

UNIVERZITA KARLOVA
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetřovatelství



Pavína Hrdinová

**Péče o seniory s demencí v nemocničním
prostředí z pohledu sester**

*Care for people with dementia in the hospital
environment from the perspective of nurses*

Bakalářská práce

Praha, červen 2017

Autor práce: Pavlína Hrdinová

Studijní program: Ošetrovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: **PhDr. Hana Janečková, Ph.D.**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetrovatelství, 3. LF**

Konzultant: **Doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.**

Pracoviště konzultanta: **Gerontologické centrum v Praze 8**

Předpokládaný termín obhajoby: 19. 9. 2017

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má bakalářská práce byla používána ke studijním účelům. Prohlašuji, že odevzdaná tištěná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do Studijního informačního systému - SIS 3. LF UK jsou totožné.

V Praze dne 26. června 2017

Pavλίna Hrdinová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí mé bakalářské práce PhDr. Haně Janečkové, Ph.D. a odborné konzultantce Doc. MUDr. Ivě Holmerové, Ph.D. za cenné rady, ochotu a trpělivost. Velmi děkuji svým kolegyním a kolegům za inspiraci a skvělou spolupráci, mé rodině a všem, kteří mě podporovali.

Obsah

ÚVOD	6
1. FENOMÉN STÁŘÍ S DEMENCÍ	7
1.1 STÁŘÍ.....	7
1.1.1 Demografie.....	8
1.2 DEMENCE VE STÁŘÍ	8
1.2.1 Zpráva o stavu demence 2016	9
1.3 NÁRODNÍ AKČNÍ PLÁN PRO ALZHEIMEROVU NEMOC A DALŠÍ OBDOBNÁ ONEMOCNĚNÍ NA LÉTA 2016 – 2019	10
2. DEMENCE.....	11
2.1 ETIOLOGIE VZNIKU DEMENCE	11
2.2 SYMPTOMATOLOGIE DEMENCE.....	12
2.2.1 Postižení aktivit denního života	13
2.2.2 Poruchy chování (BPSD)	13
2.2.3 Poruchy kognitivních funkcí.....	14
2.3 STADIA DEMENCE A STRATEGIE P - PA - IA.....	16
2.4 DIAGNOSTIKA DEMENCÍ.....	17
2.5 TERAPIE DEMENCÍ	18
3. ETICKÉ ASPEKTY	19
3.1 AUTONOMIE	19
3.2 DŮSTOJNOST.....	20
3.3 KVALITA ŽIVOTA A PÉČE	22
4. SPECIFIKA V PÉČI O SENIORY S DEMENCÍ	24
4.1 PROSTŘEDÍ.....	24
4.2 KOMUNIKACE	25
4.3 VÝŽIVA	26
4.4 INKONTINENCE	27
4.5 SPÁNEK	28
4.6 BOLEST.....	28
5. ZVLÁDÁNÍ PROBLEMATICKÝCH SITUACÍ	29
5.1 PROJEVY AGRESIVITY	29
5.2 OMEZOVACÍ PROSTŘEDKY	30
6. AKTIVIZACE A MOTIVACE	31
6.1 POHYBOVÁ AKTIVITA	32
6.2 AKTIVACE KOGNITIVNÍCH FUNKCÍ.....	32
6.3 MOTIVACE.....	33
7. VÝZKUMNÁ ČÁST	35
7.1 VÝZKUMNÉ CÍLE.....	35
7.2 HYPOTÉZY VÝZKUMNÉHO PROJEKTU:.....	35
7.3 METODIKA VÝZKUMU.....	36
7.4 VÝBĚR VZORKU RESPONDENTŮ	36
7.5 ČASOVÝ HARMONOGRAM SBĚRU DAT.....	36
7.6 ZPRACOVÁNÍ ÚDAJŮ	37
7.7 OVĚŘENÍ HYPOTÉZ	60
7.8 DISKUZE	61
ZÁVĚR	64

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	65
SEZNAM TABULEK A GRAFŮ	70
SEZNAM PŘÍLOH	73
PŘÍLOHY	74

Úvod

Pracuji v nemocnici na lůžkovém interním oddělení, kde se často setkávám se seniory, kteří trpí demencí. Tito pacienti ve mně vzbuzují mnoho otázek a vnímám, že nejen ve mně, ale i v mnoha mých kolegyních. V rámci jedné supervize jsem zjistila, že není jednoduché najít uspokojivé odpovědi a rady, jak dobře pečovat o seniory s demencí v nemocničním prostředí.

Mnohá sociální zařízení dlouhodobé péče pro seniory v praxi aplikují nejrůznější aktivizační programy pro své klienty. I mnozí lidé v osobních životech si uvědomují, že v rámci aktivního stárnutí je nutné udržovat v kondici i mozkové funkce. V nemocničním prostředí je tento fakt zatím stále opomíjen. Jistě je to dáno prioritním cílem nemocnic, kterým bývá optimalizace dekompenzovaného stavu především fyzického zdraví a eliminace případného ohrožení základních životních funkcí. Nedílným posláním nemocnic je však také poskytování kvalitní ošetrovatelské péče.

Většina pacientů si dokáže najít aktivity, kterými naplní čas během jejich hospitalizace. U pacientů trpících demencí však tomu tak nebývá. Pro poruchu kognitivních (rozumových, poznávacích) funkcí jsou pacienti s demencí v nemocničním prostředí často dezorientovaní, nedokáží pochopit důvody hospitalizace, uspokojivě plánovat a organizovat svůj čas během nemocničního pobytu. To se pak stává zdrojem mnoha nežádoucích situací.

Hlavním cílem mé bakalářské práce je nalezení možností ke zlepšení péče o seniory s demencí v nemocničním prostředí. Demence je širokým tématem. Smyslem této práce není popis teoretických aspektů demence, ale spíše zaměření se na přístup k pacientům, kteří demencí trpí.

1. Fenomén stáří s demencí

O životě se dá říci mnohé. Třeba i to, že je neustálým nalézáním a ztrácením. Když přijdeme o majetek, mnohdy i víme, kdo nás o něj okradl. Ale jak je to v případě ztráty zdraví a paměti? Kdo nás okradl o zdraví, o paměť a proč? Tyto otázky jistě vyvstávají na mysli mnohým nemocným, jejich blízkým i profesionálním pečujícím. V oblasti zdraví a po fyzické stránce člověk nejvíce ztrácí právě v období stáří.

1.1 Stáří

Stáří se řadí do poslední fáze života, během které se nápadněji projevují involuční (zánikové) změny, zhoršuje se zdatnost, odolnost a adaptabilita organismu. Z hlediska medicínského lze hovořit o involučním úbytku potenciálu zdraví. Mnohdy však vidíme rozpory mezi stářím kalendářním (věkem člověka) a biologickým stářím (zdatností a mírou involuce). Někteří lidé jsou zdatní a výkonní i ve vysokém věku, jiní mohou působit předčasně zestárlým (progerickým) dojmem. Většinou se považuje za počátek kalendářního stáří věk 65 let. O počínajícím stářím se hovoří ve věku 65 - 74 let (někdy dokonce i 65 - 79 let). Za vlastní stáří bývá označován věk 75 - 80 let. Věk 90 let a více je považován za dlouhověkost a i zde se hranice posouvá až k 100 letům. Posouvání hranic stáří do vyššího věku je připisováno přibývání seniorů a zlepšování jejich zdravotního i funkčního stavu. (Kalvach; Onderková, 2006, s. 7)

Světová zdravotnická organizace stáří rozčlenila do tří etap:

- 60 - 74 let: rané stáří
- 75 - 89 let: vlastní (pravé) stáří
- 90 a více let: dlouhověkost

(Nováková - Krutilová a kol., 2011, s. 110)

1.1.1 Demografie

Díky pokrokům v oblasti medicíny a dostupnosti zdravotní péče se lidský věk stále prodlužuje.

Demografické vize Českého statistického úřadu vypovídají o tom, že stárnutí populace se nevyhneme a vidí jej jako neodvratitelný proces, kterému nezabrání ani masivnější migrace či o něco vyšší úroveň plodnosti. (Štyglarová a kol., 2013, *Statistika & My*, č. 9, s. 34)

„V průběhu první poloviny 21. století se podle všech variant demografického vývoje zastoupení 65 a víceletých osob zhruba zdvojnásobí z dnešní jedné šestiny na jednu třetinu. Jejich počet by měl kulminovat na konci 50. let ve střední variantě na úrovni 3,2 mil. osob oproti současným 1,8 mil. I když bude v dalším období seniorů ubývat, na konci století by jich přesto mělo žít výrazně více než dnes.“ (Štyglarová a kol., 2013, *Statistika & My*, č. 9, s. 35)

V rámci optimistických prognóz by se naděje na dožití mohla ve druhé polovině tohoto století v ČR pohybovat pro muže okolo 84 let a pro ženy okolo 89 let. (Čeledová a kol., 2016, s. 35)

1.2 Demence ve stáří

Většina lidí ví, co si představit pod pojmem demence. Českým ekvivalentem pro výraz demence je ztráta mysli (rozumu). Vždy existovaly nejrůznější formy demence. Používal se pro ně termín senilní demence. Dříve se lidé nedoživali příliš vysokého věku, a tak se tyto demence vyskytovaly zřídka. S takto nemocnými v minulosti bývaly též „patálie“, neznamenalo to však nijak mimořádnou zátěž pro okolí. Dodnes se říká, že se každá vesnice dokázala postarat o jednoho svého sirotka, o jednoho blázna a „bláznivého“ starce. Nynější masivní až epidemický výskyt demencí je cenou, kterou platíme za dlouhověkost a efektivní diagnostické metody. Demence mohou postihnout i mladší osoby, ale s přibývajícím věkem jejich výskyt koreluje. (Haškovcová, 2010, s. 260 - 262)

Stárnutí lidstva je celosvětovým trendem, včetně naší republiky. Stárnutí s sebou přináší problémy zdravotní, sociální i ekonomické. Demence představuje kompletní zdravotní problém s významnými zdravotními a společenskými důsledky. (Jirák a kol., 2009, s. 21)

1.2.1 Zpráva o stavu demence

Zpráva uvádí, že lidí s demencí neustále přibývá. V 60. letech v České republice podle odhadů žilo zhruba 49 až 55 tisíc lidí trpících demencí, v roce 1989 při změně režimu to bylo 73 až 81 tisíc lidí, v roce 2000 na přelomu tisíciletí 89 až 98 tisíc a v roce 2015 již téměř 156 tisíc lidí. Dle projekce obyvatelstva z roku 2013 a poslední prevalenční studie Alzheimer Europe se dá předpokládat, že v roce 2020 bude u nás žít s tímto onemocněním téměř 183 tisíc lidí a 383 tisíc lidí v roce 2050. (Mátl a kol., 2016, s. 11)

Dále zpráva uvádí počet lidí v ČR, kteří trpí demencí v závislosti na věku: (Mátl a kol., 2016, s. 10)

- nad 65 let: 1 ze 13 lidí
- nad 80 let: 1 z 5 lidí
- nad 90 let: 1 z 2 lidí

„Nejčastější příčinou demence je Alzheimerova choroba. Tato choroba je primárním degenerativním onemocněním mozku neznámé etiologie s charakteristickými neuropatologickými a neurochemickými vlastnostmi.“ (Mátl a kol., 2016, s. 4)

1.3 Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a další obdobná onemocnění na léta 2016 - 2019

Koncepce řešení problematiky Alzheimerovy choroby a obdobných onemocnění v České republice vycházející z detailně vypracovaných návrhů odborných společností České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně a České alzheimerovské společnosti se stala v rámci svých cílů a úkolů podkladem pro Národní akční plán. (Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a další obdobná onemocnění na léta 2016 - 2019, on-line, citováno 12. 3. 2017, dostupné z <http://www.apsscr.cz>)

„Účelem Národního akčního plánu je formulovat, implementovat a koordinovat vzájemně logicky provázané úkoly k dosažení cílů zaměřených na zlepšení kvality života pro pacienty s Alzheimerovou nemocí a obdobnými onemocněními, zlepšení kvality života pro pečující, zvýšení informovanosti v rámci poskytování zdravotních a sociálních služeb i v rámci široké veřejnosti, podporu a rozvoj vzdělávání a podporu výzkumných aktivit zaměřených na oblast demence.“ (Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a další obdobná onemocnění na léta 2016 - 2019, on-line, citováno 12. 3. 2017, dostupné z <http://www.apsscr.cz>)

2. Demence

Definice demence dle 10. decenální revize mezinárodní klasifikace nemocí uvádí toto znění: „*Demence (F 00 - F 03) je syndrom způsobený chorobou mozku, obvykle chronické nebo progresivní povahy, kde dochází k porušení mnoha vyšších nervových kortikálních funkcí, k nimž patří paměť, myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnost učení, jazyk a úsudek. Vědomí není zastřeno. Obvykle je přidruženo porušené chápání a příležitostně mu předchází i zhoršení emoční kontroly, sociálního chování nebo motivace. Tento syndrom se vyskytuje u Alzheimerovy nemoci, cerebrovaskulárního onemocnění a u jiných stavů, které primárně postihují mozek.*“ (Kučerová, 2006, s. 9)

2.1 Etiologie vzniku demence

Relativně podrobně jsou v současné době prozkoumána onemocnění způsobující demenci, známe procesy podílející se na jejich vzniku. Většinou ale neznáme příčiny onemocnění, které vedou ke vzniku demence. Týká se to hlavně degenerativních onemocnění (například Alzheimerova choroba, nemoc s Lewyho tělísky). Existuje však již mnoho poznatků o rizikových faktorech vzniku demence. (Holmerová a kol., 2009, s. 12)

Rizikové faktory:

V rámci rizikových faktorů hraje svoji roli: věk (s přibývajícím věkem narůstá výskyt demence), pohlaví (dle studií jsou ženy více ohroženy Alzheimerovou chorobou a muži více demencí cévního původu), genetické faktory, vzdělání (studie prokazují méně častý výskyt demence u lidí s vyšší úrovní vzdělání), cévní mozkové příhody a vaskulární onemocnění (hypertenze), kouření, alkohol, poranění hlavy, protizánětlivé léky a substituční léčba, deprese, absence tělesné a duševní aktivity. (Holmerová a kol., 2009, s. 12-14)

Další faktory: infekční onemocnění - syfilis, AIDS a podobně, deficit vitamínů - thiamin, B 12, kyselina listová, demence jako součást projevů jiných onemocnění (Parkinsonovy, Huntingtonovy, Creutzfeldt - Jakobovy choroby,

roztroušené sklerózy). Též onemocnění jiných systémů může vést k identickému obrazu demence: srdeční nebo jaterní selhání, CHOPN a pokročilá onkologická onemocnění. (Holmerová a kol., 2009, s. 14)

Vznik demence je multifaktoriální, proto zde uvádím pouze hrubé rozdělení příčin demence, jak jej popisuje Jiráček, 2009, s. 19:

1. Demence, jejichž příčinou je **atroficko - degenerativní** proces mozku.
2. **Symptomatické** (sekundární) **demence**, jejichž příčinou jsou celková onemocnění (například: infekce, intoxikace, cévní poruchy, nádory, metabolické změny a jiné poruchy, které postihují mozek).

Symptomatické demence je možné dále rozdělit na 2 podskupiny:

- **vaskulární demence** (jejichž příčinou jsou poruchy mozkových cév a krevního zásobení)
- ostatní sekundární demence.

2.2 Symptomatologie demence

„Skutečné primární symptomy počínající demence lze s přibývajícím věkem těžko rozlišit od projevů běžného fyziologického stárnutí.“ (Holmerová a kol., 2009, str. 15)

Z hlediska vztahového a funkčního se při popisu a hodnocení lidí se syndromem demence často používá tzv. **ABC schéma** a posuzují se:

- **Activities of daily living** = aktivity denního života - soběstačnost
- **Behaviour** = chování - poruchy chování (např. bloudění, agitovanost, apatie, hypobulie, agresivita, deliberace)
- **Cognition** = kognitivní funkce - paměť, úsudek
(Čeledová a kol., 2016, s. 59)

2.2.1 Postižení aktivit denního života

Úměrně tíži demence jsou porušeny profesionální dovednosti, běžné dovednosti, péče o sebe sama apod. V počátcích se výpadek projevuje například při složitějších profesních aktivitách, porucha se postupně rozšiřuje na tzv. instrumentální aktivity denního života, například zacházení s penězi. U pokročilých demencí bývají postiženy také základní aktivity denního života, jako je schopnost oblékat se a svlékat, najíst se samostatně a udržovat základní osobní hygienu. U velmi pokročilých stádií demencí může docházet k inkontinenci (neudržení) moči i stolice. Člověk tak zůstává plně odkázán na péči svého okolí - fungující rodiny, profesionálních pečovateli a ústavů. (Jiráková a kol., 2009, s. 22)

2.2.2 Poruchy chování (BPSD)

Poruchy chování bývají nápadné, většinou vzbudí pozornost okolí a stávají se tak prvním důvodem, který vede k vyšetření odborníkem a odhalení demence. Poruchy chování jsou zvláště stresující pro příbuzné a pečovatele o dementního nemocného. Jsou součástí syndromu BPSD = Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. (Pidrman, 2007, s. 79)

„V roce 1999 skupina odborníků definovala BPSD takto: jde o řadu patologických symptomů: poruchy vnímání, poruchy myšlení, změny nálad a chování, které se často objevují u pacientů trpících demencí.“ (Pidrman, 2007, s. 80)

BPSD lze rozdělit do dvou skupin, které spolu velmi těsně souvisejí v klinické praxi: symptomy behaviorální a symptomy psychologické (psychiatrické). Behaviorální symptomy zahrnují: slovní či fyzickou agresivitu a agitovanost, bloudění, nepřiléhavé jednání, sexuální dezinhibici, vykřikování, ale i špehování, shromažďování zbytečných předmětů, hašteřivost. Na základě cíleného psychiatrického vyšetření můžeme objevit poruchy nálady (anxieta a depresi, případně eleei nálady), poruchy vnímání (halucinace) a myšlení (bludy).

BPSD jsou nápadné a bývají příbuznými včas identifikovány, naopak často příbuzní a pečovatelé přehlížejí a nepovažují za patologické výrazné poruchy paměti, které jsou jedním z hlavních příznaků demence. (Pidrman, 2007, s. 80)

2.2.3 Poruchy kognitivních funkcí

„Pod tento pojem zahrnujeme poruchy paměti, úsudku a myšlení, orientace, koncentrace, schopnosti vyjadřovat se a rozumět mluvené řeči a dalších gnostických funkcí a v širším slova smyslu také tzv. exekutivní funkce.“
(Holmerová a kol., 2009, s. 17)

K poruchám kognitivních funkcí patří:

Intelektová deteriorace - hodnotíme míru snížení intelektové kapacity v porovnání s premorbidní kapacitou. (Holmerová a kol., 2009, s. 17 - 18)

Poruchy paměti - nejzřetelněji se pokles paměti projevuje při učení se novým informacím a neschopností se jim podřídít. Nemocný často opakuje dotazy a současnou situaci se snaží vysvětlit používáním znalostí z dřívější doby. Používá konfabulace (dotváří průběh událostí a situací, tak jak si myslí, že probíhaly, tato rekonstrukce však neodpovídá realitě). Poruchy paměti podmiňují úzkostnost, nejistotu a nedostatek vhledu v různých situacích. V pozdějších stádiích může být postiženo vybavování starších informací, již dříve naučeného. V počátcích nemoci bývá postižena krátkodobá paměť, dlouhodobá paměť zůstává zachována déle, zejména u demencí vaskulárních. (Holmerová a kol., 2009, s. 18)

Poruchy orientace - jde o dezorientaci časem, místem, prostorem a později i vlastní osobou. (Holmerová a kol., 2009, s. 19)

Poruchy úsudku a myšlení - projevují se například neschopností obléknout se adekvátně k počasí, spočítat si peníze, přičíst kolik je hodin. Po vypuknutí nemoci může pacient sám sebe dlouho pokládat za zcela zdravého (zejména u Alzheimerovy choroby), zastírá příznaky a odmítá chodit k lékaři, protože je zdravý. Současně si však mnohé události, vzhledem k poruše paměti, nedokáže vysvětlit. Myšlení často bývá hned v počátcích nemoci paranoidní (podezřavé), protože nemocný přestává mnoha událostem a situacím rozumět,

v důsledku poruchy paměti podezírám ze ztráty celé řady věcí své blízké okolí. (Holmerová a kol., 2009, s. 20)

Poruchy pozornosti a motivace - s poruchou pozornosti souvisí neschopnost začít nebo ukončit nějakou činnost nebo úkol, fixace na nepodstatný aspekt činnosti s opomenutím činnosti jako celku, snížení schopnosti vzdorovat rušivým podnětům, snížená schopnost reagovat a až zmatené reakce. V pokročilejších stádiích se objevuje apaticko - hypobulický syndrom, který se projevuje sníženou úrovní celkové aktivity, apatií. Významnou roli zde hraje využití aktivizačních metod, které stimulují zachovalé schopnosti a sebepoživání nemocného. (Holmerová a kol., 2009, s. 21)

Korové poruchy - v důsledku korové atrofie senzoričkových oblastí někdy dochází k poruchám smyslového vnímání. Nemocný má pocit, že špatně vidí nebo slyší, i když nález u očního či ušního lékaře je v normě nebo původním nezměněném stavu. Mezi tyto poruchy řadíme: (Holmerová a kol., 2009, s. 21 - 22)

- **afázii, fatické poruchy** - poruchy řeči nebo porozumění řeči
- **agrafii** - neschopnost psát (podepsat se)
- **alexii** - neschopnost číst
- **akalkulii** - neschopnost počítat
- **agnosii** - neschopnost rozpoznávat předměty, věci, lidské tváře, v zrcadle nemusí poznat ani sám sebe
- **amuzie** - neschopnost rozeznávat hudební formy, skladby, písně, rytmus, intonaci
- **apraxie** - neschopnost vykonávat motorické úkony a aktivity, i když nejsou porušeny motorické funkce

Porucha exekutivních funkcí - patří sem plánování, organizování, řízení, rozhodování, řešení problémů. (Holmerová a kol., 2009, s. 22)

2.3 Stadia demence a strategie P - PA - IA

V roce 2006 Česká alzheimerovská společnost vydala a v roce 2013 revidovala strategii P - PA - IA, která vychází z diferencovaných potřeb pacientů v jednotlivých stádiích demence. (Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a další obdobná onemocnění na léta 2016 - 2019, on-line, citováno 12. 3. 2017, dostupné z <http://www.apsscr.cz>)

- 1. Stadium P = paměť** - v této fázi je soběstačnost zachována, dominují poruchy paměti, výbavnosti a vštípivosti. Je třeba zvážit, zda se nejedná pouze o benigní stařeckou zapomnětlivost. V této fázi je žádoucí kognitivní trénink, zachování mentálních i pohybových aktivit, stimulace mozku a jeho adaptability, využití knih s tréninkovými úkoly, křížovky, četba, verbální komunikace. (Čeledová a kol., 2016, s. 60)
- 2. Stadium PA = programové aktivity** - v této fázi se prohlubují poruchy paměti, zájem o četbu mizí (sledování děje je obtížné), objevují se poruchy chování a je potřebný dohled k zajištění pravidelného příjmu potravy, adekvátnímu oblékání, protože hrozí závažné chyby i self - neglect (zanedbávání sebe sama). Nemocný obvykle vyhoví programování aktivit. Je vhodná podpora při orientaci v realitě, kognitivní rehabilitace, pohybová terapie, reminiscenční terapie, zapojení do komunikace, případně i do společné práce. (Čeledová a kol., 2016, s. 60)
- 3. Stadium IA = individuální asistence** - v této fázi se programování aktivit se stimulací mozku stává kontraproduktivní, unavuje a dekompenzuje mozek. Na místě je zklidnění, zpomalení tempa, respektování únavy, maximální vyhovění, validace nemocného akceptováním témat a zájmů, které zmíní. Příznivý efekt může mít vhodně zvolená muzikoterapie a zooterapie. K animaci života můžeme využít podceňovaný zbytkový potenciál. Zároveň může být potřebná osobní asistence v rámci sebeobsluhy (při konzumaci jídla, osobní hygieně, oblékání). Důležité jsou projevy respektu, pozitivního přijetí a zážitky úspěchu v dílčích činnostech a událostech. V chování převažuje apatie, ale možná je

i agitovanost, bloudění, často se objevuje negativismus a odporování. Mnohdy nemocný nepoznává tváře a opakovaně hledá již zemřelé příbuzné. (Čeledová a kol., 2016, s. 60)

4. Stadium = ošetrovatelská péče - pohyblivost pacientů je omezená s rizikem pádů, nemocní jsou často trvale upoutaní na lůžko, inkontinentní, jejich slovník je chudý (někdy s fatickou poruchou), občas tzv. slovní salát, drmolení a mumlání jakoby ve svém vnitřním světě. Komunikace je převážně nonverbální a jednoduchá. Je možná agitovanost. V této fázi je podstatné dbát na prevenci imobilizačního syndromu - vysazování do křesla, dohled na příjem stravy a tekutin s prevencí rizika aspirace (vdechnutí) a následné pneumonie (zápalu plic) při poruše polykání. Vhodná je bazální stimulace a klidnění agitovanosti. (Čeledová a kol., 2016, s. 60 - 61)

2.4 Diagnostika demencí

Pacient, který trpí demencí, si svůj problém často neuvědomuje, nepřipouští a různě jej bagatelizuje a racionalizuje, proto je velmi důležitá objektivizace další osobou. (Jirák a kol., 2009, s. 26)

Anamnéza - osobní, rodinná, pracovní, farmakologická a sociální, informace o nynějším onemocnění. (Jirák a kol., 2009, s. 25)

Somatické vyšetření - pulz, krevní tlak, EKG (elektrokardiograf), laboratorní vyšetření (krevní minerály, krevní obraz, hladina vitamínů B₁₂ a kyseliny listové, urea, kreatinin, jaterní testy, vyšetření hladin hormonů štítné žlázy), neurologické vyšetření, EEG (elektroencefalogram - vyšetření mozkové elektrické aktivity). (Jirák a kol., 2009, s. 25)

Orientační vyšetření poznávacích funkcí - různé testy paměti a poznávacích funkcí - nejobvykleji celosvětově užívaný test MMSE (Mini - Mental State Examination), často se také používá test kreslení hodin. (Jirák a kol., 2009, s. 25)

Zobrazovací metody - computerová tomografie (CT) mozku a magnetická resonance (MR) odhalují morfologické odchylky, jako je úbytek mozkové tkáně, změny prokrvení a přítomnost patologických útvarů, SPECT

a PET (tyto metody s použitím radioaktivních látek zobrazují především látkovou přeměnu, průtok krve mozky a informují o přítomnosti a aktivitě neurotransmiterů - přenašečů vzruchů v mozku). (Jiráková a kol., 2009, s. 25)

2.5 Terapie demencí

Většina demencí zatím není vyléčitelná, ale je možné vhodnou léčbou dosáhnout zpomalení průběhu demencí či oddálit těžká stadia demencí a zlepšit tak kvalitu života lidí, kteří demencí trpí. (Jiráková a kol., 2009, s. 88)

Kognitivní farmakoterapie ovlivňuje mechanismy vedoucí k demenci. Jsou to například inhibitory mozkových cholinesteráz (donepezil, rivastigmin a galantamin). Memantin, který chrání nervovou buňku před některými škodlivinami a zlepšuje schopnost zapamatování si. Doplnková farmaka likvidují volné kyslíkové radikály (například: vitamín E, betakaroten, retinol, vitamín C, selen a další). Nootropní farmaka zlepšují krevní průtok mozgovými cévami, látkovou přeměnu, využitelnost glukózy a dalších živin a působí proti nedostatku kyslíku. (Jiráková a kol., 2009, s. 88 - 89)

Nekognitivní farmakoterapie pozitivně působí na poruchy chování, změny nálad, afekty a poruchy spánku u demencí. K utišení neklidů a delirií používáme antipsychotika II. generace. Zahrnujeme sem také antidepressiva (proti depresi) a anxiolytika (proti úzkosti). (Jiráková a kol., 2009, s. 90)

Nefarmakologický přístup zahrnuje například ergoterapii, fyzioterapii, kognitivní rehabilitaci, senzorickou stimulaci, orientaci v realitě, reminiscenční terapii, muzikoterapii, aplikaci světla, režimovou úpravu spánku. (Holmerová a kol., 2009, s. 142 - 235)

3. Etické aspekty

Etika zkoumá způsob myšlení a jednání, je studiem morality. (Heřmanová a kol., 2012, s. 16) Z etického hlediska bývá za nejvyšší lidskou hodnotu pokládáno dobro. Etika nás tedy učí rozpoznávat, co dobré je a co dobré není. (Kutnohorská, 2007, s. 15) Zdravotnická etika se opírá o čtyři základní principy: nonmalficence (neškodění), beneficence (dobřečinění), autonomie a spravedlnosti. (Vácha a kol., 2012, s. 56)

Biblická starozákonní kniha Sírachovcova (s. 910) nás ve své 3. kapitole ve 12. a 13. verši nabádá:

„Synu, ujmi se svého otce v jeho stáří, nezarmucuj ho, dokud je živ. Pozbývá-li mu rozum, ber na něho ohled a nepohrdej jím, když ty jsi v plné síle.“
A dále i v knize Přísloví (s. 602) ve 23. kapitole - 22. verši: *„...a matkou nepohrdej, když zestárla.“*

3.1 Autonomie

„Autonomie, jako jedna z potřeb sebeaktualizace (vyjádření svého Já, uplatnění svých schopností, promítnutí svých záměrů do vlastní činnosti), zaujímá místo na vrcholu známé Maslowovy pyramidy potřeb.“ (Sýkorová, 2011, s. 35)

V péči o seniory vyvstávají etická témata, která reflektují rozpor mezi autonomií a závislostí těchto osob, mezi respektem vůči jejich autonomii a paternalizmem. Těžké kognitivní postižení člověka pootevřívá dveře druhým (příbuzným, personálu), aby převzali kontrolu nad mnoha oblastmi pacientova života. (Sýkorová, 2011, s. 34 a 36) Stereotypizace, která automaticky přisuzuje každému člověku jakési obecné vlastnosti skupiny, se prohřešuje proti respektu k autonomii, svébytnosti, jedinečnosti a neopakovatelnosti lidských bytostí. (Kalvach; Čevela; Čeledová, 2014, s. 219) Není jednoduché najít vhodný přístup k seniorovi, který svou autonomii a integritu ztrácí. Nezbytná součást vhodného přístupu zahrnuje snahu o pochopení druhých a jejich prožívání, úctu, empatii, trpělivost, toleranci a podporující specifickou komunikaci. (Matýsková, 2004, s. 51)

Osobní autonomie člověku přináší pocit psychické a fyzické pohody. (Sýkorová, 2011, s. 35) I pacienti trpící demencí bytostně touží po autonomii. Proto by úsilí naší péče o nemocné s kognitivní poruchou mělo být také zaměřeno na podporu autonomie v těch oblastech, kde to možné je, například metodou validace. Principem metody validace je úcta k člověku s demencí, přijetí a respektování jeho tématu. (Jirák a kol., 2009, s. 96)

3.2 Důstojnost

O důstojnosti jistě máme nějakou představu, ale když ji máme definovat, je to složitější. Při přemýšlení nad důstojností se mi vybavuje biblický 93. žalm, ve kterém je zmiňováno, že Hospodin se oděl důstojností. Jak to asi proběhlo a jak vypadá Hospodin oděný důstojností?

Slovo důstojnost etymologicky pochází z latiny - dignus, dignita a znamená povinnost určitého respektu, být hodný pocty a úcty. V mnoha dokumentech souvisejících s poskytováním zdravotní péče se objevuje princip lidské důstojnosti jako základní součást práv nemocných a povinností zdravotníků. V nejobecnějším smyslu slova je pojetí lidské důstojnosti cosi, co přísluší každému člověku jako příslušníku svého rodu. Jedná se o nezcizitelnou hodnotu lidských bytostí. Ze čtyř pojetí lidské důstojnosti (důstojnost mravní síly, důstojnost zásluh, důstojnost osobní identity a všeobecná lidská důstojnost) by při poskytování zdravotní péče mělo být základem pojetí všeobecné lidské důstojnosti. V jádru tohoto pojetí je zakotven koncept lidství, který náleží všem bytostem ve stejném rozsahu a nelze o něj přijít po celou dobu existence lidské osoby. (Svobodová, 2012, s. 71; 76)

„Osoba je na jedné straně ohraničena vznikem zygoty a na druhé straně smrtí těla (podle obvyklých kritérií smrti).“ (Vácha a kol., 2012, s. 52)

Je možné nahlížet mnoha směry otázky důstojnosti, aniž by se nás její podstata dotkla a její potřeba v nás zakotvila? Jaký je vlastní zážitek ztráty osobní důstojnosti? Upíráme-li důstojnost druhým lidem, neztrácíme trochu i svoji vlastní lidskou důstojnost? Nebývá obtížné chovat se důstojně k člověku, který respektuje naši důstojnost. Je možné respektovat důstojnost člověka, který se chová

nedůstojně k nám či v obecném smyslu? Samozřejmě je nezbytné mít stále na vědomí, že chování pacienta s kognitivní poruchou je podmíněno probíhajícím onemocněním.

„Respektování vlastní lidské důstojnosti i důstojnosti druhých lidí můžeme vidět jako ctnost.“ (Svobodová, 2012, s. 74)

Ctnosti sice vycházejí z nás a souvisí s vnitřní motivací, ale ke svému rozvoji a posilování potřebují také vhodné podmínky z vnějšku. Sestry uvádějí za jeden z největších (nejčastějších) etických problémů nedostatek času na pacienty zapříčiněný nedostatkem personálu. To se ale již dostáváme k manažerům ve zdravotnictví, kteří by měli mít na paměti, že i u poskytovatelů péče, od kterých se očekává důstojné zacházení s druhými, může hrát pocit ztráty důstojnosti významnou roli. (Heřmanová; Svobodová a kol., 2012, s. 49; 81)

Pro Aristotela je etika „umění žít“, kterému je třeba se naučit, neboť stejně jako jakékoli jiné umění (například hra na housle) není v našich genech, ale ani proti našim genům nebo naší přirozenosti. Tak jako zkušený hudebník zahraje složitou pasáž z listu, stejně tak moudrý člověk učiní správné rozhodnutí i v komplikovaných situacích. (Vácha a kol., 2012, s. 39 - 40)

Není to vždy jednoduché, ale snažme se i v komplikovaných situacích a nedostatečných podmínkách nacházet způsoby a možnosti, jak „odívat - oblékat“ důstojností sebe i naše nemocné, kteří demencí trpí.

„Kde není úcta vůči starým, není budoucnost pro mladé.“ (Papež František, 2015, on-line, citováno 13. 3. 2017, dostupné z www.pastorace.cz)

3.3 Kvalita života a péče

„Kvalita života je subjektivní, vnitřní pojem. O kvalitě cizího života si můžeme udělat jen přibližnou představu, která bude ovlivněna našimi postoji a zkušenostmi.“ (Kutnohorská, 2007, s. 16)

Kvalita života je subjektivní a individuální, vyjadřuje rozpor mezi očekáváním a realitou, možnostmi a skutečností, má dynamický charakter, v různých obdobích a životních situacích se může lišit, je hodnotově orientovaná, reflektuje vliv všech oblastí života, vyjadřuje kombinaci prožívání osobní pohody, spokojenosti a sociální stratifikaci. (Hudáková; Majerníková, 2013, s. 39 - 40)

Pokroky v oblasti medicíny umožnily prodloužení života. V posledních letech vystupuje do popředí také otázka kvality lidského bytí, kdy nám nejde již o pouhé prodloužení života jako takového, ale i jeho naplnění možnou a dostupnou nejvyšší úrovní kvality. V případě ztráty soběstačnosti je kvalita života závislá na kvalitě poskytované péče.

„Cílem moderního ošetrovatelství je poskytování vysoce kvalitní, vědecky fundované a vysoce humánní ošetrovatelské péče.“ (Staňková, 1996, s. 123)

Maieutický přístup - empatické ošetrovatelství, ve kterém jde o rozvíjení schopností ošetrovatelského personálu, práci s prožitkem, empatií a citlivou interakcí s lidmi v terminálních stádiích demence. Pečovatelé se učí pracovat s energií, vztahem a uvědomovat si reakce, které jsou v podstatě intuitivní. Také se učí překonávat pocit bezmoci při práci s těmito lidmi a navázat kontakt přes všechna omezení, která demence přináší. (Holmerová a kol., 2009, s. 127)

Diagnóza demence není považována za indikaci k pobytu v hospici, přestože potřeba paliativní péče je v terminálních stádiích demence nezpochybnitelná. Je smutné, že principy paliativní péče jsou v péči o pacienty s demencí dosud aplikovány zcela nedostatečně. Připouštíme invazivní postupy, které pouze prodlužují život, aniž bychom zlepšili jeho kvalitu. (Holmerová a kol., 2009, s. 236)

Ve Fakultní nemocnici Ostrava proběhla na interním oddělení a LDN studie využití škály QUALID k hodnocení kvality života pacientů v pozdní fázi demence v České republice. Tato škála zahrnuje hodnocení: zda se pacient směje, působí smutně, pláče, v obličeji má výraz neklidu, jeví se fyzicky nespokojený, vydává prohlášení či zvuky naznačující nespokojenost, smutek nebo nepohodlí, je podrážděný nebo agresivní, jestli si pacient vychutnává jídlo, zda iniciuje nebo odmítá dotyk, má rád přítomnost druhých a zda se jeví emocionálně klidný a komfortní. (Bužgová; Stolička, 2015, *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*, č. 3, s. 317 - 321)

4. Specifika v péči o seniory s demencí

Chceme-li dobře pečovat o pacienta s demencí, je nutné, abychom jej nejprve dobře poznali. Je důležité vědět, jaké jsou jeho biologické, psychosociální, duchovní potřeby, znát pacientův způsob komunikace a jeho každodenní rituály.

4.1 Prostředí

„Osa prostředí identifikuje faktory, které s kognitivní schopností přímo nesouvisí, ale mají signifikantní dopad na výkon osoby s kognitivní poruchou.“
(Zgola, 2003, s. 60)

Každá změna prostředí, zvláště přijetí pacienta do zdravotnického zařízení, může vzbuzovat strach a obavy. Přijetí seniora postiženého demencí do zařízení představuje kritickou situaci. Je třeba, aby si pacient zvykl na zcela jiné podmínky, než na které byl zvyklý dosud, a to v situaci, kdy jeho duševní schopnosti a schopnost adaptovat se jsou výrazně omezeny. (Holmerová a kol., 2009, s. 98)

„Hospitalismus je označení negativních projevů a důsledků nemocničního pobytu, negativního vlivu nemocničního prostředí a režimu na pacienta.“
(Kalvach; Janečková, 2011, s. 312)

Hospitalismus byl jako psychická maladaptace popsán u dětí, u kterých vedla jeho akceptace k umožnění nemocničních pobytů s rodiči. Hospitalismus však může postihnout i dospělé - především křehké geriatrické pacienty a lidi se smyslovým nebo kognitivním deficitem. Nejde jen o psychické důsledky, ale pod pojem hospitalismus můžeme zahrnout i nozokomiální infekce, zhoršení výživy, rozvoj imobilizačního syndromu a dekubity. Pobyt v ústavním prostředí tak může negativně ovlivnit psychickou i fyzickou stránku člověka. Může se negativně uplatnit špatná orientace v neznámém prostředí, režimové omezení pohybu, ztráta soukromí, odnětí kompetencí, nerespektování studu a důstojnosti, nežádoucí účinky léků - hlavně psychofarmak nebo jiných léků interferujících s mozkovou činností, použití omezovacích prostředků a nevhodné chování

personálu. V rámci dlouhodobého pobytu se uplatňuje i nepodnětnost nemocničního prostředí s deficitem komunikačních i sensorických podnětů a vyčerpanost obranných a adaptačních rezerv. K prevenci hospitalismu patří omezení nemocničního pobytu křehkých a znevýhodněných lidí jen na nezbytně dlouhou dobu, časté kontakty s rodinou během hospitalizace, usnadnění orientace vstřícnou úpravou prostředí, prevence a časná intervence delirií, imobilizace a malnutrice, ochrana důstojnosti, soukromí a kompetencí, individuální cílevědomá podpora lidí ohrožených hospitalizmem, animace dlouhodobých pobytů, využití dobrovolnictví a dalších netradičních forem podpory, průběžné kontroly kvality a kultivace přístupu personálu s využitím například metod supervize nebo videotréninku interakcí. (Kalvach; Janečková, 2011, s. 312 - 314)

4.2 Komunikace

Sloveso *comunicare* v latině znamená sdělovat. Přesněji sdílet s někým to, co já mám a ten druhý to potřebuje. Může to být například kus chleba, který já mám a druhý nemá. I zde platí, že nejen chlebem živ je člověk, a tak můžeme sdílet například i to, co člověku dává naději. Sdělování může mít různé podoby. (Křivohlavý, 2011, s. 43 - 44)

- **Verbální** - mluvená a psaná řeč pomocí slov poskládaných do vět.
- **Nonverbální** - mimoslovní komunikace, kterou sdělujeme 60-80 % informací. Řadíme sem mimiku, gesta, pohledy očí, ale i úpravu zevnějšku a další.
- **Činem** - činy za nás hovoří mnohem srozumitelněji. K mnoha činům nejsou vůbec potřebná slova. Ale jsou slova, která mohou být činem a mají svoji hodnotovou stránku. Působí pozitivně či negativně. Hovoříme o evalvací a devalvací. (Kelarová; Matějková, 2009, s. 12)

Základními stavebními kameny pro komunikaci je iniciativa a její přijetí. Iniciativou může být pohled, dotek, oslovení, otázka. Přijetí znamená, že druhému dáme najevo, že jsme slyšeli, co řekl, nebo viděli, co udělal. V důsledku demence se mění charakter iniciativ (jejich četnost a kvalita) a také se mění schopnost iniciativy přijímat (zachytit je, porozumět a přizpůsobit se jim). Je důležité naučit

se využívat tzv. komunikační kanály, které si můžeme představit jako silnice, po nichž proudí sdělení a informace a které bývají u lidí s demencí hodně rozkopané. Po některých je možné jet velmi pomalu a po některých jízda není vůbec možná. Proto je třeba využívat více komunikačních kanálů zároveň. Mohou to být slova, gesta, výraz tváře, intonace hlasu, tempo řeči, pozice těla. Neverbální projev doprovázející slova a korespondující s nimi je pro lidi s demencí velmi srozumitelný. Také se vyplatí na chvíli se zastavit a pozorovat, co člověk trpící demencí zrovna dělá a prožívá, jak se asi cítí - bedlivě sledovat jeho signály a navázat na ně. Zůstat tím u něj a nevytrhávat jej z jeho činnosti a myšlenek. (Koběrská a kol., 2003, s. 10, 16 a 18)

4.3 Výživa

Demence je energeticky velmi náročná choroba. I přes zvýšený příjem potravy mohou nemocní hubnout až kachektizovat. Také je třeba dbát na pitný režim. Nemocní nemívají pocit žízně a tak je nutné jim tekutiny nabízet. Zejména ve fázi pokročilé demence jsou časté poruchy polykání. Velmi nebezpečná může být masivní aspirace (situace, kdy se část potravy, tekutin či slin dostane do dýchacích cest), která přímo ohrožuje život. Menší opakované aspirace vedou k plicním zánětům. (Holmerová a kol., 2009, s. 113 - 114)

Můžeme se setkat s těmito problémy: stravu, kterou má pacient v ústech, necítí nebo se chová, jako by o ní nevěděl, stravu v ústech jen drží a nic s ní nedělá, špatně kouše a stravu neposunuje, kousky potravy z úst vyplivává či vystrkuje, nebo naopak jí velmi rychle a velká sousta, odmítá jídlo i pití, mluví s plnými ústy a zapomíná polykat, kašle, fouká do pití nebo jídla, místo polykání tekutiny kloktá. (Holmerová a kol., 2009, s. 115)

Podpora správného a bezpečného přijímání stravy: správný sed - rovně, brada co nejnižší, malá sousta i doušky, jídlo střídat s pitím, podněcování pacienta k správnému a důslednému polykání, zůstane-li po polknutí jídlo v ústech, podejme prázdnou lžičku k snadšímu vyprovokování dalšího polknutí, zvolit vhodnou úpravu jídla - uvaření doměčka, rozmačkání, umletí, po jídle vždy

zkontrolujeme dutinu ústní, zda v ní nezůstaly kousky jídla, které by mohl pacient aspirovat. (Holmerová a kol., 2009, s. 115 - 116)

Jitka Zgola ve své knize *Bon appetit* také uvádí jídlo do ruky, které když výživné, chutné a lákavě naservírované nabídneme člověku s motorickými problémy, začnou se dít zázraky. Lidé, kteří byli považováni za problémové, zcela závislé na vnější pomoci, s půvabem a důstojností konzumují jídla, která dříve nebyli schopni pozřít sami. Dále Jitka Zgola zmiňuje důležitý faktor, že lidé s Alzheimerovou chorobou si většinou nepamatují, co k jídlu posledně měli. (Zgola, 2013, s. 103, 108)

Program *Mates* (manuál pro práci se seniory s poruchami paměti) navrhuje k navození stimulace k jídlu hovor o jídle, o oblíbených jídlech a obrázky jídel a nápojů. (Franková; Vyškovská, 2010, s. 24) Vhodné je též využití orální stimulace z konceptu bazální stimulace.

4.4 Inkontinence

Jedním z průvodních jevů demence může být inkontinence, přesto však je nutné pátrat po jejích příčinách (gynekologické či urologické konzultace, kultivační vyšetření moči). Inkontinence moči se projevuje hlavně ve středně pokročilé fázi demence a je způsobena různými situacemi. K inkontinenci stolice zpravidla dochází až v pokročilé fázi demence. Nemocný často nesprávně vyhodnotí potřebu mikce, zapomene, nedokáže se svléci, splete si místo mikce, nenajde záchod a podobně. Při nervozitě a neklidu bývá častější nucení na moč či stolicí. Starší lidé častěji trpí zácpou a nucení na stolicí může být často příčinou neklidu. Je vhodné obohatit stravu dostatkem vlákniny. Důležitou roli také hraje dostatek pohybu. V denním režimu pacienta je třeba dát těmto funkcím určitý řád a pravidelný režim. Cílem správné ošetrovatelské péče by měla být snaha udržet pacienta kontinentního. Mnohdy však počet ošetrovatelského personálu naprosto neodpovídá těmto požadavkům. Mnozí pacienti nelibě nesou, že se pomočí, berou to jako selhání, prohru, stydí se a v důsledku jsou plačtiví, neklidní či agresivní. (Holmerová a kol., 2009, s. 109 - 112) V ideálním případě by péče o vyprazdňování pacienta s demencí měla mít preventivní charakter.

4.5 Spánek

Častým doprovodným příznakem demence jsou poruchy spánku. Spánková inverze, kdy pacient je v noci bdělý a ve dne ospalý. Také se může projevit insomnie - nespavost. V souvislosti s úzkostí a depresí pacient poměrně brzy usíná, ale brzy se také budí. Poruchy spánku je možné pozitivně ovlivnit pravidelným režimem, přiměřenou aktivizací během dne a redukcí pospávání během dne. (Holmerová a kol., 2009, s. 75)

4.6 Bolest

Až 80 % seniorů prožívá bolest nejčastěji muskuloskeletárního původu (osteoartróza, osteoporóza, následky úrazů), dále neuropatické, onkologické a jiné bolesti. Podle mnoha světových studií zůstává u části starých a nejstarších pacientů bolest nerozpoznána a neléčena, což zásadně zhoršuje kvalitu jejich života. U pacientů s demencí může vést neléčená bolest k poruchám chování a následnému nasazení psychofarmak. Není snadné rozpoznat bolest u pacientů s pokročilou demencí. Pacienti nedokáží o své bolesti mluvit, ale cítí ji a je jim nepříjemná. Mohou se chovat neklidně, projevovat odpor, volat, naříkat, bloudit a projevovat se agresivně. V českých podmínkách je možné v praxi k měření bolesti u pacientů s pokročilou demencí použít českého překladu škály PAINAD (PAIN ASSESSMENT IN ADVANCED DEMENTIA), která sleduje 5 položek: dýchání, vokalizaci, výraz obličeje, řeč těla a utěšování. Po nasazení analgetik bylo u pacientů zjišťováno nižší skóre, a tak se potvrdila citlivost škály ke změně stavu pacienta. (Holmerová a kol., 2009, s. 105 - 108)

5. Zvládání problematických situací

Nemocniční prostředí může vyvolat nebo prohloubit BPSD. V prevenci těchto projevů se doporučuje léčit bolest, předcházet zácpě, podvýživě a dehydrataci. (Starr; Walesby, 2017, *Medicine in older adults*, č. 1, s. 51 - 54)

5.1 Projevy agresivity

Projevy agresivity jsou nepříjemnou komplikací syndromu demence, jde o potenciálně nebezpečné chování. Agresivita pacientů, kteří trpí demencí, se liší od agresivity zdravých lidí nebo lidí s jiným onemocněním. Pro pacienta s demencí je mnohdy agresivní jednání (subjektivně) jediným řešením situace, se kterou si neví rady. Často bývá reakcí na neporozumění ze strany pečujícího či dokonce chybu v péči. Zároveň je pravdou, že porozumět projevům agresivity ze strany pacienta s demencí není jednoduché a tyto projevy se stávají značným zdrojem dyskomfortu pro pečující. S pacientem, který trpí demencí, se nedomluvíme tak jako s pacientem bez kognitivní poruchy. Momenty, které agresivitu vyvolávají, však často bývá možné najít a odstranit. Je třeba trpělivosti při hledání těchto příčin. Najde-li se příčina agresivního chování, je nutné ji odstranit a prosadit změnu. To musí učinit ošetřující, protože pacient s demencí sám není schopen pojmenovat příčinu agresivity a navrhnout změnu. (Holmerová a kol., 2009, s. 87 - 88)

Agresivitu může podporovat či zhoršovat prostředí. Dalšími příčinami agresivního chování může být neporozumění situacím, pocit ohrožení a obranná reakce, změny, nespokojenost se svými schopnostmi, nezvládnutí úloh, neočekávané reakce, podezírání jiných a nezvládnutá porucha chování. Někdy může být agresivita ze strany pacienta s demencí součástí upoutávání pozornosti a manipulativního chování, které souvisí s pacientovou premorbidní osobností. (Holmerová, 2009, s. 89 - 92)

Nejlepším způsobem, jak zvládnout agresivitu pacienta s demencí, je porozumět tomu, proč se tak pacient chová. Je-li možné s pacientem navázat kvalitní verbální kontakt, je dobré opustit okruh problémů, které mohou

provokovat pacientovu agresivitu a odvést pozornost jinam. Ošetřující by měl jednat rozhodně, jistě a reagovat klidně, bez emocí. Agresi nelze brát osobně, neboť není namířena proti ošetřujícímu personálu, jedná se o poruchu chování a pacient je agresivní vůči tomu, kdo je nablízku. Kárání a vysvětlování může situaci někdy ještě zhoršit a pacienta více rozčílit. Někdy bývá neblahým východiskem použití omezovacích prostředků. (Holmerová a kol., 2009, s. 95 - 101)

5.2 Omezovací prostředky

Zákon č. 372/2011 o zdravotních službách § 39 uvádí, že omezovací prostředky lze použít pouze za účelem odvrácení bezprostředního ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti pacienta či jiných osob, a to pouze na dobu, po kterou tyto důvody trvají. Dále zákon uvádí, že při poskytování zdravotních služeb lze k omezení volného pohybu pacienta použít: úchop pacienta zdravotnickými pracovníky či jinými osobami k tomu určenými poskytovatelem, omezení pacienta v pohybu ochrannými pásy nebo kurty, umístění pacienta v síťovém lůžku, umístění pacienta v místnosti určené k bezpečnému pohybu, ochranný kabátek nebo vestu zamezující pohybu horních končetin pacienta, psychofarmaka, popřípadě jiné léčivé přípravky podávané parenterálně, které jsou vhodné k omezení volného pohybu pacienta při poskytování zdravotních služeb, pokud se nejedná o léčbu na žádost pacienta nebo soustavou léčbu psychiatrické poruchy nebo kombinaci uvedených prostředků. Zákon poskytovateli ukládá povinnost zaznamenat do dokumentace vedené o pacientovi každé použití omezovacího prostředku. Použití omezovacího prostředku vždy indikuje lékař. Pouze ve výjimečných případech nutnosti neodkladného řešení může indikovat použití omezovacích prostředků i jiný zdravotnický pracovník nelékařského povolání, který je přítomen. Lékař však musí být o takovém použití omezovacího prostředku neprodleně informován a odůvodněnost omezení musí potvrdit. Po dobu použití omezovacího prostředku musí být pacient pod dohledem zdravotnických pracovníků. Tento dohled musí odpovídat závažnosti zdravotního stavu pacienta a zároveň musí být přijata opatření, která zabrání poškození

pacientova zdraví. (Zákon č. 372/ 2011 Sb., o zdravotních službách, § 39, cit. 18. 4. 2017, dostupné z www.zakonyprolidi.cz)

Restrikce (omezující opatření) slouží k ochraně pacienta. Následuje po vyčerpání všech alternativ a jde o krajní řešení. Nevyužívá se k usnadnění práce. Zisk z omezení musí převyšovat rizika. Vše pacientovi stále vysvětlujeme, a to bez ohledu na stav vědomí. Pacienta neponecháme bez dozoru - vizuální a verbální kontakt. (Venglářová, 2007, s. 53)

Madridský plán (Mezinárodní akční plán pro problematiku stárnutí) doporučuje zaškolení členů ošetřujícího týmu v přístupech, kterými je možné prostřednictvím přiměřených hmatů zabránit nebezpečnému pohybu pacienta, který je ohrožen demencí. Hlavním důvodem je, aby nedošlo k poranění pacienta nebo pečujícího a aby ošetřující používal přiměřená gesta, která nebudou pacienta více provokovat a zhoršovat komplikovanou situaci. (Holmerová; Mátlová 2007, s. 103)

6. Aktivizace a motivace

„Aktivizace: odvozeno od „aktivovat“, tj. uvést něco do pohybu, do činnosti; přimět ke (zvýšené) činnosti, zintenzivnit působení něčeho, vyvolat působení něčeho pomocí něčemu k vyšší účinnosti.“ (Wehner; Schwinghammer, 2013, s. 11)

I přes selhávající schopnosti si pacienti trpící demencí udržují některé velmi důležité dovednosti a uchovávají si základní psychosociální potřeby, které jsou společné nám všem: identifikovat se jako jedinec, který má svou hodnotu a potřebu udržet kontakt s prostředím, jinými lidmi a také něco dělat. (Zgola, 2013, s. 97)

Aktivity mají vliv na posílení sebeuvědomění a lidské důstojnosti, protože dávají smysl a účel životu obecně, platí to také a zejména pacientů s demencí. Aktivity též pomáhají utvářet časové mezníky a strukturovat den pacientů. Cílem aktivizace je udržení a případné zlepšení stávajících dovedností, prevence hospitalismu a smysluplné vyplnění volného času s pravidelným režimem,

pozitivní ovlivnění emočního stavu pacienta s eliminací nežádoucích poruch chování. Aktivizace musí být přiměřená. Příliš mnoho aktivit by mohlo pacienta vyčerpat fyzicky i psychicky nebo zhoršit případné podráždění. Je potřebná rovnováha mezi časem, kdy jsou pacienti aktivní a kdy jsou relativně v klidu. Také je důležité na pacienty nespěchat a vše provádět v klidu. Při aktivizaci je třeba vzít v úvahu poruchu krátkodobé paměti, snížené psychomotorické tempo, zhoršení prostorového vnímání a prostorové představivosti, zhoršení kvality řeči, změny v emotivní složce, zhoršení jemné motoriky, poruchy koncentrace a pravolevé orientace. Zhoršení smyslové orientace, ochuzení kreativity, fantazie, větší obliba mechanických a stereotypních činností, obavy z neznámého. Jde spíše o udržení dosavadního stavu pacienta pokud možno co nejdéle, málokdy zlepšení. Správně zvolená aktivizace by měla podporovat pacientovy silné stránky a klást důraz spíše na proces než na výsledek. (Holmerová a kol., 2009, s. 139 - 141)

6.1 Pohybová aktivita

Jedním ze spojovacích článků vnějšího a vnitřního světa je pohyb. Ve vzájemné harmonii se na něm podílí tělo i duše. Nelze pochybovat o důležitosti pohybu v průběhu stárnutí a stáří. Pohybová aktivita předchází svalovým atrofiím a zlepšuje adaptační schopnost organismu. Přispívá k uchování duševní svěžesti a pocitu dobré pohody. (Holmerová a kol., 2009, s. 189 - 190)

Fyzioterapie hraje zásadní roli v nácviku soběstačnosti a prevenci imobilizačního syndromu.

Důležité je polohování pacienta proti dekubitům, prevence zkrácení měkkých tkání korekčním polohováním, cvičení - dechová, pasivní, aktivní, vertikalizace - nácvik sedu, stoje, rovnováhy, přesunů z lůžka a na lůžko. (Holmerová a kol., 2009, s. 154 - 155)

6.2 Aktivace kognitivních funkcí

Kognitivní funkce zahrnují všechny myšlenkové procesy umožňující pamatovat si, rozpoznávat, koncentrovat se, porozumět informacím, přizpůsobovat se novým podmínkám, schopnost pozornosti, rychlost myšlení,

exekutivní funkce - schopnost plánovat a organizovat, řešit problémy, úsudek a náhled. V rehabilitaci kognitivních funkcí se uplatňuje: koncept bazální stimulace související s podporou vnímání tělesné schránky pacienta, smyslová aktivizace, biografie, ergoterapie, mobilizace pacienta s fyzioterapií. (Válková, 2015, s. 13, 24)

„Rehabilitace kognitivních funkcí je dynamickou, systematickou intervencí snažící se o nápravu nebo kompenzaci vzniklého kognitivního deficitu s cílem dosažení trvalého zlepšení všeobecných aktivit pacienta za účelem dosažení soběstačnosti v denním životě, readaptace a zařazení se do společnosti. Vytvoření smysluplné náplně každodenního života. V kontextu kognitivních poruch lze za rehabilitaci považovat i stávající udržení kognitivního stavu, zvláště u nemocí s progredující prognózou.“ (Válková, 2015, s. 22)

6.3 Motivace

„Motivace je hybnou pákou lidského chování, která nás nutí uspokojovat své vlastní potřeby. Potřeby člověka souvisí nejenom s biologii organismu, ale také s jeho sociální a pracovní existencí ve společnosti, kde žije.“ (Klevetová; Dlabalová, 2008, s. 35)

V praxi někdy bývá poněkud obtížné dokázat správně motivovat pacienty s demencí k různým aktivitám. Již se nedokáží bezvýhradně nadchnout pro nějakou věc a obecně u starých lidí často dochází k oploštění emocí, pasivitě a apatii. Také mívají výrazně ochuzenou fantazii a začlenit je do nějaké tvůrčí práce bývá pro personál opravdu „oříšek“. (Holmerová a kol., 2009, s. 136)

„Při práci s pacienty postiženými demencí začínáme každý den od začátku. Nesmíme se tím nechat odradit. Trpělivou prací za pomoci celého kolektivu je možné pacientovi navrátit mobilitu a zlepšit kvalitu jeho života.“ (Holmerová a kol., 2009, s. 157)

Velkou nadějí pro osobní motivaci nemocného je náš darovaný čas v hledání nových možností. Starý člověk potřebuje, abychom se zastavili v pravý okamžik a na správném místě dokázali darovat svůj čas a naslouchat jeho životnímu příběhu. Někdy si možná ani neuvědomujeme, že léčíme především

svou osobností a schopností naslouchat. Nejen starý člověk, ale každý z nás potřebuje sdělit, co ho trápí a nahlas si ulevit. Mnohdy nepotřebujeme, aby nám druhý radil, ale jde hlavně o potvrzení, že pro druhého něco znamenám a že mě druhý respektuje. (Klevetová; Dlabalová, 2008, s. 36; 94)

Nesporně největší motivací a hybnou silou v lidském životě je láska. Zaujal mě příběh s názvem „*Na co se nedá zapomenout*“, který popisuje příběh starších manželů. Muž navštěvoval v nemocnici svoji manželku trpící Alzheimerovou chorobou a jednoho dne jí přinesl fotografii jejich syna. Žena jej však nepoznala. Muž se pak zeptal ženy, jestli ví, kdo je on? Po dlouhém mlčení žena nakonec odpovídá: „*Jsi ten, kdo mě má rád.*“ (Neznámý autor, Cesta života/cesta lásky, 2012, s. 53)

„*Lidé obvykle nezapomínají na projevy opravdové lásky.*“ (Neznámý autor, Cesta života/cesta lásky, 2012, s. 53)

7. Výzkumná část

7.1 Výzkumné cíle

Hlavní cíl:

Hlavním cílem výzkumného projektu je nalezení možností ke zlepšení péče o seniory s demencí v nemocničním prostředí

Dílčí cíle:

1. Zjistit, jak ve skutečnosti probíhá péče o seniory s demencí v nemocničním prostředí?
2. Zjistit, jak jsou vnímáni senioři s demencí v nemocničním prostředí?
3. Zjistit, zda jsou sestry vzdělávány v oblasti specifického přístupu k seniorům s demencí?
4. Zjistit, zda by zdravotní sestry interního lůžkového oddělení uvítaly návrhy na zlepšení péče o seniory s demencí v nemocničním prostředí (například prostřednictvím specializovaných aktivizačních pracovníků, specializovaného konzultanta zaměřeného na péči o seniory s demencí a edukace ošetřujících profesionálních zdravotníků v oblasti specifického přístupu k seniorům s demencí).

7.2 Hypotézy výzkumného projektu:

1. Předpokládám, že v oblasti specifického přístupu k seniorům s demencí je kvalita péče v nemocničním prostředí nedostatečná.
2. Předpokládám, že senioři s demencí v nemocničním prostředí jsou vnímáni negativně.
3. Předpokládám, že většina zdravotních sester nezískala v rámci kvalifikačního studia dostatek informací o specifickém přístupu k seniorům s demencí.
4. Předpokládám, že většina sester interního oddělení by uvítala návrhy na zlepšení péče o seniory s demencí v nemocničním prostředí.

7.3 Metodika výzkumu

Zvolila jsem kvantitativní formu výzkumu pomocí dotazníkového šetření. V průběhu jednoho roku jsem sledovala přístup, vztah a reakce své i svých kolegyň k hospitalizovaným pacientům s kognitivní poruchou na podkladě diagnostikované demence. Dle těchto postřehů jsem pak s pomocí vedoucí své bakalářské práce sestavila standardizovaný dotazník. Dotazník obsahuje uzavřené, polootevřené i otevřené otázky v celkovém počtu 28 otázek, které jsou zaměřené na jednotlivé cíle výzkumu.

7.4 Výběr vzorku respondentů

Jedná se o výzkumnou sondu provedenou v Nemocnici Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze (NMSKB) na interním lůžkovém oddělení. Toto oddělení zahrnuje čtyři standardní oddělení a jednotku intenzivní péče. Většina respondentů byla z řad zdravotních sester. Z celkového počtu 50 respondentů, bylo pouze 6 s kvalifikací zdravotnický asistent a 3 z těchto uvedli, že nyní studují, dá se tedy předpokládat, že si doplňují kvalifikaci v oboru všeobecná sestra. Dotazník byl anonymní. Přestože se jedná o zdravotní sestry a zdravotnické asistenty, je možné, že maximálně 2 z respondentů byli muži. Vzhledem k nevýznamnému počtu zastoupení zdravotnických asistentů i mužů, nebyly tyto skupiny ve zpracování výzkumného projektu zvlášť zohledněny.

7.5 Časový harmonogram sběru dat

Začátkem měsíce března jsem získala povolení k distribuci dotazníků v NMSKB. Tyto dotazníky jsem rozdala staničním sestřím jednotlivých oddělení, které je pak předávaly dále svým podřízeným. Rozdala jsem 55 dotazníků. Spolupráce byla velmi dobrá a koncem prvního dubnového týdne se mi vrátily poslední vyplněné dotazníky do celkového potřebného počtu 50 dotazníků.

7.6 Zpracování údajů

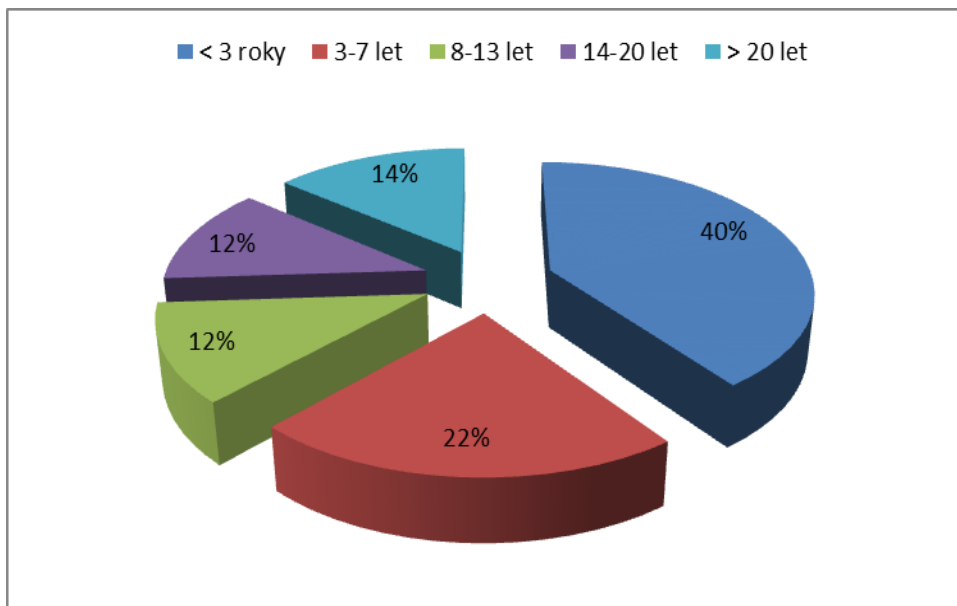
První dvě otázky v dotazníkovém šetření byly zaměřené na délku doby, po kterou sestry pracují na interním oddělení NMSKB (graf č. 1), a na nejvyšší dosažené vzdělání ve zdravotnickém oboru, případně nynější studium (graf č. 2). Téměř polovina sester pracuje na interním oddělení NMSKB méně než 3 roky. Pouze 7 sester z celkového počtu 50, pracuje na tomto oddělení více než 20 let. Nejvíce sester interního oddělení NMSKB má nejvyšší dosažené vzdělání na SZŠ ukončené maturitní zkouškou s kvalifikací zdravotní, všeobecné sestry. Mezi 50 respondenty je také 6 zdravotnických asistentů, z nichž 3 dále studují. Další 4 studující jsou mezi respondenty s kvalifikací všeobecné sestry. Odpovědi jednotlivých respondentů se nelišily v ohledu na délku praxe či dosažené vzdělání, proto tyto údaje nebyly dále zpracovávány. V grafu není zobrazeno pomaturitní specializační studium sester (PSS), proto jej uvádím zde:

- interní obory: 4 sestry
- ARIP (anestezie – resuscitace - intenzivní péče): 6 sester
- chirurgické obory: 1 sestra

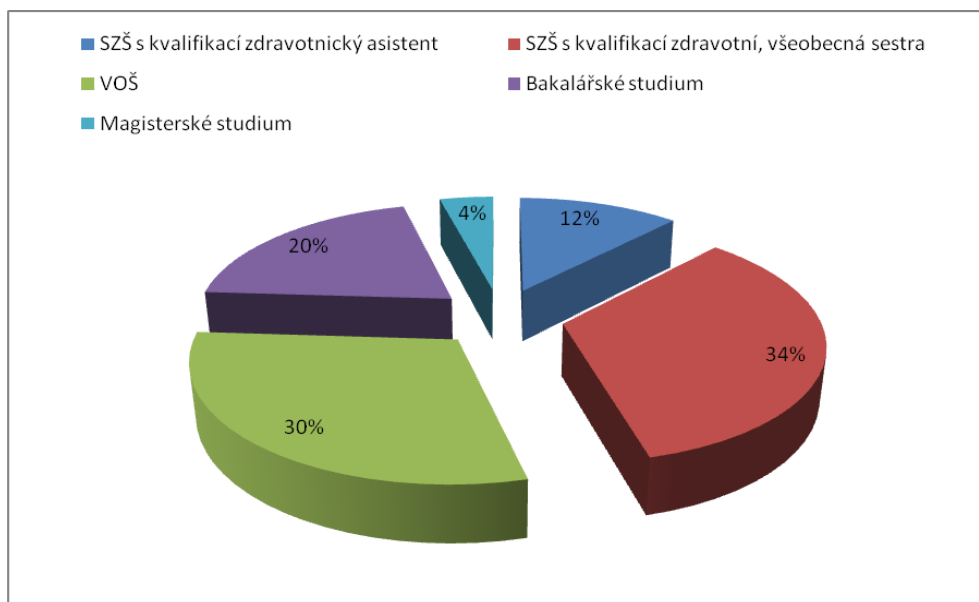
Dále byla 1x uvedena gastroenterologie, psychoterapie a urologie.

Tři čtvrtiny sester interního oddělení NMSKB označily, že se při své práci setkávají s **pacienty s demencí často**. Nikdo z respondentů neoznačil, že by se při své práci se seniory s demencí nesetkával vůbec (graf č. 3). Dokonce většina respondentů označila, že **často mívá na starost i více seniorů s demencí najednou** (graf č. 4). Většina respondentů uvedla, že **občas se nemohou** díky péči o pacienty s demencí **věnovat dalším pacientům**, kteří by vzhledem ke svému zdravotnímu stavu potřebovali jejich péči více. Pouze jeden respondent označil, že nikdy nepocítil, že by se díky péči o pacienty s demencí nemohl dostatečně věnovat dalším pacientům (graf č. 5). Většina sester také uvedla, že pro nutnost zajistit důležitější věci u jiných pacientů **musí občas někoho z pacientů s demencí tzv. ponechat „svému osudu“** (graf č. 6). Jeden z respondentů k této otázce připsal, že pacientům s demencí musí být k dispozici vždy dle jejich potřeb.

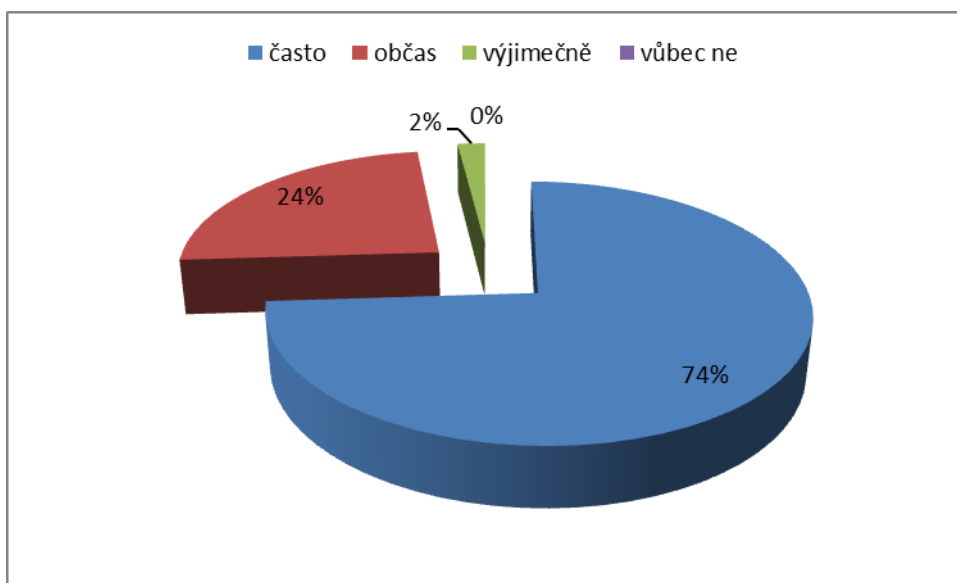
Graf č. 1 - Jak dlouho sestry pracují na interním oddělení NMSKB



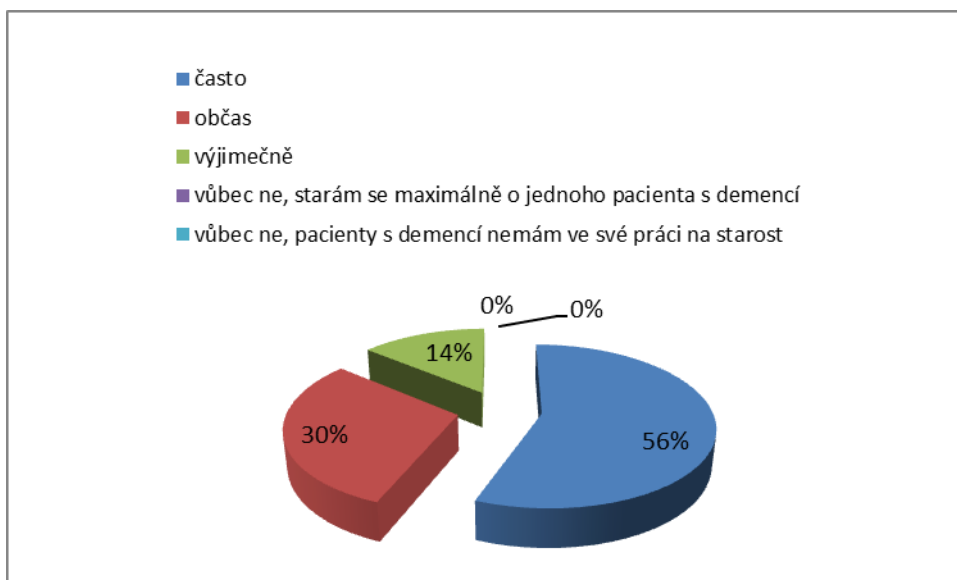
Graf č. 2 - Nejvyšší dosažené vzdělání sester na interním oddělení NMSKB



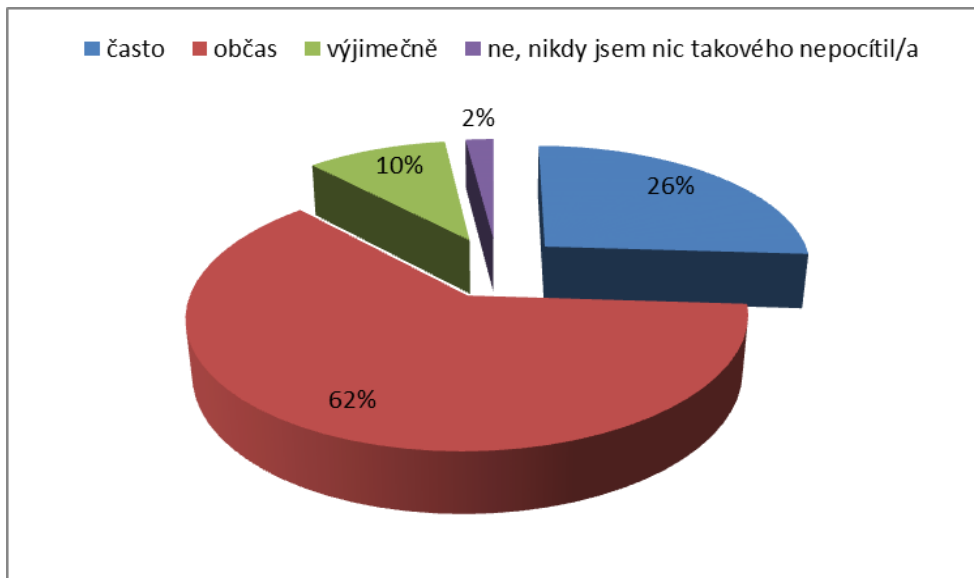
Graf č. 3 - Pacienti s demencí na interním oddělení NMSKB



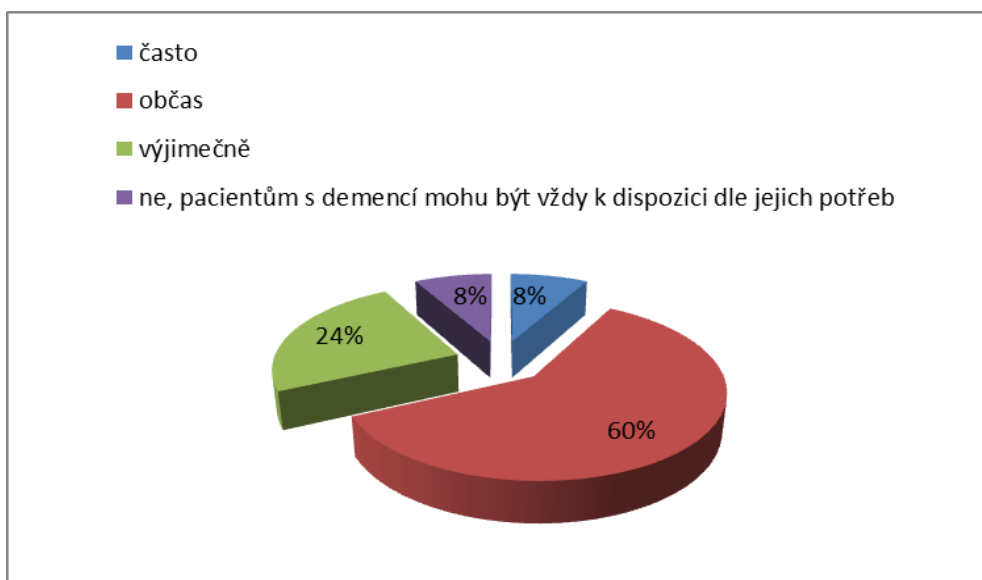
Graf č. 4 - Sestry mívají na starost i více seniorů s demencí najednou



Graf č. 5 - Díky péči o některé pacienty s demencí není možné věnovat dostatečnou péči dalším pacientům, kteří by ji vzhledem k svému zdravotnímu stavu potřebovali více

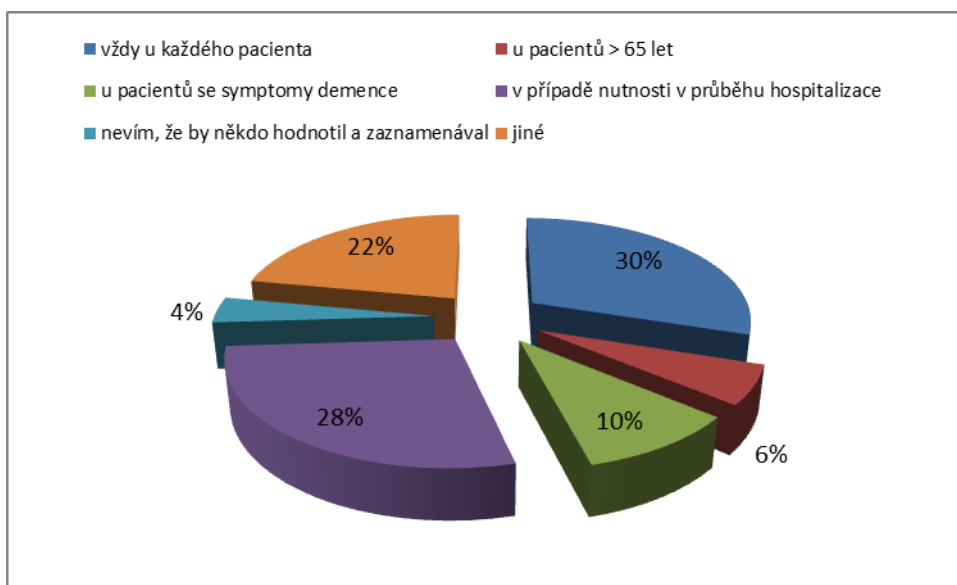


Graf č. 6 - Sestry musí někoho z pacientů s demencí tzv. ponechat „svému osudu“, protože je třeba dělat důležitější věci u jiných pacientů



Jedna z otázek dotazníkového šetření byla zaměřena na **hodnocení a zaznamenávání úrovně kognitivních funkcí pacientů** (graf č. 7). **Odpovědi** na tuto otázku jsou velmi **nejednotné**. Je to možná dané nepřesnou formulací otázky, nepochopením otázky nebo neznalostí skutečnosti ze strany respondentů. Mnozí zřejmě hodnocení úrovně kognitivních funkcí omezili pouze na hodnocení orientován, nebo dezorientován v rámci lékařské či ošetrovatelské anamnézy při přijetí pacienta k hospitalizaci. Domnívám se však, že v nemocničním prostředí se hodnocení kognitivních funkcí pacientů zatím nevěnuje příliš pozornosti.

Graf č. 7 - Posuzování úrovně kognitivních funkcí u pacientů přijímaných k hospitalizaci a dokumentace těchto údajů

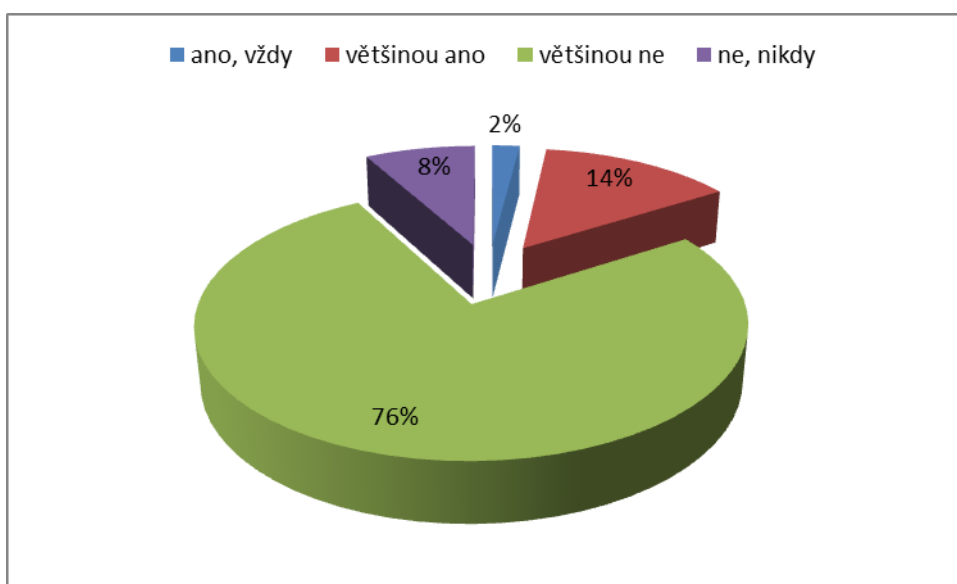


Jednalo se o polootevřenou otázku a v položce jiné se 11 respondentů vyjádřilo takto:

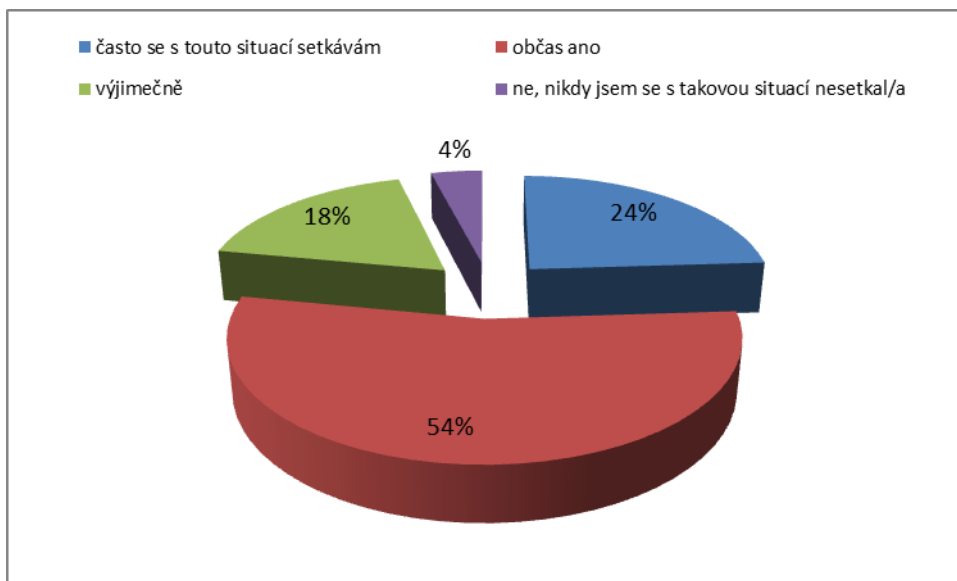
- 9 odpovědělo: občas sestra z gerontologické ambulance
- 1 odpověděl: u pacientů nad 70 let
- 1 odpověděl: u pacientů nad 70 - 75 let

Tři čtvrtiny sester označily, že **pacienti s demencí většinou nemají** v nemocničním prostředí **dostatek vhodných podnětů a aktivit** k uspokojivému prožívání času během jejich hospitalizace (graf č. 8). Více než polovina sester se **občas** setkala s tím, že **někteří pacienti s demencí** svým nekontrolovaným chováním **ublížili sami sobě a zkomplikovali svůj zdravotní stav**. Pouze 2 respondenti z 50 dotazovaných se s takovou situací nikdy nesetkali (graf č. 9). Většina sester vnímá, že **někteří pacienti s demencí působí negativně na ostatní pacienti**. Téměř polovina sester toto vnímá **často** a necelá druhá polovina **občas**. Nikdo z respondentů neoznačil, že nemá zkušenost s tím, že by pacienti s demencí negativně působili na ostatní pacienty (graf č. 10).

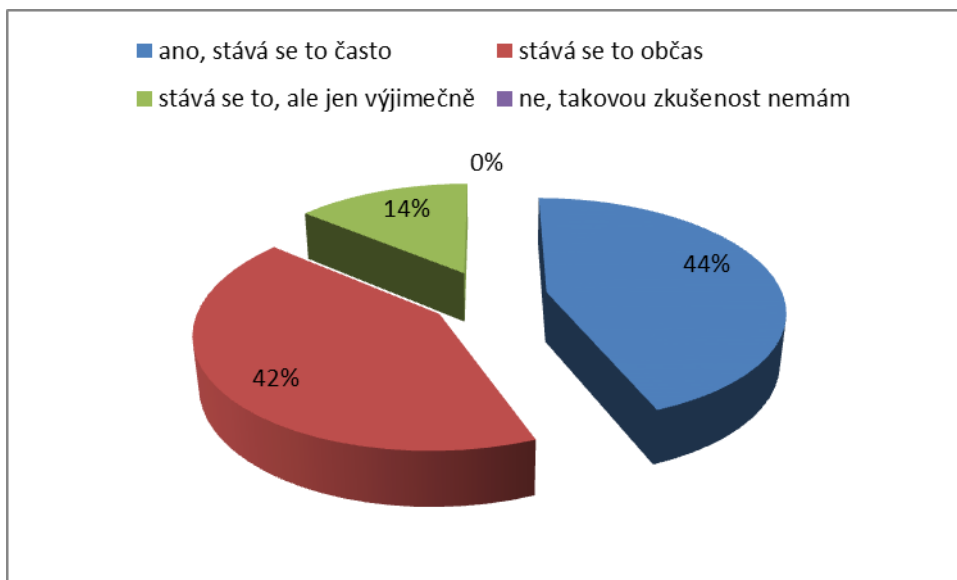
Graf č. 8 - Dostatek vhodných podnětů a aktivit pro pacienty s demencí v nemocničním prostředí



Graf č. 9 - Někteří pacienti s demencí ublíží svým nekontrolovaným chováním sami sobě a zkomplikují svůj zdravotní stav

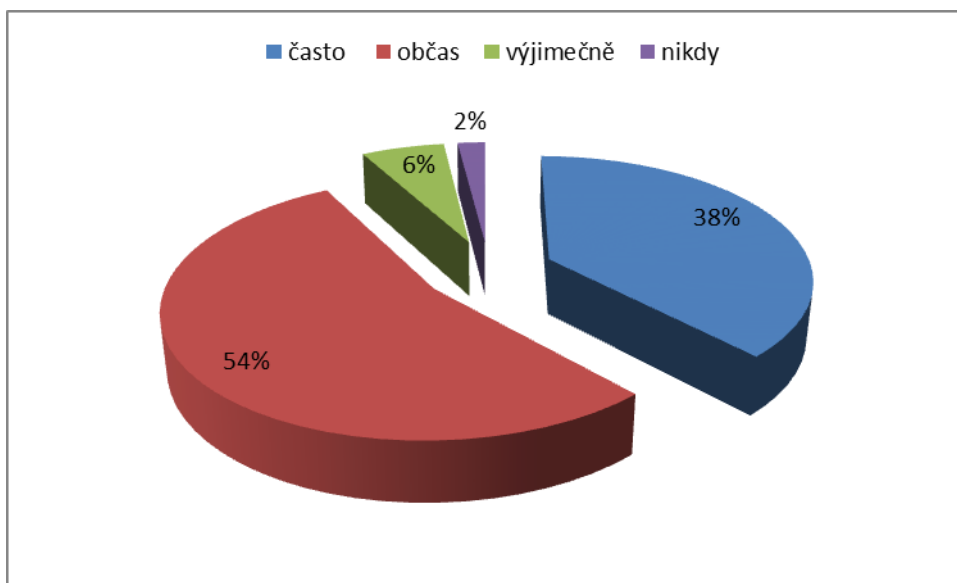


Graf č. 10 - Někteří pacienti s demencí působí negativně na ostatní pacienty



Většina sester uvedla, že se **občas** setkává s **projevy agresivity** ze strany některých pacientů s demencí. Pouze jeden z respondentů označil, že se s takovými projevy nikdy neseťkal (graf č. 11).

Graf č. 11 - Projevy agresivity ze strany některých pacientů s demencí



Otázka týkající se projevů agresivity ze strany pacientů s demencí byla polootevřená a respondenti mohli stručně vyjádřit za jakých okolností a jakým způsobem projevy agresivity proběhly? V závorce byla uvedena nápověda: například slovní, fyzická agresivita, v noční době apod.

K otázce **za jakých okolností a jakým způsobem proběhly projevy agresivity ze strany některých pacientů s demencí**, se respondenti vyjádřili takto:

- **Slovní** agresivita: 30 respondentů
- **Fyzická** agresivita: 30 respondentů
- Agresivita v **noční** době: 27 respondentů

Podrobněji respondenti vypisovali například tyto projevy ze strany některých pacientů s demencí:

- Kopání, kousání již při minimálním kontaktu (práce u vedlejšího lůžka), „útoky“ jídlem nebo biologickým materiálem (moč z bažanta, plivání), výhrůžky likvidací: („Já vás dostanu, to už vám nikdo nepomůže.“), různá proklínání.
- Noční zmatenost, přelézání zábran, likvidace invazivních vstupů.
- Zničeho nic při mytí pacient agresivní, mluví sprostě, fyzicky napadá (štipání, škrábání, bouchání pěstí, atd.)
- Nespoupráce.
- Noční bloudění, agrese.
- Obecně často opakované: kopání, kousání, škrábání, štipání, vulgární nadávky, útoky holí, tendence přestříhnout hadičky s výrokem: „Vy mě tady držíte, pustte mě.“

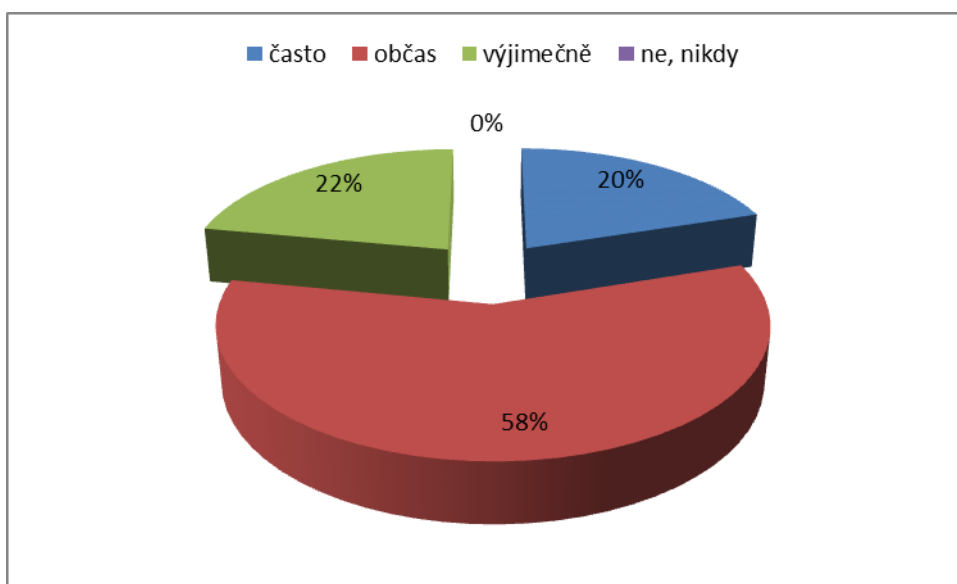
Na závěr shrnující vyjádření jednoho z respondentů:

„Myslím, že tito lidé se cítí ohroženi a brání se - trhají si kanyly, cévky, utíkají, nadávají personálu do agresorů apod., křičí, kopou, koušou, bijí kolem sebe, noční doba tyto stavy umocňuje.“

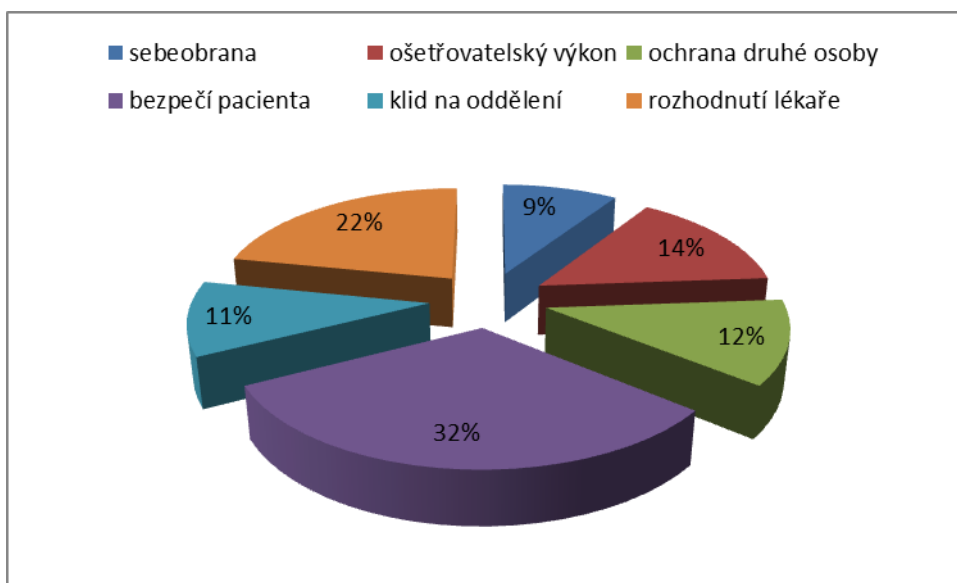
15 respondentů se nevyjádřilo podrobněji k projevům agresivity ze strany některých pacientů s demencí, ač tito respondenti označili, že se s projevy agresivity ze strany některých pacientů s demencí setkávají, a to 4 z nich často, 9 občas a 2 pouze výjimečně.

Většina sester uvedla, že **občas** musí při péči o seniory s demencí použít **omezovací prostředky**. Nikdo z respondentů neoznačil, že nikdy nemusel použít omezovací prostředky (graf č. 12). Nejčastěji označovaným důvodem použití omezovacích prostředků (graf č. 13) byla **nutnost chránit bezpečí pacienta**. U polootevřené otázky ke grafu č. 13 bylo možné označit více odpovědí, v položce jiné se nikdo nevyjádřil.

Graf č. 12 - Používání omezovacích prostředků



Graf č. 13 - Nejčastější důvody k použití omezovacích prostředků



Následující tabulka č.1 ukazuje nejčastější způsob restričních opatření v rámci péče o pacienty s demencí v nemocničním prostředí. Respondenti zde mohli označit více možností.

Tabulka č. 1

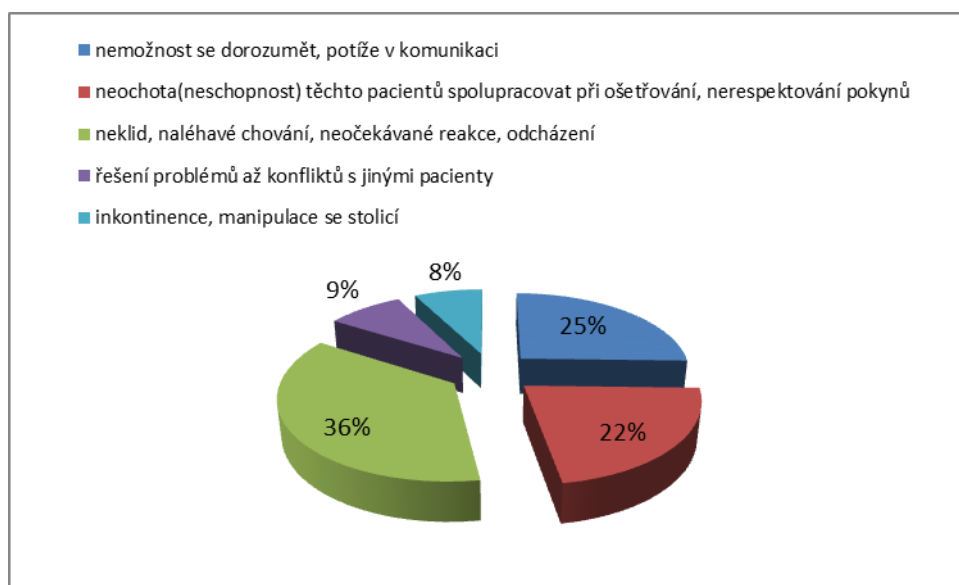
Používání omezovacích prostředků

Četnost používání	FORMA OMEZOVACÍHO PROSTŘEDKU	% respondentů
1.	Postranice u lůžka	100%
2.	Psychofarmaka	84%
3.	Fixace na lůžku pomocí lůžkovin, obinadel	74%
4.	Kurty	48%
5.	Fixace ke křeslu pomocí lůžkovin, obinadel, fixačních pásů	24%
6.	Speciální hmaty a úchopy	10%
7.	Uzamčení v místnosti	2%
8.	Speciální oděv	0%

Položka použití **postranic u lůžka** má jako jediná v celém dotazníkovém šetření nejvíce označení, a to **100%** respondentů. Tato otázka byla také polootevřená a u položky jiné bylo 1x uvedeno: uzamčené oddělení. Četnost používání omezovacích prostředků svědčí o tom, že sestry jsou do značné míry bezradné. Malá frekvence hmatů a úchopů naznačuje nedostatečné proškolení personálu v problematice zvládnání projevů agrese.

Graf č. 14 znázorňuje aspekty, které jsou v péči o pacienty s demencí pro sestry nejobtížnější. Nejčastěji byl označován: **neklid, naléhavé chování, neočekávané reakce a odcházení**. Za nejméně obtížné sestry považují inkontinenci pacientů a manipulaci se stolicí.

Graf č. 14 - Nejobtížnější aspekty v péči o pacienty s demencí



Další polootevřená otázka byla zaměřena na oblasti, které je pro sestry v péči o pacienty s demencí obtížné zajistit. Pro sestry interního oddělení NMSKB je v péči o seniory s demencí nejobtížnější zajistit **bezpečnost pacientů**. Druhou nejčastěji označovanou oblastí v obtížnosti zajištění péče byla **smyslová a mentální aktivizace pacientů během dne**, s kterou souvisí hned další nejčastěji označovaná a obtížně zajistitelná oblast v péči o seniory s demencí, a to je **dostatečný spánek během noci**. Jeden z respondentů připsal, že je jeho povinností zajistit všechny uvedené oblasti péče o pacienty s demencí. Respondenti zde mohli rovněž označit více možností, proto je také raději uvádím v následující tabulce č. 2.

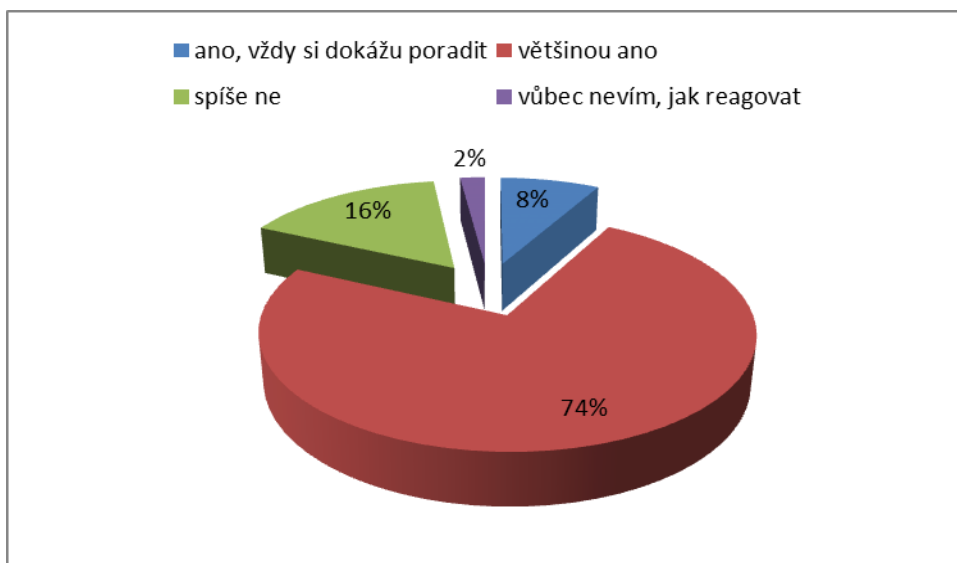
Tabulka č. 2

Obtížné oblasti v péči o seniory s demencí

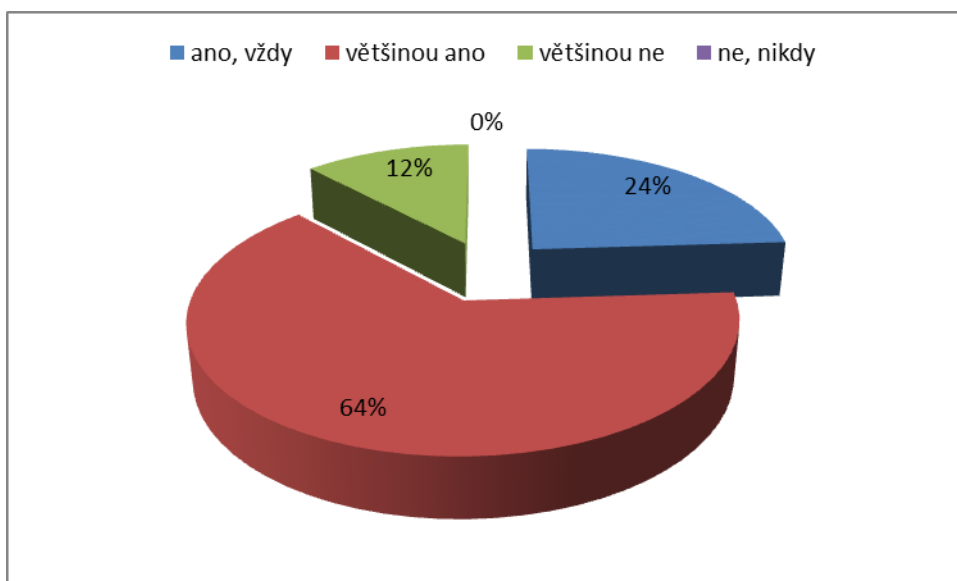
Pořadí obtížnosti	OBLAST PÉČE	% respondentů
1.	Zajištění bezpečnosti pacienta	72%
2.	Smyslová, mentální aktivizace během dne	58%
3.	Dostatečný spánek během noci	46%
4.	Zajištění dostatečného příjmu tekutin a potravy	44%
5. a,	Sledování bolesti	26%
b,	Znalost zásadních událostí, vztahů, zvyklostí a zájmů dosavadního pacientova života	26%
6.	Pohybová aktivita formou fyzioterapie během dne	22%
7. a,	Zvládnutí akutních problémů, pro které byl pacient přijat do nemocnice	16%
b,	Péče o vyprazdňování	16%
8.	Péče o hygienu	14%
9.	Sledování psychického stavu	12%
10.	Sledování fyziologických funkcí	10%
11.	Sledování stavu kůže, polohování, prevence dekubitů	8%

V předchozím grafu bylo ze strany sester za nejobtížnější označeno naléhavé chování pacientů s demencí. Následující graf č. 15 ukazuje, že většina sester naléhavé nebo agresivní projevy ze strany pacientů **většinou zvládne** s důstojností.

Graf č. 15 - Zvládání naléhavých a agresivních projevů některých pacientů s demencí



Graf č. 16 - Poskytování důstojné péče pacientům s demencí v nemocničním prostředí



K otázce, zda je pacientům s demencí v nemocničním prostředí poskytována důstojná péče, vyjádřila naprostá většina sester spíše pozitivní hodnocení. Ale 12 % (tj. 6 sester) vyjadřuje v tomto směru spíše nespokojenost a kritický postoj. Tato otázka byla také polootevřená a respondenti měli možnost vyjádřit, za jakých okolností a jakým způsobem byla v péči o pacienty s demencí porušena jejich důstojnost? K této otázce se vyjádřilo pouze 11 z celkového počtu 50 respondentů.

Zde jsou jednotlivé odpovědi na otázku: **Za jakých okolností a jakým způsobem byla v péči porušena důstojnost pacientů s demencí?**

- Uvazování pacienta k lůžku, nezajištění úplného soukromí při vyprazdňování a hygieně, sedativa.
- Výsměch do tváře při zcestném mluvení.
- Při zajišťování hygieny, vyprazdňování i přes používání závěsů, zábran. Někteří pacienti se často odkrývají nebo chodí spoře oděni. Někdy jednání personálu s tímto typem lidí.
- Omezení pohybu.
- Nezavírání dveří do pokojů, návštěvy na pokojích.
- Úprava okolí - nepořádek. Pomočení, pokálení pacienti, kteří to „rozmažou“ po okolí.
- Fixace k lůžku.
- V době napadení personálu byl pacient nahý a v tu chvíli nebyl čas jej obléknout (ale to jsou výjimky).
- Přikurtování.
- Domnívám se, že není porušována důstojnost pacienta s demencí jako taková, ale důstojnost celé situace. Především ten, kdo ošetřuje, si sahá na dno a ještě hloub, cítí se mizerně z bezvýchodných situací a nejráději by odešel. Snad dostatek pracovníků a adekvátní medikace může tomu napomoci.
- Jeden respondent napsal, že si nevybavuje.

JAKÁ JE PRO SESTRY PÉČE O PACIENTY S DEMENCÍ?

Tato otázka v dotazníkovém šetření byla zcela otevřená a respondenti zde mohli stručně vyjádřit, jaká je pro ně péče o pacienty s demencí. Někteří využili nápovědy, která byla u otázky uvedena v závorce, např. náročná, obtížná, marná, vyčerpávající, beznadějná, snadná, příjemná, zajímavá aj. Respondenti mohli uvést i více možností z této nápovědy a další vyjádření podle svých pocitů.

Z nápovědy bylo vyjádřeno: 31x: náročná, 26x: vyčerpávající, 8x: beznadějná, 6x: obtížná, 3x: marná. Dále bylo vyjádřeno:

Negativní vyjádření:

- Velmi náročná, po delší době demotivující, smutná. Nerada dlouhodobě pečuji o pacienty s demencí.
- Frustrující.
- Omezující druhé. Zoufalá v tom, že nemáme dost prostředků a prostoru se těmito lidem věnovat.
- Náročná psychicky a převážně i fyzicky.
- Bezmocná.
- Komplikující péči o celé oddělení.
- Nesnáším ji.

Negativní vyjádření se zdůvodněním, pochopením apod.:

- Těžká, má jiná specifika, přístup.
- Při zmatenosti a agresi obtížná a vyčerpávající.
- Někdy vysilující.
- Trénink trpělivosti.
- Náročná na trpělivost, nenechat se vyprovokovat.

Pozitivní a částečně pozitivní vyjádření:

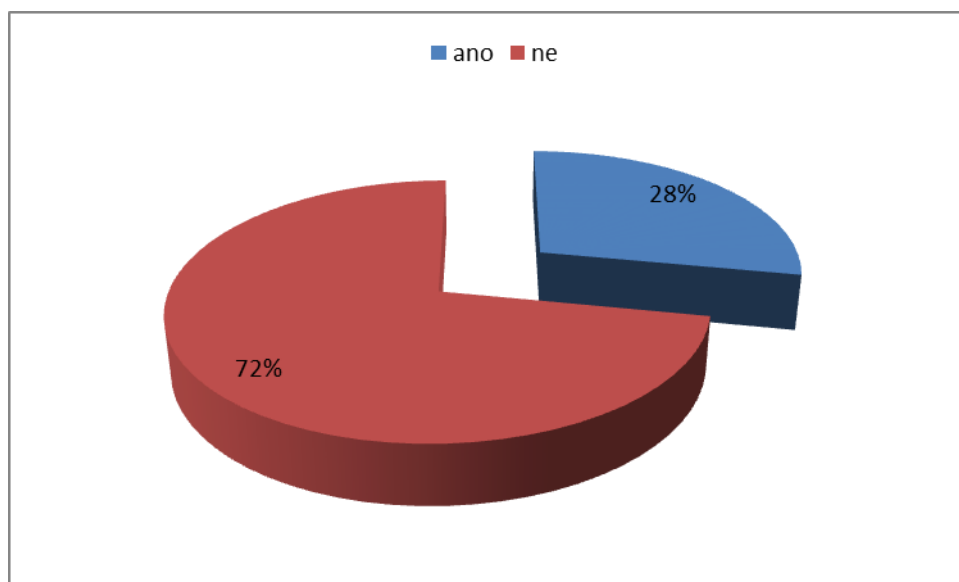
- Obohacující, rozdílnost mezi lidmi.
- Je to s nimi náročné, ale zajímavé.
- Náročná, někdy zajímavá.
- Náročná, ale velkou zkušeností.
- Náročná, ale někdy i příjemná zkušenost.

- Zajímavá, ale musí na ně být prostor. Při nedostatku času spíše obtížná.
- Náročná a vyčerpávající, ale potřebná.

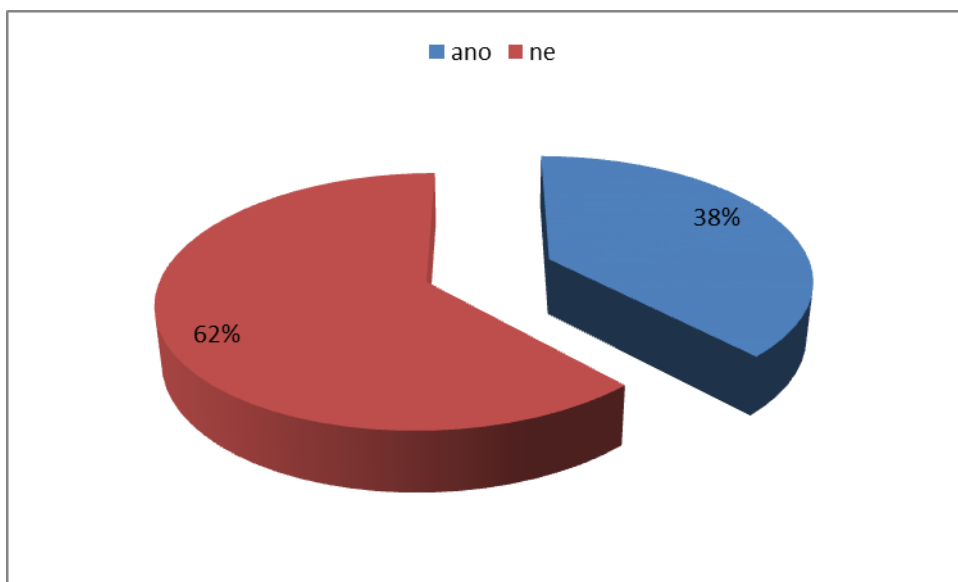
Pouze jeden z respondentů se k této otázce nevyjádřil a jeden z respondentů označil výčet všech nabízených možností: náročná, obtížná, marná, vyčerpávající, beznadějná, snadná, příjemná, zajímavá.

Další otázky dotazníkového šetření byly zaměřené na vzdělání. Téměř tři čtvrtiny respondentů uvedlo, že během kvalifikačního studia ve zdravotnickém oboru **nezískalo dostatek potřebných informací o specifickém přístupu k pacientům s demencí** (graf č. 17). Více než polovina respondentů se nikdy **neúčastnila semináře** či školení zaměřeného na problematiku péče o pacienty s demencí (graf č. 18). **Nabídku těchto seminářů či školení občas zaregistrovala** téměř polovina respondentů (graf č. 19).

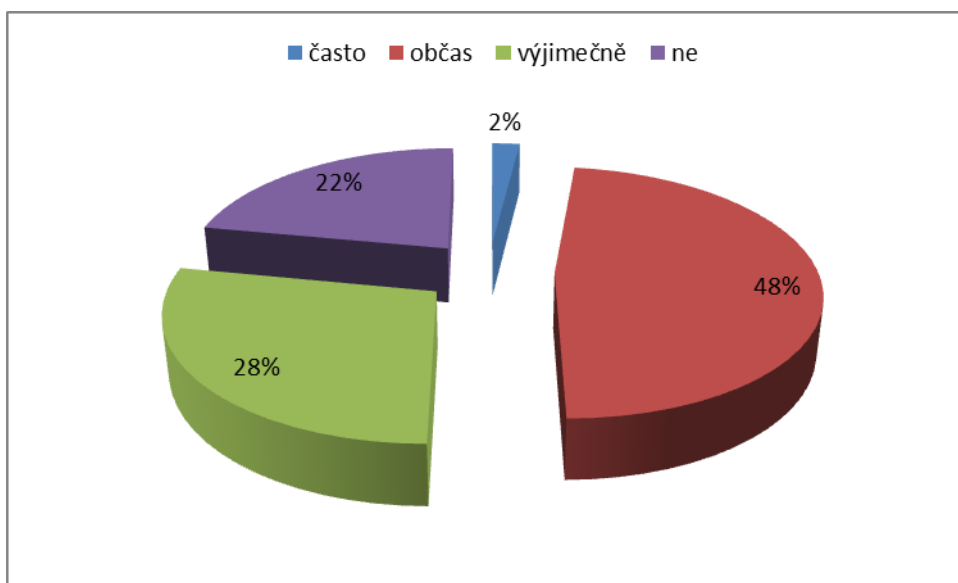
Graf č. 17 - Získání potřebných informací o specifickém přístupu k pacientům s demencí během kvalifikačního studia



Graf č. 18 - Účast sester na semináři či školení zaměřeného na problematiku péče o pacienty s demencí

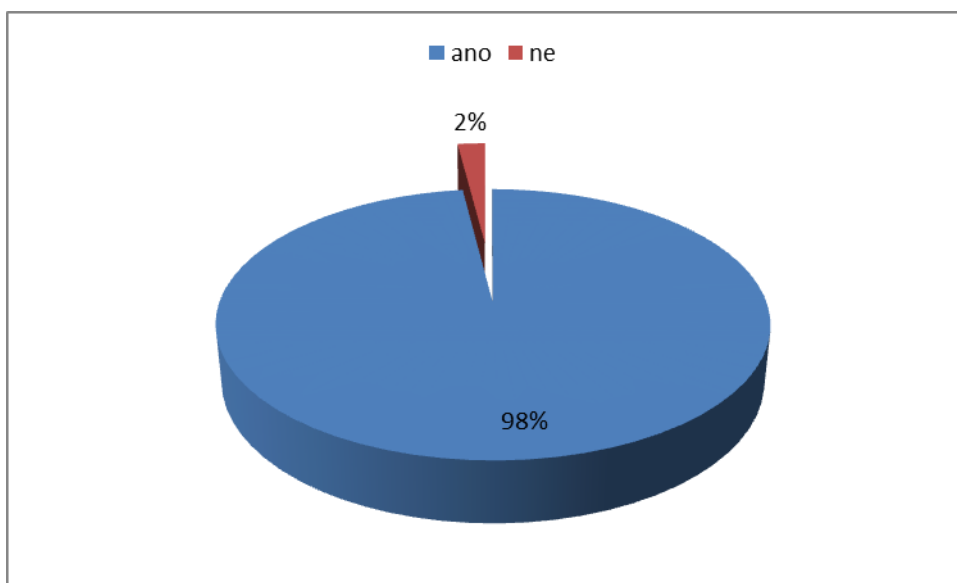


Graf č. 19 - Nabídka školení, seminářů zaměřených na problematiku péče o pacienty s demencí

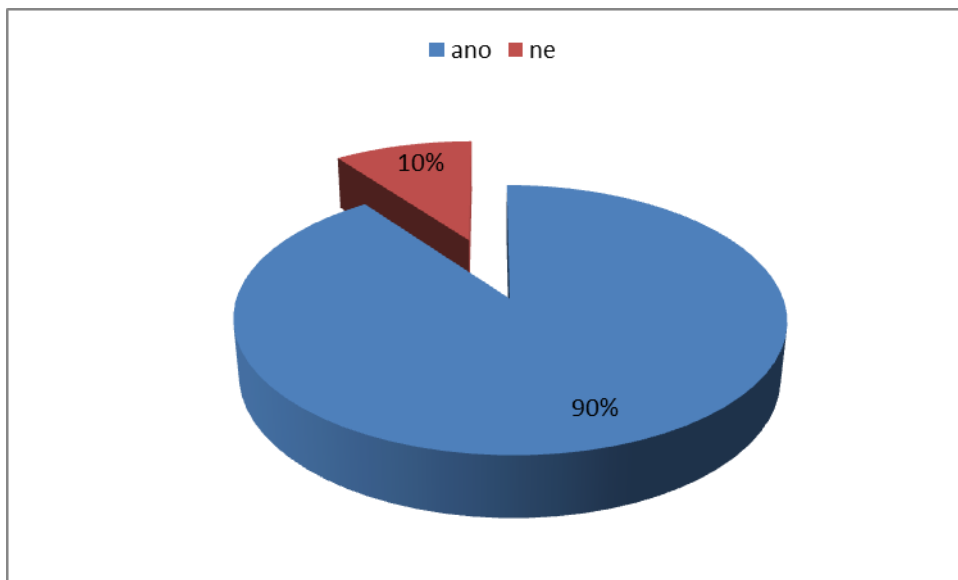


Téměř všechny sestry interního oddělení NMSKB by považovaly za **přínosné**, kdyby s pacienty s demencí během jejich hospitalizace pracovali **specializovaní aktivizační pracovníci**. Pouze jeden respondent z 50 v této otázce označil ne (graf č. 20). Sestry by ve většině také v rámci nemocnice **uvítaly specializovaného konzultanta** zaměřeného na péči o pacienty s demencí (graf č. 21) a někoho, kdo by jim **poradil, jak efektivněji jednat** s pacienty s demencí (graf č. 22). Více jak dvě třetiny sester vyjádřily své **ano** ke zřízení **specializovaných oddělení pro pacienty s demencí v rámci nemocnic** (graf č. 23). Jeden z respondentů připsal, že jednodušší možností je umístění pacienta na gerontopsychiatrii, pokud to stav vyžaduje.

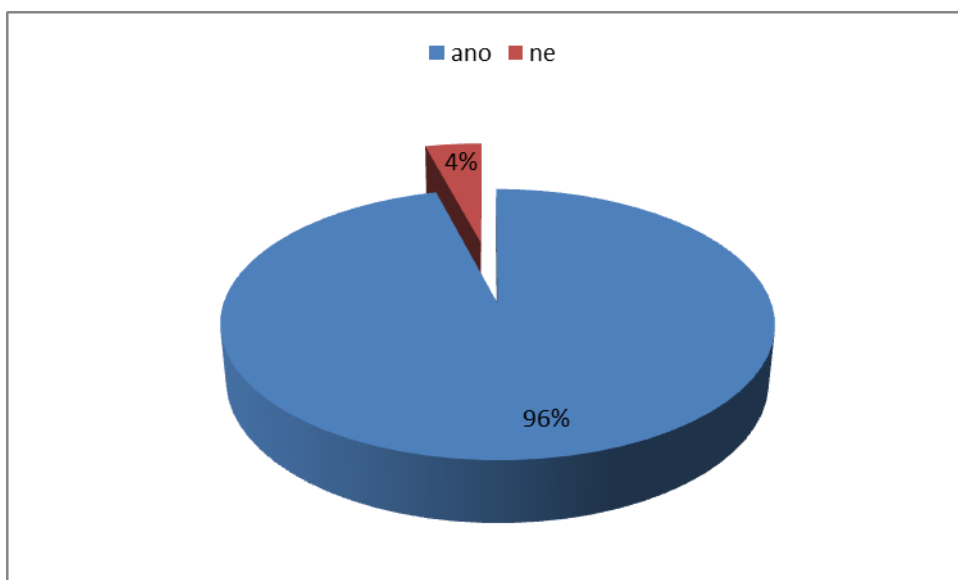
Graf č. 20 - Potřebnost specializovaných aktivizačních pracovníků



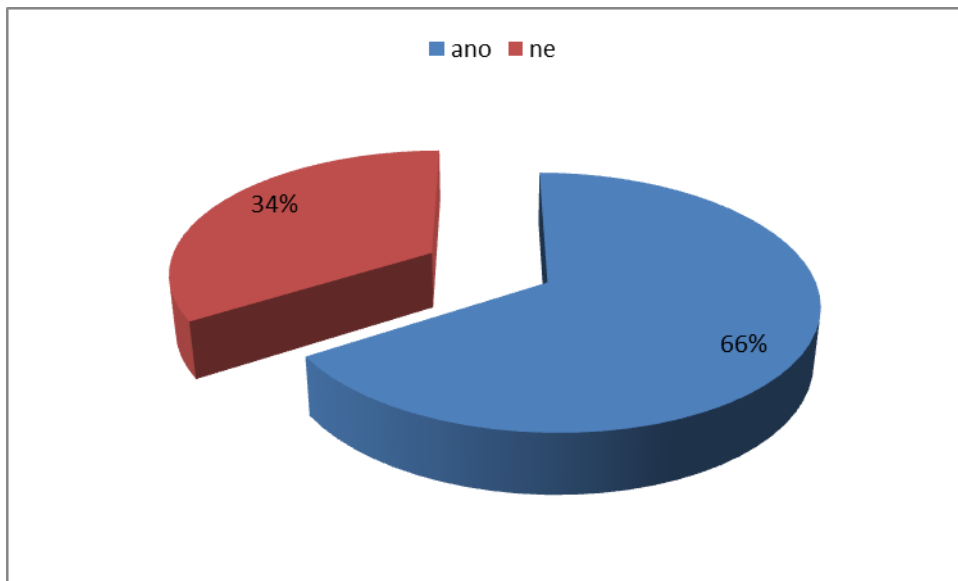
Graf č. 21- Potřebnost konzultanta zaměřeného na péči o pacienty s demencí



Graf č. 22 - Uvítaly by sestry radu, jak efektivněji jednat s pacienty s demencí a lépe o ně pečovat



Graf č. 23 - Existence specializovaných oddělení pro pacienty s demencí



Poslední otázka dotazníkového šetření byla zcela otevřená a zaměřená na možnosti zlepšení či vyjádření čehokoliv palčivého v souvislosti s péčí o pacienty s demencí v nemocničním prostředí. Respondenti zde mohli volně vyjádřit své názory a náměty. Z celkového počtu 50 respondentů se v této otázce 26 respondentů vyjádřilo a 24 respondentů se nevyjádřilo vůbec.

Zde uvádím názory a náměty jednotlivých respondentů:

- Problematická monitorace pacientů s demencí na JIP.
- Co nejkratší doba hospitalizace a intenzivnější spolupráce s rodinou.
- Aktivizace během dne a realizace denního programu.
- Aktivity, TV na pokoji, předčítání, výtvarné a praktické činnosti, procvičování běžných denních činností (zavazování tkaniček, zapínání knoflíků, oblékání se apod.), poslech hudby, výlety na zahradu, procházky na čerstvém vzduchu.
- Individuálnější přístup, ale na to není čas.
- Více personálu = více času se pacientům věnovat. Specializované pracoviště nebo odborné konzultace.
- Kdyby bylo více personálu - péče o pacienty s demencí by byla kvalitnější (více času na hygienu, krmení, případně podpora v běžných denních činnostech).

- Chybí možnost umístování neklidných, hlučných, případně agresivních pacientů odděleně od ostatních v rámci oddělení. Zpojení proškolených dobrovolníků. Standardizované postupy pro akutní neklid, aby věděl nezkušený lékař, jak efektivně ordinovat psychofarmaka ke zvládnutí situace.
- Zlepšení komunikačních dovedností personálu.
- Vizuelní přehled o pohybu pacienta na pokojích. Dostatečné zabavení pacientů během dne. Vytvoření nestresového prostředí pro pacienty použitím jejich vlastních věcí, na které je pacient zvyklý. Umožnit osobě, na kterou je pacient zvyklý, delší pobyt u pacienta.
- Menší pokoje s menším počtem lůžek. Dostatek křesel k odpočinku. Možnost uzavřít oddělení. Včasná diagnostika a účinná medikace, která nemusí být vždy tlumivá, ale měla by být účinná! Dostatek personálu.
- Palčivý problém - rodiny zcela bez náhledu na onemocnění. Zbytečně zatěžují personál a berou chuť do další práce a snahy.
- Absence lidí, kteří se specializují na seniory, aktivizaci, psychická podpora.
- Lépe s pacienty s demencí zacházet, trpělivost, chladnou hlavu, dát úsměv a lásku
- Mít více času na pacienty.
- Včas zaléčit akutní zhoršení kognitivních funkcí. Ne až dojde k agresivitě nebo pádu.
- Palčivý problém - rodině chybí náhled k používání omezovacích prostředků. Nároky vůči zdravotníkům.
- Palčivé - nedostatek času k speciálnímu přístupu k těmto pacientům. Tito pacienti se vymykají standardnímu ošetrovatelskému přístupu a postupům. Zlepšení: specializovaná oddělení nebo aspoň lůžka se speciálně vyškoleným personálem.
- Zavedení včasné farmakoterapie.
- Dobrovolníci, kteří by pacienty zabavili přes den – nácvik chůze, povídání.
- Možnost, aby pacienti s touto diagnózou mohli mít doprovod. Specializovaní aktivizační pracovníci. Navýšení personálu, zvláště na noční sestru těžko zvládá zbytek oddělení.

- Nepříjemné, když tito pacienti ruší celý pokoj. Nemožnost mít uzavřené oddělení.
- Pokud jsem na pokoji, nemám šanci uhlídat, jestli mi pacient z jiného pokoje neodchází.
- Alespoň krátká a pravidelná aktivizace pacientů - nejlépe 2x denně, dle stavu pacienta - procvičování kognitivních funkcí, nácvik sebeobsluhy, bazální stimulace apod.
- Speciální lůžka s vyššími postranicemi.
- Na závěr se jeden z respondentů zřejmě snažil téma odlehčit a doporučuje sexuální výchovu.

7.7 Ověření hypotéz

Hypotéza č. 1 - Předpokládám, že v oblasti specifického přístupu k seniorům s demencí je kvalita péče v nemocničním prostředí nedostatečná. Výzkum tuto hypotézu potvrzuje. Pacienti trpící demencí většinou nemají v nemocničním prostředí dostatek vhodných podnětů a aktivit k uspokojivému prožívání času během hospitalizace. Pro sestry je nejobtížnější zajistit bezpečnost pacientů s demencí, a proto musí občas použít omezovací prostředky v péči o tyto pacienty. Vyjádření sester také převážně obsahují nemožnost zajistit specifické potřeby pacientů s demencí v nemocničním prostředí.

Hypotéza č. 2 - Předpokládám, že senioři s demencí v nemocničním prostředí jsou vnímáni negativně. Tuto hypotézu výzkum také potvrzuje. Negativní vyjádření sester ve vnímání pacientů s demencí v nemocničním prostředí převažuje nad pozitivním nebo částečně pozitivním vyjádřením téměř v poměru 2 : 1. Většina sester také vnímá, že někteří pacienti s demencí působí negativně na ostatní pacienty.

Hypotéza č. 3 - Předpokládám, že většina zdravotních sester nezískala v rámci kvalifikačního studia dostatek informací o specifickém přístupu k seniorům s demencí. Tuto hypotézu výzkum také potvrzuje. Sestry většinou uváděly, že během svého kvalifikačního studia ve zdravotnickém oboru nezískaly dostatek informací o specifickém přístupu k pacientům s demencí.

Hypotéza č. 4 - Předpokládám, že většina sester interního oddělení by uvítala návrhy na zlepšení péče o seniory s demencí v nemocničním prostředí. Tuto hypotézu výzkum také potvrzuje. Sestry interního oddělení NMSKB by považovaly za přínosné, kdyby s pacienty s demencí pracovali specializovaní aktivizační pracovníci. Obdobně by sestry uvítaly, kdyby v rámci nemocnice pracoval konzultant zaměřený na péči o pacienty s demencí, a kdyby jim někdo poradil, jak efektivněji jednat s pacienty s demencí. Více než polovina sester se domnívá, že v rámci nemocnic by měla být zřízována specializovaná oddělení zaměřená na péči o pacienty s demencí.

7.8 Diskuze

Dotazníkové šetření zaměřené na péči o seniory s demencí v nemocničním prostředí vzbudilo celkem zájem mezi respondenty. Setkala jsem se pouze s jednou vyjádřenou reakcí nepochopení. Většinou jsem z reakcí sester cítila částečné zoufalství z nemožnosti zajistit pacientům s demencí dostatečnou péči, kterou by v neznámém prostředí potřebovali. Zdá se mi, že péče o seniory s demencí se v nemocničním prostředí mnohdy stává spíše „bojem“, v němž jsou zničené obě strany - jak pacient, tak i zdravotnický personál. Zničení bývají také blízcí těchto pacientů. Specializovaní aktivizační pracovníci by jistě přispěli ke spokojenosti pacientů, jejich blízkých i zdravotnického personálu. Takzvané tématem „do prance“ mezi respondenty bylo používání omezovacích prostředků v péči o pacienty. Někteří považují použití omezovacích prostředků za nedůstojné, jiní zase za jediné důstojné řešení v situacích, kdy pacient ohrožuje sebe nebo své okolí. Každý má asi svoji část pravdy. Domnívám se, že jen málokdo z nás by se rád díval na svého příbuzného či blízkého člověka přikurtovaného k lůžku a nikdo z nás by se asi nechtěl dostat do role takového pacienta. Působení aktivizačních pracovníků by jistě mělo pozitivní vliv na redukci používání omezovacích prostředků v péči o pacienty v nemocničním prostředí.

V Thomayerově nemocnici na oddělení Geriatrie a následné péče působí kognitivní trenérka Mgr. Květoslava Hošková, s kterou jsem se osobně setkala. Dle jejího sdělení dochází u seniorů v rámci aktivit ke skutečnému zlepšení adaptace, psychického stavu, kognitivních funkcí a soběstačnosti, a to na úrovni subjektivní - pocíťované ze strany pacientů, tak i v rovině objektivní - dle výsledků průběžného testování pacientů a postupného zlepšování. Údajně i sestry na oddělení vnímají, když má Mgr. Hošková dovolenou a s pacienty nepracuje, že se u pacientů více projevují BPSD.

„Kognitivní aktivizace tvoří významnou součást trénování kognitivních funkcí a kognitivní rehabilitace, která je součástí celkové rehabilitace seniora. Souhra mezi tělesnou a duševní aktivitou, spolu se sociálním zázemím, tvoří základ zdraví, které napomáhá seniorovi k brzkému návratu do domácího prostředí. Součástí kognitivní rehabilitace je trénování paměti, které patří mezi

nefarmakologické preventivní přístupy s cílem zvýšit či udržet paměťové schopnosti jedince na zdravé úrovni po delší období života.“ (Hošková, 2012, Florence, č. 2, s. 5)

Trochu překvapivé pro mě byly výsledky týkající se vzdělání sester v oblasti specifického přístupu k pacientům s demencí. Přestože ve výsledcích vyšlo, že většina sester nezískala během svého studia dostatek potřebných informací v této oblasti, neočekávala jsem ani 28 % kladných odpovědí. Stejně tak mě překvapilo, že 38 % sester se někdy účastnilo semináře či školení zaměřeného na problematiku péče o pacienty s demencí.

Zaujaly mě články rozdělené na dvě části v anglickém časopise *Nursing Older People* s tématem péče o seniory s demencí v nemocnici. Tyto články popisují zkušenosti studentů, připravujících se na povolání zdravotní sestry, s péčí o seniory s demencí v rámci praxe v univerzitní nemocnici. Studenti se snažili v péči o pacienty s demencí uplatňovat přístup zaměřený na člověka (person - centred approaches), flexibilní a kreativní péči, vhodnou formu komunikace a zapojení rodinných příslušníků do péče o nemocné trpící demencí. Studenti poznali, že v nemocnici zdravotnický personál často pečuje o seniory s demencí, že nemocniční prostředí s sebou nese jistá časová omezení a popisují, jak nebylo jednoduché překonat nemocniční rutinu organizačního systému. Aktivity se pacientům líbily. Studenti zaregistrovali, že nemocniční systém je orientován spíše na akutní specializovanou a fyzickou péči. Také viděli, že někteří zaměstnanci postrádají potřebné znalosti, dovednosti a postoje k poskytování péče o pacienty s demencí zaměřené na člověka. V článku je též uvedeno doporučení, aby univerzity zajistily studentům dobrou přípravu a podporu pro péči o pacienty s demencí. (L. Baillie et al., 2012, *Nursing Older People*, č. 8, s. 33 - 37 a č. 9, s. 22 - 26)

Práce aktivizačních pracovníků se může zdát nadstandardem, zvláště v době, kdy se zdravotnictví potýká s nedostatkem personálu. Ale doufejme, že tento stav nebude trvalý. Většina sester v dotazníkovém šetření uvedla, že při své práci mají často na starost pacienty s demencí, dokonce často i více pacientů s demencí najednou. Jak již bylo zmíněno v úvodu práce - stárnutí populace

je do budoucna zřejmě neodvratitelné a vzhledem k výskytu demence spíše ve vyšším věku se pravděpodobně budeme s pacienty trpícími demencí setkávat stále častěji. Samozřejmě by bylo skvělé, kdyby se někomu podařilo objevit „záračnou pilulku“ na demenci. Jistě mnozí o to usilují, ale zatím takový lék nemáme. K dispozici máme léky a metody ke zpomalení progresu demence a zmírnění negativních projevů, které demenci provázejí. Práce aktivizačních pracovníků je jistě vhodnou formou péče, která nabízí pacientům s demencí v nemocničním prostředí „pevnou půdu pod nohama“, jistou formu průvodce v cizím a neznámém prostředí pro člověka, jehož smysly a vnímání jsou zhoršeny vlivem věku a nemoci. Přináší eliminaci BPSD a snad i naději na zlepšení a prožívání kvalitnějšího života pacientů s demencí i lidí v jejich okolí.

Závěr

Hlavním cílem výzkumného projektu bylo nalezení možností ke zlepšení péče o seniory s demencí v nemocničním prostředí. Další dílčí cíle zkoumaly, jak jsou vnímáni pacienti s demencí v nemocničním prostředí, jak v nemocnici probíhá péče o tyto pacienty, jsou-li zdravotní sestry vzdělávány v oblasti specifického přístupu k pacientům s demencí a zda by zdravotní sestry interního lůžkového oddělení NMSKB uvítaly návrhy na zlepšení péče o seniory s demencí v nemocničním prostředí.

Většina zdravotních sester interního oddělení NMSKB se s pacienty, kteří trpí demencí, setkává často a péče o tyto pacienty je pro ně náročná. Dále většina označila, že pacienti s demencí většinou nemají v nemocnici dostatek vhodných podnětů a aktivit k uspokojivému prožívání času během jejich hospitalizace. Většina zdravotních sester se setkala s projevy agresivity ze strany pacientů s demencí. V péči o pacienty s demencí je pro sestry nejobtížnější zajistit jejich bezpečnost, a proto občas musí použít omezovací prostředky v rámci péče o tyto pacienty. Většina respondentů uvedla, že během svého kvalifikačního studia nezískala dostatek informací o specifickém přístupu k pacientům s demencí. Většina zdravotních sester by uvítala návrhy na zlepšení péče o pacienty s demencí formou aktivizačních pracovníků i specializovaného konzultanta. Většina se také domnívá, že by v rámci nemocnic měla být zřízena specializovaná oddělení pro pacienty s demencí.

Výsledky výzkumného projektu ukazují, že kvalifikovaná péče o seniory s demencí v nemocničním prostředí spadá do konceptu tzv. chybějící péče.

„Koncept chybějící péče je definován jako potřebná ošetrovatelská péče pro pacienta, která sestrou nebyla zcela nebo zčásti poskytnuta, pacient přitom péči potřeboval nebo vyžadoval.“ (Kalish, 2009)

Seznam použité literatury

BAILLIE, L. et al. Caring for older people with dementia in hospital, Part one challenges. *Nursing Older People*, 2012, vol. 24, no. 8, p. 33-37 and Part two: strategies. *Nursing Older People* 2012, vol. 24, no. 9, p. 22-26.

BIBLE: Písmo svaté Starého a Nového zákona: včetně deuterokanonických knih: český ekumenický překlad. Přeložil Miloš BIČ. Praha: Česká biblická společnost, 1995. ISBN 80-85810-08-5.

BUŽGOVÁ, R.; STOLIČKA M. Využití škály QUALID k hodnocení kvality života u pacientů v pozdní fázi demence v České republice. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*, 2015, roč. 78, č. 3, s. 317-322. ISSN: 1210-7859.

ČELEDOVÁ, L.; KALVACH, Z.; ČEVELA, R. *Úvod do gerontologie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2016. ISBN 978-80-246-3404-3.

FRANKOVÁ, V.; VYŠKOVSKÁ, E. *Program Mates: manuál pro skupinovou práci se seniory s poruchami paměti*. Praha: Maxdorf, 2010. ISBN 978-80-7345-205-6.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.

HEŘMANOVÁ, J.; VÁCHA, M.; SVOBODOVÁ H. a kol. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-3469-9.

HOLMEROVÁ, I.; JAROLÍMOVÁ, E.; SUCHÁ J. a kol. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2009. Vážka. ISBN 978-80-86541-28-0.

HOLMEROVÁ, I.; MÁTLOVÁ M. *Madridský plán a jiné strategické dokumenty*. Praha: Pro Gerontologické centrum vydalo EV public relations, 2007. ISBN 978-80-254-0174-3.

HOŠKOVÁ, K. Kognitivní aktivizace seniorů. *Florence*. 2012, roč. 8, č. 2, s. 5-6, ISSN 1801-464X.

HUDÁKOVÁ, A.; MAJERNÍKOVÁ, L. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetřovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2013. ISBN 978-80-247-4772-9.

JIRÁK, R.; HOLMEROVÁ, I.; BORZOVÁ, C. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2454-6.

KALISH, D. *Koncept chybějící péče*. 2009. In: LOCICHOVÁ, H.; ANDERSOVÁ, Ž. *Koncept chybějící péče*. *Florence*, 2016, roč. 12, č. 3, s. 28-31.

KALVACH, Z.; ČEVELA, R.; ČELEDOVÁ, L. *Etické otázky stárnutí a lidská důstojnost stáří*. In: ČEVELA, R.; ČELEDOVÁ, L.; KALVACH, Z. a kol. *Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada Publishing, 2014. ISBN 978-80-247-4544-2.

KALVACH, Z.; ČELEDOVÁ, L.; HOLMEROVÁ, I. a kol. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-4026-3.

KALVACH, Z.; JANEČKOVÁ, H. *Hospitalismus a maladaptivní syndrom*. In: KALVACH, Z.; ČELEDOVÁ, L.; HOLMEROVÁ, I. a kol. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-4026-3.

KALVACH, Z.; ONDERKOVÁ, A. *Stáří: pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetřovatelské praxi*. Praha: Galén, 2006. Care. ISBN 80-7262-455-5.

KELNAROVÁ, J.; MATĚJKOVÁ, E. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty: 4. ročník*. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2831-5.

KLEVETOVÁ, D.; DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2169-9.

KOBĚRSKÁ, P. a kol. *Společnou cestou: jak mohou pečovatelé komunikovat s lidmi trpícími demencí*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-851-1.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Komunikace s lidmi v tísní*. In: KALVACH, Z.; ČELEDOVÁ, L.; HOLMEROVÁ, I. a kol. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-4026-3.

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

KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2069-2.

MÁTĽ, O.; MÁTĽOVÁ, M.; HOLMEROVÁ I. *Zpráva o stavu demence*. Praha: ČALS, 2016. ISBN 978-80-86541-50-1.

MATÝSKOVÁ, D. *Nedobrovolná ztráta autonomie u seniorů*. In: SÝKOROVÁ, D.; CHYTIĽ, O. ed. *Autonomie ve stáří: strategie jejího zachování*. V Ostravě: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2004. ISBN 80-7326-026-3.

Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a další obdobná onemocnění na léta 2016 – 2019, [on-line]. [citováno 12. 3. 2017]. Dostupné z [http://www.apsscr.cz/files/files/N%C3%A1rodn%C3%AD_ak%C4%8Dn%C3%AD_pl%C3%A1n_pro_Alzheimerovu_nemoc_a_dal%C5%A1%C3%AD_obdobn%C3%A1_onemocn%C4%9Bn%C3%AD_na_l%C3%A9ta_2016_-_2019\(1\).pdf](http://www.apsscr.cz/files/files/N%C3%A1rodn%C3%AD_ak%C4%8Dn%C3%AD_pl%C3%A1n_pro_Alzheimerovu_nemoc_a_dal%C5%A1%C3%AD_obdobn%C3%A1_onemocn%C4%9Bn%C3%AD_na_l%C3%A9ta_2016_-_2019(1).pdf)

Neznámý autor. *Cesta života: Cesta lásky: [krátké příběhy, povídky a citáty, které chtějí obohatit vaše životní putování]*. Praha: Advent-Orion, 2012. *Kudy do nebe*. ISBN 978-80-7172-942-6.

NOVÁKOVÁ - KROUTIĽOVÁ, R. a kol. *Pečovatelství II.: učební text pro žáky oboru Sociální péče - pečovatelská činnost*. V Praze: Triton, 2011. ISBN 978-80-7387-531-2.

PAPEŽ František. *Kde není úcta ke starým, není budoucnost pro mladé*. [on-line]. 2015. [citováno 13-03-2017]. Dostupné z <http://www.pastorace.cz/Tematicke-texty/Kde-neni-ucta-vuci-starym-neni-budoucnost-pro-mlade-papez-Frantisek.html>

PIDRMAN, V. *Demence*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1490-5.

STAŇKOVÁ, M. *Základy teorie ošetrovatelství: učební texty pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Karolinum, 1996. ISBN 80-7184-243-5.

STARR, J. M.; WALESBY, K. E. Diagnosis and management of dementia in older people. *Medicine in older adults*, 2017, vol. 45, no. 1, p. 51 - 54.

SVOBODOVÁ, H. *Důstojnost*. In: HEŘMANOVÁ, J.; VÁCHA M.; SVOBODOVÁ H. a kol. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing 2012. ISBN 978-80-247-3469-9.

ŠÝKOROVÁ, D. *Autonomie*. In: KALVACH, Z.; ČELEDOVÁ, L.; HOLMEROVÁ, I. a kol. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-4026-3.

ŠTYGLEROVÁ, M.; NĚMEČKOVÁ, M.; ŠIMEK, M. Stárnutí se nevyhneme. *Statistika & My*, 2013, roč. 3, č. 9, s. 34-35. ISSN 1804-7149 1210-6550.

VÁCHA, M.; KÖNIGOVÁ, R.; MAUER, M. *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-7367-780-0.

VÁLKOVÁ, L. *Rehabilitace kognitivních funkcí v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-5571-7.

VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5.

WEHNER, L.; SCHWINGHAMMER, Y. *Smyslová aktivizace v péči o seniory a klienty s demencí*. Praha: Grada Publishing, 2013. ISBN 978-80-247-4423-0.

Zákon č. 372/ 2011 Sb., o zdravotních službách, § 39. *Zákony pro lidi - Sbirka zákonů ČR v aktuálním konsolidovaném znění* [online]. [citováno 18-04-2017]. Dostupné z <https://zakonyprolidi.cz/cs/2011-372#cast4>

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

ZGOLA, J.; BORDILLON; G. *Bon appetit: radost z jídla v dlouhodobé péči*. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2013. ISBN 978-80-86541-32-7.

ZGOLA, J. *Něco dělat!: průvodce vytvářením aktivizačních programů pro nemocné Alzheimerovou chorobou a podobnými poruchami*. Praha: Občanské sdružení Za důstojné stáří, 2013. ISBN 978-80-254-9338-0.

Seznam tabulek a grafů

Tabulka č. 1: Používání omezovacích prostředků

Tabulka č. 2: Obtížné oblasti v péči o pacienty s demencí

Graf č. 1: Jak dlouho sestry pracují na interním oddělení NMSKB

Graf č. 2: Nejvyšší dosažené vzdělání sester na interním oddělení NMSKB

Graf č. 3: Pacienti s demencí na interním oddělení NMSKB.

Graf č. 4: Sestry mívají na starost i více seniorů s demencí najednou

Graf č. 5: Díky péči o některé pacienty s demencí není možné věnovat dostatečnou péči dalším pacientům, kteří by ji vzhledem k svému zdravotnímu stavu potřebovali více

Graf č. 6: Sestry musí někoho z pacientů s demencí tzv. ponechat „svému osudu“, protože je třeba dělat důležitější věci u jiných pacientů

Graf č. 7: Posuzování úrovně kognitivních funkcí u pacientů přijímaných k hospitalizaci a dokumentace těchto údajů

Graf č. 8: Dostatek vhodných podnětů a aktivit pro pacienty s demencí v nemocničním prostředí

Graf č. 9: Někteří pacienti s demencí ublíží svým nekontrolovaným chováním sami sobě a zkomplikují svůj zdravotní stav

Graf č. 10: Někteří pacienti s demencí působí negativně na ostatní pacienty

Graf č. 11: Projevy agresivity ze strany některých pacientů s demencí

Graf č. 12: Používání omezovacích prostředků

Graf č. 13: Nejčastější důvody k použití omezovacích prostředků

Graf č. 14: Nejobtížnější aspekty v péči o pacienty s demencí

Graf č. 15: Zvládání naléhavých a agresivních projevů některých pacientů s demencí

Graf č. 16: Poskytování důstojné péče pacientům s demencí v nemocničním prostředí

Graf č. 17: Získání potřebných informací o specifickém přístupu k pacientům s demencí během kvalifikačního studia

Graf č. 18: Účast sester na semináři či školení zaměřeného na problematiku péče o pacienty s demencí

Graf č. 19: Nabídka školení, seminářů zaměřených na problematiku péče o pacienty s demencí

Graf č. 20: Potřebnost specializovaní aktivizační pracovníci

Graf č. 21: Potřebnost konzultanta zaměřeného na péči o pacienty s demencí

Graf č. 22: Uvítaly by sestry radu, jak efektivněji jednat s pacienty s demencí a lépe o ně pečovat

Graf č. 23: Existence specializovaných oddělení pro pacienty s demencí

Seznam zkratek

apod.: a podobně

ARIP: Anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče

BPSD: Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (Behaviorální a psychologické příznaky demence)

CT: Computerová (počítačová) tomografie - diagnostická zobrazovací metoda

ČALS: Česká alzheimerská společnost

EEG: Elektroencefalografie - diagnostická metoda používána k záznamu elektrické aktivity mozku

EKG: Elektrokardiografie - vyšetření elektrické aktivity myokardu

CHOPN: Chronická obstrukční plicní nemoc

JIP: Jednotka intenzivní péče

LDN: Léčebna dlouhodobě nemocných

LNP: Lůžka následné péče

MMSE: Mini - Mental State Examination - test kognitivních funkcí

např.: například

NMSKB: Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského

PAINAD: Pain Assessment in Advanced Dementia - stupnice pro měření bolesti u osob s pokročilou demencí

PET: Pozitronová emisní tomografie - diagnostická zobrazovací metoda

SPECT: Single Photon Emission Computed Tomography (tomografická scintigrafie) - zobrazovací diagnostická metoda

SZŠ: střední zdravotnická škola

tj.: to je

TV: televize

tzv.: takzvaně

VOŠ: vyšší odborná škola

Seznam příloh

Příloha č. 1: Dotazník s. 74

Příloha č. 2: Povolení k provedení výzkumu s. 82

Přílohy

Příloha č. 1

DOTAZNÍK

1. Označte, jak dlouho pracujete jako zdravotní sestra či zdravotnický asistent na lůžkovém interním oddělení NMSKB (nezapočítávejte prosím svoji mateřskou, rodičovskou dovolenou):

- méně než 3 roky
- 3 - 7 let
- 8 - 13 let
- 14 - 20 let
- více než 20 let

2. Označte Vaše nejvyšší dosažené vzdělání i případné probíhající studium ve zdravotnickém oboru:

- SZŠ s kvalifikací zdravotnický asistent
- SZŠ s kvalifikací zdravotní, všeobecné sestry
- ukončená VOŠ
- VŠ - ukončené bakalářské studium
- VŠ - ukončené magisterské studium
- studuji PSS, VOŠ, VŠ

V případě specializačního vzdělání uveďte v jakém oboru?

.....

- 3. Setkáváte se na svém oddělení s pacienty, kteří trpí demencí?**
- často
 - občas
 - výjimečně
 - vůbec ne
- 4. Stává se Vám, že máte při své práci na starost i více seniorů s demencí najednou?**
- často
 - občas
 - výjimečně
 - vůbec ne, starám se maximálně o jednoho pacienta s demencí
 - vůbec ne, pacienty s demencí nemám ve své práci na starosti
- 5. Pocítil/a jste někdy, že díky péči o některého pacienta s demencí se nemůžete dostatečně věnovat dalším pacientům, kteří by vzhledem ke svému zdravotnímu stavu potřebovali Vaši péči více?**
- často
 - občas
 - výjimečně
 - ne, nikdy jsem nic takového nepocítil/a
- 6. Musel/a jste někdy naopak někoho z pacientů s demencí „ponechat svému osudu“, protože bylo třeba dělat důležitější věci u jiných pacientů?**
- často
 - občas
 - výjimečně
 - ne, pacientům s demencí mohu být vždy k dispozici dle jejich potřeby
- 7. Setkal/a jste se někdy s tím, že některý pacient s demencí svým nekontrolovaným chováním ublížil sám sobě a zkomplikoval svůj zdravotní stav?**
- často se s touto situací setkávám
 - občas ano
 - výjimečně
 - ne, nikdy jsem se s takovou situací nesetkal/a

- 8. Stává se Vám, že díky péči o některého pacienta s demencí se nemůžete plně soustředit na odborné výkony, které provádíte?**
- často
 - občas
 - výjimečně
 - ne, nikdy se mi to nestalo
- 9. Které aspekty péče o pacienty s demencí jsou pro Vás nejobtížnější? (můžete označit více odpovědí)**
- nemožnost se dorozumět, potíže v komunikaci
 - neochota (neschopnost) těchto pacientů spolupracovat při ošetřování, nerespektování pokynů
 - neklid, naléhavé chování, neočekávané reakce, odcházení
 - řešení problémů až konfliktů s jinými pacienty
 - inkontinence, manipulace se stolicí
- 10. Máte zkušenost, že někteří pacienti s demencí negativně působí na ostatní pacienty?**
- ano, stává se to často
 - stává se to občas
 - stává se to, ale jen výjimečně
 - ne, takovou zkušenost nemám
- 11. Setkal/a jste se s projevy agresivity u některého z pacientů s demencí?**
- často
 - občas
 - výjimečně
 - ne, nikdy jsem se s takovými problémy nesetkal/a

Zde můžete popsat za jakých okolností nebo jakým způsobem projevy agresivity proběhly (např. slovní, fyzická agresivita, v noční době apod.)

.....

.....

.....

- 12. Musel/a jste někdy u některých pacientů s demencí použít omezovací prostředky? (viz otázka č. 13)**
- ano, stává se to často
 - občas se to stává
 - výjimečně
 - ne, nikdy jsem omezovací prostředky nemusel/a použít
- 13. V případě, že jste někdy musel/a použít omezovací prostředky u pacienta s demencí, označte, jaké omezovací prostředky jste použil/a? (možno označit více odpovědí)**
- postranice u lůžka
 - speciální hmaty a úchopy
 - fixace ke křeslu pomocí lůžkovin, obinadel, fixačních pásů
 - fixace na lůžku pomocí lůžkovin, obinadel
 - kurty
 - speciální oděv
 - psychofarmaka
 - uzamčení v místnosti
 - jiné
- 14. Pokud jste někdy přistoupil/a k použití omezovacího prostředku, bylo to na základě (můžete označit i více odpovědí):**
- nutnosti sebeobrany
 - nutnosti provést ošetrovatelský výkon
 - nutnosti chránit druhou osobu
 - nutnost chránit bezpečí pacienta
 - zjednání klidu na oddělení
 - rozhodnutí lékaře
 - jiné
- 15. Domníváte se, že dokážete důstojně zvládnout naléhavé nebo agresivní projevy v chování pacienta s demencí?**
- ano, vždy si dokážu poradit
 - většinou ano
 - spíše ne
 - ne, vůbec nevím, jak mám správně na tyto projevy reagovat

16. **Můžete zde prosím stručně vyjádřit, jaká je pro Vás péče o pacienty s demencí? (dle Vašich pocitů např. náročná, obtížná, marná, vyčerpávající, beznadějná, snadná, příjemná, zajímavá aj.):**

.....

17. **Posuzuje se a zanáší do dokumentace pacientů přijímaných k hospitalizaci úroveň kognitivních (rozumových, poznávacích) funkcí?**

- ano, vždy u každého pacienta
- ano, ale pouze u pacientů starších 65 let
- ano, ale pouze u pacientů se symptomy demence, nezávisle na věku
- ne, posuzování úrovně kognitivních funkcí se provádí až v průběhu hospitalizace, je-li to potřebné a účelné z hlediska diagnostiky a léčby pacienta
- nevím o tom, že by někdo hodnotil a zaznamenával úroveň kognitivních funkcí pacientů
- jiné.....

18. **Označte prosím oblasti, které je pro Vás v péči o pacienty s demencí obtížné zajistit během jejich hospitalizace? (možno označit více odpovědí):**

- zvládnutí akutních problémů, pro které byl pacient přijat do nemocnice
- sledování fyziologických funkcí
- zajištění dostatečného příjmu tekutin a potravy
- péče o vyprazdňování
- sledování stavu kůže, polohování, prevence dekubitů
- péče o hygienu
- sledování bolesti
- sledování psychického stavu
- znalost zásadních událostí, vztahů, zvyklostí a zájmů dosavadního pacientova života
- zajištění bezpečnosti pacienta
- dostatečný spánek během noci
- smyslová, mentální aktivizace během dne
- pohybová aktivita formou fyzioterapie během dne
- jiné.....

19. Myslíte, že je pacientům s demencí během jejich hospitalizace poskytována důstojná péče?

- ano, vždy
- většinou ano
- většinou ne
- ne, nikdy

Zde můžete uvést, za jakých okolností a jakým způsobem byla v péči o pacienty s demencí porušena jejich důstojnost?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

20. Myslíte, že pacienti s demencí mají v nemocnici dostatek vhodných podnětů a aktivit k uspokojivému prožívání času a zaměstnání během jejich hospitalizace?

- ano, vždy
- většinou ano
- většinou ne
- ne, nikdy

21. Považoval/a byste za přínosné, kdyby s pacienty s demencí v průběhu jejich hospitalizace pracovali specializovaní aktivizační pracovníci?

- ano
- ne

22. Měl by v rámci nemocnice, podle Vašeho názoru, pracovat specializovaný konzultant zaměřený na péči o pacienty s demencí?

- ano
- ne

23. **Domníváte se, že by pro pacienty s demencí měla být v rámci nemocnic zřizována specializovaná oddělení?**
- ano
 ne
24. **Získal/a jste během svého kvalifikačního studia ve zdravotnickém oboru dostatek informací o specifickém přístupu k pacientům s demencí?**
- ano
 ne
25. **Uvítal/a byste, kdyby Vám někdo poradil, jak efektivněji jednat s pacienty s demencí a lépe o ně pečovat?**
- ano
 ne
26. **Zaregistroval/a jste někdy nabídku školení, seminářů zaměřených na problematiku péče o pacienty s demencí?**
- často
 občas
 výjimečně
 ne
27. **Účastnil/a jste se někdy přednášky zaměřené na problematiku péče o pacienty s demencí?**
- ano
 ne
28. **Napadá Vás nějaká možnost zlepšení péče o pacienty s demencí během jejich pobytu v nemocnici? Případně můžete uvést cokoli, co se Vám zdá palčivé v souvislosti s péčí o pacienty s demencí v nemocnici:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Příloha č. 2

Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze
Vlašská 336/36
118 33 Praha 1 – Malá Strana


Věc: Žádost o povolení provedení výzkumu

Jsem studentkou 3. ročníku 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy, oboru všeobecná sestra a pracuji na jednotce intenzivní péče zdejší nemocnice. Chtěla bych požádat o povolení výzkumu v rámci interního lůžkového oddělení, případně i na oddělení LNP. Výzkum je součástí mé bakalářské práce, která je zaměřena na problematiku péče o seniory s demencí v nemocničním prostředí. Respondenty jsou zdravotní sestry a zdravotničtí asistenti. Výzkumné šetření je prováděno anonymně, formou dotazníků a výsledky Vám mohou být poskytnuty.

K žádosti přikládám vzorový dotazník.


Předem děkuji za vstřícnost.

V Praze 1. 3. 2017


Pavlína Hrdinová
Pracoviště: JIP, NMSKB v Praze
e-mail: poldino@post.cz

Vyjádření:

1. 3. 2017 Souhlasím


Nemocnice Milosrdných sester
sv. Karla Boromejského v Praze
Vlašská 36, 118 33 Praha 1
Hlavní sestra