

Péče o klienty s demencí v nemocničním prostředí

Marie Plášková

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: Marie PLÁŠKOVÁ

Studijní program: B 5341 Ošetrovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra

Téma práce: Péče o klienty s demencí

Zásady pro vypracování:

Teoretická část

Seznámení s problematikou demence

Popsání zásad ošetrovatelské péče o klienty s demencí

Praktická část

Stanovení cílů a hypotéz

Zmapování péče o klienty s demencí pomocí dotazníkového šetření

Vyhodnocení získaných dat

Doporučení pro praxi

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

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

JIRÁK, R., KOUKOLÍK, F. DEMENCE Neurobiologie, klinický obraz, terapie. 1 vyd. Praha: Galén, 2004. 335 s. ISBN 80-7262-268-4

BUIJSSEN, H. Demence. 1 vyd. Praha: Portál, 2006. 136 s. ISBN 80-7367-081-X

HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ, J., a kol. Péče o pacienty s kognitivní poruchou. 1. vyd. Praha: EV public relations, spol. s.r.o., 2007. 299 s. ISBN 978-80-254-0177-4

ZGOLA, J., M. Úspěšná péče o člověka s demencí. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. 232 s. ISBN 80-247-0183-9

PIDRMAN, V., KOLIBÁŠ, E. Změny jednání seniorů. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 189 s. ISBN 80-7262-363-X

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Petra Topičová

Ústav ošetřovatelství

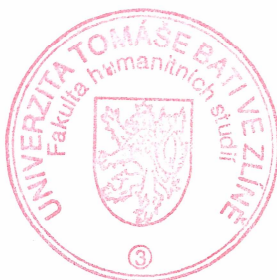
Datum zadání bakalářské práce:

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 ¹⁾;
- 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 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ 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 ³⁾ 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 *27.2.2019*

Státník
.....

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). Odpírá-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 užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

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

ABSTRAKT

Téma mé bakalářské práce je Péče o klienty s demencí. V teoretické části uvádím nejprve základní problematiku demencí, a poté se zabývám zásadami ošetrovatelské péče o klienty s demencí. V praktické části zpracovávám informace, které jsem získala pomocí dotazníkového šetření a dále vyhodnocuji stanovené hypotézy. Dotazník byl určen zdravotním sestřám a měl zmapovat péči o klienty s demencí na standardních lůžkových odděleních krajské nemocnice. Součástí práce je i doporučení pro praxi.

Klíčová slova: demence, péče, nemocnice, omezující prostředky, dotazník, hypotézy

ABSTRACT

The topic of my bachelor work is the care of clients with dementia. In the theoretical part I first state the basic problems of dementia, and then I write about principles of nursing care of clients with dementia. In the practical part I elaborate information, which I got from the questionnaire and next analyse hypotheses. The questionnaire was answered by nurses and was supposed to map the care of clients with dementia on the standard wards in the regional hospital. In the one part of the work are recommendations for practice.

Keywords: dementia, care, hospital, restrictive instruments, questionnaire, hypotheses

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji Mgr. Petře Topičové za trpělivost a cenné rady, poskytnuté při vedení mé bakalářské práce.

Dále bych chtěla poděkovat zdravotním sestřám a všem ostatním, kteří se podíleli na realizaci mého dotazníkového šetření.

„Važ si starce i tehdy, kdyby ze své stařecké slabosti pozapomněl svých vědomostí.“

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně pod vedením Mgr. Petry Topičové a s použitím pramenů uvedených v seznamu použité literatury.

Ve Zlíně dne 3. 5. 2009

.....

Marie Plášková

OBSAH

ÚVOD	11
I TEORETICKÁ ČÁST	13
1 DEMENCE	14
1.1 VYMEZENÍ POJMU	14
1.2 ETIOPATOGENEZE.....	14
1.2.1 Rizikové faktory vzniku demence.....	14
1.3 DEMOGRAFICKÉ ÚDAJE.....	16
1.4 PŘÍZNAKY	16
1.5 STÁDIA DEMENCE.....	19
1.6 DĚLENÍ DEMENCÍ.....	20
1.6.1 Primárně degenerativní demence	20
1.6.2 Sekundární a smíšené demence.....	21
1.7 DIAGNOSTIKA.....	25
1.7.1 Vyšetření při podezření na demenci	26
TERAPIE 27	
1.7.2 Farmakologická terapie	27
1.7.2.1 Farmakoterapie kognitivních poruch	27
1.7.2.2 Farmakoterapie behaviorálních a psychologických symptomů demence (BPSD) 28	
1.7.3 Nefarmakologická terapie	30
2 ZÁSADY PÉČE O KLIENTY S DEMENCÍ	34
2.1 PŘÍSTUP KE KLIENTŮM S DEMENCÍ.....	35
2.2 ZVLÁDÁNÍ ZMĚN CHOVÁNÍ	37
2.2.1 Úzkost	37
2.2.2 Volání a křik.....	37
2.2.3 Agitovanost - neklid.....	38
2.2.4 Podezíravost	38
2.2.5 Halucinace	39
2.2.6 Bloudění	39
2.2.7 Agresivita	40
2.3 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE	41
2.3.1 Výživa a hydratace	41
2.3.2 Vyprazdňování - inkontinence	42
2.3.3 Hygienická péče	42
2.3.4 Oblékání a úprava zevnějšku.....	43
2.3.5 Spánek a odpočinek.....	43
2.3.6 Bolest a její úskalí	44
2.3.7 Užívání léků	44

2.4	ZÁSADY KOMUNIKACE S NEMOCNÝM S DEMENCÍ.....	45
2.5	VYUŽITÍ BAZÁLNÍ STIMULACE V PÉČI O NEMOCNÉ S DEMENCÍ.....	46
2.6	POUŽÍVÁNÍ OMEZOVACÍCH PROSTŘEDKŮ.....	47
2.6.1	Druhy omezovacích prostředků.....	47
2.7	ÚPRAVA PROSTŘEDÍ PRO NEMOCNÉ S DEMENCÍ V NEMOCNICI.....	49
II	PRAKTICKÁ ČÁST	51
3	METODIKA PRŮZKUMU	52
3.1	STANOVENÍ CÍLŮ A HYPOTÉZ	52
3.2	ZPŮSOB SBĚRU DAT A TVORBA DOTAZNÍKU	54
3.3	CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU RESPONDENTŮ	54
3.4	PŘEDVÝZKUM.....	55
4	VÝSLEDKY PRŮZKUMU	56
4.1	METODY ANALÝZY DAT	56
4.2	ROZBOR A GRAFICKÉ ZPRACOVÁNÍ DOTAZNÍKU.....	58
5	VYHODNOCENÍ HYPOTÉZ.....	93
6	DISKUZE	106
7	ZÁVĚR	111
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	112
	INTERNETOVÉ ZDROJE:	113
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	114
	SEZNAM TABULEK.....	115
	SEZNAM GRAFŮ	116
	SEZNAM PŘÍLOH.....	117

ÚVOD

Demence patří v současnosti mezi nejčastější onemocnění a předpokládá se, že její výskyt se bude spolu s rostoucím stárnutím populace nadále zvyšovat. Je to nevyléčitelné onemocnění, které postupně mění osobnost nemocného člověka, až dochází nakonec k její degradaci a úplné ztrátě soběstačnosti nemocného. Včasnou diagnostikou, vhodně zvolenou komplexní farmakologickou a nefarmakologickou léčbou, lze průběh onemocnění zpomalit a s pomocí správného přístupu můžeme zajistit nemocným, trpícím demencí kvalitní a důstojné prožití zbývajících života. Abychom tak mohli učinit, je nezbytné mít základní znalosti v této problematice a pokusit se pochopit, co nemocní s demencí prožívají a snažit se vcítit do jejich situace. Potom ušetříme sebe, ale hlavně nemocné mnoha nepříjemných okamžiků a nedorozumění.

Toto téma jsem si ke zpracování bakalářské práce vybrala jednak proto, že mám osobní zkušenost s péčí o blízkého člověka s demencí v domácím prostředí a o zásady správné péče se tedy již nějakou dobu zajímám, ale hlavně proto, že bych se chtěla věnovat přímo péči o pacienty s demencí v nemocničním prostředí, jelikož se domnívám, že tato péče není příliš kvalitní a vyžaduje proto větší pozornost.

Nejlepší pro samotného nemocného je, když o něj může být pečováno ve známém prostředí a jemu blízkou osobou. Pokud to ale není možné, bývá péče zajištěna v institucích více, či méně přizpůsobených pro péči o klienty s demencí. Ústavů, které se zabývají péčí pouze o tyto pacienty, přibývá, nicméně je jich vzhledem k výskytu demencí stále málo.

Bohužel nemocný člověk s demencí, zvláště v pokročilém věku, má stejně jako ostatní lidé i jiné zdravotní problémy a ty je mnohdy dovedou k nezbytné hospitalizaci v nemocnici. Takže se nemocný během chvíle ocitne v úplně cizím prostředí s cizími lidmi, kteří o něm mnohdy ví pouze to, že má nějaký problém, často zpočátku blíže neznámý, jelikož jim ho nedokáže dobře popsat a taky snad to, že trpí demencí. Ale co informace o tom, kým býval, co má rád, nebo naopak nesnáší a na co je každý den zvyklý, co ještě zvládá a jaké potřeby si již není schopen zajistit sám? Zajímají vždy tyto informace zdravotnický personál?

V rámci své školní praxe a také pracovního úvazku, jsem prošla několika lůžkovými odděleními, kde jsem se setkala s desítkami nemocných lidí, trpících poruchami kognitivních funkcí, či syndromem demence. Ve všech případech byla jejich hospitalizace

provázena komplikacemi, které nejenže negativně působily na léčbu jejich akutních potíží, ale také velmi znesnadňovaly práci nám, tedy ošetrovatelskému personálu. Lůžková oddělení akutní péče nejsou přizpůsobená pro péči o tyto pacienty, myslím si ale, že by tomu tak nemělo být. Nejen lepší zabezpečení jednotlivých oddělení, dostatek pomůcek k usnadnění orientace a celkové péče, ale také dostatek zdravotnického personálu, seznámeného se zásadami péče o pacienty s demencí, a bezesporu také spolupráce s rodinou a jinými pečujícími osobami, by mohly zabránit zbytečným komplikacím v průběhu hospitalizace.

Cílem této práce je nejprve v teoretické části popsat základní problematiku syndromu demence a zásady správné péče o nemocné s demencí. V části praktické si kladu za úkol ověřit stanovené hypotézy, týkající se zmapování péče o klienty s demencí v nemocničním prostředí, a také vzdělání zdravotních sester v této problematice.

Informace a doporučení, jež jsou uvedené v této práci jsou určeny zejména zdravotním sestram a ostatnímu ošetrovatelskému personálu.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 DEMENCE

1.1 Vymezení pojmu

Podle Mezinárodní klasifikace nemocí, verze 10, zní definice demence takto: „*Demence je syndrom, který vznikl následkem onemocnění mozku, obvykle chronického nebo progresivního rázu, u něhož dochází k narušení mnoha vyšších korových funkcí, včetně paměti, myšlení, orientace, chápání, uvažování, schopnosti učení, řeči a úsudku, tzn. kognitivních funkcí. Vědomí není zastřené. Zhoršení kognitivních funkcí obvykle doprovází, někdy také předchází, zhoršení kontroly emocí, sociálního chování, nebo motivace.*“ [6]

Pojem demence pochází z latiny, a to spojením předpony „de“, která znamená „bez“ nebo „od“ a slova „mens“, jež se překládá jako „mysl, vědomí, či rozum“. [6]

1.2 Etiopatogeneze

V současnosti jsou známy procesy, které se podílejí na vzniku demence, ale ve většině případů však není přesná příčina onemocnění, vedoucí k demenci dosud známa. Existuje ale mnoho poznatků o rizikových faktorech demence. [4]

1.2.1 Rizikové faktory vzniku demence

- Genetické faktory - Blízcí příbuzní člověka s Alzheimerovou chorobou mají 3 - 4 x větší pravděpodobnost vzniku téhož onemocnění než ostatní lidé.
- Pohlaví - Podle některých studií jsou ženy více ohroženy Alzheimerovou chorobou než muži, a naopak muži více demencí cévního původu.
- Věk - Výskyt demence před 60. rokem je poměrně vzácný, častěji se vyskytuje ve stáří, ale není jasné, zda samotný věk je rizikovým faktorem, nebo se jedná o častější výskyt jiných rizikových faktorů s přibývajícím věkem.
- Cévní mozkové příhody a vaskulární choroby - Vaskulární onemocnění mozku vede k dřívějšímu rozvoji demence. Také náchylnější k rozvoji demence jsou lidé trpící

hypertenzi, cukrovkou a onemocněním srdce.

- Kouření - Kouření také zvyšuje riziko Alzheimerovy choroby.
- Alkohol - Nadměrná konzumace alkoholu po delší dobu může také vést k rozvoji demence.
- Hormonální substituční léčba a protizánětlivé léky - Podle některých studií lidé, kteří užívají protizánětlivé léky, mají nižší riziko Alzheimerovy nemoci, a také ženy užívající HRT mohou mít nižší riziko vzniku Alzheimerovy choroby. Tento efekt je ale v současné době předmětem dalších výzkumů k jeho potvrzení, či vyloučení.
- Deprese - Starší lidé trpící depresí mají 3-4x větší riziko vzniku demence.
- Tělesná a duševní aktivita, vzdělání - Je prokázáno, že lidé pravidelně se věnující tělesným a duševním (mentálním, společenským) aktivitám, jsou méně náchylní k rozvoji demence. Také podle některých studií je demence méně častá u lidí s vyšší úrovní vzdělání.
- Poranění hlavy - Jakýkoli úraz hlavy, jehož důsledkem je ztráta vědomí minimálně na 15 minut, je považován za velmi významný rizikový faktor demence.
- Další faktory - Příčinou demence může být infekční onemocnění (syfilis, AIDS, aj.), deficit vitamínů, jiné onemocnění mozku jako Parkinsonova, nebo Huntingtonova, Creutzfeld-Jakobova choroba, či roztroušená skleróza. Demence se také může projevit při srdečním a jaterním selhání, či pokročilém onkologickém onemocnění, aj. [4], [2]

1.3 Demografické údaje

Podle kvalifikovaných odhadů je v České republice postiženo demencí asi 100 tisíc osob, prevalence je tedy přibližně 1% populace. V populaci nad 65 let se objevuje ročně asi 10 nových případů syndromu demence na 1000 osob (5% všech jedinců). V populaci nad 85 let onemocní ročně asi 90 lidí z 1000 (30-50%). Počet lidí postižených demencí se zvyšuje v důsledku stárnutí populace. Podíl osob starších 60 let se od roku 1950 zvýšil z poměru 1:14 na současný 1:4. V České republice bylo v roce 2002 13,9% obyvatel starších 65 let. Střední délka života při narození pro ženy činila 78,5 roku a u mužů 72,1 roku. Je očekáváno, že v roce 2030 bude víc než čtvrtina obyvatelstva starších 65 let. Již v současné době je syndrom demence jedním z nejčastějších onemocnění v zemích Evropské unie. Každoročně se objeví přibližně 600 tisíc nových případů. [6]

1.4 Příznaky

Skutečné příznaky počínající demence lze s přibývajícím věkem obtížněji rozlišit od projevů fyziologického stárnutí. Z hlediska praktického a didaktického se příznaky demence dělí do tří základních skupin, které se nazývají A-B-C:

A- activities of daily living (narušení aktivit denního života)

- Dochází k poruchám soběstačnosti nejprve v instrumentálních a poté i v základních sebeobslužných činnostech.

B- behaviour (poruchy chování)

- Behaviorální a psychologické příznaky (BPSD) - v časném stádiu demence trpí nemocní zejména úzkostí, depresí, poruchami spánku, a také u nich dochází k nevhodnému a nepřiměřenému chování, netaktosti a podobně. Tyto příznaky mohou předcházet poruchám soběstačnosti. Později se přidávají tzv. psychiatrické příznaky, mezi něž patří halucinace, iluze nebo bludy, které bývají častěji bez negativního obsahu. Dalšími projevy jsou emoční nestabilita, oploštělost (úbytek vyšších citů),

moriatická (nadnesená) nálada, poruchy osobnosti (často zvýraznění negativních vlastností), poruchy chování - hypo-hyperaktivita, agitovanost až agresivita (součást reakce na změny), neklid (může přejít do apatie), bradypsychismus - zpomalení. Mezi tyto příznaky také patří bloudění, nedodržování hygieny, negativismus vůči pečujícím a také změny sexuálního chování nemocného.

C- cognition (narušení kognitivních funkcí)

- Poruchy kognitivních (poznávacích) funkcí jsou základním charakteristickým rysem demence. Mezi tyto poruchy patří:

a) *Poruchy paměti* - jsou prvním a nejnápadnějším příznakem demence. Nejprve je postižena krátkodobá paměť, kdy se pacient opakovaně ptá na jednu a tutéž věc, zapomíná, co se odehrálo před chvílí a není si schopen zapamatovat nic nového. V pozdějším stádiu demence dochází k postižení i dlouhodobé paměti, což se projevuje zpomalenou a nepřesnou výbavností. Nemocný ztrácí nejdříve vědomosti získané učením a posléze vědomosti dané zkušeností.

b) *Intelektová deteriorace* - pokles intelektu je jedním z prvních příznaků demence. Vypočítává se tzv. indexem deteriorace, který udává míru snížení intelektové kapacity ve srovnání s kapacitou před onemocněním v procentech.

c) *Poruchy orientace* - představují dezorientaci nemocného v čase, místě, prostoru, či osobě, zhoršující se s postupem onemocnění. V pokročilé fázi demence dochází i ke ztrátě vlastní identity.

d) *Poruchy abstraktního myšlení a úsudku* - projevují se neschopností racionálního zhodnocení daných souvislostí a abstraktních představ. Nemocný například není schopen si spočítat peníze, neumí poznat, kolik je hodin, a podobně. Také se často dlouho pokládá za zdravého a nechce chodit k lékaři. Velmi často ztrácí schopnost chovat se dle společenských norem a neuvědomuje si důsledky svého chování. Bývá často podezřívavý.

e) *Poruchy pozornosti a motivace* - nemocný není schopen začít či ukončit určité činnosti v důsledku soustředění se na jeden nepodstatný prvek, přičemž na činnost jako celek zapomene. Dále má omezenou schopnost reakce a také snížený zájem o aktivity, které dříve rád vykonával. V pokročilém stádiu demence se stává apatickým, ztrácí aktivitu, pouze sedí a dívá se jedním směrem. Tento projev se nazývá apaticko-hypobulický syndrom.

f) *Poruchy korových funkcí* - mezi korové poruchy řadíme:

agnosie - snížená schopnost až neschopnost poznat a interpretovat smyslové vjemy, i když vlastní smyslové ústrojí a nervy nejsou poškozeny (nepoznává např. v pozdější fázi demence ani tváře svých blízkých, či svou vlastní tvář v zrcadle,..)

afázie - porucha tvorby nebo porozumění řeči (konfabulace, komolení slov, neologismy, vypadávání pojmů-anomie, názvů,..)

agrafie - neschopnost psaní (neumí se podepsat)

alexie - neschopnost čtení (v pokročilé fázi demence)

akalkulie - neschopnost počítat

amuzie - neschopnost rozeznat formy hudby, písně, skladatele, rytmus, nebo intonaci

apraxie - snížená schopnost až úplná neschopnost vykonávat složité a účelné pohyby, i když vlastní hybnost končetin není porušena (nemocný není schopen se obléknout, odemknout dveře, najít se přiborem, utřít si ruce do ručníku, nebo není schopen malovat v perspektivě- nekreslí všechny součásti předmětů, a podobně.

g) *Poruchy exekutivních funkcí* - dochází k poruše schopnosti plánování, organizování a řízení. Důsledkem je neschopnost nemocného řešit zprvu složité a poté i jednoduché problémy a situace, což bývá ještě často zhoršeno úzkostí a pocitem bezmocnosti z nezdaru. [4], [14]

1.5 Stádia demence

Průběh demence můžeme rozdělit do tří stádií. Toto rozdělení je však pouze obecné a může docházet k odlišnostem dle jednotlivých druhů demence.

- **Počínající a mírná demence**

Toto první stádium demence je charakterizováno poruchou krátkodobé paměti, kdy si nemocný často nedokáže vybavit např. co sám, či jiné osoby, před krátkou dobou řekly nebo udělaly, nemůže si zapamatovat nové věci aj. Dlouhodobá paměť je naopak ještě lepší, snadno se mu vybavují dávné vzpomínky, události zejména z období mládí. Dále dochází k poruchám soustředění, vyjadřování, orientace v čase i prostoru. Nemocný si uvědomuje své potíže a reaguje na ně buď úzkostně až depresivní náladou, nebo vztekem až agresivitou. Omezuje také sociální kontakty a ztrácí zájem o dříve oblíbené činnosti. Soběstačnost je ale v tomto stádium relativně zachována, potřebuje pouze občasnou pomoc, radu, či návod.

- **Středně pokročilá demence**

Ve druhém, nejdelším stádiu dochází ke zvýraznění všech potíží a nemocný již není schopen se sám o sebe bez problémů postarat a vyžaduje téměř nepřetržitou pomoc a dohled druhé osoby. Často dochází z důvodu výrazné poruchy orientace k bloudění.

- **Pokročilá demence**

V posledním stádiu potřebuje nemocný celodenní kvalitní ošetrovatelskou péči. Často bývá upoután na lůžko, či invalidní vozík, trpí inkontinencí moče a mnohdy i stolice. Mívá také potíže s polykáním, což komplikuje normální příjem tekutin a potravy. Nemocný nepoznává blízké osoby a má velmi omezenou schopnost komunikace. [4]

1.6 Dělení demencí

Demence můžeme dělit více způsoby. Jedním ze způsobu, který uvádí Vladimír Pidrman ve své knize Demence (2007) je dělení demence na primární, sekundární a smíšené. [14]

1.6.1 Primárně degenerativní demence

- *Alzheimerova nemoc (AN)*

Patří mezi nejčastější příčiny demence a zaujímá asi 60 % všech demencí. Je to primární degenerativní onemocnění mozku (šedé kůry mozkové) neznámé příčiny. Začíná obvykle plíživě, přitom pomalu a trvale progreduje. Zpočátku se projevuje poruchou krátkodobé paměti, dlouhodobá paměť je porušena až později. Dále mezi příznaky demence u AN patří zhoršení pozornosti a schopnosti soustředění, poruchy orientace, abstraktního myšlení, afázie, apraxie, agnózie, snížená schopnost plánování a organizace, ztráta základních etických a estetických pravidel, návyků, zvyklostí a zájmů. Dochází k postižení emocí. Mohou se také objevit bludy a halucinace. Nemocní ztrácí schopnost sebepečce. V pozdních stádiích bývají apatičtí, nepoznávají své blízké a nejsou schopni komunikovat s okolím. AN se dělí na formu s časným začátkem (< 65 let- presenilní forma) a formu s pozdním začátkem (> 65 let – senilní forma). Demence u AN je ireverzibilní a celková doba přežití od začátku příznaků je 5- 19 let. [14], [24]

- *Demence s Lewyho tělísky (LBD)*

Demence s Lewyho tělísky tvoří 15-20 % všech demencí. Je charakterizována rychlým nástupem a zpočátku také rychlou progresí. Stav se může i na několik let stabilizovat, ale klinický obraz kolísá v průběhu dne i častěji. Mezi její známky patří jednak parkinsonský syndrom (zpomalení pohybu, svalová ztuhlost, třes, šouravá chůze, setřelá mimika, slabý hlas), porucha prostorové orientace, celková nevěle, slabost, svalová slabost končetin(nebezpečí pádů), neklidný spánek, noční můry, zrakové halucinace a bludy. Při léčbě halucinací a bludů jsou kontraindikována neuroleptika, zejména klasická, která mohou

výrazně zhoršit stav nemocného. LBD nastupuje ve věku 50-80 let a trvá asi 7 let. Medikamentózní léčbou lze onemocnění zpomalit. [14], [4]

- ***Frontotemporální demence (FTD)***

Je to druhá nejčastější demence u lidí do 65 let. Mezi nejvíce se vyskytující formu FTD patří Pickova nemoc. FTD je způsobena progresivní degenerací frontálních a temporálních laloků mozku. Je charakterizována změnou osobnosti, sociálního chování a poruchami řeči. Postiženy jsou také exekutivní funkce, paměť a myšlení zůstávají zpravidla zpočátku zachovány. Velmi časté jsou behaviorální příznaky (změny jídelních návyků, apatie, stereotypie,..). Zatím neexistuje léčba, která by onemocnění zpomalila, lze pouze farmakologicky ovlivnit některé příznaky. Tato forma demence, zvláště pro výrazné poruchy chování, patří z hlediska péče mezi nejnáročnější. [24], [14], [4], [13]

1.6.2 Sekundární a smíšené demence

Je popsáno více než 70 skupin sekundárních demencí, z nichž nejzávažnější a nejčastější jsou níže uvedené. Smíšené demence tvoří přibližně 10-15 % všech demencí. [14]

- ***Vaskulární demence (VAD)***

VAD tvoří 10-20 % všech demencí a je tak druhou nejčastější demencí. S věkem se její výskyt zvyšuje. Příčinou je poškození mozku způsobené onemocněním kardiovaskulárního systému, hypertenzí a také cévní mozkovou příhodou. Kognitivní poruchy a ostatní příznaky se u VAD objevují obvykle náhle a neregulárně (ve skocích). Přítomen je alespoň jeden z ložiskových neurologických příznaků, kde zahrnujeme spastickou hemiparézu, stranovou asymetrii reflexů, jednostranný patologický plantární reflex a pseudobulbární parézu. Příznaky demence se projevují většinou do tří měsíců po proběhlé cévní příhodě. [24], [14], [4]

- ***Multiinfarktová demence (MID)***

MID se udává jako nejčastější typ vaskulární demence. Je charakterizována přítomností mnohočetných mikroinfarktů hlavně v bílé hmotě mozku. Příčinou je obvykle embolizace sklerotických, či intrakraniálních trombů. Tento druh demence se objevuje nejčastěji mezi 60.- 80. rokem života. U osob s kardiovaskulárním onemocněním může ale začít i dříve. V časném stádiu se MID projevuje zvýšenou dráždivostí, afektivní labilitou, zvýšenou únavou, insomnií, poruchami pozornosti, závratěmi a bolestmi hlavy. Pro tuto demenci je typický tzv. ostrůvkovitý charakter. Hlavním příznakem je porucha paměti, relativně dlouho bývá ale zachována kritičnost. Také intelekt a osobnost jsou v zpočátku málo postiženy. Objevit se mohou i drobné neurologické poruchy (parkinsonský syndrom, drobné hemiparézy, aj.). MID probíhá stupňovitě. Při její rozvinuté formě je prognóza nepříznivá. [14]

- ***Mikroangiopatická (Binswangerova choroba)***

Příčinou této demence jsou rovněž mikroinfarkty. Vyskytuje se zejména u pacientů s hypertenzí. Typická je nálezem periventrikulární leukoencefalopatie na CT, či MR. Tato demence začíná obvykle již v preseniu a její průběh je chronicky progredující (úmrtí do 5 let od prvních příznaků). Projevuje se poruchami emotivity - apatií, afektivní labilitou, emoční inkontinencí, dále sníženou iniciativou, aktivitou, bradypsychismem. Paměť a intelekt jsou v časném stádiu méně poškozeny. Může se vyskytnout porucha chůze, parkinsonský syndrom, inkontinence, aj. [14]

- ***Demence při rozsáhlé CMP***

Tento typ demence vzniká bezprostředně po závažné cévní mozkové příhodě. Pokud nedojde k dalším atakům CMP, může dojít v průběhu prvních týdnů až měsíců k částečnému zmírnění kognitivních i neurologických příznaků. [14]

- ***Metabolické demence***

Tento druh demence se rozvíjí na podkladě chronifikujících vrozených, či získaných metabolických poruch. [14]

- ***Toxické demence***

Vznikají na podkladě toxického působení některých látek na CNS (alkohol, těžké kovy, organické jedy, aj.). [14]

- ***Demence při Parkinsonově chorobě***

Demence se vyskytuje asi u 20 % nemocných s Parkinsonovou chorobou. Projevuje se zejména výrazným bradypsychismem, poruchami paměti a depresí. [14]

- ***Demence při Huntingtonově chorobě***

Huntingtonova choroba je autozomálně dominantně dědičné onemocnění, které je charakterizováno choreou (nekoordinované kroutivé pohyby), psychiatrickými příznaky a poruchami chování, demencí. Projevuje se nejčastěji ve 4. a 5. deceniu. Rozvoji demence předchází neurologické příznaky. Častým příznakem a mnohdy i nápadnějším je deprese, dále hypobulie a bradypsychismus. [14], [4]

- ***Traumatické demence***

Příznaky této demence jsou závislé na lokalizaci a závažnosti traumatického poškození. Vnikají bezprostředně po traumatu, nebo po delším časovém úseku. Charakteristické jsou neurologické příznaky a také poruchy fatických a gnostických funkcí. Na počátku jsou často přítomny kvantitativní poruchy vědomí, či kvalitativní- delirium. Mohou se vyskytnout také změny osobnosti a výrazné poruchy paměti. Specifickou formou této demence je apalický syndrom, kdy po znovunabytí vědomí pacient trpí poruchou dlouhodobé paměti, ztrátou vědomostí a naučených dovedností. [14]

- ***Demence při normotenzním hydrocefalu***

Normotenzní hydrocefalus je chronické onemocnění, vznikající v důsledku úrazů hlavy, subarachnoidálního krvácení a meningitidy. Prvním příznakem je porucha chůze s bazofobií, nejistota v prostoru a pády. Demence se rozvíjí až později. Přítomna je také inkontinence. Při zavedení ventrikuloperitoneálního zkratu dochází v 90 % případů k dočasnému zlepšení chůze a kognitivních funkcí. [14]

- ***Demence při nádorech CNS***

Příznaky demence závisí na lokalizaci tumoru. [7]

- ***Demence při infekcích***

- ***Creutzfeldtova-Jacobova nemoc***

Je to závažná, ale vzácná nemoc, charakterizována rychlou progresí, počátečními necharakteristickými příznaky. Během několika týdnů se rozvine demence s multifokálním myoklonem, extrapyramidovými, pyramidovými a mozečkovými příznaky. Vyskytuje se nejčastěji mezi 40. – 60. rokem života a průměrná doba přežití je 8-12 měsíců. [14]

- ***Demence při infekci HIV***

V pokročilém stádiu AIDS trpí až polovina pacientů demencí. Dochází k narušení kognitivních funkcí, poruchám rovnováhy a motoriky horních končetin. Objevují se také opakovaně deliria. [14]

- ***Demence při Lues***

Lues je nejčastější bakteriální příčina demence. Demenci způsobuje chronická meningoencefalitida, gumma cerebri a hlavně progresivní paralýza. Při progresivní paralýze, která vzniká za 5 i více let po primární infekci, dochází k atrofii mozkové tkáně.

Zpočátku se projevuje emoční labilitou, depresivní nebo hypomanickou náladou. Dále se vyskytují poruchy myšlení a bludy, aj. V terminálním stádiu dochází k degradaci osobnosti, poruchám symbolických funkcí, reflexů, pseudobulbární paralýze a epileptickým záchvatům. Jsou zde výrazné neurologické příznaky. [14]

- *Smíšená Alzheimerova/vaskulární*
- *Smíšená Alzheimerova/jiné primárně degenerativní demence*
- *Ostatní smíšené* [14]

1.7 Diagnostika

Správná a včasná diagnóza demence je velmi důležitá pro zahájení včasné a vhodné terapie ke zpomalení progresu onemocnění a ke zlepšení stavu pacienta. Abychom mohli stanovit diagnózu demence, musí kognitivní poruchy ovlivňovat sociální nebo pracovní statut pacienta a musí být vyloučena jiná- nedegenerativní příčina příznaků demence. Klinická diagnóza jednotlivých typů demence je pouze pravděpodobná. Problémem včasné diagnostiky bývá to, že pacienti se často se svými problémy, zejména s pamětí, nesvěří a naopak se je snaží před okolím utajit. Dále mohou být kognitivní poruchy překryty sociálně přijatelným chováním, nebo jsou při vyšetření zanedbávány. V mnoha případech jsou bohužel poruchy paměti nesprávně považovány za přirozený projev stárnutí a to dokonce i praktickými lékaři. Správnou diagnostiku mohou komplikovat i některé podobné symptomy jiných kognitivních poruch, proto je nutné hned na počátku určování diagnózy vyloučit u pacienta depresi, delirium a nežádoucí účinky léků. [24], [4]

1.7.1 Vyšetření při podezření na demenci

- *Anamnéza*

Při sběru anamnézy se lékař ptá na rodinnou zátěž, jelikož pozitivní RA představuje 2x vyšší riziko demence. Dále se zajímá o již diagnostikovaná onemocnění pacienta i psychiatrická, užívání léků, či návykových látek. Zjišťuje sociální anamnézu (vzdělání, zaměstnání, důchod) a nynější potíže (poruchy paměti, orientace, spánku, soběstačnost, rychlost nástupu potíží,..). Anamnézu je nutné si ověřit u třetí osoby (příbuzný,..) [24]

- *Fyzikální a laboratorní vyšetření*

Zpravidla se provádí základní interní a neurologické vyšetření. Z laboratorních vyšetření se vždy provádí vyšetření krevního obrazu, elektrolytů, Ca, glykémie, ledvinných a jaterních funkcí, TSH. Dále se může provést vyšetření močového sedimentu, vitamínu B12 a kyseliny listové, u rizikových pacientů testování na lues (syfilis), HIV, či toxikologické látky a léky. [24], [6]

- *Vyšetření kognitivních funkcí*

K hodnocení kognitivních funkcí se využívají různé testy a škály. Mezi nejčastěji používané škály u nás patří Mini-Mental State Examination (MMSE) – (viz. přílohy) a test kreslení hodin (Clock-drawing test). Toto vyšetření je však pouze orientační, výsledek může být ovlivněn jednak psychiatrickým, interním, či neurologickým onemocněním, dále vzděláním a všeobecnými znalostmi, aj. [24], [6]

- *Speciální vyšetření*

Velký význam v diagnostice demencí mají zobrazovací metody. Výpočetní tomografie (CT) nám umožňuje vyloučit hrubé patologie mozku, jako je subdurální hematom, rozsáhlé cévní změny, podezření na hydrocefalus a tumor mozku. Magnetická rezonance (MRI) dobře zobrazí vaskulární změny, či ložiskovou atrofii mozku. Dále jsou využívány

radionuklidová vyšetření, z nichž nejčastěji jednofotonová emisní výpočetní tomografie (SPECT) a pozitronová emisní tomografie (PET), které umožňují sledovat průtok krve mozem a mozkový metabolismus, čímž lokalizují poruchu i její rozsah. Pomocný význam v diagnostice má také elektroencefalografie (EEG) a evokované potenciály (řešení úkolu v duchu - nemožné v pokročilém stádiu demence). Pro potvrzení např. Huntingtonovy chorey, nebo Alzheimerovy choroby se využívá genetické vyšetření. K prokázání či vyloučení zánětlivého postižení CNS se provádí vyšetření mozkomíšního moku. [6], [7]

Terapie

Jelikož je kauzální léčba možná jen u velmi malého počtu demencí, kde známe etiologii, je základem terapie zpomalení progresu onemocnění, ovlivnění jednotlivých příznaků a zachování co nejpříjemnějšího funkčního stavu nemocného. Terapie musí být komplexní a zahrnovat jak biologické, tak psychosociální přístupy. Do biologické léčby řadíme především farmakologické metody, ale také neurochirurgické zákroky, dietní přístupy a hyperbarickou oxygenaci. Důležitá je rovněž léčba všech souvisejících somatických poruch, a také práce s pečovateli, u nichž se vlivem náročné péče, zvyšuje psychická a fyzická nemocnost. [6], [7]

1.7.2 Farmakologická terapie

1.7.2.1 Farmakoterapie kognitivních poruch

Kognitiva jsou léky, které pozitivně působí na centrální acetylcholinergní systém. Mezi farmakologické přístupy podložené důkazy patří inhibitory acetylcholinesteráz a parciální inhibitory NMDA ionotropních receptorů excitačních aminokyselin. [23], [7]

- ***Inhibitory acetylcholinesteráz***

Tato farmaka se využívají zejména v léčbě lehkých a střednětěžkých stádií Alzheimerovy choroby, ale i u jiných demencí, kde je postižena acetylcholinergní transmise (LBD, VD,...). Mezi léky této skupiny, užívané v současné době, patří Donepezil, Rivastigmin a Galantamin. Nejčastějšími nežádoucími účinky jsou gastrointestinální potíže (nausea, zvracení a průjem). [7], [24]

- ***Parciální inhibitory NMDA (N-metyl-D-aspartátových) ionotropních receptorů excitačních aminokyselin***

Zatím je klinicky využíván pouze Memantin. Tato látka brání nadměrnému působení excitačních aminokyselin. Memantin je indikován k léčbě středně těžkých až pokročilých stádií AN, LBD, ale i VD a jiných typů demence. [6], [24]

- ***Další farmaka, používaná ke zlepšení kognitivních funkcí***

Použití těchto léků není založeno na důkazech. Patří sem např. nootropika, extrakty z ginkgo biloba, tzv. scavengery volných kyslíkových radikálů (vitamin E, aj.), inhibitory monoaminoxidázy A typu, atd. Při léčbě vaskulárních demencí se využívá např. kyselina acetylsalicylová, vazoaktivní látky, nicergolin, aj. [6], [7], [24]

1.7.2.2 Farmakoterapie behaviorálních a psychologických symptomů demence (BPSD)

- ***Antipsychotika (neuroleptika)***

Tyto léky jsou používány k léčbě neklidu, poruch chování, přidružených delirií a psychotických příznaků (bludy, halucinace, iluze,...). Některá antipsychotika mohou být použita také k léčbě poruch spánku a úzkosti. V současné době využívají v léčbě demencí tzv. atypická antipsychotika (2.generace), která mají méně nežádoucích účinků, hlavně extrapiramidových a tlumivých, než antipsychotika 1. generace. Také méně způsobují kolapsy. Z antipsychotik 1. generace se ale ještě dnes používá melperon, butyrofenonový

derivát s dobrou snášenlivostí a také vyjímečně ke ztlumení těžkých neklidů haloperidol. Mezi atypická antipsychotika patří risperidon, olanzapin, quetiapin, zotepin a ziprasidon. Nejrozšířenější je tiaprid, který je dobrý k léčbě neklidu, delírií a poruch spánku, ale nikoli k léčbě psychotických příznaků. Vyjímečně se pro riziko agranulocytózy používá clozapin. Některá antipsychotika 2. generace také mohou mít vliv na vznik cévních mozkových příhod. [6], [24]

- ***Antidepresiva***

Tyto látky se využívají k léčbě deprese a přidružené úzkosti. Využívána jsou hlavně antidepresiva 3. generace typu selektivních inhibitorů zpětného vychytávání serotoninu (SSRI). Nejvhodnější je citalopram, S-citalopram, sertralin a u pacientů trpících úzkostí i paroxetin. Ten má ale větší riziko lékových interakcí. Tricyklická antidepresiva 1. generace jsou u pacientů s demencí nevhodná pro svůj anticholinergní účinek. Výjimku tvoří tianeptin, který má jiný mechanismus účinku. I některá antidepresiva 2. generace působí anticholinergně. Z antidepresiv 4. generace se používá venlafaxin, mirtazapin, milnacipran, reboxetin a reverzibilní inhibitory monoaminoxidázy B typu - moclobemid. [6], [24]

- ***Anxiolytika***

V léčbě úzkosti u pacientů s demencí se často používají antidepresiva, či v malých dávkách atypická antipsychotika (viz. výše). Od benzodiazepinů, hlavně s prodlouženým účinkem (Diazepam), se dnes upouští, poněvadž při dlouhodobém užívání je vyšší riziko návyku a také možnost postižení kognitivních funkcí. Vyjímečně je možné použít benzodiazepiny s kratším poločasem (oxazepam, lorazepam). Mezi nebenzodiazepinové preparáty k léčbě úzkosti patří např. buspiron. [6], [24]

1.7.3 Nefarmakologická terapie

- ***Ergoterapie***

Cílem této metody u pacientů s demencí je dosažení co nejvyšší soběstačnosti a nezávislosti, a tím také zvýšení kvality jejich života. Ergoterapeut by měl být součástí každého ošetrovatelského týmu, pečujícího o pacienty s demencí. Ergoterapeut po vyšetření pacienta sestaví krátkodobý, či dlouhodobý terapeutický plán a poté podle něj s pacientem provádí cílená cvičení např. na koordinaci a rozsah pohybu v kloubu, zvýšení svalové síly (ruční práce). Poté také s pacientem nacvičuje základní sebeobslužné činnosti a navrhuje vhodné kompenzační pomůcky, které pak učí samotného pacienta, nebo pečující osoby používat. Dále může pomoci s úpravou prostředí pro tyto pacienty. [4]

- ***Fyzioterapie***

Fyzioterapie je metoda, která slouží k navrácení a udržení co nejlepší mobility pacienta. Zde je nutné, aby s fyzioterapeutem spolupracovali všichni členové ošetrovatelského týmu, včetně rodinných příslušníků. Fyzioterapie využívá různých terapeutických postupů a kompenzačních pomůcek. [4]

- ***Kognitivní rehabilitace***

Tato metoda je nezbytnou součástí nefarmakologické léčby pacientů s demencí. Kognitivní rehabilitace, či trénink využívá různých cvičení ke zlepšení kognitivních funkcí. Mezi aktivity posilující kognici patří např. cvičení všech druhů paměti, učení se novým činnostem, čtení s následným výkladem přečteného textu, psaní, počítání, luštění křížovek, sudoku a hraní různých vědomostních a společenských her (šachy, pexeso, aj.). Trénink je vhodné provádět formou hry v malých skupinkách, tak aby to nevypadalo jako zkoušení. Součástí kognitivní rehabilitace je také senzorická stimulace a to zejména zraková, čichová a hmatová. [3], [4]

- ***Orientace v realitě***

Orientace realitou je metoda, která pomůže pacientovi s kognitivní poruchou se co nejdéle umět orientovat nejen ve svém okolí, ale také v jednotlivých životních situacích, což by mělo zabránit zmatenosti a poruchám chování pacienta. Aby metoda byla pro nemocného prospěšná a pomáhala mu zvyšovat nezávislost, musí být prováděna velmi citlivě, neboť jinak může naopak poruchy chování až agresivitu vyvolat. Orientace realitou, tedy časem, místem a osobou by měla být ošetřujícím personálem prováděna kontinuálně, tedy neustále při každém kontaktu s nemocným a s dodržением zásad správné komunikace. Tato metoda je obzvláště příhodná pro pacienty, kteří navíc trpí ještě smyslovou poruchou. Orientace realitou může být také prováděna formou skupinových sezení. [4]

- ***Reminiscenční terapie***

Reminiscenční terapie je aktivizační a validační metoda, využívající vzpomínky a jejich vybavování prostřednictvím různých podnětů. Tato metoda je pro pacienty s demencí velmi vhodná, jelikož i v pokročilé fázi demence bývá dlouhodobá paměť relativně zachována. Součástí terapie je hledání nejvhodnějšího způsobu komunikace s nemocným, dále pro něj přijatelného a adekvátního prostředí a také zajištění dobré komunikace s rodinným pečujícím. Cílem je zlepšení celkového stavu pacienta a zvláště posílení jeho důstojnosti, zlepšení komunikace a pomoc pečující osobě. Tato terapie může být prováděna individuálně, nebo skupinově. [3], [4]

- ***Kinezioterapie***

Kinezioterapie je podpůrná léčebná metoda, která cílenými pohybovými programy působí na psychiku nemocného, jeho duševní procesy, funkce, stavy a osobnost. To znamená, že tato metoda podněcuje aktivitu člověka, zvyšuje jeho sebeúctu, odolnost vůči zátěžím, omezuje depresi a úzkost, má euforizující účinky, zlepšuje mentální funkce a verbální i neverbální komunikaci. Tato metoda se využívá i preventivně. U pacientů s demencí se volí hlavně dynamická cvičení, která se nemocným lépe napodobují. Musí se také při výběru cvičení myslet na jednotlivá omezení pacientů, jako zhoršení jemné či hrubé motoriky, rigidita a poruchy prostorového vnímání. Cvičení by mělo probíhat nejlépe

každý den a ve stejnou denní dobu. Je vhodné cvičit nejméně jednu hodinu po jídle v pohodlném oděvu a vyvětrané místnosti. [3], [4]

- ***Taneční terapie***

Americká asociace pro taneční/pohybovou terapii definuje tuto metodu jako „psychoterapeutické využití pohybu v procesu, který působí na zlepšení emoční, kognitivní, sociální i fyzické integrace člověka.“ Tanec je zde chápán jako terapeutický pohyb a jeho estetická stránka zde není tak důležitá. Dochází ke zdůraznění psychických faktorů, a to zejména schopnosti neverbální komunikace a zlepšení emotivity, dále fyzických faktorů, kde patří zlepšení koordinace pohybu, zvýšení celkové síly a rovnováhy. V neposlední řadě se zdůrazňují sociální faktory, kdy dochází pomocí tance k vytváření prostředí pro skupinovou komunikaci. [3], [4]

- ***Muzikoterapie***

Tato terapie může pomoci ke zlepšení psychické pohody člověka s demencí. Dále mu umožňuje posílit jeho sebevědomí. K terapii se využívá buď zpívání písní za doprovodu hudebních nástrojů, nebo také bez nich. Dále se mohou pacienti sami doprovázet na Orfovy nástroje a nebo mohou hudbu pouze poslouchat. Zajímavé je, že pacienti, kteří mají často výpadky řeči, jsou schopni si vzpomenout na celé texty známých písní. [3], [4]

- ***Arteterapie***

Arteterapie v užším smyslu znamená léčbu výtvarným uměním. Samotný výtvar, či umělecký produkt zde ale není důležitý. Mnohem důležitější je samotný proces tvorby, při jednotlivých technikách, který má za úkol zvýšit sebevědomí člověka, integrovat jeho osobnost a dodat mu pocit smysluplného naplnění života. Arteterapie u seniorů má snahu aktivizovat zbytky jejich vitality a stimulovat jejich kreativitu. [4]

- *Pet-terapie*

Touto terapií je léčba pomocí zvířecích miláčků, která pozitivně ovlivňuje jednak fyzický, ale hlavně psychický stav pacientů, kdy snižuje depresi, úzkost a stimuluje společenské chování a také zlepšuje komunikaci. Pacienti se při této terapii buď sami i v institucích pomáhají starat o zvířata, nebo za nimi docházejí se zvířaty dobrovolníci. [3], [4]

2 ZÁSADY PÉČE O KLIENTY S DEMENCÍ

Stejně jako každý jiný člověk, si také nemocný trpící demencí zaslouží úctu, pochopení, důstojné jednání a kvalitní péči, pokud již sám není schopen se o sebe postarat. Péče o pacienty s demencí, zejména v jejím pokročilém stádiu je velmi náročná a vyčerpávající a vyžaduje hodně trpělivosti, pozornosti a schopnost empatie pečující osoby. I když nemocný verbálně nevyjadřuje své potřeby, neznamená to, že žádné nemá. Proto je důležité, abychom po potřebách nemocného sami aktivně pátrali, prostřednictvím sledování jeho chování a neverbálních projevů. [4]

Při náhlé hospitalizaci nemocného s demencí v nemocnici, u něj často dochází k poruchám chování, zejména k úzkosti, depresivní náladě, agitovanosti až apatii, dále k bloudění, poruše spánku, příjmu potravy, také k halucinacím a agresivitě, namířené vůči personálu, či spolupacientům. Toto bývá způsobeno nejčastěji změnou prostředí, chyběním blízké osoby, dyskomfortem, způsobeným aktuálním onemocněním, nesprávným zacházením ze strany zdravotnického personálu, nevhodnou medikací, atd. Péče se stává ještě náročnější, což je v mnoha případech řešeno použitím omezujících prostředků.

Pokud chceme těmto komplikacím zabránit a zlepšit spolupráci s pacientem, musí být náš přístup specifický. K tomu je zapotřebí, aby byl zdravotnický personál proškolen v podstatě této nemoci a znal zásady správné péče. Důležité je rovněž, aby bylo personálu dostatek, což je problémem mnoha oddělení, a také aby bylo pracoviště alespoň částečně zařízeno pro péči o pacienty s demencí. Většina nemocničních oddělení je neuzavřená a pouze některá se uzavírají v nočních hodinách. Dále je často vybaveno nepříliš dostačujícími pomůckami k usnadnění orientace. Nezbytná je také spolupráce s rodinou nemocného, nebo jinými osobami, které o pacienta denně pečují. Ti nám mohou poskytnout cenné informace o pacientovi, které mohou následně naši péči usnadnit. [4]

2.1 Přístup ke klientům s demencí

V přístupu ke klientům s demencí je vhodné se řídit následujícími radami, a také si uvědomit, že kvalita péče je přímo úměrná kvalitě života.

Pacient s demencí potřebuje mít určitý řád, což pro něj znamená pocit jistoty a bezpečí, naopak každá změna může být vnímána negativně a vyvolávat nepříjemné pocity, úzkost a strach. Hospitalizace v nemocnici je pro pacienta velkou změnou a proto vyžaduje zvláštní přístup. Nemocný potřebuje utěšit a uklidnit, že se problémy vyřeší. Proto je důležité, aby našel tuto útěchu a také pocit důvěry u osob, které o něj budou pečovat. Základem je dobré přijetí pacienta. Musíme mu ukázat, že o něj a jeho potřeby máme zájem a tento zájem by měl být opravdový. Vždyť pacient nemůže zato, že personálu je málo a že nemá čas se mu věnovat. Pokud se nemocný bude cítit přehlížen, nebo bude kolem něj velký ruch a spěch, může své pocity vyjadřovat neklidem, křikem až agresivitou a nebo také útekem.

Pacientovi se musí zdravotnický pracovník, jako každému jinému, při přijetí představit a stručně a jednoduše s ohledem na stádium postižení ho seznámit s důvodem přijetí a s plánem vyšetření a léčby. Toto je v kompetencích lékařů. Sestra po seznámení ukáže nemocnému pokoj, jeho postel, noční stolek, skříň na uschování věcí, koupelnu, WC, signalizační zařízení, aj. Je vhodné opakovaně a s klidem pacientovi vše znovu zopakovat, ukázat a vyzkoušet (signalizační zařízení). Zaleží opět na stupni zhoršení kognitivních funkcí, či na tom, zda je pacient chodící, nebo ležící. Je dobré také k usnadnění orientace využít cedulí, popisků a zvýraznění, i vlastnoručně vyrobených. Ty je nutné ale také nemocnému vysvětlit. Součástí seznámení je i představení se s ostatními spolupacienty. Pokud je to jen trochu možné, uložíme nemocného na pokoj s nekonfliktními pacienty.

Abychom mohli docílit spolupráce pacienta a také předejít problémovému chování, musíme se snažit nemocného co nejvíce poznat. Nejprve získáváme informace přímo od pacienta nejlépe formou jednoduchého rozhovoru v klidném, ničím a nikým nerušeném prostředí, např. na vyšetřovně. Pokud je nemocný ležící, požádáme spolupacienty o krátkodobé opuštění pokoje, pokud to tedy jejich zdravotní stav dovoluje, anebo alespoň o chvíli klidu a ponechání si zaslechnutých informací pro sebe. Poté je nezbytné, abychom si získané informace ověřili u rodinných příslušníků, či osob, které o pacienta pečují. Tyto informace je nutné předávat ostatním pečovatelům a snažit se, co nejvíce přizpůsobit péči

zvyklostem a potřebám pacienta, tak aby to umožňovalo i nynější onemocnění. Přístup by měl být jednotný.

Při samotné péči je důležité vytěžit co nejvíce ze zachovaných schopností pacienta a podporovat ho tak v soběstačnosti. Někdy je jednodušší převzít péči v základních sebeobslužných činnostech za nemocného, ale to vede ke ztrátě schopnosti vykonávat činnost, kterou doposud ještě zvládal a toto je již nevratné. Pacienty s demencí je velmi obtížné až nemožné znovu naučit zapomenuté, proto je nutné je podporovat v tom, co ještě zvládají, aby byli schopni co nejdelší sebezpečí. V konečném důsledku to i zdravotníkům ulehčí práci a pro nemocného schopnost sebezpečí znamená zachování vlastní hodnoty a sebevědomí a snižuje tak pocity úzkosti. Ke zhodnocení úrovně soběstačnosti je dobré využít hodnotící škály, např. ADL, IADL (viz. přílohy).

Zdravotník by si měl uvědomit, že chování pacienta je ovlivněno jeho nemocí, a že se nesnaží pečujícímu dělat naschvály a vyvolávat konflikty. To, jak se k nemocnému chováme, se přesně odráží na jeho reakcích. Pokud se tedy k němu chováme nevhodně, máme špatnou náladu, nebo jsme rozčilení, nemocný může reagovat podobně. Naopak když jsme dobře emočně naladěni a usmíváme se, můžeme čekat také úsměv z jeho strany.

Z důvodu poruchy orientační schopnosti a snížené koordinace pohybů může u pacientů s demencí často docházet k pádům a ke zranění. Proto jsou nezbytná opatření k zajištění bezpečnosti pacientů. (viz. kapitola 2.7). K posílení fyzického i psychického zdraví, a také k zabránění vzniku tzv. imobilizačního syndromu, je vhodné, aby o pacienta pečoval na oddělení fyzioterapeut, nebo rehabilitační sestra. Jednoduché cviky si může osvojit i zdravotní sestra, a ty pak využívat u nemocného po dobu jejich nepřítomnosti.

K tomu, aby se zabránilo nudění pacienta a následnému neklidu a bloudění, je dobré pacienta nějakým způsobem zabavit. Možnosti v nemocnici jsou omezené a ergoterapeut pravidelně dochází jen na velmi málo pracovišť. Také dobrovolníci jsou bohužel pouze výjimkou. Sestra by ale mohla s pomocí rodinných příslušníků zajistit pacientovi alespoň jednoduché aktivity. Příbuzní mohou přinést do nemocnice televizi, nebo rádio i například se sluchátky, aby nemocný mohl poslouchat oblíbené rádiové stanice, dále knížku, kterou rád čte, nebo je mu z ní předčítáno, obrázkové časopisy, fotografie a jiné předměty, kterými se pacient baví v domácím prostředí a je možné je přinést. Pomocí těchto pomůcek, stejně

jako jiných oblíbených předmětů, kosmetiky a poživatin, které má rád, stimulujeme smysly nemocného. Aktivity musí být přiměřené možnostem pacienta a nesmí se do nich pacient nutit.

Je třeba počítat s tím, že pacient neudělá vždy vše, co mu řekneme a to z toho důvodu, že tomu buď nerozumí, nebo to zapomene, a nebo již vůbec na slova nedokáže reagovat. Pokud je ještě schopen na jednoduché pokyny reagovat, nesmíme mu jich dávat několik najednou. Pokud má pacient už porušeno logické racionální myšlení, nemá žádný význam vysvětlovat mu cokoli racionálně. Informace musí být podány jednoduše a konkrétně. Na nemocného nesmíme v žádném případě křičet, nebo mu cokoli vyčítat a do něčeho ho nutit. Velký význam v péči má správná komunikace, která je základem dobré spolupráce s pacientem s demencí. [4]

2.2 Zvládání změn chování

2.2.1 Úzkost

Úzkost je častou reakcí nemocného na změnu a tedy i na hospitalizaci, a to zejména v časném stádiu demence. Důsledkem úzkosti může dojít u nemocného také k poruchám spánku, příjmu potravy a jiných potíží. Proto je důležité snažit se pacienta uklidnit, že hospitalizace je pouze dočasná a vše co se s ním bude dít mu srozumitelně s trpělivostí vysvětlit a opakovaně mu odpovídat na dotazy. Pokud nemá ještě nemocný potíže se čtením, můžeme odpovědi na časté dotazy také napsat srozumitelně a výrazně na papír a ten dát nemocnému např. na noční stolek. Abychom úzkost nemocného zvládli, je také důležité vytvořit mu v rámci možností pravidelný režim s ohledem na jeho zvyklosti. Pomocť může také, když příbuzní přinesou nemocnému jeho oblíbené pomůcky, které mu budou připomínat blízké prostředí a nebo také fotografie a rádio s kazetami namluvenými jemu známým hlasem. [4]

2.2.2 Volání a křik

Nemocní s demencí můžou někdy hlasitým mluvením, křikem, zpíváním, či voláním personálu nebo blízkých osob vyjadřovat buď dobrou pohodu nebo naopak pocity úzkosti,

či neuspokojení potřeb. Toto jednání často obtěžuje jak personál, tak spolupacienty. Je nutné vždy hledat příčinu a to pomocí rozhovoru s nemocným nebo jeho pozorováním. Pokud nenalezneme žádný negativní vliv, který by mohl toto jednání způsobovat, je třeba pacienta zkusit rozptýlit určitou aktivitou. [4]

2.2.3 Agitovanost - neklid

Tento neklid v chování pacienta je závažný stav, kterým trpí nejen sám nemocný, ale také jeho okolí. Může být způsoben mnoha důvody, např. hospitalizací, změnou pečující osoby, působením některých léků, dyskomfortem. V pacientovi může vyvolat neklid třeba to, že má potřebu se vyprázdnit a nemůže najít WC, nebo oděv, který má oblečen, je mu příliš těsný, voda, kterou je umýván, je studená, nedrží mu zubní protéza, aj. Vždy je třeba pátrat po příčině a tu pokud možno odstranit. Klidným přístupem se snažit odvést pozornost od zneklidňující situace a zajistit pacientovi co nejpřehlednější prostředí a péči, která bude v nejvyšší možné míře vycházet z potřeb a zvyklostí nemocného. Při závažném neklidu, kdy pacient může i ohrožovat sebe, či své okolí a provedená opatření nepomáhají, přistupuje se medikaci, naordinované zkušeným lékařem. Pacient by měl být z důvodu možného vzniku nežádoucích účinků pod neustálým dohledem. [4]

2.2.4 Podezíravost

Podezíravost je také častým jevem u nemocných s demencí. Vzniká buď v důsledku neschopnosti zhodnotit, nebo zvládat nynější situaci, nebo je to pouze vystupňování nedůvěřivé povahy již v minulosti. Je dobré, když příbuzní informují o této skutečnosti zdravotnický personál a ten následně spolupacienty, aby nedocházelo ke zbytečným konfliktům. Pokud dojde k obvinění, např. z krádeže peněz, musí zdravotník, pokud se tedy obvinění netýká přímo něj, ověřit, zda ke krádeži skutečně nedošlo. Když je obviněn dotýčný zdravotník, neměl by reagovat vztekem a vyvracováním obvinění, ale měl by například pacientovi s klidem říct, že chápe jeho rozčilení a ujistit ho, že mu pomůže jeho peníze najít. Pokud to nepomůže, měl by zkusit nechat pacienta chvíli v klidu se vybouřit, nebo odvést jeho pozornost nějakou činností. [2]

2.2.5 Halucinace

Nemocný, trpící demencí, může mít také poruchy vnímání a může například slyšet, nebo vidět osoby, či věci, které slyšet ani vidět nemůže. Toto může vyvolat u nemocného pocit strachu a nejistoty. Pokud nemocný upozorňuje na tyto jevy, neměly by být personálem zpochybňovány ani vyvracovány. Personál by se měl snažit nemocného uklidnit a odvést jeho pozornost. Je dobré také využití metody validace- přijetí pacientova tématu a práce s ním. Což znamená, že když tvrdí nemocný třeba, že v jeho posteli loží brouci, nebudeme mu to násilně vyvracet, ale ani s ním plně souhlasit. Nabídneme mu např., že společně s ním ty brouky odstraníme a také tak „jako“ činíme. Poté se pacienta pokusíme zabavit vhodnou aktivitou. Pokud není možné zvládnout halucinace pacienta těmito způsoby, konzultujeme s lékařem možnost použití medikace. [4], [5]

2.2.6 Bloudění

Bloudění je častým příznakem demence a projevuje se zejména při adaptaci na nové prostředí, tedy i při hospitalizaci. Příčin může být více. Jedná se například o reakci na neuspokojení určité potřeby, na bolest, či jiný dyskomfort, nudu, pocit osamělosti. Pacienti často hledají své blízké, svůj domov, oblíbené věci. Jsou v novém prostředí dezorientovaní, neklidní, nebo nemohou usnout. Přecházením a blouděním mohou také reagovat na složité pokyny zdravotníků, kterým nerozumí. Někdy ani vysvětlení pro pacientovo bloudění nenalzáme. Nemocný může také chodit, protože ho to baví a uspokojuje. Je třeba sledovat okolnosti začátku bloudění a jeho doprovodné verbální i neverbální projevy a snažit se tak identifikovat příčinu, a tu pokud je to možné odstranit. Je patřičné pokusit se pacienta zaměstnat pro něj vhodnou aktivitou, například s využitím uklidňující hudby, či prvků kinezioterapie. Když pacient vysvětluje své jednání např. tím, že jde domů, nebo do práce, je dobré využít právě odvedení pozornosti určitým zaměstnáním s tím, že ho ujistíme, že tam půjdeme společně, ale až za chvíli. Je možné, že pacient nato po chvíli zapomene. Proti nestřeženému odchodu pacienta, bychom měli zajistit oddělení. Tady ale nastává problém v tom, že uzavírání oddělení je považováno za jednu z možností restrikce. Toto je podle mého názoru velký a nedořešený problém. Jak má zdravotník zajistit bezpečnost pacienta, když by správně neměl uzavírat oddělení a bloudícímu pacientovi se nemůže nepřetržitě věnovat, jelikož musí pečovat i o ostatní nemocné. Pomoci by mohla kamera,

kteřá by snímala východy jednotlivých oddělení, ale další problém, který nastává, je nedostatek personálu, jež při výkonu péče nemůže neustále sledovat na monitoru dění snímané kamerou. V některých velkých pavilónových nemocnicích není ani možné využít služeb vrátného. Možným řešením je také použití náramků buď s kódem, které zavedla ČALS v rámci projektu „Bezpečný návrat“, nebo s názvem a případně telefonním číslem oddělení, na kterém je pacient hospitalizován. Pacient ale někdy tím, že se např. převlékne, dlouho nevzbuzuje pozornost a než si ho někdo z kolemjdoucích osob všimne, může dojít k nehodě a jeho zranění. Pokud pacient již opustil oddělení, byl nalezen a odmítá se vrátit, je dobré jít chvíli s ním, pomocí rozhovoru odvést jeho myšlenky jinam a oklikou ho přivést zpět. Když pacient chodí, protože mu to dělá radost a neopouští přítom oddělení, necháme ho, ale dbáme na jejich bezpečnost a nato, aby měli energetický příjem rovný výdeji. [4], [5]

2.2.7 Agresivita

Agresivní chování, projevující se buď křikem, nadávkami, vyhrožováním, nebo fyzickým násilím vůči sobě, pečující osobě nebo jinému pacientovi, může být častou a nepříjemnou komplikací u nemocných s demencí. Agrese často představuje obranou reakci při pocitu ohrožení, nebo nepochopení určité situace. Častým příkladem při hospitalizaci je provádění výkonů u pacienta bez upozornění a klidného srozumitelného vysvětlení. Sestra by se měla pacientovi při každé činnosti nejprve znovu představit, jelikož nemocný s demencí si ji nemusí pamatovat, a poté mu jednoduše vysvětlit, co a proč u něj bude provádět a poté jednotlivé úkony komentovat a sledovat pacientovy reakce. Agresivním jednáním je také reakcí na chování personálu, který se nevhodným způsobem snaží ovlivnit ostatní problémové chování, třeba bloudění. Agrese také souvisí s podezíravostí, nevhodným a novým prostředím. Výjimečně se tímto způsobem snaží nemocný manipulovat s pečujícími, či ostatními osobami. Agresi může způsobovat také náhlé zhoršení zdravotního stavu nebo jiné onemocnění. Jako u všech problémů je nutné hledat příčinu. K tomu může pomoci důsledné zapisování okolností vzniku agrese, její průběh, důsledky a posléze tyto informace analyzovat a hledat řešení. Pokud je znám důvod vzniku agresivního jednání, je nezbytné, aby s ním byli seznámeni všichni členové ošetrovatelského týmu i spolupacienti, což napomůže předcházet dalším atakům agrese

stejně příčiny. Při zvládnání agrese je důležité zachovat rozvahu a klidným hlasem, ale důsledně, se snažit uklidnit také pacienta. V žádném případě se nesmí na pacienta křičet a útoky mu oplácet. Pokud neohrožuje sebe, nebo ostatní, je dobré ho nechat o samotě „vyvztekat“ a pak se snažit bez výčitek zjistit důvod jeho chování. V případě, že k jakémukoliv ohrožení dochází, musíme ihned zasáhnout. Někdy postačí, když dva zdravotníci šetrným uchopením končetin, útokům zabrání. Konání musí být doprovázeno klidným, ale jasným upozorněním, že nemocný si nemůže dovolit ubližovat ostatním lidem. Poté je dobré odvést pozornost pacienta. Může se využít třeba uklidňující a oblíbené hudby, nebo nahrávek blízké osoby. Hlavně by se měl personál vyvarovat použití omezujících prostředků. [2], [4], [5]

2.3 Specifika ošetrovatelské péče

2.3.1 Výživa a hydratace

V časném stádiu demence mohou mít nemocní zvýšenou chuť k jídlu. Aby nedocházelo k nadměrnému přibývání na váze, až vzniku obezity a tím k jiným možným komplikacím, je nutné nemocnému omezit příjem potravin se zvýšeným množstvím cukrů a tuků. Je také dobré, aby nemocný jedl častěji, ale menší porce, a když má stále hlad, podávat mezi tím ovoce a zeleninu. Naopak v rozvinuté fázi demence i přes zvýšený energetický příjem, hubnou a mohou být až kachektičtí. V tomto případě se zase dbá na zvýšený příjem potravin a k tomu se můžou podávat ještě Nutridrinky. U pacientů s demencí je třeba také dohlížet a pravidelný a dostatečný pitný režim. Tekutiny se jim musí neustále nabízet, protože oni nemají pocit žízně, a tak by se sami nenapili. Je dobré se snažit pacientovi zajistit příjemné prostředí ke stravování, pokud je to možné posadit ho ke stolu a dovolit mu, aby mohl jíst rukama, či lžící a nenutit ho jíst příborem. V pokročilém stádiu demence mají také nemocní potíže s polykáním. Nejprve jídlo stačí krájet na menší kousky, později je nutné podávat stravu kašovitou, nebo tekutou. Nejméně vhodné jsou kombinace tekutin s malými tuhými kousky jako polévky s masem nebo zeleninou, dále oříšky, hrášek, kukuřice, rýže, nebo potraviny houževnaté konzistence, jako například zelí a tuhé maso. Pokud nemocnému činí potíže příjem tekutin, je vhodné využít i speciální přípravky, které tekutiny přemění na kašovitou konzistenci. Aby při příjmu stravy nebo tekutin nedošlo k aspiraci, je nutné, aby pacient při jídle i pití seděl rovně a nezakláněl hlavu. Sousta i

doušky mají být malé a jídlo je třeba střídat s pitím. Je nutné pacienta pobízet k polknutí, nejlépe dvakrát po každém soustu a pokud i po druhém polknutí jídlo zůstane v ústech, podá se prázdná lžička k vyvolání dalšího polknutí. Po každém jídle je nezbytné zkontrolovat, zda je dutina ústní prázdná. Je třeba také myslet na to, že pacient může mít porušenou schopnost rozlišovat horké a studené a může se tak snadno spálit. Pokud má již nemocný velké potíže s polykáním a riziko aspirace je vysoké, je dobré zvážit možnost enterální výživy. [4], [5]

2.3.2 Vyprazdňování - inkontinence

Častým problémem vyprazdňování moče a stolice, objevujícím se u nemocných se syndromem demence, je inkontinence. Inkontinence moče u pacientů s demencí je způsobena zejména sníženou schopností včas vyhodnotit potřebu močení, nebo dojít na WC, často ho také nemohou nalézt, nebo se nejsou schopni sami vysvléct, aj. Je nutné ale vyloučit také jiné příčiny inkontinence, mezi něž může patřit infekce močových cest, u žen gynekologické potíže a u mužů hyperplazie prostaty. Inkontinence stolice se objevuje v pozdním stádiu demence a bývá způsobena neschopností správně vyhodnotit nutkání na stolicí, nebo dojít na WC a upozornit včas pečující a také zácpou. Pro co nejdelší možné udržení kontinence pacientů, je dobré zavést tzv. mikční režim, což znamená, že bude u nemocného zajištěno pravidelné vyprazdňování moče asi každé dvě hodiny. Příjem tekutin bude největší v dopoledních a odpoledních hodinách a poslední nejpozději hodinu před spaním. Dále je nutné výrazně označit WC a zajistit pacientovi soukromí při vyprazdňování. Pacient nesmí být za případné neudržení moče nebo stolice kárán. Je nezbytné používat pomůcky pro inkontinentní, ale pouze jako pojistku. V žádném případě nesmí být pro řešení inkontinence používán permanentní močový katetr. Při zácpě je doporučen dostatek pohybu, tekutin a strava bohatá na vlákninu. Laxancia se používání pouze výjimečně. [4], [5]

2.3.3 Hygienická péče

Pacienta s demencí je nutné vést k samostatnému a pravidelnému udržování hygieny. Pokud pacient v pokročilém stádiu demence na tuto základní péči zapomíná, nebo už jí není samostatně schopen, je třeba mu dopomoci, poskytnout mu instrukce a adekvátní pomůcky k usnadnění hygienické péče. Pokud je nemocný ležící a není již schopen ani

částečné sebepéče v oblasti hygieny, pečující ji zcela přebírá za něj. Při hygienické péči je vhodnější využití sprchy, někteří nemocní se jí ale mohou bát. Koupání a sprchování by měla být pro pacienta příjemná záležitost, proto je nutné vykonávat tuto činnost s ohledem na zvyklosti pacienta a s použitím jeho hygienických pomůcek. Nezbytné je zajištění intimity. [4], [5]

2.3.4 Oblékání a úprava zevnějšku

Pokud již nemocný s demencí není schopen se sám obléknout, neví například co a jak se obléká, je možné mu v rámci zachování alespoň částečné sebepéče, pomoci tím, že mu jednotlivé kusy oblečení nachystáme v tom pořadí, jak si je má obléknout, někdy jsou potřeba i slovní instrukce. Je dobré používat oděvy s jednoduchým zapínáním, či zavazováním. Knoflíky nejsou příliš vhodné. Boty by měl mít pacient pohodlné s protiskluzovou podrážkou a měly by se mu snadno obouvat a zouvat. Pacientovi je také třeba zajistit dopomoc při úpravě zevnějšku, tedy při česání, holení a používání kosmetických přípravků. [4], [5]

2.3.5 Spánek a odpočinek

Poruchy spánku bývají častým problémem u nemocných s demencí, zvláště pak ve středním stádiu. Nemocní jsou buď téměř celou noc vzhůru a pak většinu dne prospí, nebo se v noci často budí a mají tendenci provádět aktivity, nebo chtějí jíst. Toto je při hospitalizaci problémem nejen pro personál, ale hlavně pro spolupacienty, jejichž spánek je tím také porušen. Aby nemocný spal v noci co nejdéle, mělo by se u něj zamezit spaní přes den, nebo alespoň dovolit hodinu spánku po obědě, ale víc ne. Pacient by měl být přes den co nejvíce aktivizován. V nemocnici je právě problém v tom, že pacient téměř nebo i celý den stráví v posteli, buď z důvodu léčebného režimu, nebo také často z důvodu nedostatku personálu, který by se mu věnoval a zajistil mu adekvátní činnost. Dobré je ukládat nemocného ke spánku každý den ve stejnou dobu a vyvarovat se podávání vysokoenergetické stravy před spaním. Také tekutiny podávat nejpozději hodinu před usnutím a nedávat diuretika na noc. Z tekutin nenabízet večer nemocnému kávu a černý čaj, naopak vhodné je teplé mléko. Pomoci při potížích s usínáním může také teplá koupel nebo sprcha. [4], [5]

2.3.6 Bolest a její úskalí

Rozpoznat bolest u nemocných v pokročilém stádiu demence je obtížné, jelikož nemocní pocit bolesti nejsou schopni vyjádřit verbálně. Bolest výrazně zhoršuje život pacienta, proto je nutné, aby byla léčena. Může být také příznakem závažné nemoci, která nemusí být včas rozpoznána a vznikají komplikace. Pacienti s demencí mohou reagovat na bolest neklidem až agresivitou, což vede často ke zbytečnému a nevhodnému ordinování psychofarmak. K rozpoznání bolesti je nezbytné sledovat neverbální projevy pacienta. V našich podmínkách se může k hodnocení bolesti u nemocných v pokročilém stádiu demence použít škála PAINAD. [4]

2.3.7 Užívání léků

U pacientů s demencí je nutné na užívání léků dohlížet, jelikož zejména v pokročilejším stádiu demence pacienti na léky zapomínají, buď si je vůbec nevezmou, nebo je užívají v nesprávnou dobu a v nejhorším případě si vezmou jiné léky, nebo jejich zvýšenou dávku. V nemocnici přebírá dohled nad užíváním léků sestra. Je nezbytné zajistit, aby nemocný u sebe neměl žádné léky, které by mohl navíc užívat. Sestra se musí ujistit, že nemocný léky, které mu přinesla skutečně užil. Pokud má pacient již problémy s polykáním, sestra léky nadrtí, nebo pokud je to možné, využije jejich tekuté formy. Skrývání léků do jídla, nebo tekutin, když je pacient odmítá či plive je považováno za omezování a špatnou praxi. Obecně geriatrictí pacienti užívají zpravidla větší počet léků a jsou tím více ohroženi vzájemnou interakcí a nežádoucími účinky léčiv. Proto je nutné sledovat snášení léků pacientem a případné nežádoucí účinky nahlásit lékaři. [5], [21]

2.4 Zásady komunikace s nemocným s demencí

V důsledku onemocnění dochází u pacientů s demencí nejdříve ke snížené schopnosti dorozumívat se s okolím pomocí slov, tedy verbální komunikace. Schopnost nonverbální komunikace bývá do jisté míry zachována i v pokročilém stádiu demence. Správná komunikace s nemocným trpícím demencí je základem kvalitní péče.

K usnadnění komunikace je dobré vytvořit vhodné podmínky, což znamená omezit hluk a také vypnout například rádio, které by pacienta mohlo rozptylovat. Vždy je dobré být ve stejné rovině s nemocným. Když tedy sedí, je nejlepší posadit se také, nebo se alespoň snížit. Komunikace vždy začíná oslovením pacienta jménem. Než ale navážeme kontakt, podíváme se, co zrovna nemocný dělá a přidáme se k němu. Když na nás dostatečně reaguje, můžeme mu nabídnout vlastní téma rozhovoru. Pokud nám nemocný nedá jasně najevo, že nás poznává, raději se znovu představíme. Je nutné si pamatovat, že za vším, co nemocný dělá nebo říká, je ukryt smysl. To, co nemocnému sdělujeme, bychom měli doprovázet také gesty. Je dobré, aby nám nemocný při rozhovoru viděl do tváře. Nikdy nemocnému nekřičíme do ucha. Pokud máme pocit, že nás neslyší, snížíme tón hlasu a zajistíme, aby nemocný viděl naše ústa. Při komunikaci můžeme využít také tělesný kontakt, třeba pohlazení, držení za ruku, aj., ale je nutné přitom sledovat reakci nemocného, kterému to nemusí být příjemné. Pokud nám nemocný nerozumí, pokusíme se to říct jednodušeji a také ukázat. Při všech činnostech je dobré pacienta povzbuzovat a chválit. Chválíme ale za konkrétní činnosti, ne pouze obecně. Používáme slova, která jsou nemocnému známá a která používá. Když něco řekne nesprávně, ale rozumíme mu, nenutíme ho k opravě a rozhodně mu chybná tvrzení nevyvracíme a nekritizujeme jej. Musíme mluvit srozumitelně, pomalu a používat jednoduché a krátké věty. Všechny pokyny by měly být jednoznačné a vždy zahrnovat pouze jeden krok. Také téma rozhovoru má být jen jedno a při výkonu určité činnosti, mluvíme pouze o ní ať nemocného nerozptylujeme. Ptáme se jen na to, na co nám nemocný je schopen odpovědět. Nemocnému také mohou činit problémy otevřené otázky, proto raději používáme uzavřené, aby mohl odpovědět ano či ne. Místo zájmen používáme konkrétní názvy. Důležitou zásadou je hovořit s pacientem jako s dospělým a nepoužívat zbytečně zdobněliny. [4], [9]

2.5 Využití bazální stimulace v péči o nemocné s demencí

Bazální stimulace je komunikační, interakční a vývoj podporující stimulační koncept, který je zaměřen na všechny oblasti lidských potřeb. V tomto konceptu je zahrnuta vzájemná komunikace pacienta a pečující osoby i tehdy, když schopnost komunikace pacienta je omezena. Proto má bazálně stimulující ošetrovatelská péče velký význam u klientů s demencí. Je to forma neverbální komunikace. Hlavní myšlenkou bazální stimulace je potřeba holistického vnímání pacienta. Koncept vychází z předpokladu individuální péče na základě anamnézy klienta a integrace nejbližší osoby nemocného do péče. Mezi základní prvky konceptu patří pohyb, komunikace a vnímání a jejich propojení. Tři základní druhy vnímání, kde řadíme komunikaci somatickou, vestibulární a vibrační, utvářejí primárně u člověka pocit jistoty. Pokud je okolní prostředí člověka z jakýchkoli důvodů málo podnětné, dochází k sensorické deprivaci, a také při nedostatku pohybu (často právě v nemocnici), dochází i k deprivaci pohybové. Neustálá stimulace smyslových orgánů podle konceptu Bazální stimulace umožňuje vznik nových dendritických spojení v mozku a také novou neuronální organizaci v některých jeho oddílech. Aby byly techniky konceptu účinné, musí je provádět zaškolená osoba. Jednotlivými technikami jsou stimulace somatická, vestibulární, vibrační, optická, auditivní, taktilně-haptická, olfaktorická a orální. [4], [20]

2.6 Používání omezovacích prostředků

Podle doporučení Evropské alzheimerovské společnosti je možné použití omezovacích prostředků pouze v krajním případě, pokud je to nezbytné pro ochranu pacientů a byly již vyčerpány všechny ostatní možnosti řešení příčiny problematického chování. Je nutné, aby přínos použití omezovacího prostředku byl vždy vyšší, než jeho možné riziko. Důvodem tohoto opatření nikdy nesmí být pouze neklid pacienta, nedostatek personálu či snad ulehčení péče. Pokud je to možné, měl by o použití omezujícího prostředku rozhodovat celý multidisciplinární tým. Je nutné pokusit se nemocnému důvod a dobu použití tohoto opatření vysvětlit. Je naprosto nezbytné, aby po celou dobu použití omezujícího prostředku byl pacient pod trvalým dohledem alespoň jednoho člena personálu. K tomu je ale zapotřebí, aby byl i na nočních směnách personálu dostatek. Použití omezujícího prostředku musí být řádně dokumentováno. [4], [23]

2.6.1 Druhy omezovacích prostředků

- **Mechanické omezení** – je použití speciálního nábytku, pomůcek a oblečení, které omezuje pohyb pacienta. Patří sem například postranice, rukavice, kurty a pásy, bezpečné spací pytle, speciální židle se zvedacími podnožkami, aj.
- **Fyzické omezení** - znamená zamezení pacientovi v pohybu, který jej může ohrozit, pomocí přiměřených hmatů. Ke správnému a efektivnímu používání těchto hmatů je třeba speciální školení personálu.
- **Zamykání dveří** – pacienti, kteří nejsou ohroženi blouděním, by neměli být omezováni v uzamknutých prostorách.
- **Elektronické dohlížecí systémy** – jsou zařízení, umístěná na hranicích prostoru, která signalizují přiblížení pacienta, který má na oděvu nebo náramku speciální čidlo. Používají se pouze v případě bloudění pacienta. Je nutné zajistit, aby toto zařízení nezpůsobovalo potíže a nepohodlí pacienta a aby ho také nerušilo a neponižovalo.

- **Dohled prostřednictvím videa** – je snímání společných prostor a chodeb videokamerami. Výjimečně se mohou snímat osobní prostory pacientů. S tímto systémem musí pacienti nebo jejich zákonní zástupci.
- **Pasivní alarmy** – jsou speciální infračervená čidla, zvukové monitory, nebo podložky pod matrací, které detekují pohyb pacienta. Je to možná alternativa uzamykání prostoru.
- **Medikace** – je používání léků se sedativním účinkem pro pouhé omezení neklidu či poruch chování, které obtěžují ostatní a kladou tak větší nároky na pečující. Před aplikací těchto léčiv je třeba využít všech nefarmakologických možností. V průběhu použití medikace je nezbytné sledovat nežádoucí účinky. Všichni členové ošetrovatelského týmu i rodinní příslušníci musí být o důvodu, výhodách a nežádoucích účincích těchto léčiv informováni. Některé léky s tlumivým efektem, mohou ještě neklid pacienta zhoršit. Vždy musí být dostupný lékař.
- **Psychologické omezování** – je omezování jednání a pohybu pomocí příkazů, zákazů a neverbálních pokynů, které může vést často k dezorientaci pacientů. Je nutné vždy respektovat práva a důstojnost pacientů s demencí. [23]

Nadměrné používání omezujících prostředků může být znamením nedostatečného vzdělání personálu, nebo jeho nedostatku. [26]

2.7 Úprava prostředí pro nemocné s demencí v nemocnici

Prostředí pro pacienty s demencí by mělo být bezpečné a přehledné a to i v institucích, kde pacienti krátkodobě či dlouhodobě pobývají, tedy i v nemocnici. Toto je mnohdy obtížné, z důvodu nedostatečného architektonického přizpůsobení mnoha zdravotnických zařízení. Existuje ale spousta nápadů na jednoduché a efektivní úpravy těchto prostředí. [4] Pro nemocniční zařízení je možné použít následující:

- Všechny místnosti by měly být jasně označeny – nápisy mají být dostatečně velké a čitelné. Například pro označení WC a koupelny je možné využít i jednoduché symboly. Je možné umístit na dveře také různé výstražné značky, které mohou zabránit vstupu nemocného do místností, kde pro něj hrozí nebezpečí, nebo odejít z oddělení. Je nutné mít na mysli, že tato opatření jsou účinná pouze v časném stádiu demence, kdy ještě není porušena schopnost čtení a myšlení.
- Nemělo by docházet k ponechání klíče v zámku od jakýchkoliv dveří na oddělení. Je dobré opatřit vchodové dveře kulatými klikami, nebo brzdičkami umístěnými na spodku dveří, které mohou zabránit nestřeženým odchodům pacientů s narušenými manuálními dovednostmi. Vchodové dveře je možné také zamaskovat závěsem. Finančně náročnějším opatřením je využití alarmů a zvonků na dveřích.
- Naopak aby nemocný nepřehlédl dveře, např. na do koupelny, je dobré je natřít dveře odlišnou barvou než jsou dveře třeba na chodbu. Levnější variantou je nalepení reflexní pásky kolem dveří. Toto opatření je účinné i v noci. Nabarvením nebo označením instalací, jako jsou umývadla, záchodové mísy, splachovače, signalizační zařízení, madla, aj., pomocí kontrastní pásky zvýší jejich viditelnost a usnadní, aby je nemocný spatřil a použil. V nočních hodinách je také vhodné nechat v koupelně a na WC rozsvíceno. [25]

- Po celé koupelně i u záchodu je potřeba umístit pevná madla. Ve sprchách by měly být pevné závěsy, protiskluzové rohože a na WC vyvýšená toaletní mísa pro snadnější zvedání nemocných a také usnadnění asistence pečovatele.
- Je třeba zajistit například uzamknutím jednotlivé místnosti, ve kterých jsou přístroje, ostré předměty, nebo léky a chemické látky (kuchyň, čisticí místnost a vyšetřovna). Také kosmetické přípravky a holicí strojky by se neměly u nemocného v pokročilém stádiu demence ponechávat, jelikož může zapomenout, nač se tyto přípravky a předměty používají a hrozí zde riziko ublížení si. Také všechny zásuvky by měly být opatřeny plastickými ucpávkami. Nebezpečí mohou představovat i květiny na oddělení, které může nemocný zkoušet jíst, proto nesmí být jedovaté.
- K minimalizaci možnosti pádu je dobré, aby měli pacienti nižší lůžka. Také je vhodné používat těžký nábytek, aby se jednoduše nepřevrhl, když se o něj pacient opře. V nemocnici se toto opatření může týkat také pojízdných jídelních stolků, které by se neměly nechávat odbržděné u lůžka pacienta. Schodiště by měla být opatřena pevným zábradlím z obou stran. [25]

II. PRAKTICKÁ ČÁST

3 METODIKA PRŮZKUMU

3.1 Stanovení cílů a hypotéz

Cíl č. 1: Zjistit pohled zdravotních sester na hospitalizaci pacientů s demencí

H 1.1 Více než polovina zdravotních sester se domnívá, že pacienti s demencí vyžadují při hospitalizaci zvláštní péči.

H 1.2 Více než polovina zdravotních sester si myslí, že má hospitalizace pacienta s demencí spíše negativní vliv na jeho chování.

Cíl č. 2: Zjistit kvalitu podmínek pro péči o pacienty s demencí na standardním lůžkovém oddělení z pohledu zdravotních sester

H 2.1 Více než polovina zdravotních sester považuje své pracoviště za nedostatečně přizpůsobené pro péči o pacienty s demencí.

H 2.2 Více než polovina zdravotních sester se domnívá, že nejvíce negativně jejich péči ovlivňuje nedostatek času a personálu.

Cíl č. 3: Zjistit kvalitu péče o pacienty s demencí z pohledu zdravotních sester

H 3.1 Hodnocení kvality péče o pacienta s demencí není závislé na délce praxe dosažené sestrami.

H 3.2 Více než polovina sester, které se setkávají s pacienty trpící demencí na svém pracovišti často a velmi často, se domnívá, že kvalita péče o tyto pacienty na jejich oddělení je dostatečná.

H 3.3 Více než polovina sester nepoužívá při péči o pacienta s demencí žádné prvky bazální stimulace.

H 3.4 Více než polovina sester získává informace o pacientovi od rodinných příslušníků, či jiných pečujících osob jen velmi zřídka, nebo vůbec.

Cíl č. 4: Zjistit okolnosti používání omezujících prostředků

- H 4.1 Více než polovina sester nepoužívá vždy/občas omezující prostředky pouze na doporučení lékaře a tyto prostředky vždy nezaznamenává do ošetrovatelské dokumentace.
- H 4.2 Při použití omezujících prostředků není ve většině případech pacient po celou dobu pod nepřetržitou kontrolou zdravotnického personálu.

Cíl č. 5: Zmapovat míru vzdělání a zájem o další vzdělání zdravotních sester v problematice demencí

- H 5.1 Více než polovina dotazovaných sester si myslí, že nebyly při studiu dostatečně seznámeny se specifiky ošetrovatelské péče o pacienty s demencí a mají zájem se v této problematice dále vzdělávat.

3.2 Způsob sběru dat a tvorba dotazníku

K realizaci mého průzkumu, jsem použila metodu dotazníku. Pro využití této metody jsem se rozhodla jednak z důvodu relativně rychlého získání potřebných informací a hlavně proto, že jsem od jeho anonymní formy očekávala upřímnější a spolehlivější odpovědi. Rizikem je ale možné nepochopení některých otázek, které může vést k nepřesným či nepravdivým odpovědím respondentů. Nevýhodou je také nízká návratnost, které jsem se snažila zamezit osobním předáním a vyzvednutím dotazníků. Celkem jsem rozdala 100 dotazníků a vysbírala 86 vyplněných. Návratnost činila 86 % a byla tedy vcelku uspokojivá.

Dotazník (viz. příloha P1) obsahuje úvod, ve kterém se respondentům představuji a uvádím téma a důvod realizace šetření a také zdůrazňuji anonymitu. Samotný dotazník je složen z 30 otázek, z nichž tři jsem rozdělila na dvě části. Na konci je také prostor pro připomínky k dotazníku. Otázky č. 1- 6 jsou otázky zaměřené na popis respondentů. Formy jednotlivých otázek (položek) jsou:

- uzavřené dichotomické: 1, 7, 13a, 28, 29
- uzavřené polytomické: 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9a, 10, 12, 15a, 17, 18, 24, 25, 26
- polozavřené polytomické s výběrem jedné alternativy: 11, 21, 22, 27
- polozavřené polytomické s výběrem několika alternativ: 13b, 14, 15b, 16, 20, 23
- otevřené: 19, 30
- kontrolní a škálovací: 9b

3.3 Charakteristika zkoumaného vzorku respondentů

Dotazníkové šetření bylo realizováno u zdravotních sester Krajské nemocnice T. Bati, a.s. ve Zlíně, která patří mezi největší nemocnice v České republice. Při výběru respondentů jsem se zaměřila na zdravotní sestry všech věkových kategorií a úrovní vzdělání, jež pracují na standardních lůžkových odděleních, na kterých se mohou nejčastěji setkávat s pacienty trpícími syndromem demence. Mezi tato pracoviště jsem zařadila gerontologické centrum, interní kliniku, neurologická a chirurgická oddělení.

3.4 Předvýzkum

Předvýzkum, kterému se často říká také „pilotáž“, slouží k ověření správné formulace otázek a jejich pochopení respondenty, aby nedošlo k chybné interpretaci otázek a tím také ke znehodnocení celé výzkumné činnosti.

Dotazník jsem dala 10 respondentům, se kterými jsem osobně diskutovala správné pochopení dotazníku. U dotazníku jsem neshledala žádné výrazné nedostatky, které by vedly k nepochopení jednotlivých otázek. Následně jsem provedla samotný průzkum u zbytku respondentů.

4 VÝSLEDKY PRŮZKUMU

4.1 Metody analýzy dat

Veškeré výpočty, tabulky a grafy jsem vytvořila pomocí programu Microsoft Excel a následně pak vložila do Microsoft Word.

Uvedené tabulky obsahují absolutní četnosti, které udávají počet respondentů, odpovídající stejně na jednotlivé možnosti v otázce. Dále obsahují relativní četnosti, které udávají procentuální zastoupení jednotlivých možností odpovědi. Procenta jsou vždy zaokrouhlena na celá čísla.

U hypotézy 3.1 jsem použila statistickou metodu **Chí – kvadrát** (test závislosti), slouží k určení závislosti. Bártlová se ve své literatuře „Výzkum v ošetrovatelství“ vyjadřuje o tomto testu jako o „ověření nulové hypotézy v podobě tvrzení, že vědecká tvrzení jsou v souladu s předpoklady o pravděpodobném rozdělení určitého znaku“. Test porovnává pozorované četnosti f_{ij} s četnostmi očekávanými (teoretickými), které lze očekávat v případě nezávislosti znaků. Tyto teoretické četnosti značíme f'_{ij} . Platí pro ně následující vztah:

$$f'_{ij} = \frac{g_i \cdot h_j}{N}$$

Prvním krokem při sestavování tohoto testu je stanovení nulové hypotézy a hypotézy, která je této hypotéze opačná (alternativní hypotéza).

Abychom mohli potvrdit nulovou hypotézu, musíme vypočítat testové kritérium χ^2 , kterému předchází mezikrok podle vztahu $\chi^2 = \sum \frac{(P - O)^2}{O}$, kdy P jsou pozorované četnosti, O očekávané (teoretické) četnosti.

χ^2 - test nezávislosti v kontingenční tabulce

H_0 : mezi znaky x a y neexistuje závislost

H_A : mezi znaky x a y existuje závislost

Pro testové kritérium platí následující vztah: $\chi^2 \text{ exp} = \sum_{i=1}^m \sum_{j=1}^n \frac{(f_{ij} - f'_{ij})^2}{f'_{ij}}$

Pro potvrzení či zamítnutí nulové hypotézy H_0 musíme toto testové kritérium porovnat s vypočítanou kritickou hodnotou - $\chi^2_{p((m-1)(n-1))}$

m- počet řádků v kontingenční tabulce

n- počet sloupců

Je-li $\chi^2_{\text{exp}} > \chi^2_{p((m-1)(n-1))}$, H_0 zamítáme na hladině významnosti p. Hladinu významnosti si pro svoji práci volím 5%, tedy 0,05. [1]

4.2 Rozbor a grafické zpracování dotazníku

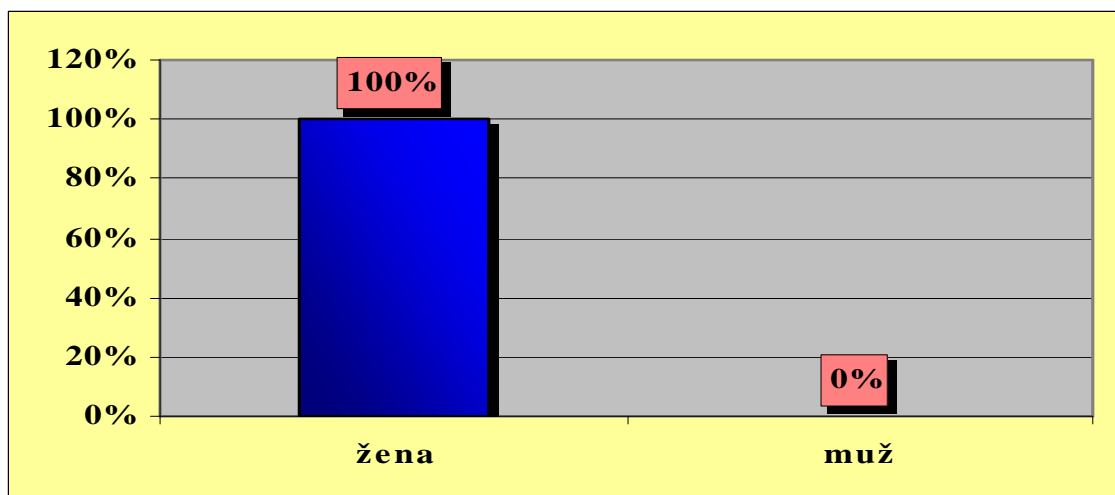
Získaná data jsem zpracovala do tabulek a také pro lepší přehlednost do grafů.

Otázka č. 1 Pohlaví

Tabulka č. 1 Pohlaví respondentů

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Žena	86	100
Muž	0	0
Celkem	86	100

Graf č. 1 Pohlaví



Komentář:

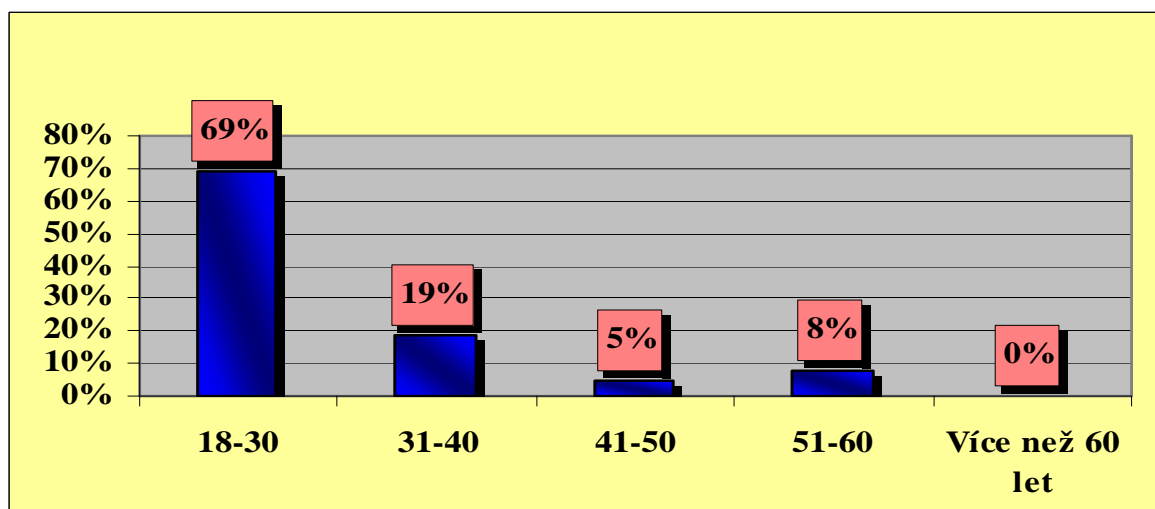
Všech 86 (100%) respondentů tvoří ženy.

Otázka č. 2 Věk

Tabulka č. 2 Věk respondentů

Věk (v letech)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
18-30	59	69
31-40	16	19
41-50	4	5
51-60	7	8
> 60	0	0
Celkem	86	100

Graf č. 2 Věk respondentů

**Komentář:**

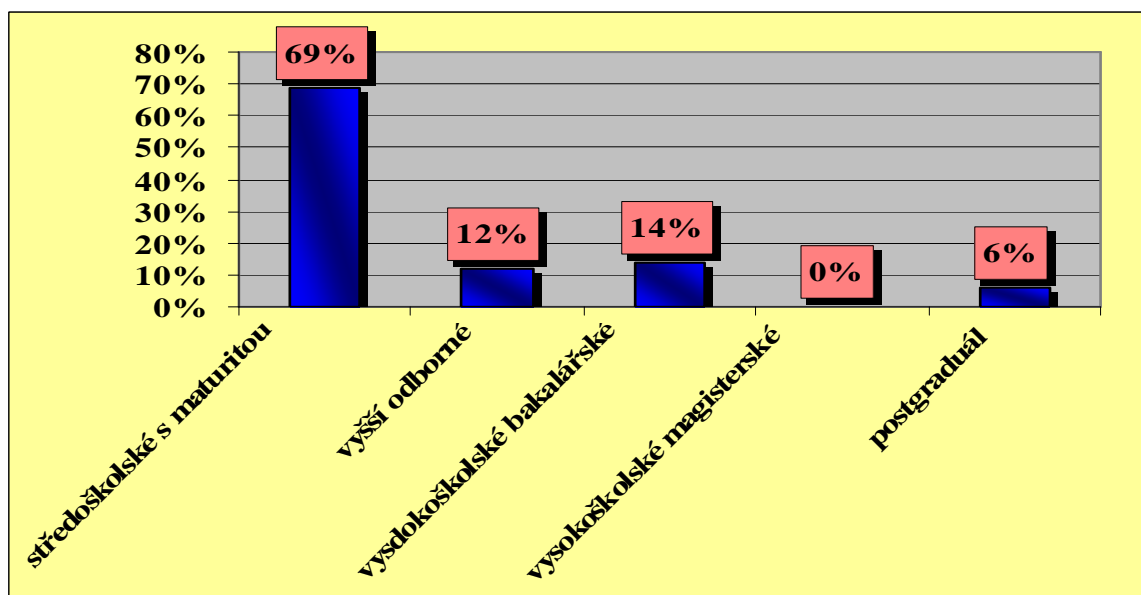
Mezi oslovenými respondentkami jsou nejvíce zastoupeny sestry ve věkové hranici od 18-30 let a to počtem 59 (69%) a ve věkové hranici nad 60 let není zastoupena ani jedna (0%). 16 (19%) sester je ve věkové skupině od 31-40 let, 4 (5%) ve skupině od 41-50 let a 7 (8%) tvoří sestry ve věku od 51-60 let.

Otázka č. 3 Nejvyšší dosažené vzdělání

Tabulka č. 3 Nejvyšší dosažené vzdělání

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Středoškolské s maturitou	59	69
Vyšší odborné	10	12
Vysokoškolské bakalářské	12	14
Vysokoškolské	0	0
Postgraduál	5	6
Celkem	86	100

Graf č. 3 Nejvyšší dosažené vzdělání

**Komentář:**

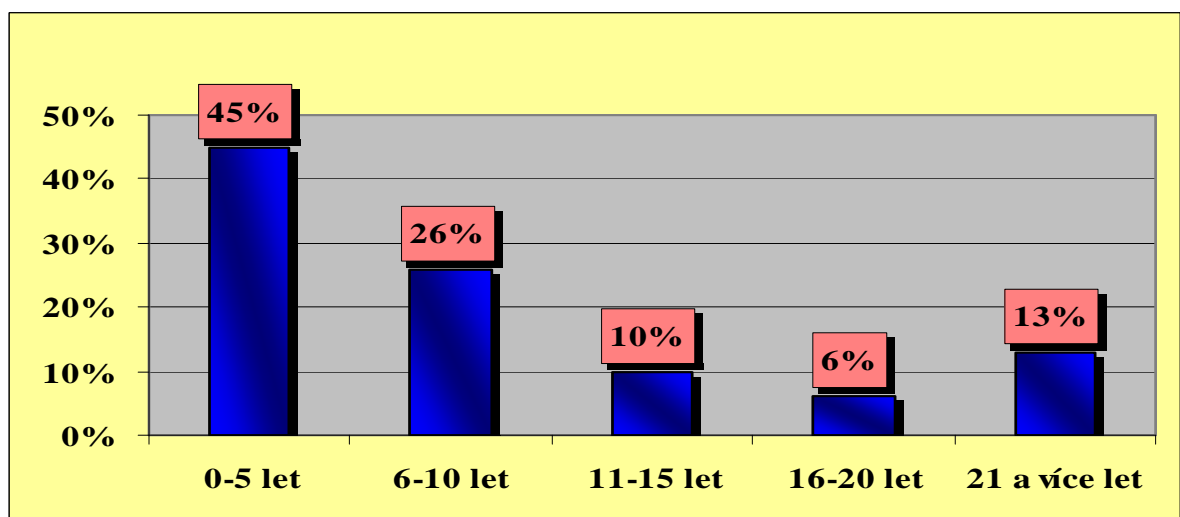
Největší počet respondentek, který činí 59 (69%) sester, má středoškolské vzdělání s maturitou. Pouze 10 (12%) respondentek má vzdělání vyšší odborné. Z vysokoškolsky vzdělaných sester je zastoupeno jen 12 (14%) bakalářek a žádná (0%) s magisterským vzděláním. 5 (6%) sester má postgraduál.

Otázka č. 4 Délka praxe

Tabulka č. 4 Délka praxe

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
0-5 let	39	45
6-10 let	22	26
11-15 let	9	10
16-20 let	5	6
21 a více let	11	13
Celkem	86	100

Graf č. 4 Délka praxe

**Komentář:**

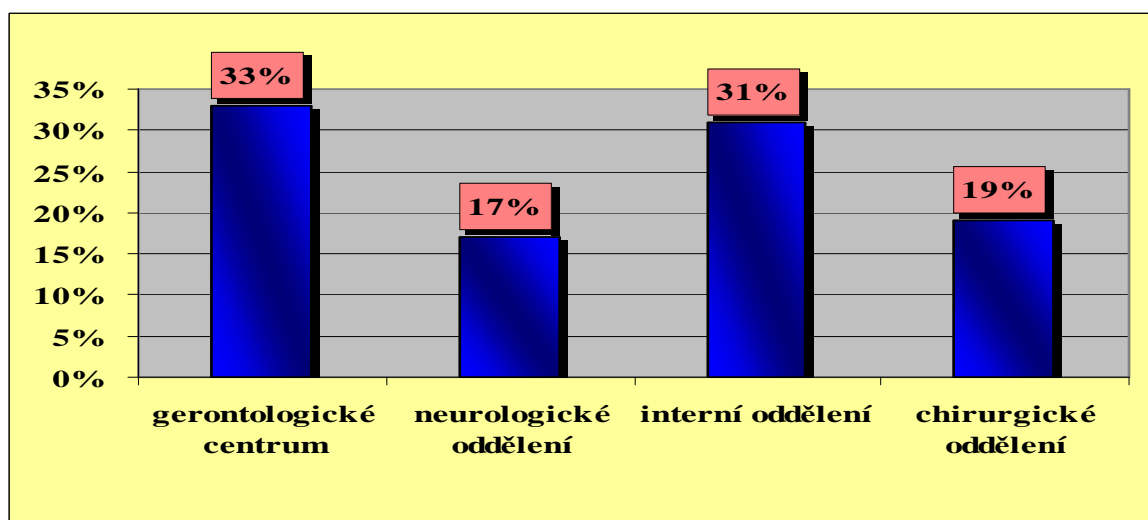
39 (45%) respondentek udává délku praxe 0-5 let, 22 (26%) v rozmezí 6-10 let, 9 (10%) 11-15 let. 16-20 let praxe má pouze 5 (6%) respondentek a více než 21 let pracuje ve zdravotnictví 11 (13%) z oslovených respondentek.

Otázka č. 5 Současné pracoviště

Tabulka č. 5 Současné pracoviště

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Gerontologické centrum	28	33
Neurologické oddělení	15	17
Interní oddělení	27	31
Chirurgické oddělení	16	19
Celkem	86	100

Graf č. 5 Současné pracoviště

**Komentář:**

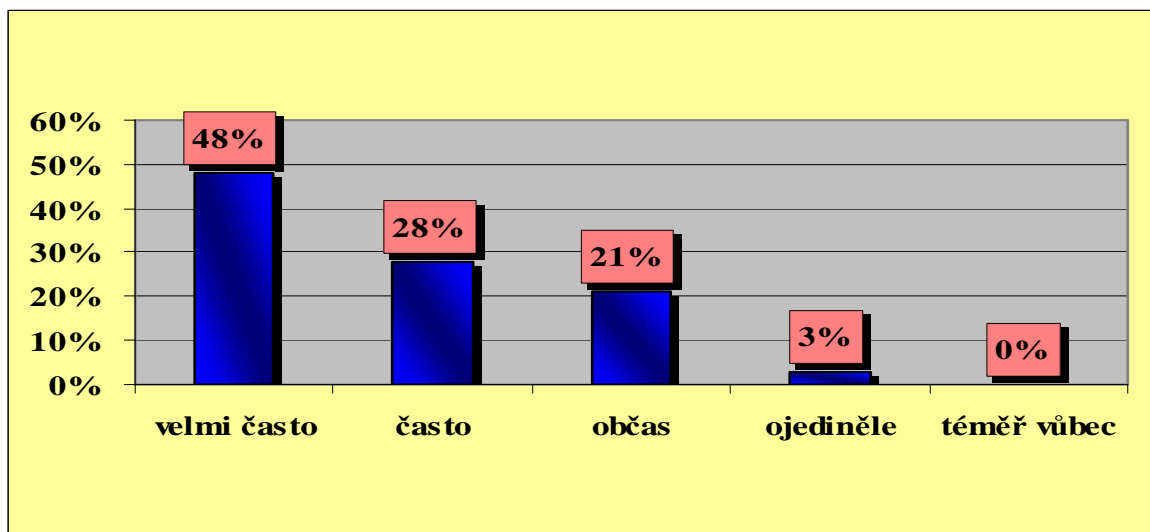
Na odděleních gerontologického centra pracuje nejvyšší počet respondentek ve výši 28 (33%). Téměř stejný počet respondentek a to 27 (31%) pracuje na interní klinice. Respondenty z neurologických oddělení jsou zastoupeny v počtu 15 (17%) a 16 (19%) jich pracuje na chirurgických odděleních.

Otázka č. 6 Jak často se na Vašem pracovišti setkáváte s pacienty trpícími demencí?

Tabulka č. 6 Frekvence kontaktu s pacientem s demencí

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Velmi často	41	48
Často	24	28
Občas	18	21
Ojediněle	3	3
Téměř vůbec	0	0
Celkem	86	100

Graf č. 6 Frekvence kontaktu s pacientem s demencí

**Komentář:**

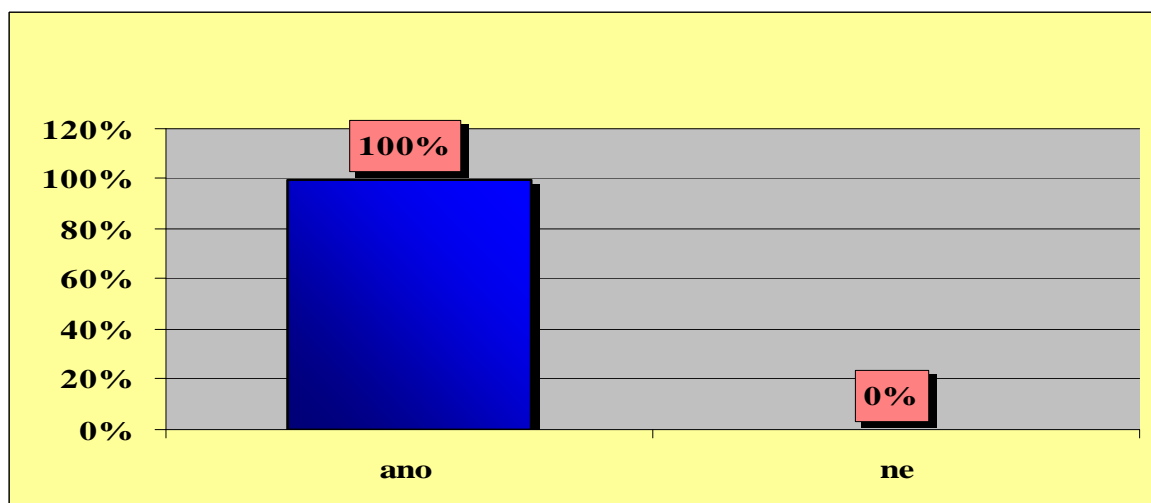
41 (48%) respondentek uvedlo, že se na svém pracovišti setkávají s pacienty trpícími demencí velmi často. Často se setkává s těmito pacienty 24 (28%) respondentek. 18 (21%) udává, že jen občas a 3 (3%) pouze ojediněle. Žádná z respondentek neuvádí, že se s pacienty s demencí na svém oddělení nesetkává téměř vůbec.

Otázka č. 7 Domníváte se, že pacienti s demencí vyžadují při hospitalizaci zvláštní péči?

Tabulka č. 7 Zvláštní péče

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	86	100
Ne	0	0
Celkem	86	100

Graf č. 7 Zvláštní péče



Komentář:

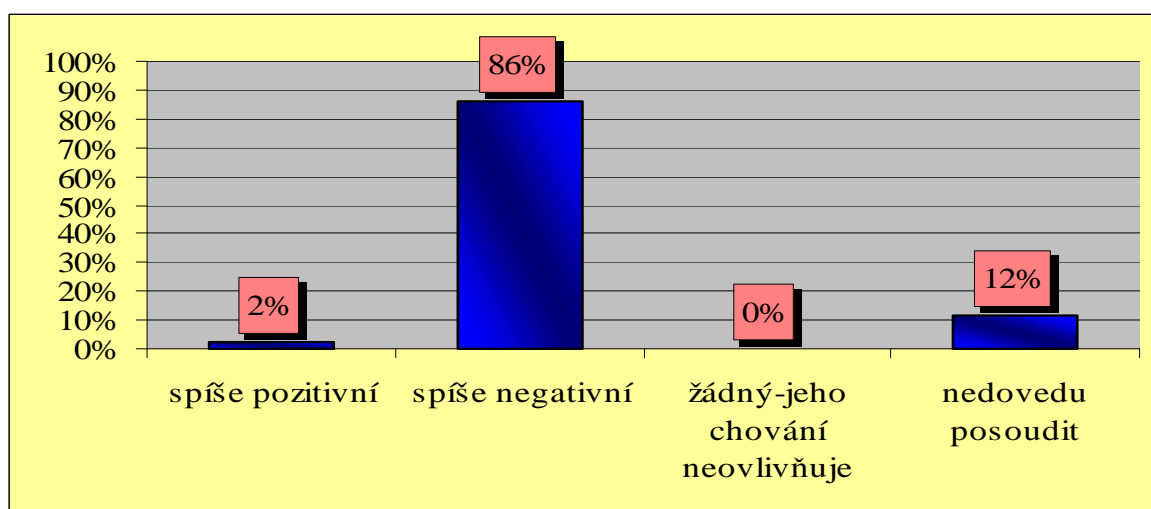
Všech 86 (100%) respondentek se shodlo, že pacienti trpící demencí vyžadují při hospitalizaci zvláštní péči.

Otázka č. 8 Jaký má podle Vás vliv hospitalizace pacienta trpícího určitým typem demence na jeho chování?

Tabulka č. 8 Vliv hospitalizace na chování pacienta s demencí

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Spíše pozitivní	2	2
Spíše negativní	74	86
Žádný	0	0
Nedovedu posoudit	10	12
Celkem	86	100

Graf č. 8 Vliv hospitalizace na chování pacienta s demencí



Komentář:

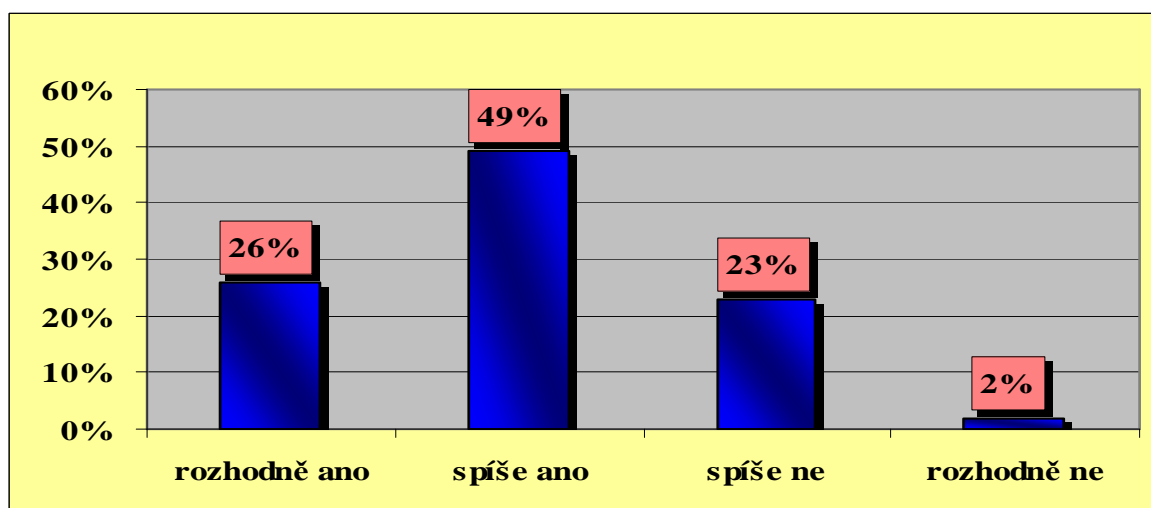
74 (86%) oslovených respondentek se domnívá, že má hospitalizace spíše negativní vliv na chování pacienta trpícího demencí. 2 (2%) respondentky si myslí, že hospitalizace má naopak spíše pozitivní vliv na jeho chování. 10 (12%) jich tuto problematiku nedovede posoudit a žádná respondentka si nemyslí, že hospitalizace chování pacienta nijak neovlivňuje.

Otázka č. 9a Myslíte si, že je péče o tyto pacienty na Vašem oddělení kvalitní?

Tabulka č. 9 Kvalita péče

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Rozhodně ano	22	26
Spíše ano	42	49
Spíše ne	20	23
Rozhodně ne	2	2
Celkem	86	100

Graf č. 9 Kvalita péče



Komentář:

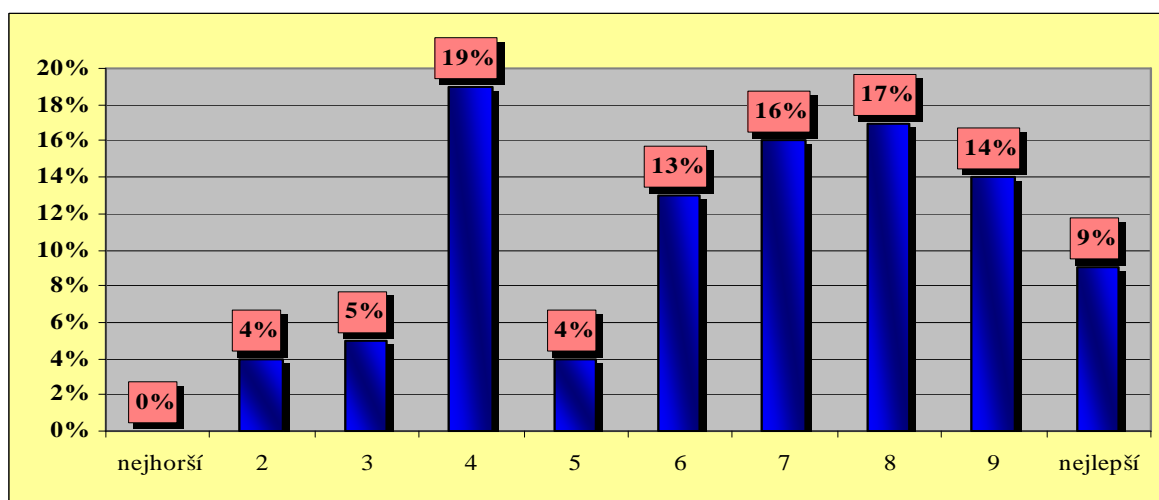
Největší počet respondentek, zastoupený v počtu 42 (49%) se domnívá, že péče o pacienty s demencí na jejich oddělení je spíše kvalitní. Že je rozhodně kvalitní, si myslí 22 (26%) respondentek. Naopak za spíše nekvalitní považuje péči na svém pracovišti 20 (23%) oslovených respondentek a za rozhodně nekvalitní 2 (2%) respondentky.

Otázka č. 9b Zhodnoťte kvalitu péče na stupnici od 1 do 10, kde 10 je nejlepší

Tabulka č. 10 Kvalita péče - stupnice

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1 - nejhorší	0	0
2	3	4
3	4	5
4	16	19
5	3	4
6	11	13
7	14	16
8	15	17
9	12	14
10 - nejlepší	8	9
Celkem	86	100

Graf č. 10 Kvalita péče - stupnice

**Komentář:**

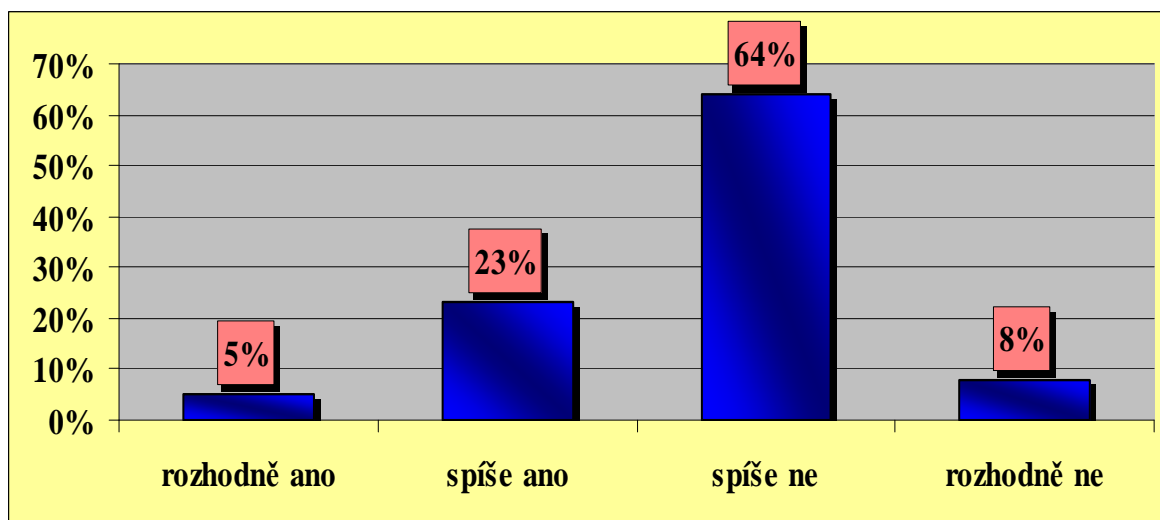
Tato druhá část otázky, zabývající se kvalitou péče o klienty s demencí z pohledu sester, slouží ke kontrole a potvrzení či vyvrácení odpovědí na její první část. 60 (69%) respondentek hodnotí péči na stupnici od č. 6 do č. 10, tedy kladně a 26 (32%) naopak záporně od č. 2 do č. 5. Číslo 1, které znamená nejhorší péči, není označeno vůbec.

**Otázka č. 10 Domníváte se, že je oddělení, na kterém pracujete dostatečně
přizpůsobené pacientům s demencí?**

Tabulka č. 11 Přizpůsobení oddělení

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Rozhodně ano	4	5
Spíše ano	20	23
Spíše ne	55	64
Rozhodně ne	7	8
Celkem	86	100

Graf č. 11 Přizpůsobení oddělení



Komentář:

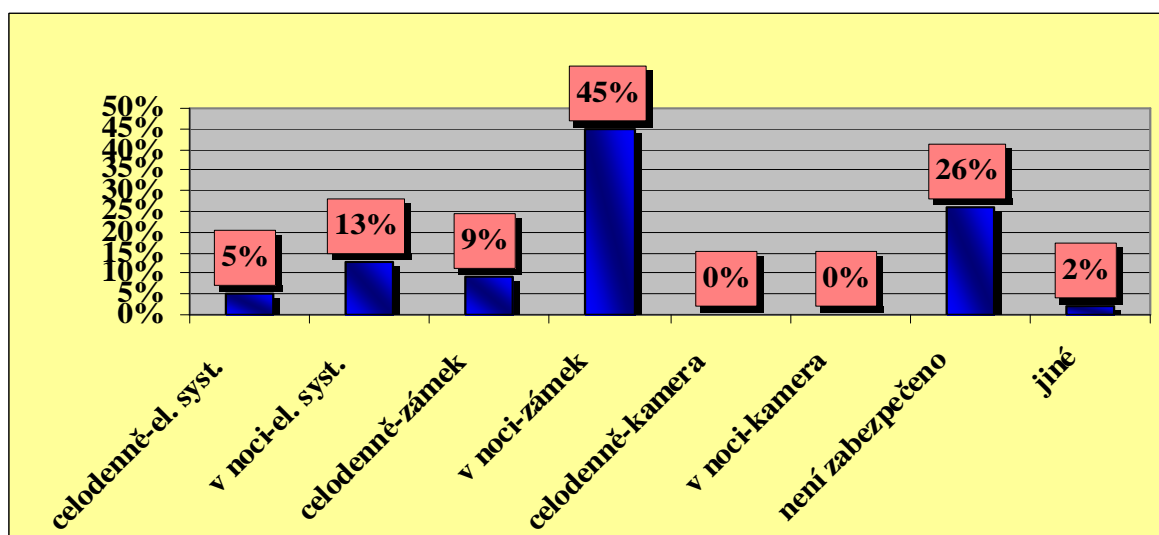
4 (5%) respondentky se domnívají, že je jejich pracoviště rozhodně přizpůsobeno pro péči o klienty s demencí, 20 (23%) respondentek označilo možnost spíše ano, 55 (64%) respondentek, tedy většina si myslí, že jejich pracoviště spíše není přizpůsobeno a 7 (8%) jich udává, že jejich oddělení rozhodně není přizpůsobeno.

Otázka č. 11 Jakým způsobem je Vaše oddělení zabezpečeno proti nestřeženým odchodům pacientů?

Tabulka č. 12 Zabezpečení proti nestřeženým odchodům

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Celodenně uzavřené- elektronický systém	4	5
V noci uzavřené- elektronický systém	11	13
Celodenně uzavřené- mechanický zámek	8	9
V noci uzavřené- mech. zámek	39	45
Celodenně vchod snímán kamerou	0	0
V noci vchod snímán kamerou	0	0
Nezabezpečeno vůbec	22	26
Jiné	2	2
Celkem	86	100

Graf č. 12 Zabezpečení proti nestřeženým odchodům



Komentář:

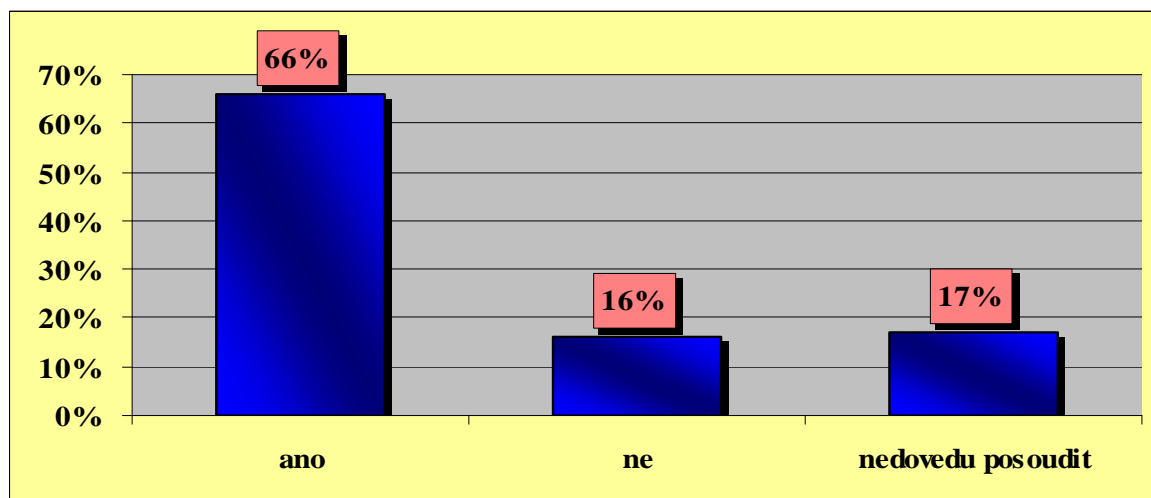
4 (5%) respondentky na tuto otázku odpověděly, že jejich oddělení je celý den uzavřené s využitím elektronického systému, 11 (13%) respondentek uvádí, že oddělení je jen v noci uzavřeno prostřednictvím elektronického systému. 8 (9%) respondentek udává, že odd. je celodenně uzavřeno pomocí mechanického zámku a až 39 (45%) jich uvádí pouze noční uzavření oddělení pomocí zámku. Podle odpovědí respondentek není na žádném zkoumaném oddělení využito snímání vchodů pomocí kamery. 22 (26%) respondentek udává, že jejich oddělení není vůbec zabezpečeno a 2 (2%) uvedly, že oddělení uzavírají pouze v případě, že pacienti s demencí bloudí.

**Otázka č. 12 Myslíte si, že pacienti trpící demencí by měli mít náramky
s identifikačními údaji, či s kódem?**

Tabulka č. 13 Náramky s identifikačními údaji

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	57	66
Ne	14	16
Nedovedu posoudit	15	17
Celkem	86	100

Graf č. 13 Náramky s identifikačními údaji



Komentář:

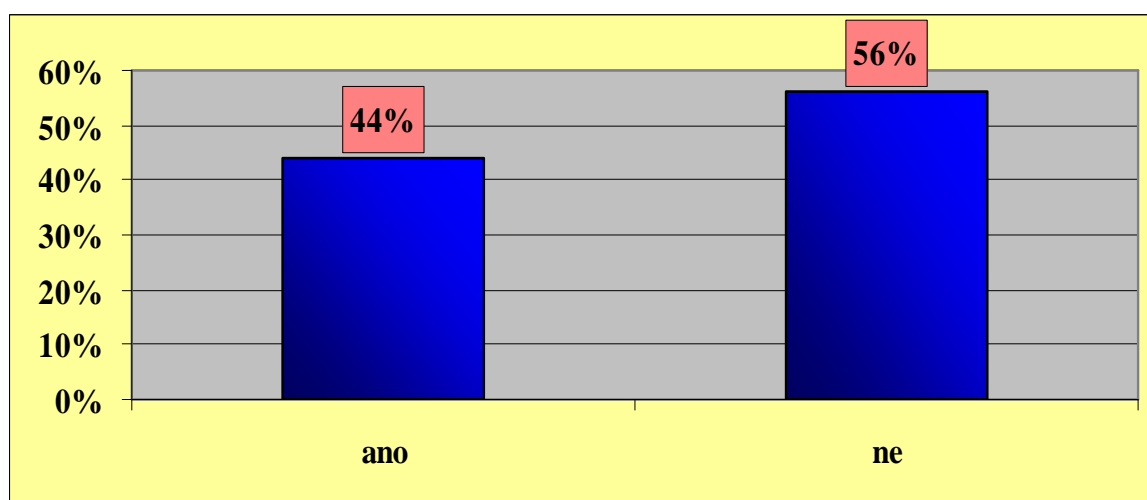
Až 57 (66%) respondentek si myslí, že by pacienti s demencí měli mít náramky s identifikačními údaji, nebo kódem. 14 (16%) respondentek si myslí pravý opak, tedy že tyto náramky mít nemají. A 15 (17%) tuto problematiku nedokáže posoudit.

Otázka č. 13a Používáte na oddělení speciální pomůcky pro usnadnění orientace těchto pacientů?

Tabulka č. 14 Používání pomůcek pro usnadnění orientace

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	38	44
Ne	48	56
Celkem	86	100

Graf č. 14 Používání pomůcek pro usnadnění orientace

**Komentář:**

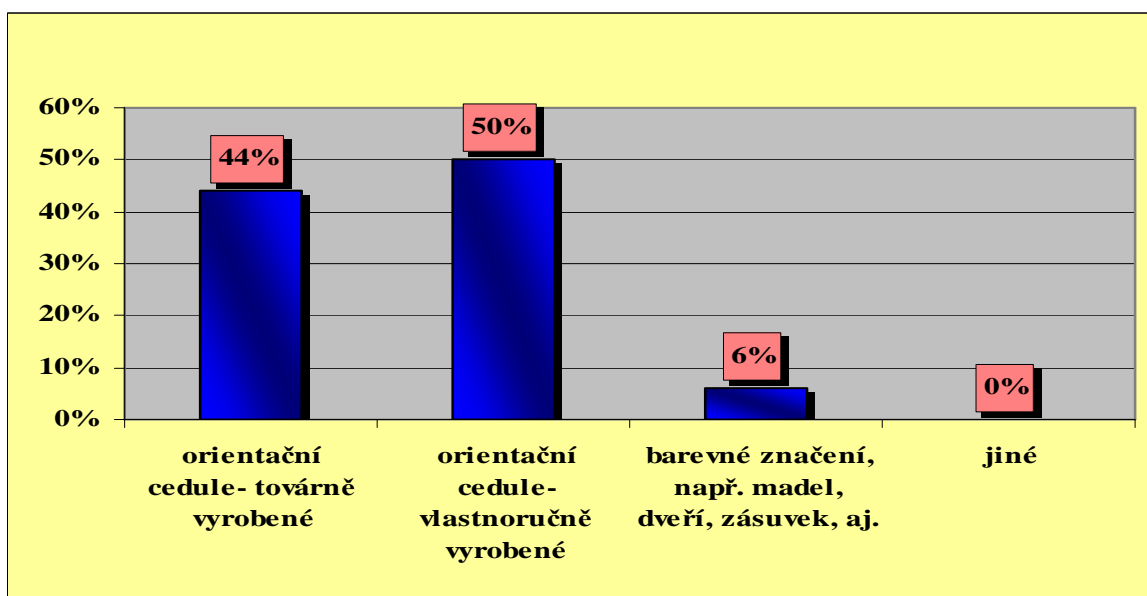
Necelá polovina respondentek 38 (44%) odpovědělo, že na svém oddělení používají speciální pomůcky pro usnadnění orientace svým pacientům. Zbytek 48 (56%) pak odpovědělo, že tyto pomůcky na svém oddělení nepoužívají.

Otázka č. 13b Jaké pomůcky k usnadnění orientace používáte? (Možné označit více možností)

Tabulka č. 15 Používané pomůcky k usnadnění orientace

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Orientační cedule - továrně vyrobené	21	44
Orientační cedule - vlastnoručně vyrobené	24	50
Barevné značení	3	6
Jiné	0	0
Celkem	48	100

Graf č. 15 Používané pomůcky k usnadnění orientace



Komentář:

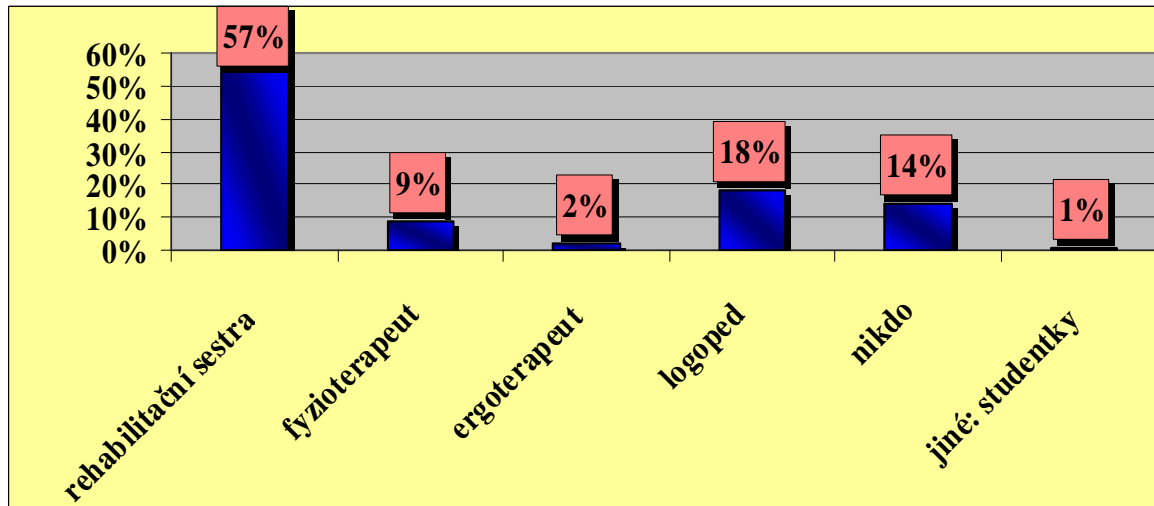
21 (44%) respondentek odpovědělo, že na svém oddělení používají orientační cedule, které byly vyrobeny továrně, 24 (50%) pak používá orientační cedule, které jsou vlastnoručně vyrobené a 3 (6%) respondentek uvádí, že používají barevné značení.

Otázka č. 14 Kdo se kromě Vás, lékařů, ošetrovatelek a sanitárek věnuje pacientům denně mimo víkend? (Můžete označit více možností)

Tabulka č. 16 Jiné pečující osoby

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Rehabilitační sestra	65	57
Fyzioterapeut	10	9
Ergoterapeut	2	2
Logoped	21	18
Nikdo	16	14
Jiné (studentky)	1	1
Celkem	115	100

Graf č. 16 Jiné pečující osoby



Komentář:

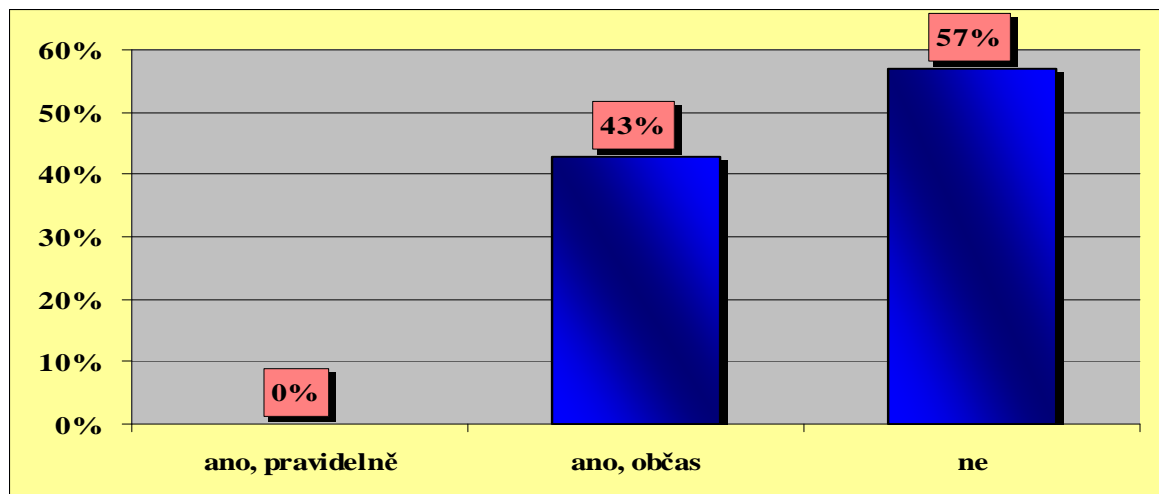
Nejvíce se o tyto pacienty denně (mimo víkend) starají rehabilitační sestry 65 (57%). Dále jsou to logopedi 21 (18%). Třetí nejčastější odpovědí bylo, že se o tyto pacienty krom výše zmíněného personálu nestará nikdo 16 (14%). Fyzioterapeuté se na otázce podílí v počtu 10 (9%) a ergoterapeuté v počtu 2 (2%).

Otázka č. 15a Snažíte se vy sami vymýšlet aktivity pro pacienty s demencí?

Tabulka č. 17 Vymýšlení aktivit pro pacienty s demencí

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano, pravidelně	0	0
Ano, občas	37	43
Ne	49	57
Celkem	86	100

Graf č. 17 Vymýšlení aktivit pro pacienty s demencí

**Komentář:**

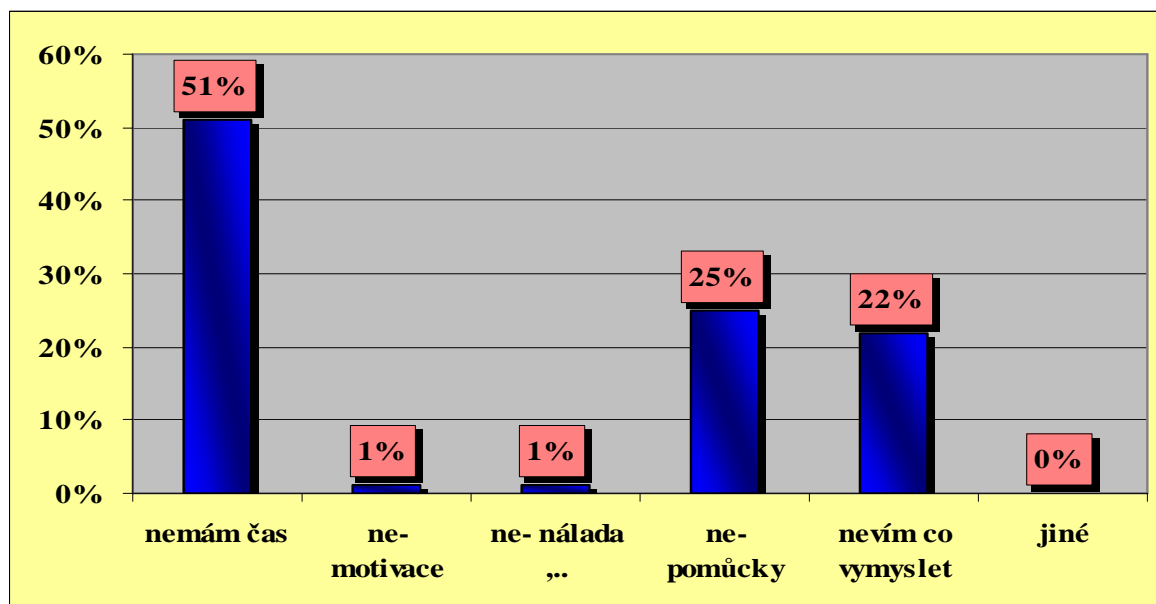
37 (43%) respondentek se snaží vymýšlet pro pacienty s demencí různé aktivity. 49 (57%) respondentek však tuto snahu nemá a aktivity pro pacienty s demencí nevymýšlí.

Otázka č. 15b Uved'te důvod, proč nevymýšlíte žádné aktivity pro pacienty s demencí? (Můžete označit více možností)

Tabulka č. 18 Důvod pro nevymýšlení žádných aktivit

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Nemám čas	41	51
Nemám motivaci	1	1
Nemám náladu a chuť	1	1
Nemám prostředky a pomůcky	20	25
Nevím jakou aktivitu vymyslet	18	22
Jiné	0	0
Celkem	81	100

Graf č. 18 Důvod pro nevymýšlení žádných aktivit



Komentář:

Nejčastějším důvodem, proč nevymýšlejí žádné aktivity, je nedostatek času pro tyto činnosti 41 (51%). Druhým nejčastějším důvodem je nedostatek pomůcek 20 (25%), třetí

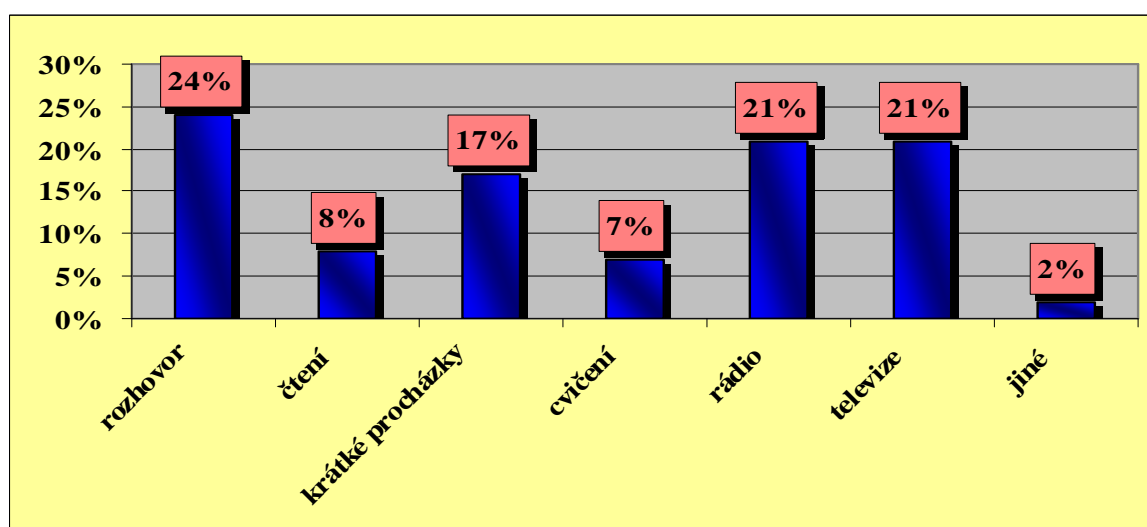
v pořadí je absence nápadů pro tyto činnosti 18 (22%) a možnosti „nemám motivaci“ a „nemám chuť“ byly zvoleny vždy jednou respondentkou (1%).

Otázka č. 16 Pokud byla Vaše odpověď v předchozí otázce ANO, tak jaké aktivity vymýšlíte? (Můžete označit více možností)

Tabulka č. 19 Druhy aktivit

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Rozhovor	30	24
Čtení	10	8
Krátké procházky s doprovodem	21	17
Cvičení	9	7
Poslech rádia	26	21
Televize	26	21
Jiné	3	2
Celkem	125	100

Graf č. 19 Druhy aktivit



Komentář:

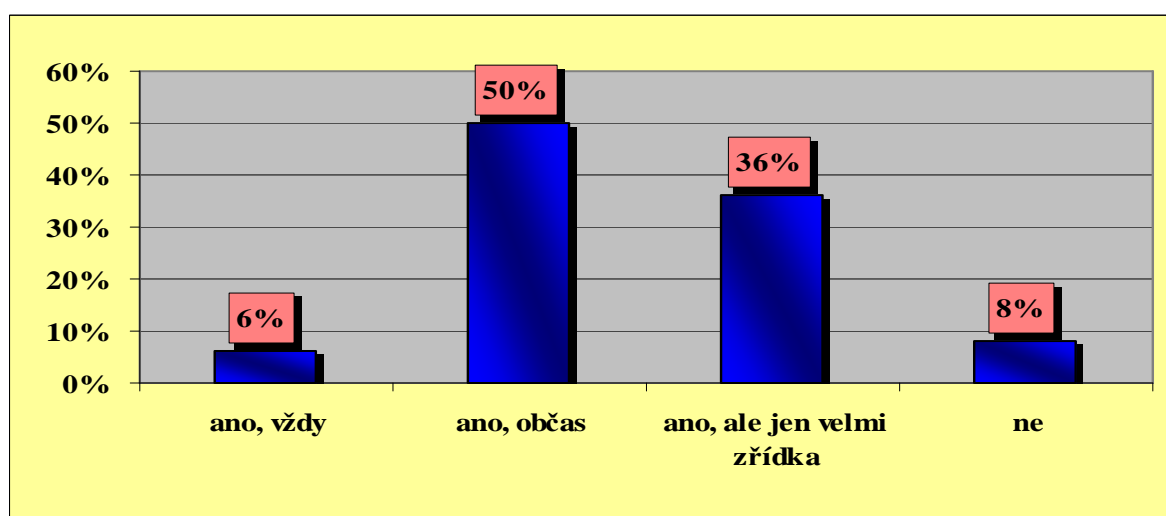
Nejčastěji jsou vymyšleny následující činnosti: Rozhovor 30 (24%), poslech rádia a televize shodně 26 respondentek (21%), krátké procházky s doprovodem 21 (17%), čtení 10 (8%), cvičení 9 (7%) a jiné aktivity 3 (2%).

Otázka č. 17 Informujete se i o každodenních zvycích a rituálech pacienta s demencí od příbuzných, pracovníků sociálních zařízení a jiných pečujících?

Tabulka č. 20 Sběr informací od příbuzných a jiných pečujících osob

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano, vždy	5	6
Ano, občas	43	50
Ano, ale jen velmi zřídka	31	36
Ne	7	8
Celkem	86	100

Graf č. 20 Sběr informací od příbuzných a jiných pečujících osob



Komentář:

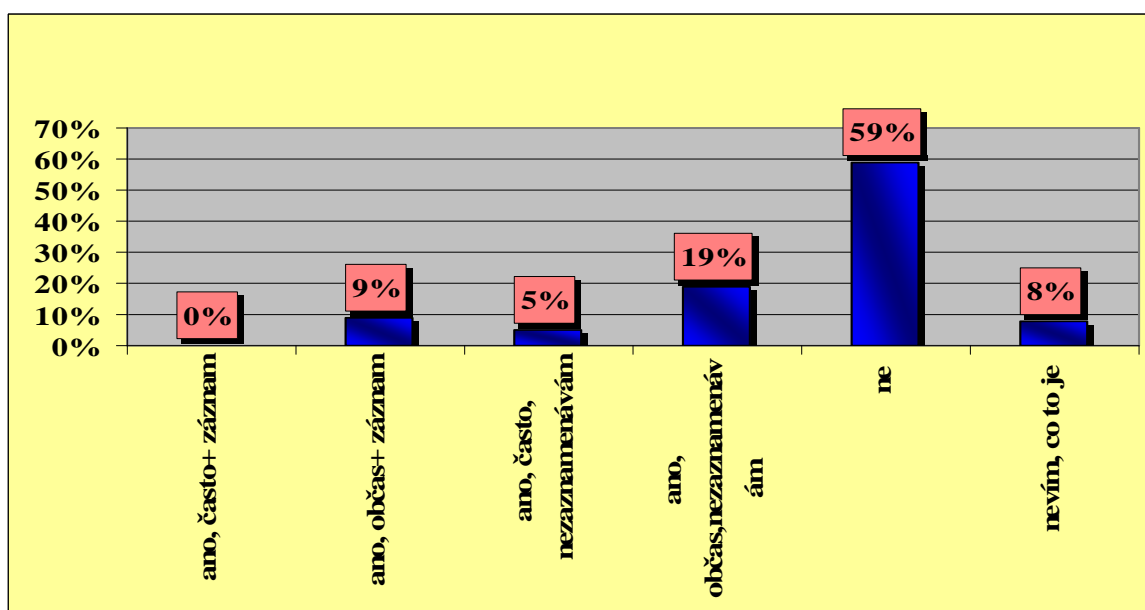
Vždy se informují respondentky o pacientech pouze v 5 (6%) případech, možnost „občas“ volilo 43 (50%) respondentek, možnost „ano, ale jen velmi zřídka“ 31 (36%) respondentek a 7 (8%) respondentek odpovědělo, že se neinformují touto cestou vůbec.

Otázka č. 18 Využíváte v péči o tyto klienty prvky bazální stimulace?

Tabulka č. 21 Využívání prvků bazální stimulace

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Často a zaznamenávám do oš. dokumentace	0	0
Občas a zaznamenávám do oš. dokumentace	8	9
Často, ale nezaznamenávám	4	5
Občas, ale nezaznamenávám	16	19
Ne	51	59
Nevím co to BS je	7	8
Celkem	86	100

Graf č. 21 Využívání prvků bazální stimulace



Komentář:

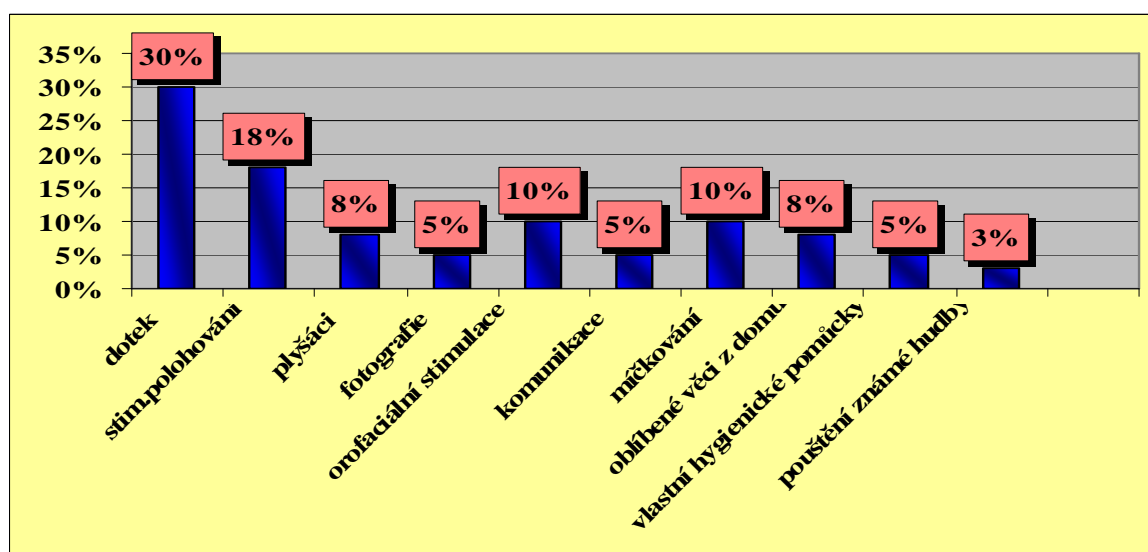
Celých 51 (59%) respondentek nepoužívá při péči o pacienty s demencí prvky bazální stimulace. 16 (19%) respondentek pak používá tyto prvky občas, ale nezaznamenává je do ošetrovatelské dokumentace. 8 (9%) používá tyto prvky občas a zaznamenává je do ošetrovatelské dokumentace. 7 (8%) respondentek neví co to je bazální stimulace a 4 (5%) používá tyto prvky často, ale nezaznamenává je do ošetrovatelské dokumentace.

Otázka č. 19 Pokud byla Vaše předchozí odpověď ANO, tak jaké prvky bazální stimulace používáte?

Tabulka č. 22 Používané prvky bazální stimulace

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Dotek	12	30
Stimulující polohování	7	18
Plyšáci	3	8
Fotografie	2	5
Orofaciální stimulace	4	10
Komunikace	2	5
Míčkování	4	10
Oblíbené věci z domu	3	8
Vlastní hygienické pomůcky	2	5
Pouštění známé hudby	1	3
Celkem	40	100

Graf č. 22 Používané prvky bazální stimulace

**Komentář:**

Nejvíce používanými prvky bazální stimulace je dotek 12 (30%) respondentek, stimulující polohování 7 (18%), orofaciální stimulace a míčkování shodně 4 (10%), plyšáci a oblíbené věci z domu shodně 3 (8%) a fotografie, komunikace a vlastní hygienické pomůcky také shodně 2 (5%) respondentek. Pouštění známé hudby pak volila pouze jedna respondentka (3%).

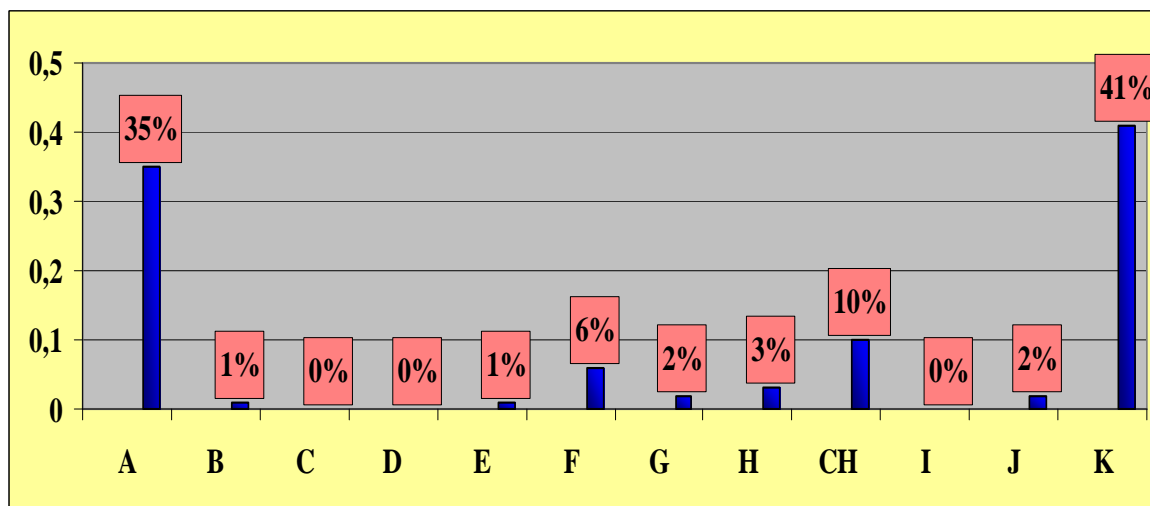
Otázka č. 20 Které hodnotící škály používáte při přijetí pacienta s diagnózou demence? (Můžete označit více možností)

Tabulka č. 23 Hodnotící škály

	Absolutní četnost	Relativní četnost
A) Mini-Mental State Examination	36	35
B) Test kreslení hodin	1	1
C) Škála pro hodnocení deliria	0	0
D) Škála deprese pro geriatrické pacienty	0	0
E) Neuropsychiatrický dotazník	1	1
F) Test základních všedních činností dle Barthelové (ADL)	6	6

G) Test instrumentálních všedních činností (IADL)	2	2
H) Screeningový test mobility	3	3
CH) Vizuální analogová škála bolesti	10	10
I) Škála pro měření bolesti u pokročilé demence (PAINAD)	0	0
J) Jiné	2	2
K) Žádné nepoužíváme	43	41
Celkem	104	100

Graf č. 23 Hodnotící škály

**Komentář:**

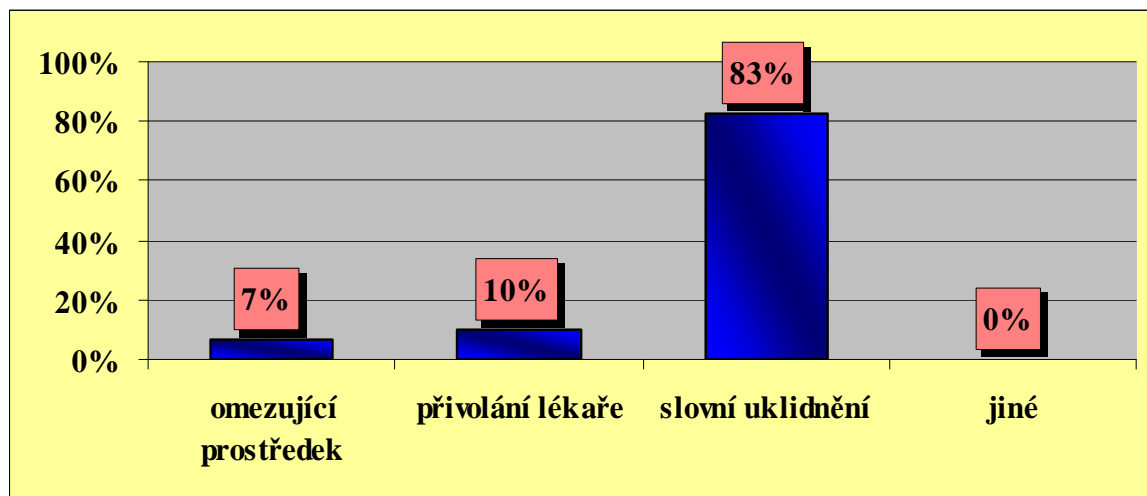
Možnost, kterou volily respondentky nejvíce, je „žádné hodnotící škály nepoužíváme“ 43 (41%), nejčastější škálou, kterou pak používají je Mini-Mental State Examination 36 (35%), druhou nejčastější je Vizuální analogová škála bolesti s četností 10 (10%) respondentek, ostatní možnosti se podílejí na odpovědi méně než 10 %.

Otázka č. 21 Co je pro Vás ve většině případů první volbou při agresivitě pacienta s demencí?

Tabulka č. 24 První volba při agresivitě pacienta

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Omezující prostředek	6	7
Přivolání lékaře	9	10
Slovní uklidnění	71	83
Jiné	0	0
Celkem	86	100

Graf č. 24 První volba při agresivitě pacienta



Komentář:

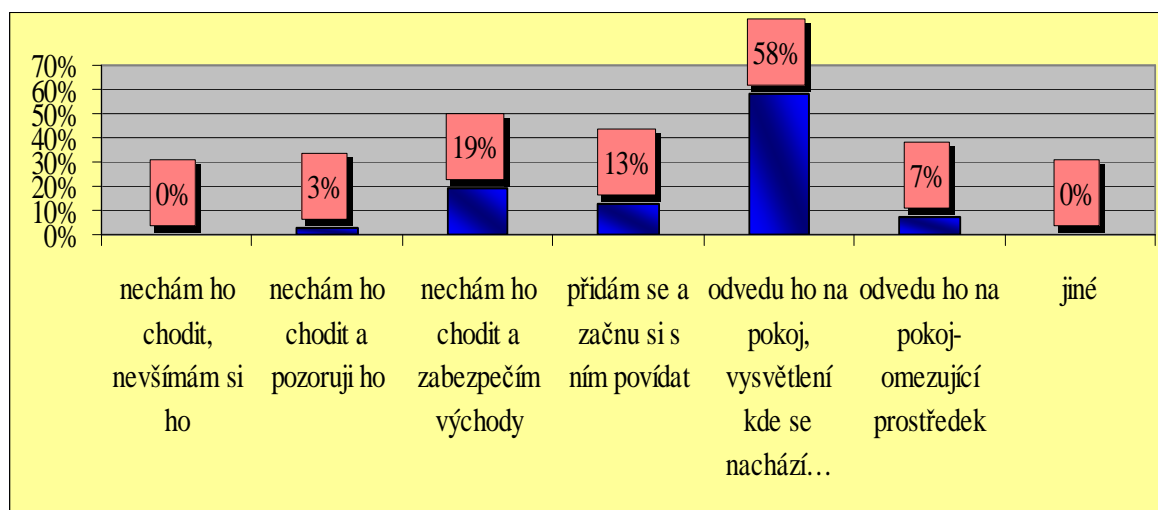
71 (83%) respondentek uvádí, že první volbou v tomto případě je pro ně slovní uklidnění, 9 (10%) respondentek pak uvádí, že jako první přivolají lékaře a 6 (7%) se uchyluje rovnou k omezujícím prostředkům.

Otázka č. 22 Co většinou děláte, když pacient s demencí začne bloudit?

Tabulka č. 25 Když pacient bloudí

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Nechám ho chodit, nevšímám si ho	0	0
Nechám ho chodit a pozoruji ho	3	3
Nechám ho chodit a zabezpečím východy	16	19
Přidám se k němu, začnu si s ním povídat	11	13
Odvedu ho na pokoj a vysvětlím mu, kde se nachází a	50	58
Odvedu ho na pokoj a použiji omezující prostředek	6	7
Jiné	0	0
Celkem	86	100

Graf č. 25 Když pacient bloudí

**Komentář:**

50 (58%) respondentek odvede při této situaci pacienta na pokoj a vysvětlí mu, kde se nachází. 16 (19%) jej pak nechá chodit a zabezpečí východy, 11 (13%) respondentek se

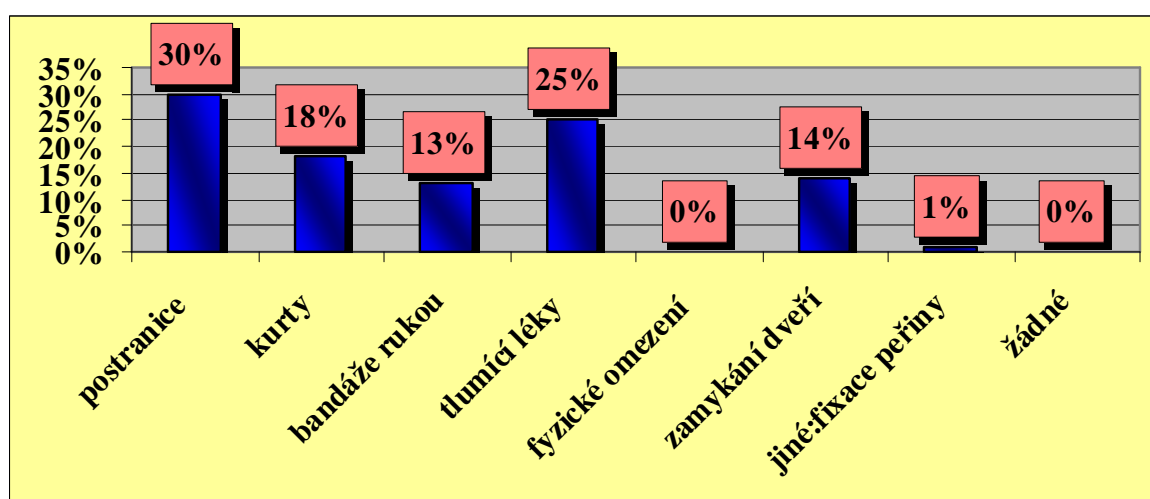
k němu přidá a začne si s ním povídat, 6 (7%) jej zavede na pokoj a použije omezující prostředek a 3 (3%) respondentek nechá pacienta chodit a pozoruje jej.

Otázka č. 23 Jaké omezující prostředky používáte? (Můžete označit více možností)

Tabulka č. 26 Používané omezující prostředky

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Postranice	83	30
Kurty	50	18
Bandáže rukou	37	13
Medikace-tlumící léky	69	25
Fyzické omezení personálem	1	0
Zamykání dveří	39	14
Jiné	2	1
Žádné nepoužíváme	0	0
Celkem	281	100

Graf č. 26 Používané omezující prostředky



Komentář:

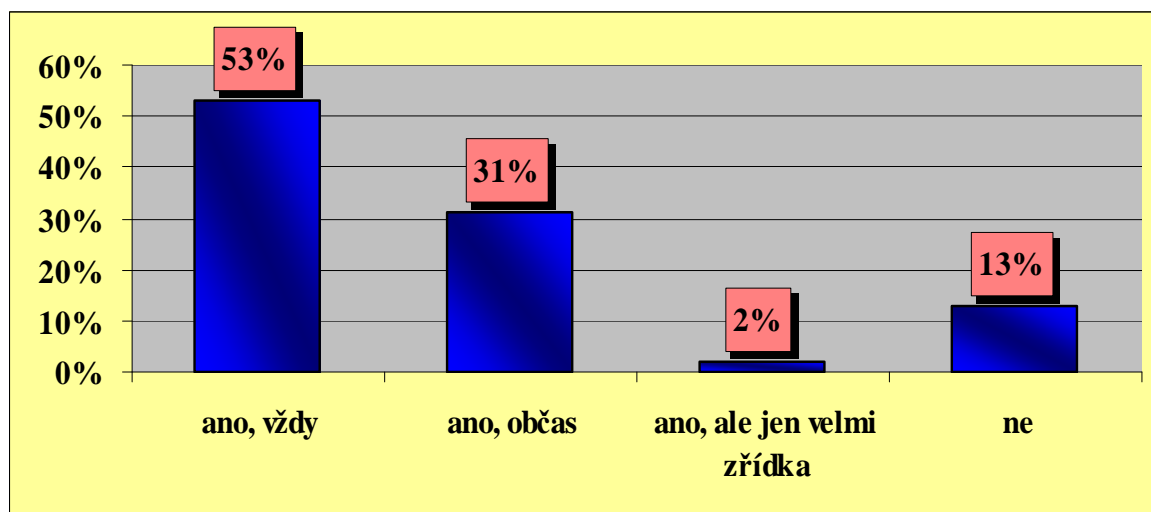
Mezi nejčastěji používané omezující prostředky patří s 83 (30%) četností postranice. 69 (25%) respondentek používá tlumící léky, 50 (18%) používá kurty, 39 (14%) zamyká dveře, 37 (13%) provádí bandáže rukou a 2 respondentky (1%) fixují peřiny.

Otázka č. 24 Použijete omezující prostředek pouze na doporučení lékaře?

Tabulka č. 27 Použití omezujícího prostředku na doporučení lékaře

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano, vždy	46	53
Ano, občas	27	31
Ano, ale jen velmi zřídka	2	2
Ne	11	13
Celkem	86	100

Graf č. 27 Použití omezujícího prostředku na doporučení lékaře



Komentář:

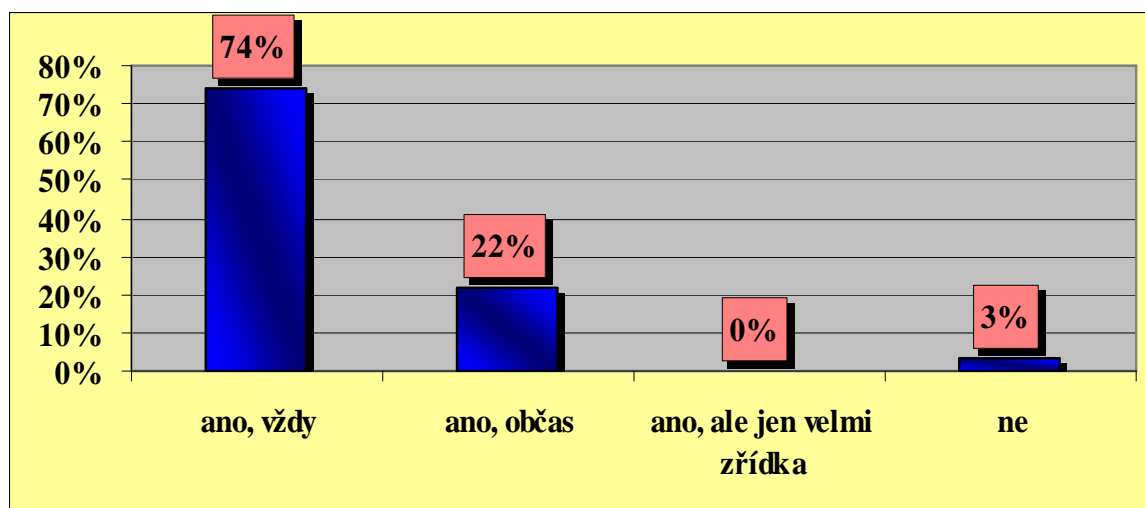
46 (53%) respondentek použije vždy omezující prostředky na doporučení lékaře, 27 (31%) pak použije tyto prostředky občas, 11 (13%) nepoužije tyto prostředky na doporučení lékaře vůbec a 2 respondentky (2%) použijí, ale jen velmi zřídka.

Otázka č. 25 Zaznamenáváte použití omezujícího prostředku do ošetrovatelské dokumentace pacienta?

Tabulka č. 28 Zaznamenávání použití omezujících prostředků

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano, vždy	64	74
Ano, občas	19	22
Ano, ale jen velmi zřídka	0	0
Ne	3	3
Celkem	86	100

Graf č. 28 Zaznamenávání použití omezujících prostředků



Komentář:

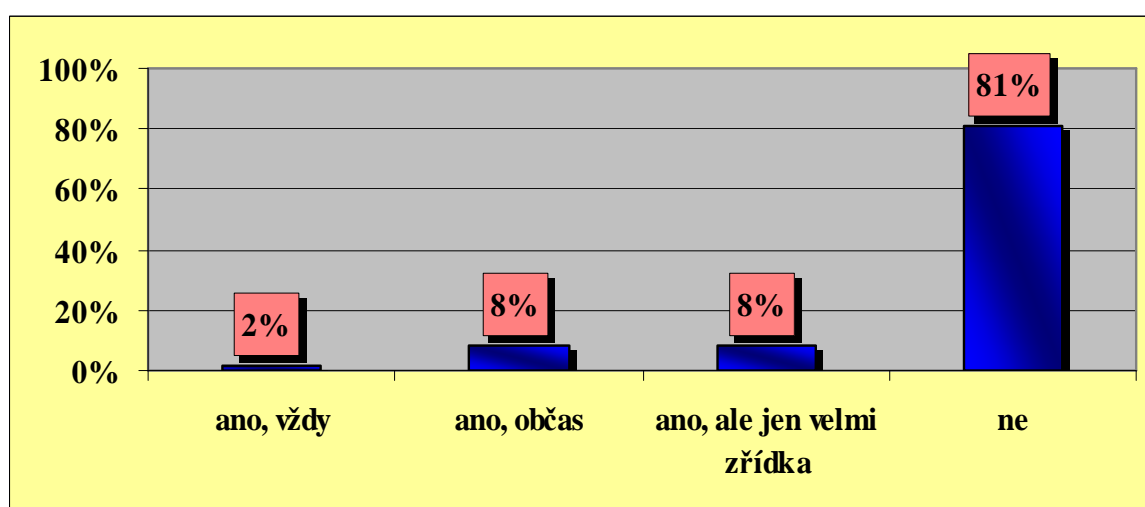
64 (74%) respondentek zaznamenává vždy použití omezujících prostředků do ošetrovatelské dokumentace. 19 (22%) zaznamenává užití těchto prostředků do ošetrovatelské dokumentace občas a 3 respondentky (3%) nezaznamenávají použití těchto prostředků vůbec.

Otázka č. 26 Je někdo z ošetřujícího personálu u pacienta přítomen po celou dobu použití omezujícího prostředku?

Tabulka č. 29 Přítomnost personálu u pacienta při použití omezujícího prostředku

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano, vždy	2	2
Ano, občas	7	8
Ano, ale jen velmi zřídka	7	8
Ne	70	81
Celkem	86	100

Graf č. 29 Přítomnost personálu u pacienta při použití omezujícího prostředku



Komentář:

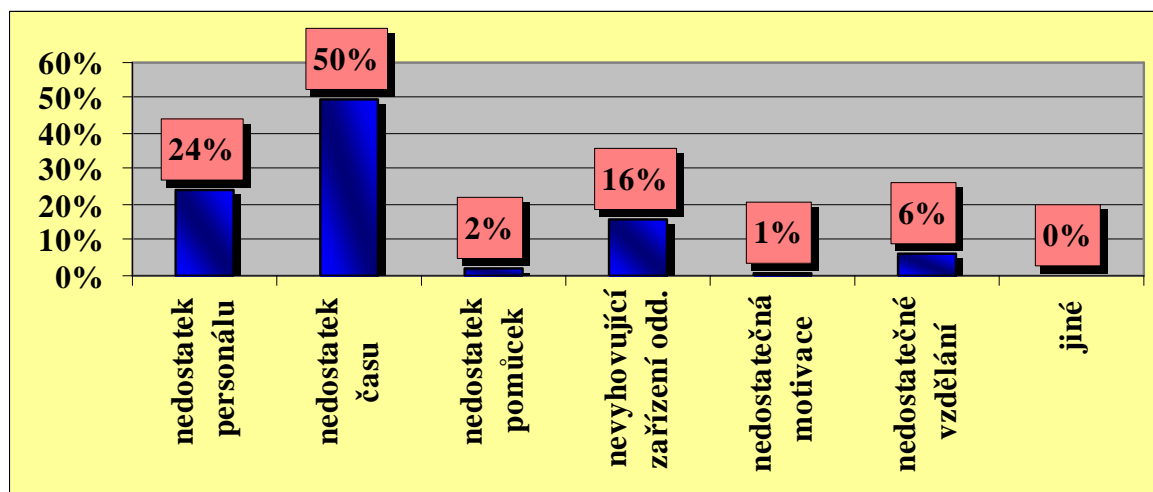
Celých 70 (81%) respondentek uvádí, že při použití omezujícího prostředku, není celou dobu někdo z ošetřujícího personálu přítomen u těchto pacientů. Shodně 7 (8%) respondentek uvádí, že ano, občas a ano, ale jen velmi zřídka. 2 respondentky (2%) pak uvádí ano, vždy.

Otázka č. 27 Co podle Vás nejčastěji negativně ovlivňuje Vaši péči o pacienty?

Tabulka č. 30 Negativní vliv na péči

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Nedostatek personálu	21	24
Nedostatek času	43	50
Nedostatek pomůcek	2	2
Nevyhovující zařízení odd.	14	16
Nedostatečná motivace	1	1
Nedostatečné vzdělání	5	6
Jiné	0	0
Celkem	86	100

Graf č. 30 Negativní vliv na péči



Komentář:

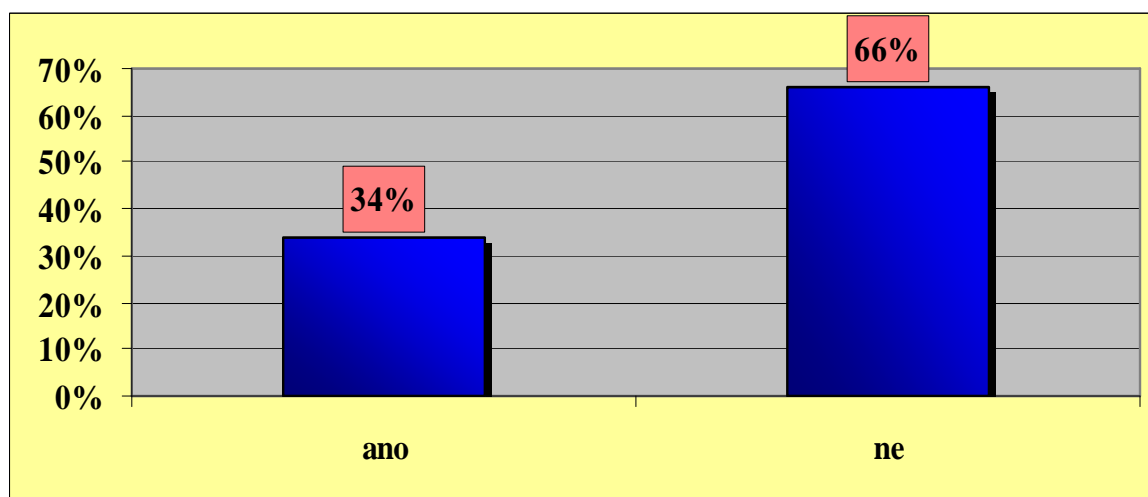
Dle respondentek ovlivňuje nejčastěji negativně jejich péči o pacienty nedostatek času 43 (50%), dále pak je to nedostatek personálu 21 (24%), nevyhovující zařízení na oddělení 14 (16%) a ostatní možnosti, které mají zanedbatelný počet odpovědí.

Otázka č. 28 Myslíte si, že jste byl(a) při studiu dostatečně seznámen(a) se specifiky ošetrovatelské péče o klienty s demencí?

Tabulka č. 31 Seznámení se specifiky oše. péče o klienty s demencí při studiu

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	29	34
Ne	57	66
Celkem	86	100

Graf č. 31 Seznámení se specifiky oše. péče o klienty s demencí při studiu

**Komentář:**

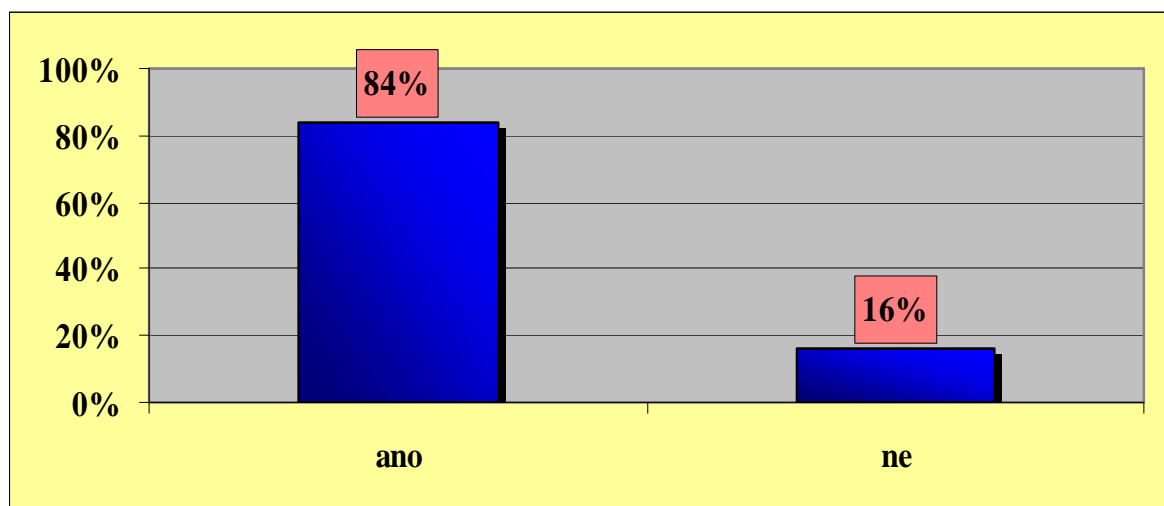
57 (66%) respondentek se domnívá, že nebyly při studiu dostatečně seznámeny se specifiky ošetrovatelské péče o klienty s demencí, 29 (34%) se pak domnívá, že dostatečně seznámeny s těmito specifiky byly.

Otázka č. 29 Máte zájem dál se vzdělávat v této problematice?

Tabulka č. 32 Zájem o další vzdělávání

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	72	84
Ne	14	16
Celkem	86	100

Graf č. 32 Zájem o další vzdělávání

**Komentář:**

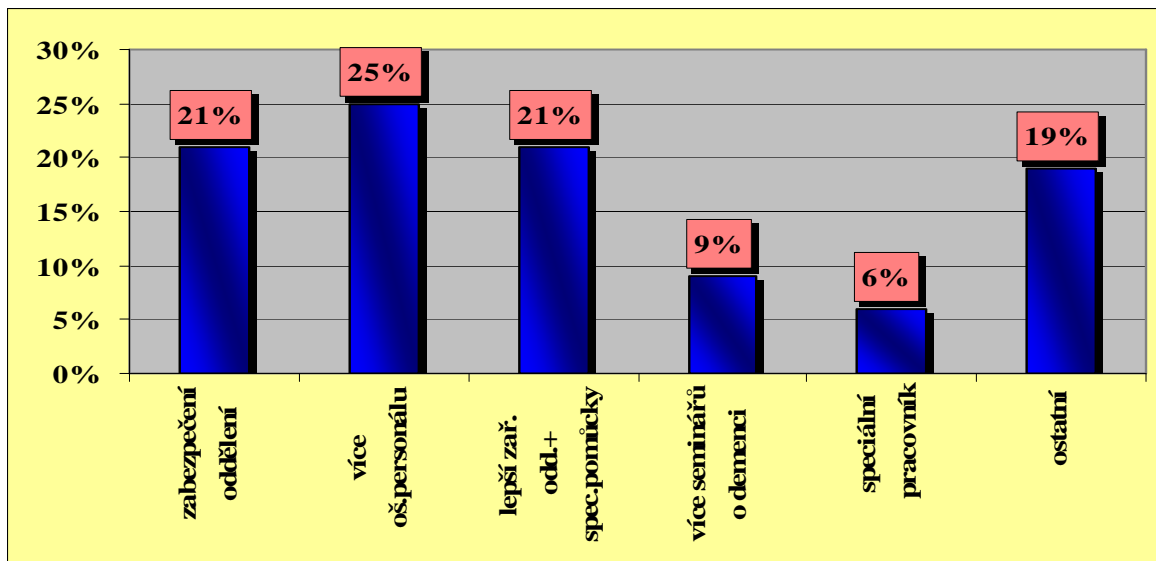
72 (84%) respondentek se má zájem dále vzdělávat v problematice péče o pacienty s demencí. 14 (16%) pak tento zájem nesdílí.

Otázka č. 30 Co byste konkrétně navrhoval(a) pro zlepšení péče o pacienty s demencí na Vašem oddělení?

Tabulka č. 33 Návrh pro zlepšení péče

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Zabezpečení oddělení	11	21
Více ošetrovatelského personálu	13	25
Lepší zařízení odd.+ speciální pomůcky	11	21
Více seminářů o demenci	5	9
Speciální pracovník	3	6
Ostatní	10	19
Celkem	53	100

Graf č. 33 Návrh pro zlepšení péče



Komentář:

13 (25%) respondentů navrhuje pro zlepšení péče o pacienty s demencí více personálu. Zabezpečení oddělení a celkově lepší zařízení se speciálními, zejména orientačními pomůckami, navrhuje v obou případech 11 (21%) respondentů. 5 (9%) respondentů si myslí, že je potřeba více odborných seminářů s touto problematikou. 3 (6%) respondenti si myslí, že by bylo vhodné, aby byl na oddělení speciální pracovník, který by se věnoval pouze těmto klientům. Mezi ostatní originální návrhy, které tvoří 19% všech odpovědí patří například také přijetí blízké osoby nemocného s demencí, která by byla osvobozena od všech poplatků, dále každodenní přítomnost ergoterapeuta, případně psychologa na oddělení, který by se těmto pacientům věnoval. Jeden respondent také uvedl, že by bylo dobré, aby na oddělení docházeli dobrovolníci, kteří by se věnovali vymýšlením aktivit pro nemocné s demencí. Jedním návrhem bylo také zlepšení platových podmínek personálu, dále zavedení používání hodnotících škál a náramků pro bloudící nemocné s demencí.

5 VYHODNOCENÍ HYPOTÉZ

Hypotéza 1.1 – H0 PŘIJATA

H₀ Více než polovina zdravotních sester se domnívá, že pacienti s demencí vyžadují při hospitalizaci zvláštní péči.

H_A Více než polovina zdravotních sester se domnívá, že pacienti s demencí nevyžadují při hospitalizaci zvláštní péči.

Domníváte se, že pacienti s demencí vyžadují při hospitalizaci zvláštní péči?

	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	86	100%
ne	0	0%

Komentář:

Na základě zjištěného výsledku přijímám nulovou hypotézu H₀. Více než polovina sester se tedy domnívá (ve skutečnosti 100%), že zvláštní péče je pro pacienty s demencí opravdu nutná.

Hypotéza 1.2 - H₀ PŘIJATA

H₀ Více než polovina zdravotních sester si myslí, že má hospitalizace pacienta s demencí spíše negativní vliv na jeho chování.

H_A Více než polovina zdravotních sester si myslí, že má hospitalizace pacienta s demencí spíše pozitivní vliv na jeho chování.

Jaký má podle Vás vliv hospitalizace pacienta trpícího určitým typem demence na jeho chování?

	Absolutní četnost	Relativní četnost
spíše pozitivní	2	2%
spíše negativní	74	86%
žádný-jeho chování neovlivňuje	0	0%
nedovedu posoudit	10	12%
celkem	86	100%

Komentář:

Přijímám H₀. Více než polovina sester (86%) se správně domnívá, že hospitalizace má na tyto pacienty negativní vliv.

Hypotéza 2.1 - H0 PŘIJATA

H₀ Více než polovina zdravotních sester považuje své pracoviště za nedostatečně přizpůsobené pro péči o pacienty s demencí.

H_A Více než polovina zdravotních sester považuje své pracoviště za dostatečně přizpůsobené pro péči o pacienty s demencí.

Domníváte se, že je oddělení, na kterém pracujete dostatečně přizpůsobené pacientům s demencí?

	Absolutní četnost	Relativní četnost
rozhodně ano	4	5 %
spíše ano	20	23 %
spíše ne	55	64 %
rozhodně ne	7	8 %
celkem	86	100%

Komentář:

Přijímám H₀, více než polovina sester (72,1%) se tedy domnívá, že jejich oddělení není dostatečně přizpůsobené pacientům s demencí.

Hypotéza 2.2 – H₀ PŘIJATA

H₀ Více než polovina zdravotních sester se domnívá, že nejvíce negativně jejich péči ovlivňuje nedostatek času a personálu.

H_A Více než polovina zdravotních sester se domnívá, že nejméně negativně jejich péči ovlivňuje nedostatek času a personálu.

Co podle Vás nejčastěji negativně ovlivňuje Vaši péči o pacienty?

	Absolutní četnost	Relativní četnost
nedostatek personálu	21	24 %
nedostatek času	43	50 %
nedostatek pomůcek	2	2 %
nevyhovující zařízení odd.	14	16 %
nedostatečná motivace	1	1 %
nedostatečné vzdělání	5	6 %
jiné	0	0 %
celkem	86	100 %

Komentář:

Přijímám H₀, více než polovina sester (74,4%) se domnívá, že jejich práci nejčastěji negativně ovlivňuje právě nedostatek personálu (24,4%) a nedostatek času (50%).

Hypotéza 3.1 - H₀ ZAMÍTNUTA

H₀ Hodnocení kvality péče o pacienta s demencí není závislé na délce praxe dosažené sestrami.

H_A Hodnocení kvality péče o pacienta s demencí je závislé na délce praxe dosažené sestrami.

kontingenční tabulka (pozorované četnosti)

Hodnocení kvality péče v závislosti na dosažené praxi respondentů

		Délka praxe					Celkem
		0-5 let	6-10 let	11-15 let	16-20 let	21 a více let	
hodnocení kvality péče na stupnici od 1 do 10	nejhorší péče	0	0	0	0	0	0
	2	2	0	0	0	0	2
	3	4	0	0	0	0	4
	4	16	0	0	0	0	16
	5	3	1	0	0	0	4
	6	11	0	0	0	0	11
	7	2	12	0	0	0	14
	8	0	10	5	0	0	15
	9	0	0	4	5	3	12
	nejlepší péče	0	0	0	0	8	8
Celkem		38	23	9	5	11	86

Kontingenční tabulka dle vzorce $f'_{ij} = \frac{g_i \cdot h_j}{N}$ (teoretické hodnoty)

Hodnocení kvality péče v závislosti na dosažené praxi respondentů

		Délka praxe					Celkem
		0-5 let	6-10 let	11-15 let	16-20 let	21 a více let	
hodnocení kvality péče na stupnici od 1 do 10	nejhorší péče	0	0	0	0	0	0
	2	0,8837209	0,5348837	0,2093023	0,1162791	0,255814	2
	3	1,7674419	1,0697674	0,4186047	0,2325581	0,5116279	4
	4	7,0697674	4,2790698	1,6744186	0,9302326	2,0465116	16
	5	1,7674419	1,0697674	0,4186047	0,2325581	0,5116279	4
	6	4,8604651	2,9418605	1,1511628	0,6395349	1,4069767	11
	7	6,1860465	3,744186	1,4651163	0,8139535	1,7906977	14
	8	6,627907	4,0116279	1,5697674	0,872093	1,9186047	15
	9	5,3023256	3,2093023	1,255814	0,6976744	1,5348837	12
	nejlepší péče	3,5348837	2,1395349	0,8372093	0,4651163	1,0232558	8
Celkem		38	23	9	5	11	86

Kontingenční tabulka pro vztah výpočtu testovacího kritéria $\chi^2 = \sum_{i=1}^m \sum_{j=1}^n \frac{(f_{ij} - f'_{ij})^2}{f'_{ij}}$

Hodnocení kvality péče v závislosti na dosažené praxi respondentů

		Délka praxe					Celkem
		0-5 let	6-10 let	11-15 let	16-20 let	21 a více let	
hodnocení kvality péče na stupnici od 1 do 10	nejhorší péče	0	0	0	0	0	0
	2	1,4100367	0,5348837	0,2093023	0,1162791	0,255814	2,5263158
	3	2,8200734	1,0697674	0,4186047	0,2325581	0,5116279	5,0526316
	4	11,280294	4,2790698	1,6744186	0,9302326	2,0465116	20,210526
	5	0,8595471	0,0045501	0,4186047	0,2325581	0,5116279	2,0268879
	6	7,755202	2,9418605	1,1511628	0,6395349	1,4069767	13,894737
	7	2,8326631	18,203813	1,4651163	0,8139535	1,7906977	25,106244
	8	6,627907	8,9391641	7,4956934	0,872093	1,9186047	25,853462
	9	5,3023256	3,2093023	5,9965547	26,531008	1,3985201	42,43771
	nejlepší péče	3,5348837	2,1395349	0,8372093	0,4651163	47,56871	54,545455
Celkem		42,422932	41,321946	19,666667	30,833333	57,409091	191,65397

Komentář:

Počet stupňů volnosti pro výpočet kritické hodnoty je 36 dle vztahu $(5-1) \cdot (10-1)$. Kritická hodnota při hladině významnosti 0,05 je potom 51.

Protože je testové kritérium (191,65) větší, než-li kritická hodnota (51), zamítáme H_0 na hladině významnosti 0,05. Mezi délkou praxe a hodnocením kvality péče tedy existuje statisticky významná závislost.

Hypotéza 3.2 – H0 PŘIJATA

H₀ Více než polovina sester, které se setkávají s pacienty trpící demencí na svém pracovišti často a velmi často, se domnívá, že kvalita péče o tyto pacienty na jejich oddělení je dostatečná.

H_A Více než polovina sester, které se setkávají s pacienty trpící demencí na svém pracovišti často a velmi často, se domnívá, že kvalita péče o tyto pacienty na jejich oddělení je nedostatečná.

		Otázka č.9a				celkem
		rozhodně ano	spíše ano	spíše ne	rozhodně ne	
otázka č.6	velmi často	21	19	0	0	40
	často	0	23	1	0	24
	občas	0	0	19	0	19
	ojediněle	0	0	1	2	3
	téměř vůbec	0	0	0	0	0
celkem		21	42	21	2	86

Komentář:

Z kontingenční tabulky je patrné, že 63 sester (73%), které se s pacienty trpícími demencí setkávají velmi často a často, se také domnívají, že o ně je na jejich pracovišti kvalitně postaráno.

Hypotéza 3.3 – H0 PŘIJATA

H₀ Více než polovina sester nepoužívá při péči o pacienta s demencí žádné prvky bazální stimulace.

H_A Více než polovina sester používá při péči o pacienta s demencí žádné prvky bazální stimulace.

Využíváte v péči o tyto klienty prvky bazální stimulace?

	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano,často+ záznam	0	0 %
ano,občas+ záznam	8	9 %
ano, často, nezaznamenávám	4	5 %
ano, občas,nezaznamenávám	16	19 %
ne	51	59 %
nevím, co to je	7	8 %
celkem	86	100%

Komentář:

Přijímám H₀, více než polovina sester (59 %) nepoužívá v péči o pacienty s demencí žádné prvky bazální stimulace.

Hypotéza 3.4 - H0 ZAMÍTNUTA

H₀ Více než polovina sester získává informace o pacientovi od rodinných příslušníků, či jiných pečujících osob jen velmi zřídka, nebo vůbec.

H_A Méně než polovina sester získává informace o pacientovi od rodinných příslušníků, či jiných pečujících osob jen velmi zřídka, nebo vůbec.

Informujete se i o každodenních zvycích a rituálech pacienta s demencí od příbuzných, pracovníků sociálních zařízení a jiných pečujících?

	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano, vždy	5	6 %
ano, občas	43	50 %
ano, ale jen velmi zřídka	31	36 %
ne	7	8 %
celkem	86	100 %

Komentář:

Zamítám H₀, méně než polovina (44,1%) sester získává tyto informace od příbuzných, pracovníků soc. zařízení a jiných pečujících, velmi zřídka, nebo vůbec.

Tento výsledek mě vzhledem k vlastním zkušenostem, překvapil, ale je samozřejmě dobře, že většina zdravotních sester tyto důležité informace od příbuzných či jiných pečujících získává, jelikož je to základem dobré spolupráce s klientem a tedy i kvalitní péče, o kterou především jde.

Hypotéza 4.1 – H0 ZAMÍTNUTA

H₀ Více než polovina sester nepoužívá vždy/občas omezující prostředky pouze na doporučení lékaře a tyto prostředky vždy nezaznamenává do ošetrovatelské dokumentace.

H_A Více než polovina sester používá vždy/občas omezující prostředky pouze na doporučení lékaře a tyto prostředky vždy zaznamenává do ošetrovatelské dokumentace.

Používání omezujících prostředků na doporučení lékaře a jejich zápis do ošetrovatelské dokumentace

		ot.č.25				Celkem
		ano,vždy	ano,občas	zřídka	ne	
ot.č.24	ano,vždy	46	0	0	0	46
	ano,občas	18	9	0	0	27
	zřídka	0	2	0	0	2
	ne	0	8	0	3	11
Celkem		64	19	0	3	86

Komentář:

Zamítám H₀, více než polovina sester (74,4%) používá vždy/občas omezující prostředky pouze na doporučení lékaře a tyto prostředky vždy zaznamenává do ošetrovatelské dokumentace.

Hypotéza 4.2 – H0 PŘIJATA

H₀ Při použití omezujících prostředků není ve většině případech pacient po celou dobu pod nepřetržitou kontrolou zdravotnického personálu.

H_A Při použití omezujících prostředků je ve většině případech pacient po celou dobu pod nepřetržitou kontrolou zdravotnického personálu.

Je někdo z ošetřujícího personálu u pacienta přítomen po celou dobu použití omezujícího prostředku?

	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano, vždy	2	2 %
ano, občas	7	8 %
ano, ale jen velmi zřídka	7	8 %
ne	70	81%
celkem	86	100%

Komentář:

Přijímám H₀, téměř 100% sester uvádí, že ne vždy je někdo z ošetřujícího personálu u pacienta přítomen po celou dobu použití omezujícího prostředku. Toto je z mého pohledu dáno hlavně nedostatkem personálu.

Hypotéza 5.1 – H0 ZAMÍTNUTA

H₀ Více než polovina dotazovaných sester si myslí, že nebyly při studiu dostatečně seznámeny se specifiky ošetrovatelské péče o pacienty s demencí a mají zájem se v této problematice dále vzdělávat.

H_A Méně než polovina dotazovaných sester si myslí, že nebyly při studiu dostatečně seznámeny se specifiky ošetrovatelské péče o pacienty s demencí a mají zájem se v této problematice dále vzdělávat.

Specifika péče o pacienty s demencí při studiích a další zájem se vzdělávat

		ot.č.29		Celkem
		ano	ne	
ot.č.28	ano	29	0	29
	ne	43	14	57
Celkem		72	14	86

Komentář:

Zamítám H₀, méně než polovina sester (50%) se domnívá, že nebyla dostatečně seznámena při studiu se specifiky péče o pacienty s demencí a zároveň se chce v této oblasti dále vzdělávat.

6 DISKUZE

Hlavním cílem praktické části mé bakalářské práce bylo zmapovat péči o klienty s demencí prostřednictvím zdravotních sester. K realizaci průzkumného šetření jsem si vybrala metodu dotazníku, kterou jsem aplikovala v Krajské nemocnici T. Bati, a.s., ve které jsem po dobu téměř pěti let vykonávala praxi v rámci studia, a také zde již nějakou dobu pracuji. Mohu proto tedy některé výsledky průzkumného šetření konfrontovat se svými osobními zkušenostmi. V dotazníkovém šetření odpovědělo celkem 86 zdravotních sester, ve věkové hranici 18-60 let, které pracují na odděleních gerontologického centra, interní kliniky, neurologie a chirurgie. Nepodařilo se mi bohužel zajistit stejný počet respondentek z jednotlivých oddělení, a to jednak z důvodu nepoměru velikosti pracovišť, tedy i množství personálu, ale také z důvodu neochoty vyplňovat tento dotazník na některých odděleních.

Na začátku praktické části jsem si stanovila 5 dílčích cílů a 11 hypotéz. Jednotlivé hypotézy jsem ověřila na základě výsledků dotazníkového šetření a jednu také pomocí statistické metody chí-kvadrát. Zde uvádím pouze stanovené cíle, shrnutí jednotlivých hypotéz a zajímavosti některých odpovědí v dotazníku.

Cíl č. 1: Zjistit pohled zdravotních sester na hospitalizaci pacientů s demencí

K tomuto cíli jsem stanovila 2 hypotézy, které se mi obě potvrdily. Všech 86 (100%) zdravotních sester se domnívá, že pacienti s demencí vyžadují při hospitalizaci zvláštní péči. A více než polovina (86%) dotazovaných sester si také správně myslí, že hospitalizace má na pacienta s demencí negativní vliv.

Cíl č. 2: Zjistit kvalitu podmínek pro péči o pacienty s demencí na standardním

lůžkovém oddělení z pohledu zdravotních sester

K tomuto cíli se vztahovaly 2 hypotézy. První hypotéza se rovněž potvrdila. Více než polovina sester (72%) považuje své pracoviště za nedostatečně přizpůsobené pacientům s demencí. Skutečně standardní lůžková oddělení akutní, ale ani dlouhodobé péče nejsou pro tyto klienty dostatečně přizpůsobená. Jednak hlavním problémem je nedostatek personálu ošetrovatelského, ale také specializovaného (ergoterapeutů, fyzioterapeutů, rehabilitačních sester, apod.). I když 65 (57%) respondentek udává, že se na jejich oddělení denně mimo víkend věnuje pacientům rehabilitační sestra a v menších počtech jsou uvedeni i jiní

specialisté (viz otázka č. 14, tab. č. 16), je podle mých osobních zkušeností těchto pracovníků vzhledem k počtu pacientů nedostatek. Další problém plyne z rozdílnosti zabezpečení oddělení. Některá pracoviště nejsou zabezpečena vůbec, jak vyplývá z odpovědí respondentek na otázku v dotazníku č. 11 (viz tab. č. 12). Celodenně je podle odpovědí oddělení uzavřeno pouze ve 14% a v noci v 58%. Na některých odděleních se využívá mechanický zámek, jinde elektronický systém. Uzavření oddělení je velká problematika, která by měla být vyřešena. Na jednu stranu se udává, že nemocniční oddělení by neměla být vůbec uzavřená, na druhou zase, že by měla být chráněná proti vstupu nepovolaných osob, ale odchodům pacientům z oddělení se nesmí bránit. A jak tedy vyřešit problematiku nestřežených odchodů bloudících nemocných s demencí? Možností je více. Například využití náramků s identifikačními údaji (stačilo by i oddělení a telefonní číslo) nebo s kódy, které zavedla ČALS v rámci projektu „Bezpečný návrat“, které by umožnily snadnější návrat zbloudivších pacientů s demencí. S využitím těchto náramků souhlasilo 66% respondentek. Další možností je využití kamer, či různých alarmů, zvonků na dveřích, adt. Potíž je ale v tom, že i tato opatření jsou považována za určitý typ restriktce. Jediným neomezujícím opatřením je snad jen navýšení personálu. K přizpůsobení pracoviště patří bezpochyby i jeho vybavení. Pacienti s demencí mají omezenou schopnost orientace i v prostoru. Proto je důležité podpořit orientaci těchto pacientů viditelným označením všech místností. Může se také využít různých symbolů, značek, barevných označení instalací, kontrastních pásek, atd. 56% respondentek uvedlo, že žádné pomůcky k usnadnění orientace na svém pracovišti nepoužívají. 50% respondentek, které orientační pomůcky používají, si je vlastnoručně vyrábí. Zbývající používají továrně vyrobené cedule, nebo barevné označení. Druhá hypotéza vztahující se k tomuto cíli se mi také potvrdila. Více než polovina sester (74%) se domnívá, že jejich péči o pacienty nejčastěji negativně ovlivňuje právě nedostatek personálu (24%) a nedostatek času (50%). V otázce potvrzující tuto hypotézu měly respondentky možnost pouze jedné odpovědi. Myslím si, že odpověď „nedostatek času“ byla vybrána jako nejčastější, protože pro sestry je zrovna tento problém nejaktuálnější a jenž právě vyplývá z nedostatku personálu. Většina sestra také uvádí nedostatek času jako hlavní důvod proč nevymýšlejí aktivity pro pacienty s demencí. Některé respondentky ale největší problém v jejich péči vidí v nedostatku pomůcek, nevyhovujícím zařízení oddělení, také v nedostatečném vzdělání v této problematice a jedna dokonce udává, že není dostatečně motivována.

Cíl č. 3: Zjistit kvalitu péče o pacienty s demencí z pohledu zdravotních sester

K tomuto cíli jsem stanovila čtyři hypotézy. První z nich, kterou jsem ověřovala pomocí statistické metody chí-kvadrát, jsem zamítla. Mezi délkou praxe a hodnocením kvality péče existuje statisticky významná závislost. Druhá hypotéza se mi potvrdila, jelikož 63 sester (73%), které se s pacienty trpícími demencí setkávají velmi často a často, se také domnívají, že o ně je na jejich pracovišti kvalitně postaráno. Toto je podle mého názoru dáno právě tím, že jsou často v kontaktu s pacienty s demencí, a tudíž mají větší zkušenosti, které se odráží na kvalitě samotné péče. Zároveň ale přijetím této hypotézy nastává rozpor s hypotézou 2.1, kde se více jak polovina sester domnívá, že jejich pracoviště není dostatečně přizpůsobené pro klienty s demencí. Třetí hypotézu jsem rovněž přijala. Více než polovina sester (59%) opravdu nepoužívá v péči o pacienty s demencí žádné prvky bazální stimulace. Dokonce 8% respondentek neví, co to bazální stimulace je. Je to dáno tím, že tato metoda je u nás používána relativně krátce a spíše se využívá v neonatologii a u pacientů na ARO a JIP. Aby mohl zdravotník využívat bazální stimulaci komplexně v celém jejím rozsahu a správně, musí být zaškolen. Kurz bazální stimulace je možné absolvovat individuálně. Považuji ale za patřičné, zajišťování těchto kurzů samotnými nemocnicemi. Bazální stimulace je velmi vhodnou metodou komunikace s pacienty s demencí, zejména v jejím pokročilém stádiu. Některé jednotlivé prvky bazální stimulace, jak ostatně ukazují i odpovědi respondentek (viz. otázka č. 19, tab. č. 22), jsou samozřejmě v ošetrovatelské praxi používány. Poslední hypotézu, vztahující se ke stanovenému cíli, jsem musela na základě výsledků šetření zamítnout, jelikož méně než polovina (44 %) sester získává informace o každodenních zvycích a rituálech pacienta od příbuzných, pracovníků soc. zařízení a jiných pečujících, velmi zřídka, nebo vůbec. I když mě zamítnutí hypotézy vzhledem k mým osobním zkušenostem překvapilo, je samozřejmě dobře, že většina zdravotních sester se o informace o pacientovi zajímá, jelikož to patří k zásadám správné péče. Se sběrem informací o pacientovi také souvisí používání hodnotících škál. Z výsledků šetření je ale patrné jejich nízké využití. Nejčastěji je u nemocných s demencí používán Mini-Mental State Examination (MMSE) a dále pak vizuální analogová škála bolesti.

Cíl č. 4: Zjistit okolnosti používání omezujících prostředků

Problematika restriktivních opatření, tedy nadužívání omezujících prostředků je velmi aktuální a podle mě stále nedořešená. Z výsledků dotazníkového šetření vyplývá, že ačkoliv se více než polovina sester domnívá, že je péče na jejich oddělení kvalitní, všechny sestry uvedly, že na svých odděleních používají omezující prostředky. První tři pozice ve výčtu používaných omezujících prostředků patří postranicím, medikaci a kurtům. Překvapilo mě, že fyzické omezení personálem uvedla pouze jedna respondentka, jelikož tohoto omezení se podle mě využívá velmi často, ale personál není školen v použití správných hmatů, jak by tomu mělo být, aby nedošlo k poranění pacienta i jeho samotného. Má první hypotéza vztahující se k používání omezujících prostředků se mi nepotvrdila, musela jsem ji tedy zamítnout. Z odpovědí respondentek vyplývá, že více než polovina sester (74%) používá vždy nebo občas omezující prostředky na doporučení lékaře a tyto prostředky vždy zaznamenává do ošetrovatelské dokumentace.

Tento výsledek mě hodně překvapil, očekávala jsem pravý opak, se kterým se často setkávám. Například v největším zastoupení z řady omezujících prostředků byly postranice, které se využívají zejména k prevenci pádů pacientů. Je pravda ale, že někdy jsou používány nadbytečně a neoprávněně i u pacientů s demencí, kteří bloudí. A právě v případech postranic jsem se nesetkala, že by sestra konzultovala jejich použití s lékařem. Druhá hypotéza se potvrdila. Téměř 100% sester uvádí, že ne vždy je někdo z ošetřujícího personálu u pacienta přítomen po celou dobu použití omezujícího prostředku, tak jak by to mělo být pravidlem. Podle doporučení Evropské Alzheimerovské společnosti by měl být alespoň jeden člen ošetrovatelského personálu po celou dobu použití omezujícího prostředku v přímém verbálním a vizuálním kontaktu s pacientem. Toto by ale podle mne bylo možné zajistit vždy pouze za předpokladu navýšení personálu.

Cíl č. 5: Zmapovat míru vzdělání a zájem o další vzdělání zdravotních sester v problematice demencí

K tomuto cíli jsem stanovila pouze jedinou hypotézu a ta byla zamítnuta, ale pouze o 1 %. Méně než polovina sester (50%) se tedy domnívá, že nebyla dostatečně seznámena při studiu se specifiky péče o pacienty s demencí a zároveň se chce v této oblasti dále vzdělávat.

V poslední otázce dotazníku jsem se ptala zdravotních sester, co konkrétně by navrhovaly pro zlepšení péče o pacienty s demencí na svém oddělení. Odpovědělo jich pouze 31. Nejčastěji udávaným návrhem je zvýšení počtu ošetrovatelského personálu. Mezi ostatní návrhy patří lepší zabezpečení oddělení a celkově lepší zařízení se speciálními, zejména orientačními pomůckami, více odborných seminářů s touto problematikou, speciální pracovník, který by se věnoval pouze těmto klientům. Mezi ostatní originální návrhy patří například také přijetí blízké osoby nemocného s demencí, která by byla osvobozena od všech poplatků, dále každodenní přítomnost ergoterapeuta, případně psychologa na oddělení, který by se těmto pacientům věnoval. Jeden respondent také uvedl, že by bylo dobré, aby na oddělení docházeli dobrovolníci, kteří by se věnovali vymýšlením aktivit pro nemocné s demencí. Jedním návrhem bylo také zlepšení platových podmínek personálu, dále zavedení používání hodnotících škál a náramků pro bloudící nemocné s demencí. I když na tuto, z mého pohledu jednu z nejdůležitějších otázek, neodpověděly všechny sestry a to buď z nezájmu cokoliv zlepšovat, nebo z důvodu, že nevědí, co by péči mohlo zlepšit a nebo také pouze z neochoty či nedostatku času zamýšlet se nad problematikou, část se jich ale zamyslela. To je důkazem toho, že se tyto sestry domnívají, že opravdu je co zlepšovat a mají zájem poskytovat nemocným s demencí i v nemocničním prostředí kvalitní péči, kterou si bezesporu zaslouží.

Svůj průzkum považuji za úspěšný, jelikož se mi podařilo prostřednictvím relativně dostačujícího vzorku respondentů naplnit stanovené cíle a také potvrdit většinu hypotéz.

S uvedenými návrhy na zlepšení péče o klienty s demencí plně souhlasím.

7 ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci se zabývám péčí o klienty s demencí, a to konkrétně v nemocničním prostředí. Má práce je členěna na část teoretickou a praktickou. V teoretické části jsem se snažila popsat nejprve základní problematiku demencí, tedy etiopatogenezi, příznaky, druhy, diagnostiku, farmakologickou a nefarmakologickou terapii demence. A poté v druhé části jsem se zaměřila na zásady správné péče o pacienty s demencí. Do této kapitoly jsem zařadila jednak základní pravidla přístupu k pacientů s demencí, specifika ošetrovatelské péče a zvládání změn chování. Dále je zde zahrnuta problematika používání omezujících prostředků, zásady správné komunikace s nemocnými s demencí, bazální stimulační a také návrhy na vhodnou úpravu nemocničního prostředí pro tyto pacienty.

V části praktické jsem nejprve stanovila cíle a hypotézy, které jsem pak ověřovala na základě informací získaných z dotazníkového šetření, realizovaného u zdravotních sester, pracujících na standardních lůžkových odděleních, kde mohou být často v kontaktu s pacienty s demencí. Pro ověření jedné hypotézy jsem použila statistickou metodu chí-kvadrát. Jednotlivé výsledky jsem pro lepší přehlednost graficky zpracovala.

I když se mi v průzkumném šetření nepotvrdily všechny mé hypotézy a některé ze zamítnutých mě mile překvapily, jelikož na rozdíl od mých domněnek vyplývaly kladně, stále se domnívám, že právě problematika kvality péče o pacienty s demencí v nemocnici je velmi aktuální a měla by být řešena. Mezi hlavní problémy, které vyplývají také z dotazníkového šetření, patří nadužívání a také nesprávné použití restrikce, nedostatek personálu a jeho vzdělání v zásadách správné péče o tyto klienty, nedostatečné přizpůsobení oddělení a také ne 100%-ní spolupráce zdravotních sester s rodinnou nemocného, či jinými pečujícími osobami.

Součástí mé práce je také informační materiál určený zdravotním sestřím, který jim může poskytnout užitečné rady v péči o klienty s demencí.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

MONOGRAFIE:

- [1] BÁRTLOVÁ, S., SADÍLEK, P., TÓTHOVÁ, V. *Výzkum a ošetrovatelství*. 2. vyd. Brno: NCO NZO, 2008. 185 s. ISBN 978-80-7013-467-2
- [2] BUIJSSEN, H. *Demence*. 1 vyd. Praha: Portál, 2006. 136 s. ISBN 80-7367-081-X
- [3] HÁTLOVÁ, B., SUCHÁ, J. *Kinezioterapie demencí*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. 112 s. ISBN 80-7254-564-7
- [4] HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ, J., a kol. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. 1. vyd. Praha: EV public relations, spol. s.r.o., 2007. 299 s. ISBN 978-80-254-0177-4
- [5] HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., NOVÁKOVÁ, H. *Alzheimerova choroba v rodině*. Praha: Pfizer spol. s.r.o., 2004
- [6] HORT, J., JIRÁK, R. *Alzheimerova choroba a jiné demence aneb co v učebnicích 20. století nebylo*. 1. vyd. Praha: MediMedia Information, 2007. 32 s. ISBN 978-80-86336-07-7
- [7] JIRÁK, R., KOUKOLÍK, F. *DEMENCE Neurobiologie, klinický obraz, terapie*. 1 vyd. Praha: Galén, 2004. 335 s. ISBN 80-7262-268-4
- [8] KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., a kol. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4
- [9] KOBĚRSKÁ, P., a kol. *Společnou cestou*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-851-1
- [10] KUČEROVÁ, H. *Demence v kazuistikách*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 112 s. ISBN 80-247-1491-4
- [11] KUKUMBERG, P. *K niektorým etickým otázkám súčasnej medicíny*. 1. vyd. Bratislava: Herba, spol. s.r.o., 2007. 132 s. ISBN 978-80-89171-52-1
- [12] LANGER, V., KOPECKÝ, M. *Úvod do počtu pravděpodobnosti a matematické statistiky*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. 64 s. ISBN 80-244-1032-X
- [13] MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie: učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 144 s. ISBN 80-7178-700-0
- [14] PIDRMAN, V. *Demence*. 1 vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 184 s.

- ISBN 978- 80-247-1490-5
- [15] PIDRMAN, V., KOLIBÁŠ, E. *Změny jednání seniorů*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 189 s. ISBN 80-7262-363-X
- [16] PREISS, M., KUČEROVÁ, H. a kol. *Neuropsychologie v neurologii*. Praha: Grada Publishing, 2006. 362 s. ISBN 80-2470-843-4
- [17] RABOCH, J., ZRZAVECKÁ, I., DOUBEK, P. „*Nemocná duše-nemocný mozek: klinická zkušenost a fakta*“. 1. vyd. Praha: Galén, 2006. 286 s. ISBN 80-7262-420-2
- [18] TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 270 s. ISBN 80-7262-365-6
- [29] ZGOLA, J., M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada Publishing, 2003. 232 s. ISBN 80-27-0183-9

INTERNETOVÉ ZDROJE:

- [20] *Bazální stimulace* [on line]. [cit. 2009-05-10]. Dostupný z WWW: <http://www.bazalni-stimulace.cz/>
- [21] *Desatero- základní rady a pravidla při pečování o vaše blízké*. [on line]. [cit. 2009-05-10]. Dostupný z WWW: <http://www.pfizer.cz/>
- [22] *Desatera komunikace pro pacienty s různým typem postižení*. [on line]. [cit. 2009-05-08]. Dostupný z WWW: <http://www.pecujici.cz/>
- [23] *Doporučení k použití omezujících prostředků*. [on line]. [cit. 2009-05- 10]. Dostupný z WWW: <http://www.alzheimer.cz/>
- [24] JIRÁK, R., LAŇKOVÁ, J. *Demence-Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře*. [on line]. [cit. 2009-05-10]. Dostupný z WWW: <http://www.svl.cz/>
- [25] *O modifikaci domácího prostředí, které usnadní život člověku s demencí*. [on line]. [cit. 2009-05- 10]. Dostupný z WWW: <http://www.alzheimer.cz/>
- [26] TOŠNEROVÁ, T. *Diagnóza demence- možné přístupy a následná rizika* [on line]. [cit. 2009-05-08]. Dostupný z WWW: <http://www.pecujici.cz/>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ADL	Activities of Daily Libiny
Aj.	A jiné
Atd.	A tak dále
CT	Počítačová tomografie
CMP	Cévní mozková příhoda
Č.	Číslo
ČALS	Česká alzheimerská společnost
IADL	Instrumental Activities of Daily Libiny
MMSE	Mini-Mental State Examination
MRI	Magnetická rezonance
Např.	Například
Odd.	Oddělení
PET	Pozitronová emisní tomografie
S.	Strana
SPECT	Jednofotonová emisní počítačová tomografie
Tab.	Tabulka
Tzv.	Takzvaně
Viz.	Videlicet

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 Pohlaví respondentů	58
Tabulka č. 2 Věk respondentů	59
Tabulka č. 3 Nejvyšší dosažené vzdělání.....	60
Tabulka č. 4 Délka praxe	61
Tabulka č. 5 Současné pracoviště	62
Tabulka č. 6 Frekvence kontaktu s pacientem s demencí.....	63
Tabulka č. 7 Zvláštní péče	64
Tabulka č. 8 Vliv hospitalizace na chování pacienta s demencí.....	65
Tabulka č. 9 Kvalita péče.....	66
Tabulka č. 10 Kvalita péče - stupnice	67
Tabulka č. 11 Přizpůsobení oddělení	68
Tabulka č. 12 Zabezpečení proti nestřeženým odchodům	69
Tabulka č. 13 Náramky s identifikačními údaji	70
Tabulka č. 14 Používání pomůcek pro usnadnění orientace.....	71
Tabulka č. 15 Používané pomůcky k usnadnění orientace	72
Tabulka č. 16 Jiné pečující osoby	73
Tabulka č. 17 Vymýšlení aktivit pro pacienty s demencí	74
Tabulka č. 18 Důvod pro nevymýšlení žádných aktivit.....	75
Tabulka č. 19 Druhy aktivit	76
Tabulka č. 20 Sběr informací od příbuzných a jiných pečujících osob	77
Tabulka č. 21 Využívání prvků bazální stimulace.....	78
Tabulka č. 22 Používané prvky bazální stimulace.....	79
Tabulka č. 23 Hodnotící škály	80
Tabulka č. 24 První volba při agresivitě pacienta.....	82
Tabulka č. 25 Když pacient bloudí	83
Tabulka č. 26 Používané omezující prostředky	84
Tabulka č. 27 Použití omezujícího prostředku na doporučení lékaře.....	85
Tabulka č. 28 Zaznamenávání použití omezujících prostředků.....	86
Tabulka č. 29 Přítomnost personálu u pacienta při použití omezujícího prostředku.....	87
Tabulka č. 30 Negativní vliv na péči	88
Tabulka č. 31 Seznámení se specifiky oše. péče o klienty s demencí při studiu	89
Tabulka č. 32 Zájem o další vzdělávání.....	90
Tabulka č. 33 Návrh pro zlepšení péče	91

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 Pohlaví	58
Graf č. 2 Věk respondentů	59
Graf č. 3 Nejvyšší dosažené vzdělání	60
Graf č. 4 Délka praxe	61
Graf č. 5 Současné pracoviště	62
Graf č. 6 Frekvence kontaktu s pacientem s demencí	63
Graf č. 7 Zvláštní péče	64
Graf č. 8 Vliv hospitalizace na chování pacienta s demencí	65
Graf č. 9 Kvalita péče	66
Graf č. 10 Kvalita péče - stupnice	67
Graf č. 11 Přizpůsobení oddělení	68
Graf č. 12 Zabezpečení proti nestřeženým odchodům	69
Graf č. 13 Náramky s identifikačními údaji	70
Graf č. 14 Používání pomůcek pro usnadnění orientace	71
Graf č. 15 Používané pomůcky k usnadnění orientace	72
Graf č. 16 Jiné pečující osoby	73
Graf č. 17 Vymýšlení aktivit pro pacienty s demencí	74
Graf č. 18 Důvod pro nevymýšlení žádných aktivit	75
Graf č. 19 Druhy aktivit	76
Graf č. 20 Sběr informací od příbuzných a jiných pečujících osob	77
Graf č. 21 Využívání prvků bazální stimulace	78
Graf č. 22 Používané prvky bazální stimulace	80
Graf č. 23 Hodnotící škály	81
Graf č. 24 První volba při agresivitě pacienta	82
Graf č. 25 Když pacient bloudí	83
Graf č. 26 Používané omezující prostředky	84
Graf č. 27 Použití omezujícího prostředku na doporučení lékaře	85
Graf č. 28 Zaznamenávání použití omezujících prostředků	86
Graf č. 29 Přítomnost personálu u pacienta při použití omezujícího prostředku	87
Graf č. 30 Negativní vliv na péči	88
Graf č. 31 Seznámení se specifiky oše. péče o klienty s demencí při studiu	89
Graf č. 32 Zájem o další vzdělávání	90
Graf č. 33 Návrh pro zlepšení péče	91

SEZNAM PŘÍLOH

P I: Dotazník

P II: Žádost o umožnění dotazníkového šetření

P III: Žádost o umožnění fotografování

P IV: Desatero komunikace s geriatrickými pacienty se zdravotním postižením

P V: Desatero komunikace s pacienty se syndromem demence

P VI: Barthelův test základních všedních činností ADL

P VII: Desatero bazální stimulace

P VIII: Mini-Mental-State-Examination

P IX: Charta práv pacientů

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

DOTAZNÍK

Dobrý den,

jsem studentkou 3. ročníku oboru Všeobecná sestra na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. Chtěla bych Vás poprosit o vyplnění tohoto dotazníku určeného zdravotním sestram, který se týká péče o pacienty s demencí.

Dotazník je součástí mé bakalářské práce a je zcela anonymní.

Předem Vám děkuji za ochotu a spolupráci.

S pozdravem Marie Plášková

Pokud to v otázce není uvedeno jinak, označte prosím křížkem pouze jednu vhodnou odpověď, případně doplňte text do volných řádků.

1. Pohlaví:

- žena muž

2. Věk:

- 18-30 31-40 41-50 51-60 více než 60 let

3. Nejvyšší dosažené vzdělání:

- středoškolské s maturitou
 vyšší odborné
 vysokoškolské bakalářské
 vysokoškolské magisterské
 postgraduál

4. Délka praxe:

- 0-5 let
- 6-10 let
- 11-15 let
- 16-20 let
- 21 a více let

5. Současné pracoviště:

- Gerontologické centrum
- Neurologické oddělení
- Interní oddělení
- Chirurgické oddělení

6. Jak často se na Vašem pracovišti setkáváte s pacienty trpícími demencí?

- velmi často
- často
- občas
- ojediněle
- téměř vůbec

7. Domníváte se, že pacienti s demencí vyžadují při hospitalizaci zvláštní péči?

- ano
- ne

8. Jaký má podle Vás vliv hospitalizace pacienta trpícího určitým typem demence na jeho chování?

- spíše pozitivní
- spíše negativní
- žádný- jeho chování neovlivňuje
- nedovedu posoudit

9. Myslíte si, že je péče o tyto pacienty na Vašem oddělení kvalitní?

- rozhodně ano
- spíše ano
- spíše ne
- rozhodně ne

Zhodnot'te kvalitu péče na stupnici od 1 do 10, kde 10 je nejlepší.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

10. Domníváte se, že je oddělení, na kterém pracujete dostatečně přizpůsobené pacientům s demencí?

- rozhodně ano
- spíše ano
- spíše ne
- rozhodně ne

11. Jakým způsobem je Vaše oddělení zabezpečeno proti nestřeženým odchodům pacientů?

- celodenně uzavřené vchodové dveře pomocí elektronického systému
- pouze přes noc uzavřené vchodové dveře pomocí elektronického systému
- celodenně uzavřené vchodové dveře pomocí mechanického zámku
- pouze přes noc uzavřené vchodové dveře pomocí mechanického zámku
- vchodové dveře jsou celodenně snímány kamerou
- vchodové dveře jsou pouze v noci snímány kamerou
- oddělení není zabezpečeno žádným způsobem
- jiné.....

12. Myslíte si, že pacienti trpící demencí by měli mít náramky s identifikačními údaji, či s kódem?

- ano
- ne
- nedovedu posoudit

13. Používáte na oddělení speciální pomůcky pro usnadnění orientace těchto pacientů?

- ano....Jaké? (můžete označit více možností)
- orientační cedule - továrně vyrobené
- orientační cedule - vlastnoručně vyrobené
- barevné značení např. madel, dveří, zásuvek, aj.
- jiné.....
- ne

14. Kdo se na Vašem oddělení kromě Vás, lékařů, ošetřovatelek a sanitárek věnuje pacientům denně mimo víkend? (Můžete označit více možností)

- rehabilitační sestra
- fyzioterapeut
- ergoterapeut
- logoped
- nikdo(žádný jiný pracovník)
- jiné.....

15. Snažíte se Vy sami vymýšlet aktivity pro pacienty s demencí?

- ano, pravidelně
- ano, občas
- ne...(můžete označit více možností)
 - nemám čas
 - nemám motivaci
 - nemám náladu a chuť
 - nemám prostředky a pomůcky
 - nevím jakou aktivitu pro tyto pacienty vymyslet
 - jiné.....

16. Pokud byla Vaše odpověď v předchozí otázce ANO, tak jaké aktivity?

(Můžete označit více možností)

- rozhovor (povídání)
- čtení
- krátké procházky u chodících pacientů s doprovodem
- cvičení
- poslech rádia
- televize
- jiné.....

17. Informujete se i o každodenních zvycích a rituálech pacienta s demencí od příbuzných, pracovníků sociálních zařízení a jiných pečujících?

- ano, vždy
- ano, občas
- ano, ale jen velmi zřídka
- ne

18. Využíváte v péči o tyto klienty prvky bazální stimulace?

- ano, často a zaznamenávám využití prvků do ošetrovatelské dokumentace
- ano, občas a zaznamenávám využití prvků do ošetrovatelské dokumentace
- ano, často, ale nezaznamenávám využití prvků do ošetrovatelské dokumentace
- ano, občas, ale nezaznamenávám využití prvků do ošetrovatelské dokumentace
- ne
- nevím, co to bazální stimulace je

19. Pokud byla vaše předchozí odpověď ano, tak jaké prvky bazální stimulace používáte?

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

20. Které hodnotící škály používáte při přijetí pacienta s diagnózou demence?

(Můžete označit více možností)

- Mini-Mental State Examination (MMSE)- krátká škála mentálního stavu
- Test kreslení hodin
- Škála pro hodnocení deliria(CAM)
- Škála deprese pro geriatrické pacienty (GDS)
- Neuropsychiatrický dotazník (NPI)
- Test základních všedních činností podle Barthelové
- Test instrumentálních všedních činností
- Screeningový test mobility
- Vizuální analogová škála bolesti
- Škála pro měření bolesti u pokročilé demence (PAINAD)
- Jiné.....
- Žádné nepoužíváme

21. Co je pro Vás ve většině případech první volbou při agresivitě pacienta s demencí?

- omezující prostředek
- přivolání lékaře
- slovní uklidnění
- jiné.....

22. Co většinou děláte, když pacient s demencí začne bloudit?

- nechám ho chodit, nevšímám si ho
- nechám ho chodit a neustále ho z povzdálí pozoruji
- nechám ho chodit, zabezpečím východy, aby neodešel z oddělení
- přidám se k němu a začnu si s ním povídat
- odvedu ho na pokoj a vysvětlím mu, kde se nachází a že má zůstat na pokoji
- odvedu ho na pokoj a použiji u něj některý z omezujících prostředků
- jiné.....

23. Jaké omezující prostředky používáte? (Můžete označit více možností)

- postranice
- kurty
- bandáže rukou
- medikace-tlumící léky
- fyzické omezení druhou osobou (personálem)
- zamykání dveří
- jiné.....
- žádné nepoužíváme

24. Použijete omezující prostředek pouze na doporučení lékaře?

- ano, vždy
- ano, občas
- ano, ale jen velmi zřídka
- ne

25. Zaznamenáváte použitý omezující prostředek do ošetřovatelské dokumentace pacienta?

- ano, vždy
- ano, občas
- ano, ale jen velmi zřídka
- ne

26. Je někdo z ošetřujícího personálu u pacienta přítomen po celou dobu použití omezujícího prostředku?

- ano, vždy
- ano, občas
- ano, ale jen velmi zřídka
- ne

27. Co podle Vás nejčastěji negativně ovlivňuje Vaši péči o pacienty?

- nedostatek kvalifikovaného personálu
- nedostatek času
- nedostatek pomůcek
- nevyhovující zařízení oddělení
- nedostatečná motivace
- nedostatečné vzdělání v problematice demencí
- jiné.....

28. Myslíte si, že jste byl(a) při studiu dostatečně seznámen(a) se specifiky ošetrovatelské péče o klienty s demencí?

- ano
- ne

29. Máte zájem dál se vzdělávat v této problematice?

- ano
- ne

30. Co byste konkrétně navrhoval(a) pro zlepšení péče o pacienty s demencí na Vašem oddělení?

.....

.....

.....

Zde máte prostor pro Vaše připomínky k dotazníku.

.....

.....

.....

PŘÍLOHA P II: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií


ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění 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	Marie Plášková
Téma bakalářské práce	Péče o klienty s demencí
Skupina respondentů	Všeobecné zdravotní sestry
Pracoviště	Krajská nemocnice T. Bati, a. s.

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 12.3.09


.....
doc. MUDr. Jaroslav Sláň, Csc.
ředitel Ústavu ošetrovatelství


.....
Razítko a podpis zástupce zařízení
Krajská nemocnice T. Bati, a. s.
Havlíčkovo nábřeží 600
762 75 Zlín (9)

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

PŘÍLOHA P III: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ FOTOGRAFOVÁNÍ



ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ FOTOGRAFOVÁNÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění fotografování 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	Marie Plášková
Téma bakalářské práce	Péče o klienty s demencí
Pracoviště	Interní klinika IPVZ, KNTB Zlín, a.s.

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 21.5.2009

.....
doc. MUDr. Jaroslav Slaný, CSc.
ředitel Ústavu ošetrovatelství

*Soublední se podmíněně dodržením ochrany osobních
dat a práv pacientů dle příslušných zákonů a ustanovení*

.....
Razítko a podpis zástupce zařízení

PŘÍLOHA P IV: DESÁTERO KOMUNIKACE S GERIATRICKÝMI PACIENTY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

1. Respektujeme identitu pacienta a důsledně jej oslovujeme jménem nebo odpovídajícím titulem. Nevyžádaná familiární oslovení „babi“, „dědo“ jsou ponižující.
2. Důsledně se vyhýbáme infantilizaci (zdětinšťování) starého člověka. Ani s nemocnými se syndromem demence nehovoříme jako s dětmi (formou, ani obsahem).
3. Při komunikaci s geriatrickými pacienty se zdravotním postižením a při jejich ošetřování cílevědomě chráníme pacientovu důstojnost; snažíme se vyloučit podceňování a nepodložené přisuzování závažných funkčních deficitů (např. v kognitivní oblasti).
4. Respektujeme princip zpomalení a chráníme seniory před časovým stresem; počítáme se zpomalením psychomotorického tempa a se zhoršenou pohyblivostí.
5. Složitější nebo zvláště důležité informace (termíny vyšetření, přípravu na ně, způsob užívání léků) několikrát zopakujeme či raději ještě napíšeme na list papíru.
6. Aktivně ale taktně ověříme možné komunikační bariéry (porucha sluchu, zraku apod.) a tomu přizpůsobíme komunikaci.
7. K usnadnění komunikace se zdržujeme v zorném poli pacienta, mluvíme srozumitelně a udržujeme oční kontakt. Při pochybnostech ověřujeme správné využití kompenzačních pomůcek.
8. Bez ověření nedoslýchavosti nezesilujeme hlas; porozumění řeči se ve stáří zhoršuje v hlučném prostředí, proto „nepřekřikujeme“ jiný hovor, rozhlas, televizi, ale snažíme se hluk odstranit.
9. Dopomoc při pohybu, odkládání oděvu či při uléhání na vyšetřovací lehátko vždy nabízíme (úměrně zdravotnímu postižení pacienta) ale nevnučujeme; umožňujeme používání opěrných pomůcek (hole, chodítka). Zdravotnická zařízení sloužící seniorům by měla být snadno přístupná, bezbariérová, s dostatečným osvětlením, s protiskluzovou úpravou podlah a s přehledným značením.
10. Při ústavním ošetřování by komunikace i ošetřovatelská aktivita měla cílevědomě směřovat k podpoře a k udržení (obnově) soběstačnosti křehkého starého člověka se zdravotním postižením nikoli předčasně předpokládat její ztrátu a vést k imobilizaci.

PŘÍLOHA P V: DESATERO KOMUNIKACE S PACIENTY SE SYNDROMEM DEMENCE

1. Při komunikaci omezujeme rušivé a rozptylující vlivy prostředí (např. rozhlasové vysílání), ujistíme se, že pacient dobře slyší, že má správně nastaveny kompenzační pomůcky (naslouchadla) a že netrpí komunikační poruchou ve smyslu afázie.
2. Pacienta povzbuzujeme vlídným zájmem, usilujeme o klidné chování a pozitivní výraz, omezujeme prudké pohyby a přecházení, zůstáváme v zorném poli pacienta.
3. Mluvíme srozumitelně, pomalu a v krátkých větách.
4. V hovoru se vyhýbáme odborným výrazům, žargonu, ale i frázím či ironicky míněným protimluvům; používáme výrazy pacientovi známé a přiměřené. Používáme přímá pojmenování, vyhýbáme se zájmenům a pokud lze, tak na předměty, osoby, části těla, o nichž hovoříme, ukazujeme. Pokud pacient něco správně nepochopil, použijeme pokud možno jinou formulaci a neopakujeme stejná slova.
5. Aktivně navazujeme a udržujeme oční kontakt a průběžně ověřujeme, zda pacient našim informacím správně porozuměl, důležité údaje píšeme navíc na list papíru. Pro získání pozornosti, případně pro zklidnění používáme dotek.
6. Využíváme nonverbální komunikaci, mimiku, dotek a tyto projevy sledujeme
7. a umožňujeme i u pacienta; jsme vnímaví k projevům úzkosti, strachu, deprese, bolesti.
8. Dáme jasně najevo, pokud odcházíme a zopakujeme, zda jen na chvíli (vrátíme se, komunikace či zdravotnická procedura neskončila), nebo zda konzultace skončila.
9. Pacienta nepodceňujeme, komunikaci neomezujeme, ale přizpůsobujeme jeho schopnostem. Právě nemocné se syndromem demence pečlivě informujeme o povaze a důvodu vyšetření či léčebného výkonu, kterým se mají podrobit; během výkonu s nimi komunikujeme, uklidňujeme je, postup komentujeme.
10. Aktivně chráníme důstojnost lidí trpících syndromem demence, bráníme jejich ponižování, posilujeme jejich autonomii a možnost rozhodovat o sobě.
11. Při komunikaci posilujeme orientaci pacienta osobou, místem i časem, oslovujeme jej důstojně jménem a nebo tak, jak si sám přeje či vyžaduje.

PŘÍLOHA P VI: BARTHELŮV TEST ZÁKLADNÍCH VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ ADL

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

	s pomocí	5
	neprovede	0

Hodnocení stupně závislosti:

- 0-40 bodů **vysoce závislý**
45-60 bodů závislost středního stupně
65-95 bodů lehká závislost
96-100 bodů nezávislý

PŘÍLOHA P VII: DESATERO BAZÁLNÍ STIMULACE [20]

- 1) Přivítejte se a rozlučte s pacientem pokud možno vždy stejnými slovy.
- 2) Při oslovení se ho vždy dotkněte na stejném místě (iniciální dotek).
- 3) Hovořte zřetelně, jasně a ne příliš rychle.
- 4) Nezvyšujte hlas, mluvte přirozeným tónem.
- 5) Dbejte, aby tón vašeho hlasu, vaše mimika a gestikulace odpovídaly významu vašich slov.
- 6) Při rozhovoru s pacientem používejte takovou formu komunikace, na kterou byl zvyklý (anamnéza).
- 7) Nepožívejte v řeči zdvořiliny.
- 8) Nehovořte s více osobami najednou.
- 9) Při komunikaci s pacientem se pokuste redukovat rušivý zvuk okolního prostředí.
- 10) Umožněte pacientovi reagovat na vaše slova.

PŘÍLOHA P VIII: Mini-Mental State Examination

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

1. Orientace

Položte nemocnému následující otázky:

- "Které je roční období?"
- "Který máme nyní rok?"
- "Kolikátého je dnes?"
- "Který den v týdnu je dnes?"
- "Který je měsíc?"
- "Ve kterém jsme městě?"
- "Ve kterém jsme okrese?"
- "V jaké jsme zemi?"
- "Jak se jmenuje místo, kde teď jsme?"
- "V kolikátém jsme poschodí?"

2. Opakování a paměť

Upozorněte nemocného, že budete vyšetřovat paměť: "Nyní vyjmenuji tři věci. Až je všechny vyjmenuji, budu chtít, aby jste je zopakoval. Dobře si je zapamatujte. Za několik minut se Vás na tyto předměty znovu zeptám."

- LOPATA
- ŠÁTEK
- VÁZA

"A nyní prosím slova zopakujte."

- LOPATA
- ŠÁTEK
- VÁZA

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

3. Pozornost a počítání

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

- 93 86 79 72 65

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

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

- M R K O P

4. Vybavování

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

- LOPATA
- ŠÁTEK
- VÁZA

5. Poznání předmětů

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

6. Opakování

Vyzvěte nemocného, aby po Vás opakoval následující větu:

- "První pražská paroplavba."

7. Stupňovaný příkaz

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

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

8. Reakce na psaný pokyn

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

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

9. Psaní

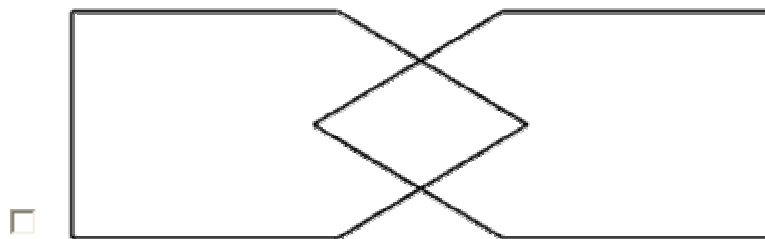
Dejte pacientovi psací potřeby a papír a vyzvěte jej:

- "Napište libovolnou větu."

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

10. Malování podle předlohy

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



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

<http://www.poruchypameti.cz/test-mmse.html>

Příloha IX: Charta práv pacientů

Práva pacientů trpících Alzheimerovou chorobou nebo jinými formami demence

- 1. Být informován o své chorobě.**
- 2. Mít vhodnou a soustavnou lékařskou péči.**
- 3. Být užitečný při práci a zábavě tak dlouho, jak jen to je možné.**
- 4. Být vnímán při jakémkoli zacházení jako dospělý člověk, ne jako dítě.**
- 5. Při vyjádření svých citů být brán vážně.**
- 6. Je-li to možné, nebýt léčen psychotropními látkami.**
- 7. Žít v bezpečném, srozumitelném a předvídatelném prostředí.**
- 8. Mít potěšení z každodenních činností, které dávají životu smysl.**
- 9. Mít možnost chodit pravidelně ven.**
- 10. Pociťovat tělesný kontakt včetně objetí, pohlazení a podržení ruky.**
- 11. Být s lidmi, kteří znají život nemocného, včetně jeho kulturních a náboženských zvyklostí.**
- 12. Být ošetřován pracovníky, kteří jsou vyškoleni pro péči o osoby s demencí.**

<http://www.alzheimer.cz/>