

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2015

Nikola Archmanová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B5341

Nikola Archmanová

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA S DEMENCÍ

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Vladimíra Fremrová

PLZEŇ 2015

Prohlášení

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

V Plzni dne 29. 5. 2015

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji Mgr. Vladimíře Fremrové za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů. Také bych chtěla poděkovat svým přátelům a rodině za psychickou podporu při psaní práce.

Anotace

Příjmení a jméno: Nikola Archmanová

Katedra: Ošetřovatelství a porodní asistence

Název práce: Specifika ošetrovatelské péče u pacienta s demencí

Vedoucí práce: Mgr. Vladimíra Fremrová

Počet stran – číslované: 61

Počet stran – nečíslované (tabulky, grafy): 15

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 23

Klíčová slova: demence, ošetrovatelství, specifika

Souhrn:

Tato práce se zabývá specifiky ošetrovatelské péče u pacienta s demencí, náročností této péče pro zdravotnický personál a postojem personálu k sexualitě pacientů. Výsledky výzkumu jsou relativně pozitivní – specifické přístupy se v péči používají a personál má k tématu sexuality u pacientů s demencí otevřený přístup. Ošetrovatelská péče je náročná a může vést k vzniku syndromu vyhoření.

Annotation

Surname and name: Nikola Archmanová

Department: Department of Nursing and Midwifery

Title of thesis: Nursing care specifics for dementia patients

Consultant: Mgr. Vladimíra Fremrová

Number of pages – numbered: 61

Number of pages – unnumbered (tables, graphs): 15

Number of appendices: 4

Number of literature items used: 23

Keywords: dementia, nursing care, specifics

Summary:

This thesis deals with dementia patient nursing care specifics, it's demandingness and also with nursing staff's attitude to patients' sexuality. The results of investigation are relatively positive – staff does make use of specific treatment methods and is open-minded to dementia patients' sexuality. Nursing care is demanding and can lead to burnout.

Obsah

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST.....	10
1 GERONTOLOGIE	10
1.1 Stáří.....	10
1.2 Změny ve stáří	10
1.3 Gerontopsychiatrie.....	11
2 DEMENCE	12
2.1 Historie.....	12
2.2 Definice.....	12
2.3 Příznaky	12
2.4 Fáze demence.....	13
2.5 Typologie demencí	14
2.5.1 Alzheimerova demence	14
2.5.2 Demence s Lewyho tělísky.....	14
2.5.3 Demence při Parkinsonově chorobě.....	15
2.5.4 Frontotemporální demence.....	15
2.5.5 Demence při Huntingtonově chorobě.....	15
2.5.6 Vaskulární demence	15
2.5.7 Demence při Prianózách.....	16
2.5.8 Demence při HIV/AIDS	16
2.5.9 Metabolické demenece	17
2.5.11 Farmakogení demence.....	17
2.6 Diagnostika	17
2.6.1 Anamnéza	18
2.6.2 Hodnoticí škály.....	18
2.6.3 Laboratorní vyšetření.....	20
2.6.4 Zobrazovací metody	20
2.7 Léčba.....	21
3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES.....	22
3.1 Ošetřovatelský proces u pacienta s demencí.....	22
3.2 Model behaviorálního systému podle Dorothy E. Johnson	22
3.3 Syndrom vyhoření.....	23
3.4 Desatero komunikace.....	24
4 SPECIFIKA PÉČE	25

4.1	Psychobiografický model	25
4.1.1	Práce s biografií	25
4.2	Validace	26
4.3	Reminiscence	26
4.4	Ergoterapie	26
4.5	Bazální stimulace	26
4.5.1	Historie	27
4.5.2	Cíle bazální stimulace	27
4.5.3	Prvky bazální stimulace	27
4.6	Zooterapie	29
4.7	Terapeutické panenky	29
4.8	Sexualita a demence	30
4.9	Vzdělávací program	30
PRAKTICKÁ ČÁST		32
5	FORMULACE PROBLÉMU	32
5.1	Hlavní cíl	32
5.2	Dílčí cíle	32
6	PŘEDPOKLADY	33
7	METODIKA	34
8	VZOREK RESPONDENTŮ	35
9	ORGANIZACE VÝZKUMU	36
10	PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ	37
11	ANALÝZA DAT	54
12	DISKUZE	58
ZÁVĚR		61
SEZNAM LITERATURY		
SEZNAM ZKRATEK		
SEZNAM CIZÍCH SLOV		
SEZNAM GRAFŮ		
SEZNAM OBRÁZKŮ		
SEZNAM PŘÍLOH		

ÚVOD

*„Člověk má za to, že musí být starý, aby byl chytrý,
v podstatě ale má člověk s přibývajícimi léty co dělat,
aby se udržel tak chytrý, jako byl.“*

(Johann Wolfgang von Goethe)

V České republice žije v současné době 150.000 lidí trpících demencí a díky stárnutí populace rychle přibývají další. Řekneme-li demence, vybaví se nám obvykle osoba, která často ztrácí své věci, nepoznává své známé, zapomíná a nemůže najít cestu domů. Tito lidé prožívají často svou poslední etapu života v nějakém sociálním či zdravotním zařízení. Pro zdravotnický personál je velice důležité znát podrobněji jejich život, protože péče o tyto osoby se zakládá na jejich vzpomínkách a zálibách.

Mezi cíle mé práce jsem zařadila také problematiku sexuality a demence. Sexualita u seniorů je téma, o kterém se moc nemluví a často bývá tabuizováno. Nerespektování této základní lidské potřeby však mohou osoby trpící demencí dávat najevo i agresivitou, což může představovat problém, protože zdravotnický personál často ani neví, jak o těchto tématech s pacienty hovořit. Je proto vhodné zdravotníkům k této problematice poskytnout dostatek informací, aby k takovým situacím nedocházelo.

V teoretické části se zaměřuji na onemocnění jako takové a na specifika ošetrovatelské péče. Praktickou část jsem se rozhodla vytvořit pomocí dotazníkového šetření určeného pro zdravotnický personál. Jako hlavní cíl jsem si stanovila zmapovat využití metod a přístupů, specifických pro ošetřování pacientů s demencí. Dalšími cíly bylo zjistit, jaké má personál na toto téma odborné znalosti a jak náročná pro zdravotníky tato péče je.

TEORETICKÁ ČÁST

1 GERONTOLOGIE

Gerontologie je nauka, souhrn vědomostí o stárnutí, problematice starých lidí a života ve stáří. K průkopníkům gerontologie patřil v 30. letech 20. století v USA R. Pearl. V tehdejší Sovětské svazu to byl A. A. Bogomolec, zakladatel Gerontologického institutu v Kyjevě. Gerontologie se dělí do tří hlavních proudů - gerontologie experimentální, která si klade otázky proč a jak živé organismy stárnou. Gerontologie sociální se zajímá o vzájemné vztahy starého člověka a společnosti, jaké jsou jeho potřeby a jak populační stárnutí ovlivňuje společnost a její rozvoj. Jedná se o širokou problematiku, která zahrnuje demografii, sociologii, psychologii, antropologii, pedagogiku aj. Poslední kategorií je gerontologie klinická (geriatrie). Geriatrie je odvozena od řeckého slova *gerón* (starý člověk) a *iatró* (léčit) a jde o oblast medicíny, která se zabývá zdravotním a funkčním stavem starých lidí. Geriatrická medicína shrnuje specifické potřeby geriatrických pacientů, průběh, vyšetřování, léčení a prevenci chorob vyššího věku. (8)

1.1 Stáří

Stáří je konečná fáze ontogeneze, kdy se začínají projevovat funkční i morfologické involuční změny ovlivněné životním prostředím, zdravotním stavem a životním stylem. B. L. Neugartenová stáří rozdělila takto:

65-74 let: mladí senioři

75-84let: staří senioři

85 a více let: velmi staří senioři (8)

1.2 Změny ve stáří

Změny, které vznikají v období stáří, se odehrávají v oblasti tělesné, což jsou změny vzhledu, činnosti smyslů, trávicího systému, vylučování, termoregulace, sexuální aktivity, úbytek svalové hmoty a degenerativní změny kloubů. Další oblastí, kde dochází k výrazným změnám, je psychika. Lidé ve stáří začínají být nedůvěřiví, zhoršuje se jim paměť, jsou emočně labilní a mají zhoršený úsudek. Ještě je jedna oblast, ve které stáří

přináší změny - sociální sféra. Staří lidé odcházejí do penze a vznikají jim finanční potíže. Umírají jim blízcí a jsou osamělí nebo se z důvodu nedostatečné soběstačnosti stěhují do ústavní péče. (16)

1.3 Gerontopsychiatrie

Gerontopsychiatrie je součástí psychiatrie zabývající se o diagnostiku, terapii, prevenci a výzkum psychických onemocnění seniorů. Osobnost člověka a s ní spojená psychika se ve stáří mnohdy mění s příchodem rizikových faktorů, vedoucích ke vzniku duševních poruch. Jsou to především nepříznivé životní situace, ztráta blízkého, ztráta společenského postavení, změna finančního stavu v rodině, změna bydliště a další okolnosti. Gerontopsychiatrie zahrnuje svá specifika podobně jako pedopsychiatrie a liší se od psychiatrie osob mladšího a středního věku. V České republice se o rozvoj gerontopsychiatrie zasloužilo několik psychiatrů, v první řadě doc. MUDr. Miloš Vojtěchovský, CSc., který v 50. letech 20. století vybudoval vzorové oddělení gerontopsychiatrie v léčebně Horní Beřkovice. Zde uváděl do praxe biologické přístupy, psychoterapii, reedukační techniky, muzikoterapii aj. (5)

2 DEMENCE

2.1 Historie

Pojem demence se vyvíjí zhruba 2500 let, jeho kořeny jsou popsány již antickými lékaři a filozofy, kteří uváděli, jak je stáří někdy doprovázeno úbytkem duševních funkcí. V 18. století získal pojem demence lékařský obsah, představil se v pověstné osvěcenské francouzské encyklopedii. Právní formální podobu získal ve francouzském občanském zákoníku, který se jinak nazývá Code Napoleon (1804-1807) a je základem současných právních norem ve spoustě zemí. Za zvrát pojmu demence se všeobecně popisuje rok 1906, kdy známý německý psychiatr a neuropatolog Alois Alzheimer určil symptomy a popsal konkrétní případ padesátileté ženy. Ve 20. století nastalo období, kdy se odlišovaly různorodé podoby nemoci. (6)

2.2 Definice

Demence je charakterizována jako organicky podmíněná, chronická a postupující ztráta kognitivních (poznávacích) funkcí. Je to onemocnění, které patří k nejzávažnějším psychickým poruchám vyššího věku. Mohou se objevit i u mladších lidí avšak s narůstajícím věkem populace se možnost vzniku tohoto onemocnění zvyšuje. Tyto poruchy jsou specifické tím, že se rozvíjejí až po dozrání základních kognitivních funkcí což je od 2 do 5 let věku. Dochází tedy ke snižování kognitivních funkcí ve srovnání s původní úrovní. K těmto funkcím řadíme paměť, pozornost, intelekt, motivaci, exekutivní (výkonné) funkce, ke kterým patří schopnost a dovednost plánovat, rozhodovat se k určité činnosti a zpětně ji zhodnotit. (8)

2.3 Příznaky

U demence se objevují tři základní oblasti postižení, které se navzájem propojují. Je to postižení kognitivních funkcí (paměť, vnímání, pozornost). Zprvu jde o poruchy krátkodobé paměti a postupně dochází i k obtížnému vybavování si starých vzpomínek. Dochází k úpadku logického myšlení tzv. deterioraci inteligence. Spolu s poruchami kognitivních funkcí se objevují poruchy exekutivních funkcí (motivace, schopnost naplánovat, seřadit či realizovat nějaké činnosti). V konečné fázi si nemocný člověk není schopen vybavit základní pojmy a nepoznává ani svoje nejbližší příbuzné. Dalším typem

poruchy je postižení aktivit denního života, kdy zprvu nastává ztráta profesních aktivit a koníčků, později však dochází k neschopnosti vykonat i běžné denní životní aktivity jako je např. obléknout a svléknout se, udržovat osobní hygienu, samostatně se najíst, obsluhovat jednoduché domácí spotřebiče nebo manipulovat s penězi.

Mezi nejhorší příznaky pro okolí i samotného nemocného jsou příznaky behaviorální a psychologické (*behaviour*-chování). Většinou se objevují ve středních stádiích demence. Velmi často se projevují stavy neklidu, někdy spojené s agresivitou. Nemocný neustále vykřikuje, nadává nebo jinak upoutává pozornost (např. neustálým přenášáním věcí nebo svlékáním se), což je pro pečující personál velice vyčerpávající. U nemocných trpících demencí se mohou přechodně objevovat i psychotické příznaky, které narušují nemocnému vnímání okolní reality. Jsou to poruchy vnímání (nejčastěji zrakové halucinace) a poruchy myšlení (bludy). Velice často se u pacientů s demencí vyskytují poruchy emocí, které se projevují formou afektu. Afekt nemusí být vždy spojený se vztekem, ale mohou to být také, zvláště u vaskulárních demencí, záchvaty pláče. Ve velké míře jsou přítomny poruchy spánku, kdy nemocní usínají později a také se později probouzejí. Časem dochází k úplné inverzi spánku tak, že ve dne spí, v noci jsou bdělí. (7)

2.4 Fáze demence

Demence se často rozděluje i podle fází. Lékaři však uvádějí, že toto rozdělení má sloužit pouze jako obecné vodítko. V první fázi obvykle není lehké demenci rozeznat. Objevují se známky zmatenosti, porucha krátkodobé paměti, mírná porucha řeči, snížená pozornost nebo zjevné obtíže při obsluze přístrojů či pomůcek. Ve druhé fázi, nazývané také rozvinutá demence, jsou tyto příznaky výraznější a k tomu se objevuje dezorientace, neklid, ztuhlé držení těla a problémy s veškerými aktivitami denního života. V terminální, tzn. třetí fázi nemoci, již nemocný nutně potřebuje dohled další osoby. Vyskytuje se inkontinence, obtíže s polykáním, hubnutí a celková neschopnost uvědomování si okolního prostředí a dění v něm. (3)

2.5 Typologie demencí

Demence dle Jana Lužného dělíme na dvě velké skupiny z pohledu převažujícího patologicko-anatomického a etiopatogenetického na demence atroficko-degenerativní a sekundární (symptomatické).

Do skupiny atroficko-degenerativních demencí řadíme poruchy způsobené úbytkem (atrofií) neuronů, kde dochází ke změnám na úrovni buněčné i subcelulární a tím k celkové atrofii mozku. Do této skupiny patří Alzheimerova demence, demence s Lewyho tělísky, demence při Parkinsonově nemoci, Frontotemporální demence, demence při Huntingtonově chorobě. V praxi jsou často k vidění i kombinace těchto demencí, což způsobuje náročnější diagnostiku.

U symptomatických demencí dochází často k reverzibilitě. Vyvolávající příčinou jsou totiž jiná onemocnění, po kterých může demence vzniknout sekundárně. (10)

2.5.1 Alzheimerova demence

Je nejčastější demencí vůbec (60%). Jde o chronické, progresující onemocnění. Začátek této nemoci je poněkud nenápadný a plíživý, jeví se ze začátku jako obyčejné zapomínání, avšak v průběhu let se mohou příznaky prohlubovat do poruch paměti a jiných kognitivních funkcí. Nemocný člověk je dezorientovaný, bloudí, má útkové tendence a může být sobě i okolí nebezpečný. V terminálním stádiu není schopný rozpoznat své nejbližší a je nesoběstačný. Nastupují problémy jako je inkontinence, neschopnost přijímat potravu, neschopnost vykonávat veškeré denní potřeby člověka. Toto onemocnění má vysokou letalitu, proto se řadí na pátou příčku nejčastějšího úmrtí v důsledku somatické choroby jako je bronchopneumonie, rozvrat vnitřního prostředí, urosepsy či nutriční deficit.

Rizikovým faktorem pro vznik Alzheimerovy demence (AD) je věk a genetický vskyt. AD rozdělujeme na familiární formu, sporadickou formu, AD s časným začátkem, AD s pozdním začátkem a atypický či smíšený typ demence. (4)

2.5.2 Demence s Lewyho tělísky

Toto onemocnění se vyskytuje nejčastěji u osob ve vyšším a velmi vysokém věku díky přítomnosti eozinofilních Lewyho tělísek v cytoplazmě neuronů. Diagnosticky bývá někdy náročné odlišit demenci s Lewyho tělísky (Lewy body disease – LBD) od AD. Podobně jako u AD rozdělujeme onemocnění na sporadickou a vzácně familiární formu.

Pro tento typ demence je velice typické extrapyramidové postižení a tím způsobený hypertonicko-hypokinetický syndrom spojený s rizikem pádů (nemocný má sníženou aktivitu pohybu až stupor). Dále můžeme vidět i přítomnost psychotických poruch, např. zrakové halucinace, bludy či deliria. Zpočátku dochází k poruchám krátkodobé paměti a neschopnosti se verbálně vyjádřit. (10)

2.5.3 Demence při Parkinsonově chorobě

Tento typ demence se objevuje v pozdních stádiích Parkinsonovy choroby. Nemusí se jednat o úplné stádium demence - někteří z těchto pacientů mají pouze lehkou poruchu poznávacích funkcí. Pro pacienty, kteří trpí tímto onemocněním, jsou charakteristické příznaky např. třes, svalová rigidita, pomalá šouravá chůze, slinění, celková zpomalenost psychického výkonu, poruchy paměti, bradypsychismus, potíže s mikcí a v terminálních stádiích i polykání. Z psychiatrických příznaků může být přítomna deprese či úzkost. Nasazením dopaminergních antiparkinsonik (L-dopa) dochází ke zlepšení hypertonicko-hypokinetických příznaků a tedy i chůze. (10)

2.5.4 Frontotemporální demence

Do skupiny Frontotemporální demence patří tzv. Pikova nemoc. Pro tuto demenci je charakteristická atrofie frontálních a předních temporálních laloků. Onemocnění nastupuje ve věkovém rozmezí 45-70 let a je pro něj typický pomalý začátek se změnou osobnosti, chování a zájmů. Časté jsou emoční výkyvy nebo naopak apatie pacienta. Mohou se objevovat změny i v chování (např. nadměrná chuť k jídlu apod.). (10)

2.5.5 Demence při Huntingtonově chorobě

Huntingtonova choroba je neurodegenerativní dědičné onemocnění s dominujícími motorickými příznaky jako jsou chorea a dysartrie. Spolu s těmito příznaky se objevují i příznaky psychiatrické – deprese, úzkost, podrážděnost, impulzivita, apraxie, nesoustředěnost a porušení krátkodobé paměti. (10)

2.5.6 Vaskulární demence

Vzniká v důsledku mozkového infarktu způsobeného poškozením cévního zásobení mozku (následná ischemická nekróza mozkové tkáně). S tímto typem demence je spojeno mnoho rizikových faktorů týkající se kardiovaskulárního systému - např. ischemická choroba srdeční, arteriální hypertenze, diabetes mellitus, onemocnění cév dolních končetin, stenóza karotid, obezita, kouření, anémie a arytmie (nejčastěji fibrilace síní). Průběh

vaskulární demence (VD) bývá typicky epizodický a záleží zde na lokalizaci postižení infarktového ložiska. Může vzniknout buď z jedné velké mozkové příhody, nebo se rozvíjí postupně v průběhu po sobě jdoucích menších iktů.

VD dělíme na čtyři podskupiny: VD s akutním začátkem, která vznikla z důvodu jedné rozsáhlé mozkové příhody. U tohoto typu vzniká demence v průběhu jednoho měsíce od vzniklé mozkové příhody. Multiinfarktová demence vzniká na podkladě přítomnosti několika mikroinfarktů v mozkové tkáni. Má fluktuující charakter a mohou být přítomna i deliria. Demence vzniká v průběhu 3 až 6 měsíců po prodělaných ischemických epizodách. Subkortikální VD (Binswangerova nemoc) - typická jsou ischemická ložiska v podkoří bez většího poškození mozkové kůry. Proto má odlišný klinický obraz. Pacienty trápí poruchy chůze s následnými pády, svalová rigidita, bradypsychismus, poruchy mikce. Je velmi úzce spojena s arteriální hypertenzí. Smíšená kortikální a subkortikální VD - změny, které vznikají u této formy demence nelze blíže začlenit ke kortikální nebo subkortikální formě, neboť postihuje obě části mozkové tkáně. (10)

2.5.7 Demence při Prionózách

Prionózy jsou skupinou onemocnění, jejíž charakteristikou je přítomnost patologické bílkoviny (Prion). Priony jsou velice rezistentní vůči dezinfekci i sterilizaci. Prionózy jsou vysoce infekční a mají dlouhou inkubační dobu - až desítky let. Objevují se i u zvířecí, avšak pro medicínu jsou významné zejména lidské varianty (např. Creutzfeldt-Jacobova nemoc), při nichž může dojít během několika měsíců až ke smrti pacienta. Postihuje obě pohlaví stejně často a odhaduje se jeden případ na milion obyvatel ročně. Objevují se neurologické i psychiatrické příznaky. Pro diagnostiku je důležitý odběr likvoru, kde je možné nalézt patologický protein. (10)

2.5.8 Demence při HIV/AIDS

Infekce je způsobena retrovirem, který narušuje růst neuronů a vede k rozvoji zánětlivých procesů v mozku. Rozvinuté onemocnění AIDS přináší poruchy poznávacích funkcí, zhoršenou koncentraci, afektivní poruchy, bradypsychismus a případně demenci. Bližší diagnóza tohoto onemocnění se opírá o MMSE test, test kreslení hodin, eventuálně zobrazovací metody. (10)

2.5.9 Metabolické demence

Ke vzniku demence mohou vést některé metabolické látkové přeměny, které však po odstranění vyvolávající příčiny odezní. Vzácně se objevuje geneticky podmíněná metabolická demence, která je způsobena nedostatečnou tvorbou bílkoviny ceruloplazminu, přinášející do těla měď. Tato choroba se jmenuje Wilsonova nemoc. Nemocní trpí neurologickými příznaky a poruchou hybnosti. Další metabolické demence vznikají na podkladě selhávání některých pro život důležitých orgánů, jako jsou játra nebo ledviny. Při těchto poruchách je důležité léčit příčinu vzniku onemocnění. (7)

2.5.10 Alkoholická demence

K postižení centrální nervové soustavy dochází také při dlouhodobém působení toxické látky, které se projevuje pod obrazem demence. Látka, která ve velké míře může způsobovat toxicitu a tím vyvolat demenci, je alkohol. Zhruba u 10 % lidí závislých na alkoholu vzniká tento typ demence. Působením toxické látky mohou vzniknout onemocnění kardiovaskulárního systému, poškození gastrointestinálního traktu nebo jiné somatické choroby. Neurotoxické účinky mají i biochemické procesy během abstinčního alkoholového syndromu. Alkoholická demence (ALD) se rozvíjí buď pomalu, nebo vznikne náhle. Nejčastějším příznakem je porucha paměti, která má charakter amnesticko-konfabulačního syndromu (ztráta části vzpomínek nedávné události a vyplnění mezer v paměti náhodnými vzpomínkami). Objevují se poruchy vyšších, sociálních, etických a estetických citů a celková změna osobnosti. Zobrazovací metody poukazují na difúzní poškození mozku. ALD je v současné době nevyléčitelná, avšak po určité době abstinence a dostatečného příjmu živin dochází k jistému zlepšení. (15)

2.5.11 Farmakogení demence

Demence vyvolaná některými léky - je ve většině případů plně reverzibilní. Vzniká většinou po užití většího množství léků, které se mohou navzájem ovlivňovat. Tomuto jevu se říká polypragmázie. Nejčastější skupinou léků, které zodpovídají za vznik těchto poruch jsou některá antidepresiva, benzodiazepiny nebo anxiolytika. (7)

2.6 Diagnostika

K určení správné diagnózy slouží mnoho škál, které stanovují přítomnost, stupeň a další známky demence. Pomocí některých metod určíme diferenciální diagnostiku jednotlivých demencí. K úplné diagnostice nám napomáhá anamnéza, hodnotící škály, laboratorní vyšetření a zobrazovací metody. (1)

2.6.1 Anamnéza

K posouzení změny je zapotřebí odebrat důkladnou anamnézu, protože pacienti trpící demencí si tuto poruchu často nepřipouštějí. Je vhodné nejprve odhadnout intelekt postiženého před vznikem kognitivních poruch. Vzhledem k tomu, že neznáme úroveň kognitivních schopností v minulosti, usuzujeme z dosud nejvyššího dosaženého vzdělání a profese. Ve sběru informací je důležité vést rozhovor za přítomnosti druhé osoby, kterou může být nejbližší rodinný příslušník nebo pečující osoba. Ta následně podá objektivní informace o průběhu onemocnění, době vzniku příznaků a další podstatné údaje z období před onemocněním. Velký důraz klademe na cévní onemocnění, která mohou být taktéž příčinou zhoršení kognitivních funkcí (řadíme mezi ně např. hypertenzi). Dále zjišťujeme, zda u pacienta nedošlo k úrazu hlavy, mozkové příhodě, nebo zda se demence nevyskytuje u přímých příbuzných. V neposlední řadě provedeme pečlivý rozbor užívaných léků, k vyloučení lékových interakcí. (1)

2.6.2 Hodnoticí škály

Test kreslení hodin (Clock Drawing Test – CDT) - tento test hodnotí nejen paměť, ale i pozornost, rozhodování a představivost a je tudíž vhodným doplňkem ke screeningové škále MMSE. Pacient na prázdný list papíru nejprve namaluje hodinový ciferník a zakreslí číslce. Poté do něj pomocí ručiček zakreslí zadaný čas – nejběžněji používaný čas je 11:10. Výsledek se hodnotí nejčastěji pomocí systému dle Shulmana. Za správné nakreslení hodin a určení zadaného času se přidělí 1 bod. Za menší chyby v úpravě ciferníku dostává pacient 2 body. Při chybném zaznamenání hodin, ale správném nakreslení ciferníku se hodnotí 3 body a 4 body se udělí při nesprávném zakreslení času i ciferníku. V tomto případě je jasné, že má pacient problém zaznamenat vlastní čas. 5-6 bodů znamená neporozumění zadanému úkolu. Patologickou hranicí je míněně výsledek 2-3 body. (10)

MMSE (Mini-Mental State Examination) je test, který je nejvíce užíván k určení přítomnosti a možného stupně demence. Vyhodnocuje postižení kognitivních funkcí prostřednictvím testu obsahujícího 30 otázek, přičemž za každou správnou odpověď je klasifikován jeden a za každou špatnou odpověď nula bodů. Symptomy jsou rozděleny do 10 skupin (orientace, zapamatování, pozornost a počítání, vybavnost, pojmenování, opakování, třístupňový příkaz, čtení a splnění příkazu, psaní, obkreslení obrazce). Bodové

výsledky jsou rozděleny do různých pásem, které dále určí postižení poznávacích funkcí takto:

30-27 bodů - normální kognitivní funkce

26-25 bodů - může se jednat o lehkou poruchu kognitivních funkcí či začínající demenci (je doporučováno sledování osoby)

24-18 bodů - jde o lehkou demenci

17-6 bodů - představuje středně těžkou demenci

Méně než 6 bodů - značí těžkou demenci (viz příloha 2) (6)

Dotazník aktivit denního života (Activities of Daily Living – ADL) představují škály, které značí schopnost vykonávat běžné denní aktivity. Existují ve více variantách a jsou hodnoceny třemi stupni (samostatně provede úkon, částečně provede úkon, neprovede). V tomto dotazníku jsou hodnoceny kategorie (najezení a napití, oblékání, koupání, osobní hygiena, kontinence stolice, kontinence moči, použití WC, přesun lůžko – židle, chůze po rovině, chůze po schodech) (viz příloha 1) (6)

Dotazník instrumentálních aktivit denního života (Instrumental Activities of Daily Living – IADL) - tento dotazník obsahuje položky (telefonování, transport, nakupování, vaření, domácí práce, práce kolem domu, užívání léků, nakládání s financemi) a hodnotí se stejně jako ADL.

Škála globální deteriorace (Global Deterioration Scale – GDS) - jde o diagnostickou pomůcku k určení deficitu kognitivních funkcí zařazenou do 7 stádií: 1. stádium – normální kognice, 2. - 3. stádium – vyjadřuje mírnou poruchu kognitivních funkcí, 4. stádium – lehká demence, 5. stádium – střední demence, 6. stádium – středně těžká demence, 7. stádium – odpovídá těžké demenci. (6)

Hachinskiho ischemický skór (HACH) pomáhá k přesnému určení diferenciální diagnostiky mezi primárně atrofickými demencemi (Alzheimerovou a vaskulární). Boduje se 13 kritérii - vyšší skóre znamená vyšší pravděpodobnost vaskulárního původu. (6)

Alzheimer's Disease Assessment Scale (ADAS) je způsob hodnocení kognitivních a nekognitivních funkcí u Alzheimerovy choroby. Užívá se většinou ve studii dlouhodobého výzkumu - např. při hodnocení stupně postižení v čase. (6)

Měření bolesti u nemocného s pokročilou demencí - Pain Assesment In Advanced Dementia (PAINAD) - tato škála je určena pro pacienty trpící pokročilým stádiem demence. Pro využití škály postačí pouze krátké pozorování pacienta. Hodnotí se 5 položek: dýchání, bolestivá lokalizace, výraz obličeje, řeč těla a utěšování. Během měření pozorujeme pacientovy reakce - např. pokrčení čela, sevření očí, hlasový projev, postavení horních a dolních končetin a bolestivé stažení kolem úst. Všechny položky mají třibodovou stupnici od nuly do dvou. Výsledky jsou srovnatelné s výsledky, kdy se využívá klasická vizuální analogová škála bolesti. (viz příloha 3) (13)

2.6.3 Laboratorní vyšetření

K určení diagnózy jsou důležité také podrobné popisy laboratorních výsledků a to kvůli vyloučení možného výskytu sekundárních metabolických demencí. Biochemické vyšetření nám umožní získat informace o stavu iontové rovnováhy. Patologické hodnoty urey, kreatininu a kyseliny močové mohou naznačovat renální selhání, které také může mít podobu demence. Hypoglykémie i hyperglykémie mohou doprovázet delirantní stavy a jevit se se jako symptomy demence, stejně jako nízká hladina B12 a kyseliny listové. Hematologické vyšetření může odhalit některé typy anemie, které se podílí na vzniku demence z pohledu etiopatogenetiky. Sérologické vyšetření odhalí některá onemocnění, která mohou druhotně způsobit demenci (AIDS nebo lymeská boreliózu). (6)

2.6.4 Zobrazovací metody

Zobrazení mozku je významné v diagnostice a těmito vyšetřeními by měl projít každý člověk postižený demencí. Základním vyšetřením, které nám zobrazí některá chorobná postižení způsobující kognitivní poruchu (např. vaskulární změny, hydrocefalus, subdurální hematom nebo tumor) je vyšetření počítačové tomografie (CT). Pomocí magnetické rezonance (MR) upřesňujeme diagnostiku a vylučujeme léčitelné příčiny demence. Jednofotonová emisní počítačová tomografie mozku (SPECT) zobrazuje

metabolickou aktivitu neuronů. Pozitronová emisní tomografie (PET) se v České republice k určení diagnózy demence téměř nevyužívá. (1)

2.7 Léčba

Malá skupina demencí je léčitelná, některé jsou dokonce plně reverzibilní. Většinu však léčit nelze, např. AD a další. Nemoc se ale dá pomocí vhodně zvolené léčby zpomalit, život postiženého zkvalitnit a nejtěžší stádia nemoci oddálit.

Léčba spočívá ve vhodné kombinaci a doplnění biologických a nebiologických postupů. Mezi biologické postupy řadíme nejpoužívanější farmakoterapii, která nachází využití jak v obnově poškozených kognitivních funkcí, tak v ovlivňování sekundárních projevů nemoci jako jsou afektované chování nebo poruchy spánku. Kognitivní farmakoterapie má blíže k příčinné léčbě, ale skutečná příčina není u většiny typů demencí známa a proto se ovlivňují pouze mechanismy známé. Základním léčebným postupem u lehčích forem AD je inhibice acetylcholinesteráz, tj. enzymů odbourávajících acetylcholin. Díky potlačení odbourávání acetylcholinu, jehož tvorba je u pacientů trpících různými druhy demence už tak nízká, lze dosáhnout jeho vyšších koncentrací v mozku a s tím spojené zlepšení paměťových funkcí. V české republice i ve světě jsou používány 3 inhibitory mozkových cholinesteráz - donepezil, rivastigmin a galantamin.

Dále jsou používány i postupy, u kterých zatím nebylo provedeno dostatečné množství studií, neboť výsledky nebyly jednoznačné. Patří mezi ně např. látky likvidující volné kyslíkové radikály. Volné kyslíkové radikály jsou základním stavebním prvkem nově vznikajících látek a mají velmi omezenou dobu existence. U člověka postiženého demencí je množství volných radikálů nadbytečné a organismus je nestačí likvidovat. Ty pak poškozují stěny nervových buněk a další tkáně. Proto se při léčbě používají tzv. scavengery volných radikálů, což jsou látky, které volné radikály vychytávají a ničí. Patří sem např. vitamíny E, C, selen, beta-karoten a jiné. Jejich použití je spíše doplňkové. Nekognitivní farmakoterapie tiší vedlejší projevy demencí jako jsou neklid, delirium, deprese. Z používaných látek lze zmínit antipsychotika II. generace s minimem vedlejších účinků, moderní antidepresiva a anxiolytika (léky působící proti úzkosti). (7)

3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

Ošetřovatelský proces (OP) umožňuje zorganizovat a zaměřit ošetřovatelskou péči. Jestliže sestra této metody využívá, je schopna lépe uspořádat a naplánovat péči zaměřenou na problémy související s pacientovým zdravotním stavem. Cíleně poskytovaná ošetřovatelská péče podporuje pacientovu aktivitu, dává sestře příležitost ukázat svoji samostatnost a profesionalitu a využít spolupráci s klientem a jeho rodinou. OP má pět fází: zhodnocení, stanovení ošetřovatelské diagnózy, plánování, realizaci a hodnocení. (11)

3.1 Ošetřovatelský proces u pacienta s demencí

OP by u pacienta s demencí neměl být orientován pouze na výživu a hygienu, ale měl by podporovat i jeho zachovalé schopnosti a dovednosti. Pokud tomu tak není, dochází ze strany klienta ke zvýšené závislosti na druhých. Důležitá je individuální péče o každého klienta - jen tak můžeme hovořit o péči, která má smysl. Abychom mohli formulovat cíl OP, musíme znát klientovy biografické údaje a typické potřeby. Vhodné je také povzbuzovat pacientovu orientaci umístěním jemu blízkých předmětů, např. hodin, kalendářů nebo fotografií. S plánem péče by se měli seznámit všichni zdravotničtí pracovníci, kteří o klienta v zařízení pečují, ačkoliv ze začátku by měl o klienta pečovat jen jeden pracovník, který bude zároveň komunikovat i s jeho rodinou, dbát na jeho bezpečnost a snažit se ho zapojit do skupinové terapie.

Dalším krokem je plánování intervencí. Při jejich výběru dbá sestra na to, aby pacienta příliš nevyčerpávaly, braly v úvahu jeho fyzické možnosti a byly k řešení pacientova problému vhodné. Pomoc rodiny a přátel je vždy velmi přínosná.

Poslední fází OP je hodnocení. Umožňuje nám zhodnotit, zda byla ošetřovatelská péče smysluplná a stanovené cíle zvoleny reálně. K tomu, abychom dokázali zhodnotit výsledky, si musíme vést důkladnou dokumentaci o klientovi. Pokud se objeví nějaké nedostatky, je vhodné si položit následující otázky. Byl dosažen stanovený cíl? Proč nebyl dosažen? Měli všichni zdravotničtí pracovníci dostatek informací o klientovi? (22)

3.2 Model behaviorálního systému podle Dorothy E. Johnson

Dorothy E. Johnson, nar. 1919, se na vzniku tohoto systémového modelu podílela a byla za něj mnohokrát oceněna. Základní ideou modelu je podpora a vznik správného

způsobu chování (behaviorální systém) pacienta v souvislostech s jeho onemocněním. Model je zaměřen na osoby s abúzem psychoaktivních látek nebo pacienty postižené demencí. Cílem je rovnováha všech subsystémů, které se navzájem ovlivňují tak, aby tvořily funkční celek. Behaviorální systém tvoří sedm subsystémů: subsystém sdružování a příslušnosti (zaměřen na sociální vztahy), závislosti (oblast podpory a důvěry), přijímání potravy (zajišťuje tělesné uspokojení a udržuje integritu organismu), vylučování (soustředí se na přijatelné sociální chování a způsob nakládání s biologickými opady), sexuality (zaměření na sexuální uspokojení a zájem o druhé pohlaví), výkonu (který se koncentruje na kontrolu vlastního chování). Poslední ze subsystémů je agresivně-ochranný (napadení jiné osoby není způsob, sebeprosazení a ochrana vlastní osoby ano).

Jak Johnsonová dále uvádí, velký vliv na změnu chování může mít stres, nesprávný vývoj nebo špatný vliv prostředí. Po dlouhodobém působení dochází k instabilitě behaviorálního systému. Úkolem sestry je usměrnit stabilitu behaviorálního systému, snižovat stres a minimalizovat možné stresory v okolí pacienta, podporovat obranné mechanismy a plnit doplňující úlohu při posuzování. (12)

3.3 Syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření (nebo také burnout) je stejně starý, jako sama lidská práce. Jeho název pochází až z roku 1974 od amerického psychoanalytika Herberta J. Freudenbergera. Ve spojených státech je uznáván jako nemoc z povolání. Tento stav může postihnout i sestru, která pečuje o pacienta s demencí, protože při své práci s ním navazuje blízký vztah. Její osobnost velice ovlivňuje kvalitu poskytované ošetrovatelské péče, která vyžaduje citlivý a empatický přístup. Proto je důležité, aby sestra zvládla určitý stupeň sebepoznání a uměla se v náročných situacích správně zachovat. Je nutné, aby se uměla ovládat a nejevila určité sympatie ani antipatie k některým klientům.

Rizikovým faktorem pro vznik syndromu vyhoření je častý stres, frustrace z nenaplnění představ o péči a v neposlední řadě také vztahy na pracovišti. Jestliže na sebe sestra má vysoké nároky a nebere na vědomí signály únavy, může v tomto případě nastat stav emocionálního vyčerpání. V první fázi vykonává sestra pouze to nejnutnější, ztrácí zájem o pacienty a nevzdělává se. Pokud se tento stav vyostří, přicházejí časté bolesti hlavy, nespavost a to může vést až k funkčnímu poškození organismu. Proto klademe důraz na prevenci v podobě relaxace, zdravého způsobu stravování, eliminace konfliktů,

zájmu o své zdraví a pěstování dobrých vztahů na pracovišti. V dnešní době se často setkáváme s preventivními programy na zátěžových místech. (11)

3.4 Desatero komunikace

Pro správnou komunikaci s pacientem je důležité dodržování následujícího:

1. Omezíme rušivé a rozptylující vlivy prostředí, ujistíme se, zda pacient dobře slyší či má správně nastavené kompenzační pomůcky (naslouchadlo).
2. Pacienta povzbuzujeme zájmem, snažíme se o pozitivní výraz a klidné chování. Neprovádíme prudké pohyby, zůstáváme stále v zorném poli pacienta.
3. Hovoříme pomalu, srozumitelně a využíváme krátkých vět.
4. V rozhovoru nepoužíváme odborné výrazy, žargon či ironicky míněné fráze. Na předměty o kterých hovoříme, pokud možno ukazujeme (část těla, předměty, osoby).
5. Udržujeme oční kontakt a průběžně ověřujeme, zda podávaným informacím pacient porozuměl. Pro zklidnění pacienta používáme dotek.
6. Využíváme neverbální komunikace, mimiku, gesta a sledujeme tyto projevy i ze strany pacienta. Může jimi dávat najevo úzkost, strach, bolest.
7. Pokud rozhovor skončil, dáme to pacientovi jasně najevo.
8. Během výkonu pacienta pečlivě informujeme, a pokud je to možné, po celou dobu s ním komunikujeme.
9. Chráníme důstojnost pacienta trpícího touto chorobou a dáváme mu možnost rozhodovat sám o sobě.
10. Oslovujeme jej ctihodným jménem, nebo tak jak si pacient přeje. Orientujeme ho osobou, místem i časem. (8)

4 SPECIFIKA PÉČE

Syndrom demence může, zejména v pokročilé fázi, na rozdíl od jiných onemocnění trvat delší dobu - je proto nezbytné respektovat stav a potřeby nemocného a mít o problematice demence přehled. Lidé s demencí potřebují specifický přístup a komplexnější péči v mnoha ohledech. Významným průkopníkem ve specifické péči o pacienta s demencí je kreativní vědec prof. Erwin Böhm, který přináší do ošetrovatelství novou terminologii zejména v gerontopsychiatrii. (7)

4.1 Psychobiografický model

Jedním ze způsobů jak nahlížet na klienty a uspokojit nejen tělesné, ale i všechny psychické potřeby, uvádí Böhm ve svém psychobiografickém modelu. Cílem tohoto modelu je naučit a motivovat personál o péči, která je tolerantnější a podporuje pacienta v jeho autonomii. Böhm se řídí myšlenkou: „*Nejdříve rozhybej psychiku, potom tělo.*“ Pacient, který nemá chuť žít, nebude mít ani potřebu splnit si samostatně veškerou sebek péči a tím vzniká řada problémů v oblasti psychiky pacienta. Tento stav se odráží také na psychice personálu a může dojít k syndromu vyhoření. Model je rozdělen na dva druhy péče – aktivizační a re-aktivizační. Aktivizační druh péče je určen pacientům, kteří budou maximálně začleněni do soběstačnosti, sebeurčení a vlastní zodpovědnosti. Personál se tedy bude co nejvíce snažit, aby každodenní úkony prováděl pacient sám. Re-aktivizační péče využívá podněty odebrané z biografie klienta tak, aby znovuoživila jeho psychiku a tím dopomohla se sebek péči. K určení druhu péče pomůže zjistit v jakém stupni regrese se klient nachází. Böhm popsal sedm druhů regrese, které se hodnotí v tabulkovém systému. (14)

4.1.1 Práce s biografií

Biografická anamnéza znamená porozumět a pochopit jedince jako takového a dovést ho kvalitním stanovením základní, specializované a psychologicky terapeutické péče až na konec života. Sběrem podrobných informací o životním příběhu jedince nám umožní poznat potřeby klientů a jejich reakce, které by mohly nastat ve střetu s neznámou situací. V biografii také nacházíme dovednosti a schopnosti klienta, které je nutné využívat v pozdějším zvládnání denních situací. (14)

4.2 Validace

Autorkou teorie validace je americká sociální pracovnice Naomi Feil. Je to metoda komunikace s člověkem postiženým demencí způsobenou vysokým věkem. Hlavní myšlenkou validace je přijetí aktuálního vnímání reality člověka s úctou a schopnost proniknout do jeho světa. Hlavním principem této metody je empatie. Empatie vytváří důvěru, důvěra dodává jistotu, jistota dává sílu, síla obnovuje sebevědomí a sebevědomí snižuje stres. Pečující v tomto případě přijímá dané téma, o kterém nemocný hovoří a neopravuje jej. Tomuto postupu, který klienta zklidňuje, se říká „*Jít v botách druhého*“. Je určen pro pacienty nedostatečně orientované až dezorientované. V zahraničí stále přibývá vyškolených pracovníků věnujících se této metodě. V České republice je využívání tohoto postupu na začátku svojí cesty. (7)

4.3 Reminiscence

Metoda reminiscence se využívá k vyvolávání a vedení vzpomínek klienta pomocí starých fotografií, upomínkových předmětů nebo celkového klientova životopisu. Tato technika má za následek dlouhodobý vliv na dobré duševní zdraví seniorů. Obvykle se provádí formou rozhovoru (vedeným terapeutem či sestrou) s jedním nebo celou skupinou klientů. Je však důležitá znalost účastníků a jejich osobního života, abychom se dokázali vyhnout nepříjemným a bolestným tématům. Reminiscence by měla vyvolávat v klientovi příjemné pocity a měla by podporovat sebedůvěru. V praxi se můžeme setkat s nepochopením rozdílu termínů mezi reminiscenční technikou a prací s biografií klienta. (19) (viz obrázek 2)

4.4 Ergoterapie

Nedílnou součástí péče o pacienty s demencí je ergoterapie, která pomocí smysluplných aktivit pomáhá jedinci v jakémkoli věku a s různým druhem poruchy posilovat pomocí technik a metod schopnost zvládnání běžného denního života s respektem jeho osobě a možnostem. Cílem ergoterapie je zachovat pacientovi co největší možnou soběstačnost, trénování a obnovování postižených funkcí, napomáhá k začlenění se do komunity. (23)

4.5 Bazální stimulace

Bazální stimulace je koncept založený na lidském vnímání, komunikaci a pohybu. Zaměřuje se na všechny oblasti lidských potřeb, přizpůsobuje se věku a tím poskytuje

profesionální, individuální, terapeutickou a efektivní ošetrovatelskou péči. Koncept je aplikován lidem, kteří jsou jakkoliv duševně nebo tělesně postiženi, kteří se nacházejí ve vigilním komatu nebo jednoduše všem, kteří mají porušené vnímání. Člověk vnímá pomocí smyslových orgánů, které nám umožňují reagovat na okolní svět, proto mají nenahraditelný význam. Lidem se změnami v těchto oblastech zajišťuje koncept bazální stimulace podporu zaměřenou na cílenou stimulaci smyslových orgánů. Díky schopnosti lidského mozku uchovávat své návyky je možné znovu podnítit a tím aktivovat mozkovou činnost či vznik nových spojení. (2)

4.5.1 Historie

Zakladatelem konceptu bazální stimulace je pedagog prof. MUDr. Andreas Frohlich, který na základě schopnosti lidského těla vnímat, přijímat signály a reagovat, dokázal navázat úspěšnou komunikaci s postiženými lidmi. Ve spolupráci se zdravotní sestrou profesorkou Christel Bienstein a dalšími odborníky dovedli zavést tento koncept do mnoha oblastí ošetrovatelské péče, jako je například geriatrická, psychiatrická, paliativní a v neposlední řadě také neonatologická péče. Výsledky práce byly podnětem toho, aby se konceptem začali zabývat specialisté z oblasti medicíny a tím se stal uznávaným pedagogicko-ošetrovatelským konceptem.

V České republice byl roku 2005 založen INSTITUT bazální stimulace, jenž se stal garantem kvality dostupných seminářů, poskytuje odborné poradenství a také financuje některá zařízení. V současné době pracují s konceptem některá zdravotnická zařízení, ale také agentury domácí péče. (2)

4.5.2 Cíle bazální stimulace

Cílem bazální stimulace je odebrat kvalitní autobiografickou anamnézu, stanovit si reálný cíl a sestavit odpovídající ošetrovatelský plán. Důležité je do péče o klienta zapojit příbuzné a umožnit mu vnímat vlastní tělo, podporovat rozvoj vlastní identity, zvládnout orientaci místa a času a jakoukoli komunikaci s vnějším okolím. (2)

4.5.3 Prvky bazální stimulace

Mezi prvky bazální stimulace patří základní somatická, vibrační a vestibulární stimulace. Mezi nastavbové stimulace dále řadíme optickou, auditivní, taktilně-haptickou, olfaktorickou a orální. (2)

Somatická stimulace je somatické vnímání počitků ze svého těla. Vnímáním vlastního těla lze očekávat uvědomění si okolí a reakce na něj. Kvalitní stimulace je závislá na efektivním a správném doteku, který musí být zřetelný bez výrazného tlaku a vyvolávat v klientovi klid. Další možností stimulace je koupel či uvedení klienta do polohy „hnízda“ nebo „mumie“. (2)

Vibrační stimulace využívá kožních receptorů pro vnímání vibrací umístěných ve svalech, šlachách a ve vazivovém aparátu kostí. Provádí se pomocí technických předmětů, např. baterkových vibrátorů, holicích strojků nebo vibrujících hraček. (2)

Vestibulární stimulace je založená na principu otáčení hlavy. Pohyby mohou být rotační, statické a lineární. Dává nám informaci o naší poloze a pohybu v prostoru. Stimulací by měl člověk připravit organismus na mobilizaci, zprostředkovat informaci o prostoru a redukovat závrať, nauzeu, bolest hlavy či zvýšené svalové napětí. (2)

Optická stimulace - pomocí této stimulace se snažíme navodit pacientovi známé prostředí. Provádí se geriatrickým pacientům a pacientům, kteří se po delší době probouzejí z komatu. Nabízíme klientovi obrázky, fotografie a aktivizujeme ho k vyprávění - to platí zvláště u geriatrických pacientů, kteří rádi vzpomínají na prožitý život. Všechny stimuly by měly být jednoduché a pro pacienta snadno rozpoznatelné. (2)

Auditivní stimulaci provádíme pomocí hlasu, zpěvu, hudby, hry na hudební nástroj, zvuky, řeči - např. vyprávěním, předčítáním nebo reprodukcí řeči ze záznamu (hlasy příbuzných, spolužáků, kamarádů). U pacientů s demencí používáme analogové karty, na kterých jsou nakresleny jednotlivé předměty a pomocí nich se snažíme s pacientem domluvit. (2)

Orální stimulace - oblast úst se má za nejcitlivější a nejaktivnější tělesnou zónou vnímání. Aby byla orální stimulace úspěšná, musíme pacientovi umožnit vhodnou polohu, ve které se bude na své prožitky nejlépe koncentrovat. Dbáme na to, aby nebyla pacientova hlava v hyperextenzi. Dáváme mu ochutnat to, co má rád a je mu příjemné a sledujeme pacientovy reakce. (2)

Olfaktorická stimulace úzce souvisí s orální stimulací. Cílem je využívat různých vůní a pachů, které jsou pro jedince známé nebo které jsou obsaženy v odebrané biografii. Předtím než se stimulací vůbec začneme, je nutné zjistit, kterou vůni jedinec upřednostňuje

z důvodů zabránění negativních reakcí klienta. Čerpat můžeme také z pracovního prostředí, kde klient vykonával svou profesi (např. automechanik může inhalovat vůni motorových olejů či benzínu). Touto stimulací dodáváme klientovi s demencí schopnost se orientovat a tím i pocit jistoty a bezpečí. (2)

Taktilně-haptická stimulace umožňuje vnímání doteku, napětí, tlaku, lechtání a použití chladu či tepla. Neklidní pacienti trpící demencí se často snaží identifikovat předmět pohmatem. Jejich neklid se projevuje činnostmi jako tahání si za močové katetry, rolování povlečení, svlékání se, trhání svých plenkových kalhotek, hraní si s vlastní stolicí. Tyto činnosti se považují za nedostatek taktilně-haptické stimulace. Předměty, které při této metodě využíváme, jsou oblíbené věci klienta nebo věci spojené s klientovými koníčky a zálibami (např. tenisová raketa, zubní kartáček, hřeben). Můžeme zaznamenat zvýšenou stimulaci klientovy paměti a následně jeho aktivizaci. (2)

4.6 Zooterapie

Téma zooterapie není dosud tolik teoreticky podchycené, jako jsme zvyklí u jiných oborů. Terapie pomocí zvířat působí pozitivně pouze na jedince, který má kladný vztah ke zvířatům, nebo který někdy zvíře vlastnil. Na terapii se většina demenčních klientů těší - je pro ně velmi příjemná. Ve třetí fázi demence se kognitivní reakce mnohdy zaznamenat už nedají, ale přesto dotek srsti zvířete vyvolává v klientovi příjemné pocity. Nejčastěji se k zooterapii využívá pochopitelně pes (canisterapie). Pes dodává klientovi hodnoty, kterých se mu mnohdy nedostávalo. Patří k nim pocit přátelství, lásky, věrnosti a povinnosti (v podobě obstarávání krmiva).

Dalšími využívanými zvířaty jsou kočky, králíci, křečci, morčata a jiní hlodavci. Využívají se i některá hospodářská zvířata jako kozy, husy, ovce. V zooterapii můžeme využít i některé plazy, rybičky nebo ptáky. Rozeznáváme tři druhy terapie - formou návštěvního programu (zvíře za klientem), docházky klienta za zvířetem (na farmu apod.) nebo formou rezidentní (přítomnost zvířete na pracovišti). (18) (viz obrázek 1)

4.7 Terapeutické panenky

Tato terapie pozitivně stimuluje smyslové funkce klienta. Terapeutická panenka snižuje agresi a napětí, pacient na ni může reagovat jako na skutečné dítě. Klient se s panenkou objímá, chová ji, dává jí jména a povídá si s ní. Do panenky lze vložit tlukoucí srdce nebo nahrávku s hlasem blízkého, čímž může být terapeutický efekt ještě

zvýšen. Průběh této terapie není jen o tom vložit klientovi panenku do náručí, ale i o vynaložení úsilí a trpělivosti s adaptací na panenku. Tuto aktivizaci nenabízíme všem klientům, ale pouze těm, kterým kontakt s panenkou dělá radost. (20) (viz obrázek 3)

4.8 Sexualita a demence

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje sexuální zdraví takto: „*Sexuální zdraví je stav fyzického, emocionálního, mentálního a sociálního blaha spjatého se sexualitou, nejedná se pouze o absenci nemoci, dysfunkce nebo vady. Sexuální zdraví vyžaduje pozitivní a uctivý přístup k sexualitě a sexuálním vztahům, stejně jako možnost mít příjemné a bezpečné sexuální zkušenosti bez vynucení, diskriminace a násilí. Pro dosažení a udržení sexuálního zdraví musí být respektována, chráněna a naplněna sexuální práva všech osob.*“ Tolerance sexuálních potřeb a vztahů seniorů pečujícím personálem zvyšuje kvalitu péče a spokojenost klientů. V praxi se personál často setkává s tím, že klient potřebuje o sexualitě hovořit. Reakce personálu je většinou zdráhavá, snaží se odklonit téma jiným směrem. Toto téma je často i zesměšňováno, ale tento negativní pohled na něj by se měl změnit. Měli bychom si uvědomit, že právo na intimitu a plnohodnotný sexuální život má každý senior, ať žije v sociálním či zdravotnickém zařízení nebo doma. Klienti s demencí často dávají svoje sexuální potřeby otevřeně najevo, protože jejich zábrany jsou nemocí sníženy.

V zahraničních zemích funguje tzv. „sexuální asistence“ vedená eros-ergoasistentkami. Asistentky za poplatek nabízejí něžnosti, dotyky, masáže. S klientem si mohou sednout, popovídat si o jejich příjemných momentech života či poslouchat hudbu. V dnešní době jsou již k dispozici i eros-ergoasistenti, kteří nabízejí své služby seniorkám. (17)

4.9 Vzdělávací program

Vzdělávací program Sexualita seniorů je INSTITUTEM bazální stimulace zařazen do nabídky akreditovaných vzdělávacích programů. Tento program má časovou dotaci 8 hodin a účastníkům náleží 4 kreditní body. Odborným garantem a lektorem tohoto vzdělávacího programu je PhDr. Karolína Friedlová. Program je určen pro poskytovatele sociálních služeb (sociální pracovník, pracovník v sociálních službách, vedoucí pracovník) a zdravotnické pracovníky v sociálních službách (všeobecná sestra, fyzioterapeut, ergoterapeut, psycholog, zdravotnický asistent). Cílem je pochopit známky sexuálního

chování seniorů, především seniorů trpících demencí, a poskytnout personálu praktické návody k řešení této problematiky. Obsahem osmihodinového programu je neurofyziologická a hormonální podstata a projevy sexuálního chování, sexuální potřeby a jejich rozvoj ve vývoji člověka, identifikace a analýza sexuálního chování u seniorů s demencí, porozumění a pochopení příčin problémového sexuálního chování zejména u pacientů s demencí a také praktické návody k řešení vzniklých problémových situací. Kurz je registrován pro zdravotníky pracující bez přímého vedení a odborného dohledu Asociací poskytovatelů sociálních služeb ČR. Pro sociální pracovníky a pracovníky v sociálních službách je akreditován Ministerstvem práce a sociálních věcí ČR. (21)

PRAKTICKÁ ČÁST

5 FORMULACE PROBLÉMU

Každé onemocnění je něčím specifické a i demence s sebou nese spoustu specifík, které by měli pečující zdravotníci znát. Důležitá je také znalost a používání specifických metod péče, protože tyto metody člověka postiženého demencí vracejí do běžného života. Vzhledem k celosvětovému stárnutí populace a tomu, že demence se nejčastěji vyskytuje ve vyšším věku, se zvyšuje i počet postižených osob. Proto je znalost správné péče stále naléhavější. Položila jsem si tedy otázku: „Využívají zdravotní pracovníci specifické přístupy v péči o pacienta s demencí?“

5.1 Hlavní cíl

Zjistit zda pracovníci v sociálních, zdravotních centrech a domovech seniorů znají a využívají specifické přístupy v péči o pacienty trpící demencí.

5.2 Dílčí cíle

- 1) Zjistit zda mají zdravotničtí pracovníci dostatek informací o specifických přístupech v péči o pacienty s demencí.
- 2) Zjistit nejčastěji využívané specifické metody v péči o pacienta s demencí.
- 3) Zjistit, jak náročná je péče o pacienta s demencí pro zdravotnický personál.
- 4) Zjistit jaký mají zdravotničtí pracovníci postoj k otázce sexuality u pacientů trpících demencí.

6 PŘEDPOKLADY

Předpoklad 1: Většina respondentů nebude mít dostatek informací v oblasti specifické péče.

(Kriterium pro většinu je 60%)

Předpoklad 2: Většina respondentů nebude využívat specifické přístupy u pacienta s demencí.

Předpoklad 3: Většina respondentů se domnívá, že péče o pacienty s demencí je psychicky náročnější a může vést k syndromu vyhoření.

Předpoklad 4: Většina respondentů nebude mít informace a kladný vztah k otázce sexuality u pacientů s demencí.

7 METODIKA

Pro zjišťování potřebných informací na výzkumnou část mé práce jsem si zvolila metodu anonymního dotazníkového šetření. Dotazníkový formulář obsahoval celkem 17 položek. Ve 13 případech byla možnost volby pouze jedné odpovědi. V jednom případě šlo možností zaškrtnout více. 3 otázky byly doplňovací. Otázky jsem sestavila tak, aby byly pro respondenty co nejsrozumitelnější.

8 VZOREK RESPONDENTŮ

Skupina respondentů byla záměrně zvolena tak, aby byla míra spolupráce co nejvyšší. Tvořil ji personál, který o pacienty s demencí pečuje. O vyplnění dotazníků jsem požádala zdravotnický personál ze sociálního a zdravotního centra Letiny s. r. o., dále Domov pro seniory sv. Jiří a Domov se zvláštním režimem „Petrklíč“.

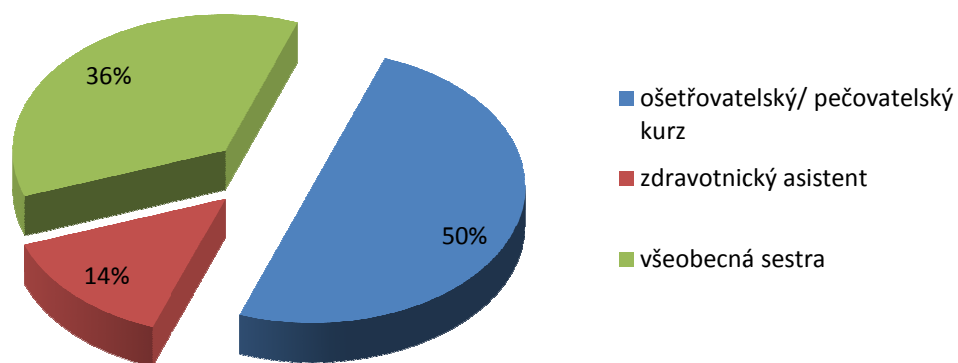
9 ORGANIZACE VÝZKUMU

Rozdáno bylo celkem 110 dotazníků. Vzhledem k tomu, že v sociálním a zdravotním zařízení Letiny s. r. o. je zhruba 260 lůžek, jsem zde požádala o vyplnění největšího počtu dotazníků. Zbytek jsem rozdělila mezi Domov seniorů sv. Jiří a Domov se zvláštním režimem „Petrklíč“. Formuláře se vrátily všechny, ale bohužel v některých byly neúplné informace a proto jsem je do svého výzkumu nemohla zařadit. Konečný počet činil 100 správně vyplněných dotazníků.

10 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

Otázka č. 1: Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

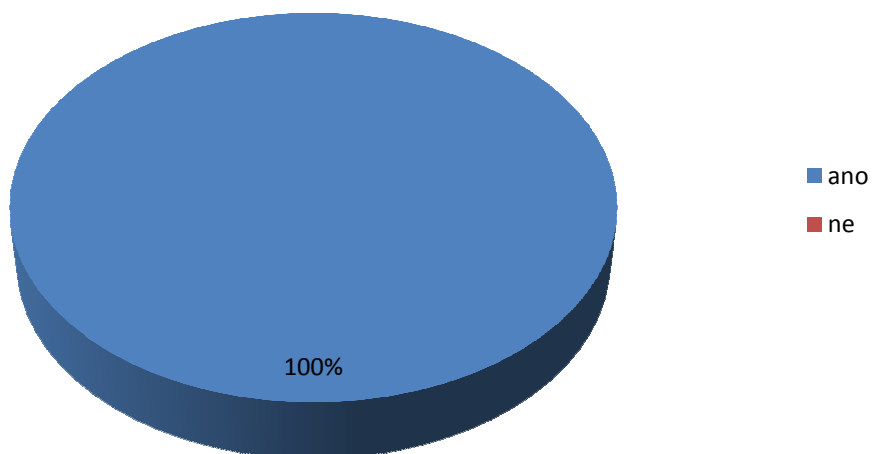
Graf 1 Vzdělání respondentů



Shrnutí: Graf 1 znázorňuje nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. 50% dotazovaných navštěvovalo ošetřovatelský či pečovatelský kurz, 36% respondentů jsou všeobecné zdravotní sestry a 14% má střední zdravotnickou školu (obor zdravotnický asistent).

Otázka č. 2: Setkali jste se někdy s pacientem s demencí?

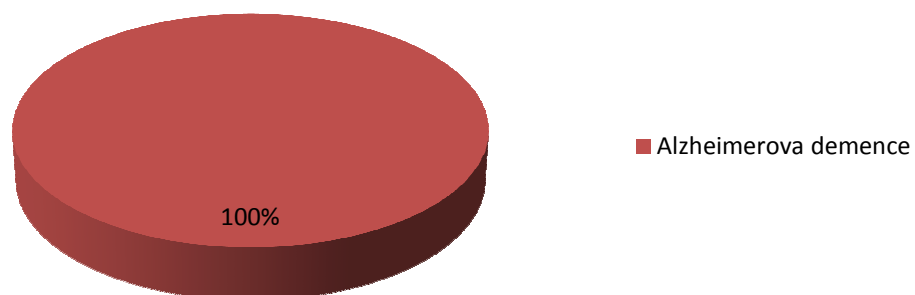
Graf 2 Kontakt s dementním pacientem



Shrnutí: Grafem 2 jsem se chtěla ujistit, zda mé dotazníky vyplňují osoby, které se s pacienty s demencí opravdu setkali. Šetření ukázalo, že s takovými pacienty se setkalo 100% respondentů.

Otázka č. 3: Pokud ano, s jakým typem nejčastěji?

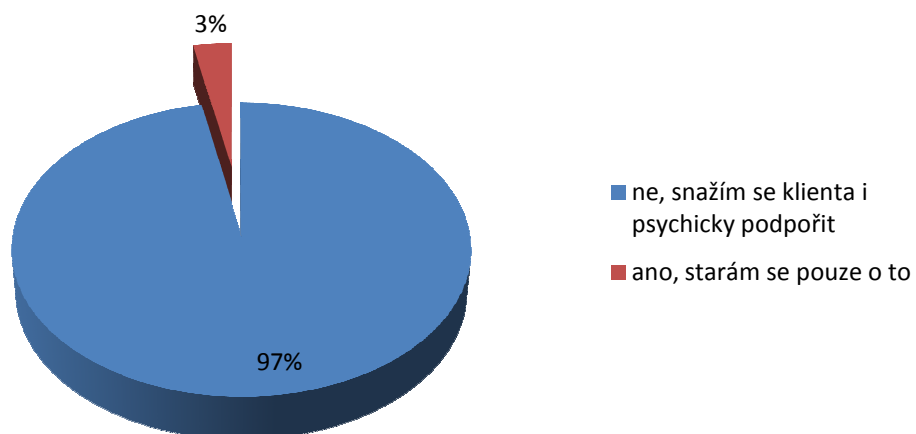
Graf 3 Nejčastější typ demence



Shrnutí: Všichni respondenti vypsali jako nejčastější typ, se kterým se na pracovišti setkávají, Alzheimerovu demenci.

Otázka č. 4: Myslíte, že pacientům, kteří trpí demencí, stačí pouze uspokojit jejich fyzické potřeby, co se týče stravy, hygieny a čistoty prostředí?

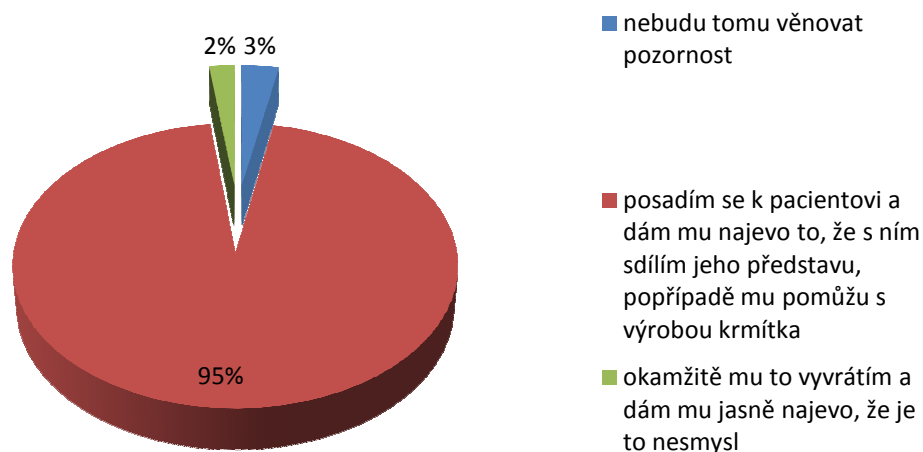
Graf 4 Potřeby pacientů.



Shrnutí: Z celkového počtu dotazovaných odpovědělo 97% respondentů, že o klienta pečují i po psychické stránce. Pouze 3% respondentů označila, že je zajímavá pouze základní potřeba výživy, vyprazdňování, tepla a pohodlí klientů.

Otázka č. 5: V této otázce zaškrtněte nebo napište, jak byste se v dané chvíli zachovali. *Pacient trpící demencí vám řekne, že v koupelně je duhový ptáček jménem Pepíček a za chvíli přiletí do krmítka, které zrovna pacient vyrábí (v koupelně žádný ptáček není).*

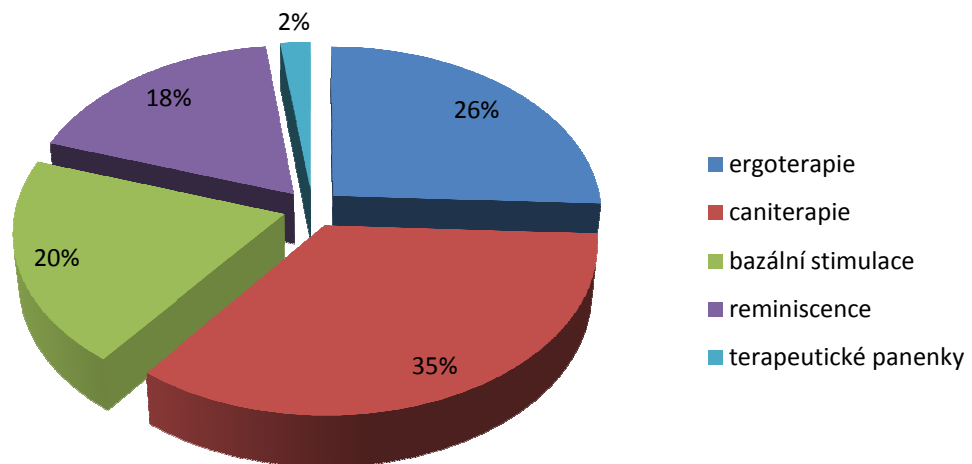
Graf 5 Reakce zdravotnického personálu



Shrnutí: Tento graf znázorňuje, reakci personálu na danou situaci. 95% dotazovaných odpovědělo, že by s pacientem sdílelo jeho představu (mají empatický přístup). 3% respondentů by nevěnovala této situaci pozornost a 2% by se v této situaci zachovala tak, že by pacientovi jeho představu okamžitě vyvrátila.

Otázka č. 6: Znáte nějakou specifickou metodu v péči o pacienty trpící demencí?

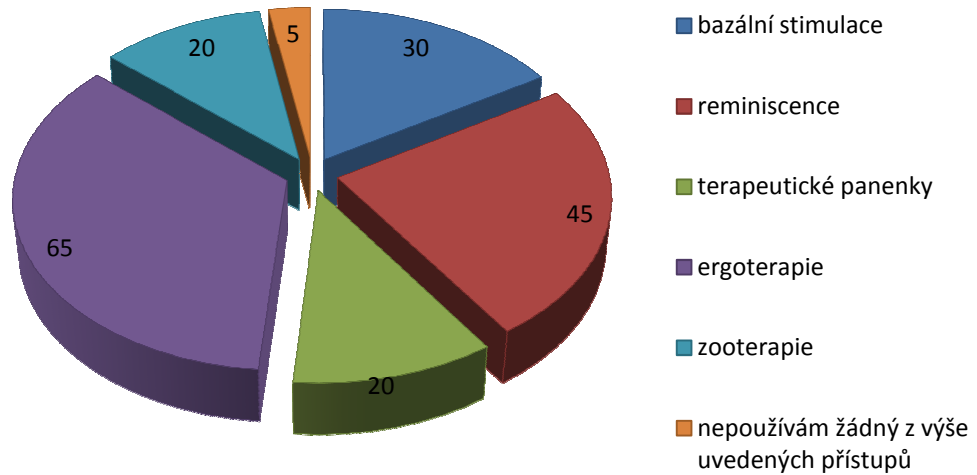
Graf 6 Znalost specifických přístupů



Shrnutí: Nejvíce odpovědí získala caniterapie - 35%, další nejvíce zastoupenou metodou byla ergoterapie, kterou uvedlo 26% respondentů. 20% uvedlo bazální stimulaci a 18% reminiscenci. Nejméně známá specifická metoda je pomocí terapeutické panenky - 2%.

Otázka č. 7: Jaký nejčastější přístup v péči o pacienta s demencí používáte?

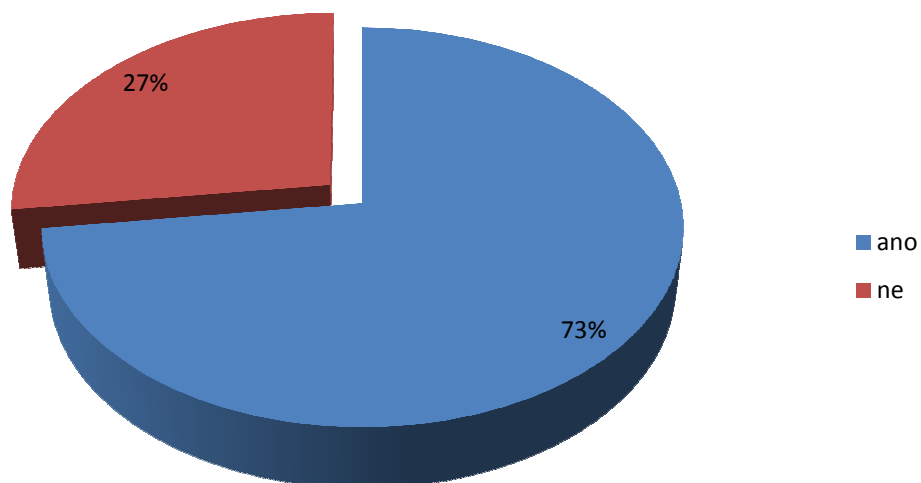
Graf 7 Nejčastěji používané specifické přístupy



Shrnutí: Grafem 7 znázorňují jaké jsou nejčastěji používané specifické metody v péči o pacienty trpící demencí. V této otázce byla možnost více odpovědí. V průměru používá každý dotazovaný téměř 2 specifické přístupy (přesně 1,85), přičemž nejčastěji používanými jsou ergoterapie a reminiscence.

Otázka č. 8: Účastnili jste se někdy v minulosti semináře, který se zabýval specifickými přístupy k pacientům s demencí?

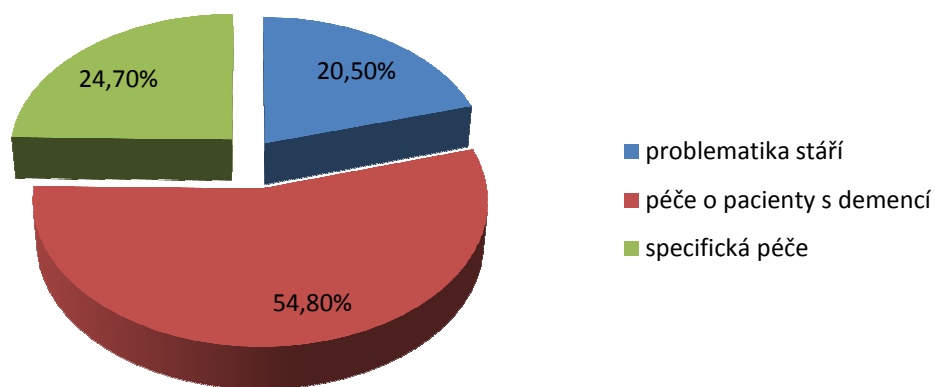
Graf č. 8 Seminář pro zdravotnický personál



Shrnutí: Graf 8 znázorňuje účast na seminářích, které se zabývaly specifickými přístupy k pacientům s demencí. 73% respondentů se nějakého semináře zúčastnilo, 27% nikoliv.

Otázka č. 9: Pokud ano, jakým tématem se seminář zabýval?

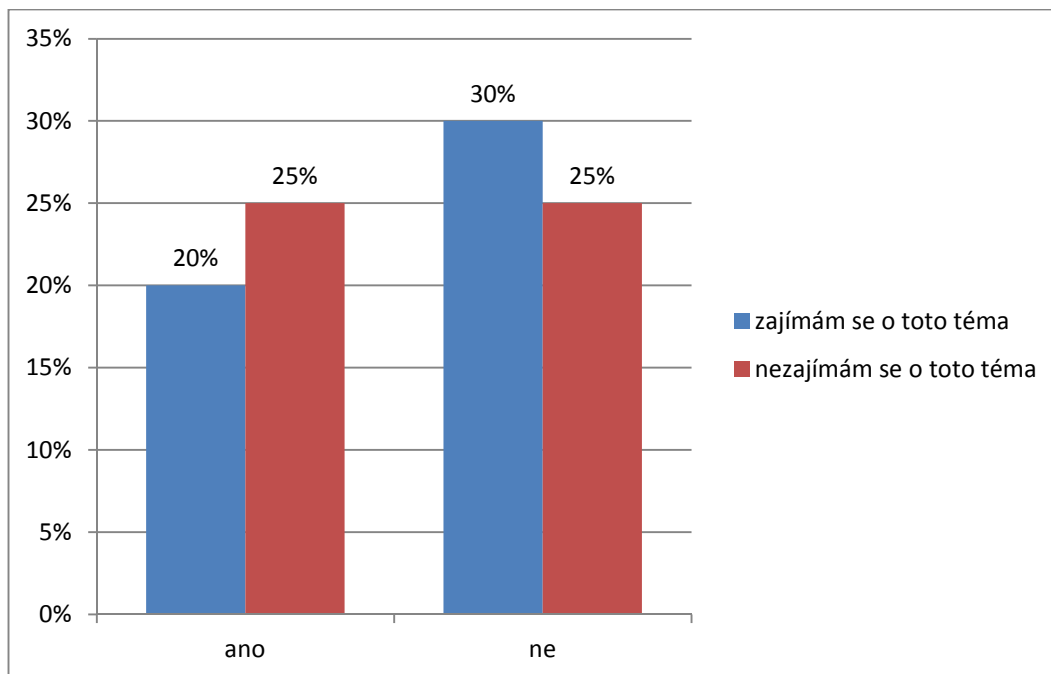
Graf 9 Téma semináře



Shrnutí: Graf 9 znázorňuje témata seminářů, kterých se zúčastnili dotazovaní odpovídající kladně na předchozí otázku (73% z celkového počtu). 54,8% (40 respondentů) se zúčastnilo semináře na téma péče o pacienty s demencí, 20,5% (15 respondentů) na téma problematika stáří a 24,7% (18 respondentů) na téma specifická péče.

Otázka č. 10: Poskytuje vám vaše pracoviště dostatek informací, školení, kurzů o specifické péči o tyto klienty?

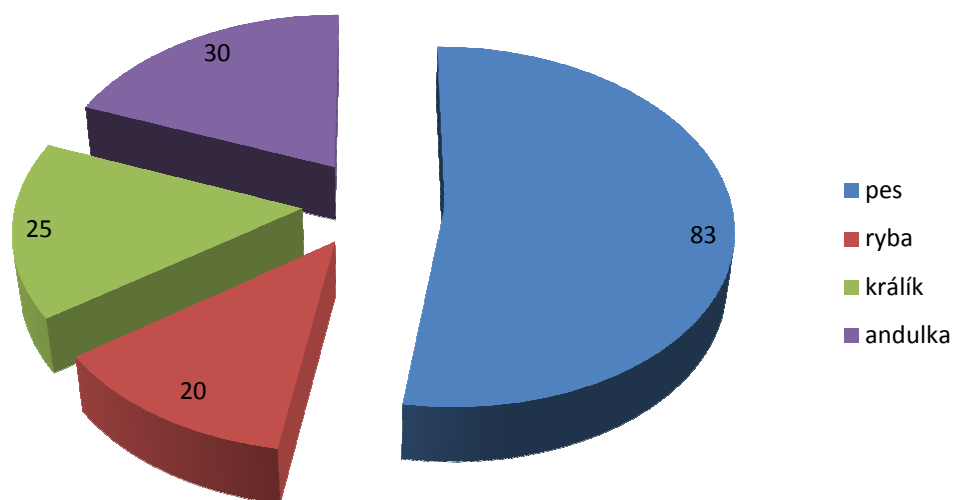
Graf 10 Možnost školení na pracovišti



Shrnutí: Graf 10 popisuje, zda se zdravotnický personál účastní nebo má možnost se účastnit nějakého kurzu či školení na téma specifická péče o pacienty s demencí. Z dotazovaných respondentů se o toto téma zajímá a účastní se 20%, 25% má možnost školení na pracovišti, ale neúčastní se. Dalších 30% i přesto, že se o toto téma zajímá, nemělo možnost se žádného školení zúčastnit a 20% se o toto téma nezajímá a jejich pracoviště žádné vzdělávání v této oblasti neposkytuje.

Otázka č. 11: Máte na pracovišti možnost zooterapie?

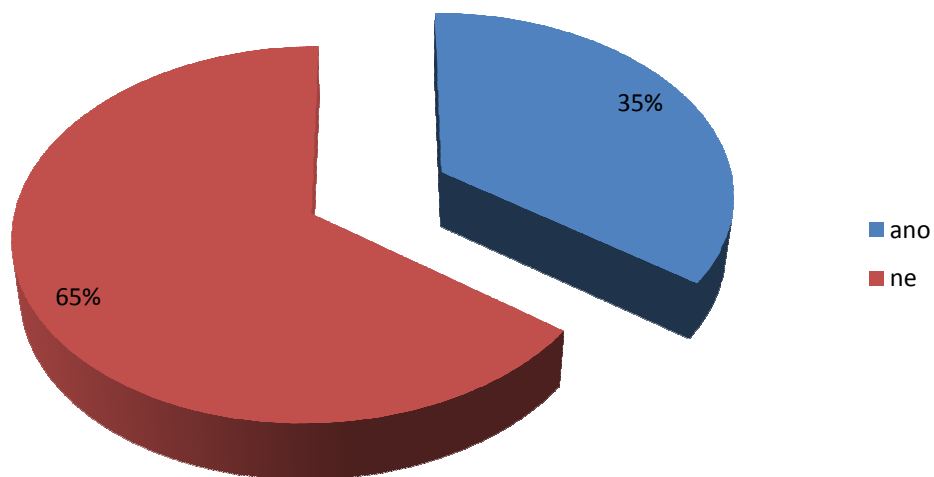
Graf 11 Druhy zooterapie



Shrnutí: Graf 11 popisuje možnost zooterapie na pracovišti. Z dotazovaných odpověděli všichni kladně. Výsledky grafu zaznamenávají, o jaké zvíře se jedná. Nejvíce je v zooterapii používán pes, kterého vybralo 83 dotazovaných. Na dalších místech se se zhruba shodným zastoupením umístila zvířata ryba, králík, andulka.

Otázka č. 12: Setkali jste se již někdy s pojmem eros-ergoasistentka?

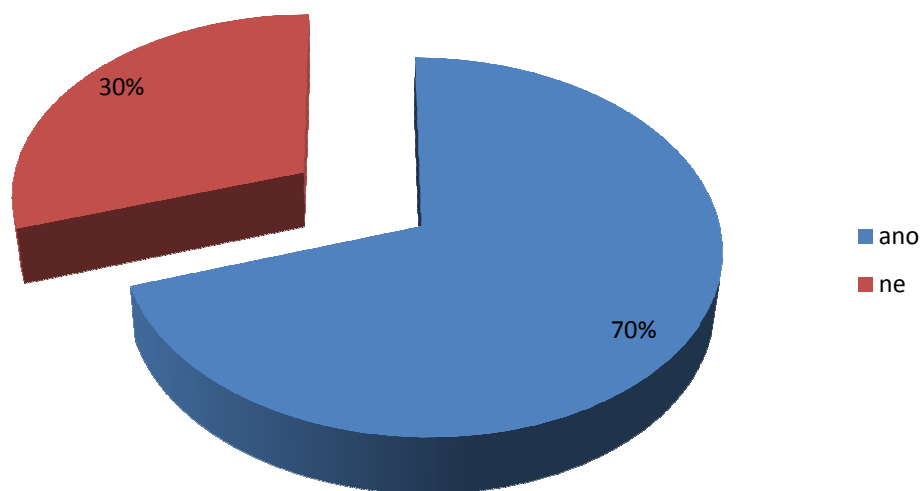
Graf 12 Pojem eros-ergoasistentka



Shrnutí: Graf 12 ukazuje, že zdravotnický personál pojem eros-ergoasistentka z větší části nezná. 65% dotazovaných odpovědělo záporně, 35% kladně.

Otázka č. 13 Setkali jste se s pacientem trpícím demencí, který s Vámi chtěl probírat své sexuální potřeby?

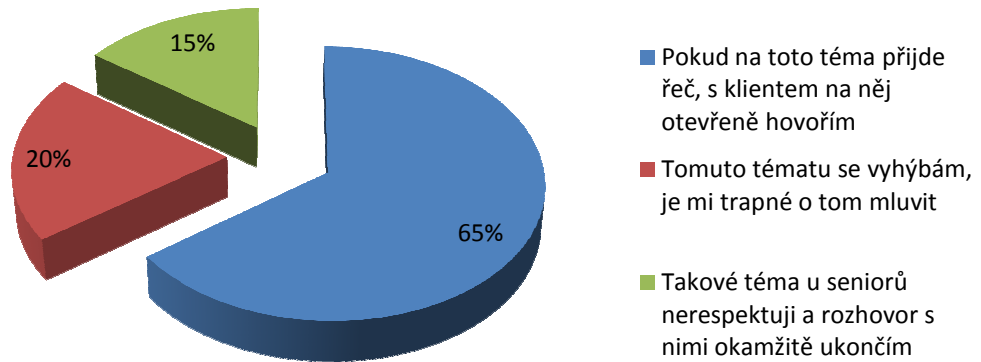
Graf 13 Sexuální potřeby seniorů



Shrnutí: Graf 13 zobrazuje, zda se zdravotnický personál někdy setkal s pacienty, kteří měli zájem probírat s ním své sexuální potřeby. 70% dotazovaných odpovědělo, že se s takovým pacientem setkalo, 30% že nikoliv.

Otázka č. 14: Jaký máte postoj v otázce sexuality seniorů?

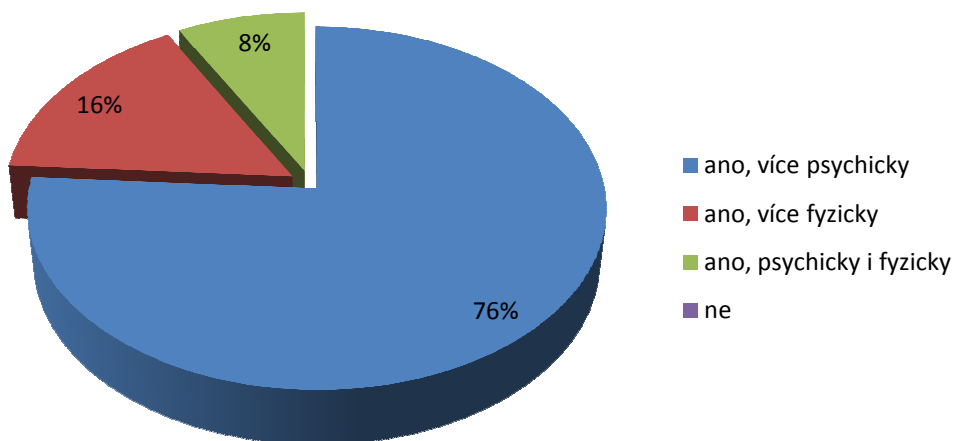
Graf 14 Postoj zdravotnického personálu k otázce sexuality



Shrnutí: Graf 14 znázorňuje to, jaký mají zdravotničtí pracovníci postoj k otázce sexuality u pacientů trpících demencí. Respondenti, kteří otevřeně hovoří na sexuální téma s klienty tvoří 65%. Respondenti, kterým je trapné na dané téma hovořit tvoří v grafu 20% a zbylých 15% jsou ti, kteří nerespektují sexuální potřeby u klientů a na toto téma s nimi rozhovor vést odmítají.

Otázka č. 15: Vnímáte péči o pacienty s demencí jako náročnou?

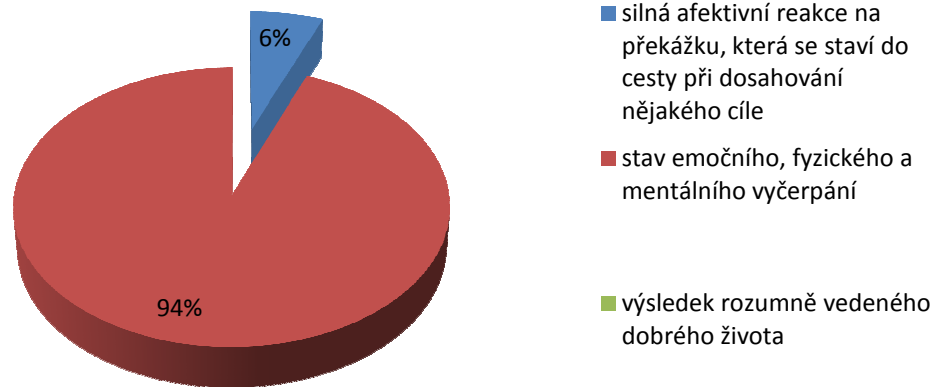
Graf 15 Náročnost péče o pacienty s demencí



Shrnutí: Náročnost péče znázorňuje graf 15, kde se 76% respondentů přiklání k odpovědi ano, více psychicky. Odpověď ano, více fyzicky zvolilo 16% dotazovaných. Na možnost ano, psychicky i fyzicky kladně odpovědělo 8%. K odpovědi ne, péče o pacienty s demencí není náročná, se nepřiklonil nikdo.

Otázka 16: Jak byste definovali syndrom vyhoření?

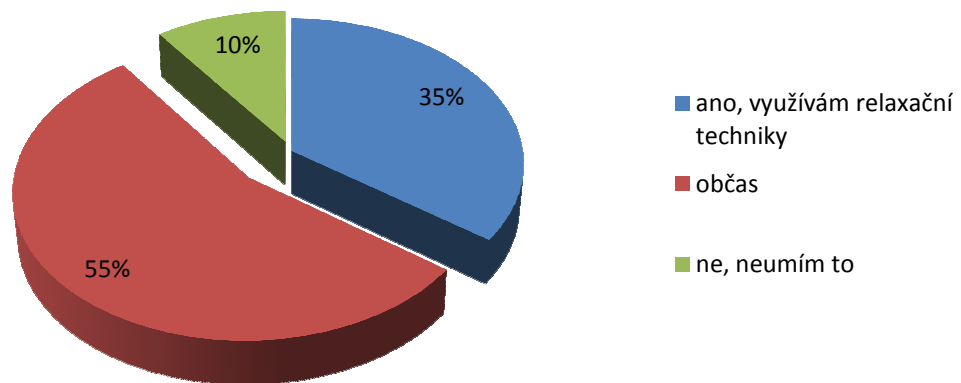
Graf 16 Syndrom vyhoření



Shrnutí: Graf 16 znázorňuje znalost definice syndromu vyhoření. Velké procento (94%) odpovědělo správně a uvedlo, že je to stav emočního, fyzického a mentálního vyčerpání. 6% respondentů zaškrtnulo chybně možnost silná afektivní reakce na překážku, která se staví do cesty při dosahování nějakého cíle. Poslední možnost neuvedl nikdo.

Otázka č. 17: Umíte relaxovat?

Graf 17 Zdravotní personál a relaxace



Shrnutí: Otázky, které se zaměřovaly na to, zda zdravotnický personál, který pečuje o pacienty trpící demencí, umí relaxovat, znázorňuje graf 17. 35% dotazovaných, využívá relaxační techniky, 55% relaxuje pouze občas a 10% zdravotnického personálu relaxovat neumí.

11 ANALÝZA DAT

Předpoklad 1: Většina respondentů nebude mít dostatek informací v oblasti specifické péče.

K tomuto předpokladu se vztahují otázky č. 4, 8, 9 a 10.

V předpokladu 1 jsem se domnívala, že většina respondentů nebude plně informována v oblasti specifické péče. Otázkou č. 4 jsem zjistila, že 97% respondentů uvedlo, že se o pacienta stará nejen v oblasti základních lidských potřeb, ale také se snaží uspokojovat potřeby psychické. Otázka č. 8 se zabývala účastí respondentů na seminářích. 73% respondentů se zúčastnilo seminářů, které se zabývaly specifickými přístupy pro pacienty s demencí. Ve svém výzkumném šetření jsem také chtěla zjistit otázkou č. 9, jakým tématem se nejčastěji semináře pro odbornou veřejnost zabývají. 54,80% (40) respondentů odpovědělo, že se seminář zabýval péčí o pacienty s demencí. Zda poskytují pracoviště semináře, školení či kurzy jsem zjišťovala v otázce č. 10. 55% respondentů odpovědělo, že nemají možnost či zájem o toto téma.

Tímto se nepotvrdil předpoklad 1.

Předpoklad 2: Většina respondentů nebude využívat specifické přístupy u pacienta s demencí.

K tomuto předpokladu se vztahují otázky č. 7 a 5.

V předpokladu 2 jsem se domnívala, že větší část respondentů nevyužívá specifické přístupy v péči o pacienty. V otázce č. 5 jsem zjistila, že 95% respondentů metodou Validace projeví empatii ke klientovi a tím mu dodá jistotu. Graf 7 znázorňuje, že nejvíce využívaná je ergoterapie. Možnost nevyužití žádné specifické péče byla zvolena pouze pěti respondenty.

Tímto se nepotvrdil předpoklad 2.

Předpoklad 3: Většina respondentů se domnívá, že péče o pacienty s demencí je psychicky náročnější a může vést k syndromu vyhoření.

K tomuto předpokladu se vztahují otázky č. 15, 16, 17.

V předpokladu 3 jsem se domnívala, že péče o pacienta s demencí je pro personál psychicky náročnější a může vést k syndromu vyhoření. Graf 15 znázorňuje, že 76% respondentů vnímá péči o pacienty s demencí jako psychicky náročnější. Otázkou č. 16 jsem zjišťovala, zdali respondenti znají definici syndromu vyhoření a jsou si potažmo vědomi možnosti jeho vzniku. 94% uvedlo správnou odpověď. Otázka č. 17 se zaměřila na to, zda zdravotničtí pracovníci umí relaxovat. 55% uvedlo, že relaxují pouze občas.

Tímto se předpoklad 3 potvrdil.

Předpoklad 4: Většina respondentů nebude mít informace a kladný vztah k otázce sexuality u pacientů s demencí.

K tomuto předpokladu se vztahují otázky č. 12, 13, 14.

V otázce č. 12 jsem se zajímala o to, zda dotazovaní znají pojem eros-ergoasistent. 65% uvedlo, že se s tímto pojmem nikdy nesetkali. V mém pátrání jsem se dozvěděla, že 70% respondentů se již někdy setkalo s pacientem trpící demencí, který měl zájem probírat s nimi své sexuální potřeby. Jaký postoj k této problematice zaujímá personál, mi objasnila otázka č. 14. Možnost otevřeného rozhovoru s klientem zvolilo 65% dotazovaných.

Tímto se předpoklad 4 nepotvrdil.

12 DISKUZE

Ve své práci se zaměřuji na pacienty s demencí a specifickou péči, která by u těchto pacientů měla být používána. Na téma demence bylo napsáno nejen mnoho publikací a článků, ale i bakalářských a diplomových prací. Málo z nich se ale zaměřuje na specifickou péči, která je pro práci s těmito klienty velmi nutná. Je velice důležité podporovat jejich soběstačnost do co možná nejdelší doby a umožnit jim kvalitní život spojený s touto chorobou. Vzhledem k tomu, že se díky pokrokům v medicíně neustále prodlužuje doba lidského života, objevuje se větší počet těchto onemocnění. Měli bychom člověka postiženého demencí přijímat jako důstojnou jedinečnou lidskou bytost a tak se k němu chovat i v situaci, kdy není schopen poskytnout přijatelnou odezvu. Pacienti s demencí musí mít pocit jistoty, bezpečí a vědět, že na nich někomu záleží. Myslím si, že zdravotnický personál mnohdy pacientům tyto jistoty není schopen poskytnout. Převažuje názor, že je práce s pacienty s demencí velice obtížná a vyčerpávající. Pomocí znalosti a správného využití specifických přístupů lze tento názor vyvrátit. Důležitou složkou péče je schopnost aplikovat poznatky z klientova dosavadního života, jeho okolí, vzpomínek a zálib. Dále je důležité umět pacienta v pro něj náročné situaci zklidnit a k tomu všemu lze využít specifických přístupů, terapií a metod, které jsou v práci popisovány.

Ve svém výzkumu jsem se zaměřila na zmapování oblasti specifických přístupů zdravotnických pracovníků, pečujících jak o pacienty ve zdravotnických zařízeních, tak o klienty s potřebou neustálého dohledu v domovech se zvláštním režimem. Dotazníky vyplňovali pouze respondenti, kteří se s pacienty trpícími demencí setkali. Přesná polovina dotazníků byla vyplněna ošetřovateli či pečovateli, kteří jsou s klientem nejvíce v osobním kontaktu. Zbytek dotazníků vyplňovaly všeobecné sestry a zdravotničtí asistenti. Nejčastějším typem demence je podle odpovědí Alzheimerova. Zajímala jsem se také o to, jakým způsobem uspokojují potřeby těchto lidí. Velice příznivým zjištěním bylo, že většina dotazovaných se zajímá také o psychický stav klientů a nespokojí se pouze s uspokojením základních potřeb v podobě příjmu potravy, vylučování a čistého a pohodlného prostředí. Zdravotničtí pracovníci se tedy orientují nejen na tělo, ale i na psychiku a pacient je chápán jako holistická bytost. Pokud zdravotník toto dokáže, je péče o klienta kvalitnější.

V jedné z otázek jsem se zaměřila na metodu validace při reakci personálu na vzniklou situaci. Při této metodě by měl pečující klientem dané téma přijmout, neopravovat jej a tím jej zklidnit. I v tomto případě byl výsledek velice pozitivní. 95% respondentů by pacientovu představu sdílelo a tím by ho i přes aktuální dezorientaci a psychický stav pravděpodobně zklidnili.

Odpovědi se mi dostalo i v dalších otázkách souvisejících s mým cílem, a to zjištění znalosti a využití samotných specifických přístupů. Převahu zde měla ergoterapie, která má pozitivní vliv na kognitivní funkce pacienta a zlepšuje či udržuje soběstačnost do chvíle, kdy je to možné. Domnívala jsem se, že většina respondentů nebude využívat specifické přístupy k pacientovi s demencí. Tento předpoklad se mi nepotvrdil - zjistila jsem, že zdravotničtí pracovníci metody využívají a že převažuje využití ergoterapie.

Dle mých zjištění mají všechna pracoviště možnost používat zooterapii, nejčastěji s využitím psů (canisterapie). S odstupem je využívána zooterapie pomocí ostatních zvířat jako akvarijních rybek, králíků či papoušků. Otázkou však je, zda jsou tato zvířata opravdu využívána v souvislosti s péčí o pacienty s demencí nebo jsou jen ozdobou či zpříjemněním pobytu personálu na pracovišti.

Dalším cílem bylo vypátrat, jak jsou zdravotničtí pracovníci informováni o specifických přístupech ke klientům a zdali pracoviště poskytují semináře, kurzy či školení na toto téma. Většina respondentů se nějakého semináře účastnila. Bohužel z další související otázky „Jakým tématem se seminář zabýval?“ se mi díky jen velmi obecným odpovědím nepodařilo určit, zda byly semináře zaměřeny na konkrétní metody péče.

Mým dalším cílem bylo také zjistit, jaký mají zdravotničtí pracovníci postoj a zkušenosti v oblasti sexuality v seniorském věku. V dnešní době je tato problematika celkem diskutovaná, avšak také tabuizovaná a nerespektovaná. Proto si myslím, že je vhodné zařadit tuto oblast do specifické ošetrovatelské péče. Erwin Böhm se věnuje tomuto tématu ve své knize *Sexualita v demenci* a zdůrazňuje, že křehkost etického přístupu k tématu sexuality u klientů s demencí je podmíněna vzdělaností personálu v této oblasti. Já jsem se zaměřila na tuto oblast otázkami, zda znají zdravotničtí pracovníci pojem eros-ergoasistentka a zda se někdy setkali s klientem, který dával najevo svou

sexuální potřebu a měl zájem o ní hovořit. Pojem eros-ergoasistentka nezná dle uvedených výsledků 65% dotazovaných a 70% respondentů se setkala s pacienty trpícími demencí, kteří měli zájem hovořit na téma sexualita. Většina z těch, kteří se s tímto setkali, je schopna na dané téma otevřeně hovořit. Předpokládala jsem, že většina bude mít odmítavý postoj, ale to se nepotvrdilo. Jako velice zajímavé mi přijde, že 70% respondentů jeví o toto téma zájem. Ovšem vyvstává zde otázka na jaké profesionální úrovni se komunikace mezi zdravotnickými pracovníky a pacienty nachází.

V závěru svého šetření jsem se zajímala také o to, jak náročnost péče o pacienty s demencí vidí pečující osoby. Moje předpoklady - tedy že péče je náročnější více po psychické stránce a že může vést k syndromu vyhoření, se mi potvrdily. Vzhledem k velkému počtu správně zodpovězené definice syndromu vyhoření se domnívám, že respondenti jsou si vědomi do jakého stavu se mohou dostat pokud nebudou relaxovat. Proto mě překvapilo, že je stále velký počet pracovníků, kteří možnost relaxace využívají málo nebo vůbec. Domnívám se tedy, že i přes relativně příznivé výsledky je v tomto ohledu stále co zlepšovat.

Doporučení pro praxi:

Vzhledem k tomu, že téma zooterapie versus demence není dosud tolik teoreticky podchycené, mohlo by být předmětem dalšího zkoumání

Dále bych doporučila vytvoření brožury či letáku pro zdravotnický personál shrnujícího a konkrétně popisujícího důležitost určité specifické metody (např. terapie pomocí panenky) včetně fotek a obrázků.

Vzhledem k aktuálnosti problematiky sexuality bych i přes pozitivní postoje, které mají pracovníci v této oblasti, doporučila zvýšit informovanost a četnost vzdělávacích programů týkajících se tohoto tématu a tím ho dostat do popředí.

Na závěr bych podtrhla psychickou náročnost péče o pacienty s demencí a upozornila na z toho pro personál plynoucí riziko vzniku syndromu vyhoření. Přesto, že se v dnešní době s preventivními programy na zátěžových místech již lze setkat, doporučila bych věnovat se tomuto tématu intenzivněji a klást větší důraz na předcházení tomuto jevu.

ZÁVĚR

Změny v psychické oblasti a v celkovém projevu chování člověka trpícího demencí jsou individuální. Abychom se pokusili udržet uspokojivou kvalitu života těchto lidí, je nutné se zaměřit na nemocného jedince jako na holistickou bytost.

Hlavní myšlenka mé bakalářské práce se týkala využití specifických přístupů v péči o tyto pacienty. Stále se zlepšující lékařská péče má za následek stále vyšší průměrnou délku života a tím související vyšší výskyt lidí s tímto onemocněním. Proto je důležité klást větší důraz na kvalitu péče a její neustálou inovaci tak, aby i tito lidé mohli dožít důstojně a pokud možno co nejkvalitněji. Důležitou roli v efektivní péči o tyto klienty hraje správné stanovení úrovně deficitu soběstačnosti a fungování klienta v jeho každodenních aktivitách. Je proto nutné, aby byli zdravotničtí pracovníci pečující o tyto klienty schopní a měli dostatek zkušeností.

Výsledky mého výzkumu ukázaly, že se personál o zdokonalování této péče snaží a využívá metody, které ke zvýšení kvality života takto nemocných seniorů jednoznačně přispívají. Personál má dostačující informace, používá specifické metody péče a má citlivý a vnímavý přístup. Problematiku sexuality jsem ve své práci zkoumala také. Mé šetření ukázalo, že v této oblasti nemá většina zdravotnických pracovníků zábrany a jsou schopni se těmto tématům věnovat. Závěr mého šetření upozorňuje na psychickou náročnost pracovníků a možný vznik syndromu vyhoření.

SEZNAM LITERATURY

1. BARTOŠ, Aleš a Martina HASALÍKOVÁ. *Poznejte demenci správně a včas: příručka pro klinickou praxi*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2010, 181 s. Aeskulap. ISBN 978-80-204-2282-8.
2. FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 168 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-13144.
3. GLENNER, Joy A. *Péče o člověka s demencí*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2012, 135 s. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-262-0154-0.
4. HOLMEROVÁ, Iva, Eva JAROLÍMOVÁ a Helena NOVÁKOVÁ. *Alzheimerova choroba v rodině*. Aktuální vydání 5/2004. Praha: Pfizer, 2004, 96 s.
5. JIRÁK, Roman. *Gerontopsychiatrie*. 1. vyd. Praha: Galén, c2013, 348 s. ISBN 978-80-7262-873-5.
6. JIRÁK, Roman a František KOUKOLÍK. *Demence: neurobiologie, klinický obraz, terapie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2004, 335 s. ISBN 8072622684.
7. JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 164 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2454-6.
8. KALVACH, Zdeněk. *Geriatric a gerontologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2004, 864 s. ISBN 80-247-0548-6.
9. KALVACH, Zdeněk. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, 336 s. ISBN 9788024724904.

10. LUŽNÝ, Jan. *Gerontopsychiatrie*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2012, 159 s. ISBN 978-80-7387-573-2.
11. MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, c2006, 352 s. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1151-6.
12. PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 150 s. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1211-3.
13. POKORNÁ, Andrea. *Ošetrovatelství v geriatrii: hodnotící nástroje*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 193 s., ii s. obr. příl. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4316-5.
14. PROCHÁZKOVÁ, Eva. *Práce s biografii a plány péče*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2014, 133 s. Sestra (Mladá fronta). ISBN 978-80-204-3186-8.
15. PIDRMAN, Vladimír a Eduard KOLIBÁŠ. *Změny jednání seniorů*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005, 189 s. ISBN 807262363x.144.
16. VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.
17. KAŠPÁREK, Zdeněk. Odborný časopis Sociální služby, 2014. Tábor: str. 25. ISSN 1803-7348.

Elektronické zdroje

18. LACINOVÁ, Jiřina, *Nefarmakologické přístupy v péči o pacienty s Alzheimerovskou demencí-zooterapie*. Brno, 2012. Prezentace. Dostupné z <http://www.kognice.cz/kurz%20brno%202012%20prezentace/Lacinova.pdf>
19. ALZHEIMERCENTRUM. *Alzheimercentrum* [online]. 2014 [cit. 10. 05. 2015]. Dostupné z: <http://www.alzheimercentrum.cz/poskytovana-pece/reminiscencni-terapie/>
20. ALZHEIMERCENTRUM. *Alzheimercentrum* [online]. 2014 [cit. 10.05.2015]. Dostupné z: <http://www.alzheimercentrum.cz/poskytovana-pece/terapeuticke-panenky/>
21. INSTITUT BAZÁLNÍ STIMULACE. *Institut bazální stimulace.- akreditované vzdělávací centrum* [online]. 2015 [cit. 19. 05. 2015]. Dostupné z: <http://www.bazalni-stimulace.cz/nabidka/kurzy/sexualita-senioru/>
22. DLUGOŠOVÁ, Anna a TKÁČOVÁ, Ľubomíra. *Komplexní ošetrovatelská péče o pacienta s demencí*. [online]. 2010. [cit. 19. 05. 2015]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/komplexni-osetrovatelska-pece-o-pacienta-s-demenci-456639>
23. ROD, Michael. *Česká asociace ergoterapeutů* [online]. 2008 [cit. 19.05.2015]. Dostupné z: <http://ergoterapie.cz/Page.aspx?PageID=1>

SEZNAM ZKRATEK

AD - Alzheimerova demence

ALD – Alkoholová demence

ADAS – Alzheimers disease assessment scale

ADL – Activites of daily living (Dotazník aktivit denního života)

CDT – Clock drawing test (Test kreslení hodin)

CT – Počítačová tomografie

FTD - Frontotemporální demence

GDS – Global deterioration scale (Škála globální deteriorace)

HACH – Hachinskyho ischemický skor

IADL – Instrumental activites of daily living (Dotazník instrumentálních aktivit denního života)

LBD - Lewy body disease (Demence s lewyho tělísky)

MMSE – Mini mental state examination

MR – Magnetická rezonance

PAINAD – Pain assessment in advanced dementia (Měření bolesti u nemocného s pokročilou demencí)

PET – Pozitronová emisní tomografie

SPECT – Jednofotonová emisní počítačová tomografie

VAS – Vizuální analogová škála bolesti

VD - Vaskulární demence

např. – například

tzn. – to znamená

SEZNAM CIZÍCH SLOV

Anemie – chudokrevnost

Apraxie - ztráta naučených nebo vžitých pohybů

Apatie - netečnost a lhostejnost

Bradypsychismus – celkové zpomalení myšlení a řeči

Dysartrie – vada řeči

Hypertonicko-Hypokinetický syndrom – stav charakterizovaný zvýšeným napětím kosterního svalstva (hypertonus) spolu s pohybovou chudostí (hypokineze).

Hematom – modřina

Hydrocefalus - nahromadění mozkomíšního moku v nitrolebním prostoru, vodnatelnost mozku

Chorea – škubavé pohyby

Inkontinence – neschopnost udržet moč či stolicí

Likvor – mozkomíšní mok

Mikce - močení

Rigidita – ztuhlost

Stupor - chorobný stav, ve kterém dochází k setrvávání ve strnulých, často i nepřírodných polohách

Urosepse – infekce močového ústrojí

Tumor – zhoubný tumor

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Vzdělání respondentů

Graf 2 Kontakt s dementním pacientem

Graf 3 Nejčastější typ demence

Graf 4 Potřeby pacientů

Graf 5 Reakce zdravotnického personálu

Graf 6 Znalost specifických přístupů

Graf 7 Nejčastěji používané specifické přístupy

Graf 8 Účast na semináři

Graf 9 Téma semináře

Graf 10 Možnost školení na pracovišti

Graf 11 Druhy zooterapie

Graf 12 Pojem eros-ergoasistent

Graf 13 Sexuální potřeby seniorů

Graf 14 Postoj zdravotnického personálu k otázce sexuality

Graf 15 Náročnost péče o pacienty s demencí

Graf 16 Syndrom vyhoření

Graf 17 Relaxace zdravotnického personálu

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Zooterapie

Obrázek 2 Reminiscence

Obrázek 3 Terapeutické panenky

Obrázek 1 Zooterapie



Zdroj: <http://dailycavy.cz>

Obrázek 2 Reminiscence



Zdroj: <http://alzheimercentrum.cz>

Obrázek 3 Terapeutické panenky



Zdroj: <http://alzheimercentrum.cz>



Zdroj: <http://zacala.cz>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Barthelův test

Příloha 2 Test kognitivních funkcí (MMSE)

Příloha 3 Měření bolesti u pacienta s demencí (PAINAD)

Příloha 4 Dotazník

Příloha 1

Barthelův test základních všedních činností ADL (activity daily living)

- slouží ke zhodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech


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

HODNOCENÍ:

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

Příloha 2

Test kognitivních funkcí-Mini Mental State Exam (MMSE)

Oblast hodnocení:	Max. skóre:
1. Orientace: Položte nemocnému 10 otázek. Za každou správnou odpověď započítejte 1 bod. <ul style="list-style-type: none"> - Který je teď rok? - Které je roční období? - Můžete mi říci dnešní datum? - Který je den v týdnu? - Který je teď měsíc? - Ve kterém jsme státě? - Ve které jsme zemi? - Ve kterém jsme městě? - Jak se jmenuje tato nemocnice?(toto oddělení?,tato ordinace?) - Ve kterém jsme poschodí?(pokoji?) 	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
2. Paměť: Vyšetřující jmenuje 3 libovolné předměty(nejlépe z pokoje pacienta-například židle,okno,tužka)a vyzve pacienta,aby je opakoval. Za každou správnou odpověď je dán 1 bod	3
3. Pozornost a počítání: Nemocný je vyzván aby odečítal 7 od čísla 100 a to 5 krát po sobě. Za každou správnou odpověď je 1 bod.	5
4. Krátkodobá paměť (=výbavnost): Úkol zopakovat 3 dříve jmenovaných předmětů (viz bod 2.)	3
5. Řeč, komunikace a konstrukční schopnosti: (správná odpověď nebo splnění úkolů = 1 bod) Ukažte nemocnému dva předměty (př. tužka, hodinky) a vyzvěte ho aby je pojmenoval. Vyzvěte nemocného aby po vás opakoval: <ul style="list-style-type: none"> - Žádná ale - Jestliže - Kdyby Dejte nemocnému třístupňový příkaz: „ <i>Vezměte papír do pravé ruky, přeložte ho na půl a položte jej na podlahu.</i> “ Dejte nemocnému přečíst papír s nápisem „Zavřete oči“. Vyzvěte nemocného, aby napsal smysluplnou větu (obsahující podmět a přísudek, která dává smysl) Vyzvěte nemocného, aby na zvláštní papír nakreslil obrazec podle předlohy. 1 bod jsou li zachovány všechny úhly a protnutí vytváří čtyřúhelník.	2 1 1 1 1
	
Hodnocení: 00 – 10 bodů těžká kognitivní porucha 11 – 20 bodů středně těžká kognitivní porucha 21 – 23 bodů lehká kognitivní porucha 24 – 30 bodů pásmo normálu	

Příloha 3

	0	1	2	Počet bodů
Dýchání (nezávislé na vokalizaci)	Normální	Občasné namáhavé dýchání Krátká období hyperventilace	Hlučné ztížené dýchání Dlouhá období hyperventilace Cheyne-Stokes dýchání	
Bolestivá vokalizace	Žádná	Občasný sten nebo záupění Normální negativní nebo odmítavá řeč	Opakované utrápené volání Hlasité sténání nebo úpění Pláč	
Výraz obličeje	Úsměv nebo neutrální	Smutný Vyděšený Zamračený	Bolestivé grimasy	
Řeč těla	Relaxovanost	Napjatost Utrápená chůze Neklidnost	Strnulost Sevřené pěsti Kolena přitažená k tělu. Tahání nebo odtlačování Udeření	
Utěšování	Není nutné	Rozptýlený nebo uklidněný hlasem nebo dotekem	Není možné utěšit, rozptýlit nebo uklidnit	
Součet				

Příloha 4

Specifika ošetrovatelské péče o pacienty s demencí

Dobrý den,

jsem studentka fakulty zdravotnických studií na západočeské univerzitě v Plzni a provádím výzkum, který se zabývá povědomím zdravotnického personálu o specifikách ošetrovatelské péče o pacienty trpící demencí. Tento výzkum je součástí mé bakalářské práce. Dotazník je naprosto anonymní a dobrovolný. Chtěla Vás požádat o pár minut Vašeho času k vyplnění dotazníku.

Předem děkuji.

1. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- ošetrovatelský kurz/pečovatelský kurz
- zdravotnický asistent
- všeobecná sestra

2. Setkali jste se někdy s pacientem s demencí?

- ano
- ne

3. Pokud ano, s jakým typem nejčastěji?

4. Myslíte, že pacientům, kteří trpí demencí, stačí pouze uspokojit jejich fyzické potřeby co se týče stravy, hygieny a čistoty prostředí?

- ano, starám se pouze o to
- ne, snažím se klienta i psychicky podpořit

5. V této otázce zaškrtněte nebo napište, jak byste se v dané chvíli zachovali.

Pacient trpící demencí Vám řekne, že v koupelně je duhový ptáček jménem Pepíček a za chvíli přiletí do krmítka, které zrovna pacient vyrábí (v koupelně žádný ptáček není).

- Nebudu tomu věnovat pozornost
- Posadím se k pacientovi a dám mu jasně najevo, že s ním sdílím jeho představu popřípadě mu pomůžu s výrobou krmítka
- Okamžitě mu to vyvrátím a dám mu jasně najevo, že je to nesmysl

6. Znáte nějakou specifickou metodu v péči o pacienty trpících demencí?

7. Jaký nejčastější specifický přístup v péči o pacienta s demencí používáte?

Zde můžete zaškrtnout více možností

- bazální stimulaci
- reminiscenci (práce se vzpomínkami a osobními předmety pacientů)
- terapeutické panenky
- ergoterapie
- zooterapie
- nepoužívám žádnou z výše uvedených metod

8. Účastnili jste se někdy semináře, který se zabýval specifickými přístupy k pacientům s demencí?

- ano
 ne

9. Pokud ano, jakým tématem se seminář zabýval?

.....

10. Poskytuje Vám vaše pracoviště dostatek informací, školení, kurzů o specifické péči o tyto klienty?

- ano, zajímám se o toto téma
 ano, ale neúčastním se
 ne, bohužel jsem neměla možnost se žádného školení účastnit
 ne, nezajímám se o to

11. Máte na pracovišti možnost zooterapie? (Kontakt se zvířaty: pes, kočka, akvarijní ryby aj.)

Pokud jste odpověděli v otázce ano, prosím o vyplnění do prázdného políčka, o jaké zvíře se jedná.

- ano
 ne
 jiné

12. Setkali jste se již někdy s pojmem eros-ergoasistentka?

- ano
 ne

13. Setkali jste se s pacientem trpící demencí, který s Vámi chtěl probírat své sexuální potřeby?

- ano
 ne

14. Jaký máte postoj k otázce sexuality seniorů?

- pokud na toto téma přijde řeč, s klientem na něj otevřeně hovořím
 tomuto tématu se vyhýbám, je mi trapné o tom mluvit
 takové téma u seniorů nerespektuji a rozhovor s nimi okamžitě ukončím

15. Vnímáte péči o pacienty s demencí jako náročnou?

- ano, více psychicky
 ano, více fyzicky
 ano, psychicky i fyzicky
 ne

16. Jak byste definovali syndrom vyhoření?

- silná afektivní reakce na překážku, která se staví do cesty při dosahování nějakého cíle
 stav emočního, fyzického a mentálního vyčerpání
 výsledek rozumně vedeného dobrého života

17. Umíte relaxovat?

- ano, využívám relaxační techniky
 občas
 ne, neumím to