

UNIVERZITA KARLOVA
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetrovatelství



Dagmar Klimšová

**Biografická anamnéza u gerontopsychiatrických
pacientů v domácí péči**

*Biographical anamnesis of gerontopsychiatric patients in
home care*

Bakalářská práce

Praha, květen 2021

Autor práce: Dagmar Klimšová

Studijní program: Ošetřovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: **Mgr. Renata Vytejčková**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetřovatelství 3. LF UK**

Předpokládaný termín obhajoby: červen 2021

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací. Potvrzuji, že tištěná i elektronická verze v Studijním informačním systému UK je totožná.

V Praze dne

.....

Dagmar Klimšová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Renatě Vytejkové, která mi byla po celou dobu psaní bakalářské práce oporou. Její připomínky a rady pro mě byly velmi významné a cenné.

Poděkování rovněž patří odborné konzultantce Bc. Heleně Dvořákové, DiS., která je zároveň lektorkou Bazální stimulace. Její postřehy a kurz Bazální stimulace byl příjemným zpestřením mého studia.

Děkuji Charitě v Neratovicích za vstřícný přístup a umožnění provádět v zařízení výzkumné šetření. Bc. Kateřině Doležalové moc děkuji za distribuci dotazníků, které jsem bohužel vzhledem k epidemické situaci nemohla v zařízení předat osobně.

Všem sestřičkám, pečovatelům i pečovatelkám děkuji za čas, který věnovali vyplnění dotazníku, a zejména za ochotu se výzkumu účastnit.

Velké poděkování v neposlední řadě patří mé rodině, kamarádce Simoně Smolové, a paní z knihovny 3. LF UK za pomoc, podporu a vřelá slova.

Obsah

Úvod.....	7
TEORETICKÁ ČÁST	8
1. Biografie.....	8
1.1 Typy biografie.....	9
1.1.1 Senzobiografie	9
1.2 Biografické modely péče	11
1.2.1 Psychobiografický model péče	11
1.2.2 Strukturální ošetrovatelský model	11
1.2.3 Mäeutický model péče	11
2. Bazální stimulace	12
2.1 Rozvoj bazální stimulace v České republice	13
2.2 Cíle bazální stimulace	13
2.2.1 „10 centrálních evropských cílů“	14
2.3 Prvky bazální stimulace	14
3. Stáří	15
3.1 Potřeby seniorů	16
3.2 Rodina jako důležitá součást péče o seniory	17
3.3 Komunikace se seniory	18
3.4 Mýty o stáří ovlivňující komunikaci.....	18
3.5 Zásady správné komunikace	19
3.5.1 Vztah zdravotník – pacient, chování.....	20
3.6 Objektivní hodnocení stavu seniora.....	21
4. Péče v domácím prostředí	22
4.1 Domácí péče a její plánování.....	23
4.2 Pečovatelská služba	24

5. Gerontopsychiatrie	25
5.1 Demence	25
5.2 Alzheimerova nemoc	25
5.3 Práce s lidmi se syndromem demence	26
5.4 Nejčastější chyby při práci s lidmi s demencí.....	27
5.5 Pečující o člověka s demencí	28
PRAKTICKÁ ČÁST	29
6. Hypotézy a cíle práce	29
7. Metodika výzkumného šetření	30
8. Vyhodnocení	31
9. Zhodnocení hypotéz	57
Diskuze	59
Závěr	61
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	63
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	66
SEZNAM GRAFŮ	67
SEZNAM TABULEK	68
SEZNAM PŘÍLOH.....	69
PŘÍLOHY	70

Úvod

Bakalářskou práci na téma Biografická anamnéza u gerontopsychiatrických pacientů v domácí péči jsem se rozhodla napsat hned z několika důvodů.

Tím prvním důvodem byl kurz Bazální stimulace I. a II., který jsem v rámci studia na 3. LF UK absolvovala pod vedením Bc. Heleny Dvořákové, DiS. Velice příjemně mě překvapil nejen obsah kurzu, ale také přístup Bc. Dvořákové, který jsem vnímala jako poměrně neobvyklý a pokrokový. Bazální stimulace byl pro mě do té doby neznámý pojem.

Metody a postupy, které využívá koncept bazální stimulace, si získaly mou pozornost především tím, že ačkoliv se nejedná o poskytování tradiční ošetrovatelské péče, tak je poskytovaná péče v rámci konceptu efektivnější a zároveň respektuje pacienta a holistický přístup k němu.

Zařízení, které jsem si k provedení výzkumu vybrala, je mi rovněž velmi blízké. Na začátku epidemie COVID – 19 jsem začala v zařízení vypomáhat na pozici praktické sestry v domácí péči, a ačkoliv zařízení nepracuje s konceptem bazální stimulace, tak sestry i pečovatelé velice často do péče začleňují její prvky a součásti, aniž si to samy uvědomují. Mým cílem tedy bylo zmapovat, jak velkou roli v péči o klienta hraje jeho biografie, do jaké míry sestry začleňují prvky bazální stimulace do péče o klienty, jak probíhá předávání informací a jak jsou informace o klientovi získávány. Tento cíl jsem později ještě rozšířila o poskytování somatické a orální péče, která je klientům poskytována nejčastěji. Oba typy stimulace jsem také zaměřila na biografii, konkrétně na to, zda je orální a somatická stimulace poskytována v souladu se získanými informacemi o klientovi v rámci jeho biografie.

Vzhledem ke špatné situaci s šířením onemocnění COVID – 19, zákazu návštěv ve zdravotnických a sociálních zařízeních a omezení pohybu, jsem se rozhodla pro kvantitativní výzkum formou dotazníků.

O vedení bakalářské práce jsem požádala Mgr. Renatu Vytejškovou, která byla ještě před nástupem na mateřskou dovolenou fakultní garantka kurzu Bazální stimulace a o níž si myslím, že se v dané problematice orientuje, má nespočet zkušeností z praxe a dokáže každý problém dobře rozebrat a vysvětlit, což se mi během psaní práce také potvrdilo.

TEORETICKÁ ČÁST

1. Biografie

Pojem biografie se dá vysvětlit hned několika způsoby. Obecně lze říct, že se jedná o popis života určité osoby. Podle způsobu, jakým informace o životě dotyčné osoby získáváme, se biografie dělí na aktivní a pasivní. Aktivní biografie znamená, že se pacient aktivně podílí na tvorbě biografie. Pasivní naopak znamená, že informace nejsou získávány od pacienta, ale například od rodiny či známých. S aktivní biografií souvisí i pojem autobiografie, kdy pacient sám vypráví o svém životě. (3) Biografie jako taková není záležitost pouze konceptu bazální stimulace, což je velice častý mýtus.

Hlavní odlišností mezi poskytováním tradiční ošetrovatelské péče a péče v konceptu bazální stimulace spočívá v práci s biografií člověka. Informace o člověku, o kterého pečujeme, o jeho životě, sociální statusu a zvyklostech, nám umožní nejen poskytování individuální péče, přístup k osobě jako k celku, ale také nám může pomoci pochopit prožívání a chování člověka o kterého pečujeme. (1)

V zařízeních se takové informace nejčastěji získávají pomocí biografické anamnézy. (1) Slouží jako záznam informací o pacientovi, kdy tyto informace nejsou žádným způsobem rozdělené do kategorií. (4)

Biografická anamnéza je předpokladem toho, že péče, které bude pacientovi poskytována, bude adekvátní, individuální, a především bude brát ohled na jeho schopnosti. Taková péče je pak přímo ve prospěch pacienta. Je důležité mít na paměti, že odebrání biografické anamnézy často není jednorázová záležitost, ale že informace je možné získávat i v průběhu péče. (1)

Friedlová ve své publikaci odkazuje na Kalvacha, podle kterého je v péči o člověka se zdravotním postižením nejdůležitější osobní identita, životní příběh a udržení sociální role. (1)

1.1 Typy biografie

Některá zařízení využívající v péči o klienta biografii vytvářejí tzv. biografické knihy. Jde o text, který vypráví o životě člověka v určitých věkových fázích. Primární a sekundární biografie jsou typy biografické knihy, které se liší tím, že každá vzniká v jiném časovém období. Primární vzniká v době, kdy je klient přijat do zařízení, postupně se do něj začleňuje a vytváří si sociální vazby. Sekundární biografie vzniká po úmrtí klienta. Zařízení ji velice často věnuje rodině jako projev upřímné soustrasti nad ztrátou blízkého člověka. Kniha zároveň prezentuje poslední dny života zemřelého v souvislosti s poskytovanou péčí. (4)

1.1.1 Senzobiografie

Je termín, který je spjatý s pojmem bazální stimulace. Jde o rozdělení smyslů, respektive smyslového vnímání, které je rozděleno do senzobiografických oblastí. (1,3) Jedná se o jakýsi základní kámen, pomocí kterého je možná práce s biografií. Získané informace se zpracovávají pomocí biografické anamnézy či biografického listu. Okruhy senzobiografické anamnézy vychází ze základních a nástavbových prvků bazální stimulace, jde tedy o vnímání somatické, vestibulární, vibrační, optické, auditivní, orální, olfaktorické a taktilně haptické. (1)

OKRUHY OTÁZEK SENZOBIOGRAFICKÉ ANAMNÉZY:

- Vzorové otázky

Jak byl osločován, přezdívka, sociální situace a zaměstnání, kdo může/nemůže klienta navštěvovat, v jaké žil prostředí, jména rodičů/blízkých + oslovení, sourozenci, nejbližší člověk, povolání, hobby, co dělá při bolesti, důležitý zážitek poslední doby?

- Somatické vnímání

Jak probíhá hygiena, rituály při mytí, doteky na těle, spánek, lůžkoviny tělesná aktivita, stav kůže, kontraktury?

- Vestibulární vnímání

Jaká je nejpříjemnější poloha, strach z rychlého pohybu, oblíbené sporty, oblíbené dopravní prostředky?

- Vibrační vnímání

Je zvyklý na vibrační podněty z domácích spotřebičů (vysavač, elektrický kartáček, holící strojek..), konfrontace s vibrací při výkonu povolání?

- Auditivní vnímání

Jaká je mateřská řeč, použití naslouchátka, oblíbené písně a zvuky, oblíbené televizní a rádiové stanice, zvuk při buzení, hudební nástroje?

- Orální vnímání

Jak pečuje o chrup, čištění zubů, protéza, péče o rty, oblíbené bonbony, žvýkačky, první chuťový vjem ráno, použití ústní vody, oblíbené jídlo a chutě, oblíbená konzistence jídla, oblíbené pití?

- Olfaktorické vnímání

Jaká je čichová citlivost, oblíbené a neoblíbené vůně, vůně připomínající sport, koníčky, blízkou osobu, oblíbený parfém, oblíbené květiny, vůně dětství?

- Taktilně haptické vnímání

Je pravák nebo levák, přeškolení z leváka na praváka, příjemný a nepříjemný materiál, oblíbený materiál oblečení, hmatová biografie – předměty používané k výkonu povolání, k zájmům či koníčkům, hračky, oblíbené předměty denního života?

- Zrakové vnímání

Potřebuje brýle, na jaké prostředí byl zvyklý, oblíbené obrázky, zrakové vjemy, oblíbené barvy, knihy, časopisy?

(1, str. 62-64)

1.2 Biografické modely péče

1.2.1 Psychobiografický model péče

Podle prof. Erwina Böhma závisí individuální péče o člověka na tom, do jaké míry zná pečující jeho příběh. Psychobiografický model péče, který vytvořil, je jakýsi návod k tomu, jak o pacienty pečovat, především o pacienty s kognitivním onemocněním. Böhm tvrdí, že aby bylo možné pečovat o tělo, je nezbytná nejprve péče o duši. Pečující se nemají upínat jen na klasickou péči, při které pacienta neaktivizují, pouze plní potřebné výkony. (4)

Prof. Böhm přináší do praxe také novou terminologii jako je transgenerační biografie. Podle této biografie, musí jedna generace poznat kulturu generace předchozí, aby ji mohla dobře pochopit. (4) S tím souvisí biografie kolektivní, která popisuje společenské a kulturní zvyklosti doby, které se často odráží v chování pacientů. (3, 4)

K tvorbě modelu zaměřeného na psychický stav pacienta ho inspirovaly myšlenky S. Freuda, C.G. Junga, A. Adlera a také A. Maslowa, který popsal tzv. pyramidu potřeb. Během svého života se prof. Erwin Böhm zasloužil především v péči o pacienty a ve výzkumu v oblasti geriatric a gerontopsychiatrie. Pro seniory s tímto typem onemocnění zakládal tzv. seniorské domy, které fungovaly dle jeho Psychobiografického modelu péče. (3)

1.2.2 Strukturální ošetrovatelský model

Autorkou modelu, který se zaměřuje na aktivity denního života a který vychází z Modelu lidských potřeb N. Roper, W.W. Logan, A. J. Tierney, je Monika Krohwinkel. Ta v modelu popisuje 13 životních aktivit. 11 aktivit převzala od již zmíněné Nancy Roper. Hlavním cílem modelu je vykonávání aktivit, které velice úzce ovlivňují zdraví člověka a také souvisí s tím, jak se vyrovnává s životními událostmi, které tyto aktivity provází. (3)

1.2.3 Mäeutický model péče

Mäeutický model péče je poměrně nový a moderní model. Jeho autorkou je Cory van der Kooij, má sesterské vzdělání a pochází z Nizozemí. Nevěnuje se způsobu pečování jako takovému, ale klade důraz především na vztah mezi pečujícím a pečovaným, který je pro něj klíčový. Nezastupitelnou roli v tomto modelu má i komunikace, ať už s pacientem nebo komunikace mezi jednotlivými členy týmu. (3)

V centru zájmů všech členů týmu, který o pacienta pečuje, je pacient samotný. Všichni členové v péči o pacienta uznávají stejné hodnoty, mezi pečovaným a pečujícím je vzájemná úcta a porozumění. (3, 4)

2. Bazální stimulace

Pojem Bazální stimulace, tedy koncept, se kterým se zdravotničtí pracovníci setkávají již 40 let, může být pro většinu odborníků v různých odvětvích poskytování péče i dnes zcela neznámý. Jedná se o koncept, který umožňuje uspokojení veškerých lidských potřeb, bere ohled na autonomii pacienta, a především na dovednosti, které jsou u pacienta zachované. Právě zachované dovednosti pacienta mají za cíl dále rozvíjet a napomáhat tak pacientovi navrátit se do svého normálního života v co největší míře. (1)

Péče, která je poskytována dle konceptu Bazální stimulace, je vždy individuální, klient je „*aktivní subjekt, který je aktérem svého vlastního vývoje, nejen jako objekt dobře míněných ošetrovatelských, pedagogických nebo terapeutických intervencí.*“ (1, str. 16)

Hlavním úkolem bazální stimulace je práce s životem daného člověka. Pečující pracují s jeho biografií, zvyky. Na základě toho je pacientovi poskytována taková péče, která ho stimuluje – rozvíjí. V takovém případě hraje velkou roli komunikace a spolupráce pracovníků v týmu, kteří o daného pacienta pečují. (1)

Podle Friedlové a také podle zkušeností poskytovatelů péče v českých a slovenských zdravotnických a sociálních zařízeních dochází u pacientů, u kterých je používán koncept bazální stimulace, k celkovému zklidnění, lepšímu navázání kontaktu, lepší spolupráci a komunikaci, zlepšení kvality života, k pocitu jistoty a dalším pozitivním projevům. (1)

Důležité je zmínit fakt, že koncept lze aplikovat hned u několik skupin pacientů. Je vhodný pro děti, novorozence, seniory, osoby s různými typy onemocnění. (1)

Autor a velký průkopník konceptu je prof. Dr. Andreas Fröhlich, který na myšlenku vytvoření konceptu přišel v době svého doktorandského studia a nejprve jej aplikoval na děti s intelektovým a somatickým postižením. Prof. Christel Beinsteinová, která pracovala jako zdravotní sestra, později koncept rozšířila i pro nemocné trpící

demencí či pro osoby s jiným neuromuskulárním onemocněním. Díky jejich vzájemné spolupráci a úsilí, které společně vynaložili, především v oblasti výzkumu, pedagogiky a publikací, se koncept mohl rozvíjet až do takové podoby, v jaké jej známe dnes. (1,2)

Aby bylo poskytování Bazální stimulace v ošetrovatelské péči skutečně kvalitní a profesionální, vytvořili systém vzdělávání certifikovaných lektorů konceptu bazální stimulace. Lektor bazální stimulace musí nejprve projít specializačním vzděláváním, poté se stává lektorem a je oprávněn k poskytování certifikovaných kurzů. (1)

2.1 Rozvoj bazální stimulace v České republice

Mgr. Karolína Friedlová je první česká certifikovaná lektorka, zdravotní sestra, pedagožka a také žena, která se během svého života věnovala, a dosud věnuje, rozvoji konceptu bazální stimulace a jeho uplatnění v ošetrovatelské péči. Je zakladatelkou Institutu Bazální stimulace, který se specializuje na pořádání vědeckých konferencí, konzultace, semináře a v neposlední řadě vytváří i řadu publikací. (2)

Do podvědomí zdravotníků se koncept dostal díky publikační činnosti Karolíny Friedlové v časopisu Sestra. Koncept se zpočátku setkával s velkým nepochopením a odmítáním ze strany zdravotnického personálu, zejména proto, že k pacientovi přistupoval zcela odlišně, než bylo zvykem. Řada zdravotníků ho vnímala jako přítěž, jako něco, co je naprosto nesmyslné a jen to přidělavá práci. (1)

I přes mnoho nesouhlasných reakcí se našlo dostatek zájemců o tento koncept k tomu, aby se v roce 2003 v Olomouci mohl konat první Základní kurz bazální stimulace. Mnoho absolventů kurzu pracovalo na vedoucích pozicích, a protože je kurz zcela uchvátil a chtěli, aby péče dle konceptu byla poskytována kontinuálně a hlavně týmově, začali se proto proškolovat zařízení – od fakultních nemocnic po domovy pro seniory. (1)

2.2 Cíle bazální stimulace

Hlavním úkolem bazální stimulace je podpora lidského vnímání. Pokud je lidské vnímání porušeno, tzn. jsou porušeny smysly, smyslové orgány, dochází k porušení vnímání sebe sama. S tím souvisí porucha pohybu a komunikace – všechny tyto složky se vzájemně ovlivňují, jedna nemůže fungovat, pokud nefunguje ta první. Koncept je zároveň vytvořen tak, aby mohl být u klienta aplikován různými

profesionály z oblasti poskytování péče, včetně rodiny. Bazální stimulace je poskytována celistvě, nelze dělat rozdíl mezi tělesným a duševním zdravím. (1)

To současně potvrzuje i Fröhlichovo tvrzení, že, **„je nutné nejprve zprostředkovat vjemy ze svého těla, stimulovat vnímání vlastního těla jako předpoklad vývoje jedince pro udržení pohybových, kognitivních a komunikačních schopností“**. (1, str. 31)

2.2.1 „10 centrálních evropských cílů (BIENSTEIN, CH., FRÖHLICH, A.)“

1. *Zachovat život a zajistit vývoj*
2. *Umožnit vnímat sebe sama a vlastní život*
3. *Poskytnout pocit jistoty a důvěry*
4. *Rozvíjet vlastní rytmus*
5. *Umožnit poznat okolní svět*
6. *Pomoci navázat vztah*
7. *Umožnit začít smysl a význam věcí či konaných činností*
8. *Pomoci uspořádat život*
9. *Poskytnout autonomii a odpovědnost za svůj život*
10. *Objevovat svět a vyvíjet se*

(1, str. 42)

2.3 Prvky bazální stimulace

Tři prvky, ze kterých koncept vychází je pohyb, komunikace a vnímání.

Základní prvky, tzv. bazální smysly, jsou smysly, které reagují na podněty a signály jako první. Jedná se o stimulaci somatickou, stimulaci vestibulární a stimulaci vibrační. Na tyto základní prvky bazální stimulace navazují prvky nastavbové. Mezi nastavbové prvky patří stimulace taktilně haptická, stimulace olfaktorická, stimulace optická, stimulace auditivní a stimulace orální. (1)

Základní prvky mají za cíl zajistit především základní životní funkce a potřeby. Základními životními funkcemi a potřebami se rozumí stejné potřeby, které jsou

popsány v Pyramidě potřeb A. H. Maslowa jako základní – příjem potravy, spánek, dýchání, polohování. (1)

Pokud jsou saturovány základní potřeby, je možné podpořit sekundární potřeby pomocí nástavbových prvků. Těmi je podporován pohyb, navazování vztahů, podpora komunikace a pacienti získávají pocit bezpečí a jistoty. (1)

3. Stáří

Pojem stáří a stárnutí bývá především mezi laickou veřejností často zaměňován, oba pojmy jsou si sice blízké, ale každý z nich má jiný význam. Stáří je poslední vývojové období, které je důsledkem stárnutí. Stejně jako předchozí vývojová období člověka jsou rozdělena podle věku, i stáří dělíme podle následující terminologie. (5)

Kalendářní stáří – má především statistickou funkci a nastává, pokud člověk dosáhne určitého věku, který stanovila WHO. Dělení skupin dle věku je následující

Stárnutí, rané staří – 60-74 let

Stáří, kmetství – 75-89 let

Dlouhověkost – 90 let a více

Biologické stáří – oproti kalendářnímu stáří má větší vypovídající hodnotu, jelikož je možné určit rozsah změn, které jsou spojené s procesem stárnutí. (5)

Stárnutí je proces, jehož důsledkem je stáří. Je to nezastavitelný a nenávratný proces, kterým prochází každý člověk v této fázi života. Provází ho řada změn a je ovlivňován množstvím vnějších a vnitřních faktorů. Mezi vnější faktory, tedy faktory, které na člověka působí z vnějšího prostředí, můžeme zařadit např. pracovní prostředí, ovzduší či způsob a kvalitu bydlení, rodinné zázemí. Z vnitřních faktorů se na stárnutí podílí onemocnění, psychické a povahové poruchy a celkový psychický stav člověka. (5)

Změny, které provází proces stárnutí, se objevují postupně. Senioři jsou v důsledku takových změn častěji unavení, často odpočívají, jejich reakce i tempo je zpomalené. Dochází k tělesným změnám – kůže ztrácí pružnost, je suchá, vrásčitá, vlasy řídnou, vypadávají, řada seniorů trpí poruchou chůze, sluchu, zhoršuje se zrak.

Sociální stáří – stav člověka na základě jeho produktivity, sociální role, sociálního statusu a především stav, kdy je člověk ovlivněn sociálními událostmi. Senioři odchází do penze, mění se jejich sociální role, schopnosti a často i potřeby. (5)

3.1 Potřeby seniorů

Mezi hlavní, a často velice zásadní změnou v životě člověka v seniorském věku, je odchod do penze. Tato změna je často přijímána velice negativně a s nelibostí, senioři mají najednou spoustu volného času a nevědí, jak s ním naložit, dochází k omezení sociálních vazeb a vztahů, může dojít ke zhoršení ekonomické situace člověka, k pocitům osamocení, který vede k sociální izolaci. (5,6)

V souvislosti s výše popsányi změnami je možné, že u seniora dojde k omezení soběstačnosti a sebezpečí. Odchod do starobního důchodu však nutně neznamená, že se o sebe senior nedokáže dobře postarat a že se stává závislý na péči druhé osoby. K čemu ale dochází zcela určitě, je změna potřeb, respektive jejich uspořádání v systému hodnot. Lidé seniorského věku si hůře zvykají na nové věci či na změny, a tak je raději nevyhledávají a drží se toho, co je pro ně známé. S čím naopak senioři často bojují je pocit osamocení, pocit strachu a pocit nejistoty, že se o sebe nedokážou postarat. Často se také objevují pocity, že jsou k ničemu a nepotřební. Prevencí takových stavů je dostatek sociálních vztahů a kontaktů, dobré rodinné vztahy, podpora soběstačnosti, případné zajištění sociálních či zdravotních služeb. (5,6)

Jak jsem již zmínila výše, pro seniory jsou velice důležité dobré rodinné vztahy. Podle průzkumu praktického lékaře Huga Příbyla z roku 2014, kterého se účastnilo 157 respondentů žijících ve vlastní domácnosti i v domově pro seniory (5) patří mezi 3 nedůležitější potřeby seniorů rodina, fyzická soběstačnost a potřeba nebýt na obtíž. Z výzkumu také vyplývá, že většina dotázaných by v případě zhoršení zdravotního stavu chtěla zůstat v domácím prostředí, o druhé místo se dělí bydlení s rodinou/vnoučaty a bydlení v domově pro seniory.

To, jakým způsobem jsou potřeby seniorů naplňovány udává kvalitu života seniora. Jde o spokojenost člověka se svým životem, kdy se v ní reflektují fyzické, psychické a sociální faktory, které ovlivňují život jedince. (5)

3.2 Rodina jako důležitá součást péče o seniory

V dnešní praxi se velice často setkáváme s tím, že zařízení poskytující dlouhodobou péči jsou vytížená a leckdy je obtížné najít volné místo. V zařízeních jsou umisťováni i senioři u kterých by v domácím prostředí byla nezbytná jen občasná pomoc. Pečovatelské i zdravotní služby jsou podobně jako zařízení dlouhodobé péče poměrně vytíženy, v řadě regionů je tato péče dokonce téměř nedostupná.

Nabízí se tedy varianta, že se o seniora postará rodina, ať už v plném rozsahu nebo za pomoci pečovatelské služby. Tato alternativa je v dnešní době bohužel není rozšířená. Ze své zkušenosti z domácí péče, potažmo i péče sociální kde jsem vykonávala prázdninovou praxi vím, že je jen velmi málo rodin, které se starají o svého příbuzného či známého. To je způsobeno hned několika příčinami. Řada blízkých v péči o seniora, který není soběstačný, vidí omezení, ztrátu své osobní svobody, anebo třeba nemožnost pokračovat ve své kariéře, a s tím související snížení příjmu a rodinného rozpočtu. Dalším důvodem může být prostorově nedostatečné zázemí pro život pečujícího a pečovaného.

Samotné pečování o blízkého člověka, je pro pečující, zvláště pokud nemají žádné předchozí zkušenosti, velmi stresující. Takové rozhodnutí je třeba si dobře promyslet a uvědomit si, že přinese spoustu omezení. Příbyl ve své publikaci uvádí 3 předpoklady, které předchází správné a dobré péči o seniora. Prvním předpokladem je ochota péče, umění pečovat a mít vhodné podmínky k péči, tedy moci pečovat. (5)

Nejvhodnější forma rodinné péče o seniora nastává tehdy, pokud o seniora pečuje více členů. Výrazně se tím eliminuje riziko sociální izolace, pečující a pečovaný se na sobě nestávají závislými, omezí se množství případných konfliktů či pocitů frustrace. (5)

3.3 Komunikace se seniory

Komunikace je nejen prostředek k dorozumívání a získávání informací, ale je také nezbytnou součástí péče nejen o seniory. Sestry, pracovníci v sociálních službách i ostatní profese poskytující přímou péči se již v době svých studií učí, jak správně s pacientem komunikovat, na co si dát pozor a čemu se úplně vyhnout. Zejména v sesterské praxi se často setkáváme s konflikty, které vznikají z nedostatečné nebo nevhodné komunikace. (6,7)

Pokud se zaměříme přímo na komunikaci se seniory, je zapotřebí vždy ke každému přistupovat individuálně. V komunikaci zohledňujeme kognitivní, psychický a somatický stav dotčeného na jehož základě vybereme vhodný způsob komunikace. Věk pacienta nelze v žádném případě akceptovat jako jediný faktor ovlivňující komunikaci a není možné podle věku dopředu říct, zda bude komunikace složitá či nikoliv. Mezi komunikátorem a komunikantem můžou vznikat komunikační bariéry, šумы nebo stereotypy, které velice často vznikají ze strany ošetřujícího pracovníka. Nejčastějšími bariérami v komunikaci je nepohodlí, strach, nepřipravenost, nevhodné prostředí z hlediska hluku, šumu či přítomnosti dalších osob. (6)

Komunikace se dělí na verbální a neverbální. Verbální komunikace probíhá slovní formou, neverbální je vyjadřována takovým způsobem, který není slovního charakteru, tedy gesty, výrazy ve tváři (mimické projevy), vzdáleností (proxemika), doteky (haptika), postoji a držení těla (posturologie) a pohyby těla (kinetika). Z tohoto rozdělení je tedy patrné, že je nemožné nekomunikovat. (7)

3.4 Mýty o stáří ovlivňující komunikaci

Mýty jsou definovány jako informace či tvrzení například o určité skupině lidí, které se však nezakládají na pravdě, společnost je celé skupině přisuzuje na základě chování jednotlivce, ale také z jiných důvodů, například vysokého věku. Příbyl ve své publikaci jako nejčastější mýty uvádí níže zmíněné. (5)

Falešné představy – spokojenost seniorů závisí na jejich ekonomickém statusu a zabezpečení.

Zjednodušená demografie – mýtus, který říká, že člověk se stává starým odchodem do penze.

Neužitečný čas – ve společnosti hojně rozšířený mýtus, kdy se populace domnívá, že lidé seniorského věku nic nedělají, mají nadbytek času, nepodílí se na ekonomické situaci, protože nechodí do práce a na základě toho je ignorují a znevažují jejich postavení.

Schematismus a automatismus – senioři fungují na základě stereotypního chování, nemůže pochopit fungování moderní doby, nemůže se naučit nic nového. (5)

Výše zmíněné mýty o seniorech, které jsou ve společnosti zakořeněné, mohou vést nejen ke znevažování seniorů, ale i k jejich diskriminaci, kterou označujeme termínem ageismus. Ageismus může být rovněž projevem pozitivního chování k seniorům ve snaze seniora ochránit. (5)

S ageismem souvisí pojem elderspeak. To je komunikační technika vychází s mýtů a stereotypů, které obecně panují o seniorech a jejich chování. Pečující při komunikaci se seniorem používá jednoduchou komunikaci s výraznou změnou hlasu doprovázenou prvky neverbální a paralingvistické komunikace. Elderspeak vychází z přesvědčení pečujícího, že senior automaticky potřebuje speciální způsob komunikace. Taková komunikace se seniorem vede až k depresím. (6)

3.5 Zásady správné komunikace

Základ správné komunikace tvoří nejen znalosti, ale i komunikační dovednosti komunikátora. Komunikátorem je v ošetrovatelské praxi lékař, sestra, či jiný zdravotnický pracovník. Jejich komunikačním úkolem je pacienta edukovat a informovat. Rozhovor má také funkci diagnostickou a terapeutickou. V praxi se často setkáváme s tím, že lékař nemá pro komunikaci s pacientem dostatek času a pacienti své dotazy směřují k sestřám, které jsou v pomyslném systému péče hned za lékařem. V každém případě je nutné nejprve stanovit, zda pacient umí, může a chce komunikovat! (7)

Nezbytnou dovedností v komunikaci je empatie. Empatií se rozumí vcítění, sounáležitost, pochopení citění a prožívání pacienta. Empatický rozhovor, který je nedirektivní, je podle Zacharové tou nejlepší formou komunikace a zároveň nejlepší dovedností, kterou sestra může mít. Hlavními znaky empatického nedirektivního rozhovoru je aktivní zájem o pacienta, dotyčný pacientovi naslouchá, ale nehodnotí jej.

Prvky, které se zde uplatňují je shrnutí hlavních myšlenek rozhovoru – sumarizace, vlastní formulace sdělené informace – reflexe, vyjádření podpory a porozumění. (7)

Rozhovor, který je veden s pacientem by neměl být příliš dlouhý, měl by obsahovat potřebné informace, dostatek empatie a podpory, ujištění, že dotyčný všem informacím porozuměl. To lze nejlépe ověřit otázkou ve stylu „Jak tomu rozumíte?“. Prostředí, ve kterém se rozhovor odehrává je klidné, s vhodnou akustikou, bez přítomnosti dalších osob, které nejsou v rozhovoru zainteresovány a mohly by jej rušit. Komunikátor má dostatek času, v ideálním případě sedí naproti komunikantovi, oči obou jsou ve stejné úrovni, na začátku rozhovoru se představí. Vhodné je i užití tzv. ice breakers, které „prolomí ledy“ a umožňují lepší navázání komunikace či rozhovoru. To je například otázka Jak se máte? Nebo Jaká byla cesta?. (7)

V komunikaci je důležité správné užití paralingvistických jevů. To je obecný souhrn pro tón, rychlost, sílu hlasu a používání vycpávkových slov. Příliš rychlá nebo naopak příliš pomalá řeč může být pro příjemce informací překážkou pro správné pochopení sdělovaného obsahu. Podobné je to u používání vycpávkových slov. Při častém používání se komunikant zaměří pouze na tato slova a není schopen vnímat a ukládat důležité informace. (7)

3.5.1 Vztah zdravotník – pacient, chování

Komunikaci ve zdravotnictví významně ovlivňuje vztah, který je mezi pacientem a zdravotníkem nebo lékařem. Ten může být paternalistický, kdy je lékař postaven výše než pacient, nebo partnerský, kdy je postavení pacienta a lékaře rovnocenné. Zacharová popisuje ještě typ konzumentského vztahu, kdy je lékař postaven výše než pacient, jeho rozhodnutí ale ovlivňuje přání pacienta. (7)

S nastaveným typem vztahu úzce souvisí i způsob chování. Pasivní chování se může objevit jak u pacienta, tak u lékaře či sestry. Dotyčný se podřizuje někomu jinému, nedokáže se samostatně rozhodnout, nemá vlastní názor. Ví, že jeho chování neodpovídá jeho potřebám, nedokáže s tím však nic udělat. Agresivní chování se vyznačuje vulgárním chováním, verbálnímu či fyzickému napadání druhých, dotyčný trvá na splnění svých přání a myšlenek, a to i na úkor jiných lidí. Nejvhodnějším typem chování je chování asertivní. Asertivní osoba respektuje přání a potřeby ostatních, zároveň ale dbá i na své vlastní potřeby a přání. K ostatním se chová s respektem, který

vyžaduje i po ostatních. Chování, který je jak v ošetrovatelské praxi, tak v běžném životě nebezpečné, je chování manipulativní. To je takové chování, které je cíleně zaměřené na zranitelná místa jiných osob. Pomocí takového zraňování manipulátor řídí a ovlivňuje chování druhé osoby, nejčastěji ke splnění vlastních potřeb a zbavení se odpovědnosti. Manipulátor nemusí být na první pohled rozpoznatelný, nemusí se automaticky jednat o „drsňáka“. (7)

3.6 Objektívni hodnocení stavu seniora

Komunikace s pacienty, zvlášt' pokud jde o pacienty s gerontopsychiatrickým onemocněním, je v ošetrovatelské péči občas poněkud složitá. K tomu, aby bylo možné poskytnout co nejlepší péči, komunikaci a vybrat co nejlepší komunikační techniky a pomůcky, je třeba objektivně zhodnotit stav pacienta. U pacienta, který je vyššího věku, nelze automaticky předpokládat, že trpí kognitivním deficitem a komunikace s ním bude obtížná. Informace o stavu pacienta a o projevech kognitivního onemocnění lze také získat přímo od pacienta (především pokud sám na sobě pozoruje příznaky) nebo od jeho rodiny, která si všimá odlišného chování. (8)

Hodnotící škály, které se uplatňují v objektivním hodnocení kognitivních funkcí jsou následující:

Mini-Mental State Examination (MMSE) – je test, který se hojně využívá, zejména kvůli své praktičnosti a vysokou spolehlivost. Má 30 oblastí, ve kterých hodnotí orientaci, paměť, poznávání, čtení, psaní, počítání a řeč. Na splnění zadání má pacient omezený čas a maximální počet získaných v testu je 30 bodů.

MoCA test (Montreal Cognitive Assessment) – diagnostikuje kognitivní poruchy, které jsou spojené s věkem. Využívá se k hodnocení demence v raném stádiu. Skládá se ze 13 oblastí a hodnotí prostorovou orientaci, zručnost, pojmenování předmětů jejich konkrétním jménem, opakování, odečítání apod. Maximální počet je 30–26 bodů.

Addenbrookský kognitivní test – je kombinací testu MMSE + malba krychle z MoCA testu a je přidán i test kreslení hodin.

Test kreslení hodin – testovaný na výzvu nakreslí ciferník hodin, na který podle zadání zakreslí konkrétní čas. Hodnocení testu spočívá ve správném nakreslení hodin, správné umístění číslic a správné zakreslení hodinových ručiček dle zadaného času.

Bodové hodnocení tohoto testu se liší podle toho, jaké bodové hodnocení je použité. Obecně lze říct, že testovaný, který správně nezakreslil ciferník včetně čísel, hodinové ručičky ani čas dle zadání, trpí těžkým kognitivním onemocněním.

Sedmiminutový screeningový test

Zkrácený desetibodový test mentálních funkcí – pacient odpovídá na otázku, jak se jmenuje, jaký je jeho věk, adresa a datum narození, dnešní datum a místo, kde se aktuálně nachází.

Vigilance A test – pacient dává znamení kdykoliv slyší ve čteném textu písmeno A.

Skupinový test – testovaný jmenuje 10 předmětů ze 4 skupin slov. (8)

V současnosti využívané hodnotící škály a testy využívané k hodnocení kognitivních funkcí jsou přesné a spolehlivé. Negativně je může ovlivnit vzdělání testovaného, pacienti, kteří dosáhli vysoké stupně vzdělání mohou v testu dosáhnout velice dobrých výsledků, ačkoliv již mohou trpět kognitivní poruchou. Níže popsané testy, jsou první volbou při kontaktu s pacientem. Jsou rychle dostupné, dají se využít při změně stavu a umožní rychlé aktuální posouzení stavu pacienta. (8)

4. Péče v domácím prostředí

Strávit ve svém přirozeném prostředí, tedy doma, co nejvíce času je přání většiny nejen zdravých seniorů. Řada z nich vnímá fakt, že mohou být doma jako známku toho, že nejsou nikomu na obtíž, protože se o sebe dokáží postarat. Diagnostika jakékoliv onemocnění je pro seniory stresující. Díky rozvoji pečovatelské a domácí péče, kterou využívá stále více klientů, je zcela normální, že v domácím prostředí zůstávají i lidé v terminálním stádiu onemocnění. Důležitou roli zde hraje region, ve kterém klient žije a s tím související dostupnost takových služeb. Další faktor, který rozhoduje o tom, že je možné takovou službu poskytovat, je rozsah péče, kterou klient potřebuje a s tím související péče rodiny. Oba typy služeb fungují v určitém časovém rozsahu a bez spolupráce rodiny zpravidla není možné pokrýt celodenní péči o klienta.

V zařízení domácí péče, kde nyní pracuji, máme v současné době nejvíce klientů po onemocnění Covid-19. V takových případech, kdy mohou být nemocní propuštěni do domácího ošetřování je domácí péče vhodnou alternativou. Klient uvolní lůžko jinému nemocnému s tímto onemocněním, který potřebuje nemocniční péči a dohled

a jemu samotnému je poskytnuta adekvátní péče v rámci terénní domácí péče, případně pečovatelské služby.

Velkou nevýhodou v domácí péči je omezené vybavení, kterým sestra při péči o klienta disponuje. Na každý výkon je třeba si předem připravit pomůcky, které je leckdy obtížné sehnat, protože se často nevyužívají a nemáme je ve standardní výbavě. Další nevýhodu shledávám v tom, že je sestra ve většině případů u klienta sama. Klienti, o které pečujeme, jsou v seniorském věku, většina z nich nemá dobré žíly pro odběry krve, sestra ale musí krev odebrat a musí odběr zvládnout sama, protože s ní není nikdo další, kdo by jí pomohl v případě neúspěchu. I přesto si myslím, že je domácí péče hezká práce a naši klienti jsou vděční nejen za péči, ale především za to, že můžou zůstat doma.

Poukaz na domácí péči vypisuje praktický lékař a služba je hrazená zdravotní pojišťovnou na základě provedených úkonů, které jsou označeny kódy. Pečovatelská služba je služba hrazená z prostředků objednavatele, tedy klienta, rovněž na základě provedených úkonů.

V rozhovoru Andrey Skálové uvádí Friedlová fakt, že stále více zařízení sociální péče využívá koncept bazální stimulace. Podle jejích slov to je až polovina pracovišť, které Institut Bazální stimulace eviduje jako proškolená pracoviště. Tento koncept pomáhá nejen seniorům, gerontopsychiatrickým pacientům, ale i personálu, díky němuž se zlepšily vztahy na pracovišti a do jisté míry chrání personál před syndromem vyhoření. (9)

4.1 Domácí péče a její plánování

Předpokladem dobře provedené domácí péče je její správné plánování a vedení ošetrovatelské dokumentace. Samotnému plánování péče o klienta předchází získání informací o něm. Je dobré mít na paměti, že plán péče, který je vytvořen rychle, nemusí být efektivní a je třeba tomu vymezit dostatek času. Při příjmu pacienta do domácí péče sestra zakládá kartu klienta, kde o něm vede přesné záznamy. U klientů v domácí, potažmo i pečovatelské službě, nás často zajímá i biografie klienta. (10) Totéž popisuje i Rohanová ve svém článku, který zaměřuje na dokumentaci, ošetrovatelský proces a člověka s demencí. Podle jejího názoru má biografická anamnéza a dokumentace obecně přímý vliv na to, jaká a jak kvalitní péče bude člověku s demencí poskytována.

Správně vedená ošetrovatelská dokumentace slouží jako základ předávání informací a tím pádem jako základ dobré komunikace. Velice rozsáhlou dokumentaci, která zahrnuje jak biografii klienta, tak přesný rozvrh jeho dne, zahrnuje také i pomůcky, které byly u klienta využity používají při práci například zařízení dlouhodobé péče v Anglii. V Čechách je takto obsáhlá dokumentace vnímána jako obtěžující a časově náročná. (11)

Správně vedená ošetrovatelská dokumentace obsahuje čitelné záznamy o stavu pacienta, včetně ošetrovatelské anamnézy a hodnotících škál pro posouzení stavu klienta. Dokumentace obsahuje rizika, konkrétní cíle a intervence. V co nejmenší míře jsou používány nepřesné výrazy, které nelze přesně specifikovat – pravidelně, dostatečně. Důležité je jméno a podpis pracovníka. (10)

4.2 Pečovatelská služba

Pečovatelská služba je zaměřena především na pomoc se s hygienickou péčí, podáváním stravy a obecně s běžnými denními aktivitami, obecně tedy na základní ošetrovatelskou péči. Zejména hygienická péče by však měla být v návaznosti na sestru, která během takové péče hodnotí stav klienta. To se v běžné praxi běžně neděje, sestry a pečovatelky pracují téměř odděleně.

Podobně jako je tomu v nemocničním prostředí, i v pečovatelských službách často vznikají konflikty. Konfliktní situace neboli problémové chování je takové chování, jaké označí sociální pracovník. Za problémové chování může být označena i situace, kdy dotyčný se svých subjektivních důvodů nechce spolupracovat. Většina klientů v pokročilém seniorském věku se domnívá, že služby pečovatelek nepotřebují, mnohdy je obviňují z krádeží, šmírování apod. V podobných situacích pomáhá spolupráce rodiny, která může mít na klienta dobrý vliv, případně komunikace klient x pečovatel. Pokud ale klient není ohrožen na životě, neohrožuje životy jiných lidí a pokud neomezuje životy ostatních žijících ve společných prostorech, například v domě s pečovatelskou službou, není možné klienta k využívání služeb nutit. (17)

Současná situace s epidemií onemocnění COVID - 19 omezuje práci a péči o klienty nejen v domácích a pečovatelských službách. Rodiny ve strachu o své blízké omezují návštěvy, péče o klienty v nemocničním prostředí je ztížená, pro klienty velice stresující a obávaná. S tím také souvisí nedostatek personálu a omezení návštěv a tím

způsobená frustrace. Navzdory této nelehké a obtížné situaci vymýšlí nové strategie a způsoby, jak takovým stavům předcházet. Celkově se zlepšuje úroveň zdraví díky časté diskuzi na toto téma v televizi, lidé si uvědomují své hodnoty a dochází k uvědomění, že je třeba pracovat se systémem poskytované péče. (21)

5. Gerontopsychiatrie

Jak už vypovídá samotný název, gerontopsychiatrie je odvětví psychiatrie, které je zaměřeno na poruchy spojené se stářím. Se zvyšováním věku se mění i psychický stav seniorů a na rozvoji gerontopsychoatrického onemocnění se podílí celá řada faktorů. Velká většina z nich je popsána v kapitole 3, která se věnuje stáří. Takovým příkladem rizikového faktoru je například ztráta soběstačnosti, změna ekonomického zázemí či změna sociální role. (12)

5.1 Demence

Demence je psychická porucha, která je typická především pro stáří v souvislosti se změnou psychického stavu, která se ale může projevit už v dětském věku. Vyznačuje se změnou kognitivních funkcí a také změnami v běžných denních aktivitách. Dotyčný, u kterého se demence projeví zpočátku zapomíná, zhoršuje se jeho paměť, je porušena paměť a intelekt, chování, chápání, pozornost, motivace a emotivita. Podle příčiny rozlišujeme demence atroficko-degenerativní a demence sekundární. Pro první typ demence je charakteristický úbytek počtu neuronů, buněčné změny a atrofie mozku. Demence sekundární můžeme též označit jako demence symptomatické, objevuje se jako důsledek onemocnění poškozující mozek. V souvislosti s kardiovaskulárním onemocněním vzniká vaskulární demence, dále také při infekčních, autoimunitních onemocněních nebo při otravách. Podle toho, jakou část mozku demence postihuje a jaké funkční změny přináší se dále dělí ještě na kortikální a subkortikální demenci. (12,13)

5.2 Alzheimerova nemoc

Na počátku je nutné nejprve definovat, co Alzheimerova nemoc znamená. Jedná se o chorobu, která často končí vznikem demence. (12) Příznaky se mohou projevit u lidí již okolo 50. věku života a nejčastěji souvisí se zhoršením a výpadky paměti. Dělíme je do 4 skupin podle závažnosti stavu. Nemocní trpí poruchami paměti a orientace, často odchází z domova a nechávají zapnuté spotřebiče, nepoznávají členy

rodiny ani příbuzné, v těch nejtěžších případech se stávají inkontinentními, nedokáží se najíst, ztrácí soběstačnost. Většina případů Alzheimerovy nemoci končí úmrtím v důsledku například urosepsy, pneumonie, rozvratu vnitřního prostředí. Průměrná doba života je přibližně 10 let od prvních příznaků. Podle WHO je Alzheimerova nemoc 5. nejčastější důvod úmrtí. (13)

5.3 Práce s lidmi se syndromem demence

V péči o klienty se syndromem demence je péče opravdu specifická. Klienti velice často reagují jinak, než očekáváme a pro nás je velice obtížné toto chování pochopit. Právě klienti s demencí jsou často přímým odrazem našeho vlastního chování, které kopírují. Pokud je pečující naštvaný, unavený, tak se dá předpokládat, že chování klienta bude přinejmenším podobné. Pokud nastane situace, která není obvyklá, je dobré se zamyslet, co této reakci předcházelo, klienti i na malé a naprosto přirozené změny reagují prudce a vznětlivě. Takovou malou a naprosto přirozenou změnou může být třeba příliš horké jídlo, o kterém klient netuší, že ho musí nechat vystydnout. V nejideálnějším případě by měl pečující udělat podrobný zápis do dokumentace, včetně opatření, které použil a poznámky, zda bylo použité opatření účinné. (14,15)

Dbáme na to, abychom na péči o člověka s demencí měli dostatek času. Otázky by měla doprovázet názorná ukázka toho, o čem mluvíme nebo co nabízíme. Sdělení jsou krátká a je nevhodné nabízet velké množství alternativ, mezi kterými si nemocný musí jednu vybrat. (14)

V péči o pacienty s demencí se využívá také Montessori metoda, která byla upravena tak, aby u takových pacientů rozvíjela mysl, jemnou motoriku a paměť. Tato metoda je charakterizována svým neautoritativním přístupem. Není tedy vhodná jen pro děti, naopak se doporučuje vzájemně prolínat tyto dvě věkové skupiny v kombinaci s Montessori přístupem. To je běžné například v zařízeních asistovaného bydlení v Nebrasce. Běžnější je poskytování takové péče v postakutním období, stále více se ale můžeme setkat s tímto přístupem i v akutní péči, zejména využitím muzikoterapie, známých předmětů pacienta. Je důležité však zachovat stav pacienta tak, aby jej bylo možné objektivně hodnotit. (22)

5.4 Nejčastější chyby při práci s lidmi s demencí

Poměrně časté a rozšířené je používání omezovacích prostředků při práci s pacienty s demencí. Mezi nejčastěji používané omezovací prostředky patří podávání zklidňujících medikamentů, omezení pohybu pacienta ve smyslu použití kurtovacích pásů nebo zamčení v místnosti, bytě nebo domě. Takový způsob zklidnění, který má ve výsledku opačný efekt, je až tou poslední možností, která přichází v úvahu. (14)

Doktorka König se nejčastějším chybám v péči s diagnózou demence věnuje ve své publikaci. V odstavci níže jsou popsány některé chyby, které Dr. König uvádí, a se kterými mám osobní zkušenost. (15)

První takovou chybou je tvrzení, že pro osoby s takovým onemocněním nemůžeme vůbec nic udělat. I člověk s demencí je člověk, který chce, aby byly jeho potřeby naplňovány a takové tvrzení významně demotivuje poskytovatele péče a rodinu v péči o svého blízkého. Negativně ovlivňuje zejména kvalitu života nemocného. Dalším nepravdivým tvrzením je takové, které říká, že lidé postižení syndromem demence nesmějí nic dělat sami. Člověk s tímto typem onemocnění se nestává automaticky nesvéprávný, ale ve spoustě běžných denních aktivit zvládne být soběstačný, byť k tomu potřebuje trochu víc času a energie. Naším úkolem není schopnosti člověka potlačovat, ale rozvíjet. (15)

V péči o klienty s touto kognitivní poruchou se často setkáváme s tím, že klienti mluví o věcech či situacích, které nejsou reálné. Mnoho pečujících má tendence uvádět situaci na pravou míru, vysvětlovat, že se nic takového neděje. Daleko lepší řešení dané situace je klientovi jeho pravdu nevyvracet. Stejně tak tomu bude v situaci, kdy klient řekne větu nebo informaci, o které za chvíli neví, že jí řekl. Přesvědčování klienta o tom, že jsme si jistí, že danou informaci opravdu řekl klienta nejen rozruší, ale může dojít i ke konfliktu. (15)

Obecně lze říct, že pečující, kteří pečují o člověka s demencí by měli mít o tomto onemocnění nejen dostatek informací, ale především se zamyslet nad vlastním postojem. Ačkoliv můžeme mít pocit, že poskytujeme tu nejlepší a nejvhodnější péči jakou můžeme, tak právě tato péče nemusí být pro konkrétního pacienta vhodná. Řčení „Pečuj tak, jak chceš, aby někdo jiný pečoval o tebe“ s v péči o lidi s demencí příliš neuplatňuje, protože to, co dělá dobře jednomu, nemusí dělat dobře tomu druhému. Svůj

pozitivní význam má v takové péči i integrace biografie klienta do poskytované péče.
(15)

5.5 Pečující o člověka s demencí

Péče o člověka s demencí je nesmírně náročná po všech stránkách, psychicky, fyzicky, časově, finančně. Pečující, především pokud je pečujícím blízký člověk nebo rodinný příslušník nemocného, by měl mít informace o možnostech, které mu můžou v péči o nemocného pomoci. Pomoc s péčí mohou zajistit další členové rodiny, někdy bývají zapojováni i přátelé a sousedé. Některé rodiny ale mezi sebou nemají dobré vztahy, žijí daleko, nestýkají se. V takových případech je žádoucí oslovení domácí péče, sociální péče, a nebo osobní asistence, která v dané lokalitě působí. Pro osoby s demencí jsou také zřizovány denní stacionáře, které nabízejí programy na každý den v týdnu. Některé zařízení nabízí i program krátkodobé péče v zařízení, kde klient stráví předem stanovený počet dní. (16) Další formou pomoci může být také respitní péče, kdy péči o člověka s demencí převezme jiný pečovatel, aby si mohla rodina od péče odpočinout.
(14)

V úvahu přichází rovněž umístění dotyčného do zařízení dlouhodobé péče, k tomu je potřeba souhlas, případně rozhodnutí soudu. (14) K takovému řešení by mělo být přistupováno až v těch nejkrajnějších mezích, kdy není možné zajistit péči o dotyčného jinými způsoby.

Pečujícím, kteří o klienta pečují v domácím prostředí, je doporučováno, aby dbali na své zdraví, duševní pohodu a únavu. I člověk, který pečuje o někoho blízkého, je ohrožen syndromem vyhoření a potřebuje pravidelný a kvalitní odpočinek.

Podporu a povzbuzení může nalézt ve spolcích, které sdružují nemocné i pečující kteří mají s nemocí zkušenosti. Aktivitu zajišťuje česká alzheimerovská společnost.
(14, 16)

PRAKTICKÁ ČÁST

6. Hypotézy a cíle práce

Jedním z prvních úkolů, které jsem v rámci své bakalářské práce udělala, bylo stanovení cílů a hypotéz bakalářské práce. V tomto směru mi byla velice nápomocná Mgr. Vytejšková, vedoucí mé práce, která mě navedla tím správným směrem a díky dobře stanoveným cílům a hypotézám vznikl kvalitní dotazník. Cíle práce byly stanoveny 2 a hypotézy 4.

Cíl 1 – Zmapovat, jakými prostředky získávají pečovatelé informace o svých klientech a zda je na základě získaných informací s ohledem na biografii poskytována efektivní péče.

Cíl 2 – Zmapovat, zda je poskytovaná somatická a orální stimulace v souladu se získanými informacemi v rámci odběru biografické anamnézy.

Hypotéza 1 – Předpokládám, že v domácí péči je kladen velký důraz na edukaci a sběr informací o klientovi.

Hypotéza 2 – Předpokládám, že klienti, kterým je poskytována orální a somatická péče na základě jejich biografické anamnézy lépe spolupracují a jsou klidnější.

Hypotéza 3 – Předpokládám, že pečující v domácí péči k získání informací o klientovi, při přijetí klienta do péče, nejčastěji používají rozhovor s rodinou či blízkým člověkem.

Hypotéza 4 – Předpokládám, že poskytování orální stimulace bude častější než poskytování somatické stimulace.

7. Metodika výzkumného šetření

Na základě cílů a hypotéz jsem vytvořila dotazník, jehož otázky se vztahují ke stanoveným cílům a hypotézám. Dotazník se skládal převážně z uzavřených odpovědí, pouze dvě otázky měly odpověď otevřenou. Celkový počet otázek byl 20, jedna otázka obsahovala ještě 3 doplňující otázky, na které respondenti odpovídali, pokud byla odpověď v hlavní otázce ANO.

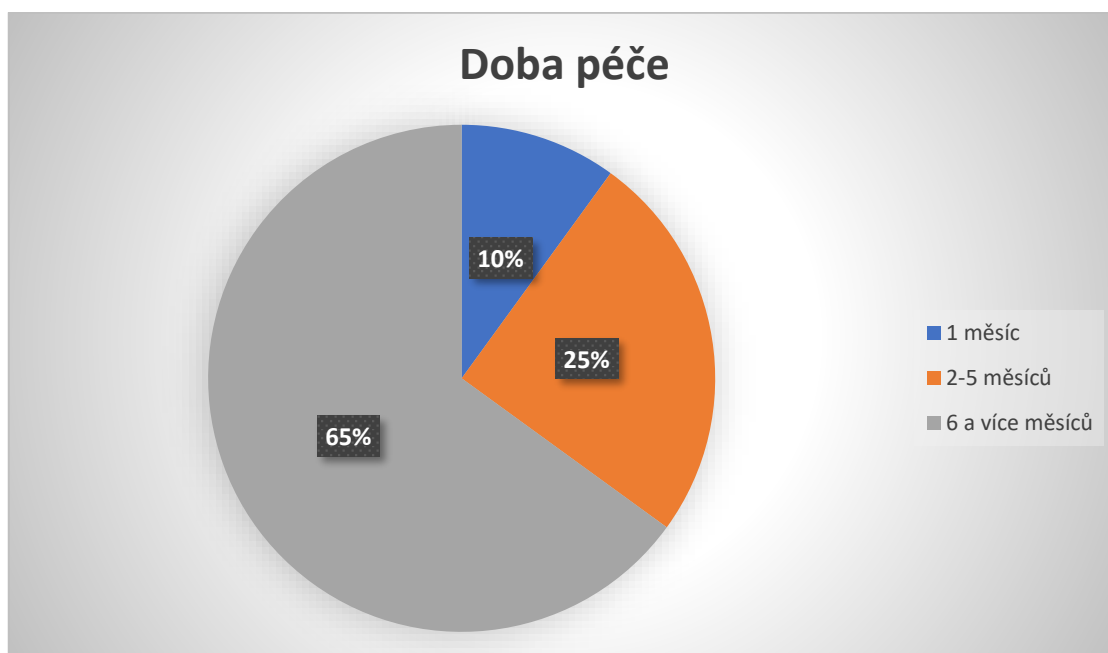
Výzkumné šetření probíhalo v zařízení Charita Neratovice, které poskytuje zdravotní a sociální služby, s písemným souhlasem paní ředitelky Miloslavy Machovcové od poloviny března roku 2021 do začátku května roku 2021. Šetření se zúčastnilo celkem 20 respondentů z oblasti domácí a pečovatelské služby. Výběr respondentů byl zaměřen tak, aby se výzkumného šetření účastnili ti respondenti, kteří pracují s klientem, který má gerontopsychiatrické onemocnění, získávají o klientovi informace a zároveň jsou kompetentní k poskytování orální a somatické péče. Šetření se účastnily **všeobecné i praktické sestry** z oblasti domácí péče, **pečovatelky** z oblasti pečovatelské služby a **osobní asistenti**. Přesný poměr zúčastněných respondentů mi vzhledem k anonymitě a k distribuci dotazníků elektronickou cestou není znám.

Distribuce dotazníků probíhala vzhledem ke špatné epidemiologické situaci onemocnění COVID – 19 a uzavřením okresů elektronickou formou ve spolupráci se zástupkyní ředitele a vedoucí domácí péče Bc. Doležalovou, se kterou jsem byla v pravidelném kontaktu. Celkový počet rozdaných dotazníků byl 20, návratnost byla 100 %.

Získaná data jsem zpracovávala v průběhu měsíce května, odpovědi zvolené respondenty jsem spočítala, následně jsem je vložila do tabulek a grafů, se kterými jsem dále pracovala, analyzovala je a srovnávala na základě stanovených cílů a hypotéz, a to za pomoci popisné statistiky.

8. Vyhodnocení

Otázka č. 1 – Jak dlouho o pacienta pečujete?



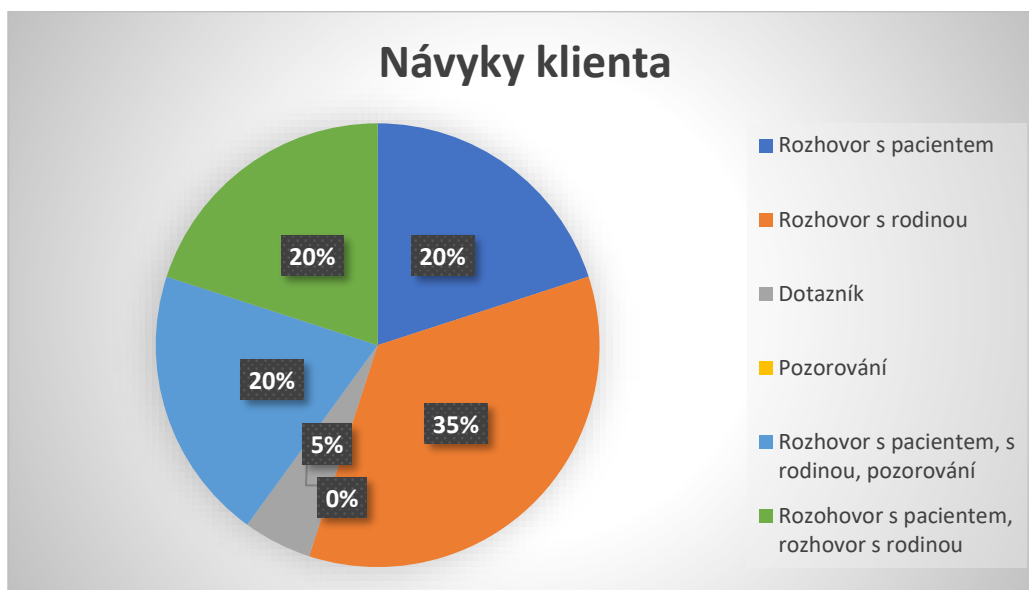
Obrázek 1: Doba péče o klienta

	Vybraná odpověď	Počet
A	1 měsíc	2 respondenti
B	2-5 měsíců	5 respondentů
C	6 a více měsíců	13 respondentů

Tabulka 1: Doba péče o klienta

Z otázky č. 1, která zjišťuje, jak dlouho se pečující o klienta stará vyplývá, že nejčastěji je to 6 a více měsíců, tuto odpověď zvolilo celkem 13 respondentů. Celkem 5 respondentů o klienta pečuje v časovém rozmezí 2-5 měsíců a pouze 2 respondenti o klienta pečují 1 měsíc.

Otázka č. 2 – Jakým způsobem jste se dozvěděl/a o tom, jaké má klient návyky?



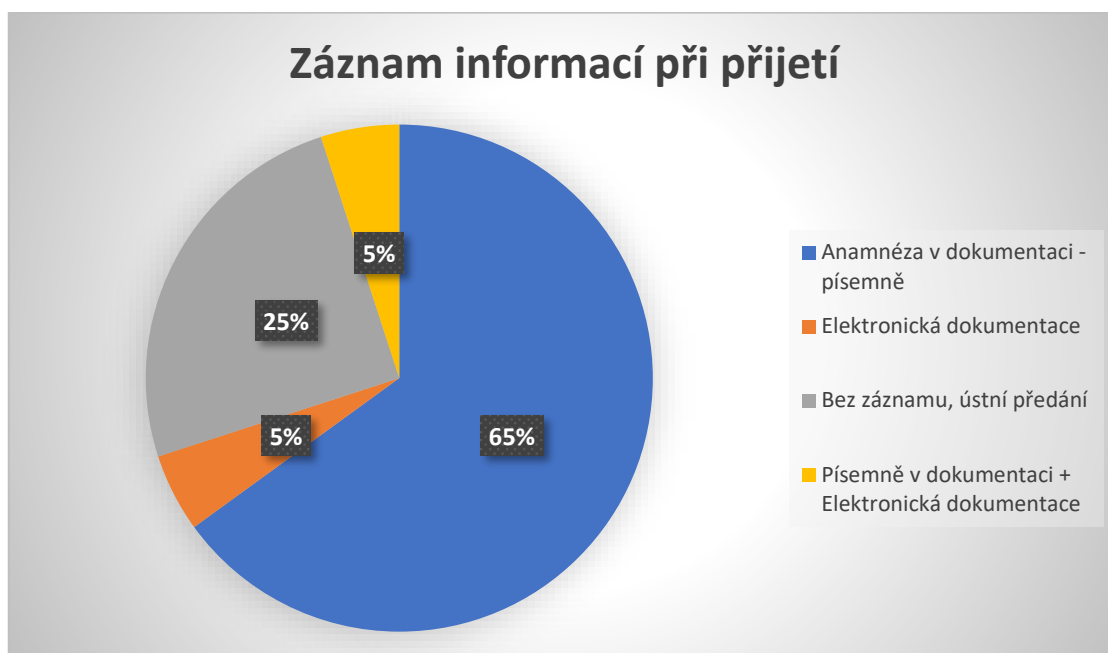
Obrázek 2: Zjištění návyků klienta

	Vybraná odpověď	Počet
A	Rozhovor s pacientem	4 respondenti
B	Rozhovor s rodinou	7 respondentů
C	Dotazník	1 respondent
D	Pozorování	0 respondentů
A+B+D	Rozhovor s pacientem, rozhovor s rodinou, pozorování	4 respondenti
A+B	Rozhovor s pacientem a rozhovor s rodinou	4 respondenti

Tabulka 2: Zjištění návyků klienta

Otázka č. 2 se zabývá tím, jak pečovatelé získávají informace o návycích klienta. Z dotazníku vyplývá, že nejčastěji jsou informace získávány rozhovorem s rodinou, tuto odpověď zvolilo 7 respondentů. Druhá nejčastější odpověď byla rozhovor přímo s pacientem. Celkem 8 respondentů v dotazníku označilo více odpovědí – polovina z nich vybrala odpověď rozhovor s pacientem, rozhovor s rodinou a pozorování a druhá polovina označila odpověď rozhovor s pacientem a rozhovor s rodinou.

Otázka č. 3 – Jakým způsobem zaznamenáváte získané informace o klientovi při přijetí klienta do zařízení?



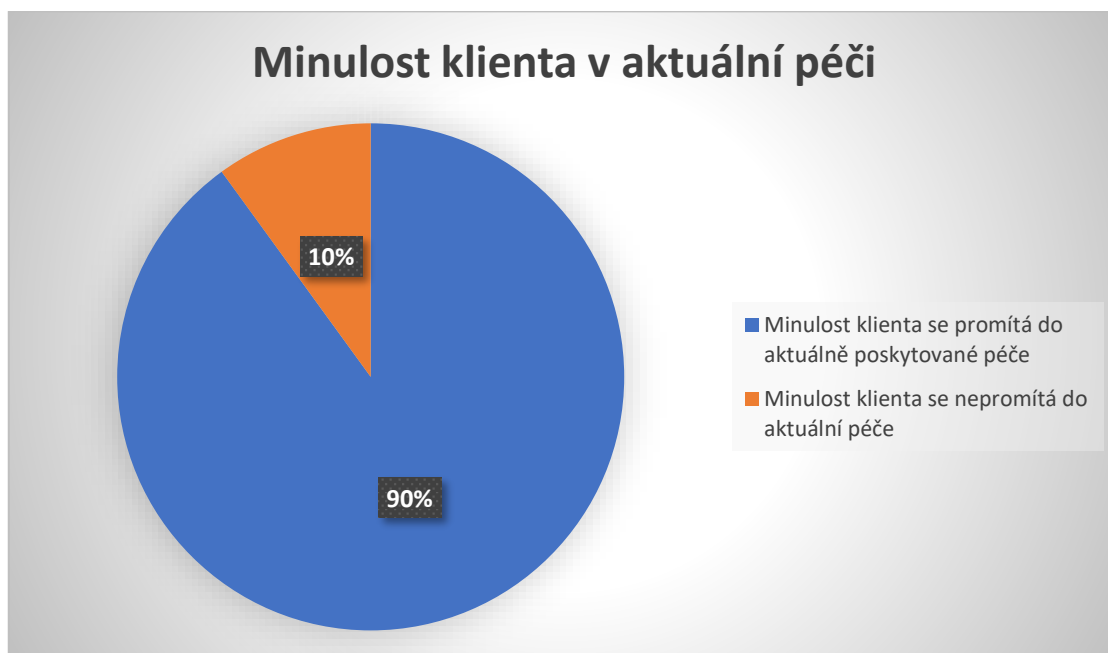
Obrázek 3: Záznam informací při přijetí klienta

	Vybraná odpověď	Počet
A	Písemný záznam v dokumentaci klienta	13 respondentů
B	Záznam v elektronické dokumentaci	1 respondent
C	Informace se nezaznamenávají, ale předávají se ústně	5 respondentů
A+B	Zápis informací písemně a elektronicky	1 respondent

Tabulka 3: Záznam informací při přijetí klienta

Z otázky č. 3 vyplývá informace, že se v zařízení nejčastěji zaznamenávají informace o klientovi písemně do jeho dokumentace, tuto odpověď označilo 13 respondentů. 5 respondentů označilo, že informace o klientech nezaznamenávají, ale předávají si je ústně. 1 respondent označil odpověď, že informace zapisuje do elektronické dokumentace a 1 respondent označil kombinace písemného a elektronického zápisu.

Otázka č. 4 – Promítá se minulost klienta do aktuálně poskytované péče?



Obrázek 4: Minulost klienta v aktuální péči

	Vybraná odpověď	Počet
A	Minulost klienta se promítá do aktuální péče	18 respondentů
B	Minulost klienta se nepromítá do aktuální péče	2 respondenti

Tabulka 4: Minulost klienta v aktuální péči

V otázce č. 4 je jasně patrné, že převážná většina, 18 respondentů, uvádí, že se život klienta a jeho minulost projevuje do aktuálně poskytované péče.

Otázka č. 5 – Čerpáte při získávání informací o klientovi z jeho života?



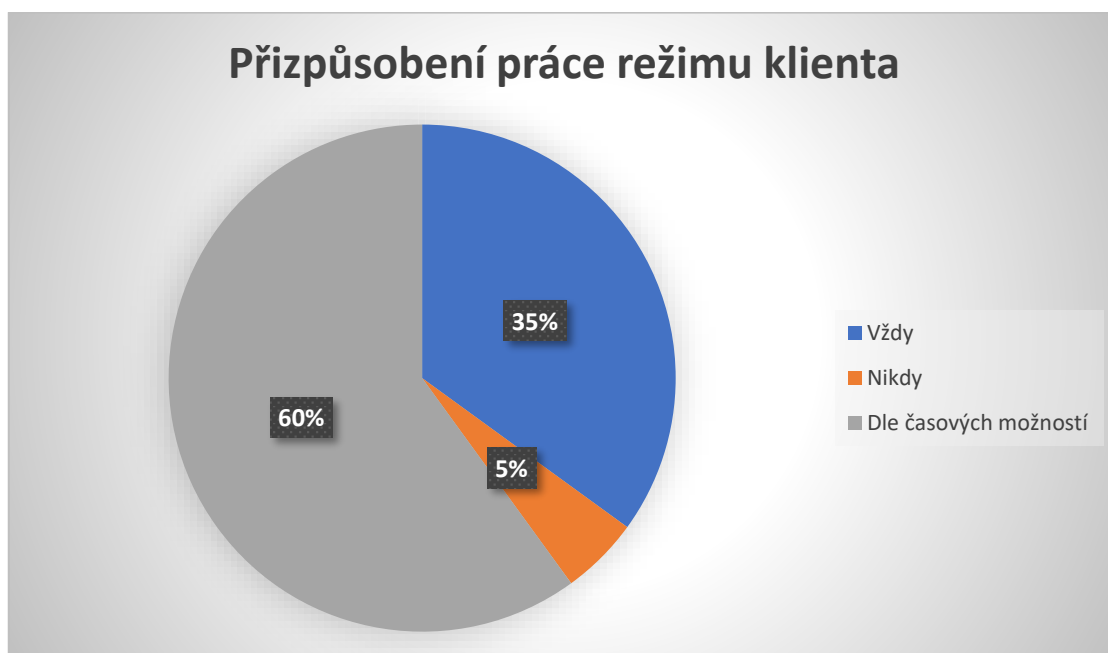
Obrázek 5: Informace ze života klienta

	Vybraná odpověď	Počet
A	Pečovatelé při získávání informací o klientovi čerpají z jeho života	20 respondentů
B	Pečovatelé při získávání informací nečerpají ze života klienta	0 respondentů

Tabulka 5: Informace ze života klienta

Na otázku 5 shodně odpovědělo 100 %, tedy 20 respondentů, kteří při získávání informací o klientovi čerpají z jeho života.

Otázka č. 6 – Přizpůsobujete svou práci a výkony, které je nutné provést, dennímu režimu vašich klientů?



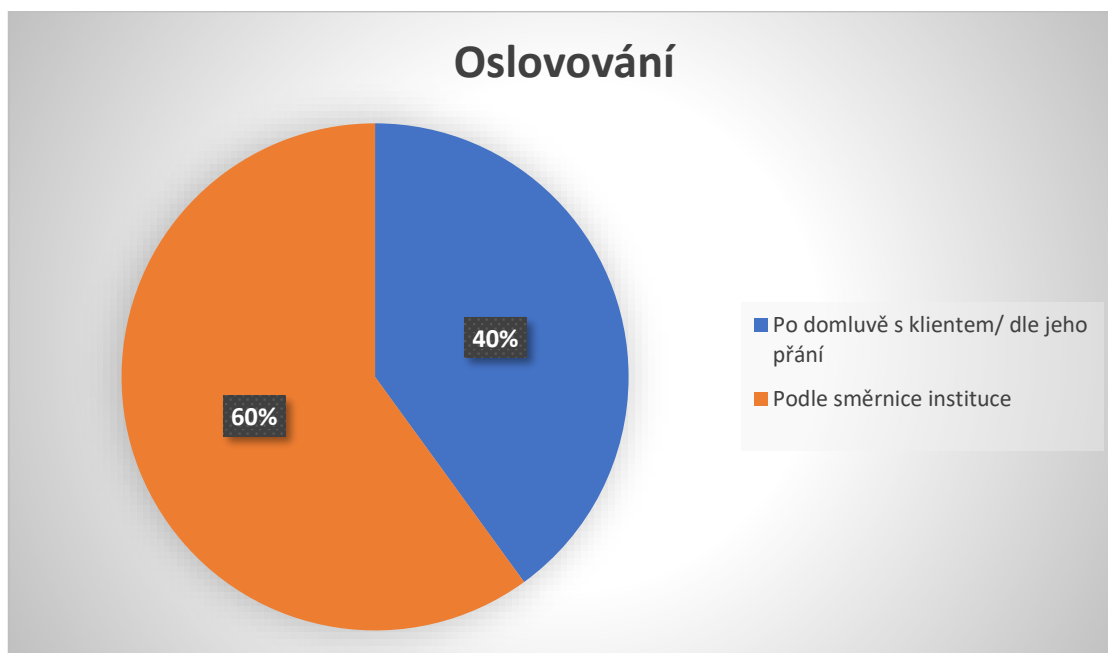
Obrázek 6: Přizpůsobení práce režimu klienta

	Vybraná odpověď	Počet
A	Přizpůsobení práce	7 respondentů
B	Nepřizpůsobení práce	1 respondent
C	Přizpůsobení práce dle časových možností	12 respondentů

Tabulka 6: Přizpůsobení práce režimu klienta

Výsledky vyplývající z otázky č. 6 pro mě byly příjemným zjištěním. 12 respondentů z 20 dotázaných se snaží práci přizpůsobovat dennímu režimu klientů, ne vždy je to však z časových důvodů možné. Druhé nejvyšší číslo, tedy 7 respondentů uvedlo, že svou práci přizpůsobuje dennímu režimu klientů vždy. Pouze 1 respondent uvedl, že denní režim klientů vůbec nebere v potaz a činnosti plní dle svého harmonogramu.

Otázka č. 7 – Jak klienta oslovujete?



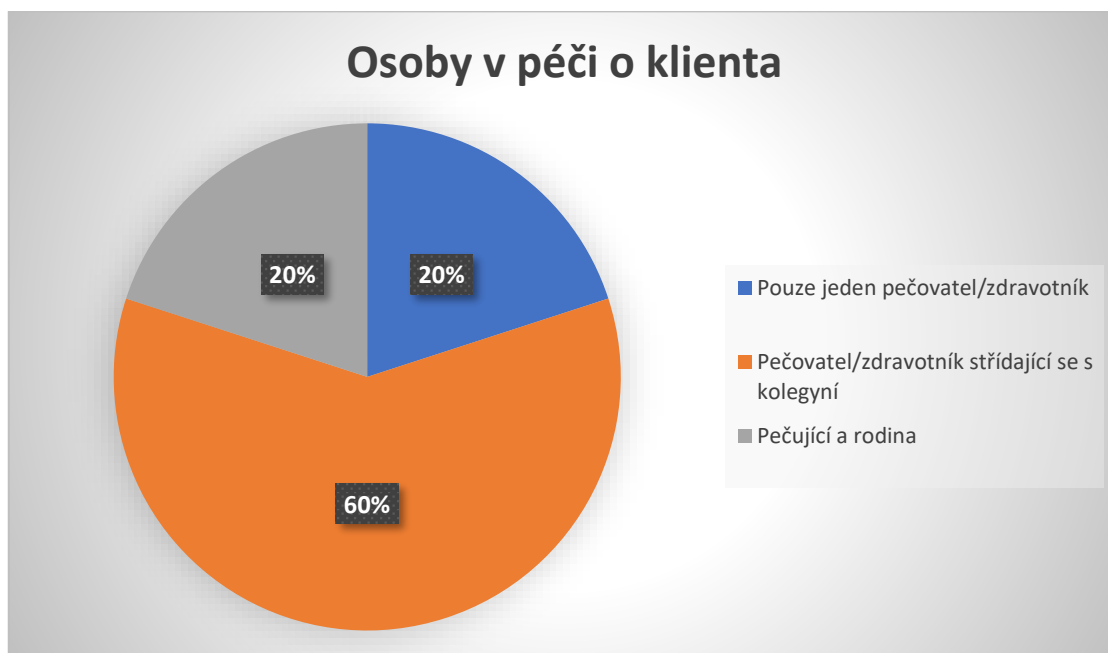
Obrázek 7: Oslovování klienta

	Vybraná odpověď	Počet
A	Domluva s klientem, jeho přání	8 respondentů
B	Směrnice/standard instituce	12 respondentů

Tabulka 7: Oslovování klienta

Oslovování klienta je dle mého názoru stejně důležité jako kvalita poskytované péče. Správné oslovení klienta je předpokladem dobré a efektivní péče, a především formuje a upevňuje vztah klient – zdravotník, který je zejména u gerontopsychiatrických klientů velmi důležitý. Z dotazníku vyplývá, že více než polovina, celkem 12 respondentů, klienta oslovuje dle standardu instituce bez předchozí domluvy s klientem. Na oslovení se s klientem domlouvá 8 respondentů.

Otázka č. 8 – Pečujete o klienta pouze Vy nebo se v péči střídá více osob?



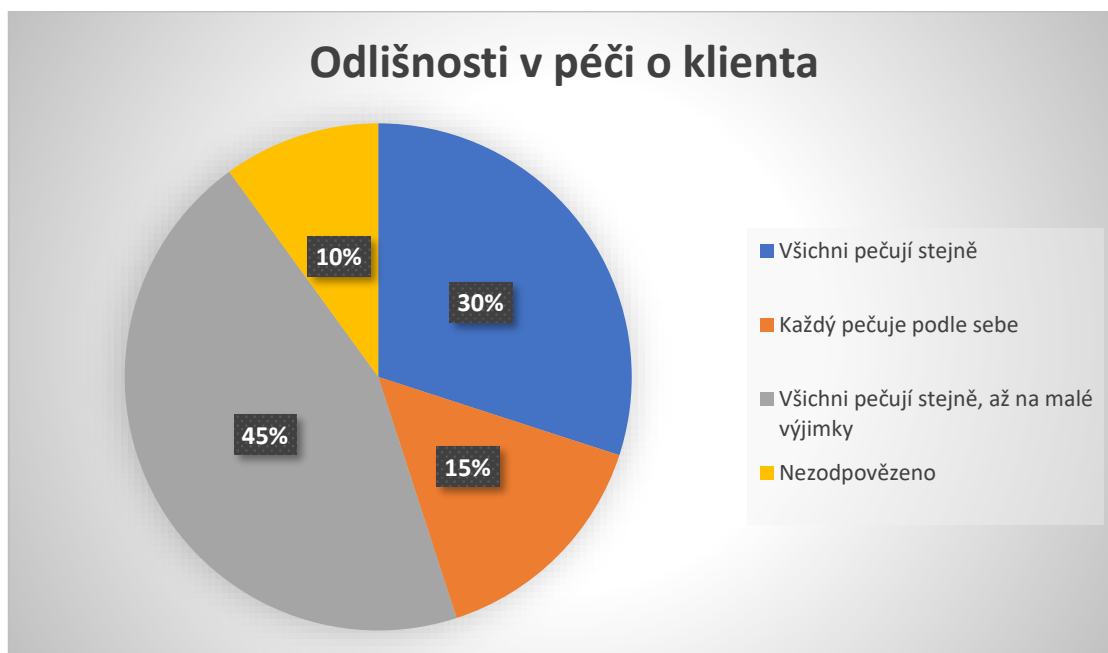
Obrázek 8: Osoby v péči o klienta

	Vybraná odpověď	Počet
A	Pouze jeden pečující	4 respondenti
B	Pečující, který se střídá s kolegyní	12 respondentů
C	Pečující a rodina	4 respondenti

Tabulka 8: Osoby v péči o klienta

V otázce 8 byla jako nejčastější odpověď zvolena varianta, kdy o klienta pečuje několik pečujících dohromady, kteří se mezi sebou střídají. Z osmi zbylých respondentů označila polovina odpověď, že o klienta pečují sami. Druhá polovina respondentů se v péči střídá s rodinou.

Otázka č. 9 – Pečujete o klienta všichni stejně?



Obrázek 9: Odlíšnosti v péči o klienta

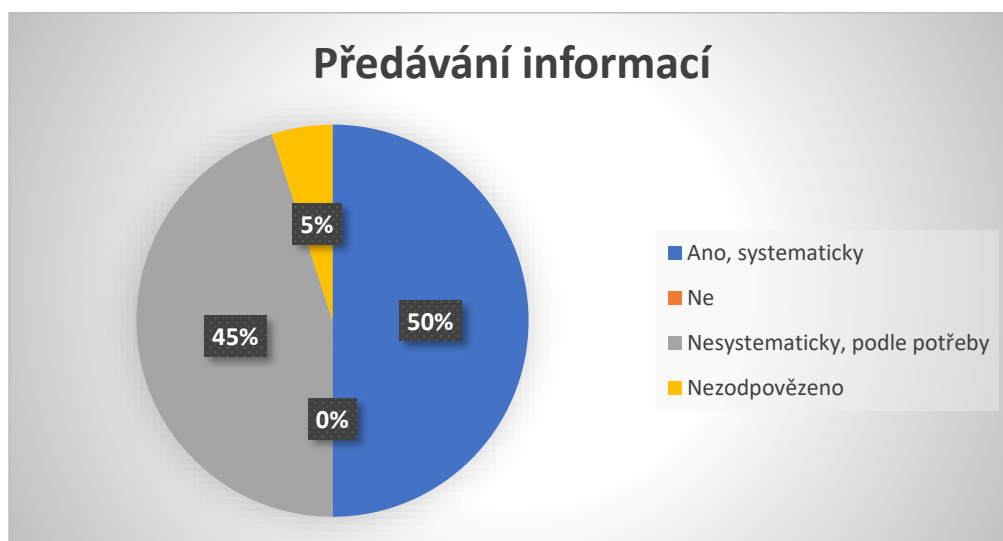
	Vybraná odpověď	Počet
A	Všichni pečují stejně	6 respondentů
B	Každý pečuje dle sebe	1 respondent
C	Péče o klienta je stejná, až na malé výjimky	9 respondentů
<u>Pouze jeden pečující</u>		
	Nezodpovězeno	2 respondenti
	Každý pečuje podle sebe	2 respondenti

Tabulka 9: Odlíšnosti v péči o klienta

Devátá otázka se vztahuje k otázce číslo 8. V otázce 8 odpověděli 4 respondenti, že o klienta pečují pouze oni, 2 z nich v této otázce uvedli, že pečují dle sebe, ostatní 2 respondenti otázku nezodpověděli.

16 respondentů, kteří se střídají s kolegyní nebo s rodinou uvedlo, že nejčastěji o klienta pečují stejně s malými výjimkami, druhá nejčastější odpověď je taková, že o klienta je pečováno stejně bez výjimek.

Otázka č. 10 – Předáváte si systematicky informace o klientovi a o tom, jakým způsobem u něj péči provádíte?



Obrázek 10: Předávání informací

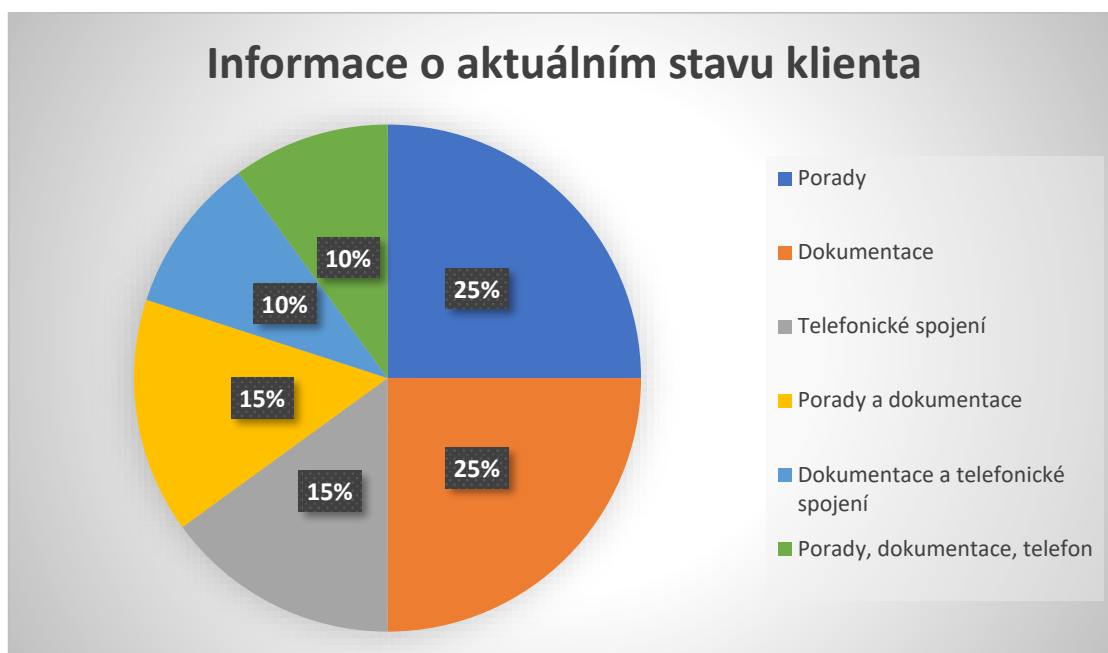
	Vybraná odpověď	Počet
A	Předávání informací probíhá systematicky	8 respondentů
B	Informace se nepředávají	0 respondentů
C	Předávání probíhá podle potřeby, nesystematicky	8 respondentů
<u>Pouze jeden pečující</u>		
	Nezodpovězeno	1 respondent
	Předávání probíhá systematicky	2 respondenti
	Předávání probíhá dle potřeby	1 respondent

Tabulka 10: Předávání informací

Z otázky 10 je patrné, že nejčastěji probíhá předávání informací o způsobu poskytování péče u klienta systematicky. Takto odpovědělo 10 respondentů.

Ačkoliv pečující, kteří pečují o klienta samostatně, nemají zdánlivě komu informace poskytovat, o způsobu poskytované péče informují nejčastěji vedení, nadřízenou nebo kolegyni, se kterou si na dané téma mohou vyměňovat zkušenosti. Druhou nejčastější odpověď označilo 9 respondentů, podle kterých je nejčastější předávání informací o způsobu péče nesystematické a dochází k němu v případě potřeby pečujícího.

Otázka č. 11 – Jakým způsobem si s kolegy předáváte informace o aktuálním stavu klienta? Můžete označit více odpovědí.



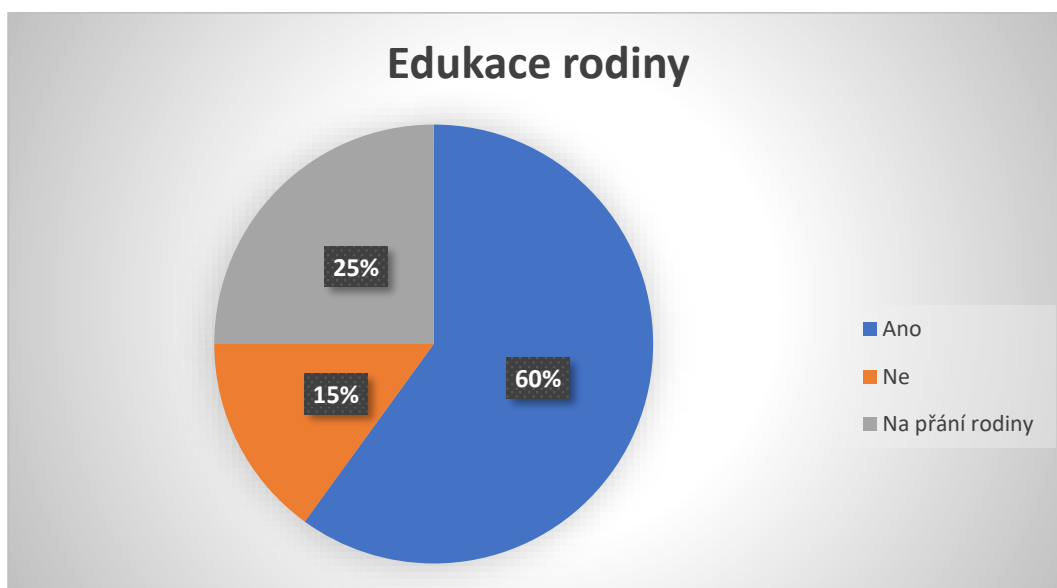
Obrázek 11 : Informace o aktuálním stavu klienta

	Vybraná odpověď	Počet
A	Pravidelné porady	5 respondentů
B	Dokumentace	5 respondentů
C	Telefonické spojení	3 respondenti
A+B	Porady a dokumentace	3 respondenti
B+C	Dokumentace a telefonické spojení	2 respondenti
A+B+C	Porady, dokumentace, telefonické spojení	2 respondenti

Tabulka 11: Informace o aktuálním stavu klienta

Předávání aktuálního stavu v domácí péči je podle výzkumného šetření uskutečňováno nejčastěji formou pravidelných porad, tedy ústní předání, a zápisem v dokumentaci. Takovou možnost shodně označilo po 5 respondentech. Druhá nejčastější forma předání je kombinace porad a dokumentace, kterou zvolili 3 respondenti.

Otázka č. 12 – Edukujete rodinu v tom, jak o klienta pečujete Vy, v případě, že o něj pečuje také rodina?



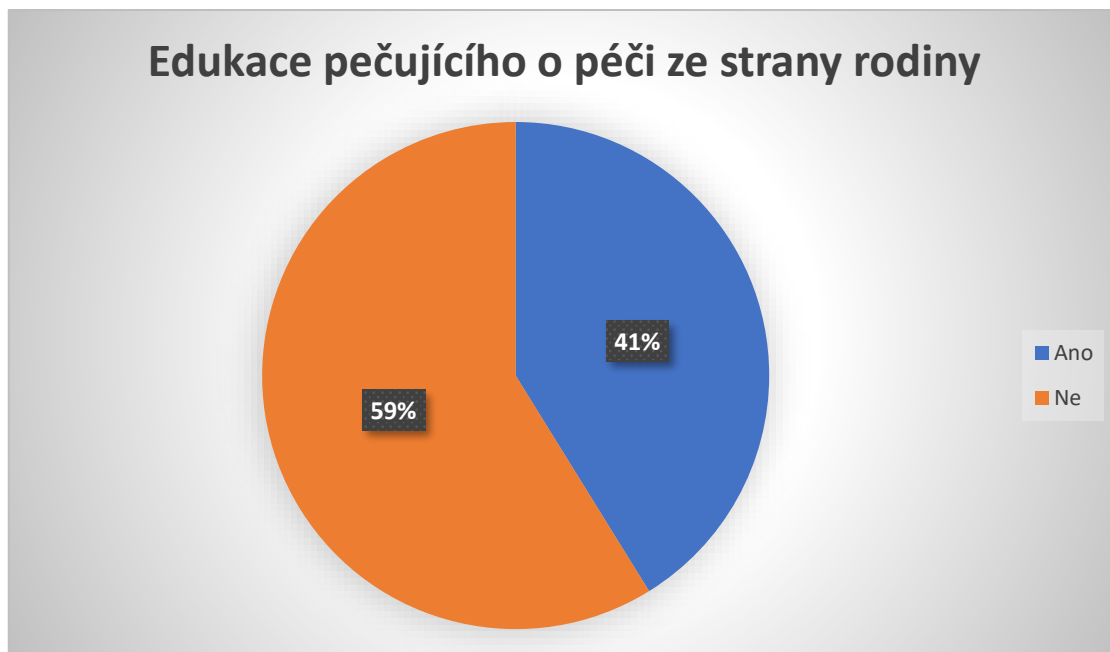
Obrázek 12: Edukace rodiny v oblasti péče

	Vybraná odpověď	Počet
A	Rodina je edukována	12 respondentů
B	Rodina není edukována	3 respondenti
C	Rodina je edukována, protože si to přeje	5 respondentů

Tabulka 12: Edukace rodiny v oblasti péče

V naprosté většině případů dochází ze strany pečujících k edukaci rodiny. 12 respondentů z 20 dotázaných rodinu edukuje vždy, 5 respondentů rodinu edukuje, pokud si to rodina přeje a o stav blízkého člověka se aktivně zajímá. V případech, kdy rodina není edukována, jsou 2 případy ze 3 pečujících, kteří o klienta pečují samostatně.

Otázka č. 12 A – V případě, že některé úkony u klienta provádí rodina, informuje Vás o tom, jak konkrétně tyto činnosti provádí? (Otázka je určena pouze pro ty, kteří v otázce číslo 12 odpověděli, že rodinu edukují – odpověď A nebo C, celkem tedy 17 respondentů)



Obrázek 13: Edukace pečujícího ze strany rodiny

	Vybraná odpověď	Počet
A	Rodina pečujícího edukuje	7 respondentů
B	Rodina pečujícího needukuje	10 respondentů

Tabulka 13: Edukace pečujícího ze strany rodiny

Ze 17 respondentů, kteří v otázce č. 12 uvedli možnost, že rodinu edukují vždy nebo v případě jejího zájmu 10 respondentů uvádí, že není informováno, jakým způsobem o klienta pečuje rodina. 7 respondentů naopak informace o prováděné péči ze strany rodiny má.

Otázka č. 13 – Stalo se vám někdy, že klient reagoval jinak, než jste očekával/a?



Obrázek 14: Neočekávaná reakce klienta

	Vybraná odpověď	Počet
A	Klient reagoval jinak, než se očekávalo	12 respondentů
B	Klient reagoval podle očekávání	8 respondentů

Tabulka 14: Neočekávaná reakce klienta

60 % respondentů, tedy 12 z 20 dotázaných, má zkušenost s tím, že klient reagoval při určité činnosti jinak, než pečující očekával.

Otázka č. 13 A – Pokud se Vám stalo, že klient reagoval jinak, než jste očekával/a, při jaké činnosti to bylo?



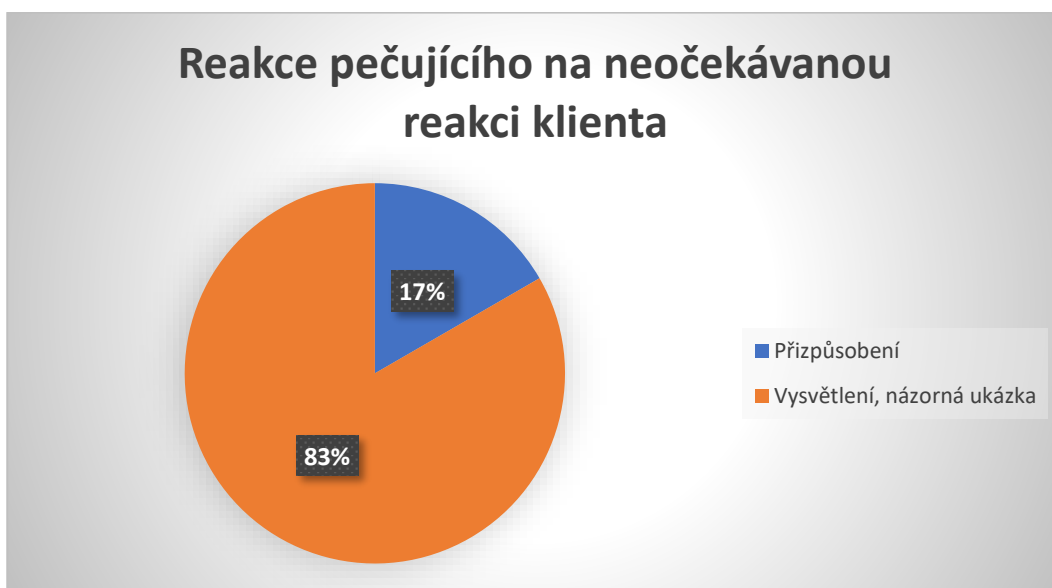
Obrázek 15: Činnost při neočekávané reakci

	Vybraná odpověď	Počet
A	Časové provedení výkonu	2 respondenti
B	Hygiena	3 respondenti
C	Odmítání péče	3 respondenti
D	Péče novým člověkem	2 respondenti
E	Komunikace	1 respondent
F	Odběry krve, cévkování	1 respondent

Tabulka 15: Činnost při neočekávané reakci

Výkon, který mezi klienty vede k častým neočekávaným reakcím, je podle výsledků výzkumného šetření v nejvíce případech při provádění hygienické péče, tuto situaci popisují 3 respondenti jako problémovou. Stejný počet respondentů udává odmítání jakékoliv péče doprovázené vztahovačností. Problémová situace nastává i v případě, kdy o klienta pečuje nový člověk – 2 respondenti, nebo časové provedení, kdy má být výkon proveden – rovněž 2 respondenti. Dotázaných respondentů v této otázce bylo 12, v předchozí otázce vybrali odpověď ano.

Otázka č. 13 B – Jak jste se v situaci, kdy klient reagoval jinak, než jste očekával/a, choval/a Vy?



Obrázek 16: Reakce pečujícího na neočekávanou reakci klienta

	Vybraná odpověď	Počet
A	Vysvětlení situace, výkonu, názorná ukázka	10 respondentů
B	Přizpůsobení se klientovi	2 respondenti

Tabulka 16: Reakce pečujícího na neočekávanou reakci klienta

Pečující na neočekávané, neadekvátní reakce klienta v různých situacích poskytování péče reagují nejčastěji vysvětlením, názornou ukázkou, a to v celkem 10 případech. 2 respondenti uvedli, že se klientovi přizpůsobí.

Otázka č. 13 C – Vrátil se stav po klienta po této reakci do normálu?



Obrázek 17: Návrat do normálního stavu

	Vybraná odpověď	Počet
A	Klient se navrátil do běžného stavu	12 respondentů
B	Klientův stav se nevrátil do běžného stavu	0 respondentů

Tabulka 17: Návrat do normálního stavu

Stav klienta se ve 100 % případů vrátil po reakci pečovatele do běžného stavu a došlo ke zklidnění klienta.

Otázka č. 14 – Existuje výkon, který nerad/a provádíte, protože klient při něm podle Vás reaguje podrážděně, neadekvátně?



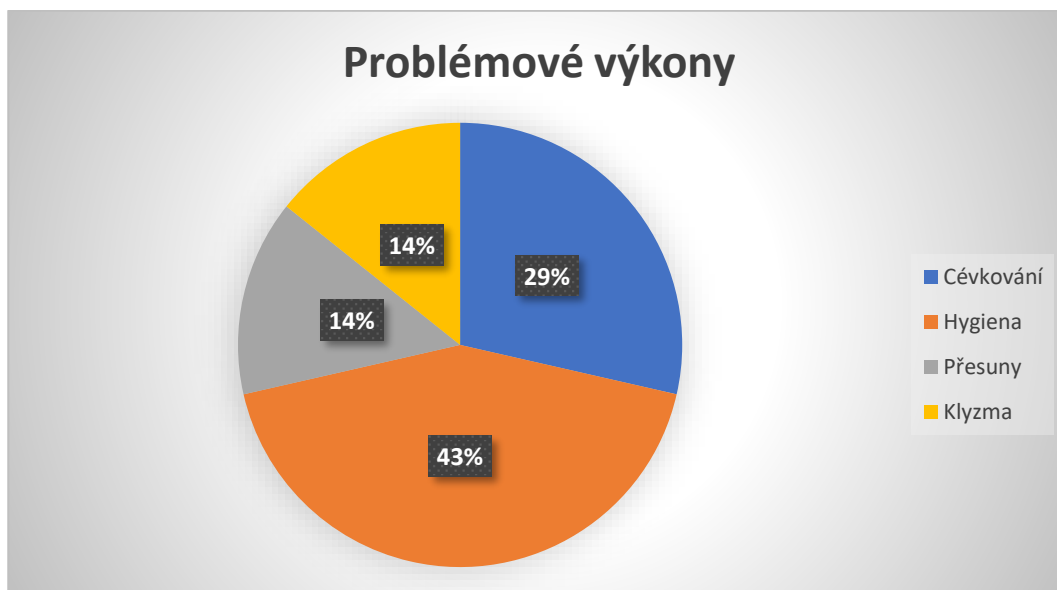
Obrázek 18: Neoblíbený výkon prováděný u klienta

	Vybraná odpověď	Počet
A	Má neoblíbené výkony	7 respondentů
B	Nemá neoblíbené výkony	13 respondentů

Tabulka 18: Neoblíbený výkon prováděný u klienta

Z otázky číslo 14 je patrné, že naprostá většina, 13 respondentů, nemá u klientů, kterým poskytuje péči neoblíbený výkon, který by prováděli neradi, protože klient reaguje jinak, než je očekávání.

5 respondentů ze 7, kteří v této otázce zodpověděli, že neoblíbený výkon u klienta mají, odpověděli kladně i v otázce 13, která je zaměřena na konkrétní situaci, kdy pacient reagoval nepřiměřeně a jeho chování neodpovídalo standardu. Otázka 13 rovněž ukazuje, že se stav všech klientů po zásahu pečujícího vrátil do normálu, v této otázce je však zřejmé, že v 80 % případů, se nestandardní chování klienta opakuje a to v situacích, které jsou téměř shodné s těmi, které jsou uvedené v otázce 13. Výkony, které pečující neradi provádí uvádím v následujícím grafu 19.



Obrázek 19: Problémové výkony

	Vybraná odpověď	Počet
A	Problém při vykonávání cévkování	2 respondenti
B	Problém s hygienickou péčí	3 respondenti
C	Problém s přesuny	1 respondent
D	Problém s aplikací klyzma	1 respondent

Tabulka 19: Problémové výkony

Graf i tabulka shodně uvádí, že 90 % problémových výkonů souvisí s hygienickou péčí a s tím spojenou péčí o genitál a intimní oblast. V některých případech se při problémových situacích objevují souvislosti

1 respondent, který v otázce 13 uvedl, že klient špatně reagoval na nového člověka, v otázce 14 uvádí, že daná osoba hůře reaguje na přesuny jakéhokoliv typu.

Další respondent v otázce 13 uvádí, že klient reaguje podrážděně na hygienickou péči, při které se stydí. V otázce 14 respondent jako problémový výkon označil cévkování. V ostatních případech není patrná žádná souvislost problémových situací uvedených v otázce 13 a 14.

Otázka č. 15 – Poskytujete klientovi orální péči?



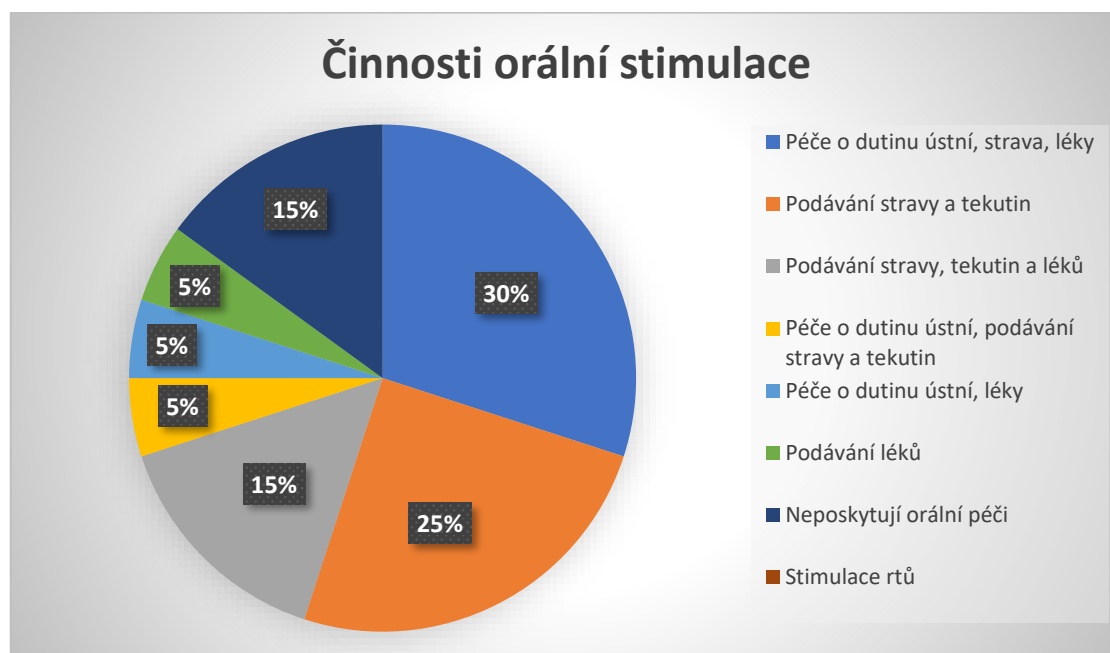
Obrázek 20: Poskytování orální péče

	Vybraná odpověď	Počet
A	Orální péče je poskytována	16 respondentů
B	Orální péče není poskytována	4 respondenti

Tabulka 20 : Poskytování orální péče

Orální péči podle výsledků šetření poskytuje 16 respondentů z 20 dotázaných, tedy v 80 % případů péče o klienta.

Otázka č. 16 – Kterým činnostem z orální péče se během návštěvy klienta obvykle věnujete? Můžete označit více odpovědí.



Obrázek 21: Činnosti orální stimulace

	Vybraná odpověď	Počet
A	Péče o dutinu ústní, podávání stravy, tekutin a léků	6 respondentů
B	Podávání stravy a tekutin	5 respondentů
C	Podávání stravy, tekutin a léků	3 respondentů
D	Péče o dutinu ústní, strava a tekutiny	1 respondent
E	Péče o dutinu ústní, léky	1 respondent
F	Podávání léků	1 respondent
G	Neposkytují orální péči	3 respondenti
H	Stimulace rtů	0 respondentů

Tabulka 21: Činnosti orální stimulace

K nejčastějším činnostem v rámci orální péče (stimulace) patří péče o dutinu ústní, podávání stravy, tekutin a léků. Úplně nejčastější je podávání stravy a tekutin, velice často v kombinaci s jiným typem orální péče.

Žádný z respondentů neuvedl možnost stimulace rtů. 3 respondenti, kteří v předchozí otázce vybrali možnost, že neposkytují orální péči, tuto otázku nezodpověděli. 1 respondent, který rovněž zaškrtl, že neposkytuje orální péči, vybral v této otázce odpověď podávání stravy a tekutin.

Otázka č. 17 – Poskytujete klientovi somatickou péči?



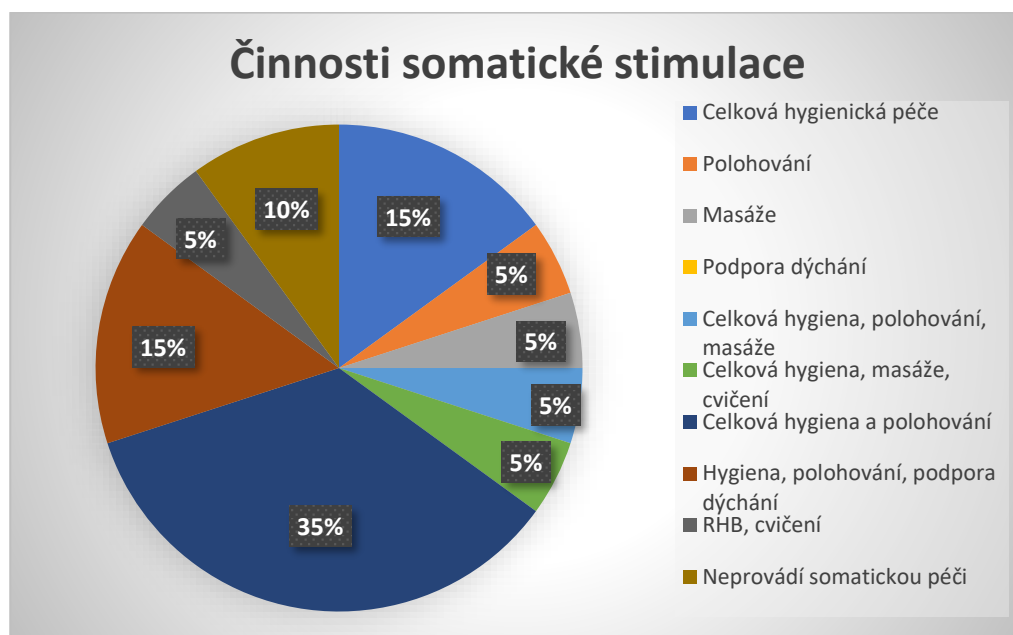
Obrázek 22: Poskytování somatické péče

	Vybraná odpověď	Počet
A	Pečující poskytuje klientovi somatickou péči	18 respondentů
B	Pečující neposkytuje klientovi somatickou péči	2 respondenti

Tabulka 22: Poskytování somatické péče

V porovnání s grafem 15 je zřejmé, že somatická stimulace je v domácí péči prováděná častěji než orální stimulace. 90 % respondentů, kteří dotazník vyplnili, u svých klientů somatickou péči provádí.

Otázka č. 18 – Kterým činnostem ze somatické péče se během návštěvy klienta obvykle věnujete?



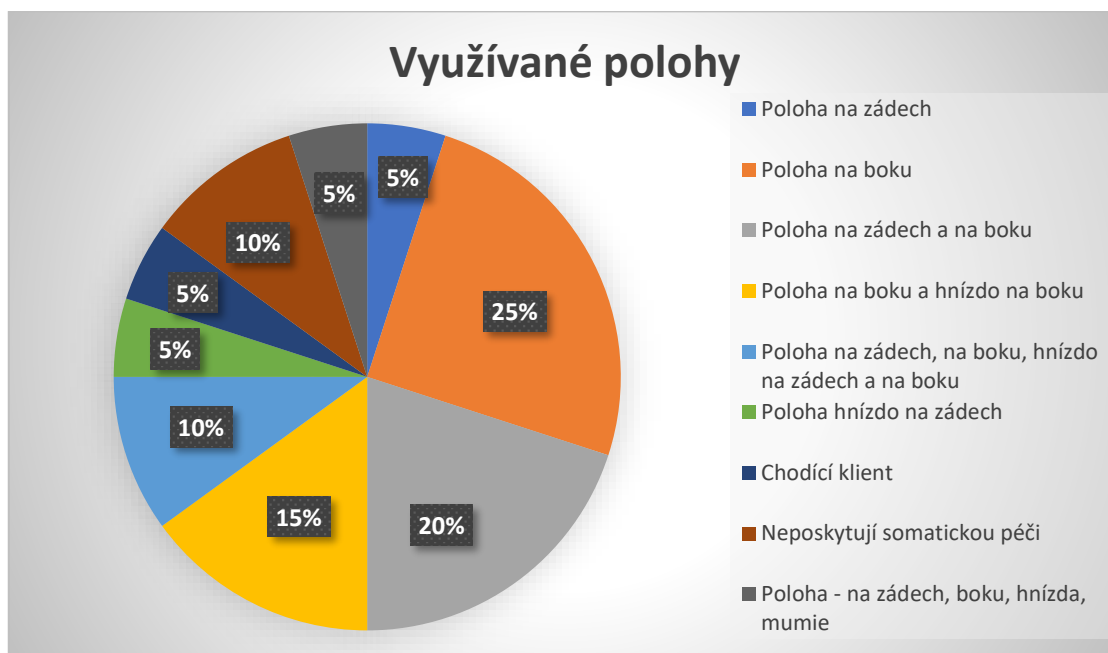
Obrázek 23: Činnosti somatické stimulace

	Vybraná odpověď	Počet
A	Hygienická péče	3 respondenti
B	Polohování	1 respondent
C	Masáže	1 respondent
D	Podpora dýchání	0 respondentů
E	Hygiena, polohování, masáže	1 respondent
F	Hygiena, masáže, cvičení	1 respondent
G	Hygiena a polohování	7 respondentů
H	Hygiena, polohování, podpora dýchání	3 respondenti
CH	RHB, cvičení	1 respondent
I	Neprovádí somatickou péči	2 respondenti

Tabulka 23: Činnosti somatické stimulace

Podle grafu a tabulky k otázce 18 je vyplývající, že nejvíce respondentů, celkem 7, se během návštěv klienta věnují celkové hygienické péči a polohování. Žádný dotázaný respondent neposkytuje samostatně podporu dýchání, ale vždy je to v kombinaci s jinou činností somatické péče.

Otázka č. 19 – Jaký způsob polohování u klienta používáte?



Obrázek 24: Využívané polohy

	Vybraná odpověď	Počet
A	Poloha na zádech	1 respondent
B	Poloha na boku	5 respondentů
C	Poloha na zádech a na boku	4 respondenti
D	Poloha na boku a hnízdo na boku	3 respondenti
E	Poloha na zádech, na boku, hnízdo na zádech a na boku	2 respondenti
F	Poloha hnízdo na zádech	1 respondent
G	Chodící klient	1 respondent
H	Neposkytování somatické péče	2 respondenti
CH	Kombinace všech s přidáním mumie	1 respondent

Tabulka 24: Využívané polohy

Mezi nejčastěji volenými polohami se umístila poloha na boku a poloha na zádech a na boku. Polohu na boku zvolilo jako nejpoužívanější 5 respondentů, polohu na zádech a boku 4 respondenti, což je bezmála polovina dotázaných.

Otázka č. 20 – Které z oblastí v péči o klienta věnujete během návštěv nejvíce času?



Obrázek 25: Nejčastěji poskytovaná péče během návštěv

	Vybraná odpověď	Počet
A	Somatická péče	9 respondentů
B	Orální péče	3 respondenti
C	Jiná péče	2 respondenti
D	Obě péče	6 respondentů

Tabulka 25: Nejčastěji poskytovaná péče během návštěv

Péče, které respondenti během návštěv u klientů věnují nejvíce času, je somatická péče, kterou vybralo 9 respondentů, tedy 45 % dotázaných. 30 % respondentů – 6 dotázaných, nedokázalo vybrat jednu z možností, protože se jim oba typy péče zdají stejně náročné.

9. Zhodnocení hypotéz

V rámci své bakalářské práce jsem stanovila 2 cíle a 4 hypotézy. Prvním z cílů bylo zmapovat, jakými prostředky získávají pečovatelé informace o svých klientech a zda na základě takových informací poskytují efektivní péči. Druhým cílem bylo zmapovat, jak jsou gerontopsychiatrickí klienti domácí péče stimulováni v somatické a orální oblasti.

V průběhu zpracovávání dat z dotazníků vyplněných respondenty, jsem nenarazila na žádný problém či nejasnost, respondenti mi často v dotaznících psali i poznámky, ve kterých své odpovědi zdůvodňovali a více vysvětlovali. Lze tedy říct, že cíle, které jsem v rámci bakalářské práce stanovila, byly úspěšně splněny.

Hypotéza č. 1 Předpokládám, že v domácí péči je kladen velký důraz na edukaci a sběr informací o klientovi

První hypotéza je podle mého názoru pro domácí péči nejdůležitější. Předpokládá, že v domácí péči je kladen velký důraz na edukaci a sběr informací o klientovi. Informace a edukace přímo souvisí s kvalitou a efektivitou poskytované péče. 100 % respondentů, kteří se výzkumného šetření účastnili, čerpá v péči o klienta z jeho minulosti a jeho života. 18 respondentů z 20 shodně označilo, že se život klienta promítá v aktuálně poskytované péči. Nejčastěji se o klienta stará několik pečujících souběžně, kteří až na malé výjimky o klienta pečují téměř stejně. Předávání informací a záznam informací probíhá převážně systematicky, nebo dle potřeby, v žádném případě se nestává, že by si pečující nepředali informace. V poměrně hojném počtu probíhá i edukace rodin, které o svého blízkého pečují. Tuto variantu vybralo hned 12 respondentů, 5 dalších rodinu edukuje, pokud si to rodina přeje. V opačném případě, tedy zda rodina edukuje profesionální pečující, není odpověď zcela jednoznačná. 10 respondentů vybralo odpověď ne, 7 respondentů ano, což lze považovat za poměrně dobrý výsledek (na tuto otázku odpovídalo 17 respondentů). Hypotéza č. 1 byla výzkumným šetřením **potvrzena**.

Hypotéza č. 2 Předpokládám, že klienti, kterým je poskytována orální a somatická péče na základě jejich biografické anamnézy lépe spolupracují a jsou klidnější.

V dotazníku je na hypotézu zaměřeno 6 otázek z nichž polovina tvoří podotázky, které mají otevřenou odpověď a zabývají se konkrétními konfliktními situacemi. 13 dotázaných z celkových 20 uvedlo, že nemají neoblíbený výkon, který neradi provádí, protože klient reaguje jinak, než by pečující očekával. V předchozí otázce 12 respondentů uvedlo, že se již setkal se situací, ve které klient zareagoval neadekvátně, přitom žádná z konfliktních situací se netýká orální stimulace. V souvislosti s konfliktními situacemi jsou respondenty často zmiňovány prvky somatické stimulace – nejčastěji hygienická péče. Odpovědi na tyto otázky **potvrzují** hypotézu č. 2, tedy že klienti, kteří jsou, především somaticky, stimulováni pro ně známými a vhodnými podmínkami lépe spolupracují a jsou klidnější.

Hypotéza č. 3 Předpokládám, že pečující v domácí péči k získání informací o klientovi, při přijetí klienta do péče, nejčastěji používají rozhovor s rodinou či blízkým člověkem.

Třetí hypotéza se vztahuje k získávání informací o klientovi při přijetí do zařízení a předpokládá, že k získání informací se nejčastěji využívá rozhovor s rodinou či blízkým člověkem. Jako nejčastější způsob získávání informací o klientovi označili respondenti rozhovor s rodinou, celkem 7 respondentů, 4 respondenti označili možnost rozhovor přímo s pacientem. Velice často pak uváděli respondenti kombinace rozhovor s rodinou a rozhovor s pacientem (4 respondenti), a stejnou odpověď zvolili i další 4 respondenti v kombinaci s pozorováním. Z toho vyplývá, že i hypotéza č. 3 byla výzkumem **potvrzena**.

Hypotéza č. 4 Předpokládám, že poskytování orální stimulace bude častější než poskytování somatické stimulace.

Ve výzkumném šetření bylo hypotéze věnováno 6 otázek ze kterých vyplývá, že častější je poskytování somatické stimulace. 9 respondentů z celkových 20 odpovědělo, že nejvíce svého času věnují somatické péči, 6 respondentů označilo zároveň somatickou i orální stimulaci, somatickou péči poskytuje klientům 18 respondentů, orální péči poskytuje 16 respondentů. Hypotéza, že je častější poskytování orální stimulace se tímto **nepotvrdila**.

Diskuze

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zmapovat prostředky k získávání informací o klientech v domácí péči se zaměřením na biografii klienta u klientů se specifickým gerontopsychiatrickým onemocněním. Dalším cílem práce bylo u stejných pacientů zmapovat úroveň somatické a orální péče s ohledem na získané informace v rámci biografické anamnézy klienta.

Z výzkumného šetření, které bylo realizováno v zařízení domácí péče vyplývá, že 65 % respondentů pečuje o klienta více než 6 měsíců. V oblasti somatické a orální péče bylo zjištěno, že somatickou péči poskytují pečující častěji než péči orální. Pro mě byly poměrně překvapivé výsledky v otázce, jaký způsob polohování pečující nejčastěji využívají. Jako nejpoužívanější poloha byla označena poloha na zádech a poloha na boku. Polohu hnízdo na boku v kombinaci s klasickou polohou na boku využívá 25 % respondentů, 10 respondentů kombinuje polohy na zádech a na boku s polohami hnízdo.

V souvislosti s péčí o klienty dochází ke konfliktním situacím různých příčin. Takovou zkušenost má celkem 60 % dotázaných respondentů. Příčinou neočekávaného chování ze strany klienta je převážně hygienická péče, časové provedení výkonu, příchod nového člověka a odmítání péče obecně.

13 respondentů dále uvedlo, že u klienta není výkon, který by prováděli neradi, protože klient nemá u výkonu předvídatelné chování. 7 respondentů takový výkon má, 5 z nich má problém s takovým chováním klienta dlouhodobě, ačkoliv se podle šetření stav klienta vrací vždy do normálu. Problémové výkony jsou velmi podobné problémovým situacím. 86 % takových výkonů je spojeno s hygienickou péčí a s tím související péčí o intimní oblast. Ve dvou případech je patrná souvislost mezi problémovou situací a problémovými výkony. V jednom případě klient reagoval špatně na nového člověka a dlouhodobě špatně reaguje na přesuny jakéhokoliv druhu. V druhém případě klient reagoval špatně na hygienickou péči a dlouhodobě je problém při cévkování.

Vzhledem ke konfliktním situacím, které jsou ve většině způsobeny somatickou stimulací, nejčastěji hygienickou péčí či cévkováním, jsem ověřila hypotézu, že klienti, u kterých jsou využité správné prostředky jsou klidnější a lépe spolupracují. Podobné tvrzení uvádí ve svém výzkumu i Šarmanová (18). Podle jejího výzkumného šetření po

aplikaci prvků bazální stimulace dochází u klientů s demencí ke zklidnění a snížení agrese. (18)

Obečně lze říct, že zařízení, ve kterém probíhalo výzkumné šetření klade důraz na biografii a minulost klienta, která se podle respondentů projevuje v 90 % v aktuálně poskytované péči. Pečující si předávají informace o klientech ve 100 % případů, nejčastěji o klienta pečuje více pracovníků dohromady, pravidelného profesionálního pečujícího střídá v péči rodina jen ve 4 případech. Přitom právě rodina zná velice často ty nejvhodnější podněty, kterými klienta stimulovat. Podle výzkumu Haluškové volí ty nejvhodnější prostředky manžel/ka nebo partner/ka, ty nejméně vhodné podněty naopak volí synové. (19)

Péče, a především práce s biografií klienta není však standardem každého zařízení. Výzkum Čáповé ukazuje, že některé sestry biografickou anamnézu nevyužívají, protože je dle jejich názoru časově náročná a k práci s ní je potřeba více personálu. Dalším důvodem je také fakt, že se jedná o dlouhodobou záležitost a výsledky nejsou patrné hned. (20)

Závěr

Z výzkumu, jehož hlavním cílem bylo získat informace, jak pečující získávají informace o svých klientech, jakým způsobem si je předávají a jaká péče je na základě toho poskytována. Svou roli v tomto cíli měly i prvky biografické anamnézy, především minulost klienta. Dalším ze stanovených cílů bylo zmapovat orální a somatickou stimulaci.

Na základě dotazníkového šetření v zařízení domácí péče – charita Neratovice, byly potvrzeny 3 ze 4 stanovených hypotéz.

Pečující ve 100 % případů berou ohled a pracují s minulostí klienta, v 90 % případů se minulost klienta prolíná s aktuálně poskytovanou péčí. Podobné výsledky jsem získala i v případě konfliktních situací. 60 % respondentů má zkušenost s reakcí klienta, kterou během poskytování péče neočekával/a a naopak 65 % respondentů nemá dlouhodobě žádný výkon, který by prováděli neradi, protože chování klienta nelze při této specifické činnosti předvídat. 100 % všech dotázaných problémové situace s klientem vyřeší tak, že se stav klienta vrátí do běžného stavu.

Velice dobré je předávání informací. To v 50 % případů probíhá systematicky a pravidelně. Druhá nejčastěji zvolená možnost je předání informací podle potřeby, celkem 45 % odpovědí, nejčastěji formou porad – 25 % a zápisu do dokumentace – 25 %. V 15 % byla zvolena kombinace porad a dokumentace. 15 % respondentů vybralo telefonické spojení. Takový výsledek je vzhledem k faktu, že se jedná o zařízení domácí péče poměrně překvapivý.

Získávání informací o klientovi probíhá rozhovorem s rodinou nebo rozhovorem s klientem samotným, a to v poměru 35 % a 20 %. 20 % respondentů pak zvolilo možnost kombinace obou rozhovorů.

O klienta ve většině případů pečují 2 a více pečujících, a to v 60 % případů. Ve zbylých 40 % o klienta pečuje pečující sám nebo se střídá s rodinou. Péče, která je klientovi poskytována, je až na malé výjimky dané jednotlivými pečujícími stejná ve 45 % případů. 30 % respondentů uvedlo, že péče všech pečujících je stejná. Rodinu v péči o klienta školí 60 % respondentů, dalších 25 % pouze v případě, když si to rodina přeje. V opačném případě, tedy zda rodina školí profesionálního pečujícího v tom, jak o svého blízkého pečuje, vybralo 59 % respondentů odpověď ne.

Nejčastějším typem poskytované stimulace byla vybrána péče somatická. Té věnuje nejvíce času 45 % respondentů. 30 % dotázaných zvolilo možnost somatické i orální péče. V somatické péči se pečující věnují polohování a hygienické péči, přičemž polohování samotné zřídka kdy využívá konceptu bazální stimulace. Orální péče využívá daleko více prvků bazální stimulace, které jsou v tomto směru více a lépe dosažitelné. Péče je zaměřena převážně na podávání stravy, tekutin a léků, péči o dutinu ústní.

Pro mě osobně bylo výzkumné šetření velice obohacující. Jsem ráda, že jsem mohla vidět péči o klienty s gerontopsychiatrickým onemocněním očima jiného pečujícího a jsem příjemně překvapená z toho, jak výzkumné šetření vyšlo. Měla jsem poměrně velké obavy, že především předávání informací v domácí péči nebude takové, jaké by mělo být.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace pro ošetřující, terapeutu, logopedu a speciální pedagogy. Praktická příručka pro pracující v sociálních službách, dlouhodobé péči a ve speciálních školách.* Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2018. ISBN 978-80-907053-1-9.
2. FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči.* Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1314-4.
3. PROCHÁZKOVÁ, Eva. *Práce s biografii a plány péče.* Praha: Mladá Fronta, 2014. ISBN 978-80-204-3186-8.
4. PROCHÁZKOVÁ, Eva. *Biografie v péči o seniory.* Praha: Grada, 2019. ISBN 978-80-271-1008-7.
5. PŘIBYL, Hugo. *Lidské potřeby ve stáří.* Praha: Maxdorf, 2015. ISBN 978-80-7345-437-1.
6. POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory.* Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3271-8.
7. ZACHAROVÁ, Eva. *Komunikace v ošetrovatelské praxi.* Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-271-0156-6.
8. POKORNÁ, Andrea a kol. *Ošetrovatelství v geriatрии: Hodnoticí nástroje.* Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4316-5.
9. SKÁLOVÁ, Andrea; FRIEDLOVÁ, Karolína. Bazální stimulace zavede do medicíny lidštější rozměr – rozhovor. *Zdravotnictví a medicína.* 2017, č. 12, s. 32 -33. ISSN: 2336-2987.
10. MESSER, Barbara. *100 tipů pro plánování domácí ošetrovatelské péče.* Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-271-0215-0.
11. ROHANOVÁ, Eva. Ošetrovatelská dokumentace jako součást ošetrovatelského procesu a podpory důstojnosti člověka s demencí. *Geriatрии a gerontologie.* 2012, roč.1, č. 2, s. 102-104. ISSN: 1805-4684.

12. JIRÁK, Roman. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Galén, 2013. ISBN 978-80-7262-873-5.
13. LUŽNÝ, Jan. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Triton, 2012. ISBN 978-80-7387-573-2.
14. JIRÁK, Roman; HOLMEROVÁ, Iva; a kol. *Demence a jiné poruchy paměti. Komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2454-6.
15. KÖNIG, Jutta; ZEMLIN Claudia. *100 chyb při péči o lidi s demencí*. Praha: Portál, 2020. ISBN 978-80-262-1706-0.
16. MACE, Nancy L. a kol. *Alzheimer – Rodinný průvodce péčí o nemocné s Alzheimerovou chorobou a jinými demencemi*. Praha: Triton, 2018. ISBN 978-80-7553-583-2.
17. HAUKE, Marcela. *Zvládání problémových situací se seniory, nejen v pečovatelských službách*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5216-7.
18. ŠARMANOVÁ, Nikol. *Využití konceptu Bazální stimulace v péči o geriatrické pacienty s demencí*. Zlín, 2019. 88 s. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií. Vedoucí bakalářské práce Silvie Treterová.
19. HALUŠKOVÁ, Barbora. *Biografická anamnéza: stimulují se pacienti pro ně známými podněty?*. Praha, 2019. 100 s. Bakalářská práce. Univerzita Karlova. 3. lékařská fakulta. Vedoucí bakalářské práce Renata Vytejková.
20. ČÁPOVÁ, Pavlína. *Využití biografické anamnézy v péči o klienty s demencí v domovech pro seniory v Českých Budějovicích*. České Budějovice, 2014. 117 s. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí bakalářské práce Alena Polanová.
21. YOUNG, H.M. and FICK, D.M. Public Health and Ethics Intersect at New Levels with Gerontological Nursing in COVID-19 Pandemic. *Journal of Gerontological Nursing*. 05, 2020, vol. 46, no. 5. pp. 4-7 ProQuest Central.

ISSN 00989134. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.3928/00989134-20200403-01>.

22. VOLLAND, J. and FISHER, A. Best practices for engaging patients with dementia. *Nursing*. November 2014, Volume 44, Issue 11, p. 44-50. Dostupné z: 10.1097/01.NURSE.0000454951.95772.8d.

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

LF	lékařská fakulta
UK	Univerzita Karlova
Bc.	Bakalář
DiS.	Diplomovaný specialista
Str.	strana
Prof.	Profesor/ka
Tzv.	tak zvaný
Dr.	Doktor/ka
Mgr.	Magistr/a
WHO	World Health Organisation
MMSE	Mini-Mental State Examination
MoCA test	Montreal Cognitive Assessment
Např.	Například

SEZNAM GRAFŮ

Obrázek 1: Doba péče o klienta	31
Obrázek 2: Zjištění návyků klienta	32
Obrázek 3: Záznam informací při přijetí klienta	33
Obrázek 4: Minulost klienta v aktuální péči	34
Obrázek 5: Informace ze života klienta	35
Obrázek 6: Přizpůsobení práce režimu klienta	36
Obrázek 7: Oslovování klienta	37
Obrázek 8: Osoby v péči o klienta.....	38
Obrázek 9: Odlišnosti v péči o klienta.....	39
Obrázek 10: Předávání informací	40
Obrázek 11 : Informace o aktuálním stavu klienta	41
Obrázek 12: Edukace rodiny v oblasti péče.....	42
Obrázek 13: Edukace pečujícího ze strany rodiny.....	43
Obrázek 14: Neočekávaná reakce klienta	44
Obrázek 15: Činnost při neočekávané reakci	45
Obrázek 16: Reakce pečujícího na neočekávanou reakci klienta	46
Obrázek 17: Návrat do normálního stavu	47
Obrázek 18: Neoblíbený výkon prováděný u klienta	48
Obrázek 19: Problémové výkony	49
Obrázek 20: Poskytování orální péče	50
Obrázek 21: Činnosti orální stimulace.....	51
Obrázek 22: Poskytování somatické péče	53
Obrázek 23: Činnosti somatické stimulace.....	54
Obrázek 24: Využívané polohy	55
Obrázek 25: Nejčastěji poskytovaná péče během návštěv	56

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Doba péče o klienta	31
Tabulka 2: Zjištění návyků klienta	32
Tabulka 3: Záznam informací při přijetí klienta	33
Tabulka 4: Minulost klienta v aktuální péči	34
Tabulka 5: Informace ze života klienta.....	35
Tabulka 6: Přizpůsobení práce režimu klienta.....	36
Tabulka 7: Oslovování klienta	37
Tabulka 8: Osoby v péči o klienta	38
Tabulka 9: Odlišnosti v péči o klienta	39
Tabulka 10: Předávání informací.....	40
Tabulka 11: Informace o aktuálním stavu klienta	41
Tabulka 12: Edukace rodiny v oblasti péče	42
Tabulka 13: Edukace pečujícího ze strany rodiny	43
Tabulka 14: Neočekávaná reakce klienta	44
Tabulka 15: Činnost při neočekávané reakci	45
Tabulka 16: Reakce pečujícího na neočekávanou reakci klienta	46
Tabulka 17: Návrat do normálního stavu	47
Tabulka 18: Neoblíbený výkon prováděný u klienta.....	48
Tabulka 19: Problémové výkony	49
Tabulka 20 : Poskytování orální péče	50
Tabulka 21: Činnosti orální stimulace	51
Tabulka 22: Poskytování somatické péče	53
Tabulka 23: Činnosti somatické stimulace	54
Tabulka 24: Využívané polohy	55
Tabulka 25: Nejčastěji poskytovaná péče během návštěv	56

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. I: Dotazník k bakalářské práci

Příloha č. II: Souhlas zařízení Charita Neratovice

PŘÍLOHY

Příloha č. I – Dotazník k bakalářské práci

1. Jak dlouho o pacienta pečujete?

- a) 1 měsíc
- b) 2-5 měsíců
- c) 6 a více měsíců

2. Jakým způsobem jste se dozvěděl/a o tom, jaké má klient návyky?

- a) Rozhovorem s pacientem
- b) Rozhovorem s rodinou či blízkým člověkem klienta
- c) Dotazníkem
- d) Pozorováním
- e) Žádná z výše uvedených možností, napište jak: _____

3. Jakým způsobem zaznamenáváte získané informace o klientovi při přijetí klienta do zařízení?

- a) Anamnéza v dokumentaci klienta – písemně
- b) Elektronická dokumentace
- c) Informace nezaznamenáváme, předáme si je ústně

4. Promítá se minulost klienta do aktuálně poskytované péče?

- a) Ano
- b) Ne

5. Čerpáte při získávání informací o klientovi z jeho života?

- a) Ano
- b) Ne

6. Přizpůsobujete svou práci a výkony, které je nutné provést, dennímu režimu vašich klientů?

- a) Ano
- b) Ne, nikdy
- c) Ano, ale dle mých časových možností

7. Jak klienta oslovujete?

- a) Podle přání klienta
- b) Podle směrnice/standardu instituce

8. Pečujete o klienta pouze Vy nebo se v péči střídá více osob?

- a) Pouze já
- b) Střídáme se s kolegyní
- c) Střídáme se s rodinou

9. Pečujete o klienta všichni stejně?

- a) Ano, pečujeme všichni stejně
- b) Ne, každý pečuje podle sebe
- c) Ano, až na malé výjimky

15. Poskytujete klientovi orální péči?

(péče o dutinu ústní, podávání stravy, tekutin a léků, stimulace rtů a chuťových pohárků pro klienta známými podněty)

- a) Ano
- b) Ne

16. Kterým činností z orální péče se během návštěvy klienta obvykle věnujete?
Můžete označit více odpovědí.

- a) Péče o dutinu ústní
- b) Podávání stravy a tekutin
- c) Podávání léků
- d) Stimulace rtů
- e) Jiné Napište odpověď:

17. Poskytujete klientovi somatickou péči?

- a) Ano
- b) Ne

18. Kterým činností ze somatické péče se během návštěvy klienta obvykle věnujete? Můžete označit více odpovědí

- a) Celková hygienická péče
- b) Polohování
- c) Masáže
- d) Podpora dýchání
- e) Jiné Napište odpověď:

19. Jaký způsob polohování u klienta používáte?

- a) Poloha na zádech
- b) Poloha z boku na bok
- c) Poloha hnízdo na zádech
- d) Poloha hnízdo na boku
- e) Poloha mumie
- f) Jiná poloha, napište jaká:

20. Které z oblastí v péči o klienta věnujete během návštěv nejvíce času?

- a) Somatické (poskytování základní hygienické péče, polohování)
- b) Orální (podávání stravy, tekutin a léků)
- c) Jiné

Příloha č. II – Souhlas zařízení Charita Neratovice

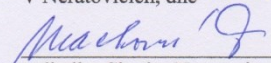
Informovaný souhlas s poskytnutím údajů k vypracování bakalářské práce
Biografická anamnéza u gerontopsychiatrických pacientů v domácí péči

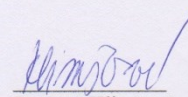
Název organizace: CHARITA NERATOVICE
Adresa: U Zolov 1458, Neratovice, 277 11
Telefon: 375 685 190
Email: sekretariat@charita-neratovice.cz
IČO: 470 09 730

Svým podpisem udělujeme souhlas studentce Dagmar Klimšové, 3.LF UK v Praze, s provedením výzkumného šetření v našem zařízení potřebného k vypracování bakalářské práce na téma „Biografická anamnéza u gerontopsychiatrických pacientů v domácí péči“. Zároveň souhlasíme s tím, že studentka ve své bakalářské práci použije jméno našeho zařízení.

Výzkumné šetření bude probíhat formou dotazníku pro pečovatele a zdravotní sestry daného zařízení, kteří pečují o gerontopsychiatrické klienty. Dotazníky jsou anonymní a jejich vyplnění je zcela dobrovolné. Výsledky šetření budou použity ve výše zmíněné bakalářské práci.

V Neratovicích, dne 13.02.2021


ředitelka Charity Neratovice


Dagmar Klimšová