

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

Specifika ošetrovatelské péče o osoby s demencí

Bakalářská práce

Autor: Vendula Nováková

Vedoucí práce: Mgr. Miroslava Kalábová

Jihlava 2019



Vysoká škola
polytechnická
Jihlava



ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	Vendula Nováková
Studijní program:	Ošetrovatelství
Obor:	Všeobecná sestra
Název práce:	Specifika ošetrovateľskej péče o osoby s demenci
Cíl práce:	Zjistit specifika ošetrovateľskej péče o osoby s demenci.

Mgr. Miroslava Kalábová
vedoucí bakalářské práce

PhDr. Vlasta Dyořáková, PhD.
vedoucí katedry
Katedra zdravotnických studií

Abstrakt

Bakalářská práce byla zaměřena na specifika ošetrovatelské péče o osoby s demencí. Teoretická část vysvětluje důležité pojmy související s komplexní ošetrovatelskou péčí o osoby s demencí. Dále vymezuje problémy při komplexní ošetrovatelské péči. Zahrnuje také možnosti komunikace a specifika práce sestry včetně přetížení sestry. Praktickou část tvoří výsledky výzkumu dotazníkového šetření, které zjišťuje specifika ošetrovatelské péče o osoby s demencí z pohledu sestry.

Klíčová slova:

demence, specifická ošetrovatelská péče, aktivizační činnosti, gerontopsychiatrie, sestra

Abstract

The bachelor thesis was focused on the specifics of nursing care for people with dementia. The theoretical part explains important concepts related to complex nursing care for people with dementia. It further defines problems in complex nursing care. It also includes communication options, and nursery specifics including nurse overload. The practical part consists of the results of a survey of the questionnaire survey, which examines the specifics of nursing care for people with dementia from the point of view of the nurse.

Keywords:

dementia, specific nursing care, activation activities, gerontopsychiatry, nurse

Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala především své vedoucí bakalářské práce Mgr. Miroslavě Kalábové za její trpělivost a cenné rady, bez kterých by má práce ani nevznikla. Následně bych ráda poděkovala všem institucím, které mi umožnily provádět výzkum a všem zúčastněným respondentům, bez kterých by nebylo možné vytvořit výzkumnou část.

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracovala jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Souhlasím s umístěním bakalářské práce v knihovně VŠPJ a s jejím užitím k výuce nebo k vlastní vnitřní potřebě VŠPJ.

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje **AZ**, zejména § 60 (školní dílo).

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **souhlasím** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědoma toho, že užít své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne

.....

Podpis

Obsah

Úvod.....	8
1 Současný stav problematiky u osob s demencí.....	9
1.1 Demence jako novodobá epidemie	9
1.1.1 Dělení demence.....	9
1.1.2 Stádia demence	10
1.1.3 Etiologie demence.....	11
1.1.4 Diagnostika demence	12
1.1.5 Novodobá léčba demence	14
1.2 Specifika práce sestry na gerontopsychiatrii	16
1.2.1 Pracovní přetížení sester	17
1.3 Specifika ošetrovatelské péče u osob s demencí.....	18
1.3.1 Komunikace a přístup k osobám s demencí.....	20
1.3.2 Úprava prostředí pro pacienty s demencí	21
1.3.3 Zvládání změn chování u osob s demencí	22
2 Praktická část	24
2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky	24
2.2 Metodika výzkumu.....	24
2.3 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí	25
2.4 Průběh výzkumu.....	25
2.5 Zpracování výzkumu.....	26
2.6 Výsledky výzkumu.....	26
2.7 Diskuze.....	43
Návrh řešení pro praxi	48
Závěr	49

Seznam použité literatury	50
Seznam grafů	53
Seznam příloh	55

Úvod

Demence patří mezi nejobávanější choroby vyššího věku. Předpokládá se, že její výskyt se bude společně s rostoucím stárnutím populace zvyšovat. Stárnutí sice není synonymem demence, avšak s přibývajícím věkem vzrůstá pravděpodobnost tohoto onemocnění. Dle odhadů demenci trpí více než 6 % populace. Existuje celá řada autorů, kteří definují demenci a pohlíží na samotný pojem v různé podobě. K nejčastěji uváděným patří např. definice dle Zdeňka Amblera, který uvádí, že demence je definována jako globální porucha intelektu, paměti a osobnosti, ale bez poruchy vědomí. (Ambler, 2000; Pidrman, 2007)

Další takovou uznávanou definicí je dle Jiráka a Koukolíka, kteří popsali demenci: „*Jako skupinu duševních poruch, jejichž nejzákladnější charakteristický rys je získaný podstatný úbytek kognitivních funkcí, především paměti a intelektu, jako důsledek určitého onemocnění mozku*“. (Hort, Jirák 2007, s.124)

K samotnému výběru a zpracování bakalářské práce na toto téma mě přivedla má osobní zkušenost. Starala jsem se o blízkou osobu u které byla diagnostikována demence. Vše se odehrávalo v domácím prostředí, takže to pro mě byla velká zkušenost. Byly okamžiky, kdy jsem nevěděla co mám dělat, jak se chovat nebo jak správně reagovat. Během mého studia jsem měla možnost absolvovat praxi na různých lůžkových odděleních v nemocnici, kde mimo jiné byli hospitalizováni i pacienti s demencí. Proto ve mně zůstalo mnoho nezodpovězených otázek a podnětů, které bych chtěla vnést do této práce. Ještě bych chtěla podotknout, že si sama všímám jak osob s demencí přibývá. U prarodičů mých přátel, i v rodině. Demence je tedy aktuální problém téměř v každém nemocničním či sociálním zařízení a hlavně v rodinách, kde nejbližší jsou zaskočeni novou situací, chováním svého blízkého. Z tohoto důvodu bychom zaměřily svou pozornost na sestry, které poskytují specifickou ošetrovatelskou péči o osoby s demencí. Pokusily jsme se zmapovat ošetrovatelské problémy u těchto nemocných za pomoci sester, které o ně pečují v nemocnicích anebo jiných sociálních zařízeních.

1 Současný stav problematiky u osob s demencí

Podle Alzheimer's Disease International (mezinárodní sdružení Alzheimerovy choroby) žilo v roce 2015 na celém světě odhadem 46,8 miliónu lidí s demencí. Studie přitom odhadují, že lidé s demencí mají naději dožít 7 až 10 let poté, co jsou diagnostikováni. V České republice před rokem 1989 žilo podle odhadů 49 až 55 tisíc lidí s demencí. Po změně režimu v roce 1989 to bylo 73 až 81 tisíc lidí. V roce 2000 už pak 89 až 98 tisíc a v roce 2015 dokonce necelých 156 tisíc lidí. Pokud použijeme projekci obyvatelstva z roku 2017 ve střední variantě a aplikujeme na ni poslední prevalenční studie Alzheimer Europe, můžeme říci, že v roce 2020 u nás bude žít téměř 183 tisíc lidí s Alzheimerovou chorobou nebo jinou formou demence, v roce 2050 pak dokonce 383 tisíc lidí. (Hort, Jirák 2007)

1.1 Demence jako novodobá epidemie

Desítky tisíc lidí žijí s touto nemocí či jiným stupněm demence, aniž by o tom vůbec věděly. Neléčená demence je nebezpečná zejména u chronicky nemocných pacientů, protože komplikuje správné a pravidelné užívání léků, znemožňuje nemocným přesně vyjádřit své symptomy a vede k častější hospitalizaci kvůli úrazům a náhlému zhoršení zdravotního stavu. Těmto chorobám, se dle mého názoru věnuje stále malá pozornost. Dle Horta postihuje asi každého pátého občana. (Hort, Jirák 2007)

1.1.1 Dělení demence

Demenci můžeme dělit podle různých klíčů. V medicíně se ale nejčastěji využívá kvalifikační schéma již zmíněné 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů. Demence se obvykle dělí do dvou základních skupin. Na primární a sekundární demence. Mezi primární (atroficko-degenerativní) demence patří například demence Parkinsonovy choroby nebo demence s Lewyho tělísky. K nejznámější primárním demencím patří demence Alzheimerova typu. V České republice trpí demencí Alzheimerova typu asi 80 000 - 130 000 osob. Alzheimerova nemoc způsobuje progresivní odumírání nervových buněk v hemisféře. U pacientů, kde byla zjištěna Alzheimerova choroba v pozdějším věku se genetické změny neprokazují.

Řadíme sem Parkinsonovu chorobu a demenci s Lewyho tělísky. Parkinsonova nemoc je onemocnění postihující mozkový kmen. Ve vyšším věku se objevuje postižení i dalších oblastí mozku. Bývá těžké odlišit demenci s Lewyho tělísky a demenci Parkinsonovy choroby. Demence s Lewyho tělísky je onemocnění na pomezí Parkinsonovy a Alzheimerovy nemoci. Parkinsonova nemoc postihuje lidi většinou mezi 58-60 lety. Demence s Lewyho tělísky by mohla být druhou nejčastější příčinou demence starších lidí. Představuje 15 - 25% podíl všech demencí. Sekundární demence jsou zastoupeny 10%. Patří sem například demence infekčního původu nebo demence intoxikační, způsobena alkoholem. Řada toxinů může poškozovat vyšší nervovou činnost včetně kognitivních funkcí. U chronických alkoholiků nastává postupně úbytek mozkové tkáně. V konečném stádiu nastává alkoholová demence. (Holmerová, 2004; Jiráček, 2004) Dalším typem je vaskulární demence. Dříve se jí říkalo také arteriosklerotická. Vaskulární demence jsou druhou nejčastější příčinou demencí. Udává se asi 10 - 30%. Vaskulární demence můžeme specifikovat dále na kortikální vaskulární demence (multiinfarktové), subkortikální demence nebo onemocnění malých cév. Vaskulární demence vznikají kvůli narušení cévního zásobení mozku. Průtok krve cévním řečištěm bývá narušen jejím ucpáním. Čím větší počet zneprůchodněných cév, tím větší objem poškozené mozkové tkáně. Vaskulární demence se nerozvíjí kontinuálně. Až 80 % starších lidí má evidenci o smíšené vaskulární a Alzheimerově demenci (Krishnamoorthy, Prince, Cummings, 2010)

Multiinfarktová demence vzniká při poškození v oblastech mozkové kůry a bílé hmoty. Průběh bývá kolísavý a přítomny jsou změny psychického stavu. Převážně podkorová vaskulární demence je demence, u které bývá poškozena bílá hmota a šedá hmota v oblasti bazálních ganglií. Tato demence vzniká především u lidí s vysokým krevním tlakem, projevuje se depresí a poruchou jemné motoriky. (Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009; Dluhošová, 2011)

1.1.2 Stádia demence

Jednotlivá stádia demence se dle lékařů a vědců dělí na tři fáze. Je zapotřebí podotknout, že základní příznaky se nezhoršují stejně rychle a tyto fáze slouží pouze jako obecné vodítko. První fázi bývá označována „Lehká demence“, která se může v počátečním stádiu nemoci snadno splést s přirozeným stárnutím. Vyznačuje se poruchami paměti, které jsou subjektivní i objektivně měřitelné testovacími metodami. K poruchám paměti

se přidružují poruchy nálady. Zhoršuje se výbavnost slov i samotná řeč. Nemocný si těžko vzpomíná na slova, která dříve běžně používal. Také dochází k úbytku smyslového vnímání, společenských a hygienických návyků. Přidružuje se zhoršování krátkodobé paměti, zmatenost. Snižuje se rozsah pozornosti, nemocný prožívá úzkostné stavy a deprese.

Druhá fáze je označována „Středně těžká demence“. Projevuje se výrazným zhoršením paměti, dezorientace v čase i prostoru. Příznaky jsou většinou stejné jako v první fázi, avšak více výraznější. V této fázi bývá konverzace s nemocným mnohem obtížnější. Nemocný si nevybavuje na co myslel nebo co již řekl. Krátkodobá paměť nefunguje. Dochází ke ztrátě sebeúcty a sebedůvěry nemocného. Může se objevit neklid a agitovanost, problémy s vnímáním a motorikou, nejisté a ztuhlé držení těla a zhoršení dlouhodobé paměti. Třetí fáze se označuje jako „Těžká demence“, která se projevuje těžkými poruchami paměti, nemocní si nejsou schopni zapamatovat nové informace, jsou zcela dezorientováni místem i časem. Nepoznávají lidi, a to i zcela blízké. Nepamatují si kde mají lůžko, kde je koupelna apod. Schopnost vykonávat cokoli složitějšího se zcela vytrácí. Nemocný je odkázán na plnou pomoc pečující osoby a rodinných příslušníků. Důležité je zachovat pacientovu sebeúctu. Nemocný má tendence se vyčleňovat ze společnosti. Logické myšlení zcela vymizí. V této fázi je důležitý nepřetržitý dohled a asistence. Mohou se objevit halucinace a bludy, nemocní nejsou schopni reagovat na podněty. Mívají například obtíže s polykáním nebo neschopnost udržet moč a stolici. (Joy A. Glenner, 2012; Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009)

1.1.3 Etiologie demence

Příčiny vzniku demencí jsou, i přes četné lékařské výzkumy, stále nejasné. Byly však prokázány následující faktory, které mohou přispívat k jejich vzniku nebo naopak jejich vznik eliminovat. Mezi nejčastější rizikové faktory patří vyšší věk, nízké vzdělání, deprese, pohlaví a nadměrné užívání alkoholu. (Hátlová, Suchá, 2005)

„Dále existují genetické faktory jako rizikové faktory vzniku Alzheimerovy choroby. Uplatňují se tzv. genetické polymorfizmy – jedna geneticky zakódovaná bílkovina se může vyskytovat v několika formách, které jsou jen málo odlišné – například některou aminokyselinou, a základní funkce této aminokyseliny zůstává u všech forem zachována“. (Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009, s. 31)

Demence sama o sobě představuje syndrom - tedy určitý charakteristický soubor příznaků, jež může mít různé příčiny. Některé choroby jsou spojeny s rozvojem demence, není to vždy jen Alzheimerova choroba, ale i více než dalších 60 chorob. Mezi příznaky demence patří rozvoj mnohočetných poruch poznávacích funkcí, které se projevují poškozením paměti nebo poškozením schopnosti naučit se nové informace. Defekty poznávacích funkcí jsou příčinou poškození fungování jedince v zaměstnání nebo ve společnosti. Jednou z následujících poruch kognitivních funkcí bývá porucha řeči nebo neschopnost výkonu hybných funkcí vyššího řádu. Další příznaky demence jsou poruchy plánování a organizování. Tyto poruchy patří do skupiny poruch exekutivních funkcí. Mezi příznaky demence lze tedy řadit poruchy poznávacích funkcí, chování, emocí a narušení fungování jedince ve společnosti. (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009)

Demenci může doprovázet paranoidní a halucinaturní psychóza, také se mohou vyskytovat stavy zmatenosti. U lidí, kteří dlouhodobě a nadměrně pijí alkohol, se mohou vyskytnout těžké následky, jako je demenční syndrom. Dementní syndrom je syndrom, který vzniká na základě poškození difúzního mozku. Postupně se rozvíjí poruchy paměti, intelektu a myšlení. Může se objevit i neklid a agresivita. (Kučerová, 2013)

1.1.4 Diagnostika demence

Pro diagnostiku demence je důležité provést vyšetření jako je například neurologické vyšetření za pomoci EEG (elektroencefalograf), MR (magnetická resonance), nebo CT (počítačová tomografie). Tyto metody nám potvrdí nebo vyloučí ložiskové změny na mozku. Diagnostika demence je dlouhodobý proces, na kterém se podílí a zúčastní několik složek, jako je pacient a pečovatel, samozřejmě lékař, který všechny získané výsledky vyhodnotí. (Hálová, 2010)

Nelze opomenout posouzení pacientova chování, přiměřenosti vzhledu a oblečení a schopnost spolupráce. Při podezření na demenci se provádí vyšetření zaměřená na tři základní oblasti demence: kognitivní funkce, denní aktivity a chování (Franková, 2011). Součástí vyšetření by měla být odebraná podrobná anamnéza. Anamnézu sbíráme jak od člověka u něhož je podezření na syndrom demence, tak od někoho jemu blízkého či rodinného příslušníka. Ten nám může podat objektivnější data o prvních příznacích a časovém údaji jejich začátku. (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009)

Vyšetření kognitivních funkcí se provádí pomocí screeningových a paměťových testů. Základním kognitivním testem je test MMSE (Mini Mental State Examination). Tento test je nejpoužívanější orientační test kognitivních funkcí, avšak často jen orientační (viz příloha č. 1). Výraznou limitací tohoto testu je jeho nízká senzitivita, nedostatečné testování frontální dysfunkce a nemožnost použití pro diferenciální diagnostiku demencí. Z toho vyplývá, že test MMSE není zcela vhodný pro časný záchyt kognitivního postižení, proto se doplňuje dalšími testy a vyšetřeními. Pacienti se odesílají ke specialistovi, který se touto problematikou zabývá. Nejčastěji je to geriatr, psychiatr nebo neurolog. Alternativou doplňujících testů je ACE-R (Addenbrookský kognitivní test), který je rozšířením testu MMSE. ACE-R je citlivější pro časná stádia demence a navíc je zaměřen i na testování frontálních exekutivních funkcí. (Franková, 2011)

Stupeň demence je stanovován na základě výsledků kognitivních testů a zhodnocení celkového postižení dle Reisberga. Reisbergova škála GDS (Global deterioration scale) slouží k hodnocení hloubky demence. Z vyšetření klienta a z informací získaných od pečovatele nebo osoby blízké, se klient zařadí do některého ze sedmi stádií. Využívají se i testy na zhodnocení funkčních schopností. Například ADL (activities of daily living), IADL (instrumental activities of daily living), test Barthelové, Škála DAD (Disability assessment for dementia) a Škála funkčního hodnocení FAQ (Functional activities questionnaire). Wechslerova škála paměti je také z jedním orientačních testů. Poskytuje informace o slovní i zrakové paměti. Dále se používá test řečové plynulosti, kde pacient musí v určitém intervalu vyjmenovat co nejvíce slov podle zadání. Hodnotí se pohotovost, pracovní a slovní paměť, motivace a iniciace (Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009).

Poměrně k známým testům se řadí test kreslení hodin (viz příloha č. 2). U testu kreslení hodin (Clock drawing test) se před klienta položí papír s kružnicí a jejím středem. Úkolem testované osoby je nakreslit ciferník a čísla na hodinách, umístit ručičky tak, aby ukazovaly požadovaný čas. Jedná se orientační zkoušku, která postihuje několik kognitivních funkcí zároveň. Předností testu je komplexnost úlohy v krátkém čase. Prostřednictvím testu kreslení hodin získáme informace o několika kognitivních funkcích. Dále sedmičkový test, je rychlý test, který spočívá v opakovaném odčítání čísla sedm od čísla sto. Jeho provedení je velice náročné. Tento test vyžaduje souhru pozornosti, paměti a schopnosti počítat. Pokud pacient nechce nebo neumí počítat, zvolí se alternativní úloha, kde se hláskuje slovo pokrm pozpátku. Dále se může používat vyjmenování měsíců pozpátku. (Bartoš, Hasalíková, 2010)

1.1.5 Novodobá léčba demence

Dnešní doba nám k léčbě demence nabízí nepřehledné množství podpůrných metod a farmakologických přípravků, které využíváme k léčbě demence. Bohužel se stále nepodařilo najít léky ani metody, které by toto onemocnění zastavilo. Často se předepisují léky, které dokáží proces demence pouze zpomalit. Demence je progresivní a vždy končí smrtí. Farmakologická léčba je velice náročná a souvisí se somatickým stavem pacienta. K nejběžněji používaným lékovým skupinám patří antialzheimerika, která smí předepisovat pouze specialista, lékař s psychiatrickou odborností. Zejména u vaskulárních demencí se podávají vitamíny ze skupiny B. U akutních, neklidných pacientů trpících demencí se nejčastěji indikují antipsychotika a k potlačení úzkosti či depresí se předepisují antidepresiva. Vhodnou léčbou, která dnes existuje využívá inhibitory cholinesterázy. Tyto léky brání enzymu v rozkládání důležité chemické látky. V léčbě demencí jsou používány rovněž nefarmakologické postupy, které jsou zaměřeny na zachování pacientových kognitivních funkcí a soběstačnosti v aktivitách denního života, zmírnění problémového chování včetně psychologických příznaků demence. Nemělo by se zapomínat, že i u demenčních pacientů je velmi důležitá psychoterapie a rehabilitace. Psychoterapie spočívá v tom, že lékaři, sestry a další lidé v okolí pacienta, mají pro jeho paměťové potíže pochopení. U laické veřejnosti, především u mladších lidí se často setkáváme s tím, že se seniorům smějí či posmívají. Pro demenční pacienty je vhodná rehabilitace, kde může vykonávat drobné činnosti, které je schopen (mytí nádobí, vaření, šití, pletení a různé ruční práce). Dále jsou také vhodná krátká cvičení paměti. Vzpomínání na mládí, kde pracovali nebo kam cestovali. Takové cvičení nesmí být moc dlouhé, protože pacienti se rychle unaví. (Kučerová, 2013; Joy A. Glenner, 2012) Nefarmakologickou součástí léčby bývají také různé alternativní metody. Tyto metody provádí specialista fyzioterapeut. Fyzioterapii provádí fyzioterapeut, který získal vzdělání dle schválených studijních programů MZČR (Ministerstvo zdravotnictví České republiky). Podmínkou úspěšné léčby je, aby společně spolupracovali všichni členové ošetrovatelského týmu, popřípadě rodina nemocného s demencí. První možnou takovou metodou je fyzioterapie. Fyzioterapie je metoda, která slouží k navrácení a udržení mobility pacienta. Při fyzioterapii se využívají různé kompenzační pomůcky, které pacientovi s demencí mohou pomoci. Při cvičení je zapotřebí navázat kladný vztah k pacientovi a získat si jeho důvěru. Doporučuje se na něj nespěchat, být trpělivý

a laskavý. Fyzioterapeuti, pokud je to možné, by se neměli u pacienta střídat. Odlišnou a zajímavou metodou pro pacienty s demencí je kinezioterapie, kterou můžeme formulovat takto: „*Kinezioterapie je cíleným působením na psychiku nemocného, na jeho duševní procesy, funkce, stavy, osobnost a její vztahy prostřednictvím předem určeného, aktivně prováděného pohybového programu, využívajícího prvků tělesných cvičení, sportů a pohybových her.*“ (Hátlová, 2003, s. 11)

V praxi to znamená, že působíme na psychiku nemocného, duševní procesy, jeho stavy a osobnost jako takovou. Cílem je zvýšit pacientovu sebeúctu a odolnost vůči zátěži. Takto směřovaná terapie nám pomáhá omezit deprese a úzkosti. Zdokonaluje se verbální a neverbální komunikace a zlepšují se jeho mentální funkce. Cvičení by mělo probíhat každý den, ve stejnou časovou dobu. Při kinezioterapii se využívají různé kompenzační pomůcky, které pacientovi s demencí mohou pomoci. Například činka, molitanové míčky různých velikostí, klasické míče a další pomůcky. Při kinezioterapii můžeme využít napodobování některých sportovních činností jako například (plavání, pádlování, veslování, boxování). Dále využíváme běžné pracovní činnosti jako (řezání pilou, míchání, praní, ždímání, sekání,) nebo hru na hudební nástroje, například (trubku, housle, flétnu). Specifikem je, že lidé s demencí využívají především nápodobu, nemůžeme jim verbálně popisovat cvik, aniž bychom ho předvedli. Jednotlivé cviky by se měly zaměřovat vždy jen na určitou část těla. Kupříkladu cvik, při kterém má cvičící zapojit dolní i horní končetiny a zároveň i hlavu, bývá pro lidi s demencí příliš složitý. Ergoterapie je metoda, která nabízí aktivní pomoc lidem různého věku, kteří jsou psychicky či fyzicky postižení. Cílem ergoterapie je dosažení co největší soběstačnosti a nezávislosti. Tato metoda by měla být součástí každého ošetrovatelského týmu. Provádí se například ruční práce, kde dochází ke koordinaci pohybu kloubů a zvýšení svalové síly. Při ergoterapii je důležité, aby jedinec viděl výsledek práce. Pro pacienta s demencí je ergoterapie v každodenním režimu velice důležitá. Metoda muzikoterapie zlepšuje psychickou pohodu pacienta s demencí. Cílem této metody je napomáhání psychické pohody pacienta. Posiluje sebevědomí pacienta, protože texty a melodie písní zůstávají v dlouhodobé paměti. K terapii se využívá buď poslouchání hudby, zpívání písní nebo hraní na hudební nástroj. Muzikoterapie má na posluchače utišující a uklidňující vliv. Umožňuje zahledět se do svého nitra a regenerovat se. Výzkumy dokázaly že po 10 minutách vhodně vybrané hudby mizí u většiny osob únava a lépe se jim dýchá. Zpomaluje se také srdeční činnost. Hudba a speciálně zvolený tón se používá rovněž při zmírňování bolesti a snižování strachu.

Muzikoterapie může být vedena individuálně nebo ve skupině. Výběr závisí na diagnóze, symptomech, terapeutickém cíli a době léčení. Následující metoda je arteterapie, která zvyšuje sebevědomí člověka, integruje jeho osobnost a dodává mu naplnění života. Arteterapie znamená léčbu výtvarným uměním. Arteterapie u seniorů má snahu aktivizovat zbytky jejich vitality a stimulovat jejich kreativitu. Arteterapie může být buď aktivní nebo pasivní. Při pasivní terapii jedinec navštěvuje přednášky o dějinách umění nebo sleduje filmy a dokumenty. Při aktivní terapii naopak vykonává nějakou činnost. Nejčastěji je to činnost divadelní nebo pohybová. Terapie je individuální nebo skupinová. U individuální terapie je výhoda, že klient má svého terapeuta jen pro sebe. Při této formě terapie vzniká mezi klientem a terapeutem užší pouto. Klient se většinou více otevře, protože veškerá pozornost patří právě jemu. Pasivní terapie má mnoho kladů i záporů. Mezi výhody můžeme zařadit, že pokud jedinci trpí stejnou poruchou, mohou se navzájem podporovat. Nevýhodou je, že terapeut musí zorganizovat lekci tak, aby se každému dostalo to, co právě potřebuje. Všichni členové skupiny by měli dostat stejný prostor, aby se mohli vyjádřit k danému problému. Poměrně oblíbenou terapií je canisterapie. Canisterapie je léčebný kontakt psa a člověka. Všechny druhy canisterapie mají zásadní význam pro pacienty. Terapie rozvíjí hrubou a jemnou motoriku a rozvíjí orientaci v prostoru i čase. Zároveň mají velký vliv na psychiku a přispívají k duševní rovnováze a motivaci. Působí také jako rehabilitační práce, v polohování a relaxaci. Canisterapie je vedena profesionálem, pedagogem, lékařem nebo fyzioterapeutem. Pes musí mít canisterapeutické zkoušky, kde prokazuje svoji způsobilost. Při canisterapii pomáhají psi různých druhů plemen. Důležitou podmínkou vhodnosti psa pro účely canisterapie je především jeho povaha. (Šiřková, 2002; Holmerová, 2007).

1.2 Specifika práce sestry na gerontopsychiatrii

Sestra pracující na gerontopsychiatrii musí mít ukončené adekvátní vzdělání. Vzdělání zdravotnických pracovníků upravuje zákon č. 201/2017 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu. Zákon, kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). V ošetrovatelské péči je důležité využívat holistického přístupu ke zdraví. Za posledních

dvacet let došlo k velkému posunu ve vztahu psychiatricky nemocných a psychiatrického personálu. Od tradičního lékařského modelu, kdy byl pacient pouze příjemce ošetrovatelské péče. Holistický přístup vyžaduje analýzu onemocnění a poskytování zdravotní péče, která bere na vědomí a reaguje na všechny možné faktory, které mohou ovlivňovat zdraví člověka. Na tomto oddělení je velice důležité, aby sestra navázala blízký vztah s pacientem a získala jeho důvěru. Sestra musí být pro pacienta oporou, proto je tato práce velmi náročná jak po psychické, tak fyzické stránce. Důležité je také, aby pacient i jeho rodina měli dostatek informací o hospitalizaci, proto je sestra musí důkladně seznámit se specifickým režimem na oddělení a nedůležitějšími pravidly. Sestra by měla být manuálně zručná, protože se často setkává s nespolupracujícími a agresivními pacienty. Sestra sleduje pacientův psychický stav, příjem potravy a tekutin a kvalitu spánku. Tak může zavčas odhalit poruchy myšlení či přicházející neklid. To ji umožní přizpůsobit komunikaci s pacientem a provádí o tom záznam do dokumentace. Náplň práce o tyto pacienty je především základní péče v těch oblastech, které pacient není schopen sám zvládnout, medicínská péče a každodenní aktivizace pacienta. Důležité je vést pacienta k soběstačnosti, včasná mobilizace a v neposlední řadě psychosociální péče. Cílem je zachovat či zlepšovat kvalitu života (Marková, 2006; Wade, 2015, online; Schuler, Oster, 2010).

1.2.1 Pracovní přetížení sester

Sestry jsou při ošetrování pacientů vystaveny zvýšenému psychickému napětí, které vyplývá z vlastní práce sestry. Příčinami psychického vypětí pracovního charakteru jsou nepřetržité vysoké nároky na pozornost ošetrovatelského personálu a jeho reakce. Nemocní pacienti znamenají pro ošetřující personál často přetížení nejen z časového hlediska, ale i z hlediska trvalé konfrontace s vitálně ohroženými lidmi, kteří jsou zcela závislí na jejich zručnosti. Cítí, že pacienti vyžadují jejich velké nasazení. Nejvíce nároční jsou ti co si pořád stěžují a agresivní pacienti. Reakce na přetížení nebo na chování pacientů se projevuje jako stažení se do emocionální neutrality. Další reakcí může být u lékařů či sester kteří mají sklon k obětování se, úplná identifikace s vlastní rolí, kdy vlastně žijí svojí profesí a už nemají skoro žádný soukromý život. To se nedá vydržet dlouho, dochází pak k rezignaci a vyčerpání. Nezdravě vysoké pracovní nasazení se obvykle projevuje tím, že si člověk nedokáže od práce dát odstup, tímto stylem často dochází k syndromu vyhoření. Zejména na psychiatrických odděleních dochází k syndromu

vyhoření mnohem častěji. Práce a poskytování podpory osobám, které jsou přímo ohroženy na zdraví je pro pomáhající velice náročná. Kromě složitého jednání se samotným pacientem, musí pečovatel také komunikovat s jeho blízkými, což bývá mnohdy ještě těžší. Syndrom vyhoření bývá popisován jako stav emocionálního vyčerpání vzniklý v důsledku nadměrných psychický a emocionálních nároků. Syndrom vyhoření není dosud brán jako nemoc. Většinou postihuje lidi, kteří jsou velice výkonní, snaží se něčeho dosáhnout, chtějí něco změnit, jsou cílevědomí a právě pro ně je největší ztrátou, že něčeho nemohou dosáhnout. Tím jsou ohroženi syndromem vyhoření. Důležité je získat si odstup. Prvním krokem je přiznat si, že je toho na vás moc a vytvořit si fyzický odstup. Odjet minimálně na týden pryč, soustředit se na svoje koníčky. Někdy může být syndrom vyhoření v natolik pokročilém stádiu, že si sami nejsme schopni oddechový čas dopřát. Důsledky pracovního přetížení sester jsou většinou problémy spojeny s pohybovým aparátem. Častým problémem jsou bolesti zad. Ty mohou být spojeny s velkým přetížením, například vysoká hmotnost pacienta a jeho polohování. V takovém případě můžete na základě lékařského doporučení zažádat o rehabilitační léčebný pobyt. Dalším problémem bývá onemocnění žil dolních končetin z důvodu nadměrného stání na nohou. Často se stává, že sestra utrpí pracovní úraz nebo je poškozena pacientem. Pracovní přetížení sestry má dopad i na pacienty a na kvalitu poskytované péče. Každý člověk je jiný, proto každý reagujeme na zátěž jinak. Na pacienta to může mít dopad takový, že se uzavře sám do sebe a nebude chtít obtěžovat. Pacienti mívají pocit, že se stávají předmětem péče a nejsou schopni projevit emocionální náklonnost a sympatii. (Kallwas, 2007; Bartošíková, 2000; Stock, 2010)

1.3 Specifika ošetrovatelské péče u osob s demencí

Ošetrovatelská péče o pacienty s demencí je zajišťována ošetrovatelským týmem složeným z všeobecných či psychiatrických sester, ošetrovatelů, ergoterapeutů, pracovníků provádějících bazální stimulaci a fyzioterapeutů. Tato péče je dlouhodobá, náročná a vyčerpávající, proto by profesionální pečující měl být psychicky vyrovnaný, k poskytování péče dostatečně kvalifikovaný a rovněž motivovaný. K pacientům trpící demencí bychom měli přistupovat trpělivě, individuálně a trvale sledovat jejich stav. Měli bychom neustále zjišťovat co by si přáli a co potřebují. Důležité je respektovat pacienta jako osobu, ale zároveň se nebát s nemocným se zasmát. Ošetrovatelský personál by se měl co nejvíce vcítit do jejich role, nespěchat a komunikovat i nonverbálně.

Důležité je se snažit, aby si nemocný co nejméně uvědomoval svoji nesoběstačnost. Vedle uspokojování základních potřeb jsou stejně u pacientů s demencí důležité potřeby uznání, bezpečí a jistoty. (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kolektiv, 2007)

Jedna z hlavních zásad v péči o pacienty s demencí je péče o výživu a hydrataci. U osob s demencí může být nesprávně vyvážená strava. Mohou se zapomenout najíst nebo jí stále například jen sušenky. Mnoho zdravotních potíží z nedostatku příjmu základních živin vede například zácpě či průjmům, snižování tělesné hmotnosti a slabosti. Následně může docházet k úrazům. Přijímání stravy patří k běžným denním činnostem, přesto však vyžaduje pozornost. Jeden z nejčastějších problémů je, že se pacient s demencí začne dávat. Proto by se pacient s demencí nikdy neměl nechávat samotný při jídle. Nesmí se na pacienty spěchat nebo je do jídla nutit. Může to pak vést ke ztrátě chuti k jídlu a dalším problémům. Také by se nemělo pacientům pomáhat více, než je nutné. Nápoje pro pacienty s demencí by se měly podávat v hrnku a musí se dbát, aby nebyly příliš horké. Je třeba sledovat celkový pitný režim a provádět o něm záznam do dokumentace. V pokročilých stádiích demence se stává koupání a mytí vlasů velice obtížné. Nikdy by jsme neměli zapomínat, že pocit sebeúcty i v pokročilých stádiích je pro pacienty s demencí stále důležitý. Vždycky bychom se měli vžít do jeho situace. Nejdůležitější je všechny úkony zjednodušovat a dávat pacientovi pokyny, případně mu dopomáhat. Důležité je, aby jednotlivé kroky při hygienické péči následovaly pokaždé ve stejném pořadí. Neměli bychom po pacientovi chtít, aby se koupal, když je unavený či neklidný. Pro pacienta s demencí je velice důležité zachovat pocit důstojnosti a co nejvíce soukromí. Ke každodenní hygienické péči by mělo patřit mytí obličeje, rukou, podpaží a mytí genitální oblasti. Přibližně dvakrát týdně je třeba pacienta vykoupat, nebo dle aktuální potřeby. Starší osoby mají křehčí a sušší pokožku, častým koupáním se pokožka ještě více vysušuje. Péče o dutinu ústní je jedna z činností, která je ještě větší samozřejmost, než samotné koupání. Čištění zubů je pro pacienty s těžším postižením někdy dost obtížné. V koupelně se vždy musíme ujistit, že je tam teplo a bezpečno. Během koupání si také všímáme, jestli na sobě pacient nemá nějaké změny na kůži. Z dalších činností by mužští pacienti měli být zvyklí na holení tváře. Pro pacienty s demencí je to mimořádně náročný úkon, proto ho k tomu nenutíme každý den. Holení má přispět k tomu, aby se pacient s demencí cítil příjemně a zachoval si důstojnost. Inkontinence je v pokročilém stádiu jedním z hlavních problémů. Neschopnost ovládat močový měchýř nebo střeva se ze začátku vyskytuje jen občas. Později tento problém může dojít až v chronický stav. Většinou se vždy začne projevovat močová inkontinence, později

však i inkontinence stolice. Péče o pacienta s inkontinencí je časově velmi náročná. Hlavním důvodem pro umístění pacienta do pečovatelského domu je právě inkontinence. Cílem je prevence infekce močového ústrojí, prevence zácpy a zachování o nejdelší kontinenci a soběstačnost pacienta. Na oblékání by se mělo vždy vyhradit dostatek času. Pacientům s mírnou demencí oblékání nečiní potíže, pokud se nejedná o složitější výkony. Nejčastější potíže pro pacienty s demencí je například zapínání miniaturních knoflíčků, navlékání punčocháčů nebo manipulace se zapínáním šperků. Důležité je pacientovi umožnit, aby se co nejdéle mohl oblékat bez cizí pomoci. Poruchy spánku bývají také častým problémem u pacientů s demencí. Pacienti s demencí jsou většinou v noci bdělí a den by prospali. V noci pacienti mají tendenci provádět různé aktivity. Toto je při hospitalizaci pacientů s demencí hlavní problém nejen pro spolupacienty, ale také pro personál. Pacient by měl mít přes den co nejvíce aktivit, aby se předešlo nočnímu buzení. Proto pacientům nabízíme přes den program v rámci ergoterapie. Ležícím pacientům nabízíme na lůžku různé drobné činnosti tak dlouho, dokud je to možné. Problém je v tom, že pacienti tráví přes den nejvíce času v posteli kvůli léčebnému režimu. (Holmerová, 2007; Joy A. Glenner, 2012)

1.3.1 Komunikace a přístup k osobám s demencí

K pacientům s demencí přistupujeme velice pečlivě a trpělivě, pátráme po tom co si přejí a co potřebují. Každý člověk pracující s člověkem s demencí by měl přistupovat empaticky, nespěchat na ně, komunikovat verbálně i nonverbálně. Vždy respektujeme pacientovu důstojnost, chováme se tak, abychom pacienta neuráželi a neponižovali. Postižení kognitivních funkcí má za následek větší zranitelnost a pacient potřebuje dostatek podpory. Pacientovi s demencí vystupují do popředí potřeby uznání, jistoty, lásky a bezpečí. Přístup k pacientům se liší podle stupňů demence, pacienta přijímáme takového jaký je. Podporujeme ho. Laskavě ho provázíme životem. Vyjadřujeme mu laskavost a pochopení ve všech situacích. Snaha pomoci je pro osoby s demencí také velice důležitá. Přistupujeme na pravidla, která budou obě strany chápat a respektovat. Takovýto přístup se nazývá chování typu „máma“. Často je také vhodný důraznější a přísnější přístup, který se ale nesmí přehánět, abychom nebyli arogantní a hrubí. Vysvětlujeme určité věci s větší důrazností a předpokládáme, že je pacient bude chápat. Takovýto přístup se nazývá chování typu „táta“. Poslední chování typu „kouč“ je o motivaci, chválení a podávání pozitivní zpětné vazby. I při neúspěchu by je měl

personál podporovat a pacienta stále motivovat. Komunikujeme s pacientem jasně důsledně zároveň mile a citlivě, velmi zvažujeme situace, kdy musíme jednat důrazně. Postoj pečujícího k nemocnému je nejdůležitější a je základem dobrého přijetí a vztahu mezi nimi. Pacienti s demencí potřebují mít jistotu, že jim pečující chodí pomoci. Dobré přijetí je důležité, protože člověk s demencí musí být rád viděn a vítán. Často stačí pouhý úsměv nebo pohlazení. To v pacientovi vyvolá uspokojivý pocit. Naopak, když je pacient přehlížen a personál si ho nevšímá, může se chovat neklidně až agresivně. Všichni lidé s demencí chtějí být považováni za ty, kým byli a proto je důležité ocenění. Fyzický kontakt je také velice důležitý a individuální. Musíme si dávat pozor, protože některým lidem fyzický kontakt může být nepříjemný. Komunikujeme jednoduše ale jasně, protože schopnost nemocných přijímat podněty je velice omezená. Na komunikaci bychom měli mít dostatek času a nespěcháme na nemocné. Důležitá je také komunikace s rodinnými příslušníky. Pokud je potřeba, podáváme jim rady jak mají s nemocným jednat. Získáváme od nich informace o pacientově životě, co měl rád. Komunikace personál versus rodina je stěžejní. Sdělujeme jim jaký bude další vývoj demence, jak si mají užívat se svým milým každý den tak dlouho, dokud to půjde. (Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009).

1.3.2 Úprava prostředí pro pacienty s demencí

Prostředí pro pacienty s demencí by mělo být bezpečné a přehledné všude tam, kde krátkodobě či dlouhodobě pobývají. Všechny místnosti by měly být jasně označeny, nápisy musí být dostatečně velké a čitelné. Například pro označení WC a koupelny je možné využít i jednoduché symboly tzv. piktogramy. Je možné umístit na dveře také různé výstražné značky, které mohou zabránit vstupu nemocného do místností, kde mu hrozí nebezpečí nebo opuštění oddělení. Je nutné mít na mysli, že tato opatření jsou účinná pouze v časném stádiu demence, kdy ještě není porušena schopnost čtení a myšlení. Finančně náročnějším opatřením je využití alarmů a zvonků na dveřích. Levnější variantou je nalepení reflexní pásky kolem dveří. Toto opatření je účinné hlavně v noci. V nočních hodinách je také vhodné nechat v koupelně a na WC rozsvíceno. Po celé koupelně i u záchodu je potřeba umístit pevná madla. Madla jsou vhodná všude tam, kde se nemocný pohybuje. Ve sprchách by měly být pevné závěsy, protiskluzové rohože a na WC vyvýšená toaletní mísa pro snadnější zvedání nemocných a také usnadnění asistence pečovatele. Také je vhodné používat těžký nábytek, aby se jednoduše nepřevrhl, když se o něj pacient opře. V nemocnici se toto opatření může týkat také

pojízdných jídelních stolků, které by se neměly nechávat odbržděné u lůžka pacienta. V pokročilém stádiu demence je nebezpečné nechávat v blízkosti pacienta kosmetické přípravky a holení. Ukládáme je označené na místo, kam pacient nemá přístup. Také všechny zásuvky by měly být opatřeny plastickými ucpávkami. Je třeba zajistit uzamknutím jednotlivých místností, ve kterých jsou přístroje, ostré předměty nebo léky a chemické látky. Nemělo by docházet k ponechání klíče v zámku od jakýchkoliv dveří na oddělení. Je dobré opatřit vchodové dveře kulatými klikami nebo brzdičkami. K minimalizaci možnosti pádu je dobré, aby měli pacienti nižší lůžka. U těžších forem demence se používají omezovací prostředky. Nejčastěji to jsou zábrany na lůžka jako prevence proti pádu. Používání omezovacích prostředků je třeba považovat za krajní řešení v případech, kdy je to nezbytně nutné pro odvrácení bezprostředního ohrožení života, zdraví a bezpečnosti pacienta, ostatních pacientů a personálu. K omezovacím prostředkům je možno přistupovat až tehdy, byly již možnosti jako jsou slovní pokyny, nebo vysvětlení vyčerpány. Důvodem nesmí být usnadnění péče pacienta s demencí. U pacienta s demencí musí být použit nejméně omezující prostředek odpovídající účelu pro jeho použití. Omezovací prostředky by měly být ukončeny okamžitě, jakmile pominou důvody omezení. O použití omezovacích prostředků se vede záznam a provádí se pouze s písemným souhlasem lékaře. (Holmerová, 2007)

1.3.3 Zvládání změn chování u osob s demencí

Mezi nejčastějšími typy problémového chování patří úzkost, pláč, křik, agrese, agitovanost, halucinace, podezřivost a bloudění. Některým pacientům neubere demence z jejich klidu, ale takových je opravdu málo. Musíme myslet na to, že pacienta s demencí nemůžeme přimět, aby se zase choval normálně. Měli bychom se soustředit na oblasti, kde skutečně můžeme něco zlepšit. Jednou z příčin může být zhoršení některých schopností v důsledku nemoci, například halucinace či bludy. Důležitá je empatie. Když se vcítíme do pacienta, bude pro nás snazší pochopit příčiny problému. Každý by měl myslet na to, že to, jak se chová je „správné“, protože u pacienta s demencí je to normální. Pacienti s demencí se takto chovají, protože jsou nemocní. Při změně chování by se měli určit cíle, zamyslet se nad tím jak problém budeme řešit a naplánovat si jednotlivé kroky, jak budeme postupovat. Některé projevy se mohou stát problémem díky souvislostem, ve kterých se vyskytují. Noční probouzení může být jedním z nich. V pečovatelském zařízení, kam každý večer přichází čerstvý personál, který může

pacienty s demencí zaměstnat a dohlížet na ně. V domácím prostředí, kde o postiženou osobu pečuje partner sám nebo rodina, nedostatek spánku brzy vyčerpá. Cílem péče není učit lidi, aby se chovali podle nejvyšších etických principů, cílem je, dovolit lidem s demencí, aby mohli být sami sebou a vytvořit jim k tomu nejlepší podmínky. Problémové chování se vyskytuje častěji, když je pacient s demencí unavený. Proto ráno bývá problémů méně než v pozdějších hodinách. Toto chování se většinou projevuje úzkostí, neklidem a nechutí cokoliv dělat. K dalším problémům patří převrácený denní režim. Často mohou mít za příčinu problémového chování i léky. Toto podezření můžeme mít, když se u pacienta s demencí objeví ztráta vědomí nebo malátnost. Tyto problémy se vždy musí řešit ve spolupráci s lékařem. Halucinace jsou dalším z problémů, pro pacienty s demencí je to něco skutečného. Nikdy by se neměli popírat, pacient s demencí se může rozrušit a nebude nám důvěřovat (Joy A. Glenner, 2012).

2 Praktická část

2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

V bakalářské práci zaměřené na Specifika ošetrovateľské péče o osoby s demencií jsme si zvolili jeden cíl, se kterým souvisí čtyři výzkumné otázky.

Cíl : Zjistit specifika ošetrovateľské péče o osoby s demencií.

Stanoveny byly tyto výzkumné otázky:

1. Jaká jsou specifika ošetrovateľské péče o osoby s demencií?
2. S jakými problémy se setkávají sestry při péči o osoby s demencií?
3. Jakým způsobem si sestry pracující v zařízeních pro pacienty s demencií doplňují informace o komplexní ošetrovateľské péči?
4. Jakým způsobem jsou zapojeni rodinný příslušníci do péče při poskytování komplexní ošetrovateľské péče o osoby s demencií?

2.2 Metodika výzkumu

Pro výzkumné šetření byl zvolen proces kvantitativního výzkumu prostřednictvím dotazníkové techniky. Aby se předešlo případnému nepochopení otázek, byl proveden předvýzkum jako nezbytná část dotazníkového šetření. Pilotní výzkum, kterého se zúčastnilo celkem 10 respondentů probíhal na interních odděleních v nemocnici Třebíč. V úvodu dotazníku byli respondenti upozorněni, že dotazník je zcela anonymní a získaná data budou využita pouze k výzkumným účelům bakalářské práce. Dotazník se skládal celkem z 27 otázek (viz příloha č. 7). Z toho 14 z nich byly uzavřené otázky, u 13 otázek byla možnost výběru více odpovědí. Otázky č.1 až č. 4 byly informativního charakteru, které se týkaly pohlaví, věku a typu zdravotnického zařízení, kde respondenti pracují. Dále uváděli nejvyšší doplněné vzdělání. Cílem otázek č. 5 až č. 14 bylo zjistit jaké jsou nejčastější specifické pomůcky, služby nebo dostupné možnosti pro osoby s demencií. Tyto otázky souvisely cílem a první výzkumnou otázkou, která zjišťovala jaká jsou specifika ošetrovateľské péče o osoby s demencií. Otázky č.15 až č.17 souvisely s druhou výzkumnou otázkou. Týkaly se hlavně s problémů při ošetrovateľské péči o osoby s demencií. Otázky č.18 až č. 21 byly zaměřeny na zdravotnický personál a jejich

informace o komplexní ošetrovatelskou péči o osoby s demencí. Otázky č.22 až č.27 byly zaměřeny na spolupráci, účasti a výhody při komplexní ošetrovatelské péči o osoby s demencí s rodinnými příslušníky.

2.3 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí

Dotazníkové šetření bylo uskutečněno v Nemocnici Třebíč na interním oddělení a léčebně dlouhodobě nemocných. Dále v Třebíči v Domově pro seniory Koutkova.

V Jihlavě pak v Psychiatrické nemocnici a v Alzheimer centru Jihlava. Podaná žádost v nemocnici Třebíč byla schválena Náčestkyní ošetrovatelské péče paní Alenou Hoškovou (viz příloha č.3). Žádost o povolení výzkumného šetření v Domově pro seniory schválila vrchní sestra Mgr. Hana Němcová, Dis. (viz příloha č.4) Žádost o povolení v Alzheimer centru Jihlava schválila ředitelka zařízení Mgr. Renata Hornáková a vrchní sestra Mgr. Hana Donutilová (viz příloha č.5). Žádost v Psychiatrické nemocnici Jihlava schválila hlavní sestra paní Jana Flašková (viz příloha č. 6). Účastníky dotazníkového šetření byl různý zdravotnický personál. Výzkumným prostředím, kde probíhalo dotazníkové šetření, byla specializovaná oddělení nebo jiné zdravotnické zařízení pro osoby s demencí. Nejvíce respondentů pracovalo na interním oddělení (28 respondentů), léčebna dlouhodobě nemocných (27 respondentů) a na gerontopsychiatrickém oddělení (25 respondentů). Bylo rozdáno celkem 120 dotazníků. Ke zpracování a vyhodnocení se vrátilo celkem 115 dotazníků, které byly hodnotitelné.

2.4 Průběh výzkumu

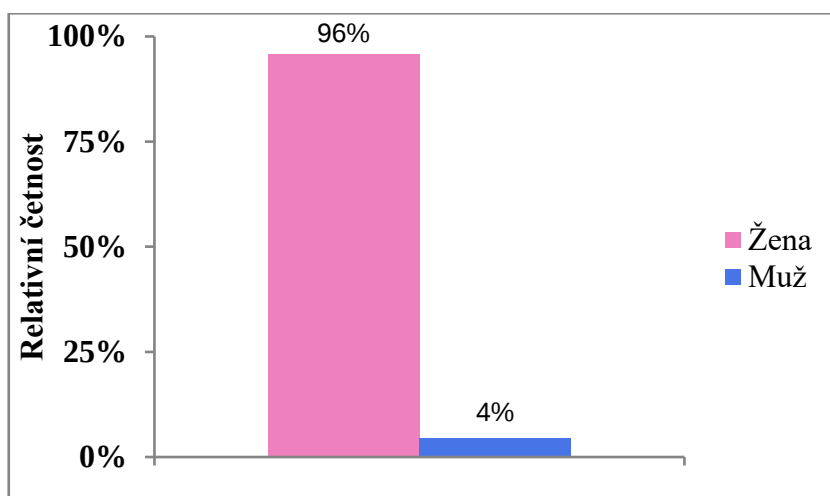
Respondenti vyplňovali dotazník celkem ve 4 zdravotnických zařízeních. V Třebíči probíhalo dotazníkové šetření v Nemocnici Třebíč, příspěvková organizace od září 2018 do listopadu 2018. V Domově pro seniory Koutkova probíhalo dotazníkové šetření od září 2018 do listopadu 2018. V Jihlavě probíhalo výzkumné šetření v Psychiatrické nemocnici a v Alzheimer centru. Tyto výzkumy probíhaly v období října 2018 do listopadu 2018.

2.5 Zpracování výzkumu

Ke zpracování teoretické části bakalářské práce byl použit program Microsoft Word 2010. Získaná data z dotazníků byly zpracovány a následně vyhodnoceny programem Microsoft Excel 2010. Pro přehlednost výsledků výzkumu byly použity sloupcové grafy.

2.6 Výsledky výzkumu

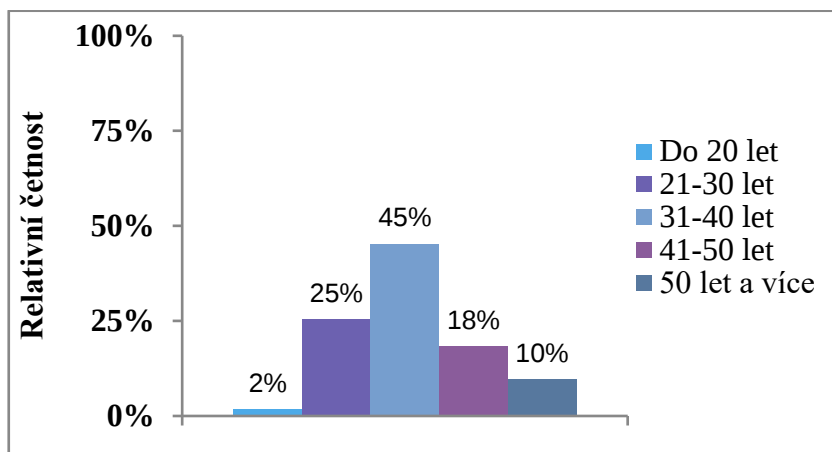
Otázka č. 1 Jaké je Vaše pohlaví?



Graf 1 Pohlaví respondentů

Graf č. 1 vyobrazuje počet mužů a žen účastnících se výzkumného šetření. Z výzkumného vzorku 115 (100%) respondentů bylo 5 mužů (4%) a 110 žen (96%).

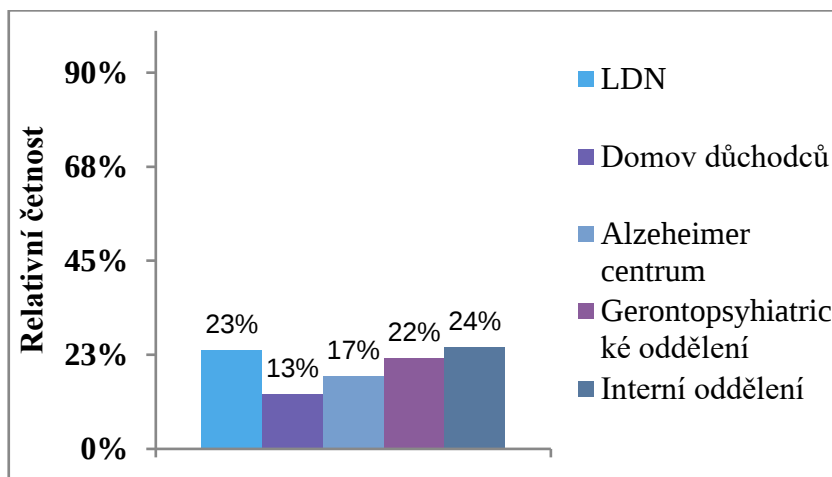
Otázka č. 2 Do jaké věkové kategorie spadáte?



Graf 2 Věk respondentů

Z celkového počtu 115 respondentů uvedlo 52 respondentů (45 %) svůj věk mezi 31 a 40 lety. Mezi 21 a 30 lety mělo 29 respondentů (25 %). Nejmladší věkovou kategorií do 20 let byli 2 respondenti (2 %). Dalších 21 respondentů (18%) bylo ve věku 41-50 let. Ostatních 11 respondentů (10%) bylo nejstarší věkovou kategorií nad 50 let a více.

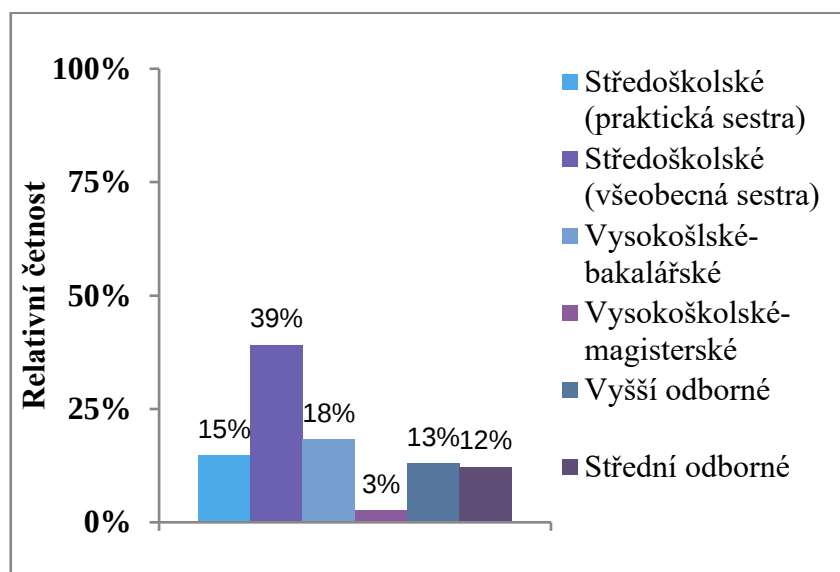
Otázka č. 3 Ve kterém typu zdravotnických nebo sociálních zařízení pracujete?



Graf 3 Typ zdravotnického zařízení

Z celkového počtu 115 respondentů pracovalo 28 (24%) na interním oddělení v Nemocnici Třebíč. Na léčebně dlouhodobě nemocných v Nemocnici Třebíč pracovalo 27 respondentů (23%) . Dalších 15 (13%) pracovalo v Domově pro seniory Koutkova v Třebíči. V Psychiatrické nemocnici Jihlava pracovalo 25 respondentů (22%). Poledních 20 respondentů (17%) pracovalo v Alzheimer centru v Jihlavě.

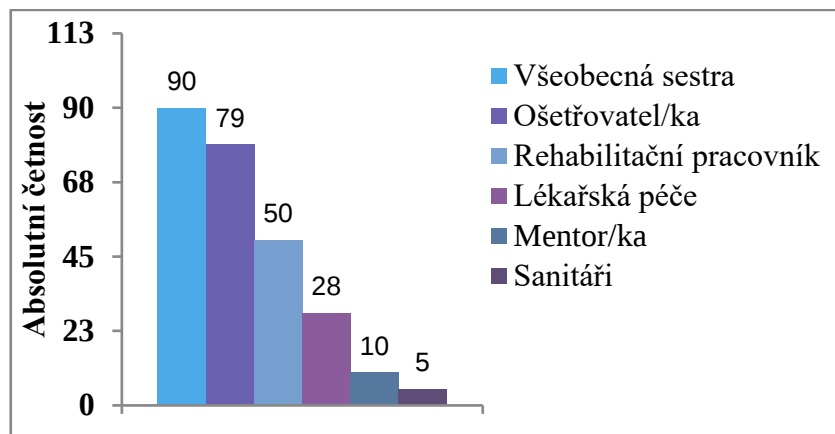
Otázka č. 4 Vaše nejvyšší doplněné vzdělání?



Graf 4 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

Z celkového počtu 115 respondentů uvedlo 45 respondentů (39%), že jejich nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské (všeobecná sestra) ukončené maturitní zkouškou. Středoškolské vzdělání praktická sestra ukončilo 17 respondentů (15%). Vysokoškolské bakalářské studium úspěšně dokončilo 21 respondentů (18%). Vysokoškolské magisterské studium dokončili 3 respondenti (3%). Na vyšší odborné škole dokončilo 15 respondentů (13%). Na střední odborné škole studovalo 14 respondentů (12%).

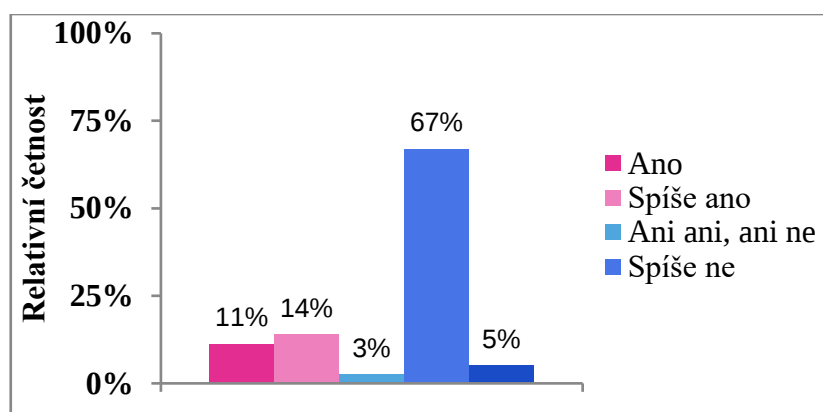
Otázka č. 5 Vyberte popřípadě dopište, kdo ve vašem zařízení pečuje o nemocné s demencí?



Graf 5 Osoby pečující o nemocné s demencí

Z celkového počtu 115 respondentů uvedlo 90 respondentů všeobecnou sestru. Dále 79 respondentů uvedlo, že o nemocné s demencí pečuje ošetřovatel/ka. Dalších 50 respondentů zvolili rehabilitačního pracovníka. Lékařskou péči zvolilo 28 respondentů. Dále lze z grafického znázornění vyčíst, že 10 respondentů dalo možnost mentor/ka. Pouze 5 respondentů doplnili možnost sanitáři.

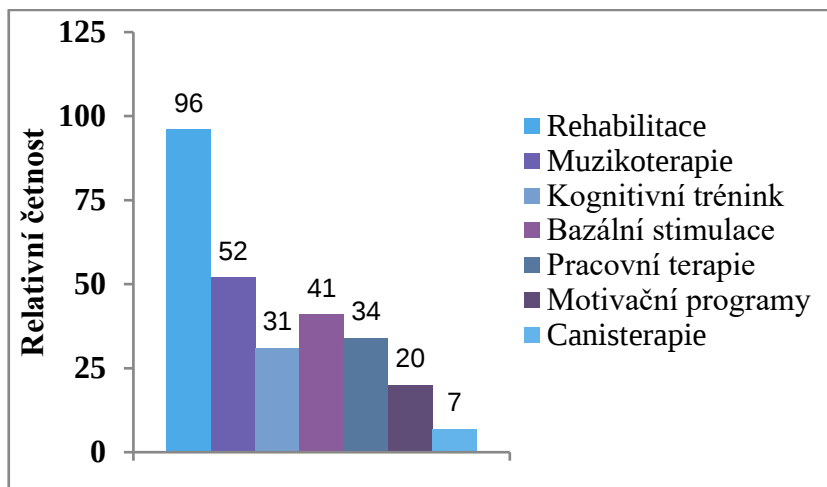
Otázka č. 6 Domníváte se, že vzhledem k Vaší práci a péči o osoby s demencí je personální obsazení dostatečné?



Graf 6 Personální obsazení

Z celkového počtu 115 respondentů si pouze 3 nejsou dostatečným personálním obsazením jistí (3%). Možnost Ano označilo 13 respondentů (11%). Spíše ano označilo 16 respondentů (14%). Pouhých 6 respondentů dalo možnost ne nikdy (5%). Odpověď na dostatečné personální obsazení dalo 77 respondentů možnost spíše ne (67%).

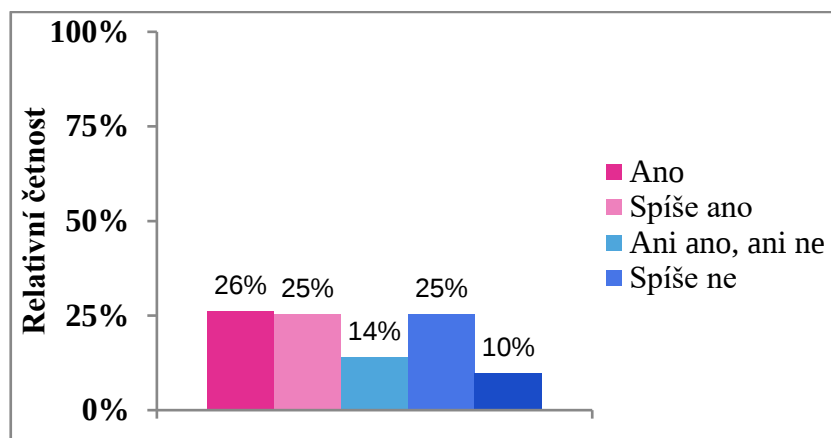
Otázka č. 7 Vyberte nebo napište, jaké máte dostupné možnosti na Vašem pracovišti, které využíváte k aktivizaci a k terapii svých pacientů s demencí?



Graf 7 Možnosti k aktivizaci pro osoby s demencí

Toto grafické znázornění zobrazuje jaké možnosti aktivizace jsou dostupné pro osoby s demencí na daném pracovišti. Respondenti byli upozorněni, že mohou označit více odpovědí. Z celkového počtu 115 respondentů dalo 96 respondentů možnost rehabilitace. Možnost muzikoterapie označilo 52 respondentů. Dalších 41 respondentů dali možnost bazální stimulace na jejich pracovišti. Pracovní terapii zvolilo 34 respondentů a možnost kognitivní trénink 31 respondentů. Dále motivační programy zvolilo 20 respondentů. Pouhých 7 respondentů doplnili možnost canisterapie v jejich zařízení.

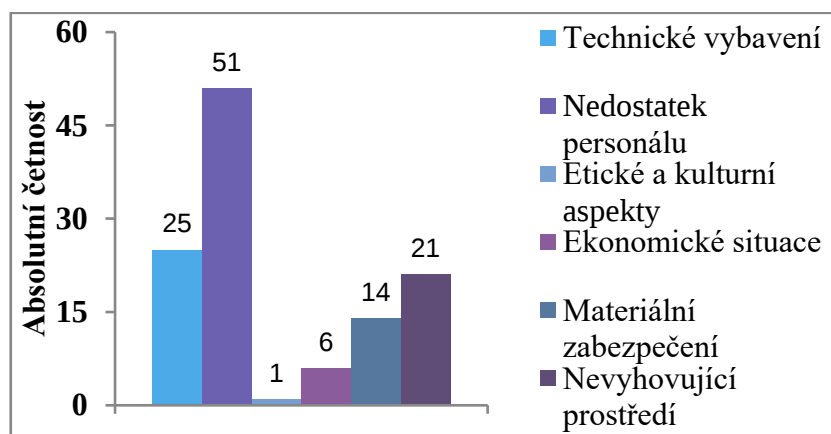
Otázka č. 8 Existují na Vašem pracovišti bariéry, které znemožňují poskytování specifické péče o nemocné s demencí?



Graf 8 Existence bariér na pracovišti

Z celkového počtu 115 respondentů odpovědělo 30 respondentů (26%) , že bariéry mají. Spíše ano odpovědělo 29 respondentů (25%) obdobný počet 28 respondentů dalo spíše ne (25%). Dalších 14 respondentů si nejsou jistí (14%). Zbýlých 11 respondentů (10%) žádné bariéry nemají.

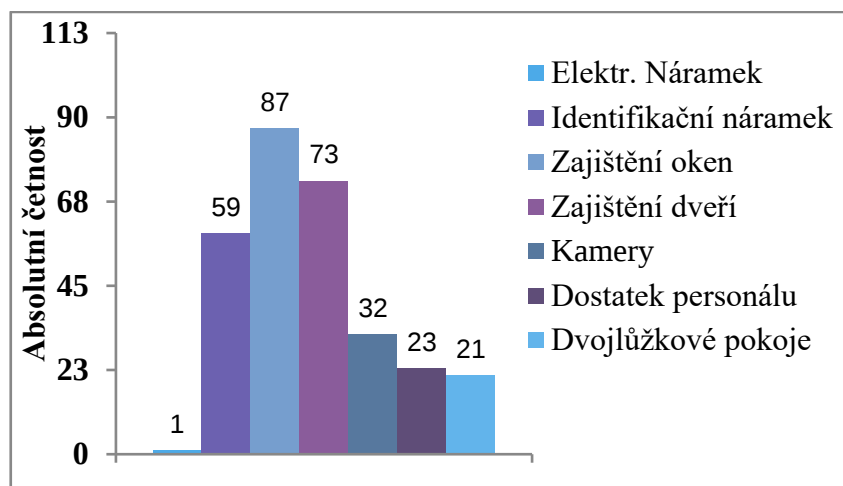
Otázka č. 9 V případě, že jste označili v předchozí otázce č.9 Ano a Spíše ano vyberte tedy z nabízených možností popřípadě jiné dopište.



Graf 9 Bariéry na pracovišti, které znemožňují péči o osoby s demencí

Z celkového počtu 115 respondentů dalo 51 respondentů nedostatek personálu. Špatné technické vybavení na pracovišti zvolilo 25 respondentů. Dalších 21 respondentů zvolilo nevyhovující prostředí. Možnost materiálního zabezpečení zvolilo 14 respondentů. Pouze 6 respondentů si všímá ekonomické situace. Etické a kulturní aspekty zvolil 1 respondent.

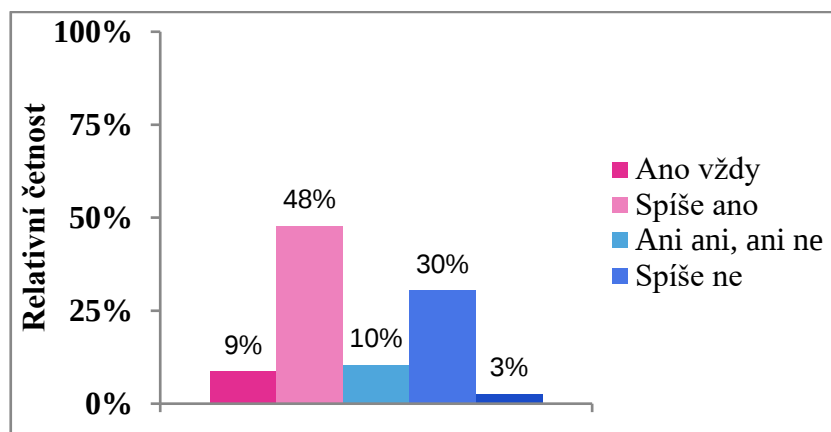
Otázka č. 10 Vyberte nebo napište, jaké způsoby zajištění bezpečnosti u Vás používáte při poskytování péče u nemocných s demencí?



Graf 10 Zajištění bezpečnosti na pracovišti

Tento graf zobrazuje způsoby zajištění bezpečnosti o osoby s demencí na daném pracovišti. Respondenti mohli určit více možností. Z celkového počtu 115 respondentů zvolilo 87 zajištění oken. Zajištění dveří zvolilo 73 respondentů. Možnost identifikačního náramku zvolilo 59 respondentů. Kamery jako bezpečnostní zařízení zvolilo 32 respondentů. Dalších 23 respondentů zvolilo možnost dostatek personálu. Obdobný počet respondentů 21 zvolilo možnost dvojlůžkové pokoje. Pouze 1 respondent zvolil elektrický náramek.

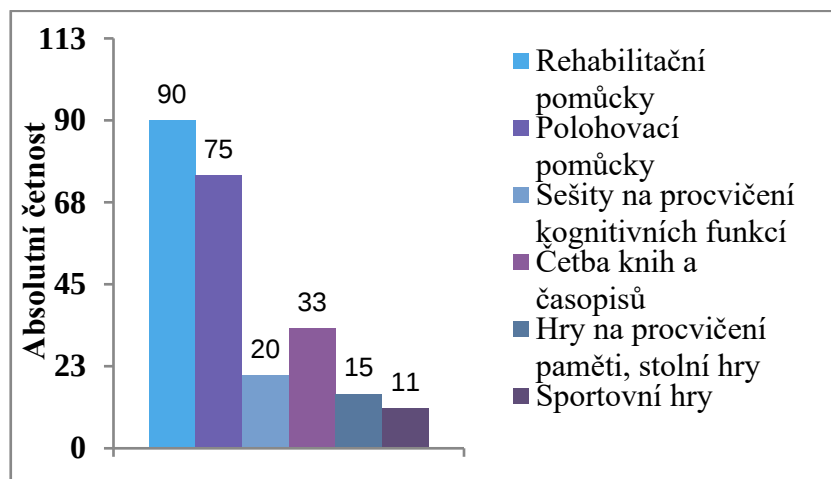
Otázka č. 11 Domníváte se, že zařízení ve kterém pracujete je dostatečně vybavené a uzpůsobené pro nemocné s demencí?



Graf 11 Vybavenost pracoviště pro osoby s demencí

Z celkového počtu 115 respondentů zvolilo 55 respondentů (48%) spíše ano. Spíše ne zvolilo 35 respondentů (30%). Dalších 12 respondentů (10%) si nejsou dostatečným vybavením jistí. Ostatních 10 respondentů (9%) dalo možnost ano. Pouhý 3 respondenti (3%) se domnívají, že jejich pracoviště není dostatečně uzpůsobené pro osoby s demencí.

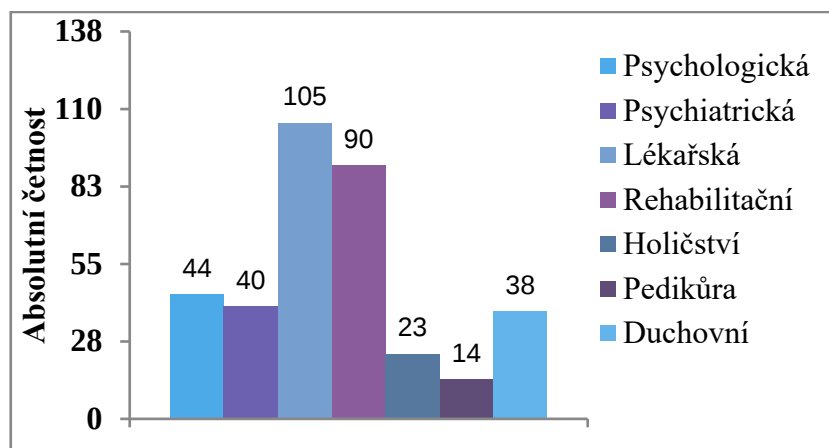
Otázka č. 12 Napište nebo vyberte jaké specifické pomůcky nebo prostředky nejčastěji využíváte v péči o nemocné s demencí?



Graf 12 Pomůcky a prostředky pro pacienty s demencí

Z celkového počtu 115 respondentů zvolilo 90 respondentů, jako nejčastěji rehabilitační pomůcky. Dále polohovací pomůcky zvolilo 75 respondentů. Dalších 33 respondentů zvolilo možnost četbu knih a časopisů. Sešity na procvičení využívá 20 respondentů. Hry na procvičení paměti 15 respondentů. Zbýlých 11 respondentů provozuje sportovní hry.

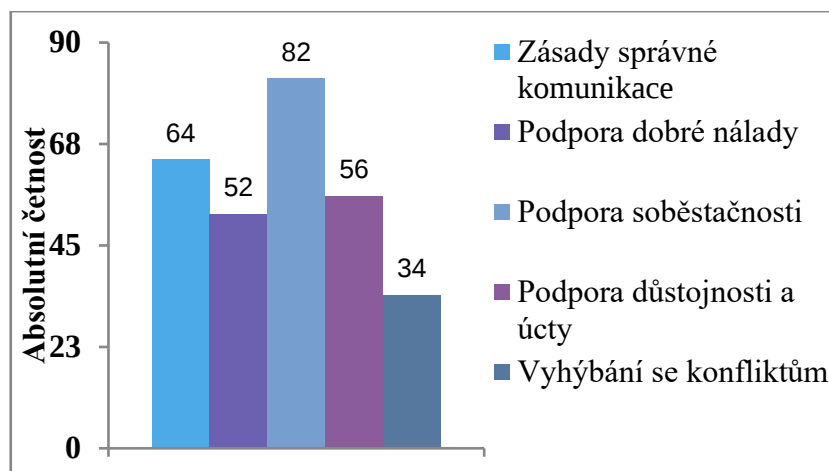
Otázka č. 13 Vyberte jaké služby poskytuje Vaše zařízení osobám nemocným s demencí?



Graf 13 Služby pro osoby s demencí

Toto grafické znázornění nám ukazuje jaké služby poskytuje dané zařízení pro osoby s demencí. Respondenti byli upozorněni, že mohou označit více odpovědí. Z celkového počtu 115 respondentů zvolilo 105 respondentů lékařskou péči. Rehabilitační služby označilo 90 respondentů. Možnost psychologické péče označilo 44 respondentů. Psychiatrickou péči zvolilo 40 respondentů. Obdobný počet, měla možnost duchovní služba, kterou zvolilo 38 respondentů. Dalších 23 respondentů zvolilo možnost holičství. Zbýlých 14 respondentů označili možnost pedikúra.

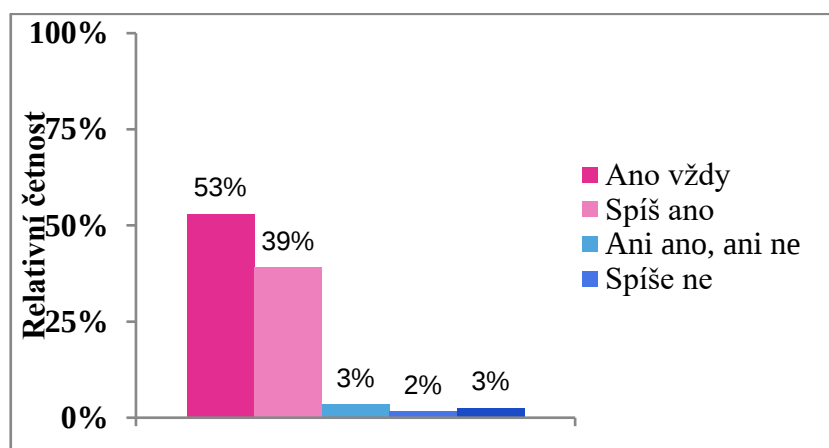
Otázka č. 14 Disponuje Vaše pracoviště některými těmito vybranými zásadami, které jsou specifické pro péči o osoby s demencí? Popřípadě doplňte jiné, které u Vás využíváte.



Graf 14 Specifické zásady při péči o osoby s demencí.

Z celkového počtu 115 respondentů zvolilo 82 respondentů možnost podpory soběstačnosti. Zásady správné komunikace zvolilo 64 respondentů. Dalších 56 respondentů zvolilo podpora důstojnosti a úcty. Možnost podpora dobré nálady zvolilo 52 respondentů. Ostatních 34 respondentů zvolilo vyhýbání se konfliktům.

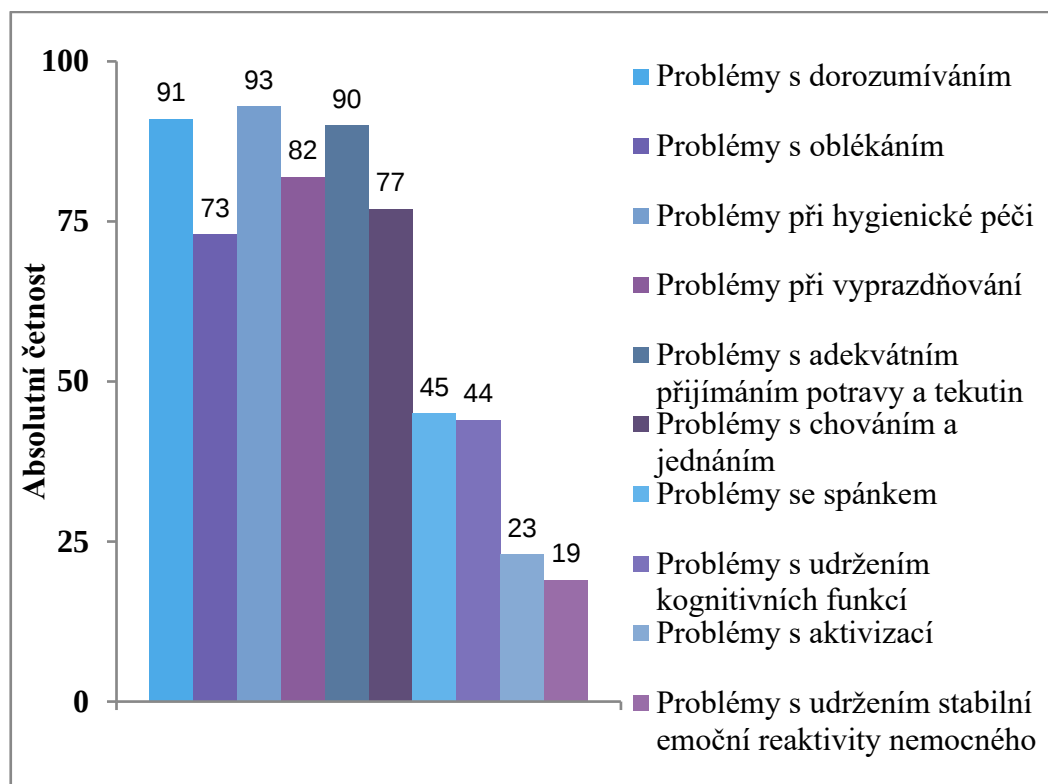
Otázka č. 15 Vnímáte péči o nemocné s demencí jako náročnou?



Graf 15 Náročnost péče o nemocné s demencí

Z celkového počtu 115 respondentů vnímá 61 respondentů (53%) náročnou péči jednoznačně. Dále 45 respondentů (39%) uvedlo, že péči jako náročnou spíše vnímá. Neutrální jsou pouze 4 respondenti (3%). Další 2 respondenti dali možnost spíše ne (2%). Pouze 3 respondenti (3%) nevnímají péči o nemocné s demencí jako náročnou.

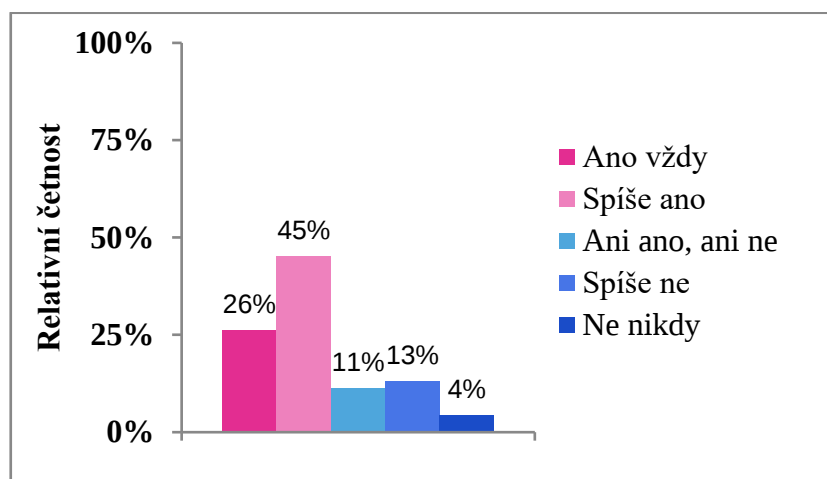
Otázka č. 16 Vyberte nebo napište s jakými problémy se setkávají všeobecné sestry při ošetrovatelské péči o nemocné s demencí?



Graf 16 Problémy při ošetrovatelské péči

Tento graf zobrazuje nejčastější problémy se kterými se sestry setkávají při ošetrovatelské péči o osoby s demencí. Respondenti mohli zvolit více odpovědí. Z celkového počtu 115 respondentů zvolilo 93 respondentů problémy při hygienické péči. Problémy s dorozumíváním zvolilo 91 respondentů. Obdobný počet 90 respondentů dalo problémy s adekvátním příjmem potravy a tekutin. Dalším 82 respondentů komplikuje ošetrovatelskou péči problémy při vyprazdňování. Problémy s oblékáním zvolilo 73 respondentů. Dalších 77 respondentů se setkávají s problémy s chováním a jednáním při ošetrovatelské péči. S problémy se spánkem se setkává 45 respondentů. Obdobný počet 44 respondentů se setkává s problémem udržení kognitivních funkcí. Problémy s aktivizací zvolilo 23 respondentů. Zbýlých 19 respondentů zvolilo problém s udržením a emoční reaktivity nemocného.

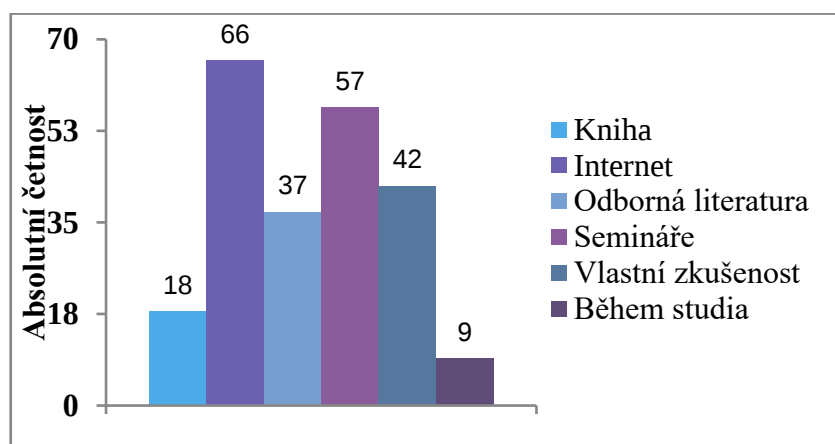
Otázka č. 17 Zajímáte se aktivně o problematiku demence?



Graf 17 Zájem o problematiku demence

Z celkového počtu 115 respondentů se 52 respondentů (45%) spíše zajímá. Jednoznačně se aktivně zajímá o problematiku demence 30 respondentů (26%). Spíše ne zvolilo možnost 15 respondentů (13%). Neutrálních respondentů je 13 (11%). Pouze 5 respondentů (4%) se aktivně o problematiku demence nezajímají.

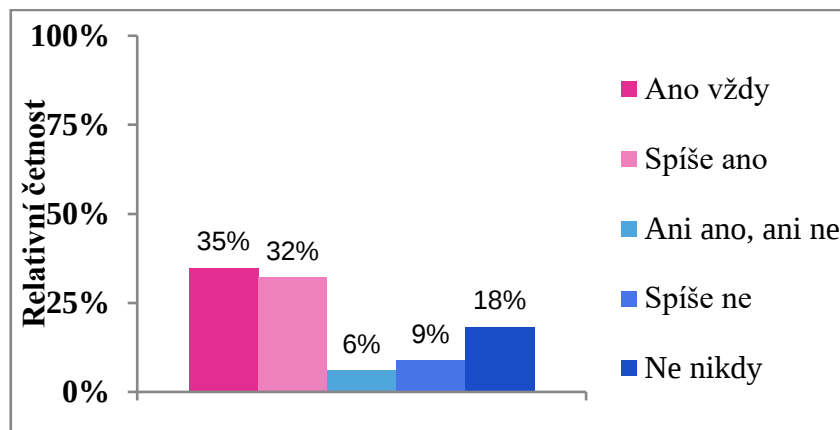
Otázka č. 18 Z jakých zdrojů nejčastěji čerpáte informace o komplexní ošetrovatelské péči o osoby s demencí



Graf 18 Zdroje informací o komplexní ošetrovatelské péči

Z celkového počtu 115 respondentů čerpá 66 respondentů z internetu. Dalších 57 respondentů chodí na semináře. Z vlastní zkušenosti čerpá informace 42 respondentů. Možnost odborná literatura zvolilo 37 respondentů. Pouhých 18 respondentů čerpá informace z knihy. Zbylých 9 respondentů během studia.

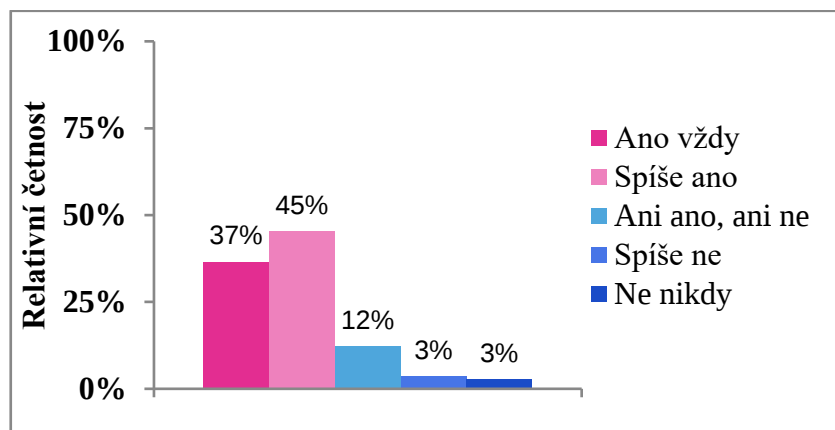
Otázka č. 19 Absolvoval/a jste někdy vzdělávací akci (kurz, seminář) zaměřenou na komplexní péči o osoby s demencí?



Graf 19 Účast na kurzu a seminářů

Z celkového počtu 115 respondentů odpovědělo 40 respondentů (35%) že se účastní vždy. Spíše ano zvolilo 37 respondentů (32%). Neutrálních je 7 respondentů (6%). Spíše se kurzů nezúčastňuje 10 respondentů (9%). Nikdy se nezúčastnilo 21 respondentů (18%).

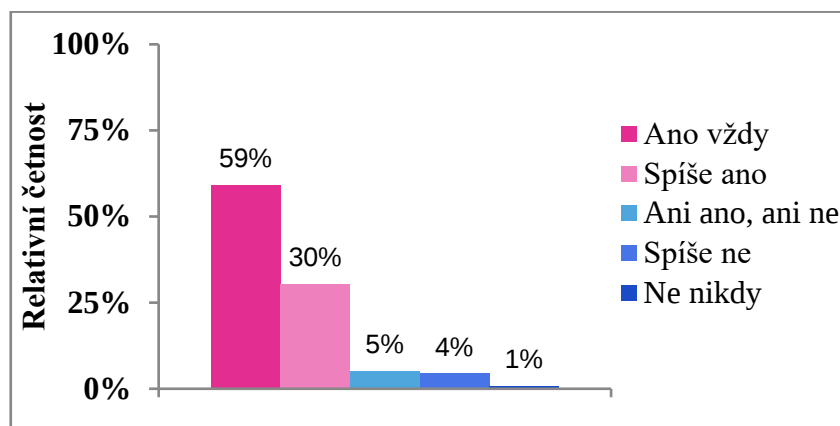
Otázka č. 20 Uvítal/a byste edukační materiál zaměřený na problematiku ošetrovatelské péče o nemocné s demencí ve Vašem zařízení?



Graf 20 Edukační materiál

Z celkového počtu 115 respondentů by 52 (45%) respondentů spíše edukační materiál uvítali. Jednoznačně by edukační materiál o problematice demence uvítalo 42 respondentů (37%). Neutrálních respondentů je 14 (12%). Spíše ne zvolili 4 respondenti (3%). Jednoznačně by edukační materiál nechtěli pouze 3 respondenti (3%).

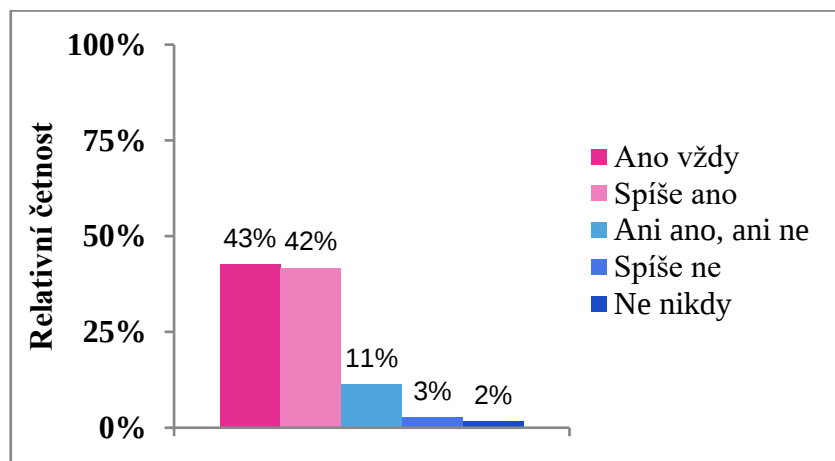
Otázka č. 21 Máte k dispozici na Vašem pracovišti standard zaměřený na specifickou ošetrovatelskou péči o pacienta s demencí?



Graf 21 Standard na pracovišti

Z celkového počtu 115 respondentů odpovědělo jednoznačně ano 68 respondentů (59%). Spíše ano zvolilo 35 respondentů (30%). Váhavých bylo 6 (5%), kteří nevěděli jestli standard mají. Spíše ne označilo 5 respondentů (4%). Pouze 1 respondent (1%) jednoznačně odpověděl, že standard nemají k dispozici.

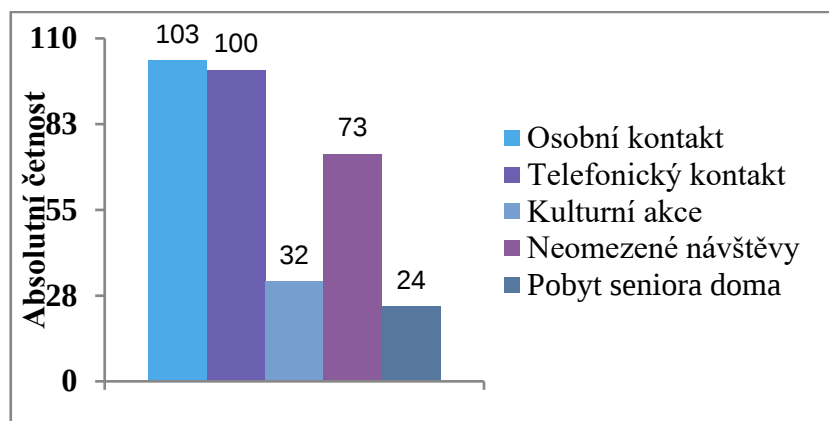
Otázka č. 22 Spolupracujete s rodinnými příslušníky v rámci poskytování komplexní ošetrovatelské péče u osob s demencí?



Graf 22 Spolupráce s rodinnými příslušníky

Z celkového počtu 115 respondentů jednoznačně dali ano 49 respondentů (43%). Spíše ano spolupracuje 48 respondentů (42%). Váhavých respondentů bylo 13 (11%). Spíše ne dalo možnost 3 respondenti (3%). Pouze 2 respondenti (2%) jednoznačně nespolupracují s rodinnými příslušníky.

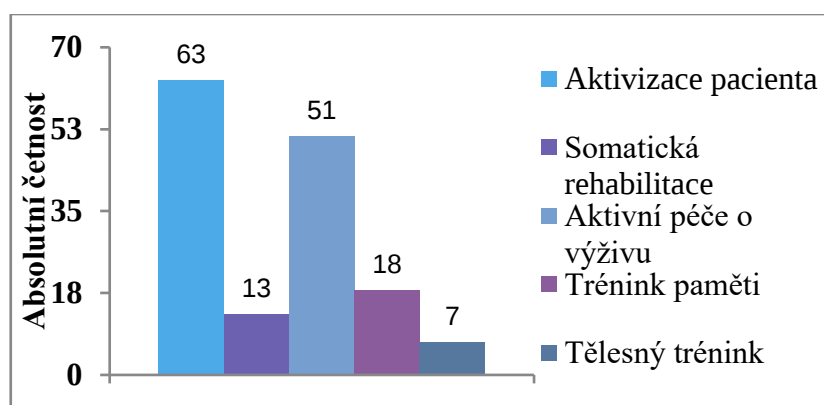
Otázka č. 23 Napište nebo vyberte jaké možnosti spolupráce s rodinnými příslušníky nabízí vaše zařízení?



Graf 23 Možnosti spolupráce s rodinnými příslušníky

Toto grafické znázornění ukazuje jaké možnosti spolupráce s rodinnými příslušníky nabízí dané zařízení. Respondenti mohli označit více možností. Z celkového počtu 115 respondentů označilo 103 respondentů osobní kontakt. Telefonický kontakt označilo 100 respondentů. Neomezené návštěvy dalo 73 respondentů. Možnost kulturních akcí zvolilo 32 respondentů. Zbylých 24 respondentů dali možnost pobytu seniora doma.

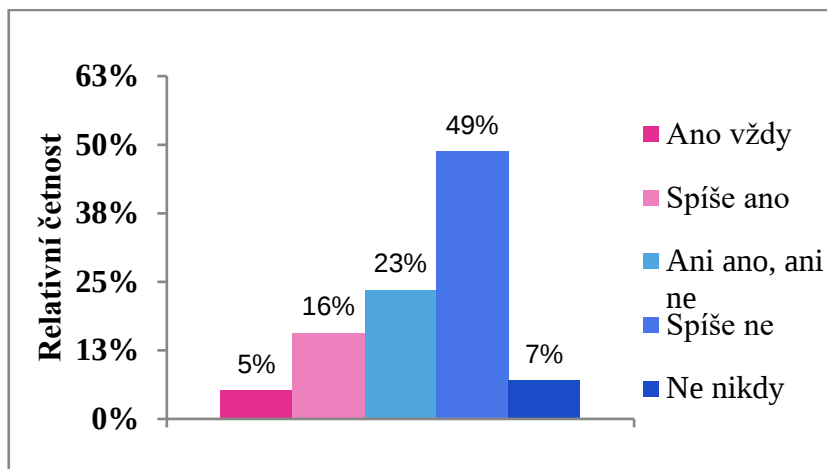
Otázka č. 24 Napište nebo vyberte, ve kterých směrech se rodina nejvíc zapojuje při komplexní péči o pacienta s demencí?



Graf 24 Směry ve kterých se rodina zapojuje

Z celkového počtu 115 respondentů odpovědělo 63 respondentů, že se rodina nejvíce zapojuje v aktivizaci pacienta. Dalších 51 respondentů dalo zapojení v aktivní péči o výživu. Trénink paměti zvolilo 18 respondentů. Zapojení v somatické rehabilitaci označilo 13 respondentů. Zbylých 7 respondentů označilo možnost tělesný trénink.

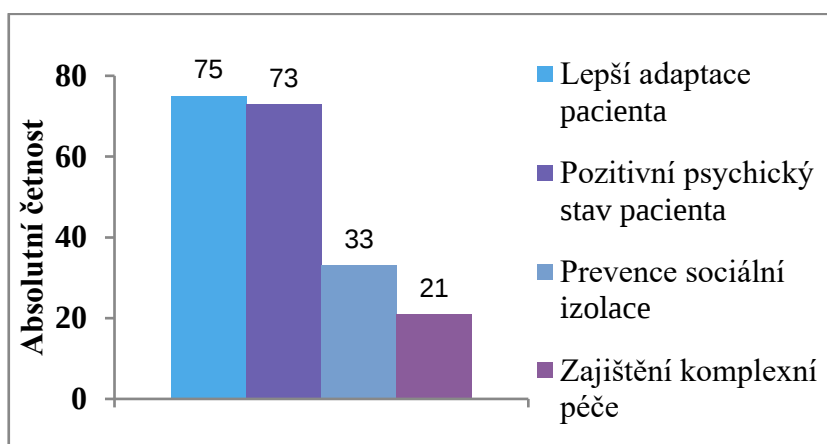
Otázka č. 25 Mají rodinní příslušníci účast na ošetrovatelské péči při bazální stimulaci?



Graf 25 Bazální stimulace

Z celkového počtu 115 respondentů odpovědělo 56 respondentů (49%), že účast spíše nemají. Neutrálních respondentů bylo 27 (23%). Spíše ano dalo možnost 18 respondentů (16%). Jednoznačnou účast označilo 6 respondentů (5%). Zbýlých 8 respondentů (7%) označilo, že se rodina nezúčastňuje bazální stimulace.

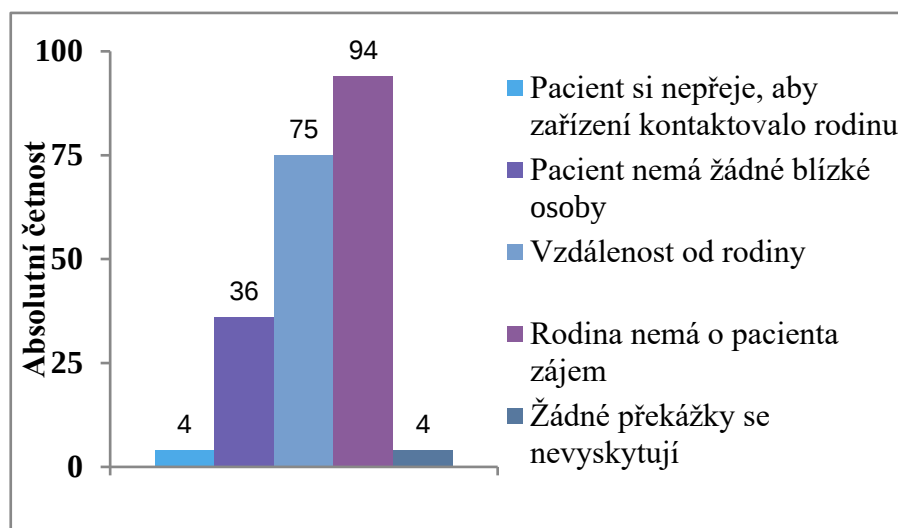
Otázka č. 26 Napište nebo vyberte, jaké výhody má zapojení rodinných příslušníků do péče o pacienta s demencí?



Graf 26 Výhody zapojení rodinných příslušníků

Z celkového počtu 115 respondentů odpovědělo 75 respondentů, že je lepší adaptace pacienta. Skoro stejný počet 73 respondentů odpovědělo, že má vliv na pozitivní psychický stav pacienta. Dalších 33 respondentů vidí výhodu v prevenci sociální izolace. Zajištění komplexní péče zvolilo 21 respondentů.

Otázka č. 27 Napište nebo vyberte jaké nejčastější překážky brání ve spolupráci s rodinnými příslušníky v komplexní péči o pacienta s demencí?



Graf 27 Překážky v zapojení rodinných příslušníků do péče

Tento graf ukazuje jaké nejčastější překážky se vyskytují ve spolupráci s rodinnými příslušníky. Respondenti mohli označit více odpovědí. Z celkového počtu 115 respondentů zvolilo 94 respondentů odpověď, že rodina nemá zájem o pacienta. Vzdálenost od rodiny označilo 75 respondentů. Překážku, že pacient nemá žádné blízké osoby zvolilo 36 respondentů. Další 4 respondenti označili možnost, že si pacient nepřeje, aby zařízení kontaktovalo rodinu. Zbýlí 4 respondenti nevidí žádné překážky.

2.7 Diskuze

Výzkumné šetření bylo zaměřeno na zjišťování specifík ošetrovatelské péče u osob s demencí z pohledu sester. Byly stanoveny čtyři výzkumné otázky, které souvisely se stanoveným cílem. V této kapitole jsou zhodnoceny jednotlivé oblasti a výzkumné otázky.

Úvodní část dotazníku byla zacílena na bližší charakteristiku vzorku respondentů. Demografickou charakteristiku zkoumaného souboru rozlišují první 4 otázky, které jsou zaměřeny na pohlaví, věk respondentů, typ nemocničního zařízení a jejich nejvyšší dosažené vzdělání. Z celkového výzkumného šetření se zúčastnilo 110 žen (96%) a pouze 4 muži (4%). Z uvedeného šetření vyplývá, že sesterské povolání je stále dominantou žen. Z analýz výsledků vyplývá, že převážných 52 respondentů (45%) bylo ve věkové kategorii 31-40 let. Dále ze zjištěného výzkumu vyplývá, že 45 respondentů (39%) dosáhlo nejvyššího vzdělání na Střední zdravotnické škole s oborem všeobecné sestry. V otázce ohledně typu zdravotnického zařízení pracovalo 28 respondentů (24%) v Nemocnici Třebíč na interním oddělení.

První oblastí, kterou jsme se při svém výzkumném šetření zabývali byla zaměřená na první výzkumnou otázku. K vyhodnocení první výzkumné otázky, jaká jsou specifika ošetrovatelské péče o osoby s demencí, byly použity odpovědi v otázkách č.5 – č.14. Našeho empirického šetření se zúčastnilo 115 respondentů. V otázce č.5 sestry odpovídaly, kdo v jejich zařízení pečuje o osoby s demencí. Početných 90 respondentů dalo možnost všeobecné sestry. V otázce č. 6 se respondenti vyjadřovali k tomu, jak moc je personální obsazení dostatečné vzhledem k péči o osoby s demencí. Ze zjištění vyplynulo, že 77 respondentů (67%) si myslí, že personální obsazení spíše dostatečné není. Pouhých 13 respondentů (11%) si jsou jednoznačně jistí o dostatečném obsazení. V otázce č. 7 jsme zjišťovaly jaké dostupné možnosti na pracovišti mají k aktivizaci a terapii pacientů s demencí. Nejvíce zastoupená byla rehabilitace, tuto možnost dalo 96 respondentů. Pouhých 7 respondentů doplnilo možnost canisterapie. Otázka č. 8 nám zjišťovala, jestli na oddělení existují bariéry, které znemožňují péči o osoby s demencí. O tom nám vypovídá Graf 8. Tyto odpovědi byly velice vyrovnané. Na otázku č.8 odpovědělo 29 respondentů (25%) spíše ano a 29 respondentů (25%) spíše ne. Jednoznačně ano odpovědělo 30 respondentů (26%). Nejčastější bariéry na oddělení jsou znázorněny v Grafu 9. Jednou z odpovědí byl nedostatek personálu, kterou zvolilo 51 respondentů. Mezi ostatní návrhy patří lepší technické vybavení, které určilo 25

respondentů nebo nevyhovující prostředí pro pacienty s demencí. Hana Mejzlíková (2013) ve své diplomové práci uvádí, že na pracovištích by neměly existovat žádné bariéry, které znemožňují poskytovat kvalitní péči, která vychází ze současné problematiky související s poskytováním zdravotní péče. Otázka č. 10 se zabývá způsoby zajištění bezpečnosti na oddělení při poskytování péče u nemocných s demencí. Nejvíce respondentů 59 dalo odpověď identifikační náramek. Další možností je využití kamer, kterou označilo 32 respondentů. Další možností je využití elektrických náramků, kterou dal pouze 1 respondent. Potíž je v tom, že i tato opatření jsou považována za určitý typ restrikce. Jediným neomezuujícím opatřením je snad navýšení personálu. Uzavření oddělení je velká problematika, která by měla být vyřešena. Na jednu stranu se udává, že nemocniční oddělení by neměla být vůbec uzavřená, na druhou zase, že by měla být chráněná proti vstupu nepovolaných osob. V otázce č. 11 respondenti odpovídají na otázku, zda je oddělení, na kterém pracují, dostatečně přizpůsobené pacientům s demencí. Nejvíce zastoupena byla skupina 55ti respondentů (48%), která odpověděla, že spíše ano. Dále pak skupina 35ti respondentů (30%), která odpověděla spíše ne. Pouze 3 respondenti zvolili odpověď jednoznačně ne, což je mírně nadprůměrný výsledek. Prostředí pro pacienty s demencí je velmi důležité, jak pro jeho bezpečnost, tak pro celkově dobrý pocit. Otázka č. 12 zkoumá jaké specifické pomůcky a prostředky nejčastěji využívají v péči o osoby s demencí. Z odpovědí 115ti respondentů dalo 90 respondentů odpověď, že využívají rehabilitační pomůcky. Dalších 75 respondentů využívá polohovací pomůcky. Pouhých 11 respondentů v jejich zařízení využívají sportovní hry. Výběr specifických ošetrovatelských nároků vždy vychází z aktuálního zdravotního stavu pacienta. Otázka č. 13 se konkrétně zabývá, jaké služby poskytuje dané zařízení pro osoby s demencí. Lékařskou péči zvolilo 105 respondentů. Dalších 90 respondentů zvolilo rehabilitační péči, která je velmi důležitá pro pacienty s demencí. Malé zastoupení měla možnost holičství kterou zvolilo 23 respondentů a pedikúru pouhých 14 respondentů. V otázce č. 14 se respondenti vyjadřovali k tomu, jaké zásady specifické péče pro osoby s demencí nejvíce disponuje jejich zařízení. Ze zjištěného vyplynulo, že se nejvíce podporuje soběstačnost, kterou zvolilo 82 respondentů. Zařízení, kde disponují zásady správné komunikace zvolilo 64 respondentů. Naopak pouhých 34 respondentů zvolilo vyhýbání se konfliktům. Z výzkumu vyplývá, že se specifická péče zabývá velmi rehabilitací. Pro osoby s demencí je rehabilitace velice důležitá. Používají rehabilitační pomůcky a rehabilitační možnosti už jsou velice kvalitní. Příjemně mě

překvapilo, že mají přizpůsobené oddělení pro osoby s demencí a snaží se podporovat soběstačnost nemocných. *První výzkumná otázka byla zhodnocena*

První cílová oblast výzkumného šetření byla spojena s druhou výzkumnou otázkou, která byla zaměřena na problémy, se kterými se nejčastěji sestry setkávají při komplexní ošetrovatelské péči o osoby s demencí. V otázce č. 15 respondenti odpovídali, zda vnímají péči o osoby s demencí jako náročnou. Nejpočetnější skupina 61 respondentů (53%), která odpověděla jednoznačně ano. Poté následovala skupina 45 respondentů (39%), která odpověděla spíše ano. Pouze 3 respondenti (3%) odpověděli, že péči o osoby s demencí náročnou nevnímají. Z toho plyne, že je péče o pacienty s demencí pro sestry velice náročná. Archmanová (2015) ve své bakalářské práci uvádí, 76 ze 100 respondentů (76%) odpovědělo ano, více psychicky. V otázce č. 16 respondenti vybírali nejčastější problémy při ošetrovatelské péči se kterými se setkávají. Z odpovědí plyne, že nejvíce se setkávají s problémy při hygienické péči, kterou zvolilo 93 respondentů. Další velký problém je při dorozumívání, kterou zvolilo 91 respondentů. Z toho vyplývá, že je těžké se s pacienty domluvit, proto je důležitá správná komunikace. Koběřská (2004) uvádí, že v pozdním stádiu u pacienta s demencí zaznamenáváme velké obtíže nejen s vyjadřováním, ale také s porozuměním. Je proto důležité, abychom u těchto lidí využívali všechny komunikační kanály, verbální i neverbální. Z grafu 16 lze také usoudit, že problém je při hygienické péči a problémy s chováním a jednáním. Z výzkumu vyplynulo, že péče o osoby s demencí je stále náročná jak po psychické, tak fyzické stránce. Největší problémy jsou právě v dorozumívání s osobou trpící demencí. *Druhá výzkumná otázka byla zhodnocena*

Třetí výzkumná otázka se zabývala jakým způsobem si sestry doplňují informace o komplexní ošetrovatelské péči. Otázka č. 17 zkoumala, zda se sestry aktivně zajímají o problematiku demence. Z celkového počtu 115 respondentů se 52 respondentů (45%) spíše zajímá o problematiku demence, což je velmi uspokojivé zjištění. Dalších 30 respondentů (26%) se jednoznačně zajímají. Z celkového zjištění pouze 5 respondentů (4%) se nikdy o problematiku nezajímalo. Otázka č. 18 zjišťovala zdroje informací respondentů o komplexní ošetrovatelské péči o osoby s demencí. U této položky byla možnost zvolit více odpovědí. Z celkového počtu 115 respondentů byla nejpočetněji zastoupena odpověď internet, kterou zvolilo 66 respondentů. Semináře zvolilo 57 respondentů. Pouze 9 respondentů načerpalo informace během studia. U této otázky se ukázalo, že jako nejčastější zdroj informací je internet. To mě nepřekvapilo, protože je internet v současné době nejrychlejším zdrojem informací. Mgr. Pevná (2015) ve své

bakalářské práci uvádí, že z celkového počtu 170 respondentů zvolilo 53 respondentů možnost internet. Otázkou č. 19 jsme zjišťovali, zda respondenti někdy absolvovali kurz nebo seminář zaměřený na komplexní péči o osoby s demencí. Jednoznačně vždy se kurzů zúčastňovalo 40 respondentů (35%). Dalších 37 respondentů (32%) se spíše seminářů účastní. Nikdy se kurzů a seminářů nezúčastnilo 21 respondentů (18%). Vědomosti by se měly neustále doplňovat a rozšiřovat prostřednictvím celoživotního vzdělávání. Otázka č. 21 zjišťovala, jestli by sestry uvítaly edukační materiál na problematiku ošetrovatelské péče o osoby s demencí. Spíše ano by uvítalo edukační materiál 52 respondentů (45%). Odpověď ano zvolilo 42 respondentů (37%). Pouze 3 respondenti (3%) by edukační materiál neuvítali. Otázka č. 22 zjišťuje, zda sestry mají k dispozici na svém pracovišti standard zaměřený na specifickou ošetrovatelskou péči o osoby s demencí. Většina, tj. 68 respondentů (59%) odpovědělo, že standard mají. Dalších 35 respondentů odpovědělo, že spíše mají (30%). Ti, kteří odpověděli jinak je otázkou, jestli skutečně neví nebo standard zaměnili s jiným. Z výzkumu vyplynulo, že nejvíce sestry hledají informace na internetu a stále mají zájem se vzdělávat a navštěvovat semináře o problematice při komplexní péči o osoby s demencí. *Třetí výzkumná otázka vyhodnocena*

Čtvrtá výzkumná otázka se zabývá jakým způsobem se rodinní příslušníci zapojují do péče při poskytování komplexní péči o osoby s demencí. Otázka č. 23 zkoumala, jaké způsoby spolupráce nabízí dané zařízení rodinným příslušníkům. Nejpočetnější odpovědi byl osobní kontakt, kterou určilo 103 respondentů. Z odpovědi 100 respondentů lze usuzovat, že v nemocnicích se také velmi často využívá telefonický kontakt. Ve větší míře jsou také neomezené návštěvy, které označilo 73 respondentů. Naopak pobytu seniora doma zvolilo pouhých 24 respondentů. V otázce č. 24 respondenti uváděli ve kterých směrech se rodina nejvíce zapojuje. Z výzkumu je patrné, že aktivizace pacienta je nejčastější, zvolilo ji 63 respondentů. Z celkového počtu 115 respondentů zvolilo 51 respondentů aktivní péči o výživu, což pomůže zdravotnickému personálu. V menší míře odpovědělo 18 respondentů trénink paměti a pouhých 7 respondentů tělesný trénink. Otázka č. 25 zjišťovala, jestli rodinní příslušníci mají účast při bazální stimulaci. Nejpočetněji odpovědělo 56 respondentů (49%) že se spíše nezúčastňují. Neutrálně odpovědělo 27 respondentů (23%). Pouze 6 respondentů (5%) odpovědělo jednoznačně ano. Podle Friedlové (2007) bazální stimulace je hodnocena jako ideální forma komunikace s osobami, které vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopny využívat běžných komunikačních kanálů. Nabízí se otázka, proč není více

využívaná. V otázce č. 26 respondenti měli vybrat, jaké výhody má zapojení rodinných příslušníků do péče o osoby s demencí. Nejpočetnější odpověď byla lepší adaptace pacienta, kterou zvolilo 75 respondentů. Další výhodou, kterou zvolilo 73 respondentů, je pozitivní psychický stav pacienta. Pouhých 33 respondentů zvolilo prevenci sociální izolace. Zajištění komplexní péče je pro pacienta také velice důležité. Tuto odpověď zvolilo pouze 21 respondentů. Jak uvádí J. Zgola (2003), je zapojení rodinných příslušníků do procesu péče o jejich blízkého prospěšné pro klienta i pro pečující personál. Získává od nich informace o zvláštnostech osobnosti jejich blízkého pro sestavení individuálního plánu a pro co nejlepší poznání klienta. Poslední otázka č. 27 zkoumala, jaké nejčastější překážky brání ve spolupráci s rodinnými příslušníky. Ve velké míře odpovědělo 94 respondentů, že rodina o pacienta nemá zájem, což je velice smutné. Další zásadní problém je vzdálenost od rodiny nebo nemocný nemá žádné blízké osoby. Pouze 4 respondenti odpověděli, že se žádné překážky nevyskytují. Z výzkumu vyplývá, že se rodinný příslušníci, spíše zapojují do péče o osoby s demencí až na bazální stimulaci. Největší problém je v tom, že rodina nemá o nemocného zájem. *Čtvrtá výzkumná otázka byla zodpovězena*

Návrh řešení pro praxi

Výzkumná práce se zabývala problematikou a ošetrovatelskou péčí o osoby s demencí. Cílem bylo zjistit specifika ošetrovatelské péče o osoby s demencí. Vyhodnocením kvantitativního výzkumného šetření bylo zjištěno, že mezi hlavní problémy, které vyplývají také z dotazníkového šetření, patří nedostatek personálu a jeho vzdělávání v zásadách správné péče, nedostatek přizpůsobení oddělení a také ne stoprocentní spolupráce s rodinnými příslušníky v oblasti bazální stimulace. Dalším hlavním problémem, který z dotazníkového šetření vyplynul je to, jak je péče o pacienty s demencí fyzicky a psychicky náročná. Ošetřující personál by o tom měl být otevřeně informován. Pracovníkům by měly být nabízeny rekondiční benefity, neměli by být přetěžováni přesčasy, měli by aktivně využívat svoje volné dny, pěstovat sport a koníčky a tím předcházet syndromu vyhoření. Některé sestry se v této problematice aktivně vzdělávají a ostatní by měly zájem se aktivně vzdělávat. Překvapivým zjištěním pro mě bylo, že v praxi se uspokojivě využívá spolupráce s rodinnými příslušníky. Nejvíce osobním kontaktem nebo telefonickým. Nejčastější problém je, že rodina nemá o pacienta zájem nebo je velká vzdálenost od rodiny. Spolupráce s rodinnými příslušníky je velice důležitá hlavně v celkové aktivizaci pacienta. Na základě zjištěných výsledků jsem si připravila návrh řešení pro praxi. Hlavním problémem při péči o osoby s demencí je nedostatek času a málo personálu jak ošetrovatelského tak specializovaného. Troufám si tvrdit, že více personálu pro osoby s demencí na standartním oddělení by bylo vhodné i žádoucí. Vzhledem k tomu, že pacientů s demencí je čím dál více, měl by na ně být vyhrazen speciální čas. Prostředí pro pacienty s demencí by mělo být lépe přizpůsobené, především kvůli bezpečnosti pacienta. Z mého kvantitativního výzkumného šetření vyplynulo, že sestry by se rády více zajímaly o problematiku komplexní péče o osoby s demencí. Sestry mají k dispozici edukační materiál a navštěvují různé semináře. Mým návrhem je více edukačních akcí pro sestry a pravidelně pořádat přednášky a semináře. Spolupracovat s odborníky, kteří se zabývají touto problematikou. Zajistit pravidelné supervize pro zdravotnický personál v rámci péče o profesionální pečující. Dle možností oddělení vyhradit si čas a péči pro osoby s demencí. Zajistit dostatek ošetrovatelského personálu na odděleních. K této bakalářské práci byl vypracován edukační poster pro orientaci v komplexní péči o osoby s demencí (viz příloha č.8).

Závěr

Cílem bakalářské práce na téma „Specifika péče o osoby s demencí“ bylo zjistit specifika péče o osoby s demencí. Práce byla rozčleněna na část teoretickou, kde byla vysvětlena demence. Zde byla také zjišťována fakta související s efektivitou poskytované ošetrovatelské péče. V neposlední řadě bylo uvedeno dělení demencí a možnosti léčby demence, které mají sestry v současné době k dispozici.

Další částí byla prezentace výsledků výzkumného šetření, které bylo uskutečněno prostřednictvím strukturovaného dotazníku. Dotazník byl určen sestrám, které pracují v různých typech sociálních i jiných zařízeních. Domníváme se, že právě problematika péče o osoby s demencí je velmi aktuální a měla by být řešena. Zjišťovali jsme odpovědi na výzkumné otázky - zejména specifika ošetrovatelské péče o osoby s demencí a hlavní problémy při poskytování péče. Mezi hlavní problémy vyplývající z dotazníkového šetření patří, nedostatek kvalifikovaného personálu, nedostatek času na pacienty s demencí, fyzická i psychická náročnost v péči o pacienta a nedostatečně přizpůsobené pracoviště pro osoby s demencí. Výsledky výzkumu byly srovnány s několika dalšími pracemi, zejména pak se třemi dalšími bakalářskými pracemi na podobné téma (Pevná, 2015; Archmanová, 2015; Mejzlíková, 2013).

Pevně doufám, že tato bakalářská práce posune sestry alespoň kousek na cestě jejich profesionálního poskytování ošetrovatelské péče o osoby s demencí. Byla bych ráda, aby moje bakalářská práce vedla pečující personál k tomu, aby lépe pochopil komplexnost ošetrovatelské péče o osoby s demencí. V neposlední řadě pochopil to, že každý bude jednou ve věku, kdy bude potřebovat pomoc od svých blízkých a od personálu. Určitě by každý z nás chtěl, aby o něj pečovala milá, vzdělaná, ochotná a empatická sestra.

Seznam použité literatury

AMBLER, Zdeněk. *Neurologické poruchy ve vyšším věku*. 1. vyd. Praha: Triton, 2000. 186 s. ISBN 80-7254-116-1.

ARCHMANOVÁ Nikola, Baklařská práce, *Specifika ošetrovatelské péče u pacienta s demencí*, obhájena na Fakultě zdravotnických studií v Plzni r. 2015, s. 60

BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie a Filip ŠPANIEL. *Schizofrenie: jak předejít relapsu, aneb, terapie pro 21. století*. Praha: Mladá fronta, 2011. Aeskulap. ISBN 978-80-204-2494-5.

BARTOŠ, Aleš a Martina HASALÍKOVÁ. *Poznejte demenci správně a včas: příručka pro klinickou praxi*. Praha: Mladá fronta, 2010. Aeskulap. ISBN 978-80-204-2282-8.

BARTOŠÍKOVÁ, I., *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 1.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000. 203s. ISBN 80-7013-288-4

CALLONE, P. R. et al. *Alzheimerova nemoc, 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*. 1. české vyd. Praha: Grada, 2008. 120 s. ISBN 978-80-247-2320-4.

ČADILOVÁ, Věra, Hynek JŮN a Kateřina THOROVÁ. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-319-2.

DLUGOŠOVÁ, A., TKÁČOVÁ, L. *Vaskulární demence*. Sestra. Praha: 2011, roč. 21. č. 2, s. 74 - 75. ISSN 1210-0404.

FRANKOVÁ, V. a kol. *Alzheimerova demence v praxi*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2011. 70 s. ISBN 978-80-204-2423-5.

FRIEDLOVÁ, Karolína, 2007. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. 1. vydání. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4.

GLENNER, Joy A. *Péče o člověka s demencí*. Praha: Portál, 2012. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-262-0154-0.

HÁLOVÁ, Miroslava, 2010. *Nemocný v domácí péči II. Demence a demence Alzheimerova typu*. Bouzov: VEF Enterprises. 157 s. ISBN 978-80-904-6110-9.

HÁTLOVÁ, B., SUCHÁ, J. *Kinezioterapie demencí*. Praha : Triton, 2005. ISBN 80-7254-564-7.

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

HORT, J., JIRÁK, R. *Alzheimerova choroba a jiné demence aneb co v učebnicích 20. století nebylo*. 1. vyd. Praha: MediMedia Information, 2007. 32 s. ISBN 978-80-86336-07-7

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

KALLWAS, A. *Syndrom vyhoření v práci a osobním životě*. Praha : portál, 2007. 139 s. ISBN 978-80-7367-299-7.

KRISHNAMOORTHY, E. S., M. J. PRINCE a J. L. CUMMINGS, 2010. *Dementia: A Global Approach*. 1st. edition. Cambridge: Cambridge University Press. 202 p. ISBN 978-0-521-85776-5.

KOBĚRSKÁ, Petra a kol. *Společnou cestou: Jak mohou pečovatelé komunikovat s lidmi trpícími demencí*. 2. vyd. Praha: Portál, 2004. 38 s. ISBN 80-7178-981-X.

KUČEROVÁ, Helena. *Psychiatrické minimum*. Praha: Grada, 2013. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4733-0.

MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ. *Psychiatrická ošetrovatelská péče: [učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese]*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 352 s. ISBN 80-247-1151-6.

MEJZLÍKOVÁ, Hana. *Specifika péče o seniory s demencí*. Diplomová práce obhájená na Lékařské fakultě Masarykovy Univerzity v Brně v r.2013. 68 s.

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

PEVNÁ, Lenak *Specifika ošetrovatelké péče o opacienty s Alzheimerovou demencí*. Bakalářská práce obhájena na Lékařské fakultě Masarykovy Univerzity v Brně v r. 2015 s. 71

ROMANOWSKA, Barbara. *Muzikoterapie: ladičky a léčení zvukem*. Frýdek-Místek: Alpress, 2005. Klokán (Alpress). ISBN 80-7362-067-7.

SCHULER, Matthias a Peter OSTER. *Geriatric od A do Z pro sestry*. 1. české vyd. Praha: Grada, 2010, 336 s. Sestra. ISBN 978-802-4730-134.

STOCK, CH. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha : Grada, 2010. 112 s. ISBN 978-80-247-3553-5.

ŠICKOVÁ- FABRICI, Jaroslava. *Základy arteterapie*. 1. vyd. Praha: Portál, s.r.o., 2002. 176 s. ISBN 80-7178-616-0. s. 11

VLČEK, Jiří a Daniela FIALOVÁ. *Klinická farmacie I*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-802-4731-698

WADE, Derick. *Holistic Health Care: What is it, and how can we achieve it?*. [online]. 25. 11. 2009 [cit. 2013-01-15]

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

Internetové zdroje:

NOSKOVÁ ALENA, 2018 [online]. [cit. 2018-2-17]. Dostupné z : <http://ddalbrechtice.cz/data/ext-21.pdf>

GOLDEMUND DAVID a spol. [online]. [cit. 2018-09-11]. Dostupné z: <http://www.cmp-manual.cz/1021-neklid.html>

Seznam grafů

Graf 1 Pohlaví respondentů

Graf 2 Věk respondentů

Graf 3 Typ zdravotnického zařízení

Graf 4 Nejvyšší dosažené vzdělání

Graf 5 Osoby pečující o nemocné s demencí

Graf 6 Personální obsazení

Graf 7 Možnosti k aktivizaci pro osoby s demencí

Graf 8 Existence bariér na pracovišti

Graf 9 Bariéry na pracovišti

Graf 10 Zajištění bezpečnosti na pracovišti

Graf 11 Vybavenost pracoviště pro osoby s demencí

Graf 12 Pomůcky a prostředky pro nemocné s demencí

Graf 13 Služby pro osoby s demencí

Graf 14 Specifické zásady při péči o osoby s demencí

Graf 15 Náročnost péče o nemocné s demencí

Graf 16 Problémy při ošetrovatelské péči

Graf 17 Zájem o problematiku demence

Graf 18 Zdroje informací o komplexní ošetrovatelské péči

Graf 19 Účast na kurzu a seminářů

Graf 20 Edukační materiál

Graf 21 Standard na pracovišti

Graf 22 Spolupráce s rodinnými příslušníky

Graf 23 Možnost spolupráce s rodinnými příslušníky

Graf 24 Směry ve kterých se rodina zapojuje

Graf 25 Bazální stimulace

Graf 26 Výhody zapojení rodinných příslušníků

Graf 27 Překážky v zapojení rodinných příslušníků

Seznam příloh

Příloha č. 1 - Test kognitivních funkcí-Mini Mental State Exam

Příloha č. 2 - Test kreslení hodin

Příloha č. 3 - Žádost o výzkum v Nemocnici Třebíč

Příloha č. 4 - Žádost o výzkum DD Koutkova Třebíč

Příloha č. 5 - Žádost o výzkum Alzheimer Jihlava

Příloha č. 6 - Žádost o výzkum Psychiatrická nemocnice Jihlava

Příloha č. 7 - Dotazník k výzkumu

Příloha č. 8 - Edukační poster