

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE  
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ

---

ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ  
ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

SPECIFIKA PŘÍMÉ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O ČLOVĚKA  
TRPÍCÍHO DEMENCÍ V ZAŘÍZENÍ SOCIÁLNÍ PÉČE

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Autor práce: Lenka Stuchlíková

Vedoucí práce: Jaroslava Pečenková

2008



## *ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ*

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně s využitím citované literatury.

V Hradci Králové, dne 16.září 2008

.....

**Lenka Stuchlíková**

## *PODĚKOVÁNÍ*

Za odborné vedení mé bakalářské práce, zapůjčení studijních materiálů a vstřícný přístup, bych chtěla na tomto místě poděkovat paní Jaroslavě Pečenkové.

Stejný dík patří i manželovi, rodičům a sestře, kteří mě po celou dobu studia podporovali.

Moje poděkování patří i dobrovolným účastníkům dotazníkového šetření a kolegyním, které mi vycházely vstříc při přizpůsobování rozpisů služeb mým studijním úkolům.

# OBSAH

ÚVOD .....	7
1 CÍLE PRÁCE .....	9
2 TEORETICKÁ ČÁST .....	10
2.1 DEMENCE .....	10
2.1.1 Základní vymezení a definice pojmu demence .....	10
2.1.2 Základní klasifikace a výskyt demence .....	11
2.1.3 Nejčastější demence: .....	11
2.2 Etiopatogeneze demence .....	12
2.2.1 Demence u Alzheimerovy nemoci .....	13
2.2.2 Vaskulární demence .....	15
2.3 Symptomatologie demence .....	17
2.4 Diagnostika demence .....	17
2.5 Terapie demence .....	19
2.5.1 Farmakologická .....	19
2.5.2 Nefarmakologická .....	19
2.5.3 Kdy přestat s léčením? .....	19
2.6 Demence a ošetrovatelství .....	20
2.6.1 Péče .....	21
2.6.2 Ošetrovatelská péče .....	21

2.6.3	Přímá ošetrovatelská péče .....	21
2.6.4	Symptomatologie demence z hlediska ošetrovatelé péče .....	21
2.6.5	Demence a výživa .....	22
2.6.6	Demence a pády .....	24
2.6.7	Terapie péčí .....	24
2.6.8	Demence v ošetrovatelských diagnózách .....	26
2.6.9	Komunikace .....	28
2.6.10	Etika, ochrana práv.....	31
3	EMPIRICKÁ ČÁST .....	36
3.1	Charakteristika souboru respondentů .....	36
3.2	Charakteristika sledovaného Domova pro seniory .....	36
3.3	Popis použitých metod .....	38
3.3.1	Výběr metod .....	38
3.3.2	Popis dotazníku .....	39
3.3.3	Vlastní sběr dat .....	40
3.4	Výsledky .....	40
3.4.1	Shrnutí výsledků .....	66
3.5	Diskuse .....	68
3.5.1	Doporučená opatření, která jsou podpořena vlastní zkušeností.	
	70	
	ZÁVĚR.....	79

ANOTACE.....	81
LITERATURA A PRAMENY.....	83
SEZNAM ZKRATEK.....	85
SEZNAM GRAFŮ.....	87
SEZNAM TABULEK.....	89
SEZNAM PŘÍLOH.....	90

## ÚVOD

Konec devadesátých let a demokratizace společnosti přinesly pro osoby s postižením řadu změn a možností. Zásadní změnou je, že společnost pomalu začíná vnímat jedince s handicapem jako osobnost. Lidé již nemusí být v důsledku společenského povědomí, existující protidiskriminační legislativě a odstraňování architektonických bariér uzavřeni za dveřmi ústavů a svých domovů. I díky těmto skutečnostem mají dnes lidé s postižením možnost žít aktivním životem a setkávat se s většinou společnosti. Vlivem těchto skutečností se u zdravé populace postupně mění vnímání nemocí i nemocných. Na tomto místě bych ale chtěla poznamenat, že toto konstatování sice platí, ale zatím o něco méně pro nemoci psychiatrické anebo pro ty, které jsou spjaty se stářím. Lidstvo je obecně vzato stále tolerantnější k jinakostem, stává se takzvaně humánnějším. Ale důsledky moderního způsobu života v podobě kultu mládí a tlaku na vysoký pracovní výkon a celková orientace na úspěch vlastně brání plnému začlenění seniorů, tím spíše seniorů s demencí, do aktivního života a stát se tak platnými a uznávanými příslušníky našeho společenství. Termíny jako „anti aging“, nebo zobecňující, lékaři stále hojně používaný, pojem „senilní demence“ rozhodně stáří na prestiži nepřidají.

I přesto, že toto téma není v popředí zájmu veřejnosti, je nutné ho řešit. Česká společnost stárne, což je způsobeno více faktory. Jedním z těch diskutovanějších je nízká porodnost, ale důležitý je také fakt, že staří lidé se oproti minulosti dožívají vyššího věku. Například díky životním podmínkám a zdravotní péči. Dnes žije v České republice (ČR) ke sto tisícům lidí starších pětadesáti let. Podle demografické prognózy zpracované Českým statistickým úřadem bude v roce 2050 žít v České republice přibližně půl milionu občanů ve věku 85 a více let (ve srovnání s 101 718 v roce 2006) a téměř tři miliony osob starších 65 let (31,3%) (Střední varianta projekce populačního vývoje ČSÚ. Počet obyvatel nad 85 let k 1. lednu 2006.). Naděje dožití při narození bude v roce 2050 činit 78,9 let pro muže a 84,5 pro ženy (oproti 73,4 let pro muže a 79,7 let pro ženy v roce 2006.).



Předpokládá se, že v období let 2000 až 2050 se v hospodářsky vyspělých zemích zvýší podíl lidí ve věku 80 a více let třikrát, avšak počet stoletých a starších 15,5 krát (World Population Ageing, OSN, 2002).

Tato skutečnost přináší mnoho různých důsledků v rozličných oblastech. Jedním z nich je zvyšování počtu lidí s chorobami typickými pro vysoký věk. Například demence se v posledních desetiletích stala jednou z pěti hlavních příčin smrti. Budujme dobrou péči o seniory, děláme to pro sebe.

Jsem zaměstnána v Domově pro seniory na oddělení, jehož převážná část obyvatel (zvaných uživatelé služby) je postižena některou z forem demence a po celou dobu mého studia se tématům demence a Alzheimerova nemoc věnuji, tato práce je proto jeho přirozeným vyústěním.

# 1 CÍLE PRÁCE

Cílem této práce je upozornit na specifika přímé ošetrovatelské péče o člověka trpícího demencí v prostředí ústavu sociální péče.

## *Teoretická část*

- charakterizovat pojem demence
- charakterizovat pojmy péče, ošetrovatelská péče, přímá ošetrovatelská péče a přímá ošetrovatelská péče o člověka s demencí
- zdůraznit význam komunikace v péči o člověka s demencí
- zdůraznit význam etiky ošetrovatelské péče

## *Empirická část*

- zmapovat úroveň odborných znalostí v oblasti ošetrovatelské péče o člověka s demencí u pracovníků v přímé ošetrovatelské péči v jednom konkrétním
- zmapovat úroveň provádění ošetrovatelské péče o uživatele s demencí v tomto Domově pro seniory
- identifikovat nedostatky v kvalitě provádění této péče
- vytvořit přehled doporučených postupů, které mohou přispět ke zvýšení kvality ošetrovatelské péče v Domově pro seniory

## 2 TEORETICKÁ ČÁST

### 2.1 DEMENCE

#### 2.1.1 Základní vymezení a definice pojmu demence

Mezi medicínské obory, které se zabývají demencí patří psychiatrie (specializovaný podobor nazývaný gerontopsychiatrie nebo psychogeriatric, případně psychiatrie vyššího věku, geriatric a neurologie.

Předpona „de“ znamená v latině „odstranit“, „mens“ znamená „mysl“. Pojem demence znamená tedy v doslovném překladu „beze mysli“.

Defektologický slovník definuje demenci jako: „později vzniklý úpadek duševních schopností rozumových i povahových, na rozdíl od oligofrenie, tj. trvalého snížení rozumových schopností od počátku života“ (Edelsberger et. al., 2000, s.61).

Podle Mezinárodní klasifikace nemocí, verze 10 (MKN-10), je demence definována jako: „syndrom, který vznikl následkem onemocnění mozku, obvykle chronického nebo progresivního rázu, u něhož dochází k narušení mnoha vyšších korových funkcí, včetně paměti, myšlení, orientace, chápání, uvažování, schopnosti učení, řeči a úsudku (kognitivních funkcí). Vědomí není zastřené. Zhoršení kognitivních funkcí je obvykle doprovázeno, někdy také předcházeno, zhoršením kontroly emocí, sociálního chování nebo motivace“. (Hort, in Rektorová ed., 2007, s. 10).

Demence je nejčastěji se vyskytující organická duševní porucha. Její příčinou je defekt na úrovni orgánu (tkáně, buňky), je tedy obvykle patrný. Stejně jako ostatní organické duševní poruchy se vyskytují většinou ve stáří (dle WHO počínaje věkem 65 let), mohou se však objevit i v průběhu celého života, například na podkladě cévního nebo jiného onemocnění mozku, otravy, zánětlivého nebo pórakového stavu.

Demence je syndrom, jednotlivé symptomy se vyskytují v různých

kombinacích, základem demence je však vždy ztráta paměti vedoucí k zásadní změně pacientova života. Jednotlivé typy demence jsou způsobeny různými příčinami, mají také rozmanitý průběh.

### **2.1.2 Základní klasifikace a výskyt demence**

Demence se vyskytuje v mnoha formách. Jde v podstatě o souhrnný termín zahrnující celou řadu nemocí a syndromů. Dysfunkce mozku lze rozdělit na primární a sekundární. Primární vzniká při neurodegeneraci, sekundární jako následek postižení mozku při celkovém onemocnění organismu.

### **2.1.3 Nejčastější demence**

Primární demence atroficko-degenerativní (nejčastější)

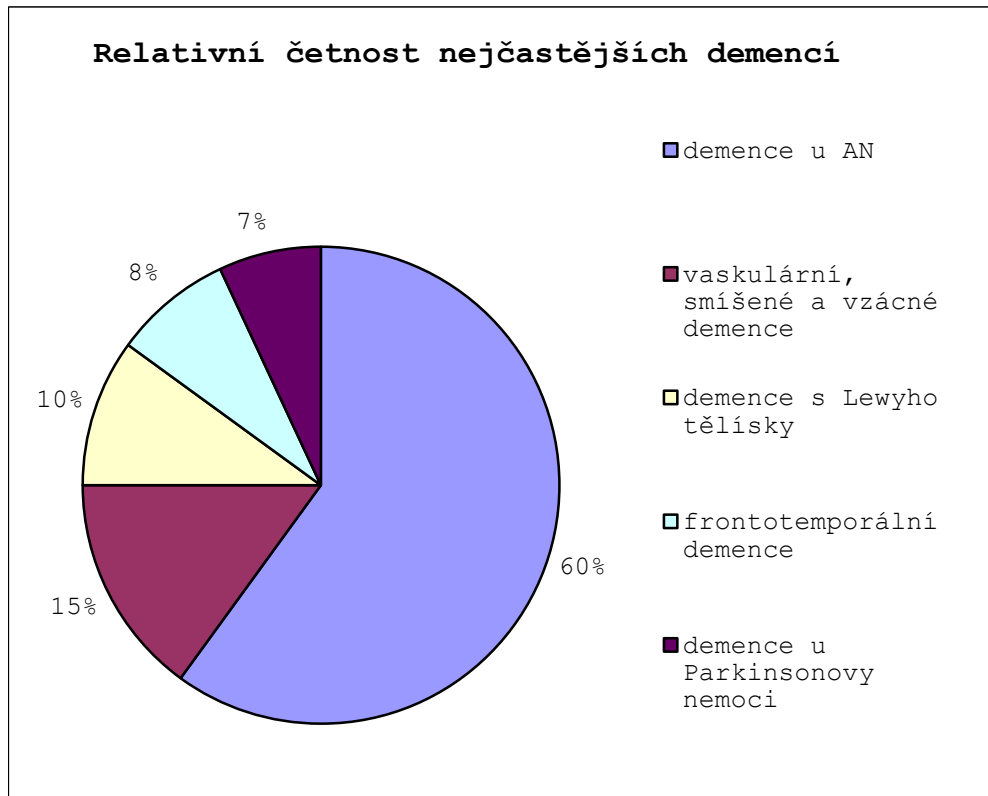
- demence při Alzheimerově nemoci (AN);
- demence s Lewyho tělísky;
- skupina frontotemporálních demencí (FTD);
- demence u Parkinsonovy nemoci;
- demence u Huntingtonovy nemoci;

Sekundární demence

- ischemicko-vaskulární demence;
- ostatní sekundární demence (vaskulární, Creutzfeldt-Jakobova nemoc)

Až 60% všech demencí jsou demence u AN, asi 15% tvoří demence vaskulární (nejznámější je takzvaná multiinfarktová demence), smíšené nebo demence vzácné (Pickova nemoc, Bingswangerova, Huntingtonova nemoc), asi 10% demence s Lewyho tělísky, asi 8% frontotemporální demence, asi 7% demence u Parkinsonovy nemoci. Demence postihuje typicky osoby vyššího věku. Jak uvádí Buijssen, demence se vyskytuje i u nižší věkové skupiny, avšak mezi 45.-54. rokem trpí demencí pouze 0,025% populace. Mezi 65letými je výskyt demence nižší než 1%, mezi 65. a 75. rokem již 2,5%. Dále se každých pět let procento zdvojnásobuje (Buijssen, 2005).

Graf č. 1 Relativní četnost nejčastějších demenci



## 2.2 Etiopatogeneze demence

Přes četné výzkumy a palčivost problematiky, nelze ani dnes uvést přesnou příčinu vzniku demence. Není pochyb, že důležitou roli ve vývoji nemoci hrají genetické faktory. Svůj význam má i stárnutí. Zvýšené riziko vzniku demence je popsáno u lidí, kteří utrpěli závažné poranění lebky nebo trpí chronicky vysokým tlakem. Nejčastější příčinou demence je Alzheimerova nemoc, dále vaskulární patologie (cerebrální infarkty, lakunární infarkty, mikroinfarkty v mozkové kůře, arteriosklerotické změny cerebrálních a vertebrálních tepen, mikroangiopatie, apod.).

Jednotlivé formy demence vznikají na podkladě různých příčin, její nejdůležitější typy jsou stručně charakterizovány v následujícím textu.

### 2.2.1 Demence u Alzheimerovy nemoci

Patří mezi degenerativní demence, jejím podkladem je atrofie mozkové tkáně a patologické změny mozkových proteinů. Základem patogeneze AN je pravděpodobně „tvorba amyloidu s usazováním nerozpustné bílkoviny amyloidu beta v mezibuněčném prostoru mozkové tkáně“ a „nitrobuněčná neuronální klubka (tangles), tvořená fosforylovaným proteinem tau“ (Hosáková et. al., 2007, s.19)

Atrofie mozku je při AN rychlejší než u běžného stárnutí (ta je podmíněna zmenšováním velikosti neuronů a současným snižováním jejich počtu).

Často je kombinována s vaskulárním postižením mozku

Častěji jsou postiženy ženy.

K manifestaci klinických příznaků nemoci dochází až po několika letech latentně probíhajícího počátečního stadia, kdy už jsou rozvinuty významné degenerativní změny mozku.

#### 2.2.1.1 formy

- s časným začátkem - do 65 let věku (hranice senia dle WHO)
- pozdní - po 65. roce života (nad 91 let se uvádí až 50% postižených v populaci)

Přesná příčina není známa, je označována jako multifaktoriální, nejčastější je její sporadický výskyt bez přímé dědičnosti, rizikovými faktory u AN jsou věk, rodinný výskyt AN, genetická dispozice, úraz hlavy, nízká úroveň vzdělání, Downův sy, vaskulární onemocnění

#### 2.2.1.2 symptomatologie

- plíživá a progredující porucha paměti
- (zpočátku zejména v oblasti paměti krátkodobé)
- ztráta náhledu pacienta
- snížení intelektových funkcí

- zpomalené, nevýpravné, ulpívavé, zabíhavé myšlení
- občasné stavy zmatenosti
- celkový úpadek osobnosti
- ztráta sebekontroly
- depresivita
- pokles vůle
- neklidné, bloudivé, někdy agresivní jednání
- poruchy vnímání (halucinace)
- podezíravost
- záměny osob
- úzkost

Klinický obraz je však velmi variabilní zejména z důvodu možného výskytu smíšeného typu demence.

Často je spojena s výrazným hubnutím až kachektizací.

#### 2.2.1.3 diagnostika

- základní  
podrobná anamnéza, neuropsychologické, neurologické vyšetření
- pomocná  
interní vyšetření, biochemické vyšetření krve, likvoru
- diferenciální  
CT mozku, MRI, PET, SPECT

Diagnóza není během života 100% jistá, definitivně je možné ji stanovit neuropatologicky při pitvě.

#### 2.2.1.4 stadia

- prodromální stadium

- stadium lehké demence
- stadium středně těžké demence
- stadium těžké demence
- terminální stadium demence

Demence plynule progreduje, průběh často komplikují pády a úrazy. Prognóza je vždy infaustní, doba přežití od stanovení diagnózy je přibližně 5-10 let, při včasné diagnostice a léčbě lze pozastavit nebo zpomalit vývoj závislosti pacienta.

#### 2.2.1.5 terapie

- nefarmakologická

terapie behaviorálních a psychologických změn - procvičování paměti, modifikace prostředí, motivace a adekvátní stimulace nemocných, zavedení denního režimu, přiměřená fyzická aktivita, úprava stravy a hydratace

speciální terapeutické metody - vzpomínková terapie, pet terapie, muzikoterapie, ergoterapie, taneční terapie, SIM PRES, reminiscenční terapie + edukace pečovatelů

- farmakologická

základní - kognitiva (Exelon, Aricept, Reminyl)

podpůrná - nootropika (Piracetam, Ginkgo biloba - Tanakan), farmaka snižující množství volných kyslíkových radikálů (vitamin E v megadávkách), antipsychotika, antidepressiva, hypnotika

### 2.2.2 Vaskulární demence

Je pravděpodobně druhou nejčastější formou demence.

Řadí se mezi sekundární demence. Základem patogeneze je cerebrovaskulární onemocnění nebo vaskulární encefalopatie.

Může se vyskytovat současně s AN.



#### 2.2.2.1 symptomatologie

- snížení intelektových funkcí
- mnohočetné poruchy paměti
- snížení kognitivních funkcí
- snížení společenské a pracovní výkonnosti
- depresivní příznaky
- neurologické ložiskové příznaky
- přechodné kvalitativní poruchy vědomí-deliria
- typický je náhlý začátek, kolísavý průběh, schodovitá zhoršení v návaznosti na mozkové infarkty

#### 2.2.2.2 diagnostika

Je stejná, jako u AN - navíc EKG a další metody, zaměřené na prokázání cerebrovaskulárního onemocnění.

#### 2.2.2.3 průběh a prognóza

Průběh je schodovitě progredující, často dochází k přechodným zlepšením stavu, někdy i dlouhodobým.

Prognóza bývá infaustní, demence po CMP může být reverzibilní, kognitivní deficit se může upravit.

#### 2.2.2.4 terapie příčin cerebrovaskulárního onemocnění a projevů demence

- farmakologická

vazoaktivní látky, nootropika, antiagregační terapie, antidepressiva, antipsychotika

- nefarmakologická

speciální terapie, behaviorální a psychologické terapie

## 2.3 Symptomatologie demence

Demence se může projevit poruchami v oblasti kognitivních funkcí, Aktivit denního života (ADL) a Behaviorálních a psychologických změn (BPSD).

- poruchy kognitivních funkcí

intelektu, paměti (kvantitativní, kvalitativní), poruchy osobnosti, pozornosti, vůle, fatické poruchy, poruchy exekutivních funkcí, návyků a zvyků, myšlení (struktury - logické návaznosti obsahu - bludy), poruchy motivace, pudů, emotivity, schopnosti učení, úsudku, poruchy vědomí

- poruchy v oblasti aktivit denního života

snížená výkonnost v zaměstnání, obtíže při cestování až úplná neschopnost samostatně cestovat, postupné zhoršování sebeobsluhy, zanedbávání oblékání a hygieny, oblékání částí oděvu ve špatném pořadí až neschopnost obléci se nebo koupat samostatně, obtíže při zvládnutí toalety, obtíže při jídle, nevýkonnost při údržbě domácnosti až neschopnost domácnost vést, obtíže při používání domácích spotřebičů, pohybové obtíže až úplná neschopnost se pohybovat, opouštění koníčku

- behaviorální a psychologické změny

paranoidní ladění, poruchy myšlení (bludy), poruchy vnímání (halucinace), paranoidní myšlení, poruchy exekutivních funkcí, agitovanost, agresivita, apatie, poruchy prostorové a časové orientace, bloudění, sexuální dezinhibice, nepřiléhavé jednání, vykřikování, špehování, shromažďování zbytečných předmětů, poruchy cirkadiálního rytmu, poruchy nálad (anxieta, fobie, deprese, elace, mánie)

## 2.4 Diagnostika demence

- základní a pomocné diagnostické metody

podrobná anamnéza

základní neurologické a interní vyšetření

laboratorní testy (biochemické, hladiny vitamínu B 12, TSH)

EKG

CT mozku

- neuropsychologická vyšetření

orientační (test hodin)

Mini Mental State Examination (MMSE) spíše monitorace průběhu

AVLT - Paměťový test učení

Wechslerova paměťová škála

- speciální a málo častá vyšetření

Doposud byla vyhrazena pro specializovaná pracoviště, do budoucna by se měla rozšířit na další pracoviště pro včasnější a přesnější diagnostiku projevů demence.

vyšetření likvoru

NMR volumetrie - kvantitativní hodnocení atrofie mozku in vivo.

- diferenciální diagnostika

vyloučení závažných patologických stavů v oblasti mozku (subdurálního hematomu, vaskulárních změn většího rozsahu, hydrocefalu, tumoru mozku)

vyloučení pseudodemence - její klinický obraz připomíná demenci, etiologie je však jiná. Nejčastěji se jedná o spojení s depresí - tzv. depresivní pseudodemence (DPD), kdy pacienti „trpí depresí indukovaným kognitivním deficitem mimo rámec demence a stěžují si aktivně na poruchy paměti a neschopnost myslet nebo se soustředit,“ (Konrád, in Rektorová ed., 2007, s. 21). Dalším příkladem pseudodemence mohou být projevy podobné demenci u emočně nestabilní osobnosti po těžkém psychotraumatu.

Pidrman popisuje tzv. „4D“ diagnostiku, která se zaměřuje na následující kritéria: „deprese, delirium, drugs - léky, demence (Alzheimerova typu a ostatní)“ (Pidrman, 2007, s.60)

## 2.5 Terapie demence

Terapie demence je komplexní proces zaměřující se na všechny symptomy demence a sestává ze dvou vzájemně provázaných složek.

### 2.5.1 Farmakologická

- základní  
kognitiva (Exelon, Aricept, Reminyl)
- b/ podpůrná  
nootropika (Piracetam, Ginkgo biloba - Tanakan)  
farmaka snižující množství volných O<sub>2</sub> radikálů (vitamin E)  
antipsychotika  
antidepresiva  
hypnotika

### 2.5.2 Nefarmakologická

- behaviorální  
zachování úrovně jednotlivých dovedností (hrubá a jemná motorika, chůze, soběstačnost, kognitivní funkce), smysluplné vyplnění volného času, ovlivnění behaviorálních a psychologických příznaků demence, ovlivnění aktivit denního života, zlepšení verbální a nonverbální komunikace s nemocným, fyzická aktivita, psychická aktivita, optimalizace senzorických funkcí, nutrice
- speciální terapeutické metody  
ergoterapie, muzikoterapie, taneční terapie, Simulated presence (SIM PRES), reminiscenční terapie

### 2.5.3 Kdy přestat s léčením?

Udržovací nebo záchovná léčba jsou hrozné výrazy. V medicíně se jich užívá tehdy, kdy se (bez ohledu na náklady a problémy s tím spojené) pokračuje v léčbě i když už je jednoznačně jasné, že chorobu

nelze vyléčit, neboť dospěla do takového stadia, že návrat zpět již nepřichází v úvahu. Logicky si začneme klást otázku, zda má smysl prodlužovat nikoli život, ale spíše živoření a utrpení nemocného tím, že bude léčena například jeho pneumonie nebo že bude krmen přes PEG. Vědecké a etické názory na tento problém se liší. Ve stavu bezvědomí je jako bolest vnímána pouze žízeň (nikoli hlad!). Nemusíme se tedy cítit provinilí, pokud nemocnému v bezvědomí nedodáváme potravu, ale vždy dbejme na to, abychom snižovali jeho utrpení přísunem tekutin nebo alespoň zvlhčováním rtů. I odchod nemocného je neodvratitelnou součástí vývoje nemoci a je naším úkolem je učinit jej důstojným.

## **2.6 Demence a ošetrovatelství**

Demence je farmakologickými a nefarmakologickými metodami ovlivnitelná, ale nevléčitelná. Nemoc progreduje a do popředí přístupu k nemocnému se dostává ošetrovatelská péče.

Člověk, u kterého se začnou projevovat první příznaky demence, bývá ošetrován v domácím prostředí. V těchto případech jsou z hlediska péče velmi užitečné svépomocné skupiny pro pečovatele, jimiž se stávají nejčastěji příbuzní.

Často dochází k vyčerpání pečovatelů, takže mohou časem začít využívat tzv. respitní péči, později také krátkodobé pobyty v ústavech sociální péče. Nemocný s projevy rozvinuté demence je zcela závislý na svém pečovateli a velmi často potřebuje stálou celodenní péči. Kromě obtížně zvladatelných projevů psychiatrických se u něj totiž projevuje větší tendence k podvýživě, dekubitům, infekcím a dalším přidruženým onemocněním ohrožujících jeho život a bývá přijat k celoročnímu (tzn. trvalému) pobytu v ústavu sociální péče. V ošetrovatelské praxi se pečovatelé setkávají s tím, že senioři se špatně adaptují na roli obyvatele zařízení. Přijetí nového prostředí je ještě komplikovanější, jedná-li se o osoby postižené demencí. Úkolem zdravotního personálu je tento proces usnadnit.

### **2.6.1 Péče**

Výzkum americké profesorky ošetrovatelství Madelaine Leiningerové prokazuje, že péče má přímý vztah k lidskému zdraví. Uvádí, že antropologické údaje o dlouhém přežití lidí, nás vedou k úvaze o roli péče v evoluci lidstva, že rozdílné ekologické, kulturní, sociální a politické kontexty ovlivnily lidskou zdravotní péči a přežití lidské rasy. Výzkum Leiningerové rovněž dokazuje, že pečovatelské jednání, které slouží ke snížení interkulturních stresů a konfliktů praktikují všechny kultury a komunity. Takové jednání také chrání přežití lidstva.

### **2.6.2 Ošetrovatelská péče**

Pečovatelské jednání v ošetrovatelské praxi je ovlivněno různými faktory. Mezi ty, které souvisejí s rolí sestry patří individuální hodnotová orientace, vzdělání, vztah k ošetrovatelské práci a vlastní zkušenost s péčí o ostatní. Z pohledu napojení na nemocného má sestra respektovat nemocného, být zde pro nemocného, cítit s nemocným a být blízko nemocného.

### **2.6.3 Přímá ošetrovatelská péče**

Pojem přímá ošetrovatelská péče zahrnuje všechny ošetrovatelské činnosti, které sestra provádí přímo nemocnému, případně s jeho aktivní účastí. Provádí je samostatně sestra způsobilá k výkonu povolání bez odborného dohledu, případně další zdravotnický pracovník pod odborným dohledem. Kompetence jednotlivých typů pracovníků jsou vymezeny jejich pracovní náplní. (<http://portalkvality.mzcr.cz/Odbornik/slovnicek>)

### **2.6.4 Symptomatologie demence z hlediska ošetrovatelé péče**

Při ošetrování osob s demencí narážíme na různorodé projevy nemoci, které lze rozřadit do tří základních oblastí označovaných jako A, B, C Demence:

Aktivity denního života

Behaviorální a psychické změny

Cognitivní funkce

Na tyto symptomy je nutné reagovat při plánování a provádění ošetrovatelské péče.

Měnící se klinický obraz demence pak lze rozdělit do tří skupin, které následují v čase po sobě. Demenci může předcházet mírná kognitivní porucha. To je takové postižení paměti, které člověka omezuje a je nápadné jeho okolí, neomezuje však žádným způsobem jeho život a aktivity. Vyskytuje se poměrně často, statisticky 30% lidí starších 65 let trpí MCI a u 50% z nich se po 5 letech rozvinou příznaky demence. Mezi projevy počínající a mírné demence se mohou objevit příznaky, které však nemusí být alarmující. Nemocný se často opakuje, ztrácí a zapomíná věci, obtížně hledá slova pro pojmenování zcela běžných předmětů jako jsou hodinky či tužka, bloudí i na zcela známých místech, mohou se u něj projevit změny osobnosti, především sklon k pasivitě a ztráta zájmu o činnosti a věci, které mu předtím přinášely radost a uspokojení. Středně pokročilá demence je charakterizována pro ni další zhoršování mentálních funkcí a obvykle již i poruchy chování. U postižených se projevuje ve stále vyšší míře zmatenost, jejich pohyby se zpomalují, jsou stále haštěřivější a nesnášenlivější, projevují se u nich bludy a halucinace. Velmi často je již nutná jejich institucionalizace ve speciálním zařízení. U nemocného s těžkou formou demence již nelze zaznamenat žádné nezávislé funkce na jakékoli úrovni. Není schopen hovořit ani vnímat mluvenou řeč. Nepoznává nejen členy své rodiny, ale ani sám sebe v zrcadle. K těžkému stavu se může přidružit řada závažných onemocnění, která vedou k jeho smrti.

### **2.6.5 Demence a výživa**

Správná výživa osob ve vyšším věku je všeobecně poměrně zanedbávaným tématem. I přes přiměřené množství a složení stravy dochází ke ztrátě aktivní svalové hmoty a případně i k přechodnému nebo

trvalému nárůstu tukové tkáně. Takové změny zvyšují riziko vzniku infekcí a dekubitů a komplikují možnosti účinné rehabilitace. Největším rizikem je riziko vzniku malnutrice. Ta je následkem nedostatečné nebo nepřiměřené výživy, která vede nejen k poklesu tělesné hmotnosti, ale také k úbytku svalové hmoty (kosterní i srdeční), snížení imunity, zvyšuje riziko pádů, poranění a zlomenin, vede ke komplikacím při hojení ran a následně ke komplexním metabolickým a somatickým změnám.

Jak uvádí Pidrman, u seniorů nad 65 let se odhaduje výskyt malnutrice na 6-8%, u hospitalizovaných dokonce na 20-40% (Pidrman, 2007). Na vzniku malnutrice se podílejí nejen nedostatečný nebo neúměrný příjem potravy, ale i atrofie kosterního svalstva, pokles tělesní aktivity a změna metabolismu.

Péče o výživu nemocných s demencí je jedním ze základních léčebných opatření. Je důležitou podmínkou zpomalování progresu onemocnění. Různé formy demence jsou často provázeny narušením příjmu potravy, jejichž důsledkem je zejména hubnutí. Dále se může vyskytnout nárůst tělesné hmotnosti v oblasti neaktivní tělesné hmoty. „V pokročilejších stádiích prakticky všichni pacienti s AN hubnou. Tato skutečnost je zcela jasně projevem i důsledkem úbytku svalové hmoty při nedostatku tělesného pohybu. Jde o vcelku typický stav, který zároveň připomíná uzavření bludného kruhu: nemocný nemá chuť k jídlu-nemá dostatečný přísun energie-nemá svalovou hmotu-nehýbe se-nemá chuť k jídlu. Při tom všem mají dementní nemocní vyšší energetický výdej“ (Pidrman, 2007, s. 157). Péče o osoby s demencí musí tedy zahrnovat cílené sledování jejich tělesné hmotnosti a svalové síly, objektivní přehled reálné konzumace stravy a tekutin nemocného, regulaci příjmu potravy a tekutin a vytvoření řádu v příjmu potravy a tekutin. Dále je nutné ovlivňovat hygienu a kulturu stolování, sledovat aktuální pacientovu farmakoterapii, ovlivňovat případnou obstipaci a další trávicí obtíže a pečovat o dutinu ústní. Pečující personál musí rozpoznat poruchu výživy. Přesnou diagnostiku i terapeutický postup stanoví následně specializovaný lékař. Pečovatelé pak musí zohledňovat zejména fázi nemoci a citlivě posuzovat stupeň soběstačnosti nemocného.



### **2.6.6 Demence a pády**

Pády jsou ve stáří velmi časté, jejich počet se s narůstajícím věkem zvyšuje. Přestože jsou pečujícím personálem často opomíjeny, stávají se častou komplikací v životě osob s demencí. „Pád je definován jako změna polohy, která končí kontaktem těla se zemí“ (Pidrman, 2007, s.163). Pidrman dále uvádí, že ročně postihují pády přibližně 20-30% osob ve věku 65-69 let a téměř 50% osob starších 85 let (Pidrman, 2007). Mezi rizikové faktory přispívající ke vzniku pádů lze zařadit věk, poruchy chůze, kognitivní poruchy, některá farmaka (až 15% všech pádů), požití alkoholu. Pády vznikající z vnitřních příčin mohou být způsobeny neuromotorickými poruchami, kardiovaskulárním onemocněním nebo příhodou, poruchami senzoryckých funkcí, poruchami pohybového aparátu, psychiatrickým onemocněním. Pády vznikající z vnějších příčin vznikají na podkladě nevhodných či přímo nebezpečných aktivit, nevhodně zařízeného okolního prostředí, oděvu a obuvi, absence adekvátních pomůcek pro pohyb a vlivem farmak. U seniorů se vyskytují typicky pády vznikající na základě kombinace příčin. Pády mají za následek nejen somatické, ale i psychologické dopady na stav nemocného. Mezi nejčastější somatické důsledky lze zařadit poranění měkkých tkání a fraktury. Psychologický dopad na nemocné se může projevit zejména tzv. anticipačním strachem nebo vyhýbavým chováním, které vedou k omezení tělesné aktivity a případně i sociálních kontaktů. V důsledku pádů mohou vznikat i další zdravotní a psychologické komplikace, které mohou vést až k úplné imobilitě. Pečující personál by měl proto při péči o osoby s demencí dbát zejména na úpravu prostředí, volit pro klienta vhodnou kompenzační pomůcku a sledovat vývoj stavu klienta. S ohledem na to je přínosné provádět péči formou ošetřovatelského procesu, protože se při něm průběžně aktualizují ošetřovatelské cíle.

### **2.6.7 Terapie péči**

K terapii jsou, kromě farmak, používány v ošetřovatelské péči metody, jejichž prvky se mohou stát součástí dne nemocného, potažmo plánování a realizace ošetřovatelského procesu.

Jednou z takových metod je ergoterapie. Do denního programu lze zařadit například udržování schopnosti sebeobsluhy. Zdravotní sestra dohlíží, pomáhá, podává věci, napovídá, ale nemocný se obléká, myje, jí sám. Využívají se také hry pro dospělé, kdy sestra s nemocným vytvoří určité prostředí, například se přenesou do kavárny nebo ke kadeřníkovi.

Dalším příkladem využitelné metody je muzikoterapie. Jejím prvkem může být poslech hudby při různých denních činnostech nebo zpívání s nemocnými.

Využití prvků taneční terapie je velmi vhodné pro zachování tělesné zdatnosti nemocného, protože tanec přijme lépe než cvičení. Pečující personál může totiž snadno průběh všedního dne zpestřit několika tanečními kroky.

SIM PRES (simulace přítomnosti rodinného příslušníka, například prostřednictvím zvukové nahrávky jeho hlasu, je možné pouštět v průběhu dne, nejen v čase pracovní doby specializovaného terapeuta.

Reminiscenční terapie využívá vzpomínek nemocného, vrací ho do dřívějšího života. To pro něj znamená zapojení všech smyslů. Lidský mozek totiž pracuje a nejlépe reaguje na známé podněty, které má uloženy v dlouhodobé paměti. Metoda reminiscence využívá vzpomínek na události či zážitky z minulosti, které jsou pro člověka hodnotné a jejich následné vybavování prostřednictvím různých podnětů. Smysluplná je zejména pro klienty s demencí, kteří trpí poruchami krátkodobé paměti, ale často si velmi dobře vybavují události dávno minulé. Je vhodná pro klienty s lehkou či středně těžkou demencí. Reminiscenční terapie může probíhat individuálně nebo skupinově. Cílem je pak nejen zlepšení stavu klienta, ale také posílení jeho lidské důstojnosti a zlepšení komunikace s okolím. Reminiscenční aktivity probíhají při každodenním individuálním kontaktu pracovníků s klientem nebo při každé jiné vhodné příležitosti. Využívají se vhodné pomůcky, které zohledňují věk, zkušenost a způsob života seniorů, jsou přizpůsobené schopnostem jedince a využívají co největší počet smyslů (například staré filmy, tanec, společenské hry, knihy, fotografie, staré předměty, staré receptury, plakáty, výlety na stará místa apod.). Je možné při ní

využít všech zmíněných terapií. Life book je kniha nebo album, do kterého si klient vkládá jakékoli písemnosti a obrázky, ke kterým se váží jeho zážitky. Life room je celá místnost využívaná pro stejné účely. Je zařízena vlastním nábytkem klienta, jeho knihami, obrazy. Pro tyto účely lze využít alespoň chodba, kde má každý svoji nástěnku. Do těchto činností se mohou, pokud jsou motivováni, zapojit všichni zaměstnanci oddělení (včetně pracovníků úklidu a vedoucích). Rádi se přidávají i někteří rodinní příslušníci a přátelé klientů. I pro ně pak mohou být návštěvy časem stráveným v příjemné a uvolněné atmosféře.

Bazální stimulace je stimulační metoda využitelná zejména pro nemocného s projevy rozvinuté demence. Každý člověk, jakkoliv postižený nebo nemocný, je totiž schopen v každé situaci vnímat alespoň některým ze svých smyslů. Bazální stimulace pak podněcuje vnímání uživatele terapeutickými doteky mnoha technik.

## **2.6.8 Demence v ošetrovatelských diagnózách**

### **Paměť porušená**

z důvodu neurologického postižení; projevující se zapomínáním, neschopností určit, zda něco již bylo či nebylo vykonáno, neschopností dále využívat dříve osvojených dovedností a vybavit si nedávné informace i dávno minulé zážitky.

### **Péče o sebe sama nedostatečná**

z důvodu kognitivního úpadku, fyzickým omezením, frustrací ze ztráty samostatnosti, depresí; projevující se obtížemi s úkony všedního dne.

### **Zmatenost chronická**

z důvodu patofyziologických změn (degenerace nervového systému); projevující se nepřesnou interpretací podnětů a reakcí na ně, progresivním ireverzibilním kognitivním zhoršením, poruchou krátkodobé paměti, zhoršenou socializací, poruchou osobnosti a klinickými známkami organického poškození.

### **Senzorická a percepční porucha**

z důvodu onemocnění/nepřiměřené stimulace (omezení životního prostoru spánková deprivace); projevující se změnami obvyklých odpovědí na podnět, zhoršenou schopností řešit problémy, vystupňováním emoční reakce (úzkost, paranoia, halucinace), neschopností popsat polohu částí těla, oslabením či změnou ve vnímání chutí.

### **Spánek porušený**

z důvodu zhoršení senzorických funkcí, změn ve způsobu aktivity, psychického stresu (neurologické zhoršení); projevující se častým přerušováním spánku, dezorientací (spánková inverze), přecházením bez cíle, neschopností rozpoznat potřebu spánku a dobu vhodnou na spaní, změnami v chování a výkonnosti, netečností, tmavými kruhy pod očima a častým zíváním.

### **Zdraví, snížená schopnost zachování**

z důvodu zhoršení narušení komunikačních schopností, zhoršení kognitivních funkcí, nezvládání osobních a rodinných záležitostí; projevující se neschopností zastat základní péči o vlastní zdraví, nedostatečným vybavením a finančními problémy.

### **Strach**

z upadání funkčních schopností, veřejného odhalení změny a pokračujícího zhoršování duševního i fyzického stavu; projevující se společenskou izolací, depresivními náladami, popř. zhoršenou schopností zastat každodenní činnosti.

### **Poranění/trauma, zvýšené riziko**

z důvodu neschopnosti rozpoznat nebezpečí, dezorientace, zmatenosti, zhoršeného úsudku, slabosti a špatné svalové koordinace, potíží s rovnováhou a poruch vnímání.

### **Zvládání rodinou neúčinné/Pečovatelská role, přetížení, riziko vzniku**

z důvodu změn rolí a izolace, , postihující celou rodinu nebo osobu pečující o nemocného; dlouhodobé celkové onemocnění vyžaduje velký objem péče, která vyčerpává členy rodiny i její finanční zdroje, je pocítován nedostatek oddechu projevující se chaosem v rodině, frustrací v souvislosti s každodenní péčí o nemocného, konflikty, depresí, omezováním společenských kontaktů, hněvem a obviňováním, obracejícím se proti pacientovi, a jeho izolací v rámci vlastní rodiny.

### **Přemístění, stresový syndrom, riziko vzniku**

riziko je vyšší při nepřipravenosti na přemístění do nového prostředí, změnách běžného denního režimu, senzorickém zhoršení, fyzickém postižení a oddělení od rodiny.

## **2.6.9 Komunikace**

Komunikace je základním předpokladem fungování mezilidských vztahů. Zvláštní typ sociální komunikace, která probíhá ve vzájemné integraci, je komunikace v ošetrovatelství. Sestra či ošetrovatelka nebo pečovatelka zde plní důležitou úlohu jako komunikátorka. Dobrá znalost komunikačních pravidel je důležitá pro působení pečovatelů na klienta, ale i naopak - poskytuje důležité informace o tom, s kým komunikujeme a poskytuje okamžitou zpětnou vazbu. Pro úspěšnou aplikaci metody ošetrovatelského procesu je efektivní komunikace s klientem postiženým demencí naprosto nezbytná. To znamená, že profesionálně prováděná ošetrovatelská péče vyžaduje od sester a PSS také schopnost komunikovat. Protože kvalita života obou - postiženého člověka i toho, kdo se o něj stará - závisí na povaze jejich vztahu, je podstatné, aby během nemoci udržovali nejlepší možnou komunikaci. Aby toho pečovatelé dosáhli, musí rozumět povaze komunikačních bariér, které stáří nebo nemoc vyvolává. Komunikace je víc než jen schopnost výměny slov. Je to schopnost spojit se s někým. Navíc je zřejmé, že neúspěšná komunikace pečující osoby vyčerpává.

Verbální komunikace znamenající používání slov, je pro seniory velmi důležitá. Personál se tak často stává vrbou, které se klient rád

svěřuje. Verbální komunikace se seniorem vyžaduje od pečovateli používání jasných formulací uzavřených i otevřených otázek v rozhovoru, který má vždy působit terapeuticky. Informace i otázky mají být jednoduché, srozumitelné, pochopitelné a přiměřené zdravotnímu postižení seniora. Senior ocení, když ho personál při příchodu i odchodu pozdraví a přiměřeně osloví. Vzhledem k možnému oslabení sluchového aparátu nemocného je nezbytné adekvátní používání pomalejší a hlasitější řeči, zřetelná artikulace, častější opakování informací a opakované ověřování schopnosti klienta, že jim porozuměl. Při komunikaci s obyvatelem by personál neměl užívat cizí slova, odborné výrazy, latinskou terminologii či dokonce zdravotnický slang. Rovněž je třeba dát seniorovi dostatek času na odpověď. Na komunikaci s gerontologickým klientem si personál musí vyčlenit dostatek času a nesmí dávat najevo spěch. Starý člověk může mít pomalé tempo řeči, oslabenou paměť, může se i odklánět od tématu. Nelze zapomínat ani na emocionální rozpoložení a citovou labilitu seniora, který může během krátké chvíle projevovat pozitivní a vzápětí negativní emoce. Proto je důležité, aby personál při rozhovoru myslel i na zachování intimity a respektu k soukromí obyvatele. Úroveň verbální komunikace se u člověka postiženého demencí v čase mění. Postupně se zhoršuje jeho schopnost používat slova a slovní zásoba se zmenšuje.

Další v řadě změn komunikační dovednosti nemocného je ztrácení schopnosti porozumění slovům, ať mluveným nebo psaným (průběh těchto změn se liší u jednotlivých nemocných podle konkrétního typu postižení). Do komunikace se seniorem je třeba zapojit i členy rodiny a příbuzné, kteří jsou pro něj významnými podpůrnými osobami. Rodina je nejen důležitým zdrojem informací, ale i spojovacím článkem se světem mimo ústav.

Sestra by si měla všimnout paralingvistických projevů v řeči seniora, k nimž patří hlasitost, plynulost, rychlost, kvalita a přízvuk řeči, síla a výška hlasu, rychlost odpovědi na otázku, délka projevu, výslovnost, případné chyby a pazvuky v řeči. Uvedené extralingvistické projevy v řeči seniora jsou mnohokrát změněny nejen věkem, ale i onemocněním. U obyvatel s afázií se doporučuje hledat alternativní

způsoby komunikace podle jejich schopností. U obyvatele s demencí je důležité zjistit při komunikaci jeho orientovanost v čase, prostoru a události.

Komunikace se seniorem musí být vždy důstojná, trpělivá, etická a musí respektovat jeho individualitu.

Má-li klient s demencí se sestrou spolupracovat, musí být komunikace efektivní, aktivní a pozitivní. Komunikace s takovým člověkem má svá specifika. Mohou ji ovlivňovat poruchy spojené přímo s demencí, ale i další poruchy smyslového vnímání, neurologická onemocnění s následnou afázií, další psychiatrické choroby a podobně. Pak je důležité, aby sestra nejen mohla a chtěla, ale aby také uměla správně komunikovat. Z tohoto důvodu je velice důležitá úloha vzdělávání.

Správný přístup k obyvatelům sestry zajišťují tím, že ošetrovatelskou péči poskytují metodou ošetrovatelského procesu. Předpokladem kvalitní péče je efektivní komunikace s nemocným seniorem, která od sestry vyžaduje odborné vědomosti, komunikační dovednosti, velkou dávku trpělivosti, empatie a schopnosti naslouchat. Naslouchání je pro geriatrického klienta velmi důležité. Naslouchat lze nejen sluchem, ale i zrakem a srdcem. Seniorovi se věnuje nejen čas, ale také důvěra, úcta a respekt, bez ohledu na to, jakými chorobami trpí.

Ke vzájemnému dorozumění přispívá i komunikace neverbální, takzvaná řeč těla, kterou tvoří mimika, tedy řeč svalů tváře. Tvář je nejdůležitějším komunikačním orgánem člověka, vyjadřuje nejen právě prožívané pocity, ale také životní postoje, názory, myšlení a způsob života dané osoby. Proto každý starý člověk má svůj život „vepsán ve tváři“. Pro seniora s demencí (často i s narušeným sluchovým vnímáním) je tvář důležitým komunikačním místem. Při komunikaci je důležitý přímý zrakový kontakt, při němž obyvatel vidí do tváře ošetřujícího a naopak. Personál by měl dokázat každého seniora s úsměvem pochválit, povzbudit, podpořit, uklidnit a pozitivně naladit. Centrální roli v mimice hraje především řeč očí. Oči patří mezi nejvýznamnější komunikační kanály, které personál informují o myšlení i psychickém stavu seniora.

Dalším důležitým bodem v komunikaci mezi lidmi je tělesná vzdálenost mezi nimi. Při ošetřování geriatrického klienta by měl personál dodržovat takzvanou osobní zónu, která je individuální a pohybuje se mezi 46 a 120 centimetry. Při ošetřovatelské práci proniká pečovatel často až do intimní zóny člověka, jedná se pak již o dotykové projevy. Těm se nelze vyhnout, je však třeba, aby ošetřující ke každému obyvateli přistupoval citlivě, taktně a profesionálně.

V komunikaci je významný také postoj, držení těla a spontánní pohyby části těla během řeči. Gesta hrají v sociální komunikaci mimořádnou roli, protože zvyšují názornost toho, o čem se hovoří. Při ošetřování seniora s demencí hrají gesta významnou roli. Používá je nejen senior, ale ve velké míře i personál, od něhož se očekává, že vlastní gestikulaci ovládá a reguluje. Doporučuje se používat gesta v horní polovině těla, charakterizovaná jako pozitivní. Je vhodné, aby pečující svou mluvu doprovázeli gesty, protože progredující demence ubírá postiženému schopnost porozumět slovům. Postupem času se stane gestikulace jedním z mála možných způsobů dorozumívání.

Ke zdokonalování všech komunikačních dovedností pomáhá tzv. videotrénink interakcí. Proškolený pracovník a pečující personál při něm analyzují videozáznam komunikace nemocného a jeho odezvy na okolí, který předtím pořídili, a zjišťují, na co tento konkrétní klient nejlépe reaguje. Pečující mohou tato zjištění zavádět do praxe. Metoda usnadňuje práci personálu a pohodu klienta. Vhodné je její využití zejména pro těžko zvladatelné nebo dokonce agresivní nemocné. Videotrénink interakcí pomáhá založit péči o člověka na tom, co je mu milé nebo alespoň snesitelné. Zmíněná metoda je však pro praxi časově náročná, zatím je dobře použitelná zejména pro dobrovolné pracovníky.

#### **2.6.10 Etika, ochrana práv**

O ošetřovatelství se hovoří jako o morálním umění. Koncepce péče je založena na ošetřovatelské etice, která považuje za morální takové jednání sestry, jímž chrání a podporuje lidskou důstojnost pacientů. Za morální základ v ošetřovatelské praxi je považován vztah sestry a



pacienta. Péče je založena na morálním ideálu lidské důstojnosti zakořeněném v našich představách.

Sestra je chápána jako obránce práv ošetřovaného v systému zdravotní péče. Sestra jej informuje o jeho právech, má za úkol se ujistit, že těmto právům rozumí, informuje ho o porušení těchto práv a snaží se předcházet jejich dalšímu porušování. Pohlíží na nemocného jako na člověka, který by měl být respektován. Jako obhájce musí sestra nejprve zvážit základní lidské hodnoty ošetřovaného a pak jednat na ochranu jeho lidské důstojnosti, soukromí a rozhodnutí. Když není schopen vlastního rozhodování, obhajuje sestra jeho pohodu tak, jak ji definoval předtím, než onemocněl nebo tak, jak ji definují členové jeho rodiny nebo jeho zástupci v rozhodování. Sestra zvažuje způsob, kterým chrání během nemoci významné lidské hodnoty člověka s demencí a uvědomuje si, že za touto důležitou rolí obhájce je zodpovědná jak společnosti tak i své ošetřovatelské profesi.

Teorie ošetřovatelství a ošetřovatelská etika se mění. Historie a současnost nám ukazují rozdílnost v pojetí. Dříve se kladl důraz na umění správně ošetřit ránu nebo umět aplikovat injekci (říká se tomu ošetřovatelská technika), dnes se požaduje i psychosociální působení na nemocného. Psychická a sociální podpora nemocného je významným pomocníkem léčby. Do ošetřovatelství pronikají prvky demokratičnosti, to znamená respektování přání nemocného. Etika chování je v moderním ošetřovatelství centrální součástí komplexního přístupu k nemocnému nebo klientovi.

Práva lidí postižených demencí vycházejí ze základních lidských práv.

#### **2.6.10.1 Lidská práva**

- Právo na život a jeho ochranu
- Právo na osobní svobodu
- Právo na soukromí
- Právo vlastnit majetek

- Právo na nedotknutelnost obydlí
- Právo listovního tajemství
- Právo svědomí a náboženského vyznání
- Právo nebýt diskriminován
- Právo na rovnost a důstojnost lidí

#### 2.6.10.2 Práva pacienta

- Na rovnocennou, důstojnou a optimální zdravotní péči a léčení
- Na úctu a důstojnost v zázemí
- Na citlivou a úplnou informaci o chorobě
- Na mlčenlivost ošetřujícího personálu o pacientově zdravotním stavu
- Na souhlas ke způsobům diagnostiky a léčby
- Na souhlas při zařazení do klinické studie nebo k výukové demonstraci
- Na odmítnutí léčby a možnost konzultace jiného lékaře nebo zdravotního zařízení
- Na zvláštní sociální péče a podporu danou zákonem
- Na možnost návratu do původního zaměstnání

Pacient má povinnost

- Udělit-li souhlas k léčbě, tuto dodržovat
- Dbát na doporučenou životosprávu
- Seznámit se s provozním řádem zdravotního zařízení a dodržovat ho

Definitivní verzi Práv pacientů v České republice formulovala a vyhlásila Centrální etická komise MZ ČR dne 25. 2. 1992 (viz přílohy).

#### 2.6.10.3 Základní práva a potřeby duševně nemocných

- „Právo být vnímán a respektován jako jedinečná lidská bytost

- Právo na svobodné rozhodování o sobě samém
- Právo na soukromí
- Právo na práci a spravedlivou odměnu
- Právo na přiměřené hmotné zabezpečení, zvláště při ztrátě či oslabení výdělečných možností
- Právo na přiměřenou životní úroveň, včetně potravy, šatstva, bydlení, lékařské péče a nezbytných sociálních služeb
- Právo na spolurozhodování o léčebných výkonech a postupech Právo na informovanost o podstatných skutečnostech nemoci
- Právo na lidský kontakt, na osobní svobodu
- Právo na kultivaci a osobní růst“ (MPSV ČR 2000)

#### **2.6.10.4 Práva pacientů trpících demencí**

- „Být informován o své chorobě
- Mít soustavnou a vhodnou lékařskou péči
- Být užitečný při práci a zábavě tak dlouho, jak je to jen možné
- Být vnímán při jakémkoli zacházení jako dospělý člověk
- Při vyjádření svých citů být brán vážně
- Je-li to možné, nebýt léčen psychotropními látkami
- Žít v bezpečném, předvídatelném a srozumitelném prostředí
- Mít potěšení z každodenních činností
- Mít možnost chodit pravidelně ven
- Pociťovat tělesný kontakt včetně objetí a pohlazení
- Být s lidmi, kteří znají život nemocného, včetně jeho náboženských zvyklostí
- Být ošetřován pracovníky, kteří jsou proškoleni pro péči o občany s demencí“ (Standardy DpS, 2007)

V dodržování práv nemocných může dojít ke konfliktu povinností, což znamená, že omezení práv pacientů je zdůvodněno převažujícími zájmy třetí strany, tj. tam, kde by ničím neomezené prosazování práva pacienta způsobilo vážnou újmu třetí straně, kde neexistují jiné způsoby, jak se újmě vyhnout, a zároveň lze důvodně očekávat, že díky omezení se této újmě předejde.

Některé situace přinášejí nutnost použití omezujících prostředků. Omezení lze uplatnit tam, kde je jeho účelem předejít vážnému poškození pacienta a nazývá se terapeutická výjimka.

## **3 EMPIRICKÁ ČÁST**

### **3.1 Charakteristika souboru respondentů**

Výzkumný soubor reprezentují pracovníci jednoho Domova pro seniory. O vyplnění dotazníku jsem požádala všechny pracovníky v přímé péči, to znamená 38 všeobecných sester (dále jen sester) a 64 pracovníc/pracovníků v sociálních službách (PSS). Celkem tedy 102 zaměstnanců. Zpět se mi vrátilo 66 vyplněných dotazníků, což je 65%. Celkový konečný počet respondentů byl tedy 41 pracovníc/pracovníků v sociálních službách a 25 všeobecných sester.

### **3.2 Charakteristika sledovaného Domova pro seniory**

Domov pro seniory sídlí v centru krajského města. Je součástí zařízení příspěvkové organizace Sociální služby města.

Celková kapacita domova je 274 lůžek v různých kategoriích a je stále plně využita. Služby, které poskytuje uživatelům jsou podle režimu a specializace péče děleny do následujících kategorií: domov pro seniory, domov se zvláštním režimem a odlehčovací služba. Poskytované služby v domově pro seniory jsou určeny především pro osoby se sníženou soběstačností, jejichž situace vyžaduje aktivní pomoc jiné fyzické osoby. Jedná se o osoby, které se o sebe nejsou schopné postarat ve svém přirozeném prostředí, a to ani při využití ambulantních sociálních služeb a pomoci rodinných příslušníků. Domov se zvláštním režimem poskytuje pobytové služby uživatelům od 40 let, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění, zejména schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy, poruchy nálad a organické duševní poruchy a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby. Režim této sociální služby je přizpůsoben specifickým potřebám uživatelů. Odlehčovací služba poskytuje pobytové služby uživatelům se sníženou soběstačností. Jedná se o uživatele, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném prostředí. Cílem služby je poskytnout pečující osobě nezbytný odpočinek.

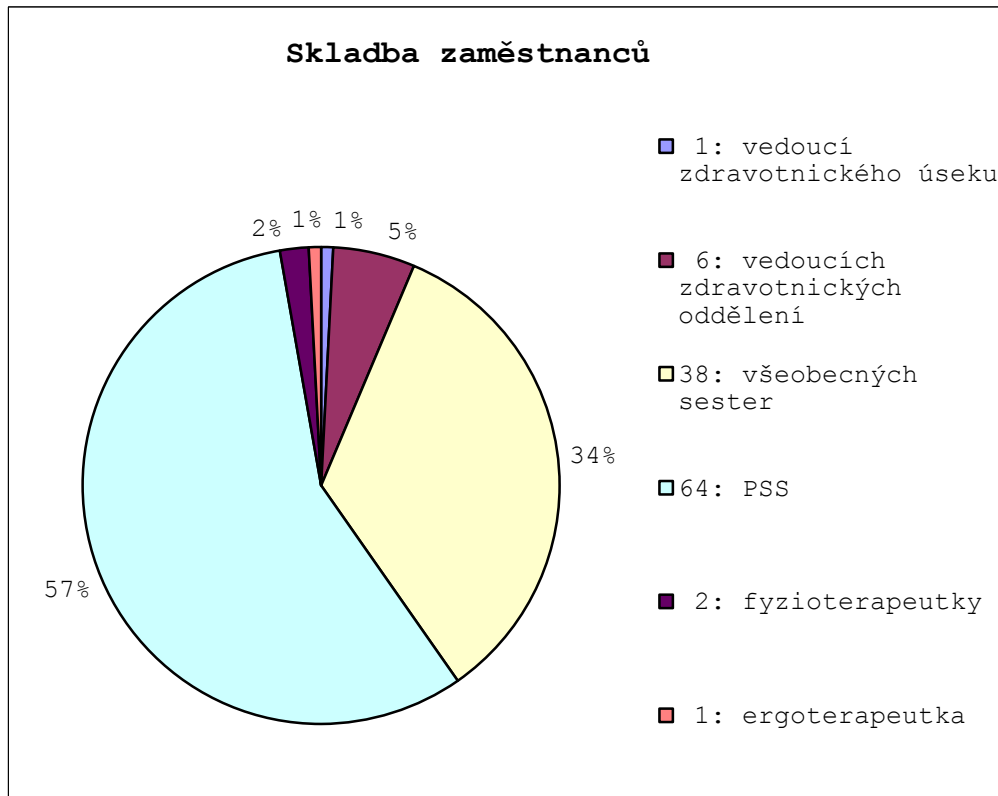
Hlavním cílem zařízení je naplnění individuálních potřeb

jednotlivce se snahou o jeho maximální spokojenost.

Pro konkrétní představu o praktické činnosti - domov poskytuje ubytování, zajišťuje úklid, praní, žehlení a drobné opravy prádla, celodenní stravu odpovídající potřebám dietního stravování pod dohledem nutriční terapeutky, podmínky, podporu a asistenci při zvládání běžných úkonů a dostupnost zdravotní, ošetrovatelské a sociální péče. Snaží se umožnit uživateli trávit smysluplně volný čas, udržovat, eventuelně rozvíjet jeho schopnosti a dovednosti, zachovat přirozenou vztahovou síť uživatele (kontakty s rodinou, známými), předcházet sociální izolaci uživatele, zajistit pro uživatele dodržování základních práv a svobod.

Sociální pracovnice pomáhají klientům komunikovat s úřady a organizují pro ně aktivity pro volný čas. Zdravotní zázemí zajišťuje smluvní lékařka s ordinací přímo v prostorách domova. Všeobecné zdravotní sestry poskytují odbornou ošetrovatelskou péči po celých 24 hodin denně. Tzv. sociální péči - pomoc uživatelům při osobní hygieně, asistenci při oblékání a zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu - zajišťují pracovnice a pracovníci v sociálních službách. V celém zdravotnickém úseku se na péči o klienty podílí: vedoucí zdravotnického úseku, 6 vedoucích zdravotnických oddělení a již zmíněných 102 pracovníků v přímé péči, dále jsou od pondělí do pátku k dispozici dvě fyzioterapeutky a jedna ergoterapeutka.

Graf č. 2 Skladba zaměstnanců



PSS tvoří většinu ošetrovatelského personálu, jejich odpovědi v dotazníkovém šetření tedy o praxi vypovídají více.

### 3.3 Popis použitých metod

#### 3.3.1 Výběr metod

K ověření vymezených otázek a dosažení stanovených cílů průzkumu jsem použila jednu z exploračních metod, metodu dotazníkového šetření mezi pracovníky Domova pro seniory.

K hlubšímu pochopení zkoumaného prostředí jsem použila následující pomocné metody

- doplňující rozhovor s některými pracovníky
- obsahovou analýzu ošetrovatelské a pečovatelské dokumentace a dokumentů DpS (Výroční zprávy, organizační schéma, standardy,

metodické pokyny)

### 3.3.2 Popis dotazníku

Ke sběru dat jsem použila vlastní dotazník. Soubor otázek v dotazníku slouží ke zjištění úrovně odborných znalostí pracovníků pečujících o osoby postižené některou formou demence a způsob provádění péče v praxi.

V úvodu dotazníku jsou použity otázky identifikační: věk, vzdělání, pohlaví, pracovní zařazení v Domově pro seniory, délka zaměstnaneckého poměru ve zkoumaném Domově pro seniory.

Dotazník obsahuje celkem sedmáct otázek, z nichž jedna je členěna na dvě podotázky zaměřující se na typ vzdělání pracovníka. Otázky jsou formulovány jako uzavřené. Respondenti vyznačují vybranou odpověď křížkem. Otázky mohou mít více odpovědí. Respondenti mají možnost komentovat jednotlivé otázky vlastním zápisem.

K ověření cílů průzkumu byly v dotazníku uplatněny dva okruhy otázek.

- odborné znalosti pracovníků pečujících o osoby postižené některou formou demence
- způsob provádění péče o osoby s demencí

Popis realizace průzkumu

Po vytvoření první verze dotazníku jsem provedla pilotní ověření srozumitelnosti jeho jednotlivých položek. Pilotní ověření dotazníku provedla jedna ze všeobecných sester působící ve zkoumaném Domově pro seniory. Po provedení revize jsem provedla korekci u dvou položek dotazníku, která měla vést ke zvýšení srozumitelnosti a jednoznačnosti pokládaných otázek.

Dotazníkové šetření mezi respondenty proběhlo v červnu 2008. Doplňující rozhovory s pracovníky přímé péče jsem provedla v červenci 2008. Obsahovou analýzu ošetřovatelské a pečovatelské dokumentace jsem prováděla průběžně při realizaci průzkumu.



### **3.3.3 Vlastní sběr dat**

Pracovníky sledovaného Domova pro seniory jsem v rámci jednotlivých oddělení seznámila s výzkumným projektem, jeho cíli a stručně také s obsahem dotazníku, byli ubezpečeni o důvěrnosti získaných dat. V případě potřeby jsem zodpověděla dotazy respondentů. Při souhlasném vyjádření s participací na tomto šetření, jsem respondenty požádala o navrácení vyplněného dotazníku ve lhůtě 14 dnů. Vlastní vyplnění bylo možné psanou formou.

Sběr dat proběhl se souhlasem a s účastí vedení zařízení.

Celkem jsem pracovníkům sledovaného Domova pro seniory poskytla k vyplnění 102 dotazníky, návratnost byla 66%.

Ošetřovatelskou a pečovatelskou dokumentaci jsem měla k dispozici v době administrace dotazníků. Při práci se všemi citlivými daty jsem dodržovala pravidla ochrany osobních údajů.

## **3.4 Výsledky**

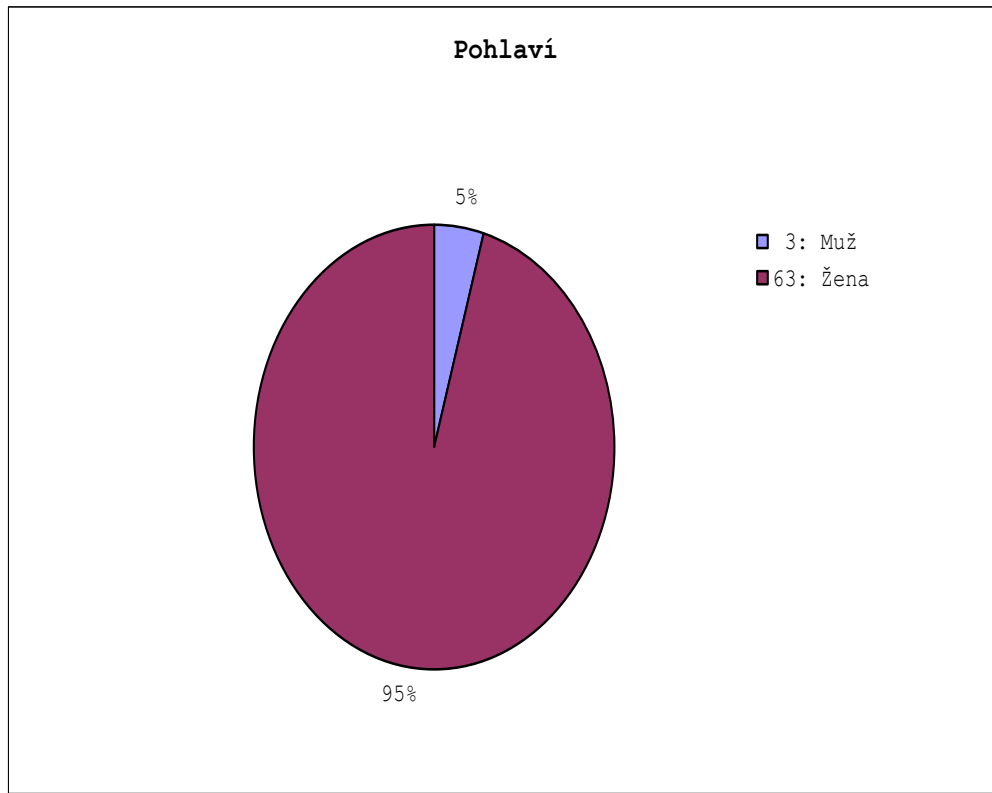
Údaje získané průzkumem jsem zpracovávala v několika fázích. V první fázi jsem provedla klasifikaci dotazníků podle pracovního zařazení respondentů na dvě podskupiny - všeobecné sestry a pracovníci v sociálních službách. V další fázi jsem zjistila celkový počet odpovědí na jednotlivé otázky v jednotlivých podskupinách.

Následně jsem provedla zobrazení dat prostřednictvím výsečových a sloupcových grafů. Výsečové grafy zobrazují názorně skupinu odpovědí s jednou variantou. Sloupcové grafy jsou využity pro zobrazení skupin odpovědí s několika v dotazníku vyznačenými variantami. Grafy zobrazují každou otázku zvlášť. Každý graf je okomentován. V další fázi jsem stručně pojmenovala jednotlivé grafy. V závěrečné fázi jsem provedla interpretaci získaných dat, která jsem doplnila vlastním komentářem a uvedla v části Diskuse.

U otázky číslo 1, 2, 3b, 4, 5, 6, 10 a 14 jsou výsledky šetření znázorněny vždy v jednom výsečovém grafu z důvodu podobných odpovědí obou podskupin respondentů. Otázky číslo 7, 8, 9, 11 a 15 jsou

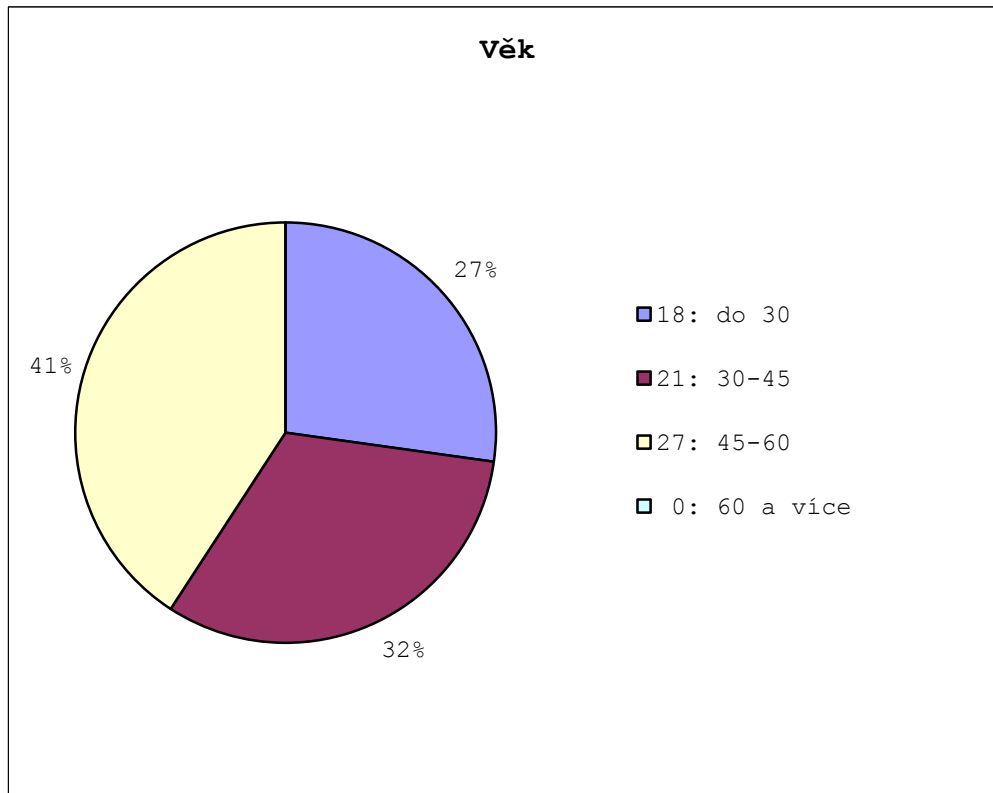
znázorněny vždy dvěma výsečovými grafy z důvodu zobrazení rozdílu mezi odpovědmi PSS a sester. Otázky číslo 12 a 13 jsou znázorněny vždy jedním sloupcovým grafem. Otázky číslo 16 a 17 jsou znázorněny dvěma grafy z důvodu zobrazení rozdílu mezi odpovědmi PSS a sester. Výsečové grafy znázorňují procentuální vyjádření celkového počtu odpovědí a legenda absolutní počet respondentů, sloupcové grafy znázorňují absolutní počet respondentů a v legendě jsou uvedeny alternativy odpovědí.

Graf č. 3 Pohlaví:



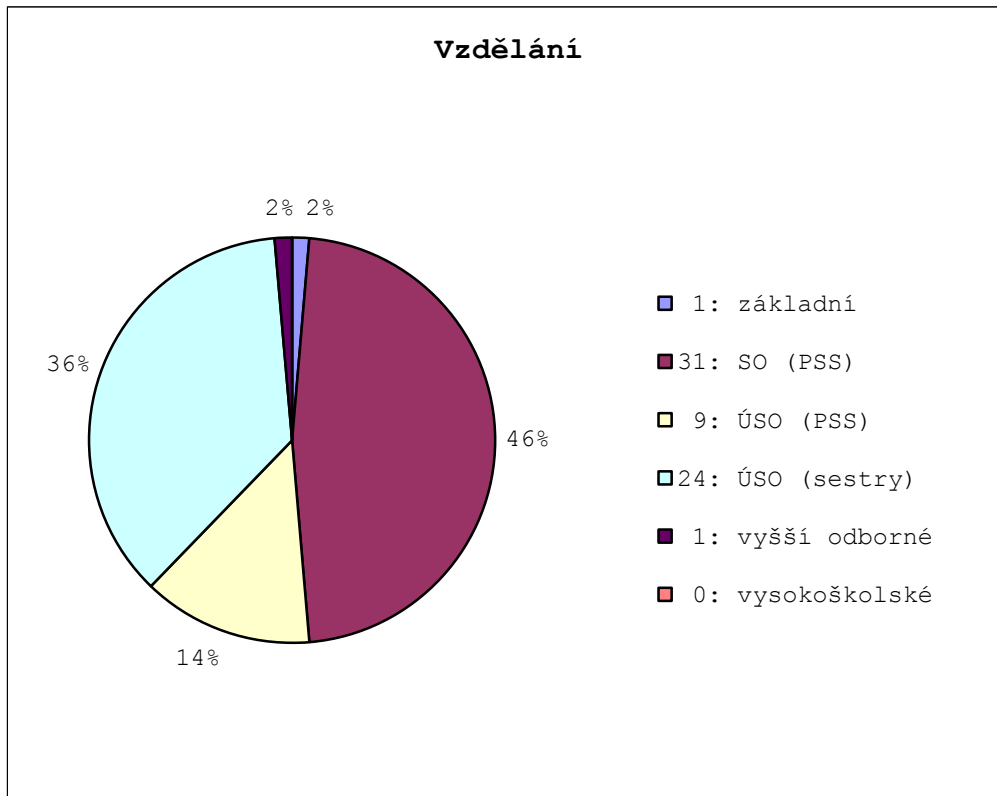
5% respondentů tvoří muži, 95% ženy. Většinu pečujícího personálu ve sledovaném DpS tvoří ženy, stejně jako v jiných zařízeních tohoto typu.

Graf č. 4 Věk:



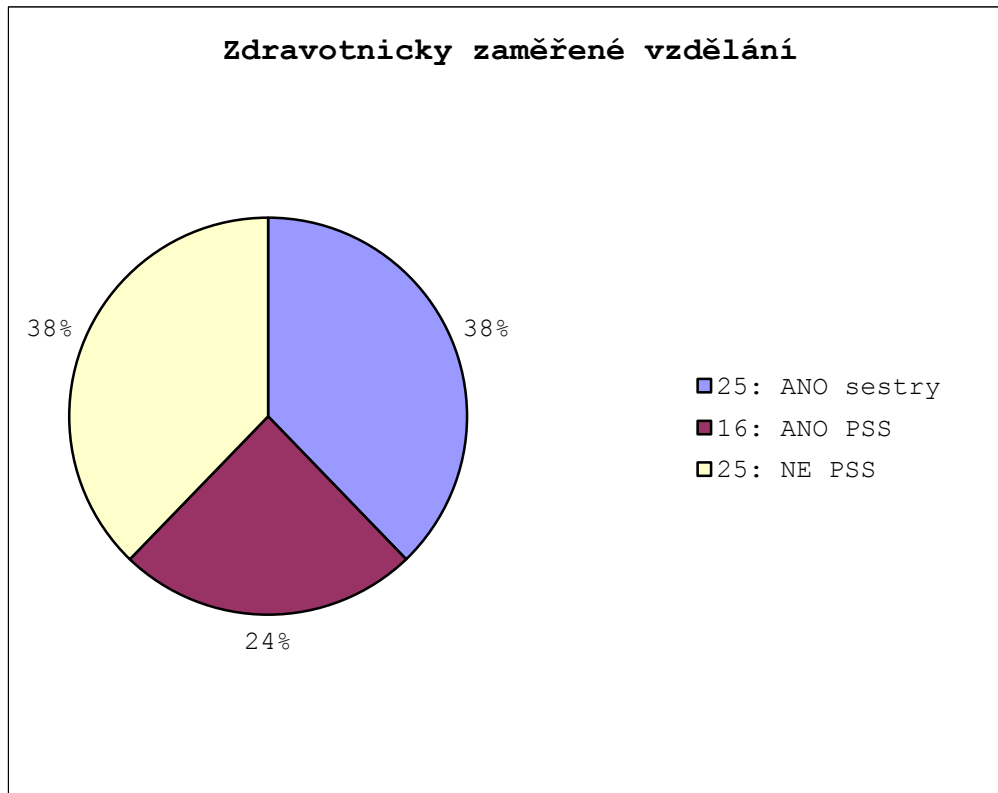
27% respondentů je ve věku do 30 let, 32% mezi 30 a 45 lety, 41% mezi 45 a 60 lety, žádný z respondentů není starší 60 let. Ve sledovaném DpS jsou zastoupeni i zaměstnanci starší 60 let, žádný z oslovených zástupců této skupiny se však nebyl ochoten dotazníkového šetření účastnit.

Graf č. 5 a) Vzdělání:



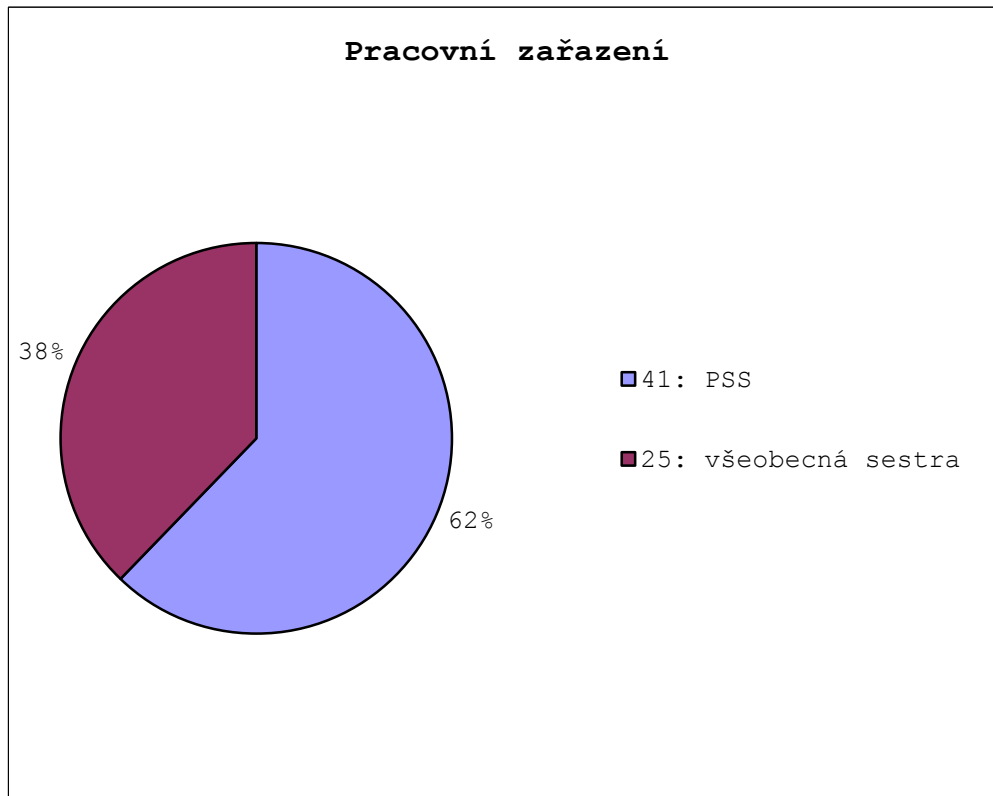
2% respondentů tvoří zaměstnanci se základním vzděláním, 46% se středním odborným vzděláním, 14% PSS s úplným středním odborným vzděláním, 36% sestry s úplným středním odborným vzděláním, 2% s vyšším odborným vzděláním, žádný z respondentů nemá vysokoškolské vzdělání. Většina ošetřujícího personálu ve sledovaném DpS má středoškolské vzdělání.

Graf č. 3 b) Zdravotnický zaměřené:



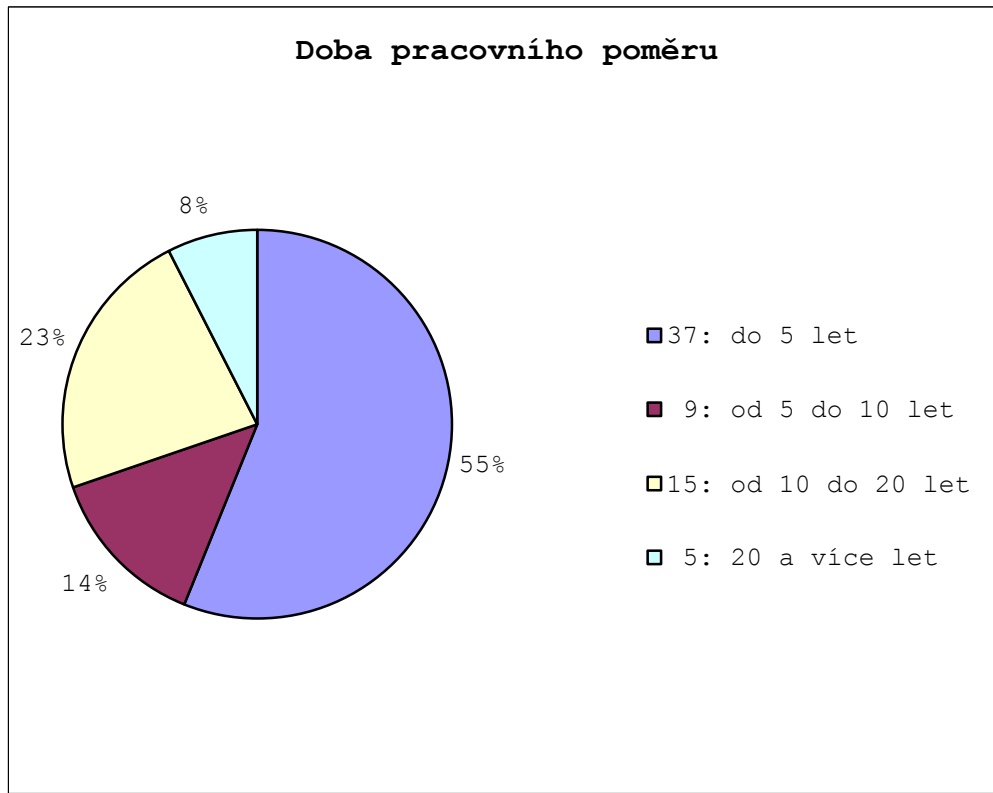
38% respondentů jsou sestry, 24% jsou PSS se zdravotnickým zaměřeným vzděláním, 38% jsou PSS bez zdravotnického vzdělání. Většina ošetrovacího personálu má tedy vzdělání se zdravotnickým zaměřením

Graf č. 6 Pracovní zařazení:



62% respondentů jsou PSS, 38% všeobecné sestry. Převahu tedy mají PSS, úroveň jejich odborných znalostí, ovlivňující přímo jejich přístup k uživatelům s demencí, má velký význam pro kvalitu poskytované péče.

Graf č. 7 Kolik let jste v tomto zařízení zaměstnán/a?

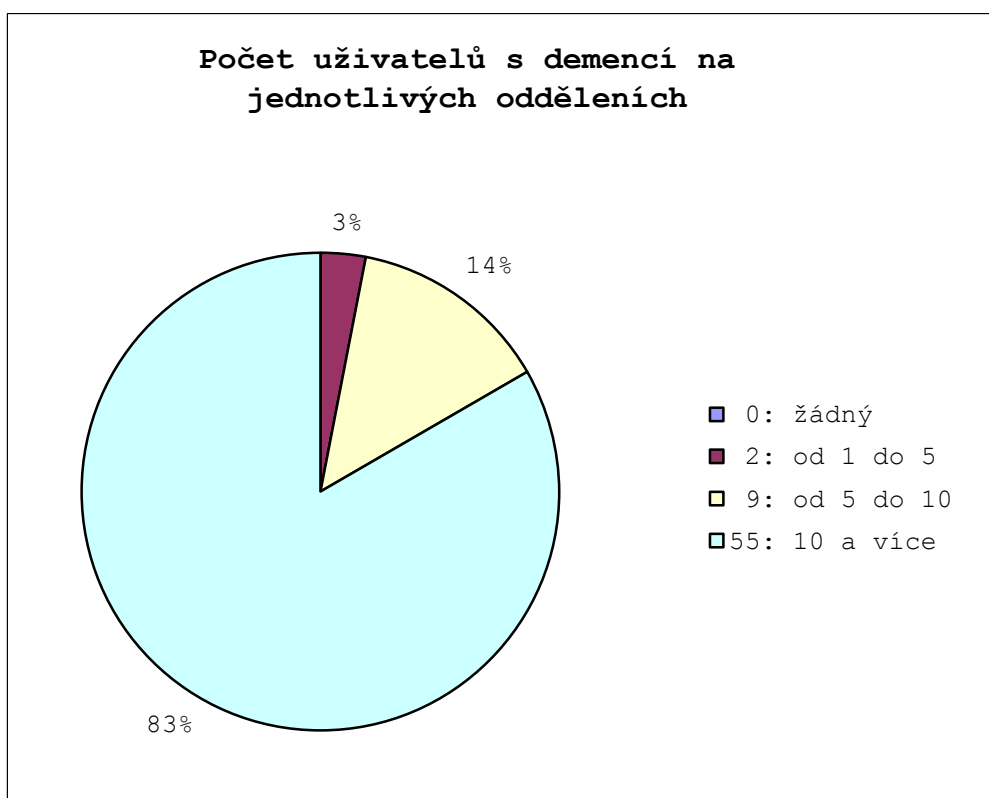


55% respondentů je ve sledovaném DpS zaměstnáno po dobu kratší 5 let, 14% mezi 5 a 10 lety, 23% mezi 10 a 20 lety, 8% 20 a více let.

Domnívám se, že uvedené výsledky lze interpretovat tak, že profese sester a PSS v DpS není příliš atraktivní nebo tak, že je obtížné je vykonávat dlouhodobě. Na podobu tohoto grafu může mít vliv i fakt, že v posledních 5 letech se zvýšil celkový počet personálu v přímé péči o 11 osob.



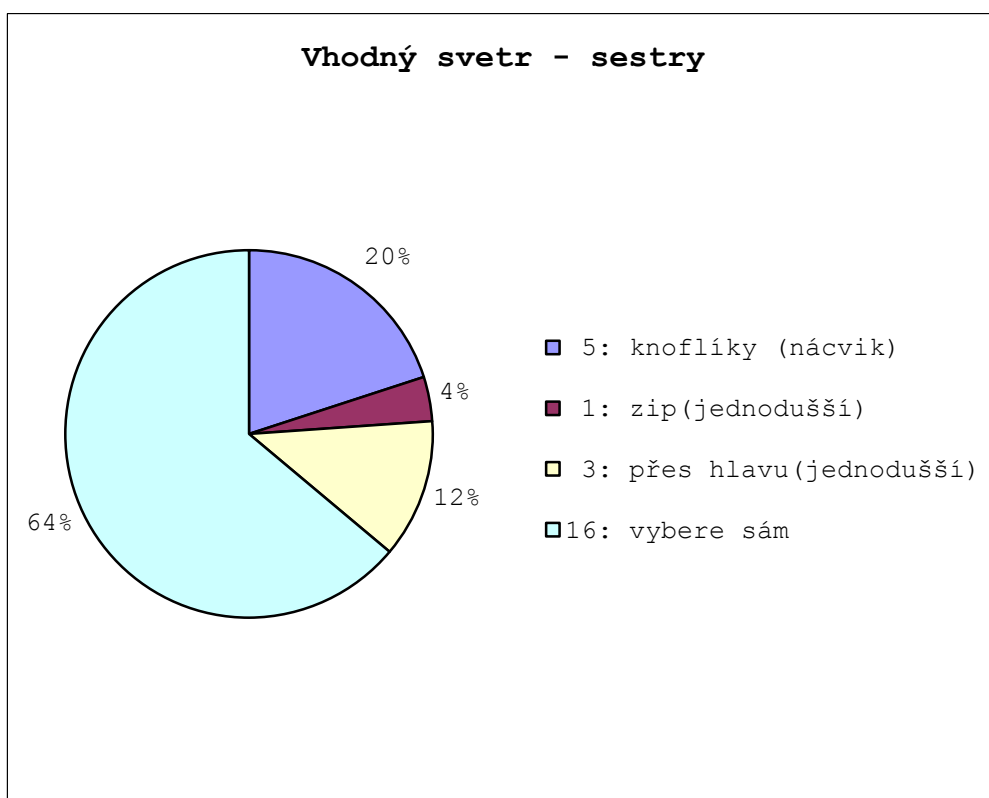
Graf č. 8 Kolik uživatelů na vašem oddělení trpí některou formou demence?



3% respondentů uvádějí, že na oddělení, kde jsou zaměstnáni, žije mezi 1 a 5 klienty s demencí, 14% mezi 5 a 10 klienty s demencí, 83% více než 10 klientů s demencí. Žádný respondent nevedl, že žádný z jejich klientů netrpí některou formou demence.

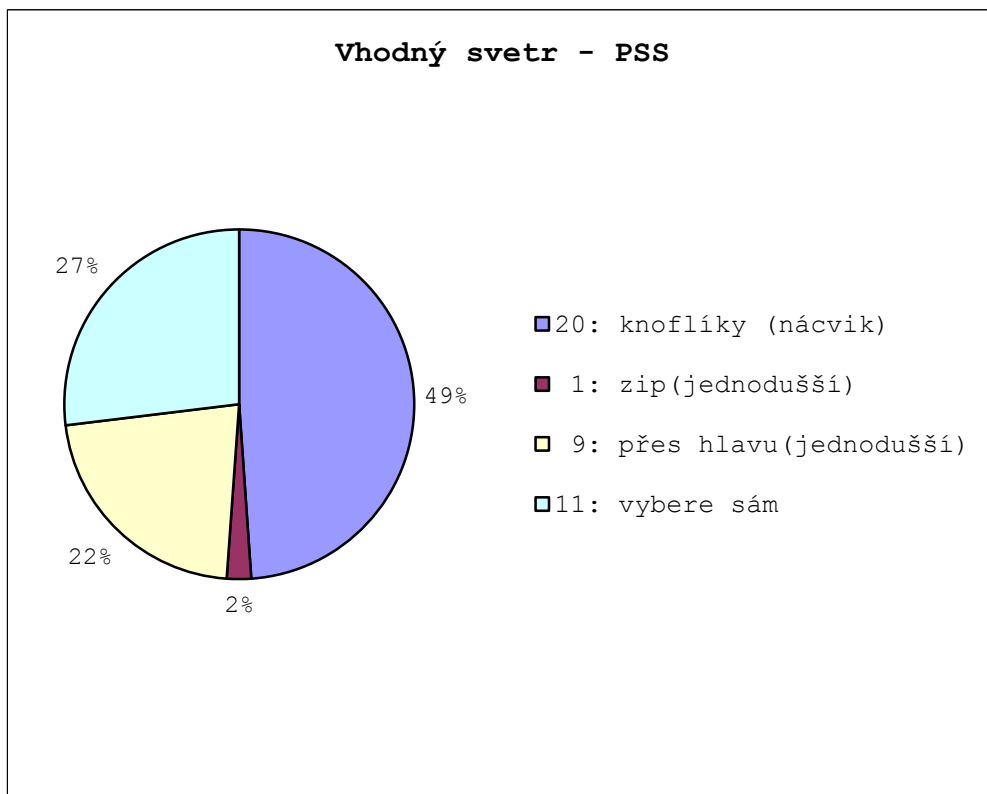
Problematika demence se týká bezesbýtku všech oddělení sledovaného DpS. Znalost problematiky ošetřování klientů s demencí je proto nezbytná pro všechny zaměstnance přímé péče.

Graf č. 9 Jaký svetr vyberete pro uživatelku/e s demencí, která/ý se ještě dokáže obléct?



20% zúčastněných sester by vybralo pro klienta s demencí svetr s knoflíky z důvodu nácviků jemné motoriky, 4% se zipem, protože to považují za nejjednodušší, 12% svetr přes hlavu, protože to považují za nejjednodušší, 64% by umožnilo klientovi samostatný výběr.

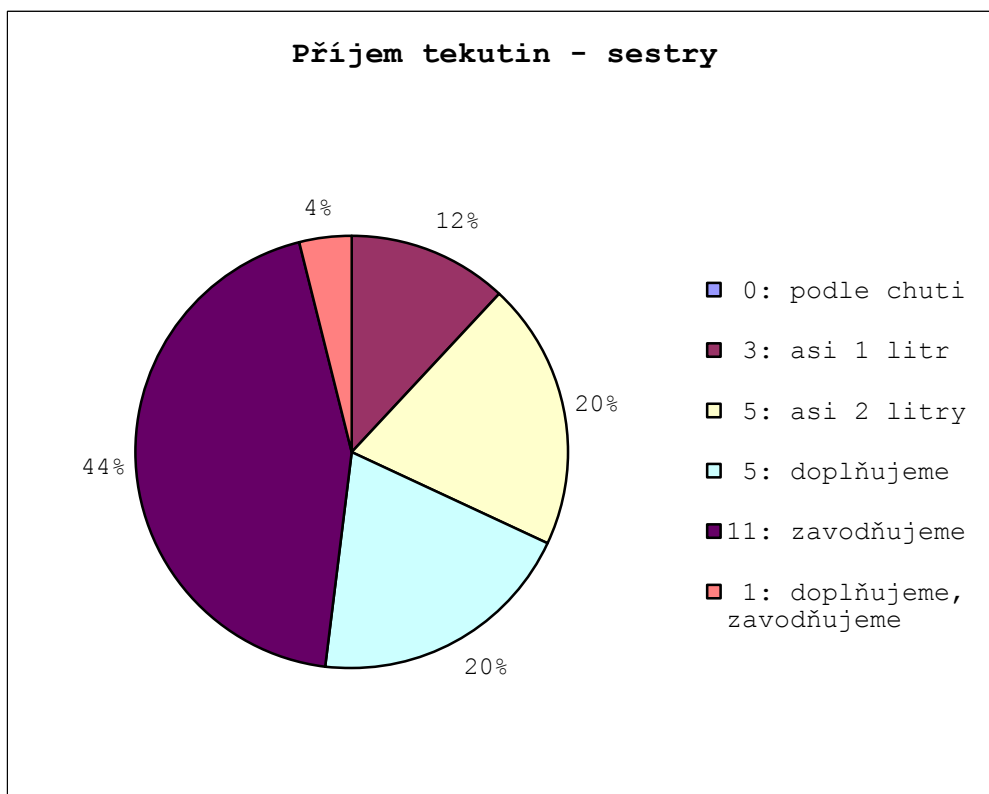
Z uvedených variant, zřejmě vedeny dobrým úmyslem, zvolily sestry nejčastěji možnost svobodného výběru klienta. Tento přístup se nedoporučuje. Člověk postižený demencí má porušenou schopnost rozhodování a taková situace ho může rozrušit. Tomu bychom měli předcházet.



49% zúčastněných PSS by vybralo pro klienta s demencí svetr s knoflíky z důvodu nácvik jemné motoriky, 2% se zipem, protože to považují za nejjednodušší, 22% svetr přes hlavu, protože to považují za nejjednodušší, 27% by umožnilo klientovi samostatný výběr.

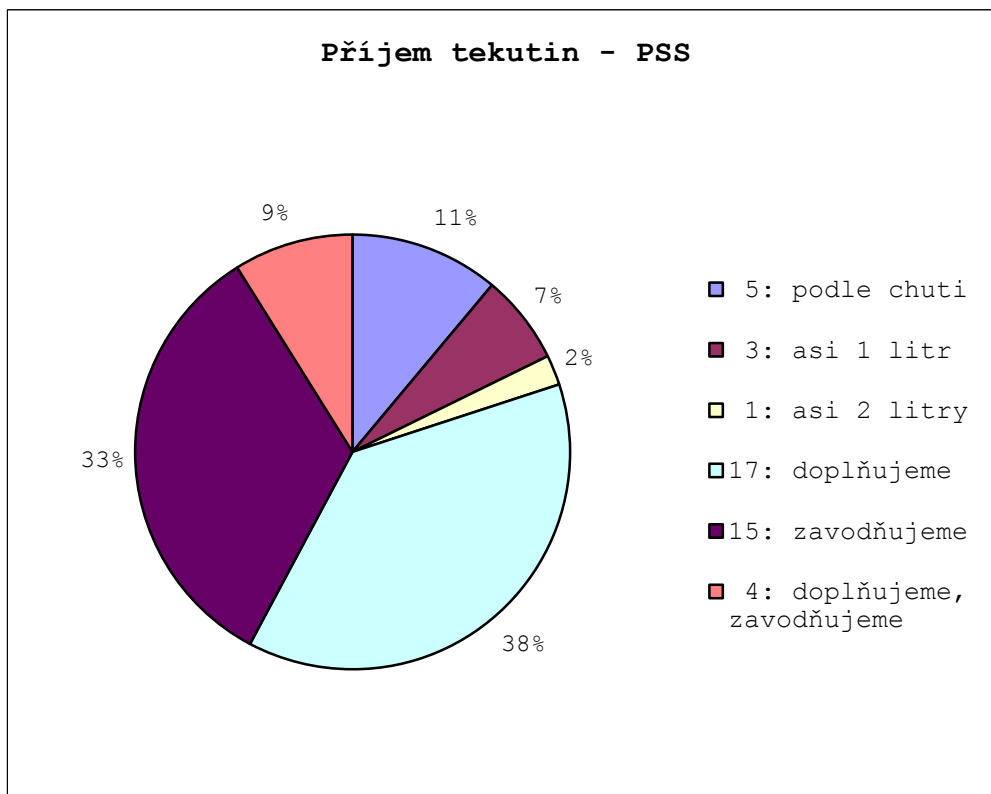
Optimální je oděv, který se snadno obléká a svléká. To v tomto případě znamená svetr se zdrhovadlem. Profesionální ošetrovatelská péče o osoby s demencí se zaměřuje mimo jiné na co nejdelší zachování dosavadních schopností sebeobsluhy. Nacvičovat jemnou motoriku není jejím cílem, protože pro sebeobsluhu není nezbytná a nemocného situace, kterou nezvládá, stresuje. Většina PSS by volila svetr s knoflíky, tato volba je sporná, vzhledem k výše uvedenému, ale pro člověka, který zapínání knoflíků ještě zvládá, by mohla být vhodná.

Graf č. 10 Kolik tekutin denně vypijí jednotliví senioři na vašem oddělení?



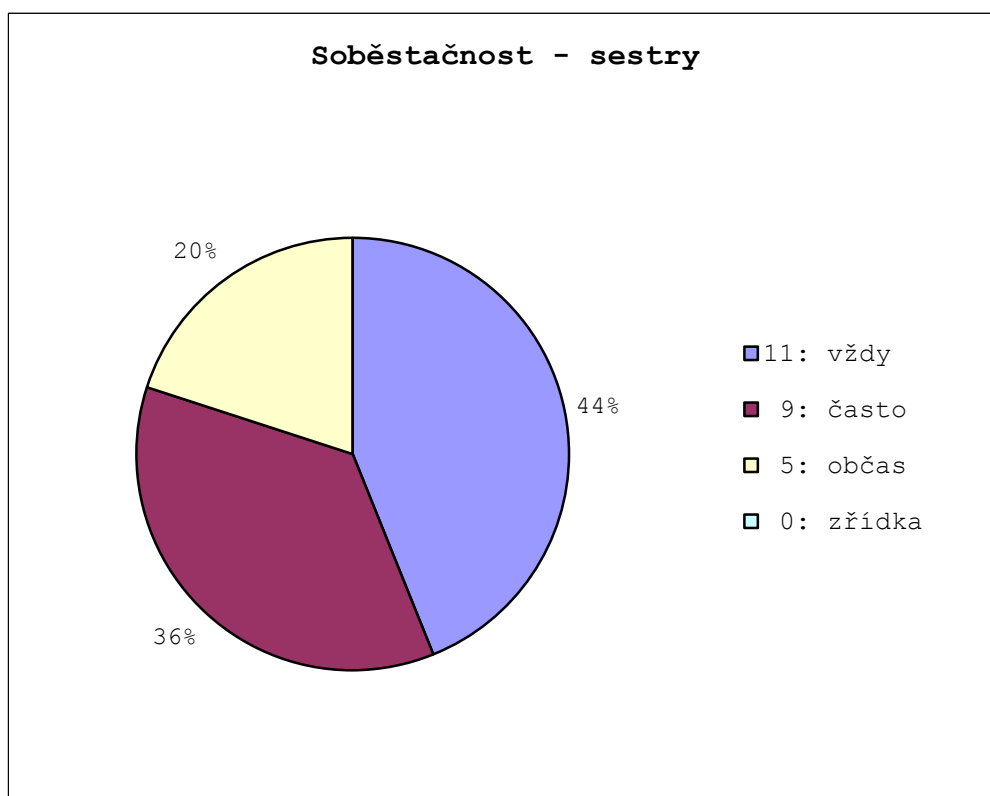
Žádný z respondentů neuvádí, že senioři na jejich oddělení vypijí denně množství tekutin podle své chuti, 12% asi 1 litr, 20% asi 2 litry, 20% Neměříme to, ale tekutiny mají na dosah a pravidelně je doplňujeme, 11% Neměříme to, ale v průběžně je zavodňujeme, 4% obě poslední jmenované možnosti.

Více než dvě třetiny sester přiznaly, že nemají přehled o konkrétním množství klienty vypitých tekutin. To nepovažují za správné.

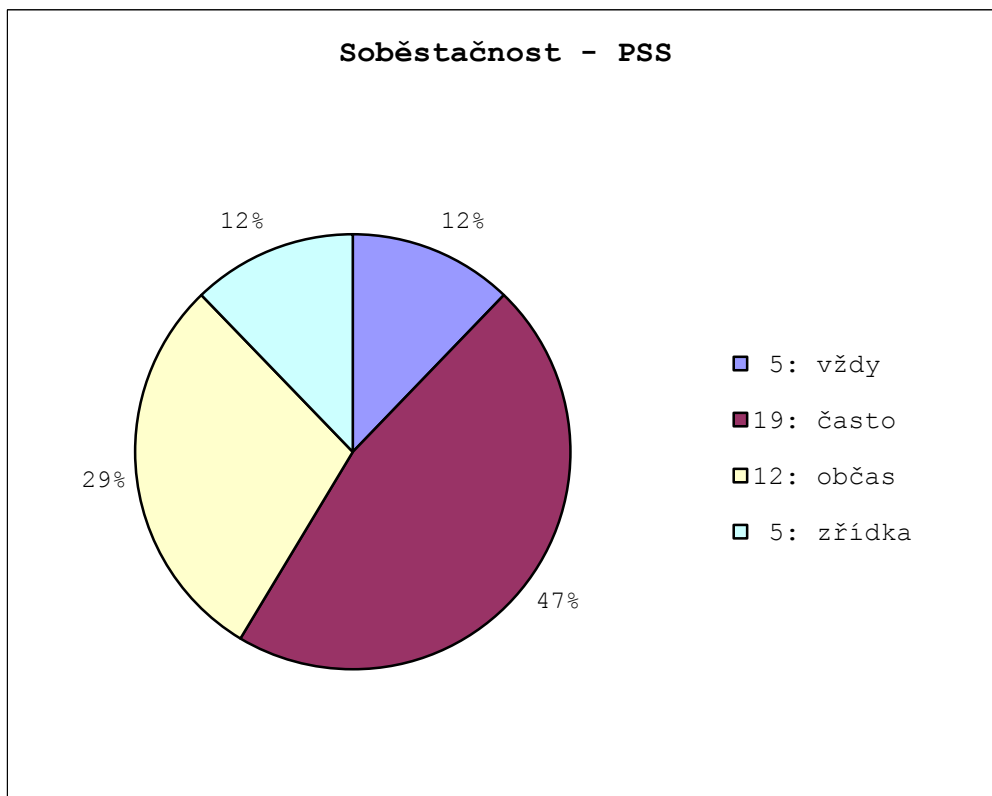


11% respondentů uvádí, že senioři na jejich oddělení vypijí denně množství tekutin podle své chuti, 7% asi 1 litr, 2% asi 2 litry, 38% zvolilo možnost neměříme to, ale tekutiny mají na dosah a pravidelně je doplňujeme, 33% neměříme to, ale v průběžně je zavodňujeme, 9% uvádí obě poslední jmenované možnosti. Senioři mívají nedostatečný pocit žízně a není tedy vhodné spoléhat na to, že budou dostatečně hydratováni na základě vlastní chuti. Z toho vyplývá, že ani varianta Neměříme to, ale tekutiny mají na dosah a pravidelně je doplňujeme, není optimální. Je zajímavé i porovnání obou grafů, zejména výseku s variantou 2l/den/senior.

Graf č. 11 Dáte v běžném pracovním dni uživateli/i s demencí prostor, aby se sama/sám oblékla/obléknul?



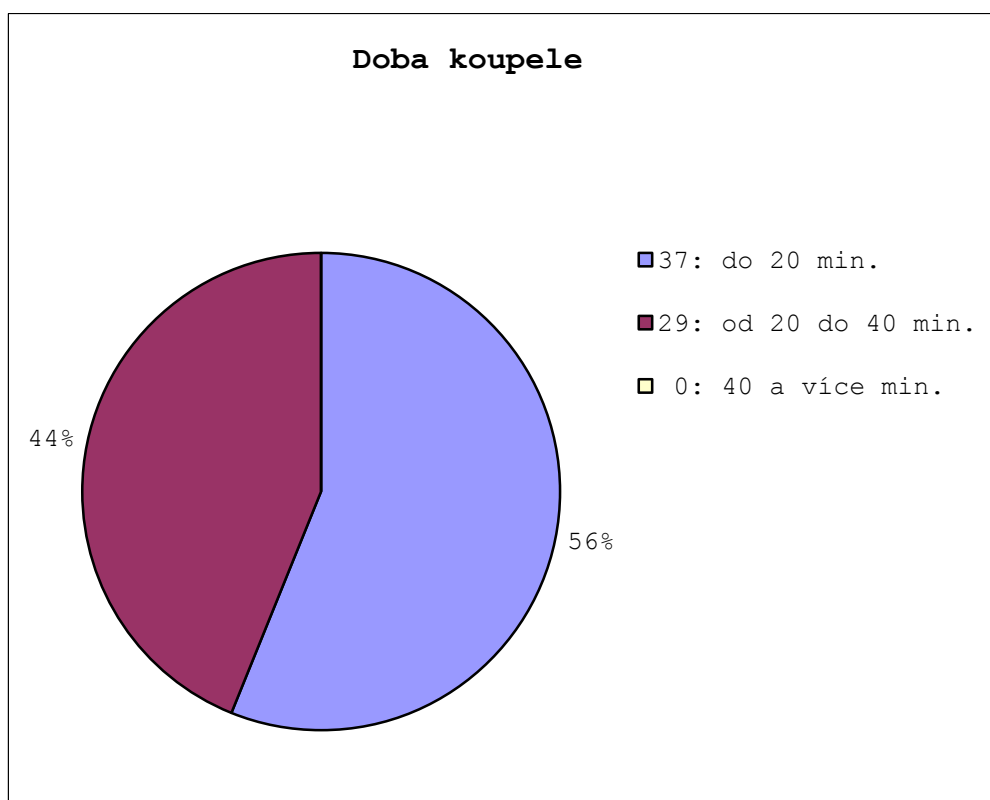
44% zúčastněných sester uvádí, že v běžném pracovním dni dává uživatelům prostor k samostatnému oblékání vždy, 36% často, 20% občas, žádná nevedla variantu zřídka.



12% zúčastněných PSS uvádí, že v běžném pracovním dni dává uživatelům prostor k samostatnému oblékání vždy, 47% často, 29% občas, 12% zřídka.

Podle porovnání těchto dvou grafů sestry častěji umožňují uživatelům s demencí samostatné oblékání. I přes to, že většina personálu byla informována o vhodnosti podpory klientových schopností sebeobsluhy, hektický průběh běžného pracovního dne to vždy neumožňuje. Pro personál je varianta podpory sebeobsluhy klienta časově náročnější.

Graf č. 12 Kolik minut týdně tráví vaši uživatelé s demencí celkovou koupelí (nebo sprchováním)?

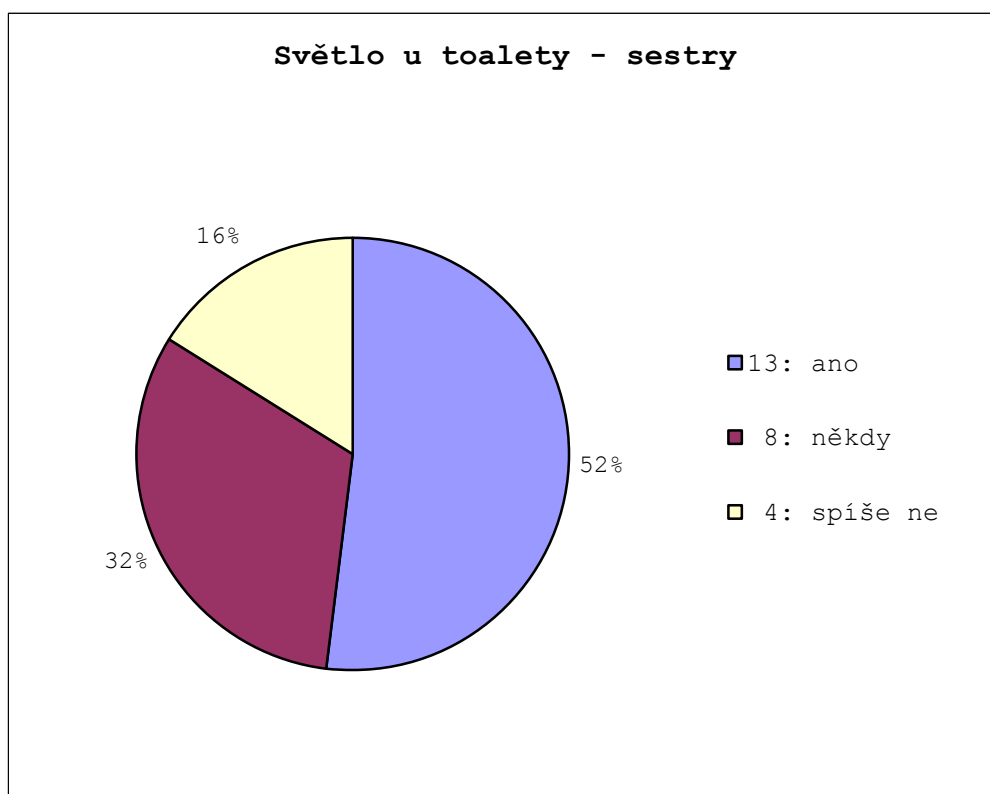


56% respondentů uvádí, že klienti na jejich oddělení tráví koupelí nebo sprchováním do 20 minut týdně, 44% mezi 20 a 40 minutami, nikdo neuvádí, že by se klienti koupali nebo sprchovali více než 40 minut týdně.

Pacienta je třeba povzbuzovat k tomu, aby udržoval osobní hygienu, protože má často tendenci na mytí zapomínat nebo není schopen si vybavit potřebné kroky k jejímu zajištění. Koupel pro něj může znamenat situaci, které nerozumí, nechápe, kde je, co se s ním děje, může pro něj být nepříjemným zážitkem. Personál by měl z koupele udělat klidnou, odpočinkovou a příjemnou záležitost. Toho však nelze dosáhnout ve spojení s provedením důkladné očisty ve 20 minutách, týdně se navíc 20 minut jeví na hranici dostatečné hygieny, tuto skutečnost ovlivňuje zejména poměr počtu zaměstnanců a klientů ve sledovaném DpS.

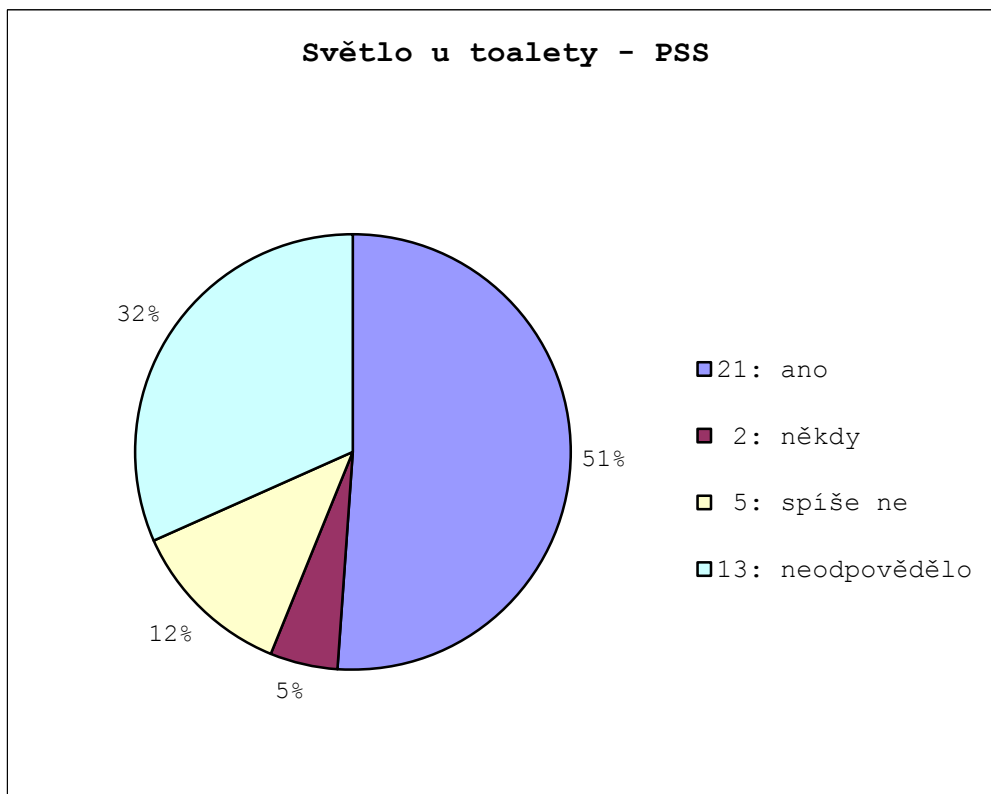


Graf č. 13 Je u toalety na vašem oddělení v noci stále svítící světlo?



52% zúčastněných sester uvádí, že na jejich oddělení je u toalet v noci stále svítící světlo, 32% někdy, 16% spíše ne.

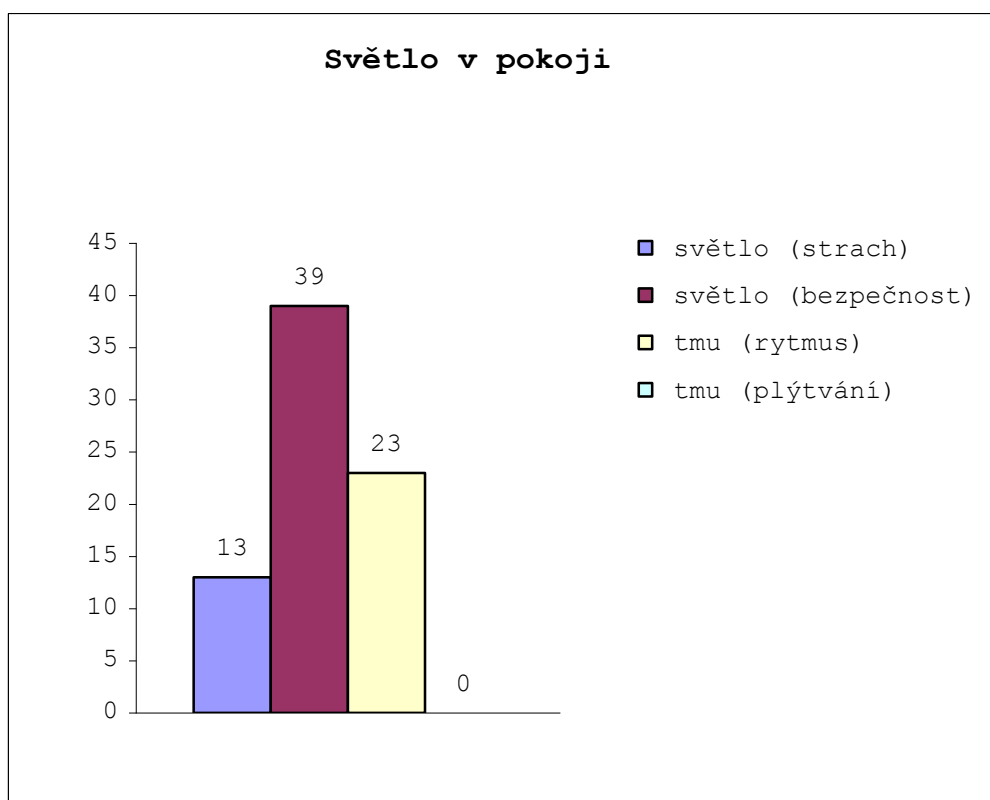
Právě tak, jako se lidé s demencí často zdržují mimo zóny, kde je tma, stejně tak jsou přitahováni k místům, kde je světlo. Proto je rozsvícené světlo přivede snadněji k toaletě. Většina oslovených sester tedy světlo pro tyto účely správně využívá.



51% zúčastněných PSS uvádí, že na jejich oddělení je u toalet v noci stále svítící světlo, 5% někdy, 12% spíše ne, 32% neodpovědělo.

Vysoké procento PSS nevedlo žádnou variantu, což vyplývá ze skutečnosti, že na některých odděleních pracují v nepřetržitém provozu pouze sestry. Z odpovědí vyplývá, že i většina oslovených PSS světlo využívá také správně.

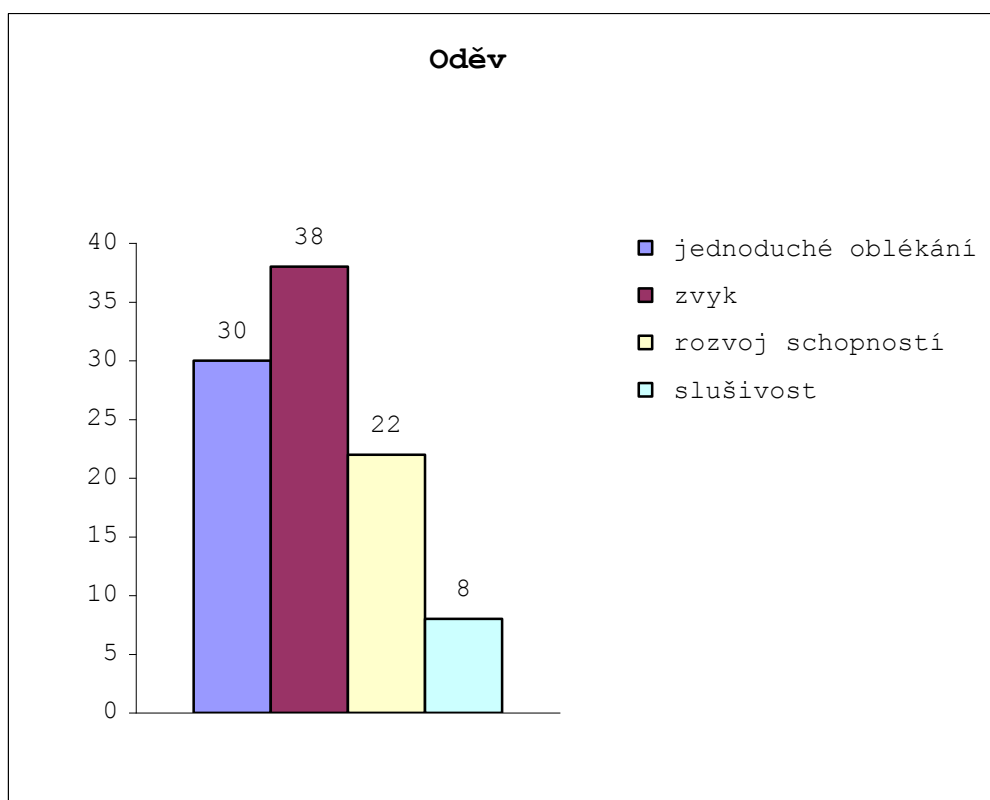
Graf č. 14 Nechali byste v pokojích klientek/ů s demencí v noci raději světlo (lampička, orientační osvětlení) nebo tmu?



13 x respondenti uvádějí, že by v pokojích klientů s demencí v noci raději nechali světlo, protože se bojí tmy, 39 x světlo, aby se nezranili, 23 x tma, aby mohli klienti udržovat rytmus ve dne bdít, v noci spát, nikdo neoznačil variantu tma, protože všude svítit je plýtvání.

Tma v klientech s demencí vyvolává pocit strachu a zvyšuje pravděpodobnost úrazů, proto varianty s ponecháním světla považují za správné. Podporovat dodržování cirkadiánního rytmu ponecháním tmy není vhodné.

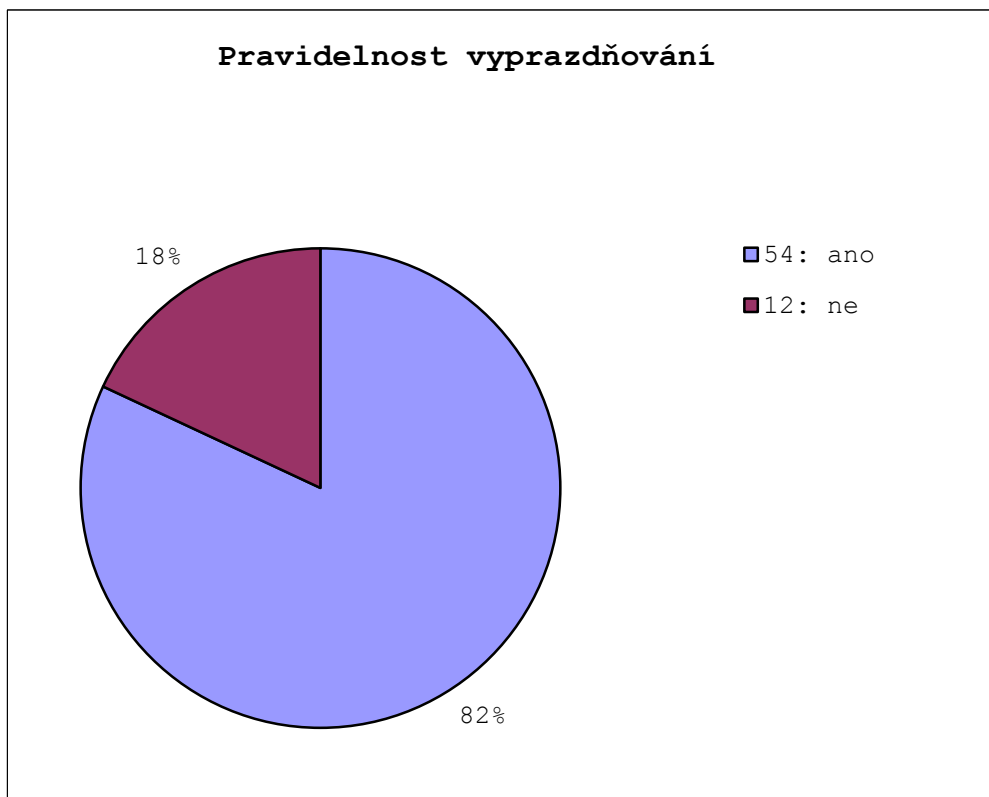
Graf č. 15 Když budete vybíráte oděv klientce/ovi s demencí, co je podle vás nejdůležitější?



30 x respondenti uvádějí, že oděv klientům s demencí vybírají tak, aby se dal snadno oblékat a svlékat, 38 x tak, aby to byl oděv, na který jsou zvyklí, 22 x tak, aby si při oblékání rozvíjeli schopnosti péče o sebe sama, 8 x uvádějí, že oděv vybírají tak, aby byl slušivý.

Cílem ošetrovatelské péče o člověka trpícího demencí není schopnosti péče o sebe sama rozvíjet, ale podporovat jejich zachování, dokud je to možné. Volíme tedy nejlépe oděv, který umožňuje snadné oblékání a svlékání, který si je uživatel schopen obléknout sám. Je s výhodou, pokud je to oděv známý, ale není to prioritou.

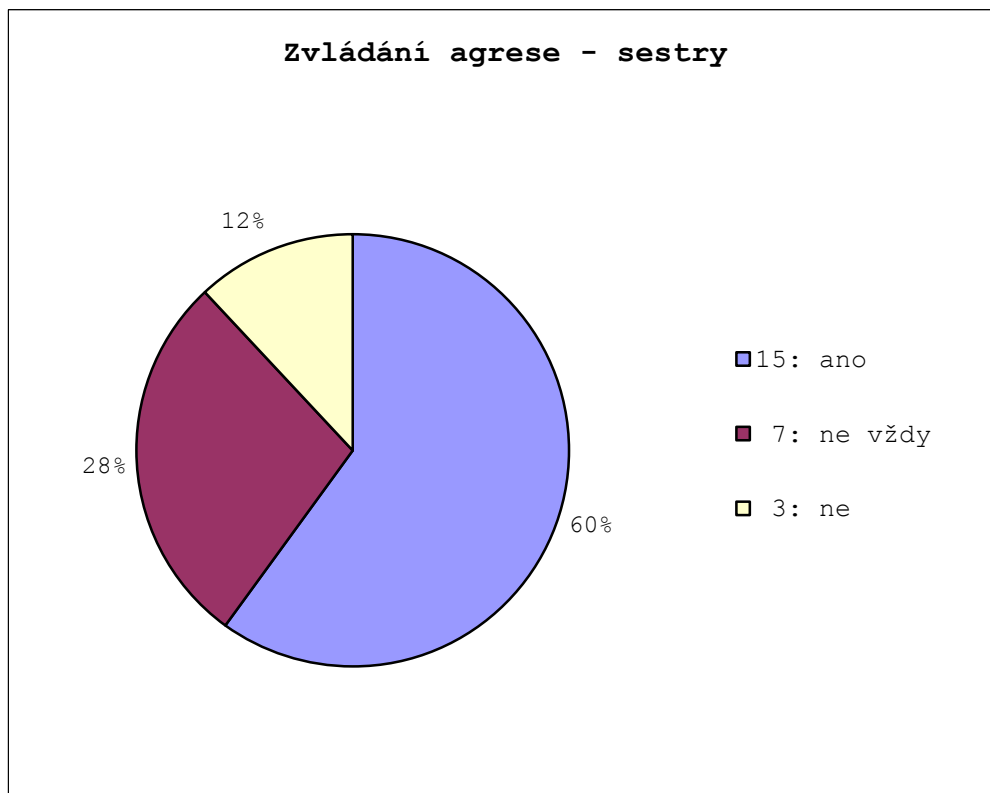
Graf č. 16 Jsou vaše/i klientky/i, pokud jsou schopny/i sedět, naučeny/i navštěvovat pravidelně toaletu (alespoň ráno a večer)?



82% respondentů uvádí, že uživatelé na jejich oddělení jsou naučeni navštěvovat toaletu pravidelně ráno a večer, 18% respondentů uvádí, že na jejich oddělení uživatelé používat toaletu nejsou naučeni.

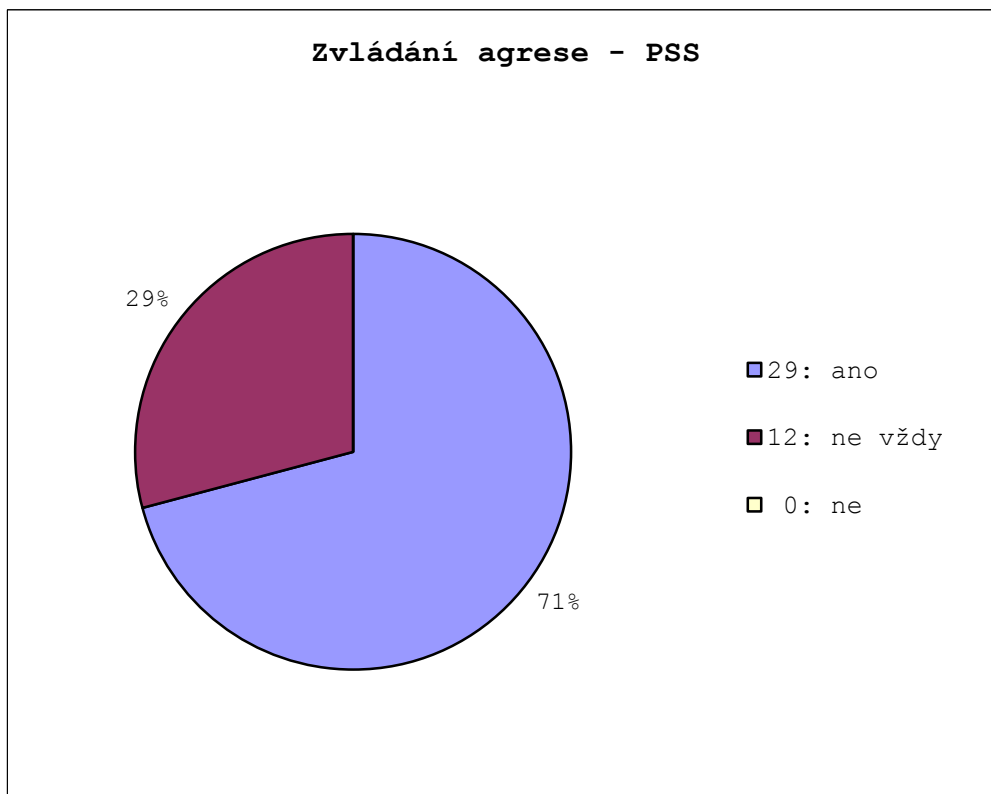
Nemocní s demencí mají obvykle potíže dojít z různých důvodů včas na toaletu. V takovém případě mají být naučeni navštěvovat toaletu v pravidelných intervalech. Podle většiny respondentů jsou klienti tohoto DpS zvyklí na používání toalety alespoň dvakrát denně.

Graf č. 17 Když je na vás uživatelka/l s demencí agresivní, dokážete ji/jej uklidňovat a nepocítovat se dotčená/ý nebo uražená/ý?



60% zúčastněných sester uvádí, že když je na ně uživatel s demencí agresivní, dokážou jej uklidňovat a nepocítovat se dotčené nebo uražené, 28% uvádí, že se jim to nedaří vždy, 12% že to nedokáží.

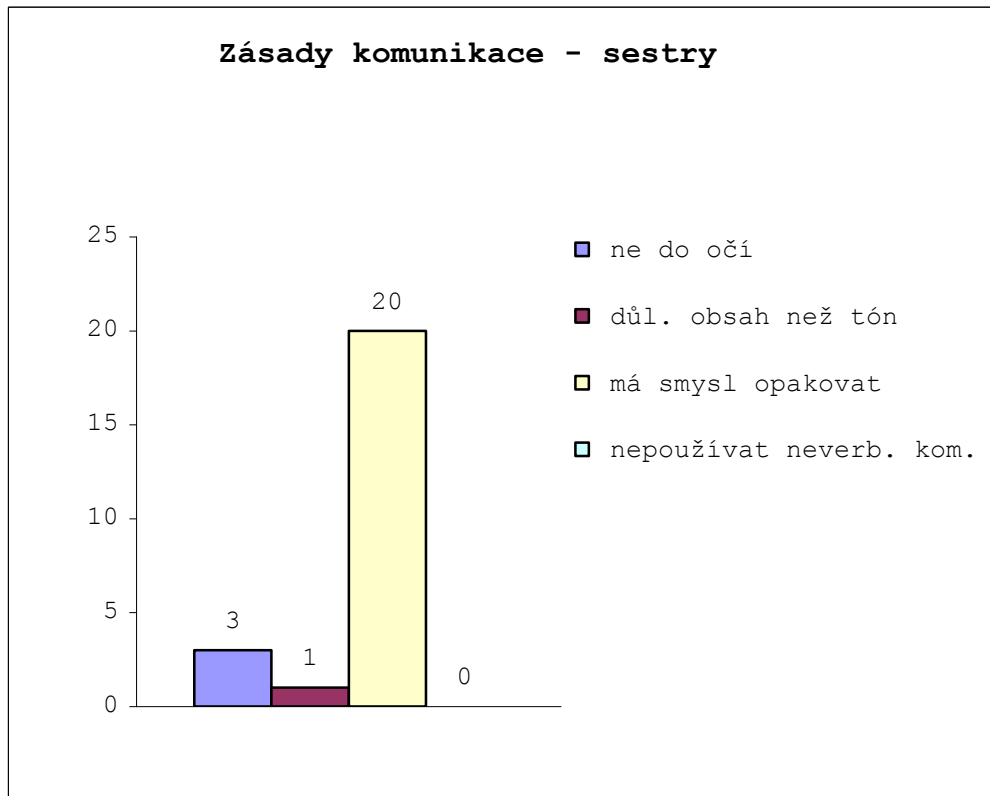
Uživatel trpící demencí může, i bez zřejmého důvodu, začít projevovat agresivitu vůči pečujícímu personálu. Jeho zlost není ve skutečnosti namířena proti nim, pro postiženého to může být jediný způsob, jak reagovat na pocity zmatenosti a úzkosti. Stále si to uvědomovat a nikdy neztratit trpělivost je obtížné. 12% oslovených sester přiznalo, že nejsou schopny v takové situaci klienta uklidňovat a nepocítovat se dotčené nebo uražené.



71% zúčastněných PSS uvádí, že když je na ně uživatel s demencí agresivní, dokážou jej uklidňovat a nepocítovat se dotčení nebo uražení, 29% uvádí, že se jim to nedaří vždy, nikdo nevybral variantu „nezvládám to“.

Pracovníci zdravotních oddělení často prožívají s klienty jejich problémy, pocity bezradnosti i vyrovnávání se znovu a znovu s dalšími postupně přicházejícími projevy onemocnění. Podobné zkušenosti jim pomáhají pochopit tlak, kterému jsou nemocní v důsledku demence vystaveni. Všichni dotazovaní PSS odpověděli, že projevy agrese jsou schopni zvládat bez pocitů dotčení. Méně než jedna třetina přiznala, že ne vždy.

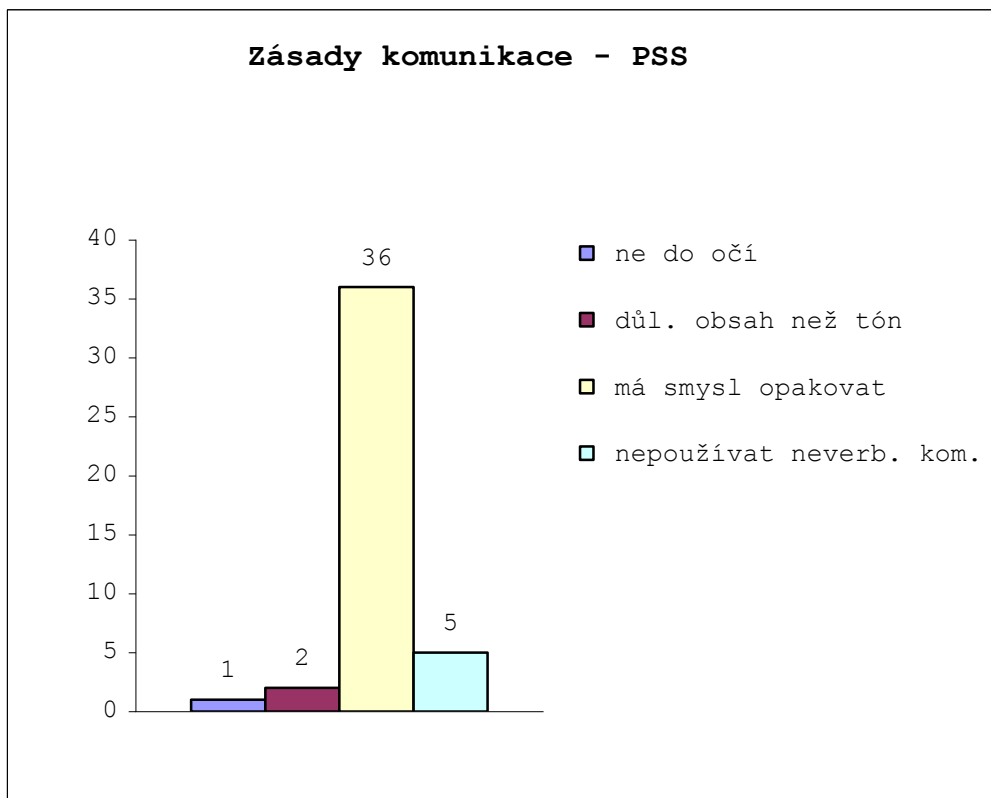
Graf č. 18 Co platí pro komunikaci s uživatelkou/em s demencí?



3 x respondenti uvádějí, že pro komunikaci s uživatelem s demencí platí Nemáme se jim dívat přímo do očí, 1 x Záleží víc na tom co jim říkáme, než na tom jakým tónem, 20 x Má smysl opakovat to, co jsme už řekli a oni tomu nerozuměli, nikdo neuvědomil Nemáme používat neverbální komunikaci dokud klienti rozumějí slovům.

Člověk postižený demencí trpí problémy s komunikací, které se časem zhoršují, přestává rozumět významu slov, až se pro něj používání mimoverbálních prostředků stane jediným způsobem komunikace. To je fáze, kdy záleží víc na tom, jakým tónem mluvíme, než na tom, co říkáme. Pro zvyšování efektivnosti komunikace je vhodné využívání více dorozumivacích kanálů, včetně pohledu do očí. Pokud nemocný nerozuměl tomu co jsme řekli, je vhodné podstatu sdělení opakovat jinými slovy. Žádná sestra nevybrala variantu, která vylučuje neverbální komunikaci u klientů, kteří slovům ještě rozumějí.

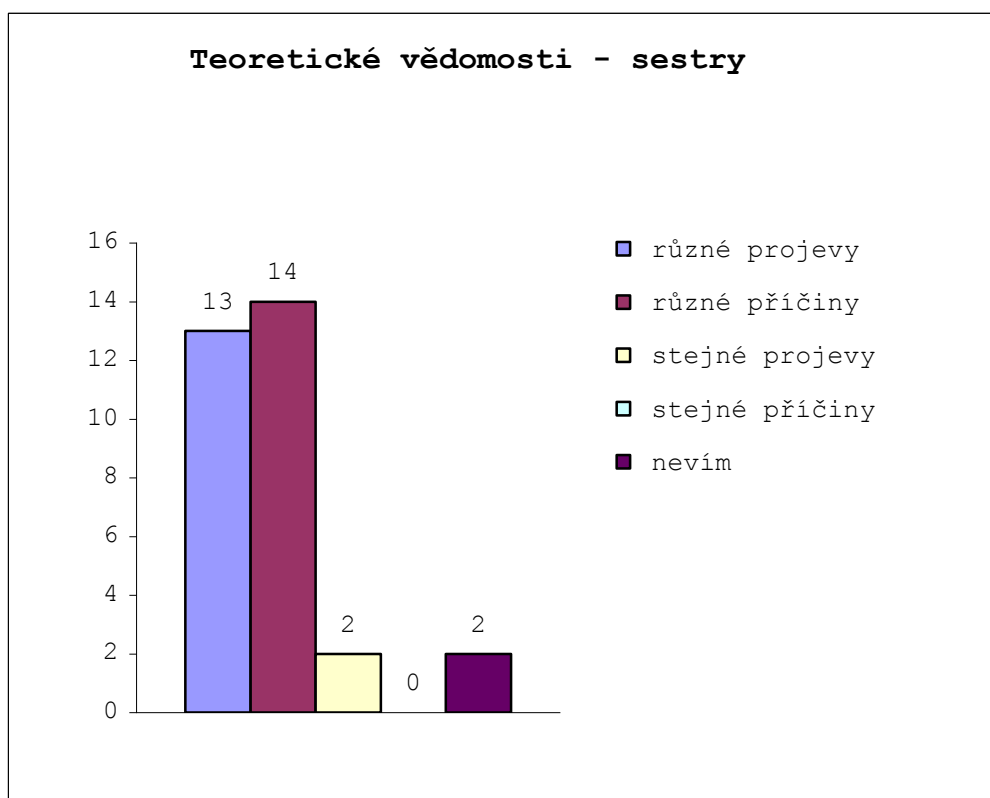




1 x respondenti uvádějí, že pro komunikaci s uživatelem s demencí platí Nemáme se jim dívat přímo do očí, 2 x Záleží víc na tom co jim říkáme, než na tom jakým tónem, 36 x Má smysl opakovat to, co jsme už řekli a oni tomu nerozuměli, 5 x Nemáme používat neverbální komunikaci dokud klienti rozumějí slovům.

Pětkrát vybrali PSS odpověď, která vylučuje neverbální komunikaci u klientů, kteří slovům ještě rozumějí. Převážná většina odpovědí obou dotazovaných skupin je z pohledu ošetrovatelské péče o člověka s demencí správná.

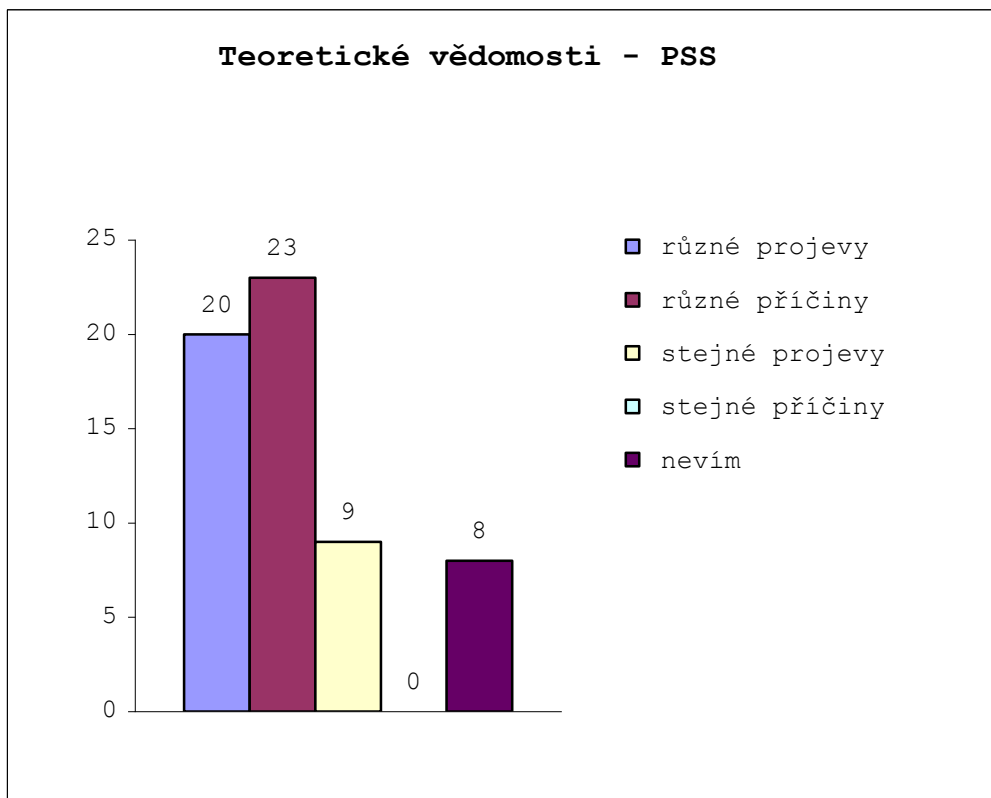
Graf č. 19 Demence vaskulární, demence smíšená a Alzheimerova nemoc mají:



13 x respondenti uvádějí, že demence vaskulární, demence smíšená a Alzheimerova nemoc mají různé projevy, 14 x různé příčiny, 2 x stejné projevy, nikdo nevedl stejné příčiny, 2 respondenti uvedli nevím.

Jednotlivé typy demence jsou způsobeny různými příčinami, mají také rozmanitý průběh. Demence je syndrom, jednotlivé symptomy se vyskytují v různých kombinacích, základem demence je však vždy ztráta paměti vedoucí k zásadní změně pacientova života.

Za podstatnou považují informaci o tom, že dvě sestry nevybraly žádnou z variant a do dotazníku vepsaly nevím.



20 x respondenti uvádějí, že demence vaskulární, demence smíšená a Alzheimerova nemoc mají různé projevy, 23 x různé příčiny, 9 x stejné projevy, nikdo neuvedl stejné příčiny, 8 x napsali Nevím,

Mezi těmito dvěma grafy nejsou velké rozdíly, ale uvádím výsledky dotazníkového šetření pro sestry a PSS zvláště, protože považuji za důležité konkrétní informace o jejich odborných znalostech.

### 3.4.1 Shrnutí výsledků

V dotazníkovém šetření jsem srovnávala odpovědi sester a PSS na otázky týkající se problematiky ošetrovatelské péče o osoby s některou formou demence. Dále jsem srovnávala úroveň jejich odborných znalostí této problematiky a kvalitu provádění tohoto typu ošetrovatelské péče.

Dotazník tvořilo 17 otázek, z nichž 6 bylo identifikačních, 5 z oblasti znalostí problematiky ošetrovatelské péče o osoby s demencí a 6 zaměřených na provádění této péče.

### **Všeobecné sestry**

Na otázky týkající se znalostí odpovědělo celkem 25 sester 93 x správně a 42 x nesprávně, což znamená, že 69% odpovědí bylo správných a 31% nesprávných.

U otázek zkoumajících kvalitu péče sestry vybraly 45 x variantu, která odpovídá zásadám správné péče o osoby s demencí a 105 x takovou, která těmto zásadám neodpovídá, což je 30% odpovědí popisujících vhodnou a 70% odpovědí popisujících nevhodnou péči.

### **Pracovníci v sociálních službách**

Na otázky týkající se znalostí odpovědělo celkem 41 PSS 152 x správně a 86 x nesprávně, což znamená, že 64% odpovědí bylo správných a 36% nesprávných.

U otázek zkoumajících kvalitu péče PSS vybrali 71 x variantu, která odpovídá zásadám správné péče o osoby s demencí a 175 x takovou, která těmto zásadám neodpovídá, což je 29% odpovědí popisujících vhodnou a 71% odpovědí popisujících nevhodnou péči.

*Tab. č. 1 Souhrn výsledků dotazníkového šetření*

	<b>znalosti</b>		<b>péče</b>	
pracovní zařazení	správně	nesprávně	vhodná	nevhodná
25 sester	69%	31%	30%	70%
41 PSS	64%	36%	29%	71%
<b>celkem</b>	<b>66,5%</b>	<b>33,5%</b>	<b>29,5%</b>	<b>70,5%</b>

### 3.5 Diskuse

Na začátku diskuse bych ráda podotkla, že porovnávat mnou získaná zjištění s výsledky podobně zaměřených studií by bylo velice zajímavé, ale protože jsem toto dotazníkové šetření prováděla v jednom konkrétním ústavu sociální péče, srovnání není možné.

V dotazníkovém šetření zjišťuji úroveň odborných znalostí a způsob provádění ošetrovatelské praxe pracovníky pečujícími o osoby postižené některou formou demence, zjišťuji zároveň rozdíly ve dvou podskupinách vytvořených podle pracovního zařazení respondentů - v podskupině sester a PSS. Na řadu otázek odpovídali v dotazníkovém šetření sestry i PSS velice podobně. Projevila se celkově nepřesvědčivá úroveň odborných znalostí respondentů v teorii ošetrovatelské péče o člověka s demencí. U PSS je úroveň znalostí mírně nižší než u sester. Úroveň způsobu provádění ošetrovatelské péče o uživatele s demencí se podle výsledků šetření jeví jako nízká.

Většina PSS ve sledovaném DpS nemá zdravotnický zaměřený vzdělání. Mezi jejich základní pracovní činnosti patří dopomoc klientům při běžných denních úkonech, při ní uplatňují zejména empatii a zkušenost v péči o nemocné s demencí. Aby dovedli lépe pochopit potřeby klienta, potřebují také povědomí o problematice demence na teoretické úrovni.

Zdravotní sestra by měla plnit také roli edukátorky a to jak ve vztahu k uživatelům, k jejich rodinám, tak i ve vztahu k PSS. Proto považují neustálé udržování a obnovování vědomostí sester za důležité.

Jeden z hlavních cílů péče je udržovat uživatele s demencí v klidu. Řada respondentů si neuvědomuje, že nemocného může rozrušit například tma nebo činnost překračující jeho schopnosti. Zjistit, že nejsem schopna si ani po několikaminutovém snažení obléknout svetr nebo zapnout knoflík, je pochopitelně deprimující. Ošetřující personál může člověka s demencí stresovat také nevhodným způsobem komunikace. Tomu lze předcházet pouze tím, že pracovníci v přímé ošetrovatelské péči vědí, jak mají s nemocným jednat. V dotazníkovém šetření sice přiřadila k otázce na téma komunikace správnou odpověď většina respondentů, ale

celá jedna třetina zvolila variantu nesprávnou.

Zjistila jsem, že problematika spojená s demencí se týká každého oddělení sledovaného DpS, na většině oddělení totiž tvoří obyvatelé trpící některou formou demence minimálně jednu čtvrtinu celkového počtu uživatelů. Orientace všech zaměstnanců přímé péče v této oblasti je tedy pro kvalitu poskytovaných služeb nezbytná. Například při individuálním plánování péče často není možné opřít se o informace získané rozhovorem s klientem.

Podle MUDr. Holmerové z České alzheimerovské společnosti (ČALS) jsou pro péči o nemocné s demencí vhodná spíše specializovaná oddělení, integrace se neosvědčila. V odborné literatuře se doporučuje vytvářet taková oddělení maximálně pro 14 klientů. Z dotazníkového šetření vyplývá, že klientů s některou formou demence žije ve sledovaném DpS minimálně 65. Takové množství by vyžadovalo zřízení alespoň 5 specializovaných oddělení, taková transformace by byla nesmírně finančně nákladná a znamenala by mimo jiné navýšení počtu zaměstnanců, protože jejich současný počet by nepokryl potřeby nepřetržitého provozu na větším počtu oddělení.

Na kvalitu péče na jednotlivých odděleních má zásadní vliv poměr počtu zaměstnanců a klientů. V tomto Domově pro Seniory žije celkem 274 uživatelů. Pečuje o ně 38 všeobecných sester a 64 pracovníků/pracovníků v sociálních službách. Celkový počet pracovníků v přímé péči je tedy 102. Prostým dělením dojdeme k závěru, že na jednoho zaměstnance připadá 2,7 uživatele. Při výpočtu, ve kterém jsem zohlednila pracovní dobu, práci v noci a dovolené, jsem dospěla k závěru, že na průměrném oddělení je ve dne (pokud je to průměrný den) 39 klientů, 1 sestra a 3 PSS (v případě, že nikdo není například v pracovní neschopnosti).

Na základě vyhodnocení dotazníkového šetření a následného vytipování problematických oblastí, inspirována odbornou literaturou, jsem na základě vlastních zkušeností s danou problematikou vytvořila tento inventář doporučení vhodných postupů, které mohou přispět ke zvýšení kvality ošetrovatelské péče.

### **3.5.1 Doporučená opatření, která jsou podpořena vlastní zkušeností.**

#### **Hygiena**

- - Udělejte z koupání klidnou, odpočinkovou a příjemnou záležitost
- - Nechejte pacienta v maximální možné míře, aby se myl sám

#### **Toaleta**

- - Zajistěte, aby nemocný snadno poznal umístění toalety (srozumitelné znamení na dveřích, stále svítící světlo v noci apod.)
- - Navykněte nemocného používat toaletu v pravidelných intervalech a po probuzení
- - Zajistěte stravu bohatou na tekutiny a vlákninu
- - Vyhýbejte se podávání laxativ
- - Použijte v odůvodněných případech raději klyzma
- - Zajistěte oblečení, které se snadno svléká
- - Nenabízejte nemocnému bezprostředně před spaním nic k pití
- - Navykněte nemocného, aby se vždy před ulehnutím vymočil
- - Použijte pleny pro dospělé jen na nezbytně dlouhou dobu
- - Vyvarujte se zavedení permanentního močového katetru

#### **Bezpečnost**

- - Odstraňte všechny překážky na cestě od lůžka do koupelny a na toaletu
- - Zajistěte dostatek světla ve dne i v noci
- - Dohlédněte na používání vhodné obuvi
- - Uspořádejte prostředí tak, aby měl nemocný při přesunu z jednoho pokoje druhého možnost se zastavit a odpočinout si

- - Zachovejte při doprovázení nemocného tempo, které mu vyhovuje
- - Vytvořte oplocení dvorku, bezpečné ohraničení venkovního prostoru znamená, že nemocný může sám chodit ven a přitom se neztratí
- - Instalujte plastové ucpávky do elektrických zásuvek - zmatek, který prožívá nemocný může snížit vnímavost pro potenciální nebezpečí z elektrických zásuvek
- - Odstraňte zámky ze dveří uvnitř domu - nemocný se může zamknout v místnosti a zůstat v ní uvězněn
- - Odstraňte z dosahu nemocného jedovaté rostliny - nemocný někdy zkouší jíst rostliny, proto je třeba odstranit jedovaté a toxické rostliny z domu i ze dvora
- - Snižte teplotu horké vody při sprchování nebo koupání - nemocný nemusí být schopen správně namíchat horkou a studenou vodu a může se opařit

### **Stravování**

- - Posadte nemocného v době jídla vždy k prostřenému stolu, aby se tak jeho činnost při jídle zautomatizovala
- - Rozkrájejte mu jídlo (zejména maso) na menší kousky (prevence dušení), v pokročilejších stádiích nemoci pak stravu umelte či rozmixujte nebo mu podávejte stravu tekutou
- - Umožněte nemocnému jíst častěji, pokud si to přeje a nabízejte mu rozdělenou porci stravy v kratších intervalech
- - Umožněte nemocnému jíst každý den ve stejnou dobu a v téže místnosti, aby se pro něj stal z jídla určitý rituál
- - Podávejte mu jídlo s větší konzistencí (bramborová nebo ovesná kaše apod.), pokud mu dělá potíže polykání tekuté stravy
- - Dovolte mu jíst rukama, pokud není schopen jíst vidličkou a nožem
- - Udělejte všechno proto, abyste zabránili zašpinění nemocného při jídle, může ho to rozčilovat



- - Poskytněte mu velký ubrousek, ale neuvazujte mu dětský bryndáček

### **Oblékání**

- - Připravte nemocnému jednotlivé části oděvu, nejlépe v takovém pořadí, jak si je bude oblékat
- - Neoblékejte nemocnému oděvy se složitým zapínáním (nejvhodnější je zdrhovadlo)
- - Povzbuzujte nemocného k tomu, aby se oblékal a svlékal sám, pokud to zvládne
- - Netrénujte nemocného v činnostech, které už nezvládá
- - Poskytněte nemocnému pohodlnou a bezpečnou obuv, která se dobře obouvá

### **Spánek**

- - Povzbuzujte nemocného k co největší aktivitě během dne
- - Nepodporujte odpolední spánek
- - Pokuste se zajistit, aby si nemocný v ukládání ke spánku vytvořil určitou rutinu
- - Zajistěte, aby nemocný večer před ulehnutím nekonzumoval potraviny s vysokým obsahem cukrů, protože zvyšují množství energie
- - Nepodávejte nemocnému před spaním nadměrné množství tekutin a diuretika
- - Požádejte lékaře o předepsání vhodných farmak v případě potřeby

### **Toulání**

- - Vynasnažte se rozšířit jeho rekreační aktivity, možná se „nudí“
- - Zabezpečte složitě otevírání dveří
- - Uvažujte o možnosti zvýšené tendence k tuláctví způsobené přestěhováním nemocného
- - Neplísňete ho, tím byste ho jen polekali a způsobili, že bude

ještě zmatenější

- - Sledujte farmakoterapii nemocného, farmaka, která vedou ke zklidnění, mohou narušit jeho chování a snížit jeho soběstačnost

### **Ztráty a podezírání**

- - Pokuste se vždy spolu s ním „ztracené“ předměty hledat
- - Nereagujte agresivně na jeho obvinění, místo toho se mu snažte vždy trpělivě vysvětlit, že jste tu proto, abyste mu pomohli
- - Nezpochybňujte pravdivost jeho tvrzení
- - Nevyčítejte mu nikdy nic, nekladte mu nic za vinu, někdy vezměte vinu za ztrátu nebo přemístění hledané věci na sebe, uklidní ho to
- - Nepřemísťujte předměty, které jsou mu drahé a milé - jsou to pro něj referenční (záchytné) body
- - Nediňte se - může vás začít obviňovat z toho, že mu kradete věci, či že se ho pokoušíte otrávit
- - Nediňte se - zdá se mu, že vidí či slyší věci nebo lidi, které ve skutečnosti slyšet nebo vidět nemůže
- - Nezvyšujte hlas, pokuste se nemocného ve špatné náladě nebo v afektu uklidnit

### **Sexualita**

- - Nediňte se, onemocnění zbavuje nemocného zábran, někdy může přijmout neobvyklé sexuální chování
- - Pokuste se mu mírně a jemně nevhodné jednání rozmluvit
- - Zkuste zvýšit jeho tělesné kontakty např. častějším objetím, pohlazením, nebo držením za ruku
- - Nereagujte agresivně na jeho nevhodné jednání a nesnažte se zkrátit dobu strávenou s ním na minimum
- - Pomozte mu pochopit situaci a v případě potřeby mu vraťte potřebný klid

## **Psychika**

- - Neztrácejte trpělivost
- - Nedávejte najevo strach
- - Upoutávejte pozornost nemocného v afektu na jiné subjekty
- - Ztratíte-li přes všechnu snahu nad sebou kontrolu, soustředte se i na pomoc pro sebe
- - Pokuste se odhalit příčinu výkyvu nálady nemocného, pak je možné pracovat na jejím odstranění
- - Pokuste se dosáhnout toho, aby se nálada nemocného zlepšila, zvýší se i kvalita jeho života
- - Pokuste se nemocného při incidentu vždy především uklidnit a uvidíte, že na něj brzy zapomene
- - Nedělejte v prostředí, kde nemocný žije příliš mnoho změn
- - Uklidňujte ho - protože se v jeho mysli plete minulost s přítomností, dělá si někdy starosti o věci, za něž zodpovídal dávno v minulosti
- - Netvrďte nemocnému, že jeho starosti jsou jen neopodstatněné představy, namísto toho mu se sympatiemi sdělte, že jeho pocitům rozumíme
- - Konzultujte s psychiatrem možnost farmakoterapie v případě potřeby
- - Podpořte příbuzné
- - Vysvětlujte - neschopnost nemocného poznat dokonce i členy vlastní rodiny (prosopagnosie) je velmi děsivá a šokující zkušenost pro celou rodinu

## **Komunikace**

- - Vytvořte si pro komunikaci s nemocným vhodné podmínky
- - Připojte se nejprve k činnosti nemocného a až si budete jisti, že

vás dostatečně vnímá, začněte rozhovor

- - Sledujte důkladně nonverbální projevy nemocného
- - Dívejte se nemocnému při rozhovoru vždy do očí
- - Snažte se nemocnému naslouchat a porozumět mu
- - Využívejte současně několik komunikačních kanálů
- - Pečlivě sledujte stav zraku a sluchu nemocného, pokud se zhorší, vyhledejte pomoc lékaře
- - Modulujte svůj hlas tak, aby zněl příjemným a uklidňujícím tónem
- - Pokuste se říci sdělované jiným způsobem v případě, že vám nemocný nerozumí
- - Poskytněte nemocnému okamžitou konkrétní zpětnou vazbu
- - Nekřičte nikdy při komunikaci s nemocným
- - Používejte slova, která nemocný nejčastěji používá
- - Nenuťte nemocného, aby se opravoval
- - Vyjadřujte se jednoduše
- - Používejte jasné a jednoznačné pokyny
- - Nenechte sebe a nemocného při komunikaci rozptylovat vnějšími vlivy
- - Pojmenovávejte činnosti, které provádíte
- - Držte se vždy jen jednoho tématu
- - Nehovořte o nemocném s dalšími lidmi v jeho přítomnosti, jakoby přítomen nebyl
- - Vyvarujte se zbytečných a složitých otázek, na které nemusí umět nemocný odpovědět
- - Posilujte svým projevem respekt a úctu ke konkrétnímu nemocnému
- - Nešetřete úsměvem a přátelskými pohledy a gesty, nemocného uklidníte a usnadníte mu pro něj tak obtížnou komunikaci

## **Televizor**

- - Zajistěte, aby televizor nerušil, pokud chcete s nemocným komunikovat
- - Vnímejte, jaké pořady nemocný sleduje - někdy se nemocný pouští s postavami na obrazovce do diskusí a dokonce hádek, v pozdějších fázích svého onemocnění již dokonce není schopen rozlišit mezi realitou a fikcí, násilné scény jej mohou vystrašit až poděsit

## **Dveře a vchody**

- - Zajistěte nízké prahy - nemocný často šourá, zvýšené prahy mohou způsobit, že zakopne a upadne
- - Kamuflujte dveře - přikryjte dveře závěsem, paravanem nebo kusem nábytku, natřete dveře stejnou barvou jako je na stěně, možná si nemocný východu ani nevšimne
- - Umístěte zvonky na dveře - toto opatření má stejný efekt jako alarm systém, i když je možné otevřít dveře tak, aby zvonek nezacinkal
- - Instalujte kulaté kliky - protože je třeba zvláštního tlaku, aby se dveře otevřely, mohou zabránit nemocnému v odchodu
- - Zajistěte temné okolí dveří - nemocný má často strach ze tmy, je pravděpodobné, že nebude mít odvahu k nim ve tmě přistoupit

## **Schody**

- - Zabezpečte přístup ke schodům - jsou potenciálním nebezpečím, vytvořte bariéru kusem nábytku, brankou nebo závorou ve vhodné výši
- - Instalujte zábradlí - všechna schodiště by měla mít pevná zábradlí na obou stranách tak, aby pomáhala při pohybu jak nemocnému, tak i pečovateli

## **Obytné prostory a jídelna**

- - Volte těžký nábytek - u nemocného může dojít ke změně v držení těla a narušení rovnováhy, má tendenci opřít se o cokoli, co stojí

nablízku - lehký nábytek by se mohl převrhnout a způsobit pád

- - Upřednostňujte židle s kolečky - nemocný stále méně snadno zvládá hrubou motoriku, potřebuje postupně asistenci, aby se dostal ke stolu - kolečka (dvě, nebo čtyři) na nohách židlí mohou být proto užitečnou pomocí
- - Neměňte uspořádání nábytku - jakákoli změna toho, co je nemocnému známé, může zvýšit jeho dezorientaci a způsobit nepřiměřenou reakci
- - Zajistěte lůžko nebo lehátko v denní místnosti - jsou-li ložnice v jiném patře, než kde je nemocný ubytován, je důležité, aby měl dostupné místo, kde může odpočívat
- - Omezte počet přihrádek ve skříních bezpečnostními západkami - omezení počtu přihrádek ve skříní, do kterých má nemocný přístup usnadní udržení pořádku
- - Umístěte na vhodná místa varovná znamení - nemocný, který může ještě číst, může pozitivně reagovat na různé varovné značky, které upozorňují na možná nebezpečí

### **Ložnice**

- - Zabezpečte nižší lůžka - minimalizují riziko možného zranění při případném pádu z postele
- - Vytvořte bariéru u lůžka zábradlím - umístění zábradlí kolem lůžka může posloužit k tomu, aby nemocný nevstával několikrát za noc

### **Toalety a koupelny**

- - Zajistěte vybavení v kontrastních barvách - zvýrazněné kontrastní zbarvení instalací jako jsou splachovače, umyvadla nebo záchodové mísy usnadní, aby je nemocný spatřil a použil
- - Vyztužte ručnickové tyče, aby mohly být používány jako madla - k mnoha úrazům dochází na toaletách
- - Natřete barevně dveře na toaletu - když vypadají všechny dveře

podobně, je obtížné najít toaletu ve chvíli, kdy je třeba, nabarvením se dveře vizuálně odliší a tím upoutají pozornost nemocného

- - Nechejte rozsvícené světlo - nemocný se často zdržuje mimo zóny, kde je tma, zároveň je přitahován k místům, kde je světlo, proto rozsvícené světlo přivede nemocného snadněji k toaletě
- - Zajistěte gumové rohože ve vanách - mohou snížit pravděpodobnost pádu ve vaně
- - Zajistěte vyvýšené toaletní mísy - pro staršího nemocného je jednodušší zdvihnout se z vyšší pozice, zároveň je to snadnější pro pečovatele, který mu poskytuje asistenci

## ZÁVĚR

Role zdravotních sester a dalšího pečujícího personálu je v ústavech sociální péče jiná než v nemocnici. Ošetrovatelská činnost vystupuje do popředí, nepoužívá se termín pacient, ale uživatel, zde není hlavním cílem pobytu vyléčení. V domovech pro seniory by se tedy měl klást důraz na odbornost pracovníků v přímé péči. Oni jsou nositelé těch nejpodstatnějších hodnot pro své klienty. Proto se právě jim věnuji ve svém průzkumu.

Nejvýznamnější pracovní činností zdravotníků v přímé péči je uspokojování potřeb klientů. Musejí mít odborné znalosti, aby těmto potřebám porozuměli, ale také aby je dokázali identifikovat. Výsledky provedeného dotazníkového šetření poukazují na nepřesvědčivou úroveň odborných znalostí respondentů v teorii ošetrovatelské péče o člověka s demencí. Úroveň způsobu provádění ošetrovatelské péče o uživatele s demencí se podle výsledků šetření jeví jako nízká. Při porovnání odpovědí podskupin sester a PSS jsem dospěla k závěru, že úroveň znalostí PSS je mírně nižší než u sester. Kvalita poskytované ošetrovatelské péče o uživatele služeb sledovaného DpS postižené demencí je podle výsledků šetření srovnatelná.

Pacienti, obyvatelé ústavů i jejich blízcí, stejně jako spolupracovníci, by měli respektovat sestru jako odbornou autoritu. Vybudovat si takovou pozici není snadné a bez celoživotního vzdělávání ani možné. Lidé trpící demencí mají právo být ošetřováni pracovníky, kteří jsou v této problematice proškoleni.

Doporučuji tedy zajistit systematické vzdělávání zdravotnického personálu formou pravidelných přednášek na téma poskytování přímé ošetrovatelské péče, pravidelných porad zaměstnanců jednotlivých oddělení a průběžné poskytování zpětné vazby personálu vedoucími oddělení. Z psaných forem, pro prohlubování znalostí zdravotníků v přímé péči, považuji za nejvhodnější publikace, ve kterých jsou systematicky řazená heslovitá doporučení. Proto plánuji podkapitolu doporučená opatření zpracovat do podoby brožury a poskytnout je



pracovníkům Domova pro seniory.

Doporučuji důkladné vedení ošetřovatelské dokumentace. Pro sledování vývoje této nemoci, která se nedá změřit, zvážit ani vyhmatat, získává důležitou roli. Pokud je pečlivě vedena, nejlépe vypovídá o stavu klienta a vývoji choroby.

Na závěr bych ráda podtrhla význam ošetřovatelské péče o nemocné s demencí. U jedinců, kteří prakticky nemají naději na vyléčení a často si již nejsou schopni uvědomit a vysvětlit vlastní situaci, což je samo o sobě značně stresující, se dostává do popředí zájmu péče o jejich pohodu. Tu jsou schopni zajistit jen zaškolení pečovatelé, kteří dokáží rozlišit co je pro jejich svěřence opravdu důležité nebo přínosné.

## **ANOTACE**

Autor: Lenka Stuchlíková

Instituce: Domov pro seniory

Úsek zdravotnické péče

Název práce: Specifika přímé ošetrovatelské péče o člověka trpícího demencí v zařízení sociální péče

Vedoucí práce: Jaroslava Pečenková

Počet stran:

Počet příloh:

Rok obhajoby: 2008

Klíčová slova: demence, Alzheimerova choroba, specifika přímé péče, ústav sociální péče, senior, komunikace

Tato bakalářská práce je zaměřena na zvláštnosti ošetrovatelské péče o člověka trpícího demencí.

V teoretické části uvádím přehled dosavadních poznatků v oblasti demence ze zdravotnického i společenského hlediska. Soustřeďuji informace s využitím odborné literatury. Ukazují konkrétní potřeby člověka s demencí, péči a její specifické aspekty.

V praktické části analyzuji a interpretuji, s využitím osobních zkušeností, data získaná dotazníkovým šetřením a doplňujícími rozhovory s pracovníky sledovaného Domova pro seniory. Dotazníkové šetření je zaměřeno na odborné znalosti personálu a kvalitu poskytované péče o člověka postiženého demencí.

The bachelor work was focused on specialities of nurse care for people suffering from dementia.

In the theoretical part I mention the summary of existing findings

from the sphere of dementia in the medical and social viewpoint.

I collect informations exploiting the professional and specialist literature.

In my work I document factual needs of demented people, care and its specific aspects.

In the practical part I analyse and explicate the data of my own experiences obtained by the questionnaire survey and supplemental interviewing the pedagogical personnel from monitored retirements homes. Those data are focused on expert knowledge of staff and the practical routine care for demented people.

## LITERATURA A PRAMENY

DOENGES, M. E., MOORHOUSE, M. F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2., roz. a přep. vydání. Praha: Grada Publishing,, 2001. 568 s. ISBN 80-247-0242-8.

EDELSBERGER, L. et al. *Defektologický slovník*. 3.vydání. Jinočany: H&H, 2000. 418 s. ISBN 80-86022-76-5.

JANEČKOVÁ, H., HOLMEROVÁ, I.: kurz: *Komplexní přístup v péči o člověka s demencí*. Praha, 2002, kurz č. 294 012.

JEDLIČKA, P., BOČAN, P. *Neurologie pro střední zdravotnické školy*. 1. vydání. Praha: Medprint, 1993. 136 s.

JIRÁK, R., OBENBERGER, J., PREISS, M.: *Alzheimerova choroba*. 1. vydání. Praha: Maxdorf, 1998. 32 s. ISBN 80-85800-88-8

HOLANOVÁ, Z. *Spolupráce s rodinou psychicky nemocných s diagnózou demence*. Hradec Králové, 2003. 66 s. Diplomová práce na UK LF v Hradci Králové. Vedoucí diplomové práce Alexandra Archalousová.

HOLMEROVÁ, I.: *Gerontologické aktuality*. Praha: ČALS, 2002, ISSN 1213-4074

HOSÁKOVÁ, J. a kol. *Ošetrovatelská péče v psychiatrii*. 1. vydání. Slezská univerzita v Opavě, 2007. 160 s. ISBN 978-80-7248-442-3.

HUUB, B. *Demence. Průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. 1. vydání. Praha: Portál, 2006. 136 s. ISBN 80-7367-081-X.

KUČEROVÁ, H. *Demence v kazuistikách*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. 112 s. ISBN 80-247-1491-4.

KŘIVOHLAVÝ, J., PEČENKOVÁ, J. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 80 s. ISBN 80-247-0784-5.

PIDRMAN, V. *Demence*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2007. 184 s.

ISBN 978-80-247-1490-5.

REKTOROVÁ, I. et al. *Kognitivní poruchy a demence*. 1. vydání. Praha: Triton, 2007. 192 s. ISBN 978-80-7387-017-1.

VOKURKA, M., HUGO, J. a kol. *Velký lékařský slovník*. 6. vydání. Praha: Maxdorf, 2006. 184 s. ISBN 80-7345-105-0.

VYMĚTAL, J. a kol. *Obecná psychoterapie*. 2., roz. a přep. vydání. Praha: Grada Publishing, 2004. 340 s. ISBN 80-247-0723-3.

ZGOLA, J. M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2003. 232 s. ISBN 80-247-0183-9.

*Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR - Zdraví pro všechny v 21. století*. Usnesení vlády č. 1046.

KOLEKTIV AUTORŮ. *Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění desáté decenální revize*. 2. vydání. Praha: Svoboda, 1993.

Česká asociace pro psychické zdraví [online]. Poslední aktualizace: MPSV 13.4.2000. [cit.2008-08-12]. Dostupné na WWW: <[http://www.sweb.cz/capz-esprit/prispevky/dokumenty/deklar\\_prava\\_dusev\\_nemoc.html](http://www.sweb.cz/capz-esprit/prispevky/dokumenty/deklar_prava_dusev_nemoc.html)>

Ministerstvo práce a sociálních věcí Odbor 22, Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012 (Kvalita života ve stáří) [online]. Poslední aktualizace: 1.8.2008. [cit.2008-07-21]. Dostupný na WWW: <<http://www.mpsv.cz/cs/5045>>

Ministerstvo zdravotnictví České republiky, slovníček pojmů [online]. Poslední aktualizace: 2008. [cit.2008-09-08]. Dostupný na WWW:

<<http://portalkvality.mzcr.cz/Odbornik/slovnicek.aspx?pojmem=0%C5%Alet%C5%99ovatelsk%C3%A1%20p%C3%A9%C4%8De%20p%C5%99%C3%ADm%C3%A1>>

## SEZNAM ZKRATEK

ADL	Activities Of Daily Living Barthelův test základních všedních činností
AN	Alzheimerova nemoc
Apod.	a podobně
AVLT	Auditory verbal learning test doplnit do textu
BPSD	Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia
CMP	cévní mozková příhoda
CNS	centrální nervový systém
CT	Computed Tomography
ČALS	Česká alzheimerovská společnost
ČR	Česká republika
DPD	depresivní pseudodemence
EKG	elektrokardiografie
FTD	frontotemporální demence
MCI	Mild Cognitive Impairment, Mírná kognitivní porucha
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí - 10. revize
MMSE	Mini Mental State Examination
MRI	Magnetic Resonance Imaging
NMR	nukleární magnetická rezonance
PEG	perkutánní endoskopická gastrostomie
PET	Positron Emission Tomography
PSS	pracovník v sociálních službách
SIM PRES	Simulated presence
SPECT	Single Photon Emission Computed Tomography

TSH	Thyreostimulační hormon
Tzv.	takzvaný, -á, -é
WHO	World Health Organization/Světová zdravotnická organizace

## SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 Relativní četnost nejčastějších demencí .....	12
Graf č. 2 Skladba zaměstnanců .....	38
Graf č. 3 Pohlaví: .....	42
Graf č. 4 Věk: .....	43
Graf č. 5 a) Vzdělání: .....	44
Graf č. 6 Pracovní zařazení: .....	46
Graf č. 7 Kolik let jste v tomto zařízení zaměstnán/a? .....	47
Graf č. 8 Kolik uživatelů na vašem oddělení trpí některou formou demence?.....	48
Graf č. 9 Jaký svetr vyberete pro uživatelku/e s demencí, která/ý se ještě dokáže obléct?.....	49
Graf č. 10 Kolik tekutin denně vypijí jednotliví senioři na vašem oddělení?.....	51
Graf č. 11 Dáte v běžném pracovním dni uživatelce/i s demencí prostor, aby se sama/sám oblékla/obléknul?.....	53
Graf č. 12 Kolik minut týdně tráví vaši uživatelé s demencí celkovou koupelí (nebo sprchováním)?.....	55
Graf č. 13 Je u toalety na vašem oddělení v noci stále svítící světlo? .....	56
Graf č. 14 Nechali byste v pokojích klientek/ů s demencí v noci raději světlo (lampička, orientační osvětlení) nebo tmou?.....	58
Graf č. 15 Když budete vybíráte oděv klientce/ovi s demencí, co je podle vás nejdůležitější?.....	59



Graf č. 16 Jsou vaše/i klientky/i, pokud jsou schopny/i sedět, naučeny/i navštěvovat pravidelně toaletu (alespoň ráno a večer)?	60
Graf č. 17 Když je na vás uživatelka/l s demencí agresivní, dokážete ji/jej uklidňovat a nepocitovat se dotčená/ý nebo uražená/ý?.....	61
Graf č. 18 Co platí pro komunikaci s uživatelkou/em s demencí? .....	63
Graf č. 19 Demence vaskulární, demence smíšená a Alzheimerova nemoc mají:.....	65

## SEZNAM TABULEK

Tab. č. 1 Souhrn výsledků dotazníkového šetření .....	67
---	----

## SEZNAM PŘÍLOH

### Příloha č. 1

Žádost o povolení výzkumného šetření..... 92

### Příloha č. 2

Anonymní dotazník..... 93

### Příloha č. 3

Test MMSE..... 97

### Příloha č. 4

Záznam o uživateli... .. 98

### Příloha č. 5

Plán sociální služby..... 104

### Příloha č. 6

Propouštěcí zpráva..... 105

## PŘÍLOHY