Komunikační dovednosti sestry v interakci s klientem s demencí a jeho rodinou

Petra Skovajsová

Bakalářská práce
2008

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických studií
akademický rok: 2007/2008

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení:	**Petra SKOVAJSOVÁ**
Studijní program:	**B 5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor:	**Všeobecná sestra**
Téma práce:	**Komunikační dovednosti sestry v interakci s klientem s demencí a jeho rodinou**

Zásady pro vypracování:

Zpracování teoretické části:
Demence, posuzovací škály, zvláštnosti komunikace, etika přístupu k člověku s demencí.
Zpracování praktické části:
Stanovení cílů a hypotéz, zpracování dotazníku, doporučení pro praxi.

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

BARTOŠÍKOVÁ, I. et al. Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky. Brno: IDVPZ, 2000. ISBN 80-7013-288-4.
HOLMEROVÁ,I. et al. Alzheimerova nemoc v rodině. Praha: Grifart spol. s.r.o., 2004.
HRDLIČKA, M., HRDLIČKOVÁ, D. Demence a poruchy paměti. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-797-4.
ZGOLA, J., M. Úspěšná péče o člověka s demencí. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. ISBN 80-247-0183-9.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Gabriela Gajzlerová**

Datum zadání bakalářské práce: **31. ledna 2008**
Termín odevzdání bakalářské práce: **30. května 2008**

Ve Zlíně dne 31. ledna 2008

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
Fakulta humanitních studií

L.S.

prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan

MUDr. František Grossmann, CSc.
ředitel ústavu

ABSTRAKT

Téma mé bakalářské práce je „Komunikační dovednosti sestry v interakci s klientem s demencí a jeho rodinou“. Práce je členěna na část teoretickou a praktickou. Teoretická část je rozčleněná na šest kapitol, popisuji zde komunikaci, demenci, zásady komunikace a pracoviště s péčí o klienty s demencí. Praktická část zpracovává informace o komunikačních dovednostech sester a jejich vzdělávání. Informace jsem získala pomocí dotazníku určeného všeobecným sestrám. Dotazníkové šetření jsem prováděla v krajské nemocnici a v zařízení pro seniory.

Klíčová slova:

Komunikace, verbální komunikace, neverbální komunikace, komunikační proces, bazální stimulace, demence, rodina.

ABSTRACT

Theme of my bachelor thesis is „Communication skills of nurse in interaction with aphrenia client and his family“. The thesis is consisted of these two main parts: theoretical and practical. In theoretical part, which is divided into six sections, I describe communication, aphrenia, principles of communication and workplace with care for aphrenia client.
The practical part includes the informations about communiation skill of nurse and thein education. I got these informations from questionnaire, which was determited for nurses. I prospected investigation of questionnaire in a regional hospital and in workplace for seniors.

Keywords:

The communication, the verbal communication, the non verbal communication, the communication suit, the basal stimulated, the aphrenia, the family.

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji Mgr. Gabriele Gajzlerové za trpělivost, odborné a cenné rady, které mi poskytla při vedení mé bakalářské práce.

Komunikace představuje moc. Kdo se naučí ji efektně využívat, může změnit svůj pohled na svět i pohled, kterým svět pohlíží na něj.

(Antony Robbins)

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně pod vedením Mgr. Gabriely Gajzlerové a s použitím pramenů uvedených v seznamu použité literatury.

Ve Zlíně dne 28.5.2008 ……

Petra Skovajsová

OBSAH

ÚVOD **9**
I TEORETICKÁ ČÁST **10**
1.KOMUNIKACE **11**
1.1 Interakce 12
1.2 Druhy komunikace 12
1.2.1 Verbální komunikace 12
1.2.2 Neverbální komunikace 13
1.3 Komunikační bariéry 17
1.4 Změny v komunikaci se seniory 18
2DEMENCE **20**
2.1 Etiopatogeneze 20
2.2 Druhy demencí 20
2.3 Příznaky 22
2.4 Diagnostika 22
2.5 Terapie 24
3ZVLÁŠTNOSTI OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O KLIENTA S DEMENCÍ **26**
3.1 Zásady přístup ke klientům s demencí 26
3.2 Ošetřovatelská péče o klienty s demencí 27
4 ZVLÁŠTNOSTI OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE VE STÁŘÍ **31**
5ZÁSADY KOMUNIKACE U PACIENTA S DEMENCÍ **34**
5.1 Efektivní komunikace 34
5.2 Získávání informací 35
5.3 Doporučení pro lepší komunikaci 36
5.4 Rodina 37
6SPOLEČNOST A KLIENT S DEMENCÍ **40**
6.1 Etický přístup ke klientovi s demencí 40
6.2 Psychologická problematika 40
6.3 Sociální problematika 41
6.4 Finanční problematika 43
6.5 Bezpečnost klienta 44
6.6 Zařízení pro klienty s demencí 46
IIPRAKTICKÁ ČÁST **47**
7CÍLE A HYPOTÉZY **48**
8 METODIKA PRÁCE **50**

8.1 Zpracování získaných dat 51
9 VÝSLEDKY VÝZKUMU 52
9.1 Dotazník 52
10 TESTOVÁNÍ HYPOTÉZ 104
11 ŠETŘENÍ V TERÉNU 112
12 DISKUZE 113
ZÁVĚR 115
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY 117
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK 121
SEZNAM TABULEK 122
SEZNAM GRAFŮ 126
SEZNAM PŘÍLOH 130

ÚVOD

Komunikace má pro každého člověka velký význam. Komunikace je neodmyslitelnou součástí poskytování ošetřovatelské a léčebné péče ve zdravotnictví.

Role ošetřovatelských profesí se neustále vyvíjí. Rychlejší a modernější doba s sebou neustále přináší nové dovednosti a požadavky na odborné vzdělání. Velký důraz je také kladen na zdokonalení komunikačních dovedností. Pacient se s lékařem často kontaktuje prostřednictvím všeobecné sestry, proto je také hlavním a prvotním článkem v komunikaci s klientem.

Porozumět pacientovi, který trpí demencí, může být pro pečovatele velmi nesnadné. Demence zásadně ovlivňuje komunikaci na všech rovinách a tím také vztahy mezi osobou postiženou a pečovateli. To, jak bude pečovatel s pacientem pracovat během hospitalizace, záleží na vzájemném vztahu. Péče závisí na dobré komunikaci mezi rodinou a zdravotnickým personálem a na jejich vzájemné podpoře.

Důvodem, pro který jsem si zvolila toto téma pro svoji práci je fakt, že s lidmi s demencí se setkáváme každý den, ale mnoho z nás neví, jak s těmito lidmi komunikovat. V komunikaci jsou základní tři věci: chtít, umět a moci komunikovat.

Demence je problém především starší populace, postihuje však i mladší věkové kategorie. Jelikož populace seniorů neustále narůstá, je předpoklad, že se s dementními klienty budeme setkávat často na různých typech oddělení a v zdravotně – sociálních zařízeních. Bohužel demence nemusí být jediným problémem seniora, ale vyskytuje se vedle rozličných somatických onemocnění. O to víc je náročnější péče o tuto kategorii klientů a vede nás ke zmapování jednotlivých oblastí ošetřovatelské péče a komunikačních přístupů.

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část.

Cílem mé práce bylo zjistit způsob komunikace všeobecných sester v komunikačním procesu ke klientovi trpícího demencí, další vzdělávání sester v komunikační problematice s klienty s demencí.

Rady a informace zde uvedené mohou být adresované jak pečovatelům z řad rodinných příslušníků, tak i profesionálním pečovatelům.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1. KOMUNIKACE

Slovo komunikace znamená výměnu informací mezi dvěma či více zúčastněnými. V běžném životě nelze nekomunikovat. Vždy určitým způsobem komunikujeme se svým okolím. Komunikaci lze také chápat jako určité spojení, propojení. Komunikovat patří mezi potřeby každého člověka.

Komunikace neznamená pouze hovořit. Procesu komunikace se učíme po celý život. Ošetřovatelské profese jsou vystaveny vysokým interaktivním nárokům, stále je můžeme utvářet a obnovovat. Zvládnutí komunikačního procesu nás vyzvedá na úroveň odborníků. Velmi často můžeme slyšet, že „slova léčí“. Pacient překoná neznalost sestry, ale velmi těžce překonává negativní zkušenosti v komunikaci se zdravotnickým personálem. [22]

Při správné komunikaci musíme vědět, co chceme sdělit, kdy a kde informaci předáme a jakým způsobem. Každá komunikace má svůj účel, smysl a svoji funkci.

Komunikace je závislá na mnoha faktorech, například na vzdělání, kultuře, sociálních podmínkách, zdravotním stavu a dalších. Tyto podmínky ovlivňují úroveň komunikace, její rozsah a charakter. Při komunikaci je také důležité chtít komunikovat. Komunikace je důležitá v uspokojování potřeb člověka.

Komunikace používá výrazové prostředky, ty mohou být verbální (slova, řeč), nebo neverbální (mimika, gesta).

1.1 Interakce

Interakce je vzájemný kontakt, komunikace mezi lidmi. Často je interakce vysvětlována jako širší okruh komunikace, do níž zahrnujeme i komunikaci přes „ zprostředkovatele“. Interakce může být také vyjadřována pojmem vztah.

Při interakci můžeme působit na druhé osoby a ovlivňovat jejich reakci a činnosti.

Základním znakem skupinové interakce je zákon přitažlivosti a odpudivosti mezi jednotlivými členy pracovní skupiny.

Vztah interakce nalezneme v každém vztahu mezi dvěma či více osobami, například interakce sestra – pacient, lékař – pacient, pacient – pacient, lékař – sestra. [11]

1.2 Druhy komunikace

Komunikace může probíhat slovně – slova, věty, tedy verbálně, nebo beze slov – gesta, výrazy obličeje, neverbálně.

1.2.1 Verbální komunikace

Verbální komunikací rozumíme výměnu informací jedné či více osob pomocí jazyka, slabik, nebo jinými slovními prostředky. Jako příklad zde můžeme uvést vnitřní řeč k sobě samému, či nahrání vzkazu na záznamník.

Verbální komunikace je vývojově mladší než komunikace neverbální. Důležitou složkou komunikace verbální je naslouchání. Ve zdravotnických zařízeních jsou v komunikaci daleko více obsaženy city a emoce. Emoční stavy jsou do komunikace přeneseny a mohou vstupovat mezi to, co se říká. [11]

Mluvená řeč má dvě stránky obsahovou a neverbální – paralingvistickou stránku. Paralingvistika zahrnuje způsob mluvy – rychlost, kvalitu, intonaci, plynulost, přízvuk, hlasitost, důraz. [11]

Hlavní složky verbální komunikace: [22]

- způsob vyjadřování, formulování myšlenek
- schopnost vyjádřit své pocity, myšlenky a emoce
- rychlost a hlasitost mluvené řeči
- způsob kladení dotazů
- schopnost naslouchat
- aktivita při komunikaci
- schopnost vhodně reagovat
- soulad verbální a neverbální komunikace

Zásady úspěšné verbální komunikace: [22]

- jednoduchost
- stručnost
- zřetelnost
- vhodné načasování
- přizpůsobivost

1.2.2 Neverbální komunikace

Čím více používáme v naší komunikaci city, tím narůstá význam neverbální komunikace. Mnoho informací se dá vyčíst z gest, z držení těla, z mimiky a z pohledů. Existuje mnoho forem mimoslovního vyjadřování.

V neverbální komunikaci je velmi důležité, zda se shoduje verbální komunikace s neverbální, potom zde rozeznáváme autentičnost nebo falešnost projevu.

Ve zdravotnictví je na neverbální komunikaci kladen velký důraz, jelikož klient si všímá nejen toho, jak se zdravotnický personál vyjadřuje, ale i toho, co vyjadřuje jeho tělo. [11]

Neverbální komunikace zahrnuje:

- pohledy
- mimiku
- gesta
- posturologii
- haptiku
- komunikaci prostřednictvím předmětů

Zrakový kontakt – první co nás zaujme na obličeji člověka jsou oči a ústa. Průměrná doba očního kontaktu je asi 3 vteřiny, déle trvající oční kontakt je chápán jako znak nepřátelství.

Mimika – už i u dítěte se jako první výraz, který můžeme rozeznat, znázorňuje libost a nelibost. Rozpoznat a porozumět lidské mimice je mnohdy velmi těžké. Za nejhlavnější mimické výrazy jsou považovány smích a pláč. Rozlišujeme takzvané mimické zóny, ty tvoří obočí, čelo, oči, tváře, ústa a nos. [11]

Gestika – k vyjadřování velmi často používáme pohybů rukou.

Posturologie – řeč pohybů těla, např. pohyby hlavou, paží, postavení nohou,…

Proxemika – vzdálenost v prostoru mezi lidmi hraje důležitou roli. Každý z nás aniž by si to uvědomoval, udržuje určitou vzdálenost od druhých lidí, vymezuje své území – teritorium. Rozeznáváme vzdálenost horizontální a vertikální vzdálenost. Horizontální je vzdálenost mezi komunikujícími. Vertikální vzdálenost posuzuje dominantnost osoby dle úrovně očí. [11]

Rozeznáváme zónu:

Intimní – zóna od 0 do 30/45 centimetrů

- do této vzdálenosti vstupují lidé mající úzký vztah k osobě, např.:

  matka, manžel, přítel

Osobní - prostor od 30/45 – 75/120 centimetrů

- vniknutím do zóny je vnímáno jako netaktnost, provázené nepříjemnými pocity

Společenskou – teritorium od 75/120 – 210/370 centimetrů

- v této zóně probíhají služební styky, jednání

Veřejná – odstup větší než 310 centimetrů

- vidíme celou postavu osoby – zpěvák, tanečník

[11]

Kinezika - oblast neverbální komunikace zahrnující koordinaci pohybů těla a jeho částí. Speciální částí jsou pohyby rukou, jejichž zvláštní část tvoří znaková řeč.

Doteky nebo-li *haptika* je kontakt s druhou osobou pomocí dotyků. Nejběžnějším dotykem, který užíváme všichni, je podání ruky. Existuje mnoho významů a způsobů podání ruky. [19]

Úprava zevnějšku - pro navazování sociálních kontaktu má zásadní význam to, jak nás okolí vnímá a přijímá.

Profesní image - je velmi důležitá v komunikačním procesu. Image sestry se skládá ze dvou důležitých částí, externí a interní. Interní image znamená to, jak sestra vnímá sebe samu a svou profesi. Externí image je způsob, jakým sestru vnímá veřejnost. Ve verbální komunikaci je velmi důležité jak se sestra projevuje – artikulace, tón, výslovnost. Neverbální komunikace projevu zahrnuje chování sestry, oblečení sestry, obuv, správně upravené vlasy , chůze a způsob sezení. [30]

V mimoslovní komunikaci se můžeme dorozumívat také prostřednictvím předmětů, barev, oděvů, vůní, úpravou prostředí, dekorací, darů a jiných. [11]

Do neverbální komunikace můžeme zařadit i bazální stimulaci. *Bazální stimulace* je vhodná pro nemocné v těžkém stavu, bezvědomí a po úrazech. Stimulace podává dostatek podmětů, vjemů při jejich nedostatku. Základní myšlenkou metody je holistický přistup k nemocným pomocí podnětů somatických, vibračních, vestibulárních, smyslových, komunikačních a sociálně emocionálních. [6]

Metoda stimulace také zlepšuje komunikaci klienta s jeho okolím. Bazální stimulace se u demence nejčastěji používá ve stádiu rozvinuté, pokročilé, terminální demence. Pomocí bazální stimulace si klienti s demencí uvědomují své vlastní tělo.

Bazální stimulaci lze využít i jako alternativní formu komunikace, která vyžaduje od pečovatele určitou zkušenost. Pečující si zjistí potřeby klienta, jeho zvyky, rituály, které si v plném zdraví zajišťoval sám. [6]

Bazální stimulace si klade devět cílů: [6, 257 s]

1. Zachovat život a zajistit vývoj
2. Umožnit klientovi vlastní život
3. Zajistit pocit jistoty a důvěry
4. Rozvíjet klienta
5. Umožnit poznat okolní svět
6. Pomoci navázat klientům nové vztahy
7. Umožnit klientovi si uvědomit význam činností
8. Pomoci uspořádat život
9. Poskytnout autonomii a zodpovědnost za svůj život

1.3 Komunikační bariéry

V každé komunikaci se občas setkáme s problémy, zvláště pak ve vztahu ke klientům s poruchou paměti. Prvním krokem k odstranění těchto bariér, je jejich uvědomění si. Komunikační bariéry dělíme na interní a externí. [11] [17]

Interní komunikační bariéry: [11] [17]

- Vnitřní komunikační bariérou je strach, nejistota z neúspěchu v komunikaci. Na komunikátorovi se projeví chvěním hlasu, kolísáním intenzity hlasu.

- Další bariérou je psychický stav komunitárora. Emoce se promítají do sdělované zprávy, do projevu.

- Vztah mezi oběma účastníky komunikace může ovlivňovat komunikaci. Zde pak může dojít k nedorozuměním.

- Bariérou může také být sympatie, nesympatie ke komunikačnímu partnerovi

- Skákání do řeči.

- Mluvení za druhé osoby

- Fyzická nepohoda.

– Komunikační dovednosti komunikátora jako jsou malá slovní zásoba, neschopnost vyjádřit myšlenky, používání dvojsmyslných slov.

- Nesoustředěnost a nezájem o komunikaci.

Externí komunikační bariéry:

- Prostředí komunikace, hluk, předměty.

- Vyrušení z komunikace, náhlé zvýšení počtu komunikujících.

1.4 Změny v komunikaci se seniory

Demence je onemocnění projevující se hlavně ve stáří. Není izolovaným onemocnění, často se vyskytuje s jiným somatickým onemocněním. S klienty s poruchami intelektu různého stupně se setkáváme v různých typech zařízení. Nemocní si zpočátku nemoci uvědomují změny. Reagují na tyto změny podrážděně, depresivně, změnou v chování. Snaží se zapomenuté skutečnosti nahradit, domýšlejí si. Komunikace s těmito klienty je velice náročná. Od klientů je nutné zjistit co nejvíce údajů a pokusit si je ověřit. Informujeme klienta o další léčbě a zjistit zda jim porozuměl. Velmi častá je komunikace všeobecné sestry s rodinou klienta. [7]

V komunikaci se seniorem s poruchou paměti se často setkáváme s komunikačními překážkami způsobené poruchou paměti, hlavně krátkodobé, poruchou orientace, neporozumění a neschopností vyjádřit se.

U pacientů s poruchou paměti je porušena krátkodobá paměť, lépe funguje dlouhodobá paměť, kterou využíváme v péči o tyto klienty. Pacient s poruchou krátkodobé paměti pociťuje zhoršenou kvalitu života. Klient se neustále dotazuje, odpovědi na dotazy ihned zapomíná, znovu se dotazuje. Pacient se stává úzkostným a nejistým.

Klienti s poruchou paměti mají často problém se vyjádřit. Poruchy řeči značíme jako afázie. Máme více druhů poruch řeči. Klient se nemůže vyjádřit. Klient není schopen porozumět řeči.

Dalším znakem pro poruchy paměti je porucha pozornosti. Narušená pozornost se projeví ve změně chování klienta. Je roztěkaný, nevydrží upoutat pozornost na delší dobu.

2 DEMENCE

Slovo demence pochází z latinského „ mens“ značící „mysl“, a předpony „de“ v překladu „od“. Slovo „demens“ znamená odchylku od rozumového jednání.

Demence je komplexní porucha, kde není jen postižena paměť, ale i myšlení, orientace, chápání, uvažování, učení, řeč a úsudek. Toto zhoršení mozkových funkcí je dříve či později provázeno dalšími změnami chování a emocí. Demence je vždy výsledkem chorobného procesu. Není normální součástí stárnutí. Onemocnění se často vyskytuje u seniorů, může se však vzácně vyskytovat i v dětském věku. Onemocnění postupně změní život nemocnému, jeho rodině a okolí. [12]

2.1 Etiopatogeneze

Demence je multifaktoriální onemocnění. Mezi rizikové faktory patří věk, úrazy hlavy, pohlaví, pozitivní rodinná anamnéza, deprese, kouření, alkohol, vzdělání, léky, tělesný a duševní stav.

Hlavními příčinami jsou patologicko – anatomické změny mozku, onemocnění vaskulárního systému a dědičnost.

2.2 Druhy demencí

Roman Jirák v knize Demence (2004) rozděluje demence: [12]

1. Demence Alzheimerova typu (DAT*)*

Rozlišujeme DAT s časným začátkem (vznik před 65. rokem života, rychlý vývoj onemocnění) a pozdním začátkem – vznik po 65. roku života s pomalým vývojem choroby.

Je zde charakteristická postupným zhoršováním motorických, intelektuálních a instrumentálních funkcí. Tento typ je také spjat se změnami osobnosti.

Průměrné přežití člověka s DAT je 8 – 10 let.

Doposud však nebyl vyvinut lék, který by dokázal postup DAT trvale zastavit či zpomalit.

2. Vaskulární demence

Dříve nazývána jako arteriosklerotická demence. Tento typ demence je druhou nejčastější demencí. Charakteristické je nerovnoměrné postižení mozkových funkcí, prokázané onemocnění vaskulárního systému mozku. Rozlišujeme několik druhů vaskulární demence:

a) vaskulární demence s akutním začátkem – vzniklá rychle během 1 – 3 měsíců

b) *multiinfarktová demence* – vývoj pomalejší, mezi 3 – 6 měsíců, větší množství malých ischemických příhod

c) subkortikální vaskulární demence – u pacientů s hypertenzí

d) smíšená kortikální a subkortikální vaskulární demence – korové a podkorové poškození mozku

3. Demence s Lewyho tělísky

Patří mezi nově definované demence. Pacienti jsou problematičtější. Choroba je definována rychlým průběhem.

4. Demence u Pickovy choroby

Pickova choroba začíná kolem 50. – 60. roku života. Demence postihuje převážně frontální a temporální laloky. Vyznačuje se euforii, neklidem, apatii, poruchy paměti.

5. Demence u Creutzfeld – Jakobovy choroby

Tento typ demence se rychle vyvíjí.

6. Demence u Huntingtonovy chorey

Objevují se dyskineze obličeje, rukou a ramen. Onemocnění se vyvíjí pomalu.

7. Demence u Parkinsonovy choroby

Rozvíjí se u těžkých forem Parkinsonovy choroby. Výrazně se neodlišuje od Alzheimerovy nebo vaskulární demence.

8. Demence u infekce HIV

Onemocnění se začíná projevovat zapomnětlivostí, pomalostí, nesoustředěností, problémy při čtení. Často vyústí v těžkou dezorientaci.

9. Sekundární demence

Demence je projevem různých nemocí a poruch.

[12]

2.3 Příznaky

Příznaky se rozvíjejí na základě druhu demence a postižené části mozku.

Dominantními příznaky jsou ztráty kognitivních funkcí (paměti), behaviorální a psychologické symptomy (poruchy chování, psychotické příznaky, halucinace a iluze, afektivní poruchy), změny aktivity denního života (instrumentální).

2.4 Diagnostika

1. Škálovací metody a testy

Tyto metody určují přítomnost a stupně demence, nebo rozpoznání typu demence.

Mezi tyto metody patří:

- *MMSE (Mini – Mental State Examination)*

Je jedním z nejužívanějších testů, zjišťuje přítomnost a stupeň demence. Test hodnotí kognitivní funkce. Test je ohodnocen jedním bodem za správnou odpověď a žádným bodem za špatnou odpověď. Celkem můžete získat 30 bodů. (Příloha č. V.) [12]

- *Hachinskiho ischemický skor (HACH*)

Slouží k upřesnění diferenciálních vyšetření. Je stylizován do formy dotazníku. Přítomnost příznaku je ohodnocena 1 – 2 body, nepřítomnost žádným bodem. Celkem hodnotíme 13 příznaků. [12]

- *Alzheimer`s Disease Assessment Scale*

Metoda slouží k hodnocení kognitivních a nekognitivních funkcí u Alzheimerovy choroby.

Skládá se z testu: [12]

Activities of Daily Living (ADL) – určuje míru schopnosti vykonávat aktivity denního života, v praxi často využívaný

Instrumental of Daily Living (IADL) – hodnotí aktivity potřebné pro samostatný život

- *Global Deterioration Scale (GDS*)

Škála určuje stádium demence. Určuje 7 stupňů postižení.

2. Laboratorní vyšetření

3. Genetické vyšetření

4. Zobrazovací metody

CT, MRI, SPECT, PET

5. Elektrofyziologické vyšetřovací metody

Elektroencefalografie, evokované potenciály

[12]

Diagnostické metody používané všeobecnou sestrou:

a) Anamnéza

b) Fyzikální vyšetření

c) Test kognitivních funkcí (Mini – Mental State Exam)

d) Instrumentální test

e) Hodnotící škály – kvality paměti, orientační schopnosti

- dle Barthelové

f) Kanadský test pracovního výkonu (COMP)

2.5 Terapie

1. Biologické postupy

Do této skupiny patří neurochirurgické zákroky, hyperbarická oxygenace, dietní přístupy.

2. Farmakoterapie

Využívají se: nootropika, hypnotika, anxiolytika, antidepresiva, antihistaminika, antiemetika, neuroleptika, blokátory kalciových kanálů, vazodilatátory, farmaky ovlivňující cholinergní systém a další.

3. Reminiscenční terapie

Tato terapie využívá vybavování si různě starých událostí ze života za pomocí využití pomůcek – fotografii, nahrávek. Využití zooterapie, canisterapie, muzikoterapie, kinezioterapie, taneční terapie a arteterapie.

4. Realitně orientovaná terapie

Metoda je založená na označení věcí klienta, místností, zařízení, v přesných instrukcích. Klient má používat velký, dobře čitelný kalendář pro kontakt s realitou.Patří zde také procvičování různých činností, které pacient zapomíná nebo zapomněl. [12]

3 ZVLÁŠTNOSTI OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O KLIENTA S DEMENCÍ

Každý nemocný má právo na důstojné jednání a zacházení. Lidé trpící demencí potřebují trpělivý přístup. U těchto klientů musíme vyhledávat jejich deficity v potřebách, jelikož je velmi často nejsou schopni definovat. Člověk s demencí není jen předmětem naší ošetřovatelské péče, ale je to osoba se všemi potřebami jako kterýkoliv jiný člověk. Proto v péči o klienta s demencí musíme přistupovat holisticky. Péče o dementní pacienty je velmi náročná jak pro personál, tak i pro rodinné příslušníky. Osoby pečující o tyto klienty musím mít dostatek informací o problematice onemocnění, léčbě a zároveň umět pomoci nemocnému a jeho rodině.

Každý člověk by měl být informován o své nemoci. Sdělení této diagnózy je důležitou událostí, jak pro pacienta, tak i pro jeho rodinu. Po sdělení diagnózy nemocní často prožívají určitou krizi. Vhodné je v tomto období nabídnout profesionální pomoc. Přijetí nemoci může probíhat v obdobném cyklu jako u jiných závažných onemocnění (vzorec dle Kübler-Rossové). [6]

3.1 Zásady přístup ke klientům s demencí

Klient trpící demencí potřebuje být oceněný.

Je vhodné klienta povzbuzovat, vést ho k aktivitám, ve kterých vyniká.

Nechejte klienta provádět činnosti v tempu, které mu vyhovuje.

Při poruše paměti využívejte dostupných pomůcek. Prostředí se pak stává pro klienta srozumitelnějším.

Je nutné vhodně podporovat vztahy a kontakty s okolím klienta.

Je vhodné zavést stereotypy do života klienta. Prostředí se tak stává pro klienta bezpečným, pochopitelnějším.

Vhodně podporovat klientovu soběstačnost. Vhodně klienta stimulovat k činnostem.

Přizpůsobit prostory pro život klienta s demencí.

Plánujte činnosti pro klienta, různorodost činností. Trénujte klientovi zachované schopnosti.

Omezte změny personálu a prostředí. Změny vyvolávají neklid, nejistotu, strach a agresi.

Udržujte komunikaci s klientem s demencí. Zachovávejte úctu ke klientovi. [6]

3.2 Ošetřovatelská péče o klienty s demencí

Výživa

Nemocní vlivem nemoci často hubnou, až kachektizují. Pacienti často snědí velké porce jídel, mají velkou chuť na sladké. Nutné je dbát na pitný režim klientů, často se sami nenapijí, nemají pocit žízně. Velmi osvědčeným způsobem podávání stravy při problémech s výživou je sipping. U demence se vyskytují poruchy polykání, vedoucí mnohdy k aspiraci stravy. Další potíže ve výživě jsou odmítání stravy, zapomínání polykat, neuvědomování si stravy v ústech. Nemocní mají často porušený mechanismus kašle.

Správné a bezpečné přijímání stravy zajistíme obecnými zásadami stravování. Pacient při jídle sedí rovně, stravu podáváme po malých soustech. Při konzumaci jídla nezakláníme pacientovi hlavu. Stravu necháváme zapít malými doušky tekutiny. Ujistěte se, že klient stravu řádně polknul. Po skončení podávání jídla zkontrolujte dutinu ústní. [6]

Vyprazdňování

Pacienti trpící demencí mají potíže s vyprazdňováním moče i stolice, jsou z velké části inkontinentní. Vždy musíme pátrat po příčinách inkontinence. Inkontinence nemusí mít vždy organické příčiny, často jsou to – zapomenutí na potřebu, nesprávné vyhodnocení. Je potřeba vytvořit určitý řád činností, na které si klient postupně navykne. Mezi základní doporučení patří, např. minimálně hodinu před ulehnutím nedávat klientovi nic pít, zajistit volné a vhodné oblečení, nekárat klienty za to, že neudrželi moč. Cílem úspěšné ošetřovatelské péče je udržet klienta kontinentního, pomocí správné léčby a mikčního režimu.

Samozřejmostí je dostupnost WC zařízení, označení zřetelné pro klienta, technické vybavení toalety. Důležité je také včasné používání pomůcek pro inkontinentní.

Inkontinence dále vyvolává další potíže a problémy. Často se také vyskytuje problém obstipace u klientů s demencí, kdy mozek není schopen signály pro vyprázdnění registrovat, a dát podmět pro vyprázdnění. Pacient se cítí neklidný, agresivní. [6]

Hygiena

Klient ztrácí potřebu udržení osobní hygieny, je tedy nutné dbát o tuto problematiku. Nedostatečná hygiena může být další příčinou klientových potíží. U klientů s demencí provádíme hygienu převážně ve sprše, snažíme se udělat z této činnosti příjemný zážitek. Koupel provádíme v takové době, na kterou byl klient zvyklý. Důležité je zachování intimity. Zapojujeme klienta do hygieny a zároveň provádíme test ADL a rehabilitaci. [6]

Oblékání

Klienti s demencí jsou z velké části nesoběstační také v oblasti oblékání.

Oděv na oblečení nachystáme v tom pořadí, v jakém si je klient bude oblékat. Často mají problém zapnout knoflíky na svetrech, košilích, proto raději využíváme oděvy bez zapínání. Při oblékání nesmíme na klienta naléhat. [6]

Spánek

Poruchy spánku se projevují častým nočním buzením a nadměrnou aktivitou, brzy usíná a časně se probouzí. Významný je pravidelný režim spánku a bdění, aktivizace během dne, omezení spánku ve dne, znalost klientových rituálů. [6]

Bolest

Rozpoznat bolest u lidí trpících demencí není vůbec jednoduché. Z velké části není bolest rozpoznána a je tedy neléčena. Neléčená bolest zásadně zhoršuje kvalitu života. U dementních klientů navíc vzniká riziko změny chování z důvodu léčby psychofarmaky. Pokud chceme rozpoznat přítomnost bolesti u klienta s demencí musíme pozorně sledovat nonverbální signály bolesti. Při hodnocení bolesti můžeme také použít hodnotící škály bolesti. [6]

Úzkost

Úzkost velmi často vzniká při adaptaci na nové prostředí. Obvykle trvá několik dní, než se klient adaptuje na prostředí a režim. Pokud pacient pociťuje úzkost, snažíme se uklidnit, seznámit ho s prostředím, režimem, spolupacienty, personálem. Snažíme se vytvořit pravidelný režim. Při jednání s úzkostným, dementním klientem musíme být trpěliví. [5]

Bloudění a přecházení

Bloudění a přecházení je nejčastějším projevem onemocnění, může se také vyskytnout při adaptaci na nové prostředí. Dalšími příčinami jsou neklid, dezorientace, nuda, hledání příbuzných, stres a jiné. Klienti trpící blouděním a přecházením jsou většinou hospitalizováni na uzavřených odděleních. Je dobré označit všechny části oděvu identifikačními znaky, telefonní čísla rodiny, zařízení v případě nalezení klienta mimo domov či ústav. V ústavech pro klienty s demencí jsou nyní využívány identifikační náramky na ruce. Česká alzheimerovská společnost vytvořila projekt pro klienty ohrožené blouděním „Bezpečný návrat“. Klienti zahrnutí v projektu mají náramky s kódem, pomocí kterého lze v databázi vyhledat tyto klienty a informovat tak jejich rodinu. [6]

Agresivita

Agresivní chování u pacientů s demencí je často reakcí na neporozumění ze strany ošetřující osoby, chybě v péčí.

Mezi příčiny patří neporozumění situaci, změny prostředí, poruchy chování. Prvním krokem v péči o agresivní dementní klienty je zjistit příčinu jejich agrese. Zvládání situace je závislé na vyvolávající příčině agrese. Pokud klient projevuje známky agrese je dobré, když převezme jeho péči zkušenější člen ošetřovatelského týmu. [6]

Změny chování

Změny v chování klienta jsou často reakcí na změnu, například změněné prostředí, výměna personálu, nebo špatného přístupu k lidem s demencí. Změny v chování klientů můžeme ovlivnit. Nutné je znát minulost klienta, jeho vlastnosti, hodnoty

a životní zkušenosti. Nevhodné chování neposilujte. Snažte se klienta chválit. Používejte metodu drobných odměn a pochval doprovázené vysvětlením. [6]

Omezovací prostředky

Omezovací metody jsou klienty a jejich blízkými velmi negativně vnímány. Důležitá je otázka používání omezovacích prostředků, jejich vhodnost, použití a četnost. Tato oblast je stále aktuální a stále diskutovaná. Používání omezovacích prostředků by nemělo být kompenzací nedostatku ošetřujícího personálu. Studie prokazují, že používání omezovacích prostředků je stále ještě dost časté, hlavně v případech, kdy je lze nahradit jinou metodou.

Každé rozhodnutí o omezení musí být zdokumentováno v ošetřovatelské dokumentaci, řádně zdůvodněno. Zápis v dokumentaci musí obsahovat popis chování klienta, datum, čas a způsob omezení pohybu. Je nutné stále kontrolovat stav klienta a další změny.

Ošetřovatelský personál musí být poučen o důvodech, podmínkách podání omezovacích prostředků, sledování stavu a chování klienta.

Vždy je nutné klienta informovat o důvodu použití omezovacích prostředků. [6]

4 ZVLÁŠTNOSTI OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE VE STÁŘÍ

Stáří je období, kdy nemoci přicházejí stále častěji. V dětství je rozhodující schopnost zdravého a normálního rozvoje, v dospělosti schopnost pracovní a reprodukční. Ve stáří se zaměřujeme na stupeň soběstačnosti, schopnost vést samostatně kvalitní život. Proces stárnutí je velmi individuální. Nastávají však určité charakteristické změny, které se týkají různých oblastí. [7]

Adaptace

Ve stáří schopnost adaptace snížená, proto senioři pomaleji a hůře reagují na změny.

Mobilita

Ve stáří dochází k úbytku svalové hmoty, kosti, z důvodu úbytku kostní denzity, se stávají méně odolnějšími. Nejčastěji u seniorů vzniká zlomenina krčku stehenní kosti. Imobilizační syndrom je velmi závažným důsledkem imobilizace klienta. Senioři jsou ohroženi rychlými úbytky kostní a svalové hmoty, vznikem proleženin. Proto klienty musíme co nejdříve aktivizovat.

Senioři také často trpí chronickými bolestmi pohybového aparátu. Je nutné nepodceňovat tyto příznaky a věnovat jim péči. Senioři také trpí poruchou stability. Může být způsobena různými příčinami např. nemocí, oslabení svalové hmoty, léky a vnímáním. Nestabilita může vyústit v pád klienta. Je nutné zabránit pádu klienta např. umístění madel, použití kompenzačních pomůcek a úpravou prostředí. [7]

Výživa

Výživa je důležitým faktorem ve stáří. Vlivem stáří dochází k různým fyziologickým změnám, dochází ke snížení netukové hmoty těla a nárustu tukové tkáně.

Lidé středního věku jsou ohroženi obezitou, senioři jsou naopak ohroženi podvýživou (malnutrice). Z důvodu hladovění, nedostatečné výživy dochází k úbytku svalové hmoty.

Příčiny malnutrice ve stáří:

- vady chrupu
- porucha slinných žláz
- onemocnění dutiny ústní, jícnu, jater a zažívacího traktu
- snížená chuť k jídlu
- omezená pohyblivost
- psychické problémy – deprese, demence

Malnutrice se vyskytuje u většiny hospitalizovaných klientů. Pro diagnózu malnutrice je nutná nutriční anamnéza. Podvýživa zhoršuje dané onemocnění a vede k dalším komplikacím např. zpomalené hojení ran a snížení obranyschopnosti.

Senioři také velmi často trpí dyspeptickými potížemi např. pálení žáhy, plynatost a zácpa. Pro zlepšení obtíží doporučíme klientům výživová opatření např. omezení nadýmavé stravy, rozdělení jídel do menších porcí několikrát denně, omezení kávy a doporučení denního množství tekutin 1,5 -2 litry. [7]

Vylučování

Ve stáří je snížená funkce ledvin. Vzniká močová inkontinence. Lidé se často za tuto poruchu stydí, bojí se navštívit lékaře. Močová inkontinence má řadu příčin, je důležité vyšetřit důvod poruchy vylučování a stanovit vhodnou léčbu. Pokud není léčba účinná, existuje řada kompenzačních pomůcek. Sestra by měla umět poradit klientovi s vhodností použití kompenzačních pomůcek. [7]

Deprese

Staří lidé často nechtějí hovořit o svých problémech, psychických potížích, často se za ně stydí. Projevy deprese u seniorů jsou odlišné od zbylé populace, hůře se stanovuje diagnóza. Mezi projevy deprese patří poruchy spánku, změna chuti k jídlu, ztráta sebedůvěry a změna psychomotorických procesů. U seniorů se mohou příznaky projevovat jako somatické onemocnění. S klientem s depresí je nutné problém definovat a pomoci mu se s tímto problémem vyrovnat. [7]

5 ZÁSADY KOMUNIKACE U PACIENTA S DEMENCÍ

Člověk neztrácí potřebu komunikovat, přestože už ztratil schopnost tvořit slova a slovům porozumět. [6]

Demence zásadně ovlivňuje komunikaci ve všech rovinách a zároveň i vztahy mezi komunikujícími. Dochází velmi často k tomu, že při narušené komunikaci se narušují i vztahy v rodině, mezi pečovatelem a klientem. Základem je rozlišení komunikačních bariér, které brání efektivní komunikaci. Člověk s demencí vnímá více než si mnohý ošetřovatelský personál uvědomuje. Metody komunikace je důležité přizpůsobit komunikačním schopnostem klienta, je potřeba posilovat tyto schopnosti.

5.1 Efektivní komunikace

V komunikaci s člověkem s demencí musíme dodržovat následující 4 zásady:

- Osoba s kognitivní poruchou má potřebu odlišné komunikace
- Pečovatel je zodpovědný za porozumění klientem
- Cílem je získat si pacientovu důvěru, vzájemnou úctu a partnerský vztah
- Není v naší moci odstranit poruchu komunikace, ale použít účinné strategie [24]

5.2 Získávání informací

Pro poskytování péče v zařízení pro dementní klienty jsou informace velmi důležité. Člověk s demencí nemusí poskytovat přesné a aktuální informace, přesto jsou tyto informace důležité. Pečovatel musí být schopen posoudit význam informace, musí se zajímat o minulost klienta, i jeho současné zážitky. Jediný dotazník, který je sepsán při příjmu klienta na oddělení, do zařízení nestačí k poznání člověka, o kterého bude od této doby pečovat. Pečovatelé si musí uvědomit význam poznání osoby, o kterou pečují.Informace musí být shromažďovány neustále. Nejlepším způsobem získávání informací jsou informace od rodiny, a také se snažíme rodinu zapojit do péče o klienta. Rodina například může sestavit fotoalbum, ve kterém jsou fotky označeny, a dát je k dispozici personálu, který rozvíjí komunikaci o ději na fotkách. I takovým způsobem se lze seznámit s rodinou klienta, jeho zázemím, a využívat to při péči o tyto klienty. Nesmíme ale zapomenout, že tím nejdůležitějším, základním zdrojem informací je sám klient. [4]

5.3 Doporučení pro lepší komunikaci

Ke klientovi vždy přistupujeme přátelsky a otevřeně. Při prvním kontaktu s novým klientem zhodnotíme jeho komunikační schopnosti, například úroveň sluchu, porozumění komunikaci. Pro komunikaci s klientem musíme nejdříve vytvořit vhodné podmínky. Snažíme se odstranit rušivé prvky, hluk a šum. V úvodu musíme zhodnotit současný stav klienta, činnost, které se klient věnuje.

Zjistíme si všechny potřebné informace o klientovi, jeho slovník.

Ke klientovi vždy přistupujeme zepředu, nedotýkáme se klienta dřív, než klienta oslovíme. Při zahájení komunikace s klientem ho nejdříve oslovíme jménem, lehce se ho dotkneme, zjistíme, zda nám věnuje pozornost. Familiární oslovení klienta je nevhodné. Klientovi se přestavíme, nesmíme se spoléhat, že si klient pamatuje, kdo jsme. Respektujme klienta, komunikační bariéry.

To co vyjadřujeme ústy, musíme podepřít i řečí těla. V komunikaci používáme krátké, jednoduché, stručné věty, nepokládáme otázky s více možnostmi. Nepoužíváme odbornou terminologii. Podáváme informace v malých dávkách. Pokud je nutné informaci opakujeme. V průběhu celé komunikace udržujeme oční kontakt s klientem, využíváme hojně haptiky. V komunikaci často oslovujeme klienta jménem, chválíme ho, nespěcháme na klienta. Posilujeme pacientovu sebedůvěru a úctu k sama sobě. Snažíme se vyhnout spouštěčům agrese, jako jsou například náhlé změny, dostatečné nevysvětlení úkonu a spěch.

Klientovi aktivně naslouchám. Necháme klienta, aby se vyjádřil, nenecháme za něj mluvit jiné. Neskákáme klientovi do řeči, nenapovídáme mu. Neopravujeme klienta. Používáme výrazy, kterým klient rozumí. Mluvíme s klientem, ne pouze o klientovi. Vnímáme jeho neverbální projevy komunikace. Využíváme všech zachovaných schopností klienta.

Ujistíme se, zda klient porozuměl našemu sdělení.

Když je problém se s klientem trpícím demencí dorozumět, musíme zjistit, zda nerozumí smyslu slov anebo zda své myšlenky neumí zformulovat. To je velmi důležité. Pokud klient není schopen vyjádřit své myšlenky, nastává v komunikaci bariéra. Klient může hovořit v jiném žargonu, není schopen si logicky poskládat sled slov, hovoří tzv. slovním salátem. Jestliže má postižený problém porozumět

informaci, může využít různé slova podobného významu, obrázky, znaky. Je tedy vhodné podporovat komunikaci verbální, neverbálními projevy, obrázky a znaky.

Klienti s poruchou kognitivních funkcí mají problém udržet pozornost, soustředit se. Pokud hovoříme s klientem, snažíme se využít informací o klientovi. Hovoříme s klientem o věcech, ke kterým má kladný vztah, využíváme zachované funkce. Klient bude více soustředěný, udrží déle pozornost. [6]

5.4 Rodina

Psychicky nemocní senioři tvoří největší skupinu psychicky nemocných. Z této skupiny je jen malá část onemocnění odhalena na začátku. Většina těchto postižených lidí je dána do ústavní péče před smrtí, či při nezvladatelné péči. Největší díl péče o tyto nemocné zůstává na rodině. Rodina, blízcí příbuzní se podílejí na všech složkách péče i po přijetí do zařízení. Tato choroba mění zásadně život každého člena v rodině.

Riziku onemocnění bychom se vyhnuli snad jen tím, že bychom se vyhnuli stárnutí. Z tohoto důvodu pak vzniká z onemocnění strach, který může být odstraněn dostatkem informací o nemoci, jejím vzniku, rizikových faktorech, příznacích a terapii.

K největším problémům demence patří plíživý, nepostřehnutelný vznik onemocnění. Staří lidé si přiznáním onemocnění obávají ztráty uznání a respektu.

V péči o klienty s demencí je nutné se vyhnout přehnaným očekáváním, poté je styk s osobou trpící demencí zbaven strachu.

Starat se o tyto seniory v rodině, znamená postupné loučení s jejich osobními rysy, schopnostmi. To znamená rozloučit se s osobou takovou, jakou ji znali. Je to postupný odchod duše. Z části je postupné loučení uvolňující než náhlá ztráta blízké osoby.

U osob s demencí dochází k postupným ztrátám kognitivních funkcí, hlavně orientace. Nutné je tedy vymezit určité hranice, kontrolu, to znamená zákazy, nesplněné přání, zadržení. Tato opatření jsou v rozporu s hluboce zažitými vztahy

rodič – dítě, proto může pečující pociťovat vinu.V rodině nastává výměna rolí rodič – dítě ve vztahu závislosti na druhé osobě.

Hlavní zásadou je, aby pečující věnovali dostatek času sami sobě a na své záliby. Ztráta vlastního života vede k rychlému vyčerpání až k syndromu vyhoření. Rodina je neustále zatěžována. Pečující si musí uvědomit, že nejsou sami.

Rodina je pro klienta zdrojem podpory, jistoty, emocionální, sociální a finanční podpory. Příbuzní klienta potřebují především informace o nemoci, přístupu, léčbě, projevech a intervencích. Rodina musí být připravena pečovat o klienta s demencí. Nutná je spolupráce s institucemi pečující o tyto klienty.

Komunikace mezi rodinou a ošetřovateli v zařízení pomáhá udržovat dobré vztahy. Při vzájemné spolupráci mohou pracovníci předávat informace a zkušenosti rodině, zapojit ji tak do ošetřovatelské péče. Zatímco rodina může pečovatele informovat, jak na klienta působit.

Důležité je také, jak dochází ke komunikaci mezi personálem a rodinou. Při špatné komunikaci může dojít k negativnímu ovlivnění rodiny, klienta. [4]

Informace pro rodinu pečující o klienta s demencí: [4]

Požádejte lékaře či jinou kompetentní osobu o dostatek informací o nemoci, projevech, příznacích, léčbě, zásadách ošetřování.

Zjistěte si kontakty na organizace poskytující péči osobám s demencí.

Neodmítejte pomoc druhých.

Nezapomínejte na sebe, své koníčky.

Neobvinujte se.

Buďte trpěliví a realističtí.

6 SPOLEČNOST A KLIENT S DEMENCÍ

6.1 Etický přístup ke klientovi s demencí

Demografická situace populace má za následek, že vzrůstá populace seniorů. Z etického hlediska se dostává do popředí nejen otázka finančního a organizačního zajištění seniorů, ale také problémy tzv. ageismu (odmítání starých lidí) a negativního obrazu stáří ve společnosti. Duševně nemocní občané jsou často společností diskriminováni. Společnost má velmi nízkou úroveň znalostí o problematice duševně chorých občanů.

Na základě poznatků vycházejících z péče o nemocné trpící demencí byla sestavena také listina práv pacientů trpících Alzheimerovou chorobou. Mezi základní lidská práva duševně nemocných občanů patří právo žít a léčit se ve společnosti. Umístěním však postižené osoby do zařízení, léčebny je velkým zásahem do osobní svobody. Považuji tato práva za důležité (viz příloha č. II., III.), protože stále není obvyklé, aby se lidé chovali k nemocným s demencí s respektem a ohledy, bez zbytečného soucitu, a jako k rovnocenným bytostem.

Přístup sestry, pečující o klienty s demencí by měl být založen na upřímném a hlubokém zájmu o klienta. Sestra musí respektovat důstojnost a životní hodnoty klienta trpícího demencí. Chování sestry by mělo vyjadřovat toleranci a úctu k lidské bytosti. V péči o klienty s demencí musíme respektovat duševní a tělesnou stránku klienta. Sestra by měla být taková osobnost, které bude klient důvěřovat a podělí se sní o své trápení. [25] [31]

6.2 Psychologická problematika

Syndrom demence se vyskytuje čím dál častěji. Z důvodu velké neinformovanosti, předsudky a strachem, je demence často tabuizována. Důvodem je často strach, že nevíme koho tato nemoc postihne, a také fakt že, syndrom demence nelze vyléčit. Můžeme pouze nemoc rozpoznat, brzdit její rozvoj a usměrňovat. Velmi záleží na tom, jak se budeme ke klientovi postihnutému demencí chovat a podporovat ho. Lidé s demencí potřebují pomoc, důstojné zacházení a respekt společnosti.

Stáří je vnímáno jako vrchol lidského života, je tedy nutné se aktivně připravovat na stáří. Velmi důležité je také to, jak stáří vnímáme.

Trénování paměti

Vyšší úroveň vzdělání se ukázala být významným faktorem oddalujícím rozvoj demence. Paměť se dá pomocí trénování výrazně zlepšit. Trénování paměti je často nazývaná jako terapie příjemného šoku.

U pacientů s demencí je často postižena krátkodobá paměť, dlouhodobá paměť zůstává zachována delší dobu. Proto u pacientů využíváme procvičování krátkodobé paměti. Cvičení musí být volená tak, aby odpovídala schopnostem, dovednostem klienta a také, aby klienta zaujala. Cvičení může probíhat různými způsoby, např. jazykolamy, obrázky, pexesy, slovní kopaná, přísloví a pranostiky, slovní kopaná, antonyma a křížovky. [6]

6.3 Sociální problematika

Svépomocná skupina

Svépomocná skupina je sdružení nebo společenství rodinných příslušníků psychicky nemocných. Cílem svépomocné skupiny je pomoci ulehčit situaci rodinám s klienty, poskytnout jim informace, rady a umožnit výměnu zkušeností. Rodinní příslušníci již nejsou sami na problémy týkající se péče o klienty s daným onemocněním. [4]

Čaj o páté

Název svépomocné skupiny vznikl od tradičního podávání čaje o páté, členové skupiny se scházejí v pět hodin. Rodinní pečovatelé zde najdou klid, informace a podporu. Jednou za čas je pozván odborník (psychiatr, neurolog), se kterým mohou řešit konkrétní problémy. [26]

Česká alzheimerovská společnost

Společnost podporuje a informuje klienty trpící demencí a jejich rodiny. Společnost vznikala v průběhu roku 1996. Vznikla na základě setkávání a spolupráce profesionálů v oboru gerontologie, kteří se zabývali problematikou demence. Postupně se členy ČALS stávali rodinní příslušníci a pečovatelé. Česká alzheimerovská společnost je členem významných mezinárodních organizací – Alzheimer Europe a Alzheimer Disease International.

Cílem České alzheimerovské společnosti je podpora pacientů postižených demencí a jejich rodinných příslušníků. Česká alzheimerovská společnost podporuje spoustu programů:

- Kooperace pro jakost
- Centrum praktického vzdělání ve zdravotně sociálních službách
- Pomerančový den
- Bezpečný návrat

[26]

Občanské sdružení GEMA

Občanské sdružení GEMA vzniklo v roce 1993 a připravuje projekty, které se týkají převážně podpory zdraví a prevence onemocnění ve vyšším věku. V roce 1998 se GEMA zapojila do celoevropského programu zdravotní výchovy, který nese název "Stárnout zdravě v Evropě". Cílem tohoto projektu byla podpora zdraví a prodlužování aktivního života seniorů. Projekt byl ukončen v roce 2000. Cílem občanského sdružení GEMA je podpora a rozvoj zdraví ve vyšším věku. [28]

Občanské sdružení Letokruhy

Občanské sdružení Letokruhy bylo založeno v roce 2003. Činnost sdružení se nejprve zaměřovala na pomoc rodinným či jiným pečovatelům. Později svou činnost doplnili také o další, návazné aktivity komplexní péče o seniory postižené

Alzheimerovou nemocí nebo jiným typem demence. Organizace je nezisková a náklady na její činnost jsou hrazeny z více zdrojů. [29]

Gerontologické centrum

Gerontologické centrum vzniklo v roce 1992. Gerontologické centrum spolupracuje s neziskovými organizacemi (občanskými sdruženími): Českou alzheimerovskou společností, Občanským sdružením GEMA, Obvodním ústavem sociálně zdravotnických služeb v Praze a s dalšími institucemi a organizacemi, které poskytují služby seniorům.

Cílem Gerontologického centra je zejména poskytování zdravotních a sociálních služeb. [26]

6.4 Finanční problematika

Péče o klienta s demencí je nejen časově, odborně, psychicky náročná. Pro rodinu pečující o klienta s demencí je také velmi důležitá otázka financování.

Příspěvek na péči

O příspěvek na péči si žádá osoba s dlouhodobě neuspokojivým zdravotním stavem na obecním úřadě obce s rozšířenou působností dle trvalého bydliště.
Existují čtyři stupně závislosti osoby na pomoci jiné fyzické osoby. Tyto stupně vyplývají z počtu nezvládnutých úkonů v péči o sebe sama a úkonů soběstačnosti.

Žádost o invalidní důchod

Žádost se podává na okresní správě sociálního zabezpečení dle trvalého bydliště. Dávka sociálního pojištění je podávána při dlouhodobě neuspokojivém zdravotním stavu, kdy poklesla-li výdělečná činnost klienta o 33% částečná invalidita, nebo o 66% plná invalidita.

Žádost o poskytnutí terénních sociálních služeb

O tyto služby si můžete zažádat, pokud nemůžete zajistit celodenní péči sami.
Služba je poskytována v domácnosti klienta za poplatek.

Domácí zdravotní služba

Žádost se podává u praktického lékaře, na základě jeho indikace zdravotní sestry provádějí odborné ošetřovatelské výkony. Domácí zdravotní péče je hrazena zdravotní pojišťovnou klienta.

Žádost o přiznání mimořádných výhod

Žádost se podává na sociálním odboru obce s rozšířenou působností. Dle druhu a stupně postižení jsou klientovi přiznávány mimořádné výhody až III. stupně.

Odlehčovací, respitní péče

Péče je poskytována krátkodobě (3 měsíce) a to za úhradu. Cílem je umožnit pečující osobě odpočinek.
[32]

6.5 Bezpečnost klienta

Prostředí, ve kterém se klient s demencí nachází, musí být přehledné a pro klienta pochopitelné. Toto opatření neplatí pouze pro rodinné prostředí, ale hlavně pro instituce, centra. Prostředí musí být bezpečné, ale nesmí zároveň klienta omezovat. Klient by měl mít své soukromí, avšak personál nesmí ztrácet přehled o jeho činnostech.

Podmínky jsou někdy velmi těžce splnitelné, jelikož architektonické řešení budov, kde žijí klienti, nelze uspokojivě změnit. Mnohé změny jsou také finančně velmi náročné. Přikládám řešení problému bezpečnosti, jsou zde však uvedené pouze základní opatření. Rozsáhlejší seznam opatření naleznete v doporučené literatuře. [6]

Schody a vchody

Pro člověka s demencí vysoký práh znamená riziko pádů, proto se doporučuje prahy v bytě vyměnit za nízké. Setkáváme se z útěkem klientů z domovů, jedním z řešení je přidat druhý zámek, otevíraní dveří se tak stane komplikovanější. Dalším

řešením je zakrýt vchod závěsem, zamaskovat ho. Zvonky na dveřích při pohybu vydávají zvuk, fungují jako alarm. Aby se zamezilo útěku klienta, vyměňte kliky na dveřích za kulaté kliky. Temná chodba odradí klienty s demencí, aby k nim přistoupily. Všechna schodiště v bytě by měla mít pevná zábradlí. [6]

Obytné prostory a jídelna

Lidé s demencí mají tendenci se opřít o cokoli, co stojí nablízku. Lehký nábytek by se mohl převrátit a mohlo by dojít k poranění, vyměňte tedy nábytek za pevnější a stabilnější. Opatřete si židle na kolečkách, pojízdná židle ulehčí manipulaci s klientem. Neměňte složení nábytku, jakákoliv změna může zvýšit dezorientaci klienta. [6]

Kuchyň

Opatřete skříně bezpečnostními západkami. Zamykejte kuchyň, tím zamezíte přístup klienta k zařízením, která mohou být nebezpečná. Odstraňte knoflíky na kamnech, zabráníte tak v jejich používání. Bezpečnost domova zvýšíte, když zamezíte přístup k ostrým předmětům. Vypínejte přístroje ze zásuvky. [6]

Ložnice

Opatřete si nižší lůžka, riskují pád z postele. Umístěte kolem lůžka zábradlí, zabráníte tomu, aby člověk s demencí nevstával několikrát za noc. [6]

Záchod a koupelny

Zvýrazněte kontrastní zbarvení instalací, člověk s demencí je pak lépe uvidí a správně použije. Natřete dveří barvou, dveře se vizuálně odliší a upoutají pozornost klienta. Umístěte značky, mohou ukazovat směr k toaletě nebo připomínat, že je potřeba spláchnout. Nechejte v těchto prostorách rozsvícené světlo, lidé s demencí jsou přitahováni tam, kde je světlo. Používejte ve vaně protiskluzové rohože, židle do vany a madla, zamezíte tak riziku pádu. Odstraňte zamykání ze dveří. [6]

6.6 Zařízení pro klienty s demencí

Dnes již existují možnosti, jak se o lidi s demencí postarat. V České republice je již několik stacionářů zaručujících ústavní péči, která se přímo specializuje na péči o nemocné s demencí všeho druhu. V příloze (P IV.) uvádím seznam zařízení pro Zlínský kraj.

Lůžkové zdravotnické zařízení

Zdravotnické zařízení, péče je hrazena pojišťovnou. Je zde prováděna komplexní péče o klienty.

Domov pro seniory

Zařízení pro občany, kteří pro trvalé změny zdravotního stavu potřebují komplexní péči, jenž jim nemůže být zajištěna rodinou či jiným pracovištěm.

Denní stacionáře

Určeno klientům, jejichž schopnosti jsou sníženy. Jde o kombinaci služeb poskytovaných v denním centru. Podstata zařízení je aktivizace klientů, stabilizace stavu. Cílem je posílit samostatnost a soběstačnost klientů. Denní program zajišťují hlavně ergoterapeuti, speciálně školené pečovatelky a sociální pracovníci.

Specializovaná péče o pacienty s demencí

Specializovaná centra, kde je prováděna komplexní péče o klienty s demencí, jenž jim nemůže být péče zajištěna v domácím prostředí rodinou.

Hospic

Cílem je zmírnit strádání, utrpení a bolest, doléhající na nevyléčitelně nemocné klienty a jejich rodiny. Smyslem zařízení je zajistit veškerou péči, duchovní péči a podporu, dopřát klientům soukromí a důstojnost umírání.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

7 CÍLE A HYPOTÉZY

Cíl 1.:

Zjistit, zda všeobecné sestry znají zásady komunikace s dementním klientem.

Hypotéza 1.1:

Předpokládám, že všeobecné sestry znají význam a druhy neverbální komunikace v péči o klienta s demencí

Hypotéza 1.2:

Předpokládám, že všeobecné sestry znají význam a druhy verbální komunikace v péči o klienta s demencí

Hypotéza 1.3:

Předpokládám, že všeobecné sestry byly proškoleny v komunikaci s dementním klientem.

Hypotéza 1.4.:

Předpokládám, že všeobecné sestry vyhledávají potřebné informace o péči o klienta s demencí.

Cíl 2.:

Zjistit, zda zdravotní sestry umí používat speciální komunikační prvky v komunikaci s klientem.

Hypotéza 2.1:

Předpokládám, že všeobecné sestry umí používat speciální komunikační prvky v komunikaci s klientem (bazální stimulace, oční kontakt, haptiku).

Hypotéza 2.2:

Předpokládám, že všeobecné sestry využívají prvky bazální stimulace v praxi.

Cíl 3.:

Zjistit, zda všeobecné sestry mají informace o pomoci klientům s demencí v naší společnosti.

Hypotéza 3.1:

Předpokládám, že všeobecné sestry znají Českou alzheimerovskou společnost a jiné společnosti pomáhající lidem s demencí.

Hypotéza 3.2:

Předpokládám, že všeobecné sestry pracují s testy pro orientační zjištění demence.

Hypotéza 3.3:

Předpokládám, že všeobecné sestry znají zařízení, kde se pečuje o klienty s demencí ve zlínském regionu.

8 METODIKA PRÁCE

Pro svůj výzkum jsem použila metodu dotazníku. Dotazník byl určen všeobecným sestrám.

Pro tuto metodu jsem se rozhodla proto, že je zde poměrně krátký časový interval pro získání potřebných informací od velké skupiny respondentů, a také pro poměrně nízké finanční nároky. Nevýhody této statistické metody, nízké návratnosti, jsem si byla plně vědoma. Tomuto problému jsem se snažila předejít, osobně jsem rozdala dotazníky na pracoviště a po domluvě jsem je osobně sesbírala. Takto se mi podařila 95% návratnost tj. z celkového počtu 75 rozdaných dotazníků, se mi vrátilo 72 dotazníků.

Dotazník jsem rozdávala se souhlasem managementu nemocnice s uvědoměním staničních (vrchních) sester. V úvodu dotazníku jsem respondenty seznámila s tématem mé bakalářské práce. Ujistila jsem respondenty o anonymitě dotazníku a o jeho další využití pro výzkum. Poté následovaly stručné informace k vyplnění dotazníku a nakonec poděkování respondentům za vyplnění dotazníku.

Dotazník (viz. příloha č. I) obsahuje 42 otázek. Otázky č. 1, 2, 3, 4, 5, 6 jsou otázky identifikační. Otázka č. 6 je otevřená, otázka č. 4 je polouzavřená, ostatní jsou uzavřené, otázka č. 1 je dichotomická ostatní jsou polytomické. Otázky č. 7, 9, 14, 16, 17, 19, 21, 38 jsou otázky uzavřené, polytomické. Otázka č. 8, 12, 13, 15, 18, 22, 27, 30, 31, 32, 33, 34, 37, 39, 40, 41 jsou otázky polouzavřené. Otázky č. 10, 25, 26 jsou uzavřené, dichotomické. Otázky č. 11, 20, 36, 42 jsou otázky otevřené. Otázky č. 23, 24, 35 jsou otázky uzavřené, dichotomické, filtrační. Otázka č. 28 je uzavřená, polytomická, šalovací. Otázka č. 29 je polozavřená, šalovací.

8.1 Zpracování získaných dat

Získaná data jsem uspořádala do pracovních tabulek četností. Podle daných podskupin jsem sečetla četnost absolutní i relativní a následně vytvořila sumární tabulky četnosti. Pro lepší názornost je ke každé tabulce připojen graf a slovní popsání. Pro výpočet a konstrukci jsem použila Microsoft Excel.

Absolutní četnost v tabulce (N) udává počet respondentů, kteří v otázce odpovídali stejnou možností z nabízených odpovědí.

Relativní četnost (%) poskytuje informace o tom, jak velká část z celkového počtu odpovědí připadá na danou dílčí hodnotu. Pro větší přehlednost jsem hodnotu relativní četnosti vždy zaokrouhlila na celé číslo.

9 VÝSLEDKY VÝZKUMU

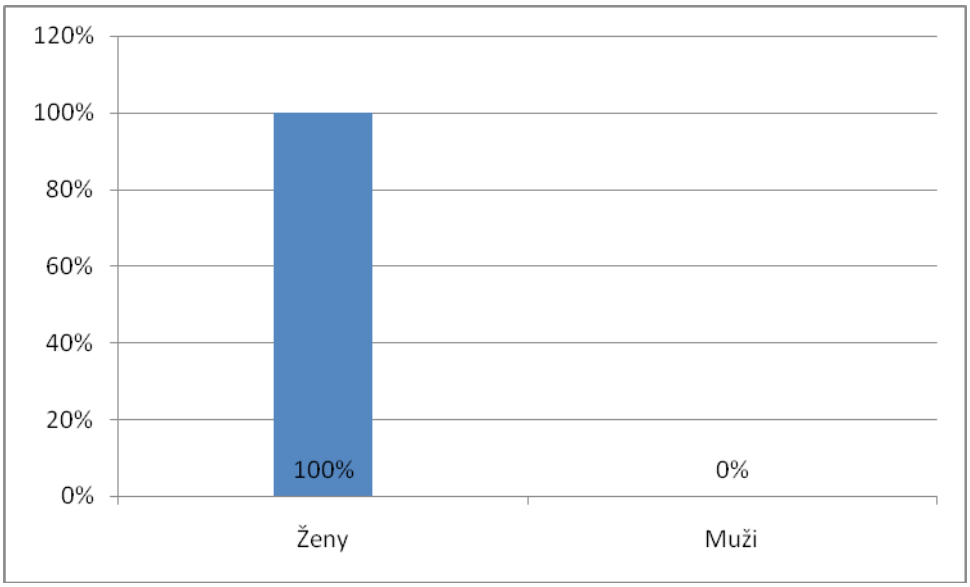
9.1 Dotazník

Otázka č. 1

Pohlaví respondentů

Tab. č. 1 Pohlaví respondentů

	Absolutní četnost	**Relativní četnost (%)**
Ženy	72	100
Muži	0	0
Celkem	72	100



Graf č. 1 Pohlaví respondentů

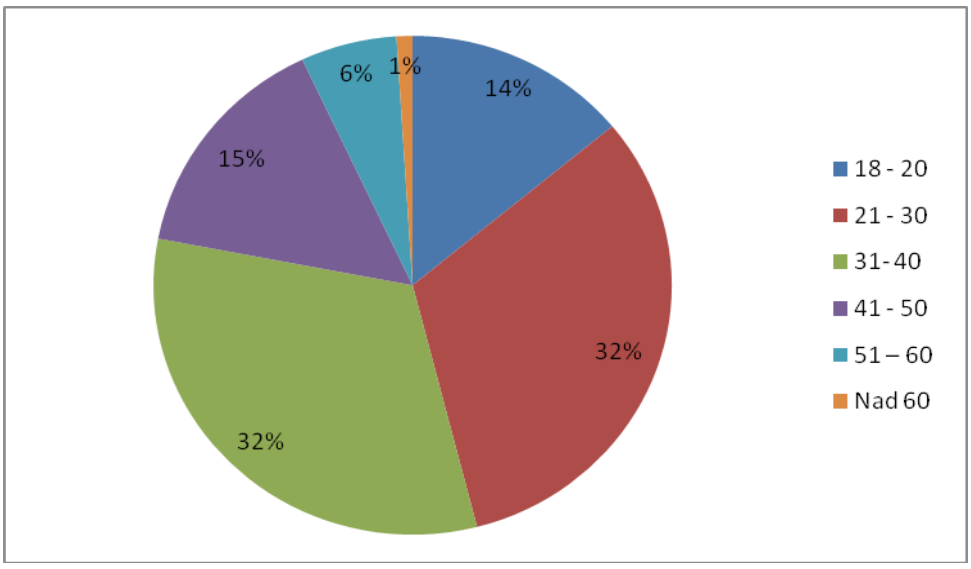
Dotazovaná skupina respondentů je složena ze 72 (100%) žen a 0 (0%) mužů.

Otázka č. 2

Váš věk?

Tab. č. 2 Věk respondentů

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
18 - 20	10	14
21 - 30	23	32
31- 40	23	32
41 - 50	11	15
51 – 60	4	6
Nad 60	1	1
Celkem	72	100



Graf č. 2 Věk respondentů

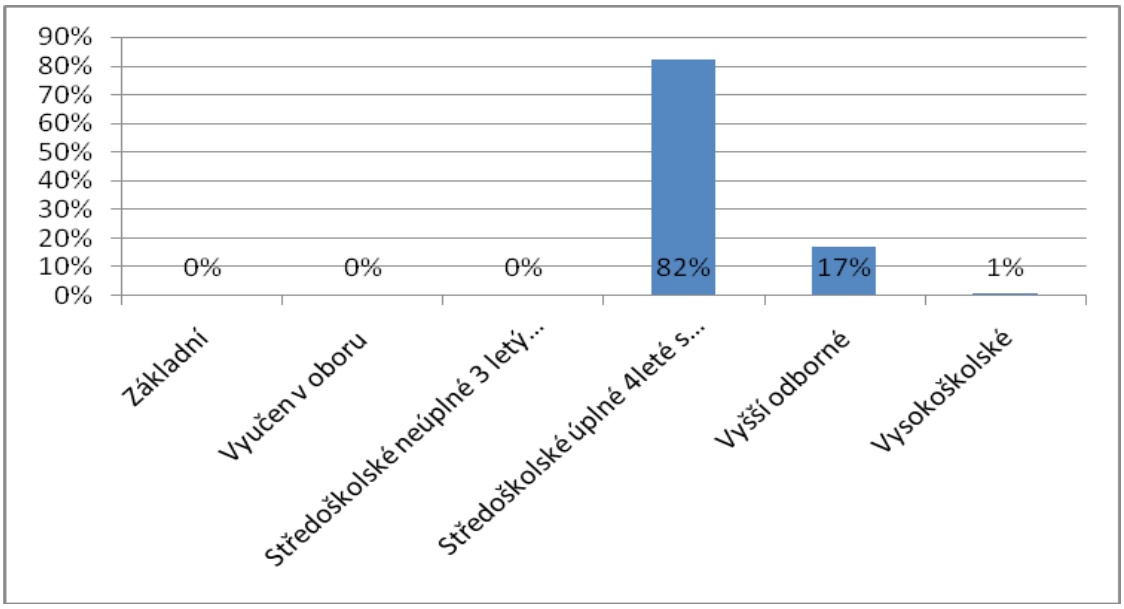
Ke zpřehlednění jsou v této otázce odpovědi členěny do kategorií. Největší kategorie 23 (32%) respondentů je ve věku 21 – 30 a 31 – 40 let. Dále je to 41 – 50 let 11 respondentů (15%), další skupinu tvoří věkové rozmezí 18 – 20 let 10 (14%) respondentů. V kategoriích 51 -60 let jsou respondenti 4 (6%). Nejmenší skupinu tvoří věkové rozmezí nad 60 let, zde odpověděl 1(1%) respondent.

Otázka č. 3

Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tab. č. 3 Nejvyšší dosažené vzdělání

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Základní	0	0
Vyučen v oboru	0	0
Středoškolské neúplné 3-letý učební obor	0	0
Středoškolské úplné 4-leté s maturitou	59	82
Vyšší odborné	12	17
Vysokoškolské	1	1
Celkem	72	100



Graf č. 3 Nejvyšší dosažené vzdělání.

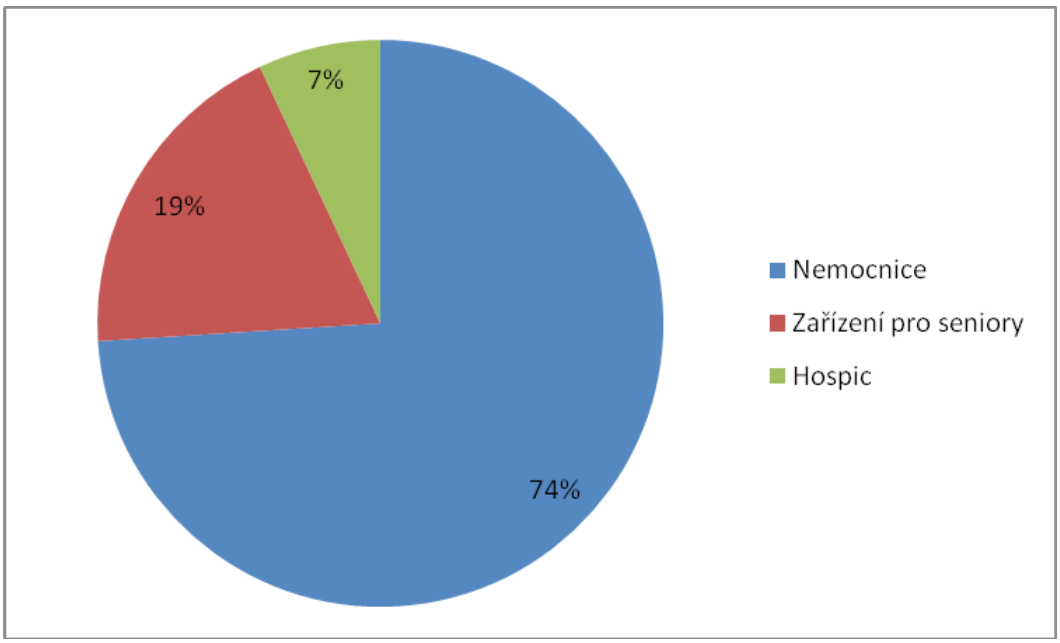
V otázce č. 3 měli respondenti na výběr ze šesti možností. Nejvíce respondentů 59 (82%) má středoškolské úplné Dále 12 (17%) respondentů má vyšší odborné vzdělání, 1 (1%) respondent vysokoškolské vzdělání. Všichni respondenti měli alespoň středoškolské vzdělání 4-leté s maturitou.

Otázka č. 4

Vaše pracoviště?

Tab. č. 4 Pracoviště respondentů

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Nemocnice	53	74
Zařízení pro seniory	14	19
Hospic	5	7
Celkem	72	100



Graf č. 4 Pracoviště respondentů

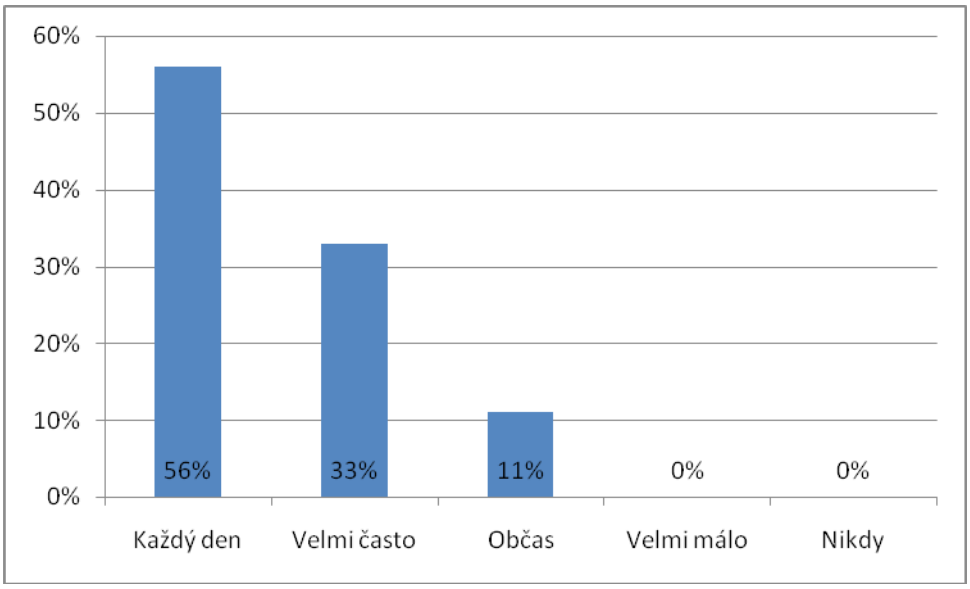
V této otázce odpovědělo 53 (74%) respondentů, že pracuje v nemocnici. V zařízení pro seniory pracuje 14 (19%) respondentů. V hospici pracuje 5 (7%) respondentů.

Otázka č. 5

Jak často se setkáváte s lidmi trpících demencí?

Tab. č. 5 Kontakt sestry s klienty s demencí

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Každý den	40	56
Velmi často	24	33
Občas	8	11
Velmi málo	0	0
Nikdy	0	0
Celkem	72	100



Graf č. 5 Kontakt sestry s klienty s demencí

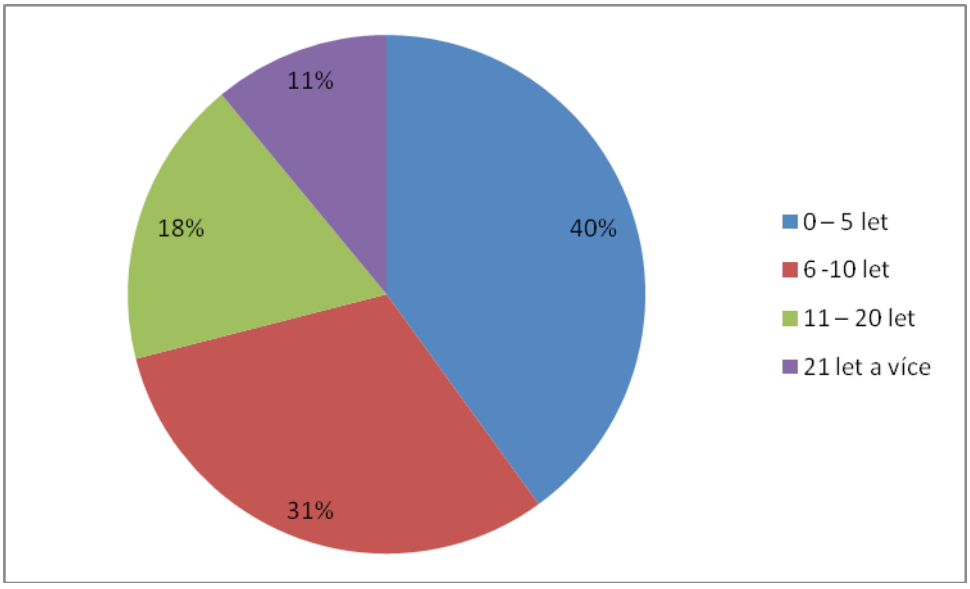
Každý den se s lidmi s demencí setkává 40 (56%) respondentů. Velmi často 24 (33%) respondentů. Občas se setkává 8 (11%) respondentů. Nikdo z respondentů neodpověděl možností velmi málo, nikdy, což svědčí o kontaktu s klientem s demencí u všech dotazovaných.

Otázka č. 6

Kolik let pracujete ve zdravotnictví?

Tab. č. 6 Praxe ve zdravotnictví

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
0 – 5 let	29	40
6 -10 let	22	31
11 – 20 let	13	18
21 let a více	8	11
Celkem	72	100



Graf č. 6 Praxe ve zdravotnictví

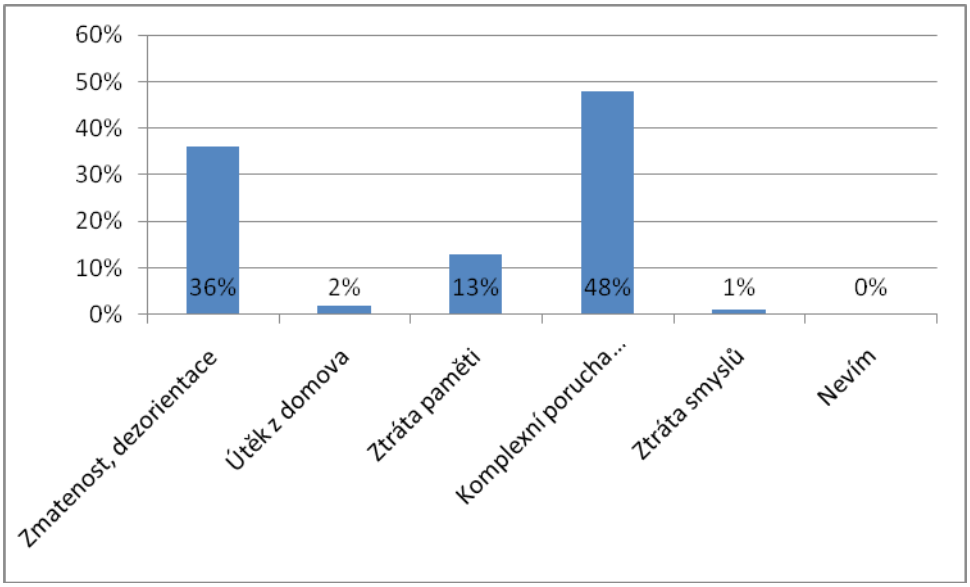
Nejvíce respondentů pracuje ve zdravotnictví 5 let a méně 29 (40%) respondentů. Ve zdravotnictví pracuje 6 až 10 let 22 (31%) respondentů. Jedenáct až dvacet let pracuje 13 (18%) respondentů. Více jako 21 let pracuje nejmenší skupina 8 (11%) respondentů. Z tohoto grafu vyplívá, že ve zdravotnictví pracuje čím dál tím více mladých sester.

Otázka č. 7

Co je to demence?

Tab. č. 7 Demence

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Zmatenost, dezorientace	48	36
Útěk z domova	3	2
Ztráta paměti	17	13
Komplexní porucha mozkových, intelektuálních, kognitivních funkcí	63	48
Ztráta smyslů	1	1
Nevím	0	0
Celkem	132	100



Graf č. 7 Demence

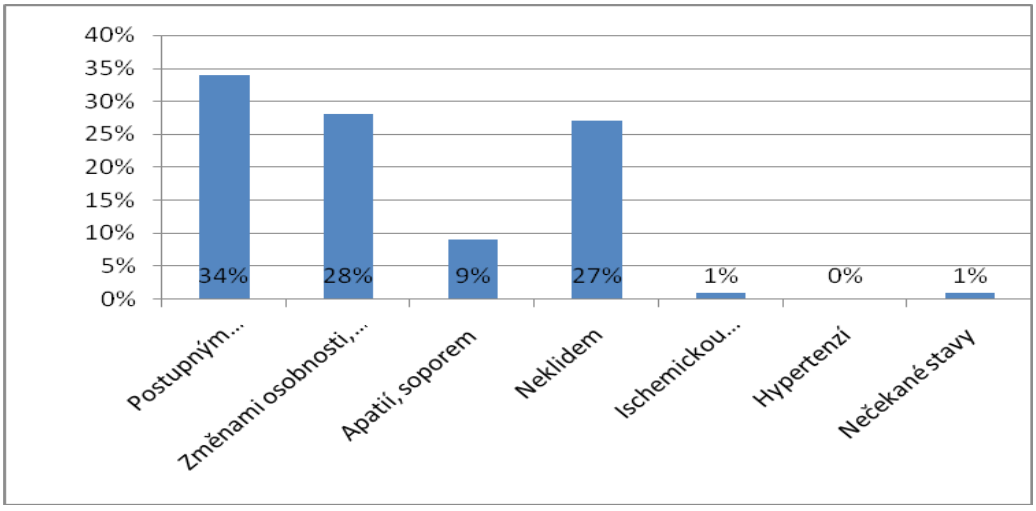
Správnými odpověďmi, demence je komplexní porucha mozkových, intelektuálních, kognitivních funkcí odpovědělo 63 (48%) respondentů, demence je zmatenost, dezorientace odpovědělo 48 (36%) respondentů. Nesprávně volilo útěk z domova 3 (2%) respondenti. Ztráta paměti odpovědělo 17 (13%) respondentů. Ztráta smyslů 1 (1%) respondent. Více jako polovina respondentů ví, jak definovat syndrom demenci.

Otázka č. 8

Jak se demence projevuje?

Tab. č. 8 Projevy demence

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Postupným zhoršováním motorických, intelektuálních a instrumentálních funkcí	68	34
Změnami osobnosti, agresivitou	57	28
Apatií, soporem	19	9
Neklidem	55	27
Ischemickou poruchou mozku	2	1
Hypertenzí	0	0
Nečekané stavy	2	1
Celkem	203	100



Graf č. 8 Projevy demence

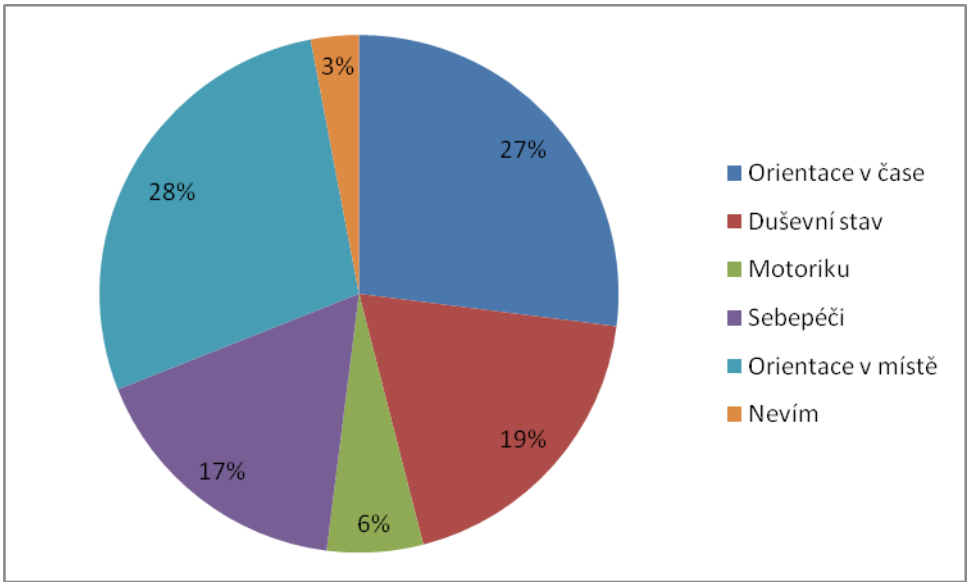
Správnými odpovědmi, demence se projevuje postupným zhoršováním motorických, intelektuálních a instrumentálních funkcí odpovědělo 68 (34%) respondentů, změnami osobnosti, agresivitou odpovědělo 57 (28%) respondentů. Nesprávnými odpovědmi, apatií, soporem odpovědělo 19 (9%) respondentů. Demence se projevuje neklidem, odpovědělo 55 (27%) respondentů. Ischemickou poruchou mozku a nečekanými stavy odpověděly 2 (1%) respondenti. Žádný z respondentů nezvolil odpověď, demence se projevuje hypertenzí.

Otázka č. 9

Jaké konkrétní faktory vyhodnotí Mini-Mental test?

Tab. č. 9 Faktory Mini-Mental testu

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Orientace v čase	59	27
Duševní stav	42	19
Motoriku	13	6
Sebepéči	37	17
Orientace v místě	60	28
Nevím	6	3
Celkem	217	100



Graf č. 9 Faktory hodnotí Mini-Mental testu

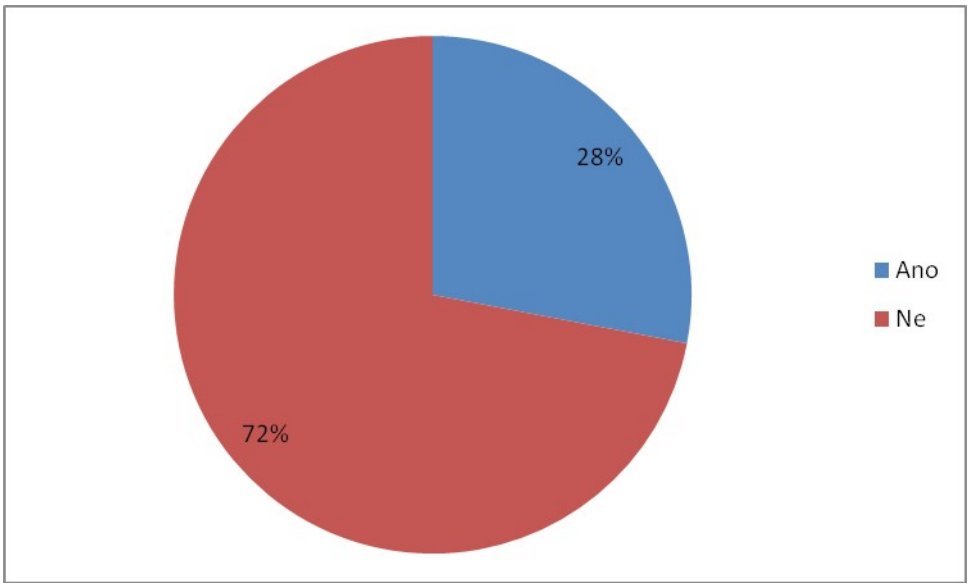
V otázce č. 9 měli resespondenti na výběr ze šesti možností. Správně na otázku odpověděli respondenti výběrem možnosti orientace v čase 59 (27%) respondentů, duševní stav odpovědělo 42 (19%), orientace v místě 60 (28%). Nesprávně zvolilo odpověď sebepéči 37 (17%) repondentů. Motoriku odpovědělo 13 (6%) respondentů. Odpověď na otázku nevědělo 6 (3%) respondentů.

Otázka č. 10

Umíte používat v praxi metodu Mini-Mental test?

Tab. č. 10 Použití metody Mini-Mental testu v praxi

	Absolutní četnost	**Relativní četnost (%)**
Ano	20	28
Ne	52	72
Celkem	72	100



Graf č. 10 Použití metody Mini-Mental testu v praxi

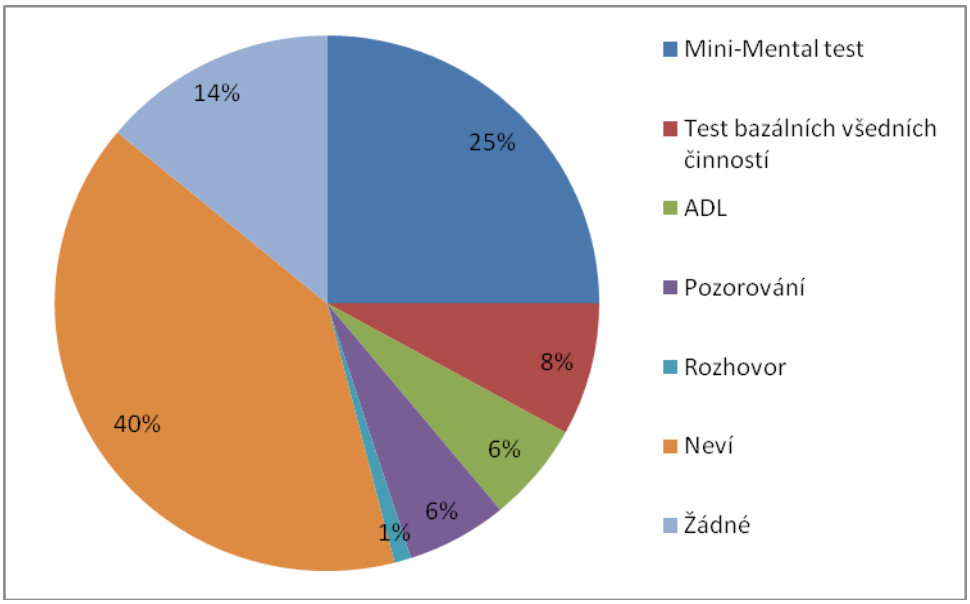
Většina respondentů tj. 52 (72%) respondentů neumí používat metodu Mini-Mental test v praxi. Používat metodu v praxi umí 20 (28%) respondentů.

Otázka č. 11

Které testy pro orientační zjištění demence používáte na Vašem odděleni?

Tab. č. 11 Testy používající na oddělení

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Mini-Mental test	18	25
Test bazálních všedních činností	6	8
ADL	4	6
Pozorování	4	6
Rozhovor	1	1
Neví	29	40
Žádné	10	14
Celkem	72	100



Graf č. 11 Testy používající na oddělení

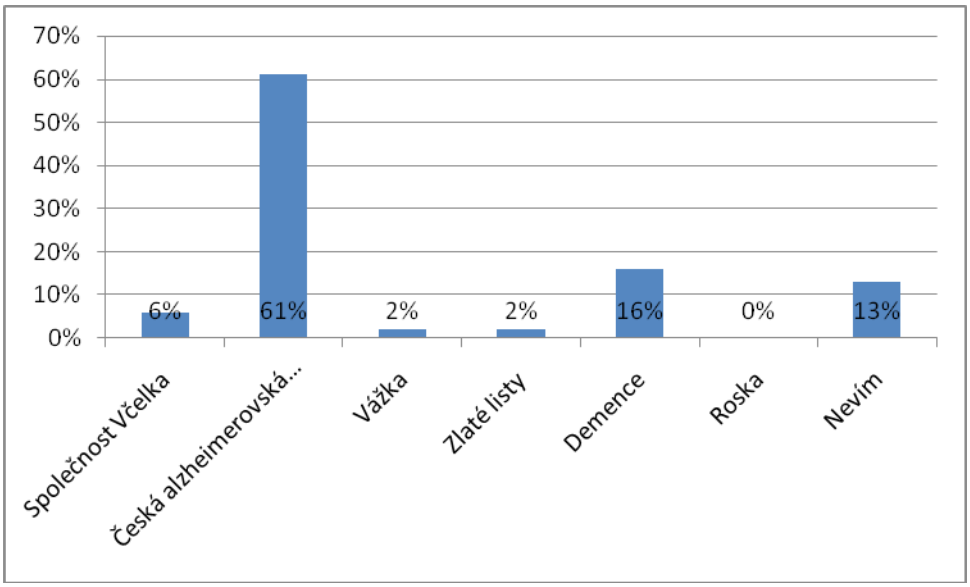
Metodu Mini-Mental test používá na pracovišti 18 (25%) respondentů. Test bazálních všedních činností používá 6 (8%) respondentů. Test ADL používá 4 (6%) respondentů. Metodu pozorování používají 4 (6%) respondenti. Pozorování aplikuje 1 (1%) respondent. Skoro polovina všeobecných sester není informována o testech pro orientační zjištění demence.

Otázka č. 12

Vyberte nějakou společnost, svépomocnou skupinu pro lidi trpící demencí.

Tab. č. 12 Společnosti, svépomocné skupiny

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Společnost Včelka	5	6
Česká alzheimerovská společnost	54	61
Vážka	2	2
Zlaté listy	2	2
Demence	14	16
Roska	0	0
Nevím	11	13
Celkem	88	100



Graf č. 12 Společnosti, svépomocné skupiny

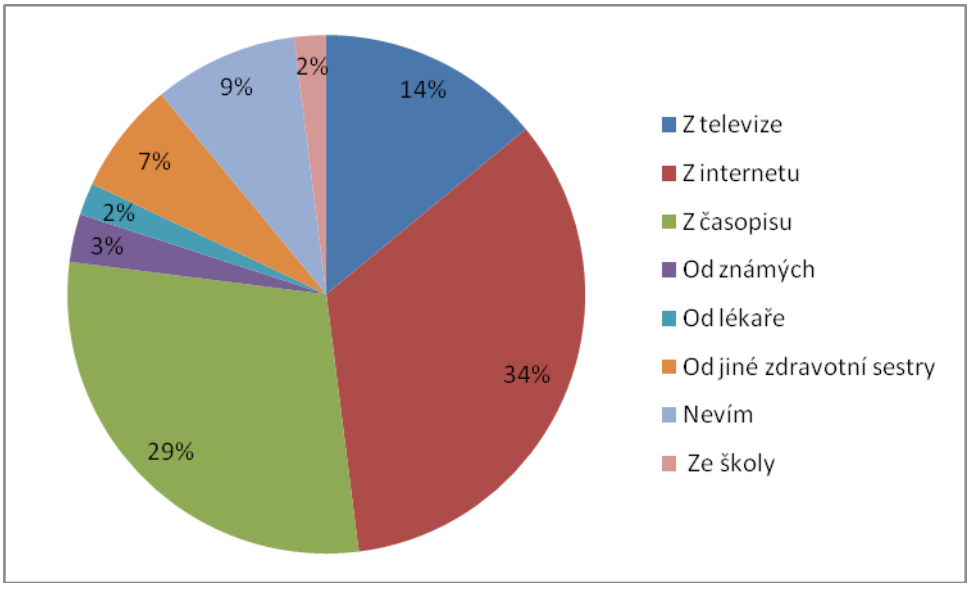
Správné odpovědi, Českou alzheimerovskou společnost vybralo 54 (61%) respondentů, Vážku a Zlaté listy vybraly 2 (2%) respondenti. Špatné odpovědi, Demence zvolilo 14 (16%) respondentů. Společnost Včelka 5 (6%) respondentů. Žádný respondent nezvolil společnost, svépomocnou skupinu Roska. Na otázku nevědělo odpověď 11 (13%) respondentů.

Otázka č. 13

Kde jste se dozvěděla o činnosti odborné společnosti, svépomocné skupiny?

Tab. č. 13 Zdroje informací

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Z televize	17	14
Z internetu	41	34
Z časopisu	35	29
Od známých	4	3
Od lékaře	2	2
Od jiné zdravotní sestry	8	7
Nevím	11	9
Ze školy	2	2
Celkem	120	100



Graf č. 13 Zdroje informací

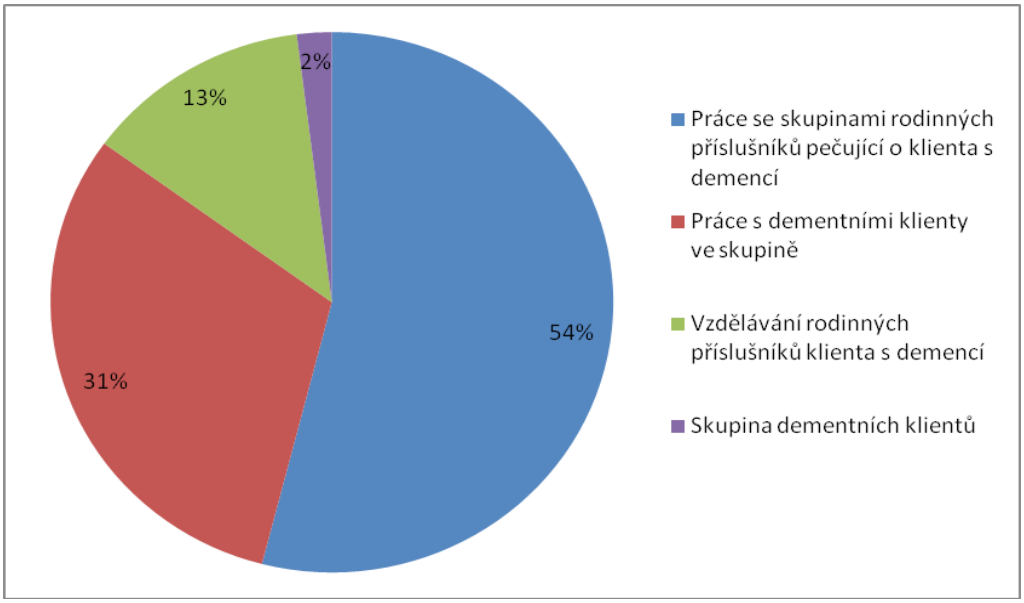
Z internetu čerpalo informace 41 (34%) respondentů. Z časopisu 35 (29%) respondentů. Z televize 17 (14%) respondentů. Od jiné zdravotní sestry získalo informace 8 (7%) respondentů. Od známých 4 (3%) respondentů. Od lékaře, ze školy mají informace 2 (2%) respondenti. Zdroje svých informací neznalo 11 (9%) respondentů.

Otázka č. 14

Co si představíte pod pojmem svépomocná skupina?

Tab. č. 14 Svépomocná skupina

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Práce se skupinami rodinných příslušníků pečující o klienta s demencí	51	54
Práce s dementními klienty ve skupině	29	31
Vzdělávání rodinných příslušníků klienta s demencí	12	13
Skupina dementních klientů	2	2
Celkem	94	100



Graf č. 14 Svépomocná skupina

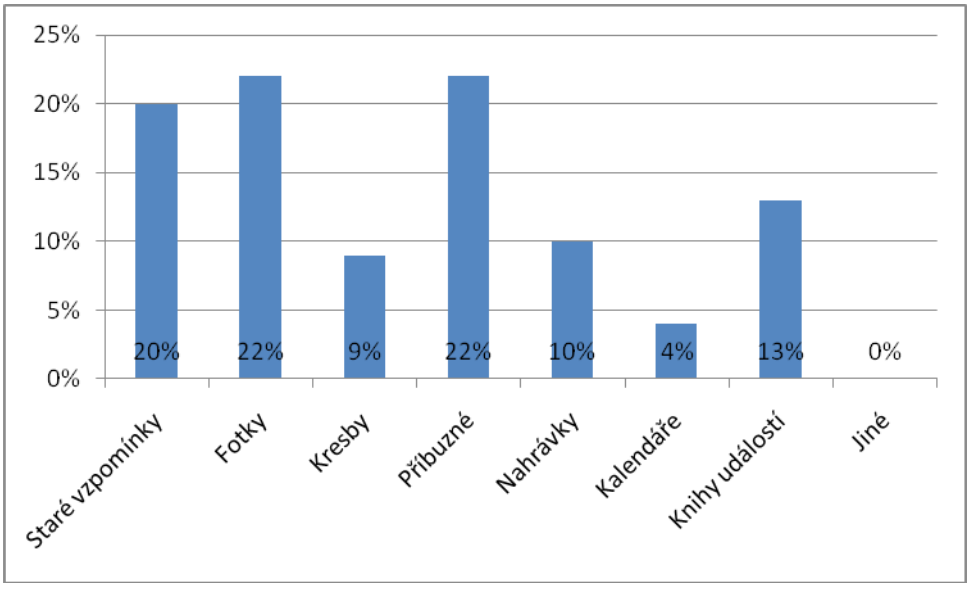
Pod pojmem svépomocná skupina si 51 (54%) respondentů si správně představuje práci se skupinami rodinných příslušníků pečující o klienta s demencí. Špatné odpovědi, práce s dementními klienty ve skupině zvolilo 29 (31%) respondentů. Vzdělávání rodinných příslušníků klienta s demencí odpovědělo 12 (13%) respondentů. Skupina dementních klientů 2 (2%) respondenti.

Otázka č. 15

Vyberte z nabídky tu možnost, kterou byste použila u klienta s demencí

Tab. č. 15 Možnosti stimulace klienta

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Staré vzpomínky	53	20
Fotky	59	22
Kresby	23	9
Příbuzné	58	22
Nahrávky	26	10
Kalendáře	11	4
Knihy událostí	34	13
Jiné	0	0
Celkem	264	100



Graf č. 15 Možnosti stimulace klienta

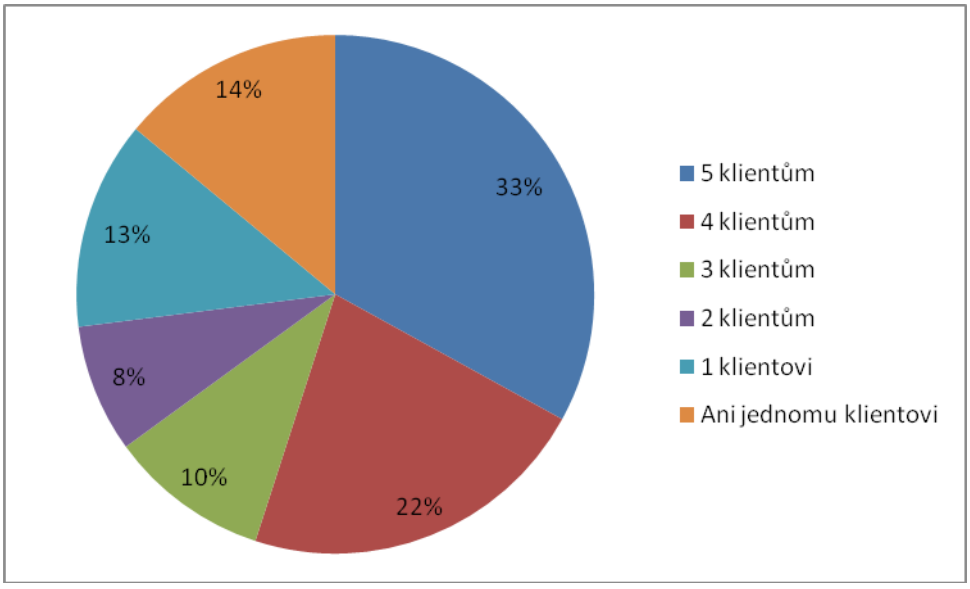
Možnost starých vzpomínek by využilo 53 (20%) respondentů. Fotky 59 (22%) respondentů. Kresby by zvolilo 23 (9%) respondentů. Příbuzné by volilo 58 (22%) respondentů. Nahrávky by využilo 26 (10%) respondentů. Kalendáře 11 (4%) respondentů. Knihy událostí by volilo 34 (13%) respondentů.

Otázka č. 16

Jestli si vzpomenete na 5 posledních klientů s demencí, kolika z nich jste se představila?

Tab. č. 16 Představení

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
5 klientům	24	33
4 klientům	16	22
3 klientům	7	10
2 klientům	6	8
1 klientovi	9	13
Ani jednomu klientovi	10	14
Celkem	72	100



Graf č. 16 Představení

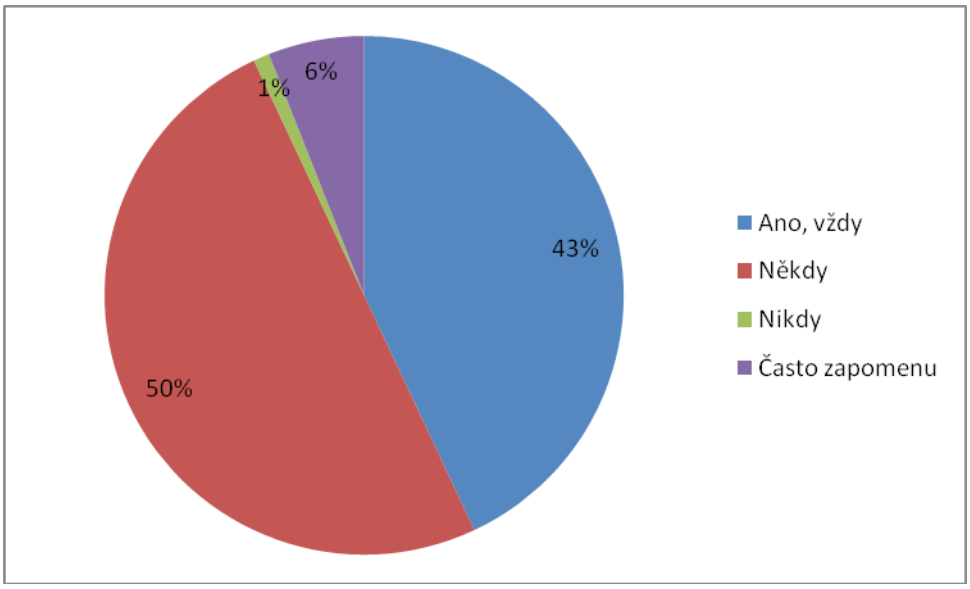
Pěti klientům se představilo 24 (33%) respondentů. Čtyřem klientům 16 (22%) respondentů. Třem klientům se představilo 7 (10%) respondentů. Dvěma klientům se přestavilo 6 (8%) respondentům. Jednomu klientovi se představilo 9 (13%) respondentů. Žádnému klientovi se představilo 10 (14%) respondentů.

Otázka č. 17

Považujete za nutné navázání kontaktu s klientem s demencí svým představením?

Tab. č. 17 Navázaní kontaktu s klientem

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano, vždy	31	43
Někdy	36	50
Nikdy	1	1
Často zapomenu	4	6
Celkem	72	100



Graf č. 17 Navázání kontaktu s klientem

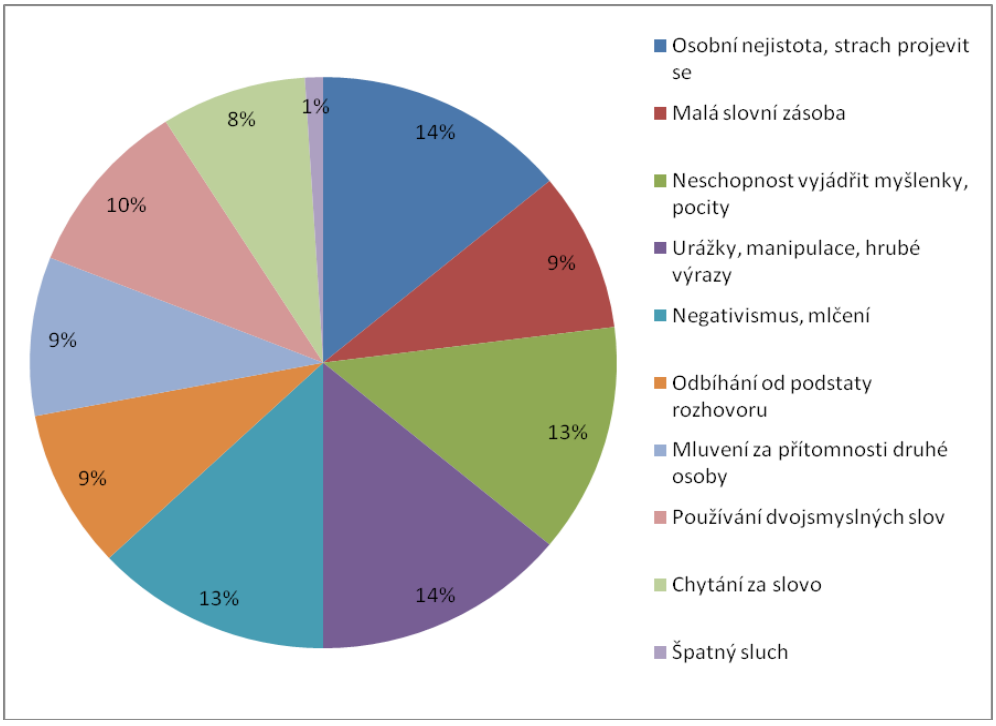
Vždy se představí klientovi 31 (43%) respondentů. Někdy se představí 36 (50%) respondentů. Nikdy se nepředstaví 1 (1%) respondent. Často se zapomene představit 4 (6%) respondenti.

Otázka č. 18

Které faktory mezi zdravotnickým pracovníkem a klientem působí tlumivě?

Tab. č. 18 Faktory působící tlumivě

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Osobní nejistota, strach projevit se	55	14
Malá slovní zásoba	37	9
Neschopnost vyjádřit myšlenky, pocity	53	13
Urážky, manipulace, hrubé výrazy	55	14
Negativismus, mlčení	51	13
Odbíhání od podstaty rozhovoru	36	9
Mluvení za přítomnosti druhé osoby	37	9
Používání dvojsmyslných slov	41	10
Chytání za slovo	32	8
Špatný sluch	2	1
Celkem	399	100



Graf č. 18 Faktory působící tlumivě

Osobní nejistotu a strach projevit se, urážky, manipulace, hrubé výrazy považuje za tlumivý faktor 55 (14%) respondentů. Malá slovní zásoba a mluvení za přítomnosti druhé osoby působí tlumivě pro 37 (9%) respondentů. Neschopnost vyjádřit své myšlenky a pocity považuje 53 (13%) respondentů. Negativismus, mlčení pro 51

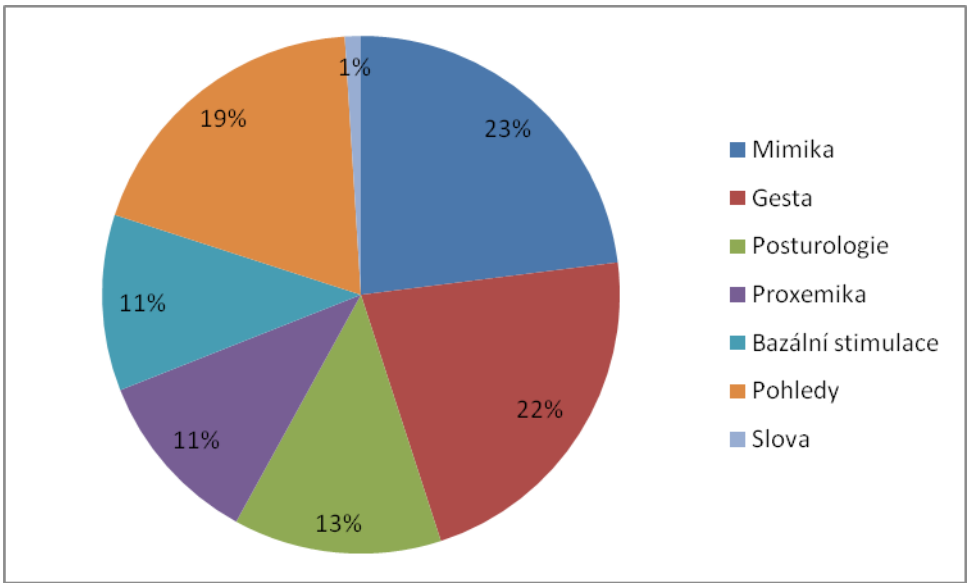
(13%) respondentů. Odbíhání od podstaty rozhovoru je tlumivým faktorem pro 36 (9%) respondentů. Používání dvojsmyslných slov pro 41 (10%) respondentů. Chytání za slovo je tlumivým faktorem pro 32 (8%) respondentů. Špatný sluch pro 2 (1%) respondenty.

Otázka č. 19

Co patří do neverbální komunikace?

Tab. č. 19 Neverbální komunikace

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Mimika	71	23
Gesta	70	22
Posturologie	40	13
Proxemika	36	11
Bazální stimulace	36	11
Pohledy	60	19
Slova	2	1
Celkem	315	100



Graf č. 19 Neverbální komunikace

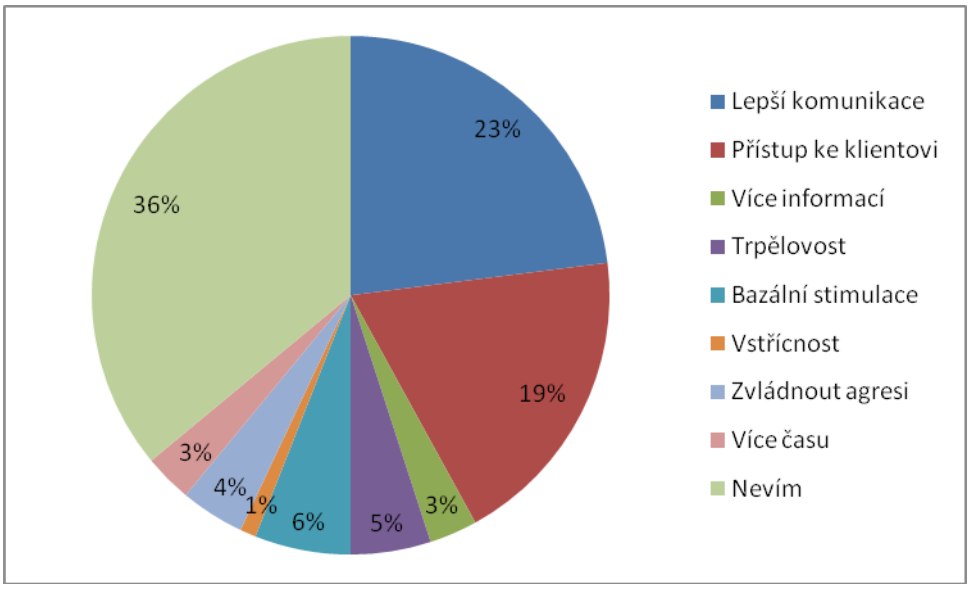
Do neverbální komunikace zařadilo 71 (23%) respondentů mimiku. Gesta 70 (22%) respondentů. Posturologii 40 (13%) respondentů. Proxemiku zařadilo 36 (11%) respondentů. Bazální stimulaci 36 (11%) respondentů. Pohledy řadí mezi neverbální komunikaci 60 (19%) respondentů. Slova nesprávně zařadili do neverbální komunikace 2 (2%) respondenti.

Otázka č. 20

Čemu se chcete ještě naučit v komunikaci s klientem s demencí?

Tab. č. 20 Komunikace s klientem s demencí

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Lepší komunikace	18	23
Přístup ke klientovi	15	19
Více informací	2	3
Trpělovost	4	5
Bazální stimulace	5	6
Vstřícnost	1	1
Zvládnout agresi	3	4
Více času	2	3
Nevím	28	36
Celkem	78	100



Graf č. 20 Komunikace s klientem s demencí

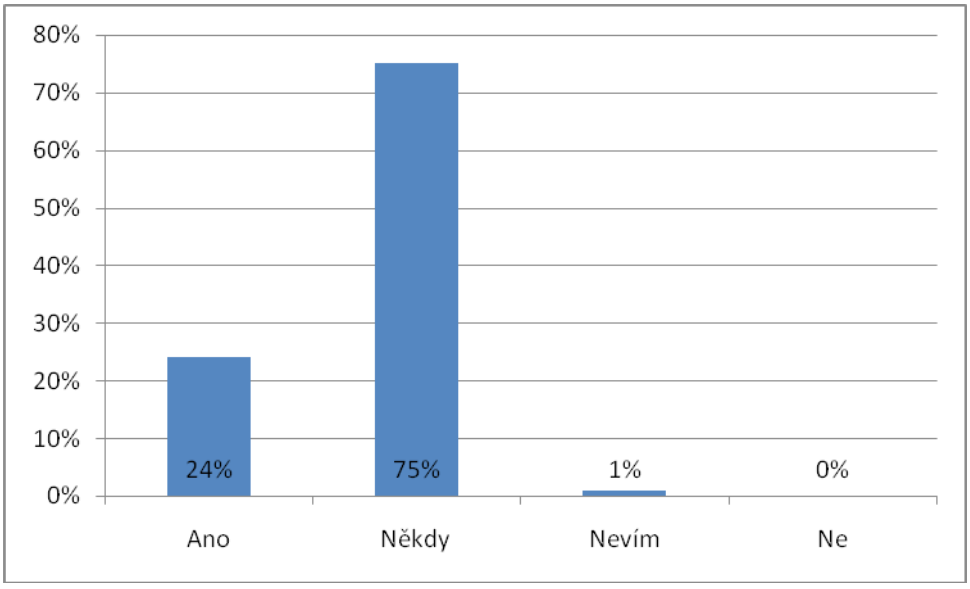
V komunikaci s klientem s demencí se chce ještě naučit lepší komunikaci 18 (23%) respondentů. Lepšímu přístupu ke klientovi 15 (19%) respondentů. Více času na klienta a více informací o péči o klienty by si přáli 2 (3%) respondenti. Naučit se trpělivosti v komunikaci 4 (5%) respondentů. Bazální stimulaci 5 (6%) respondentů. Vstřícnosti v komunikaci by se chtěl naučit 1 (1%) respondent. Naučit se zvládat agresi 3 (4%) respondenti. V komunikaci s klientem s demencí nevědělo 28 (36%) respondentů, čemu by se ještě chtěli naučit.

Otázka č. 21

Dokážete vnímat a reagovat na nonverbální sdělení klienta?

Tab. č. 21 Reakce na nonverbální sdělení

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	17	24
Někdy	54	75
Nevím	1	1
Ne	0	0
Celkem	72	100



Graf č. 21 Reakce na nonverbální sdělení

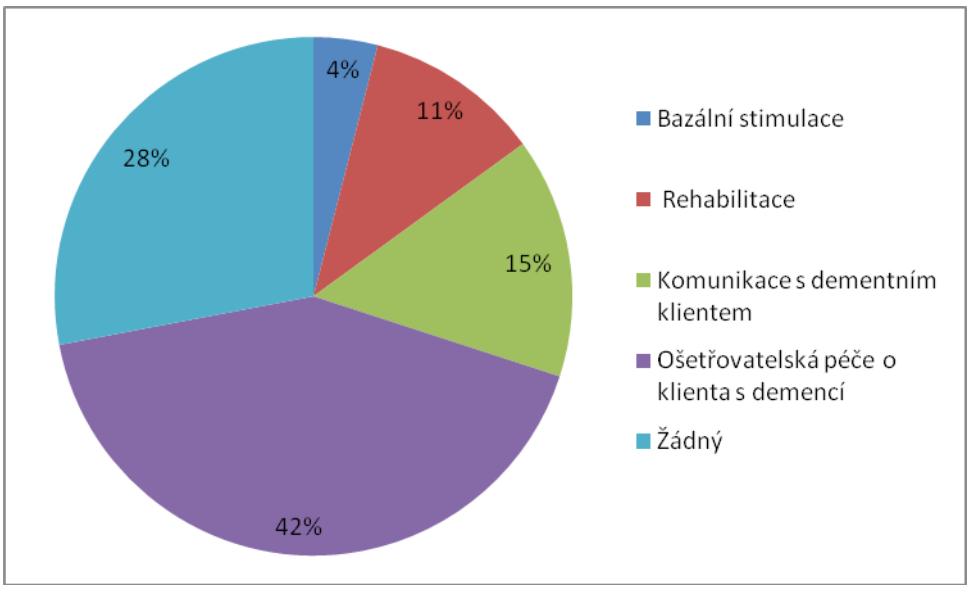
Na nonverbální sdělení klienta dokáže reagovat a vnímat 17 (24%) respondentů. Někdy dokáže vnímat 54 (75%) respondentů. Na nonverbální sdělení by nevěděl reagovat a vnímat 1 (1%) respondent. Více jako polovina respondentů umí reagovat na nonverbální sdělení klienta.

Otázka č. 22

Jaký kurz jste absolvovala k rozvoji znalostí v péči o klienta s demencí?

Tab. č. 22 Absolvování kurzu

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Bazální stimulace	3	4
Rehabilitace	9	11
Komunikace s dementním klientem	12	15
Ošetřovatelská péče o klienta s demencí	34	42
Žádný	23	28
Celkem	81	100



Graf č. 22 Absolvování kurzu

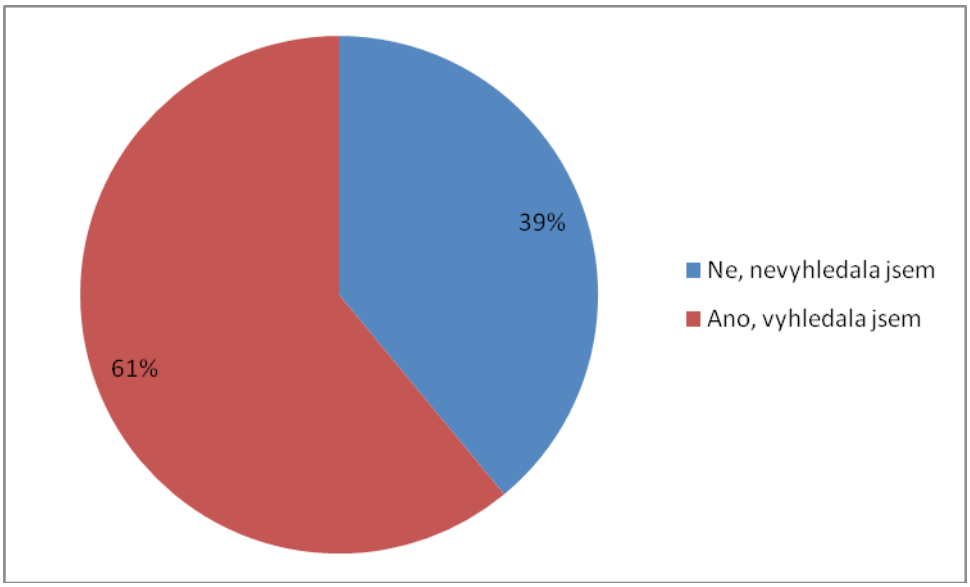
Kurz bazální stimulace absolvovaly 3 (4%) respondenti. Kurz rehabilitace 9 (11%) respondentů. Komunikaci s dementním klientem absolvovalo 12 (15%) respondentů. Ošeřovatelskou péči o klienta s demencí absolvovalo 34 (42%) respondentů. K rozvoji znalostí v péči o dementního klienta 23 (28%) respondentů neabsolvovalo žádný kurz. Více jako polovina dotazovaných respondentů absolvovalo kurz k rozvoji znalostí v péči o klienty s demencí.

Otázka č. 23

Vyhledáváte si sami nějaké informace o demenci, péči o klienta s demencí?

Tab. č. 23 Vzdělávání

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ne, nevyhledala jsem	28	39
Ano, vyhledala jsem	44	61
Celkem	72	100

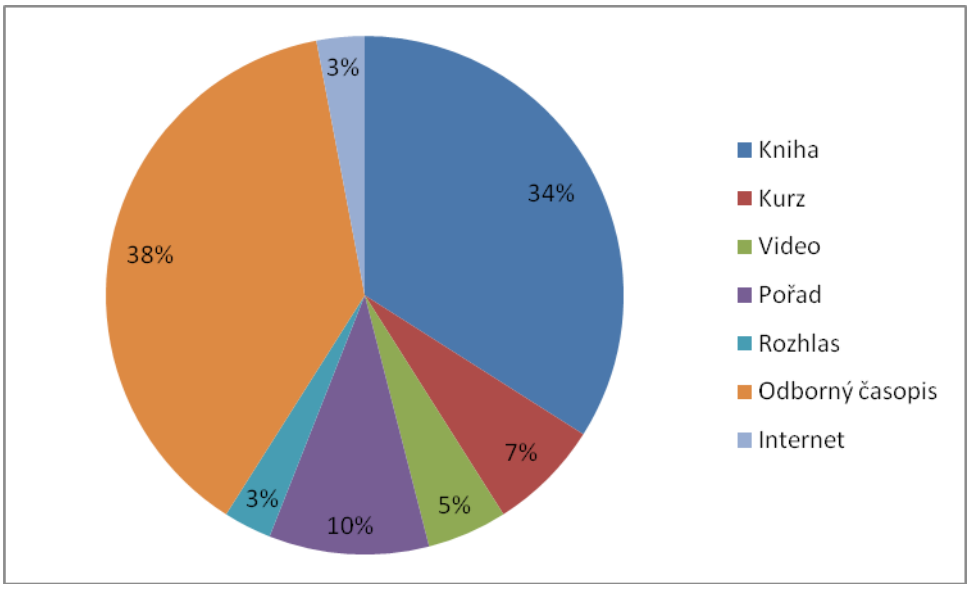


Graf č. 23 Vzdělávání

Informace o demenci, péči o klienta s demencí si nevyhledává 28 (39%) respondentů. Informace si vyhledává 44 (61%) respondentů. Více jako polovina dotazovaných respondentů si vyhledává informace potřebné k péči o klietna s demencí.

Tab. č. 24 Zdroje informací

	Absolutní četnost	**Relativní četnost (%)**
Kniha	33	34
Kurz	7	7
Video	5	5
Pořad	10	10
Rozhlas	3	3
Odborný časopis	37	38
Internet	3	3
Celkem	98	100



Graf č. 24 Zdroje informací

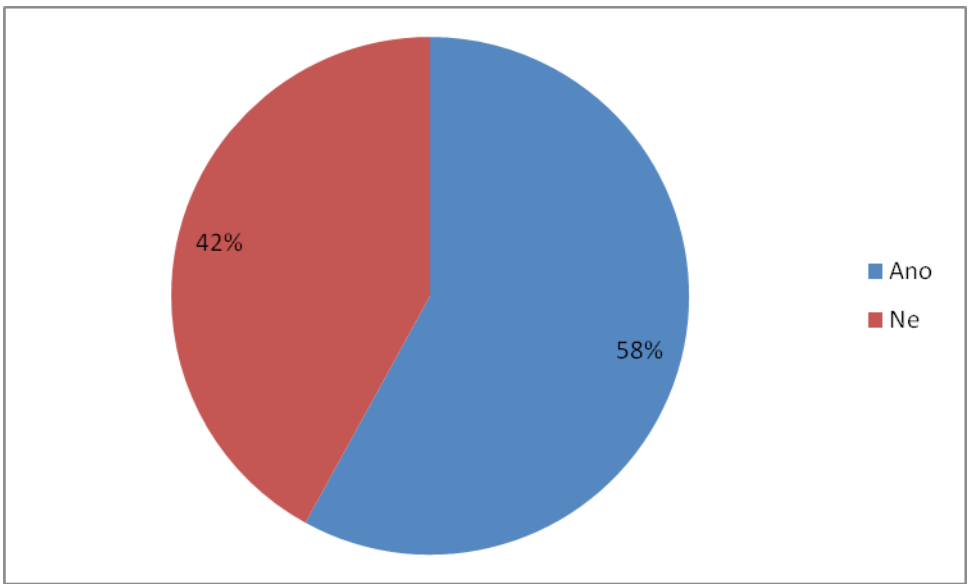
Z respondentů, kteří vyhledali informace nejčastěji čerpali informace z knihy 33 (34%) respondentů. Kurzem již respondentů méně 7 (7%) respondentů. Pomocí videa si vyhledává informace 5 (5%) respondentů. Pořadem 10 (10%) respondentů. Rozhlasem 3 (3%) respondentů. Pomocí odborného časopisu si vyhledává informace 37 (38%) respondentů. Internetem 3 (3%) respondentů.

Otázka č. 24

Navštívila jste nějaké jiné odborné zařízení zabývající se péči o dementní klienty?

Tab. č. 25 Návštěva jiného zařízení

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	42	58
Ne	30	42
Celkem	72	100

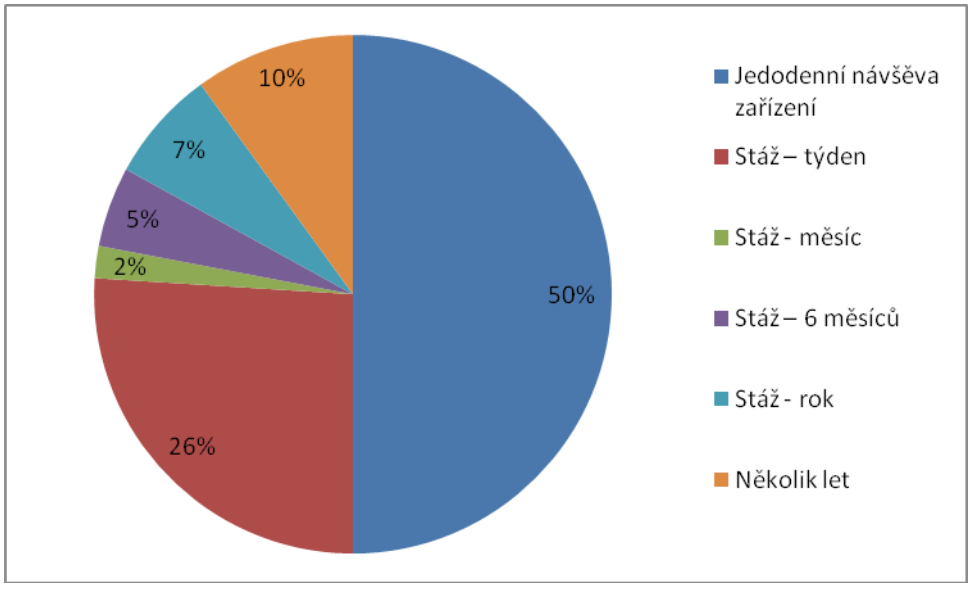


Graf č. 25 Návštěva jiného zařízení

Jiné odbroné zařízení zabývající se péčí o dementní klienty navštívilo 42 (58%) respondentů. Jiné odborné zařízení nenavštívilo 30 (42%) respondentů.

Tab. č. 26 Doba trvání stáže

	Absolutní četnost	**Relativní četnost (%)**
Jedodenní návštěva zařízení	21	50
Stáž – týden	11	26
Stáž - měsíc	1	2
Stáž – 6 měsíců	2	5
Stáž - rok	3	7
Několik let	4	10
Celkem	42	100



Graf č. 26 Doba trvání stáže

Jednodenní stáž na jiném odborném pracovišti absolvovalo 21 (50%) respondentů. Stáž na

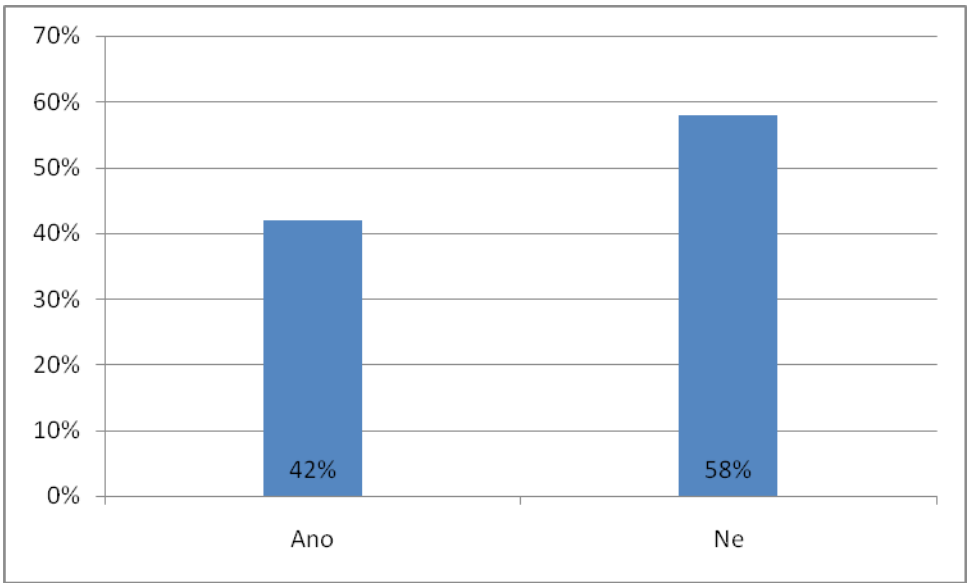
týden 11 (26%) respondentů. Měsíční stáž na jiném odborném oddělení 1 (2%) respondent. Půl roční stáž absolvovaly 2 (5%) respondenti. Roční stáž 3 (7%) respondenti. Několika letou stáž na jiném oddělení absolvovali 4 (10%) respondenti.

Otázka č. 25

Používáte v péči o klienta s demencí bazální stimulaci?

Tab. č. 27 Využití bazalní stimulace v praxi

	Absolutní četnost	**Relativní četnost (%)**
Ano	30	42
Ne	42	58
Celkem	72	100



Graf č. 27 Využití bazalní stimulace v praxi

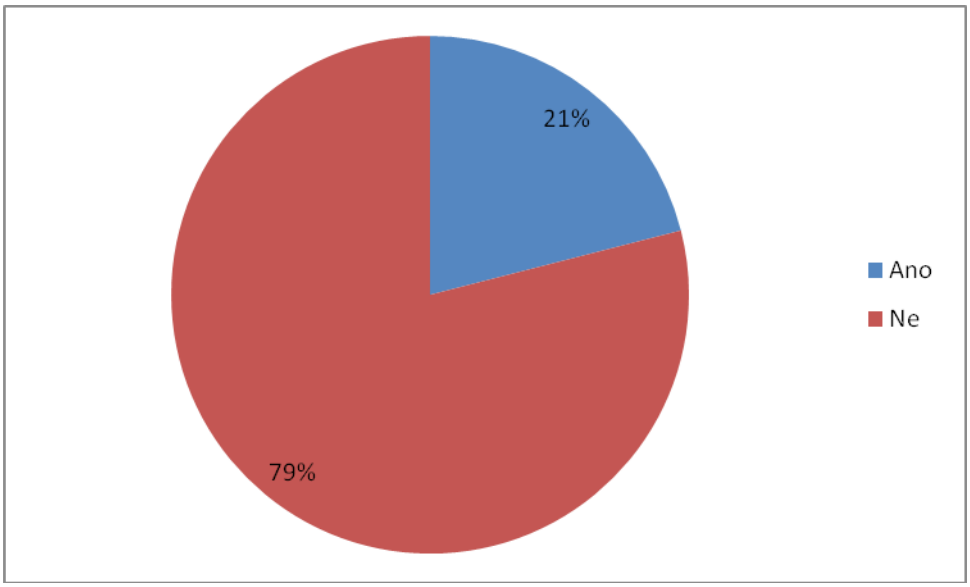
V péči o klienta využívá bazální stimulaci 30 (42%) respondentů. V praxi nepoužívá bazální stimulaci 42 (58%) respodentů. Více než polovina respondentů nepoužívá v péči o klienta s demencí bazální stimulaci.

Otázka č. 26

Vedete záznamy o bazální stimulaci, podle kterých postupují ostatní sestry?

Tab. č. 28 Vedení záznamů o bazální stimulaci

	Absolutní četnost	**Relativní četnost (%)**
Ano	15	21
Ne	57	79
Celkem	72	100



Graf č. 28 Vedení záznamů o bazální stimulaci

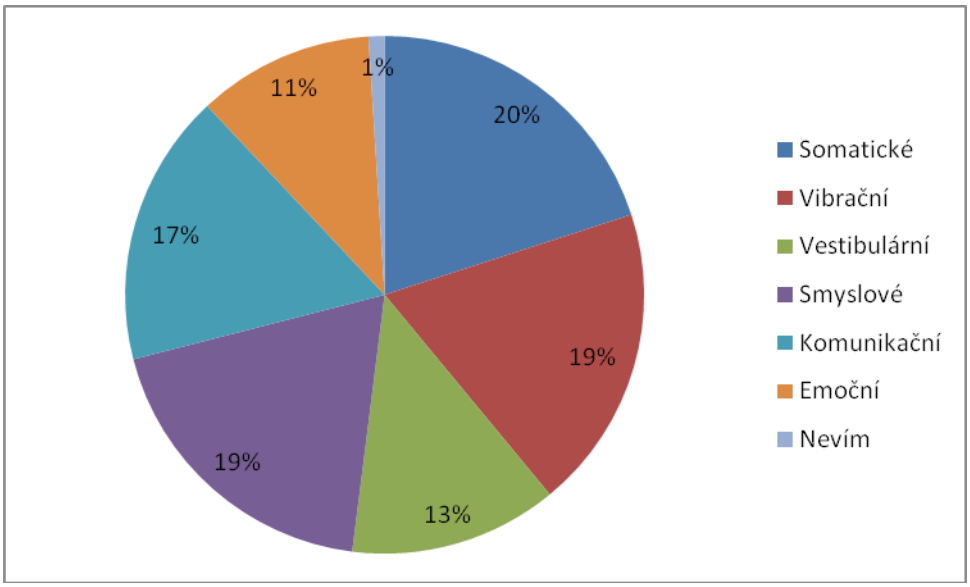
Záznamy o bazální stimulaci vede 15 (21%) respondentů, tedy skoro polovina těch, kteří ji provádějí. O bazální stimulaci nevede záznam 57 (79%) respondentů.

Otázka č. 27

Které podněty můžeme využívat v bazální stimulaci?

Tab. č. 29 Podněty využívané v bazální stimulaci

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Somatické	55	20
Vibrační	52	19
Vestibulární	36	13
Smyslové	52	19
Komunikační	46	17
Emoční	31	11
Nevím	3	1
Celkem	275	100



Graf č. 29 Podněty využívané v bazální stimulaci

Využití smyslových podnětů v bazální stimulaci předpokládá 55 (20%) respondentů. Vibrační 52 (19%) respondentů. Vestibulární podněty by využilo 36 (13%) respondentů. Smyslových podnětů 52 (19%) respondentů. Komunikační prvky vybralo 46 (17%) respondentů. Emoční podněty 31 (11%) respondentů. Nedokázali vybrat žádnou možnost 3 (1%) respondenti.

Otázka č. 28

Které prvky verbální komunikace uplatňujete ve vztahu ke klientu s demencí?

Tab. č. 30 Prvky verbální komunikace

	Abs. č.	**Relat č. (%)**	**Abs . č.**	**Relat. č. (%)**	**Abs. č.**	**Relat. č. (%)**	**Abs. č.**	**Relat. č. (%)**	**Abs. č.**	**Relat. č. (%)**
A	53	74	13	18	5	7	1	1	72	100
B	38	53	31	43	3	4	0	0	72	100
C	7	10	38	53	19	26	8	11	72	100
D	41	57	23	32	8	11	0	0	72	100
E	6	8	18	25	38	53	10	14	72	100
F	15	21	31	43	20	28	6	8	72	100
	Vždy	**Vždy**	**Někdy**	**Někdy**	**Občas**	**Občas**	**Nikdy**	**Nikdy**	**Celk.**	**Celk.**

V této otázce pro zjednodušení tabulky a grafů, jsem si jednotlivé pozorované oblasti pojmenovala dle písmen.

Legenda

A – Pomalá řeč

B – Klidný hlas

C – Nižší tón hlasu

D – Jednoduché věty

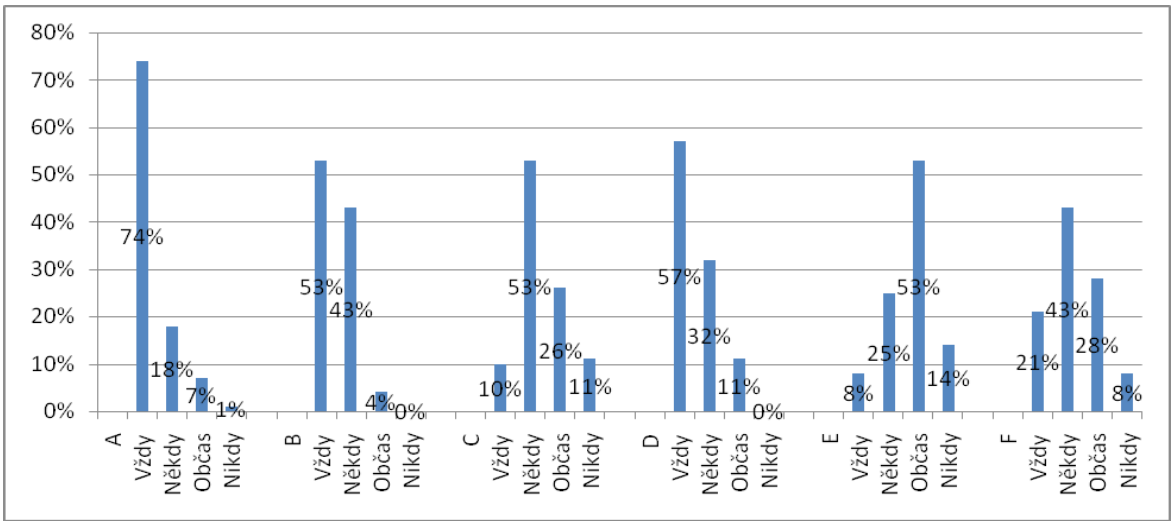
E – Vzhled

F – Haptika

Abs. č. – Absolutní četnost

Relat. č. – Relativní četnost

Celk. - Celkem



Graf č. 30 Prvky verbální komunikace

V této otázce sestry odpovídaly na to, zda používají speciální prvky v komunikaci s klientem s demencí. Prvek pomalé řeči využívá většina dotazovaných respondentů. Klidný hlas v komunikaci umí používat více jako polovina dotazovaných sester. Nižší tón hlasu umí používat více jako polovina sester. Jednoduché věty jako komunikační prvek umí používat většina dotazovaných sester. Na vzhled v komunikaci neklade důraz většina dotazovaných sester. Nejsou si vědomi významu vzhledu v komunikačním procesu. Haptiku v komunikaci umí použít více jako polovina dotazovaných sester.

Otázka č. 29

Které prvky nonverbální komunikace uplatnujete ve vztahu ke klientu s demencí?

Tab. č. 31 Prvky neverbální komunikace

	Abs. č.	**Relat Č. (%)**	**Abs . č.**	**Relat. č. (%)**	**Abs. č.**	**Relat. č. (%)**	**Abs. č.**	**Relat. č. (%)**	**Abs. č.**	**Relat. č. (%)**
A	59	82	13	18	0	0	0	0	72	100
B	30	42	39	54	3	4	0	0	72	100
C	25	35	41	57	6	8	0	0	72	100
D	25	35	24	33	22	31	1	1	72	100
E	5	7	15	21	23	32	29	40	72	100
	Vždy	**Vždy**	**Někdy**	**Někdy**	**Občas**	**Občas**	**Nikdy**	**Nikdy**	**Celk.**	**Celk.**

V této otázce pro zjednodušení tabulky a grafů, jsem si jednotlivé pozorované oblasti pojmenovala dle písmen.

A – Oční kontakt

B – Dotyky

C – Gesta

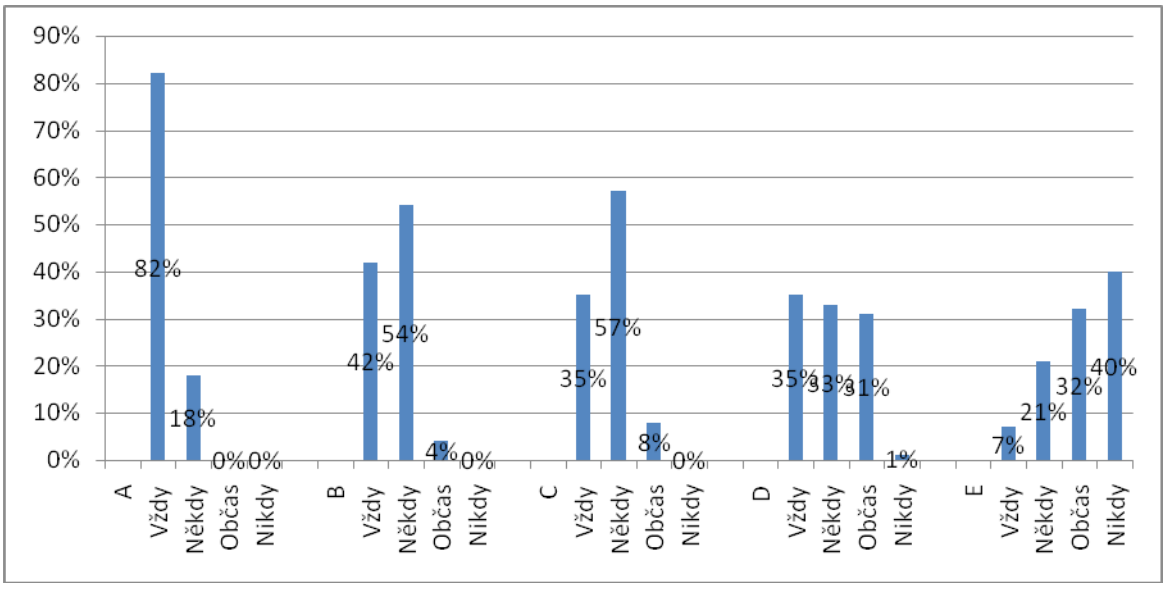
D – Klidné prostředí

E – Barvy

Abs. č. – Absolutní četnost

Relat. č. – Relativní četnost

Celk. - Celkem



Graf č. 31 Prvky neverbální komunikace

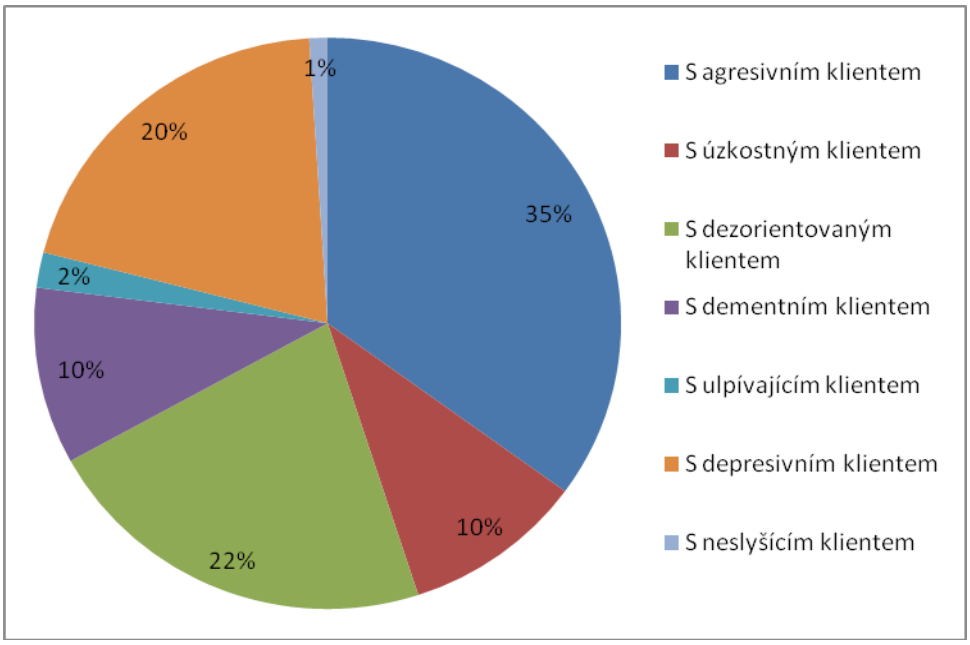
V otázce č. 29 odpovídaly dotazované sestry na to, zda používají neverbální komunikační prvky. Oční kontakt v komunikaci s klientem s demencí umí používat většina dotazovaných sester. Dotyk v komunikaci využívá více jako polovina respondentů. Gesta používá většina dotazovaných sester. O využití klidného prostředí v komunikaci je informována většina dotazovaných sester. Většina sester si není vědoma o použití barev komunikaci s klientem s demencí.

Otázka č. 30

Se kterým klientem se Vám nejhůře komunikuje?

Tab. č. 32 Problematická komunikace

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
S agresivním klientem	59	35
S úzkostným klientem	17	10
S dezorientovaným klientem	36	22
S dementním klientem	16	10
S ulpívajícím klientem	4	2
S depresivním klientem	34	20
S neslyšícím klientem	1	1
Celkem	167	100



Graf č. 32 Problematická komunikace

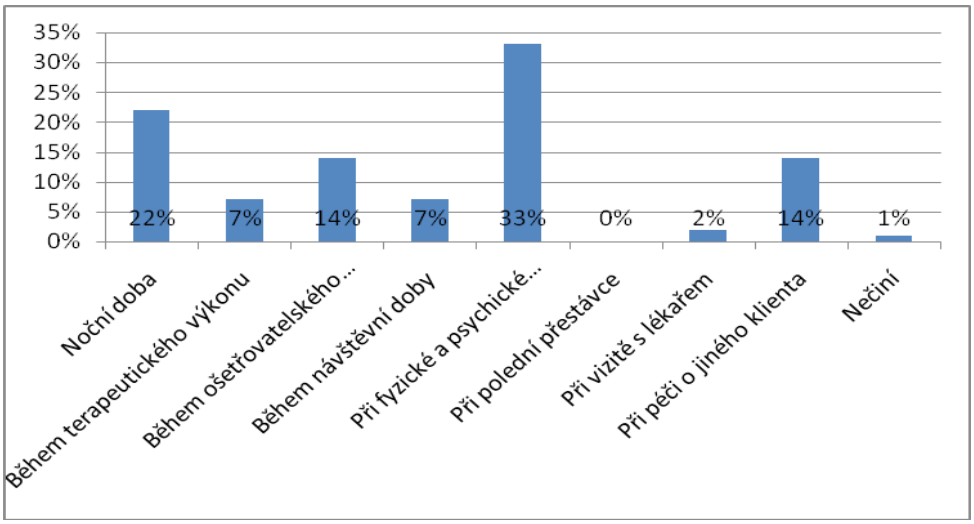
S agresivním klientem se nejhůře komunikuje 59 (35%) respondentům. S úzkostným klientem 17 (10%) respondentům. S dezorientovaným klientem se nejhůře komunikuje 36 (22%) respondentům. S dementním klientem 16 (10%) respondentům. S ulpívajícím klientem 4 (2%) respondentům. Obtížně se komunikuje s depresivním klientem 34 (20%) respondentům. S neslyšícím klientem 1 (1%) respondent.

Otázka č. 31

Kdy Vám činí největší potíže komunikace u klienta s demencí?

Tab. č. 33 Bariéry v komunikaci

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Noční doba	29	22
Během terapeutického výkonu	9	7
Během ošetřovatelského výkonu	18	14
Během návštěvní doby	9	7
Při fyzické a psychické nepohodě	43	33
Při polední přestávce	0	0
Při vizitě s lékařem	3	2
Při péči o jiného klienta	18	14
Nečiní	1	1
Celkem	130	100



Graf č. 33 Bariéry v komunikaci

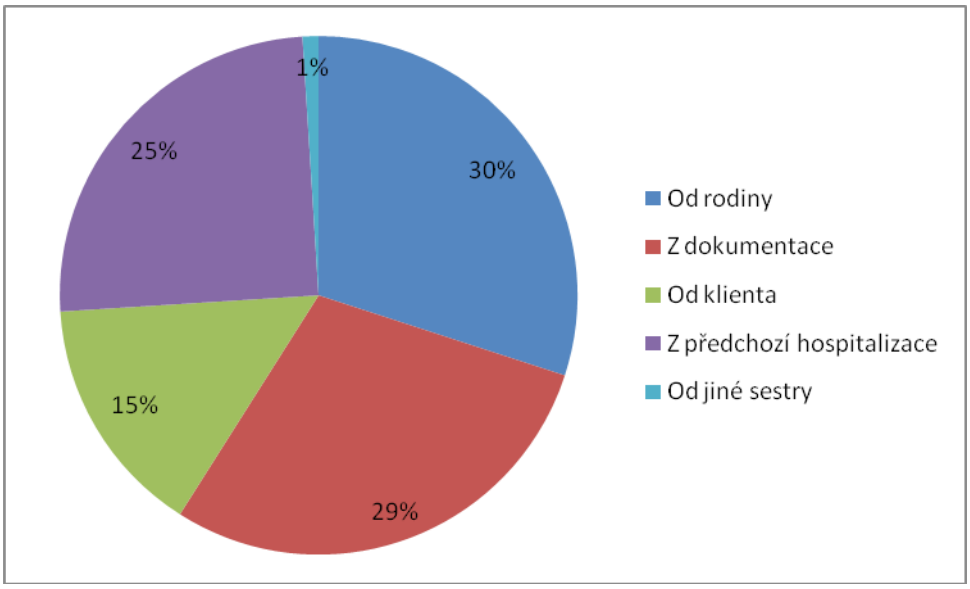
Noční doba činí potíže v komunikaci s klientem s demencí 29 (22%) respondentům. Během terapeutického výkonu a v průběhu návštěv činí komunikace potíže 9 (7%) respondentům. Během ošetřovatelského výkonu a při péči o jiného klienta obtížně komunikuje 18 (14%) respondentů. Při fyzické a psychické nepohodě se obtížně komunikuje s klientem s demencí 43 (33%) respondentům. Při vizitě s lékařem činí obtíže 3 (2%) respondentům.

Otázka č. 32

Jakým způsobem získáváte informace o klientovi?

Tab. č. 34 Získávání informací

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Od rodiny	70	30
Z dokumentace	67	29
Od klienta	34	15
Z předchozí hospitalizace	57	25
Od jiné sestry	2	1
Celkem	230	100



Graf č. 34 Získávání informací

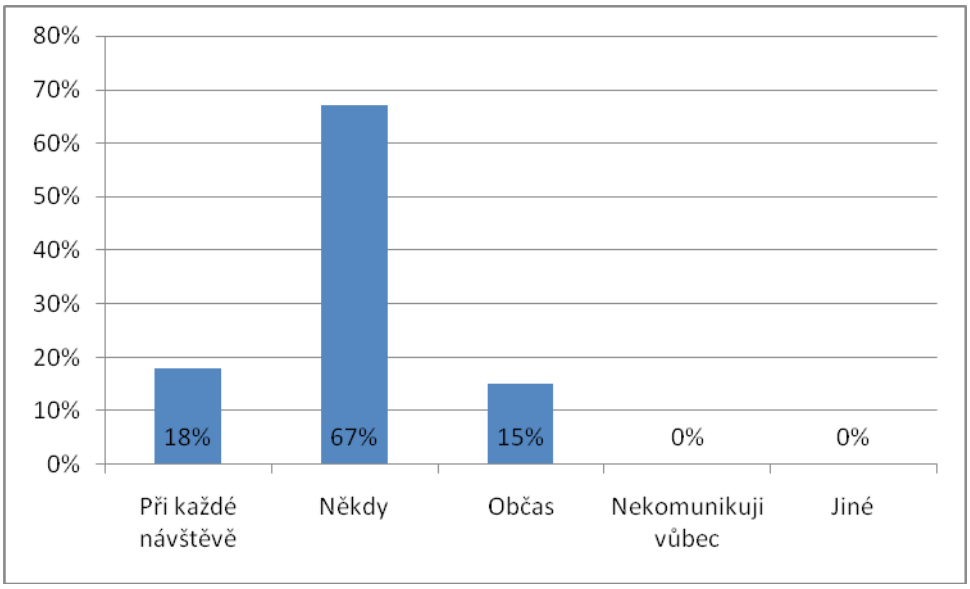
Od rodiny získává informace o klientovi 70 (30%) respondentů. Z dokumentace 67 (29%) respondentů. Od klienta získává informace 34 (15%) respondentů. Z předchozí hospitalizace 57 (25%) respondentů. Od jiné sestry informace získává 2 (1%) respondenti.

Otázka č. 33

Jak často komunikujte s rodinou klienta?

Tab. č. 35 Komunikace s rodinou

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Při každé návštěvě	13	18
Někdy	48	67
Občas	11	15
Nekomunikuji vůbec	0	0
Jiné	0	0
Celkem	72	100



Graf č. 35 Komunikace s rodinou

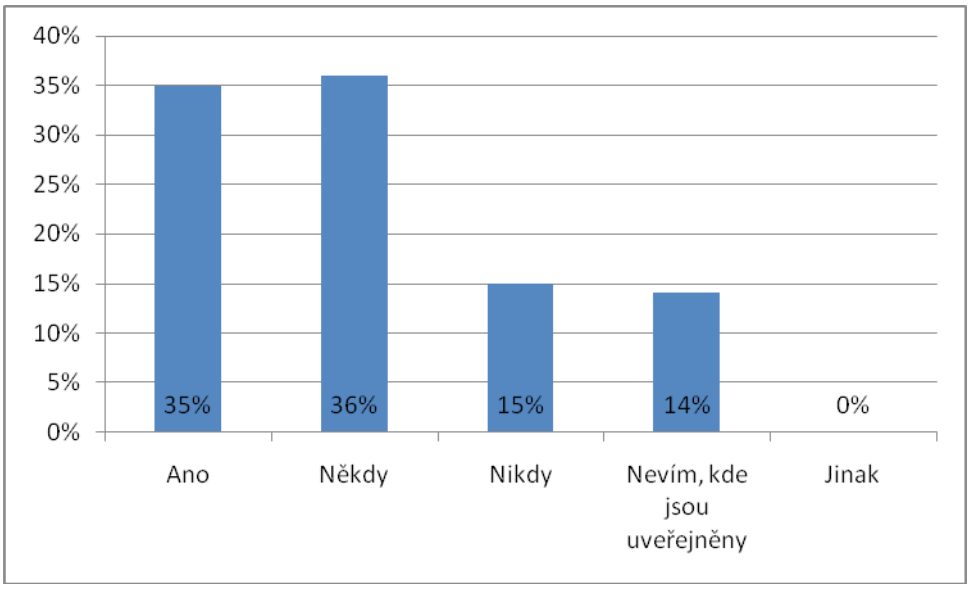
Při každé návštěvě komunikuje s rodinou 13 (18%) respondentů. Někdy komunikuje s rodinou 48 (67%) respondentů. Občas 11 (15%) respondentů. Nekomunikuje vůbec s rodinou 0 (0%) respondentů. Jiný názor mělo 0 (0%) respondentů.

Otázka č. 34

Informujete klienty a jejich rodiny o právech pacientů s demencí?

Tab. č. 36 Informovanost o právech pacientů

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	25	35
Někdy	26	36
Nikdy	11	15
Nevím, kde jsou uveřejněny	10	14
Jinak	0	0
Celkem	72	100



Graf č. 36 Informovanost o právech pacientů

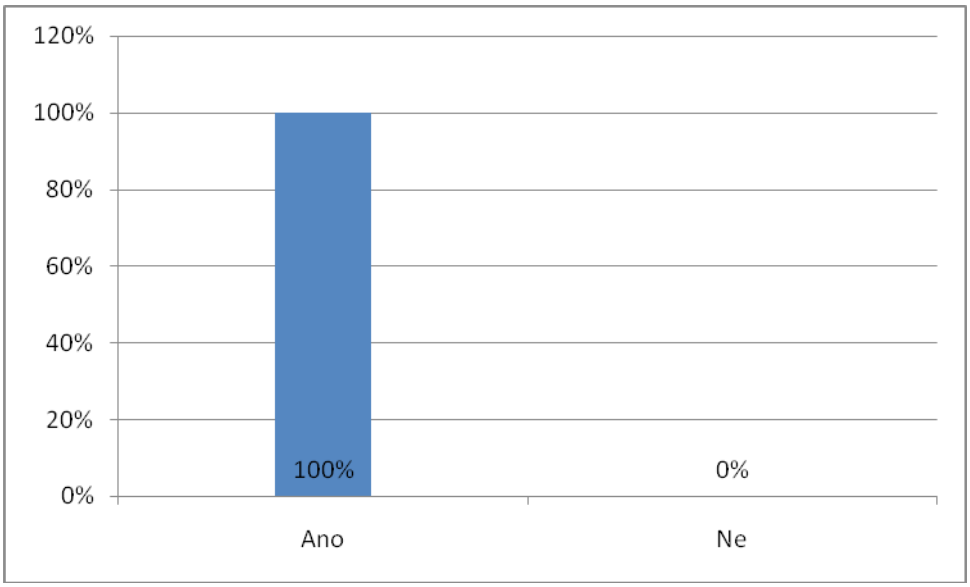
Klienty a jejich rodiny informuje o právech klientů s demencí 25 (35%) respondentů. Někdy informuje 26 (36%) respondentů. Nikdy neinformuje klienty a jejich rodiny 11 (15%) respondentů. Kde jsou uveřejněna práva pacientů s demencí neví 10 (14%) respondentů. Jinak informuje 0 (0%) respondentů.

Otázka č. 35

Potřebují osoby pečující o dementního klienta péči?

Tab. č. 37 Péče o pečovatele

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	72	100
Ne	0	0
Celkem	72	100

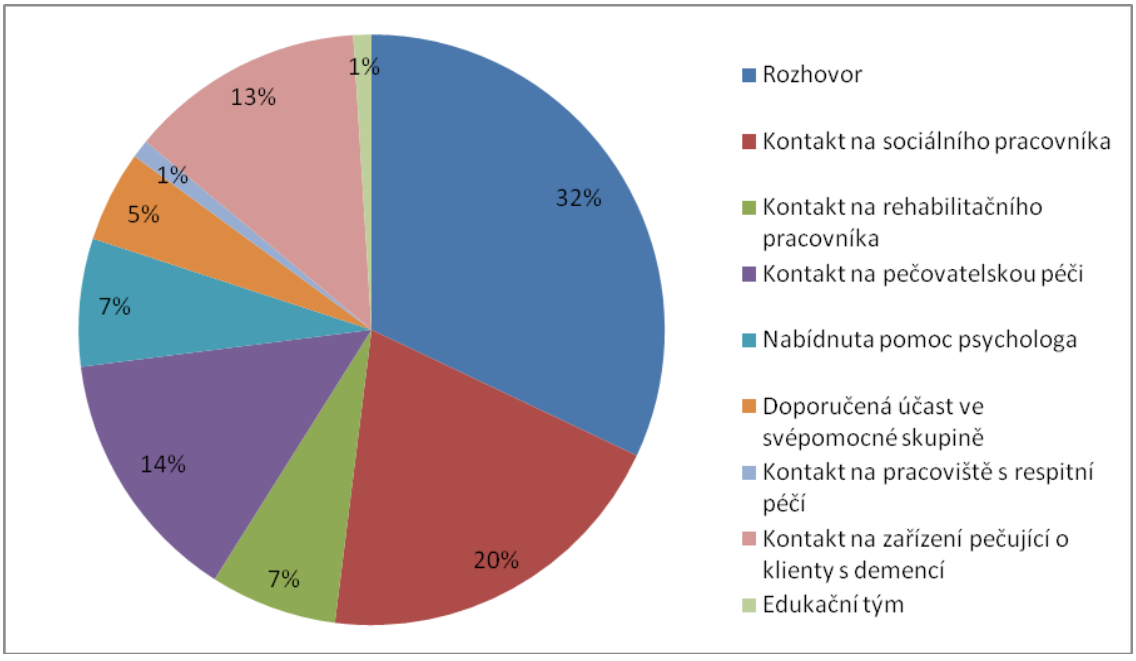


Graf č. 37 Péče o pečovatele

Pečující osoby o dementního klienta potřebují péči odpovědělo 72 (100%) respondentů. Osoby pečující o klienty s demencí nepotřebují péči odpovědělo 0 (0%) respondentů.

Tab. č. 38 Způsob pomoci příbuzným

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Rozhovor	68	32
Kontakt na sociálního pracovníka	42	20
Kontakt na rehabilitačního pracovníka	16	7
Kontakt na pečovatelskou péči	31	14
Nabídnuta pomoc psychologa	14	7
Doporučená účast ve svépomocné skupině	11	5
Kontakt na pracoviště s respitní péčí	3	1
Kontakt na zařízení pečující o klienty s demencí	28	13
Edukační tým	2	1
Celkem	215	100



Graf č. 38 Způsob pomoci příbuzným

Rozhovorem 68 (32%) respondentů směřovalo pomoc příbuzným klientů s demencí. Kontakt na sociálního pracovníka odpovědělo 42 (20%) respondentů. Kontaktem na rehabilitačního pracovníka by pomohlo 16 (7%) respondentů. Kontakt na pečovatelskou službu poskytlo 31 (14%) respondentů. Pomoc psychologa by nabídlo 14 (7%) respondentů. Účast ve svépomocné skupině by

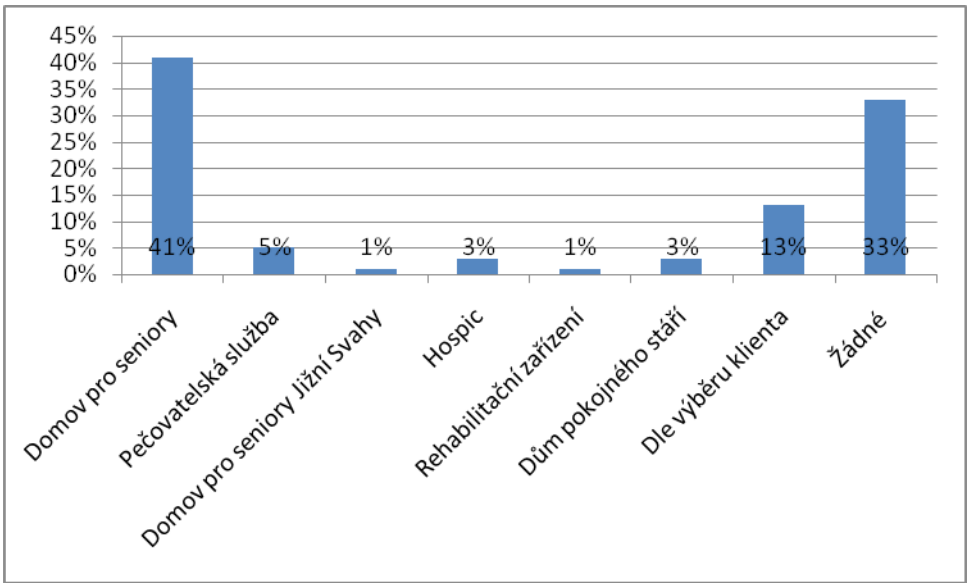
doporučilo 11 (5%) respondentů. Kontakt na pracoviště s respitní péčí odpovědělo 3 (1%) respondenti. Kontakt na zařízení pečující o dementní klienty by poskytlo 28 (13%) respondentů. Pomoc edukačního týmu by volili 2 (1%) respondentů.

Otázka č. 36

Které zařízení doporučujete klientům a jejich rodinám v rámci svého regionu?

Tab. č. 39 Zařízení pro klienty s demencí

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Domov pro seniory	32	41
Pečovatelská služba	4	5
Domov pro seniory Jižní Svahy	1	1
Hospic	2	3
Rehabilitační zařízení	1	1
Dům pokojného stáří	2	3
Dle výběru klienta	10	13
Žádné	26	33
Celkem	78	100



Graf č. 39 Zařízení pro klienty s demencí

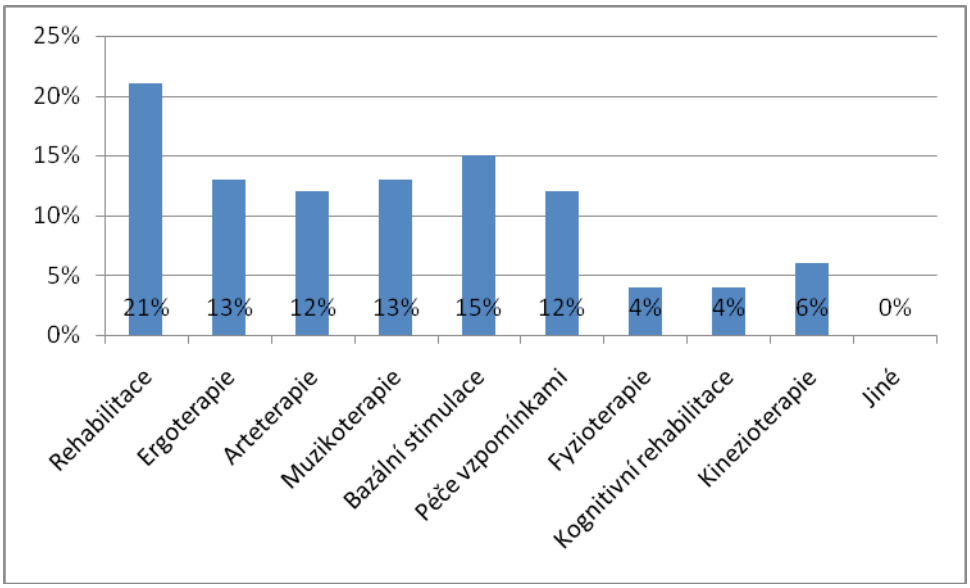
Domov pro seniory doporučuje klientům 32 (41%) respondentů. Pečovatelskou službu 4 (5%) respondenti. Domov pro seniory Jižní Svahy doporučuje 1 (1%) respondent. Hospic 2 (3%) respondenti. Dům pokojného stáří klientům doporučují 2 (3%) respondenti. Dle výběru klienta 10 (13%) respondentů. Žádné zařízení nedoporučuje 26 (33%) respondentů.

Otázka č. 37

Při výběru zařízení pro klienty s demencí budete upřednostňovat z nabídky služeb?

Tab. č. 40 Nabídka služeb

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Rehabilitace	55	21
Ergoterapie	34	13
Arteterapie	30	12
Muzikoterapie	34	13
Bazální stimulace	39	15
Péče vzpomínkami	32	12
Fyzioterapie	11	4
Kognitivní rehabilitace	10	4
Kinezioterapie	16	6
Jiné	0	0
Celkem	261	100



Graf č. 40 Nabídka služeb

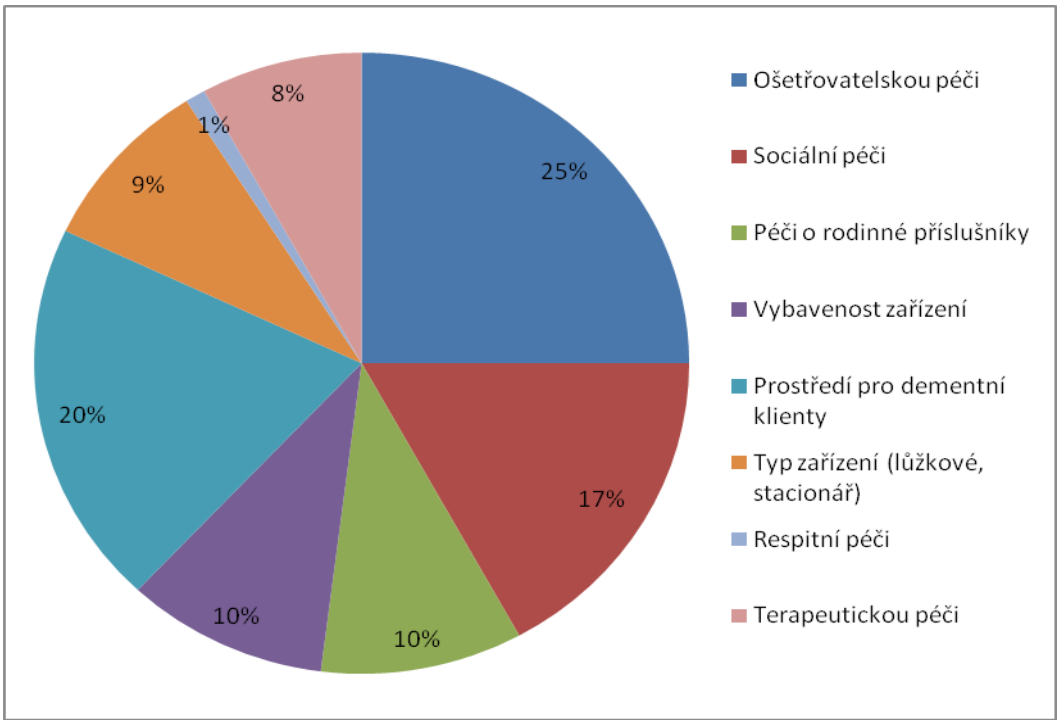
Rehabilitaci upřednostňuje 55 (21%) respondentů. Ergoterapii při výběru zařízení upřednostňuje 34 (13%) respondentů. Arteterapii volilo 30 (12%) respondentů. Muzikoterapii zvolilo 34 (13%) respondentů. Bazální stimulaci dává přednost 39 (15%) respondentů. Péči vzpomínkami upřednostňuje 32 (12%) respondentů. Fyzioterapie zvolilo 11 (4%) respondentů. Kognitivní rehabilitaci dalo přednost 10 (4%) respondentů. Kinezioterapii volilo 16 (6%) respondentů.

Otázka č. 38

Jestliže doporučujete klienty do zařízení, na co kladete důraz mimo výše uvedených?

Tab. č. 41 Podmínky výběru zařízení

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ošetřovatelskou péči	64	25
Sociální péči	43	17
Péči o rodinné příslušníky	27	10
Vybavenost zařízení	27	10
Prostředí pro dementní klienty	52	20
Typ zařízení (lůžkové, stacionář)	23	9
Respitní péči	3	1
Terapeutickou péči	20	8
Celkem	259	100



Graf č. 41 Podmínky výběru zařízení

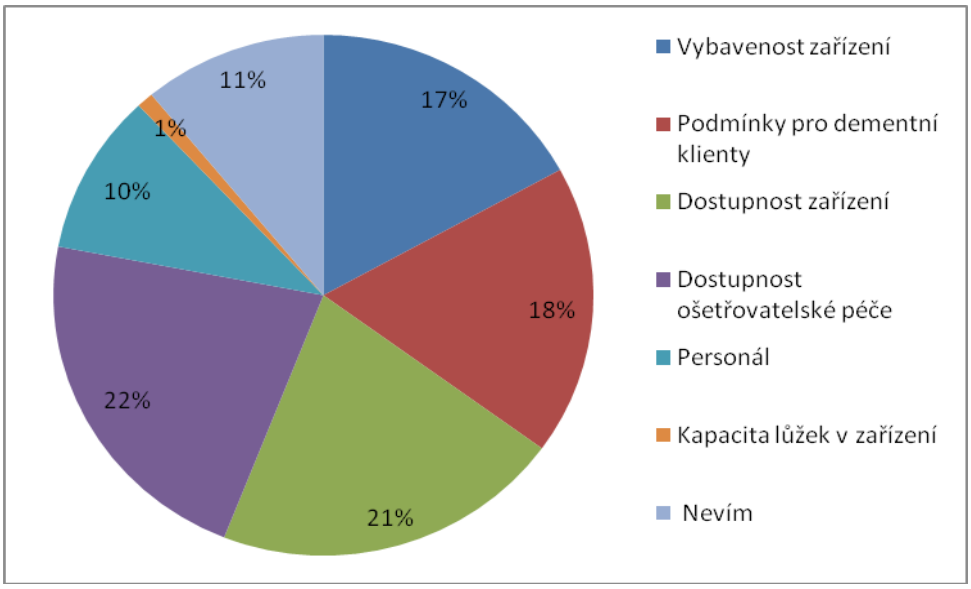
Na ošetřovatelskou péči klade důraz při výběru zařízení 64 (25%) respondentů. Na vybavenost zařízení 27 (10%) respondentů. Prostředí pro klienty zajímá 52 (20%) respondentů. Typ zařízení odpovědělo 23 (9%) respondentů. Na respitní péči klade důraz 3 (1%) respondentů. Terapeutickou péči zajímá 20 (8%) respondentů.

Otázka č. 39

Co je pozitivní na Vámi doporučovaném zařízení?

Tab. č. 42 Pozitiva zařízení

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Vybavenost zařízení	27	17
Podmínky pro dementní klienty	28	18
Dostupnost zařízení	33	21
Dostupnost ošetřovatelské péče	35	22
Personál	16	10
Kapacita lůžek v zařízení	2	1
Nevím	18	11
Celkem	159	100



Graf č. 42 Pozitiva zařízení

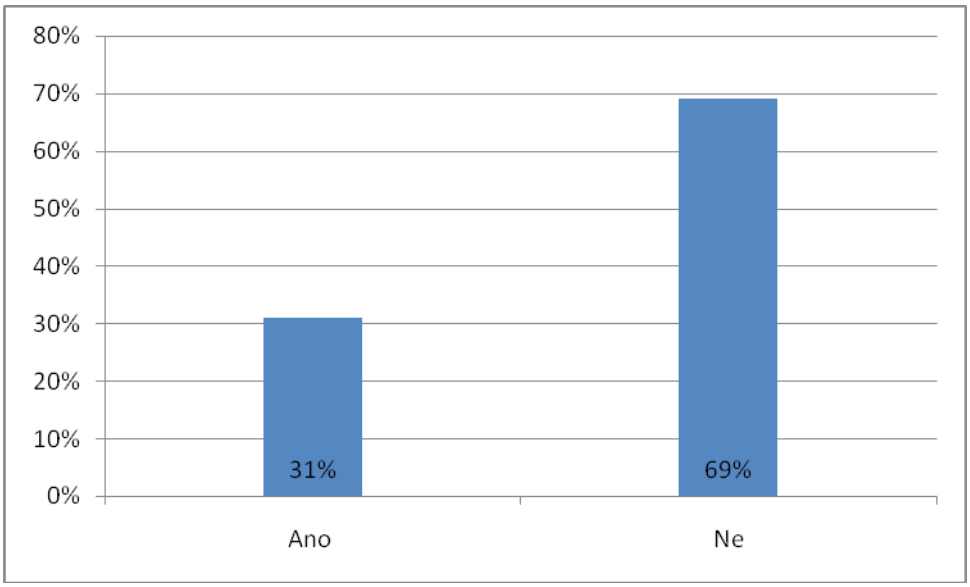
Podmínky pro dementní klienty zhodnotilo 28 (18%) respondentů jako pozitivní při výběru zařízení. Dostupnost zařízení 33 (21%) respondentů. Dostupnost ošetřovatelské péče odpovědělo 35 (22%) respondentů. Personál ohodnotilo pozitivně 16 (10%) respondentů. Kapacitu lůžek v zařízení 2 (1%) respondenti. Na výběru zařízení neví co je pozitivní 18 (11%) respondentů.

Otázkač. 40

Máte přímou zkušenost s některým s těchto zařízení?

Tab. č. 43 Přímá zkušenost se zařízením

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	22	31
Ne	50	69
Celkem	72	100

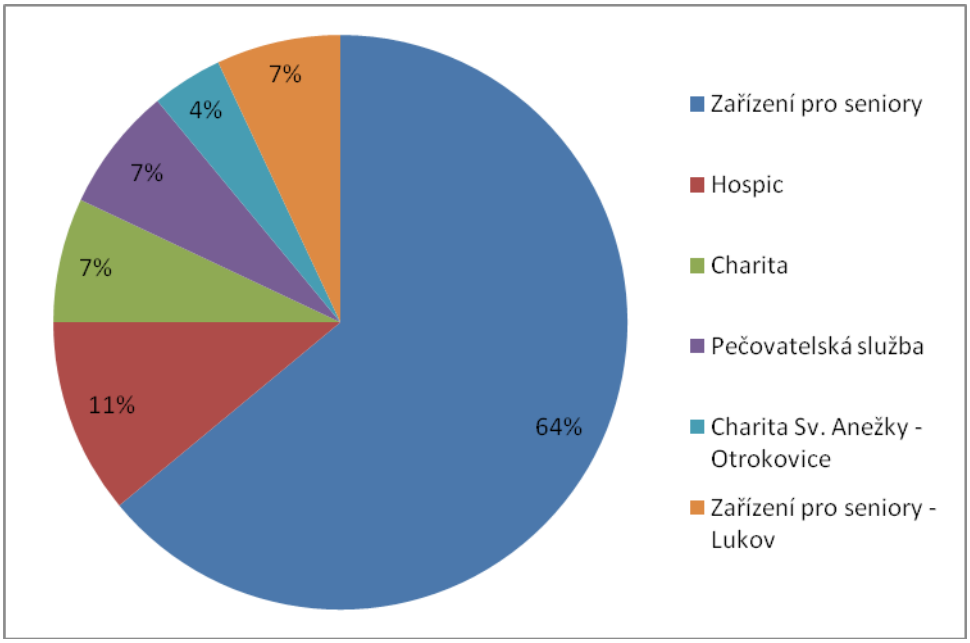


Graf č. 43 Přímá zkušenost se zařízením

Přímou zkušenost s doporučovaným zařízením má 22 (31%) respondentů. Žádnou zkušenost se zařízením nemá 50 (69%) respondentů. Více než polovina dotazovaných respondentů nemá přímou zkušenost s jiným zařízením pro klienty s demencí.

Tab. č. 44 Zařízení

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Zařízení pro seniory	18	64
Hospic	3	11
Charita	2	7
Pečovatelská služba	2	7
Charita Sv. Anežky - Otrokovice	1	4
Zařízení pro seniory - Lukov	2	7
Celkem	28	100



Graf č. 44 Zařízení

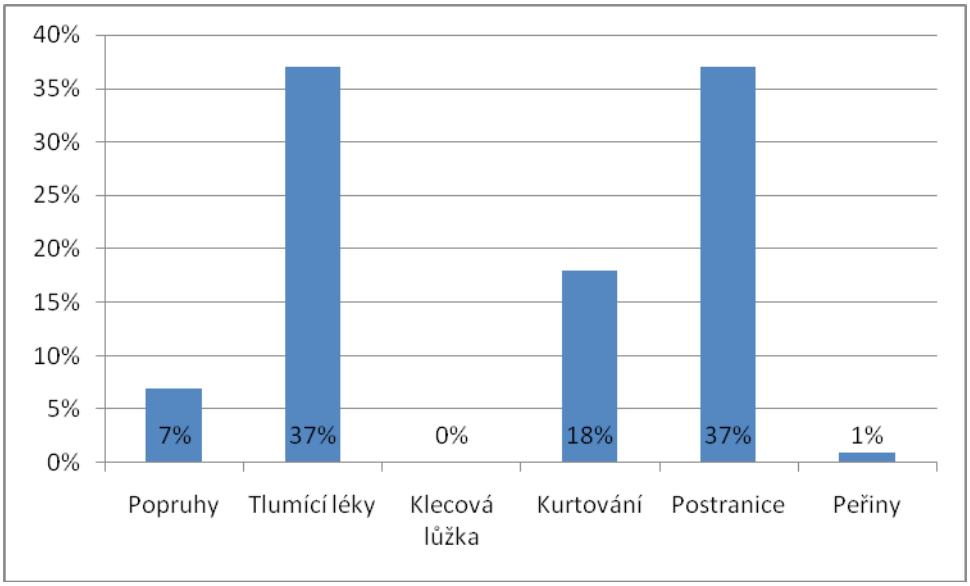
Se zařízením pro seniory má přímou zkušenost 18 (64%) respondentů. S hospicem 3 (11%) respondenti. S charitou má zkušenost 2 (7%) respondenti. S pečovatelskou službou 2 (7%) respondenti. S charitou Sv. Anežky v Otrokovicích má přímou zkušenost 1 (4%) respondent. Se zařízením pro seniory v Lukově 2 (7%) respondenti.

Otázka č. 41

Jaké omezovací prostředky používáte na oddělení?

Tab. č. 45 Omezovací prostředky

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Popruhy	11	7
Tlumící léky	59	37
Klecová lůžka	0	0
Kurtování	29	18
Postranice	59	37
Peřiny	1	1
Celkem	159	100



Graf č. 45 Omezovací prostředky

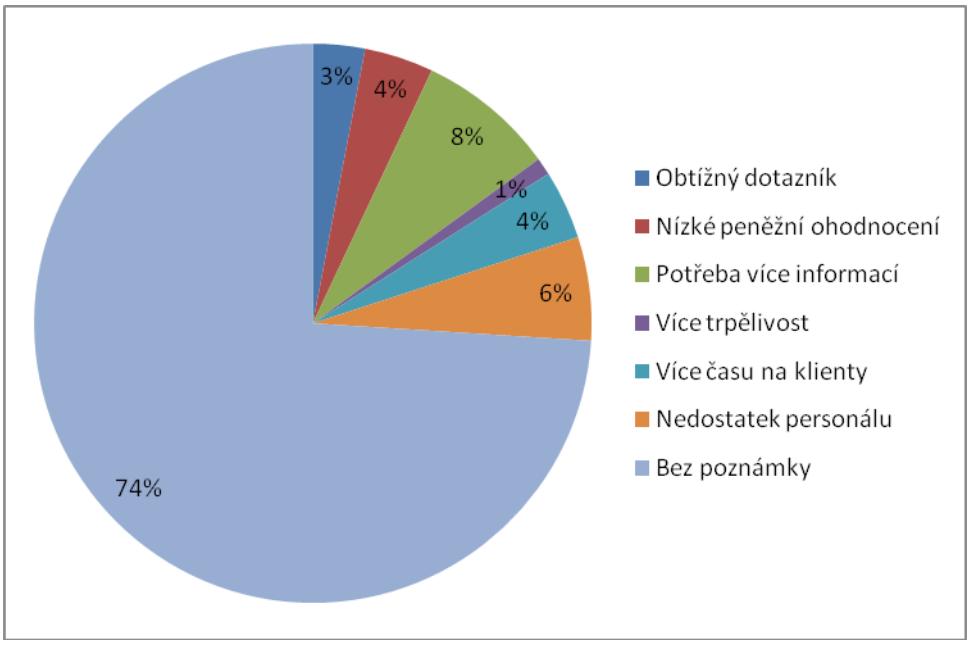
Popruhy používá na oddělení 11 (7%) respondentů. Tlumící léky a postranice využívá 59 (37%) respondentů. Klecová lůžka používá 0 (0%) respondentů. Kurtování klientů volí 29 (18%) respondentů. Omezení pomocí peřin 1 (1%) respondentů. Nejvíce jsou v péči o klienty s demencí používány tlumící léky a postranice.

Otázka č. 42

Prostor pro Váš názor?

Tab. č. 46 Váš názor

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Obtížný dotazník	2	3
Nízké peněžní ohodnocení	3	4
Potřeba více informací	6	8
Více trpělivost	1	1
Více času na klienty	3	4
Nedostatek personálu	4	6
Bez poznámky	53	74
Celkem	72	100



Graf č. 46 Váš názor

Dotazník byl obtížný pro 2 (3%) respondentů. Nízké peněžní ohodnocení zodpověděly 3 (4%) respondenti. Potřebu více informací cítí 6 (8%) respondentů. Více trpělivosti by si přál 1 (1%) respondent. Více času na klienty odpověděli 3 (4%) respondenti. Na nedostatek personálu si stěžují 4 (6%) respondenti. Otázku bez poznámky zodpovědělo 53 (74%) respondentů.

10 TESTOVÁNÍ HYPOTÉZ

Hypotéza č. 1.1

Hypotéza alternativní:

Předpokládám, že všeobecné sestry znají význam a druhy neverbální komunikace v péči o klienta s demencí.

Hypotéza nulová:

Předpokládám, že polovina všeobecných sester znají význam a druhy neverbální komunikace v péči o klienta s demencí. Polovina všeobecných sester neznají význam a druhy neverbální komunikace v péči o klienta s demencí.

Výpočet:

Tab. č. 47 hypotéza 1.1

	P	**O**	**P - O**	**$(P - O)^2$**	**$(P - O)^2$: O**
Splnily	55	36	19	361	10,03
Nesplnily	17	36	-19	361	10,03
					$\sum = 20,06$

$X^2 = 20,06$

Určena byla hladina významnosti 5 %.

$5,99 < 20,06$

Nulová hypotéza se tedy nepotvrdila.

Hypotéza č. 1.2

Hypotéza alternativní:

Předpokládám, že všeobecné sestry znají význam a druhy verbální komunikace v péči o klienta s demencí.

Nulová hypotéza:

Předpkládám, že polovina všeobecných sester zná význam a druhy verbální komunikace v péči o klienta s demencí. Polovina všeobecných sester nezná význam a druhy verbální komunikace v péči o klienta s demencí.

Výpočet:

Tab. č. 48 Hypotéza 1.2

	P	**O**	**P - O**	**$(P – O)^2$**	**$(P – O)^2$:O**
Splnily	47	36	11	121	3,36
Nesplnily	25	36	- 11	121	3,36
					$\sum$ = 6,72

$X^2 = 6,72$

Určena byla hladina významnosti 5 %.

5,99 < 6,72

Nulová hypotéza se tedy nepotvrdila.

Hypotéza č. 1.3

Hypotéza alternativní:

Předpokládám, že všeobecné sestry byly proškoleny v komunikaci s dementním klientem.

Nulová hypotéza:

Předpokládám, že polovina všeobecných sester byla proškolena v komunikaci s dementním klientem. Polovina všeobecných sester nebyla proškolena v komunikaci s demencí.

Výpočet:

Tab. č. 49 Hypotéza č. 1.3

	P	**O**	**P - O**	**$(P - O)^2$**	**$(P - O)^2$:O**
Splnily	48	36	12	144	4,00
Nesplnily	24	36	- 12	144	4,00
					$\sum$ = 8,00

$X^2 = 8,00$

Určena byla hladina významnosti 5 %.

5,99 < 8,00

Nulová hypotéza se tedy nepotvrdila.

Hypotéza 1.4

Hypotéza alternativní:

Předpokládám, že všeobecné sestry vyhledávají potřebné informace o péči o klienta s demencí.

Hypotéza nulová:

Předpokládám, že polovina všeobecných sester vyhledává potřebné informace o klienta s demencí. Polovina všeobecných sester nevyhledává potřebné informace o klientovi s demencí.

Výpočet:

Tab. č. 50 Hypotéza č. 1.4

	P	**O**	**P - O**	**$(P - O)^2$**	**$(P - O)^2 : O$**
Splnily	59	36	23	529	14,69
Nesplnily	13	36	- 23	529	14,69
					$\sum$ = 29,38

$X^2 = 29,38$

Určena byla hladina významnosti 5 %.

5,99 < 29,38

Nulová hypotéza se tedy nepotvrdila.

Hypotéza č. 2.1

Hypotéza alternativní:

Předpokládám, že všeobecné sestry umí speciální komunikační prvky v komunikaci s klientem.

Hypotéza nulová:

Předpokládám, že polovina všeobecných sester umí speciální komunikační prvky v komunikaci s klientem. Polovina všeobecných sester neumí speciální komunikační prvky v komunikaci s klientem.

Výpočet:

Tab. č. 51 Hypotéza č. 2.1

	P	**O**	**P - O**	**$(P - O)^2$**	**$(P - O)^2 : O$**
Splnily	49	36	13	169	4,69
Nesplnily	23	36	- 13	169	4,69
					$\sum = 9,38$

$X^2 = 9,38$

Určena byla hladina významnosti 5 %.

$5,99 < 9,38$

Nulová hypotéza se tedy nepotvrdila.

Hypotéza č. 3.1

Hypotéza alternativní:

Předpokládám, že všeobecné sestry znají Českou alzheimerovskou společnost a jiné společnosti pomáhající lidem s demencí.

Hypotéza nulová:

Předpokládám, že polovina všeobecných sester zná Českou alzheimerovskou společnost a jiné společnosti pomáhající lidem s demencí. Polovina všeobecných sester nezná Českou alzheimerovskou společnost a jiné společnosti pomáhající lidem s demencí.

Výpočet:

Tab. č. 52 Hypotéza č. 3.1

	P	**O**	**P - O**	**$(P - O)^2$**	**$(P - O)^2 : O$**
Splnily	49	36	13	169	4,69
Nesplnily	23	36	-13	169	4,69
					$\sum = 9,38$

$X^2 = 9,38$

Určena byla hladina významnosti 5 %.

$5,99 < 9,38$

Nulová hypotéza se tedy nepotvrdila.

Hypotéza 3.3

Hypotéza alternativní:

Předpokládám, že všeobecné sestry znají zařízení, kde se pečuje o klienty s demencí ve zlínském regionu.

Hypotéza nulová:

Předpokládám, že polovina všeobecných sester zná zařízení, kde se pečuje o klienty s demencí ve zlínském regionu. Polovina všeobecných sester nezná zařízení, kde se pečuje o klienty s demencí ve zlínském regionu.

Výpočet:

Tab. č. 53 Hypotéza č. 3.3

	P	**O**	**P - O**	**$(P - O)^2$**	**$(P - O)^2 : O$**
Splnily	48	36	12	144	4
Nesplnily	24	36	-12	144	4
					$\sum = 8$

$X^2 = 8{,}00$

Určena byla hladina významnosti 5 %.

$5{,}99 < 8{,}00$

Nulová hypotéza se tedy nepotvrdila.

11 ŠETŘENÍ V TERÉNU

V rámci praxe během studia jsem navštívila některé pracoviště zabývající se péči o dementní klienty. Mezi ně patří, Gerontologické centrum v Krajské nemocnici Tomáše Bati a Občanské sdružení Hvězda – Senior centrum.

Gerontologické centrum

Je zařízení typu léčeben dlouhodobě nemocných, kde je prováděna celková péče o klienta s demencí. Jsou zde lůžka akutní geriatrie, jednotka intenzivní péče, lůžka následné a rehabilitační péče a ošetřovatelská lůžka. Péči zde hradí pojišťovna.

Ošetřovatelská péče je zde na vysoké úrovni, prováděna dle standardů. Využití volného času je zde velmi malé, klienti jsou zde aktivizováni rehabilitační sestrou. Jsou zde využívány antidekubitární pomůcky. V zařízení se můžete obrátit na rehabilitační pracovnici a logopeda. Pacienti se po oddělení pohybují v ústavním oblečení, myslím si, že by se mohly přes den používat denní oblečení. Mohla by zde být i větší spolupráce s rodinou, pouze za předpokladu zájmu z obou stran.

Senior centrum Hvězda

Je zařízení poskytující ubytování, stravování, sociální služby, zdravotní péči. Péče je zde v souladu s Evropskou chartou práv a svobod seniorů. Den je vyplněn různými formami rehabilitace a terapie. Hodně je zde využívána arteterapie, muzikoterapie, kinezioterapie. Budova je vybavena moderním zařízením přizpůsobeným potřebám klientů jako je bezbariérových přístupů po celém areálu. Jsou zde využívány antidekubitární pomůcky. Klienti jsou oblečení do domácího denního oblečení. Návštěva rodiny zde není časově omezena.

Práce s geriatrickými klienty je velmi náročná, vyčerpávající. Charakter a náročnost práce všeobecných sester záleží na typu oddělení. Nezapomínejte však, že i pacient je člověk, jako každý z nás.

12 DISKUZE

Na začátku praktické části jsem uvedla tři cíle a devět hypotéz, které jsem si stanovila. V této části bakalářské práce se zaměřím na jejich zhodnocení. Přes relativně malý vzorek respondentů, považuji tento průzkum za ukázku toho, jak sestry umí komunikovat s klientem s demencí.

K dosažení stanovených cílů a ověření hypotéz jsme použila dotazník. Dotazník byl určený všeobecným sestrám v kontaktu s klientem s demencí. Odpovědi dotazníků jsem následně vyhodnotila.

Ověřila jsem pravdivost či nepravdivost svých hypotéz a na základě toho jsem stanovila, zda jsem dosáhla cíle nebo ne.

Jako **cíl č. 1** jsem si stanovila: „Zjistit, zda všeobecné sestry znají zásady komunikace s dementním klientem.“ Tomuto cíli odpovídá hypotéza č. 1.1: „Předpokládám, že všeobecné sestry znají význam a druhy neverbální komunikace v péči o klienta s demencí.“ Hypotézu jsem ověřovala v dotazníku otázkou č. 19, 21, 29. Hypotéza se mi potvrdila.

K cíli dále řadím hypotézu č. 1.2.: „Předpokládám, že všeobecné sestry znají význam a druhy verbální komunikace v péči o klienta s demencí.“ K této problematice se vztahovaly otázky č. 28, 31. Hypotéza se mi potvrdila.

Hypotéza č. 1.3 k cíly č. 1 zněla: „Předpokládám, že všeobecné sestry byly proškoleny v komunikaci s dementním klientem.“ Tato hypotéza byla zodpovězena otázkami 15, 16, 17, 18. Hypotéza se mi potvrdila.

Poslední hypotéza č. 1.4 k cíly č. 1 byla: „Předpokládám, že všeobecné sestry vyhledávají potřebné informace o péči o klienta s demencí.“ Otázky č. 7, 8, 32, 33 zodpovídaly tuto hypotézu. Hypotéza se mi potvrdila. Definici demence zná 84% dotazovaných sester.

Cíl č. 2 zněl: „Zjistit, zda zdravotní sestry umí používat speciální komunikační prvky v komunikaci s klientem.“

Jako hypotézu č. 2.1 jsem si stanovila: „Předpokládám, že všeobecné sestry umí speciální komunikační prvky v komunikaci s klientem.“ K hypotéze se vztahují otázky č. 27, 28, 29. Hypotéza se mi potvrdila.

Poslední hypotézou č. 2.2. k cíli č. 2 byla: „Předpokládám, že všeobecné sestry využívají prvky bazální stimulace v praxi.“ K hypotéze se vztahovaly otázky č, 25, 26, 27. Hypotéza se mi nepotvrdila. V praxi nepoužívá bazální stimulaci 58% sester. Nejvíce podnětů při bazální stimulaci by bylo využito smyslových 20%.

Poslední **cíl č. 3** jsme si stanovila: „Zjistit, zda mají všeobecné sestry informace o pomoci klientům s demencí v naší společnosti.“

Hypotéza č. 3.1 odpovídá na cíl 3: „Předpokládám, že všeobecné sestry znají Českou alzheimerovskou společnost a jiné společnosti pomáhající lidem s demencí.“ Respondenti odpovídali na hypotézu otázkami 12, 13, 14. Hypotéza se mi potvrdila. Českou alzheimerovskou společnost zná 61% dotazovaných sester. Vysvětlit co je svépomocná skupina by dokázalo 54% sester.

Hypotéza č. 3.2.: „Předpokládám, že všeobecné sestry pracují s testy pro orientační zjištění demence.“ K hypotéze byly přiřazeny otázky č. 9, 10, 11. Hypotéza se mi nepotvrdila. Metodu Mini – Mental test neumí používat 72% dotazovaných sester.

Poslední stanovená hypotéza č. 3.3.: „Předpokládám, že všeobecné sestry znají zařízení, kde se pečuje o klienty s demencí ve zlínském regionu.“ Otázky č. 36, 37, 38, 39,40 odpovídaly na tuto hypotézu. Hypotéza se mi potvrdila. Klienty a jejich rodiny odkazuje na nějaké pracoviště 64% dotazovaných. Osobní zkušenost mělo 31% respondentů.

ZÁVĚR

Teoretická část mé práce se zaměřuje na problematiku komunikace s klientem s demencí a jeho rodinou. V praktické části jsem hodnotila informace, které jsem získala svým výzkumem. K získání těchto údajů jsem zpracovala dotazník určený všeobecným sestrám (příloha P I.). Tyto dotazníky jsem rozdala sestrám v kontaktu s dementním klientem.

Již několik let se pohybuji ve zdravotnictví, proto mě nepřekvapily negativní výsledky hypotéz. Pozitivně jsem byla překvapená z výsledků znalosti společností pomáhající klientům s demencí. Přesto, že některé výsledky výzkumu vyšly pozitivně, myslím si, že by se měl klást větší důraz na znalost a dovednosti sester v komunikaci s klientem s demencí. Populace seniorů se stále zvětšuje, je tedy nutné, aby sestry uměly komunikovat s těmito klienty.

V šetření byla otázka, zda sestry absolvovaly nějaký kurz k rozvoji znalostí v péči o klienta s demencí. Překvapilo mě to, že jen několik sester absolvovalo kurz v komunikaci s klientem, přestože se s těmito klienty setkávají téměř denně. Nyní je velký výběr odborných seminářů, z mnoha oblastí, ale jen velmi málo se zabývají problematikou komunikace s klienty s demencí. Myslím si, že tomuto tématu by mohla být věnována větší pozornost, protože nejen sestry na oddělení specializovaném v péči o klienty s demencí, ale i my se setkáváme s klienty s touto nemocí.

Pozornost všeobecných sester by měla být i zaměřena na rodinu klienta. Rodina často neví, jak má s klientem jednat, komunikovat. Je na všeobecné sestře, aby rodinu edukovala v rámci jejich možností. Rodina potřebuje podporu a také dostatek informací. Sestra by měla umět poradit či doporučit rodině, kam se dále obrátit.

V dotazníku se často objevovalo, že sestry nemají dostatek času. Tento aspekt ošetřovatelské péče je velmi častým problémem ve všech oblastech zdravotnictví. Myslím si, že můžeme najít určitou část času, který bychom mohli věnovat klientovi a jeho rodině. Odměnou za tuto věnovanou část našeho času, bude spokojený klient a jeho rodina.

Proto bych chtěla, aby si sestry, které budou číst tuto práci, uvědomily, že i klient s demencí má potřebu komunikovat. A je potřeba mu věnovat svůj čas. Snad v této práci najdou informace, motivaci, které budou užitečné pro jejich práci s klienty s onemocněním demence.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Monografie:

[0] BÁRTLOVÁ, S., SADÍLEK, P.,TOTHOVÁ,V. *Výzkum a ošetřovatelství.* Brno: NCO NZO, 2005. 146 s. ISBN 80-7013-416

[2] BAUDIŠ, P., LIBIGER, J. *Psychiatrie a etika*. Praha: Galén, 2002. 156 s. ISBN 80-7262-104-1

[3] BREGDON, A., D., GAMON, D. *Nedovolte mozku stárnout*. Praha: Portál, 2002. 112 s. ISBN 80-7178-567-9

[4] DÖRNER, K. *Osvobozující rozhovor*. Praha: Grada Publishing, 1999. 132 s. ISBN 80-7169-892-X

[5] HOLMEROVÁ, I. *Alzheimerova nemoc v rodině*. Praha: Grifart spol. s.r.o., 2004

[6] HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ, J. *Péče o pacienta s kognitivní poruchou*. Praha: EV public relations, spol. s.r.o., 2007. 299 s. ISBN 978-80-254-0177-4

[7] HOLMEROVÁ, Iva, JURAŠKOVÁ, Božena, ZIKMUNDOVÁ, Květa. *Vybrané kapitoly z gerontologie.* Praha: EV public relations, spol. s.r.o., 2007. 141 s. ISBN 978-80-254-0179-8

[8] HONZÁK, R. *Komunikační pasti v medicíně*. Praha: Galén, 1997. 151 s. ISBN 80-85824-60-4

[9] HRDLIČKA, M., HRDLIČKOVÁ, D. *Demence a poruchy paměti*.Praha: Grada Publishing, 1999. S.56. ISBN 80-7169-797

[10] JANOUŠEK, Jaromír. *Verbální komunikace a lidská psychika*. Praha: Grada Publishing, 2007. 176 s. ISBN 978-80-247-1594-0

[11] JOBÁNKOVÁ, M., kolektiv autorů. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky.*Brno: IPD PZ, 2000. 203 s. ISBN 80-7013-288-4

[12] KOUKOLÍK, F.,JIRÁK, R. *Demence neurobiologie, klinický obraz,terapie*. Praha: Galén, 2004. 335 s. ISBN 80-7262-268-4

[13] KUBÁNKOVÁ, Věra, HENDL, Jaromír. *Statistika pro zdravotníky.* Praha: Aviceum, 1987. 287 s.

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

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

[16] MIKULÁŠTÍK, M. *Komunikační dovednosti v praxi*. Praha: Grada Publishing, 2003. 368 s. ISBN 80-247-0650-4

[17] MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada Publihing, 2005. 156 s. ISBN 80- 247-1024-2

[18] MUSIL, J. *Přehled klinické psychologie a psychiatrie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. 204 s. ISBN 80-244-1153-9

[19] POKORNÁ, A. *Efektivní komunikační techniky v ošetřovatelství.* Brno: NCO NZO, 2006. 86 s. ISBN 80-7013-440-2

[20] SCHULZ VON THUN, F. *Jak spolu komunikujeme?* Grada Publishing: Praha, 2005. 200 s. ISBN 80-247-0832-9

[21] ŠKRLOVÁ, M., ŠKRLA, P. *Kreativní ošetřovatelský management.*Praha: Advent - Orion s.r.o.,2003. 477 s. ISBN 80-7172-841-1

[22] VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8

[23] ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie.* Praha: Grada Publishing, 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5

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

Internetové zdroje:

[25] *Česká asociace psychického zdraví* [on line]. [cit. 2008–4-20]. Dostupný z WWW: www.capz.cz

[26] *Česká alzheimerovská společnost* [on line]. [cit. 2008–4-20]. Dostupný z WWW: www.alzheimer.cz

[27] *Demence* [on line]. [cit. 2008 – 20 -4]. Dostupné z WWW: www.pecujici.cz

[28] *Občanské sdružení Gema* [on line]. [cit. 2008-4-20]. Dostupný z WWW: http://www.gerontocentrum.cz/gema/

[29] *Občanské sdružení Letokruhy* [on line]. [cit. 2008- 4-20]. Dostupný z WWW:http://www.letokruhy-vs.cz/

[30] PRUDÍKOVÁ, Olga. *Celkový dojem sestry na pacienty a veřejnost* [on li ne]. [cit. 2008-4- 20]. Dostupný z WWW: http://www.sestra.cz

[31] RAPČÍKOVÁ, Tatiana. *Etické aspekty přístupu ke geriatrickým klientům* [on line]. [cit. 2008-4-20]. Dostupný z WWW: http:// www.sestra.cz

[32] *Sociální aspekty* [on line]. [cit. 2008-4-20]. Dostupný z WWW: www.pfizer.cz

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ADL	Activities of Daily Living
COMP	Kanadský test pracovního výkonu
CT	Počítačová tomografie
Č.	Číslo
ČALS	Česká alzheimerovská společnost
DAT	Demence Alzheimerova typu
GDS	Global Deterioration Scale
HACH	Chaschinského ischemické skore
IADL	Instrumental Activities of Daily Living
MMSE	Mini-Mental State Examination.
MRI	Magnetická rezonance
Např.	Například
O	Očekávaná četnost
P	Pozorovaná četnost
PET	Pozitronová emisní tomografie
S.	Strana
SPECT	Jednofotonová emisní počítačová tomografie
Tab.	Tabulka
Viz.	Videlicet

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 Pohlaví respondentů……..……...…...48

Tabulka č. 2 Věk…….49

Tabulka č. 3 Nejvyšší dosažené vzdělání……..…50

Tabulka č. 4 Pracoviště respondentů……...51

Tabulka č. 5 Kontakt sestry s klientem s demencí……..……..…52

Tabulka č. 6 Praxe ve zdravotnictví…….……53

Tabulka č. 7 Demence…….…….54

Tabulka č. 8 Projevy demence……..…55

Tabulka č. 9 Faktory Mini-Mental Testu…….……..…56

Tabulka č. 10 Použití metody Mini – Mental testu v praxi……..…….57

Tabulka č. 11 Testy používající na oddělení……..……...59

Tabulka č. 12 Společnosti, svépomocné skupiny……..……59

Tabulka č. 13 Zdroje informací……..……...60

Tabulka č. 14 Svépomocné skupiny……..……61

Tabulka č. 15 Možnosti stimulace pacienta……...……62

Tabulka č. 16 Kontakt s klientem……..……....63

Tabulka č. 17 Navázání kontaktu s klientem……..……...64

Tabulka č. 18 Faktory působící tlumivě……..……..65

Tabulka č. 19 Neverbální komunikace……..……67

Tabulka č. 20 Komunikace s klientem s demencí……...……...68

Tabulka č. 21 Reakce na nonverbální sdělení……...……....70

Tabulka č. 22 Absolvování kurzu..…….……...71

Tabulka č. 23 Vzdělávání……..……72

Tabulka č. 24 Zdroje informací……..……...73

Tabulka č. 25 Návštěva jiného zařízení……..……...74

Tabulka č. 26 Doba trvání stáže…….……..75

Tabulka č. 27 Využití bazální stimulace v praxi…….……..……76

Tabulka č. 28 Vedení záznamu o bazální stimulaci……..……77

Tabulka č. 29 Podněty využívané v bazální stimulaci……78

Tabulka č. 30 Prvky verbální komunikace……...……..79

Tabulka č. 31 Prvky neverbální komunikace…….....……..81

Tabulka č. 32 Problematika komunikace……...……83

Tabulka č. 33 Bariéry v komunikaci……...……...84

Tabulka č. 34 Získávání informací……...……..85

Tabulka č. 35 Komunikace s rodinou……..……..86

Tabulka č. 36 Informovanost o právech pacientů……..……...87

Tabulka č. 37 Péče o pečovatele……..…….88

Tabulka č. 38 Způsob pomoci příbuzným……..……...89

Tabulka č. 39 Zařízení pro klienty s demencí……...……91

Tabulka č. 40 Nabídka služeb……...…….92

Tabulka č. 41 Podmínky výběru zařízení…….....……94

Tabulka č. 42 Pozitiva zařízení……...……...96

Tabulka č. 43 Přímá zkušenost se zařízením……..……...…97

Tabulka č. 44 Zařízení……..…….....98

Tabulka č. 45 Omezovací prostředky……..……..99

Tabulka č. 46 Váš názor……..……....100

Tabulka č. 47 Hypotéza 1.1……....……...101

Tabulka č. 48 Hypotéza 1.3…….....……...102

Tabulka č. 49 Hypotéza 1.4…….……...103

Tabulka č. 50 Hypotéza 2.1……....……...…104

Tabulka č. 51 Hypotéza 2.2……..……...105

Tabulka č. 52 Hypotéza 3.1…….……...…106

Tabulka č. 53 Hypotéza 3.3…….……...107

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 Pohlaví respondentů……..…….....48

Graf č. 2. Věk……..……...49

Graf č. 3 Nejvyšší dosažené vzdělání……..……...…50

Graf č. 4 Pracoviště respondentů…….…….....51

Graf č. 5 Kontakt sestry s klietem s demencí……..……..52

Graf č. 6 Praxe ve zdravotnictví……..……..53

Graf č. 7 Demence……..……...54

Graf č. 8 Projevy demence……..……..55

Graf č. 9 Faktory Mini-Mental Testu……..……..56

Graf č. 10 Použití metody Mini – Mental testu v praxi…….....57

Graf č. 11 Testy používající na oddělení……...……..…..58

Graf č. 12 Společnosti, svépomocné skupiny……..……..59

Graf č. 13 Zdroje informací……..…….....60

Graf č. 14 Svépomocné skupiny……..……..61

Graf č. 15 Možnosti stimulace pacienta……..……..…62

Graf č. 16 Kontakt s klientem…….…….....63

Graf č. 17 Navázání kontaktu s klientem……..……..……..64

Graf č. 18 Faktory působící tlumivě……..……65

Graf č. 19 Neverbální komunikace……..……..67

Graf č. 20 Komunikace s klientem s demencí..……..……...68

Graf č. 21 Reakce na nonverbální sdělení…...…..……..……..70

Graf č. 22 Absolvování kurzu….…….....…….…….....71

Graf č. 23 Vzdělávání…….....……..72

Graf č. 24 Zdroje informací……..….....73

Graf č. 25 Návštěva jiného zařízení……...……....74

Graf č. 26 Doba trvání stáže……..……75

Graf č. 27 Využití bazální stimulace v praxi……..…….……..76

Graf č. 28 Vedení záznamu o bazální stimulaci……...……..78

Graf č. 29 Podněty využívané v bazální stimulaci……...……..79

Graf č. 30 Prvky verbální komunikace……..……80

Graf č. 31 Prvky neverbální komunikace……...……82

Graf č. 32 Problematika komunikace……..……..83

Graf č. 33 Bariéry v komunikaci……..…….....84

Graf č. 34 Získávání informací……...…….…....85

Graf č. 35 Komunikace s rodinou……..……...86

Graf č. 36 Informovanost o právech pacientů……..…….....87

Graf č. 37 Péče o pečovatele……..……...88

Graf č. 38 Způsob pomoci příbuzným……..…….....89

Graf č. 39 Zařízení pro klienty s demencí……...……...91

Graf č. 40 Nabídka služeb……..……...92

Graf č. 41 Podmínky výběru zařízení……..……..…94

Graf č. 42 Pozitiva zařízení……..…….....96

Graf č. 43 Přímá zkušenost se zařízením……...……....97

Graf č. 44 Zařízení…….....…….....98

Graf č. 45 Omezovací prostředky……...……99

Graf č. 46 Váš názor…….…….....100

SEZNAM PŘÍLOH

PI Dotazník

PII Charta práv pacientů

PIII Evropská charta práv pacientů s demencí

PIV Zařízení pro seniory

PV Mini – Mental test

PŘÍLOHA I: DOTAZNÍK

Dotazník

Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Petra Skovajsová a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia v oboru všeobecná sestra na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně.

Laskavě Vás žádám o vyplnění tohoto dotazníku, který zkoumá problematiku komunikace všeobecné sestry s pacientem s demencí. Vaše odpovědi budou cenným podkladem pro další výzkum a vzdělávání zdravotnických pracovníků. Dotazník je zcela anonymní.

Prosím o vyplnění všech otázek. Své odpovědi prosím zakroužkujte.

Předem děkuji za jeho vyplnění

Petra Skovajsová

---

1. **Jste:**

○ Muž

○ Žena

2. Váš věk:

○ 18 – 20

○ 21 – 30

○ 31 – 40

○ 41 - 50

○ 51 - 60

○ nad 60 let

3. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

○ Základní

○ Vyučen v oboru

○ Středoškolské neúplné 3 letý učební obor

○ Středoškolské úplné 4 leté s maturitou

○ Vyšší odborné

○ Vysokoškolské

4. Pracoviště:

○ Nemocnice – lůžkové oddělení

○ Zařízení pro seniory

○ Jiné ……

5. Jak často se setkáváte s lidmi trpící demencí?

○ Každý den

○ Velmi často

○ Občas

○ Velmi málo

○ Nikdy

6. Kolik let pracujete ve zdravotnictví?

……..

7. Co je to demence? (možnost více odpovědí)

○ Zmatenost, dezorientace

○ Útěk z domova

○ Ztráta paměti

○ Komplexní porucha mozkových, motorických, kognitivních funkcí

○ Ztráta smyslů

○ Nevím

8. Jak se demence projevuje? (možnosti více odpovědí)

○ Postupným zhoršováním motorických, intelektuálních a instrumentálních funkcí

○ Změnami osobnosti, agresivitou

○ Apatií, soporem

○ Neklidem

○ Ischemickou poruchou mozku

○ Hypertenzí

○ Jiné ……

9. Jaké konkrétní faktory vyhodnotí Mini – Mental test?

(možnost označení více možností)

○ Orientaci v čase

○ Duševní stav

○ Motoriku

○ Sebepéči

○ Orientaci v místě

○ Nevím

10. Umíte používat v praxi metodu Mini- Mental Test?

○Ano

○Ne

11. Které testy pro orientační zjištění demence používáte na Vašem oddělení?

……

……

12. Vyberte nějakou společnost, svépomocnou skupinu pro lidi trpící demencí:

(možnost označení více odpovědí)

○ Společnost Včelka

○ Česká alzheimerovská společnost

○ Vážka

○ Zlaté listy

○ Demence

○ Roska

○ Jiné ……

13. Kde jste se dozvěděla o činnosti odborné společnosti, svépomocné skupiny

(možnost označení více odpovědí)?

○ Z televize

○ Z internetu

○ Z časopisu

○ Od známých

○ Od lékaře

○ Od jiné zdravotní sestry

○ Jiné …….

14. Co si představíte pod pojmem svépomocná skupina?

○ Práce se skupinami rodinných příslušníků pečující o klienta s demencí

○ Práce s dementními klienty ve skupině

○ Vzdělávání rodinných příslušníků klienta s demencí

○ Skupina dementních klientů

15. Vyberte z nabídky tu možnost, kterou byste použila u klienta s demencí (možnost více odpovědí)?

○ Staré vzpomínky

○ Fotky

○ Kresby

○ Příbuzné

○ Nahrávky

○ Kalendáře

○ Knihy událostí klienta

○ Jiné…….

16. Jestli si vzpomenete na 5 posledních klientů s demencí, kolika z nich jste se představila?

○ 5 klientům

○ 4 klientům

○ 3 klientům

○ 2 klientům

○ 1 klientovi

○ ani jednomu klientovi

17. Považujete za nutné navázání kontaktu s klientem s demencí svým představením?

○ Ano, vždy

○ Někdy

○ Nikdy

○ Často zapomenu

18. Které faktory mezi zdravotnickým pracovníkem a klientem působí tlumivě?

(možnost označení více odpovědí)

○ Osobní nejistota, strach projevit se

○ Malá slovní zásoba

○ Neschopnost vyjádřit myšlenky, pocity

○ Urážky, manipulace, hrubé výrazy

○ Negativismus, mlčení

○ Odbíhání od podstaty rozhovoru

○ Mluvení za přítomnosti druhé osoby

○ Používání dvojsmyslných slov

○ Chytání za slovo

○ Jiné …….

19. Co patří do neverbální komunikace? (možnost více odpovědí)

○ Mimika

○ Gesta

○ Posturologie

○ Proxemika

○ Bazální stimulace

○ Pohledy

○ Slova

20. Čemu se chcete ještě naučit v komunikaci s klientem s demencí?

……

……

21. Dokážete vnímat a reagovat na nonverbální sdělení klienta?

○ Ano

○ Někdy

○ Nevím

○ Ne

22. Jaký kurz jste absolvovala k rozvoji znalostí v péči o klienta s demencí?

(možnost označení více odpovědí)

○ Bazální stimulace

○ Rehabilitace

○ Komunikace s dementním klientem

○ Ošetřovatelská péče o klienta s demencí

○ Jiné ……

23. Vyhledáváte si sami informace o demenci, péči o klienta s demencí?

○ Ne, nevyhledala jsem

○ Ano, vyhledala jsem

Pokud jste odpověděla ano, odpovězte na druhou část otázky – vyberte si z nabídky:

(možnost označení více odpovědí)

○ Kniha

○ Kurz

○ Video

○ Pořad

○ Rozhlas

○ Odborný časopis

○ Jiné……

24. Navštívila jste nějaké jiné odborné zařízení zabývající se péči o dementní klienty?

○ **Ano**

○ **Ne**

Pokud jste odpověděla ano, odpovězte na druhou část otázky

○ Jednodenní návštěva zařízení

○ Stáž ○ týden

○ měsíc

○ 6 měsíců

○ rok

○ jiné……

25. Používáte v péči o klienta s demencí bazální stimulaci?

○ Ano

○ Ne

26. Vedete záznamy o bazální stimulaci, podle kterých postupují ostatní sestry?

○ Ano

○ Ne

27. Které podněty můžeme využívat v bazální stimulaci: (možnost více odpovědí)

○ Somatické

○ Vibrační

○ Vestibulární

○ Smyslové

○ Komunikační

○ Emoční

○ Jiné významné ……

28. Které prvky verbální komunikace uplatňujete ve vztahu ke klientu s demencí?

○ Pomalá řeč vždy - někdy - občas - nikdy

○ Klidný hlas vždy - někdy - občas - nikdy

○ Nižší tón hlasu vždy - někdy - občas - nikdy

○ Jednoduché věty vždy - někdy - občas - nikdy

○ Vzhled vždy - někdy - občas - nikdy

○ Haptika vždy - někdy - občas - nikdy

29. Které prvky nonverbální komunikace uplatňujete ve vztahu ke klientu s demencí?

○ Oční kontakt vždy - někdy - občas - nikdy

○ Dotyky vždy - někdy - občas - nikdy

○ Gesta vždy - někdy - občas - nikdy

○ Klidné prostředí vždy - někdy - občas - nikdy

○ Barvy vždy - někdy - občas - nikdy

○ Jiný významný komunikační prvek…….

30. Se kterým klientem se Vám nejhůře komunikuje? (možnost označení více možností)

○ s agresivním klientem

○ s úzkostným klientem

○ s dezorientovaným

○ s dementním klientem

○ s ulpívajícím klientem

○ depresivním klientem

○ jiné …….

31. Kdy Vám činí největší potíže komunikace u klienta s demencí?

(možnost označení více možností)

○ Noční doba

○ Během terapeutického výkonu

○ Během ošetřovatelského výkonu

○ Během návštěvní doby

○ Při fyzické a psychické nepohodě

○ Při polední přestávce

○ Při vizitě s lékařem

○ Při péči o jiného klienta

○ Jiné……

32. Jakým způsobem získáváte informace o klientovi (možnost označení více možností)?

○ Od rodiny

○ Z dokumentace klienta

○ Od klienta

○ Z předchozí hospitalizace

○ Jiné……

33. Jak často komunikujete s rodinou klienta?

○ Při každé návštěvě

○ Někdy

○ Občas

○ Nekomunikuji vůbec

○ Jiné …….

34. Informujete klienty a jejich rodiny o právech pacientů s demencí?

○ Ano

○ Někdy

○ Nikdy

○ Nevím, kde jsou uveřejněny

○ Jinak…….

35. Potřebují osoby pečující o dementního klienta péči?

○ Ano

○ Ne

Jestliže jste odpověděla ano, napište, zda a jak jste směřovali pomoc příbuzným: (možnost více odpovědí)

○ Rozhovor

○ Kontakt na sociálního pracovníka

○ Kontakt na rehabilitačního pracovníka

○ Kontakt na pečovatelskou službu

○ Nabídnuta pomoc psychologa

○ Doporučena účast ve svépomocné skupině

○ Kontakt na pracoviště s respitní péčí

○ Kontakt na zařízení pečující o klienty s demencí

○Jiné ……

36. Které zařízení doporučujete klientům a jejich rodinám v rámci svého regionu?

……

……

37. Při výběru zařízení pro klienty s demencí budete upřednostňovat z nabídky služeb: (možnost označení více odpovědí)

○ Rehabilitace

○ Ergoterapie

○ Arteterapie

○ Muzikoterapie

○ Bazální stimulace

○ Péče vzpomínkami

○ Fyzioterapie

○ Kognitivní rehabilitace

○ Kinezioterapie

○ Jiné ……

38. Jestliže doporučujete klienty do zařízení, na co kladete důraz mimo výše uvedených: (možnost označení více možností)

○ Ošetřovatelskou péči

○ Sociální péči

○ Péči o rodinné příslušníky

○ Vybavenost zařízení

○ Prostředí pro dementní klienty

○ Typ zařízení (lůžkové, stacionář)

○ Respitní péči

○ Terapeutickou péči

39. Co je pozitivní na Vámi doporučovaném zařízení? (možností **více odpovědí)**

○ Vybavenost zařízení

○ Podmínky pro dementní klienty

○ Dostupnost zařízení

○ Dostupnost ošetřovatelská péče

○ Kvalita ošetřovatelské péče

○ Personál

○ Kapacita lůžek v zařízení

○ Jiné …….

40. Máte přímou zkušenost s některým s těchto zařízení, pokud ano, tak které:

○ Ano

……

……

○ Ne

41. Jaké omezovací prostředky používáte na oddělení? (možnost více odpovědí)

○ Popruhy

○ Tlumící léky

○ Klecová lůžka

○ Kurtování

○ Postranice

○ Jiné ……

42. Prostor pro Váš názor:

……

……

PŘÍLOHA II: 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 III: EVROPSKÁ CHARTA PACIENTŮ S DEMENCÍ

Evropská charta pacientů postižených demencí a těch,

kteří o ně pečují – deklarace Alzheimer Europe

Tato deklarace byla diskutována na výročním sjezdu Evropské alzheimerovské asociace v Lucernu (7. - 9. května 1998).

1. Lidé s Alzheimerovou chorobou a jinými formami demence potřebují:

• správnou a včasnou diagnózu

• dostatek informací a porozumění

• zdravotní a sociální služby

Mají právo na to, aby se podíleli na rozhodnutích o svém vlastním životě, na právní ochranu a co nejlepší dostupné zdravotní i sociální služby

2. Pečovatelé a rodinní příslušníci potřebují:

• informace a porozumění

• společenské ocenění jejich unikátní role a jejího významu pro poskytování péče

• respektování jejich vlastních potřeb

• dostupnost zdravotnických a sociálních služeb

• finanční pomoc

Pečovatelé a rodinní mají proto právo na to, aby jejich role byla respektována a společensky oceněna, aby jejich názor byl respektován při rozhodování a zajišťování další péče a služeb.

3. Lidé s demencí potřebují spektrum zdravotnických a sociálních služeb, a to zejména

• včasné a přesné stanovení diagnózy a odstranění léčitelných onemocnění či příznaků

• dostupnost běžné medikamentózní terapie

• dostupnost specializované neurologické a psychiatrické péče

• denní centra a domácí péči

• respitní péči pro rodinné pečovatele

• citlivou a správnou péči o umírající

4. Systém sociální péče a sociálního zabezpečení v každé evropské zemi by měl garantovat

• uznání finančních nákladů spojených s péčí o pacienty postižené demencí, které vynakládá sám postižený i jeho rodina

• informace a nediskriminovaný přístup k sociálním výhodám pro zdravotně postižené, které jsou dostupné v jejich zemi

• finanční podporu pro mladší nemocné postižené demencí a jejich rodiny

• přiměřenou finanční podporu pro rodinné pečovatele

5. Zvýšení informovanosti a vzdělání jsou základem pro lepší péči o pacienty postižené demencí

• Je nutné zlepšit informovanost široké veřejnosti – to je základem pro porozumění této problematice a pro odstranění předsudků a diskriminace

• Je třeba zajistit dostatek informací pro rodinné pečující

• Je třeba zajistit komplexní edukační programy o problematice demencí pro lékaře a ostatní zdravotnické profesionály

• Je třeba vypracovat vzdělávací a výcvikové programy pro ošetřující personál a zdravotní sestry.

6. Výzkum o biologických, klinických a psychosociálních aspektech demencí je zásadní podmínkou pro zlepšení péče a léčení a konečně i jedinou možnou cestou k nalezení kauzálního léku.

• Výzkumné priority by se měly zaměřit dle potřeb pacientů postižených demencí a jejich rodin

• Výzkumné programy by měly respektovat pacienty postižené demencí a jejich rodinné příslušníky jako aktivní účastníky

• Výzkum musí být založen na etických zásadách a zejména respektovat důležitost souhlasu

• Výzkum by měl být vždy zaměřen na praktické výstupy

7. Evropská alzheimerovská asociace a její členové chtějí výše uvedených cílů dosáhnout následujícími cestami:

• Spoluprácí s profesionály v oblasti zdravotnictví i sociálních služeb

• Prosazováním potřeb pacientů postižených demencí a jejich rodin v kontaktu s národními vládami a parlamenty

• Prosazování potřeb pacientů postižených demencí a jejich rodin v rámci Evropské Komise a Evropského Parlamentu

• Podporou výzkumu, prosazováním nových strategií, rozšiřováním informací i zkušeností z praxe

• Podporou rodinných pečovatelů, podporou mezigenerační solidarity

• Spoluprácí ke zlepšení situace pacientů postižených demencí, která povede k prosazování jejich důstojnosti, nezávislosti, autonomie a bezpečnosti.

(www.alzheimer.cz)

PŘÍLOHA IV: ZAŘÍZENÍ PRO SENIORY

Lůžková zdravotnická zařízení

Název	Město	Kapacita
Krajská nemocnice T. Bati a.s. – gerontologické centrum	Zlín	185
Nemocnice Milosrdných bratří	Vizovice	65
Nemocnice Milosrdných sester sv. Vincence de Paul Kroměříž	Kroměříž	105

Domovy pro seniory

Název	Město	Kapacita
"HVĚZDA - občanské sdružení": Dům služeb seniorům	Zlín	54
"HVĚZDA - občanské sdružení": Seniorcentrum - Domov seniorů	Zlín - Malenovice	54
Charita Nový Hrozenkov - Dům pokojného stáří	Nový Hrozenkov	13
Charitní domov - řeholní sestry	Velehrad	35
Charitní dům pokojného stáří	Valašská Bystřice	16
Charitní dům sv. Petra a Pavla	Slavkov	12
Charitní dům sv. Václava	Horní Němčí	8
Domov - pension pro důchodce	Fryšták	69
Domov - pension pro důchodce	Halenkov	9
Domov - pension pro důchodce	Valašské Meziříčí	96
Domov - pension pro důchodce	Velké Karlovice	11
Domov - pension pro důchodce	Vsetín	73
Domov - pension pro důchodce Halenkov	Halenkov	13
Domov - pension pro důchodce Zlín	Zlín	122
Domov - penzion pro důchodce Rožnov pod Radhoštěm	Rožnov pod Radhoštěm	99
Domov důchodců	Buchlovice	220

Domov důchodců	Holešov	180
Domov důchodců	Koryčany	18
Domov důchodců	Kroměříž	136
Domov důchodců	Kroměříž	80
Domov důchodců	Kvasice	95
Domov důchodců	Luhačovice	51
Domov důchodců	Lukov	217
Domov důchodců Burešov	Zlín-Burešov	182
Domov důchodců Karolinka	Karolinka	115
Domov důchodců Loučka	Újezd u Valašských Klobouk	115
Domov důchodců Nezdenice	Nezdenice	159
Domov důchodců Pačlavice	Pačlavice	44
Domov důchodců Podlesí	Bystřička	227
Domov důchodců Rožnov pod Radhoštěm	Rožnov pod Radhoštěm	102
Domov důchodců Uherský Ostroh	Uherský Ostroh	18
Domov důchodců Vsetín	Vsetín	30
Domov důchodců- Pension	Bojkovice	69
Domov pro seniory Napajedla, příspěvková organizace	Napajedla	67
Domov s chráněným bydlením Vsetín- Ohrada	Vsetín	40
Dům pokojného stáří - Oblastní charita Uherské Hradiště	Boršice	31
Dům pokojného stáří Nedašov	Nedašov	50
Dům s pečovatelskou službou	Bojkovice	96
Dům s pečovatelskou službou	Jablůnka nad Bečvou	16
Dům s pečovatelskou službou	Malenovice	17
Dům s pečovatelskou službou	Napajedla	30
Dům s pečovatelskou službou	Napajedla	30
Dům s pečovatelskou službou	Uherský Brod	17
Dům sociálních služeb a chráněného	Strání	29

bydlení Strání		
Dům s pečovatelskou službou	Bánov	
Dům s pečovatelskou službou	Uherský Brod	76
Dům s pečovatelskou službou	Vizovice	60
Dům s pečovatelskou službou	Vizovice	7
Rezidence Ambra	Luhačovice	76
SENIOR, příspěvková organizace	Otrokovice	186
Sociální služby města Kroměříže - Domov pro seniory Vážany	Kroměříž-Vážany	120
Sociální služby Uh. Hradiště - Domov pro seniory	Uherské Hradiště	159

Denní stacionáře

Název	**Město**	**Kapacita**
Charita Holešov - Denní stacionář pro seniory	Holešov	5
Charita Nový Hrozenkov - Denní stacionář	Nový Hrozenkov	10
Charitní domovinka - denní stacionář pro seniory	Chvalčov	10
Denní stacionář - Brumov-Bylnice	Brumov-Bylnice	10
Denní stacionář - Charita Vsetín	Vsetín	10
Denní stacionář - Oblastní charita Uherské Hradiště	Boršice	12
Denní stacionář Charita	Luhačovice	6
Domovinka Charity sv. Vojtěcha	Slavičín	
Denní stacionář Diakonie ČCE	Valašské Meziříčí	10
Domovinka v denním stacionáři Slunečnice	Uherský Brod	10
Oblastní charita Kroměříž - Charitní ošetřovatelská služba, Charitní	Kroměříž	

pečovatelská služba		
Oblastní charita Kroměříž - Denní stacionář pro seniory	Kroměříž	10

Specializovaná péče o pacienty s demencí

Název	**Město**	**Kapacita**
Dotek o.p.s.	Vizovice	11
Letokruhy, o.s.	Vsetín	
Psychiatrická léčebna v Kroměříži	Kroměříž	

Hospice

Název	**Město**	**Kapacita**
Domácí zdravotní péče - Hospic Zdislava	Vsetín	
Hospic Citadela	Valašské Meziříčí	28
Hospic Hvězda	Zlín	14

(www.gerontologie.cz)

PŘÍLOHA V: MINI – MENTAL TEST

PACIENT
Jméno

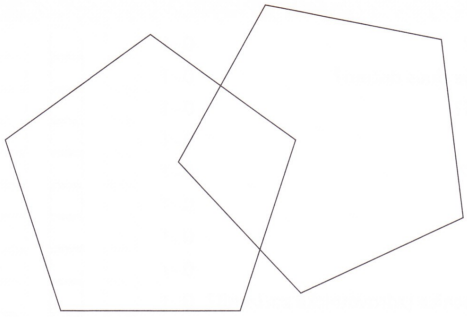
Datum vyšetření

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
den								
měsíc								
rok								

MINI-MENTAL STATE EXAMINATION – ZÁZNAMOVÝ LIST

I.	**ORIENTACE**								
1.	Jaký den v týdnu je dnes?	0–1							
2.	Kolikátého je dnes? Jaké je dnes datum?	0–1							
3.	Který měsíc v roce je nyní?	0–1							
4.	Který rok je nyní?	0–1							
5.	Jaké je nyní roční období?	0–1							
6.	Ve kterém státě jsme?	0–1							
7.	Ve kterém okrese jsme?	0–1							
8.	Ve kterém městě jsme?	0–1							
9.	Jak se jmenuje tato nemocnice (zdravotnické zařízení)?	0–1							
10.	Ve kterém poschodí se nacházíme?	0–1							
II.	**ZAPAMATOVÁNÍ**								
11.	Bezprostřední reprodukce tří předmětů: lopata šátek váza	0–3							
III.	**POZORNOST A POČÍTÁNÍ**								
12.	Opakované odčítání 7 od 100 (100; 93; 86; 79; 72; 65) nebo hláskování slova POKRM pozpátku	0–5							
IV.	**PAMĚŤ, VÝBAVNOST**								
13.	Reprodukce tří předmětů z úlohy 11	0–3							
V.	**POJMENOVÁNÍ**								
14.	Ukažte náramkové hodinky: „Co je to?“	0–1							
15.	Ukažte tužku: „Co je to?“	0–1							
VI.	**OPAKOVÁNÍ**								
16.	Opakování věty: „Žádné kdyby anebo ale“.	0–1							
VII.	**TŘÍSTUPŇOVÝ PŘÍKAZ**								
17.	Porozumění (sdělený 3stupňový příkaz): „Vezměte tento papír do vaší pravé (levé) ruky, přeložte ho jednou na polovinu oběma rukama a položte na zem“.	0–3							
VIII.	**ČTENÍ A SPLNĚNÍ PŘÍKAZU**								
18.	Porozumění (písemný 1stupňový povel): ZAVŘETE OČI (viz 2. strana)	0–1							
IX.	**PSANÍ**								
19.	Napsání věty	0–1							
X.	**OBKRESLOVÁNÍ**								
20.	Obkreslení předlohy průniku dvou pětiúhelníků (viz 2. strana)	0–1							
CELKOVÉ SKÓRE									

ZAVŘETE OČI



(www.pfizer.cz)