

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDÍÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2014

Pavlíková Helena

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

Helena Pavlíková

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**OŠETŘOVATELSKÁ PROBLEMATIKA V PÉČI
O SENIORY S DEMENCÍ NA ODDĚLENÍCH LÉČEBEN
DLOUHODOBĚ NEMOCNÝCH A V DOMOVECH
PRO SENIORY**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Vladimíra Fremrová

PLZEŇ 2014

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité
prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů

V Plzni 31.3 2014

.....

Vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji Mgr. Vladimíře Fremrové za odborné vedení práce, za poskytování rad a materiálních podkladů. Dále děkuji své rodině, která mne podporovala nejen při tvorbě bakalářské práce ale i po celou dobu mého studia.

Anotace

Příjmení a jméno: Pavlíková Helena

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Ošetrovatelská problematika v péči o seniory s demencí na odděleních léčeben dlouhodobě nemocných a v domovech pro seniory

Vedoucí práce: Mgr. Vladimíra Fremrová

Počet stran: číslované – 64, nečíslované – 32

Počet příloh: 7

Počet titulů použité literatury: 21

Klíčová slova: demence, senior, domov pro seniory, léčebna dlouhodobě nemocných, všeobecná sestra

Souhrn:

Tato bakalářská práce je zaměřena na problematiku ošetrovatelské péče u seniorů s demencí. Teoretická část informuje o demenci, jejích příznacích, typech, diagnostice, léčbě, ošetrovatelské péči a zařízeních, která poskytují péči seniorům s demencí.

Praktická část má výzkumný charakter. Pro účely práce byl zvolen kvantitativní výzkum pomocí anonymních dotazníků. Cílem bylo analyzovat ošetrovatelské problémy v péči o seniory s demencí na odděleních léčeben dlouhodobě nemocných a v domovech pro seniory.

Annotation

Surname and name: Pavlíková Helena

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: Issues connected with nursing care for the elderly with dementia in hospitals for the chronically ill and elderly homes.

Consultant: Mgr. Vladimíra Fremrová

Number of pages: numbered – 64, unnumbered 32

Number of appendices: 7

Number of literature items used: 21

Key words: demencia, senior, elderly home, hospital for chronically ill patients, nurse

Summary:

This thesis is focused on issues connected with nursing care for the elderly with dementia. The theoretical part provides information about dementia, its symptoms, types and diagnostics. Additionally, it reviews its treatment and describes conditions of nursing care in facilities that provide care for the elderly with dementia.

The practical part involves quantitative research using anonymous questionnaire. The goal of this part was to analyze problems with nursing care for seniors suffering from dementia in facilities that provide care for the elderly and chronically ill patients.

Obsah:

ÚVOD	11
TEORETICKÁ ČÁST	12
1 STÁŘÍ	13
1.1 Pojem stáří	13
2 Demence	15
2.1 Příčiny demence	15
2.2 Diagnostika demence	16
2.3 Typy demence	18
2.3.1 Alzheimerova Choroba	19
2.3.2 Demence u Parkinsonovy choroby	20
2.3.3 Demence s Lewyho tělísky	20
2.3.4 Frontotemporální demence	21
2.3.5 Huntingtonova choroba	21
2.3.6 Vaskulární demence	22
2.3.7 Demence infekčního původu	22
2.3.8 Prionové nemoci	23
2.3.9 Metabolické demence	23
2.3.10 Demence intoxikačního původu	23
2.3.11 Farmakogenní demence	23
2.3.12 Demence při avitaminózách a endokrinních onemocněních	24
2.4 Stádia demence	24
2.5 Příznaky demence	25
2.5.1 Aktivity denního života	26
2.5.2 Behaviorální a psychologické příznaky	26
2.5.3 Kognitivní změny	28
2.6 Terapie demence	28
2.6.1 Farmakologická terapie	29
2.6.2 Nefarmakologická terapie	29
3 Zařízení poskytující péči o seniory s demencí	32
4 Ošetrovatelská péče	35
4.1 Nejzávažnější problémy v péči o seniory s demencí	35
PRAKTICKÁ ČÁST	37

5	Formulace problému	38
6	Cíl výzkumu	38
7	Charakteristika souboru	39
8	Metoda sběru dat.....	39
9	Analýza údajů	41
10	Prezentace a interpretace získaných údajů.....	63
	DISKUSE.....	66
	ZÁVĚR	73
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	75
	SEZNAM ZKRATEK.....	78
	SEZNAM TABULEK	79
	SEZNAM GRAFŮ	80
	SEZNAM PŘÍLOH	81
	PŘÍLOHY.....	82

ÚVOD

Celý svět, Českou republiku nevyjímaje, se potýká s problematikou stárnoucí populace. Prodlužování střední délky života znamená i vznik možných zdravotních a následně i sociálních problémů. Řada seniorů se dostává do situací, kdy už nejsou schopni se sami o sebe starat. Pokud ani rodina nedokáže pomoci a nezvládá se o takto nemocné postarat, bývají umístěni do domovů pro seniory nebo jsou hospitalizováni ve zdravotnických zařízeních.

Stáří, které je neodmyslitelnou součástí života, je vnímáno jako klidné období, čas odpočinku, zpomalení tempa a dostatku prostoru věnovat se svým oblíbeným zálibám a koníčkům. Ke stáří ale také patří vyšší ohrožení nemocemi a jedním z nejčastěji se vyskytujících onemocnění lidí vyššího věku bývá i demence.

Demence je onemocnění, které přichází plíživě a které nečekaně a zásadně zasáhne do života seniora, rodiny i celého okolí. Nastane náročné období nejen pro seniora samotného, ale i pro člověka, který se o nemocného stará. Člověk trpící demencí, je náchylnější ke vzniku dalších onemocnění, zapomíná, mění se mu osobnost, postupně ztrácí soběstačnost a stává se odkázaným na pomoc druhých. Onemocnění v této těžké fázi, vyžaduje náročnou péči poskytovanou profesionály v zařízeních, která nemocnému mohou nabídnout odborné a kvalitní ošetrovatelské služby. Poskytování ošetrovatelské péče nemocnému trpícímu demencí je obtížné a je s tím spjato mnoho problémů a situací, které si vyžadují odborné řešení ze strany zdravotnického personálu. Proto si myslím, že námět této bakalářské práce je vhodným a aktuálním tématem.

Cílem mé bakalářské práce je analyzovat nejzávažnější ošetrovatelské problémy vzniklé při poskytování péče seniorům s demencí. Mimoto jsem se zaměřila také na zájem sester o vzdělávání se v dané problematice.

TEORETICKÁ ČÁST

1 STÁŘÍ

1.1 Pojem stáří

Každý živý organismus během svého života prochází jednotlivými vývojovými etapami. Všechny tyto etapy nám dávají určité možnosti rozvoje, nebo nás naopak limitují. To platí nejvýrazněji v období stáří, a proto bývá často chápáno negativně a očekáváno s obavami. Stáří je obecně lidmi vnímáno jako ztráta radosti ze života, nadějí a optimismu, spojujeme si jej se vznikem dalších nových omezení, kterým se člověk musí přizpůsobit. Hodně záleží na společnosti a okolí, jak se k takovýmto lidem dokáže postavit a pomoci jim. Nejvíce však záleží na každém člověku, jak se na stáří připraví on sám, tak u něj poté stáří bude probíhat. (Malíková 2011, str. 13)

Stárnutí a stáří je přirozenou součástí života všech živých organismů. Dochází k nezvratným změnám ve struktuře a funkcích organismu, projevujícím se zvýšenou náchylností ke zranění a sníženou výkonností jedince. Změny jsou především degenerativního charakteru. Tkáně a buňky ztrácejí svůj tvar a funkci. Projevy degenerace vznikají v závislosti na individualitě, času a genetické výbavě jedince, a proto u někoho tyto změny probíhají rychleji než u jiného. Stáří zároveň postihuje psychickou stránku člověka a bývá spojeno se změnami osobnosti. Do popředí se dostávají negativní rysy osobnosti a projevují se negativní vlastnosti člověka. Tyto změny ovlivňují nejen seniora samotného, ale i jeho okolí. (Dvořáčková 2012, str. 11 - 12)

Stáří a stárnutí je zároveň ovlivněno sociálními změnami u člověka, které nastávají zejména při odchodu do důchodu. Dochází ke změnám ekonomické situace seniorů, k sociální izolaci nebo fyzické závislosti na druhém člověku z důvodu nemoci. Jak již bylo zmíněno, stáří a stárnutí je provázáno výraznými změnami a vlivy (tělesnými, psychickými, sociálními) které se vzájemně prolínají a ovlivňují a záleží zejména na typu člověka, jak se s těmito změnami dokáže vyrovnat. (Malíková 2011, str. 19 - 22)

„Stáří představuje vyvrcholení celého životního cyklu jedince.“ (Mlýnková, Péče o staré občany, 2011)

Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) se stáří dělí na tři období.

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

Kalendářní stáří, které je dáno věkem člověka nemusí nutně odpovídat stáří biologickému, které je podmíněno vitalitou nebo zdravím jedince. (Mlýnková 2011, s. 13 - 14)

2 Demence

Demence jsou jedním z nejčastějších a nejobávanějších onemocnění postihujících lidi ve vyšším věku. Pro nemocné toto onemocnění obvykle znamená ztrátu zaměstnání, jejich zálib a koníčků, schopnosti se o sebe postarat nebo smysluplně komunikovat s rodinou a přáteli. Onemocnění chronicky progreduje s charakterem pozvolného začátku a s postupným ubýváním kognitivních funkcí. Nemocný postupně ztrácí paměť, schopnost chápat dění ve svém okolí. Nemocný dále přichází o nezávislost a schopnost samostatnosti a je odkázaný na pomoc okolí až ho nakonec onemocnění připraví i o jeho vlastní identitu. Demence je syndrom charakteristický změnami ve snížení úrovně kognitivních (poznávacích) funkcí. Mezi tyto funkce patří paměť, intelekt, vnímání, pozornost, řečové funkce a exekutivní (výkonné) funkce - schopnost motivace. Porucha těchto funkcí je natolik výrazná, že významně zasahuje do života nemocného. (Pidrman, Kolibáš 20015, str. 109)

Syndrom demence je soubor charakteristických příznaků různých příčin. U demencí jsou kromě kognitivních funkcí postiženy i další funkce, které jsou rozřazeny na tři základní okruhy, které se vzájemně prolínají.

- postižení kognitivních funkcí
- postižení aktivit denního života
- behaviorální příznaky

(Jiráček, Holmerová, Borzová a kol. 2009, s. 11 - 12)

2.1 Příčiny demence

Příčina demence je multifaktoriální, největší měrou ji však ovlivňují tyto čtyři hlavní kategorie faktorů – genetické, neurobiologické, psychologické a sociální. (Pidrman, Kolibáš 20015, str. 35)

Genetické a neurobiologické. U těchto faktorů dochází ke snížení hustoty a senzitivity receptorů a snížení množství a aktivity mediátorů až do absolutních hodnot. Nejvýznamnější neurotransmitery, které lze z terapeutického hlediska nejsnáze ovlivnit, jsou acetylcholin, dopamin, serotonin, GABA a glutamát. Ve vyšším věku jsou degenerativní změny receptorů fyziologické, a proto zda

k demenci dojde, nebo nedojde, závisí na změněných genetických předpokladech. (Pidrman, Kolibáš 20015, str. 35 - 36)

Psychologické a sociální. Při rozvoji demence se uplatňuje charakteristika osobnosti před onemocněním a schopnost reakce na stresovou zátěž. K sociálním faktorům patří prostředí, ve kterém jedinec žije, vztahy s jeho okolím (rodina, pečovatelé) a jejich vliv na nemocného. Změna místa pobytu nebo blízké osoby se pro nemocného s demencí stává významným stresorem. První reakcí nemocného na stres bývá obrana, dochází k poruchám chování, uchyluje se k agresivitě nebo úniku do deprese. (Pidrman, Kolibáš 20015, str. 40 - 41)

2.2 Diagnostika demence

Správné a včasné diagnostikování demence může vést k významnému zpomalení progresu onemocnění. Ještě dnes jsou některé příznaky demence podceňovány a zaměňovány s příznaky stárnutí. Základním a prvotním vyšetřením nemocného je anamnéza. Nemocný postižený tímto onemocněním si své problémy neuvědomuje nebo je popírá či podceňuje. Při odběru anamnézy je vhodné se doptat i další osoby, která je s nemocným v kontaktu, nebo o něj pečuje a objektivizovat tak informace o délce trvání či vývoji příznaků a změn chování nemocného. (Jiráček, Holmerová, Borzová a kol. 2009, s. 26)

Lékař pátrá v rodinné a osobní anamnéze nemocného zejména po výskytu psychických a somatických chorob. Informuje se na dětství a psychomotorický vývoj jedince, vzdělání a zaměstnání, povahové rysy, negativní události či interpersonální vztahy. Dále se lékař informuje na medikaci nemocného užívanou v současnosti a minulosti, na návyky a zneužívání (alkohol, drogy, léky). (Jiráček et al. 2013, s. 36) Dalším mezníkem v anamnéze je vyšetření a zhodnocení kognitivních funkcí a vlivu onemocnění na funkční schopnosti pomocí standardizovaných škál. Lékař se zaměří na vyšetření řečových projevů, vnímání, nálady, zhodnocení poruch myšlení, a percepční funkce. Lékař by již v odběru anamnézy měl určit pravděpodobnou příčinu a stádium nemoci. (Topinková, 2005, str. 139)

Významnou diagnostickou metodou je hodnocení pomocí škál a testů, které dokáží vyhodnotit stupeň kognitivního postižení nebo přítomnost a stupeň demence.

MMSE (Mini - Mental State Examination) je nejužívanějším testem k diagnostice přítomnosti a stupně demence. Tento test se 30 otázkami hodnotí kognitivní funkce. Jednotlivé otázky jsou podle výkonu pacienta obodovány, vyhodnoceny a zařazeny do jedné z pěti kategorií, podle závažnosti postižení. (Jirák, Koukolík. 2004, s. 85 - 88) Odkazují na přílohu č. 1

Hachinskiho ischemický skór (HACH) tento test upřesňuje diferenciální diagnostiku mezi demencemi prvotně atrofickými a vaskulárními. Dotazník se 13 příznaky, které jsou bodovány a vyhodnoceny, zařadí výsledek do tří kategorií. První rozmezí označuje vyšší pravděpodobnost Alzheimerovy choroby, druhé rozmezí je tzv. nerozlišující a bývá často u smíšených demencí. Poslední rozmezí se obvykle vyskytuje u vaskulárních demencí. (Jirák, Koukolík. 2004, s. 85 - 88) Odkazují na přílohu č. 2

Alzheimer's Disease Assesment Scale (ADAS) je způsob hodnocení kognitivních a nekognitivních funkcí při Alzheimerově chorobě. ADAS má dvě části. První část je test ADL (Activity of Daily Living) a IADL (Instrumental Activities of Daily Living). Tyto škály vyhodnocují schopnost vykonávat běžné činnosti denního života. Jsou hodnoceny třemi stupni - úkon provede samostatně, částečně, neprovede a jednotlivé výsledky jsou bodovány. V části ADL dotazníku jsou posuzovány činnosti např. najedení a napití se, oblékání, koupání, osobní hygiena a jiné. V druhé části, v dotazníku IADL, jsou hodnoceny aktivity typu telefonování, transport, nakupování, domácí práce a další. (Jirák, Koukolík. 2004, s. 85 - 88) Odkazují na přílohy č. 3 a č.4

Global Deterioration Scale (GDS) tato škála je používána k určení stádia demence a rozlišuje 7 stupňů postižení kognitivních funkcí. (Jirák, Koukolík. 2004, s. 85 - 88) Odkazují na přílohu č. 4

Zobrazovací techniky jsou další nedílnou a významnou vyšetřovací metodou v diagnostice demencí. Počítačová tomografie (CT) a magnetická rezonance (MRI) jsou vyšetření, při nichž se využívá působení rentgenového záření a magnetického pole. Jsou to metody zobrazovací, které pomocí kontrastních látek zobrazují morfologické odchylky měkkých tkání, konkrétně mozku. Příkladem je úbytek mozkové tkáně, změny v prokrvení, patologické útvary (nádory, cysty, cévní abnormality). Pro Alzheimerovu chorobu je typická generalizovaná atrofie

v mediotemporální krajině. V nukleární medicíně jsou nejčastěji využívány zobrazovací metody SPECT (jednofotonová emisní výpočetní tomografie) a PET (pozitronová emisní tomografie). Při těchto vyšetřeních se používají radiofarmaka pro vyšší kontrastních snímků, a tudíž i přesnější stanovení diagnózy. Tyto metody získávají informace o funkci mozkového metabolismu, krevního průtoku, přítomnosti a aktivitě neurotransmiterů (přenašečů vzruchů) v mozku. Elektroencefalograf (EEG) je diagnostická metoda využívaná k zaznamenání elektrického potenciálu mozku a poukazuje na změny mozkové aktivity. Zpomalení mozkové aktivity může být zásadní pro organické změny typu demence. (Jirák, Holmerová, Borzová a kol. 2009, s. 28)

Laboratorní vyšetření, přesněji laboratorní biochemický, hematologický a sérologický screening je další vyšetření nezbytné ke správné diagnostice demencí. U biochemického vyšetření se zjišťují možné metabolické demence. Například iontová rovnováha a bílkoviny nás informují o stavu hydratace a výživy nemocného nebo urea, kreatinin a kyselina močová upozorňují na renální selhání projevující se demencí. U hematologického vyšetření se dají zjistit anémie, které mohou být jedním z faktorů podílejících se na demenci. V serologickém vyšetření lze zjišťovat přítomnost lymfské boreliózy nebo AIDS jako příčin demence nemocného. (Jirák, Koukolík. 2004, s. 88)

Definitivní diagnostika demence Alzheimerova typu však může být zcela potvrzena až po smrti nemocného na základě provedení histopatologického vyšetření mozkové tkáně. (Silverman, 2009, s. 4)

2.3 Typy demence

Demence je možno rozdělit podle příčiny na dvě hlavní skupiny. První skupinou jsou demence na podkladě atroficko- degenerativního procesu mozku. Tyto procesy vedou k poruše funkce a snižování počtů neuronů (nervových buněk) a synapsí (spojů). Tyto typy demence jsou:

- Alzheimerova choroba
- Demence u Parkinsonovy choroby
- Demence s Lewyho tělísky
- Frontotemporální demence

- Huntingtonova choroba
(Jirák, Holmerová, Borzová a kol. 2009, s. 19 - 20)

Druhou skupinou jsou demence symptomatické (sekundární). Příčina těchto onemocnění může být různá a dělí se na dvě podskupiny.

- Vaskulární demence, které jsou způsobené poruchou mozkových cév s následným poškozením mozkové tkáně.
- Ostatní demence symptomatické. Tyto typy demencí obvykle bývají zapříčiněny intoxikacemi, infekcemi, tumory, úrazy nebo jinými metabolickými poruchami mozku.
(Jirák, Holmerová, Borzová a kol. 2009, s. 19 - 20)

2.3.1 Alzheimerova Choroba

Alzheimerova choroba, je onemocnění, jehož projevy byly dříve považovány za takzvané senilní psychózy nebo šílenství související s věkem (age-related madness). V listopadu 1906 německý psychiatr a neuropatolog Alois Alzheimer jako první popsal nové neurologické poruchy u jedné ze svých pacientek, 51 leté Augusty D., která o čtyři roky později zemřela na progresivní průběh demence. (Boyd, 2011, s. 1)

Alzheimerova choroba je nejčastější typ demence a vyskytuje se až v 50 % všech demencí. Jedná se o závažné neurodegenerativní onemocnění způsobené úbytkem počtu neuronů (nervových buněk) s následnou mozkovou atrofií (úbytek tkáně) s výsledným vznikem syndromu demence. (Jirák, Holmerová, Borzová a kol. 2009, s. 31 - 32) Podle doby začátku vzniku onemocnění se demence u AN nejčastěji rozděluje na demenci u Alzheimerovy choroby s časným začátkem (to znamená před 65. roce věku) a demenci u Alzheimerovy choroby s pozdním začátkem (což znamená po 65. roku věku). (Preiss, Kučerová a kol. 2006, s. 127) Onemocnění přichází nenápadně a pomalu, zpočátku bývají příznakem pouze lehké poruchy krátkodobé paměti. Později, když je onemocnění více rozvinuté, se příznaky zhoršují a nastávají poruchy orientace v prostoru i čase, dochází ke ztrátě logického uvažování, zhoršení komunikace s okolím nebo poruše denních aktivit. Onemocnění je nevléčitelné, ale lze ho zpomalit léky na udržení kognitivních funkcí a trénováním aktivit v udržení schopností se o sebe postarat. Významným terapeutickým účinkem je pravidelný trénink mozkových

funkcí. Onemocnění lze rozdělit do třech stupňů, které podrobněji rozeberu v následující kapitole. (Jirák, Holmerová, Borzová a kol. 2009, s. 31 - 32)

2.3.2 Demence u Parkinsonovy choroby

Parkinsonova nemoc (PN) je dalším onemocněním neurodegenerativního původu, které postihuje mozkový kmen, zejména jeho dopaminergní buňky. V těžších stádiích PN pak bývají postiženy i ostatní části mozku. Onemocnění vzniká nejčastěji mezi 58 - 60 rokem. Parkinsonova nemoc bývá někdy doprovázena demencí, která se objevuje ve 20 – 40 % případů. (Jirák, Holmerová, Borzová a kol. 2009, s. 40)

Příznaky PN jsou kromě neurologických příznaků (akineze, svalová rigidita nebo poruchy chůze) také poruchy vegetativních funkcí a poruchy psychické, z nichž nejzávažnější poruchou je demence. (Jirák, Koukolík. 2004, s. 203)

Nemocný trpí poruchami paměti a celkovou zpomaleností, kolísá schopnost soustředit se, také může mít narušené schopnosti formulovat a řešit problémy. Nemocný má oslabeny vlastní aktivity, které nedokáže sám od sebe započít, úkon provede pouze až na vybídnutí druhou osobou. (Jirák, Holmerová, Borzová a kol. 2009, s. 40)

2.3.3 Demence s Lewyho tělísky

Demence s Lewyho tělísky (DLB) patří do skupiny neurodegenerativních onemocnění a je na pomezí Alzheimerovy a Parkinsonovy nemoci. Toto onemocnění bylo popsáno až ve 2. polovině 20. století a získalo jméno po svém objeviteli, německém neurologovi a internistovi Friedrichovi Heinrichu Lewym, který v roce 1912 popsal kulovitá tělíčka (Lewyho tělíčka) vyskytující se v mozkových buňkách u pacientů trpících Parkinsonovou nemocí. Po Alzheimerově nemoci, jde o druhou nejčastější demenci. (Jirák et. al. 2013, s. 19)

Klinické příznaky DLB zahrnují příznaky Alzheimerovy a Parkinsonovy nemoci a své specifické příznaky – zvýšenou citlivost na neuroleptikum (antipsychotické léky), zrakové halucinace, kolísavou úroveň kvality vědomí a soustředěnosti. V klinickém obrazu byly popsány 4 typické syndromy: progredující demence, parkinsonismus, neuropsychiatrické příznaky a kolísající úroveň kognitivních funkcí. Progredující demence ve srovnání s AN se projevuje

těžší poruchou pozornosti a exekutivních funkcí, paměť bývá z počátku zachována. Parkinsonismus je základní příznak DLB. Nemocný trpí třesy, rigiditou, poruchou jemné motoriky nebo vymizením mimiky. Příznaky bývají symetrické, typické bývají časté pády nemocného. Neuropsychiatrické příznaky jsou v nějaké formě pozorovány u 80 % nemocných s DLB. Nejčastější jsou zrakové nebo sluchové halucinace, objevují se i deprese nebo bludy. (Jirák, Holmerová, Borzová a kol. 2009, s. 34 - 37)

2.3.4 Frontotemporální demence

Frontotemporální (FT) demence se řadí mezi méně časté demence. Nejčastější formou je Pickova nemoc. U FT demence dochází k degeneraci frontálních (čelních) nebo temporálních (spánkových) laloků. Jako příčina FT demence se předpokládá určitá genetická podmíněnost a porucha metabolismu tau-proteinů. Frontotemporální demence začíná plíživě a nenápadně mezi 45 - 65. rokem. Každé postižení je doprovázeno podle lokalizace svými specifickými příznaky. U frontální varianty to jsou změny chování a osobnostních rysů, ztráta společenského taktu nebo rituální chování (potleskávání, popěvování). U temporálních variant jsou postiženy řečové funkce (řeč je obtížná, bezobsažná, slova jsou zkomolená), nemocný má potíže s vybavením slov a ztrácí nabyté znalosti. (Jirák, Holmerová, Borzová a kol. 2009, s. 43 - 46)

2.3.5 Huntingtonova choroba

Huntingtonova nemoc (HN) je vzácné neurodegenerativní onemocnění, které vzniká na dědičném podkladě (chybná genetická informace na čtvrtém chromozomu). Charakteristické pro HN jsou motorické a psychiatrické příznaky, které jsou vystupňovány až do demence. Toto onemocnění postihuje lidi prvními příznaky již ve středním, produktivním věku. (Jirák, Koukolík 2004, s. 235)

Prvotními příznaky jsou psychické změny vyskytující se i několik let před vypuknutím onemocnění: snížená výkonnost, nedostatek energie, nepřiměřeně smutná nálada, obavy z budoucnosti. Výjimkou nejsou ani depresivní příznaky, bipolární (maniodepresivní) porucha nebo bludy. Neurologickými příznaky, jsou porucha chůze, řeči, hybnosti (koordinace pohybu), inkontinence nebo hubnutí. Onemocnění se rychle stupňuje a výrazně snižuje kvalitu života nemocného. (Jirák, Holmerová, Borzová a kol. 2009, s. 48 - 49)

2.3.6 Vaskulární demence

Vaskulární demence je onemocnění vzniklé na podkladě narušeného cévního zásobení mozku, které může být zapříčiněno zúžením, ucpáním nebo rupturou cévy v mozku s následným krvácením. Demence tohoto typu vzniká nejčastěji u kuřáků, obézních lidí, lidí s diabetes mellitus, srdečním onemocněním nebo lidí se změnou krevního tlaku. Rizikovým zdravotním poškozením, které může zapříčinit vaskulární demenci, jsou cévní mozkové příhody (CMP). Přibližně u jedné čtvrtiny pacientů, kteří prodělali CMP, se do tří měsíců objeví příznaky vaskulární demence. Podle lokalizace a typu poškození mozkové tkáně infarkty rozlišujeme tři základní typy:

Vaskulární demence s náhlým začátkem – vzniká u rozsáhlých mozkových infarktů v oblastech významných pro kognitivní funkce a paměť s rychlým rozvojem projevů demence.

Multiinfarktová demence – je způsobená mnoha infarkty různé velikosti, které postihují bílou hmotu a šedou kůru mozku. Průběh onemocnění je kolísavý a nemocný trpí změnami psychického stavu.

Podkorová vaskulární demence – tato demence je nazývána Binswangerova choroba, postihuje oblast takzvaných bazálních ganglií (mozkových jader). Tato demence vzniká zejména u lidí s vysokým krevním tlakem. Nemocný trpí poruchami hybnosti a jemné motoriky (parkinsonský syndrom), zpomalením a poruchou výkonných funkcí. (Jirák, Holmerová, Borzová a kol. 2009, s. 54 - 56)

2.3.7 Demence infekčního původu

Demenci mohou vyvolat i některá infekční onemocnění. Příkladem je luetická infekce (syfilis), která se projevuje progresivní paralýzou, nebo gummata mozku (zánětlivá ložiska). Podkladem onemocnění je mozková atrofie způsobená chronickým zánětem mozku. Onemocnění propuká až po několika rocích od nákazy nemocného. Demence způsobená luetickou infekcí se léčí vysokými dávkami antibiotik. AIDS je dalším infekčním onemocněním, které může způsobit demenci. Postihuje populaci zejména v mladším a středním věku. Jde o nevyléčitelné onemocnění způsobené HIV viry a plísňovými nebo jinými

infekcemi zasahující oslabený imunitní systém. (Jirák, Holmerová, Borzová a kol. 2009, s. 57)

2.3.8 Prionové nemoci

Prionové nemoci jsou neurodegenerativní onemocnění, která způsobují těžké změny v mozkové tkáni. Tato onemocnění jsou sice vzácná, ale velice závažná a smrtelná. Creutzfeldova–Jakobova nemoc (CJN) je nejčastější formou z prionových onemocnění. CJN je rychle progredující demence s časným začátkem psychiatrických příznaků. Zároveň dochází k deterioraci mentálních funkcí a rozvoji neurologických příznaků (svalové záškuby, křeče, třes). V posledním stádiu nemocní trpí svalovou ztuhlostí, slepotou a ztrátou řeči. (Jirák, Holmerová, Borzová a kol. 2009, s. 58)

2.3.9 Metabolické demence

Metabolické demence vznikají při poruchách látkové přeměny a dochází při nich k zaplavování mozku toxickými látkami. Příkladem je Wilsonova nemoc, u které dochází k ukládání mědi v orgánech (mozek, oči, játra). Další metabolicky podmíněnou demencí je demence při selhání jater nebo demence při uremii. Rizikovým faktorem může být například dehydratace. Tento druh demencí je obvykle při odstranění příčiny plně vyléčitelný. (Jirák, Holmerová, Borzová a kol. 2009, s. 63)

2.3.10 Demence intoxikačního původu

Demence intoxikačního původu jsou způsobené intoxikací (otravou) látkami, které zásadně zasahují do centrálního nervového systému a vyvolávají tak projevy demence. Nejvýznamnějšími látkami je oxid uhelnatý (CO), který vzniká při nedokonalém spalování v kamnech a alkohol ve velkých dávkách a při dlouhodobém užívání. Alkoholová demence se podobá Alzheimerově chorobě. Onemocnění je nevyléčitelné, ale při důsledné abstinenci, řádné výživě a kvalitním sociálním zázemí může dojít ke zlepšení. Alkoholová demence postihuje nejčastěji lidi ve středním věku. (Jirák, Holmerová, Borzová a kol. 2009, s. 64)

2.3.11 Farmakogenní demence

Nejčastěji bývá způsobena polypragmezií (použitím většího množství různých léčiv, která se vzájemně ovlivňují). Látky v těchto léčích nepříznivě ovlivňují acetylcholinergní systém mozku. Vyskytují se například u starších

tricyklických antidepresiv, hypnotik nebo anxiolytik. Tyto léky obvykle narušují krátkodobou paměť, což se týká hlavně lidí ve vyšším věku trpících organickým onemocněním mozku. Proto se dnes již ustupuje od užívání těchto léčiv u seniorů. Farmakogenní demence je obvykle ve většině případů vyléčitelná. (Jirák, Holmerová, Borzová a kol. 2009, s. 65)

2.3.12 Demence při avitaminózách a endokrinních onemocněních

Pellagra je název pro demenci vyvolanou nedostatkem niacinu (vitamín ze skupiny B), která ovlivňuje poznávací funkce. Tato demence se spíše než u nás, objevuje u obyvatel střední Afriky, kteří trpí nedostatkem bílkovin. Poruchy paměti, poznávacích funkcí nebo snížení psychické výkonnosti bývají objeveny při snížené činnosti štítné žlázy. Při správné léčbě se obvykle tyto příznaky vracejí k normě. (Jirák, Holmerová, Borzová a kol. 2009, s. 66)

2.4 Stádia demence

Demence je onemocnění, které se postupně rozvíjí a zhoršuje. Většinou začíná pozvolna a nenápadně po dobu několika let. Toto onemocnění je obvykle neléčitelné, ale v dnešní době je možné alespoň zpomalit a zmírnit jeho projevy pomocí farmak a léčebných metod. Jsou celkem tři stádia, která se rozlišují podle míry zasažení kognitivních funkcí, aktivit denního života a behaviorálních příznaků.

1. stádium: **Počínající a mírná demence** – zde jsou nejvíce zasaženy kognitivní funkce a následné poruchy chování

2. stádium: **Středně pokročilá demence** – V tomto období již klient trpí poruchou soběstačnosti a vyžaduje dohled

3. stádium: **Pokročilá forma demence** – nemocný je odkázán na nepřetržitou pomoc a ošetrovatelskou péči (Mlýnková 2011, s. 139)

První stádium se projevuje především poruchami krátkodobé paměti, které se následně odrážejí v chování nemocného. Nemocný si je tohoto problému obvykle vědom. Jednou z reakcí nemocného na nastalý problém bývá stud, kdy se bojí přiznat potíže svému okolí, nebo naopak může reagovat podrážděně a agresivně. Nemocní se najednou stávají nejistými, ať už v zaměstnání, nebo ve styku s přáteli, a proto se vyhýbají společnosti a osobnímu kontaktu se svým

okolím. Prvními příznaky demence jsou: zhoršení krátkodobé paměti, hledání slov, zhoršení orientace v čase a prostoru, nemocný se ztrácí i na známých místech, problémy v obsluze přístrojů, ztráta motivace a iniciativy, ztráta zájmu o koníčky, depresivní nálady a apatie. (Mlýnková 2011, s. 139 - 140)

Druhé stádium trvá ze všech stádií nejdéle, přibližně 2 - 10 let. Pro rodinu nebo pečovatele je toto období velmi náročné, musejí být schopni a připraveni kdykoliv poskytnout nemocnému potřebnou pomoc. Rodina i pečovatelé musejí být stále ve střehu, protože nyní péče o nemocného vyžaduje nepřetržitý dohled. Pacientovi dělá stále větší potíže vykonávat běžné denní činnosti. Často se mu mění nálada, je agresivní, depresivní nebo úzkostný. Jedním z problémů je orientace v čase a prostoru. Nemocný se probudí v noci v domnění, že je ráno, a začne se oblékat. V tomto stádiu demence nemocný začíná nepoznávat nebo zaměňovat své příbuzné. Příznaky druhého stádia jsou: neschopnost vést samostatný život, zhoršení soběstačnosti, nutnost pomoci s osobní hygienou a oblékáním, neschopnost uvařit si nebo uklízet, neschopnost jasně se vyjadřovat, bloudění po bytě, nepřiměřené chování, halucinace, zapomínání posledních událostí. (Mlýnková 2011, s. 140 - 141)

Třetí stádium je období již plně pokročilé demence. Nemocný nyní potřebuje zvláště ošetrovatelskou péči. Toto stádium demence se vyznačuje těžkými poruchami paměti ve všech jejích složkách. Nemocní si nedokáží zapamatovat nové informace, a proto bývají často dezorientovaní v čase a hlavně prostoru. Nemocní nevědí, zda jsou zrovna doma nebo v ústavu, které je jejich lůžko, kde je WC a podobně. (Jiráková, Holmerová, Borzová a kol. 2009, s. 32). Nemocní velmi omezeně komunikují a nemají dostatečnou schopnost sebepéče. Také v tomto stádiu onemocnění je důležité nezapomínat na trpělivý a laskavý přístup. Příznaky třetího stádia jsou: potíže s polykáním, nepoznávání známých předmětů, nepoznávání příbuzných, neschopnost porozumět nově sděleným informacím nebo se srozumitelně vyjádřit, zhoršená chůze či upoutáním na lůžko, inkontinence. (Mlýnková 2011, s. 141)

2.5 Příznaky demence

Demence je syndrom, který je tvořený poruchou kognitivních projevů, behaviorálních příznaků a aktivit denního života. Porucha psychických funkcí, je

natolik závažná, že proniká do plnění běžných pracovních a sociálních činností nemocného. Demence je onemocnění často nevratné s progredující poruchou kognitivních funkcí. (Pidrman, Kolibáš 2005, s. 109)

2.5.1 Aktivity denního života

Narušení aktivit denního života by se také dalo definovat jako snižování funkční kapacity nemocného a omezování jeho soběstačnosti, které patří mezi základní charakteristiky demence. V počínajícím stádiu se narušení těchto schopností projevuje zejména při náročných a komplexních činnostech. Nemocnému se zhoršuje schopnost vykonávat původní zaměstnání. Zhoršuje se i obsluha přístrojů, které denně používal (mikrovlnná trouba, telefon, televize) nebo řízení motorového vozidla. Nemocný se postupem času dopouští častěji chyb ve složitějších činnostech, například při manipulaci s penězi, přípravě léků nebo nakupování. Při cestování dopravními prostředky pacient zapomíná přestupovat nebo nastupuje do jiných linek. V dalších stádiích demence dochází ke zhoršení udržování osobní hygieny. Při používání toalety nemocný nezvládá některé úkony (zapomene spláchnout, nebo se dostatečně neutře) Při koupání si nedokáže sám odhadnout správnou teplotu vody. Nemocný potřebuje pomoc při výběru vhodného oblečení s ohledem na počasí a roční období. V těžších stádiích demence se snižuje samostatnost, schopnost sebeobsluhy a sebepečce v běžných každodenních činnostech a nemocný se stává odkázaným na pomoc druhých. (Pidrman, Kolibáš 2005, s. 121,166 - 167)

2.5.2 Behaviorální a psychologické příznaky

BPSD jsou behaviorální a psychologické symptomy demence. Vyskytují se téměř pokaždé u demencí ve středních a těžších stádiích. Přítomnost těchto příznaků nebývá konstantní a objevují se často nepravidelně. Mezi BSPD patří: porucha osobnosti, chování, emotivity, psychotické příznaky, porucha spánku a cyklu bdění/spánek. (Jirák, Koukolík 2004 s. 82)

Změny v chování jsou charakteristické ve středních stádiích demence. Tyto změny mohou být spojeny s agresivitou nemocného, ať už slovní (výhrůžky, výkřiky) nebo brachiální (ohánění se, naznačování fyzického útoku), a to nejen vůči osobám, ale i předmětům (bouchá dveřmi, zahazuje okolní předměty, kope do věcí). Nemocný na sebe rád poutá pozornost, časté jsou útoky z domova nebo

potulování se po venku. (Jirák, Koukolík 2004 s. 82) Agresivní chování se vyskytuje u více jak poloviny pacientů v těžkém stádiu demence. Takové chování může být zapříčiněno nesprávným výkladem chování jiných lidí, bolestí nebo psychotickými příznaky (halucinace, bludy). U nemocných s demencí není výjimkou ani takzvaná agitovanost (psychomotorický neklid), která se projevuje například monologizováním, řečovým a pohybovým stereotypem, opakováním slov a pohybů které člověk viděl u jiné osoby. (Pidrman, Kolibáš 2005, s. 113 - 114)

Porucha osobnosti je příznakem všech demencí, který se projevuje omezením zájmů a iniciativy, poruchou sociálních a etických citů nebo těžkou poruchou vyšších citů (netaktnost, nerespektování společenského chování, zanedbávání osobní hygieny či vystupňované až deviantní projevy pudu obživy a deviantní projevy sexuálního pudu). (Pidrman, Kolibáš 2005, s. 112)

Poruchy emotivity – deprese (depresivní syndrom) patří mezi nejčastější přidružené příznaky při demencích, projevující se mrzutou nebo podrážděnou náladou s tělesnými obtížemi (bolesti hlavy, únava, slabost, nechutenství). Při těžkých demencích se může projevovat neklidem nebo negativizmem (odmítavé chování). Manické syndromy se při demenci vyskytují již méně. Projevují se manickou (povznesenou) náladou, zvýšeným sebevědomím, zvýšenou pohybovou aktivitou. Úzkostné poruchy se objevují zejména v počátečním stádiu demence. U nemocného dominuje úzkostná nálada projevující se obavami z budoucnosti s psychomotorickým neklidem. (Pidrman, Kolibáš 2005, s. 114 - 116)

Psychotické příznaky- bludy se vyskytují až u 40 % pacientů, nejčastěji ve středním a pokročilém stádiu demence. Bludy bývají paranoidně-perzekučního obsahu, nesystematické (okrádání sousedy známými, příbuznými, někdo jim krade spodní prádlo ze šatníku, mouku, cukr). Halucinace, se vyskytují méně než bludy, obvykle se jedná o vizuální halucinace v nižším zastoupení pak halucinace sluchové nebo čichové. Halucinace mohou vést ke vzniku bludů a následně tak ovlivňovat chování nemocného. (Pidrman, Kolibáš 2005, s.116 - 117)

Spánek je u nemocných s demencí často přerušovaný a nemocní si jeho nedostatek nahrazují pospáváním během dne, v důsledku čehož může dojít až ke spánkové inverzi, kdy pacient bude v noci bdělý a přes den ospalý. V těžších

stádiích demence se v průběhu noci stupňuje neklid (ve spánku se přehazuje, skřípe zuby, mluví ze spaní, toulá se po chodbách). Další poruchou spánku je porucha REM spánku, nemocný má zachovalý svalový tonus a reaguje svými pohyby na děj snu. Rizikem této poruchy je ohrožení nebo zranění vedle spícího partnera. (Pidrman, Kolibáš 2005, s. 117 - 118)

2.5.3 Kognitivní změny

Kognitivní funkce (paměť, myšlení, pozornost, vnímání a jiné) jsou u demencí postiženy primárně. Nejprve dochází k poruše paměti, zejména „novopaměti“ (špatně si pamatují nová jména, pojmy, telefonní čísla) a postupem času dochází i k poruše „staropaměti“ (těžko si vybavují vzpomínky - bývají nepřesné). V těžších stádiích mívají nemocní problém si zapamatovat nové paměťové obsahy. Dochází k takzvané deterioraci inteligence nemocného (upadá logické myšlení, rychlost myšlení, soudnost, abstrakce, objevuje se ulpívavé myšlení). (Jirák, Koukolík 2004 s.81 - 82) Porucha exekutivních (výkonných) funkcí je porucha samostatně si naplánovat jednoduché úkony a provést je ve správném pořadí. Apraxie je porucha motorické zručnosti. Nemocný například nedokáže používat předměty (klíč, pero) nebo je neobratný při oblékání. Další je agnózie (porucha poznávání). Nemocný nerozpozná tváře příbuzných a známých nebo nedokáže pojmenovat věci v okolí. U demencí dochází i k poruchám úsudku a pochopení situace nemocným. Onemocnění narušuje nemocnému schopnost hodnotit vnější okolí, pochopit změny a správně na ně reagovat. Nemocný má narušenou schopnost interpretace běžných situací a nedokáže vlastním úsudkem kompenzovat tuto poruchu. Vzniká tak riziko poškození vlastního zdraví (úraz), zapříčinění materiální škody nebo ohrožení jiných lidí. (Pidrman, Kolibáš 2005, s. 110 - 111)

2.6 Terapie demence

Většina demencí je, až na některé výjimky, neléčitelná. Zvolením správné terapie lze zpomalit jejich průběh a zlepšit tím kvalitu života postiženého. Při léčbě onemocnění se využívá farmakologických a nefarmakologických přístupů, které se vzájemně kombinují a ovlivňují. Farmakoterapie je rozdělena na kognitivní a nekognitivní farmakoterapii, přičemž každá z nich má svoji významnou úlohu při léčbě demence. (Jirák, Holmerová, Borzová a kol. 2009, s. 88) Léčba by měla být komplexní. Kromě farmakologické terapie je důležité i jistá úprava životního

prostředí nemocného a řádné poučení všech ošetřujících o příčinách poruch chování, je nezbytné naučit je, jak mají na takto nemocného člověka reagovat. (Seidl, Obenberger 2004, s. 286)

2.6.1 Farmakologická terapie

Farmakoterapii demencí lze rozdělit na farmakoterapii kognitivních funkcí a farmakoterapii nekognitivních funkcí neboli symptomatickou. Farmakoterapie kognitivních funkcí je tedy zaměřena na poruchu poznávacích funkcí. V dnešní době jsou při lehčích a středních formách AN základními a nejdůležitějšími léčivy - inhibitory acetylcholinesteráz. Tyto látky zvyšují obsah acetylcholinu v mozku s následným zlepšením paměťových funkcí. V těžších stádiích AN se používá látka memantin, která blokuje glutamátové receptory, chrání nervovou buňku před škodlivinami a zvyšuje schopnost učení. (Jirák, Holmerová, Borzová a kol. 2009, s. 88) Dalšími látkami, které zlepšují acetylcholinergní přenos jsou: acetyl-L-karnitin (který zlepšuje syntézu acetylcholinu), blokátory kalciových kanálů, látky likvidující volné kyslíkové radikály, látky zvyšující metabolismus centrální nervové tkáně (nootropní léky), nervové růstové faktory. (Jirák, Koukolík 2004 s. 96 - 98) Nekognitivní farmakologie ovlivňuje a odstraňuje přidružené poruchy u demence BSPD (chování, emotivitu, spánek, bdělost). K tišení neklidů a delirií jsou používána antipsychotika II. generace. Léky ovlivňující depresi - antidepressiva a léky snižující pocity úzkosti – anxyolitika. (Jirák, Holmerová, Borzová a kol. 2009, s. 91)

2.6.2 Nefarmakologická terapie

Nefarmakologické metody v léčbě demencí jsou stejně důležité jako metody farmakologické. Jde o ověřené metody, jejichž smyslem je zachování a rozvíjení úrovně jednotlivých dovedností a schopností nemocného. Tyto metody by měly být vybírány tak, aby byly přiměřené pacientovým schopnostem. Léčba se zaměřuje na rozvoj kognitivních funkcí, zlepšení komunikace či samostatnosti. Mezi tyto techniky patří například:

Reminiscenční terapie - technika procvičování kognitivních funkcí spočívající ve vybavování si starých životních událostí a vzpomínek za pomoci fotografií nebo videozáznamu.

Realitně orientovaná terapie – spočívá v přesném označování věcí nemocného pomocí štítků s názvy a v přesných a jasně daných instrukcích. Například jasně označené dveře na WC, do koupelny). Nemocný je stále ve střetu s realitou a je nezbytné, aby byl informován o datu a času (kalendář s velkými číslicemi). (Jirák, Koukolík 2004 s. 105)

Kognitivní trénink – tvoří ho soubor 52 tréninkových bloků se zaměřením na cvičení paměti, pozornosti, myšlení, řešení problémů, řeči, motivace, regulace sociálního chování. Každý blok má 45 minut, jako ve škole. V tréninku jsou zahrnuty mimo kognitivní funkce i osobnostní a sociální faktory. Střídají se verbální, písemné a kresebné úlohy. (Klucká, Volfová 2009 s. 21 - 23)

Kinezioterapie – pohybové cvičení k udržení svalové síly a stability nemocného zároveň působící jako podpora při prevenci problémového chování. Je důležité, aby cvičení byla doprovázena rytmickým slovním doprovodem. (Jirák, Holmerová, Borzová a kol. 2009, s. 100)

Bazální stimulace – je to koncept, který se zaměřuje na podporu lidského vnímání v nejzákladnější (bazální) rovině. Je určena pro klienty neklidné, dezorientované, geriatrické pacienty. Zásadními prvky tohoto pojetí jsou pohyb, komunikace, vnímání a jejich vzájemné propojení. Lidé se změnami v těchto sférách podporuje koncept přímo namířenou stimulací smyslových orgánů a jejich uložených vzpomínek, které vedou k následné aktivaci mozkové činnosti, a tím i podpoře vnímání, komunikace a hybnosti nemocného. (Friedlová 2007, s. 19)

Ergoterapie – Ergoterapie je obor léčebné rehabilitace, která pomáhá klientům se snížením nebo ztrátou soběstačnosti v základních denních činnostech. Cílem ergoterapie je napomáhat ke zlepšování schopností klienta a zvládnutí běžných denních aktivit, pracovních činností a činností volného času a napomáhat zapojení klienta do jeho sociálního prostředí a komunity. (Jelínková, Krivošíková, Šajtarová 2009, s. 16 - 17)

Snoezelen - koncept, který vychází z takzvaného multismyslového prostředí s cílem aktivní stimulace aplikované přes světelné, chuťové, čichové a zvukové podněty. Podstatou je navázání sensorické stimulace v prostředí, které

klienta nestresuje a je pro něj přijatelné. Tato metoda je určena k rozvoji osobám s těžkým mentálním postižením. (Janků, Filatová 2010, s. 16 - 20)

Animoterapie – terapie za pomoci zvířat. Metoda se využívá k léčbě psychiky a osobnosti člověka nebo k podněcování sociální či emoční komunikace. Přítomnost zvířat v domovech pro seniory snižuje adaptační stres nových klientů a zároveň motivuje ostatní klienty k aktivnímu způsobu života. Nejčastěji jsou k terapii zvířetem využíváni psi (canisterapie), kočky (felinoterpie), králíci, rybičky nebo i kozy, lamy a další hospodářská zvířata. (Nerandžič 2006, s. 25 - 21)

3 Zařízení poskytující péči o seniory s demencí

Zařízení, jež mohou poskytovat péči seniorům s demencí, je více než zde mohu uvést. Vybrala jsem tedy ty nejzákladnější, které jsem v krátkosti popsala. Zdravotní a sociální péče jsou spolu úzce spjaty (protože v praxi jsou často zdravotní problémy následně doprovázeny problémy sociálními), a proto není na místě je od sebe oddělovat. (Dvořáčková 2012, s. 80)

Nemocnice (LDN) – nemocnice, konkrétně oddělní léčebny dlouhodobě nemocných je zdravotnické zařízení, kde je poskytována zdravotní péče odbornými zdravotnickými pracovníky. LDN poskytuje komplexní ošetrovatelskou a léčebnou péči nemocným, kteří jsou postiženi dlouhodobým komplikovaným onemocněním nebo těm, jejichž zdravotní stav vyžaduje následnou dlouhodobou rehabilitaci (například nácvik soběstačnosti při sebepéči či nácvik chůze). (Mlýnková 2011, s. 63 - 64)

Hospice – Hospice jsou zařízení poskytující komplexní ošetrovatelskou a paliativní péči onkologicky nemocným nebo nemocným, kteří trpí nevléčitelným onemocněním. Hospice také nabízejí formu respitní (úlevové) péče, která je určena rodinným příslušníkům pečujícím o nemocného seniora. Smyslem respitní péče je odlehčovací pobyt pro seniory, jestliže si jejich blízcí již potřebují odpočinout a načerpat nové síly. (Mlýnková 2011, s. 64)

Ambulantní a terénní služba – jedná se o odbornou zdravotní péči poskytovanou nemocným v jejich domácím prostředí. Zdravotní stav těchto klientů nevyžaduje hospitalizaci v nemocnici, ale zároveň nemají možnost zajištění péče rodinnými příslušníky. Péče spočívá v ošetřování seniora v prostředí, které mu je blízké a kde se cítí dobře. (Mlýnková 2011, s. 64)

Geriatrická denní centra – jsou zařízení poskytující zdravotní péči seniorům v denních centrech. Je zde zajištěna léčebná, ošetrovatelská i fyzioterapeutická péče. Klientům se věnují ergoterapeuti, či psychologové. (Mlýnková 2011, s. 65)

Domovy pro seniory – domovy pro seniory jsou zařízení poskytující celoroční nepřetržitou zdravotní a ošetrovatelskou péči u klientů, kteří nedokáží a nemohou žít sami ve své domácnosti. Zdravotní péče je zajišťována všeobecnými sestrami, ošetrovateli, fyzioterapeuty, ergoterapeuty a dalšími

odborníky. V pravidelných intervalech dochází praktický lékař či specialista (oční lékař, psychiatr, zubní lékař) V domovech pro seniory jsou mimo zajišťování pomoci při sebekéči či osobní hygieně poskytovány i aktivizační činnosti, duchovní péče, sociálně terapeutické činnosti, zprostředkování kontaktů se společenským prostředím, pomoc v uplatňování práv oprávněných zájmů či osobních záležitostí klienta. (Mlýnková 2011, s. 65)

Domovy se zvláštním režimem – jedná se o zařízení, která zajišťují celoroční pobyt s nepřetržitým poskytováním zdravotní péče. Jsou zde přijímáni klienti, kteří trpí chronickou duševní poruchou nebo mentálním postižením a vyžadují přizpůsobit služby této nemoci či postižení. Na rozdíl od běžných domovů pro seniory jsou přizpůsobeny specifickým potřebám klientů s využitím většího počtu specializovaného personálu. (Mlýnková 2011, s. 65)

Domovy s pečovatelskou službou – tato zařízení zajišťují péči seniorům, kteří nevyžadují stálou pomoc ošetřujících osob, pouze vyžadují asistenci při některých úkonech k zajištění pocitu jistoty (například pomoci jim vstoupit do vany). Senioři žijí v samostatných bytových jednotkách a mohou využívat další služby například dovoz obědů, pedikúru, kadeřnici a podobně. (Mlýnková 2011, s 65 - 66)

Domovinky – jsou centra denních služeb určená pro seniory s fyzickým či psychickým postižením vyžadující denní péči v době, kdy jsou jejich příbuzní v zaměstnání. Volný čas seniorů je zajištěn různými aktivitami (výtvarné, tělovýchovné, společenské). Domovinky současně poskytují respitní péči. (Mlýnková 2011, s. 66)

Denní stacionáře – zařízení poskytující ambulantní službu seniorům se sníženou soběstačností, vyžadujícím pomoc druhé osoby. Denní stacionář poskytuje seniorům kromě odborné péče i socializační či aktivizační činnosti. (Mlýnková 2011, s. 66)

Týdenní stacionáře – týdenní stacionáře fungují podobně jako denní stacionáře. Jsou určeny zejména pro seniory s poruchami paměti, sníženou soběstačností a sebekéčí. Doba pobytu je však prodloužená, obvykle jsou zde klienti od pondělí do pátku a víkendy tráví se svojí rodinou. (Mlýnková 2011, s. 66)

Pečovatelská služba –poskytuje seniorům péči v jejich domácím prostředí. Sociální služby zajišťují například ošetřovatelské úkony, nakupování, péči o domácnost, asistenční služby, doprovod k lékaři. (Mlýnková 2011, s. 66)

Cílem sociální péče je klientům zabezpečit pomoc při sebepéči, zajistit možnost stravování, chod domácnosti, ubytování, ošetřování, nebo pomoc při uplatňování práv a zájmů klientů (Dvořáčková 2012, s. 81)

4 Ošetrovatelská péče

Každodenní ošetrovatelská péče o klienty s problematickým chováním, vzniklém na podkladě organické poruchy je nesmírně náročná. Zgola, Cohen-Mansfield, Tošnerová jsou autoři zaměřující se na problematiku poruch chování seniorů s demencí. Rozdělují poruchy do tří skupin: teorie nenaplněných potřeb, chování posilované reakcemi okolí a vliv faktorů z prostředí. Chování nemocných seniorů s demencí je často chápáno jako projev onemocnění. Pro nás je toto chování vnímáno jako problémové, jedná se však o obtížné uspokojování potřeb nemocného, které je ve výsledku často neúčinné. Známe-li jednotlivé skupiny schopností, které demence postihuje a máme-li představu o možných plynoucích změnách jednání pacientů, můžeme tak předcházet možným problémům, hledat prevenci a účinné intervence. Budeme-li chápat jednání dementních seniorů jako vzdor či odpor vůči personálu, je přirozenou zpětnou reakcí vztek, a ztráta snahy něco měnit. Senior trpící demencí obtížně vyjadřuje svá přání, a proto pro upoutání pozornosti využívá modelu, založeného na principu opakování nemocný takového chování, které se mu již v minulosti osvědčilo. Z praxe v oblasti péče bylo zjištěno, že problematickým pacientům je věnována větší pozornost. Proto nemocný senior trpící demencí ví, že problematické chování je jednoduchá cesta k získání pozornosti a péče bez využití složité komunikace. Prostor, ve kterém se nalzáme, na nás působí mnoha zevními vlivy. Jsou to vlivy sociální a fyzikální (hluk, chlad, teplo, ostré osvětlení). Při překročení míry snesitelnosti se tyto faktory pro nás, potažmo pro nemocného trpícího demencí mohou stát podnětem k podrážděnému chování a následně vzniklému napětí, které uvolňujeme různými způsoby, například problémovým chováním. (Venglářová 2007, s. 38 - 41)

4.1 Nejzávažnější problémy v péči o seniory s demencí

Slovně neagresivní chování, jehož projevy jsou: *opakování dotazů, zdlouhavé popisování, nedorozumění, nepochopení, dokola se opakující vyprávění stejných historek*. V pozdějších stádiích demence nemocný neudrží žádné nové informace, a proto se stále ujišťuje opakovanými dotazy, které fungují jako prevence úzkosti. Tento stav je velice zatěžující pro personál a příbuzné. Vážnoucí komunikace narušuje vztah mezi nemocným a ošetřovatelem, a následně tak i uspokojování potřeb nemocného. (Venglářová 2007, s. 41 - 42)

Fyzicky neagresivní chování, které se projevuje: *blouděním, stálou chůzí, nesmyslnou manipulací s předměty (přenášení), svlékáním a nevhodnými doteky vůči lidem v okolí*. Tyto stavy jsou projevy psychomotorického neklidu při nenaplnění potřeb nemocného. Například toulání a bloudění může být způsobeno přebytkem energie či hledáním cesty domů. Nevhodné doteky mohou být projevem potřeby fyzického kontaktu či snahou o mimoslovní vyjádření. Noční neklid bývá způsoben dezorientací v čase nebo projevem malé fyzické aktivity přes den. (Venglářová 2007, s. 42)

Slovně a fyzicky agresivní chování se chápe jako *křik, nadávky, vulgarizmy, které se stupňují, až mohou vyústit ve fyzický útok*. Takto agresivní jednání může být zapříčiněno různými důvody, které bychom měli znát a snažit se jim předejít. Například: agresivita využitá jako způsob k dosažení cíle bývá reakcí na nepříjemné podněty, které se nemocný pomocí agrese snaží potlačit. K manifestaci agrese dochází při ztrátě sebekontroly nemocného. Další vyvolávající příčinou je agrese jako emoční reakce. Senioři obvykle trpí sníženou možností vyrovnávat se se silnými pocity a emocemi, a proto jejich hněv a zloba mohou být projevem obrany proti pokračování něčeho nepříjemného (odkázání nemocného na pomoc v péči o intimní partie) bolesti ze ztráty (někoho blízkého) či hněv nad těžkým osudem. Stává se, že agresivita u nemocného seniora s demencí je zapříčiněna i chybným chápáním reality. Vlivem porušení kognitivních funkcí může dojít k neporozumění nebo špatnému pochopení situace ze strany nemocného s následným projevem obrany v podobě agresivního chování. Například se nemocný vzpouzí proti svlékání. Agresivita jako povahový rys se obvykle rozvíjí ve stáří, kdy vystupují některé povahové rysy nemocného, které se mu dříve dařilo více ovládat. Agresivita jako odpověď bývá způsobena vlivem samotných zdravotníků či pečovatелů, jejichž chování může vyvolávat podrážděnou odpověď nemocného. Například nevhodná komunikace, spěch, či nervozita ošetřovatele. (Venglářová 2007, s. 43 - 44)

PRAKTICKÁ ČÁST

5 Formulace problému

Populace stárne a s vyšším věkem stoupá riziko postižení demencí. V populaci nad 65 let je tímto onemocněním postihnuto 5 % všech jedinců, nad 80 let to činí 30-50 % (Kučerová 2006, s. 10). Rodina často není schopna se o takto nemocné postarat, a proto bývají umístěni do domovů pro seniory nebo jsou hospitalizováni ve zdravotnických zařízeních. Z uvedených důvodů péče, která je těmto osobám poskytována, vyžaduje vyšší pozornost a pochopení ze strany ošetřujícího personálu.

6 Cíl výzkumu

Hlavním cílem mé bakalářské práce je analýza ošetrovatelských problémů v péči o seniory s demencí na odděleních léčeben dlouhodobě nemocných a v domovech pro seniory se zaměřením na vzdělávání sester v daném oboru.

Dílčí cíle:

Cíl 1: Zjistit u sester problémy při poskytování ošetrovatelské péče o seniora trpícího demencí

Předpoklad 1: Předpokládám, že víc než polovina všeobecných sester bude považovat za hlavní pracovní zdroj problému při poskytování ošetrovatelské péče o seniora s demencí nedostatečné personální obsazení ve směnách.

Kritérium: Více než 50 % respondentů zodpoví minimálně čtyři otázky kladně

Otázky č. 5, 6, 7, 19, 20, 21

Cíl 2: Analyzovat nejzávažnější ošetrovatelské problémy v péči o seniora s demencí

Předpoklad 2: Předpokládám, že více než polovina všeobecných sester bude považovat behaviorální příznaky za nejzávažnější ošetrovatelské problémy v péči o seniora s demencí.

Kritérium: Více než 50 % respondentů zodpoví minimálně tři otázky kladně

Otázky č. 8, 9, 10, 11, 12

Cíl 3: Zjistit zájem sester o informace týkající se poznatků o rozvoji onemocnění demence a jejích příznaků

Předpoklad 3: Předpokládám, že více než polovina všeobecných sester v rámci celoživotního vzdělávání si sama aktivně vyhledává informace týkající se poznatků o onemocnění.

Kritérium: Více než 50 % respondentů zodpoví minimálně dvě otázky kladně

Otázky č. 13, 14, 15

Cíl č. 4 Zjistit, jsou-li sestry seznamovány zaměstnavatelem s novými poznatky v oblasti ošetrovatelské péče, nebo si tyto informace častěji vyhledávají samy

Předpoklad 4: Předpokládám, že více než polovina všeobecných sester není svým zaměstnavatelem informována o nových poznacích v oblasti problematiky péče o seniory trpících demencí

Kritérium: Více než 50 % respondentů zodpoví minimálně dvě otázky kladně

Otázky č. 16, 17, 18

7 Charakteristika souboru

Celkem jsem rozdala 120 dotazníků, z toho 60 dotazníků bylo určeno všeobecným sestrám v domovech pro seniory a 60 dotazníků všeobecným sestrám z léčeben dlouhodobě nemocných. Z celkového počtu 120 dotazníků se mi navrátilo 100 dotazníků. Z důvodu neúplnosti nebo nesprávného vyplnění bylo 16 dotazníků nepoužitelných. Celková návratnost tedy byla 84 dotazníků což je 70%. Výzkumné šetření bylo prováděno v měsíci leden 2014. Dotazníky byly rozdány do Domova pro seniory sv. Jiří, Domova pro seniory Malešice, Domu seniorů Michle, Domova pro seniory Slunečnice, Léčebny dlouhodobě nemocných v městské nemocnici Plzeň Privamed a. s., Léčebny dlouhodobě nemocných ve Fakultní nemocnici v Motole.

8 Metoda sběru dat

Pro výzkumné šetření jsem použila kvantitativní metodu pomocí strukturovaných dotazníků. Součástí dotazníku bylo celkem 21 uzavřených otázek.

Mezi první otázky které jsou filtrující, se vztahují údaje o pohlaví, dosaženém vzdělání, délce praxe a typu zařízení kde respondent pracuje. Zbylé otázky se vážou k jednotlivým tématům, kterými jsou četnost výskytu klientů, seniorů s demencí v zařízení, příznaky demence které způsobují největší problémy v ošetrovatelské péči nebo způsob získávání nových odborných poznatků v dané problematice.

9 Analýza údajů

Filtrující otázky (otázky č. 1, 2, 3 a 4 zjišťovaly pohlaví, věk, dosažené vzdělání v oboru zdravotnictví, délku praxe a typ zařízení, ve kterém respondent pracuje)

Otázka č. 1: **Jaké je vaše pohlaví?**

Tabulka 1 Pohlaví respondentů

Odpověď	Počet	Procenta
Žena	79	94
Muž	5	6

Zdroj: vlastní

Ze 100 % dotazovaných respondentů tvořily největší skupinu ženy, což činí 94 %. Muži tvořili 6 % z celkového počtu dotazovaných.

Otázka č. 2: **Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání v oboru zdravotnictví?**

Tabulka 2 Dosažené vzdělání respondentů

Odpověď	Počet	Procenta
Středoškolské	54	64
Sestra specialista	15	18
Vysokoškolské-Bc.	5	6
Vysokoškolské-Mgr.	2	2
Vyšší odborné-Dis.	8	10
Jiné	0	0

Zdroj: vlastní

Největší zastoupení dotazovaných tvořily všeobecné sestry se středoškolským vzděláním a to 64 % ze všech dotazovaných. Sester specialistek bylo 18 % a sester s vyšším odborným vzděláním 10 %. Všeobecné sestry s vysokoškolským vzděláním tvořily 8 % z toho 6 % sester s titulem Bakalář a 2 % sester s titulem Magistr.

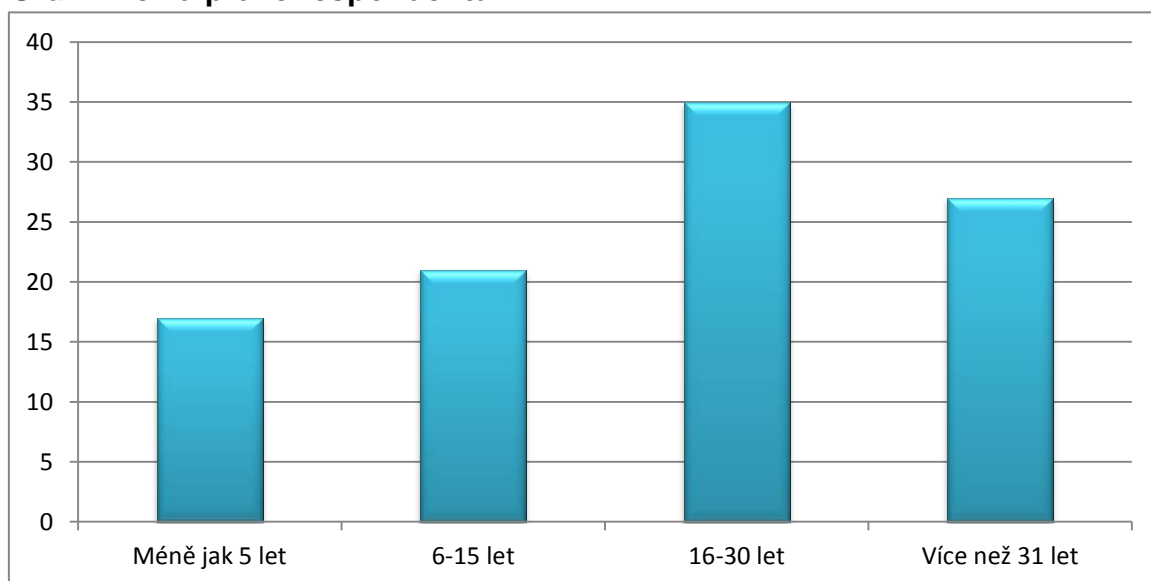
Otázka č. 3: Jaká je délka Vaší praxe?

Tabulka 3 Délka praxe respondentů

Odpověď	počet	procenta
Méně jak 5 let	14	17
6-15 let	18	21
16-30 let	29	35
Více než 31 let	23	27

Zdroj: vlastní

Graf 1 Délka praxe respondentů



Zdroj: vlastní

Šetření ukázalo, že 17 % respondentů má praxi méně jak 5 let, 21 % respondentů má praxi 6-15 let. Nejvyšší zastoupení měly skupiny dotazovaných s délkou praxe 16-30 let, kterou činilo 35 % respondentů a s praxí více než 31let bylo 27 % respondentů.

Otázka č. 4 V jakém typu zařízení pracujete?

Tabulka 4 Typ zařízení

Odpověď	Počet	Procenta
Domov pro seniory	42	50
Léčebna dlouhodobě nemocných	42	50

Zdroj: vlastní

Z celkového počtu dotazovaných pracuje 50 % respondentů v zařízeních typu domovů pro seniory a 50 % v zařízeních léčeben dlouhodobě nemocných.

Otázka č. 5 Kolikrát se na svém pracovišti setkáváte se seniorem s demencí, který Vám způsobuje problémy při ošetrovatelské péči?

Tabulka 5 Jak často se setkává respondent se seniorem s demencí

Odpověď	Počet	Procenta
Minimálně 1x při každé mé směně	30	36
Více než 3x při každé mé směně	47	56
Přibližně 5x do měsíce	7	8
Jiné	0	0

Zdroj: vlastní

Na otázku jak často se setkávají respondenti se seniory s demencí, který jim způsobuje problémy při ošetrovatelské péči, odpovědělo 56 % respondentů více než 3x při každé jeho směně, 36 % respondentů se s takovýmto klientem setkala minimálně 1x při každé jeho směně a 8 % respondentů na tuto otázku vybrali možnost přibližně 5x do měsíce. Odpověď jiné, neoznačil žádný z respondentů.

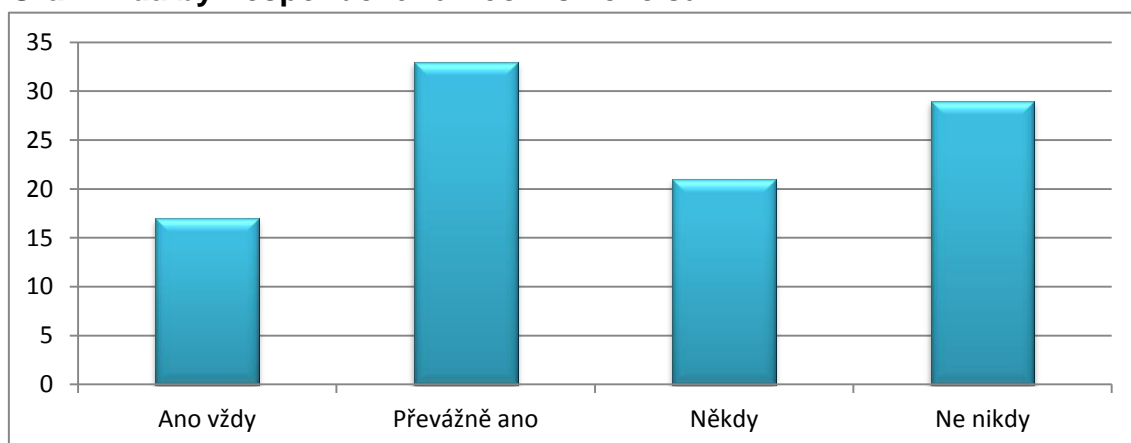
Otázka č. 6 **Byl/a jste během noční směny při péči o seniora s demencí vyžadujícího zvláštní péči profesně sám/a?**

Tabulka 6 Zda byl respondent na noční směně sám

Odověď	Počet	Procenta
Ano vřdy	14	17
Převážně ano	28	33
Někdy	18	21
Ne nikdy	24	29

Zdroj: vlastní

Graf 2 Zda byl respondent na noční směně sám



Zdroj: vlastní

Na otázku, zda byl respondent během noční směny při péči o seniora s demencí vyžadujícího zvláštní péči profesně sám, odovědělo 17 % dotazovaných ano vřdy, 33 % dotazovaných označilo odověď převážně ano, na možnost někdy odovědělo 21 % respondentů a variantu ne nikdy zvolilo 29 % všech dotazovaných.

Otázka č. 7 Pokud ano, měl/a jste možnost přivolat si na pomoc jinou osobu?

Tabulka 7 Možnost přivolat si na pomoc jinou osobu

Odpověď	Počet	Procenta
Ano	77	92
Ne	1	1
Někdy	6	7

Zdroj: vlastní

Z celkového počtu všech dotazovaných, tedy 100 % dotazovaných, odpovědělo Ano 92 % respondentů, 1 % respondentů označilo Ne a 7 % vybralo možnost někdy.

Otázka č. 8 **Která ze skupin příznaků demence Vám (sestrám) způsobuje při ošetrovatelské péči nejzávažnější problémy?**

Tabulka 8 Skupina příznaků, která způsobuje nejzávažnější problémy respondentům

Odpověď	Počet	Procenta
Změny v aktivitách denního života	16	19
Behaviorální změny	62	74
Kognitivní změny	6	7

Zdroj: vlastní

Ze skupin příznaků, které způsobují respondentům nejzávažnější ošetrovatelské problémy, vybralo 74 % respondentů behaviorální změny. Možnost kognitivní změny označilo 7 % dotazovaných a změny v aktivitách denního života odpovědělo 19 %.

Otázka č. 9 **Která ze skupin příznaků demence podle Vás způsobuje při ošetrovatelské péči nejzávažnější problémy pacientům?**

Tabulka 9 Skupina příznaků, která způsobuje nejzávažnější problémy pacientům

Odpověď	Počet	Procenta
Změny v aktivitách denního života	18	21
Behaviorální změny	57	68
Kognitivní změny	9	11

Zdroj: vlastní

Ze skupin příznaků, které podle respondentů způsobují nejzávažnější ošetrovatelské problémy pacientům, vybralo více jak polovina respondentů, 68 % behaviorální změny. Kognitivní změny odpovědělo 11 % dotazovaných a změny v aktivitách denního života o 21 %.

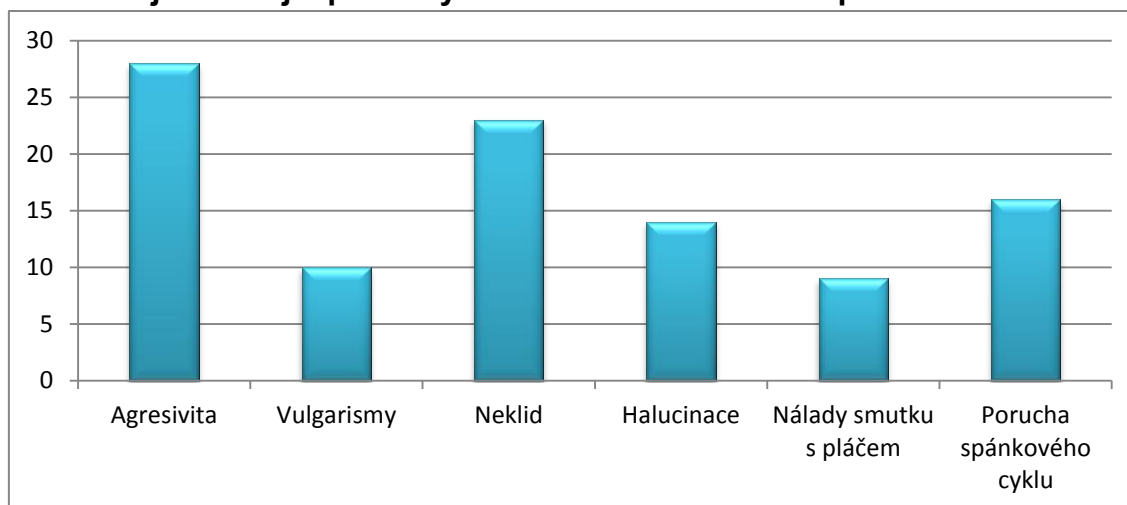
Otázka č. 10 **Zaškrtněte tři příznaky, které považujete za nejzávažnější v oblasti behaviorálních příznaků?**

Tabulka 10 Nejzávažnější příznaky z oblasti behaviorálních příznaků

Odpořed'	Počer	Procenta
Agresivita	70	28
Vulgarismy	25	10
Neklid	59	23
Halucinace	35	14
Nálady smutku s pláčem	23	9
Porucha spánkového cyklu	40	16

Zdroj: vlastní

Graf 3 Nejzávažnější příznaky z oblasti behaviorálních příznaků



Zdroj: vlastní

V otázce č. 10 respondenti vybírali tři nejzávažnější příznaky z oblasti behaviorálních příznaků. Nejčastěji respondenti vybírali agresivitu, která představuje 28 % ze všech označených odpovědí, dále neklid 23 % a porucha spánkového cyklu, tvoří 16 % ze všech označovaných odpovědí. 14 % ze všech odpovědí tvořili halucinace, vulgarismy 10 % a nálady smutku s pláčem 9 %.

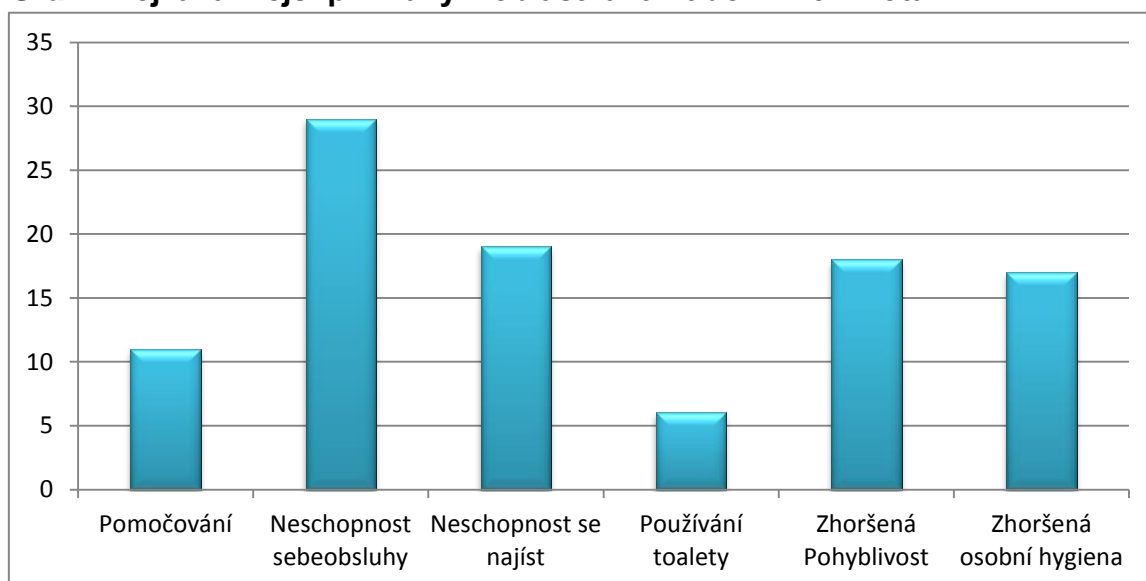
Otázka č. 11. **Zaškrtněte tři příznaky, které považujete za nejzávažnější v oblasti aktivit denního života?**

Tabulka 11 Nejzávažnější příznaky z oblasti aktivit denního života

Odpoověď	Počet	Procenta
Pomočování	27	11
Neschopnost sebeobsluhy	72	29
Neschopnost se najíst	48	19
Používání toalety	15	6
Zhoršená Pohyblivost	46	18
Zhoršená osobní hygiena	44	17

Zdroj: vlastní

Graf 4 Nejzávažnější příznaky z oblasti aktivit denního života



Zdroj: vlastní

V otázce č. 11 respondenti vybírali tři nejzávažnější příznaky z oblasti aktivit denního života. Nejčastěji respondenti vybrali neschopnost sebeobsluhy, která z celkového počtu označených odpovědí představuje 29 %, neschopnost se najíst činí 19 % a zhoršená pohyblivost 18 %. 17 % tvoří zhoršená osobní hygiena, pomočování 11 % a používání toalety 6 %.

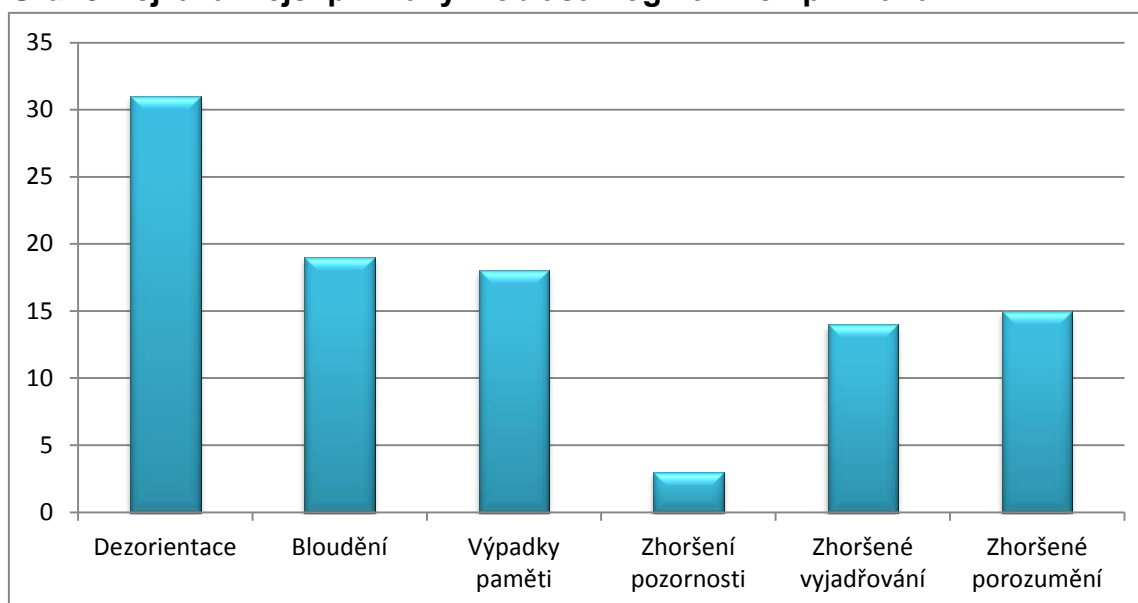
Otázka č. 12 **Zaškrtněte tři příznaky, které považujete za nejzávažnější v oblasti kognitivních příznaků?**

Tabulka 12 Nejzávažnější příznaky v oblasti kognitivních příznaků

Odpoověď	Počet	Procenta
Dezorientace	77	31
Bloudění	48	19
Výpadky paměti	46	18
Zhoršení pozornosti	8	3
Zhoršené vyjadřování	35	14
Zhoršené porozumění	38	15

Zdroj: vlastní

Graf 5 Nejzávažnější příznaky v oblasti kognitivních příznaků



Zdroj: vlastní

U otázky č. 12 respondenti vybírali tři nejzávažnější příznaky z oblasti kognitivních příznaků. Nejčastěji respondenti označovali dezorientaci, která tvořila 31 % ze všech označených odpovědí, bloudění 19 % a výpadky paměti 18 %. Zhoršené porozumění představuje 15 %, zhoršené vyjadřování 14 % a zhoršení pozornosti 3% ze všech označovaných odpovědí.

Otázka č. 13 **Kde čerpáte nové odborné informace o demenci?**

Tabulka 13 Kde respondent čerpá nové informace

Odpověď	Počet	Procenta
Pouze v rámci povinných seminářů a vzdělávání v rámci našeho zařízení	43	51
Navštěvují odborné semináře i mimo naše zařízení	30	36
Studium (specializační studium, Mgr., Bc.,...)	11	13
Jiné	0	0

Zdroj: vlastní

Ve výzkumném šetření 51 % respondentů čerpá nové informace pouze v rámci povinných seminářů a vzdělávání v rámci jejich zařízení, 36 % respondentů navštěvuje semináře i mimo jejich zařízení a 13 % respondentů se věnuje studiu (specializačnímu či vysoké škole). Možnost jiné neoznačil žádný z respondentů.

Otázka č. 14 **Kde nejčastěji získáváte nové odborné informace v oblasti problematiky ošetrovatelské péče o seniory?**

Tabulka 14 Kde respondent nejčastěji získává nové odborné informace

Odpověď	Počet	Procenta
Internet	14	17
Odborná literatura	12	14
Semináře, které si najdu sama	12	14
Semináře, které pořádá zaměstnavatel	46	55
Jiné	0	0

Zdroj: vlastní

Na otázku kde respondenti nejčastěji získávají nové odborné informace, vybírali možnost seminářů, které pořádá zaměstnavatel a to 55 % respondentů. 17 % respondentů vybralo jako nejčastější zdroj nových odborných informací internet, 14 % semináře které si dotazovaní najdou sami a 14 % respondentů čerpá informace z odborné literatury.

Otázka č. 15 **Je podle Vás důležité, v rámci celoživotního vzdělávání zdravotnických pracovníků pracujících se seniory, se dále vzdělávat v ošetrovatelských postupech zaměřených na zvládnutí projevů demence?**

Tabulka 15 Význam celoživotního vzdělávání zdravotnických pracovníků

Odpověď	Počet	Procenta
Určitě ano	59	70
Spíše ano	21	25
Určitě ne	0	0
Spíše ne	1	1
Nevím	3	4

Zdroj: vlastní

Ve výzkumné otázce zda má význam celoživotní vzdělávání zdravotníků ze všech 84 dotazovaných tvoří nejčastější odpověď 70 % respondentů, určitě ano. Spíše ano odpovědělo 25 % respondentů. Určitě ne nezodpověděl nikdo čili 0 % a možnost spíše ne si vybralo 1 % dotazovaných. Odpověď nevím si vybrala 4 % respondentů.

Otázka č. 16 **Seznamuje Vás Váš zaměstnavatel s kurzy nebo přednáškami, ve kterých je možné se seznámit s novými poznatky v oblasti ošetrovatelské péče?**

Tabulka 16 Informuje zaměstnavatel respondenty s kurzy, přednáškami

Odpověď	Počet	Procenta
Určitě ano	61	73
Spíše ano	18	21
Určitě ne	1	1
Spíše ne	4	5

Zdroj: vlastní

Na otázku, zda zaměstnavatel informuje respondenty s kurzy, ve kterých se mohou seznámit s novými poznatky v ošetrovatelské péči mi ze všech 84 dotazovaných, odpovědělo 73 % respondentů určitě ano a 21 % dotazovaných odpovědělo spíše ano. 1% respondentů vybralo možnost určitě ne a 5 % respondentů označilo možnost spíše ne.

Otázka č. 17 **Pořádá Váš zaměstnavatel v rámci Vašeho zařízení přednášky nebo kurzy z oblasti ošetrovatelské péče?**

Tabulka 17 Pořádá zaměstnavatel respondenta přednášky nebo kurzy

Odpověď	Počet	Procenta
Ano, pravidelně	44	52
Ano, nepravidelně	31	37
Vůbec nepořádá	1	1
Nevím	8	10

Zdroj: vlastní

Na otázku zda respondentům pořádá zaměstnavatel přednášky nebo kurzy, odpovědělo 52 % respondentů, ano pravidelně a 37 % respondentů, ano nepravidelně. 1 % respondentů si vybralo možnost, že jejich zaměstnavatel přednášky nebo kurzy vůbec nepořádá a 10 % respondentů vybralo odpověď nevím.

Otázka 18 **Podporuje Vás zaměstnavatel v dalším vzdělávání, aby jste měl/a možnost seznámit se s novými poznatky?**

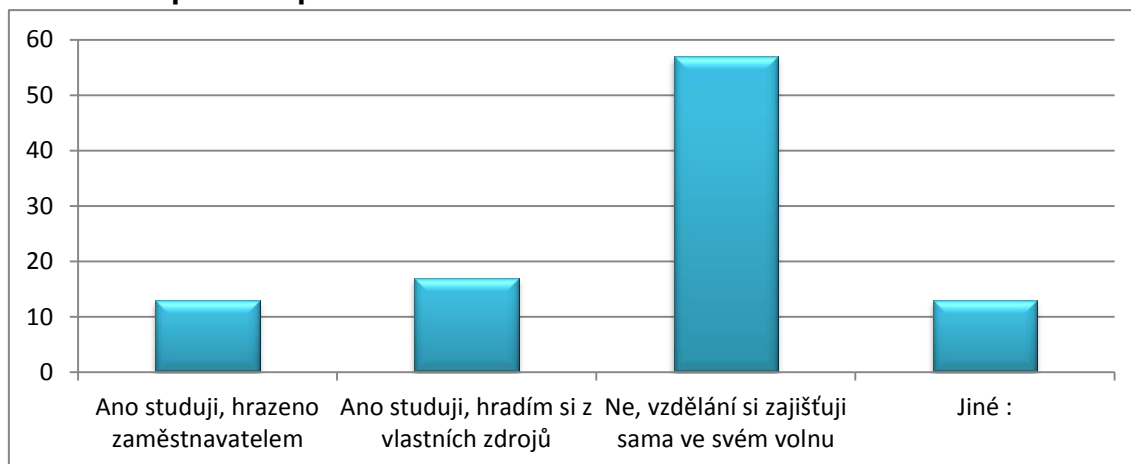
Tabulka 18 Podpora respondenta zaměstnavatelem ve vzdělávání

Odpověď	Počet	Procenta
Ano studuji, hrazeno zaměstnavatelem	11	13
Ano studuji, hradím si z vlastních zdrojů	14	17
Ne, vzdělání si zajišťuji sama ve svém volnu	48	57
Jiné :	11	13

Jiné:	počet	procenta
nechci studovat/ nestuduji	3	27
nevím	1	9
Semináře (pořádá a hradí)	7	64

Zdroj: vlastní

Graf 6 Podpora respondenta zaměstnavatelem ve vzdělávání



Zdroj: vlastní

Ze 100 % dotazovaných odpovědělo 13 % respondentů ano studuji, hrazeno zaměstnavatelem. 17 % dotazovaných odpovědělo ano studuji, hradím si z vlastních zdrojů. Nejpočetnější odpověď byla ne, vzdělání si zajišťuji sama ve svém volnu, na kterou odpovědělo 57 % respondentů. Zbýlých 13 % respondentů vybralo možnost jiné, kde se nejčastěji zmiňovali, že nestudují či nemají zájem studovat, nebo jen navštěvují semináře, které jim hradí zaměstnavatel.

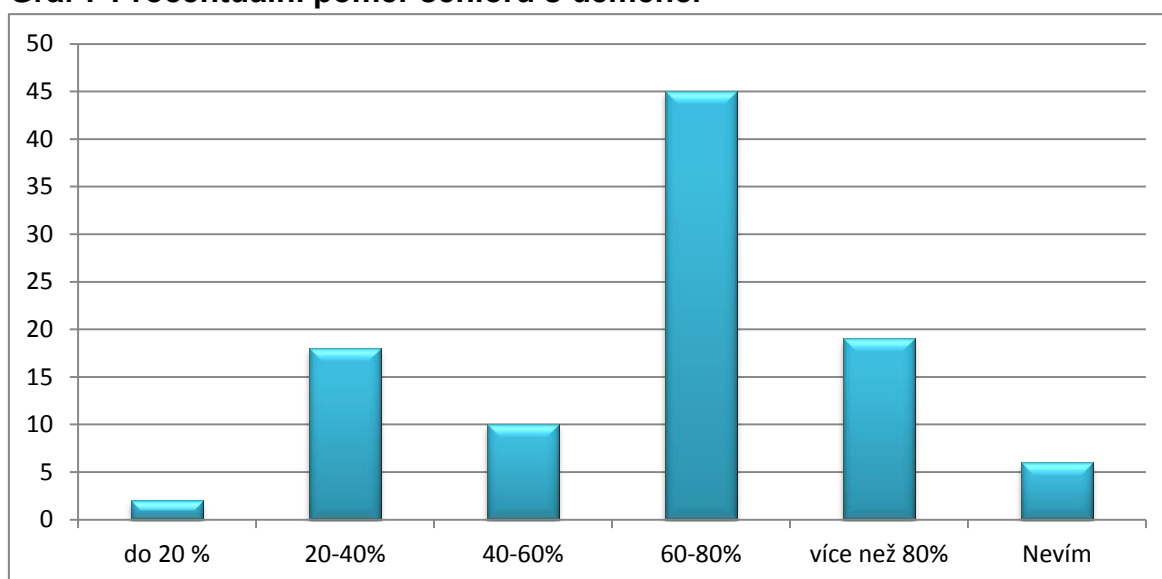
Otázka č. 19 **Kolik procent seniorů ve vašem zařízení má syndrom demence?**

Tabulka 19 Procentuální poměr seniorů s demencí

Odpověď	Počet	Procenta
do 20 %	2	2
20-40%	15	18
40-60%	8	10
60-80%	38	45
více než 80%	16	19
Nevím	5	6

Zdroj: vlastní

Graf 7 Procentuální poměr seniorů s demencí



Zdroj: vlastní

Na otázku, kolik procent seniorů ve vašem zařízení má syndrom demence odpověděli 2 % respondentů na možnost do 20 %. 18 % respondentů označilo možnost 20 - 40 % a 10 % respondentů vybralo možnost 40 - 60 %. Nejvíce ze všech dotazovaných odpovídalo na možnost 60 - 80 % a to 45 % respondentů. 19 % respondentů vybralo variantu více než 80 % a 6 % respondentů odpovědělo neví.

Otázka č. 20 **Je podle Vás rozdílná ošetrovatelská péče u seniora s demencí a bez demence?**

Tabulka 20 Rozdílnost ošetrovatelské péče u seniora s demencí a bez demence

Odpověď	Počet	Procenta
Stejná - odpovídá standardní ošetrovatelské péči	2	2
O něco obtížnější	25	30
Velmi obtížná	57	68
Jiné	0	0

Zdroj: vlastní

Na otázku č. 20 na rozdílnost ošetrovatelské péče odpovědělo 2 % respondentů, že je stejná a odpovídá standardní péči. 30 % ze všech dotazovaných označilo otázku o rozdílnosti péče, je o něco obtížnější a dokonce 68 % respondentů vybralo možnost velmi obtížná. Poslední možnost byla jiné, kterou však nikdo neoznačil.

Otázka č. 21 **Co je podle Vás dalším zdrojem problémů v péči o seniora s demencí?**

Tabulka 21 Další zdroje problémů v péči o seniora s demencí

Odpověď	Počet	Procenta
Nedostatečné personální obsazení	65	16
Nedostatečné finanční ohodnocení	29	7
Nároky na další vzdělávání	10	2
Práce přesčas	12	3
Psychický tlak od nadřízených	14	3
Nedostatečné vybavení zařízení	25	6
Konfliktní situace s kolegy	7	2
Nedostatek času na výkony spojené s prováděním nezávislých činností (hygienická péče)	44	11
Nedostatek času na výkony spojené s prováděním závislých činností (podávání léků)	26	6
Velká zodpovědnost za následky své práce	25	6
Nutnost respektovat standardů kvality	14	3
Administrativní činnost	54	13
Řešení problémů spojené s projevy seniora s demencí	32	8
Komunikace s příbuznými	59	14
Jiné	0	0

Zdroj: vlastní

V otázce č. 21 měli respondenti možnost zaškrtnout více odpovědí. Nejčastěji byla vybírána odpověď nedostatečné personální obsazení, kterou označilo 65 respondentů, což představuje 16 % ze všech označených odpovědí. Nedostatečné finanční ohodnocení představuje 7 %, nároky na další vzdělávání představuje 2 % a 3 % práci přesčas. Možnost psychický tlak od nadřízených byla označována 3 % a nedostatečné vybavení činí 6 % ze všech označených odpovědí. Možnost konfliktní situace s kolegy tvoří 2 % všech odpovědí a 11 % tedy 44 respondentů (více jak polovina) všech respondentů označilo nedostatek času na výkony spojené s prováděním nezávislých činností (hygienická péče, krmení, péče o vyprazdňování a jiné). Nedostatek času na výkony spojené s prováděním závislých činností (podávání léků, příprava na vyšetření, převazy a jiné) představuje 6 % ze všech označených odpovědí, velká zodpovědnost za následky své práce také 6 % a 3 % představují možnost nutnost respektovat standardů kvality. Až 54 dotazovaných, tedy 13 % ze všech uvedených odpovědí označilo jako další zdroj problémů administrativní činnost a 8% řešení problémů spojených s projevy seniora s demencí. 14 % z celkového počtu označených možností, tedy 59 respondentů vybralo jako další problém komunikaci s příbuznými. Odpověď jiné nikdo nezaškrtnul.

10 Prezentace a interpretace získaných údajů

Cíl 1: Zjistit u sester problémy při poskytování ošetrovatelské péče o seniora trpícího demencí

K tomuto cíli se vztahovaly otázky č. 5, 6, 7, 19, 20 a 21. Těmito otázkami jsem zjišťovala, jak často se ve svém zařízení setkává respondent se seniorem s demencí, zda byl respondent při péči o seniora s demencí na noční směně sám a zda měl možnost si na pomoc přivolat jinou osobu. Dále jsem se ptala na rozdílnost ošetrovatelské péče u seniora s demencí a bez demence a jaké jsou podle respondenta další zdroje problémů v péči o seniora s demencí.

K tomuto cíli se vztahoval **předpoklad č. 1**: Předpokládám, že víc než polovina všeobecných sester bude považovat za hlavní pracovní zdroj problému při poskytování ošetrovatelské péče o seniora s demencí nedostatečné personální obsazení ve směnách.

Kritérium zní, kladně zodpovědět minimálně čtyři otázky ze šesti.

Z celkového počtu respondentů uvedlo 55 % dotazovaných minimálně čtyři otázky kladně, zatímco 45 % respondentů odpovědělo kladně pouze na dvě a méně otázek, tedy mé předem dané kritérium bylo splněno.

Předpoklad č. 1 se potvrdil.

Cíl 2: Analyzovat nejzávažnější ošetrovatelské problémy v péči o seniora s demencí

K tomuto cíli se vztahuje otázka č. 8, 9, 10, 11 a 12, kterými jsem zjišťovala, která ze skupin příznaků demence způsobuje respondentům nejzávažnější problémy při poskytování ošetrovatelské péče, a která skupina příznaků demence, podle respondentů, způsobuje nejzávažnější problémy pacientům. Dále jsem se ptala na nejzávažnější příznaky z oblasti behaviorálních příznaků, nejzávažnější příznaky z oblasti aktivit denního života a nejzávažnější příznaky v oblasti kognitivních příznaků.

K tomuto cíli se vztahoval **předpoklad č. 2**: Předpokládám, že více než polovina všeobecných sester bude považovat behaviorální příznaky za nejzávažnější ošetrovatelské problémy v péči o seniora s demence

Kritérium zní, zodpovědět kladně minimálně tři otázky z pěti.

Z celkového počtu respondentů uvedlo 50 % dotazovaných minimálně tři otázky kladně, zatím co 34 % dotazovaných odpovědělo kladně pouze na dvě a méně otázek, tedy mé předem dané kritérium bylo splněno.

Předpoklad č. 2 se potvrdil.

Cíl 3: Zjistit zájem sester o informace týkající se poznatků o rozvoji onemocnění demence a její příznaků

K tomuto cíli se vztahují otázky č. 13, 14 a 15. Tyto otázky zjišťovaly, kde respondent čerpá nové informace, z kterých zdrojů respondent nejčastěji získává nové odborné informace a zda má podle respondenta význam celoživotní vzdělávání zdravotnických pracovníků.

K tomuto cíli se vztahoval **předpoklad č. 3**: Předpokládám, že více než polovina všeobecných sester v rámci celoživotního vzdělávání si sama aktivně vyhledává informace týkající se poznatků o onemocnění.

Kritérium zní, kladně zodpovědět minimálně dvě otázky ze tří.

Z celkového počtu dotazovaných uvedlo 64 % respondentů minimálně dvě otázky kladně, zatím co 36 % dotazovaných odpovědělo kladně pouze na jednu otázku, tedy mé předem dané kritérium bylo splněno.

Předpoklad č. 3 se potvrdil.

Cíl č. 4 Zjistit, jsou-li sestry seznamovány zaměstnavatelem s novými poznatky v oblasti ošetrovatelské péče, nebo si tyto informace častěji vyhledávají samy

K tomuto cíli se vztahují otázky č. 16, 17 a 18. Těmito otázkami jsem zkoumala, zda zaměstnavatel informuje své zaměstnance (respondenty) s novými kurzy z oblasti ošetrovatelské péče a zda jejich zaměstnavatel také sám pořádá přednášky nebo kurzy. Dále jsem zjišťovala podporu respondenta zaměstnavatelem ve vzdělávání.

K tomuto cíli se vztahuje **předpoklad č. 4**: Předpokládám, že více než polovina všeobecných sester není svým zaměstnavatelem informovaná o nových poznacích v oblasti problematiky péče o seniory trpících demencí.

Kritérium zní, kladně zodpovězeny minimálně dvě otázky ze tří.

Z celkového počtu respondentů uvedlo 87% dotazovaných minimálně dvě otázky kladně, zatím co 13% respondentů odpovědělo kladně pouze na jednu otázku, tedy mé předem dané kritérium nebylo splněno.

Předpoklad č. 4 se nepotvrdil.

DISKUSE

Cílem mé empirické části práce je analýza ošetrovatelských problémů u seniorů s demencí na odděleních léčen dlouhodobě nemocných a v domovech pro seniory se zaměřením na vzdělávání sester v oboru ošetrovatelství. Za tímto účelem jsem vytvořila kvantitativní výzkum, abych mohla získat informace od co největšího vzorku respondentů. Dotazníky jsem rozdávala v Domově pro seniory sv. Jiří, Domově pro seniory Malešice, Domě seniorů Michle, Domově pro seniory Slunečnice, Léčebně dlouhodobě nemocných v městské nemocnici Plzeň Privamed a. s. a Léčebně dlouhodobě nemocných ve Fakultní nemocnici v Motole. Celkem jsem rozdala 120 dotazníků a vrátilo se mi jich 84, návratnost tedy byla 70 %. Dotazníkové šetření pro mne bylo zpětnou vazbou a získané informace jsem využila pro vytvoření seznamu doporučení ošetřujícímu personálu jak zvládat problematické situace vzniklé v souvislosti se změnami v chování seniorů trpících demencí.

V otázkách č. 1 – 4, které jsou otázkami filtrujícími, zjišťuji fakta o věku, pohlaví, dosaženém vzdělání, délce praxe a typu zařízení ve kterém respondenti pracují. Ve zbylých otázkách jsou zjišťovány statistické údaje, jejichž výsledky jsou použity pro potvrzení či vyvrácení stanovených hypotéz. Všechny výsledky z dotazníků jsou uvedeny v předchozích kapitolách - analýze údajů, prezentaci a interpretaci získaných údajů. V diskusi bych ráda vyzvedla zejména zajímavé výsledky, které z šetření vyplynuly.

Pro zajímavost bych ráda uvedla, že z 84 (100 %) zkoumaných respondentů, bylo 79 (94 %) žen a 5 (6 %) mužů. Dle mého názoru, se tento výsledek dal očekávat vzhledem k feminizaci tohoto povolání, ale vezmeme-li v potaz fyzickou náročnost péče, kterou obvykle takto nemocní klienti vyžadují, mi počet pouze pěti mužů připadá velice nízký. Dalším zajímavým výsledkem z filtrujících otázek je nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. Největší skupinu tvořili respondenti se středoškolským vzděláním, 54 respondentů (64%). Tito respondenti zároveň nejčastěji označovali v otázce č. 3 o délce jejich praxe, tyto dvě možnosti 16 - 30 let a více než 31 let. Myslím si, že i tento výsledek se dal očekávat vzhledem k teprve nedávno proběhlým změnám v požadavcích na vzdělání všeobecných sester. Přesto si myslím, že délka praxe u lůžka

s následným množstvím dlouholetých zkušeností je stěžejním faktorem v kvalitní ošetrovatelské péči. Zejména vezmu-li v potaz i nutnost celoživotního vzdělávání všech zdravotnických pracovníků a jejich získávání nových poznatků a trendů z oblasti ošetrovatelské péče, což mi zároveň potvrdil kladný výsledek předpokladu č. 3 o pozitivním názoru respondentů na celoživotní vzdělávání a aktivním vyhledávání nových informací týkajících se poznatků o onemocnění.

První dílčí cíl měl za úkol, zjistit u sester problémy při poskytování ošetrovatelské péče o seniora trpícího demencí. Tento dílčí cíl jsem zkoumala otázkami č. 5, 6, 7, 19, 20 a 21.

V otázce číslo 5 jsem zjišťovala, jak často se respondent setkává na svém pracovišti s takto nemocným klientem. 47 respondentů (56 %), což je více než polovina všech dotazovaných, vybralo odpověď s nejvyšší možnou hodnotou, více než 3x při každé mé směně. S předchozí uvedenou otázkou zároveň souvisí i otázka č. 19, ve které se ptám na procentuální zastoupení seniorů se syndromem demence v zařízení, v němž respondent pracuje. Nejčastěji byla vyznačena odpověď 60 – 80 % téměř polovinou všech dotazovaných, tedy 38 respondentů (45 %) a odpověď více než 80 % byla druhou nejčastěji uváděnou možností, na kterou odpovědělo 16 respondentů (19 %). Domnívám se, že tyto výsledky jsou také očekávatelné vzhledem k významnému demografickému trendu, kterým je stárnutí populace a statistickým údajům uváděným v publikaci Demence v kazuistikách od Heleny Kučerové z roku 2006 (ta na straně 10 píše, že v České Republice je celkový počet nemocných trpících demencí okolo 100 000 osob. V populaci nad 65 let je tímto onemocněním postiženo přibližně 5 % všech jedinců, nad 80 let to činí až 30 - 50%). Myslím si, že tato čísla jsou poměrně vysoká, vezmu-li v potaz omezené možnosti většiny zařízení, ať už ve vybavenosti pomůckami či co se týká personálu, z hlediska snahy usnadnění práce ošetřujícímu personálu při poskytování péče nemocným klientům. Tento můj názor mi také potvrzují otázky č. 20. a 21. Zejména v otázce číslo 20, ve které se dotazovaných ptám na to, zda je podle nich rozdílná ošetrovatelská péče o seniora s demencí a bez demence. Nejčastěji označovanou možností, byla odpověď velmi obtížná, kterou vybralo až 67 % respondentů, což je opět více než polovina všech dotazovaných. Druhou otázkou, která mi mé tvrzení potvrzuje, je otázka č. 21 ve které se respondentů dotazují, co je podle nich dalším zdrojem

problémů v péči o seniora s demencí. Nejčastěji označované možnosti byly *nedostatečné personální obsazení, komunikace s příbuznými, administrativní činnost a nedostatek času na výkony spojené s prováděním nezávislých činností (například hygienická péče)*. Všechny tyto odpovědi byly vybrány více než polovinou všech dotazovaných.

Poslední otázkou pro dílčí cíl č. 1. byla otázka č. 6, ve které jsem zjišťovala, zda jsou respondenti během noční směny při péči o seniora s demencí vyžadujícího zvláštní péči profesně sami. Pouze 29 % respondentů z celkového počtu uvedlo ne, nikdy. Zbýlých 71 % dotazovaných bylo během noční směny někdy, převážně nebo vždy samo. Myslím si, že jde o poměrně vysoké číslo, vzhledem k náročnosti péče, kterou takto nemocný vyžaduje, k náročnosti péče, kterou většina samotných respondentů (98%) označila za o něco obtížnější nebo velmi obtížnou. V další otázce jsem se dotazovala, zda respondenti měli možnost přivolat si na pomoc jinou osobu. Zde odpovědělo 92%, že ano.

Předpoklad 1: Předpokládám, že víc než polovina všeobecných sester bude považovat za hlavní pracovní zdroj problému při poskytování ošetrovatelské péče o seniora s demencí nedostatečné personální obsazení ve směnách. Tento předpoklad se mi potvrdil.

Druhý dílčí cíl měl za úkol analyzovat nejzávažnější ošetrovatelské problémy v péči o seniora s demencí. K tomuto cíli se pojily otázky č. 8, 9, 10, 11 a 12.

Otázka č. 8 zjišťovala, která ze skupin příznaků demence respondentům způsobuje nejzávažnější problémy při poskytování ošetrovatelské péče. Nadpoloviční skupinu tvořili dotazovaní, kteří označili odpověď behaviorálních změn, 74 % respondentů. K této otázce respondenti mohli zároveň uvést zdůvodnění, proč si vybrali zrovna tuto odpověď. Nejčastěji byla zmiňována brachiální agrese a strach z možného ohrožení se vznikem zranění nebo dokonce strach z ohrožení na životě respondenta. Takto vyhocené situace sestry většinou samy nemohou ovlivnit, ať už pro nedostatečné personální obsazení ve směnách, nebo pro nařízení o omezovacích prostředcích či podání tisíců medikace, které nejdříve musí vždy předepsat jedině lékař. Výsledky mého šetření se ztotožňují s údaji, které prezentuje i Martina Venglářová ve své publikaci s názvem

Problematické situace v péči o seniory. Zde uvádí, jak odpovídali dotazovaní pracovníci na otázku, co je vlastně nejobtížnější v péči o klienty. Jednou z možností, kterou pracovníci zmiňovali, je agresivita klientů vůči personálu, ale také vůči jiným klientům. Nese se od nadávek až po fyzické napadení. Jako další problém dotazovaní pracovníci udávají noční neklid s narušením spánkového režimu.

V otázce č. 9 jsem zkoumala, která ze skupin příznaků demence podle respondenta způsobuje při ošetrovatelské péči nejzávažnější problémy pacientům. Opět nadpoloviční většina všech dotazovaných označila možnost behaviorálních změn, (68 % respondentů). Opět i v této otázce měli respondenti možnost vyjádřit se, proč si vybrali zrovna jimi zvolenou odpověď. Znovu byla nejčastěji uváděna agrese odůvodněná možným ohrožením života pacienta, nebo vznikem zranění (například při kopání či tlučení do předmětů kolem sebe). Další často zmiňovaný důvod odpovědi, byla spánková inverze s možnou následně vzniklou „noční“ dezorientací, kdy hrozí poškození pacienta například vytrháváním permanentních močových katétrů nebo periferních venózních kanyl či svlékání plen a následný vznik nových ošetrovatelských problémů.

V otázkách č. 10, 11, 12 měli respondenti za úkol vybrat tři příznaky, které považují za nejzávažnější ze skupiny behaviorálních příznaků, z oblasti aktivit denního života a z oblasti kognitivních změn. Ze skupiny behaviorálních příznaků respondenti nejčastěji označovali agresivitu, neklid a poruchu spánkového cyklu. Z oblasti aktivit denního života byly nejčastěji vybírány odpovědi neschopnost sebeobsluhy, neschopnost se najíst a zhoršená pohyblivost. Z okruhu kognitivních změn respondenti nejčastěji volili dezorientaci, bloudění a výpadky paměti.

Předpoklad 2: Předpokládám, že více než polovina všeobecných sester bude považovat behaviorální příznaky za nejzávažnější ošetrovatelské problémy v péči o seniora s demencí. Tento předpoklad se mi potvrdil

Třetí dílčí cíl měl za úkol zmapovat zájem sester o informace týkající se poznatků o rozvoji onemocnění demence a její příznaků. K tomuto dílčímu cíli se vztahovaly otázky č. 13, 14 a 15.

Otázkou č. 13 jsem zjišťovala, kde sestry nejčastěji čerpají nové odborné informace o demenci. Těsně nadpoloviční většina (51% respondentů) označila možnost, že pouze v rámci povinných seminářů a vzdělávání v rámci jejich zařízení. 36 % respondentů navštěvuje odborné semináře i mimo jejich zařízení a zbylých 13 % respondentů čerpá nové informace v rámci specializačního studia, či studia na vysoké škole. Překvapil mne podle mého názoru poměrně vysoký výsledek 51 % respondentů, kteří čerpají informace pouze v rámci povinných seminářů a vzdělávání v rámci jejich zařízení. Očekávala jsem ze strany sester větší samostatnost a aktivitu při získávání nových poznatků, ať už z důvodu jejich vlastního zájmu, nebo i z důvodu kreditního systému a získávání bodů, které musí splnit v rámci celoživotního vzdělávání, což je mimo jiné i jednou z podmínek všeobecných sester k získání osvědčení k výkonu povolání bez odborného dohledu.

V otázce č. 14 jsem zkoumala, kde respondenti nejčastěji získávají nové odborné informace z oblasti problematiky ošetrovatelské péče o seniory. Opět měla nejvyšší zastoupení respondentů odpověď semináře, které pořádá zaměstnavatel, a to 55 % z dotazovaných. Na internetu si dohledává informace 17 % respondentů, odbornou literaturu jakožto zdroj nových informací o dané problematice využívá 14 % respondentů a stejný počet dotazovaných respondentů získává nové informace ze seminářů, které si sami vyhledávají. Podobnou problematikou se zabývala i Lenka Bělohlávková, která se ve své diplomové práci z roku 2013 na straně 79 dotazuje svých respondentů (všeobecných sester), kde nejčastěji získaly teoretické informace pro péči o klienty s demencí. Ve výsledcích uvádí odpověď *na seminářích*, kde teoretické informace získalo pouze 7 % respondentů a dále uvádí, že *internetový zdroj* nevedl žádný z 200 dotazovaných respondentů. Zde bych ráda upozornila na rozdíl, který vznikl během mého výzkumného šetření, kde zrovna tyto dvě možnosti byly nejčastěji označoványmi odpověďmi, na kterých se dohromady shodlo až 72 % respondentů.

Otázka č. 15 sloužila k tomu, abych zjistila, zda má podle respondentů význam se v rámci celoživotního vzdělávání dále vzdělávat v ošetrovatelských postupech zaměřených na zvládání projevů demence. Drtivá většina dotazovaných respondentů se shodla na kladné odpovědi na tuto otázku. 70 % dotazovaných vybralo možnost určitě ano a 25 % respondentů označilo odpověď

spíše ano. Dle mého názoru se tento výsledek dal očekávat vzhledem k povinnému celoživotnímu vzdělávání, které musí přijmout za své každý nelékařský pracovník, jenž chce vykonávat své povolání bez odborného dohledu.

Předpoklad 3: Předpokládám, že více než polovina všeobecných sester v rámci celoživotního vzdělávání si sama aktivně vyhledává informace týkající se poznatků o onemocnění. Tento předpoklad se mi potvrdil.

Čtvrtým dílčím cílem je zjistit, jsou-li sestry seznamovány zaměstnavatelem s novými poznatky v oblasti ošetrovatelské péče, nebo si tyto informace častěji vyhledávají samy. K tomuto dílčímu cíli se vztahují otázky č. 16, 17 a 18.

V otázce č. 16 bylo mým úkolem zjistit, zda zaměstnavatel informuje své zaměstnance o kurzech, ve kterých je možné získat nové informace z oblasti ošetrovatelské péče. Kladnou odpověď, a tedy i dostatečnou informovanost o nově pořádaných odborných kurzech pro všeobecné sestry, označila většina respondentů, celkem 94 % ze všech dotazovaných. Možnost určitě ano si vybralo 73 % respondentů a odpověď spíše ano označilo 21 % respondentů.

Otázkou č. 17 jsem zkoumala, zda zaměstnavatel pořádá přednášky nebo kurzy pro své zaměstnance v rámci jejich zařízení. Opět i v této otázce vybralo kladné odpovědi celých 89 % respondentů. Možnost ano, pravidelně označilo 52 % dotazovaných a možnost ano, nepravidelně uvedlo 37 % respondentů.

Poslední otázkou čtvrtého dílčího cíle je otázka č. 18, ve které si ověřuji, zda zaměstnavatel své zaměstnance podporuje v dalším vzdělávání. Je to jediná otázka tohoto dílčího cíle, která mi potvrzuje předpoklad. Více jak polovina z dotazovaných (57%) není zaměstnavatelem podporována v dalším studiu a vzdělání si zajišťuje sama ve svém volnu. Zajímavý výsledek byla odpověď jiné, kterou zvolilo 13% respondentů. Zde se respondenti zároveň mohli vyjádřit, proč uvedli danou odpověď. Nejčastěji byl zmiňován nezájem o studium, neinformovanost ze strany respondenta nebo podpora ze strany zaměstnavatele, ale pouze v oblasti pořádání nebo hrazení odborných seminářů zaměstnavatelem.

Předpoklad 4: Předpokládám, že více než polovina všeobecných sester není svým zaměstnavatelem informovaná o nových poznatcích v oblasti problematiky péče o seniory trpící demencí. Tento předpoklad se mi nepotvrdil

Doporučení pro praxi

Na základě zjištěných skutečností, informací a výsledků dotazníkového šetření, jsem si dovolila navrhnout jako řešení pro praxi doporučení pro ošetřující personál, jak zvládat problematické situace vzniklé v souvislosti se změnami v chování seniorů trpících demencí.

Tyto praktické postupy jak zvládat problémové chování jsou rozebrány v jednotlivých kapitolách. Odkazují v nich zejména na význam prevence a komunikace, které jsou stěžejními pilíři v dosažení kvalitního vztahu mezi klientem a ošetřovatelem. Jednotlivá doporučení postupů jsou pak rozebrány u poruch typu agresivita, toulání, paranoidita a noční neklid. Podrobnější popis doporučení je uveden v příloze č. 7.

ZÁVĚR

Žijeme v době rychlého stárnutí populace a stále se zvyšujícího výskytu onemocnění demence. Naštěstí zároveň narůstá i zájem o tuto problematiku. Péče o nemocného člověka s demencí je náročná, a proto je důležité se tomuto tématu stále věnovat a pátrat po nových a vylepšených řešeních pro usnadnění péče ošetřujícímu personálu a zároveň hledat nové postupy zkvalitnění života nemocným s demencí.

Bakalářská práce je zaměřená na ošetrovatelskou problematiku u seniorů s demencí a zájem sester o vzdělávání se v dané problematice. Práce je rozdělena na část teoretickou a empirickou. V teoretické části se zabývám pojmy stáří a zejména demence, jejími příčinami, diagnostikou, typy, terapií, stádií a příznaky tohoto onemocnění. Zároveň jsem popsala a rozebrala typy zařízení, která poskytují péči seniorům s demencí. V závěru teoretické části jsem se zabývala ošetrovatelskou péčí, ve které jsem se zaměřila zejména na problematiku poruch chování.

Obsahem empirické části byly informace získané dotazníkovým šetřením. Hlavním cílem práce bylo analyzovat ošetrovatelské problémy v péči o seniory s demencí na odděleních léčeben dlouhodobě nemocných a v domovech pro seniory a zaměřit se na zájem sester o vzdělávání se v daném oboru. Z mého šetření vyplynulo, že více než polovina všeobecných sester si v rámci celoživotního vzdělávání sama aktivně vyhledává informace týkající se poznatků o onemocnění a zároveň je pravidelně informována svým zaměstnavatelem o nových poznatcích v oblasti problematiky péče o seniory trpící demencí.

Z mého výzkumného šetření vyplývá i to, že více než polovina všeobecných sester považuje za hlavní zdroj problémů při poskytování ošetrovatelské péče o seniora s demencí nedostatečné personální obsazení ve směnách. Zároveň více než polovina všeobecných sester považuje behaviorální příznaky za nejzávažnější ošetrovatelské problémy v péči o seniora s demencí. Sestry tento výsledek zdůvodňovaly strachem z možného vzniku zranění či ohrožení na životě, a to nejen zdravotnického personálu, ale i klienta samotného. Na základě těchto zjištěných skutečností jsem v *Doporučení pro praxi* uvedla postupy pro ošetřující

personál jak zvládat problematické situace vzniklé v souvislosti se změnami v chování seniorů trpících demencí.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BOYD, Marisa R. *Alzheimer's disease diagnosis and treatments*. New York: Nova Science Publishers, 2011. 297 s. ISBN 978-1-61122-586-0.

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada Publishing, 2012. 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.

FIRSTOVÁ, Zdeňka. *Nová norma ČSN ISO 690. Pravidla pro bibliografické odkazy a citace informačních zdrojů*. Plzeň: Univerzitní knihovna ZČU, 2011. 45 s.

FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada Publishing, 2007. 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4.

JANKŮ Kateřina a FILATOVA Renáta. *Snoezelen*. Ostrava: Kleinwächter, 2011. 111 s. ISBN 978-80-260-0115-7.

JELÍNKOVÁ, Jana, KRIVOŠÍKOVÁ Mária a ŠAJTAROVÁ Ludmila. *Ergoterapie*. Praha: Portál, 2009. 272 s. ISBN 978-80-7367-583-7.

JIRÁK, Roman. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Galén, 2013. 350 s. ISBN 978-80-7262-873-5.

JIRÁK, Roman, HOLMEROVÁ Iva, BORZOVÁ Claudia a kol. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada Publishing, 2009. 164 s. ISBN 978-80-247-2454-6.

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

KLUCKÁ, Jana a VOLFOVÁ Pavla. *Kognitivní trénink v praxi*. Praha: Grada Publishing, 2009. 160 s. ISBN 978-80-247-2608-3.

KUČEROVÁ, Helena. *Demence v kazuistikách*. Praha: Grada Publishing, 2006. 112 s. ISBN 80-247-1491-4.

MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada Publishing, 2011. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.

MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada Publishing, 2011. 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7.

NERANDŽIČ, Zoran. *Animoterapie, aneb, Jak nás zvířata léčí: praktický průvodce pro veřejnost, pedagogy i pracovníky zdravotnických zařízení a sociálních ústavů*. Praha: Albatros, 2006. 159 s. ISBN 80-00-01809-8.

PIDRMAN, Vladimír a KOLIBÁŠ Eduard. *Změny jednání seniorů* Praha: Galén, 2005. 189 s. ISBN 80-726-2363-X.

PREISS, Marek, KUČEROVÁ Hana a kol. *Neuropsychologie v neurologii*. Praha: Grada Publishing, 2006. 368 s. ISBN 80-247-0843-4.

SEIDL, Zdeněk a OBENBERGER, Jiří. *Neurologie pro studium i praxi*. Praha: Grada, 2004. 364 s. ISBN 80-247-0623-7.

SILVERMAN, Daniel H.S.. *PET in the evaluation of Alzheimer's disease and related disorders*. New York: Springer, 2009. 215 s. ISBN 03-877-6420-8.

TOPINKOVÁ, Eva. *Geriatric pro praxi*. Galén, 2005. 270 s. ISBN 80-726-2365-6.

VALEŠOVÁ, Monika a kol. *Metodický pokyn k tvorbě kvalifikační práce*. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2012. 56 s. ISBN 978-80-261-0156-7.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada, 2007. 96 s. SBN 978-80-247-2170-5.

SEZNAM INTERNETOVÝCH ZDROJŮ

Test instrumentálních všedních činností (IADL) [online]. Multimediální trenažér plánování ošetrovatelské péče. VOŠ zdravotnická a Střední zdravotnická škola Hradec Králové, Hradec Králové, 2008 [cit. 13.3.2014] Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/media/p5812.pdf>

KOUKALOVA, S., *Bartelův test běžných denních činností*, [online]. Ošetrovatelství–Bartelův test běžných denních činností. Zápisky zdravotní sestřičky, 2014 [cit. 13.3.2014]. Dostupné z: <http://vnl.xf.cz/ose/ose-bartel.php>

MMSE test [online]. Test kvality paměti. Domov důchodců Albrechtice nad Orlicí. Copyright© 2012-2014. [cit. 13.3.2014]. Dostupné z <http://ddalbrechtice.cz/data/ext-21.pdf>

SEZNAM ZKRATEK

ADAS	Alzheimer's Disease Assessment Scale
ADL	Activity of Daily Living
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
AN	Alzheimerova nemoc
BPSD	Behaviorální a psychologické symptomy demence
CJN	Creutzfeldova – Jakobova nemoc
CMP	Cévní mozková příhoda
CO	Oxid uhelnatý
CT	Computed tomography
DLB	Demence s Lewyho tělísky
EEG	Elektroencefalografie
FT	Frontotemporální demence
GABA	Kyselina gama - aminomáselná
GDS	Global Deterioration Scale
HACH	Hachinskiho ischemický skór
HN	Huntingtonova nemoc
IADL	Instrumental Activities of Daily Living
LDN	Léčebna dlouhodobě nemocných
MMSE	Mini - Mental State Examination
MRI	Magnetic resonance imaging
PET	Positron emission tomography
REM	Rapid eye movement
SPECT	Single photon emission computed tomography
WHO	World Health Organisation

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Pohlaví respondentů

Tabulka 2 Dosažené vzdělání respondentů

Tabulka 3 Délka praxe respondentů

Tabulka 4 Typ zařízení

Tabulka 5 Jak často se setkává respondent se seniorem s demencí

Tabulka 6 Zda byl respondent na noční směně sám

Tabulka 7 Možnost přivolat si na pomoc jinou osobu

Tabulka 8 Skupina příznaků, která způsobuje nejzávažnější problémy respondentům

Tabulka 9 Skupina příznaků, která způsobuje nejzávažnější problémy pacientům

Tabulka 10 Nejzávažnější příznaky z oblasti behaviorálních příznaků

Tabulka 11 Nejzávažnější příznaky z oblasti aktivit denního života

Tabulka 12 Nejzávažnější příznaky v oblasti kognitivních příznaků

Tabulka 13 Kde respondent čerpá nové informace

Tabulka 14 Kde respondent nejčastěji získává nové odborné informace

Tabulka 15 Význam celoživotního vzdělávání zdravotnických pracovníků

Tabulka 16 Informuje zaměstnavatel respondenty s kurzy, přednáškami

Tabulka 17 Pořádá zaměstnavatel respondenta přednášky nebo kurzy

Tabulka 18 Podpora respondenta zaměstnavatelem ve vzdělávání

Tabulka 19 Procentuální poměr seniorů s demencí

Tabulka 20 Rozdílnost ošetrovatelské péče u seniora s demencí a bez demence

Tabulka 21 Další zdroje problémů v péči o seniora s demencí

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Délka praxe respondentů

Graf 2 Zda byl respondent na noční směně sám

Graf 3 Nejzávažnější příznaky z oblasti behaviorálních příznaků

Graf 4 Nejzávažnější příznaky z oblasti aktivit denního života

Graf 5 Nejzávažnější příznaky v oblasti kognitivních příznaků

Graf 6 Podpora respondenta zaměstnavatelem ve vzdělávání

Graf 7 Procentuální poměr seniorů s demencí

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Test kognitivních funkcí MMSE)

Příloha 2_Ischemické skóre podle Hachinského

Příloha 3 Barthelův test základních všedních činností.(ADL)

Příloha 4 Test instrumentálních denních činností (IADL)

Příloha 5 Global Deterioration Scale (GDS)

Příloha 6 Dotazník

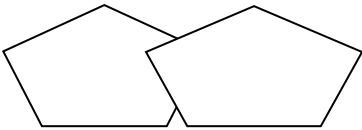
Příloha 7 Doporučení pro praxi

PŘÍLOHY

PŘÍLOHA 1

Test kognitivních funkcí - MMSE (Mini Mental State Exam)

Oblast hodnocení:	Max.skóre:
<p>1.Orientace:</p> <p>Položte nemocnému 10 otázek.</p> <p>Za každou správnou odpověď započítejte 1 bod.</p> <ul style="list-style-type: none">- Který je teď rok? 1- Které je roční období? 1- Můžete mi říci dnešní datum? 1- Který je den v týdnu? 1- Který je teď měsíc? 1- Ve kterém jsme státě? 1- Ve které jsme zemi? 1- Ve kterém jsme městě? 1- Jak se jmenuje tato nemocnice?(toto oddělení?, tato ordinace?) 1- Ve kterém jsme poschodí?(pokoji?) 1	1
<p>2.Paměť:</p> <p>Vyšetřující jmenuje 3 libovolné předměty(nejlépe z pokoje pacienta- například židle, okno, tužka)a vyzve pacienta, aby je opakoval.</p> <p>Za každou správnou odpověď je dán 1 bod</p>	3
<p>3.Pozornost a počítání:</p> <p>Nemocný je vyzván aby odečítal 7 od čísla 100 a to 5 krát po sobě.</p> <p>Za každou správnou odpověď je 1 bod.</p>	5

<p>4.Krátkodobá paměť (=výbavnost):</p> <p>Úkol zopakovat 3 dříve jmenovaných předmětů (viz bod 2.)</p>	<p>3</p>
<p>5.Řeč,komunikace a konstrukční schopnosti:</p> <p>(správná odpověď nebo splnění úkolů = 1 bod)</p> <p>Ukažte nemocnému dva předměty (př.tužka, hodinky) a vyzvěte ho aby je pojmenoval.</p> <p>Vyzvěte nemocného aby po vás opakoval:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Žádná ale - Jestliže - Kdyby <p>Dejte nemocnému třístupňový příkaz:</p> <p>„Vezměte papír do pravé ruky, přeložte ho na půl a položte jej na podlahu.“</p> <p>Dejte nemocnému přečíst papír s nápisem „Zavřete oči“.</p> <p>Vyzvěte nemocného, aby napsal smysluplnou větu (obsahující podmět a přísudek, která dává smysl)</p> <p>Vyzvěte nemocného, aby na zvláštní papír nakreslil obrazec podle předlohy.1 bod jsou -li zachovány všechny úhly a protnutí vytváří čtyřúhelník.</p> <div style="text-align: center;">  </div>	<p>2</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p>
<p>Hodnocení:</p> <p>00 – 10 bodů těžká kognitivní porucha</p> <p>11 – 20 bodů středně těžká kognitivní porucha</p> <p>21 – 23 bodů lehká kognitivní porucha</p> <p>24 – 30 bodů pásmo normálu</p>	

Zdroj: <http://ddalbrechtice.cz/data/ext-21.pdf>

PŘÍLOHA 2

Ischemické skóre podle Hachinského:

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

Hodnocení:

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

Zdroj: http://vnl.xf.cz/ose/ose-ischemiske_skore.php

PŘÍLOHA 3

Barthelův test základních všedních činností.

(ADL-activity daily living)

	Činnost:	Provedení činnosti:	Bodové skóre
01.	Najezení, napití	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	05
		Neprovede	00
02.	Oblékání	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	05
		Neprovede	00
03.	Koupání	Samostatně nebo s pomocí	05
		Neprovede	00
04.	Osobní hygiena	Samostatně nebo s pomocí	05
		Neprovede	00
05.	Kontinence moči	Plně kontinentní	10
		Občas inkontinentní	05
		Trvale inkontinentní	00
06.	Kontinence stolice	Plně kontinentní	10
		Občas inkontinentní	05
		Inkontinentní	00
07.	Použití WC	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	05

		Neprovede	00
08.	Přesun lůžko- židle	Samostatně bez pomoci	15
		S malou pomocí	10
		Vydrží sedět	05
		Neprovede	00
09.	Chůze po rovině	Samostatně nad 50 metrů	15
		S pomocí 50 metrů	10
		Na vozíku 50 metrů	05
		Neprovede	00
10.	Chůze po schodech	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	05
		neprovede	00

Hodnocení stupně závislosti

Hodnocení:	Závislost	Body
	Vysoce závislý	00 – 40 bodů
	Závislost středního stupně	45 – 60 bodů
	Lehká závislost	65 – 95 bodů
	nezávislý	96 – 100 bodů

Zdroj:

<http://vnl.xf.cz/ose/ose-bartel.php>

PŘÍLOHA 4

Test instrumentálních denních činností – IADL (Instrumental activities daily living)

Činnost	Zvládnutí činností	Body
Telefonování	Vyhledá samostatně číslo, vytočí ho	10
	Zná několik čísel, odpovídá na zavolání	5
	Nedokáže používat telefon	0
Transport	Cestuje samostatně dopravním prostředkem	10
	Cestuje s doprovodem jiné osoby	5
	Cestuje v speciálně upraveném dopravním prostředku	0
Nakupování	Je schopný si samostatně nakoupit	10
	Nakoupí s doprovodem nebo radou jiné osoby	5
	Neschopný bez podstatné pomoci	0
Vaření	Uvaří samostatně celé jídlo	10
	Jídlo si ohřeje	5
	Jídlo musí připravit jiná osoba	0
Domácí práce	Udržuje domácnost s výjimkou těžkých prací	10
	Vykoná lehčí práci nebo neudrží přiměřenou čistotu	5
	Potřebuje pomoc při většině prací nebo nedělá žádné práce v domácnosti	0
Práce kolem domu	Vykonává samostatně a pravidelně	10
	Vykonává pod dohledem	5
	Vyžaduje pomoc, práci nevykoná	0
Užívání léků	Samostatně bere v určenou dobu správnou dávku, zná názvy léků	10
	Užívá léky, když jsou připravené a připomenuté	
	Léky musí podávat jiná osoba	5 0

Finance	Spravuje samostatně, platí účty, pozná příjmy a výdaje	10
	Zvládne drobné výdaje, potřebuje pomoc se složitějšími operacemi	5
	Neschopný bez pomoci nakládat s penězi	0

Vyhodnocení stupně závislosti:

0 – 40 bodů– závislý

41 – 75 bodů – částečně závislý

76 – 80 bodů– nezávislý

Zdroj: <http://ose.zshk.cz/media/p5812.pdf>

PŘÍLOHA 5

Global Deterioration Scale (GDS)

GDS stadium	Klinické charakteristiky	Diagnóza
1	<ul style="list-style-type: none"> • žádné subjektivní stížnosti pacienta na mnestické deficity • žádné objektivně pozorované mnestické deficity 	norma
2	<ul style="list-style-type: none"> • subjektivní stížnosti pacienta na mnestické deficity (hledání předmětů, zapomínání již známých jmen) • žádné objektivní deficity v sociálních situacích nebo v zaměstnání 	normální stárnutí
3	<ul style="list-style-type: none"> • časně diskrétní kognitivní deficity (prostorové obtíže při cestování na neznámá místa, občasné obtíže při vybavování slov a jmen v běžném životě, oslabení novopaměti, hledání předmětů, deficity koncentrace pozornosti) • objektivně zřejmé mírné deficity v oblasti paměti, úzkostné ladění v návaznosti na kognitivní změny 	MCI
4	<ul style="list-style-type: none"> • zřejmé kognitivní deficity zjistitelné klinickým vyšetřením nebo pohovorem (porucha recentní paměti, sporadicky mohou být deficity v autobiografické paměti, porucha koncentrace pozornosti, rostou obtíže v běžném životě – cestování, zacházení s penězi, řízení auta) • objektivně v testových metodách patrný poruchy krátkodobé paměti, konstrukčně-praktických a zrakově-prostorových schopností 	mírný stupeň DAT
5	<ul style="list-style-type: none"> • pacient má obtíže fungovat samostatně bez cizí pomoci, obtíže při vybavení si základních osobních dat (adresa, jména blízkých), častá dezorientace časem a místem, pacienti jsou zpravidla schopni zvládnout základní jednoduché sebeobslužné a hygienické aktivity, selhávají při komplexnějších činnostech (např. oblékání) – nezbytná asistence • progredují poruchy paměti, symbolických a gnostických schopností 	střední stupeň DAT
6	<ul style="list-style-type: none"> • pacienti vyžadují pomoc i při zvládnání běžných denních a sebeobslužných aktivit, může být přítomna inkontinence, ztráta orientace (místem, časem, osobou) • těžký deficit kognitivních schopností, halucinace, obsese, anxieta, agitovanost, abulie 	střední/ těžký stupeň DAT
7	<ul style="list-style-type: none"> • ztráta řečových schopností (zprvu zachovalé užívání jednotlivých slov a frází, později komplexní rozpad řeči), inkontinence, trvalá nutnost asistence i při základní seobsluze a hygieně, postupně ztráta základních motorických dovedností (chůze, volní motorika) 	těžký stupeň DAT

Zdroj: (Preiss, Kučerová a kol. 2006, s.157)

PŘÍLOHA 6

Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Helena Pavlíková a studuji obor Všeobecná sestra na Fakultě zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni. Chtěla bych Vás požádat o spolupráci při vyplnění dotazníku k mé bakalářské práci, která je zaměřená na analýzu ošetrovatelských problémů v péči o seniory s demencí na odděleních léčeben dlouhodobě nemocných a v domovech pro seniory. Dotazník, který právě pročítáte, by měl být pro tuto práci důležitým zdrojem informací o tom, jak vnímáte náročnost ošetrovatelské péče a co je z vašeho pohledu považováno za nejvíce problematické. Věřím, že toto téma je pro Vás aktuální k zamyšlení se nad touto problematikou. Pokud nebude uvedeno jinak, označte vždy jednu odpověď. Dotazník je anonymní.

Děkuji Vám za trpělivost a ochotu.

1. Jaké je vaše pohlaví?

- a) Žena
- b) Muž

2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání v oboru zdravotnictví?

- a) Středoškolské
- b) Sestra specialista
- c) Vysokoškolské - Bc.
- d) Vysokoškolské - Mgr.
- e) Vyšší odborné – Dis.
- f) Jiné, uveďte

3. Jaká je délka Vaší praxe?

- a) Méně jak 5 let
- b) 6 - 15 let
- c) 16 - 30 let
- d) Více než 31 let

4. V jakém typu zařízení pracujete?

- a) Domov pro seniory
- b) Léčebna dlouhodobě nemocných

5. Kolikrát se na svém pracovišti setkáváte se seniorem s demencí, který Vám způsobuje problémy při ošetrovatelské péči?

- a) Minimálně 1x při každé mé směně
- b) Více než 3x při každé mé směně
- c) Přibližně 5x do měsíce
- d) Jiné, uveďte

6. Byl/a jste během noční směny při péči o seniora s demencí vyžadujícího zvláštní péči profesně sám/a?

- a) Ano, vždy
- b) Převážně ano
- c) Někdy
- d) Ne, nikdy

7. Pokud ano, měl/a jste možnost přivolat si na pomoc jinou osobu?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Někdy

8. Která ze skupin příznaků demence Vám (sestrám) způsobuje při ošetrovatelské péči nejzávažnější problémy?

- a) Změny v aktivitách denního života
- b) Behaviorální změny
- c) Kognitivní změny

Uveďte, proč jste vybrala tuto možnost.....

9. Která ze skupin příznaků demence podle Vás způsobuje při ošetrovatelské péči nejzávažnější problémy pacientům?

- a) Změny v aktivitách denního života
- b) Behaviorální změny
- c) Kognitivní změny

Uveďte, proč jste vybrala tuto možnost.....

10. Zaškrtněte tři příznaky, které považujete za nejzávažnější v oblasti behaviorálních příznaků?

- a) Agresivita
- b) Vulgarismy
- c) Neklid
- d) Halucinace
- e) Nálady smutku s pláče
- f) Porucha spánkového cyklu

11. Zaškrtněte tři příznaky, které považujete za nejzávažnější v oblasti aktivit denního života?

- a) Pomočování
- b) Neschopnost sebeobsluhy
- c) Neschopnost se najíst
- d) Používání toalety
- e) Pohyblivost
- f) Zhoršená osobní hygiena

12. Zaškrtněte tři příznaky, které považujete za nejdůležitější v oblasti kognitivních příznaků?

- a) Dezorientace
- b) Bloudění
- c) Výpadky paměti
- d) Zhoršení pozornosti
- e) Zhoršené vyjadřování
- f) Zhoršené porozumění

13. Kde čerpáte nové odborné informace o demenci?

- a) Pouze v rámci povinných seminářů a vzdělávání v rámci našeho zařízení
- b) Navštěvuji odborné semináře mimo naše zařízení
- c) Studium (specializační studium, Bc., Mgr.,)
- d) Jiné

14. Kde nejčastěji získáváte nové odborné informace v oblasti problematiky ošetrovatelské péče o seniory?

- a) Internet zaměstnavatel
- b) Odborná literatura
- c) Semináře, které si najdu sama
- d) Semináře, které pro nás pořádá
- e) Jiné, uveďte

15. Je podle Vás důležité, v rámci celoživotního vzdělávání zdravotnických pracovníků pracujících se seniory, se dále vzdělávat v ošetrovatelských postupech zaměřených na zvládnutí projevů demence?

- a) Určitě ano
- b) Spíše ano
- c) Určitě ne
- d) Spíše ne
- e) Nevím

16. Seznamuje Vás Váš zaměstnavatel s kurzy, ve kterých je možné se seznámit s novými poznatky v oblasti ošetrovatelské péče?

- a) Určitě ano
- b) Spíše ano
- c) Určitě ne
- d) Spíše ne
- e) Nevím

17. Pořádá Váš zaměstnavatel v rámci Vaší práce přednášky nebo kurzy z oblasti ošetrovatelské péče?

- a) Ano, pravidelně
- b) Ano, nepravidelně
- c) Vůbec nepořádá
- d) Nevím

18. Podporuje Vás zaměstnavatel v dalším vzdělávání, aby jste měl/a možnost seznámit se s novými poznatky?

- a) Ano, studuji (specializační studium, Bc., Mgr., ...) hrazeno zaměstnavatelem
- b) Ano, studuji (specializační studium, Bc., Mgr., ...) hradím si z vlastních zdrojů
- c) Ne, vzdělání si zajišťuji sama ve svém volnu
- d) Jiné, uveďte.....

19. Kolik procent seniorů ve vašem zařízení má syndrom demence?

- a) do 20%
- b) 20% - 40%
- c) 40% - 60%
- d) 60% - 80%
- e) Více než 80%
- f) Nevím

20. Je podle Vás rozdílná ošetrovatelská péče u seniora s demencí a bez demence?

- a) Stejná – odpovídá standardní péči
- b) O něco obtížnější
- c) Velmi obtížná
- d) Jiné, uveďte

21. Co je podle Vás dalším zdrojem problémů v péči o seniora s demencí? (můžete vybrat více možností, které jsou také na druhé straně, nebo dopište)

- a) Nedostatečné personální obsazení
- b) Nedostatečné finanční ohodnocení
- c) Nároky na další vzdělávání
- d) Práce přesčas
- e) Psychický tlak od nadřízených
- f) Nedostatečné vybavení zařízení
- g) Konfliktní situace s kolegy
- h) Nedostatek času na výkony spojené s prováděním nezávislých činností (hygienická péče, krmení, polohování, péče o vyprazdňování,...)
- i) Nedostatek času na výkony spojené s prováděním závislých činností (podávání léků, příprava na vyšetření, infúze, převazy, aplikace injekcí,...)
- j) Velká zodpovědnost za následky své práce
- k) Nutnost respektovat standardů kvality
- l) Administrativní činnost
- m) Řešení problémů spojených s projevy seniora s demencí
- n) Komunikace s příbuznými
- o) Jiné, uveďte

PŘÍLOHA 7

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Doporučení pro ošetřující personál jak zvládat problematické situace vzniklé v souvislosti se změnami v chování seniorů trpících demencí:

- **Prevence**

Změny v chování seniorů s demencí bývají obvykle vnímány jako projev onemocnění, ne vždy tomu tak musí být. Častým spouštěčem těchto změn bývá neuspokojení potřeb nemocného nebo negativní vliv faktorů prostředí či takzvané chování posilované reakcemi okolí. Zná-li zdravotník tyto spouštěče a získá-li představu o změnách chování, které vzápětí následují, dokáže jim předcházet a tím i mírnit možné následky.

- **Komunikace**

Komunikace s nemocným klientem je základem dobrého vztahu. V komunikaci s nemocným nejde jen o předávání faktických informací, ale i nálad, pocitů, rozpoložení či emocí. Každý člověk má svůj styl komunikace a u seniora trpícího demencí je obzvláště důležité mu poskytnout dostatek času a prostoru k vyjádření. Zdravotník má zodpovědnost za to, aby mu klient opravdu rozuměl a zároveň bylo rozuměno i klientovi. Co by neměl zdravotník opomínat k získání kvalitních informací, jsou i takzvané bariéry:

- ze strany klienta (nedůvěra, obavy, tabu téma – takové, o kterých jejich generace není zvyklá hovořit, porucha smyslů-nedoslýchavost, afázie)
- ze strany zdravotníka (strach z vážných témat, nedostatek času, špatná předchozí zkušenost s klientem)
- z prostředí (hlučné prostředí, nedostatečné osvětlení, nedostatek soukromí)

Při poruchách chování často dochází k problematickým situacím, které je však možné vyřešit správnou komunikací:

1. Základem takto vzniklé situace je především ochota **naslouchat**.
2. Podpořit klienta vhodnými otázkami k tématu ať už **parafrázováním**, nebo **reflektováním** jeho sdělených problémů.
3. Podpořit **autonomii** (samostatnost, svébytnost) klienta.
4. Klienta **neodsuzovat** a vyjádřit **pochopení**.

Postupy zvládnání problémového chování

- **Agresivita**

Agresivita je obvykle způsob reakce na něco nepříjemného. Je důležité mít na paměti spouštěče tohoto chování a způsoby, kterými se mu dá předcházet.

Existuje deset rad jak zvládnout klienta s projevy agrese:

1. Pokusit se zabránit střetu
2. Není nutné vždy zvítězit (například nenutit klienta ke koupeli)
3. Zachovat klid (nenechat se vyprovokovat)
4. Sledovat neverbální projevy (a to nejen klienta, ale i své)
5. Využívat zklidňujících vlivů (zpomalení tempa řeči, snížení gestikulace, odložit nepříjemné téma nebo výkon na později)
6. Přivolat pomoc
7. Pokusit se usmířit (po odeznění afektu se pokusit znovu navázat spolupráci)
8. Promluvit si s kolegy (možná posttraumatická reakce)
9. Hledat ponaučení (rozebrat faktory které vedou ke změnám chování klienta)
10. Vše zdokumentovat

- **Toulání**

Je častým symptomem u nemocných trpících demencí. Hrozí zde mnoho rizik, jako je například pád, zranění, ztracení se a následné psychické strádání. Důvody,

proč nemocní odcházejí a opouští zařízení, jsou buď ty, že chce být jinde, nebo takové, že nechce být právě tady. Chůze a obecně pohyb uvolňuje energii a napětí což také bývá jedním z důvodů toulání. Z těchto tří důvodů by se mělo odvíjet i jednání zdravotníků. Po zmapování problému může zdravotník pomoci například kontaktováním osoby, za kterou se chystá pacient vydat. Pokud je chůze přáním nemocného, zdravotník by měl:

- Zajistit bezpečí při toulkách
- Sledovat předměty, se kterými se nemocný po cestě setkává
- Umožnit klientovi chodit bezpečně
- V ideálním případě klienta doprovodit

• **Paranoidita**

Paranoidita neboli podezíravost je jedním ze základních příznaků demence. Vzniká na podkladě špatné interpretace reality, zapříčiněné kognitivní poruchou. Obvykle se jedná o „ztrátu“ předmětů (které si klient sám někam založil) a osočování druhých z jejich krádeže. Při péči o klienta s paranoidními reakcemi, by měl zdravotník předvídat možné problematické situace, snažit se střežit klientovo soukromí a postarat se o to, aby mu byla zachována autonomie při rozhodování. V rámci předcházení těmto reakcím by zdravotník neměl manipulovat s předměty, bez klientova souhlasu a přítomnosti.

Projevy podezíravosti: slovní konflikty, hádky, stížnosti, podávání trestních oznámení, verbální útoky.

Postup jak by měl zdravotník reagovat:

1. Prozkoumat situaci, hned nepodezírat z paranoi (třeba má klient pravdu)
2. Pokud nastane konflikt, měla by ho řešit neosočená osoba
3. Upozornit okolí na možný vznik konfliktů, neshod a útoků
4. Zachovat profesionalitu a projevit pochopení (klient zažívá těžké chvíle)

• **Noční neklid**

Bývá způsoben poruchami cyklu spánku a bdění, které je pro demenci typické. Dalším možnými faktory jsou režim dne, některé zdravotní obtíže, farmaka,

prožívání psychické zátěže, nedostatek soukromí a klidu pro nerušený spánek. Noční aktivita klienta s sebou nese i jistá rizika, kterými mohou být rušení okolí, bloudění či pád z důvodu slabého osvětlení.

Doporučení pro základní opatření u problémů se spánkem:

1. Zhodnotit denní režim
2. Zajistit dostatek aktivity přes den
3. Před spaním upravit pokoj a lůžko ke spánku (vyvětrat)
4. Před spaním vynechat podání nevhodných potravin a tekutin
5. Poradit se s lékařem o vlivu klientových léků na spánek
6. Zjistit rušivé vlivy z okolí
7. Komunikovat s klientem o daném problému

Zdroj:

VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada, 2007. 96 s. SBN 978-80-247-2170-5.

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