b>Brno, Hrnčířská 27</b> Diakonie ČCE <i>Kontaktní osoba:</i> Jana Gomolová <i>Tel:</i> 549 242 279 <i>E-mail:</i> ps.brno@diakonieccce.cz <i>Činnost:</i> poradenská linka, osobní konzultace, svépomocné skupiny, pečovatelská služba, centrum denních služeb pro klienty s demencí

<p><b>KARLOVARSKÝ KRAJ</b></p> <p><b>Karlovy Vary, Svobodova 12</b>  <b>Farní Charita</b>  <i>Kontaktní osoba:</i> Lukáš Květoň  <i>Tel:</i> 353 434 230, 731 433 038  <i>E-mail:</i> lukas.charita@volny.cz, poradna.charita@volny.cz, poradna@charitakv.cz  <i>Web:</i> www.charitakv.cz  <i>Činnost:</i> poradenská linka, svépomocné skupiny, odlehčovací služba 24 hodin denně</p>
<p><b>KRÁLOVÉHRADECKÝ KRAJ</b></p> <p><b>Dvůr Králové nad Labem, Benešovo nábřeží 1067</b>  <b>Středisko diakonie ČCE</b>  <i>Kontaktní osoba:</i> Zdeněk Hojný  <i>Tel:</i> 499 621 094  <i>E-mail:</i> dvur.kralove@diakoniecce.cz  <i>Web:</i> www.diakoniecce.cz  <i>Činnost:</i> poradenská linka, osobní konzultace, respitní péče, pečovatelská služba</p>
<p><b>Hradec Králové</b>  <b>Geriatrická ambulance kliniky Geriatrické a metabolické FN HK</b>  <i>Kontaktní osoba:</i> MUDr. Božena Jurášková  <i>Tel:</i> 495 832 409  <i>E-mail:</i> JuraskovaBozena@seznam.cz  <i>Činnost:</i> poradenská linka, osobní konzultace, respitní péče</p>
<p><b>Týniště nad Orlicí, Turkova 785</b>  <b>Geriatrické centrum</b>  <i>Kontaktní osoba:</i> Jitka Hejnová  <i>Tel:</i> 494 371 380  <i>E-mail:</i> geriacentrum@tiscali.cz  <i>Činnost:</i> poradenská linka, osobní konzultace, denní centrum pro klienty se syndromem demence</p>
<p><b>LIBERECKÝ KRAJ</b></p> <p><b>Liberec, Husova 10</b>  <b>Oddělení geriatry a následné péče, Krajská nemocnice Liberec, a.s.</b>  <i>Kontaktní osoba:</i> Prim. MUDr. Alena Jiroudková  <i>Tel:</i> 604 759 779  <i>E-mail:</i> alena.jiroudkova@nemlib.cz  <i>Web:</i> http://cals.liberec.sweb.cz  <i>Činnost:</i> poradenská linka, konzultace, svépomocné skupiny, edukační činnost</p>
<p><b>MORAVSKOSLEZSKÝ KRAJ</b></p> <p><b>Ostrava, Rolnická 55</b>  <b>Slezská Diakonie Centrum denních služeb</b>  <i>Kontaktní osoba:</i> Mgr. Petra Popelková  <i>Tel:</i> 596 617 581, 733 142 425  <i>E-mail:</i> siloe@slezskadiakonie.cz  <i>Činnost:</i> poradenská linka, konzultace, odlehčovací služba, svépomocné skupiny</p>

<p><b>OLOMOUCKÝ KRAJ</b></p> <p><b>Olomouc</b>, Karafiátova 5  Občanské sdružení Pamatováček  <i>Kontaktní osoba:</i> Eva Klevarová  <i>Tel:</i> 585 426 110  <i>E-mail:</i> pamatovacek@pamatovacek.cz  <i>Činnost:</i> poradenská linka, konzultace, svépomocné skupiny, respitní péče</p>
<p><b>Sobotín</b>, Petrov nad Desnou 203  Středisko Diakonie ČCE  <i>Kontaktní osoba:</i> Jiřina Ketnerová, Ing. Hana Řezáčová  <i>Tel:</i> 583 237 176, 583 237 293  <i>E-mail:</i> sobotin@diakoniecce-sobotin.cz  <i>Web:</i> www.diakoniecce.cz/sobotin.html  <i>Činnost:</i> poradenská linka, osobní konzultace, respitní péče</p>
<p><b>PARDUBICKÝ KRAJ</b></p> <p><b>Pardubice</b>, Kyjevská 44  Geriatrické centrum, Pardubická krajská nemocnice, a.s.  <i>Kontaktní osoba:</i> Ivana Burgetová  <i>Tel:</i> 466 019 103  <i>E-mail:</i> ivana.burgetova@nemocnice-pardubice.cz  <i>Činnost:</i> poradenská linka, konzultace, respitní péče</p>
<p><b>PLZEŇSKÝ KRAJ</b></p> <p><b>Plzeň</b>, Polední 11  Středisko Městské charity  <i>Kontaktní osoba:</i> Alice Průchová  <i>Tel:</i> 377 459 157, 731 433 116  <i>Web:</i> www.mchp.cz  <i>Činnost:</i> poradenská linka, konzultace, ošetrovatelská, pečovatelská a respitní služba</p>
<p><b>PRAHA</b></p> <p><b>Centrála ČALS</b>, Šimůnkova 1600, Praha 8  Gerontologické centrum  <i>Tel:</i> 286 883 676, 283 880 346  <i>E-mail:</i> iva.holmerova@gerontocentrum.cz  <i>Web:</i> www.gerontocentrum.cz</p>
<p><b>ÚSTECKÝ KRAJ</b></p> <p><b>Bystrany</b>, Pražská 236  Domov důchodců  <i>Kontaktní osoba:</i> Venda Šmirklová  <i>Tel:</i> 417 536 062  <i>E-mail:</i> dd.bystrany@volny.cz  <i>Web:</i> www.dd-bystrany.cz</p>

**Dubí, Na Výšině 494**

**Domov důchodců**

*Kontaktní osoba:* Ivana Holá, Alena Hájková

*Tel:* 417 571 102

*Činnost:* poradenská linka, osobní konzultace

**Chomutov, Kochova 1185**

**Stacionář Naděje 2000**

*Kontaktní osoba:* Jaroslava Lochařová, Lucie Zocherová

*Tel:* 604 445 360, 474 447 936, 474 623 236

*E-mail:* j.locharova@seznam.cz , stacionar.cv@volny.cz, luciezocherova@seznam.cz

*Web:* www.stacionar.wz.cz

*Činnost:* poradenská linka, respitní pobyty, svépomocné skupiny, osobní konzultace

**Jirkov, U Dubu 1562**

**Městský ústav sociálních služeb**

*Kontaktní osoba:* Lída Lacinová

*Tel:* 474 684 432, 474 684 431

*Činnost:* poradenská linka, osobní konzultace, svépomocné skupina

**Krabčice, Rovné 58**

**Domov odpočinku ve stáří (Diakonie ČCE)**

*Kontaktní osoba:* Michaela Lengálová

*Tel:* 417 839 680, 604 283 571

*E-mail:* lengalova.krabcice@diakonie.cz

*Činnost:* poradenská linka, konzultace, svépomocné skupiny, respitní péče

**Roudnice nad Labem, Lesní 204**

**Vědomnice**

*Kontaktní osoba:* Ivana Šustrová

*Tel:* 606 600 077, 416 812 882

*E-mail:* ivana.sustrova@email.cz

*Činnost:* telefonická help-linka denně, osobní konzultace pro pečovatele, telefonní informace o pobočce, denní centrum, poskytování informačních materiálů z fondu ČALSu, spolupráce s veřejností, vzdělávací aktivity

**Roudnice nad Labem, Jungmanova 672**

**LDN Podřípská nemocnice s poliklinikou**

*Kontakt:* Irena Baičiová

*Tel:* 416 838 335, 602 813 277

*E-mail:* Irena.Baiciova@pnsp.cz

**Velké Březno, Klášterní 2**

**Domov pro seniory**

*Kontaktní osoba:* Pavlína Kučerová

*Tel:* 475 317 171

*E-mail:* domov.brezno@centrum.cz, info@domov-brezno.cz

*Web:* www.domov-brezno.cz

<b>KRAJ VYSOČINA</b>
<b>Myslibořice</b> Středisko Diakonie ČCE <i>Kontaktní osoba:</i> Ilona Pelánová, Vladimíra Růžičková <i>Tel:</i> 568 834 947, 568 834 948 <i>E-mail:</i> socialni@domovmysliborice.cz <i>Web:</i> www.domovmysliborice.cz
<b>ZLÍNSKÝ KRAJ</b>
<b>Uherský Brod, Pod Valy 664</b> Denní stacionář Domovinka (Oblastní charita) <i>Kontaktní osoba:</i> Bc. Petr Houšť <i>Tel:</i> 572 631 388 <i>E-mail:</i> domovinka@charita.cz <i>Web:</i> www.uhbrod.caritas.cz <i>Činnost:</i> poradenská linka, respitní péče, domácí péče
<b>Vsetín, Tyršova 1271</b> <b>Letokruhy</b> <i>Kontaktní osoba:</i> Mgr. Helena Petroušková <i>Tel:</i> 571 819 361, 777565030 <i>E-mail:</i> helena.petruskova@letokruhy-vs.cz <i>Web:</i> http://www.letokruhy-vs.cz <i>Činnost:</i> odlehčovací služby, trénink paměti

Převzato z: Alzheimer. *Česká alzheimerská společnost* [online]. 2004 [cit. 2009-03-14]. Dostupný z WWW: <<http://www.alzheimer.cz/index.php?PageID=523>>.

## PŘÍLOHA P VII: KVANTILY PEARSONOVA ROZDĚLENÍ

### Kvantily $\chi_p^2(\nu)$ Pearsonova rozdělení

$\nu \backslash p$	0,01	0,025	0,05	0,95	0,975	0,99
1	0,000	0,001	0,004	3,841	5,024	6,635
2	0,020	0,051	0,103	5,991	7,378	9,210
3	0,115	0,216	0,352	7,815	9,348	11,345
4	0,297	0,484	0,711	9,488	11,143	13,277
5	0,554	0,831	1,145	11,070	12,832	15,086
6	0,872	1,237	1,635	12,592	14,449	16,812
7	1,239	1,690	2,167	14,067	16,013	18,475
8	1,647	2,180	2,733	15,507	17,535	20,090
9	2,088	2,700	3,325	16,919	19,023	21,666
10	2,558	3,247	3,940	18,307	20,483	23,209
11	3,053	3,816	4,575	19,675	21,920	24,725
12	3,571	4,404	5,226	21,026	23,337	26,217
13	4,107	5,009	5,892	22,362	24,736	27,688
14	4,660	5,629	6,571	23,685	26,119	29,141
15	5,229	6,262	7,261	24,996	27,488	30,578
16	5,812	6,908	7,962	26,296	28,845	32,000
17	6,408	7,564	8,672	27,587	30,191	33,409
18	7,015	8,231	9,390	28,869	31,526	34,805
19	7,633	8,907	10,117	30,144	32,852	36,191
20	8,260	9,591	10,851	31,410	34,170	37,566
21	8,897	10,283	11,591	32,671	35,479	38,932
22	9,542	10,982	12,338	33,924	36,781	40,289
23	10,196	11,689	13,091	35,172	38,076	41,638
24	10,856	12,401	13,848	36,415	39,364	42,980
25	11,524	13,120	14,611	37,652	40,646	44,314
26	12,198	13,844	15,379	38,885	41,923	45,642
27	12,878	14,573	16,151	40,113	43,195	46,963
28	13,565	15,308	16,928	41,337	44,461	48,278
29	14,256	16,047	17,708	42,557	45,722	49,588
30	14,953	16,791	18,493	43,773	46,979	50,892
31	15,655	17,539	19,281	44,985	48,232	52,191
32	16,362	18,291	20,072	46,194	49,480	53,486
33	17,073	19,047	20,867	47,400	50,725	54,775
34	17,789	19,806	21,664	48,602	51,966	56,061
35	18,509	20,569	22,465	49,802	53,203	57,342
36	19,233	21,336	23,269	50,998	54,437	58,619
37	19,960	22,106	24,075	52,192	55,668	59,893
38	20,691	22,878	24,884	53,384	56,895	61,162
39	21,426	23,654	25,695	54,572	58,120	62,428
40	22,164	24,433	26,509	55,758	59,342	63,691

Převzato z: FRIEDRICH, Václav. *Statistika I: Vysokoškolská učebnice pro distanční studium*. 1. vyd. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2002, 398 s. ISBN 80-7082-913-3.



## PŘÍLOHA P VIII: DOTAZNÍK

### DOTAZNÍK

Vážená paní, vážený pane,

jsm studentkou bakalářského oboru Všeobecná sestra na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. Ve své závěrečné práci se zabývám problematikou péče o nemocné s Alzheimerovou chorobou v domácím prostředí. Tímto si Vás dovoluji požádat o vyplnění následujícího dotazníku.

Dotazník je anonymní a bude sloužit pouze k účelům zpracování bakalářské práce.

**Pokud nebude uvedeno jinak, označte pouze jednu správnou odpověď.**

Děkuji za Váš čas a poctivé vyplnění dotazníku.

S pozdravem Petra Přichystalová

#### 1. Jaké je Vaše pohlaví?

- žena
- muž

#### 2. Kolik je Vám let?

- |                                  |                                    |
|----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 20 – 30 | <input type="checkbox"/> 51 - 60   |
| <input type="checkbox"/> 31 - 40 | <input type="checkbox"/> 61 - 70   |
| <input type="checkbox"/> 41 – 50 | <input type="checkbox"/> 71 a více |

#### 3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> základní                   | <input type="checkbox"/> vyšší odborné             |
| <input type="checkbox"/> středoškolské bez maturity | <input type="checkbox"/> vysokoškolské             |
| <input type="checkbox"/> středoškolské s maturitou  | <input type="checkbox"/> jiné, prosím uveďte ..... |

#### 4. Jste:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> zaměstnaná(ý)   | <input type="checkbox"/> student(ka)               |
| <input type="checkbox"/> nezaměstnaná(ý) | <input type="checkbox"/> jiné, prosím uveďte ..... |
| <input type="checkbox"/> důchodce        |  |

**5. Kde bydlíte**

- na vesnici
- ve městě

**6. Jaký je Váš vztah k nemocnému?**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> dcera/syn       | <input type="checkbox"/> snacha/zeť                |
| <input type="checkbox"/> manžel/manželka | <input type="checkbox"/> druh/družka               |
| <input type="checkbox"/> bratr/sestra    | <input type="checkbox"/> jiný, prosím uveďte ..... |
| <input type="checkbox"/> vnuk/vnučka     |  |

**7. Žijete trvale s osobou, o kterou pečujete?**

- ano
- ne

**8. Jak dlouho již pečujete o nemocného? (počet let)**

- prosím uveďte .....

**9. Kolik času týdně strávíte péčí o nemocného?**

- |  |                                |
|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> méně než 24 hodin | <input type="checkbox"/> 4 dny |
| <input type="checkbox"/> 1 den             | <input type="checkbox"/> 5 dní |
| <input type="checkbox"/> 2 dny             | <input type="checkbox"/> 6 dní |
| <input type="checkbox"/> 3 dny             | <input type="checkbox"/> 7 dní |

**10. Definujte prosím svými slovy Alzheimerovu chorobu (např. co je to za onemocnění, jak se projevuje apod.)**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**11. Kdo Vám poskytl informace týkající se Alzheimerovy choroby a specifík ošetrovatelské péče? (můžete označit více odpovědí)**

- obvodní lékař
- odborný ambulantní lékař - psychiatr
- odborný ambulantní lékař - geriatr
- denní zařízení pro seniory s demencí (denní stacionáře)
- personál v nemocnici (lékař, zdravotní sestra, ošetrovatelka)
- nikdo
- někdo jiný, prosím vypište .....

**12. Jaká byla úroveň poskytnutých informací?**

- výborná
- dobrá
- průměrná
- špatná
- nedostačující

**13. Jakým způsobem Vám byly informace podány?**

- výborně
- dobře
- průměrně
- špatně
- nedostatečně

**14. Pokud můžete porovnat způsoby poskytnutí informací z různých zdrojů, tak za nejkvalitnější považujete informace od:**

- obvodního lékaře
- odborného ambulantního lékaře - psychiatra
- odborného ambulantního lékaře - geriatra
- denního zařízení pro seniory s demencí (denního stacionáře)

**15. Zúčastnil(a) jste se někdy semináře pro pečující rodiny?**

- ano
- ne

*Pokud ne, přejděte prosím na otázku č. 19*

**16. Jak byste ho zhodnotil(a)?**

- kladně
- spíše kladně
- spíše záporně
- záporně

**17. Na semináři jste se dozvěděl(a) zejména o:**

- uspokojování základních potřeb nemocného
- nácviku a udržování sebeobsluhy
- tréninku kognitivních funkcí (paměť, pozornost, soustředění, řešení problémů, plánování, rozhodování apod.)
- rehabilitační péči
- sociálním zabezpečení
- jiné, prosím vypište .....

**18. Navštěvujete v současné době další semináře?**

- ano
- ne

**19. Kde si nejčastěji vyhledáváte nové informace o Alzheimerově chorobě?**

(můžete označit více odpovědí)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> v odborných knihách | <input type="checkbox"/> na seminářích                     |
| <input type="checkbox"/> v tisku             | <input type="checkbox"/> u odborných lékařů                |
| <input type="checkbox"/> na internetu        | <input type="checkbox"/> někde jinde, vypište prosím ..... |
| <input type="checkbox"/> v médiích           | <input type="checkbox"/> tyto informace nevyhledávám       |

**20. Cítíte potřebu se i nadále vzdělávat v této problematice?**

- ano
- ne

**21. Pro nemocného s Alzheimerovou chorobou je podle Vás důležitá:**

(můžete označit více odpovědí)

- nízká fyzická aktivita a cvičení
- dobrá psychická kondice
- pravidelný denní rytmus
- zvýšená potřeba spánku (déle než 8 hodin)
- podpora soběstačnosti v hygieně, oblékání a stravování
- podpora kognitivních funkcí (myšlení, paměť, rozhodování ...)
- udržování osobních zájmů a koníčků
- nácvik a učení činností, které již nemocný nezvládá
- podpora komunikace
- nevím
- jiné, prosím vypište .....

**22. Které příspěvky využíváte při péči o nemocného?**

(můžete označit více odpovědí)

- příspěvek na péči
- příspěvek na pomůcky pro nemocného
- příspěvek na úpravu bytu pro usnadněný pohyb nemocného
- jednorázové příspěvky na opatření zvláštních pomůcek
- příspěvek na zakoupení, celkovou opravu a zvláštní úpravu motorového vozidla
- příspěvek na provoz motorového vozidla
- jiné, prosím vypište .....
- vím o těchto příspěvcích, ale nevyužívám je
- nevím, že můžu nějaké příspěvky využívat

**23. Které sociální služby využíváte při péči o nemocného?**

(můžete označit více odpovědí)

- pečovatelská služba
- denní stacionář
- respitní služba (odlehčovací služba pro pečující)
- ústavní péče
- jiné, prosím vypište .....
- vím o těchto službách, ale nevyužívám je
- nevím, že můžu nějaké služby využívat

**24. Pokud využíváte některou ze služeb, jak Vám tato služba pomáhá v péči o nemocného?**

- velmi mi pomáhá, bez služby bych péči nezvládal/a
- pomáhá mi, ale zvládal/a bych péči i bez cizí pomoci
- příliš mi nepomáhá, přestanu službu využívat
- jiné, prosím vypište .....
- nevyužívám žádnou službu

**25. Kdo Vám poskytl informace o těchto výhodách?**

- obvodní lékař
- odborný ambulantní lékař - psychiatr
- odborný ambulantní lékař - geriatr
- denní zařízení pro seniory s demencí (denní stacionáře)
- sociální pracovník
- personál v nemocnici (lékař, zdravotní sestra, ošetřovatelka)
- příbuzný, kamarád, známý
- někdo jiný, vypište prosím .....

**26. Domníváte se, že by pečujícím měl být k dispozici ještě nějaký jiný typ služby?**

- ano
- ne

**Pokud ano, vypište prosím jaký typ služby:**

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

**27. Jaká je podle Vás náročnost péče o nemocného s Alzheimerovou chorobou?**

- vyčerpávající
- velmi náročná
- náročná
- zvládnutelná
- nenáročná

**Chcete ještě něco doplnit k této problematice?**

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

## PŘÍLOHA P IX: ČLÁNEK DO ČASOPISU SESTRA

**Název článku:** Informovanost pečujících v péči o klienta s Alzheimerovou chorobou

**Autor:** Petra Přichystalová<sup>1</sup>, Mgr. Renata Mlčochová<sup>2</sup>

studentka 3. ročníku bakalářského studia, obor všeobecná sestra, UTB ve Zlíně, Institut zdravotnických studií, Ústav ošetřovatelství<sup>1</sup>

Klinický logoped, Gerontologické centrum KNTB Zlín<sup>2</sup>

(Petra.Prichystalova@seznam.cz, mlcochova@bnzlin.cz)

### Souhrn:

V textu autorky představují bakalářskou práci s názvem Informovanost pečujících v péči o klienta s Alzheimerovou chorobou. Demence není náročná jen pro nemocné, ale hlavně pro ty, kteří o takto nemocné pečují. Autorky ve své práci mimo jiné mapují, jak kvalitní informace pečující mají a jakým způsobem jsou jim informace poskytovány.

**Summary:** (překlad zajistí redakce)

**Alzheimerova choroba je nejčastějším typem demence. Tvoří 50 až 60 % všech demencí. Vyskytuje se u 2 až 3 % lidí ve věku 65 až 69 let. Počet nemocných s Alzheimerovou chorobou v České republice se odhaduje na 70 až 100 tisíc, na celém světě je postiženo kolem 20 milionů lidí. Častěji postihuje ženy než muže.**

Alzheimerova choroba je progresivní neurodegenerativní onemocnění, které se projevuje atrofií mozkové kůry a úbytkem neuronů. Vyvíjí se plíživě, přitom pomalu a trvale progreduje. Jsou difuzně postiženy psychické funkce, relativně brzy dochází k postižení osobnostních rysů, k mnestickým (paměťovým) poruchám, objevuje se afázie, apraxie a agnózie. Nemocný si nedokáže vstěpovat nové informace, v paměti si uchovává pouze dobře známou látku. V konečné fázi si není schopen vstřípit nové informace vůbec, nedokáže rozeznat ani své nejbližší a stává se úplně odkázán na péči druhých.

Alzheimerovu chorobu lze rozdělit na 3 stadia s typickými příznaky. **Lehkou demenci** můžeme charakterizovat pouhým zhoršením paměti, zapomínáním, mírnou dezorientací a poruchou prostorové orientace. Ta přechází ve **středně těžkou demenci** s výraznějšími poruchami paměti, zhoršováním řečových schopností, poruchami myšlení a vnímání. **Finální těžká demence** je typická velmi závažnou poruchou paměti a poznávání, poruchami úsudku, převráceným cyklem spánku a bdění, agitovaností nebo naopak apatií a nakonec úplnou nesoběstačností ve všech denních aktivitách. Není přesně stanoveno jak dlouho jedinec v daném stadiu setrvá a kdy přejde z jednoho stadia do druhého.

Přesná příčina Alzheimerovy choroby není dosud známá. Velmi významnou roli však hraje při rozvoji onemocnění genetická predispozice a také se diskutuje o rizikových faktorech. To jsou například věk, rodinná anamnéza, ženské pohlaví, nižší vzdělání, prodělané úrazy hlavy, hypertenze, kouření a přítomnost vaskulárních onemocnění.



V současné době není stoprocentně známá komplexní etiopatogeneze Alzheimerovy choroby, proto nemůže být prováděna kauzální terapie. Důležitým faktorem je předcházení nemoci vůbec. Hlavní prevencí Alzheimerovy choroby je zdravý životní styl. V dnešní době se snaží lékaři ovlivnit alespoň patogenetické řetězce, které jsou u choroby již známy a prokázány. Léčba Alzheimerovy choroby musí být komplexní, jak farmakologická, tak nefarmakologická. Nefarmakologická zahrnuje především kondiční ergoterapii, pet-terapii, muzikoterapii, taneční terapii, kognitivní rehabilitaci a kinezioterapii. Mnohé z nich se dají provádět i v domácím prostředí a velmi pozitivně ovlivňují psychický, zdravotní i celkový stav klienta.

Péče o člověka postiženého Alzheimerovou chorobou je velmi náročná nejen fyzicky, ale hlavně psychicky. Nemocný v prvním stádiu nemoci zvládá péči o sebe samostatně. Pokud však nemoc postupem času progreduje, je člověk odkázán na pomoc druhých. První volbou v péči o nemocného s Alzheimerovu chorobou by měla být rodina. Ta je nejdůležitějším a nejvýznamnějším článkem. Rodina může využít pomoci sociálních služeb. Dále jsou pro tyto klienty rozvinuta specializovaná centra denních služeb, stacionáře, domovy se zvláštním režimem nebo specializovaná psychiatrická oddělení. Zdravotníci a sociální pracovníci by měli poskytovat pečujícím kvalitní a dostatečné informace o Alzheimerově chorobě, o specifikách péče, o službách, které mohou klienti i pečující využívat a pomáhat jim zvládat složitou životní situaci.



*Obr. 1. Aktivita nemocného*

## Cíle práce

- 1) Zjistit informovanost pečujících o nemocného s Alzheimerovou chorobou o specifikách ošetrovatelské péče.
- 2) Zmapovat, jakým způsobem byly pečujícím poskytnuty informace o specifikách ošetrovatelské péče u nemocného s Alzheimerovou chorobou.
- 3) Zjistit, zda si pečující vyhledávají nové informace o Alzheimerově chorobě, případně kde si je vyhledávají.
- 4) Posoudit, zda pečující ví o příspěvcích a sociálních službách, které mohou využívat při péči o nemocného s Alzheimerovou chorobou a zda je využívají.
- 5) Zhodnotit náročnost péče o nemocné s Alzheimerovou chorobou v domácím prostředí.

## Výzkum

V empirické části bakalářské práce jsme chtěly zjistit formou dotazníkového šetření výše uvedené cíle. V této fázi bychom rády prezentovaly výsledky výzkumu, které vznikly na základě zpracování 56 vrácených dotazníků, které byly rozdány pečujícím o nemocné s Alzheimerovou chorobou v domácím prostředí. Dotazník obsahoval 27 otázek. Položky byly rozděleny na identifikační, zjišťující informovanost o Alzheimerově chorobě, o specifikách péče, o kvalitě poskytovaných informací a dále pro zjištění využívání sociálních služeb a příspěvků pečujícími.

## Zhodnocení výsledků hypotéz výzkumu

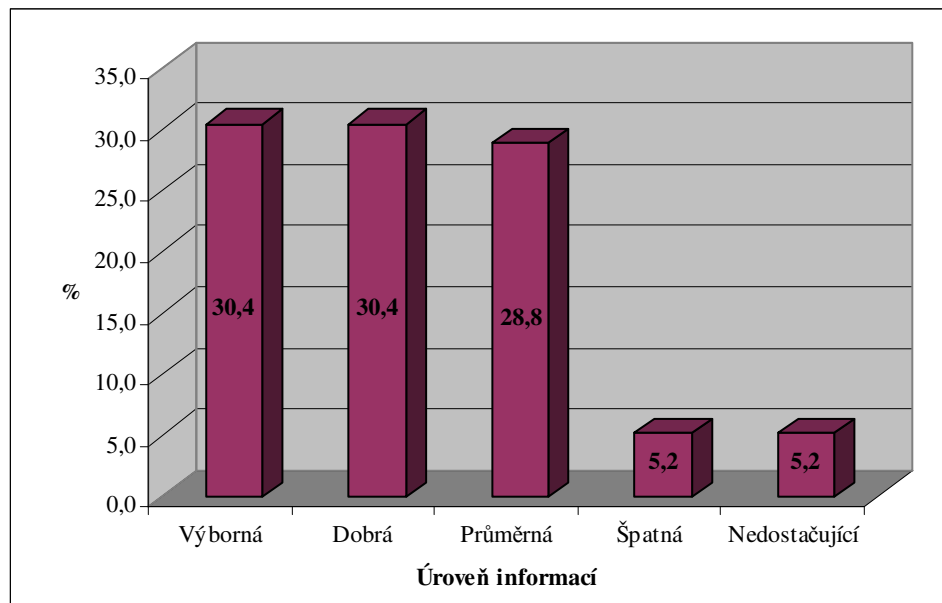
### Výsledky hypotéz cíle č. 1

**Hypotéza č. 1.1:** Většina pečujících nemá dostatečné informace týkající se specifik ošetrovatelské péče u pacientů s Alzheimerovou chorobou. Tato hypotéza se potvrdila. 71 % dotázaných respondentů odpovídalo na otázky ohledně znalostí o Alzheimerově chorobě a o specifikách péče neuspokojivými odpověďmi.

**Hypotéza č. 1.2:** Z hlediska intenzity péče o nemocného s Alzheimerovou chorobou není mezi pečujícími významný rozdíl v jejich informovanosti. Hypotéza se potvrdila. Intenzita péče významně neovlivňuje informovanost pečujících.

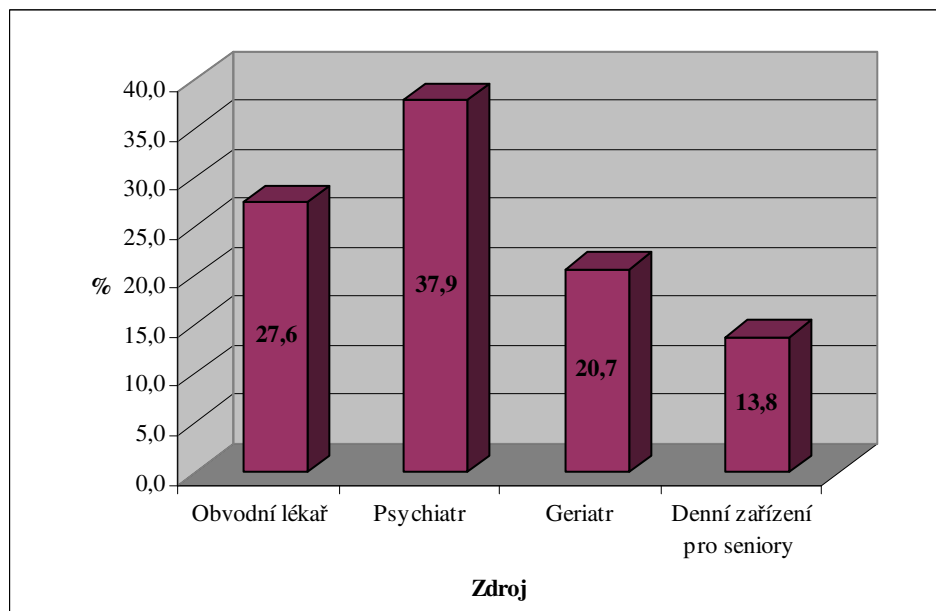
### Výsledky hypotéz cíle č. 2

**Hypotéza č. 2.1:** Většině pečujícím nebyly v dostatečné míře poskytnuty informace týkající se specifik ošetrovatelské péče. Tato hypotéza se nepotvrdila. Pečujícím byly v dostatečné míře tyto informace poskytnuty. Většina dotázaných získala informace od lékaře nebo z jiného zdroje. Je velmi zajímavé, že 30 % respondentů hodnotí úroveň a kvalitu poskytnutých informací na stupnici jako „výbornou“ nebo „dobrou“, necelých 29 % zvolilo možnost „průměrná“ a dalších 5 % ohodnotilo úroveň informací stupněm „špatná“ a „nedostačující“. (graf č. 1).



*Graf č. 1: Úroveň poskytnutých informací pečujícími*

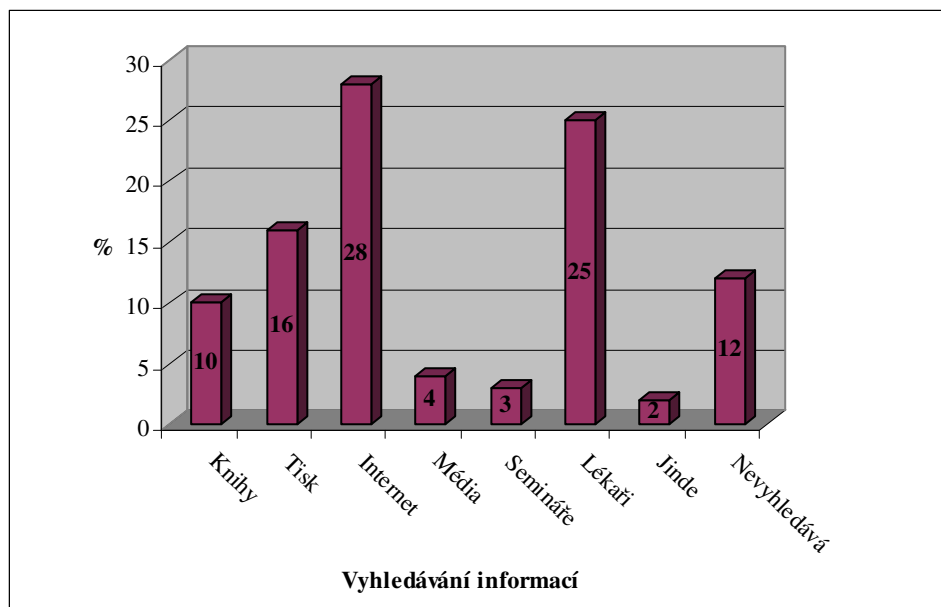
**Hypotéza č. 2.2:** Mezi skupinami zdravotnických zařízení není významný rozdíl v kvalitě poskytování informací. Hypotéza se potvrdila. Kvalitu poskytování informací z různých zdrojů mohlo posoudit pouze 39 respondentů z 56, kteří získali informace z více zdrojů. Významný statistický rozdíl se zde neprokázal, avšak tento fakt je pravděpodobně ovlivněn malým počtem respondentů. Nejlépe byl hodnocen psychiatr, který získal 38 % a mírně v pozadí zaostává denní zařízení pro seniory s demencí se 14 % (graf č. 2).



*Graf č. 2: Kvalita poskytování informací ve zdravotnických zařízeních*

### Výsledky hypotézy cíle č. 3

**Hypotéza č. 3.1:** Většina pečujících si nové informace o Alzheimerově chorobě nevyhledává. Hypotézu nemůžeme potvrdit. Celkem 80 % pečujících si informace aktivně vyhledává, nejčastěji na internetu, u odborných lékařů a v tisku (graf č. 3).



Graf č. 3: Zdroje vyhledávání informací

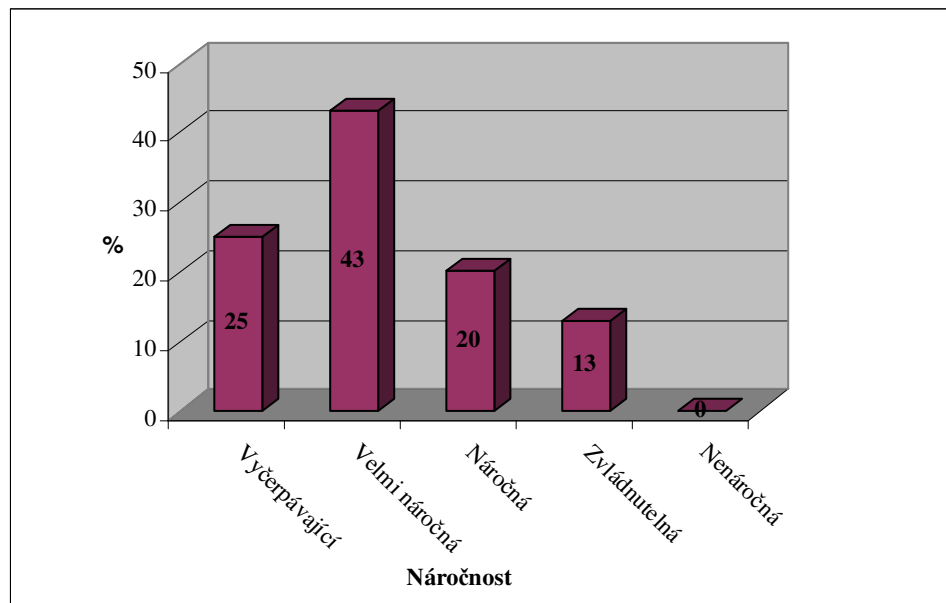
**Hypotéza č. 3.2:** Intenzita péče o nemocného s Alzheimerovou chorobou nemá vliv na vyhledávání nových informací. Hypotéza se potvrdila, intenzita péče neovlivňuje aktivitu vyhledávání informací.

### Výsledky hypotéz cíle č. 4

**Hypotéza č. 4.1:** Většina pečujících není dostatečně informována o příspěvcích a službách, které mohou při péči o nemocného s Alzheimerovou chorobou využívat. Tuto hypotézu musíme vyvrátit. Pečující jsou dostatečně informováni o příspěvcích a službách. Nejčastěji zmiňují, že informace získali od obvodního lékaře, psychiatra nebo sociálního pracovníka a dále volili možnost jiné, do které dopisovali média a internet.

### Výsledky hypotézy cíle č. 5

**Hypotéza č. 5.1:** Většina pečujících hodnotí náročnost péče o nemocného s Alzheimerovou chorobou jako vyčerpávající. Tato hypotéza se nepotvrdila. Za vyčerpávající považuje péči o nemocného s Alzheimerovou chorobou pouze 14 % respondentů, avšak jako velmi náročnou ji hodnotí 43 % pečujících (graf č. 4).



Graf č. 4: Náročnost péče o nemocného s Alzheimerovou chorobou

## Závěr

Tímto výzkumem nemůžeme dokázat prokazatelné výsledky. Chceme nastínit situaci rodin, které v domácím prostředí pečují o vážně nemocného člověka. Většina pečujících, jak jsme výše zmínily, sice informace o Alzheimerově chorobě získala, ale jsou průměrné nebo dokonce nedostatečné. Tyto informace nemohou stačit ke kvalitní domácí péči o demenčního klienta. Pokud nezkušený člověk s nedostatečnými informacemi nedokáže efektivně reagovat na potřeby nemocného, nemusí dlouhodobou stresovou situaci zvládat a jeho stav nakonec vyústí až v syndrom vyhoření. Je důležité, aby se zdravotníci snažili těmto rodinám pomoci. Mnohdy postačí i poskytnutí pouhého kontaktu na odborníka, sociálního pracovníka, Alzheimerovskou společnost či denní stacionář v nejbližším okolí. Zdravotnický pracovník musí také umět pečovat o demenčního klienta. Může se s ním setkat na kterémkoliv oddělení.

Závěrem nám dovoluňte pár rad, které se dají využít při péči o nemocného nebo je můžete předat dál jako rady pečujícím:

- mít k dispozici hodiny ve více místnostech, kalendář na stabilním místě, užívat pro důležité a potřebné věci stabilní místa
- nahradit automaticky se zavírací dveře dveřmi s klikou
- skladovat potencionálně nebezpečné vybavení a pomůcky na zajištěném místě (nože, nůžky, břitvy, žiletky, chemikálie, čisticí prostředky)
- zajistit ostré hrany nábytku, pohyblivé části
- umožnit bezbariérový přístup po bytě, instalovat pomůcky, držáky v koupelně apod.
- ponechat v noci rozsvícená některá světla
- zajistit cenné předměty, větší obnosy financí, vkladní knížky

## Obecná doporučení

- složitější úkoly dělat v takové denní době, kdy se nemocný cítí většinou lépe
- vyhradit si dostatek času, nevyvolávat pocit tlaku a spěchu
- pracovat na klidném místě
- dělat přestávky, pokud je něco příliš složité
- dotazovat se nemocného, zda dostatečně rozumí tomu, co se dělá, hovořit pomalu, problematické věci např. psát, snažit se o názornost
- nechat nemocného pracovat tak samostatně, jak to jde
- nebát se zapojit do péče i ostatní členy rodiny, známé
- věnovat se tréninku spíše častěji a v přiměřeně dlouhých sezeních
- mít pravidelný režim, rozvrh tréninkových sezení
- spíše oceňovat úspěchy než kritizovat nezdary

## Praktické možnosti

- každý večer se pokusit shrnout, co se daný den stalo
- pracovat na denním rozvrhu a společně plánovat aktivity (zaznamenávat do kalendáře)
- nácvik konkrétních činností (oblékání, sebeobsluhy, hygiena)
- podle potřeby trénovat dílčí kognitivní schopnosti – řeč, čtení, počítání, psaní
- trénovat paměť a pozornost – křížovky, osmisměrky, opakování aktuálních zpráv
- podle potřeby trénovat prostorovou orientaci a paměť

## LITERATURA

**Jiráček, R., Koukolík, F.:** *Demence: Neurobiologie, klinický obraz, terapie*. 1. vyd. Praha, Galén 2004. 335 s.

**Pidrman, V.:** *Demence*. 1. vyd. Praha, Grada Publishing 2007. 184 s.

**Raboch, J. et al.:** *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha, Galén 2001. 622 s.

**Svoboda, M., Češková, E., Kučerová, H.:** *Psychopatologie a psychiatrie : pro psychology a speciální pedagogy*. 1. vyd. Praha, Portál 2006. 320 s.

**Vágnerová, M.:** *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha, Portál 2008. 872 s.

## PŘÍLOHA P X: POTVRZENÍ REDAKCE O VYDÁNÍ ČLÁNKU



MLADÁ FRONTA

### Potvrzení redakce časopisu Sestra

Předpokládané vydání článku s názvem „Informovanost pečujících o Alzheimerově chorobě“, autorky článku Petra Přichystalová, Mgr. Renata Mlčochová, bude v čísle: 7/8 2009, v tematickém sešitě: „Chronicky nemocný“, ev. v čísle 11/2009, v tematickém sešitě „Geriatric“.

V Praze 13. května 2009

Ester Kopecká, DiS.  
redaktorka

Sestra


Mladá fronta a. s.  
Mezi Vodami 1952/9  
143 00 Praha 4 - Modřany

Mobil: +420- 777 024 100  
Tel.: +420-225 276 358  
Fax: +420-225 276 333

E-mail: [kopecka@mf.cz](mailto:kopecka@mf.cz)  
web: <http://www.mf.cz>  
<http://www.sestra.cz>

Sestra   
MLADÁ FRONTA

# PŘÍLOHA P XI: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

## ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

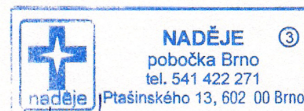
Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění vyplnění dotazníků na Vašem pracovišti, které níže uvedený student bude realizovat při zpracování bakalářské práce. Bakalářská práce bude realizována v rámci ukončení studia a její součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	PETRA PŘICHYSTALOVÁ
Téma bakalářské práce	INFORMOVANOST PEČUJÍCÍCH V TĚCI O KLIENTA S ALZHEIMEROVOU CHOROUBOU
Skupina respondentů	PEČUJÍCÍ O NEHODNĚNÍ S ALZHEIMEROVOU CHOROUBOU
Pracoviště	OBČANSKÉ SDRUŽENÍ NADĚJE BRNO

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 22. 12. 2008

.....  
Mgr. Helena Fremlová  
ředitelka Ústavu zdravotnických studií




.....  
Razítko a podpis zástupce zařízení

Vyřizuje: Navrátilová  
tel: +420 577 008 137, e-mail: jnavratilova@fhs.utb.cz



# PŘÍLOHA P XII: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

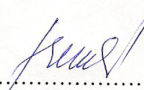
## ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění vyplnění dotazníků na Vašem pracovišti, které níže uvedený student bude realizovat při zpracování bakalářské práce. Bakalářská práce bude realizována v rámci ukončení studia a její součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	PETRA PŘICHÝSTALOVÁ
Téma bakalářské práce	INFORMOVANOST PEČUJÍCÍCH V PÉČI O KLIENTA S ALZHEIMEROVOU CHOROUBOU
Skupina respondentů	PEČUJÍCÍ O NEMOCNÉHO S ALZHEIMEROVOU CHOROUBOU
Pracoviště	DIAKONIE ČCE - STŘEDISKO V BRNĚ

Děkujeme za pochopení a spolupráci.


Ve Zlíně dne 22. 12. 2021

  
Mgr. Helena Fremlová  
ředitelka Ústavu zdravotnických studií

DIAKONIE ČCE / STŘEDISKO V BRNĚ  
Denní stacionář - domovinka  
Hrnčířská 27, 602 00 Brno  
Tel.: 541 249 401  
Razítko a podpis zástupce zařízení

Vyřizuje: Navrátilová  
tel: +420 577 008 137, e-mail: jnavratilova@fhs.utb.cz

# PŘÍLOHA P XIII: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií


## ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění vyplnění dotazníků na Vašem pracovišti, které níže uvedený student bude realizovat při zpracování bakalářské práce. Bakalářská práce bude realizována v rámci ukončení studia a její součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	PETRA PŘICHYSTALOVÁ
Téma bakalářské práce	INFORMOVANOST PEČUJÍCÍCH V DEČI O KLIENTA S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU
Skupina respondentů	PEČUJÍCÍ O NEMOCNÉHO S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU
Pracoviště	OBČANSKÉ SDRUŽENÍ LETOKRUHY VSETÍN

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 22. 12. 2008

  
.....  
Mgr. Helena Fremlová  
ředitelka Ústavu zdravotnických studií


**Letokruhy, o.s.**  
Tyršova 1271 • 755 01 Vsetín  
Tel.: 571 819 361 • 777 565 030  
IČO: 26612780



.....  
Razítko a podpis zástupce zařízení

Vyřizuje: Navrátilová  
tel: +420 577 008 137, e-mail: jnavratilova@fhs.utb.cz

# PŘÍLOHA P XIV: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií


## ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ


Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění vyplnění dotazníků na Vašem pracovišti, které níže uvedený student bude realizovat při zpracování bakalářské práce. Bakalářská práce bude realizována v rámci ukončení studia a její součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, oboru Všeobecná sestra.

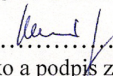
Jméno a příjmení studenta	PETRA PŘICHYSTALOVÁ
Téma bakalářské práce	INFORMOVANOST PEČUJÍCÍCH V PÉČI O KLIENTA S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU
Skupina respondentů	PEČUJÍCÍ O NEMOCNÉHO S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU
Pracoviště	CHARITA BLANSKO

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 13. 12. 2008

  
.....  
Mgr. Helena Fremlová  
ředitelka Ústavu zdravotnických studií

Diecézní charita Brno  
OBLASTNÍ CHARITA BLANSKO  
Komenského 19 3   
578 01 Blansko

  
.....  
Razítko a podpis zástupce zařízení

Vyřizuje: Navrátilová  
tel: +420 577 008 137, e-mail: jnavratilova@fhs.utb.cz

# PŘÍLOHA P XV: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

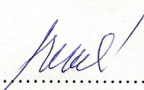
## ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění vyplnění dotazníků na Vašem pracovišti, které níže uvedený student bude realizovat při zpracování bakalářské práce. Bakalářská práce bude realizována v rámci ukončení studia a její součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	PETRA PŘICHYSTALOVÁ
Téma bakalářské práce	INFORMOVANOST PEČUJÍCÍCH V PÉČI O KLIENTA S ALZHEIMEROVOU CHOROUBOU
Skupina respondentů	PEČUJÍCÍ O NEMOCNÉHO S ALZHEIMEROVOU CHOROUBOU
Pracoviště	PSYCHIATRICKÁ AMBULANCE

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 18. 12. 2008

  
Mgr. Helena Fremlová  
ředitelka Ústavu zdravotnických studií

71	MUDr. Paveš MARTINEC
278	Psychiatrie
001	Blanský, řadová 63 Tel.: +420 577 008 137

Razítko a podpis zástupce zařízení

Vyřizuje: Navrátilová  
tel: +420 577 008 137, e-mail: jnavratilova@fhs.utb.cz