

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2016

Hana Blahová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Komplexní péče o seniory s demencí

Hana Blahová

Bakalářská práce

2016

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Hana Blahová**
Osobní číslo: **Z13001**
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Komplexní péče o seniory s demencí**
Zadávající katedra: **Katedra ošetřovatelství**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

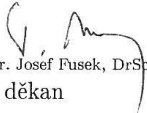
1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanové metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná**
Seznam odborné literatury:


1. JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ a kol. Demence a jiné poruchy paměti: Komunikace a každodenní péče. Praha: Grada, 2009, 176 s. ISBN 978-80-247-2454-6.
2. KALVACH, Zdeněk, Zdeněk ZADÁK a Roman JIRÁK a kol. Geriatrické syndromy a geriatrický pacient. Praha: Grada, 2008, 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.
3. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie: Možnosti, které čekají. Praha: Grada, 2011, 144 s. ISBN 978-80-247-3604-4.
4. PIDRMAN, Vladimír. Demence. Praha: Grada, 2007, 184 s. ISBN 978-80-247-1490-5.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Kamila Marková**
Katedra ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2014**
Termín odevzdání bakalářské práce: **22. července 2016**


prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.
děkan

L.S.


PhDr. Kateřina Hovráčková, DiS.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 4. dubna 2016

Prohlášení autora

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 22.7. 2016

Hana Blahová

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala vedoucí své bakalářské práce Mgr. Kamile Markové za hodnotné rady a připomínky během tvorby této práce. Mé poděkování patří také respondentům, kteří byli ochotni se dotazníkového šetření účastnit.

ANOTACE

Bakalářská práce se zabývá tématem: Komplexní péče o seniory s demencí. Práce je zaměřena na náročnost péče, problémové chování a na postoj zaměstnanců ke stáří a stárnutí. Práce se dělí na teoretickou a praktickou část. V teoretické části je všeobecně popsána demence, ošetřovatelská péče včetně problematických situací a postoj ke stáří. V praktické části jsou prezentovány výsledky dotazníkového šetření, které probíhalo v zařízeních se zvláštním režimem, která se specializují na péči o osoby s demencí.

KLÍČOVÁ SLOVA

Demence, senior, náročnost péče, ošetřovatelská péče, problémové chování, postoj ke stáří

TITLE

Comprehensive care for the elderly with dementia

ANNOTATION

This thesis deals with the theme: Comprehensive care for the elderly with dementia. The thesis is focused on the intensity of care, problematic behavior and on the attitude of staff to old age and aging. The work is divided into theoretical and practical part. The theoretical part describes dementia in general, health care, problematic situations and attitudes towards old age. The practical section presents the results of a questionnaire survey conducted in facilities with a special regime, which specialize in caring for people with dementia.

KEYWORDS

Dementia, demands of care, nursing care, problematic behavior, attitudes to old age

OBSAH

ÚVOD.....	11
CÍLE PRÁCE.....	12
I. TEORETICKÁ ČÁST	13
1 Demence	13
2 Typy demence.....	14
2.1 Atroficko degenerativní demence	14
2.1.1 Alzheimerova choroba.....	14
2.1.2 Demence s Lewyho tělísky.....	15
2.1.3 Demence u Parkinsonovy choroby	15
2.1.4 Frontotemporální demence	16
2.2 Sekundární (symptomatické) demence	16
2.2.1 Vaskulární demence.....	17
2.3 Ostatní demence	18
3 Stádia demence	19
3.1 Mírné stádium demence	19
3.2 Střední stádium demence	19
3.3 Těžké stádium demence	19
4 Léčba demence	20
4.1 Farmakologická léčba	20
4.2 Nefarmakologická léčba.....	20
5 Problémové chování	24
5.1 Nejčastější problémové chování	24
5.2 Jak předcházet a zmírňovat problémové chování	26
6 Ošetřovatelská péče	28
6.1 Péče o výživu	28
6.2 Péče o hygienu	29

6.3	Péče o oblékání	29
6.4	Péče o vyprazdňování a při inkontinenci	29
6.5	Ústavní péče	30
7	Stáří a stárnutí	31
7.1	Postoj ke stáří	31
II.	PRAKTICKÁ ČÁST	34
8	Výzkumné otázky	34
9	Metodika výzkumu	34
10	Výsledky výzkumu	35
11	Diskuze	54
12	Závěr	58
13	Použitá literatura	59
14	Přílohy.....	62

SEZNAM ILUSTRACÍ

Obrázek 1 Graf zobrazující věk respondentů	35
Obrázek 2 Graf zobrazující délku praxe	36
Obrázek 3 Graf zobrazující zatíženost personálu	37
Obrázek 4 Graf zobrazující dosažené vzdělání.....	38
Obrázek 5 Graf zobrazující fyzickou náročnost péče	39
Obrázek 6 Graf zobrazující psychickou náročnost péče.....	40
Obrázek 7 Graf zobrazující spokojenost se zaměstnáním	41
Obrázek 8 Graf zobrazující důležité aspekty při práci	42
Obrázek 9 Graf zobrazující výskyt problémového chování	44
Obrázek 10 Graf zobrazující nejčastější problémové chování	45
Obrázek 11 Graf zobrazující řešení problémového chování	46
Obrázek 12 Graf zobrazující zvládnání problémového chování	47
Obrázek 13 Graf zobrazující přístupy při řešení problémových situací	48
Obrázek 14 Graf znázorňující postoj respondentů ohledně stáří jako období ztrát.....	50
Obrázek 15 Graf znázorňující postoj respondentů ohledně stáří jako času samoty a deprese .	50
Obrázek 16 Graf znázorňující postoj respondentů v otázce zdravotní problémy ve staří jako překážka v aktivitách	51
Obrázek 17 Graf znázorňující postoj respondentů v otázce stárnutí jako období vyrovnání se s životem.....	52
Obrázek 18 Graf znázorňující postoj respondentů v otázce stáří jako obdobím příjemných věcí.....	53

SEZNAM ZKRATEK

AIDS	<i>Acquired Immune Deficiency Syndrome</i> (syndrom získaného selhání imunity)
AQQ	<i>Attitudes toward Aging Questionnaire</i> (standardizovaný dotazník postojů ke stárnutí a stáří)
ČR	Česká republika
Sb.	Sbírka zákonů
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky

ÚVOD

Jako téma své bakalářské práce jsem si zvolila „*Komplexní péči o seniory s demencí*“. Toto téma je aktuální vzhledem ke stárnutí populace.

Demence je nevyléčitelná nemoc, která začíná zpravidla pozvolna zhoršováním krátkodobé paměti a neschopností se postarat o některé věci v domácnosti. Nemoc postupně progreduje. „*Člověk s těžkou demencí končí svůj život tak, jak do něho vstoupil: jako bezmocné dítě*“ (Buijseen, 2006, s. 13). O demenci není dostatečná osvěta, jak u zdravotníků, tak i u laiků. Nemoc je často provázena předsudky a strachem, kdy nemocný přichází k lékaři až v pokročilém stádiu a dochází k opožděné diagnostice.

V České republice neexistuje relevantní výzkum pro prevalenci onemocnění demence, existují pouze kvalifikované odhady, které vycházejí z evropských a světových prací. Na základě těchto prací se odhaduje, že v ČR žije 143 tisíc lidí s demencí. Riziko onemocnění stoupá s věkem. Udává se, že nad 80 let věku trpí demencí každý pátý a nad 90 let dokonce každý druhý. Podle demografických studií starých lidí v populaci stále přibývá. Jedním z důvodů je i medicína, která postupně zvládá vyléčit nemoci, které byly dříve smrtelné. Proto i počet nemocných s demencí stále roste (Mátl a kol., 2014, s. 10–15).

Než jsem nastoupila na praxi do domova se zvláštním režimem, který se specializuje na péči o seniory s demencí, nikdy jsem se nemocným v pokročilém stádiu demence nesetkala. Nevěděla jsem, co obnáší ošetrovatelská péče a jak je náročná. Divila jsem se, že někteří nemocní dokáží být v určitých situacích hrubí a zlí.

Vzhledem k této zkušenosti jsem se v bakalářské práci rozhodla zaměřit na zhodnocení náročnosti péče z pohledu personálu. Dále se zabývám problémovým chováním, které je typické a velmi časté, u nemocných s demencí a s náročností péče úzce souvisí.

V neposlední řadě jsem se v bakalářské práci zaměřila na postoj personálu k stáří a stárnutí. Stáří a stárnutí tvoří neodmyslitelný základ lidského života. V dnešní moderní době je stáří tabuizováno.

CÍLE PRÁCE

1. Zhodnotit náročnost péče o seniory s demencí z pohledu ošetrovatelského personálu ve vybraném zařízení.
2. Zmapovat způsoby zvládnání problémového chování seniorů pracovníky vybraného zařízení.
3. Popis subjektivního hodnocení postojů personálu ke stárnutí a stáří.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 DEMENCE

Demence je syndrom, který vznikl následkem chronického nebo progresivního onemocnění mozku. *„Dochází k narušení vyšších korových funkcí, včetně paměti, myšlení, orientace, schopnosti řeči, učení a úsudku, přitom vědomí není zastřené. Zhoršení uvedených funkcí je doprovázeno (někdy dokonce předcházeno) zhoršením kontroly emocí, sociálního chování nebo motivace“* (Pidrman, 2007, s. 9).

„Popisované příznaky demence lze z hlediska praktického i didaktického rozdělit do tří základních skupin, které nazýváme: narušení kognitivních funkcí, narušení aktivit denního života, porucha chování.“ (Pidrman, 2007, s. 9). Z toho základní a nejvýznamnější jsou z etiologického hlediska příznaky kognitivních (poznávacích) funkcí, především úbytek paměti a intelektu. Výsledkem vývoje demence je globální dezorientace duševních a funkčních schopností nemocného, nemocný se stává plně nesoběstačný a závislý na pomoci okolí (Pidrman, 2007, s. 9–10).

Člověk demencí může onemocnět až teprve poté, kdy dojde k plnému rozvoji kognitivních funkcí, tedy od 4.–5. roku života. Existují také demence dětského věku, ale ty jsou poměrně vzácné. Největší výskyt demencí je v seniorském věku, prevalence nemoci stoupá postupně s věkem (Jiráková a kol., 2013 s. 69).

2 TYPY DEMENCE

Ke vzniku demence vede více než 60 chorob. Demence představuje soubor příznaků, které mohou mít různé příčiny (Jirák a kol., 2009, s. 12).

Více než 50 % demencí v seniorském věku představuje Alzheimerova choroba, 10–20 % Alzheimerovsko-vaskulární demence, 15–30 % vaskulární demence, 10–20 % demence s Lewyho tělisky, 5 % frontotemporální demence. Zbytek tvoří další neurodegenerativní a symptomatické demence (Jirák a kol., 2013, s. 71–72).

2.1 Atroficko degenerativní demence

Jde o procesy, které vedou ke snížení počtu a k poruše funkce neuronů, synapsí a neuroglií. Tvoří se bílkoviny, které se ukládají a dochází ke geneticky naprogramované smrti nervových buněk. Mezi další neurodegenerativní děje patří uvolňování nadměrného množství volných kyslíkových radikálů, které napadají a ničí buněčnou stěnu, enzymy a další důležité látky (Jirák a kol., 2009, s. 19–20).

2.1.1 Alzheimerova choroba

Alzheimerova choroba byla poprvé popsána v roce 1906 německým lékařem Aloisem Alzheimerem a představuje největší procentuální zastoupení všech demencí (Jirák a kol., 2009, s. 29).

Ojedinele se nemoc vyskytuje před 60. rokem, nejvíce nemocných je však mezi 65.–90. rokem života, s přibývajícím věkem se nemoc zhoršuje (Pidrman a Kolibáš, 2005, s. 137).

Příčina vzniku Alzheimerovy choroby je pravděpodobně tvorba a ukládání chorobně vzniklé bílkoviny beta-amyloidu, dochází ke vzniku neuritických plaků (Alzheimerové plaky). Čím více plaků, tím horší stádium demence (Jirák, 2009, s. 29–30; Pidrman, 2007, s. 42).

Alzheimerova choroba nenápadně, ale trvale progreduje. Někdy může dojít na určitou dobu k zpomalení nebo zastavení. Nemoc trvá od projevu prvních příznaků 7 až 10 let a končí smrtí, ale může mít také rychlejší či pomalejší charakter. Alzheimerovu nemoc dělíme do tří stádií: lehká, střední a těžká (Jirák a kol., 2013, s. 102).

Lehká Alzheimerova demence

Alzheimerova demence se projevuje poruchami paměti, především v krátkodobé a střednědobé. Nemocný není schopen si zapamatovat nové informace, opakovaně se ptá na

totéž, stále něco hledá, ztrácí své osobní věci, méně se orientuje v prostoru, především na méně známých místech. Objevují se poruchy aktivit denního života (Jiráková a kol., 2013, s. 103–104).

Střední Alzheimerova demence

Zhoršují se poruchy kognitivních funkcí. Krátkodobá paměť je porušena, pacient si není schopen zapamatovat nové informace, ale dlouhodobá paměť bývá zachována. Porucha orientace v čase a prostoru je častější. Zhoršuje se slovní zásoba a komunikace s okolím. Podstatně se zhoršují aktivity denního života, upadá péče o prostředí, sebe sama, osobní hygienu. Nemocný přestává být soběstačný a vyžaduje nepřetržitou pomoc a dohled jiné osoby (Jiráková a kol., 2013, s. 103–104).

Těžká Alzheimerova demence

Pacient nereaguje na okolí, je dezorientovaný i ve svém nejbližším okolí, často nemůže najít například toaletu, koupelnu, kuchyň. Mívají inkontinenci moči, později i stolice. Prohlubuje se poruchové chování (viz kap. 5.1). Nemocní jsou plně odkázáni na pomoc druhé osoby (Brydenová, 2013, s. 166–170; Jiráková a kol., 2013, s. 103–105).

2.1.2 Demence s Lewyho tělísky

Nemoc byla popsána až v druhé polovině 20. století a je pojmenována po Friedrichovi Heinrichu Lewym. Nemoc se vyskytuje zhruba okolo 75.–80. roku života. Jedná se o neurodegenerativní onemocnění s alzheimerovskými změnami a vznikem Lewyho tělísek, což je typické pro Parkinsonovu nemoc. Patologické změny bílkovin alfa-synukleidů jsou příčinou degenerace mozkových buněk a tvorby kulovitých tělísek (Lewyho tělíska). Demence s Lewyho tělísky se zřídka vyskytují samostatně, často jsou kombinovány s Alzheimerovou nebo Parkinsonovou nemocí.

Nemoc zahrnuje příznaky Alzheimerovy i Parkinsonovy nemoci a specifické příznaky, mezi které patří kolísání kvality vědomí, soustředěnosti, zrakové a sluchové halucinace, zřídka se mohou objevit bludy. (Jiráková a kol., 2009, s. 34–37)

2.1.3 Demence u Parkinsonovy choroby

Parkinsonova nemoc se vyskytuje asi u 1 % starších 60 let, z toho u 20–40 % případů bývají přítomny příznaky demence. Jedná se o neurodegenerativní onemocnění, při kterém dochází k patologickým změnám v buňkách mozkového kmene, často jsou přítomna Lewyho tělíska a

patologický nález charakteristický pro Alzheimerovu chorobu. (Růžička a kol., 2003, s. 99-102)

Jsou přítomny typické příznaky pro Parkinsonovu nemoc, například poruchy rovnováhy, stoje a chůze. A dále jsou u nemoci typické příznaky lehkého až středního stupně Alzheimerovy choroby. Mezi další neuropsychické příznaky patří zrakové a sluchové halucinace, bludy, poruchy osobnosti. Nemocní mají poměrně dlouho zachovalý nadhled. (Růžička et al., 2003, s. 99–102).

2.1.4 Frontotemporální demence

Demence začíná časně mezi 45.–65. rokem života. Je zde častý familiární výskyt s předpokládanou genetickou podmíněností. Dochází k degeneraci frontálního (čelního) a temporálního (spánkového) laloku, je porušený metabolismus tau-proteinu a jejich ukládání do neuronů (Pidrman, 2007, s. 55).

Podle příznaků můžeme frontotemporální demenci rozdělit na formu frontální, temporální a smíšenou.

Pro **frontální variantu** (Pickovu chorobu) jsou typické změny osobnosti, chování, rituální jednání, zanedbávání hygieny a změny stravovacích návyků. Běžné denní činnosti a orientace bývají zachovány až do pozdních stádií nemoci.

Sémantická demence je typická těžkou poruchou porozumění řeči a neschopností pojmenovat předměty. Nemocný hovoří plynule a gramaticky správně, ale často používá stereotypní fráze a má problémy nalézt správná slova. Nemocný je orientovaný a dlouhou dobu soběstačný.

Při porušení **frontálního i temporálního** laloku převládá porucha řeči, nemocný nenachází správná slova, zaměňuje slova a hlásky, slova komolí a dělá gramatické chyby, ale on sám slovům rozumí. Často dochází k mutizmu (ztrátě řeči). Nemocný je soběstačný až do pozdního stadia nemoci. (Jiráček a kol., 2009, s. 44–46)

2.2 Sekundární (symptomatické) demence

Jedná se o příznaky, které vznikají v důsledku intoxikace, infekce, cévní poruchy, nádoru, úrazu, metabolické poruchy a jiné změny postihující mozek. Sekundární demenci můžeme rozdělit do dvou základních podskupin, a to na demenci vaskulární a na ostatní symptomatické demence.

2.2.1 Vaskulární demence

Vyskytuje se u seniorů nad 65 let a postupně se s věkem výskyt zvyšuje. Jedná se o cévní patologii centrální nervové soustavy, jsou přítomny ložiskové neurologické příznaky, dochází k poškození v důsledku zjevné nebo téměř bezpříznakové cévní mozkové příhody. Nemocní po cévní mozkové příhodě mají asi 5× vyšší riziko, že se u nich do jednoho roku projeví příznaky demence (Hort, Rusina a kol., s. 184–185). Vaskulární demenci můžeme rozdělit do základních tří typů. Vaskulární demence se také dost často vzájemně kombinují, stejně tak se může kombinovat vaskulární demence s Alzheimerovou demencí.

Multiinfarktová demence je zapříčiněna opakovanými cévními příhodami s drobnými nebo i rozsáhlejšími poškozeními v oblasti mozkové kůry a bílé hmoty mozkové. Jedná se o nejčastější typ vaskulární demence, vzniká okolo 65.–80. roku života, u osob s nemocným kardiovaskulárním systémem může propuknout i dříve. Nelze vyléčit, ale zdravým životním stylem, včasnou a správnou léčbou hypertenze lze předcházet. U multiinfarktové demence se kognitivní postižení liší v závislosti na lokalizaci a rozsahu poškození mozku. Významný příznak je porucha paměti, afektivní labilita až afektivní inkontinence, ze začátku je jen málo postižen intelekt a osobnost, relativně dlouho je zachována kritičnost. Plynulá progresse nemoci je vzácná, zpravidla se objeví náhle a skokově se zhoršuje, což odpovídá dalšímu rozvoji cévního poškození mozku. Nemocní nemají příznivou prognózu, přežívají 4–6 let, příčina úmrtí je často nová cévní mozková příhoda (Hort, Rusina a kol., 2007, s. 189).

Podkorová vaskulární demence se nazývá také Binswangerova choroba. Nemoc se často objevuje u osob v presenilním věku. Příčinou jsou mikroinfarkty v bílé hmotě mozkové. Rizikovou skupinou jsou osoby trpící vysokým krevním tlakem. Mezi hlavní příznaky patří porucha emotivity, afektivní labilita až emoční inkontinence, zpomalená řeč a myšlení, zpomalená psychomotorika, může se objevit porucha jemné motoriky, porucha stání, chůze, porucha sfinkterů. Paměť a intelekt nebývá zpočátku tolik poškozené. Průběh nemoci je rychlý, nemocný umírá do 5 let od prvních příznaků nemoci (Pidrman, 2007, s. 52).

Další typ vaskulární demence je **demence při rozsáhlé cévní mozkové příhodě** Tento typ může být způsoben i mozkovou příhodou vzniklou v oblasti významné pro kognitivní funkce. Demence se rozvíjí náhle s nejistou prognózou z důvodu rizika opakování dalších cévních mozkových příhod (Pidrman, 2007, s. 53).

2.3 Ostatní demence

Demence intoxikačního původu je nejčastěji způsobena dlouhodobým nadměrným pitím alkoholu. Rozvoj **alkoholové demence** je rychlejší při nedostatečném příjmu kalorií a špatném životním stylu. Demence nelze vyléčit, ale při abstinenci a správném životním stylu může dojít ke zlepšení (Jirák a kol., 2009, s. 64; Pidrman 2007, s. 56).

Demence může vzniknout i z **infekčního onemocnění** jako je lues (syfilis) nebo AIDS.

Poruchy látkové přeměny mohou vést ke vzniku **metabolické demence**. Získaná metabolická demence může vzniknout například při poruše výživy, hydratace, nebo při selhání jater. Často lze plně vyléčit po odstranění základních příčin (Pidrman, 2007, s. 58–59).

Demence při normotenzním hydrocefalu je neurologicko-psychiatrické onemocnění, které se vyskytuje po 60. roce života. Onemocněním jsou ohroženi pacienti po úrazech hlavy, operacích mozku a po infekčním onemocnění mozku. Normotenzní hydrocefalus je charakteristický trojicí příznaků - poruchou chůze, inkontinencí moči i stolice a demencí. Při včasné diagnostice a léčbě, chirurgicky se zavede *shunt*, který odvádí nadbytečný mozkomíšní mok, může dojít k zlepšení kognitivních funkcí a chůze (Jirák a kol., 2009, s.70; Pidrman, 2007, s. 56).

Demence také může být z **nádorového nebo posttraumatického původu**, při onemocnění **epilepsii** (Pidrman, 2007, s. 58–60).

3 STÁDIA DEMENCE

Demence představuje do jisté míry různorodý soubor příznaků v závislosti na onemocnění, které demenci způsobuje, ale také na dalších faktorech, které průběh nemoci ovlivňují (Jirák a kol., 2013, s. 103–104). Rozlišujeme tři základní stádia demence. Péče o pacienty se v jednotlivých stádiích liší (Jirák a kol., 2009, s. 116).

3.1 Mírné stádium demence

Postupně se zhoršuje krátkodobá paměť, pozornost, objevuje se zmatenost. Je třeba pátrat po známkách úzkosti a deprese, které jsou v tomto stádiu často přítomny. Důležitá je včasná diagnostika a rozpoznání příznaků nemoci. Demence často uniká pozornosti, od prvních příznaků ke správné diagnóze uplyne i mnoho měsíců. Čím dříve se stanoví správná diagnóza, tím dříve může být zahájena optimální léčba (Jirák a kol., 2009, s. 117–120).

3.2 Střední stádium demence

V tomto stádiu nemocný ztrácí soběstačnost v širším okruhu, již není schopen dále samostatně bydlet, je zde typický výskyt poruchového chování (Jirák a kol., 2013, s. 236).

Právě střední stádium tvoří z demence specifický problém a odlišuje ji od jiných chronických nemocí, jedná se poměrně o dlouhou dobu, kdy nemocný potřebuje nepřetržitou péči, dohled a pomoc (Jirák a kol., 2009, s. 120).

3.3 Těžké stádium demence

Znamená úplnou ztrátu soběstačnosti pacienta, který je plně odkázán na ošetřující personál. Postupně se vytrácí verbální složky komunikace. Nedokáže se sám najíst, obléknout, často bývá částečně či plně inkontinentní (Jirák a kol., 2009, s. 130).

4 LÉČBA DEMENCE

U většiny typů demencí úplné vyléčení neexistuje. Léčba by měla být co nejvíce komplexní, zaměřená na léčbu demencí a dalších příznaků. Můžeme ji rozdělit na farmakologickou a nefarmakologickou. Cílem léčby je zlepšení stavu nemocného, udržení dosavadního stav, oddálení progresu, prodloužení období soběstačnosti, zlepšení kvality života (Kučerová, 2006, s. 97–98).

4.1 Farmakologická léčba

K léčbě demence se využívají především tato farmaka:

Inhibitory acetylcholinesteráz jsou v současné době nejpoužívanější u lehkých až středních forem Alzheimerovy choroby, demencí s Lewyho tělísky a dalších demencí. Cholinesterázy jsou enzymy, které odbourávají acetylcholin (významný přenašeč vzruchu). Zablokováním cholinesteráz se v mozku zvýší kapacita acetylcholinu, tím dojde ke zlepšení paměti. U nás jsou k dispozici tři inhibitory mozkových cholinesteráz- donepezit, galatamin a rivastigmin.

U těžkých forem Alzheimerovy choroby a jiných typů demence se používá látka **memantin**. Působí přes jiný systém mozkových přenašečů vzruchu. Memantin chrání nervové buňky před škodlivinami a zlepšuje schopnost učení.

Dále se používají **látky likvidující volné kyslíkové radikály**, které se vytvářejí při látkové přeměně. U zdravého člověka je jejich vznik a zánik v rovnováze, ale u nemocného s demencí je volných radikálů nadbytek a organizmus je nestačí odbourávat. Vážou se na stěny a poškozují nervové buňky a enzymy.

Nootropní farmaka zlepšují látkovou přeměnu v mozku, tedy využití živin a glukózy. Využívají se u vaskulární demence a u Alzheimerovy choroby jako doplňková léčba.

Dále se používají léky ke snížení problémového chování např. antipsychotika, anxiolytika, antidepresiva. (Jiráček, 2009, s. 88–90; Pidrman 2007, st. 102; Schuler, Oster 2010, s. 74–76)

S farmakologickou léčbou stoupá riziko podávání léčiv v rizikové kombinaci nebo více léčiv nadbytečně (Pidrman 2007, s. 102).

4.2 Nefarmakologická léčba

Cílem nefarmakologické léčby u pacientů s demencí je udržení nebo i zlepšení kognitivních funkcí, soběstačnosti, chůze, hrubé a jemné motoriky. Také jako smysluplné vyplnění volného času. Aktivita mobilizuje psychickou i fyzickou stránku osobnosti člověka (Pidrman

2007, s. 93–94). Aktivita by měla probíhat ve známém prostředí, kde se pacient dobře orientuje. Má-li být léčba úspěšná, musí být prováděna dobrovolně a za jasným účelem. Musí být příjemná a společensky přijatelná. Měla by se stát součástí každodenního života (Holczerová, Dvořáčková, 2013, s. 34; Zgola, 2003, s.153–154).

Vedení k soběstačnosti: v běžných aktivitách denního života. Základ je mít dostatek informací o nemocném, například kdy je zvyklý ráno vstávat, kdy provádí hygienu, jak se obléká, stravuje, co zvládne sám a s čím potřebuje pomoci. Každodenní dostatek podmětů je důležitý. K soběstačnosti může přispět zapojení pacienta do aktivit, podílet se například na drobných přípravách, jako je prostírání stolu, utírání a uklízení nádobí. Je důležité dodržovat zvyklosti a rituály nemocného, usnadní to péči a předchází projevům problémového chování (Holmerová a kol., 2007, s. 123).

Orientace realitou: je důležité, aby nemocný s demencí měl dostatek informací o místě a čase. Již při vstávání pečující informuje, kde se pacient nachází, kolik je hodin a co je dnes za den. Je důležité, aby pečující poskytl nemocnému všechny informace, které potřebuje, ale zároveň aby nemocného příliš nezatěžoval. Orientace realitou musí probíhat citlivě a s jistou zkušeností (Holmerová a kol., 2007, s. 174).

Prostředí: má být vlnivé, klidné a domácí, pro pacienta příjemné. Zařízení pro nemocné demencí by měla odpovídat všem jejich potřebám. Je důležité zvýšené bezpečí nemocného, odstranění zbytečných bariér a jiných nástrah, jako jsou prahy, předměty v cestě, klouzací koberce, které by mohly zapříčinit pád. Pro větší bezpečí v koupelně a na toaletě je vhodné nainstalovat madla a neklouzavé rohože. Dveře pokojů, toalet, koupelny, jídelny či dalších prostor je vhodné označit pomocí barev a nadpisů. Prostor by měl být stabilní a co nejméně se měnit (Jiráková a kol., 2009, s. 99).

Kognitivní rehabilitace: je důležitá zejména u pacientů v mírném až středním stádiu demence. Kognitivní rehabilitace se zpravidla zaměřuje na dlouhodobou paměť, která bývá déle zachována (Holmerová a kol., 2007, s. 123).

„Jedná se o různé, zpravidla zjednodušené a nesoutěživé slovní hry, doplňování říkanek, doplňování slov dle první slabiky, skládání obrazců, zjednodušené pexeso a podobně“
(Holmerová a kol., 2007, s. 122).

Validace: je specifický přístup k pacientům s demencí. Je zde kladen velký důraz na zachování a posílení lidské důstojnosti. Terapeut citlivě pracuje s tématem pacienta a krok za krokem vede nemocného žádoucím směrem. Pacient vypráví zvolené téma, které postupně za pomoci terapeuta rozvádí. Terapeut hovoří s pacientem o příbuzných, příhodách, o zážitcích. Cílený výsledek je, že postupně dojde ke zklidnění pacienta (Holmerová, 2007, s. 125). Některé validační techniky lze uplatnit i u pacientů v pokročilých stádiích demence (Janečková, Vacková, 2010, s. 29).

Reminiscence: neboli práce se vzpomínkami. Reminiscenční terapie využívá vzpomínání jako prostředek terapie, která je založena na skutečnosti, že si člověk nejdéle pamatuje ty vědomosti, návyky a vzpomínky, které jsou uloženy v dlouhodobé paměti (Holczerová, Dvořáková, 2013, s. 64).

„Jako reminiscenční terapie je obvykle označován rozhovor terapeuta se starým člověkem (nebo se skupinou seniorů) o jeho dosavadním životě, jeho dřívějších aktivitách, prožitých událostech a zkušenostech, často s využitím vhodných pomůcek (staré fotografie, staré předměty, nástroje a pomůcky užívané v domácnostech, staré přístroje a pracovní nářadí, módní doplňky, filmy, lidová nebo taneční hudba apod.).“ (Janečková, Vacková, 2010, s. 21)

Reminiscenční terapie je vhodná i pro pacienty s demencí, kteří mají porušenou krátkodobou paměť, ale často si velmi dobře vybavují události dávno minulé (Špatenková, Bolomská, 2011, s. 67–68). *„Reminiscenční terapie tedy rozhodně i u seniorů postižených demencí má svůj smysl a může, byť jen nepatrně, přispět ke zlepšení kvality jejich života“* (Špatenková a Bolomská, 2011, s. 68).

Kinezioterapie: přispívá k udržení svalové síly a stability, ale je vhodná i jako prevence problémového chování (Jiráček, 2009, s. 100).

Pacient s demencí cvičí spíše nápodobou, proto je dobré používat dynamické cviky a vyhnout se termínu pravá a levá (Holmerová, 2007, s. 192–193).

Muzikoterapie: využívá rytmického zvuku ke komunikaci, relaxaci a navození pocitu pohody (Holczerová, Dvořáková, 2013, s. 40).

Texty písní a melodie zůstávají jako součást dlouhodobé paměti i v povědomí nejdéle a přispívají k posílení sebevědomí a k psychické pohodě pacienta (Holmerová a kol., 2007, s. 225).

Zooterapie: neboli terapie se zvířaty. Využívá vzájemné pozitivní působení při kontaktu zvíře a člověk. V domovech pro seniory se preferuje využití **canisterapie** (využití psa). Jedná se o terapii, při které se využívá dobrý vliv psa na zdraví člověka (Holczerová, Dvořáková, 2013, s. 85–86).

5 PROBLÉMOVÉ CHOVÁNÍ

Co je vlastně problémové chování? Neexistuje jasná definice. „V sociálních službách je za problémové chování považováno vše, co za ně označí pracovník.“, (Hauke, 2014, s. 14). Poruchy chování jsou typické u pacientů s demencí. Problémové chování výrazně snižuje kvalitu života nemocného, celému nejbližšímu okolí a hlavně osobám, kteří o nemocného pečují. Je důležité znát projevy nemoci, jedině tak může dojít k pochopení jednání a myšlení nemocného (Hauke, 2014, s. 23, 34). Poruchové chování může také vzniknout, když pacient nemá naplněné a uspokojené své potřeby (Venglářová, 2007, s. 38).

Jiráček a kol. (2009, s. 81) uvádí nejčastější faktory, které vedou u pacientů s demencí k poruchám chování:

„Fyzikální faktory: degenerace mozku, tělesná onemocnění, bolest, diskomfort (například chladno, horko, těsný oděv, nepohodlné křeslo), funkční postižení, léky

Psychologické faktory: premorbidní osobnost, strach, úzkost, deprese, bezmocnost, únava, nuda

Kognitivní poruchy: nepochopení situace, neschopnost vyjádřit potřebu, neschopnost rozhodnout či naplánovat činnost, zmatenost

Vliv okolí: nevhodné prostředí, nevhodné zacházení, nadbytek nebo nedostatek zevních podmětů, narušení rutiny, nervozita pečujícího“

5.1 Nejčastější problémové chování

Agitovanost: se projevuje zvýšeným neklidem, nemocný odmítá spolupracovat. Někdy může být spojena i s **agresivitou**. **Agresivita** je u zdravých lidí reakce na obtížnou situaci. Jde o nástroj, který používáme k získání kontroly nad svým životem. Výskyt agresivity je podmíněn zhoršením kognitivních funkcí, ale i vlivem prostředí, medikace, premorbidní osobnosti (někteří lidé s demencí byli výbušní a vznětliví téměř po celý svůj život, agresivita u nich není nic nového) (Buijssen, 2006, s. 72). Častěji se vyskytuje agresivita fyzická a verbální u nemocných, kteří mají špatné sociální zázemí. Agresivní jednání může být projevem úzkosti, obranné jednání v situaci, které nemocný nerozumí, snaha dosáhnout svého. Základ může být také v bludném přesvědčení (Pidrman, 2007, s. 83). Pacient může být agresivní na spolubydlicí, ale i na personál nebo návštěvu. S agresivitou souvisí také pocit bezpečí, každý člověk má své intimní prostředí a je důležité ho co nejvíce respektovat (Venglářová, 2007, s. 40).

Poruchy nálad: zejména deprese, úzkost, fobie se vyskytují u všech stádií demence, často bývají přítomny již v počátcích nemoci.

Deprese: depresivní syndrom výrazně zhoršuje kvalitu života. Jedná se o chorobu, kdy dochází k narušení běžných životních funkcí a k zhoršení stávající nemoci. Příznaky deprese jsou neurčité jako například: úbytek energie, ztráta zajmu, vymizení pozitivních emocí, beznaděj, bezmocnost, úzkost, někdy až sebevražedné sklony. Podmínkou kvalitní péče je včasný záchyt příznaků. Diagnostikovat depresivní náladu u nemocného s demencí není vždy jednoduché, pokud není doprovázena masivní úzkostí. Depresi lze léčit (Pidrman 2007, s.84; Venglářová, 2007, s.18–19).

Bloudění: jedná se o bezcílnou aktivitu, stereotypní jednání, hledání či přerovnávaní určitých věcí, otevírání a zavírání dveří, odchod z místnosti častější v nočních hodinách. Toto se projevuje hlavně u pacientů, kteří jsou v dobrém fyzickém stavu. U nemocného musíme zajistit bezpečí a minimalizovat rizika bloudění (Buijssen, 2006, s. 91; Pidrman 2007, s. 81).

Podezíravost: je typická především v raném stádiu demence. Zpočátku si pacient není vědom své nemoci. Nemocný ukládá věci na místa, která zapomíná. Nepříznivou situaci nikdy nezapříčinil on sám, ale vždy ten druhý, nejbližší osoby kolem pacienta. Tvzení nemocného je nutné pečlivě ověřit, zda obvinění není oprávněné (Hauke, 2014, s. 28).

U střední až těžké demence se mohou vyskytovat **psychologické příznaky**, jako jsou bludy, iluze a halucinace. **Bludy** dle Pidrman (2007, s. 83) „jsou v praxi nejčastějším následkem tří okruhů **bludného** myšlení: *bludné přesvědčení, že je jedinec okraden, příbuzní chtějí nemocného zlikvidovat, časté jsou i bludy z oblasti sexuální.*“ Další psychologický příznak je **iluze**, jde o zkreslené vnímání reality. Méně časté jsou **halucinace**, kdy nemocný vidí neexistující lidi a zvířata. Zrakové halucinace jsou typické u střední a těžké demence s Lewyho tělísky.

Poruchy spánku, noční neklid: jako nejčastější příčina je snižená fyzická a psychická aktivita, brzké uléhání, rušivé podmínky. Nemocný přes noc bdí a ve dne pospává. Insomnie výrazně snižuje komfort nemocného i okolí. Je důležité zajistit u pacienta bezpečí a snížit riziko pádu (Pidrman, 2007, s. 83–85).

Odmítání péče a spolupráce: jako je například pomoc při mytí, oblékání, odmítání stravy. Nemocný si neuvědomuje změny, které s sebou nemoc přináší. Důležitá je motivace pro danou činnost a vztah důvěry k pečujícímu (Jiráček, 2009, s. 74–75).

5.2 Jak předcházet a zmírňovat problémové chování

Nečekáme, až problémové chování vznikne, ale snažíme se mu předcházet klidným, vlídným a trpělivým přístupem. Není žádný univerzální postup, vždy musí být individualizován pro každého pacienta (Jirák, 2009, s. 79–82). Důležitý je **dobrý vztah** mezi pečovatelem a pacientem, který má pocit bezpečí a personálu plně důvěřuje (Venglářová, 2007, s. 25).

Je důležité respektovat osobnost nemocného a před nástupem získat **dostatek informací** z dosavadního života pacienta (zdrojem je především rodina). Cílem je individualizovat péči dle zvyků a potřeb nemocného. Než něco určíme u pacienta jako problémové chování, je třeba vědět fakta o daném problému. Postoj pečujícího personálu je základ pro **dobré přijetí** péče, člověka vidíme celého, ne jenom jeho diagnózu, i když některé symptomy demence mohou být více patrné (Jirák, 2009, s. 110–112).

Je žádoucí věnovat pacientovi dostatek **pozornosti**, často stačí pouhý úsměv, mrknutí, nebo pokyn, pacient má pocit, že si ho někdo všímá a cítí se dobře. V opačném případě, když má pocit, že je přehlížen, může reagovat křikem, agitovaností až agresivitou (Holmerová, a kol., 2007, s. 98–99; Venglářová, 2007, s. 25).

Jak se vyhnout agresi? Předcházení agrese je lepší než léčba. Proto je důležité pacienta dobře znát a umět rozpoznat varovné signály. Vyhnout se všem stresujícím faktorům, situacím a výkonům. Agresivitu u člověka trpícího demencí může vyprovokovat i osoba, která o něho pečuje například spěchem a nervozitou při péči, neúměrnými nároky nebo nepatřičnou komunikací. Je důležité dodržovat přiměřený stereotyp v denních činnostech. Dojde-li ke konfliktu, je nejdůležitější zůstat v klidu a nenechat se vyprovokovat k náhlým reakcím, ale odvést pozornost pacienta k alternativním činnostem či k alternativnímu objektu zájmu. Nedávat sliby, o kterých víme, že nepůjdou splnit. Chyba je pacienta kritizovat a upozorňovat na jeho nedostatky. Agresivita má i svá pozitiva, ukazuje, že pacient boj se životem nevzdává a bojuje se svým osudem. (Buijssen, 2006, s. 71–77; Pidrman 2007, s. 82; Venglářová, 2007, s. 42–44).

S pacientem je důležité trpělivě **kommunikovat**, snažit se pátrat po tom, co potřebuje a jaká jsou jeho přání, při komunikaci být **trpělivý a empatický**. Je vhodné naučit se slovník, kterému pacient rozumí. Nesmíme zapomínat také na **nonverbální komunikaci**, u které je důležité umět porozumět řeči těla pacientů. Neverbální signály nám často můžou ukázat význam slov přesněji, než komunikace verbální. Nemocní s postupující progresí komunikují stále více na nonverbální úrovni. Je důležité si uvědomit, že i pacient si všímá a reaguje na

nonverbální komunikaci ze strany personálu (Minibergerová a Dušek, 2006, s. 54–55). Je dobré dávat pacientovi **krátké informace** a členit je do jednotlivých kroků, kterým nemocný snáze porozumí. Více ke komunikaci (viz příloha A).

Vytvořit plán pro pacienta s reálnými cíli, na jehož vytvoření je důležité pacienta s demencí dobře znát a vědět jak reaguje na určité situace, co je mu příjemné a co naopak nepříjemné. U jakéhokoliv cíle je důležitá důsledná a vytrvalá realizace. Nesmíme zapomenout také zhodnotit výsledek (Jirák a kol., 2009, s. 111–113; Zgola, 2003, s. 110–122).

Některé stavy problémového chování vyžadují **farmakoterapii**. Jsou to stavy, kdy nemocný ohrožuje sebe nebo okolí. Psychofarmaka s sebou přinášejí vedlejší a nežádoucí účinky jako je například zvýšené riziko nehod nebo pádů, proto k nim přistupujeme až po důkladném zvážení situace. Je nutné použít léky jen na nezbytně nutnou dobu, ve správném dávkování (Jirák a kol., 2009, s. 83).

Jirák a kol. (2009, s.78) uvádí:

Jak správně postupovat při problémovém chování

„Objektivně zhodnot' chování nemocného, popíšeme konkrétní poruchu a získáme maximum informací o okolnostech jejího vzniku. Zhodnotíme vlastní pocity a reakce na chování, pokusíme se být klidní. Hledáme příčinu poruchy (pozor! nemocný většinou není schopen sdělit, co mu vadí). Snažíme se odstranit poruchu chování, její příčinu: nefarmakologické prostředky, psychofarmakoterapie. Hodnotíme efekt léčby (intervence). Spolupracujeme s rodinnými příslušníky, ostatní pečující.“

6 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

„Cílem péče o nemocného s demencí je jeho spokojenost.“ (Jiráček a kol., 2013, s. 236).

Musíme dbát na celkový zdravotní stav pacienta a jeho pohodlí. Zajistit příjem stravy a tekutin, přiměřenou teplotu a k tomu správně zvolené oblečení, péči o hygienu, péči o vyprazdňování, dostatek spánku, dodržovat farmakoterapii. (Jiráček et al., 2013, s. 236)

Při péči bychom se měli vyhnout zbytečné nesoběstačnosti pacienta, kdy nemocný nedělá to, co by ještě byl schopný zvládnout sám (Glennner, 2012, s. 88).

6.1 Péče o výživu

Strava musí být nutričně vyvážená, měla by obsahovat dostatek živin, vlákniny a vody.

Vlivem špatné výživy může vzniknout mnoho zdravotních potíží (Glennner, 2012, s. 91).

Na správné výživě se u nemocného s demencí podílí několik vlivů. „*Jde zejména o následujících pět: hygiena a kultura stolování, stav dutiny ústní, příjem tekutin, obstipace, podávání farmak* (Pidrman, 2007, s. 157).

Hygiena a kultura stolování: významnou roli k zachování chuti a potřeby jídla hraje: okolí, prostředí, rituály a způsob stolování, stereotyp v čase. Strava udává přirozený denní rytmus. Nemocný při podávání stravy má mít soukromí, klid a dostatek času při jídle.

Stav dutiny ústní: jde zejména o stav chrupu, nevyhovující zubní protéza, možné slizniční defekty, které mohou být jako důsledek špatné hygieny dutiny ústní.

Příjem tekutin: u nemocných s demencí je nutné kontrolovat příjem tekutin, aktivně nabízet a zajistit chuťovou pestrost. Pokud je to nutné, vést záznam o příjmu a výdeji tekutin.

Obstipace: senioři celkově mají často problémy s obstipací, stejně tak i nemocní s demencí. Je to důsledek orgánových změn, změny stravovacích návyků, sníženého příjmu tekutin a špatné pohyblivosti. Při péči o pacienty se snažíme obstipaci předcházet podáváním dostatečného množství tekutin, množství vlákniny a dle možností přiměřeným pohybem.

Farmaka: podávání většího množství léčiv představuje nutriční a metabolické riziko. Může docházet k vzájemnému působení léku a stravy. Některé léky také negativně ovlivňují chuť k jídlu. (Pidrman 2007, s. 155–158)

Strava musí být vyvážená, chutná a na pohled lákavá. Je důležitá správná forma stravy (např. mletá nebo krájená). Musíme dát pozor, zda se pacient nají sám, nebo je nutné ho nakrmit. Schopnost pacienta se samostatně najíst se může měnit i během dne - pacient se ráno nají sám, ale při večeři už toho není schopen. Při jídle je nutný nepřetržitý dohled personálu,

mohlo by se stát, že pacient odejde z jídelny, protože zapomněl, proč tam vlastně je (Glenner, 2012, s. 91–94).

6.2 Péče o hygienu

U všech pacientů se provádí ranní a večerní hygiena. Denně dbáme na umytí obličeje, rukou, podpaží a anální oblasti. Trpí-li nemocný inkontinencí, je nutné umýt anální oblast před každou výměnou pleny. Koupání by mělo probíhat jedenkrát až dvakrát týdně, nebo dle potřeby. Koupání u pacienta s demencí je někdy problémové, děje se toho na něj příliš. Nesmíme zapomínat na stud pacienta a zajistit co největší soukromí. Je důležité navádět pacienta k samostatnosti, dávat mu pokyny krok za krokem. Při koupání je nutné zkontrolovat stav pokožky (modřiny, vyrážky, otoky, rány a projevy infekce). Ostříháme nehty na rukou, vyčistíme uši, můžeme promazat kůži a oholit. Při holení respektujeme zvyklosti pacienta. Pokud je zvyklý být hladce oholen každý den, umožníme mu to (Glenner, 2012, s. 94–97).

Ústní hygiena provádíme u pacienta denně. Čištění dutiny ústní máme zautomatizované, to je výhodou pro pacienty, ale jde o složitou činnost, která je v těžším stádiu obtížná. Pokud pacient používá zubní náhradu, je nutné jí pravidelně kontrolovat a vyčistit (Glenner, 2012, s. 100).

6.3 Péče o oblékání

Někteří pacienti jsou při oblékání relativně soběstačný, je důležité jim připravit věci (spodní prádlo nahoru). Jak nemoc postupuje, pacient neví, jak si má dané oblečení obléknou nebo se nechce oblékat, protože mu to přijde moc složité. Zde je nutná pomoc personálu, kdy dáme pacientovi postupné pokyny a pomůžeme mu. Je dobré vyřadit ze šatníku složité oblečení, jako jsou silonky nebo košile s malými knoflíky. V pokročilém stádiu je pacient plně odkázán na personál. Vybíráme pohodlné oblečení, které nikde neškrťí, nedře a je vzdušné, ale také dbáme na to, aby se k sobě jednotlivé kusy hodily, i když to pacient nevnímá (Glenner, 2012, s. 94–97, 105–107).

6.4 Péče o vyprazdňování a při inkontinenci

Inkontinence se zprvu vyskytuje zřídka, nepravidelně, ale v pokročilém stádiu demence se vyskytuje často, a to jak moči, tak i stolice. Při používání inkontinenčních pomůcek je

důležitá dostatečná hygiena, dbát, aby pokožka byla čistá a suchá. Pokud je pacient chodící, nabádáme ho, aby si zašel na toaletu, případně jdeme s ním. Toaleta by měla být dostatečně označena, aby ji lehce našel (Glenner, 2012, s. 94–97, 101–104).

6.5 Ústavní péče

Péče o pacienty je velmi náročná psychicky, fyzicky i sociálně. Nemocní se zejména ve stádiu rozvinuté demence chovají tak, že svým jednáním mohou ohrožovat svou bezpečnost, ale také bezpečnost okolí. Nemá-li senior adekvátní rodinné zázemí, je třeba hledat ústavní péči, kde je trvalý denní dohled kvalifikovaného personálu. Určitý druh zařízení se liší podle cílové skupiny. Pro pacienty s demencí jsou zařízení domovy se zvláštním režimem (Jirák a kol., 2009, s. 121–123).

Dle zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách jsou v domovech se zvláštním režimem poskytovány služby osobám, které mají sníženou soběstačnost, vyžadují nepřetržitý dohled a pomoc jiné osoby. Režim v zařízení musí být přizpůsoben specifickým potřebám nemocných. Domovy se zvláštním režimem poskytují: trvalé ubytování v bezpečném prostředí, podávání stravy, pomoc při hygieně, pomoc při zvládnutí běžných denních úkolů, společenský kontakt, socioterapii, pomoc při uplatňování práv pacientů.

V zařízení je nepřetržitý dohled sestry a dostupnost lékaře (nemusí být trvale přítomen). Dále je nutné, aby byl přítomen ošetřovatel a pracovník sociální služby, fyzioterapeut nebo ergoterapeut (Maliková, 2011, s. 114).

7 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ

Stárnutí je nedílnou součástí našeho života, jde o nezvratný proces (Pokorná, 2010, s.7-8). Ke dni 31. prosince 2012 na území České republiky žilo 10 516 125 osob, z toho 1 767 618 byly osoby ve věku 65 a více let (ÚZIS, 2016). Stárnutí populace se týká celého světa, je chápáno jako přirozený civilizační vývoj přinášející mnoho možností (Kalvach a kol., 2008, s. 21). Se stárnutím populace také narůstá prevalence a incidence nemocí kardiovaskulárního systému, osteoporózy, osteoartrózy, ischemických onemocnění mozku, Alzheimerovy choroby a jiných typů demence (Kalvach a kol., 2008, s. 111–114).

Všeobecným rysem stárnutí je atrofie všech orgánů. Nejvíce však atrofie postihuje mozek. Člověk používá jen malou část mozkové kapacity. Cvičením kognitivních funkcí a pohybových vzorců můžeme docílit toho, že nefunkční nervová spojení převzou jiné mozkové okruhy (Klevetová, Dlabalová, 2008, s. 19).

Zhoršování zdraví, zdravotní kolísavost i drobná další poškození mohou mít závažné důsledky ve smyslu zhoršování soběstačnosti a sebeobsluhy (Kalvach a kol., 2008, s. 139).

S pojmem stárnutí se nám často vybaví spoustu negativních projevů: vnější vzhled, zdravotní stav, ekonomická úroveň, sociální péče. Ale stárnutí není jenom záležitost lidí v poslední etapě života, jede o proces, který je s námi celý život. (Křivohlavý, 2011, s. 10–12, 55)

Od narození procházíme čtyřmi určitými úseky života. První usek je mládí (od narození po dospělost 0–30 let), druhý usek života je střední věk (doba dospělosti 30–65 let), třetí úsek je život v době důchodu (65–85 let), čtvrtý usek je příprava na odchod (85 a více let). Toto dělení je dle Křivohlavý (2011, s. 18), ale existují i jiná dělení lidského věku. Z psychologického hlediska na tom může být ten samý člověk jinak než z hlediska biologického věku. Proto se můžeme setkat i s termínem chronologický věk a termínem psychologický věk, který se u každého člověka liší (Křivohlavý, 2011, s. 10–12).

7.1 Postoj ke stáří

Jak uvádějí Hartl a Hartlová (2000, s. 442), „*postoj je sklon ustáleným způsobem reagovat na osoby, předměty, situace a na sebe sama*“. Postoje jsou součástí osobnosti a předurčují chápání, myšlení, chování, poznání a cítění člověka. Jde o osobitý rys, pohled na svět, který získáváme v průběhu života. Postoj může vzniknout pozitivním, ale i negativním sociálním učením. Postoj nám také ukazuje náš názor nebo připravenost k řešení některých problémů. (Křivohlavý, 2011, s. 29–30). Existuje i jiný pohled na postoj, který si vytváříme ze svých představ. Představu hodnotíme a vyjádříme tím svůj názor, když ke svému názoru připojíme

emocionální prožitek vzniká postoj, člověk, který vyjadřuje svůj postoj založený na víře je přesvědčený a je podle toho odhodlaný i jednat (Křivohlavý, 2011, s. 29–30).

Postoj se liší u optimistů od postoje pesimistů. Člověk, který měl celý život optimistický postoj, má naději na vyšší kvalitu života v pokročilém věku (Křivohlavý, 2012, s. 45–50).

Postoj ke stáří je individuální u každé osoby. Jde o to, jak je člověk schopný se vyrovnat se ztrátou různých činností, na které byl celý život zvyklý a adekvátně je nahradit jinými. Postoj ke stáří se může postupně, jak člověk stárne měnit, mění se jeho priority. Člověk má strach, ze zhoršování svého zdravotního stavu, že bude fyzicky či sociálně nesamostatný. Radikální změnu postoje ke stáří může změnit smrt životního partnera, milované osoby, vrstevníků (Vágnerová, 2007, s. 306).

Jak uvádí Haškovcová (2010, s. 33–37), pohled na stáří a tím i postoj se mění i historicky. Dříve si lidé přáli dožít vysokého věku, starým lidem byla připisována moudrost, trpělivost a byla jim prokazována úcta, nepříznivé projevy stáří byly přehlíženy. Dnes je na stáří nahlíženo jako na část života plnou zdravotních problémů, sociální nesoběstačnosti a celkového strádání přinášejícího pro stát značnou ekonomickou zátěž. Někteří senioři přebírají daný stereotyp, se kterým se identifikují, i když jsou se svým životem spokojeni a žijí aktivně.

Pravděpodobně většina dospělých vnoučat má kladný postoj ke svým prarodičům, ale často je to jiné, jedná-li se o seniora neznámého - může být přítomný výrazný diskriminační postoj (Haškovcová, 2010, s. 48).

Významný vliv na vytváření negativní představy o stáří mají média. Nejvlivnějším médiem v současné době je televize. Na základě pravd a polopravd, které se šíří mezi generacemi, vznikají mýty o stáří, o kterých je většina lidí hluboce přesvědčena. Jedná se například o falešné představy, kde je hlavní rolí hlavně materiální a ekonomické zajištění, nebo mýtus zjednodušené demografie, který vznikl na základě přesvědčení, že starý se člověk stává v den odchodu do starobního důchodu. Toto je jen příklad mýtů o stáří dle (Haškovcová, 2010, s. 42–48), ale existuje jich mnohem více, které jsou v populaci zakořeněné.

O tom, jak prožijeme stáří, se nerozhoduje před nebo po dovršení důchodového věku a odchodu do důchodu, ale v celém našem dosavadním životě, již od narození a je třeba se na stáří aktivně připravovat. Jak si udržet plnohodnotný život co nejdéle? Důležité je vedení k postojům podporujícím zdraví a tím předcházet negativním jevům jako je například

bezmoc, beznaděj až deprese, se kterou se v seniorském věku můžeme setkávat velmi často (Haškovcová, 2010, s. 173–175; Krivohlavý, 2011, s. 29–30).

Podle pozitivního obrazu stárnutí je stáří obdobím nemuset docházet do práce a starat se o děti, které jsou již dospělé. Otevírají se nové možnosti, na které v produktivním věku nebyl dostatečný čas. Jde o aktivní stárnutí, kdy člověk aktivně ovlivňuje podmínky svého života (Petrová Kafková, 2013, s. 17–29).

„Ve stáří je člověku možno konečně se soustředit v plné míře na další vývoj a rozvoj duševního života, radovat se z něho – a nebýt přitom obtěžován tím, co v mládí v tom brání.“

Cicero

II. PRAKTICKÁ ČÁST

8 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

1. Jak náročná je komplexní péče o seniory s demencí z pohledu ošetrovatelského personálu ve vybraném zařízení?
2. Jakým způsobem řeší personál vybraného zařízení problémové situace?
3. Jaké postoje ke stárnutí a stáří má personál pečující o klienty s demencí?

9 METODIKA VÝZKUMU

Pro výzkumnou část bakalářské práce byl zvolen kvantitativní výzkum. K dosažení stanovených cílů práce byl vytvořen dotazník vlastní konstrukce. Otázky k poslednímu cíli byly sestavené na základě inspirace podle standardizovaného dotazníku AAQ. Dotazník obsahoval 18 otázek, které byly otevřené, uzavřené a identifikační (viz příloha B).

Celkem jsem oslovila tři zařízení, která se přímo specializují na péči o nemocné s Alzheimerovou chorobou a jinými typy demencí na území České republiky. Výběr respondentů byl záměrný. Respondenti zařazení do výzkumu byli ošetrovatelé nebo zdravotní sestry bez rozdílů délky praxe nebo vzdělání.

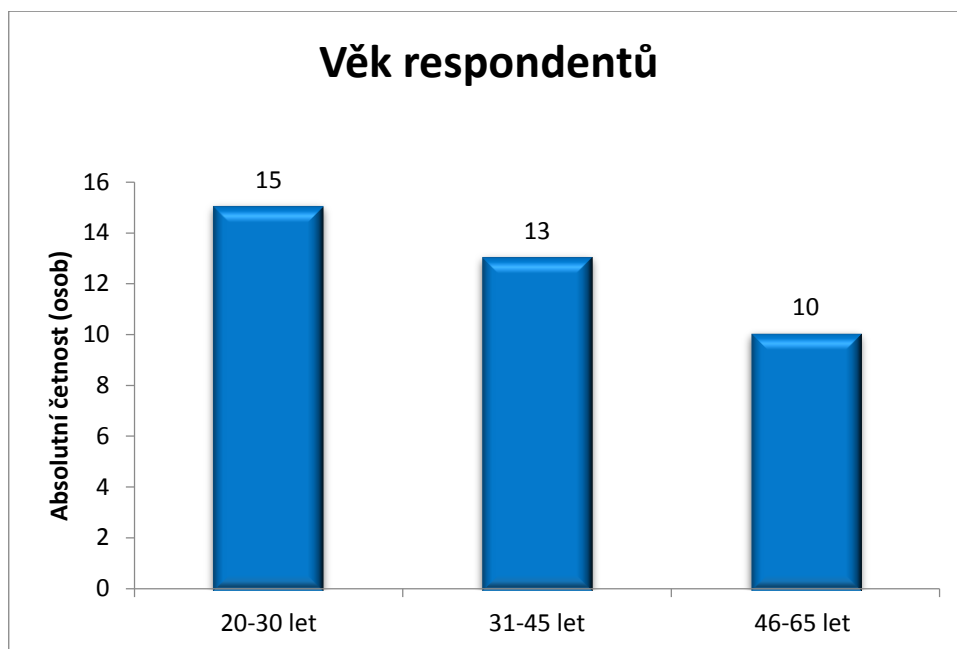
Před samotným výzkumem proběhlo pilotní šetření. Dotazník byl rozdělán celkem 14 respondentům, na dotazník odpovědělo 10 respondentů, návratnost tedy byla 71 %. Na základě pilotního šetření byl dotazník upraven.

Dotazníkové šetření bylo zahájeno 11. 1. 2016 a ukončeno 4. 3. 2016. Bylo rozdáno celkem 54 dotazníků, návratnost všech dotazníků byla 78 % (42 respondentů). Čtyři dotazníky byly z dotazníkového šetření vyřazeny kvůli své neúplnosti. Návratnost zcela vyplněných dotazníků byla 70 %, výzkumný soubor tedy tvořilo 38 respondentů.

Práce byla vytvořena pomocí programu Microsoft Office Word 2010 pro psaný text. Analýza dat z kvantitativního dotazníkového šetření byla vytvořena v programu Microsoft Office Excel 2010, kde byly použity sloupcové grafy pro zpracování získaných dat. Výsledky byly znázorněny pomocí absolutní četnosti (n_i) a relativní četnosti (f_i), která je uváděna v procentech, kdy (n) je celkový počet respondentů. Pro výpočet relativní četnosti byl použit vzorec: $f_i = \frac{n_i}{n} * 100$.

10 VÝSLEDKY VÝZKUMU

Otázka č. 1: Kolik Vám je let?

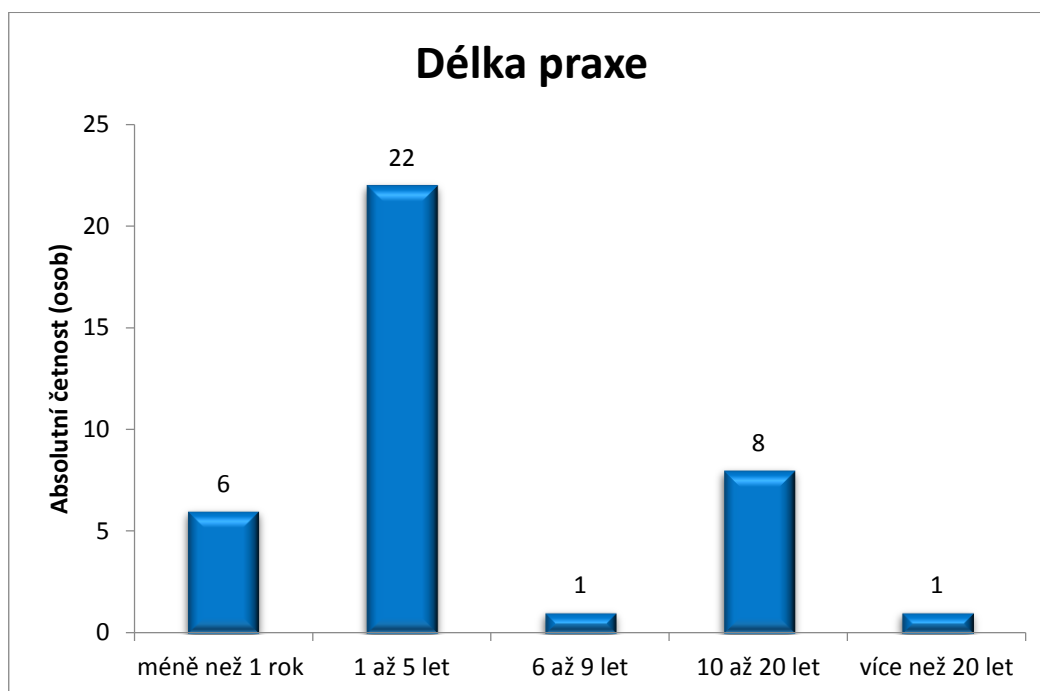


Obrázek 1 Graf zobrazující věk respondentů

Kvantitativního výzkumu se zúčastnilo celkem 38 (100 %) respondentů. Všichni respondenti byli v produktivním věku. Respondenti byli rozděleni podle věku do skupin dle Langmaier (2006, s. 167). Nejvíce respondentů (15; 39 %) bylo ve vývojové etapě nazvané časná dospělost, která je definována zhruba kolem věku 20-30 let. 13 (34 %) respondentů bylo v období střední dospělosti, která trvá zhruba do 45 let věku. V etapě pozdní dospělosti, která trvá do 65 let života bylo zastoupení 10 (26 %) respondentů. Viz. obr. 1.

Průměrný věk respondentů byl 37 let. Nejčetnější hodnota (modus) činila 44 let. Střední hodnota (medián) je 38 let.

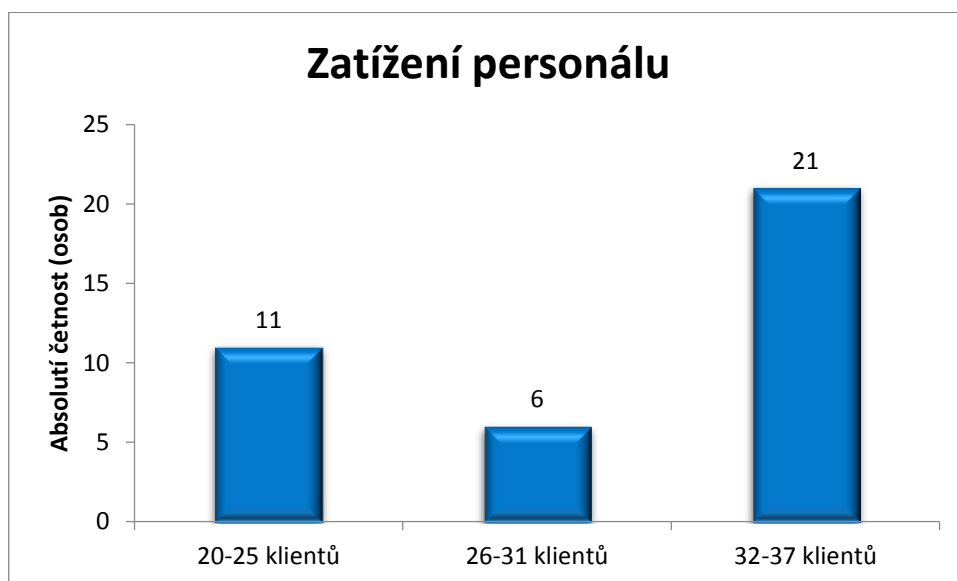
Otázka č. 2: Jako dlouho pracujete se seniory s demencí?



Obrázek 2 Graf zobrazující délku praxe

Na tomto grafu je znázorněno, jak dlouho respondenti pracují v zařízení, kde pečují o seniory s demencí. Otázka byla otevřená a odpovědi byly sestaveny do pěti kategorií. Z celkového počtu 38 (100 %) respondentů, méně než 1 rok odpovědělo 6 (16 %) respondentů. Největší zastoupení (22; 58 %) respondentů bylo v kategorii o rozmezí 1–5 let praxe. V kategoriích 6-9 let byl pouze 1 (3 %) respondent. V kategorii 10–20 let bylo zastoupeno 8 (21 %) a 1 (3 %) respondent dokonce uvedl, že se seniory s demencí pracuje více než 20 let. Viz obr. 2. Průměrná délka praxe byla 5,4 let.

Otázka č. 3: Kolik klientů máte na starosti?



Obrázek 3 Graf zobrazující zatíženost personálu

Na tomto grafu můžeme vidět zatíženost personálu. Jednalo se o otevřenou otázku a odpovědi respondentů se mírně lišily. Domnívám se, že to bylo z důvodu, že do dotazníkového šetření byli zařazeni jak ošetřovatelé, tak i zdravotní sestry. Proto k vyhodnocení dat byly stanoveny tři kategorie.

V dotazníkovém šetření 11 (29 %) respondentů uvedlo, že se stará o 20–25 klientů, dále 6 (16 %) respondentů uvedlo, že se stará o 26–31 klientu. Největší procentuální zastoupení bylo v kategorii 32–37 klientů, rozmezí těchto čísel uvedlo 21 (55 %) respondentů. Jedna osoba se nestará o tolik klientů, ale že zaměstnanci pracují ve funkční skupině. Viz obr. 3.

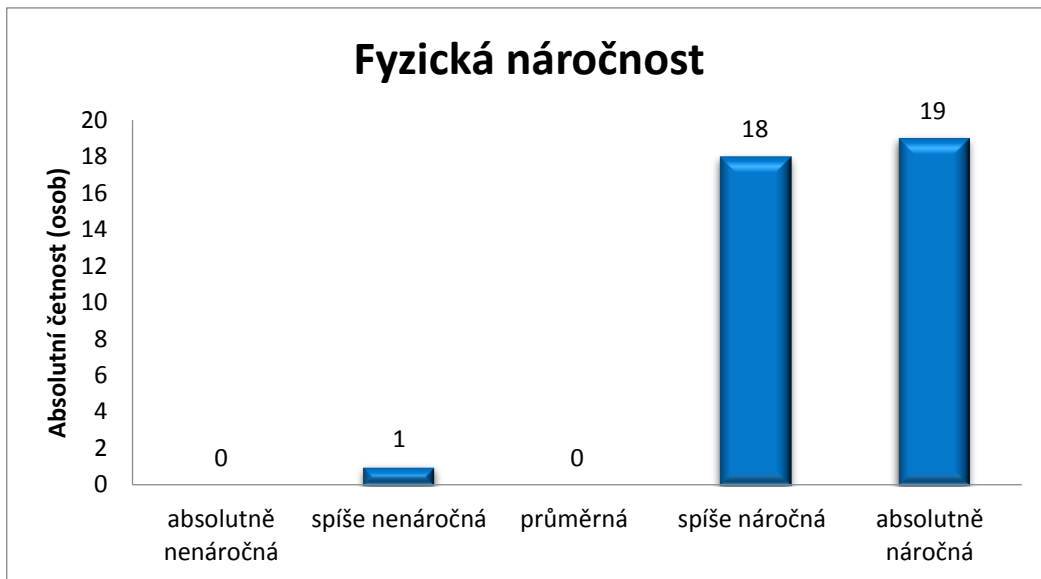
Otázka č. 4: Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?



Obrázek 4 Graf zobrazující dosažené vzdělání

Z celkového počtu 38 (100 %) dotazovaných zaměstnanců nikdo neměl jako nejvyšší dosažené vzdělání pouze základní. Vyučeno bylo 13 (34 %) dotazovaných a 2 (5 %) respondenti uvedli vyučen s maturitní zkouškou. Největší procentuální zastoupení bylo vzdělání střední škola s maturitní zkouškou 19 (50 %). Bylo zde i zastoupení vyššího odborného a vysokoškolského vzdělání, které bylo shodné 2 (5 %). Lze předpokládat, že se jedná o vrchní či staniční sestru. Viz obr. 4.

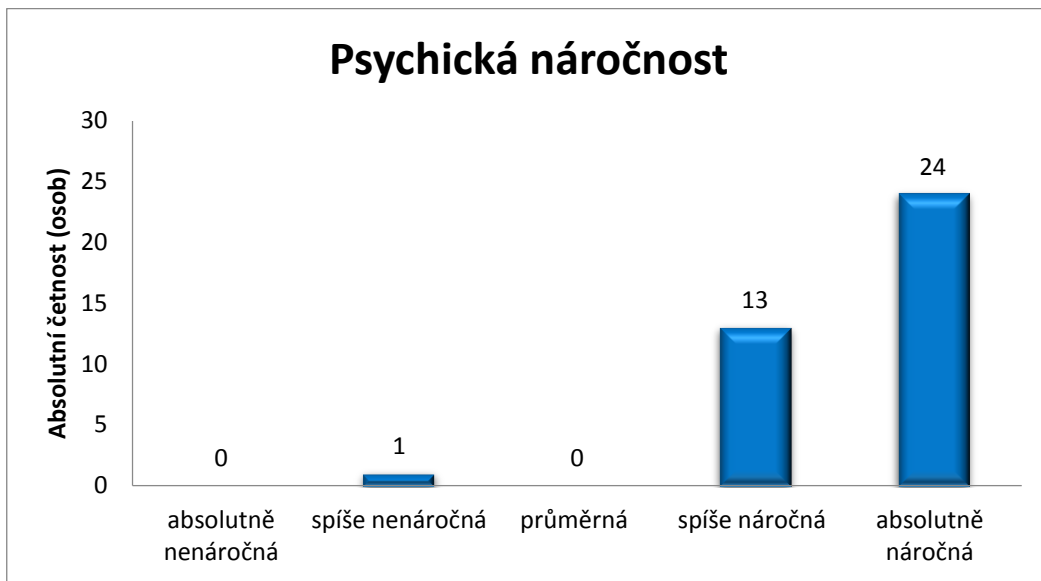
Otázka č. 5: Jak hodnotíte komplexní péči o seniory s demencí z hlediska fyzické náročnosti?



Obrázek 5 Graf zobrazující fyzickou náročnost péče

Tento graf znázorňuje, jak personál hodnotil péči o seniory s demencí z hlediska fyzické náročnosti. 19 (50 %) dotazovaných označilo odpověď absolutně náročná a 18 (47 %) spíše náročná a pouze 1 (3 %) respondent odpověděl spíše nenáročná. Žádný z respondentů neuvedl kategorii průměrná a absolutně nenáročná. Viz obr. 5.

Otázka č. 6: Jak hodnotíte komplexní péči o seniory s demencí z hlediska psychické náročnosti?



Obrázek 6 Graf zobrazující psychickou náročnost péče

Největší zastoupení respondentů 24 (63 %) v grafu na zhodnocení míry psychické zátěže měla kategorie s názvem absolutně náročná a 13 (34 %) respondentů bylo pro kategorii spíše náročná a pouze 1 (3 %) respondent odpověděl spíše nenáročná. Viz obr. 6.

Otázka č. 7: Jak jste spokojen/a se svou prací v zařízení pro seniory s demencí?

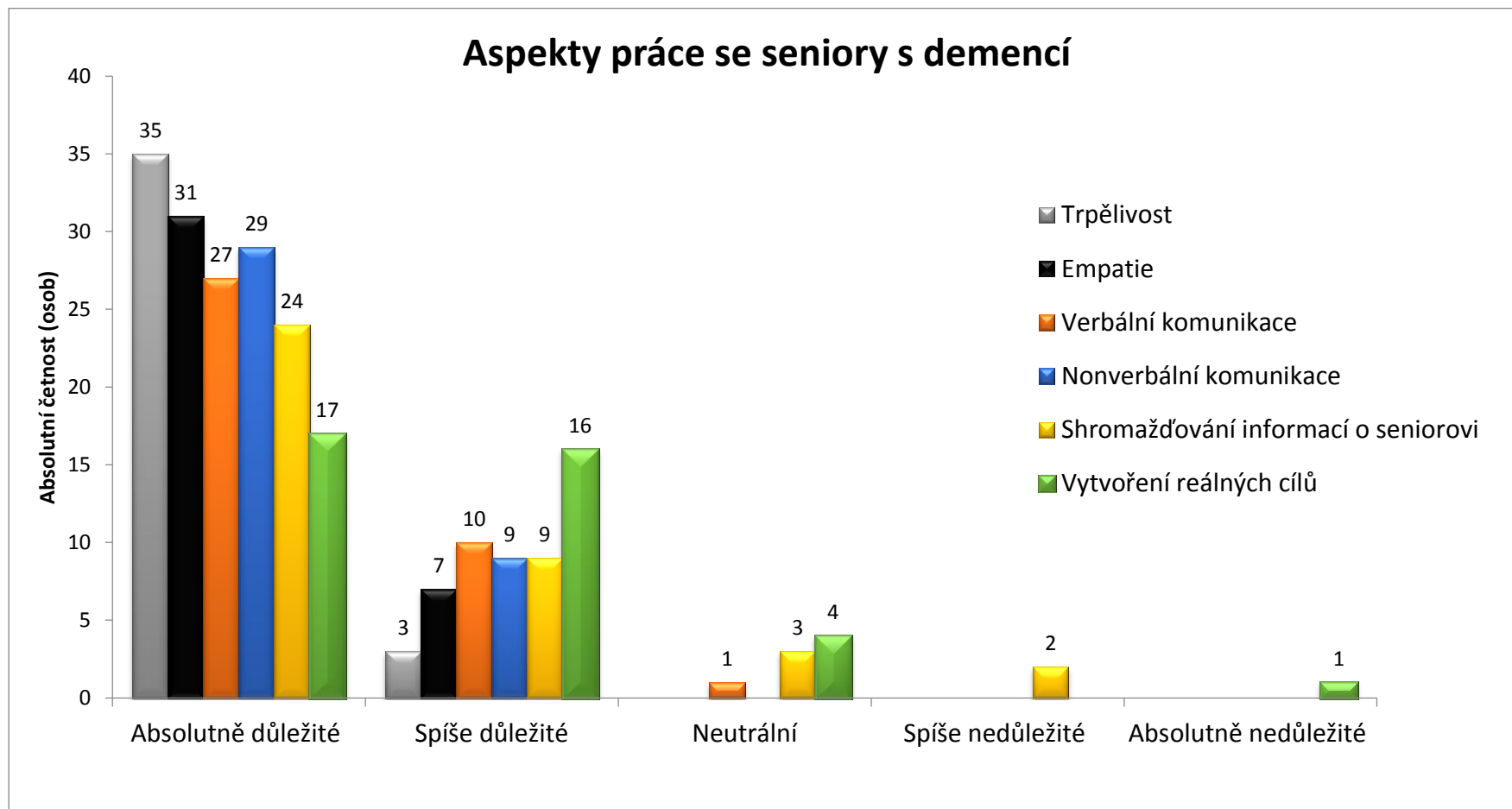


Obrázek 7 Graf zobrazující spokojenost se zaměstnáním

Na tomto grafu můžeme vidět spokojenost s prací. Z celkového počtu 38 (100 %) bylo velmi spokojeno 13 (34 %) respondentů a spíše spokojeno 18 (47 %) respondentů, Dohromady byli zaměstnanci spokojeni v nadpoloviční většině. 1 (3 %) respondent uvedl kategorii ani spokojen ani nespokojen a 5 (13 %) dotazovaných bylo spíše nespokojeno. Pouze 1 (3 %) dotazovaný byl se zaměstnáním velmi nespokojen. Viz obr. 7.

Je zajímavé, že podle zaměstnanců je práce s pacienty s demencí náročná fyzicky i psychicky, jak můžeme vidět na obr. 5 a na obr. 6. Ale při dotazování na spokojenost s prací převládalo spíše kladné hodnocení, jak ukazuje obr. 7.

Otázka č. 8: Co je podle Vás důležité při práci se seniory s demencí?



Obrázek 8 Graf zobrazující důležité aspekty při práci

Na obr. č. 8 můžeme vidět, co je podle zaměstnanců důležité při práci se seniory s demencí. Z celkového počtu 38 (100 %), trpělivost hodnotilo 35 (95 %) respondentů jako absolutně důležitou při práci a 3 (8 %) dotazovaní jako spíše důležitou. Ostatní kategorie pro trpělivost nikdo z respondentů neuvedl.

Z celkového počtu 38 (100 %) respondentů 31 (82 %) uvedlo, že empatie je při práci absolutně důležitá a 7 (17 %) respondentů zaškrtnulo kategorii spíše důležitá. Kategorie neutrální, spíše nedůležité a absolutně nedůležité nikdo s respondentů neuvedl.

Z celkového 38 (100 %) respondentů 27 (71 %) uvedlo, že verbální komunikace je absolutně důležitá. Pro 10 (26 %) respondentů je spíše důležitá a 1 (3 %) dotazovaný uvedl kategorii pro komunikaci jako neutrální. Ostatní kategorie nebyly zmíněny.

Z celkového 38 (100 %) uvedlo 29 (76 %) respondentů, že při práci je absolutně důležitá nonverbální komunikace a 9 (24 %) uvedlo kategorii spíše důležitá. Neutrální, spíše nedůležitá a absolutně nedůležitá nikdo neuvedl.

Shromažďování informací o seniorovi z celkového počtu 38 (100 %) respondentů hodnotili 24 (63 %) respondentů jako absolutně důležité, 9 (24 %) respondentů označilo kategorii spíše důležité, 3 (8%) dotazovaní kategorii neutrální a 2 (5 %) respondenti označili shromažďování informací jako spíše nedůležité. Kategorie absolutně nedůležité nebyla zmíněna.

Vytvoření reálných cílů hodnotilo z celkového počtu 38 (100 %) respondentů 17 (45 %) dotazovaných jako absolutně důležité, 16 (42 %) respondentů se přiklonilo pro kategorii spíše důležité, 4 (11 %) zvolilo kategorii neutrální a 1 (3 %) dotazovaný uvedl, že vytvoření reálných cílů při práci se seniory s demencí je absolutně nedůležité. Kategorii spíše nedůležité nikdo z respondentů neuvedl. Viz obr. 8.

Z tohoto grafu je patrné, že většina z daných položek jsou pro zaměstnance při práci absolutně nebo spíše důležité.

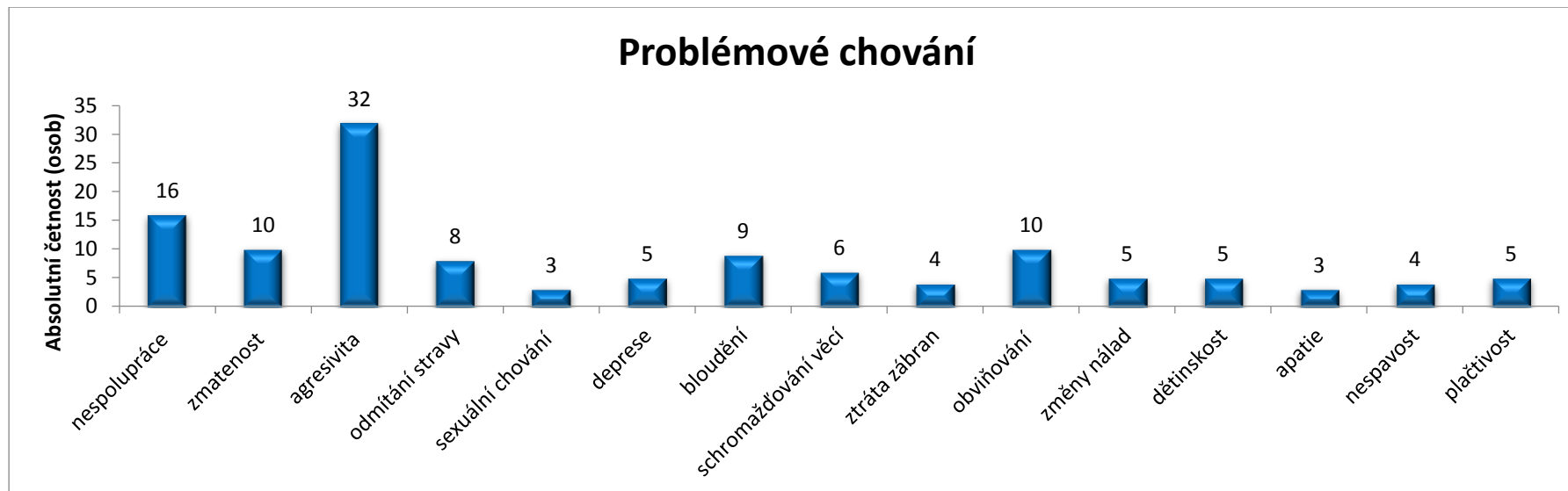
Otázka č. 9: Setkali jste se během své praxe s problémovým chováním u seniora s demencí?



Obrázek 9 Graf zobrazující výskyt problémového chování

Na tomto grafu vidíme, kolikrát se respondenti setkali s problémovým chováním. Z celkového počtu 38 (100 %) dotazovaných 6 (16%) zaměstnanců odpovědělo, že s problémovým chováním se setkali více jak 5×, 2 (5%) respondenti odpověděli více jak 10×. Tito respondenti pracují se seniory s demencí kratší dobu obr. 2. Nejvíce respondentů 30 (79 %) odpovědělo, že se s problémovým chováním setkali více než 15×. Viz obr. 9.

Otázka č. 10: Vypište alespoň 3 příklady problémového chování z Vašeho pohledu, které Vás okamžitě napadnou

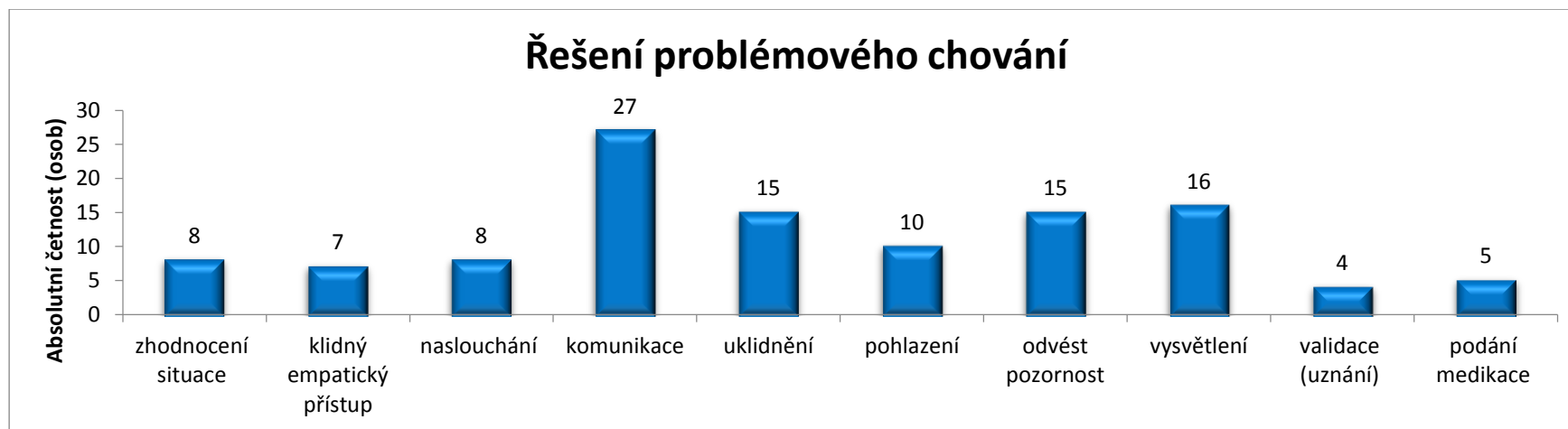


Obrázek 10 Graf zobrazující nejčastější problémové chování

Tato otázka byla otevřená a respondenti měli možnost více odpovědí.

Nejčastěji zmiňované problémové chování byla agresivita (32 respondentů) Na druhém místě je nespolupráce, kterou uvedlo 16 respondentů. 10 dotazovaných uvedlo zmatenost a obviňování. 9 respondentů uvedlo jako problémové chování bloudění. Odmítání stravy bylo označeno jako problémové chování u 8 zaměstnanců. Stejně množství respondentů (5) uvádělo depresi, změny nálad, dětinskost, plačtivost. 4 respondenti uvedli nespavost a ztrátu zábran. Sexuální chování a apatii uvedli 3 dotazovaní. Viz obr. 10.

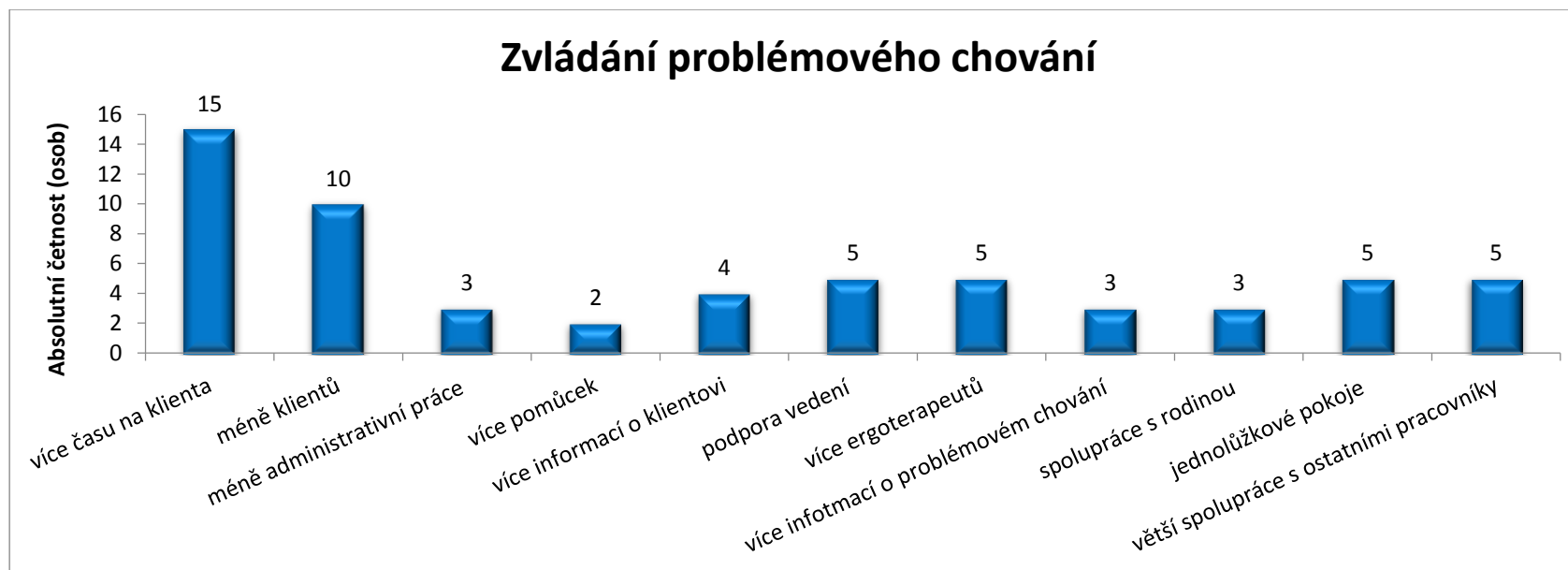
Otázka č. 11: Jakým způsobem řešíte vzniklou problémovou situaci se seniorem?



Obrázek 11 Graf zobrazující řešení problémového chování

Tento graf znázorňuje, jak zaměstnanci postupují při vzniklém problému. Respondenti měli možnost na tuto otázku uvést více odpovědí. Z celkového počtu 38 (100 %) respondentů uvedlo 8 dotazovaných, že by řešili problémové chování zhodnocením situace. Domnívám se, že toto by činili všichni zaměstnanci, pouze to nevedli do dotazníkového šetření. Největší zastoupení, a to 27 dotazovaných, uvedlo, že řeší problémové chování hlavně komunikací. Vysvětlením, které také úzce souvisí s komunikací, uvedlo 16 respondentů. 15 respondentů by situaci řešilo uklidnění klienta a odvedení pozornosti na něco jiného. Pohlazením, tedy nonverbální komunikací, by postupovalo 10 dotazovaných. 8 respondentů uvedlo, že řeší problémové chování nasloucháním. Klidný a empatický přístup uvedlo 7 dotazovaných. Dále uvedlo 5 respondentů podání medikace. Validací tedy komunikací, která pracuje s životním příběhem pacienta, by řešili problémové chování pouze 4 respondenti. Viz obr. 11.

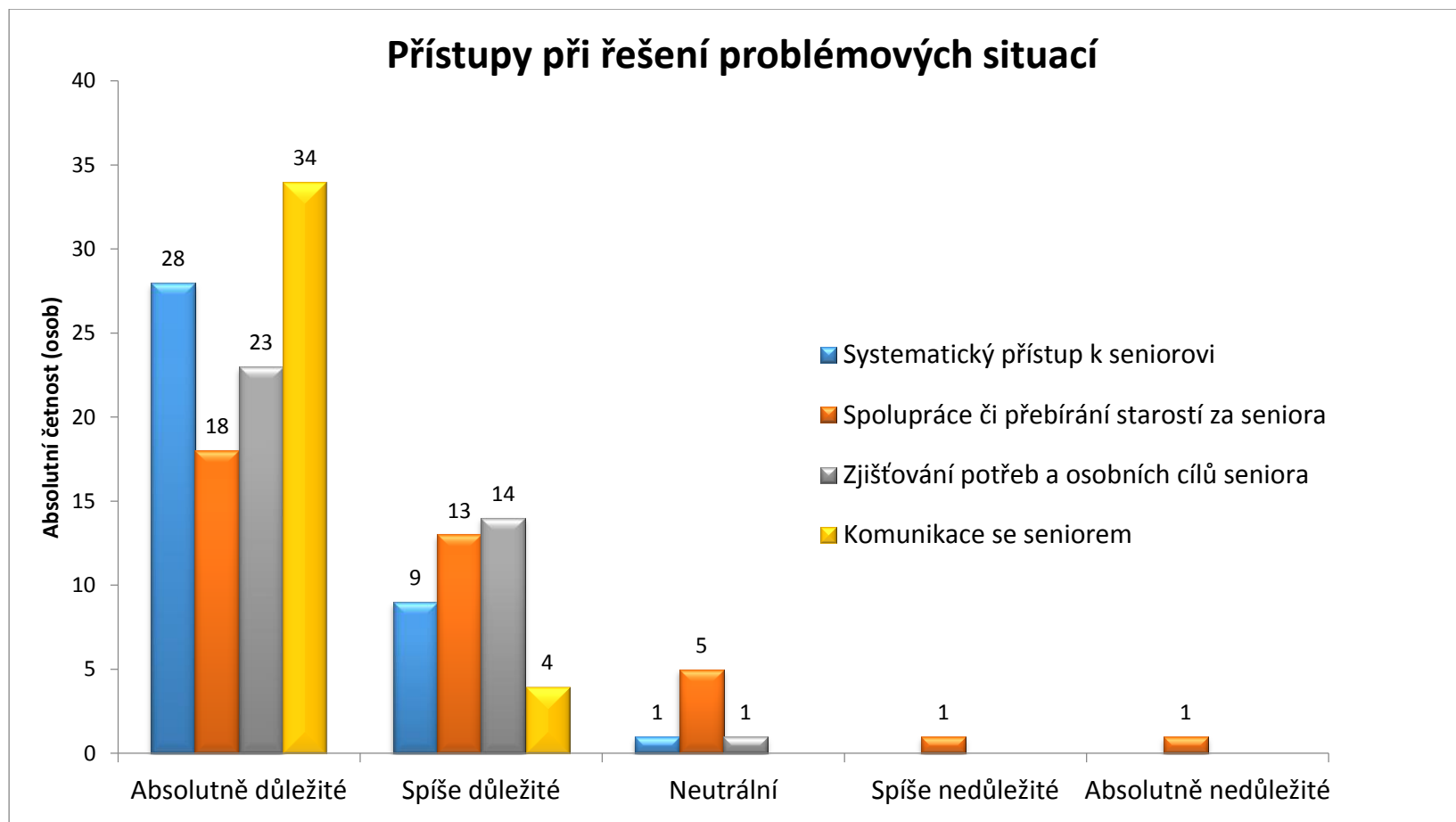
Otázka č. 12: Co by Vám více pomohlo při zvládnání problémového chování u seniorů s demencí?



Obrázek 12 Graf zobrazující zvládání problémového chování

Respondenti měli na tuto otázku možnost uvést více odpovědí. 15 respondentů zastává názor, že by pomohlo více času na klienta. S tímto je spojena i odpověď méně klientů, kterou uvedlo 10 respondentů. Méně administrativní práce by uvítali 3 respondenti a 4 dotazovaní se domnívají, že by jim pomohlo více informací o klientovi. Lepší spolupráci s rodinou zmiňují 3 respondenti. Stejný počet respondentů (5) tematizuje větší podporu ze strany vedení a více ergoterapeutů, kteří by klienty zabavili a oni měli více času na péči. Dále stejný počet respondentů zmiňuje jednolůžkové pokoje, na kterých by se klienti navzájem nerušili, a větší spolupráci s ostatními pracovníky. Pouze 3 respondenti uvedli, že by potřebovali více informací o problémovém chování. Viz obr. 12.

Otázka č. 13: Jak důležité jsou tyto přístupy při řešení problémových situací?



Obrázek 13 Graf zobrazující přístupy při řešení problémových situací

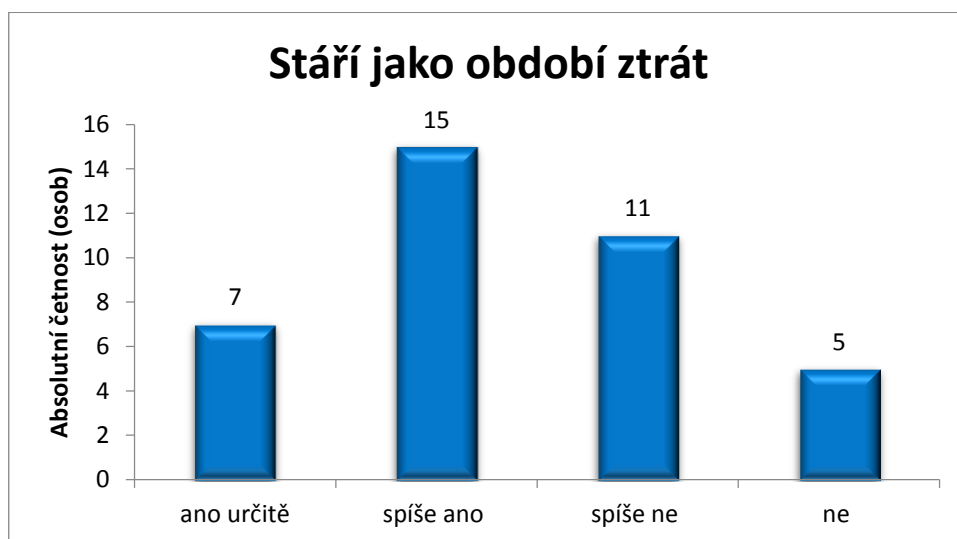
Na obr. 13 můžeme vidět, jaké přístupy jsou podle zaměstnanců při řešení problémového chování nejdůležitější. Z celkového počtu 38 (100 %) respondentů 28 (74 %) uvedlo, že systematický přístup k seniorovi je absolutně důležitý. 9 (24 %) dotazovaných zvolilo kategorii spíše důležité a 1 (3 %) respondent uvedl kategorii neutrální. Ostatní kategorie respondenti neuvedli.

Spolupráci či přebírání starosti za seniora z celkového počtu 38 (100 %) respondentů hodnotilo 18 (47 %) dotazovaných v kategorii absolutně důležité, 13 (34 %) zvolilo kategorii spíše důležité. A stejné zastoupení odpovědí 1 (3 %) bylo v kategorii neutrální a spíše nedůležité. Kategorii absolutně nedůležité nikdo neuvedl

Zjišťování potřeb a osobních cílů seniora z celkového počtu 38 (100 %) dotazovaných hodnotilo 23 (61 %) respondentů v kategorii absolutně důležité. Dále bylo zastoupení 14 (37 %) respondentů v kategorii spíše důležité a 1 (3 %) respondent uvedl kategorii neutrální. Kategorii spíše nedůležité a absolutně nedůležité nikdo z respondentů neuvedl.

Z celkového počtu 38 (100 %) respondentů uvedlo 34 (89 %), že komunikace se seniory je absolutně důležitá a 4 (11 %) uvedli kategorii spíše důležitá. Ostatní kategorie nikdo z respondentů neoznačil. Vidíme, že je komunikace u většiny respondentů absolutně důležitá, což ilustrují i obr. 8. A obr. 11. Většina zaměstnanců řeší problémové chování komunikací.

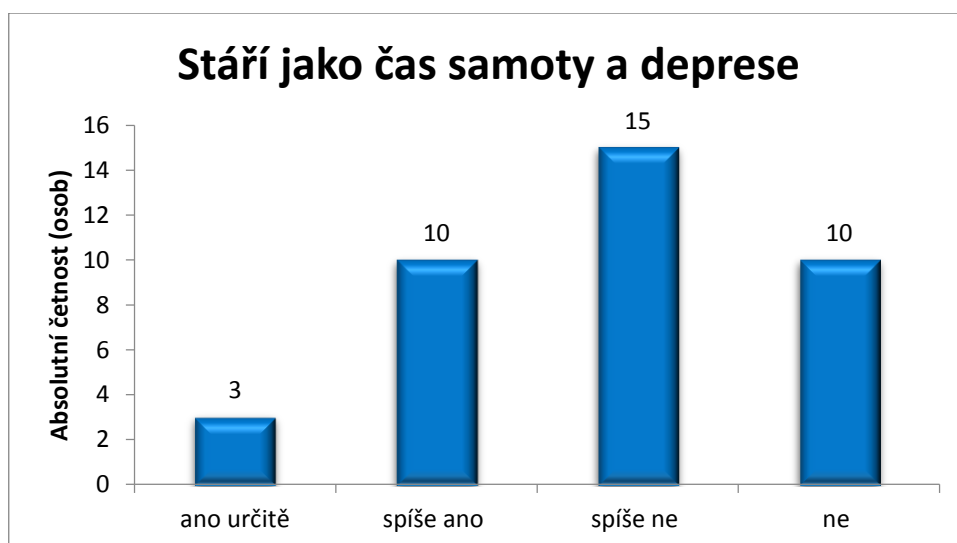
Otázka č. 14: Vidíte stáří hlavně jako období ztrát?



Obrázek 14 Graf znázorňující postoj respondentů ohledně stáří jako období ztrát

Z celkového počtu 38 (100 %) respondentů 7 (18 %) dotazovaných zvolilo kategorii určitě ano, 15 (39 %) zvolilo kategorii spíše ano. 11 (29 %) respondentů zvolilo spíše ne a 5 (13 %) zvolilo kategorii ne. Viz obr. 14.

Otázka č. 15: Myslíte si, že stáří je čas samoty a deprese?



Obrázek 15 Graf znázorňující postoj respondentů ohledně stáří jako času samoty a deprese

Na tomto grafu vidíme, že převládá spíše pozitivní postoj respondentů, a to u 25 (66 %) z celkového počtu 38 (100 %). 15 (39 %) dotazovaných zvolilo kategorii spíše ne a 10 (26 %) respondentů zvolilo kategorii ne. 3 (8 %) respondenti zvolili kategorii určitě ano a 10 (26 %) respondentů kategorii spíše ano. Viz obr. 15.

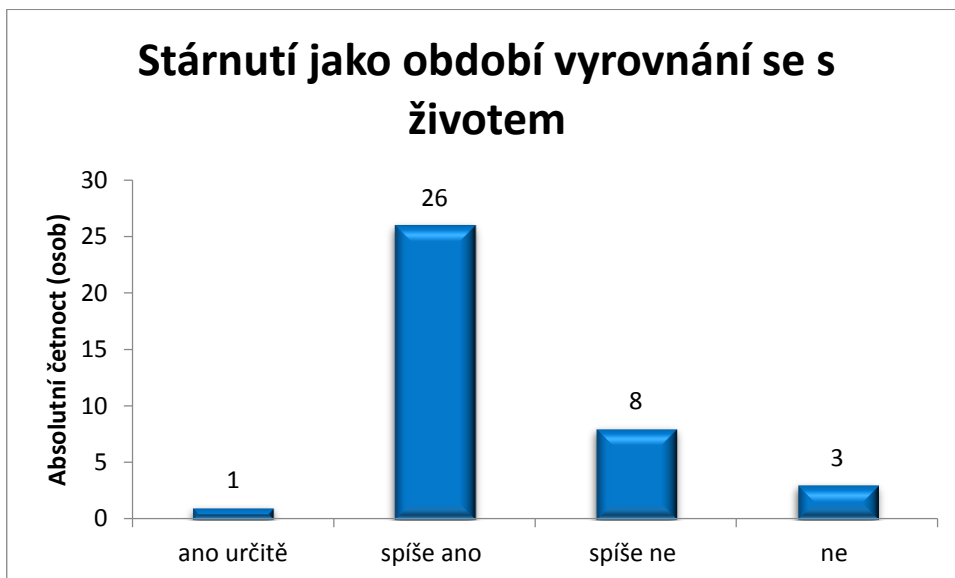
Otázka č. 16: Myslíte si, že zdravotní problémy seniorů jim brání dělat to, co chtějí?



Obrázek 16 Graf znázorňující postoj respondentů v otázce zdravotní problémy ve staří jako překážka v aktivitách

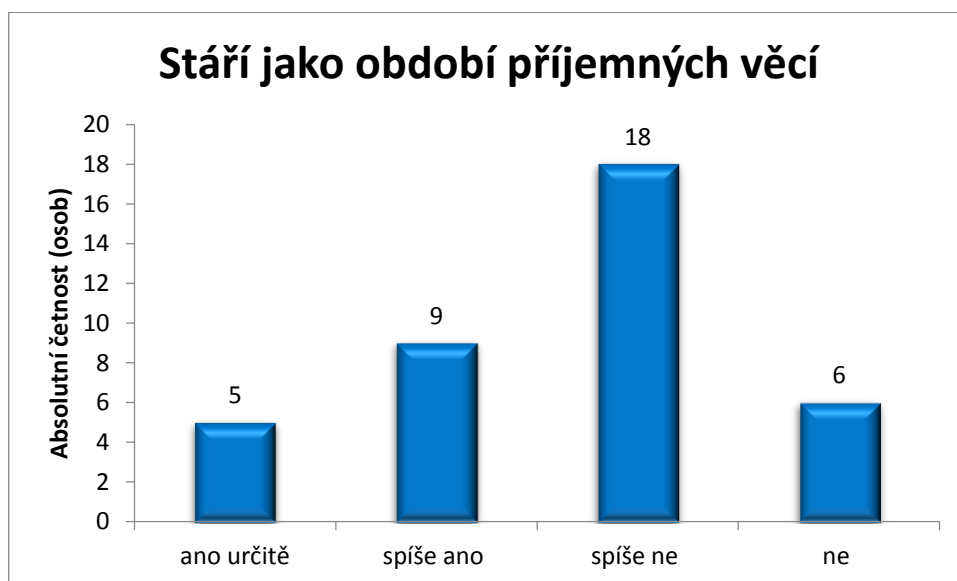
Z celkového počtu 38 (100 %) respondentů 21 (55 %) uvádí kategorii spíše ano, což byla nadpoloviční většina. Určitě ano bylo zvoleno 10 (26 %) respondenty. Kategorii spíše ne a ne označilo 7 (19 %) respondentů. V této otázce převládá spíše negativní postoj u 31 (81 %) respondentů. Viz obr. 16.

Otázka č. 17: Věříte, že jak lidé stárnou, jsou schopni se lépe vyrovnávat se životem?



Obrázek 17 Graf znázorňující postoj respondentů v otázce stárnutí jako období vyrovnání se s životem
Z celkového počtu 38 (100 %) respondentů, 26 (68 %) zvolilo kategorii spíše ano a 1 (3 %) dotazovaný zvolil kategorii určitě ano. Spíše ne bylo zvoleno 8 (21 %) respondenty a kategorie ne 3 (8 %) dotazovanými. Na tomto grafu převládá s odpověďmi ano určitě a spíše ano pozitivní postoj v 71 %. Viz obr. 17.

Otázka č. 18: Myslíte si, že stáří s sebou přináší mnoho příjemných věcí?



Obrázek 18 Graf znázorňující postoj respondentů v otázce stáří jako obdobím příjemných věcí

Na tomto grafu vidíme, že respondenti si nemyslí, že stáří s sebou přináší příjemné věci. Spíše ne a ne zvolilo 24 (63 %) respondentů. Ano určitě bylo označeno 5 (13 %) dotazovanými a spíše ano 9 (24 %). U této otázky převládá spíše negativní postoj v nadpoloviční většině. Viz obr. 18.

11 DISKUZE

V této části jsou shrnuty výsledky z dotazníkového šetření. Personál, který pracuje v zařízení se zvláštním režimem, specializovaný na péči o pacienty s demencí, odpovídal celkem na 18 otázek v dotazníkovém šetření. Z toho čtyři otázky byly identifikační. Zjišťoval se věk respondentů (viz obr. 1), délka praxe (viz obr. 2), zatíženost personálu (viz obr. 3) a nejvyšší dosažené vzdělání (viz obr. 4). Nejpočetnější věkovou skupinou byl personál ve věkovém rozmezí 20–30 let, a to v zastoupení 15 (39 %) respondentů. Dále byla zjišťována délka praxe personálu. Největší skupinu tvořili zaměstnanci pracující se seniory s demencí 1–5 let, a to 22 (58 %) respondentů. Poté byla zjišťována zatíženost personálu, kdy nejčastější odpověď byla v rozmezí 32–37 klientů, a to u 21 (55 %) respondentů. Jako nejčastější nejvyšší dosažené vzdělání byla označena u 19 (50 %) respondentů střední škola s maturitní zkouškou.

V dotazníku byly položeny otázky týkající se náročnosti péče, otázky na problémové chování a řešení problémových situací. A také byly položeny otázky ohledně postoje personálu ke stáří a stárnutí.

Výzkumná otázka číslo 1: Jak náročná je komplexní péče o seniory s demencí z pohledu ošetrovatelského personálu ve vybraném zařízení?

K vyhodnocení této výzkumné otázky byly sestaveny 4 otázky do dotazníku. Z výsledků byly sestaveny grafy označené číslem 5 až 8, pomocí kterých si odpovídám na výzkumnou otázku.

V otázce týkající se péče o seniory s demencí z hlediska fyzické náročnosti se potvrdily moje předpoklady. Nejvíce respondentů, a to 19 (50 %), se domnívá, že je péče z tohoto hlediska absolutně náročná. 18 (47 %) respondentů považuje práci z fyzického hlediska jako spíše náročnou. Pouze 1 (3 %) respondent uvedl spíše nenáročná. Výsledky potvrzují, že míru fyzického zatížení pocítuje personál jako náročnou (viz obr. 5).

Druhá otázka týkající se náročnosti byla zaměřena na psychické zatížení. Odpovědi na otázku byly podobné jako na tu předchozí, ale více respondentů, a to 24 (63 %), se přiklonilo pro kategorii absolutně náročná a pouze 13 (34 %) zvolilo kategorii spíše náročná. Respondent, který uvedl, že péče je z hlediska fyzického zatížení spíše nenáročná, tak takto volil i u otázky psychické náročnosti (viz obr. 6). Z výsledků vyplývá, že respondenti hodnotí práci o několik málo procent více jako psychicky náročnější. Venglářová (2007, s. 80) uvádí, že zdravotní sestry a ošetrovatelky patří mezi rizikové skupiny vzniku syndromu vyhoření. Personál je při

práci vystaven mnoha zátěžovým situacím, které se postupně mohou nahromadit, což může vést ke vzniku syndromu vyhoření.

Salotová (2011), která ve své diplomové práci prováděla výzkum pomocí rozhovoru, uvádí, že všichni dotazovaní (zdravotní sestry) uvedli práci s pacienty s Alzheimerovou chorobou jako psychicky náročnější.

Mejzlíková (2013) ve své práci konstatuje, že 119 (79 %) respondentů potvrdilo, že péče je psychicky a fyzicky více náročná oproti péči o klienty s jinou diagnózou.

Je zajímavé, že personál hodnotí práci fyzicky i psychicky jako náročnou, ale na otázku, zda jsou spokojeni se svou prací se seniory s demencí, uvedlo 13 (34 %) respondentů, že je velmi spokojeno se svou prací, a 18 (47 %) respondentů, že je spíše spokojeno, a pouze 1 (3 %) respondent uvedl, že je velmi nespokojen se svou prací u seniorů s demencí (viz obr. 7).

Aspekty práce dle důležitosti jsou znázorněny pomocí grafu č. 8. Nejdůležitější je pro personál trpělivost při práci se seniory s demencí, což potvrzují i výsledky prováděného dotazníkového šetření - 35 (95 %) respondentů považuje trpělivost za absolutně důležitou. Další studovaným aspektem byla empatie, 31 (82 %) respondentů jí považuje za absolutně důležitou. Dále je důležitým aspektem při práci podle respondentů nonverbální komunikace, kterou jako absolutně důležitou hodnotilo 29 (76 %) respondentů, a verbální komunikace byla zvolena jako absolutně důležitá u 27 (71 %) dotazovaných. Aspekt důležitosti shromažďování informací o seniorovi s demencí uvedlo jako absolutně důležité 24 (63 %) respondentů. Nejméně důležitý aspekt při práci je pro personál vytvoření reálných cílů, kategorii absolutně důležité zvolilo pouze 17 (45 %) respondentů (viz obr. 8).

Netrpělivý personál, nevhodná komunikace, kladení nereálných cílů - to vše může vyvolat problémové chování u seniorů s demencí (Venglářová, 2007, s. 44).

Výzkumná otázka číslo 2: Jakým způsobem řeší personál vybraného zařízení problémové situace?

Problémové chování je u seniorů s demencí opravdu častý jev. To potvrzuje i znázornění na grafu číslo 9, kdy 30 (79 %) respondentů uvedlo, že se s problémovým chováním během své praxe setkalo více než 15×. Nejčastější odpovědi na otázku „*Vypište alespoň 3 příklady problémového chování z Vašeho pohledu, které Vás okamžitě napadnou.*“ uvedli respondenti agresivitu, nespolupráci a obviňování (viz obr. 10).

Ve výzkumném šetření Hauke (2014), který byl realizovaný mezi pracovníky pečovatelské služby, 27 % respondentů uvedlo agresivitu a 19 % respondentů uvedlo nespolupráci. Jako příklady problémového chování, které je okamžitě napadnou. Obdobně odpovídali respondenti i v mém dotazníkovém šetření.

Respondenti uvedli mnoho řešení, pomocí kterých se snaží vyřešit danou problémovou situaci. Z těch nejčastějších je řešení problémové situace pomocí komunikace, vysvětlením, uklidněním nebo odvedením pozornosti (viz obr. 11). Na problémová chování u pacientů s demencí neexistuje spolehlivé řešení, které by fungovalo na všechny pacienty za všech okolností (Buijssen, 2006, s. 90).

Jak uvádí ve své diplomové práci Staňková (2016), která se zaměřila přímo na agresivní chování v domovech se zvláštním režimem, personál se agresivní jednání snaží vyřešit vysvětlením, uklidněním, převedením řeči jiným směrem a udržováním odstupů.

Jako absolutně důležitý přístup při řešení problémového chování uvedlo 34 (89%) respondentů komunikaci se seniorem, dále 28 (74 %) uvedlo systematický přístup, 23 (63 %) zjišťování potřeb a osobních cílů. U spolupráce či přebírání starostí za seniora zvolilo kategorii absolutně důležité pouze 18 (47 %) respondentů. Problémové chování není úzce vyhraněné, ale vzájemně se prolíná, je snazší mu předcházet (viz obr. 8.) a znát přístupy vhodné při řešení problémových situací (viz obr. 13).

Na otázku: „*Co by Vám více pomohlo při zvládnání problémového chování u seniorů s demencí?*“ byly nejčastější odpovědi více času na klienta a méně klientů (viz obr. 12). Pracovníci by tím měli více času na klienta, nemuseli by na něj při péči spěchat, mohli by ho lépe poznat. A tím alespoň částečně předcházet problémovému chování.

Také podle Mejzlíkové (2013), která uvádí ve své diplomové práci, že největší komplikací péče o seniory s demencí je podle 103 (68 %) respondentů nedostatek personálu. Tím je i méně času na klienta.

Hauke (2014) uvádí ve svém výzkumu, že při řešení problémového chování by respondentů pomohly větší podpora spolupracovníky a větší vzdělání v oblasti komunikace a problémového chování.

Výzkumná otázka číslo 3: Jaké postoje ke stárnutí a stáří má personál pečující o klienty s demencí?

Zajímalo mě, jaký postoj ke stáří a stárnutí bude mít vybraný vzorek respondentů. Na tuto výzkumnou otázku bylo sestaveno pět otázek do dotazníkového šetření dle standardizovaného dotazníku AAQ. V doméně **psychosociální ztráty** se nejvíce respondentů, a to 22 (57 %), přiklonilo k odpovědi ano určitě a spíše ano, že respondenti vidí stáří jako období ztrát, a 25 (66 %) respondentů se přiklonilo k odpovědi, že si nemyslí, že je stáří čas samoty a deprese. Z domény pro **fyzické změny** byla zahrnuta do dotazníkového šetření pouze jedna otázka, zda se respondenti domnívají, že zdravotní problémy seniorů jim brání dělat to, co chtějí. Na tuto otázku odpovědělo 31 (81 %) respondentů ano určitě a spíše ano. Další doménou, kterou obsahuje standardizovaný dotazník AAQ, je **psychologický růst**, kde 27 (71 %) respondentů zvolilo kategorii ano určitě a spíše ano, že lidé jak stárnou, jsou schopni se lépe vyrovnat s životem. Poměrně nižší počet respondentů, a to 14 (37 %) se domnívá, že stáří s sebou přináší příjemné věci.

Janečková a Vacková (2010, s. 36) uvádějí výsledky z výzkumného šetření, které proběhlo v Gerontologickém centru v Praze v letech 2005–2007. Do výzkumu byli zapojeni jak senioři, tak i profesionálové. Z výsledků vyplývá, že personál měl pozitivnější postoj ke stáří a stárnutí než dotazovaní senioři, kteří zmiňovali, že stáří je čas samoty, deprese nebo nemoci.

Ve výzkumném šetření Bužgové a Klechové (2011, s. 396–401), které proběhlo u respondentů nad 65 let, měli senioři v institucionální péči, spíše negativní postoj ke stáří. Hodnocení stáří jako čas samoty, ztrát a nesoběstačnosti u seniorů převládalo.

12 ZÁVĚR

Téma komplexní péče o seniory s demencí jsem si vybrala záměrně, neboť je velmi aktuální. Demence se týká především lidí starších 65 let a procento těchto lidí v populaci stoupá.

Nemocní v pokročilém stádiu jsou často umísťováni do domovů se zvláštním režimem, které se specializují na péči o seniory s demencí. V poslední době je velký nárůst nových zařízení tohoto typu. V roce 2009 jich bylo evidováno na území ČR 199, v roce 2014 počet těchto zařízení stoupl na číslo 269 (Mátl a kol., 2014, s. 17).

Vzhledem k nárůstům nových zařízení, a tím i přibírání nového personálu, je důležité, aby zaměstnanci byli dostatečně informováni, co práce s nemocnými obnáší. Jak potvrdil můj výzkumný vzorek respondentů, práce je fyzicky i psychicky velmi náročná. Je velmi důležitá empatie, trpělivost, komunikace. Ale i přesto byla tato práce hodnocena spíše kladně a jen malé procento respondentů jí hodnotilo záporně.

S náročností souvisí i problémové chování, které lze různými přístupy alespoň částečně eliminovat. Je důležité, aby byl personál o tomto dostatečně informovaný. Navrhovala bych školení o problémovém chování, nejenom pro zaměstnance, ale i pro studenty, kteří jsou v zařízení na praxi. Z vlastní zkušenosti vím, že když jsem byla v zařízení poprvé, měla jsem z některých lidí až strach, hleděli do prázdna a nereagovali ani na slovní kontakt. Postupně, jak jsem získávala o této problematice více informací, mi bylo jasnější, proč se v některých případech senioři chovají daným způsobem. Z praxe vím, že když se přijde „*jak na pacienta*“, najednou je s ním práce jednodušší.

Další problematikou, kterou jsem se v bakalářské práci zabývala, je postoj personálu ke stáří a stárnutí. Z výsledků vyplývá, že personál, který pečuje o seniory s demencí, má spíše negativní postoj ke stáří a stárnutí, nejhůře byla hodnocena otázka týkající se fyzických změn. Postoj personálu může být ovlivněn nejen jejich prací, kdy se každý den setkávají se starými a smrtelně nemocnými, kteří mají své specifické potřeby, ale také vlivem předsudků.

Tvorba bakalářské práce mě obohatila o spoustu nových poznatků a zkušeností. Téma by bylo určitě zajímavé rozebrat více do hloubky a na větším množství respondentů.

13 POUŽITÁ LITERATURA

1. BRYDEN, Christine. *Jaká budu umírat?*. Překlad Václav Petr. Praha: Triton, 2013. ISBN 978-80-7387-641-8.
2. BUIJSSEN, Huub. *Demence: průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Praha: Portál, 2006. Rádci pro zdraví. ISBN 80-7367-081-X.
3. BUŽGOVÁ, Radka a Helena KLECHOVÁ. Měření postojů seniorů ke stáří. *Praktický lékař*. 2011, 91 (7), ISSN 0032-6739.
4. GLENNER, Joy A. *Péče o člověka s demencí*. Praha: Portál, 2012. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-262-0154-0.
5. HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X.
6. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.
7. HAUKE, Marcela. *Zvládání problémových situací se seniory: nejen v pečovatelských službách*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5216-7.
8. HOLCZEROVÁ, Vladimíra a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. *Volnočasové aktivity pro seniory*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4697-5.
9. HOLMEROVÁ, Iva, Božena JURAŠKOVÁ a Květuše ZIKMUNDOVÁ. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: EV public relations, 2007. ISBN 978-80-254-0179-8.
10. HOLMEROVÁ, Iva, Eva JAROLÍMOVÁ a Jitka SUCHÁ. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: Pro Gerontologické centrum vydalo EV public relations, 2007. Vážka. ISBN 978-80-254-0177-4.
11. HORT, Jakub a Robert RUSINA. *Paměť a její poruchy: paměť z hlediska neurovědního a klinického*. Praha: Maxdorf, 2007. ISBN 978-80-7345-004-5.
12. JANEČKOVÁ, Hana a Marie VACKOVÁ. *Reminiscence: využití vzpomínek při práci se seniory*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-581-3.
13. JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ, Claudia BORZOVÁ a kol. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2454-6.
14. JIRÁK, Roman. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Galén, c2013. ISBN 978-80-7262-873-5.
15. KALVACH, Zdeněk a kol. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2490-4.

16. KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2169-9.
17. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie: možnosti, které čekají*. Praha: Grada, 2011. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3604-4.
18. KUČEROVÁ, Helena. *Demence v kazuistikách*. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1491-4.
19. LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1284-9.
20. MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3148-3.
21. MÁTL, Ondřej, Iva HOLMEROVÁ a Martina MÁTLOVÁ. *Zpráva o stavu demence 2014*. Praha 8: Česká alzheimerovská společnost, o. p. s., 2014. ISBN 978-80-86541-34-1.
22. MINIBERGEROVÁ, Lenka a Jiří DUŠEK. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. ISBN 80-7013-436-4.
23. Národní rada osob se zdravotním postižením ČR [online]. 2016 [cit. 2016-03-4]. Dostupná z: <http://www.nrzp.cz/poradenstvi-služby/desatero-pro-komunikaci-s-ozp/354-desatero-komunikace-s-pacienty-se-syndromem-demence.html>
24. PETROVÁ KAFKOVÁ, Marcela. *Šedivější hodnoty?: aktivita jako dominantní způsob stárnutí*. Brno: Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií, 2013. ISBN 978-80-210-6310-5.
25. PIDRMAN, Vladimír a Eduard KOLIBÁŠ. *Změny jednání seniorů*. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-363-X.
26. PIDRMAN, Vladimír. *Demence*. Praha: Grada, 2007. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1490-5.
27. POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3271-8.
28. RŮŽIČKA, Evžen. *Diferenciální diagnostika a léčba demencí: příručka pro praxi*. Praha: Galén, 2003. ISBN 80-7262-205-6.
29. SCHULER, Matthias a Peter OSTER. *Geriatric od A do Z pro sestry*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3013-4.
30. ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Barbora BOLOMSKÁ. *Reminiscenční terapie*. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-711-0.

31. ÚZIS. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. [online]. 2016 [cit. 2016-05-5].
Dostupné z: <http://www.uzis.cz/>
32. VÁGNEROVÁ, M. Vývojová psychologie II: Dospělost a stáří. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.
33. VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5.

Závěrečné práce

34. MEJZLÍKOVÁ, Hana. Specifika péče o seniory s demencí [online]. Brno, 2013 [cit. 2016-06-10]. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Hana Meluzínová. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/381795/lf_m/.
35. SALOTOVÁ, Jana. Náročnost práce sester o pacienty s Alzheimerovou chorobou [online]. České Budějovice, 2011 [cit. 2016-06-10]. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce prof. PhDr. Valérie Tóthová, Ph.D. Dostupné z: <http://these.cz/id/oi7cri/>.
36. STAŇKOVÁ, Šárka. Specifika práce s agresí klientů trpící syndromem demence v domovech se zvláštním režimem [online]. Brno, 2016 [cit. 2016-06-20]. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií. Vedoucí práce Zdeňka Dohnalová. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/397488/fss_m/.

14 PŘÍLOHY

Příloha A: Desatero komunikace s pacienty se syndromem demence

Příloha B: Dotazník

Příloha A: Desatero komunikace s pacienty se syndromem demence

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

Zdroj: Národní rada osob se zdravotním postižením ČR [online]. 2016 [cit. 2016-03-4].

Dostupná z: <http://www.nrzp.cz/poradenstvi-sluzby/desatero-pro-komunikaci-s-ozp/354-desatero-komunikace-s-pacienty-se-syndromem-demence.html>

Příloha B: Dotazník

Dobrý den,

Jmenuji se Hana Blahová a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia oboru všeobecná sestra na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Pracuji na bakalářské práci s tématem: **Komplexní péče o seniory s demencí.**

Ráda bych Vás požádala o vyplnění tohoto dotazníku. Dotazník je anonymní a veškeré informace získané z Vašich odpovědí budou použity jako zdroj ke zpracování výzkumné části mé bakalářské práce.

Pokyny pro vyplnění dotazníku: vždy označte pouze jednu odpověď, pokud není v zadání uvedeno jinak.

Předem Vám děkuji za čas, který věnujete vyplnění tohoto dotazníku.

Hana Blahová

- 1) Jak hodnotíte komplexní péči o seniory s demencí z hlediska fyzické náročnosti?**
 - a. Absolutně nenáročná
 - b. Spíše nenáročná
 - c. Neutrální
 - d. Spíše náročná
 - e. Absolutně náročná

- 2) Jak hodnotíte komplexní péči o seniory s demencí z hlediska psychické náročnosti?**
 - a. Absolutně nenáročná
 - b. Spíše nenáročná
 - c. Neutrální
 - d. Spíše náročná
 - e. Absolutně náročná

- 3) Jak jste spokojen/a se svou prací v zařízení pro seniory s demencí?**
 - a. velmi spokojen/a
 - b. spíše spokojen/a
 - c. ani spokojen/a ani nespokojen/a
 - d. spíše nespokojen/a
 - e. velmi nespokojen/a

4) Co je podle Vás důležité při práci se seniory s demencí? Zakřížkujte:

	Absolutně nedůležité	Spíše nedůležité	Neutrální	Spíše důležité	Absolutně důležité
Trpělivost					
Empatie					
Verbální komunikace					
Nonverbální komunikace					
Shromažďování informací o seniorovi					
Vytvoření reálných cílů					

5) Setkali jste se během své praxe s problémovým chováním u seniora s demencí?

- a. Ano, více než 5-krát
- b. Ano, více než 10-krát
- c. Ano, více než 15-krát
- d. Ne, nikdy jsem se nesetkal/a

6) Vypište alespoň 3 příklady problémového chování z Vašeho pohledu, které Vás okamžitě napadnou:.....

.....

.....

7) Jakým způsobem řešíte vzniklou problémovou situaci se seniorem? Vypište v bodech kroky, podle kterých postupujete:

- a.
- b.
- c.
- d.
- e.

8) Co by Vám pomohlo při zvládnání problémového chování u seniorů s demencí?

Vypište:.....
.....
.....

9) Jak důležité jsou tyto přístupy při řešení problémových situací? Zakřížkujte:

	Absolutně nedůležité	Spíše nedůležité	Neutrální	Spíše důležité	Absolutně důležité
Systematický přístup k seniorovi					
Spolupráce či přebírání starostí za seniora					
Zjišťování potřeb a osobních cílů seniora					
Komunikace se seniorem					

10) Kolik Vám je let? – uveďte:.....

11) Jako dlouho pracujete se seniory s demencí? – uveďte:.....

12) Kolik klientů máte na starosti? – uveďte:.....

13) Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a. základní
- b. vyučen(a)
- c. vyučen(a) s maturitou
- d. střední s maturitou
- e. vyšší odborné
- f. vysokoškolské

14) Vidíte stáří hlavně jako období ztrát?

- a. Ano určitě
- b. Spíše ano
- c. Spíše ne
- d. Ne

15) Myslíte si, že stáří je čas samoty a deprese?

- a. Ano určitě
- b. Spíše ano
- c. Spíše ne
- d. Ne

16) Myslíte si, že zdravotní problémy seniorů jim brání dělat to, co chtějí?

- a. Ano určitě
- b. Spíše ano
- c. Spíše ne
- d. Ne

17) Věříte, že jak lidé stárnou, jsou schopni se lépe vyrovnávat se životem?

- a. Ano určitě
- b. Spíše ano
- c. Spíše ne
- d. Ne

18) Myslíte si, že stáří sebou přináší mnoho příjemných věcí?

- a. Ano určitě
- b. Spíše ano
- c. Spíše ne
- d. Ne