# Ošetřovatelská péče o pacienty s demencí

Nikol Majorová

Bakalářská práce
2017

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd
akademický rok: 2016/2017

# ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE
(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

| | |
|---|---|
| Jméno a příjmení: | **Nikol Majorová** |
| Osobní číslo: | **H13675** |
| Studijní program: | **B5341 Ošetřovatelství** |
| Studijní obor: | **Všeobecná sestra** |
| Forma studia: | **kombinovaná** |
| Téma práce: | **Ošetřovatelská péče o pacienty s demencí** |

Zásady pro vypracování:

**Studium odborné literatury.**
**Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti ošetřovatelské péče o pacienty s demencí.**
**Realizace průzkumu u všeobecných sester technikou dotazníku.**
**Zpracování a vyhodnocení informací včetně jejich interpretace.**
**Prezentace výsledků průzkumu a formulace závěrů pro praxi.**

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

**BRAGDON, D., Allen a David GAMON. Nedovolte mozku stárnout. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-567-9.**
**HOLMEROVÁ, Iva, Eva JAROLÍMOVÁ a Jitka SUCHÁ. Péče o pacienty s kognitivní poruchou. Praha: EV public relations, 2007. ISBN 978-80-254-0177-4.**
**JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ. Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2454-6.**
**MORRIS, Gary a Jack MORRIS. The dementia care workbook. Velká Británie: Open University Press, 2010. ISBN 978-03-352-3431-8.**
**PIDRMAN, Vladimír. Demence. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1490-5.**
**ZGOLA, Jitka, M. Úspěšná péče o člověka s demencí. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0183-9.**

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **9. prosince 2016**

Termín odevzdání bakalářské práce: **19. května 2017**

Ve Zlíně dne 9. prosince 2016

doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
*děkanka*

L.S.

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
Fakulta humanitních studií

Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
*ředitelka ústavu*

# PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby [1)];
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 [2)];
- podle § 60 [3)] odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 [3)] odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 4.5. 2017 .....

.....

*1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:*

*(1) Vysoká škola nevýdělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.*

*(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

*(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

*2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

*(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).*

*3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

*(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

*(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

*(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

## ABSTRAKT

V teoretické části nejprve popisujeme základní problematiku demence a typy jednotlivých demencí. Poté se zabýváme zásadami ošetřovatelské péče o pacienty s demencí, zásadami komunikace s pacienty s demencí a zásadami používaní omezovacích prostředků. V praktické části zpracováváme informace, které jsem získala pomocí dotazníkového šetření. Dotazník byl určen všeobecným sestrám a zhodnocuje péči o pacienty s demencí na standardních lůžkových odděleních.



Klíčová slova: demence, komunikace, péče, omezovací prostředky, senioři



## ABSTRACT

In the theoretical part first we describe the basic types of dementia and dementia. Then we are dealing with principles of nursing care of the patients with dementia, principles of communication with patients with dementia and the principles of the use of restraints. We process information in parts I through the questionnaires. The questionnaire was intended for general nurses and appreciates the care of patients with dementia on standard sleeping compartments.



Keywords: dementia, communication, care, limiting the resources, seniors

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji Mgr. Zlatice Dorkové, Ph.D. za trpělivost a cenné rady, poskytnuté při vedení mé bakalářské práce.

Dále bych chtěla poděkovat všeobecným sestrám, které se podílely na realizaci mého dotazníkového šetření.

A zejména bych chtěla poděkovat celé mé rodině a to hlavně rodičům, za psychickou podporu během celého studia.

„Najít krásu ve smutku, naději ve ztrátě a důstojnost v prohře – v tom je skutečné umění života.“

Arthur Miller

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně pod vedením Mgr. Zlatice Dorkové, Ph.D. a s použitím pramenů uvedených v seznamu použité literatury.

Ve Zlíně dne 3. 8. 2017 ……

Nikol Majorová

# OBSAH

**ÚVOD** ..... **11**

**1 DEMENCE** ..... **12**

1.1 Vymezení pojmu ..... 12

1.2 Etiopatogeneze ..... 12

1.3 Rozdělení příznaků demence ..... 14

1.4 Stádia demence ..... 15

1.5 Dělení demencí ..... 16

1.5.1 Primární demence ..... 16
1.5.2 Sekundární demence ..... 17

1.6 Diagnostika demence ..... 17

1.7 Terapie ..... 18

1.7.1 Farmakologická terapie ..... 19
1.7.2 Nefarmakologická terapie ..... 20

**2 POPIS JEDNOTLIVÝCH TYPŮ DEMENCÍ** ..... **23**

2.1 Primárně degenerativní demence ..... 23

2.1.1 Alzheimerova choroba ..... 23
2.1.2 Demence s Lewyho tělísky ..... 26
2.1.3 Frontotemporální demence ..... 26

2.2 Sekundárně degenerativní demence ..... 27

2.2.1 Vaskulární demence ..... 27
2.2.2 Metabolické demence ..... 27
2.2.3 Alkoholová demence ..... 28
2.2.4 Demence u Parkinsonovy choroby ..... 28
2.2.5 Demence u Huntingtonovy choroby ..... 28
2.2.6 Posttraumatické demence ..... 28
2.2.7 Demence při normotenzním hydrocefalu ..... 29
2.2.8 Demence při infekcích HIV ..... 29

**3 ZÁSADY V PÉČI O PACIENTY S DEMENCÍ** ..... **30**

3.1 Vhodné způsoby přístupu k pacientům s demencí ..... 30

3.2 Zásady komunikace s pacientem s demencí ..... 31

3.3 Jak zvládat změny chování u pacientů s demencí ..... 33

3.4 Používání omezovacích prostředků ..... 36

3.4.1 Zásady při použití omezovacích prostředků ..... 37

**I PRAKTICKÁ ČÁST** ..... **38**

**4 CÍLE PRÁCE** ..... **39**

**5 METODIKA PRÁCE** ..... **40**

5.1 Způsob sběru dat ..... 40

5.2 Charakteristika respondentů ..... 40

5.3 Organizace výzkumného šetření....40
5.4 Charakteristika dotazníku....40
5.5 Výsledky průzkumu....41
**6 DISKUZE....73**
**7 ZÁVĚR....78**
**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY....79**
**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK....80**
**SEZNAM TABULEK....81**
**SEZNAM GRAFŮ....83**
**SEZNAM PŘÍLOH....85**

# ÚVOD

Demence patří v současnosti mezi velmi časté onemocnění a předpokládá se, že její výskyt se bude spolu s rostoucím stárnutím populace nadále zvyšovat. Stává se dnes vůbec nejobávanější nemocí, která předstihla i strach z maligních chorob. Demence je nevyléčitelné onemocnění, které postupně mění osobnost nemocného člověka, až nakonec dochází k úplné ztrátě soběstačnosti nemocného. Včasnou diagnostikou a vhodně zvolenou léčbou, lze průběh onemocnění zpomalit. S pomocí správného přístupu můžeme zajistit nemocným, trpících demencí kvalitní a důstojné prožití zbývajícího života. Abychom tak mohli učinit, je nezbytné mít základní znalosti v této problematice a pokusit se do pacienta s demencí vcítit a pochopit, co prožívají. Potom ušetříme sebe, ale hlavně nemocné mnoha nepříjemných okamžiků a nedorozumění.

Toto téma jsem si ke zpracování bakalářské práce vybrala proto, že mám osobní zkušenost s péčí o pacienty s demencí z nemocničního prostředí a hlavně proto, jelikož se domnívám, že tato péče není příliš kvalitní a vyžaduje větší pozornost.

Nejvhodnější pro nemocného trpící demencí je, když se o něj může pečovat v jeho známém prostředí a nejlépe blízkou osobou. To ale vždy není možné. Existuje řada institucí, které jsou v péči o pacienty s demencí specializované. Ústavů, které se zabývají těmito nemocnými přibývá, ale vzhledem ke zvyšování výskytu demence je jich stále málo.

Bohužel nemocný člověk s demencí, zvláště v pokročilém věku, může mít i jiné zdravotní problémy a ty je mnohdy dovedou k nezbytné hospitalizaci v nemocnici. V rámci své školní praxe a také pracovního úvazku, jsem prošla několika lůžkovými odděleními. Téměř všude jsem se setkala s pacienty trpícími poruchami kognitivních funkcí, či syndromem demence. Ve všech případech byla jejich hospitalizace provázena komplikacemi, které negativně působily na léčbu a psychický stav pacienta, ale také znesnadňovala práci ošetřovatelskému personálu. Téměř všechny lůžková oddělení, kterými jsem prošla, nejsou přizpůsobená v péči o tyto pacienty.

Cílem této bakalářské práce je lépe seznámit všeobecné sestry a ostatní ošetřovatelský personál s problematikou demence a se specifiky péče o pacienty s demencí.

# 1 DEMENCE

*Základním předpokladem vzniku pozitivního vztahu mezi lidmi je jejich vzájemný respekt. Nejedná se o obdiv ani nutně o přízeň, jedná se o bezpodmínečnou úctu vůči člověku takovému, jaký je, bez výhrad.* (Zgola, 2003, s.11)

## 1.1 Vymezení pojmu

Demence představuje syndrom, který vzniká následkem onemocnění mozku, nejčastěji chronického nebo progresivního charakteru s různou příčinou vzniku. Dochází k výraznému snížení úrovně paměti a dalších kognitivních funkcí, jako je adaptace na zevní prostředí, komunikace se zevním prostředím, pozornost, vnímání, orientace, učení a úsudku, řečové funkce (schopnost tvorby řeči i porozumění řečeného slova). Všeobecná úroveň kognitivních funkcí se označuje jako inteligence. Zhoršení uvedených funkcí je často provázeno zhoršením kontroly emocí, jednání, sociálního chování ve společnosti nebo motivace. Demence je natolik závažná, že má zásadní vliv na další funkce a celkově na život pacienta. Narušení těchto funkcí může být tak velké, že se prolíná s běžnými životními aktivitami. To poté vede k nesoběstačnosti pacienta, který se stává závislým na rodině, nemocnici či ústavu sociální péče. (Pidrman, 2007, s. 9)

Člověk s těžkou demencí často končí svůj život stejně, jako když do něj vstoupil, jako bezmocné dítě. Vnímá už jen atmosféru kolem sebe a uspokojuje své základní biologické potřeby. Velmi dlouho se lidstvo domnívalo, že lidé s demencí jsou „blázni“, a že trpí nějakým druhem duševního onemocnění. Není to tak dlouho, co se potvrdilo, že jde o nedorozumění a že je demence způsobena dysfunkcí mozku. (Buijssen, 2006, s. 13-14)

Primární příznaky demence se v důsledku přibývajícího věku těžko rozlišují od projevů přirozeného fyziologického stárnutí. Stařecká zapomnětlivost, se kterou souvisí vybavování si jmen, čísel, některých názvů věcí či pojmů. Může přejít až v mírné kognitivní postižení, které se může rozvinout až do syndromu demence. Rodina má občas problém rozlišit u stárnoucího příbuzného příznaky, které jsou úzce spjaty s přibývajícím věkem a ty, které s fyziologickým stárnutím nesouvisí. Je obtížné v prvopočátku nemoci rozlišit, které změny chování souvisí s počínající chorobou demence. Přesto jsou změny chování vůči demenci specifická. (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kolektiv, 2009, s. 15)

## 1.2 Etiopatogeneze

V současné době jsou známy procesy, které se na vzniku demence podílejí. Ve většině případů není známa přesná příčina onemocnění vedoucí k demenci. Přestože nelze říci,

které faktory onemocnění nejvíce ovlivňuje, jsou prokázány poznatky o rizikových faktorech demence. (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kolektiv, 2009, s. 12)

**Rizikové faktory vzniku demence**

- ***Pohlaví*** - Ve většině studií není prokázán rozdíl ve výskytu demence u obou pohlaví. Některé studie však tvrdí, že více ohroženy jsou ženy Alzheimerovou chorobou než muži. Naopak muži trpí více demencí cévního původu.
- ***Věk*** - Vzácně se může vyskytnout demence před 60. rokem, ale může se objevit v jakémkoli věku. Častěji se vyskytuje s přibývajícím věkem. Není však jasné, zda je věk rizikovým faktorem, nebo zda jde o častější výskyt jiných rizikových faktorů s přibývajícím věkem člověka.
- ***Genetické faktory*** - Jestliže se demence objeví před 60. rokem věku, jde velmi často o dědičně podmíněné onemocnění. Blízcí příbuzní mají 3 - 4 x větší pravděpodobnost výskytu demence. Platí to ale pouze pro jednotlivce, protože spousta lidí s pozitivní rodinnou anamnézou demencí neonemocní.
- ***Vzdělání*** - Některé studie prokazují, že lidé s vyšší úrovní vzdělání mají nižší výskyt demence. Není ale známo, zda jde o přirozenou úroveň inteligence či socioekonomický statut. Důležitým faktorem může být i psychická aktivita během celého života.
- ***Kouření*** - Kouření zvyšuje riziko demence, obzvlášť Alzheimerovy choroby.
- ***Alkohol*** - Nadměrné množství užívání alkoholu po delší dobu může vést k výskytu demence.
- ***Cévní mozkové příhody a vaskulární choroby*** - Po cévní mozkové příhodě se demence vyskytne zhruba u třetiny lidí. Vaskulární onemocnění mozku může vést k častému výskytu demence. Rizikovými faktory demence může být také hypertenze, cukrovka a onemocnění srdce.
- ***Poranění hlavy*** - Jedná se o jakýkoli úraz hlavy, při kterém dojde ke ztrátě vědomí minimálně na 15 minut. Tento faktor se řadí mezi velmi významný ve výskytu demence.
- ***Hormonální substituční léčba (HST) a protizánětlivé léky*** - HST u žen je předmětem zkoumání pro potvrzení či vyloučení nižšího rizika vzniku demence. Stejně tak lidé užívající protizánětlivé léky na revmatoidní artritidu, artrózu apod.
- ***Deprese*** - U starších lidí, kteří trpí depresí, je zvýšené riziko demence 3 – 4 x.
- ***Další faktory*** - Infekční onemocnění (syfilis, AIDS apod.), deficit vitamínů. Součástí klinického obrazu je demence u Parkinsonovi, Hungtingtonovy

Creutzfeld-Jakobovy choroby či roztroušené sklerózy. Demence se může vyskytnout i u pokročilého onkologického onemocnění či při srdečním a jaterním selháním. (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kolektiv, 2007, s. 12-14; Buijssen, 2006, s. 18)

## 1.3 Rozdělení příznaků demence

Tyto příznaky se nemusí objevovat pouze u pacientů s demencí. Mohou se objevit i u jiných klinických syndromů a diagnóz, které je nutné odlišit v diferenciální diagnostice. Příznaky, které se objevují u demence, lze zařadit do 3 skupin. (Topinková, 1999, s. 10-11)

- kognitivní
- behaviorální
- funkční

***1. kognitivní***

- porucha paměti
- porucha myšlení a úsudku
- porucha orientace
- porucha řeči a učení
- porucha poznávání

Patří sem příznaky jako je porucha soustředění, paměti, myšlení, orientace, řeči. Tyto příznaky pacienta přivádějí k lékaři s podezřením na Alzheimerovu chorobu či jinou možnou demenci.

Také kognitivní funkce lze u pacienta změřit. Používá se řada různých testů. Mezi nejčastější patří Mini mental state examination podle Folsteina.

Je důležité mít stále na paměti, že demence jsou choroby progredující, které mají určitý průběh. Z toho důvodu je nezbytné péči stále individuálně přizpůsobovat možnostem a úrovni každého pacienta. (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kolektiv, 2007, s. 17; Topinková, 1999, s. 11)

***2. behaviorální, psychologické***

- porucha osobnosti
- úzkost a deprese
- porucha emocí
- halucinace a bludy

- misidentifikace
- agresivita, nespolečenské chování
- poruchy spánku

Často se stává, že mohou výše uvedené příznaky předcházet kognitivním příznakům. Může se jednat o velmi nápadné změny v charakteru, nevhodné či netaktní chování, neslušnost apod. Ale také se může vyskytnout „jen“ úzkost, deprese, poruchy spánku apod. Tedy příznaky, které se vzhledem k věku pacienta přehlíží a podceňují. (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kolektiv, 2007, s. 17; Topinková, 1999, s. 11)

***3. funkční***

- potíže s domácími pracemi
- problémy se sebeobsluhou
- neschopnost komunikovat
- neschopnost chůze
- závislost na péči druhých

Demence vede ze začátku ke ztrátě soběstačnosti v instrumentálních činnostech a dále i v základních sebeobslužných aktivitách. Existují škály, díky kterým lze posoudit stav soběstačnosti pacienta s demencí. Mezi nejčastější se řadí škály podle Katze, Lawtona nebo Barthelové. Pomocí nich se dá hodnotit soběstačnost v instrumentálních denních aktivitách (IADL), což jsou činnosti, které jsou potřebné pro samostatný nezávislý život. Do soběstačnosti základních sebeobslužných aktivit patří hodnocení pomocí testu základních sebeobslužných aktivit denního života (ADL). (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kolektiv, 2007, s. 16; Topinková, 1999, s. 11)

## 1.4 Stádia demence

Průběh demence můžeme rozdělit do tří stádií. Toto rozdělení je však pouze obecné a může docházet k odlišnostem dle jednotlivých typů demence. (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kolektiv, 2007, s. 34)

***• Počínající a mírná demence***

Toto první stádium demence je charakterizováno poruchou krátkodobé paměti. Pacient si často nedokáže vybavit co sám před krátkou dobou řekl nebo udělal, nemůže si zapamatovat nové věci apod. Dlouhodobá paměť je naopak zachovalá. Snadno se nemocnému vybavují dávné vzpomínky, události, zejména z období mládí. Dále dochází k poruchám soustředění, vyjadřování, orientace v čase i prostoru. Nemocný si uvědomuje své potíže a reaguje na ně úzkostně až depresivní náladou, vztekem nebo až agresivitou.

Omezuje také sociální kontakty a ztrácí zájem o dříve oblíbené činnosti. Soběstačnost, je ale v tomto stádiu relativně zachována. Pacient potřebuje pouze občasnou dopomoc, radu či návod. (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kolektiv, 2007, s. 34-35)

***• Středně pokročilá demence***

Ve druhém, nejdelším stádiu dochází ke zvýraznění všech potíží. Pacient již není schopen se sám o sebe bez problémů postarat a vyžaduje téměř nepřetržitou dopomoc a dohled druhé osoby. Často dochází z důvodu výrazné poruchy orientace k bloudění. (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kolektiv, 2007, s. 35-37)

***• Pokročilá demence***

V posledním stádiu potřebuje nemocný celodenní kvalitní ošetřovatelskou péči. Často bývá upoután na lůžko, či invalidní vozík, trpí inkontinencí moče a mnohdy i stolice. Mívá také potíže s polykáním, což komplikuje normální příjem tekutin a potravy. Nemocný nepoznává blízké osoby a má velmi omezenou schopnost komunikace. (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kolektiv, 2007, s. 37–38)

## 1.5 Dělení demencí

Jak už vyplývá z definice demence, jsou pro stanovení diagnózy nezbytné potíže v oblastech kognitivních, behaviorálních i ve funkčních schopnostech.

Přestože je klinický obraz individuální, jsou tyto příznaky přítomny ve všech typech demence v různé intenzitě. Pro klinickou praxi je důležité si uvědomit, že diagnostikujeme-li dementní syndrom, je dalším krokem stanovit typ demence a její možné etiologie. (Topinková, 1999, s. 20)

Rozlišují se 2 velké skupiny demencí.

### 1.5.1 Primární demence

Jde o postižení intelektových funkcí, které je způsobeno organickým onemocněním mozku primárně degenerativní, vaskulární nebo smíšené etiologie.

Jak prokázaly zahraniční studie, u velké většiny pitvaných dementních osob byly prokázány tři nejčastější demence: (Topinková, 1999, s. 20; Pidrman, 2007, s. 31)

- Alzheimerova choroba
- Demence s Lewyho tělísky
- Frontotemporální demence

### 1.5.2 Sekundární demence

Dementní syndrom doprovází jiná onemocnění nebo se na jejich vzniku podílí řada příčin. Většina těchto demencí je považována za léčitelná. Bylo popsáno více jak 70 skupin sekundárních demencí.

Mezi nejzávažnější a nejčastější sekundární demence patří: (Topinková, 1999, s. 20-21; Pidrman, 2007, s. 31-32)

- vaskulární demence
- metabolické demence
- toxické demence
- demence při Parkinsonově chorobě
- demence při Huntingtonově chorobě
- traumatické demence
- demence při normotenním hydrocefalu
- demence při infekcích (HIV)

## 1.6 Diagnostika demence

I v dnešním jednadvacátém století se stále diagnóza demence podceňuje. Osoba trpící demencí si svůj stav nehodlá přiznat a okolí příznaky této nemoci podceňuje. Ve velké většině případů se lidé domnívají, že se jedná o zcela normální průběh stáří a zapomnětlivost vnímají jako jeho součást. Klinickým příznakům věnují jen minimální pozornost, a tak se nemocný člověk dostává k lékaři většinou až v pokročilejším stádiu této choroby, nebo někdy dokonce vůbec. Diagnóza je přitom nezbytným krokem ke správné léčbě a především k potlačení nepříznivých příznaků, které člověka mnohdy omezují v provádění běžných denních činností. Demenci sice zatím nelze vyléčit, ale díky správnému a včasnému zachycení diagnózy a následné terapii, lze její další průběh zpomalit a prodloužit tak aktivní život dané osoby. (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kolektiv, 2007, s. 30-31)

**Vyšetření pacienta s podezřením na demenci**

- ***Anamnéza***

Je nejdůležitější částí celého vyšetřovacího postupu. Poskytuje klíčové údaje pro stanovení diagnózy. Anamnestická data se získávají nejen od pacienta, neboť údaje nemusí být pravdivé, ale i od rodinných příslušníků či přátel. Pokud možno, hovoříme s pacientem i pečující osobou odděleně.

**OA:** začátek příznaků, délka trvání, rychlost a charakter progrese, poruchy chování a soběstačnosti, deprese, úrazy hlavy, neurologické onemocnění, závažné postižení

důležitých orgánů apod.

**FA:** trvale užívající medikamenty, užívání alkoholu či vystavení toxickým látkám

**RA:** výskyt demence u rodinných příslušníků

**SA:** vzdělání, zaměstnání pacienta, současná sociálně-ekonomická situace (Topinková, 1999, s. 38-39)

- ***Fyzikální vyšetření***

Neurologické: lokální výpady funkce, primitivní reflexy, extrapyramidový syndrom, poruchy chůze a rovnováhy, úbytek čichu.

Interní: krevní tlak, karotické šelesty, kardiální funkce, stav výživy.

Tato vyšetření slouží k diferenciálně diagnostické rozvaze, kdy lze vyloučit pseudodemenci, rozpoznat reverzibilní formu demence a stanovit příčinu ireverzibilní formy. Dále lze posoudit stav hygieny a případné odhalení fyzického týrání.

- ***Hodnocení funkčního postižení a mentálního stavu***

Doporučuje se používat standardizované testy

- Test psychických funkcí MMSE
- Test kreslení hodin
- Dotazník pro funkční hodnocení FAQ

Při nejednoznačném výsledku je třeba provést neuropsychologické vyšetření.

- ***Laboratorní vyšetření***

- základní biochemie: urea, kreatinin, minerály, jaterní testy, glykemie, celková bílkovina a albumin
- FW, krevní obraz včetně diferenciálu
- moč chemicky a močový sediment
- TSH a tyroxin

- ***Pomocná vyšetření***

EKG, EEG, sonografie karotid, RTG lebky, vyšetření mozkomíšního moku, CT a NMR mozku (Topinková, 1999, s. 40-42)

## 1.7 Terapie

Hlavním cílem léčby je zlepšení kvality života pacienta, ale také jeho pečovatele.

### 1.7.1 Farmakologická terapie

**Farmakoterapie kognitivních poruch**

- ***Inhibitory Acetylcholinesteráz***

Jsou to látky, které zlepšují acetylcholinergní transmisi. Využívají se obzvlášť u Alzheimerovi nemoci lehkých a středně těžkých stádií, ale také u jiných typů demencí. Acetylcholinergní systém významně ovlivňuje paměť, kvalitní stav vědomí, ale i další kognitivní funkce. Mezi hlavní zástupce této lékové skupiny užívané v dnešní době patří Donepezil, Rivastigmin, a Galantamin. Mezi nejčastější nežádoucí účinky se řadí gastrointestinální potíže, jako je nausea, zvracení, průjem.

- ***Parciální inhibitor NMDA (N – metyl D – aspartátových) ionotropních receptorů systéme excitačních aminokyselin***

Klinicky se využívá Memantin, látka která svým působením brání nadměrnému působení excitačních aminokyselin. Nejčastěji se využívá u Alzheimerovi nemoci.

**Farmakoterapie behaviorálních a psychologických symptomů demence (BPSD)**

- ***Antipsychotika***

Tyto léky se užívají zejména u těžkých akutních neklidů u pacientů trpící demencí. V dnešní době se využívají především antipsychotika 2. generace pro nižší výskyt nežádoucích účinků, obzvlášť extrapyramidových, tlumivých a kolapsových stavů na rozdíl od antipsychotik 1. generace. Mezi vyjímky se řadí Melperon, butyrofenonový derivát s velmi dobrou snášenlivostí. Dále také Haloperidol, který ovšem není vhodný pro dlouhodobé užívání. Mezi antipsychotika 2. generace patří Tiaprid, který velmi dobře tlumí neklid a delirantní stavy. Dále do této lékové skupiny patří Olanzapin, Risperidon, Quetiapin, Ziprasidon, Zotepin, vyjímečně pak Clozapin a Aripiprazol.

- ***Antidepresiva***

Tyto léky slouží k potlačení úzkosti či depresí, které jsou často u syndromu demence přítomny. Mezi nejvyužívanější patří preparáty ze skupiny selektivních inhibitorů zpětného vychytávání serotoninu. Sertralin a Citalopram se řadí mezi nejvhodnější zástupce u pacientů, kteří trpí organickou psychickou poruchou. Fluvoxamin, Fluoxetin a Paroxetin dobře potlačuje úzkost, ale hrozí u těchto léku vyšší výskyt lékových interakcí. Antidepresiva 1. a 2. generace se řadí mezi nevhodná pro svůj antycholinergní efekt.

Jedinou vyjímkou je Tianeptin. Do antidepresiv 4. generace patří Mirtazapin, Milnacipran, Venlafaxi, Reboxetin, Moclobemid a Bupropion.

- ***Hypnotika***

Často se u demencí vyskytují poruchy spánku. Je důležité, aby měl nemocný trpící demencí pravidelný denní režim, fyzickou aktivitu, dostatek pohybu a ne příliš dlouhý spánek během dne. Při poruše s usínáním jsou vhodnější šetrná antipsychotika např. Melperon, Tiaprid nebo antidepresiva se sedativním účinkem např. Mirtazapin, Trazodon.

### 1.7.2 Nefarmakologická terapie

- ***Ergoterapie***

Ergoterapie je zdravotnická disciplína, která nabízí aktivní pomoc lidem různého věku, kteří jsou fyzicky či psychicky postiženi nebo trpí poruchou intelektu, která omezuje jejich samostatnost a funkční kapacitu. Cílem ergoterapie je dosáhnout co nejvyšší možné soběstačnosti, aktivní začlenění do společnosti a zvýšení kvality života.
Ergoterapeut provede s klientem ergoterapeutické vyšetření a na jeho základě stanovuje ergoterapeutický plán. Poté provádí s klientem cílené praktické činnosti dle zjištěného postižení, které se zaměřují např. na zvýšení svalové síly, rozsah pohybu v kloubu, koordinaci atd. Ergoterapeut by měl být součástí každého ošetřujícího týmu, který pečuje o pacienty s demencí. (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kolektiv, 2007, s. 142-143)

- ***Fyzioterapie***

Jde o metodu, kdy je hlavním cílem udržení mobility pacienta. Je velmi důležité, aby s fyzioterapeutem spolupracoval i zbytek ošetřovatelského týmu a v neposlední řadě rodina pacienta. (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kolektiv, 2007, s. 151)

- ***Kognitivní rehabilitace***

Tato metoda slouží jako trénink ke zlepšení kognitivních funkcí, zejména paměti. Patří sem např. doplňování říkanek, zjednodušené pexeso, puzzle, čtení, slovní úlohy, hádanky, křížovky, sudoku. Součástí je také stimulace smyslů hmatu, zraku a čichu. (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kolektiv, 2007, s. 158-159)

- ***Orientace v realitě***

Cílem této metody je, aby všichni členové ošetřujícího týmu nabízeli pacientům trpícím demencí informace, které mu pomohou v orientaci. Již při vstávání pacienta upozornit, že už je ráno, připomínat mu, v jakém čase a kde se nachází. Za důležitou věc se považuje oslovení pacienta, vždy mu říkat paní, pane a oslovovat ho příjmením. Agresivita a poruchy chování mohou být právě důsledkem dezorientace pacienta trpícího demencí. (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kolektiv, 2007, s. 174-175)

- ***Reminiscenční terapie***

Cílem této terapie je zejména posílení lidské důstojnosti pacienta, ale také zlepšení celkového stavu pacienta a komunikace. Jde o aktivizační a validační metodu, která využívá vzpomínek a jejich vybavování si prostřednictvím různých podnětů. Tato metoda je pro pacienty velmi důležitá, jelikož trpí poruchou krátkodobé paměti, ale naopak si velmi dobře vybavují vzpomínky z dob minulých. (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kolektiv, 2007, s. 181)

- ***Kinezioterapie***

Jde o somato-terapeutickou aktivitu, která se zaměřuje na cílené pohybové programy. O důležitosti pohybu ve stáří nelze pochybovat. Vyžaduje aktivní přístup pacienta a zaměřuje se nejen na biologickou složku osobnosti, ale také na psychickou a sociální stránku pacienta. Kinezioterapie snižuje úzkost pacienta, depresi, zvyšuje odolnost proti zátěži, zlepšuje mentální funkce, zvyšuje sebeúctu atd. (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kolektiv, 2007, s. 189)

- ***Taneční terapie***

Dle názoru Americké asociace se jedná o psychoterapeutické využití pohybu v procesu, který působí na zlepšení emoční, kognitivní, sociální a fyzické integrace člověka. Estetická stránka zde není důležitá. Zdůrazňují se zde faktory psychologické, které slouží k nonverbální komunikaci, zlepšení emotivity atd. Dále fyzické, při kterých dochází ke zlepšení koordinaci pohybu, zlepšení celkové síly a rovnováhy. A v neposlední řadě sociální, kde dochází k vytvoření skupinek lidí a k navázání kontaktu mezi pacienty. (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kolektiv, 2007, s. 204)

- ***Arteterapie***

Arteterapie znamená v užším slova smyslu léčbu výtvarným uměním. Jde o soubor uměleckých technik, který má za cíl zvýšit sebevědomí pacienta, změnit sebehodnocení a přinést pocit smysluplného naplnění života pacienta. (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kolektiv, 2007, s. 212)

- ***Muzikoterapie***

Cílem muzikoterapie je napomáhání k psychické pohodě pacienta, posiluje sebevědomí jelikož texty písní a melodie zůstávají jako součást dlouhodobé paměti pacienta. Mezi techniky muzikoterapie patří zpěv, hraní na jakékoli hudební nástroje, rytmické a taneční prvky, poslech hudby s čtením o autorovi poslouchané hudby atd. (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kolektiv, 2007, s. 225)

- ***Pet-terapie***

Jde o metodu léčby pomocí zvířat. Mezi domácím zvířetem a člověkem existuje vzájemný vztah. A o to je poutu silnější, zda jde o vztah mezi zvířaty a pacienty trpícími demencí. Zvíře je vynikající prostředek ke komunikaci, zvláště k nonverbální, ale později také k verbální. Slouží také jako výborné téma k zahájení rozhovoru. Zvířata mají celkově pozitivní účinky na fyzický i psychický stav pacienta. (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kolektiv, 2007, s. 229)

# 2 POPIS JEDNOTLIVÝCH TYPŮ DEMENCÍ

Demenci lze dělit podle více způsobů. Nejčastěji se používá klasifikační kritérium: etiopatogenické hledisko. Rozlišují se dvě velké skupiny demencí a to primárně degenerativní demence a sekundárně degenerativní demence. (Topinková, 1999, s. 20)

## 2.1 Primárně degenerativní demence

Dochází k postižení intelektových funkcí, které je způsobeno organickým onemocněním mozku primárně degenerativní, vaskulární nebo smíšené etiologie. (Topinková, 1999, s. 20)

### 2.1.1 Alzheimerova choroba

**Definice**

*Alzheimerova choroba je primární degenerativní onemocnění mozku neznámé etiologie s charakteristickými neuropatologickými a neurochemickými rysy.* (Smolík, 2002, s. 74)

Alzheimerova choroba patří mezi nejčastější typ demence a zahrnuje asi 65 % všech demencí u lidí ve věku nad 65 let, kteří demencí trpí. To je důvodem, proč je kapitola o této chorobě obsáhlejší, než jiné typy demence.

Jako první popsal tuto demenci v roce 1902 profesor Alois Alzheimer. Onemocnění se vyskytovalo již ve středním věku okolo padesáti let. Byla zjištěna výrazná dědičnost, onemocnění mělo rychlý průběh a postihovalo především ženy. Vyznačovala se po stránce klinické, jako rychle probíhající demence. V roce 1910 se pro tuto poruchu začal používat název Alzheimerova choroba. (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010, s.180; Smolík, 2002, s.74)

Počátek tohoto onemocnění začíná nenápadně. Pacienti si stěžují na poruchy paměti, soustředění, myšlení. Lidé se často domnívají, že tímto onemocněním trpí a mnohdy jde o deprese, které mají velmi podobné příznaky. Ne každý stesk musí znamenat Alzheimerovu chorobu. Je tedy potřeba včas vyhledat lékaře specialistu, který se danou problematikou zabývá. Ten by měl na základě podrobného vyšetření stanovit, zda se jedná o Alzheimerovu chorobu, či nikoli. U nemocných, která tato choroba zasáhla před dosažením 65 let je progrese rychlejší než u nemocného, u kterého choroba začala až po 75. roce života. Tato choroba obvykle trvá 8-10 let a končí smrtí. (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kolektiv, 2007, s.39; Topinková, 1999, s. 23)

**Příznaky**

Alzheimerova choroba je postupně progredující proces, během kterého dochází k poruše a zničení nervových buněk a spojení. Tím dochází k poškození funkce mozku. (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kolektiv, 2007, s.39)

**Mezi hlavní příznaky se zahrnují:**

**poruchy paměti**

- ***časné známky:*** zapomíná, kam co dal, jména, dělá si seznamy a poznámky, opakovaně telefonuje, zapomene na důležité rodinné události, schůzku
- ***rozvinutá nemoc:*** zapomíná tváře osob, nedávné události, není schopen vytvořit ani použít seznam, není schopen si zapamatovat schůzku
- ***pozdní fáze:*** žije v minulosti, nepoznává své vlastní příbuzné, postupná amnézie

**poruchy řeči**

- ***časné známky:*** méně bohatý jazyk, občasný problém nalézt slovo, zhoršená slovní zásoba a plynulost řeči
- ***rozvinutá nemoc:*** problém nalézt slovo v běžné konverzaci, opakuje se, potíž sledovat komplexní konverzaci, porucha v porozumění
- ***pozdní fáze:*** omezení slovní zásoby, postupná ztráta schopnosti mluvit

**poruchy komplexních činností**

- ***časné známky:*** vyhýbá se komplexním činnostem v domácnosti (velký úklid), potíže při finančních transakcích, řízení auta
- ***rozvinutá nemoc:*** nesprávně provádí domácí práce, chyby v řízení auta, potíže se správným pořadím oblečení při oblékání, neschopnost jakéhokoli finančního úkonu (zaplatit v obchodě)
- ***pozdní fáze:*** žádá o pomoc při oblékání, koupání, neschopnost použít příbor, neschopnost chůze, vstát z lůžka

Mezi další příznaky patří **prostorová orientace**. Ztrácí orientaci v prostoru, cestu v neznámém prostředí a později i ve vlastním bytě. Lidé trpící touto chorobou nejsou schopni překreslit trojrozměrný obraz např. krychli, jelikož mají významně zhoršené zrakově-prostorové rozpoznání troj- a dvojrozměrných předmětů.

Mimo kognitivní poruchy se v různé míře vyskytují **poruchy osobnosti** (menší otevřenost, nezodpovědnost, ztráta zájmu a vřelosti ve vztazích), **motivace** a **sociability**. Mezi obtěžující příznaky patří **poruchy chování**, které se objevují jak v časné tak i v pokročilé fázi příznaků. Zahrnují afektivní poruchy, obzvlášť depresi a úzkost, poruchy emotivity, nekontrolovatelné afekty (výbuchy vzteku, pláč) či naopak euforii. V pozdějších fázích Alzheimerovi choroby se často vyskytují i psychotické symptomy, jakou jsou např. halucinace či bludy, stavy neklidu, bloudění, agresivita. Tyto stavy vyžadují vyšetření

u psychiatra, často léčbu psychofarmaky a jsou obvykle důvodem pro trvalé umístění nemocného do ústavu. (Topinková, 1999, s. 25-28)

**Diagnostická kritéria pro Alzheimerovu chorobu**

Diagnóza Alzheimerovi nemoci se odvíjí od klinických příznaků a vývoje onemocnění. Zakládá se na mezinárodně doporučených kritériích skupiny NINCDS/ADRDA.
Kritéria rozlišují diagnózu možné, pravděpodobné a jisté Alzheimerovi nemoci.

***Možná***

- Atypický začátek.
- Stanoví se na základě diagnózy syndromu demence při nepřítomnosti jiných neurologických, psychiatrických nebo systémových příčin.
- Přítomnost sekundárních mozkových nebo sekundárních poruch, které dostačují k tomu, aby tvořily demenci, ale nepovažují se za příčinu demence.
- Postupně progredující defekt poznávacích funkcí, kdy není známa jiná identifikovatelná příčina.

***Pravděpodobná***

- Diagnóza demence určena klinickým vyšetření, doložena testováním mentálního stavu potvrzená neuropsychologickým vyšetřením.
- Porucha ve dvou nebo více poznávacích funkcí.
- Progresivní zhoršení paměti a ostatních poznávacích funkcí.
- Není porucha vědomí.
- Nástup onemocnění mezi 40. - 90. rokem, nejčastěji po 65. roce věku.
- Bez systémového onemocnění nebo onemocnění mozku, které by mohlo způsobit vznik demence.

***Jistá***

- Kritéria pro pravděpodobnou Alzheimerovu chorobu.
- Histopatologické vyšetření získané z biopsie nebo autopsie.

(Jirák a Koukolík, 1998, s. 92-95; Pidrman, 2007, s. 38-39)

**Rizikové faktory**

- ***věk:*** nad 65 let věku dochází každých uplynulých 5 let ke zdvojnásobení případů demence

- ***dědičnost:*** zvyšuje riziko vzniku demence třikrát až čtyřikrát, zejména po 80. roce života
- ***ženské pohlaví***
- ***nižší vzdělání***
- ***opakované úrazy hlavy*** (Pidrman, 2007, s. 41-42)

**Farmakoterapie Alzheimerovi nemoci**

V současné době je nejpoužívanějším a nejúspěšnějším způsobem léčby ovlivnění acetylcholinergního systému. Teoreticky je to možné pěti způsoby:

1. podání inhibitorů cholinesteráz
2. podání prekurzorů acetylcholinu
3. podání agonistů nikotinových a muskarinových receptorů
4. ovlivnění acetylcholinergního systému cestou jiných mediátorů
5. některé další cesty (Pidrman, 2007, s. 43)

### 2.1.2 Demence s Lewyho tělísky

Patří do primární neurodegenerativní demence. Vyznačuje se histopatologickým nálezem intraneuronálních inkluzí v různých oblastech mozku. Má odlišný klinický obraz i průběh dementního syndromu. Velmi často kromě paměti je postižena řeč a zrakově-prostorové funkce. Bývají přítomny zrakové halucinace, bludy, porucha chůze a pády doprovázené třesem. Může se objevit i porucha vědomí a má charakater spíše protrahovaného deliria. Klinicky přítomná je výrazná citlivost na neuroleptika s těžkými nežádoucími reakcemi. Onemocnění probíhá rychleji než Alzheimerova nemoc a během 5-8 let končí smrtí. (Topinková, 1999, s. 32; Pidrman, 2007, s. 54)

### 2.1.3 Frontotemporální demence

Je charakterizována lehkým postižením paměti a zachovalou prostorovou orientací. Významné je však postižení osobnosti, sociálního chování projevující se např. nevhodným vtipkováním, ztrátou empatie, sexuálně obtěžujícím chováním atd. Oproti Alzheimerovi nemoci přetrvává normální nález EEG, ale jsou přítomny selektivní atrofie čelních laloků. Nejčastější formou FTD je Pickova nemoc. (Topinková, 1999, s. 33; Pidrman, 2007, s. 55)

## 2.2 Sekundárně degenerativní demence

Dementní syndrom doprovází jiná onemocnění. Většina demencí této skupiny jsou léčitelné. (Topinková, 1999, s. 20)

### 2.2.1 Vaskulární demence

Jsou druhou nejčastější příčinou dementního syndromu hned po AD. Vaskulární demence nemají typický klinický obraz. Zhoršení kognitivních funkcí není rovnoměrné. Může se vyskytovat zhoršení intelektových funkcí, ložiskové neurologické příznaky a poruchy paměti. Typicky je přítomen náhlý začátek a také kardio- nebo cerebrovaskulární onemocnění, které tento typ demence doprovází. Mezi časté příznaky dále patří záchvatovitý smích nebo pláč, emoční labilita, depresivní nálada, přechodné stavy zastřeného vědomí nebo deliria. Často dochází k výrazným změnám chování jako je sobectví, vztahovačnost atd.

***Nejčastější demence vaskulárního původu*** (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kolektiv, 200, s. 41; Topinková, 1999, s. 30)

- Multiinfarktová vaskulární demence
- Binswangerova choroba
- Demence v důsledku mozkového infarktu
- Demence z hypoperfuze
- Demence v důsledku hemoragické mozkové příhody
- Demence při krvácení do mozku

### 2.2.2 Metabolické demence

***Rozvoj demencí u vrozených metabolických poruch***

- Wilsonova nemoc
- akutní intermitentní porfyrie

***Rozvoj demencí u získaných metabolických poruch***

- poruchy nutrice - porucha přijmu proteinů, energetického přijmu, deficit vitaminu řady B, celková nutriční deprivace
- toxické poruchy – chronické intoxikace drogové, alkoholové, farmakogenní, průmyslové jedy
- endokrinní poruchy
- chronické orgánové poruchy – hepatoencefalopatie, uremická encefalopatie, dialyzační demence, obstrukční choroba plicní, kardiovaskulární insuficience

(Pidrman, 2007, s. 58-59)

### 2.2.3 Alkoholová demence

Odhaduje se, že tímto typem demence trpí až 1/10 lidí závislých na alkoholu. Často bývá ovšem opomíjena. Na vzniku alkoholové demence se podílí velká spousta příčin, je významně heterogenní. Velký význam má neurotoxicita alkoholu, nedostatek vitamínů, zejména řady B, špatná životospráva, hepatopatie, kardiovaskulární choroby, které jsou způsobené závislostí na alkoholu, onemocnění jater a ledvin. V neposlední řadě nelze opominout traumata hlavy při pádech a úrazech a osob závislých na alkoholu.(Pidrman, 2007, s. 56-57)

### 2.2.4 Demence u Parkinsonovy choroby

Dochází zde k degeneraci bazálních ganglií. Mezi hlavní klinické příznaky patří svalová stuhlost, bradykineze, třes a deformity postoje. Příčina může být infekční nebo toxická. Může se také jednat o rozsáhlý patologický proces, který zasahuje do centrálního nervového systému. Příznaky Parkinsonovy choroby mohou být vyvolané také léky např. neuroleptiky, při jejichž užívání dochází k blokaci dopaminových receptorů v bazálních gangliích. Cílem léčby je zvýšení dopaminu v mozku. Jsou popsány také úspěšné operace, kdy byla do mozku implantovaná dřeň nadledvin pro produkci dopaminu. Demence je přítomna nejméně u 20% nemocných trpících Parkinsonovou chorobou. (Smolík, 2002, s. 84; Pidrman, 2007, s. 56)

### 2.2.5 Demence u Huntingtonovy choroby

Z počátku jsou typické neurologické příznaky, ale také deprese, které mohou předcházet rozvoji demence s relativním zachováním paměti. Jako první jsou postiženy podkorové funkce, což se projevuje zpomalením myšlení. Mezi klinické příznaky patří abnormální či zpomalené pohyby, které mají plíživý začátek a mohou se vyskytnout ve věku 20-25 let života. Dále apatie, deprese, mimovolní pohyby obličeje, rukou nebo celého těla. Končí obvykle smrtí během 10-15 let od začátku obtíží. Léčba je v dnešní době pouze symptomatická a je vhodné genetické onemocnění. (Smolík, 2002, s. 84-85)

### 2.2.6 Posttraumatické demence

Může vznikat buď akutně bezprostředně v souvislosti s traumatem nebo dlouhodobě např. při rozvoji posttraumatického subdurálního hematomu. Typickým začátkem jsou neurologické příznaky, kvantitativní poruchy vědomí jako je somnolence, koma. Mohou být přítomny výrazné změny osobnosti, těžké poruchy paměti. Specifickým příkladem traumatické demence je apalický syndrom, při němž dochází k postižení hlubokých

kmenových struktur. Dochází k poruše vědomí, po odeznění k těžké poruše dlouhodobé paměti a ztrátám vědomostí. (Pidrman, 2007, s. 59)

### 2.2.7 Demence při normotenzním hydrocefalu

Normotenzní hydrocefalus se řadí mezi chronické onemocnění vznikající následkem úrazu hlavy, meningitidy, subarachnoidálního krvácení, ale příčina obvykle zůstává nejasná. Mezi hlavní příznaky patří porucha chůze, doprovázena nejistotou v prostoru a pády. Později se rozvíjí demence a inkontinence. Včasné zachytnutí tohoto onemocnění vede až v 90 % případech k dočasnému zlepšení kognitivních funkcí a chůze. (Pidrman, 2007, s. 56)

### 2.2.8 Demence při infekcích HIV

Až u 75 % případů nemocných chorobou AIDS je porušena CNS. Může to být způsobeno neurotoxicitou HIV, či řadou přídavných infekcí, které v důsledku oslabení imunity vznikají. Z počátku se objevují narušené kognitivní funkce a to zejména poruchy paměti, koncentrace, bradypsychizmus. Můžou nastat i opakovaná deliria. Z motorických příznaků se objevují poruchy motoriky horních končetin, poruchy rovnováhy. V pokročilých stádiích AIDS má až polovina pacientů příznaky demence. (Pidrman, 2007, s. 57)

# 3 ZÁSADY V PÉČI O PACIENTY S DEMENCÍ

K pacientům trpících poruchou demence je důležité přistupovat trpělivě, trvale sledovat jejich stav, snažit se zjišťovat, co potřebují, co by si přáli, vcítit se do jejich role, komunikovat nonverbálně, pokud je to pacientovi příjemné, nespěchat. Osoba s demencí by měla být brána jako osobnost, individualita, jako partner a člověk. Důležité je respektovat jedinečnost a důstojnost jejich osoby, ale zároveň se nebát s pacientem zasmát.

Měli bychom se snažit, aby si pacient co nejméně uvědomoval svoji nesoběstačnost a nedostatečnost. Pokles úrovně kognitivních funkcí má za následek zvýšenou zranitelnost a potřebu podpory. Z toho důvodu je důležité, aby byl pečující co nejvíce v kontaktu s pacientem, snažil se ho vést a podporovat, aby docházelo co nejméně ke zmatku a případnému nedorozumění. Vedle uspokojování základních potřeb jsou stejně u pacientů s demencí důležité potřeby uznání, bezpečí, jistoty, lásky, sounáležitosti a seberealizace. Péče o osobu s demencí je náročná jak po fyzické, tak psychické stránce. Je dlouhodobá a vyčerpávající.

Profesionální pečující by měli splňovat následující předpoklady:

- fyzická zdatnost a psychický klid
- chtíč tuto práci vykonávat
- vzdělání v této problematice
- umět tuto péči kvalifikovaně poskytovat

Rodinní pečující často věnují péči o pacienta převážnou většinu času, vzdají se svých zálib a vlastních zájmů, jakoby znamenali méně než pacient. To může vést k předčasnému vyčerpání a mnohdy i k syndromu vyhoření. Je pro to důležité, aby pečující věnovali dostatek času sami sobě. Měli by se umět o péči rozdělit s ostatními rodinnými příslušníky, známými či přáteli. (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kolektiv, 2007, s. 60-61)

## 3.1 Vhodné způsoby přístupu k pacientům s demencí

- ***Ocenění***

Pacient trpící demencí má potřebu být oceněn a neztratit svou hodnotu, proto je vhodné k němu přistupovat podobným způsobem, jako když byl zdráv. Pečující je trpělivý, snášenlivý a dělá si pro rozhovor prostor.

- ***Podpora dobré nálady***

Vhodné je dávat úkoly, ve kterých se může pacient kladně projevit a vést aktivity, které ho těší a naopak se vyhnout situacím, ve kterých by pacient neuspěl. Účinné

je povzbuzovat pacienta, vytvářet činnosti přiměřené jeho tempu a schopnostem, podporovat jejich vlastní samostatnost.

- ***Paměť***

Používá se celá řada pomůcek pro podporu paměti a pro zlepšení orientace v realitě např. štítky s nápisy, nástěnka se zprávami, velký kalendář atd. Při poruše paměti je potřeba pravidelnost, opakování a zaběhnuté postupy. Pečující v pracovním týmu by se měli domluvit na určitých postupech a individuálnímu přístupu k pacientům.

- ***Sociální schopnosti***

Jde o podporu vztahů a kontaktů z okolí, přičemž dochází ke zmírnění vzniku izolace a stažení pacienta s demencí. Během setkání s pacientem je důležité věnovat mu dostatek pozornosti.

- ***Podpora soběstačnosti pacienta***

Je důležitá nejen pro ulehčení práce pečovatele, ale pro pocit vlastní hodnoty pacienta, snížení pocitu úzkosti a zachování vlastního sebevědomí.

- ***Podpora důstojnosti a úcty pacienta***

I přesto, že pacient trpí demencí, stále velmi dobře vnímá, jak se k němu přistupuje. Při nevhodném chování v něm můžeme vyvolat neklid až agresi. Osoby touto chorobou trpící jsou zrcadlem naší nálady. Pokud se budeme usmívat, budou se oni usmívat také a naopak.

- ***Vyhýbat se konfliktům***

Je třeba si uvědomit, že příčinou u těchto pacientů je nemoc, nikoli chyba či vina nemocného. Konflikty mohou narušit důvěru, ničí vztah mezi pacientem a pečujícím a snižují oběma kvalitu života.

- ***Aktivizace smyslů***

Není vhodné pacienta do činností nutit, pokud nemá zájem, ale spíše je opakovaně nabízet. Návod i pomoc při aktivizaci musí být dle stádia demence přizpůsoben.

Je třeba působit na všechny smysly: (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kolektiv, 2007, s. 61-63)

- zrak – četba knihy, fotografie, televize
- hmat – zvířata, vlna, plyšové hračky
- čich – vůně jídel, aroma olejíčků
- chuť – zelenina, ovoce, koření

## 3.2 Zásady komunikace s pacientem s demencí

Poruchy komunikace u pacientů s demencí se zařazuje do kategorie neurogenních poruch komunikace. Patří sem poruchy řeči a jazyka, které vznikají z důvodu poškození mozku

a nervové soustavy. (Vavrušová a kolektiv, 2012, s. 96)

Pacienti trpící demencí často nemohou nalézt vhodná slova, aby se vyjádřili. Je velmi důležité pacienty aktivně naslouchat, vnímat je, pozorovat jejich pocity, které mohou vyjadřovat různými způsoby a snažit se o porozumět tomu, co se nám snaží říct. (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kolektiv, 2007, s. 184)

Pacienti trpící demencí většinou nemají rádi otázky, na které neumí odpovědět. Některých pacientů se velmi dotýká, ptáme-li se na základní věci ke zjištění jejich orientace např. co je dnes za den nebo kolik je jim let. Někdy se omlouvají, že se nepodívali do kalendáře, jiní můžou reagovat podrážděně, že přece tohle oni samozřejmě vědí. Rozhovor s pacientem je proto vhodné začít běžnými otázkami, jak se má, s čím se léčí, jak spává atd. Po navázání kontaktu lze teprve pomalu přejít na cílené dotazy orientace, paměti, případně další potíže. (Kučerová, 2006, s. 28-29)

***Desatero komunikace s pacientem se syndromem demence***

1. Při komunikaci omezíme ruch a vlivy prostředí, které by mohly pacienta rozptýlit. Ujistíme se, že má pacient dobrý sluch, popřípadě dobře nastaveno naslouchátko a že netrpí poruchou afázie.
2. Pacienta povzbuzujeme vlídným zájmem, omezujeme prudké pohyby, stále se pohybujeme v zorném poli pacienta, snažíme se o pozitivní výraz.
3. Mluvíme pomalu, srozumitelně a v krátkých větách.
4. Vyhýbáme se odborným výrazům či ironii. Používáme pacientovi známé slova.
5. Pokud možno, tak na předměty či části těla ukazujeme. Používáme přímá pojmenování, vyhýbáme se zájmenům. Pokud pacient něco nepochopil, pokusíme se o jinou formulaci s použitím jiných slov.
6. Navazujeme a udržujeme oční kontakt. V průběhu rozhovoru se ujišťujeme, že pacient vše dobře pochopil. Důležité informace píšeme pacientovi na papír. Při zvýšení pozornosti, případně při zklidnění, můžeme použít dotek.
7. Využíváme neverbální komunikaci jako je mimika, gesta. Vnímáme projevy strachu, úzkosti, bolesti.
8. Dáme zřetelně pacientovi najevo, zda odcházíme jen na chvíli nebo zda komunikace skončila.
9. Komunikaci s pacientem přizpůsobujeme jeho schopnostem, pacienta nepodceňujeme. Pacienty informujeme o důvodu vyšetření či léčebného výkonu. Během vyšetření s pacientem neustále komunikujeme, informujeme ho o postupu případně h uklidňujeme, psychicky podporujeme.
10. Chráníme důstojnost pacientů s demencí, bráníme jejich ponižování a posilujeme

jejich možnost rozhodovat se o sobě.

(*Desatero komunikace s pacientem se syndromem demence.* [on line]. [cit. 2017-15-04]). Dostupný z WWW: http://www.nrzp.cz/)

## 3.3 Jak zvládat změny chování u pacientů s demencí

***Úzkost***

Jde o velmi nepříjemný pocit vnitřního napětí až strachu. Pacient obvykle není schopen tento pocit blíže definovat. Úzkost bývá na první pohled patrná na obličeji pacienta. Může se objevit celkový neklid, pacient nedokáže sedět, neustále vstává, nevydrží stát na místě. Naopak se může úzkost držet jakoby uvnitř těla. Pacienti obvykle tvrdí, že ji cítí na prsou, v žaludku či v nohou. Úzkost může ovlivňovat funkci vegetativních orgánů, jako je srdce, plíce, žaludek, střeva. Pacienti trpící úzkostí mohou popisovat bušení srdce, bolesti břicha, nemůžou popadnout dech atd. Úzkost vzniká zejména při změně prostředí tedy i na hospitalizaci.

Pokud je pacient úzkostný, je třeba:

- snažit se pacienta uklidnit
- seznámit ho se situací, které nerozumí nebo je pro něho nová
- vysvětlit trpělivě vše, co potřebuje
- odpovídat trpělivě na dotazy
- snažit se zjistit příčinu úzkosti
- snažit se vyhnout situacím, které úzkost vytváří
- vyjádřit porozumění a podporu

Pomoci také může, když rodina přinese pacientovi oblíbené věci, které mu budou připomínat domov. Je možné přinést i rodinné fotografie nebo rádio s kazetami s nahraným jeho známým hlasem. (Kučerová, 2013, s. 26; Holmerová, Jarolímová, Suchá a kolektiv, 2007, s. 74)

***Poruchy spánku***

Patří mezi časté příznaky u přítomnosti demence. Hojně se vyskytují u osob ve středním stadiu demence. Časté je noční buzení pacienta, kdy se nemocný přehrabuje ve věcech, chystá se jít ven, obléká se atd. Nebo dochází k úplné spánkové inverzi, kdy pacient celou noc nespí, je velmi čilý a naopak ve dne pospává.

Možné způsoby ovlivnění spánku:

- důležitý je pravidelný režim vstávání a usínání pacienta
- přiměřená aktivizace během dne, rehabilitace s fyzioterapeutem

- omezení pospávání během dne, snažit se pacienta budit, aktivizovat ho
- při problému s usínáním je vhodná teplá sprcha
- omezení popíjení nápojů ve večerních hodinách (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kolektiv, 2007, s. 75)

***Volání a křik***

Pacienti v mírnějším stádiu demence často volají své blízké či ošetřující personál. Ve stadiu pokročilé demence často pacienti nepřetržitě hlučně povídají, volají na ošetřující personál, zpívají si, volají své blízké např. maminko. Toto chování velmi často vyvolává neklid ostatních pacientů a obtěžuje ošetřující personál.

Vhodné je odpozorovat:

- zda voláním vyjadřuje pohodu či naopak nespokojenost
- za jakých okolností pacient volá či křičí a co ho provokuje

V případě, že nenalezneme žádný negativní faktor, který toto chování vyvolává, snažíme se pacienta rozptýlit vykonáním určité aktivity. (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kolektiv, 2007, s. 82-83)

***Halucinace***

Jde o poruchu vnímání, kdy pacient vnímá něco co neexistuje, ale přitom je sám přesvědčen, že je to pravda. Pro ošetřující personál je mnohdy těžké si to představit, a zejména pacientovi uvěřit, že to skutečně vnímá. (Kučerová, 2013, s. 13)

Vhodný postup při halucinacích:

- šetrně se pokusit o vysvětlení, pokud to lze, v opačném případě pacientovi nic nevyvracet, hrozí zhoršení stavu
- přistoupit na to, co vnímá pacient, ujistit ho, že vše vyřešíme a dáme do pořádku
- mluvit na pacienta klidným hlasem, zachovat klid
- pokusit se odvést jeho pozornost, aby se zabýval něčím jiným
- neztrácet trpělivost

Pokud výše uvedený postup nebyl úspěšný, je třeba konzultace s lékařem a zvážení medikace. (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kolektiv, 2007, s. 87)

***Bloudění***

Patří mezi časté příznaky demence. Někteří pacienti mohou bloudit již v časných stádiích demence. U jiných to může být součást až celkové dezorientace. Často k bloudění dochází při změně prostředí, proto je potřeba pátrat po příčinách, které toto chování způsobují.

- Diskomfort

Bloudění může být způsobeno neuspokojenou potřebou např., že se chce pacientovi na WC či nepříjemným příznakem jako je bolest, svědění, pálení žáhy atd. Je důležité pacienty

pozorovat, zda netrpí bolestí nebo diskomfortem z jiné příčiny.

- Dezorientace

Pacienti s demencí se hůře orientují v novém prostředí, proto někteří z nich situaci řeší blouděním. Z toho důvodu je při hospitalizaci důležité pacienta seznámit s oddělením.

- Stres

Stres může způsobit sdělení, kterému pacient zcela nerozumí nebo složitý pokyn, se kterým si neví rady. Může být příčinou neklidu, přecházení a bloudění.

- Hledání

Pacienti s demencí často hledají své blízké. Osamělost může být také důvodem bloudění.

- Bezcílné chození

Občas se stane, že není možné zpozorovat příčinu bloudění. I tato situace může nastat. Někteří pacienti mají potřebu chodit po oddělení až několik metrů či kilometrů denně, aniž by měli potřebu jít ven. Měli bychom mít na zřeteli zvýšený energetický výdej a měla být přizpůsobena dostatečně energeticky vydatná dieta pacienta. (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kolektiv, 2007, s. 78 - 79)

***Agresivita***

Jedná se o velmi nepříjemnou komplikaci syndromu demence. Agresivní chování je úmyslné chování, které má destruktivní charakter. Buď se jedná o verbální agresi, jako jsou křik, vulgarismy. Nebo jde o fyzickou agresi vůči ošetřujícímu personálu či jiné osobě nebo vůči nějaké věci, jako je rozbití, udeření a podobně. Pacient jedná zpravidla v afektu. Agresivita u pacientů s demencí se liší od agresivity zdravých lidí. Neznamená to však, že je každý pacient s demencí agresivní, ale často dochází k záchvatům agresivity u pacientů s významnou poruchou myšlení a jiných kognitivních funkcí. Agresivita bývá často u pacientů jediným řešením, se kterou si v dané situaci neví rady. Obzvlášť vzniká při neporozumění ze strany ošetřujícího personálu nebo chybě v péči. Pacient nám nedokáže své agresivní chování vysvětit, nelze se s ním domluvit. Ošetřující personál si často agresivní chování vysvětluje jeho povahou a rezignuje, což není dobré východisko. Agresivita má příčinu, kterou lze najít a odstranit. K tomu je potřeba vstřícnost a tolerance vůči pacientovi a trpělivost při hledání příčiny. Jestliže je příčina nalezena, je třeba, pokud možno, ji odstranit ošetřujícím personálem, jelikož sám pacient není schopen příčinu agresivity pojmenovat ani tuto změnu navrhnout. Je nezbytně nutné, aby s důvodem agrese byli seznámeni všichni členové ošetřovatelského personálu i spolupacienti, což napomůže předcházet dalším rizikům agresivního chování. (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kolektiv, 2007, s. 88-89)

***Zásady při agresivním chování pacienta s demencí***

- Důležité je zachovat klid a rozvahu.
- Reagovat na jeho chování klidným hlasem.
- Nežádat po pacientovi vysvětlení jeho chování či mu něco vyčítat.
- Brát jeho agresi vážně.
- Nedávat najevo strach, zlost.
- Zajistit bezpečí agresivního pacienta, ale i ostatních spolupacientů.
- Nepřibližovat se k pacientovi rychle, zezadu, ale ani přímo zpředu.
- Nepřivolávat nápadně další členy ošetřujícího personálu.
- Věnovat pacientovi zvýšenou pozornost, povídat si s ním.
- Nezasahovat do jejich osobní zóny, nejlépe zachovat minimálně vzdálenost jednoho metru.
- Pokud máme s pacientem tuto zkušenost, může pomoci ho vzít za ruku či ho obejmout.
- Zeptat se, jaké má potíže, co ho tak rozčílilo, nabídnout mu pomoc.
- Pokud možno, provádět vícekrát denně tělesné cvičení, čímž se nadměrná agresivita sníží.

V žádném případě není možné brát agresivní chování osobně. Agrese není od pacienta mířena na ošetřují personál, ale jedná se o poruchu chování. V tomto stavu je pacient agresivní vůči tomu, kdo je zrovna na blízku. (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kolektiv, 2007, s. 101-102; Buijssen, 2006, s. 76)

***Riziko sebevraždy***

Rizikovým faktorem u pacientů s demencí může být i sebevražda. U počínající a mírné demence je pacient stále schopen tento čin naplánovat a provést. V pokročilém stádiu demence je schopnost jednat na základě plánu značně narušena a pacient postupně ztrácí sebeobsluhu. Do hlavní role se v tomto stádiu staví pečovatelé či příbuzní, kteří na nemocného dohlížejí. (Morris, 2010, s. 19)

## 3.4 Používání omezovacích prostředků

Používání omezujících prostředků je aktuální problematikou, která vyžaduje odbornost a věcnou diskuzi.

Věstník MZ ČR č. 7/2009 o Používání omezovacích prostředků u pacientů ve zdravotnických zařízeních České republiky, říká:

*Použití omezovacího prostředku při poskytování zdravotní péče za účelem omezení volného pohybu pacienta je nutno považovat za krajní řešení v případech, kdy je nezbytně nutné dosáhnout zklidnění pacienta, který svým chováním ohrožuje sebe nebo své okolí.*

*Omezovací prostředky lze použít po té, co byly za účelem zklidnění pacienta bezúspěšně použity jiné mírnější postupy než je použití omezovacích prostředků, například slovní uklidnění zdravotnickým pracovníkem.*

*Při použití omezovacího prostředku musí být dbáno důstojnosti člověka a jeho soukromí.*

### 3.4.1 Zásady při použití omezovacích prostředků

- K omezení volného pohybu pacienta jsou povolené omezovací prostředky:

- fyzické držení pacienta zdravotnickými pracovníky
- ochranné pásy nebo kurty
- umístění pacienta v síťovém lůžku
- umístění pacienta v izolační místnosti určené k bezpečnému pohybu
- použití ochranné vesty zamezující pohyb horních končetin
- akutní parenterální podání medikamentu

- Omezovací prostředek lze použít pouze tehdy, je-li účelem odvrácení ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti pacienta či jiných osob. Je potřeba použít vždy takový prostředek, který povede k naplnění smyslu s co nejmenším rizikem pro pacienta.
- Omezovací prostředek lze použít pouze takovou dobu, po kterou trvají důvody použití.
- O použití omezujícího prostředku rozhoduje ošetřující lékař. Není-li lékař přítomen, rozhoduje o použití omezovacího prostředku jiný zdravotnický pracovník k tomu způsobilý. Bezodkladně poté informuje lékaře, který rozhoduje o dalším trvání nebo ukončení omezovacího prostředku.
- Jde-li o pacienta nezletilého či zbaveného svéprávnosti, doporučuje se o použití omezovacího prostředku informovat zákonného zástupce.
- Po celou dobu použití omezovacího prostředku je nutný neustálý dohled zdravotnickým personálem.
- Při déle trvajícím použití omezovacího prostředku je třeba provést osobní hygienu pacienta či dalších osobních potřeb mimo omezovací prostředek, který by bránil kvalitnímu provedení.
- Každé použití omezovacího prostředku se zaznamenává do zdravotnické dokumentace pacienta.

(*Používání omezujících prostředků u pacientů ve zdravotnických zařízeních České republiky.* [on line]. [cit. 2017-15-04]). Dostupný z WWW: http://www.ferovanemocnice.cz/)

# I. PRAKTICKÁ ČÁST

# 4 CÍLE PRÁCE

**Cíl č. 1 :** Zjistit názory všeobecných sester na péči o pacienty s demencí na standardním lůžkovém oddělení.

**Cíl č. 2 :** Zjistit, zda je pro všeobecné sestry ošetřovatelská péče o pacienta s demencí náročná.

**Cíl č. 3 :** Zjistit, jakým způsobem všeobecné sestry reagují na agresivní chování u pacientů s demencí.

**Cíl č. 4 :** Zjistit používání omezujících prostředků u pacientů s demencí.

**Cíl č. 5 :** Zjistit, zda se všeobecným sestrám poskytuje možnost vzdělávání v oblasti demence.

# 5 METODIKA PRÁCE

## 5.1 Způsob sběru dat

K realizaci mého průzkumu bylo použito metody kvantitativního výzkumu pomocí dotazníkového šetření. Pro tuto metodu jsme se rozhodly z důvodu poměrně rychlého navrácení potřebných informací a také proto, že jsme od jeho anonymity očekávaly upřímnější odpovědi. Nevýhodou dotazníku může být neporozumění otázce či nízká návratnost plně vyplněných dotazníků. Z toho důvodu jsem dotazníky rozdávala i sbírala osobně a snažila se tak tomuto možnému riziku zabránit.

V úvodní části dotazníku se představuji a vysvětluji, za jakým účelem respondent dotazník vyplní, a že získané informace zůstanou anonymní.

## 5.2 Charakteristika respondentů

Respondentkami našeho průzkumu byly všeobecné sestry pracující na interním a chirurgickém oddělení Nemocnice Kyjov. Tyto oddělení jsem si vybrala z důvodu častých hospitalizací pacientů s demencí.

## 5.3 Organizace výzkumného šetření

Před výzkumem šetření byl vytvořen dotazník za pomoci vedoucí bakalářské práce. Byla sepsána žádost o umožnění dotazníkového šetření s podpisy zástupců zdravotnických zařízení, kde byly dotazníky rozdány.

Celkový počet rozdaných dotazníků bylo 100, návratnost byla 82 dotazníků, tedy 82%.

Z vrácených dotazníků nebylo potřeba žádný vyřadit. Získaná data byla vyhodnocena a graficky znázorněna pomocí tabulek a koláčových grafů v programu Microsoft Excel.

## 5.4 Charakteristika dotazníku

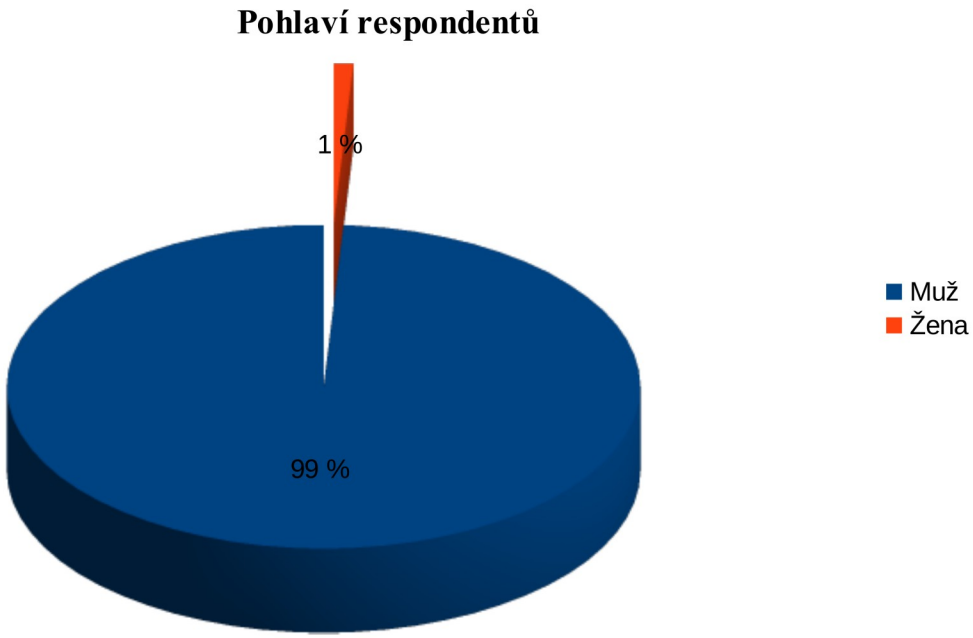
Dotazník obsahuje celkově 31 otázek, z něhož je 30 otázek uzavřených a to otázky č. 1-30 a 1 otázka otevřená, a to č. 31.

## 5.5 Výsledky průzkumu

Otázka č. 1: **Jste?**

| Možnosti | Podíl respondentů v % | Absolutní četnost |
|---|---|---|
| Muž | 99 | 81 |
| Žena | 1 | 1 |
| Celkem | 100 | 82 |

Tabulka 1 Pohlaví respondentů




*Graf 1 Pohlaví respondentů*

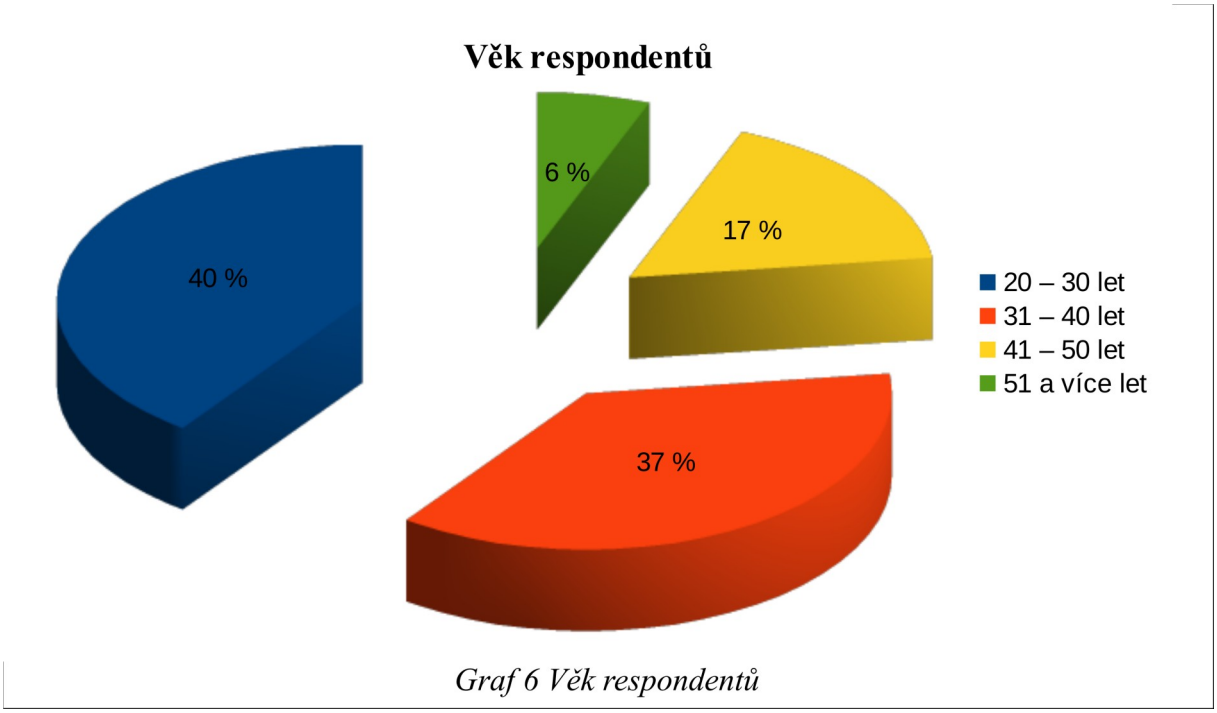
**Komentář:**

Otázka č. 1 zjišťuje pohlaví respondentů. Z celkového počtu 82 dotazovaných respondentů je 81 respondentů žena (99 %) a 1 respondent muž (1 %).

Otázka č. 2: **Jaký je Váš věk?**

| Možnosti | Podíl respondentů v % | Absolutní četnost |
|---|---|---|
| 20 – 30 let | 40 | 33 |
| 31 – 40 let | 37 | 30 |
| 41 – 50 let | 17 | 14 |
| 51 a více let | 6 | 5 |
| Celkem | 100 | 82 |

Tabulka 2 Věk respondentů




*Graf 6 Věk respondentů*

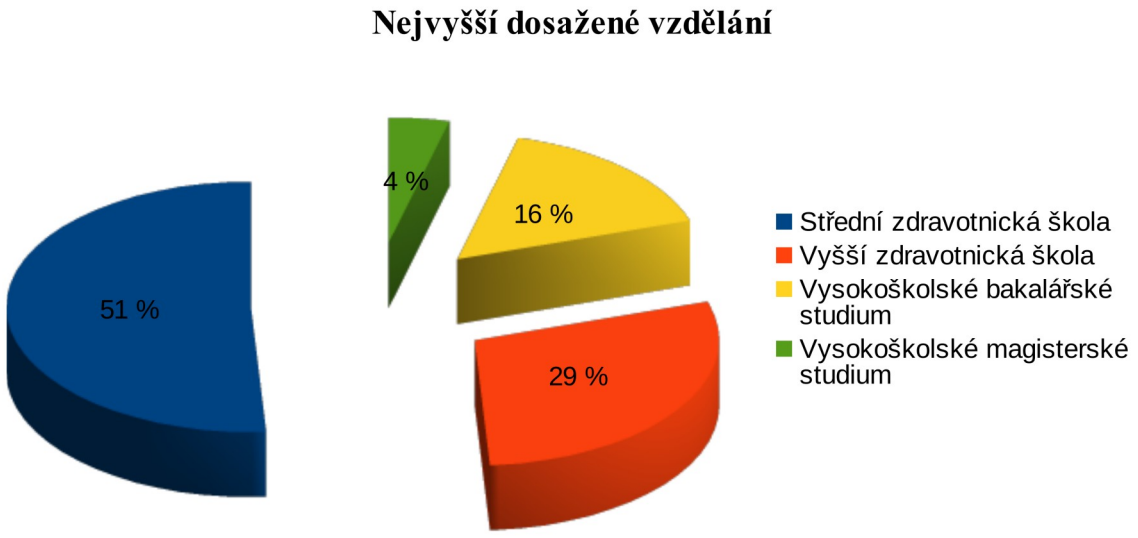
**Komentář:**

Otázka č. 2 zjišťuje věk respondentů. Z celkového počtu 82 dotazovaných respondentů je 33 respondentů ve věku 20-30 let (40 %), 30 respondentů ve věku 31-40 let (37 %), 14 respondentů ve věku 41-50 let (17 %) a 5 respondentů ve věku 51 a více let (6 %).

Otázka č. 3: **Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělaní?**

| Možnosti | Podíl respondentů v % | Absolutní četnost |
|---|---|---|
| Střední zdravotnická škola | 51 | 42 |
| Vyšší zdravotnická škola | 29 | 24 |
| Vysokoškolské bakalářské studium | 16 | 13 |
| Vysokoškolské magisterské studium | 4 | 3 |
| Celkem | 100 | 82 |

Tabulka 3 Nejvyšší dosažené vzdělání




*Graf 7 Nejvyšší dosažené vzdělání*

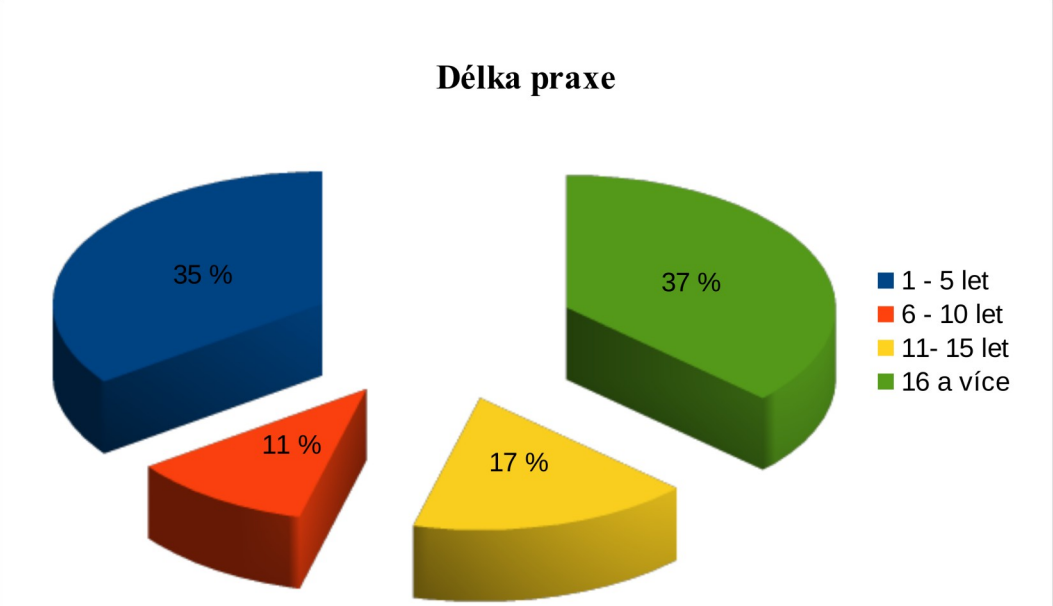
**Komentář:**

Otázka č. 3 zjišťuje u respondentů nejvyšší dosažené vzdělaní. Z celkového počtu 82 dotazovaných respondentů má střední zdravotnickou školu 42 respondentů (51 %), vyšší zdravotnickou školu 24 respondentů (29 %), vysokoškolské bakalářské studium absolvovalo 13 respondentů (16 %) a vysokoškolské magisterské studium absolvovali 3 respondenti (4 %).

Otázka č. 4: **Vaše délka praxe ve zdravotnictví?**

| Možnosti | Podíl respondentů v % | Absolutní četnost |
|---|---|---|
| 1 - 5 let | 35 | 29 |
| 6 - 10 let | 11 | 9 |
| 11- 15 let | 17 | 14 |
| 16 a více | 37 | 30 |
| Celkem | 100 | 82 |

Tabulka 4 Délka praxe




*Graf 8 Délka praxe*

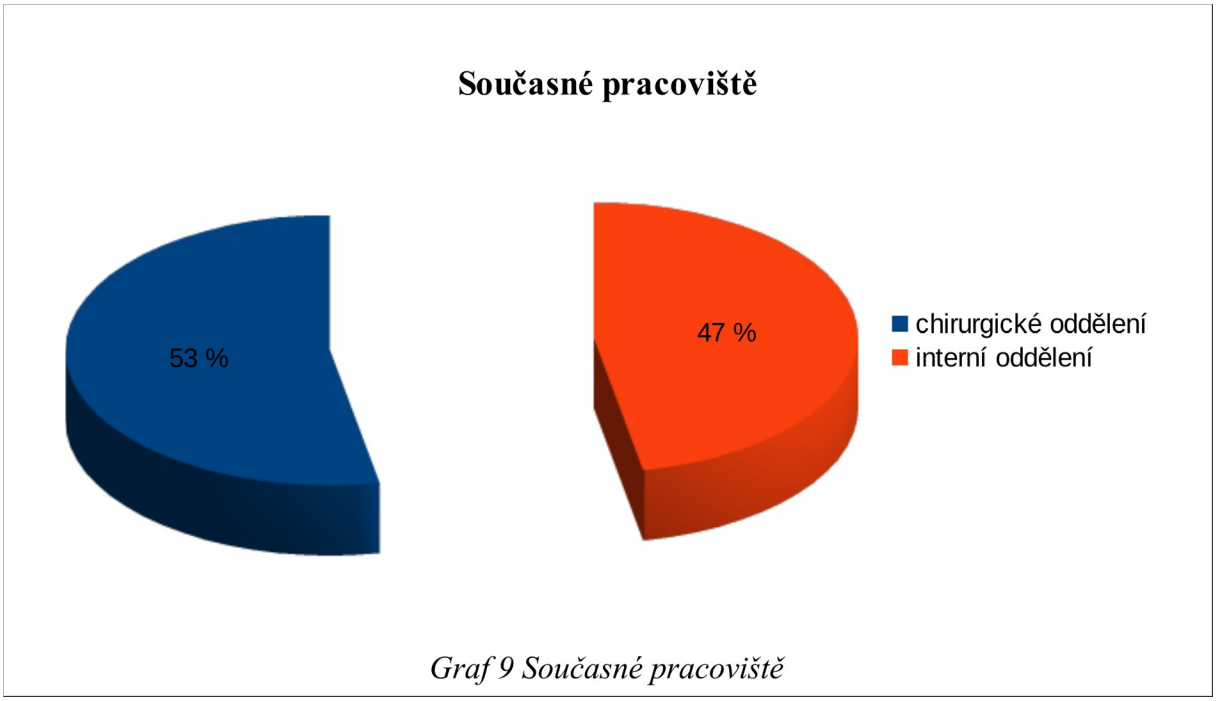
**Komentář:**

Otázka č. 4 zjišťuje u respondentů délku praxe ve zdravotnictví. Z celkového počtu 82 dotazovaných respondentů má délku praxe ve zdravotnictví 1-5 let 29 respondentů (35 %), 6-10 let 9 respondentů (11 %), 11-15 let 14 respondentů (17 %) a 16 a více let 30 respondentů (37 %).

Otázka č. 5: **Kde pracujete?**

| Možnosti | Podíl respondentů v % | Absolutní četnost |
|---|---|---|
| chirurgické oddělení | 53 | 44 |
| interní oddělení | 47 | 38 |
| Celkem | 100 | 82 |

Tabulka 5 *Současné pracoviště*




*Graf 9 Současné pracoviště*

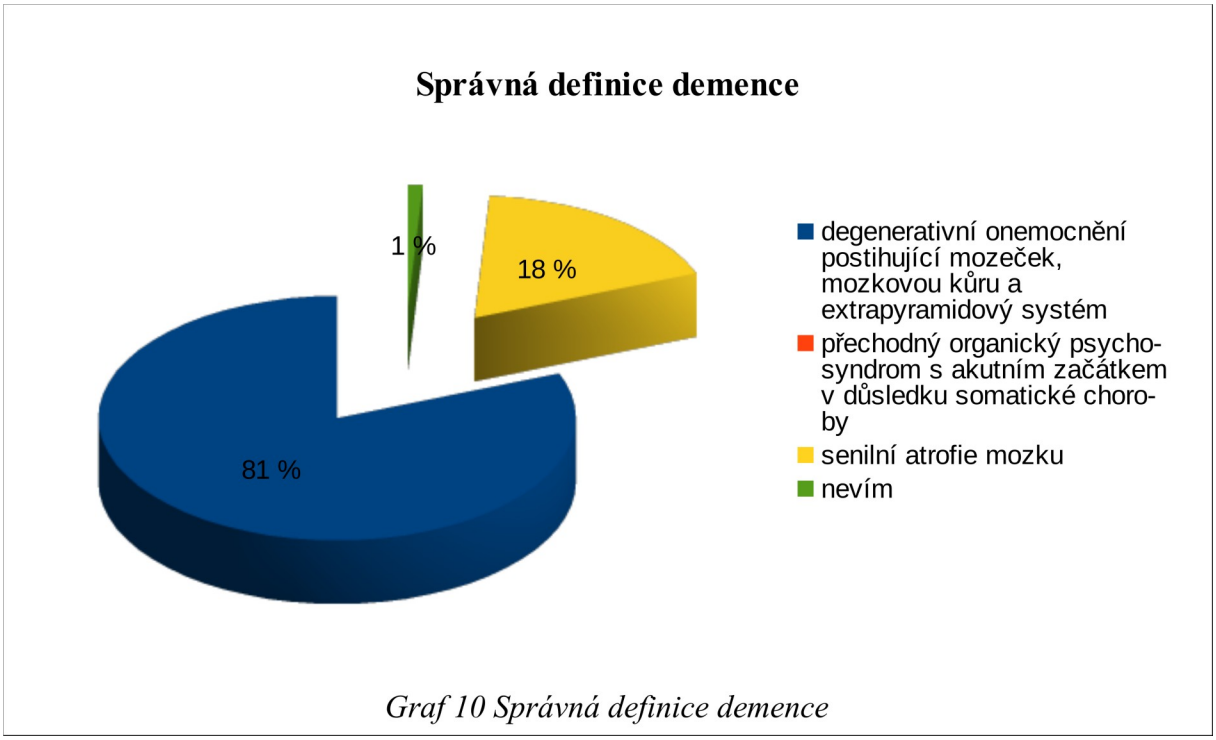
**Komentář:**

Otázka č. 5 zjišťuje, kde respondenti pracují. Z celkového počtu 82 dotazovaných respondentů pracuje na chirurgickém oddělení 44 respondentů (53 %) a na interním oddělení 38 respondentů (47 %).

Otázka č. 6: **Která z následujících definic demence je podle Vás správná?**

| Možnosti | Podíl respondentů v % | Absolutní četnost |
|---|---|---|
| degenerativní onemocnění postihující mozeček, mozkovou kůru a extrapyramidový systém | 81 | 66 |
| přechodný organický psychosyndrom s akutním začátkem v důsledku somatické choroby | 0 | 0 |
| senilní atrofie mozku | 18 | 15 |
| nevím | 1 | 1 |
| Celkem | 100 | 82 |

Tabulka 6 Správná definice demence




*Graf 10 Správná definice demence*

**Komentář:**

Otázka č. 6 zjišťuje u respondentů znalost správné definice demence. Z celkového počtu 82 dotazovaných respondentů, odpovědělo 66 respondentů (81 %), že demence je degenerativní onemocnění postihující mozeček, mozkovou kůru a extrapyramidový systém. 15 respondentů (18 %) odpovědělo, že demence je senilní atrofie mozku. 1 respondent (1 %) odpověděl, že neví a žádný s respondentů (0 %) neodpověděl, že demence je přechodný organický psychosyndrom s akutním začátkem v důsledku somatické choroby.

Otázka č. 7: **Domníváte se, že pacienti s demencí vyžadují při hospitalizaci zvláštní péči?**

| Možnosti | Podíl respondentů v % | Absolutní četnost |
|---|---|---|
| ano | 99 | 81 |
| ne | 1 | 1 |
| Celkem | 100 | 82 |

Tabulka 7 Zvláštní péče

*Graf 11 Zvláštní péče*

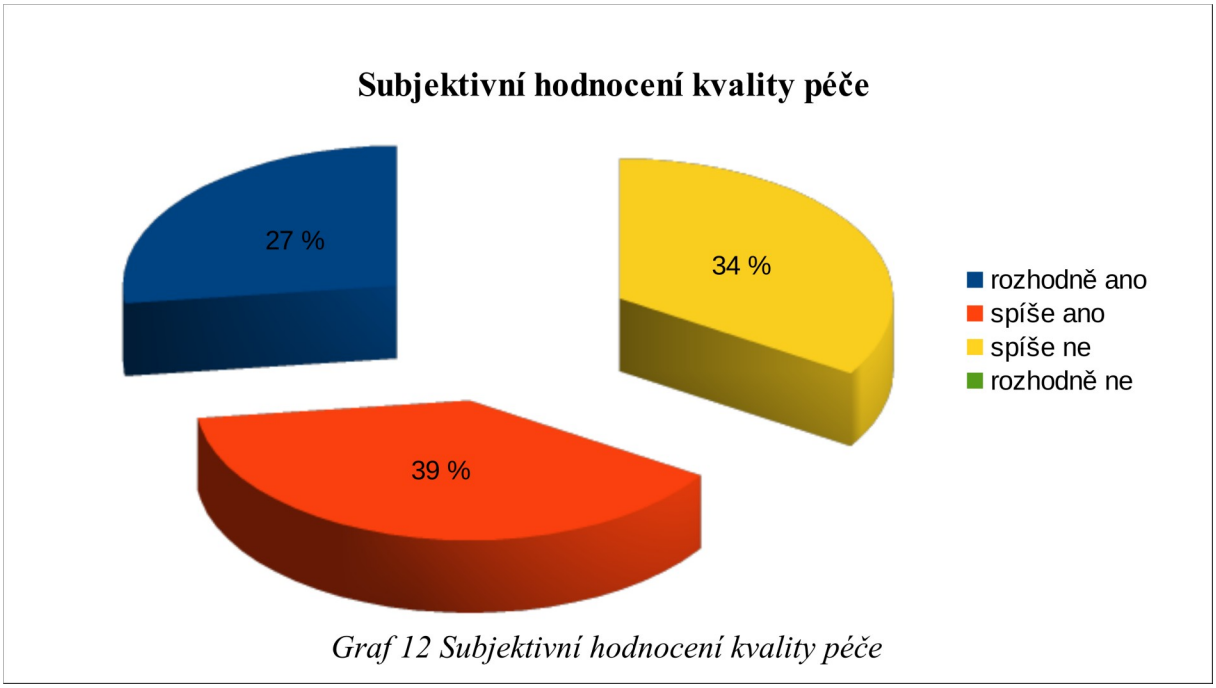
**Komentář:**

Otázka č. 7 zjišťuje, zda se respondenti domnívají, že pacienti s demencí vyžadují při hospitalizaci zvláštní péči. Z celkového počtu 82 dotazovaných respondentů, odpovědělo ano 81 respondentů (99 %) a ne 1 respondent (1 %).

Otázka č. 8: **Myslíte si, že je péče o tyto pacienty na Vašem oddělení kvalitní?**

| Možnosti | Podíl respondentů v % | Absolutní četnost |
|---|---|---|
| rozhodně ano | 27 | 22 |
| spíše ano | 39 | 32 |
| spíše ne | 34 | 28 |
| rozhodně ne | 0 | 0 |
| Celkem | 100 | 82 |

Tabulka 8 Subjektivní hodnocení kvality péče




*Graf 12 Subjektivní hodnocení kvality péče*

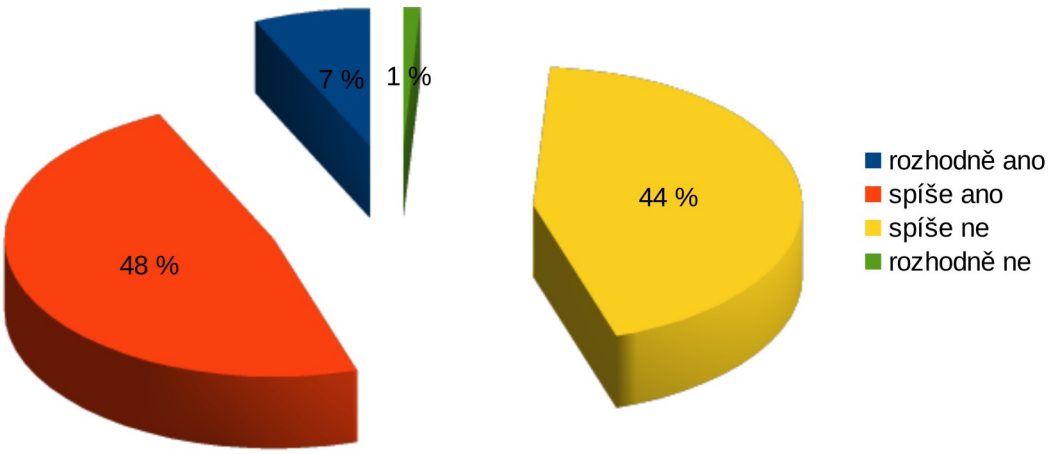
**Komentář:**

Otázka č. 8 zjišťuje, zda si respondenti myslí, že je péče o tyto pacienty na jejich oddělení kvalitní. Z celkového počtu 82 dotazovaných respondentů, odpovědělo rozhodně ano 22 respondentů (27 %), spíše ano 32 respondentů (39 %), spíše ne 28 respondentů (34 %) a nikdo z respondentů neodpověděl rozhodně ne (0 %).

Otázka č. 9: **Domníváte se, že je oddělení, na kterém pracujete, dostatečně přizpůsobené pacientům s demencí?**

| Možnosti | Podíl respondentů v % | Absolutní četnost |
|---|---|---|
| rozhodně ano | 7 | 6 |
| spíše ano | 48 | 39 |
| spíše ne | 44 | 36 |
| rozhodně ne | 1 | 1 |
| Celkem | 100 | 82 |

Tabulka 9 Podmínky oddělení na péči o pacienty




*Graf 13 Podmínky oddělení na péči o pacienty*

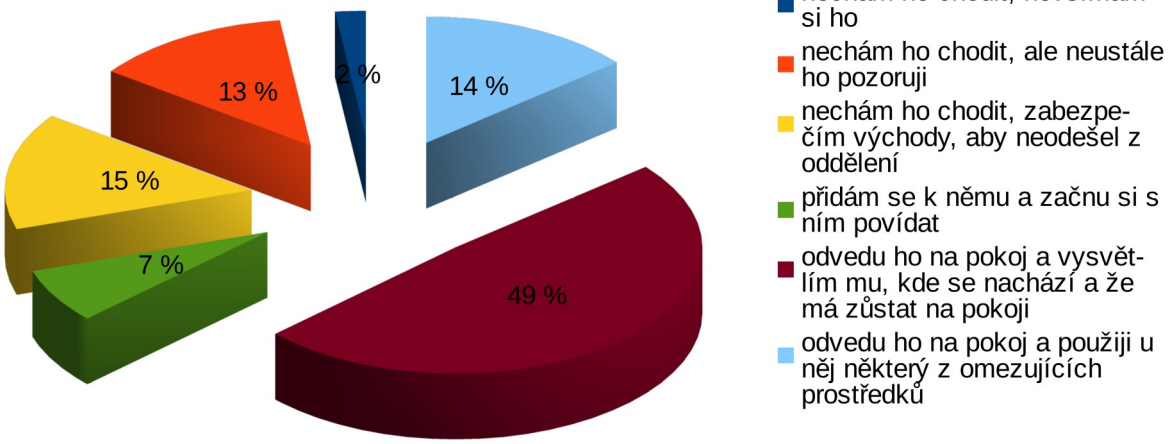
**Komentář:**

Otázka č. 9 zjišťuje, zda se respondenti domnívají, že je oddělení, na kterém pracují dostatečně přizpůsobené pacientům s demencí. Z celkového počtu 82 dotazovaných respondentů, odpovědělo rozhodně ano 6 respondentů (7 %), spíše ano 39 respondentů (48 %), spíše ne 36 respondentů (44 %) a rozhodně ne 1 respondent (1 %).

Otázka č. 10: **Co většinou děláte, když Vám pacient s demencí začne odcházet?**

| Možnosti | Podíl respondentů v % | Absolutní četnost |
|---|---|---|
| nechám ho chodit, nevšímám si ho | 2 | 2 |
| nechám ho chodit, ale neustále ho pozoruji | 13 | 11 |
| nechám ho chodit, zabezpečím východy, aby neodešel z oddělení | 15 | 12 |
| přidám se k němu a začnu si s ním povídat | 7 | 6 |
| odvedu ho na pokoj a vysvětlím mu, kde se nachází a že má zůstat na pokoji | 49 | 40 |
| odvedu ho na pokoj a použiji u něj některý z omezujících prostředků | 14 | 11 |
| Celkem | 100 | 82 |

Tabulka 10 Bloudění pacienta




*Graf 14 Bloudění pacienta*

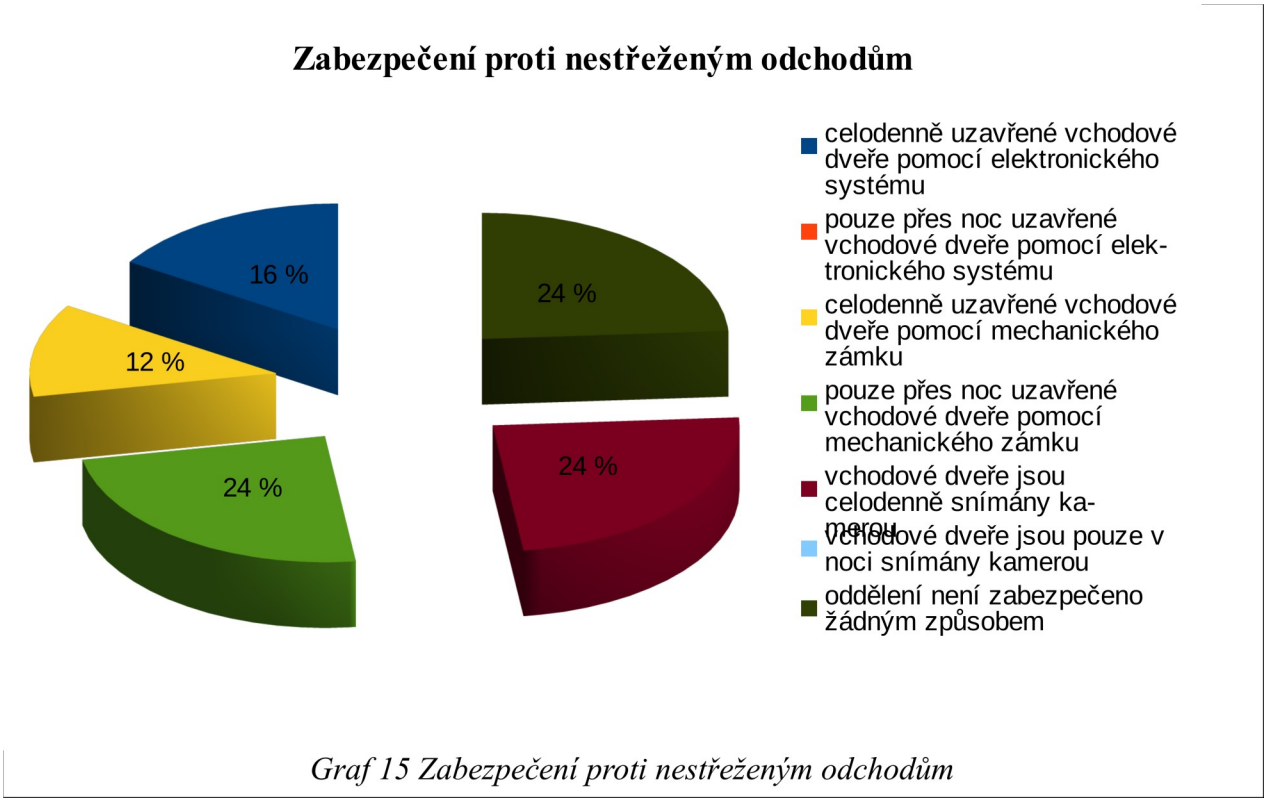
**Komentář:**

Otázka č. 10 zjišťuje, co respondenti dělají, když pacient s demencí začne odcházet. Z celkového počtu 82 dotazovaných respondentů, odpověděli 2 respondenti (2 %) nechám ho chodit, nevšímám si ho. 11 respondentů (13 %) odpovědělo, nechám ho chodit, ale neustále ho pozoruji. 12 respondentů (15 %) odpovědělo, nechám ho chodit, zabezpečím východy, aby neodešel z oddělení. 6 respondentů (7 %) odpovědělo, přidám se k němu a začnu si s ním povídat. 40 respondentů (49 %) odpovědělo, odvedu ho na pokoj a vysvětlím mu, kde se nachází a že má zůstat na pokoji a 11 respondentů (14 %) odpovědělo, odvedu ho na pokoj a použiji u něj některý z omezujících prostředků.

Otázka č. 11: **Jakým způsobem je Vaše oddělení zabezpečeno proti nestřeženým odchodům pacientů?**

| Možnosti | Podíl respondentů v % | Absolutní četnost |
|---|---|---|
| celodenně uzavřené vchodové dveře pomocí elektronického systému | 16 | 12 |
| pouze přes noc uzavřené vchodové dveře pomocí elektronického systému | 0 | 0 |
| celodenně uzavřené vchodové dveře pomocí mechanického zámku | 12 | 10 |
| pouze přes noc uzavřené vchodové dveře pomocí mechanického zámku | 24 | 20 |
| vchodové dveře jsou celodenně snímány kamerou | 24 | 20 |
| vchodové dveře jsou pouze v noci snímány kamerou | 0 | 0 |
| oddělení není zabezpečeno žádným způsobem | 24 | 20 |
| Celkem | 100 | 82 |

Tabulka 11 Zabezpečení proti nestřeženým odchodům




*Graf 15 Zabezpečení proti nestřeženým odchodům*

**Komentář:**

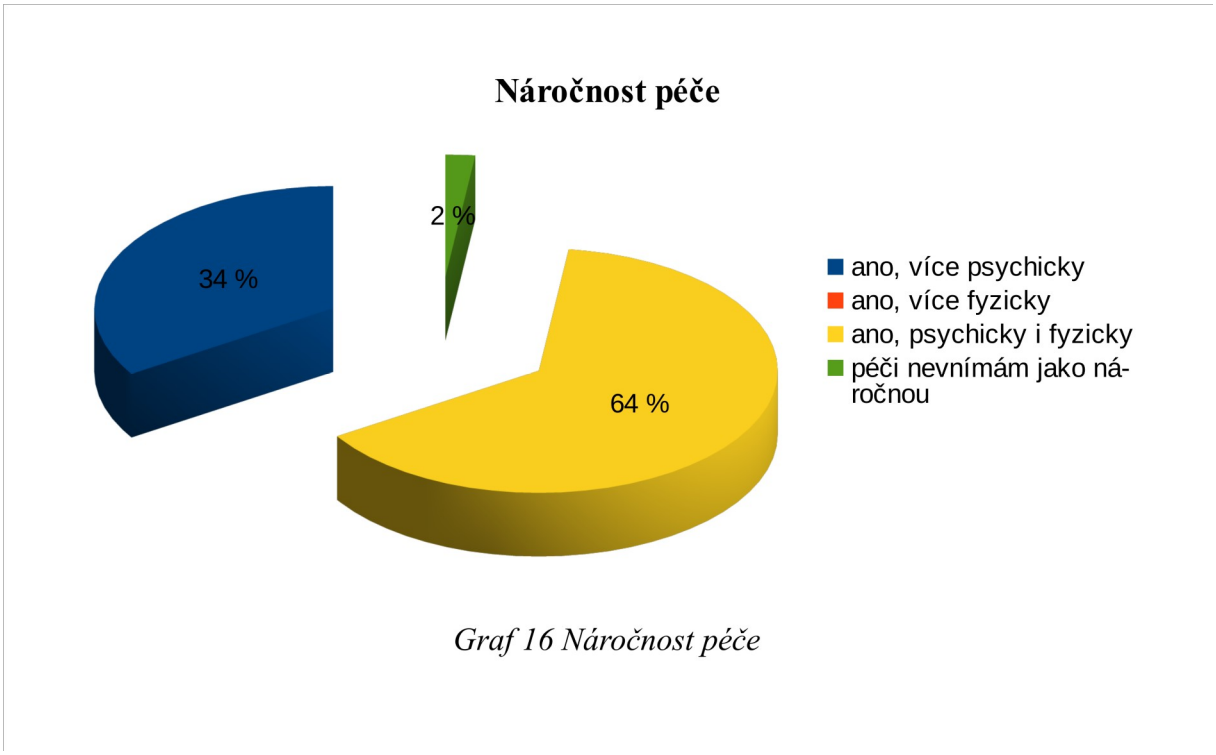
Otázka č. 11 zjišťuje, jakým způsobem je oddělení respondentů zabezpečeno proti nestřeženým odchodům pacientů. Z celkového počtu 82 dotazovaných respondentů, odpovědělo 12 respondentů (16 %), že jsou celodenně uzavřené vchodové dveře pomocí elektronického systému. 10 respondentů (12 %) odpovědělo, že jsou celodenně uzavřené vchodové dveře pomocí mechanického zámku. 20 respondentů (24 %) odpovědělo, že jsou

pouze přes noc uzavřené vchodové dveře pomocí mechanického zámku. 20 respondentů (24 %) odpovědělo, že vchodové dveře jsou celodenně snímány kamerou. 20 respondentů (24 %) odpovědělo, že oddělení není zabezpečeno žádným způsobem a nikdo z respondentů neodpověděl (0 %), že vchodové dveře jsou pouze v noci snímány kamerou a stejně tak nikdo z respondentů neodpověděl (0 %), že jsou pouze přes noc uzavřené vchodové dveře pomocí elektronického systému.

Otázka č. 12: **Vnímáte péči o pacienty s demencí jako náročnou?**

| Možnosti | Podíl respondentů v % | Absolutní četnost |
|---|---|---|
| ano, více psychicky | 34 | 28 |
| ano, více fyzicky | 0 | 0 |
| ano, psychicky i fyzicky | 64 | 52 |
| péči nevnímám jako náročnou | 2 | 2 |
| Celkem | 100 | 82 |

Tabulka 12 Náročnost péče




*Graf 16 Náročnost péče*

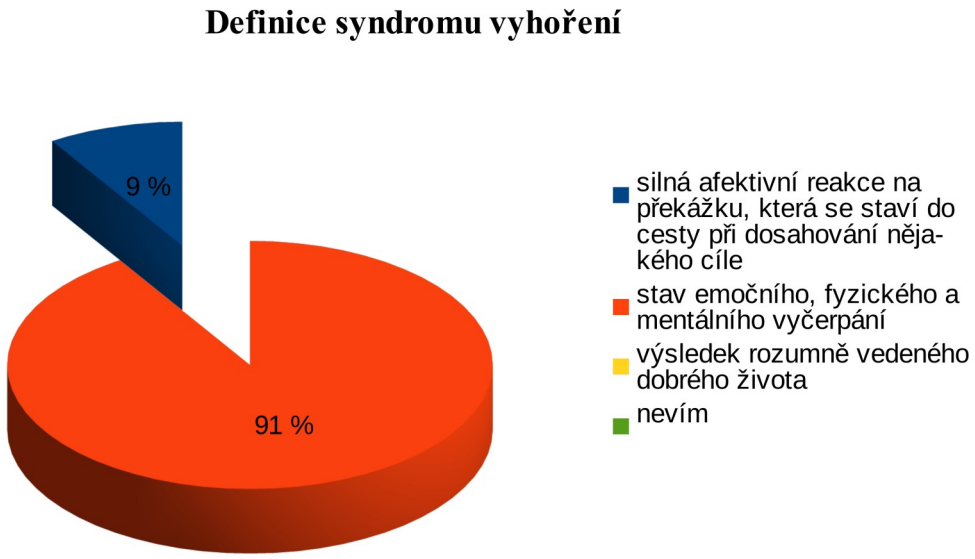
**Komentář:**

Otázka č. 12 zjišťuje, zda respondenti vnímají péči o pacienty s demencí náročnou. Z celkového počtu 82 dotazovaných respondentů, odpovědělo 28 respondentů (34 %) ano, více psychicky, 52 respondentů (64 %) ano, psychicky i fyzicky, 2 respondenti (2 %) péči nevnímají jako náročnou a nikdo z respondentů (0 %) neodpověděl, že vnímá péči o pacienty s demencí náročnou více fyzicky.

Otázka č. 13: **Jak byste definovali syndrom vyhoření?**

| Možnosti | Podíl respondentů v % | Absolutní četnost |
|---|---|---|
| silná afektivní reakce na překážku, která se staví do cesty při dosahování nějakého cíle | 9 | 7 |
| stav emočního, fyzického a mentálního vyčerpání | 91 | 75 |
| výsledek rozumně vedeného dobrého života | 0 | 0 |
| nevím | 0 | 0 |
| Celkem | 100 | 82 |

Tabulka 13 Definice syndromu vyhoření




*Graf 17 Definice syndromu vyhoření*

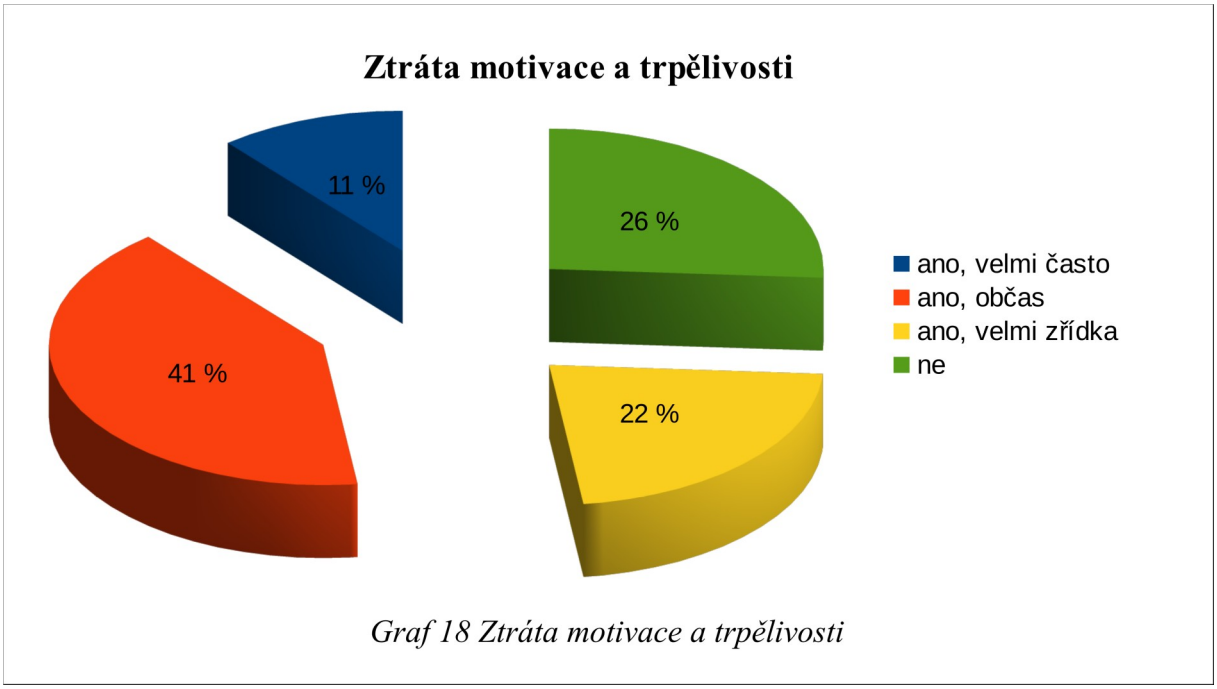
**Komentář:**

Otázka č. 13 zjišťuje znalost správné definice syndromu vyhoření. Z celkového počtu 82 dotazovaných respondentů, odpovědělo 7 respondentů (9 %), že syndrom vyhoření je silná afektivní reakce na překážku, která se staví do cesty při dosahování nějakého cíle. 75 respondentů (91 %), že syndrom vyhoření je stav emočního, fyzického a mentálního vyčerpání. Žádný z respondentů (0 %) neodpověděl, že syndrom vyhoření je výsledek rozumně vedeného dobrého života a stejně tak žádný z respondentů (0 %) neodpověděl, že neví.

Otázka č. 14: **Uvědomujete si, že ztrácíte motivaci a trpělivost v péči o pacienty s demencí?**

| Možnosti | Podíl respondentů v % | Absolutní četnost |
|---|---|---|
| ano, velmi často | 11 | 9 |
| ano, občas | 41 | 34 |
| ano, velmi zřídka | 22 | 18 |
| ne | 26 | 21 |
| Celkem | 100 | 82 |

Tabulka 14 Ztráta motivace a trpělivosti




*Graf 18 Ztráta motivace a trpělivosti*

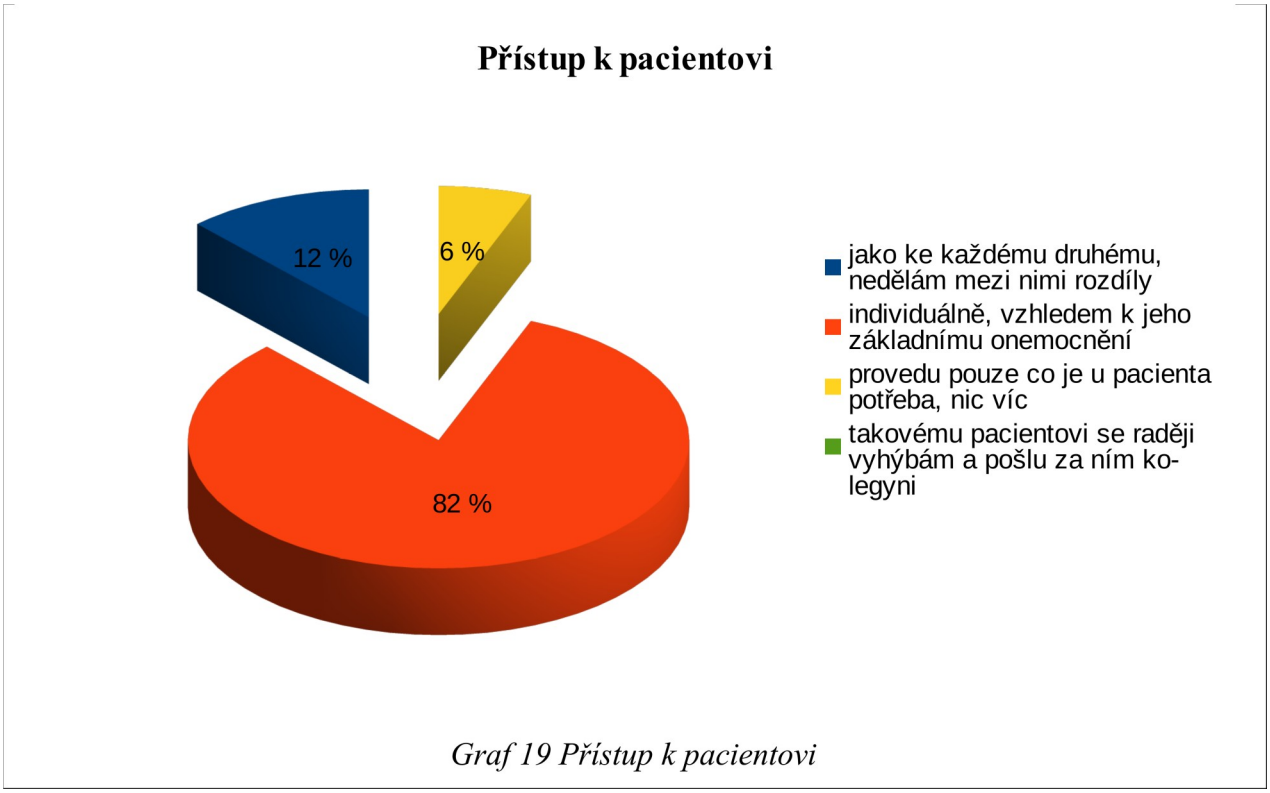
**Komentář:**

Otázka č. 14 zjišťuje zda respondenti ztrácí motivaci a trpělivost v péči o pacienty s demencí. Z celkového počtu 82 dotazovaných respondentů, odpovědělo 12 respondentů (15 %) ano, velmi často, 36 respondentů (44 %) ano, občas, 20 respondentů (24 %) ano, velmi zřídka a 24 respondentů (29 %) ne.

Otázka č. 15: **Jak přistupujete k pacientovi s demencí?**

| Možnosti | Podíl respondentů v % | Absolutní četnost |
|---|---|---|
| jako ke každému druhému, nedělám mezi nimi rozdíly | 12 | 10 |
| individuálně, vzhledem k jeho základnímu onemocnění | 82 | 67 |
| provedu pouze co je u pacienta potřeba, nic víc | 6 | 5 |
| takovému pacientovi se raději vyhýbám a pošlu za ním kolegyni | 0 | 0 |
| Celkem | 100 | 82 |

Tabulka 15 Přístup k pacientovi




*Graf 19 Přístup k pacientovi*

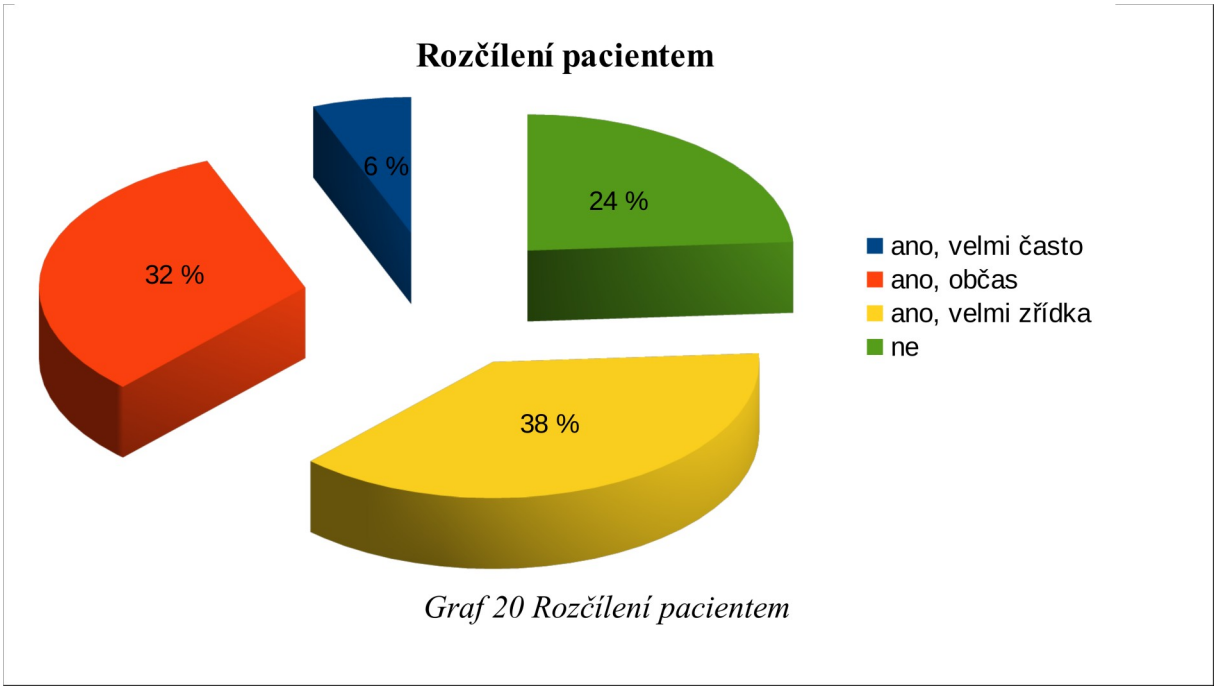
**Komentář:**

Otázka č. 15 zjišťuje, jak respondenti přistupují k pacientovi s demencí. Z celkového počtu 82 dotazovaných respondentů, odpovědělo 10 respondentů (12 %), jako ke každému druhému, nedělám mezi nimi rozdíly, 67 respondentů (82 %) individuálně, vzhledem k jeho základnímu onemocnění, 5 respondentů (6 %) provede pouze co je u pacienta potřeba, nic víc a žádný z respondentů (0 %) neodpověděl, že se takovému pacientovi raději vyhýbá a pošle za ním kolegyni.

Otázka č. 16: **Dokáže Vás pacient s demencí snadno rozčílit?**

| Možnosti | Podíl respondentů v % | Absolutní četnost |
|---|---|---|
| ano, velmi často | 6 | 5 |
| ano, občas | 32 | 26 |
| ano, velmi zřídka | 38 | 31 |
| ne | 24 | 20 |
| Celkem | 100 | 82 |

Tabulka 16 Rozčílení pacientem




*Graf 20 Rozčílení pacientem*

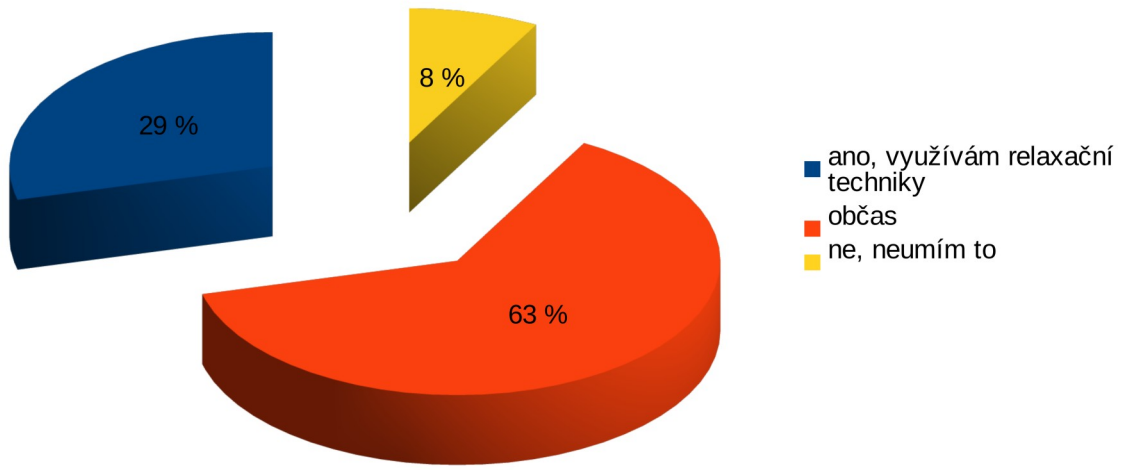
**Komentář:**

Otázka č. 16 zjišťuje, zda respondenty dokáže pacient s demencí snadno rozčílit. Z celkového počtu 82 dotazovaných respondentů, odpovědělo 5 respondentů (6 %), ano, velmi často, 26 respondentů (32 %) ano, občas, 31 respondentů (38 %) ano, velmi zřídka a 20 respondentů (24 %) ne.

Otázka č. 17: **Umíte relaxovat?**

| Možnosti | Podíl respondentů v % | Absolutní četnost |
|---|---|---|
| ano, využívám relaxační techniky | 29 | 24 |
| občas | 63 | 57 |
| ne, neumím to | 8 | 6 |
| Celkem | 100 | 82 |

Tabulka 17 Umění relaxace




*Graf 21 Umění relaxace*

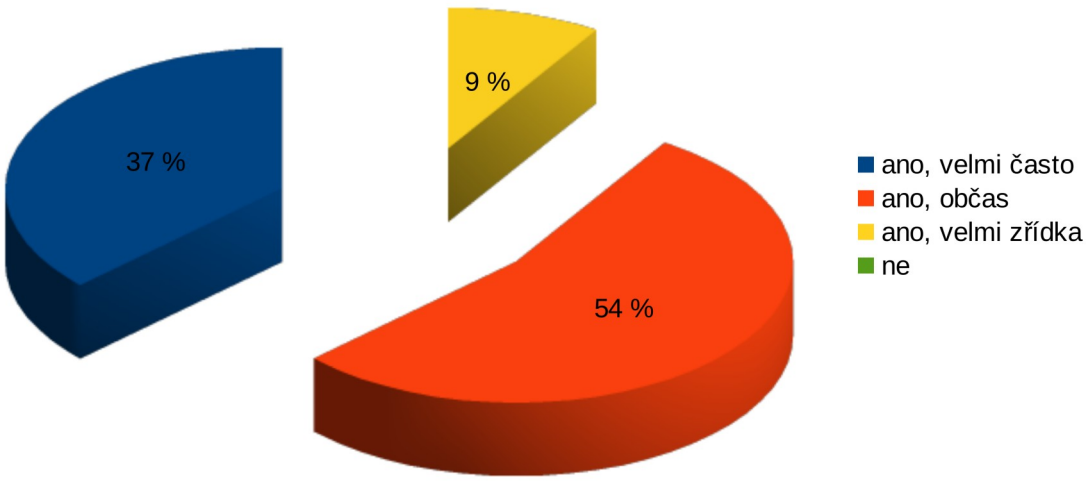
**Komentář:**

Otázka č. 17 zjišťuje, zda umí respondenti relaxovat. Z celkového počtu 82 dotazovaných respondentů, odpovědělo 24 respondentů (29 %), ano, využívám relaxační techniky, 57 respondentů (63 %) občas a 6 respondentů (8 %) uvedlo ne, neumím to.

Otázka č. 18: **Setkala jste se někdy v průběhu Vaší praxe s agresivním chováním u pacienta s demencí?**

| Možnosti | Podíl respondentů v % | Absolutní četnost |
|---|---|---|
| ano, velmi často | 37 | 30 |
| ano, občas | 54 | 44 |
| ano, velmi zřídka | 9 | 8 |
| ne | 0 | 0 |
| Celkem | 100 | 82 |

Tabulka 18 Četnost agresivního chování




*Graf 22 Četnost agresivního chování*

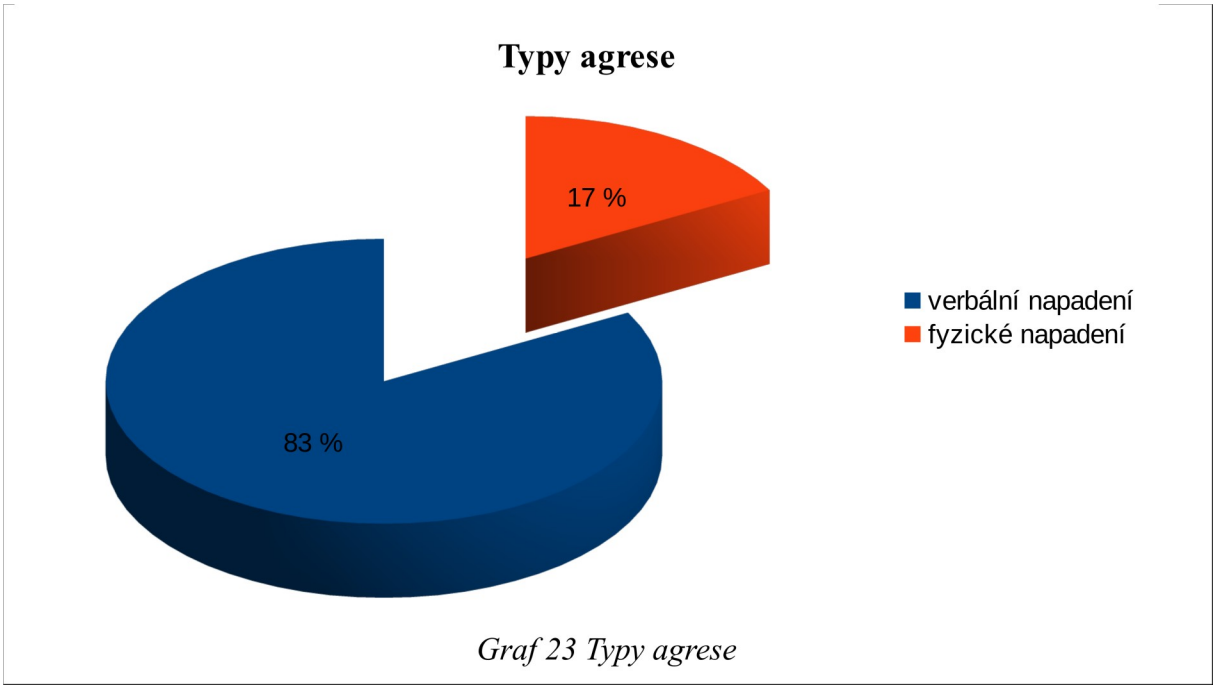
**Komentář:**

Otázka č. 18 zjišťuje zda se respondenti někdy setkala v průběhu jejich praxe s agresivním chováním u pacienta s demencí. Z celkového počtu 82 dotazovaných respondentů, odpovědělo 30 respondentů (37 %), ano, velmi často, 44 respondentů (54 %) ano, občas, 8 respondentů (9 %) ano, velmi zřídka a nikdo z respondentů (0 %) neodpověděl ne.

Otázka č. 19: **S jakým nejčastějším typem agresivního chování u pacientů s demencí jste se setkala?**

| Možnosti | Podíl respondentů v % | Absolutní četnost |
|---|---|---|
| verbální napadení | 83 | 68 |
| fyzické napadení | 17 | 14 |
| Celkem | 100 | 82 |

Tabulka 19 Typy agrese




*Graf 23 Typy agrese*

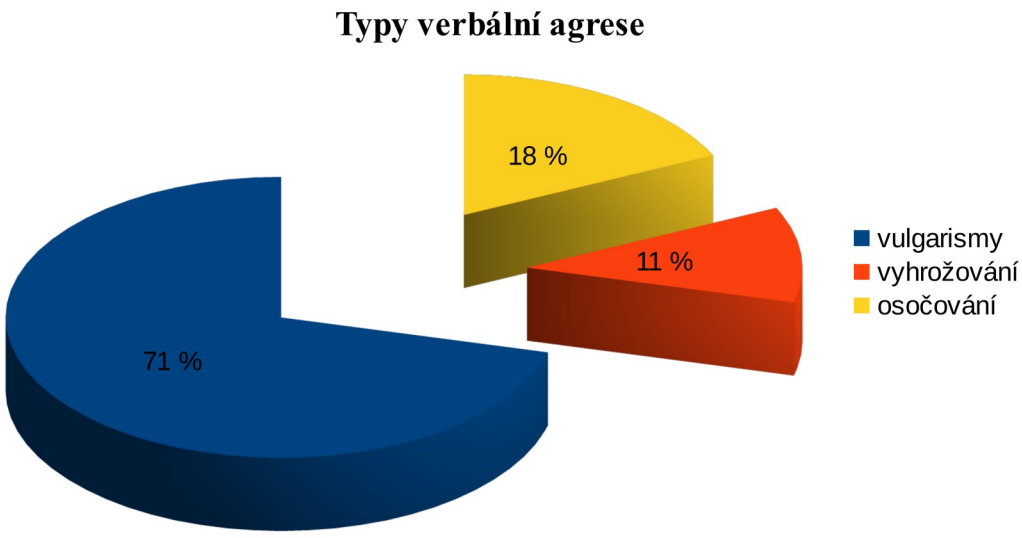
**Komentář:**

Otázka č. 19 zjišťuje, s jakým nejčastějším typem agresivního chování u pacientů s demencí se respondenti setkali. Z celkového počtu 82 dotazovaných respondentů, odpovědělo 68 respondentů (83 %) verbální napadení a 14 respondentů (17 %) fyzické napadení.

Otázka č. 20: **S jakým typem verbální agrese se nejčastěji potýkáte?**

| Možnosti | Podíl respondentů v % | Absolutní četnost |
|---|---|---|
| vulgarismy | 71 | 58 |
| vyhrožování | 11 | 9 |
| osočování | 18 | 15 |
| Celkem | 100 | 82 |

Tabulka 20 Typy verbální agrese




*Graf 24 Typy verbální agrese*

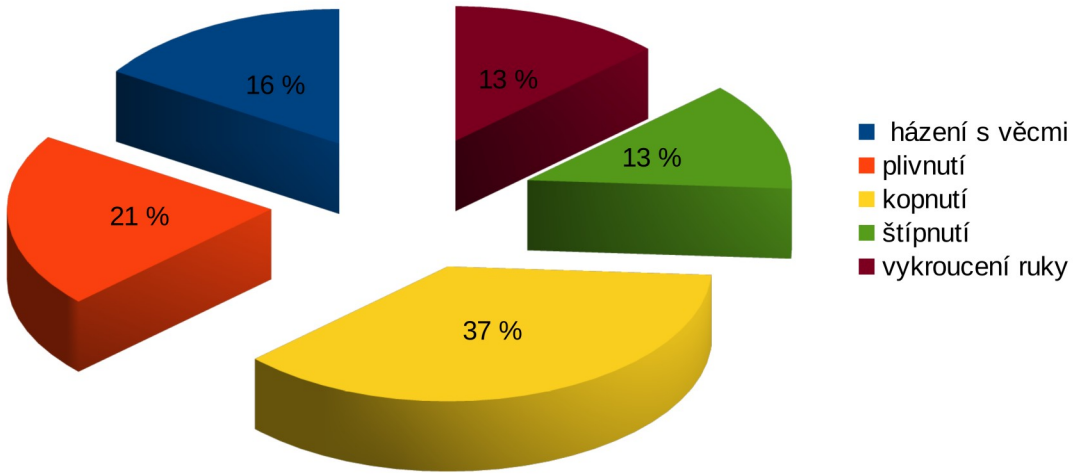
**Komentář:**

Otázka č. 20 zjišťuje, s jakým typem verbální agrese se nejčastěji respondenti potýkají. Z celkového počtu 82 dotazovaných respondentů, odpovědělo 58 respondentů (71 %) s vulgarismy, 9 respondentů (11 %) s vyhrožováním a 15 respondentů (18 %) s osočováním.

Otázka č. 21: **S jakým typem fyzické agrese se nejčastěji potýkáte?**

| Možnosti | Podíl respondentů v % | Absolutní četnost |
|---|---|---|
| házení s věcmi | 16 | 13 |
| plivnutí | 21 | 17 |
| kopnutí | 37 | 30 |
| štípnutí | 13 | 11 |
| vykroucení ruky | 13 | 11 |
| Celkem | 100 | 82 |

Tabulka 21 Typy fyzické agrese




*Graf 25 Typy fyzické agrese*

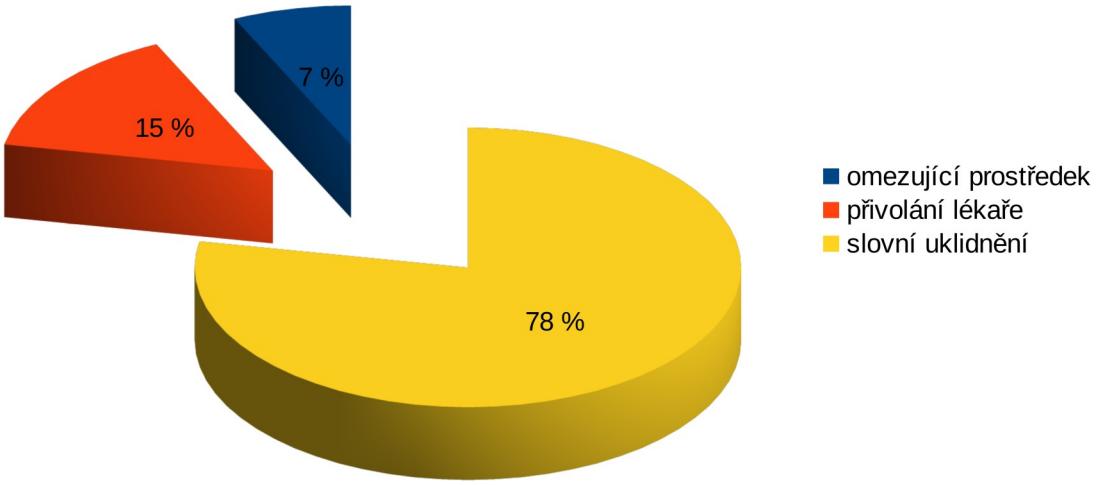
**Komentář:**

Otázka č. 21 zjišťuje, s jakým typem fyzické agrese se nejčastěji respondenti potýkají. Z celkového počtu 82 dotazovaných respondentů, odpovědělo 13 respondentů (16 %) házení s věcmi, 17 respondentů (21 %) plivnutí, 30 respondentů (37 %) kopnutí, 11 respondentů (13 %) štípnutí a 11 respondentů (13 %) vykroucení ruky.

Otázka č. 22: **Co je pro Vás ve většině případů první volbou při agresivitě pacienta s demencí?**

| Možnosti | Podíl respondentů v % | Absolutní četnost |
|---|---|---|
| omezující prostředek | 7 | 6 |
| přivolání lékaře | 15 | 12 |
| slovní uklidnění | 78 | 64 |
| Celkem | 100 | 82 |

Tabulka 22 První volba při agresivitě




*Graf 26 První volba při agresivitě*

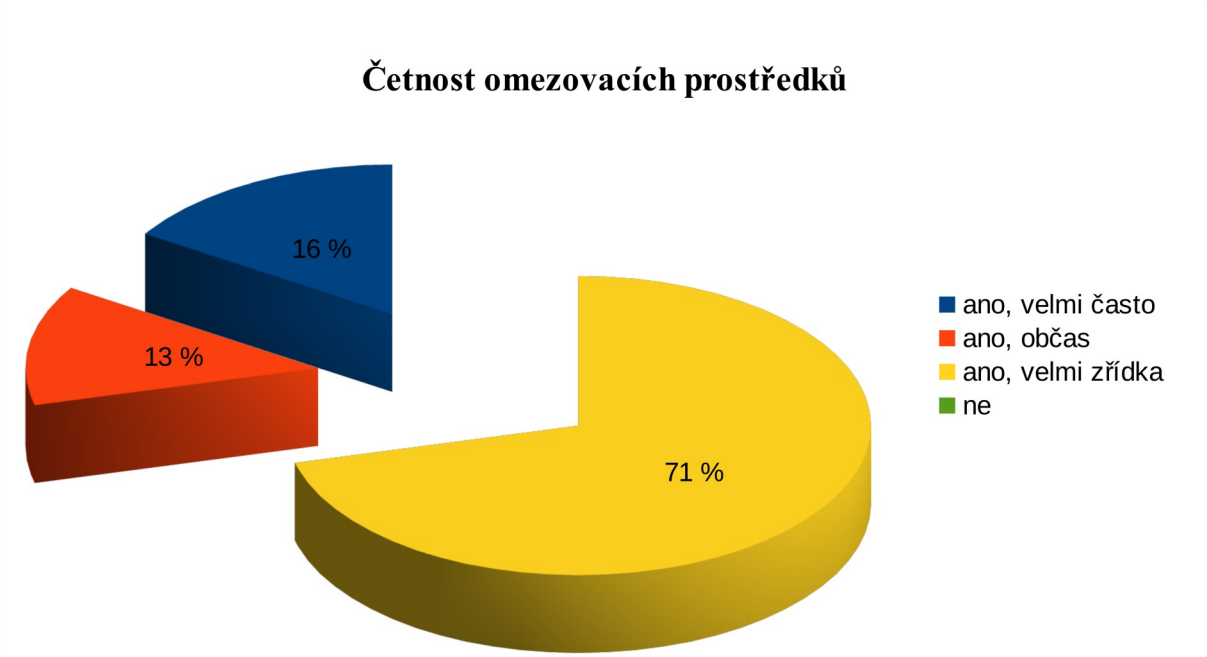
**Komentář:**

Otázka č. 22 zjišťuje, co je pro respondenty ve většině případů první volbou při agresivitě pacienta s demencí. Z celkového počtu 82 dotazovaných respondentů, odpovědělo 6 respondentů (7 %) omezovací prostředek, 12 respondentů (15 %) přivolání lékaře a 64 respondentů (78 %) slovní uklidnění.

Otázka č. 23: **Používáte na Vašem oddělení omezovací prostředek?**

| Možnosti | Podíl respondentů v % | Absolutní četnost |
|---|---|---|
| ano, velmi často | 16 | 13 |
| ano, občas | 13 | 11 |
| ano, velmi zřídka | 71 | 58 |
| ne | 0 | 0 |
| Celkem | 100 | 82 |

Tabulka 23 Četnost omezovacích prostředků




*Graf 27 Četnost omezovacích prostředků*

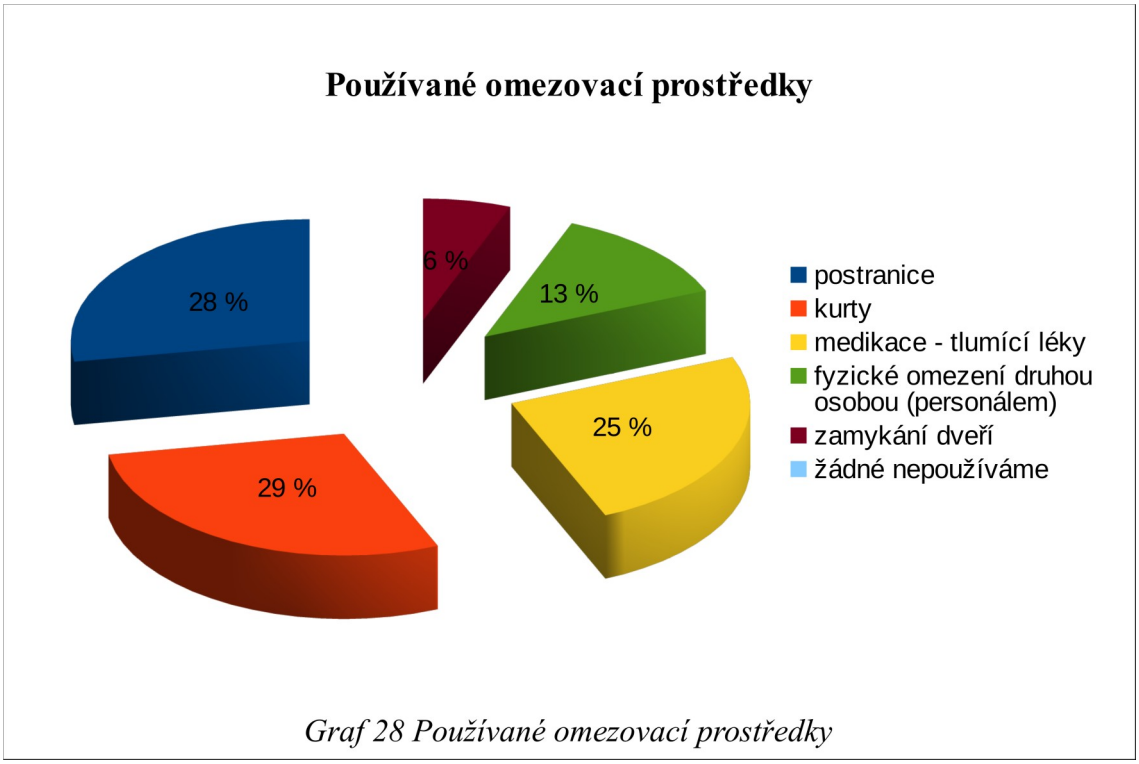
**Komentář:**

Otázka č. 23 zjišťuje, zda respondenti používají na jejich oddělení omezovací prostředek. Z celkového počtu 82 dotazovaných respondentů, odpovědělo 13 respondentů (16 %), ano, velmi často, 11 respondentů (13 %) ano, občas, 58 respondentů (71 %) ano, velmi zřídka a nikdo z respondentů (0 %) neodpověděl ne.

Otázka č. 24: **Jaké omezovací prostředky používáte?**

| Možnosti | Podíl respondentů v % | Absolutní četnost |
|---|---|---|
| postranice | 28 | 23 |
| kurty | 29 | 24 |
| medikace - tlumící léky | 25 | 20 |
| fyzické omezení druhou osobou (personálem) | 13 | 11 |
| zamykání dveří | 6 | 5 |
| žádné nepoužíváme | 0 | 0 |
| Celkem | 100 | 82 |

Tabulka 24 Používané omezovací prostředky




*Graf 28 Používané omezovací prostředky*

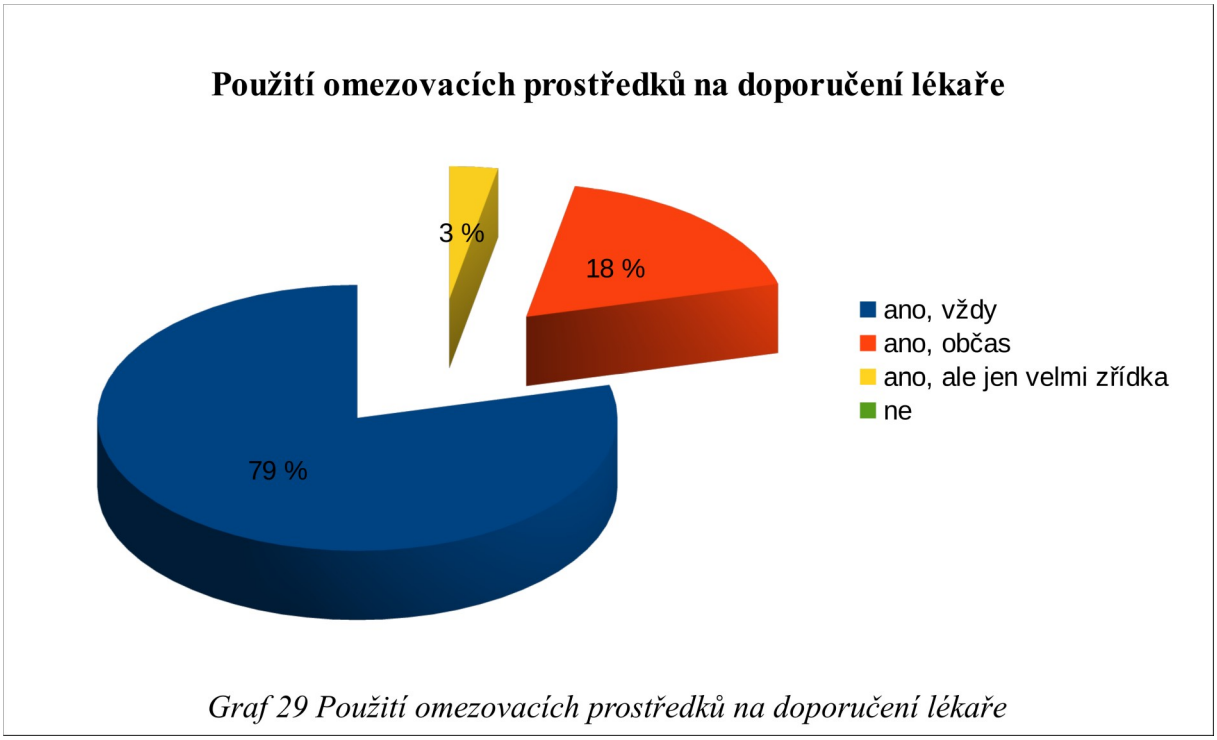
**Komentář:**

Otázka č. 24 zjišťuje, jaké omezovací prostředky respondenti používají. Z celkového počtu 82 dotazovaných respondentů, odpovědělo 23 respondentů (28 %) postranice, 24 respondentů (29 %) kurty, 20 respondentů (25 %) medikace – tlumící léky, 11 respondentů (13 %) fyzické omezení druhou osobou (personálem), 5 respondentů (6 %) zamykání dveří a nikdo z respondentů (0 %) neodpověděl žádné nepoužíváme.

Otázka č. 25: **Použijete omezovací prostředek pouze na doporučení lékaře?**

| Možnosti | Podíl respondentů v % | Absolutní četnost |
|---|---|---|
| ano, vždy | 79 | 65 |
| ano, občas | 18 | 15 |
| ano, ale jen velmi zřídka | 3 | 2 |
| ne | 0 | 0 |
| Celkem | 100 | 82 |

Tabulka 25 Použití omezovacích prostředků na doporučení lékaře




*Graf 29 Použití omezovacích prostředků na doporučení lékaře*

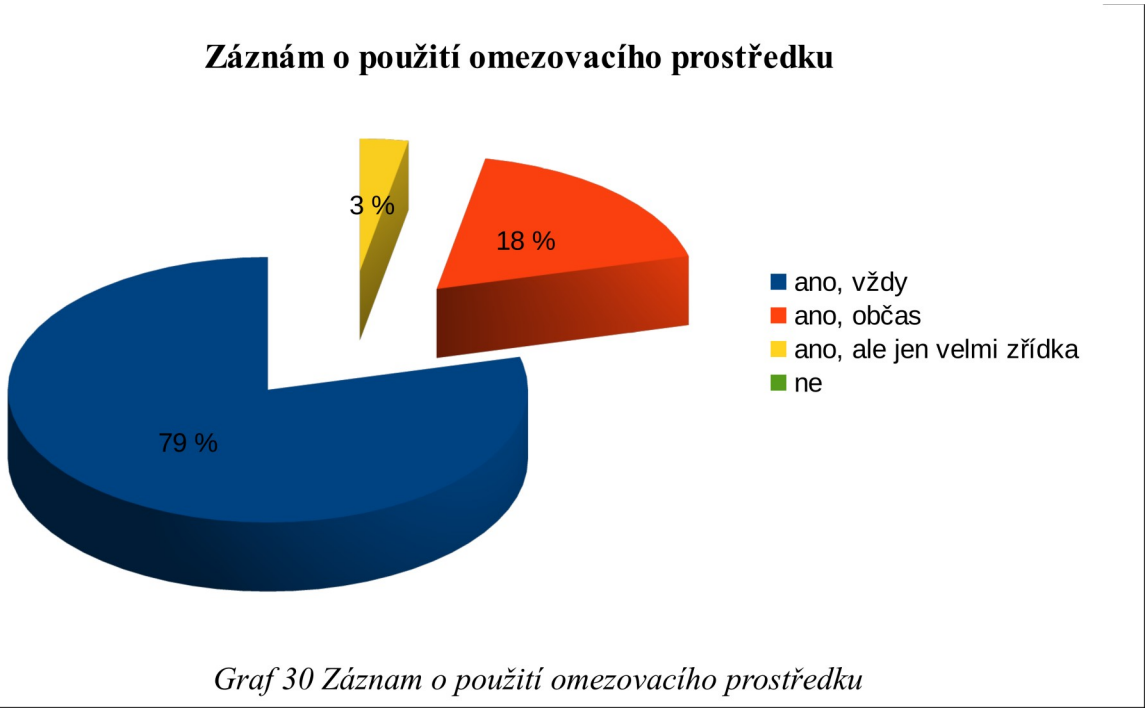
**Komentář:**

Otázka č. 25 zjišťuje, zda respondenti používají omezovací prostředek pouze na doporučení lékaře. Z celkového počtu 82 dotazovaných respondentů odpovědělo 65 respondentů (79 %), ano, vždy, 15 respondentů (18 %) ano, občas, 2 respondenti (3 %) ano, ale jen velmi zřídka a nikdo z respondentů (0 %) neodpověděl ne.

Otázka č. 26: **Zaznamenáváte použitý omezovací prostředek do ošetřovatelské dokumentace pacienta?**

| Možnosti | Podíl respondentů v % | Absolutní četnost |
|---|---|---|
| ano, vždy | 21 | 17 |
| ano, občas | 20 | 16 |
| ano, ale jen velmi zřídka | 13 | 11 |
| ne | 46 | 38 |
| Celkem | 100 | 82 |

Tabulka 26 Záznam o použití omezovacího prostředku




*Graf 30 Záznam o použití omezovacího prostředku*

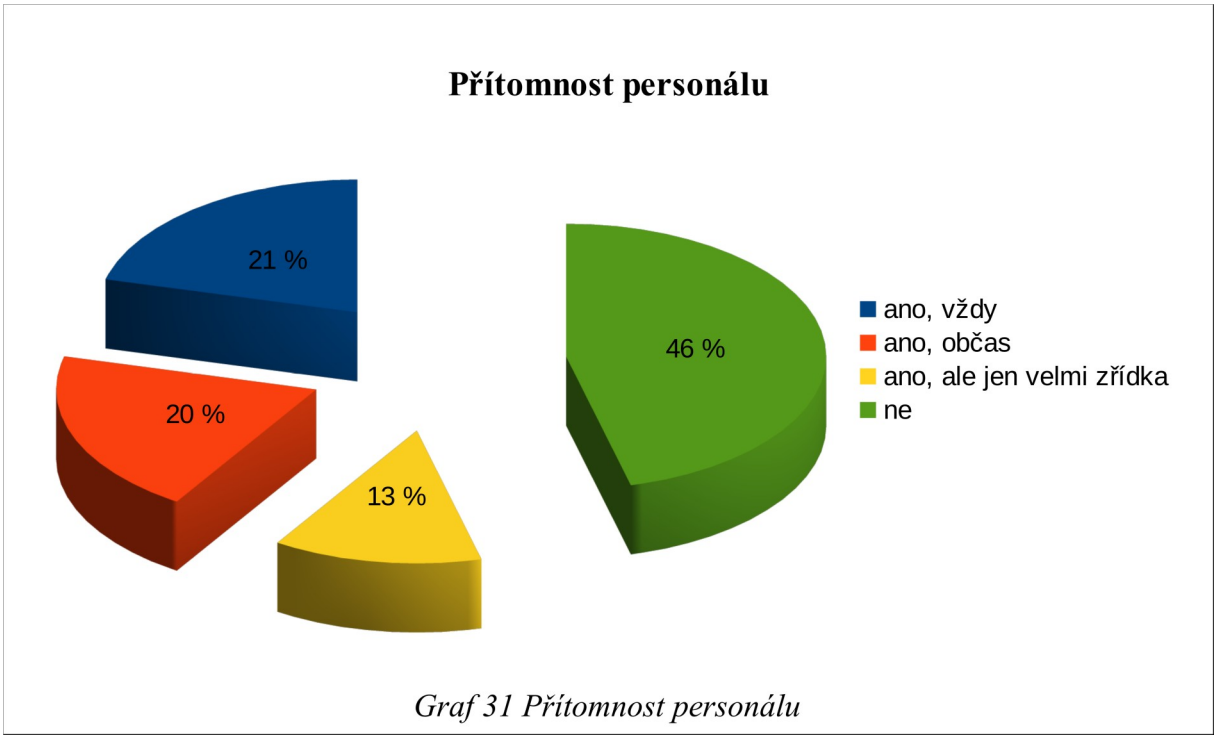
**Komentář:**

Otázka č. 26 zjišťuje, zda respondenti zaznamenávají použitý omezovací prostředek do ošetřovatelské dokumentace pacienta. Z celkového počtu 82 dotazovaných respondentů, odpovědělo 17 respondentů (21 %), ano, vždy, 16 respondentů (20 %) ano, občas, 11 respondentů (13 %) a 38 respondentů (46 %) ne.

Otázka č. 27: **Je někdo z ošetřujícího personálu u pacienta přítomen po celou dobu použití omezovacího prostředku?**

| Možnosti | Podíl respondentů v % | Absolutní četnost |
|---|---|---|
| ano, vždy | 21 | 17 |
| ano, občas | 20 | 16 |
| ano, ale jen velmi zřídka | 13 | 11 |
| ne | 46 | 38 |
| Celkem | 100 | 82 |

Tabulka 27 Přítomnost personálu




*Graf 31 Přítomnost personálu*

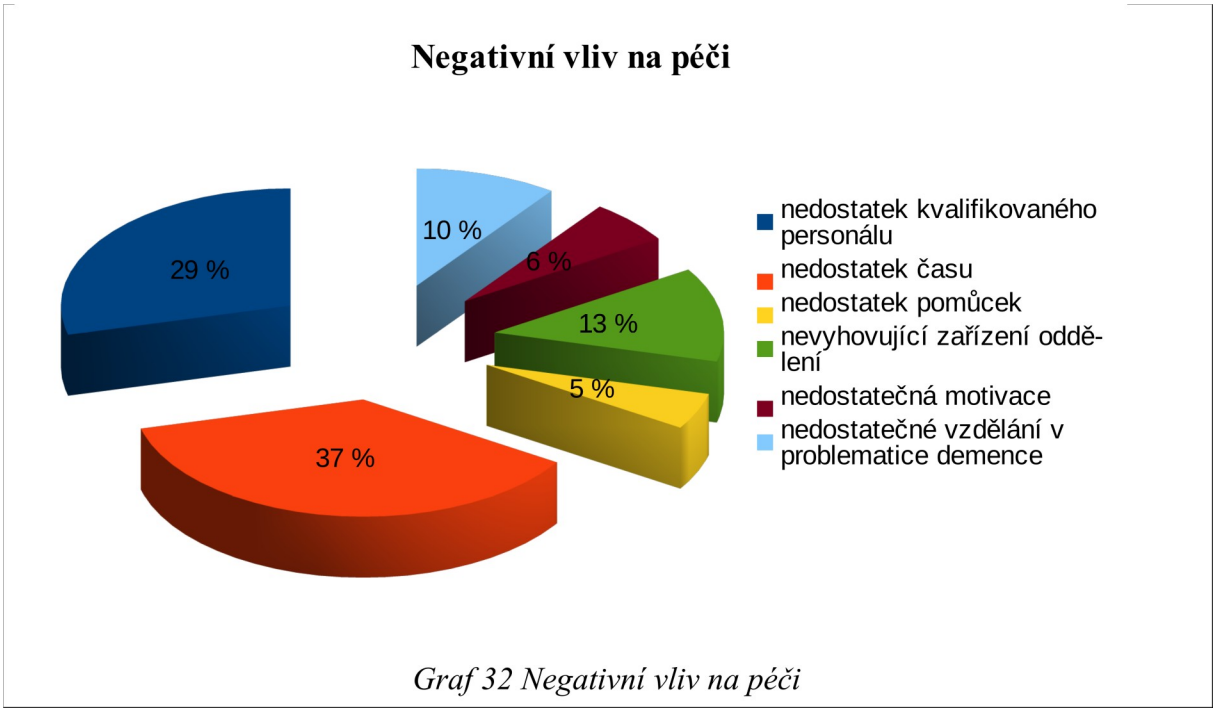
**Komentář:**

Otázka č. 27 zjišťuje, zda respondenti zaznamenávají použitý omezovací prostředek do ošetřovatelské dokumentace pacienta. Z celkového počtu 82 dotazovaných respondentů, odpovědělo 17 respondentů (21 %), ano, vždy, 16 respondentů (20 %) ano, občas, 11 respondentů (13 %) a 38 respondentů (46 %) ne.

Otázka č. 28: **Co podle Vás nejčastěji negativně ovlivňuje Vaši péči o pacienty?**

| Možnosti | Podíl respondentů v % | Absolutní četnost |
|---|---|---|
| nedostatek kvalifikovaného personálu | 29 | 24 |
| nedostatek času | 37 | 30 |
| nedostatek pomůcek | 5 | 4 |
| nevyhovující zařízení oddělení | 13 | 11 |
| nedostatečná motivace | 6 | 5 |
| nedostatečné vzdělání v problematice demence | 10 | 8 |
| Celkem | 100 | 82 |

Tabulka 28 Negativní vliv na péči




*Graf 32 Negativní vliv na péči*

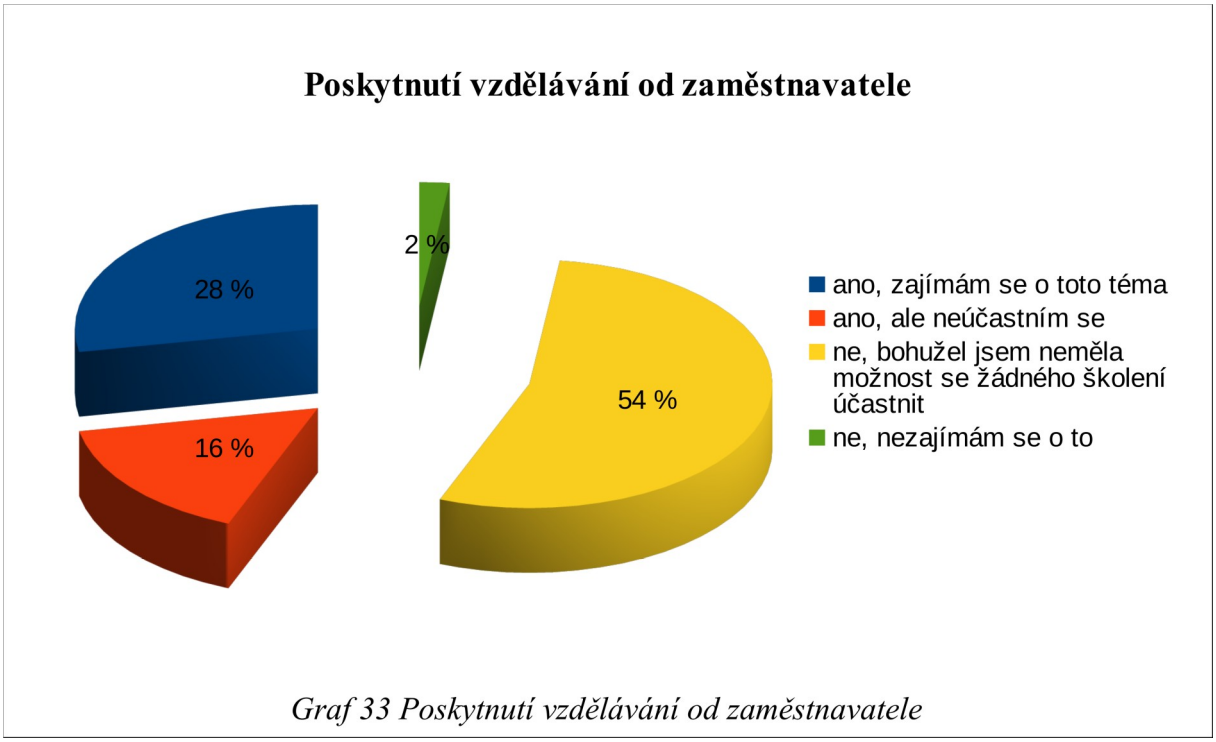
**Komentář:**

Otázka č. 28 zjišťuje co podle respondentů nejčastěji negativně ovlivňuje jejich péči o pacienty. Z celkového počtu 82 dotazovaných respondentů, odpovědělo 24 respondentů (29 %), nedostatek kvalifikovaného personálu, 30 respondentů (37 %) nedostatek času, 4 respondenti (5 %) nedostatek pomůcek, 11 respondentů (13 %) nevyhovující zařízení oddělení, 5 respondentů (6 %) nedostatečná motivace a 8 respondentů (10 %) nedostatečné vzdělání v problematice demence.

Otázka č. 29: **Poskytuje Vám vaše pracoviště dostatek informací, školení, kurzů o specifické péči o tyto klienty?**

| Možnosti | Podíl respondentů v % | Absolutní četnost |
|---|---|---|
| ano, zajímám se o toto téma | 28 | 23 |
| ano, ale neúčastním se | 16 | 13 |
| ne, bohužel jsem neměla možnost se žádného školení účastnit | 54 | 44 |
| ne, nezajímám se o to | 2 | 2 |
| Celkem | 100 | 82 |

Tabulka 29 Poskytnutí vzdělávání od zaměstnavatele




*Graf 33 Poskytnutí vzdělávání od zaměstnavatele*

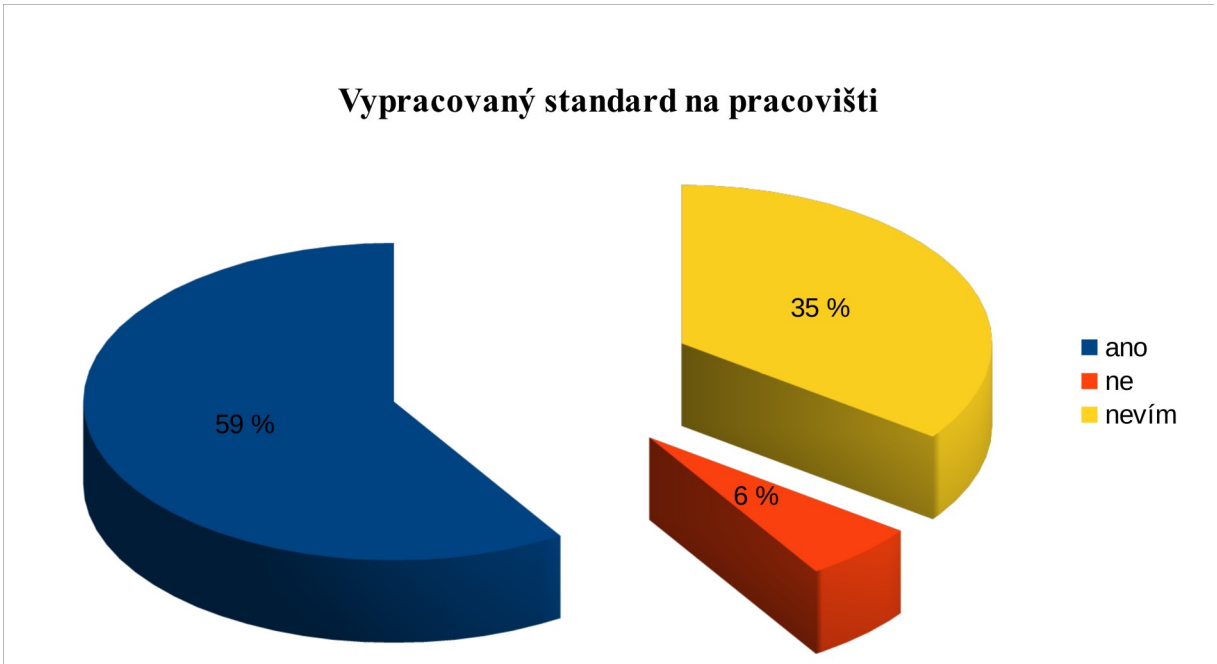
**Komentář:**

Otázka č. 29 zjišťuje, zda respondentům poskytuje jejich pracoviště dostatek informací, školení, kurzů o specifické péči o pacienty s demencí. Z celkového počtu 82 dotazovaných respondentů, odpovědělo 23 respondentů (28 %), ano, zajímám se o toto téma, 13 respondentů (16 %) ano, ale neúčastním se, 44 respondentů (54 %) ne, bohužel jsem neměla možnost se žádného školení účastnit a 2 respondenti (2 %) ne, nezajímám se o to.

Otázka č. 30: **Máte na Vašem pracovišti vypracovaný standard, který se týká problematiky pacientů s demencí?**

| Možnosti | Podíl respondentů v % | Absolutní četnost |
|---|---|---|
| ano | 59 | 48 |
| ne | 6 | 5 |
| nevím | 35 | 29 |
| Celkem | 100 | 82 |

Tabulka 30 Vypracovaný standard na pracovišti




*Graf 34 Vypracovaný standard na pracovišti*

**Komentář:**

Otázka č. 30 zjišťuje, zda mají respondenti na pracovišti vypracovaný standard, který se týká problematiky pacientů s demencí. Z celkového počtu 82 dotazovaných respondentů, odpovědělo 48 respondentů (59 %), ano, 5 respondentů (6 %) ne a 29 respondentů (35%) nevím.

Otázka č. 31: **Co byste navrhovala pro zlepšení péče o pacienty s demencí na Vašem oddělení?**

Nejčastější odpovědi respondentů bylo:

- *„Více kvalifikovaného personálu“*
- *„Více kvalifikovaného personálu zaměřeného na psychickou stránku pacienta s demencí“*
- *„Dostatek času na pacienty, méně dokumentace“*
- *„Více školení, kurzů o této problematice“*
- *„Co nejdříve pacienty vrátit do domácího prostředí“*
- *„Individuální přístup, empatie“*
- *„Vyhovující pokoj pro pacienty, bezbariérový přístup“*
- *„Elektronické uzamykání dveří, kamerový systém u všech východů na oddělení“*
- *„Lepší vybavení oddělení“*

# 6 DISKUZE

V diskuzi se zaměřím na výsledky průzkumu vyplývajícího z dotazníkového šetření a na stanovené cíle. K porovnání průzkumu bakalářské práce byly použity výsledky kvantitativního dotazníkového šetření bakalářské práce Nikoli Archmanové s názvem *„Specifika ošetřovatelské péče u pacienta s demencí“*, kterou obhájila na Západočeské Univerzitě v Plzni, Ústavu ošetřovatelství Fakulty zdravotnických studií v roce 2015. Dále proběhlo porovnání výsledků kvantitativního dotazníkového šetření z bakalářské práce Marty Kožíkové s názvem *„Agresivní chování u seniorů s demencí žijících v domově pro seniory“,* kterou obhájila na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně, Ústavu ošetřovatelství, Fakultě humanitních studií v roce 2010. A dále výsledků srovnávání analyzovaných dat bakalářské práce Petry Skovajsové s názvem *„Komunikační dovednosti sestry v interakci s klientem s demencí a jeho rodinou“,* kterou obhájila na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně, Ústavu ošetřovatelství, Fakultě humanitních studií v roce 2008.

**Cíl č. 1: Zjistit názory všeobecných sester na péči o pacienty s demencí na standardním lůžkovém oddělení.** Otázky č. 7, 8, 9.

V otázce č. 7 respondenti odpovídali, zda se domnívají, že pacienti s demencí vyžadují při hospitalizaci zvláštní péči. Nejpočetnější byla skupina 81 respondentů, která odpověděla, že ano. Pouze 1 respondent odpověděl, že ne. Můžeme považovat za úspěch, že nejpočetnější skupina respondentů (99 %), odpověděla, že pacienti s demencí vyžadují při hospitalizaci zvláštní péči, jelikož je velmi důležité k pacientům s demencí přistupovat individuálně. V otázce č. 8 respondenti odpovídali, zda si myslí, že je péče o pacienty s demencí na jejich oddělení kvalitní. Nejvíce zastoupenou byla skupina 32 respondentů, která odpověděla, spíše ano. Poté následovala skupina 28 respondentů, která odpověděla, spíše ne. 22 respondentů odpovědělo, rozhodně ano a žádný z respondentů neodpověděl, rozhodně ne. Dohromady odpovědělo 54 respondentů (63 %), že je péče o pacienty s demencí na jejich oddělení kvalitní, jako rozhodně ano a spíše ano. Tento výsledek můžeme hodnotit jako uspokojivý. V otázce č. 9 respondenti odpovídají na otázku, zda je oddělení, na kterém pracují, dostatečně přizpůsobené pacientům s demencí. Nejvíce zastoupená byla skupina 39 respondentů, která odpověděla, spíše ano. Dále pak skupina 36 respondentů, která odpověděla, spíše ne. 6 respondentů odpovědělo, rozhodně ano a pouze 1 respondent odpověděl, rozhodně ne. Celkem odpovědělo 45 respondentů (55 %), rozhodně ano a spíše ano, což je mírně nadprůměrný výsledek a zároveň ne moc pozitivní. Prostředí pro pacienty s demencí je velmi důležité, jak pro jeho bezpečnost, komfort, tak pro celkově dobrý pocit.

**Cíl č. 2: Zjistit, zda je pro všeobecné sestry ošetřovatelská péče o pacienta s demencí náročná.** Otázky č. 12, 14, 16.

V otázce č. 12 respondenti odpovídali, zda vnímají péči o pacienty jako náročnou. Nejpočetnější byla skupina 52 respondentů, která odpověděla, ano, psychicky i fyzicky. Poté následovala skupina 28 respondentů, která odpověděla, ano, více psychicky. Pouze 2 respondenti odpověděli, že nevnímají péči jako náročnou a žádný s respondentů neodpověděl, že vnímá péči náročnou více fyzicky. Celkem odpovědělo 80 respondentů (98 %), že vnímají péči o pacienty s demencí náročnou psychicky i fyzicky a více psychicky. Z toho plyne, že je péče o pacienty s demencí pro všeobecné sestry velice náročná. Archmanová ve své bakalářské práci uvádí, 76 ze 100 respondentů (76 %) odpovědělo, ano, více psychicky. Otázku, ano, více fyzicky odpovědělo 16 ze 100 respondentů (66 %). Na možnost ano, psychicky i fyzicky odpovědělo, oproti mému výzkumu, jen 8 respondentů (8 %). Odpověď, ne, péče o pacienty s demencí není náročná, neodpověděl žádný s respondentů. V otázce č. 14 respondenti odpovídali, zda si uvědomují, že ztrácí motivaci a trpělivost v péči o pacienty s demencí. Nejpočetnější byla skupina 34 respondentů, která odpověděla, ano, občas. Dále pak skupina 21 respondentů, která odpověděla, ne. 18 respondentů odpovědělo, ano, velmi zřídka a nejméně početná skupina 9 respondentů odpověděla, ano, velmi často. Celkem odpovědělo, ano, velmi často a ano, občas 43 respondentů (52 %). Oproti tomu 39 respondentů (48 %) odpovědělo, ano, velmi zřídka a ne. Tento výsledek je více než alarmující. V otázce č. 16 respondenti odpovídali, zda je dokáže pacient s demencí snadno rozčílit. Nejpočetnější byla skupina 31 respondentů, která odpověděla, ano, velmi zřídka. Poté následovala skupina 26 respondentů, která odpověděla, ano, občas. Dále skupina 20 respondentů, která odpověděla ne a nakonec skupina 5 respondentů, která odpověděla, ano, velmi často. Celkem na tuto otázku odpovědělo 31 respondentů (38 %), ano, velmi často a ano, občas. Ano, velmi zřídka a ne dohromady odpovědělo 51 respondentů (62 %), což větší průměr. Celkově z této statistky vyplývá, že je pro všeobecné sestry péče o pacienty velice náročná, jak fyzicky tak psychicky. Více než polovina sester ztrácí v péči o pacienty s demencí trpělivost a motivaci a více jak čtvrtina všeobecných sester se dokáže snadno pacientem s demencí rozčílit. To vše může vyplývat z nedostatku kvalifikovaného personálu, neznalosti ošetřujícího personálu, jak poskytovat specializovanou péči těmto pacientům a nedostatek času na péči o pacienta.

**Cíl č. 3: Zjistit, jakým způsobem všeobecné sestry reagují na agresivní chování u pacientů s demencí.** Otázky č. 18, 19, 20, 21, 22.

V otázce č. 18 respondenti odpovídali, zda se setkali někdy v průběhu praxe s agresivním

chováním pacientů s demencí. Nejpočetnější byla skupina 44 respondentů, která odpověděla, ano, občas. Poté následovala skupina 30 respondentů, která odpověděla, ano, velmi často. 8 respondentů odpovědělo, ano, velmi zřídka a žádný z respondentů neodpověděl, ne. Celkem na tuto otázku odpovědělo 74 respondentů (91 %), ano, velmi často a ano, občas. Z toho vyplývá, že se agresivita u pacientů s demencí vyskytuje velmi často. Otázka č. 19 zjišťuje, s jakým nejčastějším typem agresivního chování se respondenti setkávají. Nejpočetnější byla skupina 68 respondentů, která se nejčastěji setkává s verbálním napadením. Poté skupina 14 respondentů, která se více setkává s fyzickým napadením. Celkově se nejčastěji 83 % respondentů setkává s verbální agresí. Kožíková, ve své bakalářské práci udává, že většina respondentů, 75 ze 145 (52 %), odpověděla též s verbální agresí. Otázka č. 20 zjišťuje, s jakým typem verbální agrese se respondenti nejčastěji potýkají. Nejpočetnější byla skupina 58 respondentů, která odpověděla, s vulgarismy. 15 respondentů se z verbální agrese nejčastěji setkává s osočováním a 9 respondentů s vyhrožováním. Celkově se nejčastěji 71 % respondentů setkává s vulgarismy. Kožíková, ve své bakalářské práci udává, že většina respondentů, 62 ze 145 (43 %), odpověděla též s vulgarismy. Otázka č. 21 zjišťuje, s jakým typem fyzické agrese se respondenti nejčastěji setkávají. Nejpočetnější byla skupina 30 respondentů, která odpověděla, kopnutí. Druhou největší skupinu tvořilo 17 respondentů, kteří odpověděli, plivnutí. 13 respondentů odpovědělo, házení s věcmi a stejný počet 11 respondentů byly odpovědi, štípnutí a vykroucení ruky. Celkově se nejčastěji 37 % respondentů z fyzické agresivity setkává s kopnutím. Kožíková, ve své bakalářské práci udává, 45 respondentů ze 145 (31 %), odpovědělo, že je nejčastější typ fyzické agrese v podobě útoku na ostatní členy personálu. Na otázku č. 22 odpovídali respondenti, co je pro ně první volbou při agresivitě pacienta s demencí. Nejpočetnější byla skupina 64 respondentů, která odpověděla, slovní uklidnění. Poté následovala skupina 12 respondentů, která odpověděla, přivolání lékaře a 6 respondentů odpovědělo, omezující prostředek. Celkem u 78 % respondentů je první volbou při agresivitě slovní uklidnění. Agresivní chování, projevující se buď křikem, nadávkami, vyhrožováním, nebo fyzickým násilím bývá častou komplikací u pacientů s demencí. Podrobněji se o této problematice věnuji v kapitole 3.3.

**Cíl č. 4: Zjistit používání omezovacích prostředků u pacientů s demencí.** Otázky: 23, 24, 25, 26, 27.

Na otázku č. 23 odpovídali respondenti, zda používají na jejich oddělení omezovací prostředky. Nejpočetnější byla skupina 58 respondentů, která odpověděla, ano, občas. 13 respondentů odpovědělo,ano, velmi často a 11 respondentů odpovědělo, ano, velmi

zřídka. Nikdo z respondentů neodpovědělo, že ne. Celkem odpovědělo 87 % respondentů, ano, velmi často a ano, občas. Z toho plyne, že používání omezovacích prostředků na odděleních u pacientů s demencí, je velmi časté. Otázka č. 24 zjišťuje, jaké omezovací prostředky respondenti používají. Nejpočetnější byla skupina 24 respondentů, která odpověděla, kurty. Poté následovala skupina 23 respondentů, která odpověděla, postranice. Dále následovala skupina 20 respondentů, která odpověděla, medikace – tlumící léky a 11 respondentů odpovědělo, fyzické omezení druhou osobou (personálem). Pouze 5 respondentů odpovědělo, zamykání dveří. Nikdo z respondentů neodpověděl, žádné nepoužíváme. Celkem odpovědělo 29 % respondentů, že nejčastěji používaným omezovacím prostředkem jsou kurty. Skovajsová ve své bakalářské práci uvádí, 59 respondentů ze 159 (37 %), odpovědělo, že mezi nejčastější omezovací prostředky na oddělení patří, tlumící léky a stejné procento respondentů odpovědělo, postranice. Otázka č. 25 zjišťuje, zda respondenti používají omezovací prostředek pouze na doporučení lékaře. Nejpočetnější byla skupina 65 respondentů, která odpověděla, ano, vždy. 15 respondentů odpovědělo, ano, občas. 2 respondenti odpověděli, ano, ale jen velmi zřídka a žádný z respondentů neodpověděl, ne. Celkem odpovědělo 97 % respondentů, ano, vždy a ano, občas, což je velice přijatelný výsledek. Otázka č. 26 zjišťuje, zda respondenti zaznamenávají použití omezovacího prostředku do ošetřovatelské dokumentace pacienta. Nejpočetnější byla skupina 38 respondentů, která odpověděla, ne. 17 respondentů odpovědělo, ano, vždy. 16 respondentů odpovědělo, ano, občas a 11 respondentů odpovědělo, ano, ale jen velmi zřídka. Celkem 46 % respondentů nezaznamenává použití omezovacího prostředku do ošetřovatelské dokumentace. Na otázku č. 27 odpovídali respondenti, zda je někdo z ošetřujícího personálu u pacienta přítomen po celou dobu použití omezovacího prostředku. Nejpočetnější byla skupina 38 respondentů, která odpověděla, ne. Poté následovala skupina 17 respondentů, která odpověděla ano, vždy. Dále 16 respondentů odpovědělo, ano, občas a 11 respondentů odpovědělo, ano, ale jen velmi zřídka. Celkově 59 % respondentů odpovědělo, zda je někdo z ošetřujícího personálu u pacienta přítomen po celou dobu použití omezovacího prostředku, ano, ale jen velmi zřídka a ne. Z této statistiky jasně vyplývá, že se na odděleních nedodržují zásady používání omezovacích prostředků. Touto problematikou se zabývám v kapitole 3.4.

**Cíl č. 5: Zjistit, zda se všeobecným sestrám poskytuje možnost vzdělávání v oblasti demence.** Otázky č. 29, 30, 31.

Otázka č. 29 zjišťuje, zda respondentům pracoviště poskytuje dostatek informací, školení, kurzů o specifické péči o tyto klienty. Nejpočetnější byla skupina 44 respondentů,

která odpověděla, ne, bohužel jsem neměla možnost se žádného školení účastnit. Dále následovala skupina 23 respondentů, která odpověděla, ano, zajímám se o toto téma. 13 respondentů odpovědělo, ano, ale neúčastním se a 2 respondenti odpověděli, ne, nezajímám se o to. Celkově 44 % respondentů odpovědělo na otázku, zda pracoviště poskytuje dostatek informací, školení, kurzů o specifické péči o tyto klienty, ano, zajímám se o toto téma a ano, ale neúčastním se. A 56% respondentů, ne, bohužel jsem neměla možnost se žádného školení účastnit a ne, nezajímám se o to. Archmanová ve své bakalářské práci uvádí, že z dotazovaných respondentů se o toto téma zajímá a účastní se 20 respondentů (20 %), 25 respondentů (25 %) má možnost školení na pracovišti, ale neúčastní se. Dalších 30 respondentů (30 %) i přesto, že se o toto téma zajímá, nemělo možnost se žádného školení zúčastnit a 20 respondentů (20 %), se o toto téma nezajímá. V otázce č. 30 odpovídali respondenti, zda mají na pracovišti vypracovaný standard, který se týká problematiky pacientů s demencí. Nejpočetnější byla skupina 48 respondentů, která odpověděla, ano. Poté následovala skupina 29 respondentů, která odpověděla, nevím. A 5 respondentů odpovědělo, ne. Celkem 59 % respondentů odpovědělo, že mají na oddělení vypracovaný standard o problematice pacientů s demencí. Ve vyhodnocení tohoto cíle chci zmínit i poslední 31. otázku, co by respondenti navrhovali pro zlepšení péče o pacienty s demencí na jejich oddělení. Tato otázka byla otevřená. Mezi nejčastějšími odpovědi respondentů se objevovala odpověď *„Více školení, kurzů o této problematice“,* jak už jsem se zmiňovala dříve. Celkově z toho vyplývá, že téměř polovina všeobecných sester má zájem se více v této problematice vzdělávat. Problém spočívá už v tom, že se donedávna na středních školách problematika specifické péče o pacienty s demencí nevyučovala. V dnešní době existuje spousta akreditovaných kurzů, které nabízejí vzdělání v této oblasti. Jednou z těchto institucí je Česká alzheimerovská společnost, která nabízí řadu vzdělávacích programů a seminářů.

Nabídka těchto kurzů je na adrese: *Akreditované kurzy.* [on line]. [cit. 2017-20-04]). Dostupný z WWW: http://www.alzheimer.cz/

# 7 ZÁVĚR

V bakalářské práci se zabýváme ošetřovatelskou péčí o pacienty s demencí. Bakalářská práce se rozděluje na teoretickou část a praktickou část. V teoretické části popisujeme definici demence, etiopatogenezi, rizikové faktory demence, rozdělení příznaků demence, stádia demence, diagnostiku demence, terapii a jednotlivě popisujeme typy demence. Dále se v teoretické části zabýváme zásadami péče o pacienty s demencí, vhodnými způsoby přístupu k pacientům s demencí, zásadami komunikace s pacientem s demencí, popisujeme jak zvládat změny chování u pacientů s demencí a zásady při používání omezovacích prostředků u pacientů ve zdravotnických zařízeních.

V teoretické části jsme stanovili pět cílů, které jsme vyhodnocovali pomocí dotazníkového šetření. Dotazník byl určen všeobecným sestrám, pracujících na standardním lůžkovém oddělení. Mezi hlavní problémy vyplývající z dotazníkového šetření patří, nedostatek kvalifikovaného personálu, nedostatek času na pacienty s demencí, fyzická i psychická náročnost v péči o pacienta s demencí, velmi častá agresivita u pacientů s demencí, nedostatečně přizpůsobené oddělení pro pacienty s demencí, velmi časté používání omezovacích prostředků u pacientů s demencí a nedodržování zásad používaní omezovacích prostředků.

# SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BUIJSSEN, Huub. 2005. *Demence*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-081-X.

DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2010. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1620-6.

HOLMEROVÁ, Iva, Eva JAROMÍLOVÁ, Jitka SUCHÁ a kolektiv, 2007. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: EV public relations. ISBN 978-80-254-0177-4.

KOUKOLÍK, František a Roman JIRÁK, 1998. *Alzheimerova nemoc a další demence*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-615-3.

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

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

MORRIS, Gary a Jack MORRIS, 2010. *The dementia care workbook*. Velká Británie: Open University Press. ISBN 978-03-352-3431-8.

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

SMOLÍK, Petr, 2002. *Duševní a behaviorální poruchy*. Praha: Maxdorf. ISBN 80-85912-18-X.

TOPINKOVÁ, Eva, 1999. *Jak správně a včas diagnostikovat demenci*. Praha: UCB Pharma. ISBN 80-238-4913-1.

VAVRUŠOVÁ, Lívia a kolektív, 2012. *Demencia*. Turany: Osveta. ISBN 978-80-8063-382-0.

ZGOLA, M., Jitka, 2003. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada. ISBN 80-27-0183-9.

**Internetové zdroje:**

*Akreditované kurzy.* [on line]. [cit. 2017-20-04]. Dostupný z WWW: http://www.alzheimer.cz/.

*Používání omezujících prostředků u pacientů ve zdravotnických zařízeních České republiky.* [on line]. [cit. 2017-15-04]. Dostupný z WWW: http://www.ferovanemocnice.cz/.

*Desatero komunikace s pacientem se syndromem demence.* [on line]. [cit. 2017-15-04]. Dostupný z WWW: http://www.nrzp.cz/.

# SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

| | |
|---|---|
| AIDS | Acquired Immune Deficiency Syndrome |
| AD | Alzheimerova demence |
| ADL | Activities of daily living |
| ADRDA | Alzheimer's Disease and Related Disorders Association |
| apod. | a podobně |
| BPSD | Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia |
| CNS | Centrální nervová soustava |
| CT | Počítačová tomografie |
| č. | Číslo |
| ČR | Česká republika |
| EEG | Elektroencefalografie |
| EKG | Elektrokardiografie |
| FAQ | Frequently Asked Questions |
| FTD | Frontotemporální demence |
| FW | Sedimentace erytrocytů |
| HIV | Human Immunodeficiency Virus |
| IADL | Instrumental Activities of Daily Libiny |
| MMSE | Mini-Mental State Examination |
| MZ | Ministerstvo zdravonictví |
| NINCDS | National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke |
| NMR | Magnetická rezonance |
| NMDA | Neurochirurgie pro mentální poruchu |
| RTG | Rentgen |
| TSH | Thyroid stimulating hormone |

# SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 Pohlaví respondentů……41

Tabulka č. 2 Věk respondentů……..42

Tabulka č. 3 Nejvyšší dosažené vzdělání……43

Tabulka č. 4 Délka praxe……..44

Tabulka č. 5 Současné pracoviště……45

Tabulka č. 6 Správná definice demence..……46

Tabulka č. 7 Zvláštní péče……...47

Tabulka č. 8 Subjektivní hodnocení kvality péče……48

Tabulka č. 9 Podmínky oddělení na péči o pacienty……49

Tabulka č. 10 Bloudění pacienta……..50

Tabulka č. 11 Zabezpečení proti nestřeženým odchodům……51

Tabulka č. 12 Náročnost péče……...53

Tabulka č. 13 Definice syndromu vyhoření……54

Tabulka č. 14 Ztráta motivace a trpělivosti.……55

Tabulka č. 15 Přístup k pacientovi……...56

Tabulka č. 16 Rozčílení pacientem……...57

Tabulka č. 17 Umění relaxace……..58

Tabulka č. 18 Četnost agresivního chování..……59

Tabulka č. 19 Typy agrese……60

Tabulka č. 20 Typy verbální agrese..……61

Tabulka č. 21 Typy fyzické agrese……...62

Tabulka č. 22 První volba při agresivitě……...63

Tabulka č. 23 Četnost omezovacích prostředků……...64

Tabulka č. 24 Používané omezovací prostředky……..65

Tabulka č. 25 Použití omezovacích prostředků na doporučení lékaře..……...66

Tabulka č. 26 Záznam o použití omezovacího prostředku……..67

Tabulka č. 27 Přítomnost personálu……68

Tabulka č. 28 Negativní vliv na péči……...69

Tabulka č. 29 Poskytnutí vzdělávání od zaměstnavatele.……70

Tabulka č. 30 Vypracovaný standard na pracovišti……..71

# SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 Pohlaví respondentů…….……41

Graf č. 2 Věk respondentů……..…..42

Graf č. 3 Nejvyšší dosažené vzdělání…….…….43

Graf č. 4 Délka praxe……..……..44

Graf č. 5 Současné pracoviště…….…….45

Graf č. 6 Správná definice demence..……...….46

Graf č. 7 Zvláštní péče.…….……...47

Graf č. 8 Subjektivní hodnocení kvality péče…….….48

Graf č. 9 Podmínky oddělení na péči o pacienty……...…49

Graf č. 10 Bloudění pacienta…….…...50

Graf č. 11 Zabezpečení proti nestřeženým odchodům……..…51

Graf č. 12 Náročnost péče……....53

Graf č. 13 Definice syndromu vyhoření……...….54

Graf č. 14 Ztráta motivace a trpělivosti.…….…….55

Graf č. 15 Přístup k pacientovi…….……....56

Graf č. 16 Rozčílení pacientem…….……...57

Graf č. 17 Umění relaxace……..……..58

Graf č. 18 Četnost agresivního chování..……..…59

Graf č. 19 Typy agrese……..……60

Graf č. 20 Typy verbální agrese..……..……61

Graf č. 21 Typy fyzické agrese……..……...62

Graf č. 22 První volba při agresivitě…….……...63

Graf č. 23 Četnost omezovacích prostředků……..…...64

Graf č. 24 Používané omezovací prostředky……..…..65

Graf č. 25 Použití omezovacích prostředků na doporučení lékaře..……..……...66

Graf č. 26 Záznam o použití omezovacího prostředku…….……..……..67

Graf č. 27 Přítomnost personálu……...…68

Graf č. 28 Negativní vliv na péči…….....69

Graf č. 29 Poskytnutí vzdělávání od zaměstnavatele.……..…70

Graf č. 30 Vypracovaný standard na pracovišti……....71

# SEZNAM PŘÍLOH

P I: Dotazník

P II: Jak upravit domácí prostředí s pacientem s demencí

P III: Charta práv pacientů

P IV: Desatero bazální stimulace

# Příloha P I:

## Dotazník

Vážené kolegyně, Vážení kolegové,
jmenuji se Nikol Majorová a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia oboru Všeobecná sestra na Ústavu zdravotnických věd Fakulty humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně. Ráda bych Vás požádala o vyplnění dotazníku, který je anonymní a slouží k vypracování mé bakalářské práce na téma: Ošetřovatelská péče o pacienty s demencí. Vámi poskytnuté odpovědi jsou pro mě cenným zdrojem informací pro zpracování empirické části bakalářské práce.
Děkuji Vám za Váš čas a ochotu.

Instrukce: Vybranou možnost prosím zakroužkujte.

**1. Jste?**

a) žena
b) muž

**2. Jaký je Váš věk?**

a) 20 – 30 let
b) 31 – 40 let
c) 41 – 50 let
d) 51 a více let

**3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělaní?**

a) Střední zdravotnická škola
b) Vyšší zdravotnická škola
c) Vysokoškolské bakalářské studium
d) Vysokoškolské magisterské studium

**4. Vaše délka praxe ve zdravotnictví?**

a) 1 - 5 let
b) 6 - 10 let
c) 11- 15 let
d) 16 a více

**5. Kde pracujete?**

a) chirurgické oddělení

b) interní oddělení

**6. Která z následujících definic demence je podle Vás správná?**

a) degenerativní onemocnění postihující mozeček, mozkovou kůru a extrapyramidový systém

b) přechodný organický psychosyndrom s akutním začátkem v důsledku somatické choroby

c) senilní atrofie mozku

d) nevím

**7. Domníváte se, že pacienti s demencí vyžadují při hospitalizaci zvláštní péči?**

a) ano

b) ne

**8. Myslíte si, že je péče o tyto pacienty na Vašem oddělení kvalitní?**

a) rozhodně ano

b) spíše ano

c) spíše ne

d) rozhodně ne

**9. Domníváte se, že je oddělení, na kterém pracujete, dostatečně přizpůsobené pacientům s demencí?**

a) rozhodně ano

b) spíše ano

c) spíše ne

d) rozhodně ne

**10. Co většinou děláte, když Vám pacient s demencí začne odcházet?**

a) nechám ho chodit, nevšímám si ho

b) nechám ho chodit, ale neustále ho pozoruji

c) nechám ho chodit, zabezpečím východy, aby neodešel z oddělení

d) přidám se k němu a začnu si s ním povídat

e) odvedu ho na pokoj a vysvětlím mu, kde se nachází a že má zůstat na pokoji

f) odvedu ho na pokoj a použiji u něj některý z omezujících prostředků

**11. Jakým způsobem je Vaše oddělení zabezpečeno proti nestřeženým odchodům pacientů?**

a) celodenně uzavřené vchodové dveře pomocí elektronického systému
b) pouze přes noc uzavřené vchodové dveře pomocí elektronického systému
c) celodenně uzavřené vchodové dveře pomocí mechanického zámku
d) pouze přes noc uzavřené vchodové dveře pomocí mechanického zámku
e) vchodové dveře jsou celodenně snímány kamerou
f) vchodové dveře jsou pouze v noci snímány kamerou
g) oddělení není zabezpečeno žádným způsobem

**12. Vnímáte péči o pacienty s demencí jako náročnou?**

a) ano, více psychicky
b) ano, více fyzicky
c) ano, psychicky i fyzicky
d) péči nevnímám jako náročnou

**13. Jak byste definovali syndrom vyhoření?**

a) silná afektivní reakce na překážku, která se staví do cesty při dosahování nějakého cíle
b) stav emočního, fyzického a mentálního vyčerpání
c) výsledek rozumně vedeného dobrého života
d) nevím

**14. Uvědomujete si, že ztrácíte motivaci a trpělivost v péči o pacienty s demencí?**

a) ano, velmi často
b) ano, občas
c) ano, velmi zřídka
d) ne

**15. Jak přistupujete k pacientovi s demencí?**

a) jako ke každému druhému, nedělám mezi nimi rozdíly
b) individuálně, vzhledem k jeho základnímu onemocnění
c) provedu pouze co je u pacienta potřeba, nic víc
d) takovému pacientovi se raději vyhýbám a pošlu za ním kolegyni

**16. Dokáže Vás pacient s demencí snadno rozčílit?**

a) ano, velmi často
b) ano, občas
c) ano, velmi zřídka
d) ne

**17. Umíte relaxovat?**

a) ano, využívám relaxační techniky
b) občas
c) ne, neumím to

**18. Setkala jste se někdy v průběhu Vaší praxe s agresivním chováním u pacienta s demencí?**

a) ano, velmi často
b) ano, občas
c) ano, velmi zřídka
d) ne

**19. S jakým nejčastějším typem agresivního chování u pacientů s demencí jste se setkala?**

a) verbální napadení
b) fyzické napadení

**20. S jakým typem verbální agrese se nejčastěji potýkáte?**

a) vulgarismy
b) vyhrožování
c) osočování
d) jiné, uveďte……...

**21. S jakým typem fyzické agrese se nejčastěji potýkáte?**

a) házení s věcmi
b) plivnutí
c) kopnutí
d) štípnutí
e) vykroucení ruky

**22. Co je pro Vás ve většině případů první volbou při agresivitě pacienta s demencí?**

a) omezující prostředek
b) přivolání lékaře
c) slovní uklidnění

**23. Jaké omezující prostředky používáte?**

a) postranice
b) kurty
c) medikace - tlumící léky
d) fyzické omezení druhou osobou (personálem)
e) zamykání dveří
f) žádné nepoužíváme

**24. Používáte na Vašem oddělení omezující prostředek?**

a) ano, velmi často
b) ano, občas
c) ano, velmi zřídka
d) ne

**25. Použijete omezující prostředek pouze na doporučení lékaře?**

a) ano, vždy
b) ano, občas
c) ano, ale jen velmi zřídka
d) ne

**26. Zaznamenáváte použitý omezující prostředek do ošetřovatelské dokumentace pacienta?**

a) ano, vždy
b) ano, občas
c) ano, ale jen velmi zřídka
d) ne

**27. Je někdo z ošetřujícího personálu u pacienta přítomen po celou dobu použití omezujícího prostředku?**

a) ano, vždy
b) ano, občas
c) ano, ale jen velmi zřídka
d) ne

**28. Co podle Vás nejčastěji negativně ovlivňuje Vaši péči o pacienty?**

a) nedostatek kvalifikovaného personálu
b) nedostatek času
c) nedostatek pomůcek
d) nevyhovující zařízení oddělení
e) nedostatečná motivace
f) nedostatečné vzdělání v problematice demence

**29. Poskytuje Vám vaše pracoviště dostatek informací, školení, kurzů o specifické péči o tyto klienty?**

a) ano, zajímám se o toto téma
b) ano, ale neúčastním se
c) ne, bohužel jsem neměla možnost se žádného školení účastnit
d) ne, nezajímám se o to

**30. Máte na Vašem pracovišti vypracovaný standard, který se týká problematiky pacientů s demencí?**

a) ano
b) ne
c) nevím

**31. Co byste navrhovala pro zlepšení péče o pacienty s demencí na Vašem oddělení?**

# Příloha P II:

## Jak upravit domácí prostředí s pacientem s demencí

### DVEŘE A VCHODY

- **Snižte prahy**

Lidé s demencí se často „šourají“, zvýšené prahy mohou způsobit, že zakopnou a upadnou.

- **Zakryjte dveře**

Přikrytí dveří závěsem může účinným způsobem zamaskovat východ.

- **Použijte bezpečnostní kulaté kliky**

Toto zařízení, které má zabránit dětem v otevření dveří, vyžaduje zvláštní tlak, aby se mohly dveře otevřít. Používá se, aby zamezilo v útěku lidem s narušenými manuálními dovednostmi.

- **Nalepte na dveře cedulku**

Zvláště v raných stádiích demence, kdy nemocný člověk ještě čte a má úsudek, mu může jednoduchá cedulička na dveřích zabránit v odchodu ven a zatoulání se.

- **Dejte klíče na veliký kroužek**

Klíče jsou malé a snadno se skryjí nebo položí na neobvyklé místo. Umístěte důležité klíče na veliký kruh, aby se mohly hůře ztratit.

- **Zatemněte chodbu**

Mnoho lidí s demencí má strach ze tmy. Když bude okolí dveří v temnu, nebudou mít odvahu k nim přistoupit.

### SCHODY

- **Umístěte před schody zábrany**

Schody jsou potenciálním nebezpečím a mnozí pečovatelé považují za výhodné ztížit přístup ke schodům. Bariérou může být kousek nábytku před vstupem na schodiště, branka nebo nějaká závora ve vhodné výši.

- **Zajistěte bezpečné zábradlí**

Všechna schodiště by měla mít pevná zábradlí na obou stranách tak, aby pomáhala jak osobám s demencí tak i pečujícím.

## OBYTNÉ PROSTORY A JÍDELNA

- **Používejte těžký nábytek**

U lidí s demencí dochází často ke změně v držení těla a mají narušenou rovnováhu. Mají tendenci opřít se o cokoli, co stojí nablízku. Lehký nábytek by se mohl převrhnout a způsobit pád.

- **Odstraňte prodlužovací šňůry**

Jakákoli šňůra ležící přes cestu může způsobit pád, zvláště proto, že osoba s demencí nemusí vždy sledovat typické cesty, které vedou domem.

- **Neměňte často uspořádání nábytku**

Jakákoli změna toho, co je známé, může zvýšit dezorientaci člověka s demencí a může způsobit dokonce i katastrofické reakce.

- **Zatahujte závěsy**

Zvláště v noci může světlo odražené z oken způsobit, že se člověk s demencí vyděsí, protože si myslí, že se někdo snaží vniknout do domu.

- **Odstraňte pruhy na podlaze**

Pruhy mohou způsobit dojem prostorové překážky či schodu a způsobit ztrátu rovnováhy.

## KUCHYŇ

- **Použijte varovná znamení**

Lidé s demencí, kteří mohou ještě číst a uvažovat, mohou pozitivně reagovat na různé varovné značky, které upozorňují na různá možná nebezpečí.

- **Zamykejte kuchyň**

Zamezení vstupu do kuchyně může zabránit přístupu osobě s demencí k zařízením, která mohou být nebezpečná.

- **Pořiďte si mikrovlnku**

Mikrovlnka je méně nebezpečné kuchyňské zařízení než kamna.

- **Odstraňte knoflíky na kamnech**

Klesající schopnost úsudku, která doprovází demenci, činí vhodné a bezpečné užívání takových zařízení jako jsou kamna, stále obtížnější. Odstranění knoflíků je snadný a účinný způsob, jak někomu zabránit v jejich použití.

- **Uschovejte ostré předměty**

Postižení úsudku ztěžuje vhodné a bezpečné použití ostrých předmětů jako jsou nože. Bezpečnost domova může zvýšit, když je přístup lidí s demencí k těmto předmětům omezen a přizpůsoben jejich zachovalým schopnostem.

- **Vypněte přístroje ze zásuvky**

V některých případech stačí, když se jednoduše vytáhnou různé přístroje ze zásuvky. Lidé s demencí pak nejsou schopni tyto přístroje správně použít.

**LOŽNICE**

- **Odstraňte nepotřebné kusy oděvu**

Lidé s demencí mají sníženou schopnost se rozhodovat, když stojí před příliš širokou nabídkou možností. Mnozí z nich také rádi prohrabávají své šatstvo, což prakticky znemožňuje udržet pořádek v pokoji.

- **Snižte lůžka**

To minimalizuje možné riziko pádu z postele.

**ZÁCHODY A KOUPELNY**

- **Použijte instalace v kontrastních barvách**

Zvýrazněné kontrastní zbarvení instalací jako jsou splachovače, umývadla nebo záchodové mísy usnadní, aby je nemocný člověk spatřil a správně použil.

- **Používejte madla**

Pevná madla po celé koupelně, ve vaně, sprše i u záchodu, mohou pomoci lidem s demencí i pečovatelům.

- **Použijte značky**

Značky ukazující směr k záchodu nebo připomínající, že je třeba spláchnout, jsou nezbytnou upoutávkou pro některé osoby v raných stádiích demence.

- **Nechejte rozsvícené světlo**

Právě tak, jako se lidé s demencí často zdržují mimo zóny, kde je tma, stejně tak jsou přitahováni k místům, kde je světlo. Proto rozsvícené světlo přivede nemocnou osobu snadněji k toaletě.

- **Ve vanách používejte gumové rohože**

Protiskluzové rohože mohou snížit pravděpodobnost pádu ve vaně.

- **Ve sprchách používejte pevné závěsy**

Když člověk začne padat, může se zachytit závěsu ve snaze obnovit svou rovnováhu, je proto třeba, aby byly závěsy pevně zavěšené.

- **Podložte koberečky gumou**

Když dojde k pádu, je lepší, když je povrch podlahy měkký. Koberce by však měly mít zespodu gumu kvůli stabilitě a zároveň by měly být snadno odstranitelné kvůli úklidu.

- **Použijte vyšší toaletní mísu**

Pro starší lidi je jednodušší zdvihnout se z vyšší pozice. Je to také snadnější pro pečovatele, který poskytuje asistenci.

- **Odstraňte zamykání dveří**

Zamykání na záchodě může být problémem, je jednodušší zámek odstranit.

- **Pořiďte si sprchovací židli**

Použití plastové židle velmi usnadní hygienu. Člověk s demencí si nemusí sedat do vany, což může být nebezpečné, a zároveň nemusí během sprchování dlouho stát.

**DALŠÍ TYPY**

- **Použijte plastové ucpávky do elektrických zásuvek**

Zmatek, který prožívá osoba s demencí, může snížit vnímavost pro potenciální nebezpečí elektrických zásuvek. Ucpávky mohou zamezit neštěstí.

- **Umístěte značky a upoutávky v domě**

Směrovky, instruktivní a varovné značky mohou být užity pro lidi v raných stádiích demence, kdy mohou číst a uvažovat.

- **Pořiďte si noční lampičky**

Strach ze tmy může vést ke zvýšené úzkosti ve večerních a nočních hodinách. Rozsvícená světla, automatické hodiny nebo noční světla mohou minimalizovat některé z těchto úzkostí a strachů.

- **Odstraňte vnitřní zámky**

Mohou-li se některé dveře uvnitř domu zamykat, může pečovatel méně snadno dohlížet na člověka s demencí.

- **Odstraňte volně položené koberce**

Volně položené koberce, které nejsou připevněné k podlaze, mohou uklouznout a způsobit něčí pád.

- **Snižte teplotu horké vody**

Člověk s demencí nemusí být schopen namíchat horkou a studenou vodu a může se opařit.

- **Užívejte nábytek se zakulacenými rohy**

Kulaté rohy mohou snížit riziko zranění, když někdo spadne.

## Příloha P III:

## Charta práv pacientů

Práva pacientů trpících Alzheimerovou chorobou nebo jinými formami demence

**1.** Být informován o své chorobě.

**2.** Mít vhodnou a soustavnou lékařskou péči.

**3.** Být užitečný při práci a zábavě tak dlouho, jak jen to je možné.

**4.** Být vnímán při jakémkoli zacházení jako dospělý člověk, ne jako dítě.

**5.** Při vyjádření svých citů být brán vážně.

**6.** Je-li to možné, nebýt léčen psychotropními látkami.

**7.** Žít v bezpečném, srozumitelném a předvídatelném prostředí.

**8.** Mít potěšení z každodenních činností, které dávají životu smysl.

**9.** Mít možnost chodit pravidelně ven.

**10.** Pociťovat tělesný kontakt včetně objetí, pohlazení a podržení ruky.

**11.** Být s lidmi, kteří znají život nemocného, včetně jeho kulturních a náboženských zvyklostí.

**12.** Být ošetřován pracovníky, kteří jsou vyškoleni pro péči o osoby s demencí.

## Příloha P IV:

## Desatero bazální stimulace

**1.** Přivítejte se a rozlučte s pacientem pokud možno vždy stejnými slovy.

**2.** Při oslovení se ho vždy dotkněte na stejném místě (iniciální dotek).

**3.** Hovořte zřetelně, jasně a ne příliš rychle.

**4.** Nezvyšujte hlas, mluvte přirozeným tónem.

**5.** Dbejte, aby tón vašeho hlasu, vaše mimika a gesta odpovídaly významu vašich slov.

**6.** Při rozhovoru s pacientem používejte takovou formu komunikace, na kterou byl zvyklý.

**7.** Nepožívejte v řeči zdrobněliny.

**8.** Nehovořte s více osobami najednou.

**9.** Při komunikaci s pacientem se pokuste redukovat rušivý zvuk okolního prostředí.

**10**. Umožněte pacientovi reagovat na vaše slova.