

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2021

Jasmína Sandra Hastrdlo

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Ošetrovatelská péče o pacienty s demencí

Jasmína Sandra Hastrdlo

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2018/2019

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE (projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Jasmina Sandra Hastrdlo**
Osobní číslo: **Z17026**
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Téma práce: **Ošetřovatelská péče o pacienty s demencí**
Zadávající katedra: **Katedra ošetřovatelství**

Zásady pro vypracování

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

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

FERTALOVÁ, Terézia a Iveta ONDŘIOVÁ. *Demence: nefarmakologické aktivizační postupy*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2020. 128 s. ISBN 978-80-271-2479-4.
HÁJKOVÁ, Lucie et al. *Komplexní péče o lidi s demencí: na příkladu kritérií Certifikace Vážka®*. Praha: Česká alzheimerská společnost, o.p.s., 2016. 38 s. ISBN 978-80-86541-48-8.
LUŽNÝ, Jan. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Triton, 2012. 159 s. ISBN 978-80-7387-573-2.
PROVAZNÍKOVÁ, Eva a Zdeněk KALVACH. *Rady pro pečující o člověka s demencí*. Brno: Diakonie ČCE, 2016. 157 s. ISBN 978-80-87953-15-0.
RUSINA, Robert et al. *Neurodegenerativní onemocnění*. Praha: Mladá fronta, 2019. 447 s. ISBN 978-80-204-5123-1.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Barbora Sýkorová, DiS.**
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **2. prosince 2018**

Termín odevzdání bakalářské práce: **6. května 2021**

doc. Ing. Jana Holá, Ph.D. v.r.
děkanka

L.S.

Mgr. Michal Kopecký v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 12. března 2021

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem Ošetrovatelská péče o pacienty s demencí jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše. Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 14. 7. 2021

Jasmína Sandra Hastrdlo v. r.

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych tímto poděkovala své vedoucí práce Mgr. Barboře Sýkorové, Dis. za odborné vedení a cenné rady, které mi byly během psaní bakalářské práce velmi nápomocny. Dále patří můj dík všem respondentům, kteří se podíleli na průzkumném šetření. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat i své rodině, která mi byla po celou dobu studia velkou oporou.

ANOTACE

Tato bakalářská práce se zabývá ošetrovatelskou péčí o pacienty s demencí. Skládá se z teoretické a průzkumné části. V teoretické části práce je charakterizována demence a problematické oblasti ošetrovatelské péče o pacienty s demencí. Rovněž jsou zde v krátkosti definovány zdravotní a sociální služby.

Průzkumná část práce je kvantitativního charakteru a ke sběru potřebných dat bylo použito dotazníkového šetření. Tato část práce porovnává ošetrovatelskou péči o pacienty s demencí v nemocničních zařízeních lůžkového typu a v pobytových sociálních službách, dále se zaměřuje na to, jakým způsobem je s těmito pacienty komunikováno, a také na to, jaké jsou nejčastější formy problémového chování těchto pacientů. Také zjišťuje, jaké nefarmakologické přístupy se u pacientů s demencí využívají a zda se liší pohled respondentů na ošetrovatelskou péči o tyto pacienty. Jedním ze zajímavých zjištění je, že se v nemocničních zařízeních lůžkového typu a v sociálních službách pobytového typu liší způsob ošetrovatelské péče o pacienty s demencí, a to např. ve způsobu ověřování totožnosti pacientů před odbornými výkony či v používání omezovacích prostředků.

KLÍČOVÁ SLOVA

demence, nemocniční zařízení lůžkového typu, ošetrovatelská péče, pacienti s demencí, sociální služby pobytového typu

TITLE

Nursing care of patients with dementia

ANNOTATION

This bachelor's thesis deals with the subject of nursing care of patients with dementia. It consists of theoretical and exploratory part. The theoretical part describes dementia and is also focused on problematic areas concerning nursing care of patients with dementia. There are also briefly defined health and social services.

The exploratory part of the thesis is of a quantitative nature and the necessary data were collected by a questionnaire survey. The exploratory part of the thesis is focused on comparison of nursing care of patients with dementia between hospital inpatient departments and residential social services, further more on the manner of communication with these patients and on what are the most common forms of problematic behaviour in patients with dementia. There is also explored what kind of non-pharmacological interventions are used in care of patients with dementia and if there is any difference in point of view on nursing care of patients with dementia between hospital inpatient departments and residential social services. Interesting outcome is, that there is a difference in nursing care of patients with dementia between hospital inpatient departments and residential social services, such as a different manner of verifying the identity of patients before medical interventions or in using physical restraints.

KEYWORDS

dementia, hospital inpatient departments, nursing care, patients with dementia, residential social services

OBSAH

Úvod.....	14
1 Cíl práce.....	15
1.1 Cíle teoretické části.....	15
1.2 Cíle průzkumné části.....	15
2 Teoretická část.....	16
2.1 Definice demence.....	16
2.2 Rizikové faktory demence.....	16
2.3 Typy demencí.....	16
2.3.1 Atroficko-degenerativní demence.....	17
2.3.2 Symptomatické demence.....	19
2.4 Diagnostika demence.....	21
2.5 Léčba demence.....	22
2.5.1 Farmakoterapie.....	22
2.5.2 Nefarmakologické přístupy.....	23
2.6 Komunikace s pacienty s demencí.....	25
2.7 Ošetrovatelská péče o pacienty s demencí.....	26
2.7.1 Hygiena.....	27
2.7.2 Stravování a hydratace.....	28
2.7.3 Zajištění bezpečnosti.....	29
2.7.4 Poruchy spánku.....	30
2.7.5 Problematika bolesti u středně těžké a těžké demence.....	30
2.7.6 Zvládání problémového chování.....	31
2.8 Zdravotní a sociální služby.....	32
3 Průzkumná část.....	35
3.1 Průzkumné otázky.....	35

3.2	Metodika průzkumu	35
3.2.1	Technika sběru dat	36
3.2.2	Charakteristika průzkumného vzorku	37
3.3	Prezentace výsledků	38
4	Diskuze	94
5	Závěr	107
6	Použitá literatura	109
7	Přílohy.....	117

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1 Zkušenosti s péčí o pacienty s demencí	38
Obrázek 2 Pohlaví respondentů	39
Obrázek 3 Věkové rozmezí respondentů	40
Obrázek 4 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů ve zdravotnickém oboru	42
Obrázek 5 Pracoviště respondentů.....	44
Obrázek 6 Četnost setkání respondentů s pacienty s demencí.....	45
Obrázek 7 Vnímání náročnosti ošetrovatelské péče o pacienty s demencí	47
Obrázek 8 Ujistění se o potřebných kompenzačních pomůckách před zahájením komunikace	56
Obrázek 9 Odlišnost ve způsobu komunikace	57
Obrázek 10 Setkání respondentů s nutností užití omezovacích prostředků u pacientů s demencí	67
Obrázek 11 Názory respondentů na užívání omezovacích prostředků u pacientů s demencí ..	71
Obrázek 12 Přehled o příjmu a výdeji tekutin	81
Obrázek 13 Ujistění se o prázdné dutině ústní po podání léků per os	82
Obrázek 14 Umisťování pacientů s demencí	83
Obrázek 15 Možnost úpravy prostředí.....	85
Obrázek 16 Využití osobních věcí u pacientů s demencí	86
Obrázek 17 Aktivizace pacientů s demencí během dne	87
Obrázek 18 Pohled respondentů na využívání individuální ošetrovatelské péče	92
Obrázek 19 Prostor na poskytování kvalitní ošetrovatelské péče z časového hlediska.....	93
Tabulka 1 Náročnost jednotlivých oblastí péče očima respondentů.....	49
Tabulka 2 Způsob ověřování totožnosti pacientů s demencí.....	52
Tabulka 3 Způsob oslovování pacientů s demencí	54
Tabulka 4 Způsob komunikace s pacienty s demencí.....	59
Tabulka 5 Formy problémového/nevhodného chování pacientů s demencí.....	62
Tabulka 6 Typy nevhodného chování zaměstnanců vůči pacientům s demencí	65
Tabulka 7 Omezovací prostředky užívané u pacientů s demencí.....	69
Tabulka 8 Metody používané k prevenci pádu u pacientů s demencí	74
Tabulka 9 Škály užívané k hodnocení bolesti u pacientů se středně těžkou až těžkou demencí	76

Tabulka 10 Nefarmakologické přístupy využívané u pacientů s demencí	79
Tabulka 11 Zapojení rodinných příslušníků do ošetrovatelské péče	88
Tabulka 12 Pohled respondentů na zapojení rodinných příslušníků do péče	90

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

Ad.	A další
ADL	běžné aktivity denního života
ACH	Alzheimerova choroba
AIDS	syndrom získaného imunodeficitu
Anon.	anonym
BADLS	Bristolská škála aktivit denního života
CNS	centrální nervová soustava
Č.	číslo
DAD	Dotazník soběstačnosti
DLT	demence s Lewyho tělísky
DSM-IV	Diagnostický a statický manuál duševních poruch
Et al.	a kolektiv
FAQ	Dotazník funkčního stavu
HIV	virus imunitní nedostatečnosti
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí
MMSE	Mini-mental state examination
MoCA	Montrealský kognitivní test
Např.	například
NZLT	nemocniční zařízení lůžkového typu
PAINAD	Pain Assessment in Advanced Dementia
PEG	perkutánní endoskopická gastrostomie
PCH	demence při Parkinsonově chorobě
RT	reminiscenční terapie

SSPT sociální služby pobytového typu

Tzv. takzvaný

VD vaskulární demence

ÚVOD

Demence je progresivní onemocnění, při kterém dochází k narušení korových funkcí, a to včetně schopnosti řeči, učení, úsudku, paměti, orientace a myšlení. Osoby trpící tímto onemocněním postupem času přestávají zvládat vykonávání denních aktivit a v pozdějších fázích se u nich mohou projevit i poruchy chování, ke kterým se řadí např. apatie, křičení či agresivita. Péče o tyto osoby je tedy velmi náročná a má svá specifika, která se odvíjejí od jednotlivých symptomů choroby (Fertal'ová, Ondriová, 2020, s. 9, 87; Janoutová et al., 2020a, s. 2; Provazníková, Kalvach, 2016, s. 83).

V současné době trpí na světě demencí 47 milionů lidí. Dokonce se očekává, že se jejich počet do roku 2050 ztrojnásobí. V České republice činí odhad na rok 2050 383 000 nemocných (Emmady, Tadi, 2021; Janoutová et al., 2020a, s. 3).

Problematika demence je tedy velmi aktuálním tématem, kterým se zabývá i tato bakalářská práce, která nese název Ošetrovatelská péče o pacienty s demencí. Práce je rozdělena na 2 části, a to na teoretickou a průzkumnou, kde teoretická část práce charakterizuje nejen demenci jako takovou, ale i problematiku oblasti ošetrovatelské péče o tyto pacienty.

Janoutová a kolektiv uvádí (2020a, s. 3, 4), že kvalita péče poskytovaná nesoběstačným seniorům blízkými osobami je v porovnání s institucionální péčí mnohem vyšší. Během péče o osoby s demencí však nastávají situace, které vyžadují hospitalizaci těchto osob, či jejich případné umístění do zařízení sociálních služeb. Jedním z úkolů průzkumné části je tedy porovnat ošetrovatelskou péči o pacienty s demencí v nemocničních zařízeních lůžkového typu a v pobytových sociálních službách. Dále je zde zjišťováno, jakým způsobem je s těmito pacienty komunikováno a jaké jsou nejčastější formy problémového chování těchto pacientů.

Nedílnou součástí managementu demence jsou nefarmakologické přístupy, jejichž cílem je zlepšení motoriky, chůze, soběstačnosti a kognitivních funkcí pacienta (Fertal'ová, Ondriová, 2020, s. 35). I jeden z cílů průzkumné části se zabývá tím, jaké konkrétní nefarmakologické přístupy jsou u pacientů s demencí využívány. Poslední cíl průzkumné části zjišťuje, zda se liší pohled respondentů na ošetrovatelskou péči o pacienty s demencí.

Jelikož je průzkum prováděn jak v nemocničních zařízeních lůžkového typu, tak v sociálních službách pobytového typu, je v této práci pro jednoduchost a přehlednost uváděn pojem pacient jako synonymum pro pojem klient.

1 CÍL PRÁCE

V této části jsou uvedeny cíle teoretické a průzkumné části bakalářské práce.

1.1 Cíle teoretické části

1. Charakterizovat demenci a problematické oblasti ošetrovatelské péče o pacienty s demencí.
2. V krátkosti definovat zdravotní a sociální služby.

1.2 Cíle průzkumné části

1. Porovnat ošetrovatelskou péči o pacienty s demencí v nemocničních zařízeních lůžkového typu a v pobytových sociálních službách.
2. Zjistit, jakým způsobem respondenti komunikují s pacienty s demencí.
3. Zjistit, jaké jsou nejčastější formy problémového chování u pacientů s demencí.
4. Zjistit, jaké nefarmakologické přístupy se využívají u pacientů s demencí v nemocničních zařízeních lůžkového typu a v pobytových sociálních službách.
5. Zjistit, zda se liší pohled respondentů zaměstnaných v nemocničních zařízeních lůžkového typu a respondentů zaměstnaných v pobytových sociálních službách na ošetrovatelskou péči o pacienty s demencí.

2 TEORETICKÁ ČÁST

V této části práce je možné se dočíst nejen o jednotlivých typech demence, ale i o diagnostice a léčbě tohoto onemocnění. Dále jsou zde uvedeny kapitoly týkající se komunikace a ošetrovatelské péče o pacienty s demencí. V závěru je v krátkosti zmíněna i kapitola pod názvem Zdravotní a sociální služby.

2.1 Definice demence

Pod pojmem demence se označují poruchy na kognitivní, psychické a motorické úrovni. Omezují nemocného ve výkonu mnoha aktivit každodenního života. Název je odvozen z latiny, kde „dementia“ značí „být bez myslí“ nebo „bez rozumu“ (Wehner, Schwinghammer, 2013, s. 23).

Vyskytuje se zejména u starší populace. Zhruba 5 % lidí ve věku nad 65 let trpí právě demencí. Po 85. roce života postihuje dokonce až 30 % seniorů. Vzniká na základě organického poškození centrální nervové soustavy (CNS), kde příčina vzniku může být různá (Vágnerová, 2012, s. 266).

2.2 Rizikové faktory demence

K zvýšení rizika rozvoje demence mohou přispívat neovlivnitelné faktory, jako je např. genetická predispozice, věk či pohlaví, ale také faktory ovlivnitelné, kam spadají kardiovaskulární rizikové faktory, deprese, kouření, konzumace alkoholu, ale také poranění hlavy či úroveň vzdělání (Kisvetrová, 2020, s. 15). Naopak pravidelná fyzická a mentální aktivita představuje faktor protektivní (Mlýnková, 2011, s. 136).

2.3 Typy demencí

Z etiopatogenetického a patologicko-anatomického pohledu lze demence rozdělit do 2 skupin: demence atroficko-degenerativní a demence sekundární neboli symptomatické (Lužný, 2012, s. 39).

Dále lze demence rozdělit také podle lokalizace, a to na kortikální, subkortikální a kortikosubkortikální. Kortikální demence postihují zejména mozkovou kůru. Bílá hmota, thalamus a bazální ganglia bývají zasažena u subkortikálních demencí a postižení kortikální a subkortikální složky je typické pro demence kortikosubkortikální (Zvěřová, 2017, s. 31-32).

2.3.1 Atroficko-degenerativní demence

U demencí atroficko-degenerativních dochází k úbytku počtu neuronů, aktivaci apoptických kaskád a reaktivním změnám gliových elementů. Dále lze pozorovat lokální či celkovou atrofii mozku, a to pomocí strukturálních a funkčních zobrazovacích metod. Do skupiny atroficko-degenerativních demencí spadá např. Alzheimerova choroba (ACH), demence při Parkinsonově chorobě (PCH), demence s Lewyho tělísky (DLT), frontotemporální demence nebo demence při Huntingtonově chorobě (Lužný, 2012, s. 39). Některé z uvedených demencí jsou podrobněji rozebrány v následujících podkapitolách.

2.3.1.1 Alzheimerova choroba

Uvádí se, že až 75 % demencí představuje právě ACH. Jedná se tedy o nejčastější formu demence (Janoutová et al., 2020b, s. 28), kterou je možné rozdělit do 2 skupin. Pro praxi to ale nemá velký význam, jelikož je neuropatologie a klinický obraz stejný. Jestliže se první příznaky projevují před 65. rokem, jedná se o tzv. presenilní formu. U této skupiny je větší familiární výskyt a průběh bývá rychlejší. U senilní formy se první příznaky projevují až po 65. roce života (Zvěřová, 2017, s. 68).

2.3.1.1.1 Stádia Alzheimerovy choroby

Prvním stupněm ACH je tzv. syndrom lehké demence. Nemocní jsou prozatím schopni pobývat doma sami, je však nutné, aby za nimi někdo pravidelně docházel. Co se týče rutinních činností, ty zvládají většinou bez problému. Potíže těmto jedincům ale činí výkon několika činností najednou. Dále jsou pro ně náročné situace, které se vyskytují jednorázově či nepravidelně. Zasažen bývá i jejich logický úsudek (Čechová et al., 2019, s. 197).

Druhým stupněm je tzv. střední stádium ACH. Charakterizuje se závažnou poruchou paměti, kdy ke vštěpení nových informací dochází pouze výjimečně. Nemocní bývají dezorientovaní, ztrácejí se ve známém prostředí, nevybavují si svou adresu nebo jména známých osob (Bednařík et al., 2010, s. 559).

Posledním stupněm je tzv. syndrom těžké demence, kdy dochází k dalšímu prohloubení postižení kognitivních funkcí. K zajištění veškerých potřeb je již nutný dvacet čtyř hodinový dohled. Co se týče komunikace, jedinci jsou sice schopni slova opakovat, jejich významu ale vesměs nerozumí. Hovoří-li sami od sebe, jedná se většinou o slova zkomolená, která lze jen s těžkostí rozluštit (Čechová et al., 2019, s. 202). Také se již nevládají samostatně pohybovat, typická je i ztráta kontroly moči a stolice (Agronin, 2016, s. 126).

2.3.1.1.2 Léčba Alzheimerovy choroby

K léčivým substancím ACH patří kognitiva a slabí antagonisté N-metyl-D-aspartátových glutamatergních ionotropních receptorů, kam spadá např. memantin. Dokonce se při léčbě těmito substancemi prokázal pozitivní efekt při podávání extraktů z ginkgo biloby. Součástí léčby jsou ale mnohdy i antipsychotika a neuroleptika, nesmí se ovšem opomíjet terapie přidružených onemocnění (Zvěřová, 2017, s. 73-75).

2.3.1.1.3 Prevence Alzheimerovy choroby

V rámci primární prevence lze uplatnit širokou škálu opatření jako je např. úprava životosprávy. Doporučována bývá středozemní dieta, která zahrnuje vysoký příjem cereálií, ryb, luštěnin, ovoce a zeleniny. Součástí prevence by měla být také dostatečná pohybová aktivita a snaha o nekuřáctví. Předpokladem sekundární prevence je včasné rozpoznání rizikových faktorů a časná diagnostika, která je schopná odhalit preklinickou fázi onemocnění. Zlepšování kvality života se zas týká především prevence terciální (Janoutová et al., 2020b, s. 30-31).

2.3.1.2 Demence při Parkinsonově chorobě

PCH je progresivní, degenerativní onemocnění, které souvisí s úbytkem buněk, jež produkují dopamin v substantia nigra. Klinicky se toto onemocnění projevuje při poklesu těchto buněk pod 20 %. Postihuje především osoby po 50. roce života, výskyt po 40. roce ale není zcela výjimkou (Seidl, 2015, s. 283).

Typickými příznaky jsou třes, rigidita, bradykineze a posturální poruchy (Seidl, 2015, s. 283). Dále může být přítomná deprese, úzkost či záchvaty paniky. Řeč bývá monotónní, tělo a končetiny schoulené. Vyskytují se i potíže s polykáním, poruchy spánku, dále také závratě, ztráta čichu a mimiky (Jiráček, 2013, s. 128). Typické jsou i změny osobnosti a nálady, halucinace a bludy. Halucinace a bludy mohou být způsobeny antiparkinsoniky, podávanými při léčbě. Řešením je snížení dávky antiparkinsonik nebo podávání antipsychotik. Je potřeba se ale vyvarovat antipsychotikům, která zhoršují motorické příznaky této choroby (Jiráček et al., 2009, s. 40-41). Kontraindikována jsou antipsychotika 1. generace, kam spadá např. haloperidol, flufenazil či chlorpromazin (Hojdarová, Vinšová, Dušek, 2013, s. 14).

K léčbě PCH se užívají farmaka, jež působí na dopaminergní (např. levodopa) a cholinergní systém (např. benzotropine). Ta jsou často neúčinnější v počátečních stádiích. Pozitivní vliv na třes, rigiditu a bradykinezi má zase hluboká mozková stimulace, vlivem které ale může dojít ke zhoršení poznávání (Erkkinen, Kim, Geschwind, 2018, s. 22).

2.3.1.3 Demence s Lewyho tělísky

DLT je po ACH druhou nejčastější degenerativní demencí, jejíž prevalence se odhaduje na 10-15 % (Rusina et al., 2019, s. 249). Postihuje především osoby vyššího věku. Typickým příkladem jsou muži po 75. roce života. Název je odvozen od přítomných eozinofilních Lewyho tělísek, která jsou uložena v cytoplazmě neuronů, a to jak v kůře, tak i v podkoří (Lužný, 2012, s. 52-53).

Ve srovnání s ACH progreduje DLT rychle, a to hlavně v počátcích. Posléze se může stav stabilizovat až na několik let (Holmerová et al., 2009a, s. 43). V 50-75 % se však u nemocných objevuje fluktuace kognitivních funkcí. V řádu dní, hodin či minut kolísá jak pozornost, tak bdělost a stav kognice. Mezi časté projevy demence patří ortostatická hypotenze, nevysvětlitelné přechodné ztráty vědomí, obstipace, močová inkontinence a hypersalivace. V počátečních fázích se mohou vyskytovat symptomy parkinsonského typu, které se postupem času rozšiřují až u ¾ nemocných. Přechodně může být přítomná dezorientace, spavost a nekoherentní vyjadřování. U 80 % nemocných se dostávají i opakované halucinace, a to zejména zrakové, které se objevují převážně za šera a v noci (Rusina et al., 2019, s. 249-250).

2.3.2 Symptomatické demence

Symptomatické demence způsobují onemocnění, o kterých je známo, že sekundárně poškozují mozek, či vedou k jeho dysfunkci. Může se jednat o systémové somatické kardiovaskulární onemocnění, ale také např. o onemocnění infekční, autoimunitní nebo metabolické. Je možné je rozdělit do 2 skupin, a to na vaskulární demence (VD) a ostatní symptomatické demence (Lužný, 2012, s. 40).

2.3.2.1 Vaskulární demence

VD vznikají poškozením mozkové tkáně cévními poruchami (Jiráček et al., 2009, s. 20). Ve věku nad 65 let je přibližně 10–20 % demencí právě vaskulárního původu. Tento typ demence se obvykle projevuje skokovým zhoršením jak kognice, tak i ložiskových neurologických projevů. Některé složky kognitivních funkcí mohou zůstat poměrně uchovány, jiné mohou být naopak postiženy výrazně. Pro stanovení diagnózy je nutné prokázat jak demenci a cévní postižení mozku na výpočetní tomografii či magnetické rezonanci, tak i jejich vzájemnou souvislost (Rusina, 2010, s. 546-547).

VD má několik podtypů. VD s akutním začátkem je charakteristická přítomností jedné rozsáhlé mozkové příhody nebo několika rychle vznikajícími mozkovými příhodami (Lužný, 2012, s. 63). Následkem opakovaných iktů s drobným nebo i rozsáhlejším postižením mozku vzniká

demence multiinfarktová (Rusina, Matěj, 2009, s. 251). Častým typem je však VD subkortikální, někdy též označována jako Binswangerova choroba, která bývá podmíněna hypertenzní encefalopatií (Jiráček, 2013, s. 155).

Léčba klade důraz na primární a sekundární prevenci cerebrovaskulárního postižení. Možné je také podání výtažku z ginkgo biloba, což lze považovat za léčbu podpůrnou. U pacientů s mírnou a středně pokročilou vaskulární nebo i smíšenou demencí se zas doporučuje zvážit nasazení inhibitorů acetylcholinesterázy, pečlivá korekce krevního tlaku, lipidového metabolismu či případného diabetu (Krombholz, 2011, s. 199).

Existují však i demence smíšené, na nichž se etiologicky podílí jak vaskulární změny mozku, tak např. ACH. Léčba pak zahrnuje kombinaci léčebných přístupů ACH i VD (Jiráček, 2013, s. 158-159).

2.3.2.2 Ostatní symptomatické demence

Tuto skupinu tvoří zhruba 10 % všech demencí. Je velmi členitá a heterogenní. Spadá sem např. demence při syndromu získaného imunodeficitu (AIDS) (Lužný, 2012, s. 66, 68). Klinický obraz je ovlivněn progresí základní nemoci, způsobem léčby a mnoha dalšími okolnostmi a z tohoto důvodu je velice různorodý. Obvykle jsou přítomny poruchy paměti, vyjadřování a koncentrace. Zpravidla se vyskytuje i úzkost, depresivita, porucha spánku a koordinace nebo náhlé mimovolní pohyby. Mohou být přítomny také bludy a halucinace (Holmerová et al., 2009a, s. 52).

K známým rizikovým faktorům demence patří také alkoholismus. Důsledkem chronického alkoholismu je právě alkoholová demence. Co se týče ošetrovatelské péče, spadají nemocní s touto diagnózou k nejnáročnějším a obtížně umístitelným (Hnilicová, Dobiášová, 2018, s. 250).

Lužný (2012, s.76) se zmiňuje v kapitole Ostatní symptomatické demence i o demenci při Wilsonově chorobě.

Jde o geneticky podmíněnou poruchu metabolismu mědi, kde dědičnost je autosomálně recesivního typu. Ke kumulaci mědi dochází v různých orgánech, převážně však v játrech a mozku. Později se ukládá měď i v rohovce, cévních stěnách a myelinizovaných nervových vláknech. Nejčastější výskyt této choroby je ve 20-30 letech, vzácně se vyskytuje před 5. rokem života či po 50. roce (Masopust et al., 2011, s. 160).

Nemoc se může projevovat jak samostatným jaterním, tak samostatným neurologickým postižením. Je však možná i jejich kombinace. Jestliže se ale jako první stanový diagnóza jaterní formy, neurologické postižení se již většinou nevyvine. K neurologickým projevům patří třes rukou a obtíže s jemnými činnostmi jako je např. psaní. V případě nepodstoupení léčby progreduje onemocnění společně s dysartrií, dysfagií a rigiditou do parkinsonského syndromu (Mareček, Brůha, 2013, s. 579).

K léčbě tohoto onemocnění je užíván penicilamin a pyridoxin. Účinnější alternativou je však transplantace jater (Lužný, 2012, s. 77). Pomocným opatřením, a to hlavně v prvním roce léčby, je dieta s omezením mědi. K rizikovým potravinám patří např. ořechy, játra či luštěniny, pozor je však nutné dát i na obsah mědi ve vodě či na používání vitamínových doplňků (Masopust et al., 2011, s. 164; Dušek, 2013, s. 545).

2.4 Diagnostika demence

I přes častý výskyt demence dochází k četným chybám při její diagnostice. Důvodem mohou být jak subjektivní faktory ze strany nemocného, tak chybné lékařské stereotypy (Fertařová, Ondřiová, 2020, s. 16).

Praktický postup stanovení této diagnózy probíhá vesměs ve 3 krocích. Nejdříve je zapotřebí demenci rozpoznat. Zároveň je ale důležité odlišit stavy, které mohou demenci napodobovat. Jedná se např. o vedlejší účinky farmakoterapie ve stáří, depresi, delirium či přechodné kognitivní poruchy doprovázející celkové onemocnění (Bednařík et al., 2010, s. 547, 549).

Co se týče samotné diagnózy, ta vychází ze standardizovaných diagnostických kritérií. Konkrétně se jedná o Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10) a Diagnostický a statický manuál duševních poruch (DSM-IV) (Bednařík et al., 2010, s. 548). Jednotlivá diagnostická kritéria demence dle DSM-IV jsou uvedena v příloze A.

Druhým krokem je zjištění tíže kognitivního deficitu a rozsahu dalších složek postižení. Zásadní roli zde hrají vyšetření kognitivních funkcí. Mezi nejznámější a zároveň nejvíce používané orientační vyšetření patří Mini-mental state examination (MMSE) (Bednařík et al., 2010, s. 550). Tento test je k nahlédnutí v příloze B.

Hodnotí jak orientaci pacienta v prostoru a čase, tak jeho krátkodobou paměť, početní schopnosti a pozornost. Dále posuzuje i čtení, psaní, řeč a konstruktivně-praktickou zručnost. Skládá se z 10 dílčích testů a trvá maximálně 10 minut. Lze v něm získat nanejvýše 30 bodů. Jestliže pacient dosáhne bodového rozmezí od 26 do 25 bodů, jedná se o nález hraniční. Pásmo

demence začíná většinou od 24 bodů. Tento test je sice schopný dobře odlišit středně těžkou demenci od stárnutí, ale jeho citlivost k počínajícím deficitům je bohužel malá. K nedostatkům lze zařadit i jeho ovlivnitelnost vzděláním a věkem (Bartoš, Hasalíková, 2010, s. 49-50).

Právě z důvodu nízké senzitivity a specificity je vhodné toto vyšetření doplnit o několik snadných testů zaměřených na specifické kognitivní funkce. Příkladem takového testu může být např. Montrealský kognitivní test (MoCA), který z MMSE vychází (Bednařík et al., 2010, s. 551).

MoCA navíc hodnotí nejen frontální funkce, zabývá se ale i podrobnějším hodnocením zrakově-prostorových funkcí a paměti (Rektorová, 2011, s. 39). I přesto, že tento test překonal některé nevýhody MMSE, zkušenosti v České republice jsou s ním minimální (Bartoš, Hasalíková, 2010, s. 51). Jeho znění je k nahlédnutí v příloze C.

Součástí screeningového vyšetření by měl být i strukturovaný pohovor, zaměřený na schopnost vykonávání základních denních a instrumentálních aktivit (Rektorová, 2011, s. 37). K doplnění získaných informací se používají dotazníky, jako např. Dotazník funkčního stavu (FAQ, viz. příloha D), Dotazník soběstačnosti (DAD, viz. příloha E) či Bristolská škála aktivit denního života (BADLS, viz. příloha F) (Janoutová et al., 2020a, s. 2).

Posledním krokem stanovení diagnózy je zjištění etiologie demence. Nenahraditelné místo v této oblasti zaujímá neurologické vyšetření. Zásadní roli však hrají i strukturální zobrazovací metody, které slouží k vyloučení či nalezení příčiny sekundární demence nebo k zjištění specifických abnormalit (Bednařík et al., 2010, s. 552-553). Důležité je i vyšetření laboratorní, které zahrnuje nejen základní biochemické vyšetření, ale i sérologické testy sloužící k vyloučení boreliózy, lues a viru imunitní nedostatečnosti (HIV) (Fertaľová, Ondriová, 2020, s. 18).

2.5 Léčba demence

Terapie demence se skládá ze 2 pilířů. Jedná se o farmakoterapii a nefarmakologické přístupy v léčbě demence (Fertaľová, Ondriová, 2020, s. 23).

2.5.1 Farmakoterapie

Farmakoterapie demence se dělí na kognitivní a nekognitivní. Kognitivní farmakoterapie ovlivňuje postižené kognitivní funkce. Vliv na behaviorální a psychotické příznaky má zas především farmakoterapie nekognitivní. Dle jednotlivých fází nemoci se mohou lišit i cíle léčby. V počátku je snaha se zaměřit na zlepšení nebo udržení kognitivního deficitu,

v pokročilejších stádiích zas např. na zpomalení progresu onemocnění (Fertaľová, Ondriová, 2020, s. 23).

2.5.2 Nefarmakologické přístupy

Podstatnou součástí managementu demence jsou nefarmakologické přístupy, jejichž cílem je:

- zachování hrubé a jemné motoriky, kognitivních funkcí, chůze a soběstačnosti,
- zlepšení verbální a neverbální komunikace,
- rozumné vyplnění volného času,
- ovlivnění příznaků demence (Fertaľová, Ondriová, 2020, s. 35).

Zároveň pomáhají uchovat autonomii pacienta, napomáhají kladnému sebehodnocení a sebedůvěře (Lužný, 2011, s. 317).

Nefarmakologických přístupů však existuje celá řada a individuální jednání zde hraje klíčovou roli. Terapeut musí brát v potaz nejen stádium onemocnění pacienta, ale i jeho pohlaví a věk (Fertaľová, Ondriová, 2020, s. 35).

Mezi jednotlivé techniky, přístupy a nefarmakologické metody lze zařadit např.: fyzioterapii, ergoterapii, kognitivní rehabilitaci, reminiscenční terapii (RT), kinezioterapii, různé taneční a pohybové programy, arteterapii, muzikoterapii, pet-terapii nebo i terapeutické vaření či pečení (Holmerová et al., 2009a, s. 6).

Fertaľová a Ondriová (2020, s. 5) zmiňují v léčbě demence jako nefarmakologické přístupy i Snoezelen terapii, validaci dle Naomi Feil, psychobiografický model podle Erwina Böhma a možnost využití terapeutických panenek. Některé ze zmíněných nefarmakologických přístupů jsou podrobněji rozebrány níže.

2.5.2.1 Reminiscenční terapie

RT je aktivizační a validační metoda využívající vzpomínek. Jedná se o účinnou a snadno aplikovatelnou terapii, která je důležitá převážně pro pacienty s demencí, kteří si mnohdy velmi dobře pamatují události z minulosti (Holmerová et al., 2009a, s. 181).

Může probíhat individuálně či skupinově. Jedná-li se o skupinové setkání, je optimálním počtem 6-8 účastníků. Tento počet terapeutovi umožňuje individuální práci, zároveň poskytuje všem zúčastněným v daném časovém intervalu prostor k vyjádření. Při individuální RT se terapeut pro změnu věnuje pouze jednomu klientovi, což nabízí možnost vytvoření bližšího vztahu mezi oběma stranami (Klucká, Volfová, 2016, s. 130-131).

Nástrojem RT může být nejen prohlížení alb a fotografií, ale i vyprávění starých příběhů, sledování starých filmů, recitování nebo zpívání (Fertařová, Ondriová, 2020, s. 53). Oblíbenou a rozšířenou aktivitou RT je vytváření vzpomínkového kufříku. Nemocný si zde ukládá věci, které mu jsou milé a doprovázely ho životem. Nejedná se pouze o fotografie, ale i různé drobnosti jako je např. hrneček či oblíbený šperk. Časově náročnější aktivitou je vytvoření knihy životního příběhu, kde je zaznamenán dosavadní životní příběh nemocného (Klucká, Volfová, 2016, s. 132).

2.5.2.2 Využití terapeutických panenek

Terapeutické panenky jsou účinnou pomůckou doplňkové formy terapie a před zahájením jejich užívání by měl být ošetřující personál zaškolen. Jedná se o nefarmakologickou intervenci, jejímž cílem je odstranění psychických a behaviorálních příznaků doprovázejících demenci. Panenky lze využít nejen u pacientů s různým stupněm demence, ale i u osob s psychickými poruchami či mentální retardací. Terapie podporuje spolupráci pacienta s okolím, zlepšuje jeho celkovou pohodu a vzbuzuje pozitivní emocionální zážitek. Může však dojít i k vyvolání vzpomínky na negativní životní událost. Takovou situaci by sestra měla rozpoznat a pacienta náležitým způsobem uklidnit (Fertařová, Ondriová, 2020, s. 72, 74-76).

Terapeutické panenky a zvířátka nejsou však obyčejnými plyšáky. Při výrobě je dodržován speciální vzhled, jehož vývoj trval přes 20 let. Jak hmotnost, tak vzezření se maximálně přibližuje realitě. U některých panenek je dokonce i možnost vložit tlukoucí srdce (APOS Brno, 2020). Otvor na vsunutí předmětu však může pacienta rozrušit a zmást. Proto je nutné postupovat opatrně, s dotyčným o modelu hovořit a na případnou aktivaci modelu pacienta připravit (Fertařová, Ondriová, 2020, s. 76).

2.5.2.3 Snoezelen terapie

Snoezelen terapie je netradiční formou práce s osobami s mentálním deficitem. Spojuje terapeutické prvky s prvky speciálně a léčebně pedagogickými (Fertařová, Ondriová, 2020, s. 46).

Běžně se aplikuje ve speciálních místnostech, které jsou vybaveny multifunkčními pomůckami. Cílem je aktivní stimulace prostřednictvím zvukových, světelných, čichových a chuťových podnětů. Poskytuje tedy sensorickou stimulaci v přijatelném, nestresujícím prostředí, a to bez potřeby rozvoje vyšších kognitivních oblastí, jako je např. abstraktní myšlení či paměť. Dalšími cíli může být zvýšení spontaneity, motivace, redukce stresu či zlepšení vztahu mezi nemocným a terapeutem. Osoby se mohou v prostředí libovolně pohybovat a tím na sebe nechat působit

jednotlivé podněty. Délka pobytu se pohybuje kolem 30-45 minut. V zařízeních sociálních služeb se může jednat o důležitý nástroj užívaný při každodenní péči o pacienty s demencí (Zrubáková et al., 2019, s. 37, 39-40, 42-43).

2.6 Komunikace s pacienty s demencí

S progresí nemoci se zřetelně mění vnímání řeči nemocných. Je tedy vhodné nejen volit slova, ale i vést rozhovor takovým způsobem, který nejlépe odpovídá jejich potřebám. Právě díky uspokojení potřeby smysluplné komunikace se cítí nemocní respektováni. Vnímají totiž každé setkání jako něco nového a neznámého. Z tohoto důvodu se doporučuje kontakt ritualizovat např. pomocí pravidla o-o-d což znamená: oslovení jménem – oční kontakt – dýchání. Oslovení nemocné osoby jménem by mělo probíhat ve výši očí. Pokud tedy sedí, je vhodné si k ní přisednout. Tento krok je možné podpořit i lehkým dotykem paže. Dále následuje pohled do očí a vyčkání na opětování pohledu. Od prvního kroku je potřeba veškerou pozornost věnovat právě osobě, s níž hovoříme. Třetí krok dává možnost, a to především ošetřující osobě, se soustředit, zvyknout si na rytmus a připravit se na následující kroky. V těchto podmínkách dochází k zvýšení pocitu bezpečí a důvěry (Anon. 2012, s. 41-43).

Před zahájením komunikace je však potřeba odstranit veškeré rušivé zdroje, jako je hluk z okolí či televize. Také je nutné se ujistit, zda má pacient k dispozici potřebné kompenzační pomůcky. S osobou s demencí se hovoří srozumitelně, v krátkých větách a při popisu by se měla používat přímá pojmenování. Nedoporučuje se užívání odborných výrazů. Velký význam má ale i neverbální složka, kam spadá např. tón hlasu, dotek či pohlazení. Součástí správné komunikace je i pozorování, při kterém se zjišťuje, zda nemocný sdělenému obsahu porozuměl (Burda, Šolcová, 2016, s. 212). I důkladným sledováním tělesných projevů pacientů lze pochopit význam jejich signálů (Provazníková, Kalvach, 2016, s. 91).

Úspěšná komunikace spočívá ale i v pochopení problematiky demence. Jestliže pečovatel rozumí samotnému průběhu demence a tomu, čím nemocné osoby prochází, je schopný pomocí empatie a aktivního naslouchání porozumět i jejich potřebám (Hauke et al., 2017, s. 69).

Aktivní naslouchání je nepostradatelnou součástí úspěšné komunikace, která pacientovi poskytuje zpětnou vazbu. Mezi základní metody aktivního naslouchání patří ocenění, které vede ke zvýšení sebevědomí nemocného a prokazování mu úcty. Dále se zde řadí parafrázování, zrcadlení emocí a shrnutí. Shrnutí zas dává oběma stranám možnost se ujistit, zda si porozuměly (Hauke et al., 2017, s. 73-75).

Rovněž je podstatné s osobou s demencí komunikovat jako s partnerem, respektovat ji a brát ohled na její omezení. Co se ale nedoporučuje, je používání 1. pádu množného čísla (např. to jsme se hezky vyspinkali). Také by se nemělo o pacientovi hovořit v jeho přítomnosti ve třetí osobě. Jestliže již taková situace nastane, je potřeba pacienta vtáhnout do rozhovoru a klást mu ověřovací otázky (Hauke et al., 2017, s. 69, 71, 73).

Provazníková a Kalvach (2016, s. 94) zmiňují 13 komunikačních zlovyků, které jsou uvedeny v příloze G.

2.7 Ošetřovatelská péče o pacienty s demencí

Nemocní by měli být hospitalizováni až v případě selhání ambulantní a domácí péče nebo v případě nezvladatelné poruchy chování. Změna prostředí totiž obvykle vede ke zhoršení jejich stavu (Fertal'ová, Ondriová, 2020, s. 87).

Přechod z domácího prostředí je tedy spojen s psychoemocionální zátěží. Nemocní i rodina se musí na novou situaci adaptovat. Ošetřující personál se snaží adaptační zátěž nemocného zmírnit. Jestliže je potřeba, podporují v případě zájmu i rodinu. Tu je nutné vnímat jako partnera a účastníka péče. Zároveň je podstatným zdrojem informací a nápomocí individuálního plánování. Právě individuální plánování je významným nástrojem, jenž personálu usnadňuje realizaci osobních potřeb pacientů. Snaží se o to, aby se pacienti cítili spokojení a součástí svého okolí, aby prožívali radost, pociťovali vlastní hodnotu a důstojnost. Díky plánování je také umožněno zaznamenávat veškeré dostupné informace o pacientovi, které jsou velice cenné, a to ať už se týkají životních fází člověka, mentálního či zdravotního stavu nebo kognitivních schopností nemocného. Významnou složkou individualizované péče je však i individualizace bydlení (Hájková et al., 2016, s. 7-10).

Možnosti adaptace domácnosti pro potřeby osob s demencí jsou sice omezené, ale i přesto je možné uplatnit alespoň některé zásady, jež jim život usnadní. Může se jednat např. o odstranění prahů, prodlužovacích šňůr a jedovatých květin. Dále je možné podpořit bezpečnost nemocných např. pomocí madel, neklouzavých rohožek či uschováním chemických přípravků a léků. Pro lepší orientaci je zas možné užít barevných označení (Jirák et al., 2009, s. 99).

Zařízení určená osobám s demencí by zas měla být projektována tak, aby odpovídala jejich potřebám. Většinou však tato oddělení vznikají v rámci stávajících prostorů či zařízení. Přesto by měla zahrnovat nejen místa pro společenské aktivity a chůzi, ale i soukromé obytné jednotky. K dispozici by dále měly být i venkovní prostory s možností odpočinku (Jirák et al., 2009, s. 99).

2.7.1 Hygiena

Hygiena neovlivňuje pouze zdravotní stav, má vliv i na důstojnost nemocné osoby. Obličej se doporučuje umývat 2x denně. Minimálně 1x denně by však měla být provedena hygiena celého těla pod tekoucí vodou. Pro očistu se volí jemné přípravky, intimní místa lze omývat klasicky vodou a mýdlem nebo pomocí speciální kosmetiky. Jelikož má kůže seniorů větší sklon k vysušování, doporučuje se ji po koupeli ošetřit krémem, nebo tělovým mlékem. Důstojnost pacienta také narušuje problematika inkontinence. Podstatným vnějším faktorem je nedostupnost toalety. Jestliže se tedy situace nedá řešit jiným způsobem, je možné využít např. mobilního toaletního křesla. Dále je k dispozici i celá řada absorpčních pomůcek, kdy volbou vhodného druhu pomůcky a správně zvolenou velikostí je možné zaručit pohodlí a diskrétnost pacienta (Švehlová, Lusková, Kainráthová, 2017, s. 24-25).

Absorpční pomůcky by se měly vyměňovat zavčasu a pravidelně, a to nejpozději po 8 hodinách. Dále je důležitá dostatečná hygienická očista intimních partií. Ta se provádí několikrát denně dle potřeby. Je-li pacient imobilní, volí se např. vlhké utěrky či čistící pěna. Výhodou je umožnění čištění i bez nutnosti použití vody. Také není potřeba pacienta přesunovat do koupelny, což bývá mnohdy obtížné (Moliklub, 2020).

Co se týče inkontinence stolice, ta se většinou vyskytuje až v pokročilé fázi demence. Dochází k ní důsledkem medikace a nedostatku pohybu. U pacientů může vyvolávat zmatenost a agresivitu. Důležitou roli zde hrají režimová opatření a pravidelný rytmus (Fertaľová, Ondriová, 2020, s. 89-90).

Specifickou oblastí hygieny je péče o dutinu ústní. Jestliže má pacient zubní náhradu, je potřeba o ni pečovat pravidelně. Lze ji čistit mechanicky, stejným způsobem jako vlastní zuby v ústech nebo chemicky, pomocí speciálních roztoků (Švehlová, Lusková, Kainráthová, 2017, s. 24).

Také je důležité pacienta v hygienické péči povzbuzovat a snažit se z hygieny vytvořit rutinu, zároveň se ale pokusit o zachování jeho dřívějších zvyků. Problematickou oblastí se stává i oblékání. Nemocní mohou zapomínat, jakým způsobem se obléknout, dokonce nemusí vnímat potřebu si oblečení měnit. Proto je snaha podporovat jejich samostatnost i při oblékání a svlékání. Pacienti se totiž ztrátou těchto schopností stávají závislí nejen na druhých, ale vyvolává to v nich i pocity zoufalství a deprese (Fertaľová, Ondriová, 2020, s. 89).

2.7.2 Stravování a hydratace

Špatný stav výživy se odborně nazývá malnutrice. Týká se podvyživených osob jak s váhovým úbytkem, tak i přírůstkem. Na vzniku se podílí řada faktorů. Odběr anamnézy a fyzikální a laboratorní vyšetření jsou základem diagnostiky této problematiky (Klempíř, 2013, s. 8-9).

V závislosti na tíži poruchy kognitivních funkcí a postižení CNS nastávají v průběhu demence specifické poruchy příjmu potravy. Vhodná a dostatečná strava je tedy jedním z důležitých aspektů ve zvládnutí progresu demence. V lehkém stádiu zapomínají nemocní např. na položky na nákupu či osolit vařené jídlo. Dále ztrácejí chuť vařit a raději si hotová jídla kupují. Stále jsou ale schopni si stravu sami připravit a sníst příborem. I přesto, že se ještě dokážou napít z hrnku sami, důležitost hydratace je nutné jim připomínat. Ve středně těžkém stádiu si nemocní nevládají stravu uvařit, připravit ani nandat na talíř, vše se před ně tedy musí ve správné formě a správném pořadí nachystat. Co se týče manipulace s příborem, tu nemocní přestávají zvládat obvykle v těžkém stádiu demence. Další problematickou oblastí je i příjem tekutin. U jedinců se však objevuje sací reflex, díky němuž je snadnější příjem např. pomocí brčka či savičky (Petrová, 2015, s. 90).

Také mohou být u demence přítomny poruchy polykání, a to zejména v pokročilé fázi. Důsledkem této poruchy dochází k zhoršení nutričního stavu. Nejzávažnější komplikací je tzv. aspirační pneumonie. Právě aspirace při jídle způsobuje v mnoha případech náhlou smrt (Holmerová et al., 2009a, s. 113-114).

Z tohoto důvodu by osoba s demencí neměla být během stravování sama. Důraz je potřeba klást i na to, aby jídlo vypadalo lákavě a nápoje nebyly příliš horké. U nemocných totiž postupem času dochází ke ztrátě odhadu teploty. V případě neustálého odmítání stravy pacientem je možné vyzkoušet výživové doplňky, které jsou chuťově poměrně dobré a dodávají organismu nezbytné živiny (Glennier et al., 2012, s. 92-94).

Strava pacientů s demencí by měla být obohacená o vitamín B, selen a kyselinu listovou. Naopak by neměla obsahovat potraviny s vysokým obsahem cukru a tuku. V pozdějších stádiích se u pacientů s demencí doporučuje jídlo v mleté a mixované formě. Nemocní by měli ale zůstat při stravování samostatní co možná nejdéle a v případě zhoršení jejich zdravotního stavu by měla být snaha o udržení jejich samostatnosti např. pomocí kompenzačních pomůcek, jako je brčko či protiskluzová podložka (Fertaľová, Ondriová, 2020, s. 89).

Mezi obecné zásady podpory správného a bezpečného stravování patří:

- správná poloha pacienta (rovný sed s bradou co nejnižší),
- polykání po doušcích, čehož lze docílit např. pomocí dětské či čajové lžičky,
- podávání malých soust,
- střídání stravy s tekutinou pro snazší prázdnění dutiny ústní,
- používání nádob, u kterých není potřeba zaklánět hlavu při příjmu tekutin,
- podpora pacienta k důkladnému polykání,
- podání prázdné lžičky k snadnějšímu vyprovokování dalšího polknutí stravy
- ujistění se o prázdné dutině ústní po ukončení stravování z důvodu nebezpečí aspirace (Holmerová et al., 2009a, s. 115-116).

Co se týče enterální výživy, jedním z aplikačních systémů je perkutánní endoskopická gastrostomie (PEG) zaváděná v průběhu gastrokopického vyšetření skrz břišní stěnu do žaludku. Tato možnost se zvažuje v případě, je-li nutriční příjem pacienta po dobu 2 až 3 týdnů nedostatečný (Petrová, 2015, s. 89).

Studie zkoumající vliv zavedení PEG u pacientů v pokročilé fázi demence na přežití a kvalitu života neprokázaly ale pozitivní efekt. K indikaci je tedy nutno přistupovat individuálně. Je také potřeba zvážit celkový stav nemocného a jeho prognózu. V případě, že dojde k akutnímu zhoršení stavu, se spolu s kauzální léčbou zajišťuje i adekvátní příjem živin, a to pomocí tenké výživové sondy. Zavedení je možné, dochází-li při kontrolách ke zlepšení celkového stavu a kognitivních funkcí. V případě intolerance se podává výživa parenterální (Kroupa et al., 2019).

2.7.3 Zajištění bezpečnosti

Zdravotní stav jedinců s demencí se postupem času zhoršuje. Je tedy nutné, aby kolem sebe měli bezpečné prostředí. Prostředí by nemělo obsahovat předměty, které by je mohly nějakým způsobem ohrožovat (Provazníková, Kalvach, 2016, s. 77).

V domácím prostředí je však nutné provádět změny postupně a jen ty nezbytné. Ochranu je potřeba zajistit především před plynovými hořáky, klouzajícími koberci, nebezpečnými předměty a léky. Chodby by měly být ve večerních hodinách dostatečně osvětleny a pokud jsou v domácnosti schody, měly by být zajištěny protiskluzovým materiálem a první a poslední schod by měl být označen odlišnou barvou (Fertařová, Ondriová, 2020, s. 101).

V nemocničním prostředí je nelékařský zdravotnický personál povinen informovat pacienta, popřípadě i rodinu, o opatřeních, která slouží pro pacientovu bezpečnost. Pacient je edukován

nejen o důvodech a způsobech prevence pádu, ale i o bezpečném režimu pohybu. Do 24 hodin od příjmu pacienta by mělo být provedeno hodnocení rizika pádu, jehož přehodnocování se provádí při každé změně zdravotního stavu. Při přijetí je také důležité ověřit funkčnost signalizace a pacientovi vysvětlit, jakým způsobem ji používat (Pokorná et al., 2019, s. 112-113).

Během hospitalizace pacientů s demencí je ale nutný nejen zvýšený dohled a doprovod při přesunu, ale také dopomoc při vykonávání denních aktivit. Pozornost je nutné věnovat i používání kompenzačních pomůcek, dále je potřeba se zaměřit na vhodnou obuv a úpravu zevnějšku pacienta, v pokročilých stádiích i na vyprazdňování moči a stolice. Podstatné je znát i vedlejší účinky léků a monitorovat stav orientace pacienta, dezorientace totiž riziko pádů zvyšuje (Miertová, 2019, s. 86).

2.7.4 Poruchy spánku

Ve stáří se struktura spánku mění a u pacientů s demencí jsou tyto změny ještě výraznější (Jirák et al., 2009, s. 76). Výskyt poruch spánku je častý hlavně ve středním stádiu. U pacientů může docházet k opakovanému nočnímu buzení, nadměrné aktivitě či spánkové inverzi. Ta je charakteristická tím, že člověk přes den pospává a v noci je velmi živý (Holmerová et al., 2009a, s. 75).

Užitečnými a zároveň opomíjenými terapeutickými možnostmi poruch spánku jsou nefarmakologické přístupy (Rusina, Holmerová, 2014, s. 183). Velmi důležitý je pravidelný režim. Pacient by měl uléhat a vstávat vždy ve stejnou dobu. Dále je vhodné omezit pospávání přes den a pacienta přiměřeným způsobem aktivizovat. Jestliže se ve večerních hodinách vyskytují problémy s usínáním, doporučuje se např. teplá sprcha. Také je vhodné večer omezit příjem tekutin. Kvalitu spánku zhoršuje i alkohol, a proto se jeho konzumace nedoporučuje. Co se týče kávy a čaje, neměly by se podávat již v odpoledních hodinách (Holmerová et al., 2009a, s. 75).

Neblahý dopad na spaní může mít i např. večerní sledování televize. Některé emočně vypjaté či agresivní scény mohou silně ovlivnit psychický stav pacienta. Ten se totiž může domnívat, že je přímým účastníkem děje (Rusina, Holmerová, 2014, s. 183).

2.7.5 Problematika bolesti u středně těžké a těžké demence

Bolest má u osob s demencí svá specifika. Nelze ji hodnotit jen na základě slovního sdělení, jelikož s narůstajícím kognitivním deficitem klesá schopnost verbalizace prožívané bolesti. Z tohoto důvodu se do popředí dostávají nepřímé známky upozorňující na přítomnou bolest.

Může se jednat o bolestivou reakci při manipulaci s pacientem, sténání, grimasy či změnu frekvence dechu a tepu. Nerozpoznání bolesti je chybou ošetrovatelské i lékařské péče. V ošetrovatelské praxi však existují způsoby, jak bolest hodnotit. Mezi ty nejčastější patří různé škály či dotazníky (Lužný, 2013, s. 679).

Pro měření bolesti u pokročilé demence slouží např. škála PAINAD (Pain Assessment in Advanced Dementia, viz. příloha K). Ta obsahuje 5 položek: dýchání, vokalizace, výraz obličeje, řeč těla a utěšování. Každou z těchto položek lze ohodnotit 0-2 body. Tato škála je poměrně stručná a pro zaškoleného ošetrovatele snadno použitelná. Byla přeložena i do češtiny a v našich podmínkách se jeví jako vhodně použitelná (Holmerová et al., 2009b, s. 34).

2.7.6 Zvládání problémového chování

Člověk s demencí se pro pečovatele stává problematický tehdy, kdy se svým chováním vymyká jeho představám o tom, jak by se měl správně chovat. Mezi projevy takového chování lze zařadit např. agresi fyzického i slovního rázu, křičení, apatii, trhání hygienických inkontinenčních pomůcek, vybavování exkrementů, sebepoškozování či obnažování (Provazníková, Kalvach, 2016, s. 83).

Nebezpečí agresivního chování roste u pacientů s demencí s přítomností deprese a psychózy, dále ale také s postižením kognitivních funkcí a s bolestí. Je také známo, že se rozvíjí u 25-50 % pacientů. K léčbě lze sice uplatnit jak farmakologické, tak nefarmakologické přístupy, z důvodu bezpečnosti a účinnosti jsou však preferované přístupy nefarmakologické (Látalová, 2013, s. 101).

V první řadě je tedy zapotřebí pátrat po možné příčině daného chování. Ošetřující osoba zjišťuje, co pacientovi chybí, zda ho něco obtěžuje. Jestliže nemocný není schopen příčinu pojmenovat, je vhodné mu pokládat konkrétní otázky, které zjišťují, zda se nemocný něčeho obává, zda nemá bolesti, hlad či žízeň, zda mu není teplo nebo naopak zima. K zjišťování příčiny je vhodné zapojit i osoby, které pacienta dobře znají, a to ať již se jedná o rodinné příslušníky, či o profesionální pečující (Holmerová, 2018, s. 88).

Při náhlé agitovanosti pacienta může být pravděpodobnou příčinou somatický diskomfort, bolest nebo delirium. Agitovanost také výrazně ovlivňují personální a fyzické environmentální faktory. Z tohoto důvodu je vhodné začlenit do denního programu smysluplné, individualizované aktivity (Holmerová, 2018, s. 88).

Umožnění smysluplné aktivity je totiž pro pacienta stejně důležité jako uspokojení jeho základních životních potřeb. Dobře zvolená aktivita je schopná zklidnit nervozitu a neklid nemocného a pozvednout ho na duchu. Aktivita stimuluje mozek, strukturuje čas a podporuje orientaci. Je však potřeba respektovat změnu kondice a nálady pacienta a program aktivit nanejvýše přizpůsobit jeho aktuálnímu stavu (Hájková et al., 2016, s. 5-7).

Jestliže pacient nereaguje na nefarmakologické přístupy, je možné k léčbě agresivity a neklidu použít antipsychotika (Látalová, 2013, s. 98). Přednost mívají antipsychotika druhé generace vzhledem k nižšímu výskytu nežádoucích účinků. U stavů výrazného neklidu se výjimečně zvažuje podání haloperidolu, ten se řadí k antipsychotikům generace první (Ressner et al., 2011, s. 143).

K použití omezovacích prostředků lze přistoupit v případě, je-li jejich účelem zabránění ohrožení života, zdraví a bezpečnosti pacienta (popřípadě jiných osob). Také je lze použít v případě, je-li použití mírnějšího postupu neúspěšné. Indikace je v kompetenci lékaře, jestliže se však vyskytne situace vyžadující neodkladné řešení, může výjimečně indikovat použití omezovacího prostředku jiný přítomný zdravotnický pracovník nelékařského povolání, který má ale povinnost lékaře neprodleně informovat. O důvodu použití omezovacího prostředku musí být informován i pacient, který by měl být po dobu jejich užívání pod dohledem zdravotnických pracovníků (Česko, 2011).

Co se týče komplexní ošetrovatelské péče při používání omezovacích prostředků, tak ta zahrnuje péči o hydrataci a příjem potravy, hygienu, vylučování, prevenci dekubitů a prevenci nežádoucích důsledků při ohraničení pohybu končetin. Dále také zahrnuje minimalizaci psychické zátěže, úpravu lůžka, zajištění pocitu bezpečí a měření fyziologických funkcí. Omezení může totiž způsobovat stres a vést k fyzickému zatížení. Z tohoto důvodu se na začátku doporučuje měření krevního tlaku a pulzu pacienta (Fertal'ová, Ondriová, 2020, s.93).

2.8 Zdravotní a sociální služby

Pro zajištění správné péče je třeba mít povědomí o místech a odbornících, na které je možné se obrátit. Klíčovou rolí zdravotních služeb je praktický lékař. Ten je považován za koordinátora i dalších zdravotních služeb, a to i v případě, že pacient navštěvuje jiné odborníky, jako je např. neurolog či geriatr. Předepsání ošetrovatelské péče a potřebných pomůcek je také v kompetenci praktického lékaře. K stanovení diagnózy typu demence a případnému konziliu slouží lékař specialista. Ten se podílí i na zvládnutí dalších příznaků demence (Rusina et al., 2019, s. 398).

Do zdravotních služeb se řadí také domácí ošetrovatelská péče neboli home care. Ta je poskytována kvalifikovanými sestrami z agentur domácí péče (Rusina et al., 2019, s. 398). Součástí terénních služeb je mimo domácí ošetrovatelské péče i mobilní hospicová a ambulantní lékařská péče. Naopak pod pobytové zdravotní služby spadají akutní lůžka zdravotnických zařízení, léčebny dlouhodobě nemocných, odborné léčebné ústavy a lůžkové hospice (Lužný, 2012, s. 143).

K dispozici jsou i zařízení nabízející celou řadu sociálních služeb. Všichni oficiální poskytovatelé jsou uvedeni v Registru poskytovatelů sociálních služeb (Švehlová, Lusková, Kainráthová, 2017, s. 6).

Sociální služby se dělí do 3 kategorií, a to na terénní, ambulantní a pobytové (Rusina et al., 2019, s. 402). Terénní služby jsou poskytovány v domácnosti klienta. Neposkytují však ošetrovatelské úkony. Spadá pod ně pečovatelská služba a osobní asistence, jejichž pracovníci pomáhají zajistit stravování, hygienu a chod domácnosti. Rovněž obstarávají potřebné pochůzky či doprovod k lékaři (Švehlová, Lusková, Kainráthová, 2017, s. 7).

Dále do terénních služeb spadá respitní a tísňová péče. Tísňová péče, neboli emergency button, je závislá na moderních technologiích. Některé z nich jsou schopné sledovat funkce domácnosti, prostředí i člověka samotného. Ve vlastním prostředí klienta může být poskytována i péče respitní. Tu zajišťuje např. Česká alzheimerovská společnost (Rusina et al., 2019, s. 402-403).

Denní stacionáře, telefonická pomoc, svépomocné skupiny a poradenství spadají do sociálních služeb ambulantních. Dále sem patří i meetingová centra. U nás prozatím nejsou prakticky v provozu. V Nizozemsku a Belgii ale fungují naprosto běžně. Do pobytových sociálních služeb se řadí zas služby odlehčovací, domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem (Rusina et al., 2019, s. 403).

Domovy se zvláštním režimem poskytují dlouhodobé služby osobám se sníženou soběstačností z důvodu chronického duševního onemocnění, nebo z důvodu závislosti na návykových látkách, dále také osobám s demencí, jež vyžadují pravidelnou pomoc. Tato služba mimo ubytování, stravy a pomoci při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu zprostředkovává i kontakt se společenským prostředím a sociálně terapeutickými a aktivizačními činnostmi. Je však poskytována za úhradu (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2020).

Pobytové sociální služby jsou však poskytovány i ve zdravotnických zařízeních, a to osobám, které již ústavní zdravotní péči nepotřebují, ale zároveň se neobejdou bez pomoci jiné osoby. Z tohoto důvodu jim musí být zajištěna pomoc, a to ať již blízkou osobou, či prostřednictvím ambulantní, nebo pobytové sociální služby (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012, s. 158).

3 PRŮZKUMNÁ ČÁST

Tato část zahrnuje nejen analýzu výsledků průzkumného šetření, ale i průzkumné otázky a metodiku průzkumu.

3.1 Průzkumné otázky

1. V čem se liší ošetrovatelská péče o pacienty s demencí v nemocničních zařízeních lůžkového typu a v pobytových sociálních službách?
2. Liší se způsob komunikace s pacienty s demencí u respondentů nemocničních zařízení lůžkového typu a respondentů sociálních služeb pobytového typu?
3. Jaké jsou nejčastější formy problémového chování u pacientů s demencí v nemocničních zařízeních lůžkového typu a v sociálních službách pobytového typu?
4. Jaké nefarmakologické přístupy se využívají u pacientů s demencí v nemocničních zařízeních lůžkového typu a v pobytových sociálních službách?
5. Liší se pohled respondentů zaměstnaných v nemocničních zařízeních lůžkového typu a respondentů zaměstnaných v pobytových sociálních službách na ošetrovatelskou péči o pacienty s demencí?

3.2 Metodika průzkumu

Průzkumná část práce je kvantitativního charakteru. Jednou z možných technik sběru dat u kvantitativního průzkumu je dotazníkové šetření. Jedná se snad o nejrozšířenější a nejpropracovanější metodu, která není z časového hlediska až tak náročná. Dotazníkové šetření má však i své nevýhody. Jednou z nich je nízká návratnost (Olecká, Ivanová, 2010, s. 22-24).

V této práci bylo ke sběru dat využito dotazníku vlastní tvorby. Dotazník se skládá ze 30 otázek. Čtyři otázky jsou filtračního typu. Jejich účelem bylo zachycení respondentů, jež nesplňovali zařazovací kritéria. Dále se v dotazníku vyskytuje 16 uzavřených a 9 polouzavřených otázek. Je zde i jedna otázka stupnicového typu. Konkrétně se jedná o otázku č. 8.

Společně s dotazníkem obdržel každý z respondentů tzv. informační list, na kterém bylo uvedeno nejen k čemu dotazník slouží, ale i pro koho je dotazník určen a jakým způsobem ho vyplnit. Dále zde byla uvedena e-mailová adresa na průzkumníka. Pro případ, že by chtěl někdo z respondentů z průzkumného šetření odstoupit či zkrátit délku archivace dotazníků, která činí 2 roky, bylo na každém dotazníku uvedeno číslo shodné s číslem na informačním listu. Toto číslo umožňovalo zpětné dohledání dotazníku.

Co se týče zachování anonymity respondentů, ta byla zajištěná prostřednictvím uzavřeného boxu, kam byly dotazníky bezprostředně po vyplnění odevzdávány. Celé znění dotazníku je přístupné v příloze M a informační list je k nahlédnutí v příloze L.

Data získána z průzkumného šetření byla zpracována pomocí programů Microsoft Office Excel 2019 a Microsoft Office Word 2019 a zaznamenána do tabulek a grafů. Hodnoty relativních četností v % byly zaokrouhleny na celá čísla.

3.2.1 Technika sběru dat

Před samotným průzkumným šetřením byl proveden pilotní průzkum za účelem otestování dotazníku. Snahou bylo zachytit případné nesrozumitelnosti. Pilotního průzkumu se zúčastnilo 5 respondentů. V otázce č. 1 a 6 bylo doporučeno doplnit informaci, že pokud nemají respondenti s péčí o pacienty s demencí zkušenosti, či se s těmito pacienty na svém pracovišti nesebkávají, aby dotazník dále nevyplňovali. Dále bylo na doporučení respondentů upřesněno znění otázky č. 8, a to o informaci, že lze každou číslici použít pouze jednou. Rovněž byly o další možnosti rozšířeny otázky č. 9, 14, 15 a 20.

Období sběru dat probíhalo od 10. listopadu 2020 do 15. ledna 2021. Nejprve byli telefonicky, či pomocí e-mailové adresy kontaktovány vrchní sestry nemocničních zařízení lůžkového typu (NZLT) a ředitelé a ředitelky sociálních služeb pobytového typu (SSPT) s prosbou, zda by souhlasili s tím, aby se jejich zaměstnanci, konkrétně sestry, podílely na průzkumném šetření. Celkem bylo osloveno 9 nemocničních oddělení a 18 domovů pro seniory/domovů se zvláštním režimem. S účastí na průzkumu však souhlasila pouze 4 nemocniční oddělení, 3 domovy pro seniory a 2 sociální pobytové služby, které jsou součástí jak domova pro seniory, tak domova se zvláštním režimem.

Před rozdělením dotazníků byly podány žádosti o povolení průzkumného šetření a po jejich schválení následovalo předání dotazníků vrchním, popřípadě staničním sestram a ředitelkám, které se o distribuci dotazníků postaraly. Důvodem, proč nebyly dotazníky distribuované průzkumníkem osobně, byla současná epidemiologická situace související s onemocněním COVID 19. Rozdáno bylo celkem 163 dotazníků (85 do NZLT a 78 do SSPT), z čehož se vrátilo 78 (41 z NZLT a 37 ze SSPT). Návratnost tedy činí 48 % (z NZLT 48 % a ze SSPT 47 %).

Z důvodů nesplnění zařazovacích kritérií byly vyřazeny 3 dotazníky z NZLT. Dále bylo z NZLT vyřazeno 6 dotazníků z důvodu chybného vyplnění. Ze SSPT bylo špatně vyplněno 5 dotazníků. Nejčastěji se jednalo o chybné vyplnění otázky č. 8, kdy bylo použito určité cifry vícekrát i přes to, že v zadání bylo zmíněno, že každou cifru lze využít pouze jednou. Dalším

častým důvodem vyřazení bylo nezodpovězení všech otázek v dotazníku. V závěru tedy bylo využito 64 dotazníků (32 z NZLT a 32 ze SSPT).

3.2.2 Charakteristika průzkumného vzorku

Průzkumného šetření se mohly zúčastnit pouze praktické sestry, diplomované všeobecné sestry a všeobecné sestry z NZLT či ze SSPT, které se na svém pracovišti setkávaly s pacienty s demencí a které měly s péčí o tyto pacienty zkušenosti. Předpokládaný počet respondentů činil 60 respondentů. Nakonec se ho ale zúčastnilo 64 respondentů. 32 respondentů bylo zaměstnáno v NZLT a dalších 32 respondentů v SSPT. Podílely se na něm jak praktické sestry, diplomované všeobecné sestry, tak i všeobecné sestry. Většina respondentů byla ženského pohlaví, mužského pohlaví byli pouze 4 respondenti, kteří byli zaměstnáni v NZLT. Nejčastější věkovou kategorií bylo rozmezí od 41 do 50 let. Tato kategorie byla také nejčastěji zastoupená u respondentů ze SSPT. V NZLT bylo však nejvíce respondentů ve věku od 21 do 30 let. Podrobnější informace ohledně pohlaví, věku a vzdělání respondentů jsou uvedeny u otázek č. 2, 3 a 4 v kapitole 3.3 Prezentace výsledků.

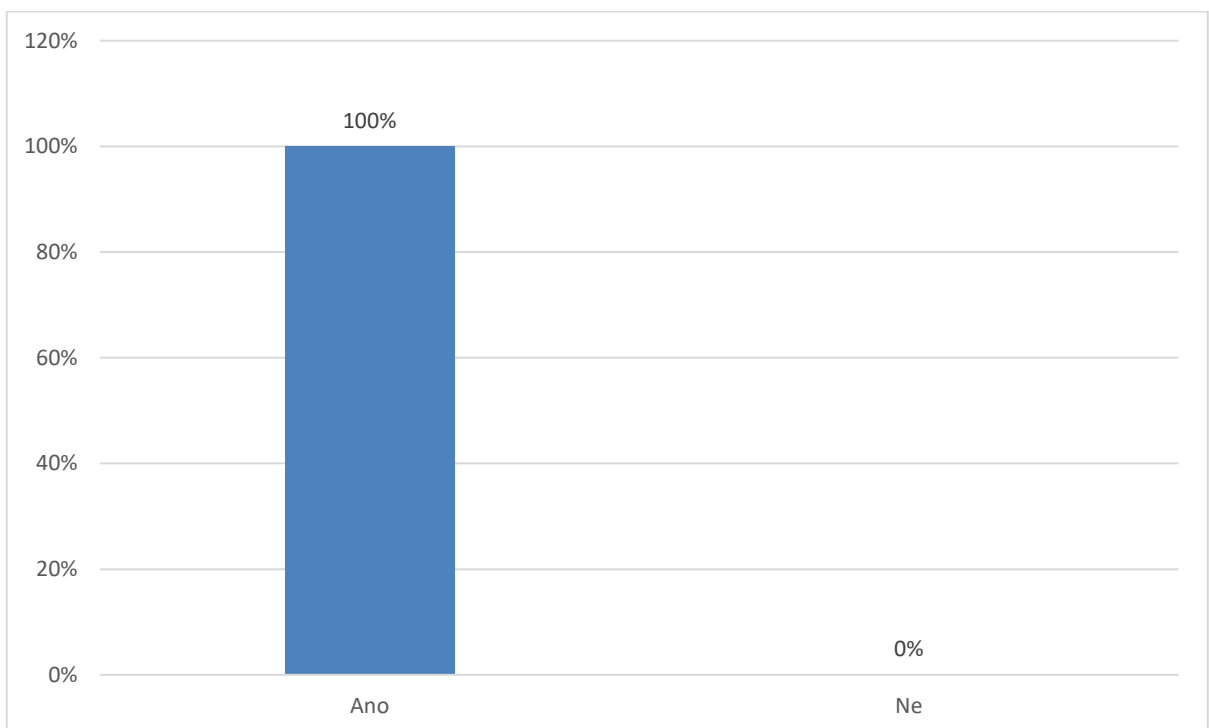
3.3 Prezentace výsledků

V této kapitole jsou prezentovány výsledky dotazníkového šetření. Data získaná z jednotlivých otázek jsou vyobrazena pomocí grafů a tabulek.

Otázka č. 1

Máte zkušenosti s péčí o pacienty s demencí?

- Ano
- Ne (Jestliže jste zvolil/a tuto možnost, dotazník již dále prosím nevyplňujte.)



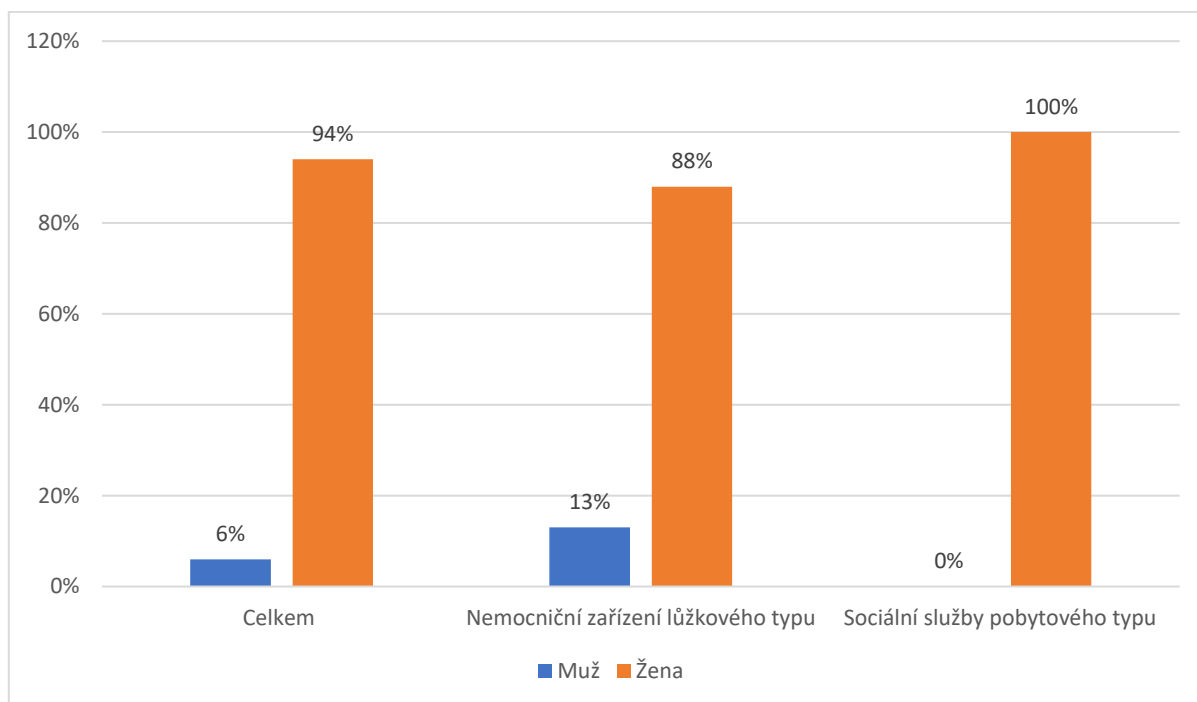
Obrázek 1 Zkušenosti s péčí o pacienty s demencí

Obrázek 1 zobrazuje, že všech 64 (100 %) respondentů má zkušenosti s péčí o pacienty s demencí, což bylo také jedním z kritérií pro zařazení do průzkumného šetření.

Otázka č. 2

Jaké je Vaše pohlaví?

- Muž
- Žena



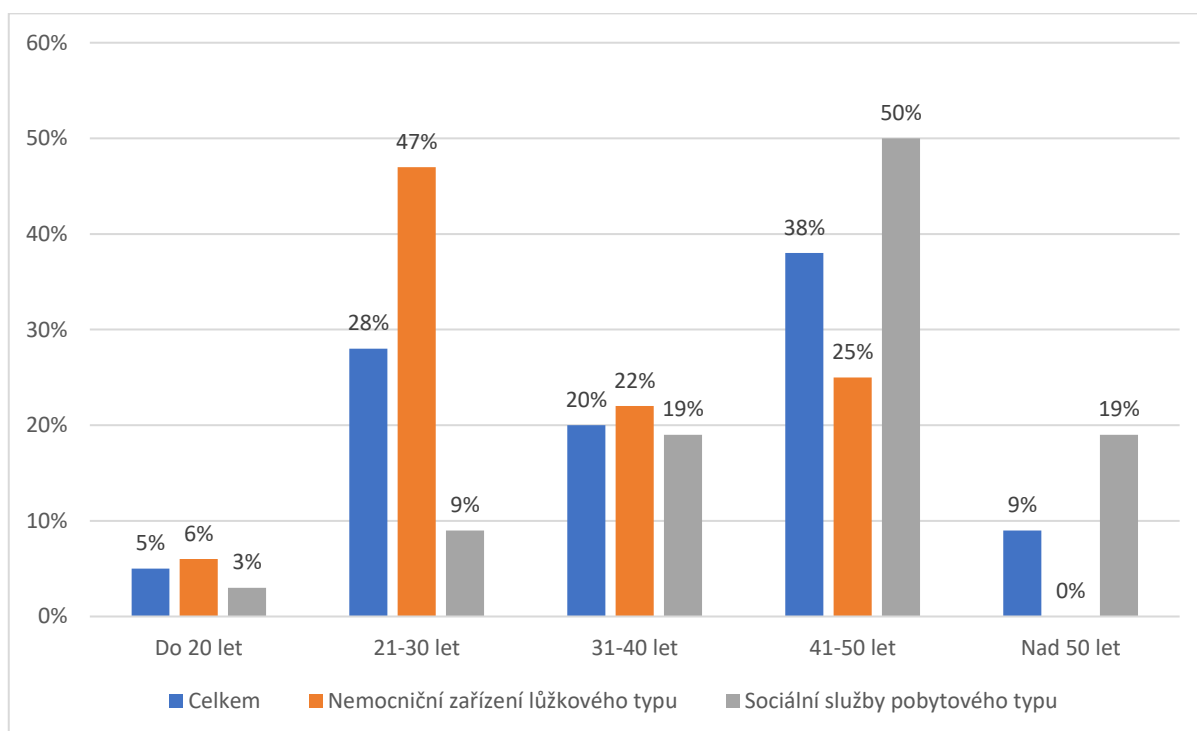
Obrázek 2 Pohlaví respondentů

Z obrázku 2 je patrné, že se průzkumu zúčastnily převážně ženy. Mužské pohlaví bylo zastoupeno 4 (6 %) respondenty, zbylých 60 (94 %) respondentů tvořily ženy. Respondenti z NZLT byli zastoupeni v počtu 4 (13 %) muži a 28 (88 %) žen. Pouze ženským pohlavím, a to v počtu 32 (100 %), byli zastoupeni respondenti ze SSPT.

Otázka č. 3

Do jaké věkové kategorie spadáte?

- Do 20 let
- 21-30 let
- 31-40 let
- 41-50 let
- Nad 50 let



Obrázek 3 Věkové rozmezí respondentů

Z obrázku 3 je zřejmé, že nejvíce respondentů bylo ve věku od 41 do 50 let. Z 64 (100 %) respondentů tak uvedlo 24 (38 %) respondentů. Druhou nejpočetnější skupinu tvořili respondenti od 21 do 30 let, a to s počtem 18 (28 %) respondentů. 13 (20 %) respondentů zvolilo možnost „31-40 let“ a odpověď „Nad 50 let“ uvedlo 6 (9 %) respondentů. Pouze 3 (5 %) respondenti byli ve věku do 20 let.

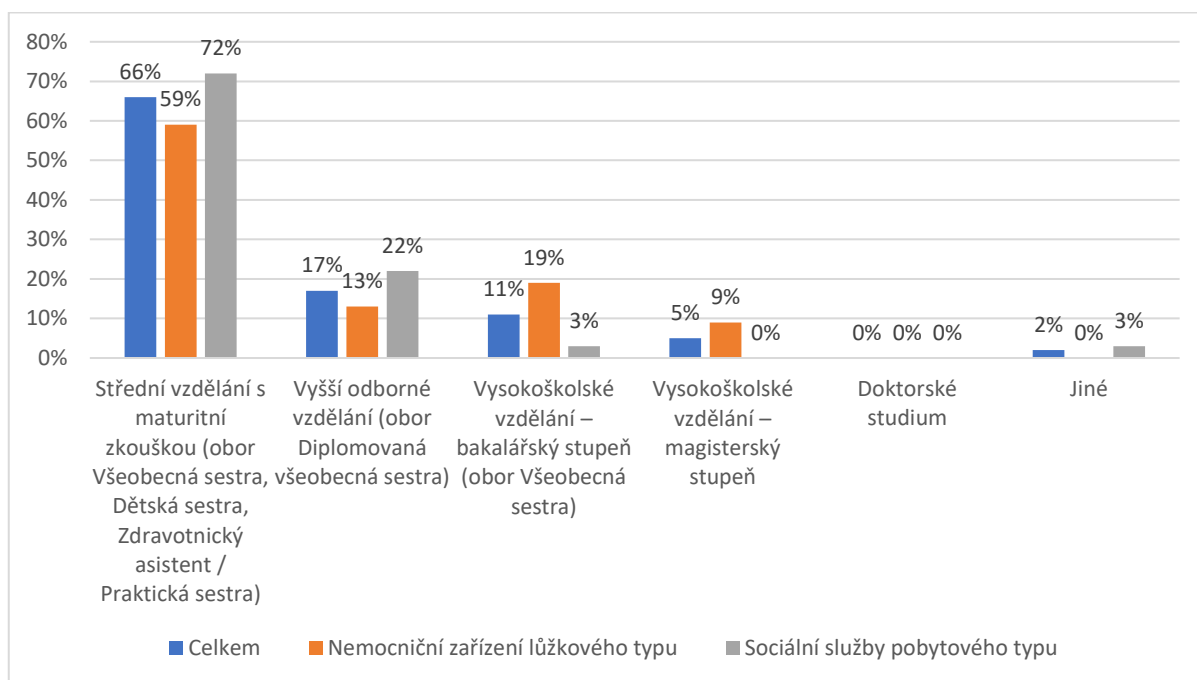
Z 32 (100 %) respondentů z NZLT byli pouze 2 (6 %) respondenti ve věku do 20 let. Nejvíce respondentů bylo zastoupeno v intervalu 21-30 let. Konkrétně se jednalo o 15 (47 %) respondentů. Interval „31-40 let“ zvolilo 7 (22 %) respondentů a možnost „41-50 let“ byla vybrána 8 (25 %) respondenty.

Z 32 (100 %) respondentů ze SSPT byl pouze jeden (3 %) respondent ve věku do 20 let. Ve věku 21-30 let byli 3 (9 %) respondenti. Možnost „31-40 let“ zvolilo 6 (19 %) respondentů a také 6 (19 %) respondentů vybralo poslední možnost, a to „Nad 50 let“. Polovina respondentů, tedy 16 (50 %), byla ve věku 41-50 let.

Otázka č. 4

Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání ve zdravotnickém oboru?

- Střední vzdělání s maturitní zkouškou (obor Všeobecná sestra, Dětská sestra, Zdravotnický asistent / Praktická sestra)
- Vyšší odborné vzdělání (obor Diplomovaná všeobecná sestra)
- Vysokoškolské vzdělání – bakalářský stupeň (obor Všeobecná sestra)
- Vysokoškolské vzdělání – magisterský stupeň
- Doktorské studium
- Jiné:



Obrázek 4 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů ve zdravotnickém oboru

Z obrázku 4 je na první pohled zjevné, že u respondentů převažuje střední vzdělání s maturitní zkouškou (obor Všeobecná sestra, Dětská sestra, Zdravotnický asistent / Praktická sestra). Z celkového počtu 64 (100 %) respondentů tak uvedlo 42 (66 %) respondentů. Následující odpověď „Vyšší odborné vzdělání (obor Diplomovaná všeobecná sestra)“ byla vybrána 11 (17 %) respondenty. K vysokoškolskému vzdělání bakalářského stupně se přihlásilo 7 (11 %) respondentů a k vysokoškolskému vzdělání magisterského stupně 3 (5 %) respondenti.

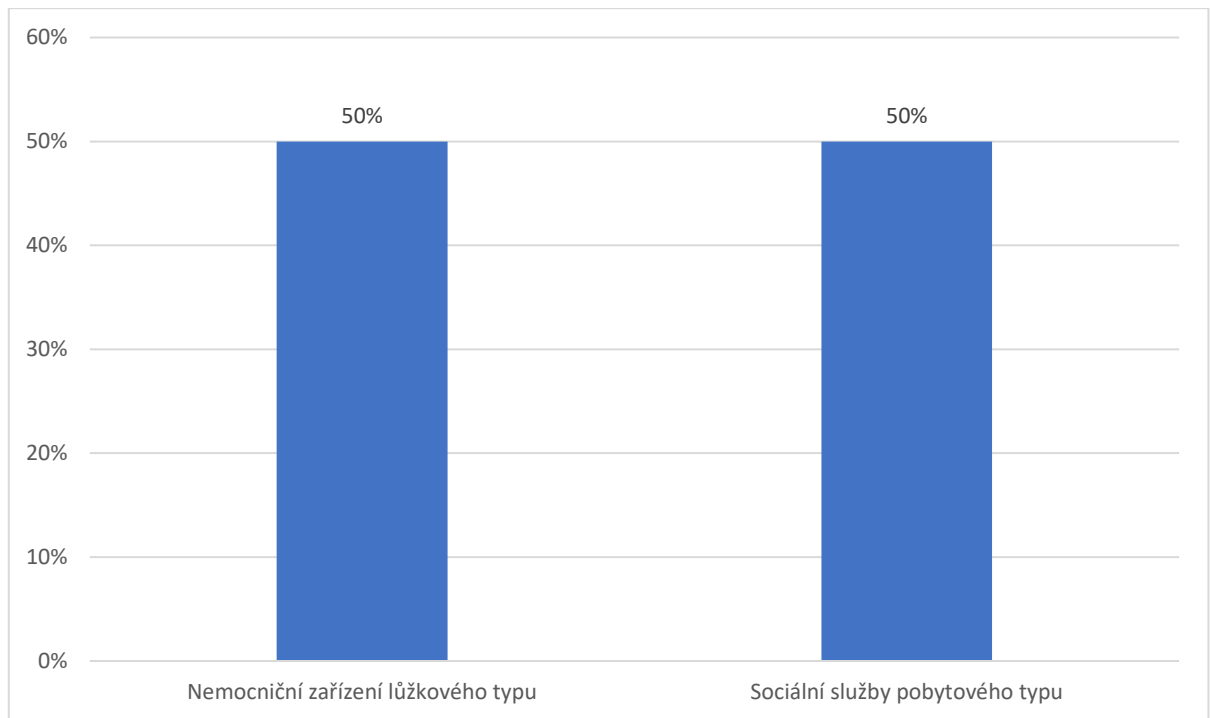
Z 32 (100 %) respondentů z NZLT uvedlo možnost „Střední vzdělání s maturitní zkouškou (obor Všeobecná sestra, Dětská sestra, Zdravotnický asistent / Praktická sestra)“ 19 (59 %) respondentů. 4 (13 %) respondenti zvolili odpověď „Vyšší odborné vzdělání (obor Diplomovaná všeobecná sestra)“ a 6 (19 %) respondentů uvedlo, že jejich nejvyšším vzděláním ve zdravotnickém oboru je vysokoškolské vzdělání, konkrétně bakalářský stupeň. Magisterský stupeň byl zvolen 3 (9 %) respondenty.

I v SSPT byla možnost „Střední vzdělání s maturitní zkouškou (obor Všeobecná sestra, Dětská sestra, Zdravotnický asistent / Praktická sestra)“ uvedena největším počtem respondentů. Z 32 (100 %) respondentů tuto možnost zvolilo 23 (72 %) respondentů. 7 (22 %) respondentů zvolilo možnost druhou, tedy „Vyšší odborné vzdělání (obor Diplomovaná všeobecná sestra)“ a možnosti „Jiné“ využil jeden (3 %) respondent, který uvedl jako nejvyšší dosažené vzdělání ve zdravotnickém oboru pomaturitní studium geriatric.

Otázka č. 5

Na jakém pracovišti momentálně pracujete?

- Nemocniční zařízení lůžkového typu
- Sociální služby pobytového typu



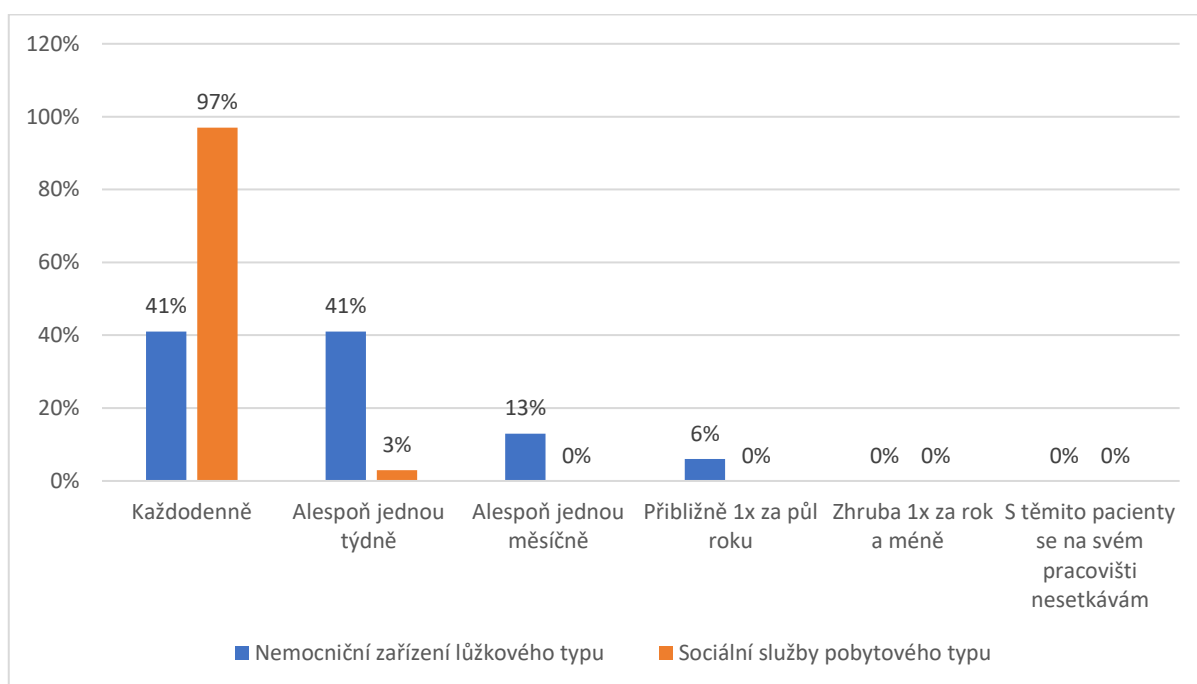
Obrázek 5 Pracoviště respondentů

Obrázek 5 znázorňuje, že z celkového počtu 64 (100 %) respondentů, bylo 32 (50 %) respondentů zaměstnáno v NZLT a dalších 32 (50 %) respondentů v SSPT.

Otázka č. 6

Jak často se na Vašem pracovišti setkáváte s pacienty s demencí?

- Každodenně
- Alespoň jednou týdně
- Alespoň jednou měsíčně
- Přibližně 1x za půl roku
- Zhruba 1x za rok a méně
- S těmito pacienty se na svém pracovišti nesetkávám (Jestliže jste zvolil/a tuto možnost, dotazník již dále prosím nevyplňujte.)



Obrázek 6 Četnost setkání respondentů s pacienty s demencí

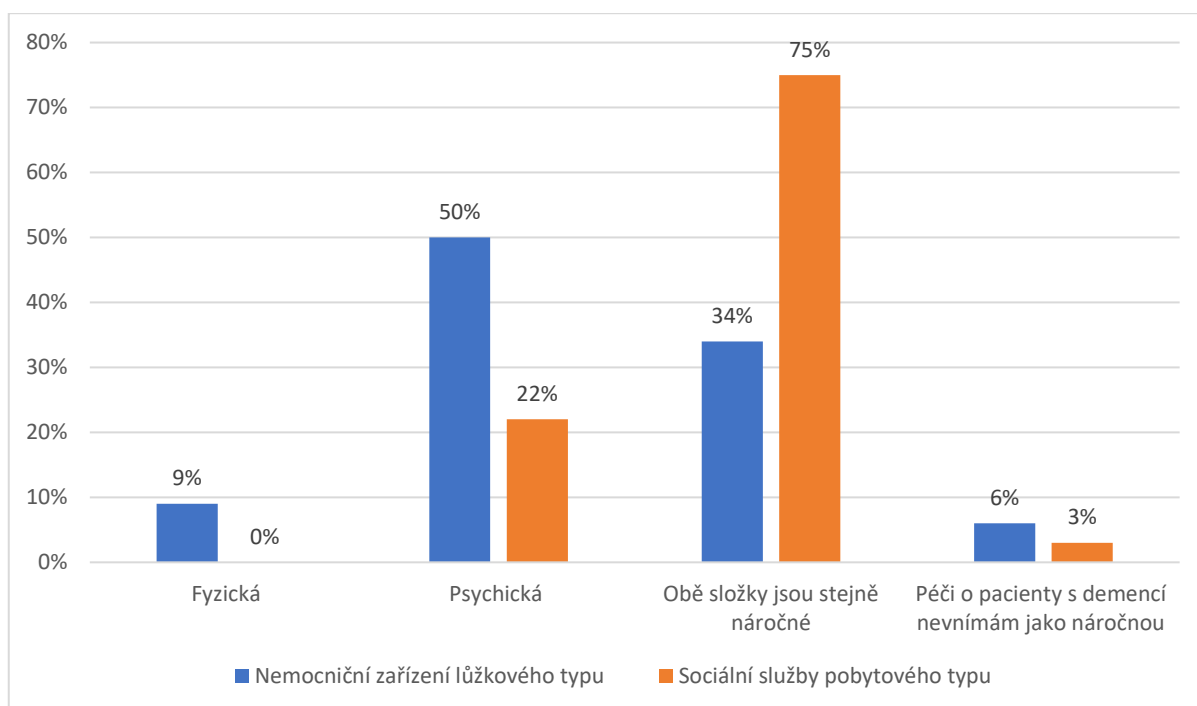
Z obrázku 6 je zřejmé, že se respondenti ze SSPT setkávají s pacienty s demencí častěji než respondenti z NZLT. Z 32 (100 %) respondentů z NZLT uvedlo 13 (41 %) respondentů, že se s pacienty s demencí setkávají každodenně. Stejný počet respondentů (13; 41 %) uvedl, že se s těmito pacienty setkává alespoň jednou týdně. Odpověď „Alespoň jednou měsíčně“ byla uvedena 4 (13 %) respondenty. Pouze 2 (6 %) respondenti uvedli, že se s pacienty s demencí setkávají přibližně 1x za půl roku.

Respondenti ze SSPT uváděli pouze jednu z prvních dvou možností. Z 32 (100 %) respondentů uvedla téměř většina (31 respondentů; 97 %), že se s pacienty s demencí setkává každodenně. Pouze jeden (3 %) z respondentů uvedl, že se s těmito pacienty setkává alespoň jednou týdně.

Otázka č. 7

Jaká složka ošetrovatelské péče o pacienty s demencí Vám přijde náročnější?

- Fyzická
- Psychická
- Obě složky jsou stejně náročné
- Péči o pacienty s demencí nevnímám jako náročnou



Obrázek 7 Vnímání náročnosti ošetrovatelské péče o pacienty s demencí

Obrázek 7 znázorňuje, jakou složku ošetrovatelské péče o pacienty s demencí vnímají respondenti z jednotlivých typů pracovišť jako náročnější. Z 32 (100 %) respondentů z NZLT uvedla polovina (16; 50 %) respondentů, že jako náročnější vnímá složku psychickou. Fyzickou složku zvolili jako náročnější 3 (9 %) respondenti. Odpověď „Obě složky jsou stejně náročné“ byla vybrána 11 (34 %) respondenty a 2 (6 %) respondenty byla vybrána možnost „Péči o pacienty s demencí nevnímám jako náročnou“.

Nejčastější odpovědí respondentů ze SSPT byla možnost „Obě složky jsou stejně náročné“. Tuto odpověď zvolilo z 32 (100 %) dotazovaných 24 (75 %) respondentů. Psychickou složku ošetrovatelské péče uvedlo jako náročnější 7 (22 %) respondentů a jedním (3 %) respondentem byla zvolena možnost „Péči o pacienty s demencí nevnímám jako náročnou“.

Otázka č. 8

Seřad'te jednotlivé oblasti péče uvedené níže od nejméně náročných po nejnáročnější, a to pomocí číslic 1-8. Každou číslici lze použít pouze jednou.

1 = oblast péče o pacienta s demencí, kterou považují za nejméně náročnou

8 = oblast péče o pacienta s demencí, kterou považují za nejnáročnější

___ oblast komunikace

___ oblast hygieny

___ oblast stravování a hydratace

___ oblast spánku

___ oblast aktivizace pacienta

___ problémové chování pacienta (např. zmatenost, agresivita, ...)

___ problematika bolesti

___ zajištění bezpečnosti pacienta

Tabulka 1 Náročnost jednotlivých oblastí péče očima respondentů

Pořadí výsledků od nejméně náročných po nejnáročnější oblasti péče	Nemocniční zařízení lůžkového typu		Sociální služby pobytového typu	
	Oblasti péče	Celkový počet bodů	Oblasti péče	Celkový počet bodů
1.	oblast hygieny	78	oblast hygieny	71
2.	oblast stravování a hydratace	95	oblast spánku	79
3.	oblast spánku	109	oblast stravování a hydratace	93
4.	oblast aktivizace pacienta	128	oblast aktivizace pacienta	115
5.	problematika bolesti	134	problematika bolesti	177
6.	zajištění bezpečnosti pacienta	184	oblast komunikace	198
7.	oblast komunikace	187	zajištění bezpečnosti pacienta	203
8.	problémové chování pacienta	237	problémové chování pacienta	216

Tabulka 1 znázorňuje, jakým způsobem vnímají respondenti jednotlivé oblasti péče, a to od nejméně náročných po nejnáročnější. Z tabulky je patrné, že respondenti z obou typů pracovišť přiřadili stejnou úroveň náročnosti 4 oblastem z 8. Za nejméně náročnou oblast péče považují respondenti z obou typů pracovišť oblast hygieny. Na 2. místo umístili respondenti z NZLT oblast stravování a hydratace a na 3. místo oblast spánku. U respondentů ze SSPT tomu bylo naopak. 2. místo obsadila oblast spánku a na 3. místě byla umístěna oblast stravování

a hydratace. Na 4. místě uvedli respondenti z obou typů pracovišť oblast aktivizace pacienta. I 5. místo se u respondentů obou typů pracovišť shoduje. Jedná se o problematiku bolesti. Zajištění bezpečnosti pacienta se umístilo u respondentů z NZLT na 6. místě a 7. místo bylo přiděleno oblasti komunikace. U respondentů ze SSPT tomu bylo opět naopak. 6. místo bylo přiděleno oblasti komunikace a 7. místo zaujalo zajištění bezpečnosti pacienta. Respondenti z obou typů pracovišť se však shodli, že za nejnáročnější oblast péče považují problémové chování pacienta.

Otázka č. 9

Jakým způsobem si před odbornými výkony ověřujete totožnost pacientů s demencí? Lze zvolit více možných odpovědí.

- Dotazem na příjmení a ročník pacienta
- Pomocí identifikačního náramku
- Pomocí cedule na lůžku pacienta
- Pomocí cedule před dveřmi pacienta
- Po paměti
- Zkušenější personál mi poradí, o kterého pacienta se jedná
- Jiné:

Tabulka 2 Způsob ověřování totožnosti pacientů s demencí

Jednotlivé odpovědi	Nemocniční zařízení lůžkového typu		Sociální služby pobytového typu	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Dotazem na příjmení a ročník pacienta	21	66 %	11	34 %
Pomocí identifikačního nárámku	29	91 %	4	13 %
Pomocí cedule na lůžku pacienta	18	56 %	2	6 %
Pomocí cedule před dveřmi pacienta	1	3 %	21	66 %
Po paměti	3	9 %	16	50 %
Zkušenější personál mi poradí, o kterého pacienta se jedná	1	3 %	7	22 %
Jiné	2	6 %	4	13 %
Celkem	75	234 %	65	204 %

Z tabulky 2 je patrné, že nejčastější způsob, jakým si respondenti před odbornými výkony ověřují totožnost pacientů s demencí, se u respondentů z NZLT a u respondentů ze SSPT liší. Z 32 (100 %) respondentů z NZLT uvedlo 21 (66 %) respondentů, že si totožnost pacientů ověřují dotazem na příjmení a ročník pacienta. Pomocí identifikačního nárámku si totožnost pacientů ověřuje nejvíce respondentů, a to 29 (91 %). Odpověď „Pomocí cedule na lůžku pacienta“ byla uvedena 18 (56 %) respondenty a 3 (9 %) respondenti uvedli odpověď „Po paměti“. Poslední možnost „Jiné“ zvolili 2 (6 %) respondenti z NZLT, kteří uvedli, že si totožnost pacientů s demencí ověřují pomocí tabule se jmény pacientů na sesterně.

Z 32 (100 %) respondentů ze SSPT uvedlo 11 (34 %) respondentů, že si totožnost pacientů ověřují dotazem na příjmení a ročník pacienta. Možnost „Pomocí identifikačního náramku“ uvedli 4 (13 %) respondenti. Pomocí cedule před dveřmi pacienta si pacientovu totožnost ověřuje nejvíce (21; 66 %) respondentů a odpověď „Po paměti“ uvedlo 16 (50 %) respondentů, tedy polovina. Možnost „Zkušenější personál mi poradí, o kterého pacienta se jedná“ v dotazníku zvolilo 7 (22 %) respondentů a 4 (13 %) respondenti ze SSPT uvedli v kolonce „Jiné“, že své klienty znají osobně.

Otázka č. 10

Jakým způsobem pacienta s demencí oslovujete? Lze zvolit více možných odpovědí.

- Příjmením
- Křestním jménem
- Zdrobnělinou (např. sluníčko, broučku, ...)
- Babi / dědo
- Dle přání pacienta
- Dle doporučení rodiny
- Jiné:

Tabulka 3 Způsob oslovování pacientů s demencí

Jednotlivé odpovědi	Nemocniční zařízení lůžkového typu		Sociální služby pobytového typu	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Příjmením	27	84 %	31	97 %
Křestním jménem	6	19 %	4	13 %
Zdrobnělinou (např. sluníčko, broučku, ...)	0	0 %	2	6 %
Babi / dědo	1	3 %	0	0 %
Dle přání pacienta	13	41 %	17	53 %
Dle doporučení rodiny	19	59 %	1	3 %
Jiné	0	0 %	1	3 %
Celkem	66	206 %	56	175 %

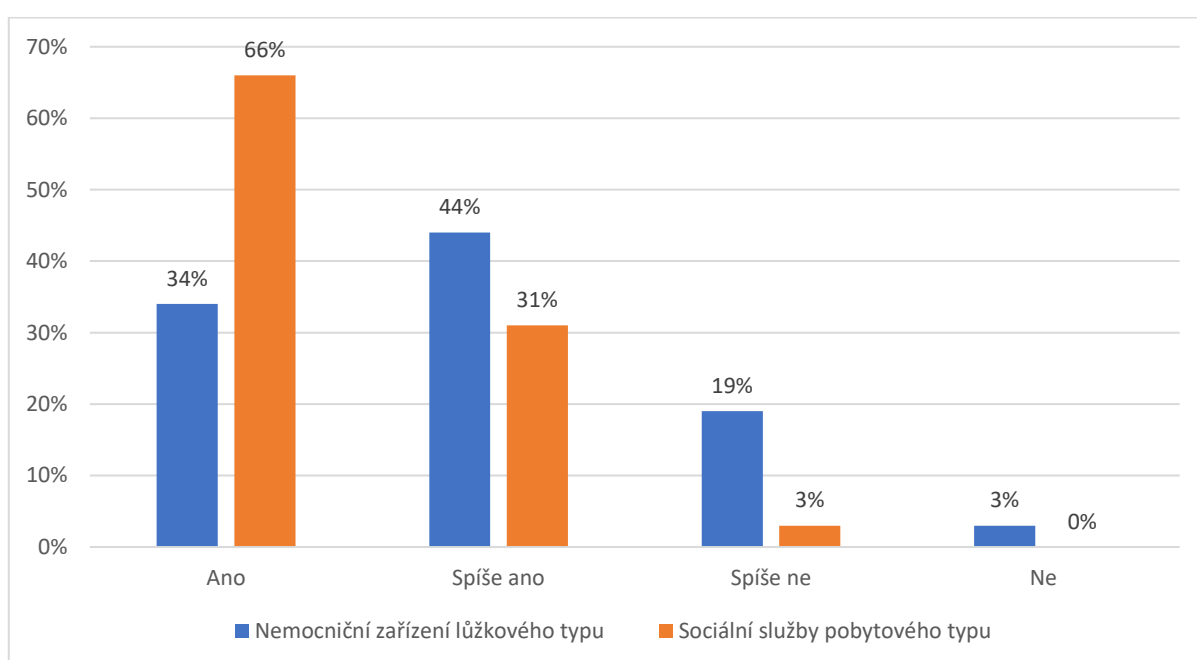
Tabulka 3 zaznamenává, jakým způsobem oslovují respondenti pacienty s demencí. Z 32 (100 %) respondentů z NZLT uvedlo 27 (84 %) respondentů, že pacienty s demencí oslovují příjmením. Možnost „Křestním jménem“ byla uvedena 6 (19 %) respondenty a odpověď „Dle přání pacienta“ byla zvolena 13 (41 %) respondenty. Druhou nejčastěji volenou odpovědí byla předposlední možnost, kdy 19 (59 %) respondentů uvedlo, že pacienty s demencí oslovují dle doporučení rodiny.

Z 32 (100 %) respondentů ze SSPT uvedlo nejvíce (31; 97 %) respondentů, že pacienty s demencí oslovují příjmením. 4 (13 %) respondenti uvedli odpověď „Křestním jménem“ a 2 (6 %) respondenty byla vyplněna odpověď „Zdrobnělinou (např. sluníčko, broučku, ...)“. 17 (53 %) respondentů uvedlo, že pacienty s demencí oslovují dle jejich přání. Využito bylo i poslední možnosti „Jiné“, kde jeden (3 %) respondent uvedl, že pacienty oslovuje titulem.

Otázka č. 11

Než začnete hovořit s pacientem s demencí, ujišťujete se, zda má potřebné kompenzační pomůcky (např. naslouchátko)?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne



Obrázek 8 Ujištění se o potřebných kompenzačních pomůčkách před zahájením komunikace

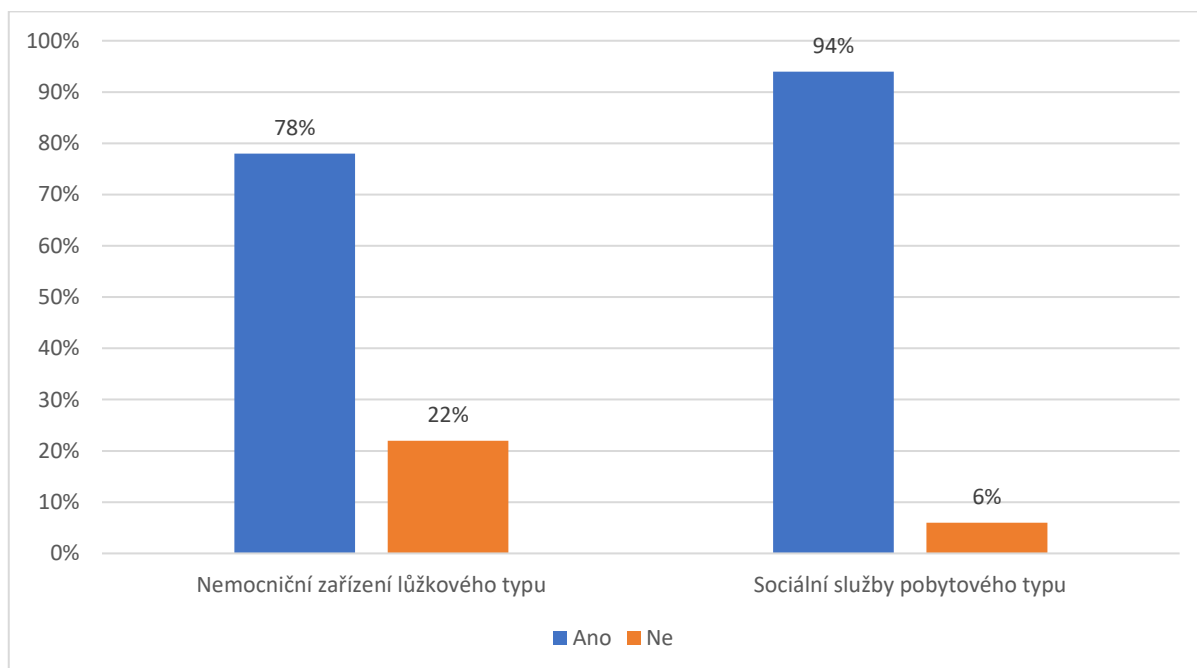
Z obrázku 8 je zřejmé, že se většina respondentů před zahájením komunikace ujišťuje o tom, zda má pacient s demencí potřebné kompenzační pomůcky. Z 32 (100 %) respondentů z NZLT se o přítomnosti kompenzačních pomůcek ujišťuje 11 (34 %) respondentů. 14 (44 %) respondentů zvolilo odpověď „Spíše ano“, dalších 6 (19 %) respondentů zvolilo možnost „Spíše ne“ a pouze jeden (3 %) respondent z NZLT uvedl, že se o přítomnosti kompenzačních pomůcek u pacientů s demencí neujišťuje.

Z 32 (100 %) respondentů ze SSPT se o přítomnosti kompenzačních pomůcek ujišťuje 21 (66 %) respondentů. Dalších 10 (31 %) respondentů uvedlo odpověď „Spíše ano“ a možnost „Spíše ne“ byla vybrána jedním (3 %) respondentem.

Otázka č. 12

Liší se způsob Vaší komunikace s pacienty s demencí v porovnání s pacienty bez kognitivního deficitu?

- Ano
- Ne



Obrázek 9 Odlišnost ve způsobu komunikace

Z obrátku 9 je patrné, že u obou typů pracovišť převažuje odpověď „Ano“. Z 32 (100 %) respondentů z NZLT uvedlo 25 (78 %) respondentů, že se jejich způsob komunikace s pacienty s demencí v porovnání s pacienty bez kognitivního deficitu liší. Zbylých 7 (22 %) respondentů uvedlo, že se jejich způsob komunikace neliší.

Z 32 (100 %) respondentů ze SSPT zvolilo odpověď „Ano“ 30 (94 %) respondentů a další 2 (6 %) respondenti uvedli, že se jejich způsob komunikace neliší.

Otázka č. 13

Využíváte při komunikaci s pacienty s demencí některé z uvedených možností? Lze zvolit více možných odpovědí.

- Používám kratší, jednodušší věty
- Mluvím pomaleji
- Mluvím více nahlas
- Používám 1. pád množného čísla (např. to jsme se hezky vospinkali)
- Nepoužívám odborné výrazy
- Používám zdrobněliny
- Pacientovi nevysvětluji, co u něj budu dělat (např. napojení infúze)
- Pacientovi opakovaně vysvětluji, co u něj budu dělat
- Při ukončení komunikace se ujišťuji, zda pacient sdělenému obsahu porozuměl
- Při ukončení komunikace se neujišťuji, zda pacient sdělenému obsahu porozuměl
- Ne

Tabulka 4 Způsob komunikace s pacienty s demencí

Jednotlivé odpovědi	Nemocniční zařízení lůžkového typu		Sociální služby pobytového typu	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Používám kratší, jednodušší věty	24	75 %	28	88 %
Mluvím pomaleji	23	72 %	28	88 %
Mluvím více nahlas	22	69 %	21	66 %
Používám 1. pád množného čísla (např. to jsme se hezky vospinkali)	1	3 %	0	0 %
Nepoužívám odborné výrazy	15	47 %	21	66 %
Používám zdobněliny	4	13 %	2	6 %
Pacientovi nevysvětluji, co u něj budu dělat (např. napojení infúze)	1	3 %	3	9 %
Pacientovi opakovaně vysvětluji, co u něj budu dělat	26	81 %	22	69 %
Při ukončení komunikace se ujišťuji, zda pacient sdělenému obsahu porozuměl	19	59 %	19	59 %
Při ukončení komunikace se neujišťuji, zda pacient sdělenému obsahu porozuměl	2	6 %	2	6 %
Ne	0	0 %	0	0 %
Celkem	137	428 %	146	457 %

Tabulka 4 znázorňuje, zda respondenti využívají některé z uvedených možností při komunikaci s pacienty s demencí. Z 32 (100 %) respondentů z NZLT uvedlo 24 (75 %) respondentů, že

používá kratší, jednodušší věty. 23 (72 %) respondentů mluví pomaleji a více nahlas mluví 22 (69 %) respondentů. 15 (47 %) respondenty byla zvolena možnost „Nepoužívám odborné výrazy“ a 4 (13 %) respondenti uvedli, že používají zdrobněliny. Nejčastěji však respondenti volili odpověď „Pacientovi opakovaně vysvětluji, co u něj budu dělat“. Konkrétně tuto možnost uvedlo 26 (81 %) respondentů a 19 (59 %) respondentů uvedlo, že se při ukončení komunikace ujistí, zda pacient sdělenému obsahu porozuměl.

Z 32 (100 %) respondentů ze SSPT používá 28 (88 %) respondentů kratší, jednodušší věty, 28 (88 %) respondentů mluví pomaleji a 21 (66 %) respondentů mluví více nahlas. Taktéž 21 (66 %) respondentů uvedlo, že nepoužívají odborné výrazy. Možnost „Pacientovi nevysvětluji, co u něj budu dělat (např. napojení infúze)“ byla zvolena 3 (9 %) respondenty a opak, tedy možnost „Pacientovi opakovaně vysvětluji, co u něj budu dělat“ byla uvedena 22 (69 %) respondenty. O tom, zda pacient porozuměl sdělenému obsahu se při ukončení komunikace ujistí 19 (59 %) respondentů.

Otázka č. 14

S jakými formami problémového/nevhodného chování se u pacientů s demencí setkáváte?

Lze zvolit více možných odpovědí.

- S problémovým/nevhodným chováním jsem se u pacientů s demencí doposud neseťkal/a
- Agresivita fyzického rázu
- Agresivita slovního rázu
- Agresivita vůči personálu
- Agresivita vůči ostatním pacientům
- Křičení
- Vybavování exkrementů z inkontinenčních pomůcek
- Trhání inkontinenčních pomůcek
- Vytahování invazivních vstupů
- Sebepoškozování
- Nevhodné chování se sexuálním podtextem
- Obnažování ve veřejných prostorech
- Krádeže (např. osobních věcí u ostatních pacientů)
- Jiné:

Tabulka 5 Formy problémového/nevhodného chování pacientů s demencí

Jednotlivé odpovědi	Nemocniční zařízení lůžkového typu		Sociální služby pobytového typu	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
S problémovým/nevhodným chováním jsem se u pacientů s demencí doposud nesetkal/a	2	6 %	0	0 %
Agresivita fyzického rázu	21	66 %	20	63 %
Agresivita slovního rázu	24	75 %	29	91 %
Agresivita vůči personálu	24	75 %	25	78 %
Agresivita vůči ostatním pacientům	6	19 %	14	44 %
Křičení	24	75 %	24	75 %
Vybavování exkrementů z inkontinenčních pomůcek	21	66 %	29	91 %
Trhání inkontinenčních pomůcek	23	72 %	29	91 %
Vytahování invazivních vstupů	30	94 %	13	41 %
Sebepoškozování	9	28 %	7	22 %
Nevhodné chování se sexuálním podtextem	1	3 %	5	16 %
Obnažování ve veřejných prostorech	12	38 %	5	16 %
Krádeže (např. osobních věcí u ostatních pacientů)	7	22 %	7	22 %
Jiné	1	3 %	0	0 %
Celkem	205	642 %	207	650 %

Z tabulky 5 je zřejmé, že se respondenti setkávají s různými formami problémového/nevhodného chování u pacientů s demencí. Z 32 (100 %) respondentů z NZLT se s agresivitou fyzického rázu setkala 21 (66 %) respondentů. 24 (75 %) respondentů má zkušenosti s agresivitou slovního rázu, s agresivitou vůči personálu a s křičením pacientů. Dále se 21 (66 %) respondentů setkala s vybavováním exkrementů z inkontinenčních pomůcek a s trháním inkontinenčních pomůcek má zkušenosti 23 (72 %) respondentů. Téměř většina respondentů z NZLT, konkrétně 30 (94 %), má však zkušenosti s vytahováním invazivních vstupů. Se sebepoškozováním se zas setkala 9 (28 %) respondentů a s obnažováním ve veřejných prostorech má zkušenosti 12 (38 %) respondentů. Odpověď „Krádeže (např. osobních věcí u ostatních pacientů)“ byla uvedena 7 (22 %) respondenty a jedním (3 %) respondentem byla zvolená možnost „Jiné“, kde respondent uvedl, že se setkal s blouděním či utíkaním pacientů z oddělení.

Z 32 (100 %) respondentů ze SSPT uvedlo 20 (63 %) respondentů, že má u pacientů s demencí zkušenosti s agresivitou fyzického rázu. S agresivitou slovního rázu se setkala 29 (91 %) respondentů. 29 (91 %) respondentů se rovněž setkala s vybavováním exkrementů z inkontinenčních pomůcek a s trháním inkontinenčních pomůcek. S agresivitou vůči personálu má zkušenosti 25 (78 %) respondentů a 14 (44 %) respondentů uvedlo, že se setkala s agresivitou vůči ostatním pacientům. 24 (75 %) respondentů zvolilo odpověď „Křičení“ a 13 (41 %) respondenty byla uvedena odpověď „Vytahování invazivních vstupů“. Odpovědi „Sebepoškozování“ a „Krádeže (např. osobních věcí u ostatních pacientů)“ byly zvoleny 7 (22 %) respondenty.

Otázka č. 15

S jakým typem nevhodného chování vůči pacientům s demencí jste se setkal/a ze strany zaměstnanců na Vašem pracovišti? Lze zvolit více možných odpovědí.

- S nevhodným chováním vůči pacientům s demencí jsem se nesetkal/a
- Nedodržování intimity pacienta (např. otevřené dveře během hygieny)
- Nevhodné oblečení pacienta (např. muž v dámském oblečení)
- Nevhodné komentáře (např. zesměšňování pacienta)
- Křičení na pacienta (např. z důvodu jeho nevhodného chování)
- Nešetrná manipulace s pacientem (např. při polohování)
- Ignorování žádostí/potřeb pacienta
- Jiné:

Tabulka 6 Typy nevhodného chování zaměstnanců vůči pacientům s demencí

Jednotlivé odpovědi	Nemocniční zařízení lůžkového typu		Sociální služby pobytového typu	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
S nevhodným chováním vůči pacientům s demencí jsem se nesetkal/a	2	6 %	12	38 %
Nedodržování intimity pacienta (např. otevřené dveře během hygieny)	15	47 %	11	34 %
Nevhodné oblečení pacienta (např. muž v dámském oblečení)	2	6 %	0	0 %
Nevhodné komentáře (např. zesměšňování pacienta)	6	19 %	4	13 %
Křičení na pacienta (např. z důvodu jeho nevhodného chování)	18	56 %	6	19 %
Nešetrná manipulace s pacientem (např. při polohování)	18	56 %	11	34 %
Ignorování žádostí/potřeb pacienta	9	28 %	7	22 %
Jiné	0	0 %	1	3 %
Celkem	70	218 %	52	163 %

Z tabulky 6 je zřejmé, že s nevhodným chováním vůči pacientům s demencí se ze strany zaměstnanců setkávají častěji respondenti z NZLT. Z 32 (100 %) respondentů z NZLT uvedlo 15 (47 %) respondentů, že se setkali s nedodrčováním intimity pacienta (např. otevřené dveře během hygieny). S nevhodnými komentáři (např. zesměšňování pacienta) má zkušenosti 6 (19 %) respondentů. Nejčastěji se však respondenti setkali s křičením na pacienty (např. z důvodu jejich nevhodného chování) a s jejich nešetrnou manipulací (např. při polohování). Obě tyto možnosti byly zvoleny 18 (56 %) respondenty. Předposlední odpověď „Ignorování žádostí/potřeb pacienta“ uvedlo 9 (28 %) respondentů a pouze 2 (6 %) respondenti z NZLT uvedli, že se s nevhodným chováním vůči pacientům s demencí neseťkali.

Nejčastější odpovědí respondentů ze SSPT je odpověď „S nevhodným chováním vůči pacientům s demencí jsem se neseťkal/a“. Z 32 (100 %) respondentů ji uvedlo 12 (38 %) respondentů. 11 (34 %) respondenty byly zvoleny následující 2 možnosti: „Nedodrčování intimity pacienta (např. otevřené dveře během hygieny)“ a „Nešetrná manipulace s pacientem (např. při polohování)“. 4 (13 %) respondenti byli svědky nevhodných komentářů a s křičením na pacienta (např. z důvodu jeho nevhodného chování) se setkali 6 (19 %) respondentů. 7 (22 %) respondentů zvolilo možnost „Ignorování žádostí/potřeb pacienta“ a pouze jeden (3 %) z respondentů SSPT zvolil možnost „Jiné“, kde uvedl, že se setkal s mluvením nad klientem o jiném nevhodném tématu a jiných klientech.

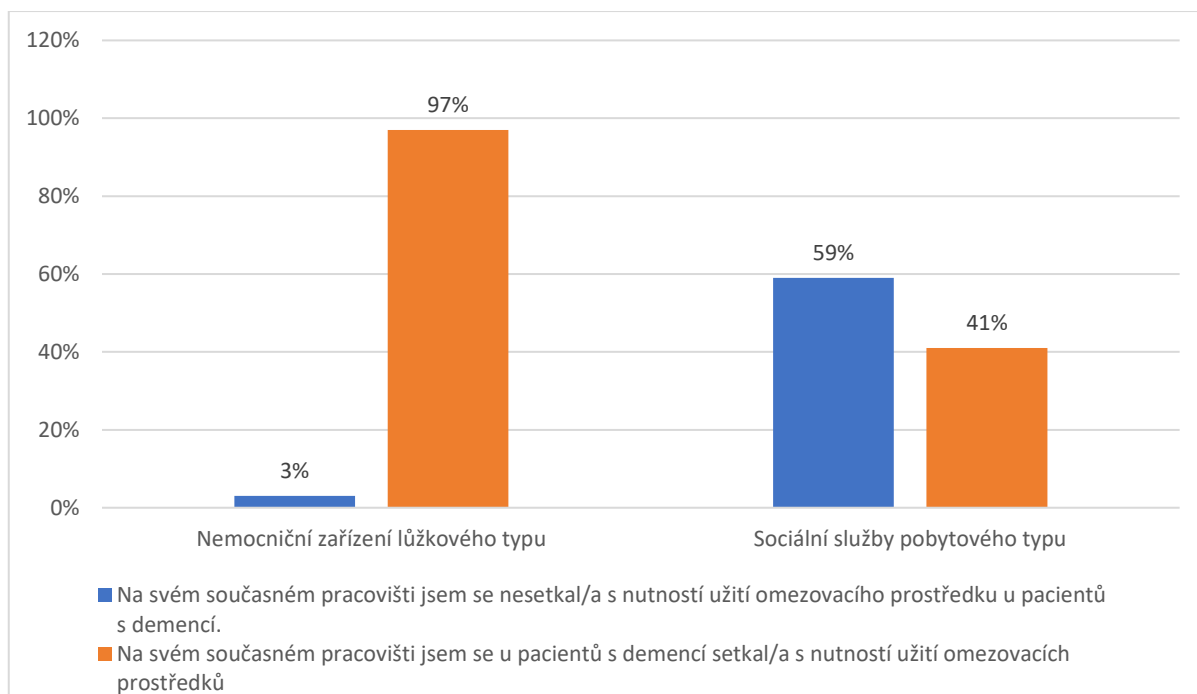
Otázka č. 16

S jakými omezovacími prostředky jste se na Vašem pracovišti u pacientů s demencí setkal/a?

- Na svém současném pracovišti jsem se neseťkal/a s nutností užití omezovacího prostředku u pacientů s demencí.

Na svém současném pracovišti jsem se u pacientů s demencí setkal/a s nutností užití těchto omezovacích prostředků (lze zvolit více možných odpovědí):

- úchop pacienta zdravotnickými pracovníky nebo jinými osobami k tomu určenými
- ochranné pásy nebo kurty
- síťové lůžko
- umístění pacienta v místnosti určené k bezpečnému pohybu
- ochranný kabátek nebo vesta zamezující pohybu horních končetin pacienta
- psychofarmaka, popřípadě jiné léčivé přípravky, které jsou vhodné k omezení volného pohybu pacienta



Obrázek 10 Setkání respondentů s nutností užití omezovacích prostředků u pacientů s demencí

Z obrázku 10 je patrné, že se respondenti z NZLT setkali s nutností užití omezovacích prostředků u pacientů s demencí častěji než respondenti ze SSPT. Z 32 (100 %) respondentů z NZLT uvedl pouze jeden (3 %) respondent, že se neseťkal s užitím omezovacích prostředků u těchto pacientů a zbylých 31 (97 %) respondentů uvedlo, že se s nutností užití omezovacích prostředků setkalo.

Z 32 (100 %) respondentů ze SSPT zvolilo odpověď „Na mém současném pracovišti jsem se neseťkal/a s nutností užití omezovacího prostředku u pacientů s demencí“ 19 (59 %) respondentů a zbylých 13 (41 %) respondentů uvedlo, že se s nutností užití omezovacích prostředků setkali.

Tabulka 7 Omezovací prostředky užívané u pacientů s demencí

Jednotlivé odpovědi	Nemocniční zařízení lůžkového typu		Sociální služby pobytového typu	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
úchop pacienta zdravotnickými pracovníky nebo jinými osobami k tomu určenými	17	53 %	2	6 %
ochranné pásy nebo kurty	30	94 %	7	22 %
síťové lůžko	0	0 %	0	0 %
umístění pacienta v místnosti určené k bezpečnému pohybu	1	3 %	2	6 %
ochranný kabátek nebo vesta zamezující pohybu horních končetin pacienta	0	0 %	2	6 %
psychofarmaka, popřípadě jiné léčivé přípravky, které jsou vhodné k omezení volného pohybu pacienta	26	81 %	12	38 %
Celkem	74	231 %	25	78 %

Tabulka 7 zaznamenává, s jakými omezovacími prostředky se respondenti z daných pracovišť setkali v souvislosti s péčí o pacienty s demencí. Z 32 (100 %) respondentů z NZLT se 17 (53 %) respondentů setkalo s nutností úchopu pacienta zdravotnickými pracovníky nebo jinými osobami k tomu určenými. Nejvíce respondentů uvedlo, že se setkalo s nutností užití ochranných pásů nebo kurtů. Konkrétně se jednalo o 30 (94 %) respondentů. Jeden (3 %) z respondentů NZLT dokonce zvolil možnost „umístění pacienta v místnosti určené k bezpečnému pohybu“. Možnost „psychofarmaka, popřípadě jiné léčivé přípravky, které jsou

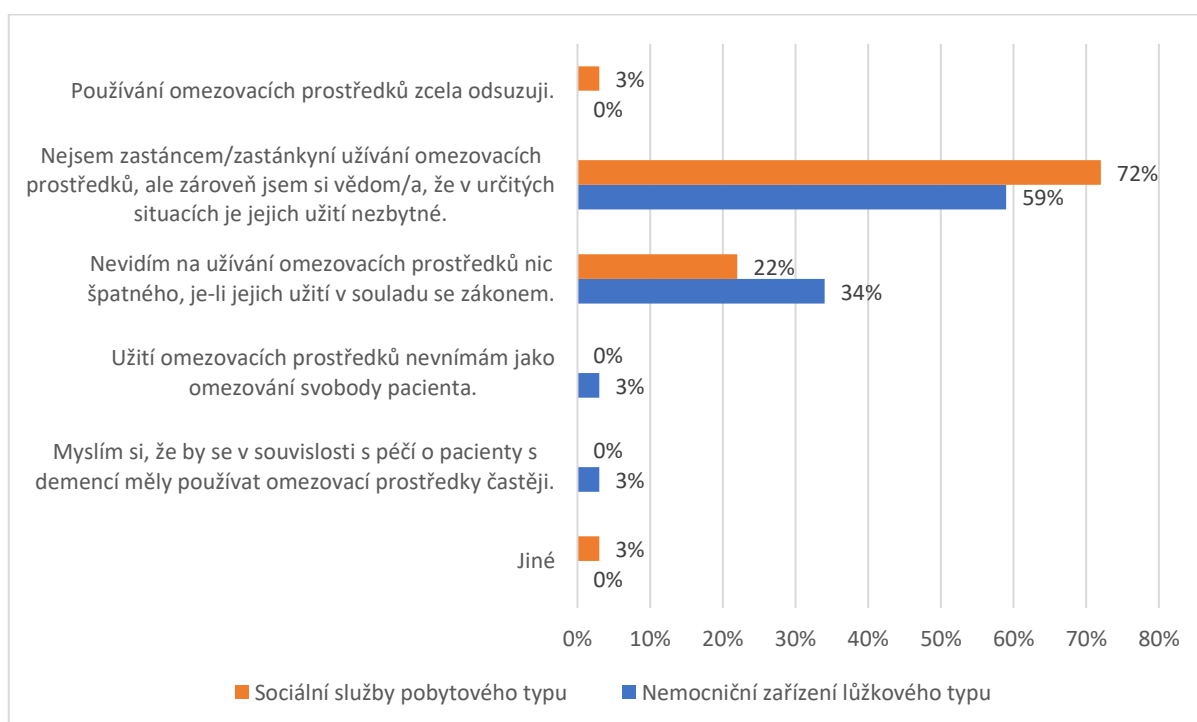
vhodné k omezení volného pohybu pacienta“ byla druhou nejčastější odpovědí, kterou uvedlo 26 (81 %) respondentů.

Z 32 (100 %) respondentů ze SSPT uvedli 2 (6 %) respondenti, že se setkali s nutností úchopu pacienta zdravotnickými pracovníky nebo jinými osobami k tomu určenými. Odpovědi „umístění pacienta v místnosti určené k bezpečnému pohybu“ a „ochranný kabátek nebo vesta zamezující pohybu horních končetin pacienta“ byly také uvedeny 2 (6 %) respondenty. 7 (22 %) respondentů uvedlo, že se setkalo s nutností užití ochranných pásů nebo kurtů. Nejčastěji však respondenti SSPT uváděli odpověď „psychofarmaka, popřípadě jiné léčivé přípravky, které jsou vhodné k omezení volného pohybu pacienta“. Konkrétně tuto možnost zvolilo 12 (38 %) respondentů.

Otázka č. 17

Jaký máte názor na používání omezovacích prostředků u pacientů s demencí?

- Používání omezovacích prostředků zcela odsuzuji.
- Nejsem zastáncem/zastánkyní užívání omezovacích prostředků, ale zároveň jsem si vědom/a, že v určitých situacích je jejich užití nezbytné.
- Nevidím na užívání omezovacích prostředků nic špatného, je-li jejich užití v souladu se zákonem.
- Užití omezovacích prostředků nevnímám jako omezování svobody pacienta.
- Myslím si, že by se v souvislosti s péčí o pacienty s demencí měly používat omezovací prostředky častěji.
- Jiné:



Obrázek 11 Názory respondentů na užívání omezovacích prostředků u pacientů s demencí

Z obrázku 11 je zřejmé, že respondenti z obou typů pracovišť vnímají používání omezovacích prostředků u pacientů s demencí podobným způsobem. Nejčastěji byla respondenty z NZLT zvolena možnost „Nejsem zastáncem/zastánkyní užívání omezovacích prostředků, ale zároveň jsem si vědom/a, že v určitých situacích je jejich užití nezbytné“. Z 32 (100 %) respondentů z NZLT tuto možnost zvolilo 19 (59 %) respondentů. 11 (34 %) respondentů uvedlo, že na

užívání omezovacích prostředků nevidí nic špatného, je-li jejich užití v souladu se zákonem. Jeden (3 %) z respondentů uvedl, že užití omezovacích prostředků nevnímá jako omezení svobody pacienta a taktéž jeden (3 %) respondent z NZLT uvedl, že si myslí, že by se v souvislosti s péčí o pacienty s demencí měly používat omezovací prostředky častěji.

Jak u respondentů z NZLT, tak i u respondentů ze SSPT byla nejčastěji zvolena odpověď „Nejsem zastáncem/zastánkyní užívání omezovacích prostředků, ale zároveň jsem si vědom/a, že v určitých situacích je jejich užití nezbytné.“ Z 32 (100 %) respondentů ze SSPT tuto odpověď zvolilo 23 (72 %) respondentů. Dalších 7 (22 %) respondentů uvedlo, že na užívání omezovacích prostředků nevidí nic špatného, je-li jejich užití v souladu se zákonem. Jeden (3 %) z respondentů SSPT dokonce uvedl v kolonce „Jiné“: „Vždy se musí používat pouze v souladu se zabezpečením klienta.“

Otázka č. 18

Jaké metody používáte k prevenci pádu u pacientů s demencí? Lze zvolit více možných odpovědí.

- Kompenzační pomůcky v dosahu pacienta (berle, chodítko, invalidní vozík, ...)
- Postranice v lůžku pacienta
- Omezovací prostředky (kurty, fixační pásy, ...)
- Tlumení pacienta léky
- Edukace pacienta a rodiny (bezpečná obuv, ...)
- Vstávání pacienta pouze pod odborným dohledem
- Jiné:

Tabulka 8 Metody používané k prevenci pádu u pacientů s demencí

Jednotlivé odpovědi	Nemocniční zařízení lůžkového typu		Sociální služby pobytového typu	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Kompenzační pomůcky v dosahu pacienta (berle, chodítka, invalidní vozik, ...)	26	81 %	29	91 %
Postranice v lůžku pacienta	32	100 %	32	100 %
Omezovací prostředky (kurty, fixační pásy, ...)	18	56 %	7	22 %
Tlumení pacienta léky	16	50 %	7	22 %
Edukace pacienta a rodiny (bezpečná obuv, ...)	22	69 %	29	91 %
Vstávání pacienta pouze pod odborným dohledem	21	66 %	15	47 %
Jiné	0	0 %	1	3 %
Celkem	135	422 %	120	376 %

Tabulka 8 znázorňuje, jaké metody respondenti používají k prevenci pádu u pacientů s demencí. Z 32 (100 %) respondentů z NZLT uvedlo 26 (81 %) respondentů, že k prevenci pádu používají kompenzační pomůcky v dosahu pacienta a všech 32 (100 %) respondentů uvedlo, že používají postranice v lůžku pacienta. 18 (56 %) respondentů zvolilo odpověď „Omezovací prostředky (kurty, fixační pásy, ...)“ a polovina respondentů, tedy 16 (50 %), uvedla možnost „Tlumení pacienta léky“. Možnost „Edukace pacienta a rodiny (bezpečná obuv, ...)“ byla zvolena 22 (69 %) respondenty. Předposlední možnost, a to „Vstávání pacienta pouze pod odborným dohledem“, uvedlo jako prevenci pádu 21 (66 %) respondentů.

Z 32 (100 %) respondentů ze SSPT uvedlo 29 (91 %) respondentů, že k prevenci pádu používají kompenzační pomůcky v dosahu pacienta. Stejně jako u respondentů z NZLT, tak i u respondentů ze SSPT uvedlo všech 32 (100 %) respondentů, že k prevenci pádu používají postranice v lůžku pacienta. Možnost „Edukace pacienta a rodiny (bezpečná obuv, ...)“ byla vybrána 29 (91 %) respondenty a vstávání pacienta pouze pod odborným dohledem uvedlo jako prevenci pádu 15 (47 %) respondentů. Jeden (3 %) z respondentů SSPT uvedl v kolonce „Jiné“, že k prevenci pádu používají matraci na zemi.

Otázka č. 19

Jaké škály užíváte k hodnocení bolesti u pacientů se středně těžkou až těžkou demencí?

Lze zvolit více možných odpovědí.

- Mapa bolesti podle M.S. Margolese
- Numerická škála bolesti
- Vizuální analogová škála bolesti
- Škála dětských obličejů
- Škála PAINAD
- Jiné:

Tabulka 9 Škály užívané k hodnocení bolesti u pacientů se středně těžkou až těžkou demencí

Jednotlivé odpovědi	Nemocniční zařízení lůžkového typu		Sociální služby pobytového typu	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Mapa bolesti podle M.S. Margolese	2	6 %	2	6 %
Numerická škála bolesti	14	44 %	11	34 %
Vizuální analogová škála bolesti	16	50 %	11	34 %
Škála dětských obličejů	7	22 %	7	22 %
Škála PAINAD	0	0 %	0	0 %
Jiné	2	6 %	8	25 %
Celkem	41	128 %	39	121 %

Z tabulky 9 je zřejmé, že k hodnocení bolesti u pacientů se středně těžkou až těžkou demencí byly respondenty zvoleny všechny možnosti kromě škály PAINAD. Z 32 (100 %) respondentů z NZLT uvedli mapu bolesti podle M.S. Margolese (viz. příloha H) 2 (6 %) respondenti, numerickou škálu bolesti (viz. příloha CH) uvedlo 14 (44 %) respondentů, vizuální analogovou škálu (viz. příloha I) 16 (50 %) respondentů, tedy polovina, a 7 (22 %) respondenty byla vyplněna možnost „Škála dětských obličejů“ (viz. příloha J). Poslední možnost „Jiné“ byla využita 2 (6 %) respondenty, kteří zde uvedli své vlastní odpovědi, a to: dotaz, NIPS a hodnocení škály SAS.

Z 32 (100 %) respondentů ze SSPT uvedli mapu bolesti podle M.S. Margolese 2 (6 %) respondenti. 11 (34 %) respondentů uvedlo, že k hodnocení bolesti u pacientů se středně těžkou až těžkou demencí používají numerickou škálu bolesti a taktéž 11 (34 %) respondentů uvedlo vizuální analogovou škálu bolesti. Odpověď „Škála dětských obličejů“ byla vybrána 7 (22 %) respondenty. Poslední možnosti „Jiné“ využilo 8 (25 %) respondentů. 5 z nich uvedlo, že žádnou škálu nepoužívají. Další respondenti do této kolonky uvedli: pozorování, slovním popisem, dle projevů klienta (nařikání, pláč, projevy při manipulaci), mimické projevy.

Otázka č. 20

Jaké nefarmakologické přístupy jsou využívány na Vašem pracovišti u pacientů s demencí?

Lze zvolit více možných odpovědí.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Fyzioterapie | <input type="checkbox"/> Arteterapie |
| <input type="checkbox"/> Ergoterapie | <input type="checkbox"/> Reminiscenční terapie |
| <input type="checkbox"/> Kognitivní rehabilitace | <input type="checkbox"/> Snoezelen terapie |
| <input type="checkbox"/> Terapeutické panenky | <input type="checkbox"/> Kinezioterapie |
| <input type="checkbox"/> Terapeutické vaření/pečení | <input type="checkbox"/> Žádné |
| <input type="checkbox"/> Muzikoterapie | <input type="checkbox"/> Jiné: |
| <input type="checkbox"/> Pet-terapie | |

Tabulka 10 Nefarmakologické přístupy využívané u pacientů s demencí

Jednotlivé odpovědi	Nemocniční zařízení lůžkového typu		Sociální služby pobytového typu	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Fyzioterapie	20	63 %	22	69 %
Ergoterapie	10	31 %	16	50 %
Kognitivní rehabilitace	9	28 %	4	13 %
Terapeutické panenky	9	28 %	19	59 %
Terapeutické vaření/pečení	0	0 %	14	44 %
Muzikoterapie	4	13 %	21	66 %
Pet-terapie	0	0 %	5	16 %
Arteterapie	0	0 %	0	0 %
Reminiscenční terapie	1	3 %	8	25 %
Snoezelen terapie	0	0 %	10	31 %
Kinezioterapie	1	3 %	9	28 %
Žádné	5	16 %	0	0 %
Jiné	3	9 %	8	25 %
Celkem	62	194 %	136	426 %

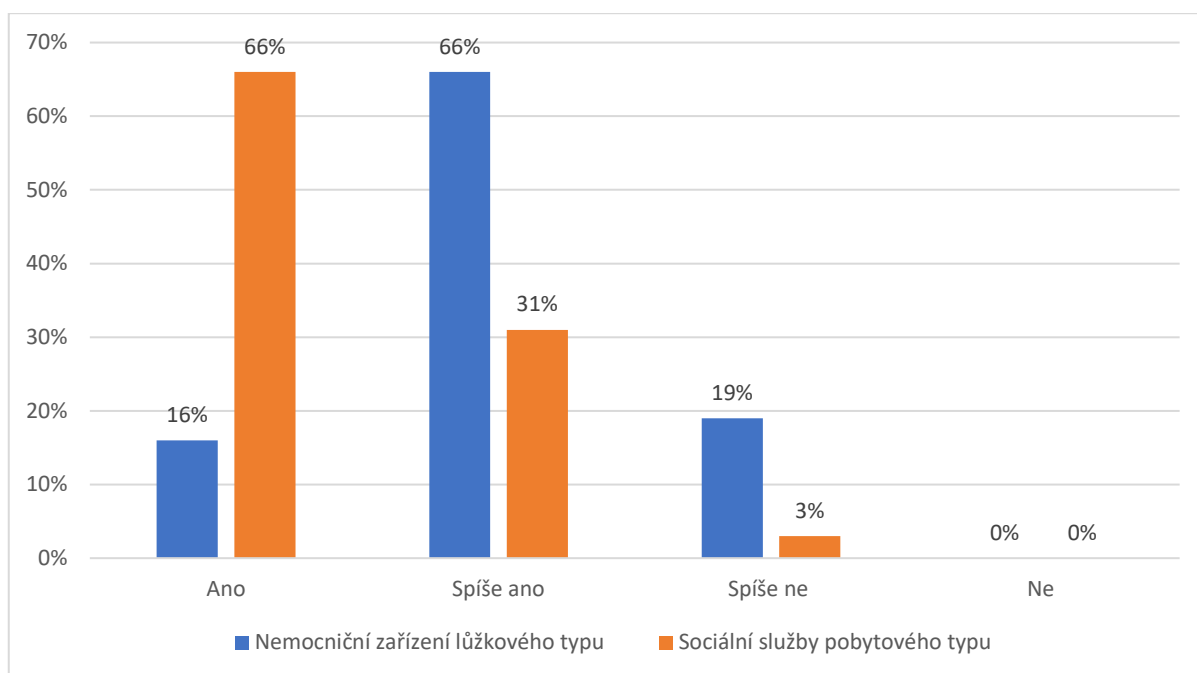
Z tabulky 10 je patrné, že je v SSPT využíváno více druhů nefarmakologických přístupů než v NZLT. Z 32 (100 %) respondentů z NZLT uvedlo 20 (63 %) respondentů, že v NZLT využívají u pacientů s demencí fyzioterapii. 10 (31 %) respondentů uvedlo možnost „Ergoterapie“, 9 (28 %) respondenty byla zvolena jak možnost „Kognitivní rehabilitace“, tak možnost „Terapeutické panenky“. 4 (13 %) respondenti uvedli, že v NZLT využívají muzikoterapii a 5 (16 %) respondentů z tohoto zařízení uvedlo, že u pacientů s demencí nefarmakologické přístupy nevyužívají. Poslední možnost „Jiné“ byla zvolena 3 (9 %) respondenty, kteří zde zmínili 2x bazální stimulaci a 1x canisterapii.

Z 32 (100 %) respondentů ze SSPT uvedlo 22 (69 %) respondentů, že využívají u pacientů s demencí fyzioterapii, 16 (50 %) respondentů uvedlo ergoterapii a odpověď „Kognitivní rehabilitace“ byla zvolena 4 (13 %) respondenty. 19 (59 %) respondentů uvedlo, že využívají terapeutické panenky. Odpověď „Terapeutické vaření/pečení“ uvedlo 14 (44 %) respondentů a druhou nejčastější odpovědí byla u respondentů ze SSPT muzikoterapie. Zvolilo ji 21 (66 %) respondentů. Dále zvolilo 5 (16 %) respondentů pet-terapii, 8 (25 %) respondentů reminiscenční terapii a 10 (31 %) respondentů zvolilo možnost „Snoezelen terapie“. Odpověď „Kinezioterapie“ byla vybrána 9 (28 %) respondenty a poslední možnosti „Jiné“ využilo 8 (25 %) respondentů, kteří zde zmínili ještě 7x canisterapii a 1x biografii a bazální stimulaci.

Otázka č. 21

Máte u pacientů s demencí přehled o příjmu a výdeji tekutin?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne



Obrázek 12 Přehled o příjmu a výdeji tekutin

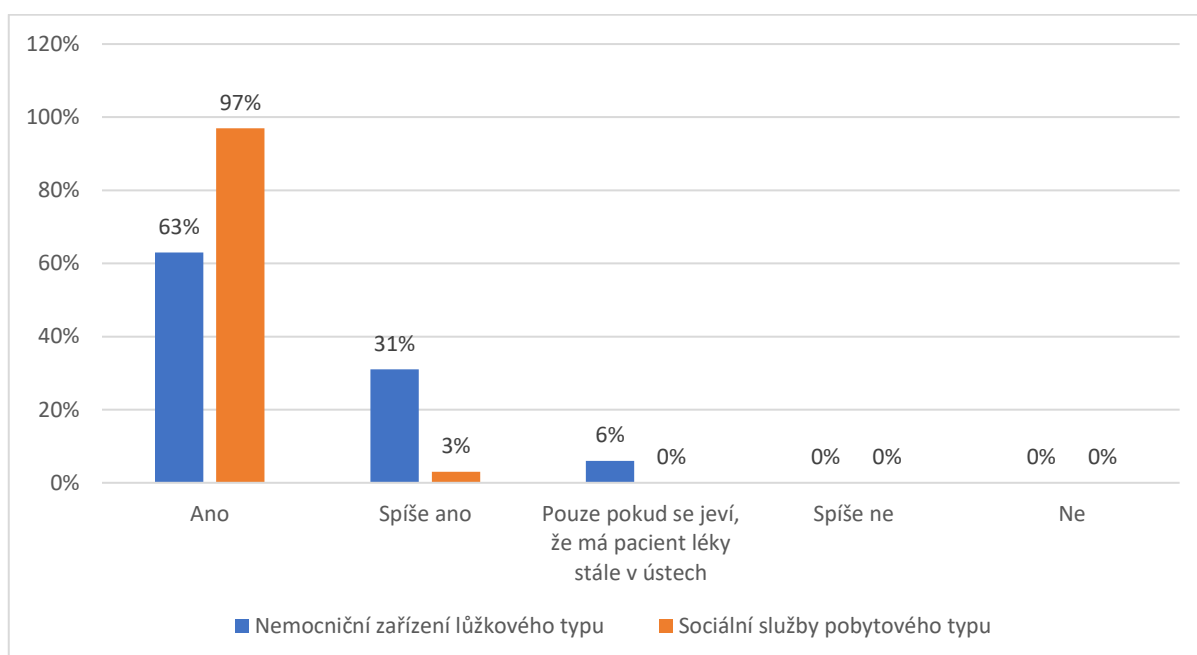
Obrázek 12 znázorňuje, zda mají respondenti přehled o příjmu a výdeji tekutin u pacientů s demencí. Z 32 (100 %) respondentů z NZLT uvedlo 5 (16 %) respondentů, že má přehled o příjmu a výdeji tekutin. Dalších 21 (66 %) respondentů uvedlo odpověď „Spíše ano“ a odpověď „Spíše ne“ byla vybrána 6 (19 %) respondenty.

Přehled o příjmu a výdeji tekutin u pacientů s demencí má v SSPT z 32 respondentů (100 %) 21 (66 %) respondentů. Dalších 10 (31 %) respondentů uvedlo odpověď „Spíše ano“ a pouze jeden (3 %) respondent zvolil odpověď „Spíše ne“.

Otázka č. 22

Ujišťujete se u pacientů s demencí o jejich prázdné dutině ústní po podání léků per os?

- Ano
- Spíše ano
- Pouze pokud se jeví, že má pacient léky stále v ústech
- Spíše ne
- Ne



Obrázek 13 Ujištění se o prázdné dutině ústní po podání léků per os

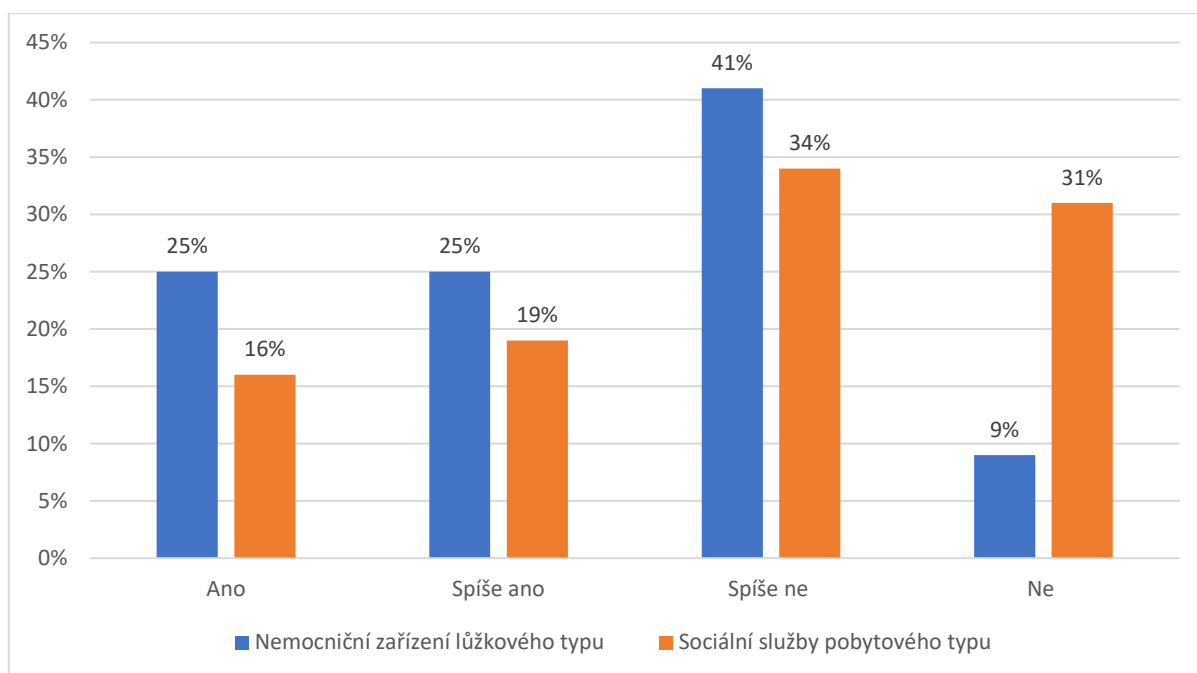
Z obrázku 13 je zřejmé, že se většina respondentů u pacientů s demencí ujišťuje o jejich prázdné dutině ústní po podání léků per os. Z 32 (100 %) respondentů z NZLT uvedlo odpověď „Ano“ 20 (63 %) respondentů, dalších 10 (31 %) respondentů uvedlo odpověď „Spíše ano“ a odpověď „Pouze pokud se jeví, že má pacient léky stále v ústech“ byla uvedena 2 (6 %) respondenty.

Respondenti ze SSPT volili pouze jednu z prvních dvou možností. Z 32 (100 %) respondentů ze SSPT uvedlo odpověď „Ano“ 31 (97 %) respondentů a pouze jedním (3 %) respondentem byla zvolena možnost „Spíše ano“.

Otázka č. 23

Jsou pacienti s demencí umisťováni na pokoj společně s pacienty bez kognitivního deficitu?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne



Obrázek 14 Umisťování pacientů s demencí

Obrázek 14 znázorňuje jednotlivé odpovědi respondentů na otázku, zda jsou pacienti s demencí umisťováni na pokoj společně s pacienty bez kognitivního deficitu. Z 32 (100 %) respondentů z NZLT uvedlo odpověď „Ano“ 8 (25 %) respondentů a taktéž 8 (25 %) respondentů uvedlo odpověď „Spíše ano“. Nejvíce respondentů (13; 41 %) však zvolilo možnost „Spíše ne“ a další 3 (9 %) respondenti uvedli, že pacienti s demencí nejsou umisťováni na pokoj společně s pacienty bez kognitivního deficitu.

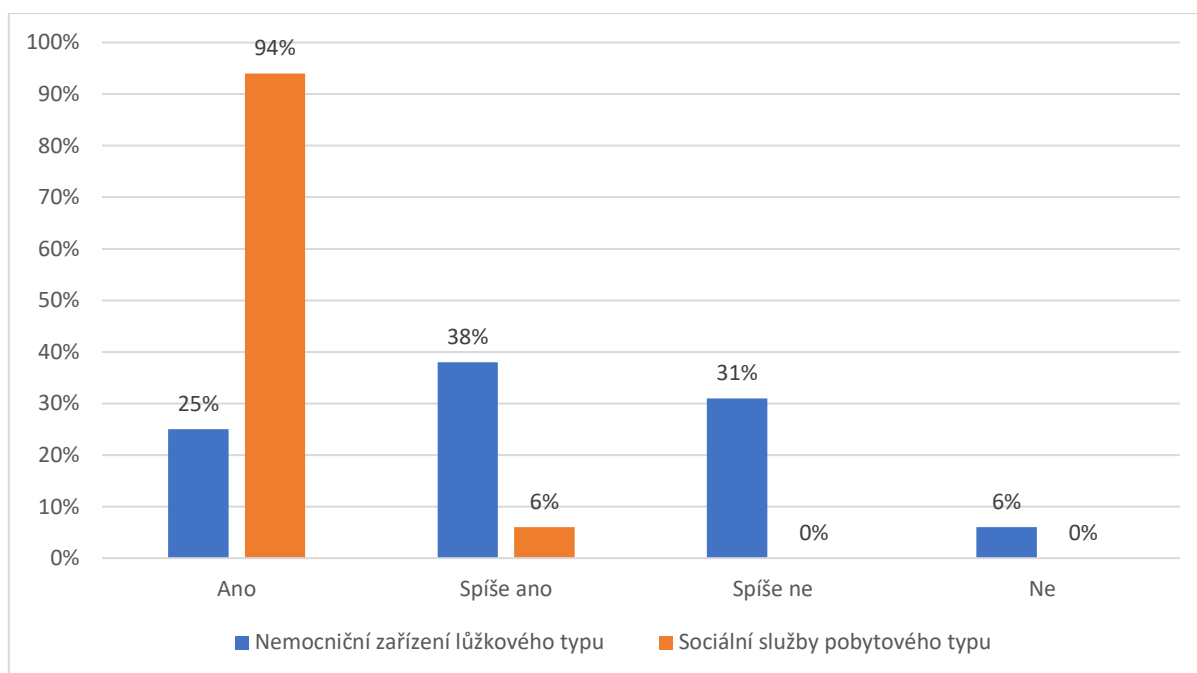
Z 32 (100 %) respondentů ze SSPT uvedlo 5 (16 %) respondentů, že jsou pacienti s demencí umisťováni na pokoj společně s pacienty bez kognitivního deficitu. Dalších 6 (19 %) respondentů uvedlo možnost „Spíše ano“. Nejvíce respondentů však uvedlo možnost

„Spíše ne“, konkrétně se jednalo o 11 (34 %) respondentů a dalších 10 (31 %) respondentů uvedlo odpověď „Ne“.

Otázka č. 24

Mají si pacienti s demencí možnost upravit prostředí, v němž pobývají, svými osobními věcmi?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne



Obrázek 15 Možnost úpravy prostředí

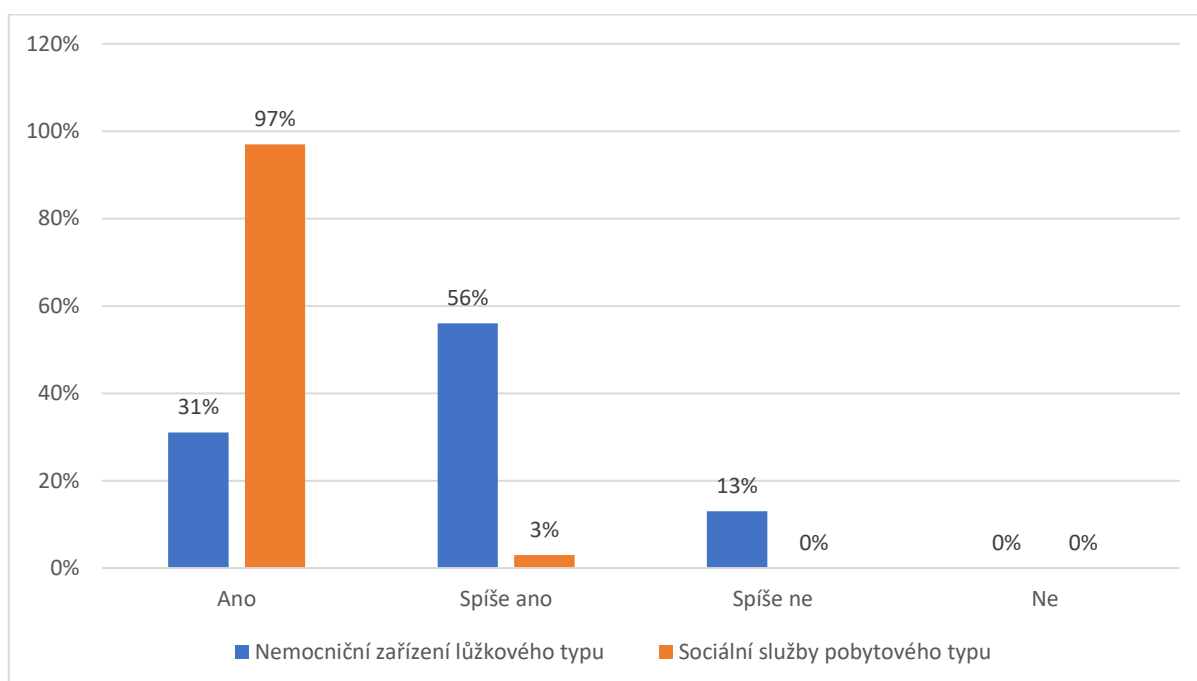
Z obrázku 15 je zřejmé, že jak v NZLT, tak v SSPT převládají kladné odpovědi ohledně možnosti úpravy prostředí osobními věcmi pacientů. Z 32 (100 %) respondentů z NZLT uvedlo 8 (25 %) respondentů, že mají pacienti možnost úpravy prostředí svými osobními věcmi, dalších 12 (38 %) respondentů zvolilo odpověď „Spíše ano“, možnost „Spíše ne“ byla vybrána 10 (31 %) respondenty a další 2 (6 %) respondenti z NZLT uvedli, že pacienti s demencí tuto možnost na jejich pracovišti nemají.

Respondenti ze SSPT volili pouze jednu z prvních dvou možností. Z 32 (100 %) respondentů uvedlo odpověď „Ano“ 30 (94 %) respondentů a zbylí 2 (6 %) respondenti zvolili odpověď „Spíše ano“.

Otázka č. 25

Jsou u pacientů s demencí využívány jejich osobní věci (např. jejich vlastní oblečení, hygienické potřeby, ...)?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne



Obrázek 16 Využití osobních věcí u pacientů s demencí

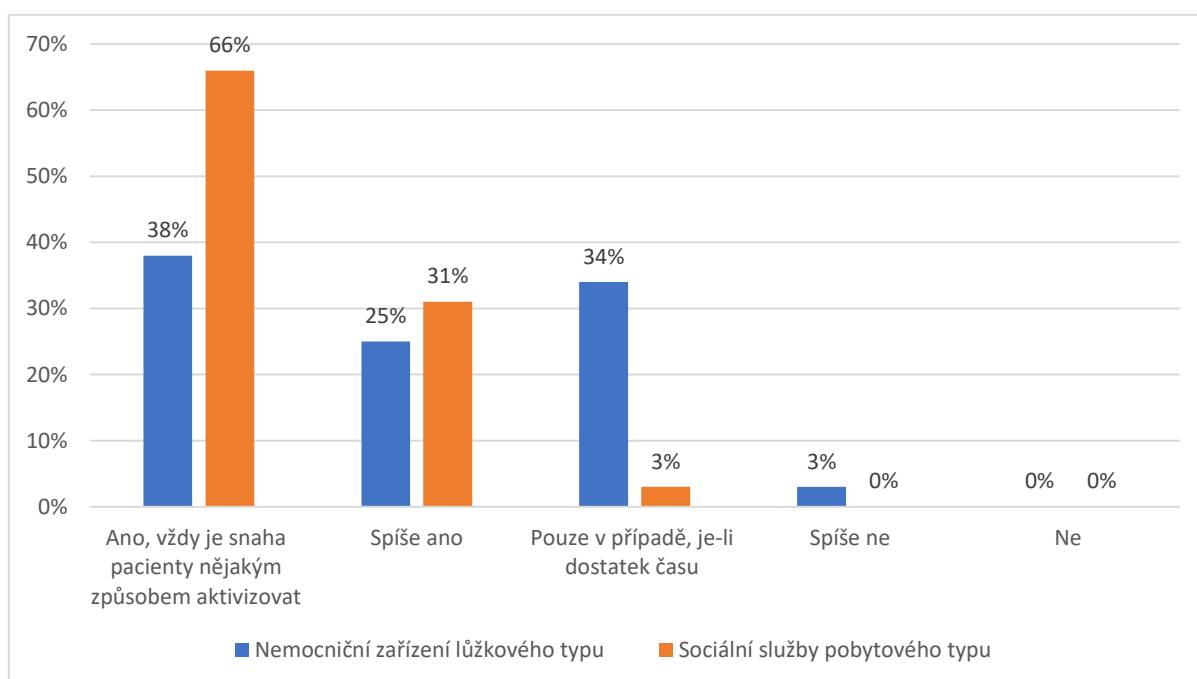
Obrázek 16 znázorňuje, zda jsou u pacientů s demencí využívány jejich osobní věci. Z 32 (100 %) respondentů z NZLT uvedlo odpověď „Ano“ 10 (31 %) respondentů, odpověď „Spíše ano“ 18 (56 %) respondentů a další 4 (13 %) respondenti zvolili možnost „Spíše ne“.

Z 32 (100 %) respondentů ze SSPT uvedlo odpověď „Ano“ 31 (97 %) respondentů. Pouze jeden (3 %) respondent zvolil odpověď „Spíše ano“ a zbylé 2 možnosti nebyly využity.

Otázka č. 26

Jsou pacienti s demencí během dne aktivizováni?

- Ano, vždy je snaha pacienty nějakým způsobem aktivizovat
- Spíše ano
- Pouze v případě, je-li dostatek času
- Spíše ne
- Ne



Obrázek 17 Aktivizace pacientů s demencí během dne

Zda jsou pacienti s demencí během dne aktivizováni, zobrazuje obrázek 17. Z 32 (100 %) respondentů z NZLT uvedlo 12 (38 %) respondentů, že jsou pacienti s demencí během dne aktivizováni, dalších 8 (25 %) respondentů uvedlo odpověď „Spíše ano“ a 11 (34 %) respondentů z NZLT přiznalo, že jsou pacienti s demencí aktivizováni pouze v případě, je-li dostatek času. Odpověď „Spíše ne“ byla vybrána pouze jedním (3 %) respondentem.

Z 32 (100 %) respondentů ze SSPT uvedlo 21 (66 %) respondentů, že jsou pacienti během dne aktivizováni, dalších 10 (31 %) respondentů zvolilo odpověď „Spíše ano“ a možnost „Pouze v případě, je-li dostatek času“ byla vybrána jedním (3 %) respondentem.

Otázka č. 27

Do jakých oblastí ošetrovatelské péče o pacienty s demencí jsou zapojováni rodinní příslušníci?

Lze zvolit více možných odpovědí.

- Fyzická aktivizace pacienta
- Mentální aktivizace pacienta
- Oblast hygieny
- Oblast stravování
- Rodinní příslušníci nejsou zapojováni
- Jiné:

Tabulka 11 Zapojení rodinných příslušníků do ošetrovatelské péče

Jednotlivé odpovědi	Nemocniční zařízení lůžkového typu		Sociální služby pobytového typu	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Fyzická aktivizace pacienta	21	66 %	16	50 %
Mentální aktivizace pacienta	23	72 %	14	44 %
Oblast hygieny	9	28 %	3	9 %
Oblast stravování	24	75 %	11	34 %
Rodinní příslušníci nejsou zapojováni	1	3 %	6	19 %
Jiné	2	6 %	5	16 %
Celkem	80	250 %	55	172 %

Z tabulky 11 je patrné, že pouze minimální počet rodinných příslušníků není zapojován do ošetrovatelské péče o pacienty s demencí. Z 32 (100 %) respondentů z NZLT uvedlo 21 (66 %) respondentů, že jsou rodinní příslušníci zapojováni do fyzické aktivizace pacienta a 23 (72 %) respondentů uvedlo, že se rodinní příslušníci podílí na mentální aktivizaci pacienta. Odpověď „Oblast hygieny“ byla vybrána 9 (28 %) respondenty a 24 (75 %) respondentů zvolilo odpověď „Oblast stravování“. Možnost „Jiné“ byla využita 2 (6 %) respondenty, kteří zde uvedli: Rodiny se do péče zapojují velmi zřídka! Jsou zapojováni, když projeví zájem sami, jelikož je nutit nemůžeme.

Z 32 (100 %) respondentů ze SSPT uvedla polovina, tedy 16 (50 %) respondentů, že jsou rodinní příslušníci zapojováni do fyzické aktivizace pacienta. 14 (44 %) respondentů uvedlo, že se rodinní příslušníci podílí na mentální aktivizaci pacienta a 3 (9 %) respondenty bylo zmíněno, že jsou rodinní příslušníci zapojováni do oblasti hygieny. Odpověď „Oblast stravování“ byla vyplněna 11 (34 %) respondenty a 6 (19 %) respondentů uvedlo, že rodinní příslušníci do ošetrovatelské péče zapojováni nejsou. Poslední možnost „Jiné“ byla využita 5 (16 %) respondenty. Ti zde nejčastěji uváděli, že se rodina může zapojit dle svých možností. Jeden z respondentů dokonce uvedl, že pokud je rodina aktivní, rádi pomůžou s nápadem.

Otázka č. 28

Jak vnímáte zapojení rodinných příslušníků do péče? Lze zvolit více možných odpovědí.

- Jako pozitivum pro pacienta
- Jako pozitivum pro ošetřující personál
- Jako negativum pro pacienta
- Jako negativum pro ošetřující personál

Tabulka 12 Pohled respondentů na zapojení rodinných příslušníků do péče

Jednotlivé odpovědi	Nemocniční zařízení lůžkového typu		Sociální služby pobytového typu	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Jako pozitivum pro pacienta	29	91 %	32	100 %
Jako pozitivum pro ošetřující personál	18	56 %	22	69 %
Jako negativum pro pacienta	0	0 %	0	0 %
Jako negativum pro ošetřující personál	0	0 %	1	3 %
Celkem	47	147 %	55	172 %

Z tabulky 12 je zřejmé, že zapojení rodinných příslušníků do péče je většinou respondentů vnímáno jako pozitivum. Z 32 (100 %) respondentů z NZLT uvedlo 29 (91 %) respondentů, že vnímají zapojení rodinných příslušníků do péče jako pozitivum pro pacienta. Odpověď „Jako pozitivum pro ošetřující personál“ zvolilo 18 (56 %) respondentů.

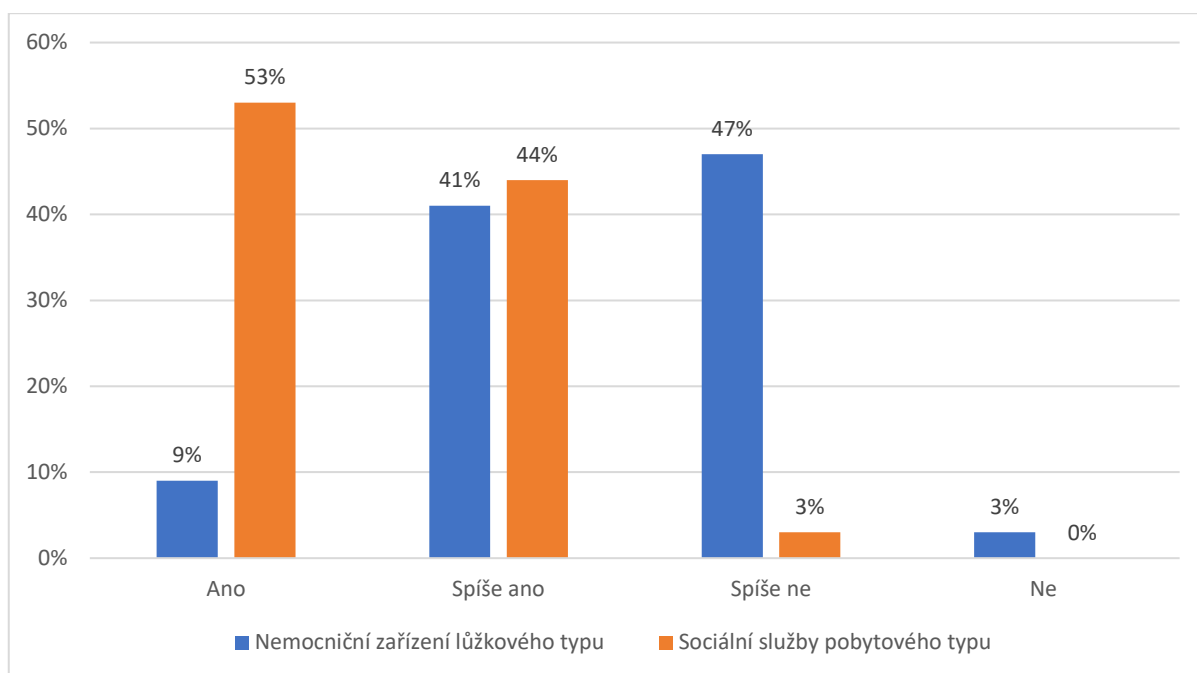
Všech 32 respondentů (100 %) ze SSPT uvedlo, že vnímají zapojení rodinných příslušníků do péče jako pozitivum pro pacienta. Odpověď „Jako pozitivum pro ošetřující personál“ zvolilo

22 (69 %) respondentů. Jeden (3 %) z respondentů SSPT však uvedl, že zapojení rodinných příslušníků do péče vnímá jako negativum pro ošetrující personál.

Otázka č. 29

Máte pocit, že je u pacientů s demencí dostatečně využívána individuální ošetrovatelská péče?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne



Obrázek 18 Pohled respondentů na využívání individuální ošetrovatelské péče

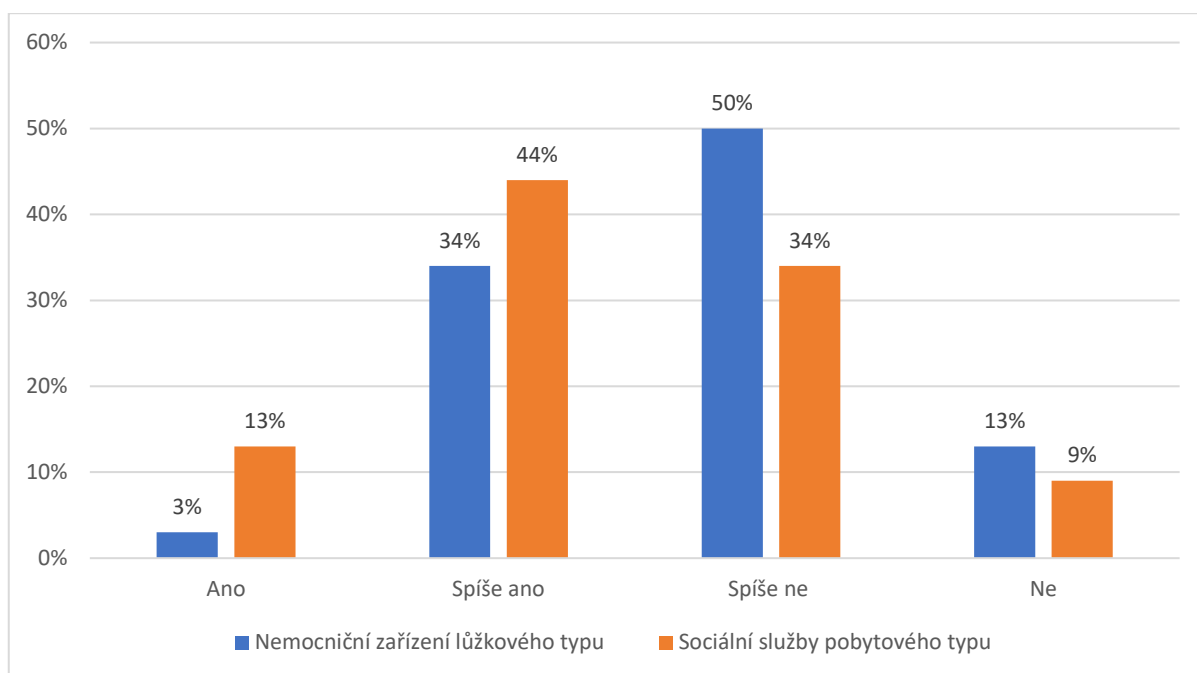
Obrázek 18 znázorňuje, zda je dle respondentů dostatečně využívána individuální ošetrovatelská péče u pacientů s demencí. Z 32 (100 %) respondentů z NZLT uvedli 3 (9 %) respondenti, že je individuální ošetrovatelská péče využívána dostatečně, dalších 13 (41 %) respondentů zvolilo možnost „Spíše ano“ a odpověď „Spíše ne“ byla zvolena 15 (47 %) respondenty. Pouze jeden (3 %) z respondentů NZLT uvedl, že individuální ošetrovatelská péče není u pacientů s demencí využívána dostatečně.

Z 32 (100 %) respondentů ze SSPT uvedlo 17 (53 %) respondentů, že je individuální ošetrovatelská péče využívána dostatečně. Druhou nejčastější odpovědí byla možnost „Spíše ano“, kterou zvolilo 14 (44 %) respondentů, a pouze jedním (3 %) respondentem byla uvedena odpověď „Spíše ne“.

Otázka č. 30

Máte dostatek času na poskytování kvalitní ošetrovatelské péče u pacientů s demencí?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne



Obrázek 19 Prostor na poskytování kvalitní ošetrovatelské péče z časového hlediska

Z obrázku 19 je zřejmé, že u respondentů z NZLT převažují záporné odpovědi, kdežto u respondentů ze SSPT převažují odpovědi kladné. Z 32 (100 %) respondentů z NZLT uvedl pouze jeden (3 %) respondent, že má dostatek času na poskytování kvalitní ošetrovatelské péče a dalších 11 (34 %) respondentů uvedlo možnost „Spíše ano“. Odpověď „Spíše ne“ byla uvedena polovinou (16; 50 %) respondentů a další 4 (13 %) respondenti uvedli, že na poskytování kvalitní ošetrovatelské péče u pacientů s demencí dostatek času nemají.

Z 32 (100 %) respondentů ze SSPT uvedli 4 (13 %) respondenti, že mají dostatek času na poskytování kvalitní ošetrovatelské péče. Odpověď „Spíše ano“ uvedlo nejvíce (14; 44 %) respondentů a možnost „Spíše ne“ byla zvolena 11 (34 %) respondenty. Poslední možnost „Ne“ byla uvedena 3 (9 %) respondenty.

4 DISKUZE

Tato část práce je zaměřená na zodpovězení jednotlivých průzkumných otázek. Zjištěné výsledky jsou zde porovnávány s jinými akademickými pracemi či s odbornou literaturou.

Autorkou bakalářské práce pod stejným názvem, a to *Ošetrovatelská péče o pacienty s demencí*, je např. Majorová (2017), která k realizaci průzkumu zvolila dotazníkové šetření, kterého se zúčastnilo 82 všeobecných sester, a to jak z interního, tak z chirurgického oddělení Nemocnice Kyjov.

K pracím zaměřeným na podobnou problematiku dále patří např. bakalářská práce Novákové (2019) pod názvem *Specifika ošetrovatelské péče o osoby s demencí*. Ta realizovala dotazníkové šetření v Nemocnici Třebíč (interní oddělení a léčebna dlouhodobě nemocných), v Domově pro seniory Koutkova, v Psychiatrické nemocnici v Jihlavě a v Alzheimer centru v Jihlavě. Jejího průzkumu se zúčastnil různý zdravotnický personál, a to v počtu 115 (100 %) respondentů. Blahová (2016) je autorkou práce pod názvem *Komplexní péče o seniory s demencí*. K dosažení stanovených cílů vytvořila dotazník vlastní konstrukce, který správně vyplnilo 38 respondentů (ošetřovatelé, zdravotní sestry). Respondenti byli ze zařízení, která se specializují na péči o nemocné s demencí. 14 pracovníků sociálních služeb v Pátku a Opolanech se zas podílelo na průzkumném šetření Beranové (2017), která je autorkou práce pod názvem *Péče o seniory s demencí v domově se zvláštním režimem v Opolanech a Pátku*. Průzkum v Nemocnici Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze, a to na interním lůžkovém oddělení, prováděla Hrdinová (2017), což je autorka bakalářské práce pod názvem *Péče o seniory s demencí v nemocničním prostředí z pohledu sester*. Jejího průzkumu se celkem zúčastnilo 50 respondentů převážně z řad sester.

Rechtoríková (2018) a Kyjovská (2015) jsou autorkami bakalářských prací pod stejným názvem, a to *Komunikace u osob s demencí*. Dotazníkové šetření Rechtoríkové (2018) probíhalo v Nemocnici Jihlava, Nemocnici Havlíčkův Brod, Domově se zvláštním režimem Břevnice, Psychiatrické nemocnici Havlíčkův Brod a Psychiatrické nemocnici Jihlava a celkem se ho zúčastnilo 100 všeobecných sester. Výzkumná část bakalářské práce Kyjovské (2015) byla prováděna pouze v sociálním zařízení, které poskytuje péči ve formě domova pro seniory a domova se zvláštním režimem. Průzkumu se však zúčastnilo pouze 23 zaměstnanců z domova se zvláštním režimem.

Mezi práce, které byly použity k porovnání výsledků, dále patří bakalářská práce Vaňkové (2017) pod názvem *Hodnotící techniky v ošetrovatelské praxi*. Ta realizovala průzkumné šetření

v Nemocnici Jihlava a Nemocnici Havlíčkův Brod. Zúčastnilo se ho 100 všeobecných sester. Také byla k porovnání výsledků použita přehledová bakalářská práce pod názvem *Hodnotící škály bolesti v ošetrovatelské péči u pacientů s demencí*, jejíž autorkou je Sedlářová (2016). Na nefarmakologické přístupy zaměřila svou bakalářskou práci Hájková (2014). Přesný název její práce zní *Nefarmakologické přístupy při práci s klientem s kognitivní poruchou*. Průzkumné šetření realizovala formou dotazníků, které distribuovala do 8 pobytových zařízení sociálních služeb, a to zdravotnickým a sociálním pracovníkům. Podařilo se jí získat 40 respondentů. Rovněž byla použita bakalářská práce Gajové (2019) pod názvem *Prevence pádu na gerontopsychiatrickém oddělení z pohledu sestry*. Ta realizovala průzkum pomocí dotazníku vlastní konstrukce, který byl určen sestrám pracujícím v Psychiatrické nemocnici v Jihomoravském kraji, a to na gerontopsychiatrickém oddělení a sestrám pracujícím ve Fakultní nemocnici v Brně, konkrétně na kardiologickém, nefrologickém a diabetologickém oddělení a dále na metabolické jednotce intenzivní péče. Poslední bakalářská práce, která byla použita k porovnání výsledků, je pod názvem *Aktivita seniorů s Alzheimerovou demencí ke zlepšení schopnosti v ADL v domovech se zvláštním režimem*. V názvu práce je použita zkratka ADL, která označuje běžné aktivity denního života. Autorkou práce je Weiserová (2018), která průzkum realizovala pomocí dotazníkového šetření v domovech se zvláštním režimem v Pardubickém kraji. Tohoto průzkumu se zúčastnilo 88 respondentů, a to z řad nelékařského zdravotnického personálu.

V čem se liší ošetrovatelská péče o pacienty s demencí v nemocničních zařízeních lůžkového typu a v pobytových sociálních službách?

K zodpovězení této průzkumné otázky slouží dotazníkové otázky č. 9, 15, 16, 18, 19, 21-27 a 30. V otázce č. 9 byli respondenti tázáni, jakým způsobem si před odbornými výkony ověřují totožnost pacientů s demencí. Odpovědi respondentů z NZLT a respondentů ze SSPT se poměrně liší. V NZLT si nejvíce respondentů ověřuje totožnost pacientů s demencí pomocí identifikačního náramku. Uvedlo tak 29 (91 %) respondentů z NZLT, kdežto v SSPT tuto odpověď uvedli pouze 4 (13 %) respondenti. To může být dané tím, že v SSPT nemají ve většině případů identifikační náramky k dispozici. Naopak v SSPT je totožnost pacientů nejčastěji ověřována pomocí cedule před dveřmi pacientů, což uvedlo 21 (66 %) respondentů. V NZLT tento způsob ověřování totožnosti pacientů uvedl pouze jeden (3 %) respondent.

Co se týče poskytování zdravotní péče, tak se sice nejčastějším terčem násilí stávají všeobecné sestry a záchranáři, přibývá však i incidentů, kdy k vystupňovaným projevům negativních

emocí dochází i ze strany zdravotníků k pacientům (Pekara, 2014, s. 32). Právě otázka č. 15 zjišťovala, s jakými typy nevhodného chování vůči pacientům s demencí se respondenti ze strany zaměstnanců setkali. V NZLT se respondenti nejčastěji setkali s křičením na pacienty (např. z důvodu jejich nevhodného chování) a s jejich nešetrnou manipulací (např. při polohování). Uvedlo tak 18 (56 %) respondentů z NZLT, kdežto v SSPT se s křičením na pacienty setkalo o 12 (37 %) respondentů méně, tedy 6 (19 %) respondentů. Je také nutné podotknout, že v SSPT se s nevhodným chováním vůči pacientům s demencí nesetkalo 12 (38 %) respondentů, což byla také jejich nejčastější odpověď, zatímco v NZLT tuto odpověď uvedli pouze 2 (6 %) respondenti. V SSPT se však s nevhodným chováním vůči pacientům s demencí setkávají také, a to především s nedodržováním intimity pacientů (např. otevřené dveře během hygieny) a s jejich nešetrnou manipulací, což uvedlo 11 (34 %) respondentů ze SSPT.

Úkolem otázky č. 16 bylo zjistit, zda se respondenti setkali s nutností užití omezovacích prostředků na svém pracovišti, a pokud ano, tak s jakými. V NZLT se většina respondentů s nutností užití omezovacích prostředků setkala. Uvedlo tak 31 (97 %) respondentů. Naopak v SSPT bylo nadpoloviční většinou uvedeno, konkrétně 19 (59 %) respondenty, že se s nutností užití omezovacích prostředků nesetkali. Z výpovědí respondentů také plyne, že v NZLT se u pacientů s demencí nejčastěji používají ochranné pásy nebo kurty. Uvedlo tak 30 (94 %) respondentů z NZLT, kdežto v SSPT se jedná až o druhý nejčastěji využívaný omezovací prostředek, který byl uveden 7 (22 %) respondenty. V SSPT jsou nejčastěji využívána psychofarmaka, popřípadě jiné léčivé přípravky, které jsou vhodné k omezení volného pohybu pacienta. Uvedlo tak 12 (38 %) respondentů ze SSPT, v NZLT se jednalo až o druhý nejčastěji využívaný omezovací prostředek uvedený 26 (81 %) respondenty. I Majorová (2017, s. 64, 65) se dotazovala, zda respondenti používají na oddělení omezovací prostředky. Z celkového počtu 82 (100 %) respondentů uvedlo 58 (71 %) respondentů, že ano, ale že velmi zřídka. Dále také zjistila, že respondenti nejčastěji používají kurty, což uvedlo 24 (29 %) respondentů, dalších 23 (28 %) respondentů uvedlo postranice a třetí nejčastější odpovědí byla „medikace-tlumící léky“, která byla uvedena 20 (25 %) respondenty. Jak dle výsledků Majorové, tak dle výsledků této práce patří tedy kurty k nejčastěji používaným omezovacím prostředkům v NZLT.

Dle Hajduchové a kol. (2017, s. 120) jsou tvrdé a měkké intervenční prvky nedílnou součástí programů snižujících riziko pádů hospitalizovaných pacientů. K tvrdým intervenčním prvkům se řadí např. zajištění potřebných kompenzačních pomůcek, naopak edukace pacientů a rodinných příslušníků spadá k intervenčním prvkům měkkým.

Právě prostřednictvím otázky č. 18 bylo zjištěno, jaké metody jsou používány k prevenci pádu u pacientů s demencí. Jak v NZLT, tak v SSPT jsou k prevenci pádu nejčastěji používány postranice v lůžku pacienta. Uvedlo tak všech 32 (100 %) respondentů z NZLT i všech 32 (100 %) respondentů ze SSPT. Taktéž druhá nejčastější metoda prevence pádu u pacientů s demencí se v NZLT a v SSPT shoduje. Jedná se o kompenzační pomůcky v dosahu pacienta, které byly uvedeny 26 (81 %) respondenty z NZLT a 29 (91 %) respondenty ze SSPT. Omezovací prostředky jsou však častěji používány jako metoda prevence pádu v NZLT, kde byly uvedeny 18 (56 %) respondenty, kdežto v SSPT byly uvedeny 7 (22 %) respondenty. Důvodem může být to, že více jak polovina respondentů ze SSPT se s nutností užití omezovacího prostředku nesetkala, což bylo zjištěno otázkou č. 16. Gajová (2019, s. 53) ve své práci požádala respondenty, aby uvedli alespoň 3 sesterské intervence zaměřené právě na snížení rizika pádu. Respondenti z Psychiatrické nemocnice uvedli celkem 275 (100 %) odpovědí. Nejčastěji uváděnými intervencemi byly postranice, zajištění signalizačního zařízení v dosahu pacienta a označení rizikového pacienta. Každá z těchto intervencí získala 44 (16 %) odpovědí. Jak v práci Gajové (2019), tak v této práci patří tedy postranice k často využívané metodě v rámci prevence pádu.

V otázce č. 19 byli respondenti tázáni, jaké škály užívají k hodnocení bolesti u pacientů se středně těžkou až těžkou demencí. Jak v NZLT, tak v SSPT je nejčastěji užívána vizuální analogová škála. Uvedlo tak 16 (50 %) respondentů z NZLT a 11 (34 %) respondentů ze SSPT. V SSPT je však stejně často jako vizuální analogová škála využívána numerická škála bolesti. V NZLT se jedná o druhou nejčastěji využívanou škálu, kterou uvedlo 14 (44 %) respondentů. I Vaňková (2017, s. 26, 40) zjistila, že všeobecné sestry pracující v Nemocnici Jihlava a v Nemocnici Havlíčkův Brod, a to na interních, chirurgických, pediatrických, geriatrických a anesteziologicko-resuscitačních odděleních, nejčastěji používají k hodnocení bolesti vizuální analogovou škálu bolesti, kterou uvedlo 68 (68 %) respondentů, a numerickou škálu bolesti, kterou uvedlo 51 (51 %) respondentů. Vaňková (2017) se však ve svém průzkumu nezaměřovala pouze na hodnocení bolesti u pacientů s demencí, kdežto svou bakalářskou práci na hodnotící škály bolesti v ošetrovatelské péči u pacientů s demencí zaměřila Sedlářová (2016, s. 17, 20). Ta v ní uvádí, že v dřívějších fázích demence je nejčastěji ke sdělení bolesti používána vizuální analogová škála, číselná hodnotící škála a obličejová škála bolesti, kdežto v pokročilých stádiích demence již musejí být používány nástroje jiné. Autorka ve své práci uvedla 10 různých nástrojů, které je možné využít právě k hodnocení bolesti u seniorů s těžkou demencí. Jako první uvedla škálu PAINAD, o které je možné se více dočíst i v teoretické části

této práce, a to v kapitole 2.7.5 Problematika bolesti u středně těžké a těžké demence. Tato škála byla rovněž jednou z uvedených možností, kterou měli na výběr respondenti v otázce č. 19, nikdo z respondentů však tuto odpověď neuvedl. Sedlářová (2016, s. 17, 20) ve své práci dále zmiňuje i nástroj pro hodnocení bolesti PADE, škálu DOLOPLUS-2 či dotazník pro měření bolesti pro seniory s omezenou schopností komunikace PASCALAC ad.

Otázkou č. 21 bylo zjištěno, že jak respondenti z NZLT, tak respondenti ze SSPT mají u pacientů s demencí přehled o jejich příjmu a výdeji tekutin. Kladné odpovědi „Ano“ a Spíše ano“ byly uvedeny 26 (82 %) respondenty z NZLT a téměř všemi respondenty ze SSPT, konkrétně 31 (97 %) respondenty.

Následující otázkou č. 22 bylo zjištěno, zda se respondenti ujišťují u pacientů s demencí o jejich prázdné dutině ústní po podání léků per os. Odpovědi obou typů pracovišť se ve výsledku shodují, i když rozdíl v četnosti volby daných odpovědí je poměrně odlišný. Jak v NZLT, tak v SSPT se většina respondentů o prázdné dutině ústní po podání léků per os ujišťuje. Uvedlo tak 20 (63 %) respondentů z NZLT. V SSPT tak uvedlo o 11 (34 %) respondentů více, tedy až 31 (97 %) respondentů.

V otázce č. 23 byli respondenti tázáni, zda jsou pacienti s demencí umístováni na pokoj společně s pacienty bez kognitivního deficitu. Bylo zjištěno, že jak v NZLT, tak v SSPT pacienti spíše nejsou umístováni na pokoj společně. Uvedlo tak 13 (41 %) respondentů z NZLT a 11 (34 %) respondentů ze SSPT. Hned druhou nejčastější odpovědí je však v NZLT odpověď „Ano“, kterou uvedlo 8 (25 %) respondentů a odpověď „Spíše ano“, kterou uvedlo taktéž 8 (25 %) respondentů, kdežto v SSPT se jedná o odpověď „Ne“ uvedenou 10 (31 %) respondenty. Sečtou-li se tedy kladné odpovědi „Ano“ a „Spíše ano“ a záporné odpovědi „Spíše ne“ a „Ne“, je patrné, že přesně polovina respondentů (16; 50 %) z NZLT uvedla odpovědi kladné a druhá polovina (16; 50 %) odpovědi záporné. V SSPT však převládají odpovědi záporné, které byly uvedeny 21 (66 %) respondenty.

Zjistit, zda mají pacienti s demencí možnost úpravy prostředí, v němž pobývají, svými osobními věcmi, bylo úkolem otázky č. 24. Jak u respondentů z NZLT, tak u respondentů ze SSPT převažovaly kladné odpovědi. V NZLT byly uvedeny 20 (63 %) respondenty a v SSPT všemi 32 (100 %) respondenty.

Kladné odpovědi respondentů obou typů pracovišť převažovaly i v otázce č. 25. Respondenti zde byli tázáni, zda jsou u pacientů s demencí využívány jejich osobní věci. V NZLT byly kladné odpovědi uvedeny 28 (87 %) respondenty a v SSPT všemi 32 (100 %) respondenty.

Z odpovědí respondentů na otázku č. 26 vyplývá, že jak v NZLT, tak v SSPT je vždy snaha pacienty s demencí nějakým způsobem aktivizovat. Uvedlo tak 12 (38 %) respondentů z NZLT a 21 (66 %) respondentů ze SSPT. Druhá nejčastější odpověď respondentů se již ale liší. V NZLT uvedlo 11 (34 %) respondentů, že jsou pacienti s demencí přes den aktivizováni pouze v případě, je-li dostatek času, kdežto v SSPT tuto odpověď uvedl pouze jeden (3 %) respondent. V SSPT je druhou nejčastější odpovědí odpověď „Spíše ano“, kterou uvedlo 10 (31 %) respondentů.

Úkolem otázky č. 27 bylo zjistit, do jakých oblastí ošetrovatelské péče o pacienty s demencí jsou zapojováni rodinní příslušníci. V NZLT jsou rodinní příslušníci nejčastěji zapojováni do oblasti stravování. Uvedlo tak 24 (75 %) respondentů z NZLT, kdežto v SSPT byla tato oblast uvedena pouze 11 (34 %) respondenty, čímž se stala až třetí nejčastější oblastí, do které se rodinní příslušníci v SSPT zapojují. Rodinní příslušníci se ale poměrně často zapojují i do oblasti mentální aktivizace pacienta. Dle výpovědí respondentů se dokonce jedná o druhou nejčastější oblast, do které se rodinní příslušníci v rámci ošetrovatelské péče zapojují, a to jak v NZLT, tak v SSPT. Uvedlo tak 23 (72 %) respondentů z NZLT a 14 (44 %) respondentů ze SSPT. Do oblasti fyzické aktivizace pacienta se rodinní příslušníci nejčastěji zapojují v SSPT. Uvedlo tak 16 (50 %) respondentů ze SSPT. Naopak oblast, do které se rodinní příslušníci zapojují nejméně, je oblast hygieny. Uvedlo tak 9 (28 %) respondentů z NZLT a 3 (9 %) respondenti ze SSPT. Jakým způsobem se rodina zapojuje do komplexní péče o pacienta s demencí zjišťovala i Nováková (2019, s. 40). Ta zjistila, že ze 115 (100 %) respondentů nejvíce respondentů (63; 55 %) uvedlo, že se rodina zapojuje do aktivizace pacienta, dalších 51 (44 %) respondentů uvedlo, že se podílí na aktivní péči o výživu. Jak z průzkumu Novákové (2019), tak z průzkumu této práce tedy plyne, že rodinní příslušníci se nejvíce zapojují do oblastí aktivizace a stravování pacienta.

Poslední dotazníková otázka č. 30 zjišťovala, zda mají respondenti dostatek času na poskytování kvalitní ošetrovatelské péče u pacientů s demencí. V NZLT byly uvedeny převážně záporné odpovědi „Spíše ne“ a „Ne“, a to 20 (63 %) respondenty. Naopak v SSPT byly uvedeny převážně kladné odpovědi „Ano“, „Spíše ano“, a to 18 (56 %) respondenty. Rozdíl mezi kladnými a zápornými odpověďmi respondentů z NZLT a ze SSPT je ale pouhých 7 %. Majorová (2017, s. 69) se pro změnu respondentů tázala, co podle nich nejčastěji negativně ovlivňuje péči o pacienty s demencí, a zjistila, že je to právě nedostatek času, což z celkového počtu 82 (100 %) respondentů uvedlo 30 (37 %) respondentů.

Liší se způsob komunikace s pacienty s demencí u respondentů nemocničních zařízení lůžkového typu a respondentů sociálních služeb pobytového typu?

K této průzkumné otázce jsou vázány otázky č. 10, 11, 12 a 13. Pomocí otázky č. 10 bylo zjištěno, že jak v NZLT, tak v SSPT jsou pacienti s demencí nejčastěji oslovováni prostřednictvím příjmení. Uvedlo tak 27 (84 %) respondentů z NZLT a 31 (97 %) respondentů ze SSPT. Co se týče oslovování pacientů s demencí dle doporučení rodiny, četnost volby této odpovědi se liší. V NZLT uvedlo odpověď „Dle doporučení rodiny“ 19 (59 %) respondentů, kdežto v SSPT tuto možnost uvedl pouze jeden (3 %) respondent.

V následující otázce č. 11 byli respondenti tázáni, zda se před zahájením komunikace ujistí, jestli má pacient s demencí potřebné kompenzační pomůcky (např. naslouchátko). V NZLT sice převažovala odpověď „Spíše ano“, kterou uvedlo 14 (44 %) respondentů a v SSPT odpověď „Ano“, kterou zvolilo 21 (66 %) respondentů, ale jak v NZLT, tak v SSPT byly nejčastěji uvedeny kladné odpovědi „Ano“, „Spíše ano“ a záporné odpovědi byly uvedeny jen minimálním počtem respondentů. I Rechteríková (2018, s. 50) se ve svém průzkumu zajímala kromě toho, zda respondenti odstraňují rušivé vlivy, zda mají zájem o pacienty či zda využívají nedirektivního přístupu, i o to, zda využívají kompenzačních pomůcek. 57 (57 %) respondentů uvedlo, že používají kompenzační pomůcky velmi často, a opak, tedy že kompenzační pomůcky nevyužívají vůbec, uvedli pouze 3 (3 %) respondenti. Výsledky ohledně užívání kompenzačních pomůcek jsou tedy srovnatelné.

Na to, zda se liší způsob komunikace respondentů s pacienty s demencí v porovnání s pacienty bez kognitivního deficitu, byla zaměřená otázka č. 12. Většina respondentů, a to jak z NZLT, tak ze SSPT uvedla, že se jejich způsob komunikace liší. V NZLT tuto odpověď uvedlo 25 (78 %) respondentů a v SSPT 30 (94 %) respondentů. I Rechteríková (2018, s. 33) se zajímala o to, jak probíhá komunikace mezi respondenty a pacienty s demencí, a zjistila, že i zde většina respondentů uvedla, že s každým pacientem komunikují individuálně. Konkrétně tak uvedlo 93 (93 %) respondentů ze sta (100 %). Dalších 6 (6 %) respondentů uvedlo, že nerozlišují individuální rozdíly a s každým pacientem komunikují stejným způsobem, a jeden (1 %) respondent dokonce uvedl, že se snaží komunikaci s pacienty s demencí vyhýbat, jelikož mu přijde bezvýznamná.

V otázce č. 13 měli respondenti na výběr z 11 různých možností, které sloužily k odhalení způsobu komunikace respondentů s pacienty s demencí. Odpovědi respondentů z NZLT

a respondentů ze SSPT se liší maximálně o 19 %. Jak respondenti z NZLT, tak respondenti ze SSPT tedy využívají podobné zásady komunikace s pacienty s demencí.

K nejčastěji využívaným zásadám patří:

- používám kratší, jednodušší věty,
- mluvím pomaleji,
- mluvím více nahlas,
- pacientovi opakovaně vysvětluji, co u něj budu dělat,
- při ukončení komunikace se ujišťuji, zda pacient sdělenému obsahu porozuměl.

Výše zmíněné zásady byly uvedeny různým počtem respondentů, a to v rozmezí 28-19 (88-59 %) respondentů. V SSPT byla rovněž často uváděna možnost „Nepoužívám odborné výrazy“, kterou zvolilo 21 (66 %) respondentů, kdežto v NZLT tuto možnost uvedlo 15 (47 %) respondentů. Četnost volby této odpovědi se tedy liší o zmiňovaných 19 %.

Jak je již zmíněno v teoretické části v kapitole 2.6 Komunikace s pacienty s demencí, používání 1. pádu množného čísla se nedoporučuje, ale vzhledem k tomu, že jsem se s tímto jevem v praxi setkávala, jsem očekávala, že bude tento jev uveden alespoň jednou čtvrtinou respondentů. V NZLT však používání 1. pádu množného čísla uvedl pouze jeden (3 %) respondent a v SSPT dokonce nikdo z respondentů.

To, že ze sta (100 %) respondentů komunikuje ve stručnějších, kratších sděleních 18 (18 %) respondentů, 38 (38 %) respondentů volí pomalejší tempo řeči, 33 (33 %) respondentů mluví hlasitěji a 49 (49 %) respondentů opakuje důležitá slova, zjistila ve svém průzkumu již zmiňovaná Rechteríková (2018, s. 37, 52). V její práci se také nachází graf, ze kterého je patrné, že ze sta (100 %) respondentů si 80 (80 %) respondentů ověřuje, zda pacient porozuměl sdělené informaci a že 43 (43 %) respondentů při komunikaci nepoužívá odborných výrazů. Výsledky Rechteríkové (2018) se s touto prací tedy shodují v tom, že si více než polovina respondentů ověřuje, zda pacient s demencí porozuměl sdělené informaci. Dále jsou výsledky srovnatelné i s výpověďmi respondentů z NZLT ohledně nepoužívání odborných výrazů při komunikaci s pacienty s demencí.

Kyjovská (2015, s. 47) se tázala, jaké prostředky komunikace respondenti u osob s demencí využívají, nevyžívají-li žádný ze systémů alternativní a augmentativní komunikace. Respondenti měli na výběr z následujících možností: a) přizpůsobení tempa a hlasitosti mluvy klientovi, b) oční kontakt, c) opakování slov a vět, d) opis situace, činnosti či předmětů. Ze 23 respondentů odpovědělo na tuto otázku pouze 21 respondentů, kde všech 21 (100,0 %)

respondentů uvedlo, že přizpůsobují tempo a hlasitost mluvy klientovi, 19 (90,5 %) respondentů uvedlo opakování slov a vět, oční kontakt zvolilo 18 (85,7 %) respondentů a 14 (66,7 %) respondentů uvedlo opis situace, činnosti či předmětů. Jak v práci Kyjovské (2015), tak v této práci uvedl tedy podobný počet respondentů přizpůsobení tempa a hlasitosti mluvy a opakování slov a vět.

Jaké jsou nejčastější formy problémového chování u pacientů s demencí v nemocničních zařízeních lůžkového typu a v sociálních službách pobytového typu?

K této průzkumné otázce je vázána dotazníková otázka č. 14. Respondenti zde byli tázáni, s jakými formami problémového/nevhodného chování se u pacientů s demencí setkávají. V NZLT se respondenti nejčastěji setkávají s vytahováním invazivních vstupů. Uvedlo tak 30 (94 %) respondentů, kdežto v SSPT je tato problematika uvedena výrazně menším počtem respondentů (13; 41 %). K dalším častým formám problémového chování patří agresivita a křičení. 24 (75 %) respondentů z NZLT uvedlo, že se setkává s agresivitou slovního rázu a tentýž počet respondentů uvedl, že se setkává s agresivitou vůči personálu. V SSPT je agresivita slovního rázu dokonce jednou z nejčastějších forem problémového chování, kterou uvedlo 29 (91 %) respondentů, stejný počet respondentů dále uvedl vytahování exkrementů z inkontinenčních pomůcek a trhání inkontinenčních pomůcek. Agresivita vůči personálu je ale častým problémem nejen v NZLT, ale i v SSPT, kde tuto odpověď zvolilo 25 (78 %) respondentů. Dříve zmiňované problémové chování ve formě křičení uvedla tři čtvrtina respondentů (24; 75 %), a to jak v NZLT, tak v SSPT. Naopak k nejméně uváděným formám problémového chování patří v NZLT nevhodné chování se sexuálním podtextem a bloudění či utíkání pacientů z oddělení. Tyto možnosti byly uvedeny pouze jedním (3 %) respondentem. V SSPT patří k nejméně uváděným formám problémového chování obnažování ve veřejných prostorech a rovněž nevhodné chování se sexuálním podtextem. Tyto možnosti byly uvedeny 5 (16 %) respondenty ze SSPT. Lze si tedy povšimnout, že se v NZLT a v SSPT vyskytují podobné formy problémového chování, které se liší četností výskytu.

Otevřenou otázku, kde měli respondenti za úkol uvést alespoň 3 příklady problémového chování seniorů s demencí, položila respondentům Bláhová (2016, s. 45). Ta zjistila, že nejčastěji uváděným problémovým chováním je agresivita, kterou ze 38 (100 %) respondentů uvedlo 32 (84 %) respondentů. Na druhém místě se s počtem 16 (42 %) respondentů umístila nespolupráce a zmatenost. Problémové chování ve formě obviňování uvedlo 10 (26 %) respondentů a méně jak 10 (26 %) respondentů uvedlo např. bloudění, odmítání stravy, depresi,

změny nálady, dětinskost ad. Jak z průzkumu Bláhové (2016), tak z průzkumu této práce je tedy patrné, že agresivita je častou formou problémového chování pacientů s demencí.

Majorová (2017, s. 60) zjišťovala, s jakým nejčastějším typem agresivního chování se respondenti u pacientů s demencí setkali. Z 82 (100 %) respondentů odpovědělo 68 (83 %) respondentů, že se nejčastěji setkali s verbálním napadením, a zbytek (14, 17 %) respondentů uvedl fyzické napadení. Dle výsledků Majorové (2017) tedy výrazně převládá agresivita slovního rázu nad agresivitou fyzického rázu. I v této práci je agresivita slovního rázu uvedena častěji než agresivita fyzického rázu, rozdíl však činí v NZLT pouhých 9 % a v SSPT 28 %.

Ke komu fyzické agresivní chování směřuje, byla otázka položená Beranovou (2017, s. 49). Ta zjistila, že nejvíce respondentů uvedlo, konkrétně 11 (79 %), že se fyzická agrese objevuje jak vůči ostatním klientům, tak vůči personálu. V této práci byla agresivita vůči personálu uvedena podobným počtem respondentů (v NZLT 75 %, v SSPT 78 %), kdežto agresivita vůči ostatním pacientům byla uvedena výrazně menším počtem respondentů (v NZLT 19 %, v SSPT 44 %).

Jaké nefarmakologické přístupy se využívají u pacientů s demencí v nemocničních zařízeních lůžkového typu a v pobytových sociálních službách?

Pro zodpovězení této průzkumné otázky slouží dotazníková otázka č. 20. Respondenti zde měli uvést, jaké nefarmakologické přístupy na svém pracovišti u pacientů s demencí využívají. Jak v NZLT, tak v SSPT je nejčastěji využívána fyzioterapie, kterou uvedlo 20 (63 %) respondentů z NZLT a 22 (69 %) respondentů ze SSPT. Druhým nejčastěji využívaným přístupem je v NZLT ergoterapie, která byla uvedena 10 (31 %) respondenty, a hned po ní následuje kognitivní rehabilitace a využití terapeutických panenek. Tyto dvě metody byly uvedeny 9 (28 %) respondenty z NZLT. V SSPT se kromě fyzioterapie často využívá muzikoterapie, terapeutické panenky a ergoterapie. Muzikoterapie byla uvedena 21 (66 %) respondenty, terapeutické panenky 19 (59 %) respondenty a ergoterapie 16 (50 %) respondenty. V SSPT jsou rovněž užívány nefarmakologické přístupy, které neuvedl nikdo z NZLT. Konkrétně se jedná o terapeutické vaření/pečení, Snoezelen terapii, pet-terapii a biografii. Z výpovědí respondentů je tedy patrné, že se v SSPT využívá více druhů nefarmakologických přístupů.

Svoji bakalářskou práci na nefarmakologické přístupy zaměřila např. Hájková (2014, s. 43, 44), která pomocí jedné z dotazníkových otázek zjišťovala, jak často jsou určité metody používány v SSPT. Bazální stimulace, kognitivní trénink, ergoterapie a orientace v realitě jsou metody, u kterých respondenti nejčastěji uváděli, že se používají denně. U muzikoterapie, animoterapie a arteterapie respondenti nejčastěji uváděli, že se používají 1x týdně, a u reminiscenční terapie

zas, že maximálně 1x měsíčně. To, že daná metoda není používána, uvedlo nejvíce respondentů u validační terapie, pet-terapie a taneční terapie. Přesto, že je v práci Hájkové (2014) uvedeno, že bazální stimulace, kognitivní trénink a orientace v realitě jsou metody, jež jsou využívány v SSPT denně, v této práci se jedná o nefarmakologické přístupy, které uvedl minimální počet respondentů. Kognitivní rehabilitace byla uvedena 4 (13 %) respondenty, bazální stimulace jedním (3 %) respondentem a orientaci v realitě neuvedl nikdo z respondentů. Důvodem může být ale to, že pokud chtěl někdo uvést možnosti „Bazální stimulace“ a „Orientace v realitě“, musel tak napsat do kolonky „Jiné“.

Co se týče arteterapie, tak dle výsledků Hájkové (2014) se sice jedná o metodu, která se v SSPT nejčastěji využívá 1x týdně, v této práci ji však nikdo z respondentů neuvedl, a to i přes to, že byla tato možnost na výběr. Naopak využití muzikoterapie a ergoterapie bylo v SSPT uvedeno alespoň polovinou respondentů a zároveň se dle Hájkové (2014) jedná o denně využívanou metodu v případě ergoterapie a o týdně využívanou metodu v případě muzikoterapie.

Jaké jsou nejvíce využívané metody ke zlepšení schopnosti v běžných denních činnostech ve vybraných domovech se zvláštním režimem, je jedna z výzkumných otázek Weiserové (2018, s. 27, 30), která průzkumné šetření realizovala ve 4 domovech se zvláštním režimem. Zjistila, že v Domově B a C je nejčastěji používána bazální stimulace, která byla uvedena 48 (53 %) respondenty, kdežto v Domově A se jedná o terapeutické panenky uvedené 18 (21 %) respondenty a v Domově D o reminiscenci a zooterapii uvedenou 22 (26 %) respondenty. I z práce Weiserové (2018) je tedy patrné, že bazální stimulace je v SSPT často využívanou metodou, což se v této práci nepotvrdilo. Taktéž se v této práci nepotvrdilo, že by byla často využívanou metodou reminiscenční terapie a pet-terapie, kdežto využití terapeutických panenek patří dle výsledků této práce ke třem nejčastěji využívaným nefarmakologickým přístupům v SSPT.

Liší se pohled respondentů zaměstnaných v nemocničních zařízeních lůžkového typu a respondentů zaměstnaných v pobytových sociálních službách na ošetrovatelskou péči o pacienty s demencí?

Pro zodpovězení této průzkumné otázky slouží dotazníkové otázky č. 7, 8, 17, 28 a 29. V otázce č. 7 byli respondenti tázáni, jakou složku ošetrovatelské péče o pacienty s demencí vnímají jako náročnější. Respondenti z NZLT vnímají jako náročnější složku psychickou. Uvedlo tak 16 (50 %) respondentů, kdežto v SSPT tuto možnost uvedlo 7 (22 %) respondentů, čímž se stala až jejich druhou nejčastější odpovědí. V SSPT se na prvním místě, a to s počtem 24 (75 %)

respondentů, umístila odpověď „Obě složky jsou stejně náročné“. Je tím myšlena fyzická a psychická složka péče. V NZLT tuto odpověď uvedlo o 13 (41 %) respondentů méně, tedy 11 (34 %) respondentů. I přesto se jednalo o jejich druhou nejčastější odpověď. Stejným způsobem, jakým vnímají náročnost péče o pacienty s demencí respondenti ze SSPT, vnímají dle Majorové (2017, s. 40, 53) náročnost péče o pacienty s demencí i všeobecné sestry z interního a chirurgického oddělení Nemocnice Kyjov. Nejvíce respondentů zde vnímá péči o pacienta s demencí jako náročnou, a to jak psychicky, tak i fyzicky. Z 82 (100 %) respondentů tak uvedlo 52 (64 %) respondentů. Hned druhou nejčastější odpovědí, kterou uvedli, je, že péči jako náročnou vnímají hlavně psychicky, což uvedlo 28 (34 %) respondentů.

V otázce č. 8 měli respondenti za úkol seřadit 8 uvedených oblastí péče, a to od nejméně náročné po nejnáročnější. Jak respondenti z NZLT, tak respondenti ze SSPT uvedli na prvním místě (tedy za nejméně náročnou oblast péče) oblast hygieny. Druhé a třetí místo se však u respondentů z NZLT a respondentů ze SSPT lišilo. Respondenti z NZLT uvedli na druhém místě oblast stravování a hydratace a na třetím místě oblast spánku. U respondentů ze SSPT tomu bylo přesně naopak. Stejná situace se týká i šestého a sedmého místa, kde respondenti z NZLT přiřadili na šesté místo oblast zajištění bezpečnosti pacienta a na sedmé místo oblast komunikace. U respondentů ze SSPT tomu bylo opět naopak. Jak respondenti z NZLT, tak respondenti ze SSPT však považují za nejnáročnější oblast péče problémové chování pacienta.

Na nejobtížnější aspekty péče o pacienty s demencí se dotazovala i Hrdinová (2017, s. 48), která zjistila, že respondenti považují za nejobtížnější „neklid, naléhavé chování, neočekávané reakce a odcházení“, což uvedlo 36 % respondentů. Dále zjistila, že hned druhým nejobtížnějším aspektem je nemožnost se dorozumět a potíže v komunikaci, což uvedlo 25 % respondentů. I v této práci je komunikace považovaná za náročnou oblast péče, které bylo přiděleno v SSPT šesté místo a v NZLT místo sedmé. Naopak za nejméně náročnou oblast péče respondenti považují již zmiňovanou oblast hygieny. V práci Hrdinové (2017, s. 48) je za nejméně obtížný aspekt péče považována inkontinence pacientů a manipulace se stolicí (uvedlo tak 8 % respondentů), což lze do oblasti hygieny zařadit. Dále Hrdinová (2017, s. 48, 49) ve své práci zjistila, že zajištění bezpečnosti pacienta, smyslová a mentální aktivizace během dne a dostatečný spánek během noci patří ke třem nejobtížněji zajistitelným oblastem péče během hospitalizace pacientů s demencí, kde zajištění bezpečnosti pacienta uvedlo 72 % respondentů, smyslovou a mentální aktivizaci během dne 58 % respondentů a dostatečný spánek během noci 46 % respondentů. I v této práci je zajištění bezpečnosti pacienta považováno za náročnou oblast péče, které bylo přiděleno v NZLT šesté místo a v SSPT sedmé místo. Oblast spánku je

však řazena k méně obtížným oblastem. V SSPT jí bylo přiděleno druhé místo a v NZLT místo třetí.

Otázka č. 17 měla za úkol zjistit, jaký názor mají respondenti na používání omezovacích prostředků u pacientů s demencí. Z výpovědí respondentů obou typů pracovišť vyplývá, že mají na tuto problematiku shodné názory. „Nejsem zastáncem/zastánkyní užívání omezovacích prostředků, ale zároveň jsem si vědom/a, že v určitých situacích je jejich užití nezbytné“ je nejčastějším názorem respondentů obou typů pracovišť. Tuto odpověď uvedlo 19 (59 %) respondentů z NZLT a 23 (72 %) respondentů ze SSPT. „Nevidím na užívání omezovacích prostředků nic špatného, je-li jejich užití v souladu se zákonem“ je hned druhým nejčastějším názorem, a to opět u respondentů obou typů pracovišť. V NZLT tuto odpověď uvedlo 11 (34 %) respondentů a v SSPT 7 (22 %) respondentů. Následující názory byly uvedeny pouze jedním (3 %) respondentem či dokonce i žádným z respondentů.

Otázkou č. 28 bylo zjištěno, že jak respondenti z NZLT, tak respondenti ze SSPT vnímají zapojení rodinných příslušníků do péče stejným způsobem, a to jako pozitivum pro pacienta. Uvedlo tak 29 (91 %) respondentů z NZLT a všech 32 (100 %) respondentů ze SSPT. Nováková (2019, s. 41) jednou z dotazníkových otázek zjišťovala, jaké výhody má zapojení rodinných příslušníků do péče. Ze 115 (100 %) respondentů uvedlo 75 (65 %) respondentů lepší adaptaci pacienta a podobný počet respondentů (73; 63 %) uvedl, že má zapojení rodinných příslušníků pozitivní vliv na psychický stav pacienta. Dalších 33 (29 %) respondentů uvedlo jako výhodu prevenci sociální izolace a zajištění komplexní péče zvolilo 21 (18 %) respondentů. Lze si povšimnout, že všechny tyto možnosti mají vliv na blaho pacienta.

V následující otázce č. 29 byli respondenti tázáni, zda mají pocit, že je u pacientů s demencí dostatečně využívána individuální ošetrovatelská péče. Zatímco respondenti ze SSPT mají pocit, že je individuální ošetrovatelská péče u těchto pacientů využívána dostatečně, což uvedlo 17 (53 %) respondentů, v NZLT jsou tohoto názoru pouze 3 (9 %) respondenti. Naopak v NZLT byla nejčastěji uvedena odpověď „Spíše ne“, a to konkrétně 15 (47 %) respondenty, kdežto v SSPT tuto odpověď uvedl pouze jeden (3 %) respondent.

5 ZÁVĚR

Tématem této bakalářské práce je ošetrovatelská péče o pacienty s demencí. V teoretické části práce jsou popsány nejen jednotlivé typy demence, diagnostika a léčba tohoto onemocnění, ale i specifika komunikace s pacienty s demencí a jednotlivé problematické oblasti ošetrovatelské péče o tyto pacienty. V závěru jsou v krátkosti představeny i zdravotní a sociální služby.

Průzkumná část práce byla realizována kvantitativní metodou, a to prostřednictvím dotazníkového šetření. Celkem bylo stanoveno 5 cílů.

Prvním cílem bylo porovnat ošetrovatelskou péči o pacienty s demencí v NZLT a v SSPT. Bylo zjištěno, že způsob ošetrovatelské péče o pacienty s demencí se skutečně v některých oblastech liší, a to např. ve způsobu ověřování totožnosti pacientů s demencí před odbornými výkony. V NZLT je pacientova totožnost nejčastěji ověřována pomocí identifikačního náramku (91 %), kdežto v SSPT pomocí cedule před dveřmi pacienta (66 %). Dále byl zjištěn rozdíl ve výskytu nevhodného chování vůči pacientům s demencí ze strany zaměstnanců. V NZLT se respondenti nejčastěji setkávali s křičením na pacienty (56 %) či s jejich nešetrnou manipulací (56 %), v SSPT se jednalo o nedodržování intimity pacientů (34 %) a rovněž o nešetrnou manipulaci s pacienty (34 %). Dále byl zjištěn rozdíl i v četnosti a v druhu užívání omezovacích prostředků, kde v NZLT používají nejčastěji ochranné pásy nebo kurty (94 %), v SSPT se jedná o psychofarmaka, popřípadě jiné léčivé přípravky, které jsou vhodné k omezení volného pohybu pacienta (38 %). Rozdíl je i v možnostech umístění pacientů na vhodný pokoj, v aktivizaci pacientů během dne nebo v zapojování rodinných příslušníků do ošetrovatelské péče, kde v NZLT jsou rodinní příslušníci nejčastěji zapojováni do oblasti stravování (75 %), v SSPT se však jedná o oblast fyzické aktivizace pacienta (50 %).

Úkolem druhého cíle bylo zjistit, jakým způsobem respondenti komunikují s pacienty s demencí. Bylo zjištěno, že způsob komunikace u respondentů z NZLT a ze SSPT se nijak výrazně neliší. Jak v NZLT (84 %), tak v SSPT (97 %) jsou pacienti s demencí nejčastěji oslovováni pomocí příjmení a v obou typech zařízení (NZLT – 78 %, SSPT – 97 %) se respondenti před zahájením komunikace ujistí o přítomnosti kompenzačních pomůcek. Respondenti také užívají při komunikaci s pacienty s demencí stejné zásady, které jsou blíže specifikovány v diskuzi.

Třetí cíl zjišťoval, jaké jsou nejčastější formy problémového chování u pacientů s demencí. Jak v NZLT, tak v SSPT se respondenti setkávají ze strany pacientů s mnoha formami problémového chování, a to ať již se jedná např. o agresivitu, křičení nebo o obnažování ve

veřejných prostorech. Nejčastěji se však respondenti v NZLT setkávají s vytahováním invazivních vstupů (94 %), kdežto v SSPT se jedná o agresivitu slovního rázu (91 %), vytahování exkrementů z inkontinenčních pomůcek (91 %) a o trhání inkontinenčních pomůcek (91 %).

Předposlední cíl měl zjistit, jaké nefarmakologické přístupy se využívají u pacientů s demencí v NZLT a v SSPT. Bylo zjištěno, že jak v NZLT (63 %), tak v SSPT (69 %) je nejčastěji využívána fyzioterapie. V NZLT je dále využívána např. ergoterapie (31 %) či kognitivní rehabilitace (28 %). V SSPT je kromě fyzioterapie často používána muzikoterapie (66 %) a terapeutické panenky (59 %). K dalším nefarmakologickým přístupům využívaným v SSPT patří např. terapeutické vaření/pečení (44 %), Snoezelen terapie (31 %) nebo kinezioterapie (28 %).

Poslední cíl zjišťoval, zda se liší pohled respondentů zaměstnaných v NZLT a respondentů zaměstnaných v SSPT na ošetrovatelskou péči o pacienty s demencí. Bylo zjištěno, že stejným způsobem vnímají respondenti např. používání omezovacích prostředků, kde většina (NZLT – 59 %, SSPT – 72 %) respondentů uvedla, že nejsou zastánci užívání omezovacích prostředků, ale zároveň jsou si vědomi, že v určitých situacích je jejich užití nezbytné. Stejným způsobem dále respondenti vnímají i zapojování rodinných příslušníků do péče, a to jako pozitivum pro pacienta (NZLT – 91 %, SSPT – 100 %). Naopak ve vnímání náročnosti péče o pacienty s demencí či v pohledu na využívání individuální ošetrovatelské péče se jejich postoje rozcházejí. Respondenti z NZLT vnímají totiž jako náročnější psychickou složku péče (50 %) a využívání individuální ošetrovatelské péče považují spíše za nedostačující (47 %), kdežto respondenti ze SSPT považují fyzickou a psychickou složku péče za stejně náročnou (75 %) a využívání individuální ošetrovatelské péče považují za dostatečné (53 %).

6 POUŽITÁ LITERATURA

AGRONIN, Marc E. *The Dementia Caregiver: A Guide to Caring for Someone with Alzheimer's Disease and Other Neurocognitive Disorders*. Landham: Rowman & Littlefield, 2016. 289 s. ISBN 978-1-4422-3191-7.

BARTOŠ, Aleš a Martina HASALÍKOVÁ. *Poznejte demenci správně a včas: příručka pro klinickou praxi*. Praha: Mladá fronta, 2010. 181 s. ISBN 978-80-204-2282-8.

BEDNAŘÍK, Josef et al. *Klinická neurologie, část speciální I*. Praha: Triton, 2010. 1 430 s. ISBN 978-80-7387-389-9.

BERANOVÁ, Lucie. *Péče o seniory s demencí v domově se zvláštním režimem v Opolanech a Pátku* [online]. Praha, 2017 [cit. 18.2.2021]. Dostupné z: https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/92280/BPTX_2016_1_11270_0_47592_2_0_186745.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze. Evangelická teologická fakulta. Vedoucí práce PhDr. Vladimír MAŠÁT.

BLAHOVÁ, Hana. *Komplexní péče o seniory s demencí* [online]. Pardubice, 2016 [cit. 18.2.2021]. Dostupné z: https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/65658/BlahovaH_KomplexniPece_KM_2016.pdf?sequence=3&isAllowed=y. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Kamila MARKOVÁ.

BURDA, Patrik a Lenka ŠOLCOVÁ. *Ošetrovatelská péče 2.díl: pro obor ošetrovatel*. Praha: Grada Publishing, 2016. 232 s. ISBN 978-80-247-5333-1.

ČECHOVÁ, Kateřina et al. *V bludišti jménem Alzheimer: na co v ordinaci nezbývá čas*. Praha: Management Press, 2019. 430 s. ISBN 978-80-264-2707-0.

ČESKO. Zákon č. 372/2011 Sb. ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 131, s. 4 730-4 801. ISSN 1211-1244. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDOVÁ. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada, 2012. 263 s. ISBN 978-80-247-3901-4.

DUŠEK, Petr et al. Wilsonova nemoc. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie* [online]. 2013, 76/109(5), 539–549 [cit. 5.8.2020]. ISSN 1802-4041. Dostupné z: <https://www.csn.eu/casopisy/ceska-slovenska-neurologie/2013-5/wilsonova-nemoc-41388>

EMMADY, D. Prabhu a Prasanna TADI. Dementia. In: StatPearls [online]. 2021 [cit. 20.2.2021]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557444/>

ERKKINEN, G. Michael, Mee-Ohk KIM a Michael D. GESCHWIND. Clinical Neurology and Epidemiology of the Major Neurodegenerative Diseases. *Cold Spring Harbor Perspectives in Biology* [online]. 2018, **10**(4), 1-45 [cit. 20.2.2021]. ISSN 19430264. Dostupné z: <https://cshperspectives.cshlp.org/content/10/4/a033118.full.pdf+html>

FERTAĽOVÁ, Terézia a Iveta ONDRIOVÁ. *Demence: nefarmakologické aktivizační postupy*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2020. 128 s. ISBN 978-80-271-2479-4.

GAJOVÁ, Markéta. *Prevence pádu na gerontopsychiatrickém oddělení z pohledu sestry* [online]. Jihlava, 2019 [cit. 13.6.2021]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/jjalcb/54233.pdf?isslret=p%C3%A1d%C5%AF%3B;zpet=%2Fvyhledavani%2F%3Fsearch%3Dpad%26start%3D1;info=1>. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava. Katedra zdravotnických studií. Vedoucí práce PhDr. Iva DUBNOVÁ.

GLENNER, Joy A. et al. *Péče o člověka s demencí*. Praha: Portál, 2012. 135 s. ISBN 978-80-262-0154-0.

HAJDUCHOVÁ, Hana et al. Prevence pádů hospitalizovaných pacientů – intervenční programy. *Geriatric a gerontologie* [online]. 2017, **6**(3), 117-122 [cit. 18.2.2021]. ISSN 1805-4684. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/geriatric-gerontologie/2017-3/prevence-padu-hospitalizovanych-pacientu-intervencni-programy-61931>

HÁJKOVÁ, Lucie et al. *Komplexní péče o lidi s demencí: na příkladu kritérií Certifikace Vážka®*. Praha: Česká alzheimerská společnost, o.p.s., 2016. 38 s. ISBN 978-80-86541-48-8.

HÁJKOVÁ, Nikola. *Nefarmakologické přístupy při práci s klientem s kognitivní poruchou* [online]. Pardubice, 2014 [cit. 18.2.2021]. Dostupné z: https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/57701/HajkovaN_NefarmakologickePristupy_MT_2014.pdf?sequence=3&isAllowed=y. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce PhDr. Magda TALIÁNOVÁ, Ph.D.

HAUKE, Marcela et al. *Když do života vstoupí demence, aneb, Praktický průvodce péčí o osoby s demencí nejen v domácím prostředí*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2017. 308 s. ISBN 978-80-906320-7-3.

HNILICOVÁ, Helena a Karolína DOBIÁŠOVÁ. Alkohol z pohledu veřejného zdraví v ČR: fakta a souvislosti. *Časopis lékařů českých* [online]. 2018, **157**(5), 248-253 [cit. 5.8.2020]. ISSN 1805-4420. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/casopis-lekaru-ceskych/2018-5-3/alkohol-z-pohledu-verejneho-zdravi-v-cr-fakta-a-souvislosti-105837>

Hodnotící škály. In: *Vyšší odborná škola zdravotnická a Střední zdravotnická škola Hradec Králové: Multimediální тренаžer plánování ošetrovatelské péče* [online]. 2012 [cit. 8.8.2020]. Dostupné z: <https://ose.zshk.cz/vyuka/hodnotici-skaly.aspx>

HOJDAROVÁ, Mira, Jana VINŠOVÁ a Petr DUŠEK. Možnosti farmaceutické péče o pacienta s Parkinsonovou chorobou. *Praktické lékařství* [online]. 2013, **9**(1), 13-15 [cit. 5.8.2020]. ISSN 1803-5329. Dostupné z: https://www.solen.cz/artkey/lek-201301-0004_Moznosti_farmaceuticke_pece_o_pacienta_s_Parkinsonovou_chorobou.php

HOLMEROVÁ, Iva et al. Bolest – podceněný problém v péči o pacienty s demencí. *Česká geriatrická revue* [online]. 2009b, **7**(1), 31-35 [cit. 5.8.2020]. ISSN 1801–8661. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-geriatricka-revue/2009-1/bolest-podceny-problem-v-peci-o-pacienty-s-demenci-33747>

HOLMEROVÁ, Iva et al. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: Česká alzheimerovská společnost: Gerontologické centrum, 2009a. 299 s. ISBN 978-80-86541-28-0.

HOLMEROVÁ, Iva. *Case management v péči o lidi žijící s demencí: koordinace péče zaměřená na člověka*. Praha: Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy, 2018. 231 s. ISBN 978-80-7571-031-4.

HRDINOVÁ, Pavlína. *Péče o seniory s demencí v nemocničním prostředí z pohledu sester* [online]. Praha, 2017 [cit. 18.2.2021]. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/91562/130213442.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Bakalářská práce. Univerzita Karlova. 3. lékařská fakulta. Vedoucí práce PhDr. Hana JANEČKOVÁ, Ph.D.

Intimní hygiena a péče o pokožku při inkontinenci. In: *Moliklub* [online]. 2020 [cit. 10.8.2020]. Dostupné z: <https://www.moliklub.cz/vse-o-inkontinenci/pece-o-inkontinentni-osobu/hygiena-pece-o-pokozku>

JANOUTOVÁ, Jana et al. Možnosti prevence Alzheimerovy choroby. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie* [online]. 2020b, **83**(1), 28-32 [cit. 5.8.2020]. ISSN 1802-4041.

Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-slovenska-neurologie/2020-1-4/moznosti-prevence-alzheimerovy-choroby-121146>

JANOUTOVÁ, Jana et al. Péče o pacienty s demencí. *Profese online* [online]. 2020a, **13**(1), 1-5 [cit. 25.8.2020]. ISSN 1803-4330. Dostupné z: https://profeseonline.upol.cz/artkey/pol-202001-0004_pece_o_pacienty_s_demenci.php

JIRÁK, Roman et al. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada, 2009. 164 s. ISBN 978-80-247-2454-6.

JIRÁK, Roman. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Galén, 2013. 348 s. ISBN 978-80-7262-873-5.

KISVETROVÁ, Helena. *Demence a kvalita života*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2020. 138 s. ISBN 978-80-244-5708-6.

KLEMPÍŘ, Jiří. *Poruchy výživy u Parkinsonovy a Huntingtonovy nemoci*. Praha: Mladá fronta, 2013. 46 s. ISBN 978-80-204-2834-9.

KLUCKÁ, Jana a Pavla VOLFOVÁ. *Kognitivní trénink v praxi*. Praha: Grada, 2016. 174 s. ISBN 978-80-247-5580-9.

KROMBHOLZ, Richard. Nejčastější demence a jejich léčba. *Neurologie pro praxi* [online]. 2011, **12**(3), 196-200 [cit. 5.8.2020]. ISSN 1803-5280. Dostupné z: https://www.neurologiepropraxi.cz/artkey/neu-201103-0012_Nejcastejsi_demence_a_jejich_lecba.php

KROUPA, Radek et al. Perkutánní endoskopická gastrostomie – doporučený postup České gastroenterologické společnosti ČLS JEP. *Gastroenterologie a hepatologie* [online]. 2019, **73**(3), 195-207 [cit. 5.8.2020]. ISSN 1804-803X. Dostupné z: <http://www.csgh.info/cs/clanek/perkutanni-endoskopicka-gastrostomie-doporuceny-postup-ceske-gastroenterologicke-spolecnosti-cls-jep-11030>

KYJOVSKÁ, Kateřina. *Komunikace u osob s demencí* [online]. Brno, 2015 [cit. 18.2.2021]. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/zag3x/komunikace-u-osob-s-demenci.pdf>. Bakalářská práce. Masarykova univerzita. Pedagogická fakulta. Vedoucí práce PhDr. Barbora BOČKOVÁ, Ph.D.

LÁTALOVÁ, Klára. *Agresivita v psychiatrii*. Praha: Grada, 2013. 235 s. ISBN 978-80-247-4454-4.

LUŽNÝ, Jan. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Triton, 2012. 159 s. ISBN 978-80-7387-573-2.

LUŽNÝ, Jan. Hodnocení bolesti u klientů se středně těžkou a těžkou demencí. *Ošetřovatelství a porodní asistence* [online]. 2013, 4(4), 678-683 [cit. 5.8.2020]. ISSN 1804-2740. Dostupné z: https://cejnm.osu.cz/artkey/cjn-201304-0006_hodnoceni-bolesti-u-klientu-se-stredne-tezkou-a-tezkou-demenci.php

LUŽNÝ, Jan. Nefarmakologické ovlivnění kognitivních funkcí u klientů s demencí. *Ošetřovatelství a porodní asistence* [online]. 2011, 2(4), 312-318 [cit. 5.8.2020]. ISSN 1804-2740. Dostupné z: https://cejnm.osu.cz/artkey/cjn-201104-0006_nefarmakologicke-ovlivneni-kognitivnich-funkci-u-klientu-s-demenci.php

MAJEROVÁ, Nikol. *Ošetřovatelská péče o pacienty s demencí* [online]. Zlín, 2017 [cit. 18.2.2021]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/z1uaul/?zpet=%2Fvyhledavani%2F%3Fsearch%3DMAJEROV%C3%81,%20Nicol.%20O%C5%A1et%C5%99ovatelsk%C3%A1%20p%C3%A9%C4%8De%20o%20pacienty%20s%20demenc%C3%AD%26start%3D1;isshlret=Nicol%3BMajorov%C3%A1%3B>. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce Mgr. Zlatica DORKOVÁ, Ph.D.

MAREČEK, Zdeněk a Radan BRŮHA. Wilsonova choroba. *Vnitřní lékařství* [online]. 2013, 59(7), 578-583 [cit. 5.8.2020]. ISSN 1801-7592. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/vnitri-lekarstvi/2013-7/wilsonova-choroba-41151>

MASOPUST, Jiří et al. *Neuropsychiatrické případy*. Praha: Galén, 2011. 289 s. ISBN 978-80-7262-801-8.

MIERTOVÁ, Michaela. *Riziko pádu v ošetřovatelské praxi: u hospitalizovaných pacientů s neurologickým onemocněním*. Praha: Grada Publishing, 2019. 135 s. ISBN 978-80-271-0850-3.

MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 2011. 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7.

Mosty do zapomnění: jak přistupovat k lidem nemocným demencí. Stuttgart: Stiftung Gralsbotschaft, 2012. 89 s. ISBN 978-3-87860-423-5.

Nepostradatelný pomocník pro terapii demence. In: *APOS Brno: partner pro sociální sféru a zdravotnictví* [online]. 2020 [cit. 8.8.2020]. Dostupné z: <https://www.aposbrno.cz/panenky-a-zviratka-pro-terapii-demence>

NOVÁKOVÁ, Vendula. *Specifika ošetrovatelské péče o osoby s demencí* [online]. Jihlava, 2019 [cit. 18.2.2021]. Dostupné z: <https://docplayer.cz/193932157-Vysoka-skola-polytechnicka-jihlava-specifika-oseetrovatelske-pece-o-osoby-s-demenci.html>. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava. Katedra zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Miroslava KALÁBOVÁ.

OLECKÁ, Ivana a Kateřina IVANOVÁ. *Metodologie vědecko-výzkumné činnosti*. Olomouc: Moravská vysoká škola Olomouc, o. p. s., 2010. 44 s. ISBN 978-80-87240-33-5.

PEKARA, Jaroslav. Proč dochází k násilným incidentům při ošetřování pacientů? *Florence – Odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky* [online]. 2014, **10**(1-2), 31-33 [cit. 18.3.2021]. ISSN 1801-464X. Dostupné z: https://bezpecnostpersonalu.cz/PDF/Proc_dochazi_k_nasilnym_incidentum_pri_oseetrovani_pacientu.pdf

PETROVÁ, Renáta. Nutriční podpora u nemocných s demencí. *Geriatric a gerontologie* [online]. 2015, **4**(2), 87-91 [cit. 5.8.2020]. ISSN 1805-4684. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/geriatric-gerontologie/2015-2/nutricni-podpora-u-nemocnych-s-demenci-55817>

POKORNÁ, Andrea et al. *Management nežádoucích událostí ve zdravotnictví: metodika prevence, identifikace a analýza*. Praha: Grada Publishing, 2019. 247 s. ISBN 978-80-271-0720-9.

POKORNÁ, Andrea et al. *Ošetrovatelství v geriatricii: hodnotící nástroje*. Praha: Grada, 2013. 193 s. ISBN 978-80-247-4316-5.

PROVAZNÍKOVÁ, Eva a Zdeněk KALVACH. *Rady pro pečující o člověka s demencí*. Brno: Diakonie ČCE, 2016. 157 s. ISBN 978-80-87953-15-0.

RECHTORÍKOVÁ, Simona. *Komunikace u osob s demencí* [online]. Jihlava, 2018 [cit. 18.2.2021]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/gmsw8m/?zpet=%2Fvyhledavani%2F%3Fsearch%3DRECHTOR%3%8DKOV%3%81,%20Simona.%20Komunikace%20u%20osob%20s%20demenc%3%AD%20%5B%26start%3D1;isshlret=Simona%3BRechtor%3%ADkov%3%A1%3B>. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava. Katedra zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Veronika KUSÍNOVÁ.

REKTOROVÁ, Irena. Screeningové škály pro hodnocení demence. *Neurologie pro praxi* [online]. 2011, **12**(Suppl. G), 37-45 [cit. 6.12.2020]. ISSN 1803-5280. Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2011/92/11.pdf>

RESSNER, Pavel et al. Porucha chování a nálady u demencí. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2011, **12**(4), 140-144 [cit. 5.8.2020]. ISSN 1803-5272. Dostupné z: https://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-201104-0002_Porucha_chovani_a_nalady_u_demenci.php

RUSINA, Robert a Iva HOLMEROVÁ. Poruchy spánku a nočního chování u Alzheimerovy nemoci a dalších demencí. *Neurologie pro praxi* [online]. 2014, **15**(4), 182-185 [cit. 5.8.2020]. ISSN 1803-5280. Dostupné z: https://www.neurologiepropraxi.cz/artkey/neu-201404-0004_Poruchy_spanku_a_nocniho_chovani_u_Alzheimerovy_nemoci_a_dalsich_demenci.php

RUSINA, Robert a Radoslav MATĚJ. Vaskulární demence. *Neurologie pro praxi* [online]. 2009, **10**(4), 250-253 [cit. 5.8.2020]. ISSN 1803-5280. Dostupné z: https://www.neurologiepropraxi.cz/artkey/neu-200904-0013_Vaskularni_demence.php

RUSINA, Robert et al. *Neurodegenerativní onemocnění*. Praha: Mladá fronta, 2019. 447 s. ISBN 978-80-204-5123-1.

RUSINA, Robert. Terapeutické a preventivní aspekty demencí – na čem opravdu záleží. *Interní medicína pro praxi* [online]. 2010, **12**(11), 545-547 [cit. 5.8.2020]. ISSN 1803-5256. Dostupné z: https://www.internimedicina.cz/artkey/int-201011-0005_Terapeuticke_a_preventivni_aspekty_demenci-na_cem_opravdu_zalezi.php

SEDLÁŘOVÁ, Veronika. *Hodnoticí škály bolesti v ošetrovatelské péči u pacientů s demencí* [online]. Olomouc, 2016 [cit. 18.2.2021]. Dostupné z: https://theses.cz/id/gg8imn/Sedl_ov_Veronika-_Hodnotc_kly_bolesti.pdf. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Fakulta zdravotnických věd. Vedoucí práce Mgr. Lenka MAZALOVÁ, Ph.D.

SEIDL, Zdeněk. *Neurologie pro studium i praxi*. Praha: Grada, 2015. 383 s. ISBN 978-80-247-5247-1.

Sociální služby. In: *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. 22.9.2020 [cit. 8.10.2020]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/socialni-sluzby-1>

- ŠVEHLOVÁ, Alice, Daniela LUSKOVÁ a Renata KAINRÁTHOVÁ. *Chci zůstat doma*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2017. 49 s. ISBN 978-80-906320-8-0.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2012. 870 s. ISBN 978-80-262-0225-7.
- VAŇKOVÁ, Tereza. *Hodnotící techniky v ošetrovatelské praxi* [online]. Jihlava, 2017 [cit. 18.2.2021]. Dostupné z: https://theses.cz/id/loaoxz/?lang=sk;zoomy_is=1. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava. Katedra zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Lucie VRBICKÁ.
- WEHNER, Lore a Ylva SCHWINGHAMMER. *Smyslová aktivizace v péči o seniory a klienty s demencí*. Praha: Grada, 2013. 144 s. ISBN 978-40-247-4423-0.
- WEISEROVÁ, Dagmar. *Aktivity seniorů s Alzheimerovou demencí ke zlepšení schopnosti v ADL v domovech se zvláštním režimem* [online]. Pardubice, 2018 [cit. 18.2.2021]. Dostupné z: https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/71360/WeiserovaD_AktivitySenioru_ID_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce PhDr. Mgr. Ivana DUKOVÁ.
- ZRUBÁKOVÁ, Katarína et al. *Nefarmakologická léčba v geriatрии*. Praha: Grada Publishing, 2019. 173 s. ISBN 978-80-271-2207-3.
- ZVĚŘOVÁ, Martina. *Alzheimerova demence*. Praha: Grada Publishing, 2017. 143 s. ISBN 978-80-271-0561-8.

7 PŘÍLOHY

Příloha A – <i>Diagnostická kritéria demence dle DSM-IV</i> (Bednařík et al., 2010, s. 548).....	118
Příloha B – <i>Mini-Mental State Examination</i> (Bartoš, Hasalíková, 2010, s. 136-138).....	119
Příloha C – <i>Montrealský kognitivní test</i> (Rektorová, 2011, s. 40).....	121
Příloha D – <i>Dotazník funkčního stavu</i> (Bartoš, Hasalíková, 2010, s. 139).....	122
Příloha E – <i>Dotazník soběstačnosti</i> (Bartoš, Hasalíková, 2010, s. 140-141)	123
Příloha F – <i>Bristolská škála aktivit denního života</i> (Bartoš, Hasalíková, 2010, s. 142-147)..	125
Příloha G – <i>13 komunikačních zlovyků</i> (Provazníková, Kalvach, 2016, s. 94).....	128
Příloha H – <i>Mapa bolesti podle M.S. Margolese</i> (Multimediální тренаžér plánování ošetrovatelské péče, 2012).....	129
Příloha CH – <i>Numerická škála bolesti</i> (Multimediální тренаžér plánování ošetrovatelské péče, 2012)	129
Příloha I – <i>Vizuální analogová škála bolesti</i> (Multimediální тренаžér plánování ošetrovatelské péče, 2012).....	130
Příloha J – <i>Škála dětských obličejů</i> (Multimediální тренаžér plánování ošetrovatelské péče, 2012)	130
Příloha K – <i>Škála PAINAD</i> (Pokorná et al., 2013, s. 188).....	131
Příloha L – <i>Informační list k dotazníku</i> (vlastní zdroj).....	132
Příloha M – <i>Dotazník</i> (vlastní zdroj)	133

Demence je syndrom globálního kognitivního úbytku tvořený

1. poruchou paměti a
2. nejméně jednou z následujících funkčních poruch:
 - porucha abstraktního myšlení (např. určení podobností a rozdílů mezi slovy, definice pojmů)
 - porucha úsudku a plánovité činnosti
 - afázie, apraxie, agnózie, porucha zrakoprostorových funkcí
 - změna osobnosti
3. Kognitivní úbytek je natolik závažný, že narušuje denní činnosti, profesní nebo společenské aktivity nemocného a znamená pokles oproti předchozí vyšší funkční úrovni.

Test kognitivních funkcí

JMÉNO PACIENTA: _____ **ROK NAROZENÍ:** _____

Po celou dobu vyšetřování zachovávejte neutrální postoj, nepomáhejte, nezasahujte a dodržujte přesné pokyny k jednotlivým úkolům. Zapíšte 1 bod při správné odpovědi a 0 při chybě. K testování si připravte hodinky, tužku a list papíru.

Datum vyšetření:

	1	2	3	4	5	6	7	8
den								
měsíc								
rok								

1. Orientace

Každá správná odpověď se hodnotí 1 bodem.

Doporučujeme užívat odpověď Česká republika nebo Cesko.

1. Který je dnes den v týdnu?

2. Kolikátého je dnes?

3. Který je měsíc?

4. Který je rok?

5. Které je roční období?

6. Ve kterém státě se nacházíme?

7. Ve kterém jsme městě?

8. Ve kterém jsme kraji nebo oblasti?

9. Jak se jmenuje tato nemocnice?

10. Na kterém poschodí se nacházíme?

2. Zapamatování

Slova vyslechnete zetelně a pomalu rychlostí asi jedno slovo za vteřinu. Pokud si je nevybaví, opakujte je nejvíce ještě 5x, než se je naučí. Jinak buďte zřetelně výsledkem počítanky vybavnost (4.).

Započítejte 1 bod za každé správné opakované slovo pouze při prvním opakování.

Můžeme si nyní vyzkoušet Vaši paměť? Řeknu Vám 3 slova. Pokuste se je po mě opakovat a zapamatovat si je. Za chvíli se Vás na tato slova znovu zeptám.

„a“ (klíč) lopata

(auto) šátek

(člověk) váza

3. Pozornost a počítání

Instrukce sa snažte vyslechnout tak dlouho, dokud jí dotyčný nepochopí. V průběhu odečítání již není možné opakovat instrukci. Zastavte odečítání, až osoba odečte 5x za sebou.

Za každou správnou odpověď započítejte 1 bod. Pokud osoba udělá chybu a dále odečítá/hláskuje správně, počítejte pouze jako jednu chybu. Maximum je 5 bodů. Např. MROKP – 3 body.

Nyní odečítejte od čísla 100 opakované číslo 7, tedy sto minus sedm, minus sedm atd., dokud Vám neřeknu dost.

„AZ“ verze „7“

M	93
R	86
K	79
O	72
P	65

4. Vybavnost

Za každou správnou odpověď započítejte 1 bod. Na poradi slov nezáleží.

Nyní si pokuste vzpomenout na 3 slova, která jste si měl/a před chvílí zapamatovat.

(klíč) lopata

(auto) šátek

(člověk) váza

5. Pojmenování předmětu

Za správnou odpověď započítejte 1 bod.

Ukažte náramkové hodinky

Ukažte tužku

Co je to?

Co je to?

6. Opakování

Připustný je pouze 1 pokus. Za správnou odpověď započítejte 1 bod.

Opakujte po mně:

„Prostě tak a ne jinak.“

7. Třístupňový příkaz

Položte před pacienta list papíru a vyzvěte ho k následujícímu úkolu: Za každou správně provedenou činnost započítejte 1 bod.

Nyní budete mít úkol, který si nejdříve vyslechnete a pak ho teprve budete provádět.

Vezměte tento papír do pravé ruky, přeložte ho oběma rukama na polovinu a položte ho na zem.

Pravá ruka

Přeložení

Položení

8. Čtení a vykonání psaného příkazu

Ukažte pacientovi spodní část tohoto testu a napištem „Zavíte oči“ a vyzvěte ho k vykonání příkazu. Instrukci neopakujte. Započítejte 1 bod pouze tehdy, pokud vyšetřovaný skutečně zavře oči.

Pokud potřebujete brýle na čtení, tak si je nyní nasadte.

Přečtěte tento pokyn a proveďte ho.

9. Psaní

Dejte vyšetřovanému tužku a papír a vyzvěte ho k napsání věty. Jeden bod započítejte, pokud má věta podnět (i nevyjádřený) a přísudek a dává smysl. V textu mohou být pravopisné a interpunkční chyby.

Napište do tohoto řádku jakoukoli jednoduchou větu, která Vás napadne a která dává smysl.

10. Obkreslení obrázce

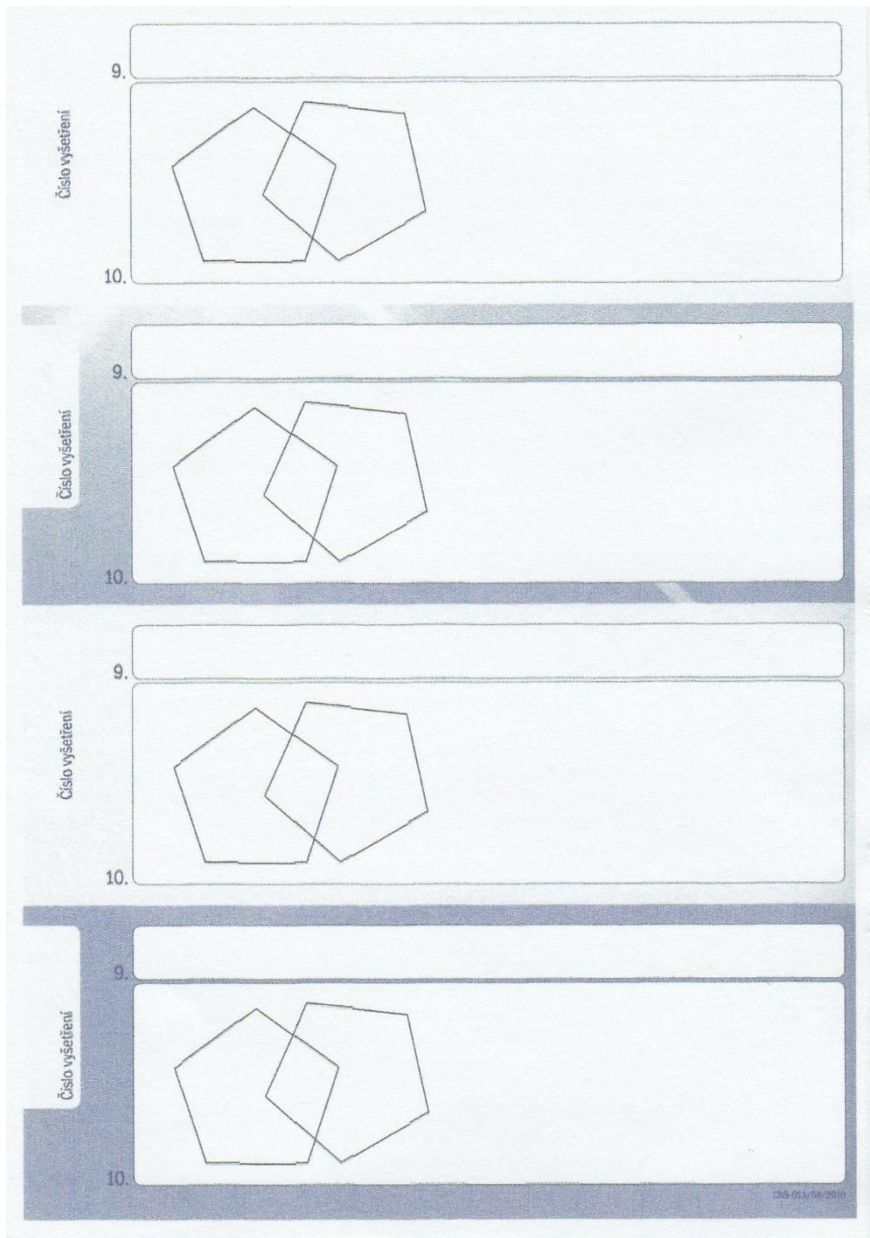
Dejte vyšetřovanému tužku a papír a vyzvěte ho k obkreslení obrázku. Třes ani rotace nevadí. Započítejte 1 bod, jestliže jsou zachovány správné strany, počet úhlů a 2 překřížení.

Obkreslete obrázek co nejpresněji podle předlohy.


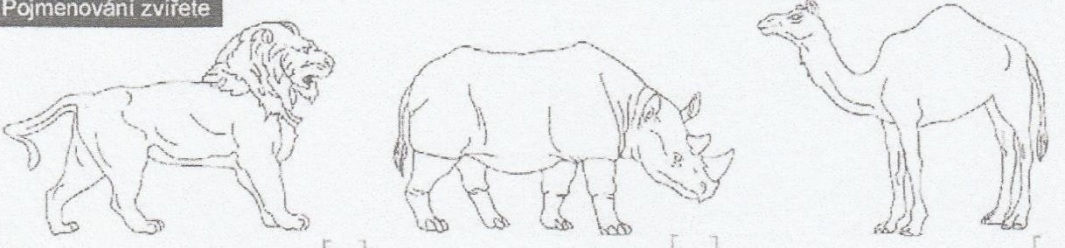
Testová verze byla vyvíjena ve spolupráci s Doc. MUDr. Zdeňkem Bartošem, Ph.D. z AG Centre (Psychiatrická centrum Praha a UK 3, LF, Neurologická klinika, Praha, 2010) a MUDr. M. Hasalíkovou (FZA, LF, 150 00 Praha 4, tel. 226 776 111, fax 226 110 222, www.nmch.cz)

Celkem

ZAVŘETE OČI!



Příloha C – *Montrealský kognitivní test* (Rektorová, 2011, s. 40)

MONTREALSKÝ KOGNITIVNÍ TEST (Nasreddinův test)		JMENO :	Vzdělání :	Datum narození :	BODY			
		Pohlaví :	DATUM :					
Prostorová orientace / zručnost 		Okopírujte krychli	Namalujte čtverec a označte 11 hodin 10 minut (3 body)					
[]		[]	[]	[]	[]	___/5		
Pojmenování zvířete 		[]	[]	[]	[]	___/3		
Paměť	Přečtěte řadu slov. Testovaný je musí opakovat. Zopakujte je ještě jednou. Po 5 minutách požádejte o opakování slov.		TVĚŘ	SAMET	KOSTEL	KOPRETINA ČERVENÁ	žádný bod	
		1.pokus						
		2.pokus						
Pozornost	Přečtěte řadu čísel (1 za vteřinu). Testovaný je má zopakovat, jak šla za sebou. [] 2 1 8 5 4 Testovaný je má zopakovat pozpátku. [] 7 4 2						___/2	
	Čtěte řadu písmen. Testovaný musí klepnout prstem pokaždé, když uslyší A. Při 2 a více chybách nedostane žádný bod. [] FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOF AAB						___/1	
	Množina odečtlů 7 od 100 [] 93 [] 86 [] 79 [] 72 [] 65 4-5 správných odečtlů = 3 body / 2-3 správné = 2 body / 1 správný = 1 bod / 0 správný = 0 bod						___/3	
Řeč	Opakujte po mně: Pouze vím, že je to Jan, kdo má dnes pomáhat. [] Když jsou v místnosti psi, kočka se vždy schová pod gauč. []						___/2	
Vybavování slov:	Řekněte co nejvíce slov, která začínají písmenem K, během 1 minuty. [] _____ (N > 11 slov)						___/1	
Abstrakce	Podobnost mezi např. banán-pomeranč = ovoce. [] vlak - bicykl [] hodinky - pravítka						___/2	
Pozdější vybavení slov	Vybavení slov BEZ NĀPOVĚDY	TVĚŘ []	SAMET []	KOSTEL []	KOPRETINA []	ČERVENÁ []	Body se udělí pouze BEZ NĀPOVĚDY	___/5
Nepovinně	Jedna nápověda							
	Více nápovědi							
Orientace	[] datum [] měsíc [] rok [] den [] místo [] město						___/6	
© Z. Nasreddine MD www.mocatest.org		NORMA ≥ 26 / 30		CELKEM Přičte 1 bod všem, kteří nemají 12 leté školní vzdělání.		___/30		

Příloha D – Dotazník funkčního stavu (Bartoš, Hasalíková, 2010, s. 139)

DOTAZNÍK FUNKČNÍHO STAVU (FAQ-CZ)

Jméno a příjmení posuzovaného: Ročník: Datum vyplnění:

Jméno vyplňujícího + vztah k posuzovanému: Diagnóza: MMSE:

Tento dotazník může vyplňovat pouze osoba, která důvěrně zna, jak si posuzovaný vede v běžném životě.

V každém řádku ZAKROUŽKUJTE míru schopností posuzované osoby:	Vykonává sám správně	Provádí sám s potížemi	Potřebuje pomoc druhého	Je zcela závislý, vykonává někdo jiný	Nikdy nevykonával/a, ale byl/a by nyní schopen/na	Nikdy nevykonával/a a měl/a by nyní potíže
1. Vyplnit složenky nebo platit účty, ukládat si finanční doklady	0	1	2	3	0	1
2. Vyplňovat úřední dokumenty nebo formuláře	0	1	2	3	0	1
3. Nakupovat běžné domácí potřeby, oblečení nebo potraviny	0	1	2	3	0	1
4. Hrát složitější společenské hry, věnovat se aktivně koníčkům	0	1	2	3	0	1
5. Připravit si kávu nebo čaj, vypnout sporák	0	1	2	3	0	1
6. Připravit si jídlo	0	1	2	3	0	1
7. Sledovat současné události	0	1	2	3	0	1
8. Porozumět a diskutovat o televizním pořadu, knize nebo časopisu	0	1	2	3	0	1
9. Pamatovat si termíny schůzek, rodinných událostí, svátků, léky a jejich užívání	0	1	2	3	0	1
10. Cestovat mimo nejbližší okolí, řídit auto nebo použít autobus	0	1	2	3	0	1
Celková soběstačnost <small>Sečteme body ve všech kategoriích. Výsledek lze přepočítat na procenta zachování aktivit denního života podle tabulky níže.</small>	body	%	←	součet	součet	součet

Převod bodů na procento soběstačnosti																														
body	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
procenta	97	93	90	87	83	80	77	73	70	67	63	60	57	53	50	47	43	40	37	33	30	27	23	20	17	13	10	7	3	0

Prekladatelský ústav: MUDr. Ales Bartoš, Ph.D., Pavl Martinek. Zdroj české verze: Bartoš A, Martinek P, Bezděček O, Bulček A, Řipová D. Dotazník funkčního stavu FAQ-CZ – česká verze pro zhodnocení každodenních aktivit pacientů s Alzheimerovou nemocí. Psychiat. pro Praxi 2008, 1(9): 31-34 nebo www.pcp13.cuni.cz/adoctrum/. Původní zdroj: Pfeiffer R et al. Measurement of functional activities in older adults in the community. J Gerontol 37, 1982: 323-329. Copyright © The Gerontological Society of America. Překlad byl pořízen se svolením majitele práv. The Gerontological Society of America neručí za nepřesnosti, které se mohou objevit v překladu. **Autoři i vydavatel souhlasí s požádáním kopií.**

DOTAZNÍK SOBĚSTAČNOSTI (DAD-CZ)

Jméno a příjmení posuzovaného: Ročník:

Jméno vyplňujícího + vztah k posuzovanému:

Datum vyplnění: Diagnóza: MMSE:

Tento dotazník může vyplňovat pouze osoba, která důvěrně zná, jak si posuzovaný vede v běžném životě. Obsahuje 40 položek a je určen pro zjištění každodenních aktivit u lidí s poruchami paměti a dalších duševních schopností.

Dotazník se týká stavu vyšetřovaného za poslední 2 týdny. Nebere se v úvahu to, co by posuzovaný byl schopen vykonat, ale pouze to, co skutečně vykonal. Hodnotí se takto:

- ANO („1“) označte, pokud posuzovaný během posledních dvou týdnů danou aktivitu provedl bez pomoci a bez připomenutí alespoň jednou.
- NE („0“) označte, pokud posuzovaný aktivitu za poslední 2 týdny nevykonal vůbec, nebo ji vykonal jen s pomocí či připomenutím.
- NELZE URČIT („X“) označte, pokud posuzovaný aktivitu nevykonával ani před začátkem potíží s pamětí nebo v posledních 2 týdnech aktivitu neměl příležitost vykonávat nebo pokud aktivitu nevykonává proto, že trpí jiným tělesným onemocněním (například kloubní potíže, po zlomenině končetiny).

Udělal posuzovaný/á bez pomoci nebo připomenutí alespoň jednou za poslední 2 týdny tyto činnosti?

V každém řádku zakroužkujte 1 = ANO, 0 = NE nebo X = NELZE URČIT

	ANO	NE	X
Hygiena			
1. Pokusil/a se umýt nebo vykoupat či osprchovat	1	0	X
2. Pokusil/a se vyčistit si zuby nebo pečovat o svůj umělý chrup	1	0	X
3. Rozhodl/a se pečovat si o vlasy (umýt a učesat)	1	0	X
4. Připravil/a si vodu, ručníky a mýdlo na mytí, koupání nebo sprchování	1	0	X
5. Spolehlivě si umyl/a a osušil/a všechny části svého těla	1	0	X
6. Správně si vyčistil/a zuby nebo pečoval/a o svůj umělý chrup	1	0	X
7. Pečoval/a si o vlasy (umytí a učesání)	1	0	X
Oblékání			
8. Pokusil/a se obléknout	1	0	X
9. Vybral/a si vhodné oblečení (s ohledem na příležitost, upravenost, počasí a barevnou kombinaci)	1	0	X
10. Oblékl/a se ve správném pořadí (spodní prádlo – kalhoty/šaty – boty)	1	0	X
11. Úplně se oblékl/a	1	0	X
12. Úplně se svlékl/a	1	0	X
Kontinence (udržení moči a stolice)			
13. Rozhodl/a se použít toaletu ve správný čas	1	0	X
14. Použil/a toaletu bez "nehod"	1	0	X
Jedění			
15. Rozhodl/a se, že se potřebuje najíst	1	0	X
16. Při jídle zvolil/a vhodné příbory a chuťové přísady	1	0	X
17. Konzumoval/a své jídlo normálním tempem a přiměřenými způsoby	1	0	X

Pokračování na další straně

Mezisoučty (základní aktivity max. 17):

0

Udělal posuzovaný/á bez pomoci nebo připomenutí alespoň jednou za poslední 2 týdny tyto činnosti?
V každém řádku zakroužkujte 1 = ANO, 0 = NE nebo X = NELZE URČIT

	ANO	NE	X
Příprava jídla			
18. Pokusil/a se připravit si jednoduché jídlo nebo svačinu	1	0	X
19. Správně se přichystal/a na přípravu jednoduchého jídla (přísady, nádobí na vaření)	1	0	X
20. Spolehlivě připravil/a nebo uvařil/a jednoduché jídlo či svačinu	1	0	X
Telefonování			
21. Pokusil/a se ve vhodnou dobu někomu zatelefonovat	1	0	X
22. Správně si vyhledal/a a vytočil/a telefonní číslo	1	0	X
23. Uskutečnil/a přiměřený telefonický rozhovor	1	0	X
24. Správně zapsal/a a vyřídil/a telefonický vzkaz	1	0	X
Chození ven a pobyt venku			
25. Rozhodl/a se jít někam ven (na procházku, na návštěvu, do obchodu) ve vhodnou dobu	1	0	X
26. Správně si zorganizoval/a pobyt venku s ohledem na dopravu, klíče, cíl své cesty, počasí, potřebné peníze, nákupní seznam	1	0	X
27. Vypravil/a se ven a dosáhl/a známého cíle, aniž by se přitom ztratil/a	1	0	X
28. Spolehlivě použil/a přiměřený dopravní prostředek (auto, autobus, taxi)	1	0	X
29. Vrátil/a se z obchodu s odpovídajícím nákupem	1	0	X
Finance a korespondence			
30. Zajímal/a se o své osobní záležitosti jako jsou např. vlastní finance a korespondence	1	0	X
31. Zorganizoval/a své finance tak, aby mohl/a uhradit své složenky a účty	1	0	X
32. Při vyřizování své korespondence použil/a správně dopisní papír, adresu a známky	1	0	X
33. Správně zacházel/a se svou hotovostí (použit peníze v obchodě)	1	0	X
Léky			
34. Rozhodl/a se užít léky ve správnou dobu	1	0	X
35. Užil/a své léky podle předpisu (ve správném dávkování)	1	0	X
Volný čas a domácí práce			
36. Projevil/a zájem o aktivní využití volného času	1	0	X
37. Zajímal/a se o domácí práce, které prováděl/a v minulosti	1	0	X
38. Správně naplánoval/a a zorganizoval/a domácí práce, které prováděl/a v minulosti	1	0	X
39. Provedl/a domácí práce odpovídajícím způsobem, jak to dělával/a v minulosti	1	0	X
40. Když to bylo potřeba, bylo ho/ji bezpečně nechat doma samotného/samotnou	1	0	X

Mezisoučty (instrumentální a volnočasové aktivity max. 23):

	0	
--	---	--

Tyto řádky jsou určeny pro potřeby hodnotitele:

Součet bodů (ve sloupci ANO) / počet jednoznačných odpovědí (40 - doplňte počet X)

mezivýpočet (podíl čísel z předchozího řádku)

DAD celkem v procentech (předchozí výsledek dělení vynásobit 100)

ANO	0	
součet ve sloupci		
X		počet
	/(40 -)	
	/ =	
		%



Překlad do češtiny a grafické zpracování: doc. MUDr. Aleš Bartoš, Ph.D., Pavel Martinek. Zkratka české verze: Bartoš A, Martinek P a o.s. Datázník soběstačnosti DAD-CZ - česká verze pro hodnocení každodenních aktivit pacientů s Alzheimerovou nemocí. *Neurol*, pro prasi 2009; 10(5): 320-323 nebo www.pcn.uz.com.cz/adcentrum.
Původní zdroj: Gillinas I et al. Development of a functional measure for persons with Alzheimer's disease: the Disability Assessment for Dementia. *Am J Occup Ther* 1999; 53: 471-481.

Příloha F – *Bristolská škála aktivit denního života* (Bartoš, Hasalíková, 2010, s. 142-147)

Jméno a příjmení posuzovaného: _____ Ročník: _____

Jméno vyplňujícího + vztah k posuzovanému: _____

Datum vyplnění: _____ MMSE: _____ BADLS-CZ: _____

Tento dotazník může vyplňovat pouze osoba, která důvěrně zná činnosti posuzovaného v běžném životě. Je určen pro zjištění každodenních aktivit u lidí s různými poruchami paměti a dalších intelektových funkcí. Pokud posuzovaný trpí závažnými smyslovými (např. zrakovými) a tělesnými (např. pohybovými) poruchami, budou výsledky ovlivněny i těmito chorobami.

Dotazník se skládá z 20 kategorií. U každé z nich si nejdříve přečtete všechna prohlášení a označte **pouze 1 tvrzení** (zakroužkováním čísla vedle tvrzení).

Dotazník se týká PRŮMĚRNÉHO stavu posuzovaného **za poslední 2 týdny.**

1. PŘÍPRAVA JÍDLA	0	Zvolí a připraví si jídlo podle potřeby
	1	Umí připravit jídlo, pokud poskytneme potřebné potraviny
	2	Umí připravit jídlo, pokud dostává postupně rady, co má udělat
	3	Nepřipraví si jídlo, ani pokud je vyzván a ani pod dohledem
	0	Nelze určit, protože (doplňte)

2. PŘÍJEM JÍDLA	0	Jí přiměřeným způsobem a používá správné příbor
	1	Jí přiměřeným způsobem, pokud je jídlo upraveno ke konzumaci a/nebo používá lžičku
	2	Jí rukama
	3	Musí být krmen
	0	Nelze určit, protože (doplňte)

3. PŘÍPRAVA NÁPOJŮ	0	Zvolí a připraví si nápoje podle potřeby
	1	Umí si připravit nápoj, pokud poskytneme potřeby
	2	Umí si připravit nápoj, pokud dostává postupně rady, co má udělat
	3	Neumí si připravit nápoj, ani pokud je vyzván a ani pod dohledem
	0	Nelze určit, protože (doplňte)

4. PŘÍJEM TEKUTIN	0	Pije přiměřeným způsobem
	1	Pije přiměřeným způsobem s pomůckami (brčko, hrnek se savičkou a podobně)
	2	Nepije přiměřeným způsobem ani s pomůckami, ale snaží se o to
	3	Nápoje musí být podávány přímo do úst
	0	Nelze určit, protože (doplňte)

5. OBLÉKÁNÍ	0	Vybere si vhodné oblečení a sám se oblékne
	1	Obléká se v nesprávném pořadí, naruby nebo si obléká špinavé oblečení
	2	Nedokáže se sám obléci, ale při oblékání pomáhá pohybem končetin
	3	Nespolupracuje a musí být oblečen jinou osobou
	0	Nelze určit, protože (doplňte)

6. HYGIENA	0	Myje se pravidelně a samostatně
	1	Umí se sám umýt, pokud dostane mýdlo, žínku, ručník a podobně
	2	Umí se sám umýt, pokud je vyzván a je pod dohledem
	3	Neumí se sám umýt a potřebuje plnou pomoc
	0	Nelze určit, protože (doplňte)

7. PÉČE O ZUBY NEBO O PROTÉZU	0	Pravidelně a samostatně si čistí zuby/protézu
	1	Čistí si zuby/protézu, pokud k tomu dostane potřebné pomůcky
	2	Do určité míry potřebuje pomoc – zubní pastu na kartáček, kartáček do úst, apod.
	3	Potřebuje plnou asistenci
	0	Nelze určit, protože (doplňte)
8. KOUPÁNÍ, SPRCHOVÁNÍ	0	Koupe se pravidelně a samostatně
	1	Potřebuje, aby někdo napustil vanu nebo pustil sprchu, ale myje se samostatně
	2	Potřebuje být vyzván k mytí a vyžaduje dohled
	3	Úplná závislost, potřebuje plnou asistenci
	0	Nelze určit, protože (doplňte)
9. TOALETA	0	V případě potřeby používá správně toaletu
	1	Potřebuje doprovod na toaletu a pomoc
	2	Nedokáže udržet moč nebo stolici
	3	Nedokáže udržet moč ani stolici
	0	Nelze určit, protože (doplňte)
10. ZÁKLADNÍ POHYBLIVOST	0	Dokáže si sednout i vstát ze židle bez pomoci
	1	Sedne si, ale potřebuje pomoc při vstávání ze židle
	2	Potřebuje pomoc při sedání i vstávání ze židle
	3	Je zcela závislý při sedání i vstávání ze židle
	0	Nelze určit, protože (doplňte)
11. CHŮZE	0	Chodí samostatně
	1	Chodí s oporou, musí se držet např. nábytku nebo ruky
	2	K chůzi používá pomůcky, např. chodítko nebo hole
	3	Nemůže chodit
	0	Nelze určit, protože (doplňte)

12. ORIENTACE V ČASE	0	Zcela se orientuje v čase, dnu, datu apod.
	1	Neorientuje se v čase nebo dnu apod., ale neznepokojuje se tím
	2	Opakovaně se ptá na čas, den či datum
	3	Plete si noc a den
	0	Nelze určit, protože (doplňte)
13. ORIENTACE V PROSTORU	0	Dobře se orientuje v prostředí
	1	Dobře se orientuje pouze ve známém prostředí
	2	Ztrácí se v domácím prostředí, je nutné připomínat, kde je koupelna, apod.
	3	Nerozpoznává svůj vlastní domov a snaží se jej opustit
	0	Nelze určit, protože (doplňte)
14. KOMUNIKACE	0	Dokáže udržovat přiměřený rozhovor
	1	Projevuje, že rozumí řeči a snaží se odpovídat slovy a gesty
	2	Umí se vyjádřit tak, že mu lze porozumět, ale má obtíže sám porozumět jiným
	3	Neodpovídá na pokusy o komunikaci nebo nekomunikuje s ostatními
	0	Nelze určit, protože (doplňte)
15. POUŽÍVÁNÍ TELEFONU	0	Správně používá telefon včetně vyhledání správných telefonních čísel
	1	Používá telefon, pokud mu telefonní číslo někdo řekne, ukáže nebo je v předvolbě telefonu
	2	Zvedne telefon a odpoví, ale samostatně nikomu netelefonuje
	3	Telefon vůbec nepoužívá, protože to nedokáže nebo nechce
	0	Nelze určit, protože (doplňte)

16. DOMÁCÍ PRÁCE, KUTILSTVÍ	0	Dokáže vykonávat domácí práce nebo pracovat na zahrádce jako dříve
	1	Dokáže vykonávat domácí práce nebo pracovat na zahrádce, ale už ne tak jako dříve
	2	Dřívějších činností se účastní málo, i když na něj někdo dohlíží
	3	Neúčastní se, protože to nedokáže nebo nechce
	0	Nelze určit, protože (doplňte)
17. NAKUPOVÁNÍ	0	Nakupuje jako dříve
	1	Nakoupí pouze 1 nebo 2 věci bez nákupního seznamu nebo s ním
	2	Nenakupuje samostatně, ale účastní se nákupu, pokud má doprovod
	3	Nezvládne nakupování ani s doprovodem
	0	Nelze určit, protože (doplňte)
18. FINANCE	0	Stará se o své finance stejně jako dříve
	1	Neumí vyplnit složenku, ale umí se podepsat a rozezná hodnoty bankovek a mincí
	2	Umí se podepsat, ale nerozeznává hodnoty bankovek a mincí
	3	Nedokáže se podepsat a nerozeznává hodnoty peněz
	0	Nelze určit, protože (doplňte)
19. KONÍČKY A HRY	0	Účastní se aktivit stejně jako dříve
	1	Účastní se, ale potřebuje pokyny nebo dohled
	2	Chybí ochota se zúčastnit, je patrná zpomalenosť, je třeba přemlouvání
	3	Už nemůže nebo nechce se účastnit
	0	Nelze určit, protože (doplňte)

20. DOPRAVA	0	Řídí auto, jezdí na kole, nebo používá hromadnou dopravu samostatně
	1	Neřídí auto, ale používá hromadnou dopravu nebo kolo
	2	Není schopen samostatně jezdit hromadnou dopravou
	3	Neumí nebo nechce používat hromadnou dopravu ani s doprovodem
	0	Nelze určit, protože (doplňte)

VÝSLEDKY – tato tabulka je určena pro potřeby hodnotitele

Celkem bodů	/60	Body vyjadřují míru postižení
Odpověď „Nelze určit“		Čím více, tím větší je zkrácení výsledku
Přepočet na procentuální soběstačnost		$[(60 - \text{body}) / 60] * 100$ nebo tabulka níže

Rychlý převod bodů na procenta:

Body	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Procenta %	98 %	97 %	95 %	93 %	92 %	90 %	88 %	87 %	85 %	83 %
Body	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Procenta %	82 %	80 %	78 %	77 %	75 %	73 %	72 %	70 %	68 %	67 %
Body	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
Procenta %	65 %	63 %	62 %	60 %	58 %	57 %	55 %	53 %	52 %	50 %
Body	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
Procenta %	48 %	47 %	45 %	43 %	42 %	40 %	38 %	37 %	35 %	33 %
Body	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
Procenta %	32 %	30 %	28 %	27 %	25 %	23 %	22 %	20 %	18 %	17 %
Body	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
Procenta %	15 %	13 %	12 %	10 %	8 %	7 %	5 %	3 %	2 %	0 %

„Nemluvte s člověkem s demencí jako s dítětem.“

„Nikdy nepoužívejte vulgární výrazy.“

„Člověku s demencí nepřikazujte.“

„Člověka s demencí nevychovávejte.“

„Nehovořte o něm před jinými lidmi, když je s vámi, tzn. nestěžujte si na to, co dělá, nezapomeňte, že vás slyší!“

„Nikdy se k člověku s demencí nechovejte agresivně.“

„Nepovyšujte se a nedávejte najevo svou rozumovou převahu.“

„Neprojevujte před člověkem s demencí negativní emoce.“

„Nikdy nepoužívejte fyzické násilí a slovní agresivitu, i když v opačném případě se tato situace může stát.“

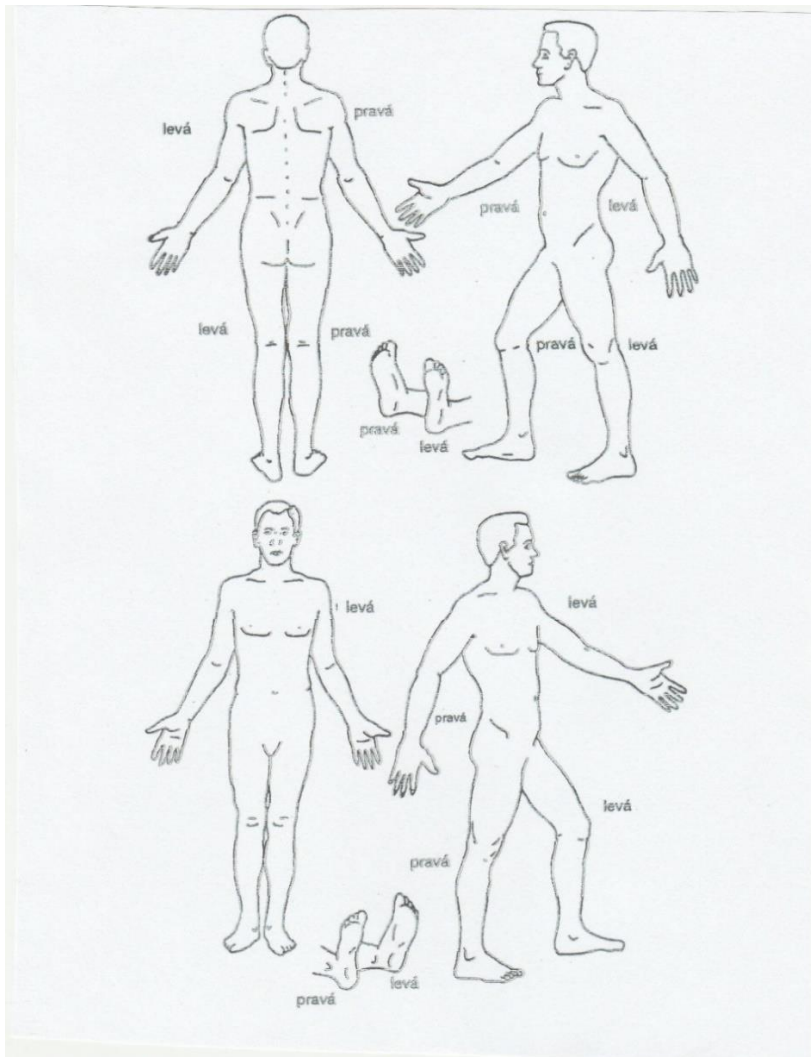
„Člověku s demencí nevnucujte své názory.“

„Nezvyšujte na něj hlas.“

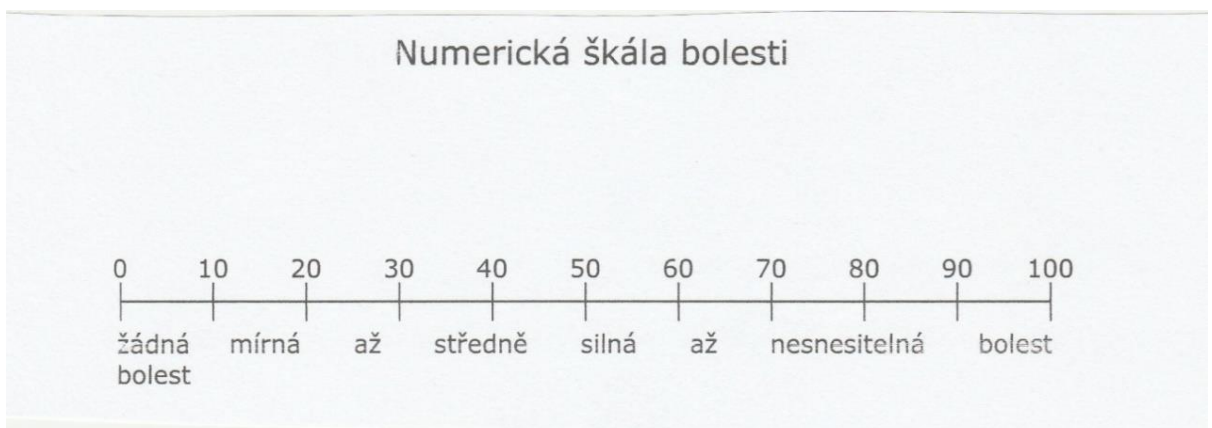
„Neznevažujte změny v jeho chování a vždy se pokuste zjistit, proč k takové změně došlo.“

„Pokud nemocný používá inkontinenční pomůcky, mějte vždy na paměti, že svým chováním nesmíte porušit jeho intimitu a důstojnost.“

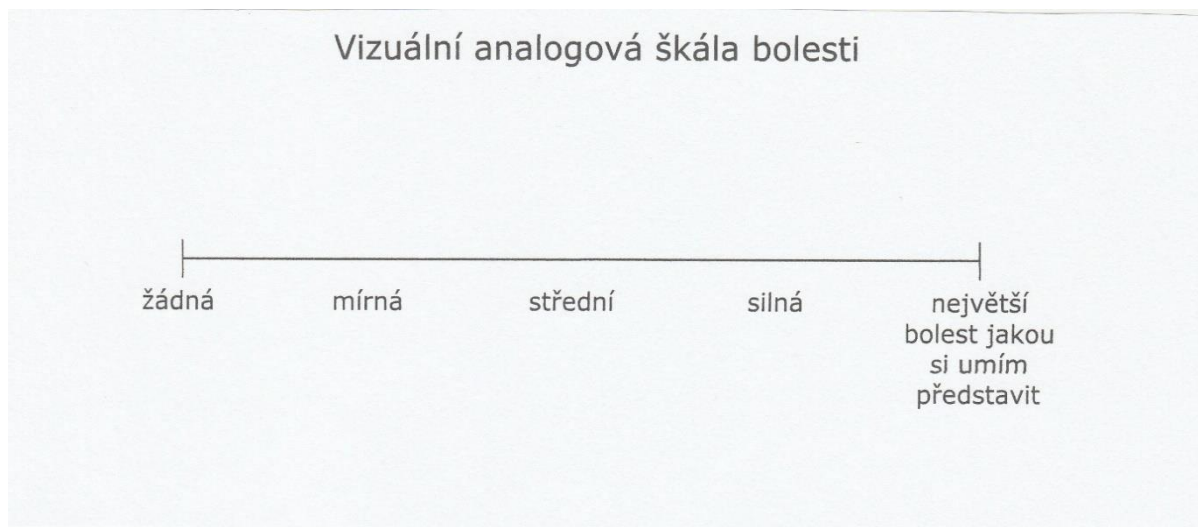
Příloha H – *Mapa bolesti podle M.S. Margolese* (Multimediální тренаžér plánování ošetrovatelské péče, 2012)



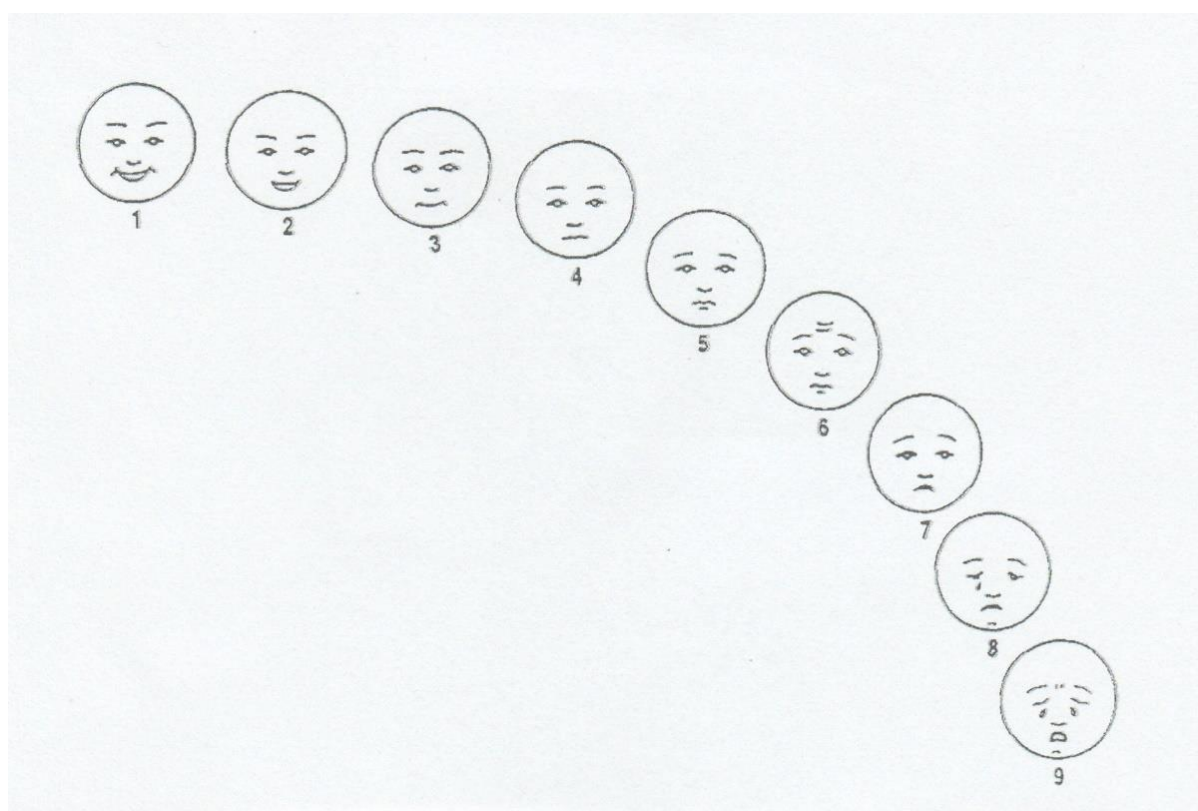
Příloha CH – *Numerická škála bolesti* (Multimediální тренаžér plánování ošetrovatelské péče, 2012)



Příloha I – *Vizuální analogová škála bolesti* (Multimediální тренаžér plánování ošetrovatelské péče, 2012)



Příloha J – *Škála dětských obličejů* (Multimediální тренаžér plánování ošetrovatelské péče, 2012)



**Příloha 38. Stupnice pro měření bolesti u pokročilé demence
(PAINAD = Pain Assessment In Advanced Dementia)**

Stupnice pro měření bolesti u pokročilé demence (PAINAD = Pain Assessment In Advanced Dementia)				
	0	1	2	Počet bodů
dýchání nezávisle na vokalizaci (vyslovování)	normální	<ul style="list-style-type: none"> ▪ občasné namáhavé dýchání ▪ krátké období hyperventilace 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ hlučné, ztížené ▪ dlouhá období hyperventilace ▪ Cheyneovo-Stokesovo dýchání 	
bolestivá vokalizace	žádná	<ul style="list-style-type: none"> ▪ občasný sten/zaúpění ▪ tlumená negativní/odmítavá řeč 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ opakované utrápené volání ▪ hlasité sténání nebo úpění ▪ pláč 	
výraz obličeje	úsměv nebo neutrální	<ul style="list-style-type: none"> ▪ smutný ▪ vyděšený ▪ zamračený 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ bolestivé grimasy 	
řeč těla	relaxovanost	<ul style="list-style-type: none"> ▪ napjatost ▪ neklidné přecházení ▪ neklid 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ strnulost ▪ sevřené pěsti ▪ kolena přitažena k tělu ▪ tahání nebo odtlačování ▪ udeření 	
utěšování	není nutné	<ul style="list-style-type: none"> ▪ je možné rozptýlit nebo uklidnit hlasem či dotekem 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ není možné utěšit, rozptýlit nebo uklidnit 	
součet				

Instrukce

Sledujte pacienta 5 minut před zhodnocením jeho chování. Hodnoťte chování podle následujících oblastí. Každá oblast je rozdělena na stupně, které jsou různě obodované. Vyberte stupeň, který nejvíce charakterizuje chování pacienta, jehož hodnotíte. Pacient může být sledován a hodnocen v různých situacích (při odpočinku, během příjemných činností, při ošetřování, po podání medikace).

Vyhodnocení

Celkový možný počet bodů je 0–10

- 1–3 mírná bolest
- 4–6 střední bolest
- 7–10 velká bolest

Zdroj: Warden a kol., 2003; Volicer, Kršiak, 2006; Klevetová, 2010

Příloha L – *Informační list k dotazníku* (vlastní zdroj)

INFORMACE K DOTAZNÍKU č. ____

Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Jasmína Sandra Hastrdlo a studuji obor Všeobecná sestra na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Tento dotazník slouží k získání potřebných informací k následnému zpracování bakalářské práce, která je nutnou součástí k úspěšnému ukončení mého studia. Tématem práce je **Ošetrovatelská péče o pacienty s demencí**.

Dotazník je určen pro praktické sestry, diplomované všeobecné sestry a všeobecné sestry, které jsou zaměstnány v nemocničních zařízeních na lůžkových odděleních a v pobytových sociálních službách. Dotazník se skládá ze 30 otázek. Vámi zvolenou odpověď **zaškrtněte křížkem**, popřípadě **dopíšte svou vlastní odpověď/odpovídající cifru**. Je-li možné zaškrtnout více možných odpovědí, je tak uvedeno přímo u konkrétní otázky. Zaškrtnete-li možnost **jiné, nenechávejte prosím tuto kolonku prázdnou a doplňte ji o svou vlastní odpověď**. Veškeré Vaše odpovědi jsou zcela anonymní a budou využity pouze ke zpracování bakalářské práce.

List s informacemi je určen pro Vás, proto si ho prosím ponechte a samotný dotazník odevzdejte do uzavřeného boxu. O umístění tohoto boxu budete blíže informováni osobou, jež Vám dotazník předá. V nadpisu tohoto informačního listu je číslo, které je shodné s číslem dotazníku. V případě, že byste chtěli z průzkumného šetření odstoupit či předčasně ukončit archivaci dat, informujte mě na tomto emailu: st54338@student.upce.cz. **K vyřazení je však nutné podat číslo dotazníku**. Bez této informace není možné daný dotazník zpětně dohledat a následně vyřadit. Délka archivace dotazníků jsou 2 roky.

Předem mnohokrát děkuji za Váš čas.

DOTAZNÍK č. ____

1. Máte zkušenosti s péčí o pacienty s demencí?

- Ano
- Ne (Jestliže jste zvolil/a tuto možnost, dotazník již dále prosím nevyplňujte.)

2. Jaké je Vaše pohlaví?

- Muž
- Žena

3. Do jaké věkové kategorie spadáte?

- Do 20 let
- 21-30 let
- 31-40 let
- 41-50 let
- Nad 50 let

4. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání ve zdravotnickém oboru?

- Střední vzdělání s maturitní zkouškou (obor Všeobecná sestra, Dětská sestra, Zdravotnický asistent / Praktická sestra)
- Vyšší odborné vzdělání (obor Diplomovaná všeobecná sestra)
- Vysokoškolské vzdělání – bakalářský stupeň (obor Všeobecná sestra)
- Vysokoškolské vzdělání – magisterský stupeň
- Doktorské studium
- Jiné:

5. Na jakém pracovišti momentálně pracujete?

- Nemocniční zařízení lůžkového typu
- Sociální služby pobytového typu

6. Jak často se na Vašem pracovišti setkáváte s pacienty s demencí?

- Každodenně
- Alespoň jednou týdně
- Alespoň jednou měsíčně
- Přibližně 1x za půl roku
- Zhruba 1x za rok a méně
- S těmito pacienty se na svém pracovišti nesetkávám (Jestliže jste zvolil/a tuto možnost, dotazník již dále prosím nevyplňujte.)

7. Jaká složka ošetrovatelské péče o pacienty s demencí Vám přijde náročnější?

- Fyzická
- Psychická
- Obě složky jsou stejně náročné
- Péči o pacienty s demencí nevnímám jako náročnou

8. Seřad'te jednotlivé oblasti péče uvedené níže od nejméně náročných po nejnáročnější, a to pomocí číslic 1-8. Každou číslici lze použít pouze jednou.

1 = oblast péče o pacienta s demencí, kterou považují za **nejméně náročnou**

8 = oblast péče o pacienta s demencí, kterou považují za **nejnáročnější**

___ oblast komunikace

___ oblast hygieny

___ oblast stravování a hydratace

___ oblast spánku

___ oblast aktivizace pacienta

___ problémové chování pacienta (např. zmatenost, agresivita, ...)

___ problematika bolesti

___ zajištění bezpečnosti pacienta

9. Jakým způsobem si před odbornými výkony ověřujete totožnost pacientů s demencí? Lze zvolit více možných odpovědí.

- Dotazem na příjmení a ročník pacienta
- Pomocí identifikačního náramku
- Pomocí cedule na lůžku pacienta
- Pomocí cedule před dveřmi pacienta
- Po paměti
- Zkušenější personál mi poradí, o kterého pacienta se jedná
- Jiné:

10. Jakým způsobem pacienta s demencí oslovujete? Lze zvolit více možných odpovědí.

- Příjmením
- Křestním jménem
- Zdrobnělinou (např. sluníčko, broučku, ...)
- Babi / dědo
- Dle přání pacienta
- Dle doporučení rodiny
- Jiné:

11. Než začnete hovořit s pacientem s demencí, ujistíte se, zda má potřebné kompenzační pomůcky (např. naslouchátko)?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

12. Liší se způsob Vaší komunikace s pacienty s demencí v porovnání s pacienty bez kognitivního deficitu?

- Ano
- Ne

13. Využíváte při komunikaci s pacienty s demencí některé z uvedených možností?

Lze zvolit více možných odpovědí.

- Používám kratší, jednodušší věty
- Mluvím pomaleji
- Mluvím více nahlas
- Používám 1. pád množného čísla (např. to jsme se hezky vyspinkali)
- Nepoužívám odborné výrazy
- Používám zdrobněliny
- Pacientovi nevysvětluji, co u něj budu dělat (např. napojení infúze)
- Pacientovi opakovaně vysvětluji, co u něj budu dělat
- Při ukončení komunikace se ujišťuji, zda pacient sdělenému obsahu porozuměl
- Při ukončení komunikace se neujišťuji, zda pacient sdělenému obsahu porozuměl
- Ne

14. S jakými formami problémového/nevhodného chování se u pacientů s demencí setkáváte? Lze zvolit více možných odpovědí.

- S problémovým/nevhodným chováním jsem se u pacientů s demencí doposud nesetkal/a
- Agresivita fyzického rázu
- Agresivita slovního rázu
- Agresivita vůči personálu
- Agresivita vůči ostatním pacientům
- Křičení
- Vybavování exkrementů z inkontinenčních pomůcek
- Trhání inkontinenčních pomůcek
- Vytahování invazivních vstupů
- Sebepoškozování
- Nevhodné chování se sexuálním podtextem
- Obnažování ve veřejných prostorech
- Krádeže (např. osobních věcí u ostatních pacientů)
- Jiné:

15. S jakým typem nevhodného chování vůči pacientům s demencí jste se setkal/a ze strany zaměstnanců na Vašem pracovišti? Lze zvolit více možných odpovědí.

- S nevhodným chováním vůči pacientům s demencí jsem se neseťkal/a
- Nedodržování intimity pacienta (např. otevřené dveře během hygieny)
- Nevhodné oblečení pacienta (např. muž v dámském oblečení)
- Nevhodné komentáře (např. zesměšňování pacienta)
- Křičení na pacienta (např. z důvodu jeho nevhodného chování)
- Nešetrná manipulace s pacientem (např. při polohování)
- Ignorování žádostí/potřeb pacienta
- Jiné:

16. S jakými omezovacími prostředky jste se na Vašem pracovišti u pacientů s demencí setkal/a?

- Na svém současném pracovišti jsem se neseťkal/a s nutností užití omezovacího prostředku u pacientů s demencí.

Na svém současném pracovišti jsem se u pacientů s demencí setkal/a s nutností užití těchto omezovacích prostředků **(lze zvolit více možných odpovědí)**:

- úchop pacienta zdravotnickými pracovníky nebo jinými osobami k tomu určenými
- ochranné pásy nebo kurty
- síťové lůžko
- umístění pacienta v místnosti určené k bezpečnému pohybu
- ochranný kabátek nebo vesta zamezující pohybu horních končetin pacienta
- psychofarmaka, popřípadě jiné léčivé přípravky, které jsou vhodné k omezení volného pohybu pacienta

17. Jaký máte názor na používání omezovacích prostředků u pacientů s demencí?

- Používání omezovacích prostředků zcela odsuzuji.
- Nejsem zastáncem/zastánkyní užívání omezovacích prostředků, ale zároveň jsem si vědom/a, že v určitých situacích je jejich užití nezbytné.
- Nevidím na užívání omezovacích prostředků nic špatného, je-li jejich užití v souladu se zákonem.

- Užití omezovacích prostředků nevnímám jako omezování svobody pacienta.
- Myslím si, že by se v souvislosti s péčí o pacienty s demencí měly používat omezovací prostředky častěji.
- Jiné:

18. Jaké metody používáte k prevenci pádu u pacientů s demencí? Lze zvolit více možných odpovědí.

- Kompenzační pomůcky v dosahu pacienta (berle, chodítko, invalidní vozík, ...)
- Postranice v lůžku pacienta
- Omezovací prostředky (kurty, fixační pásy, ...)
- Tlumení pacienta léky
- Edukace pacienta a rodiny (bezpečná obuv, ...)
- Vstávání pacienta pouze pod odborným dohledem
- Jiné:

19. Jaké škály užíváte k hodnocení bolesti u pacientů se středně těžkou až těžkou demencí? Lze zvolit více možných odpovědí.

- Mapa bolesti podle M.S. Margolese
- Numerická škála bolesti
- Vizuální analogová škála bolesti
- Škála dětských obličejů
- Škála PAINAD
- Jiné:

20. Jaké nefarmakologické přístupy jsou využívány na Vašem pracovišti u pacientů s demencí? Lze zvolit více možných odpovědí.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Fyzioterapie | <input type="checkbox"/> Pet-terapie |
| <input type="checkbox"/> Ergoterapie | <input type="checkbox"/> Arteterapie |
| <input type="checkbox"/> Kognitivní rehabilitace | <input type="checkbox"/> Reminiscenční terapie |
| <input type="checkbox"/> Terapeutické panenky | <input type="checkbox"/> Snoezelen terapie |
| <input type="checkbox"/> Terapeutické vaření/pečení | <input type="checkbox"/> Kinezioterapie |
| <input type="checkbox"/> Muzikoterapie | <input type="checkbox"/> Žádné |

Jiné:

21. Máte u pacientů s demencí přehled o příjmu a výdeji tekutin?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

22. Ujistíte se u pacientů s demencí o jejich prázdné dutině ústní po podání léků per os?

- Ano
- Spíše ano
- Pouze pokud se jeví, že má pacient léky stále v ústech
- Spíše ne
- Ne

23. Jsou pacienti s demencí umístováni na pokoj společně s pacienty bez kognitivního deficitu?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

24. Mají si pacienti s demencí možnost upravit prostředí, v němž pobývají, svými osobními věcmi?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

25. Jsou u pacientů s demencí využívány jejich osobní věci (např. jejich vlastní oblečení, hygienické potřeby, ...)?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

26. Jsou pacienti s demencí během dne aktivizováni?

- Ano, vždy je snaha pacienty nějakým způsobem aktivizovat
- Spíše ano
- Pouze v případě, je-li dostatek času
- Spíše ne
- Ne

27. Do jakých oblastí ošetrovatelské péče o pacienty s demencí jsou zapojováni rodinní příslušníci? Lze zvolit více možných odpovědí.

- Fyzická aktivizace pacienta
- Mentální aktivizace pacienta
- Oblast hygieny
- Oblast stravování
- Rodinní příslušníci nejsou zapojováni
- Jiné:

28. Jak vnímáte zapojení rodinných příslušníků do péče? Lze zvolit více možných odpovědí.

- Jako pozitivum pro pacienta
- Jako pozitivum pro ošetřující personál
- Jako negativum pro pacienta
- Jako negativum pro ošetřující personál

29. Máte pocit, že je u pacientů s demencí dostatečně využívána individuální ošetrovatelská péče?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

30. Máte dostatek času na poskytování kvalitní ošetrovatelské péče u pacientů s demencí?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne