

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2023

Olga Rego

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Všeobecné ošetřovatelství

Olga Rego

**SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O SENIORY
S DEMENCÍ**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Kroupová

PLZEŇ 2023

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně a všechny použité zdroje jsem uvedl/a v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 31. 3. 2023.

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Rego Olga

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Specifika ošetrovatelské péče o seniory s demencí

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Kroupová

Počet stran – číslované: 60

Počet stran – nečíslované: 28

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 63

Klíčová slova: senior, demence, ošetrovatelství, poruchy chování

Souhrn:

Bakalářská práce se zabývá zkušenostmi všeobecných sester s projevy problémového chování v péči o seniory s demencí. Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. V jednotlivých kapitolách teoretické části práci je rozebrána problematika syndromu demence u seniorů. Podrobně jsou popsány charakteristiky, diagnostika a léčba onemocnění, specifika ošetrovatelské péče, zásady správné komunikace a také problémové chování u nemocných s demencí, jeho projevy a pravidla efektivního zvládnutí.

V empirické části bylo cílem zmapovat a popsat prožité zkušenosti všeobecných sester sociálního zařízení LONGEVITA SENIO s.r.o. s projevy problémového chování u seniorů s demencí v rámci poskytování ošetrovatelské péče. Praktická část je založena na zpracování kvalitativního výzkumu. Sběr dat byl proveden metodou polostrukturovaného rozhovoru se všeobecnými sestrami sociálního zařízení. Z výzkumu vyplynulo, že poruchy chování u klientů s demencí výrazně ovlivňují ošetrovatelskou péči a mají negativní dopad na psychický a emocionální stav sester. Problémové chování ovlivňuje také přístup a postoj všeobecných sester k nemocným.

Abstract

Surname and name: Rego Olga

Department: Nursing and midwifery

Title of thesis: Specifics of nursing care for seniors with dementia

Consultant: Mgr. Lenka Kroupová

Number of pages – numbered: 60

Number of pages – unnumbered: 28

Number of appendices: 5

Number of literature items used: 63

Keywords: senior, dementia, nursing care, behavioral disturbances

Summary:

This thesis is focused on the experiences of general nurses dealing with manifestations of problematic behaviour in the care of elderly people with dementia. The thesis is divided into a theoretical and practical part. In the individual chapters of the theoretical part, the problem of dementia syndrome in the elderly is discussed. The characteristics, diagnosis and treatment of the disease, specifics of nursing care, principles of proper communication and also problematic behaviour in patients with dementia, its manifestations and rules of effective management are described in detail.

In the empirical part, the aim was to map and write down the lived experiences of general nurses of the social facility LONGEVITA SENIO s.r.o. with the manifestations of problematic behaviour in elderly patients with dementia in the framework of nursing care. The practical part is based on the elaboration of qualitative research. The data collection was carried out using the method of semi-structured interview with general nurses of the social facility. The research showed that behavioural disturbances in clients with dementia significantly affect nursing care and have a negative impact on the psychological and emotional state of nurses. Problematic behaviour also affects the approach and attitude of general nurses towards patients.

Poděkování

Děkuji Mgr. Lence Kroupové za odborné vedení práce, poskytování cenných rad a materiálních podkladů, vstřícný přístup, ochotu a čas. Dále děkuji celému týmu sociálního zařízení LONGEVITA SENIO s.r.o. za poskytnutí rozhovorů a podporu. Ráda bych poděkovala Mgr. Juditě Lukešové, Hance Kalašové a Kateřině Hrabákové za odborné rady a pomoc při psaní práce. Poděkování patří také členům sboru Apoštolské církve v Plzni za jejich vytrvalé modlitby, přátelství a nesmírnou psychickou podporu. Děkuji manželovi a celé své rodině za trpělivost, podporu a pomoc po celou dobu mého studia. Největší poděkování patří Bohu za to, že dával mi síly a moudrost.

OBSAH

SEZNAM GRAFŮ	10
SEZNAM OBRÁZKŮ	11
SEZNAM TABULEK	12
SEZNAM ZKRATEK	13
ÚVOD.....	15
TEORETICKÁ ČÁST	17
1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA	17
2 DEMENCE	18
2.1 Definice.....	18
2.2 Epidemiologie.....	18
2.3 Klinické projevy demence	19
2.4 Fáze demence.....	21
2.4.1 První fáze – mírná demence	22
2.4.2 Druhá fáze – rozvinutá demence	22
2.4.3 Třetí fáze – těžká demence	23
2.5 Klasifikace demencí.....	23
2.5.1 Rozdělení demencí podle příčiny	24
2.5.2 Rozdělení demencí podle lokalizace	26
2.5.3 Rozdělení demencí podle možností léčby	27
3 DIAGNOSTIKA DEMENCÍ.....	28
3.1 Anamnéza.....	28
3.2 Fyzikální a laboratorní vyšetření.....	28
3.3 Vyšetření kognitivních funkcí.....	29
3.3.1 MMSE (Mini Mental State Examination)	29
3.3.2 Montrealský a Addenbrookský kognitivní test.....	30
3.3.3 Inovativní a původně české testy Amnesia Light and Brief Assessment (ALBA) a Pojmenování obrázků a jejich vybavení (POBAV)	30
3.3.4 Další krátké kognitivní testy.....	31
3.4 Zobrazovací metody.....	31
4 LÉČBA DEMENCÍ	33
4.1 Farmakologická terapie.....	33
4.1.1 Kognitivní farmakoterapie.....	33
4.1.2 Nekognitivní farmakologická léčba.....	34
4.2 Psychosociální intervence	35
4.3 Paliativní péče.....	36
5 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O NEMOCNÉ S DEMENCÍ	37

5.1	Bezpečné prostředí.....	37
5.2	Výživa a hydratace.....	38
5.3	Hygienická péče.....	38
5.4	Péče o vyprazdňování	39
5.5	Spánek a odpočinek	40
6	KOMUNIKACE S NEMOCNÝM S DEMENCÍ.....	41
6.1	Zásady správné komunikace s osobou trpící demencí.....	41
7	PROBLÉMOVÉ CHOVÁNÍ U NEMOCNÝCH SE SYNDROMEM DEMENCE	43
7.1	Zvládání problémového chování v péči o člověka s demencí	45
7.2	Problémové chování u klientů s demencí v sociálních zařízeních.....	46
	PRAKTICKÁ ČÁST	48
8	FORMULACE VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU	48
9	CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	50
9.1	Hlavní cíl.....	50
9.2	Dílčí cíle.....	50
9.3	Výzkumné otázky	50
10	METODIKA KVALIFIKAČNÍ PRÁCE.....	52
10.1	Metodologie výzkumu	52
10.2	Charakteristika sledovaného souboru.....	52
10.3	Organizace výzkumu.....	53
10.4	Zpracování dat.....	53
11	PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	55
11.1	Kategorie – projevy problémového chování ovlivňující ošetrovatelskou péči .	55
11.1.1	Subkategorie: Agresivita	55
11.1.2	Subkategorie: Podezíravost, bludy a halucinace	57
11.1.3	Subkategorie: Neklid, agitovanost.....	58
11.1.4	Subkategorie: Odcházení, bloudění.....	59
11.1.5	Subkategorie: Poruchy spánku a nočního chování.....	60
11.1.6	Subkategorie: Nevhodné sexuální chování.....	61
11.2	Kategorie – subjektivní prožitky a pocity všeobecných sester při výskytu poruch chování u klientů s demencí	64
11.2.1	Subkategorie: Emoce všeobecných sester	64
11.2.2	Subkategorie: Reakce všeobecných sester	65
	DISKUZE	68
	ZÁVĚR.....	73
	SEZNAM LITETRATURY	75
	SEZNAM PŘÍLOH	82

PŘÍLOHY	83
Příloha A – Žádost o udělení souhlasu s výzkumem.....	83
Příloha B – Informovaný souhlas pro rozhovor	84
Příloha C – Otázky k rozhovorům.....	85
Příloha D – Pozvánka k pracovnímu setkání s odborným školením	86
Příloha E – Potvrzení o vypracování rešerší.....	87

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1, Demence a její typy. Četnost příčin demence.....	26
--	----

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrazek 1, Mapa kódů - Kategorie: Projevy problémového chování ovlivňující ošetrovatelskou péči	63
Obrazek 2, Mapa kódů - Kategorie: Subjektivní prožitky a pocity všeobecných sester při výskytu poruch chování u klientů s demencí.....	67

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1, Participantky - identifikační údaje.....	53
Tabulka 2, Agresivita	56
Tabulka 3, Podezíravost, bludy a halucinace	57
Tabulka 4, Neklid, agitovanost.....	58
Tabulka 5, Odcházení, bloudění.....	59
Tabulka 6, Poruchy spánku a nočního chování	60
Tabulka 7, Nevhodné sexuální chování.....	61
Tabulka 8, Emoce všeobecných sester	64
Tabulka 9, Reakce všeobecných sester.....	65

SEZNAM ZKRATEK

ČR.....	Česká republika
ČSÚ.....	Český statistický úřad
ÚZIS.....	Ústav zdravotnických informací a statistiky
WHO.....	World Health Organization, Světová zdravotnická organizace
MZ ČR.....	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
ČALS	Česká alzheimerská společnost
AN.....	Alzheimerova nemoc
AD.....	Alzheimerova demence
MKN-10.....	10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí
BPSD	Behaviorální a psychologické symptomy demence
NIH	National Institutes of Health, Národní ústav zdraví USA
DSM - 4	Diagnostický a statistický manuál duševních poruch Americké psychiatrické asociace, 4.revize
CNS.....	Centrální nervová soustava
MMSE	Mini Mental State Examination
MoCa	Montrealský kognitivní test (Montreal Cognitive Assessment)
ALBA.....	Amnesia Light and Brief Assessment
POBAV	Pojmenování obrázků a jejich vybavení
CDT	Clock Drawing Test, test kreslení hodin
CRP.....	C-reaktivní protein

CT.....	Výpočetní tomografie
MR.....	Magnetická rezonance
SPECT	Jednofotonová emisní počítačová tomografie
PET.....	Pozitronová emisní tomografie
IAHPC.....	Mezinárodní asociace hospicové a paliativní péče
DVP	Dříve vyslovené přání
Strategie P-PA-IA.....	Strategie České alzheimerovské společnosti: Podpora, poradenství, pomoc – Programové aktivity – Individualizovaná asistence
SSČ.....	Slovník spisovné češtiny
SSJČ.....	Slovník spisovného jazyka českého
tzv.....	takzvaný
např.....	například
atd.....	a tak dále
s.r.o.	Společnost s ručením omezeným
č.	číslo
S1	všeobecná sestra, participantka 1
S2	všeobecná sestra, participantka 2
S3	všeobecná sestra, participantka 3
S4	všeobecná sestra, participantka 4
Mgr.	magistr (titul absolventa vysoké školy v magisterském studijním programu)
MUDr.	doktor medicíny (titul absolventa vysoké školy v magisterském studijním programu)

ÚVOD

„Všichni stárneme a mnoho z nás bude jednou potřebovat pomoc kvůli demenci.“

Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus

generální ředitel Světové zdravotnické organizace

Vzhledem ke stárnutí populace ČR je problematika demencí u seniorů v současné době velice aktuálním tématem. Syndrom demence patří mezi civilizační choroby a postihuje stále více osob staršího věku. Celosvětově různou formou demence trpí téměř 50 milionů lidí. Studie Světové zdravotnické organizace předpokládají, že počet nemocných se v roce 2050 ztrojnásobí. V České republice žije s demencí odhadem 157 000 lidí (z toho téměř 130 000 mají těžkou formu). Ve věkové kategorii nad 60 let trpí demencí každý pátý až osmý člověk. (Zvěřová, 2022, s. 48-49)

„Demografické predikce ukazují, že v následujících třiceti letech dojde k významnému nárůstu podílu obyvatel starších než 60 let a obyvatel starších než 65 let. S tímto vývojem bude nevyhnutelně spojena vyšší nemocnost typická pro populaci seniorů. Populační modely v souvislosti s tím ukazují na očekávatelný nárůst počtu nemocných seniorů s neurodegenerativními onemocněními (Alzheimerova nemoc, jiné typy demencí apod.). Tato podstatná část populace bude potřebovat dlouhodobou a téměř celodenní zdravotně-sociální péči.“ (MZ ČR, 2021, s. 19)

K samotnému výběru a zpracování bakalářské práce na téma: “Specifika ošetrovatelské péče o seniory s demencí“ mě přivedla má osobní zkušenost. Pracuji v sociálním zařízení pro seniory, kde se denně setkáváme se seniory trpící demencí. Ošetrovatelská péče o tyto klienty je velmi náročná a stresující, vyžaduje od zdravotníků porozumění problematiky demence a přizpůsobení specifickým potřebám nemocných. Největším úskalím ošetrovatelské péče pro pečující jsou poruchy chování u demencí. *„Poruchy chování se v průběhu onemocnění vyskytnou u 90 % nemocných“.* (Masopust, 2018, s. 6)

Teoretická část práce je zaměřena na problematiku syndromu demence u seniorů. V první kapitole jsou popsány definice, epidemiologie, klinické projevy, fáze, klasifikace, diagnostika a léčba onemocnění. Další kapitola je věnována ošetrovatelské péči a potřebám nemocného s demencí. Dále jsou popsány způsoby a zásady správné komunikaci s osobou

trpící demencí. V poslední kapitole teoretické části se zabýváme problémovým chováním u nemocných s demencí, jeho projevy a pravidly efektivního zvládnání.

V praktické části bylo cílem zmapovat a popsat prožité zkušenosti všeobecných sester s projevy problémového chování u seniorů s demencí v rámci poskytování ošetrovatelské péče. Praktická část je založena na zpracování kvalitativního výzkumu. Sběr dat byl proveden metodou polostrukturovaného rozhovoru se všeobecnými sestrami sociálního zařízení.

TEORETICKÁ ČÁST

1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA

Syndrom demence je v současnosti významným celosvětovým zdravotním problémem se závažnými společenskými a ekonomickými důsledky. Vlivem stárnutí populace dochází každým rokem k nárůstu prevalence demence, je to zkrátka civilizační nemoc 21. století. Péče o nemocné je velmi náročná a dlouhodobá, a proto je demence obrovskou výzvou pro společnosti civilizovaného světa. Všechny vyspělé země se snaží být na tento problém připraveni, a proto za posledních 10 let výrazně stoupl zájem o problematiku demencí. K dispozici je spousta odborné literatury, článků a publikací, které zveřejňují výsledky velkého množství výzkumů a studií.

Pro vyhledávání zdrojů ke zpracování bakalářské práce byla vymezena klíčová slova v češtině a v angličtině. Klíčová slova byla stanovena na základě jednotlivých prvků výzkumné PICo otázky. Informační zdroje byly získané v databázích Medvík, PubMed, CINAHL a také s pomocí vyhledavače Google Scholar. Jednalo se o zdroje ne starší než deset let. Použitím Booleovských operátorů (OR, AND, NOT) byly vyhledané zdroje zredukovány.

Rešerše do bakalářské práce byla zpracována Studijní a vědeckou knihovnou Plzeňského kraje (Příloha E).

Důležitými zdroji pro tvorbu teoretických východisek byly práce českých autorů, které se odborně zabývají problematikou demence. Jedná se o lékaře z oboru gerontopsychiatrie a neurologie: Roman Jiráček, Robert Rusina, Jiří Masopust, Martina Zvěřová, Iva Holmerová, Aleš Bartoš. Cenné informace ohledně ošetrovatelské péče nemocných s demencí nám poskytly autorky Marcela Hauke, Eva Provazníková a Terézia Fertaľová.

Celkem pro sepsání bakalářské práce bylo použito 35 knižních publikací, 17 článků z recenzovaných periodik a 11 elektronických zdrojů. Informace byly čerpány ze zdrojů v českém a anglickém jazyce. Všechny citace byly zapsány dle citační normy ISO 690 a abecedně seřazeny v seznamu literatury.

2 DEMENCE

Demence není homogenní specifické onemocnění. Je to syndrom, soubor příznaků různých neurodegenerativních onemocnění a jiných poškození mozku. Projevuje se poruchami kognitivních (poznávacích) funkcí, poruchami chování, má progresující charakter a vede k progresivní ztrátě soběstačnosti v každodenním životě. (Raboch, 2020, s.170; Fertařová, 2020, s. 9)

2.1 Definice

Termín demence pochází z latinského slova „demens“, což se překládá jako „šílený“ nebo „pobýt mysli“.

Podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) demence patří do skupiny organických duševních poruch (F00–F03) a je považovaná za „*syndrom způsobený chorobou mozku, obvykle chronické nebo progresivní povahy, kde dochází k porušení mnoha vyšších nervových kortikálních funkcí, k nimž patří paměť, myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnost učení, jazyk a úsudek. Vědomí není zastřeno. Obvykle je přidruženo porušené chápání a příležitostně mu předchází i zhoršení emoční kontroly, sociálního chování nebo motivace. Tento syndrom se vyskytuje u Alzheimerovy nemoci, cerebrovaskulárního onemocnění a u jiných stavů, které primárně postihují mozek.*“ (ÚZIS ČR, 2021)

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje demenci jako syndrom chronické nebo progresivní povahy, který vede k degradaci kognitivních funkcí člověka nad rámec toho, co lze očekávat od obvyklých důsledků biologického stárnutí. Výrazně se zhoršuje paměť, myšlení, orientace, porozumění, výpočet, schopnost učení, jazyk a úsudek. Vědomí není ovlivněno. (World Health Organization, 2021)

National Institutes of Health (NIH) uvádí, že demence není normální součástí stárnutí. Ztráta mentálních funkcí je natolik závažná, že výrazně narušuje každodenní život a činnosti. Mezi porušené funkce patří paměť, jazykové schopnosti, vizuální vnímání (schopnost porozumět tomu, co vidíte), řešení problému, potíže s každodenními úkoly, schopnost soustředit se a věnovat něčemu pozornost. (Kisvetrová, 2020, s. 14)

2.2 Epidemiologie

Demence patří mezi nejčastější onemocnění seniorů po celém světě. Počet lidí postižených demencí výrazně roste s věkem. Největší výskyt bývá zaznamenán po šedesátém

roce života. Různými formami demence ve věku 65 let trpí 1,4 -2 % populace, ve věku 81 let přibližně 15 % populace a ve věku 90 let a starší více než 30 % populace. (Raboch, 2020, s. 172)

WHO odhaduje, že v současné době na světě žije s demencí více než 55 milionů lidí (8,1 % žen a 5,4 % mužů starších 65 let). Jelikož se podíl starších lidí v populaci zvyšuje téměř ve všech zemích, každým rokem přibývá téměř 10 milionů nových případů. Každé tři vteřiny se vyskytuje jeden nový případ demence. Předpokládá se, že číslo nemocných demencí v roce 2030 vzroste na 78 milionů a na 139 milionů v roce 2050. (World Health Organization, 2021, s. 39-40)

V Evropském regionu je demencí postiženo 14,1 miliony lidí, z nichž téměř devět milionů ve státech EU. Největší počet nemocných žije v Německu, Itálii, Francii a Velké Británii. (World Health Organization, 2021, s. 40)

V ČR v roce 2020 žilo s různými formami demencí kolem 159 000 lidí (1,48 % populace), 108 960 tisíc žen a 50 295 tisíc mužů. Největší počet lidí s demencí žije v Praze (téměř 20 tisíc), Středočeském kraji (18 682), Jihočeském kraji (9761) a Plzeňském kraji (8797). (Česká alzheimerská společnost, 2021)

Podle prevalenčních studií Alzheimer Europe a České alzheimerské společnosti překročí počet obyvatel ČR trpících demencí 180 000 lidí (1,69 % populace) v roce 2025 a v roce 2050 vzroste tento počet na 280 000 obyvatel (2,65 % populace). (Alzheimer Europe, 2020)

V roce 2019 bylo ve světě evidováno 1,6 milionu úmrtí v důsledku demence, což z něj činí sedmou hlavní příčinu úmrtí. Ženy představovaly zhruba 65 % z celkového počtu úmrtí souvisejících s demencí. (World Health Organization, 2021, s. 47)

V ČR v roce 2019–2020 Alzheimerova nemoc a jiné demence byly devátou nejčastější příčinou smrti. (Český statistický úřad, 2021)

2.3 Klinické projevy demence

Při demenci jsou postiženy tři okruhy funkcí: kognitivní funkce, aktivity denního života, chování a emotivita člověka. (Raboch, 2020, s. 170)

V medicíně se často hovoří o tzv. „ABC“ koncepci demence: narušení aktivit denního života, omezení až ztráta soběstačnosti (A – Activities of daily living), poruchy chování a neuropsychiatrické příznaky (B – behavior), vlastní postižení kognitivních funkcí (C– cognition). (Jirák, 2013, s. 71)

Typickým a nejčasnějším poškozením kognitivních funkcí je porucha paměti. Na začátku vznikají poruchy krátkodobé (epizodické) a střednědobé paměti. Projevuje se neschopností naučit se nové věci a uchovat nové informace. S progresem choroby zaniká i dlouhodobá paměť. Nemocní si nedokážou vybavit starší vědomosti, nezvládají staré dovednosti a návyky. Úpadek paměti způsobuje vážnutí logického a abstraktního myšlení, soudnosti. Postupně se vyvíjí poruchy exekutivních funkcí (plánování, organizování, rozhodování). Řešení problémů, hledání různých alternativ, porozumění souvislostí a vztahů se stávají nezvladatelnými úkoly. Objevují se postižení gnostických (poznávacích) funkcí. Nemocní nemohou obecně zpracovávat ani běžné informace, nepoznávají známé objekty a nedokážou identifikovat předměty při zachovaných sensorických funkcích (agnozie). Zánik kognitivních funkcí vede k narušení až ztrátě orientace v prostoru, čase, známých osobách. Postupně se přestanou orientovat i sami v sobě. Vážne komunikace s okolím a vznikají poruchy řeči. Nejsou schopni porozumět mluvené řeči při zachovaném sluchu (sensorická afázie) a jsou neschopni produkce řeči při funkčním artikulačním aparátu (motorická afázie). Důsledkem demence je ztráta schopnosti vykonávat běžné pohybové aktivity při zachovaných motorických funkcí (apraxie). (Orel, 2020, s. 174; Vágnerová, 2012, s. 267-271)

Nemocní přestávají zvládat běžné denní činnosti. Nedokážou zajistit chod domácnosti, připravit jídlo, uklízet, správně používat domácí spotřebiče. Neumí zacházet s penězi, nakupovat, dostat se obchodu a zpátky, telefonovat. Je narušená základní sebeobslužnost (oblékání, jídlo, pití, hygiena). Nemocní se stávají závislí na pomoci jiné osoby. (Růžička, 2021, s. 349)

Behaviorální a psychologické symptomy demence – BPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia) se projevují se ve středních a těžkých stádiích demence. Tyto příznaky jsou nejtěžší a nejobtížnější pro pečující osoby, protože mění osobnost nemocného. Mezi ně řadíme neklid (agitovanost), agresivitu, podezíravost (paranoia), časté změny nálad a emocí, deprese, úzkost, nepřiměřené sexuální chování, poruchy rytmu spá-

nek/bdění (s možností spánkové inverze – spí přes den a v noci jsou bdělí), poruchy vnímání (iluze, bludy, halucinace). (Hauke, 2017, s. 46; Hauke, 2014, s. 22-23)

Diagnostický a statistický manuál duševních poruch Americké psychiatrické asociace, 4.revize (DSM – 4) určuje obecná diagnostická kritéria demence:

- A. Poruchy několika kognitivních funkcí, které se projevují poškozením paměti a alespoň jednou či více dalšími poruchami poznávacích funkcí (afázie, apraxie, agnozie, porucha exekutivních funkcí).
- B. Kognitivní deficit vede k neschopnosti vykonávat profesní činnosti a fungovat ve společnostech.
- C. Plynule progredující charakter demence se projevuje postupným nástupem a trvajícím stálým zhoršením kognitivních funkcí. (Raboch, 2020, s. 170-171)

Podle Jiráka pro diagnostiku syndromu demence musí být přítomny aspoň dva z následujících základních příznaků: „*poruchy paměti, deteriorace intelektu, poruchy orientace, poruchy soudnosti a abstraktního myšlení, poruchy chápání, poruchy korových funkcí typu apraxií, afázií apod., poruchy pozornosti a motivace. V různém stupni se vyskytují poruchy chování, emotivity a poruchy (degradace) osobnosti.*“ (Jirák, 2013, s. 69)

Pro stanovení diagnózy jsou nutné také následující podmínky: nemocný nemá primární kvalitativní poruchu vědomí; postižení kognitivních funkcí musí být tak závažné, že má negativní dopad na profesní a sociální funkce poruchy); je prokázán organický etiologický faktor demence nebo takový faktor předpokládá jedince; porucha není důsledkem depresí (může být pouze doprovodným příznakem); vždy se vyskytují poruchy vyšších korových funkcí (poruchy abstraktního myšlení, porušená soudnost nebo jiné. (Zvěřová, 2022, s. 50)

2.4 Fáze demence

Rozlišení a rozpoznání jednotlivých fází demence je velmi důležité pro porozumění potřeb nemocného a pro poskytování co nejkvalitnější péče. Znalosti projevů choroby v různých stádiích pomůže pečujícím mít správný přístup a efektivně komunikovat s nemocným. (Hauke, 2017, s. 54)

2.4.1 První fáze – mírná demence

V počátečním stadiu se objevují mírné poruchy kognitivních funkcí. Zhoršuje se krátkodobá paměť, časová a prostorová orientace. Člověk se těžko učí novým věcem a je pro něj obtížné udržet nové znalosti či dovednosti. Často se ztrácí v novém prostředí, zapomíná na důležité schůzky, návštěvy lékařů. Má problémy s porozuměním a vykonáním složitějších úkolů, myšlení se stává pomalé a těžkopádné. Objevují se poruchy verbální komunikace, může docházet k vypadávání nebo záměně slov, potížím s plynulým vyjadřováním i ztíženému porozumění delším příběhům. (Hauke, 2017, s.54-55)

V této fázi demence si člověk uvědomuje svou nemoc. S tím souvisí poruchy nálad, často prožívá strach a nejistotu, cítí se ohrožen v nových situacích. Nemocný se vyhýbá sociálním kontaktům, zanedbává svoje koníčky, je apatický a pasivní. Objevují se deprese, úzkost, projevy agresivity. Tyto příznaky nejbližší okolí vnímá mnohem dříve než úbytek kognitivních funkcí. Je moc důležité rozpoznat nemoc včas a co nejdříve vyhledat pomoc. Správně nasazenou léčbou lze přibrzdit průběh onemocnění, získat čas a zlepšit kvalitu života. (Kisvetrová, 2020, s. 24; Fertařová, 2020, s. 21)

Nemocný je soběstačný a schopen žít samostatně při určitém dohledu a s občasnou pomocí. (Hauke, 2017, s. 55)

2.4.2 Druhá fáze – rozvinutá demence

Poruchy kognitivních funkcí jsou závažné. Výrazně postiženy jsou všechny složky paměti, člověk zapomíná události z minulosti, jména svých blízkých, dětí. Zhoršuje se schopnost verbálního projevu, má potíže s porozuměním a vyjadřováním. Je těžké se s ním dorozumět a spolupracovat.

Nemocný je dezorientován v prostoru a čase, ztrácí se i ve známém prostředí. Přestává být schopen vykonávat i běžné denní aktivity. Neumí zacházet s penězi, udržovat domácnost, používat spotřebiče, čímž se stává nebezpečným jak pro sebe samotného, tak i pro okolí. Nedokáže se postarat o sebe v oblasti hygieny, sám se nenají, nenapíše se, často se vyskytuje inkontinence moči a stolice. (Hauke, 2017, s. 55)

Projevují se poruchy chování – nepřiměřená agitovanost, emoční labilita, bludy, halucinace, agresivita, bloudění bez cíle, poruchy spánku (spánková inverze). Nemocný není schopen adekvátního sociálního chování, nemůže plnit své sociální role.

V tomto stadiu demence nemocný vyžaduje nepřetržitý dohled a trvalou pomoc. Nastává velmi obtížné a stresující období pro pečující osoby, které také potřebují oporu a pomoc v péči o svého blízkého. Často pečující příbuzní uvažují o umístění nemocných s rozvinutou demencí do pobytových zařízení, protože přestávají zvládat náročnou celodenní péči (Fertařová, 2020, s. 21; Hauke, 2017, s. 56)

2.4.3 Třetí fáze – těžká demence

Paměť je úplně poškozená. Nemocný nepoznává své přátele, rodinu, ani sám sebe. Je dezorientován místem, časem a osobou. Není schopen myšlení, nerozumí obsahové složce verbálního sdělení, ale rozumí neverbální části (řeč těla, hlasitost a tón hlasu). Nemůže se vyjádřit, obvykle používá jen pár jednoduchých slov, kterými vyjadřuje všechny své potřeby a emoce. Komunikace s ním se stává téměř nemožná.

Progredují změny v chování a degradace osobnosti. Člověk s těžkou demencí vůbec nerespektuje pravidla sociálního chování. Postižený už není schopen vykonávat žádné běžné denní činnosti, nezvládá základní sebeobsluhu. Dokáže jen provádět neúčelné pohyby nebo se bezcílně potulovat. Výrazně se zhoršuje mobilita, často dochází k opakovaným pádům a úrazům. V nastávajícím průběhu onemocnění dochází k imobilitě pacienta a upoutání na lůžko. Přítomná je úplná inkontinence moče a stolice.

Pacient má často poruchy příjmu stravy a tekutin (potíže se žvýkáním, polykáním). Velkým rizikem je aspirace a vznik aspirační pneumonie. Zvýšená je náchylnost i k různým infekcím, které se většinou stávají příčinou smrti.

V tomto závěrečném stadiu nemoci je pacient 24 hodin zcela závislý na komplexní péči druhé osoby. Ve většině případů je nezbytná institucionální péče. (Kisvetrová, 2020, s. 25; Vágnerová, 2012, s. 283)

Pojmenování fází demencí v odborné literatuře jsou různá. Jedná se o rozdílnou terminologii, nikoliv o rozdílné příznaky.

Podle Zvěřové (Zvěřová, 2022, s. 54) se demence dělí do třech stadií: lehká demence, středně těžká a těžká demence.

2.5 Klasifikace demencí

Demence se dá rozdělit podle příčiny vzniku (etiologie), lokalizace a možnosti léčby.

2.5.1 Rozdělení demencí podle příčiny

Demence etiologicky dělíme na dvě velké skupiny: primární demence neurodegenerativního původu a demence sekundární (symptomatické).

Primární demence atroficko-degenerativního původu:

- *Alzheimerova choroba*
- *demence s Lewyho tělísky*
- *demence u Parkinsonovy choroby*
- *frontotemporální demence*
- *demence u Huntingtonovy chorey*
- *demence u multisystémové atrofie*
- *některé vzácné formy neurodegenerativních demencí*
- *demence smíšené etiologie – podílejí se jak alzheimerovské, tak i vaskulární změny CNS*

Sekundární (symptomatické) demence:

- *vaskulární demence*
- *demence infekční etiologie*
- *demence prionové etiologie*
- *metabolicky podmíněné demence*
- *traumaticky podmíněné demence*
- *demence intoxikační etiologie včetně farmakogenních*
- *demence při endokrinopatiích a hypovitaminózách*
- *demence na podkladě normotenzního hydrocefalu*
- *demence nádorové a paraneoplastické etiologie*
- *ostatní sekundární demence (např. při kolagenózách) (Raboch, 2020, s. 171)*

Skupina primárních demencí neurodegenerativního původu tvoří více než 60 % všech demencí. Etiopatogenetickým podkladem jejich vzniku jsou atroficko-degenerativní procesy mozku. Jedná se o procesy, které vedou ke snížení počtu neuronů a spojení mezi nimi (synapsí), dochází k poruše funkce neuronů a podpůrných buněk neuroglií. Typickým projevem této skupiny demencí je degenerace proteinů, tvorba a ukládání patologických bílkovin: například beta-amyloidu u Alzheimerovy choroby a demencí s Lewyho tělísky, tau-proteinu u Alzheimerovy choroby, demencí s Lewyho tělísky a frontotemporálních demencí, alfa-synukleinu u Parkinsonovy choroby a demencí s Lewyho tělísky, huntingtinu u Huntingtonovy chorey. Dalším důležitým mechanismem neurodegenerace je porušení přenosu informace mezi nervovými buňkami na různých úrovních. Snižuje se produkce a uvolnění vybraných neurotransmiterů, které zajišťují přenos vzruchu mezi neurony. Tak u Alzheimerovy choroby a demencí s Lewyho tělísky již od začátku onemocnění je nejvíce postižen centrální acetylcholinergní systém (porušená syntéza, vyplavování a receptorová vazba neurotransmiteru acetylcholinu). U Alzheimerovy choroby a jiných demencí je postižen také glutamatergní systém (metabolismus neurotransmiteru glutamátu). Uplatňuje se i řada dalších neurodegenerativních procesů, které se navzájem prolínají a podmiňují. (Kisvetrová, 2020, s. 17; Raboch, 2020, s. 171)

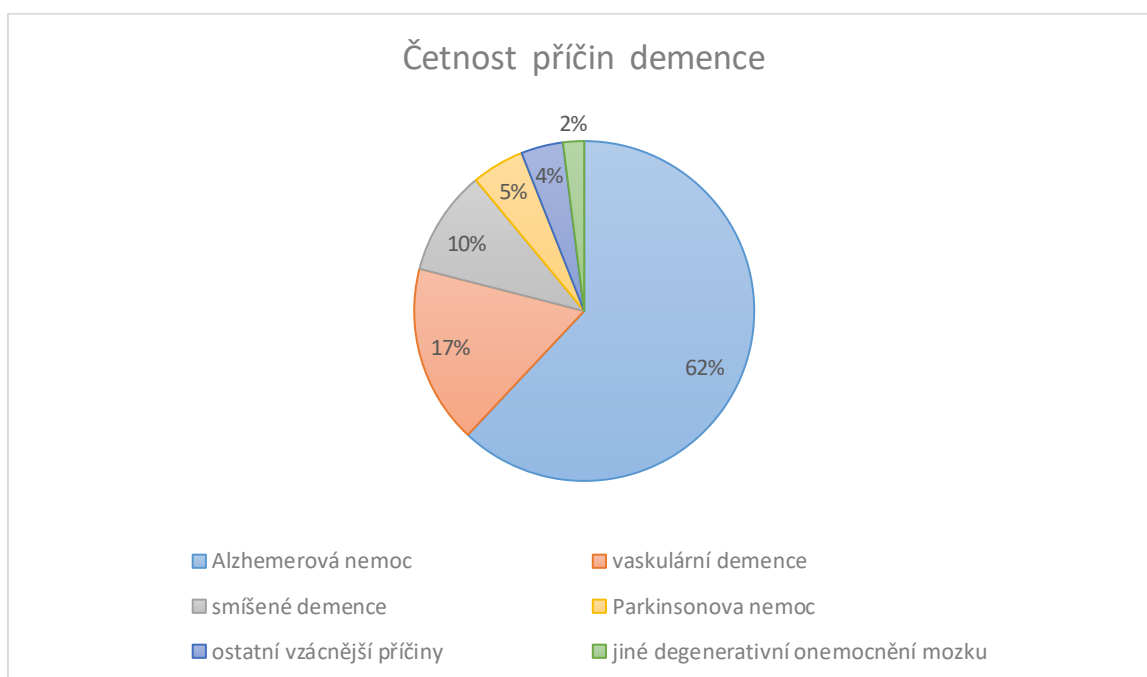
Sekundární neboli symptomatické demence vznikají na podkladě různých systémových onemocnění, které poškozují funkce mozku. Tuto skupinu demencí můžeme ještě rozdělit na vaskulární demence a ostatní symptomatické.

Demence vaskulárního původu představují 20 % všech demencí. Jsou způsobeny poškozením mozkové tkáně cévními poruchami. Na vzniku těchto demencí se nejčastěji podílí mozkové infarkty (mnohočetné malé infarkty mozku, rozsáhlejší infarkty v oblastech zodpovědných za paměť). Na rozdíl od Alzheimerovy choroby příznaky vaskulárních demencí pozorujeme zhruba do tří měsíců od prodělané cévní mozkové příhody. (Raboch, 2020, s. 172; Fertařová, 2020, s. 15; Kisvetrová, 2020, s. 20)

Ostatní symptomatické demence vznikají v důsledku celkových onemocnění organismu, které postihují činnost mozku. Mohou být způsobeny různými intoxikacemi, neuroinfekcemi, záněty, traumaty, úrazy mozku, nádory či metabolickými poruchami. (Zvěřová, 2022, s. 53)

Rozlišujeme také demence smíšené, kde se prolínají oba mechanismy vzniku demencí. Například vaskulární demence se vyskytuje v kombinaci s Alzheimerovou nemocí. (Růžička, 2021, s. 370; Jiráček, 2013, s. 70)

Graf 1, Demence a její typy. Četnost příčin demence.



Zdroj. ČALS. Zpráva o stavu demence 2016 (Česká alzheimerovská společnost, 2016, s. 8)

2.5.2 Rozdělení demencí podle lokalizace

Podle lokalizace mozkového postižení lze demence dělit na kortikální, subkortikální a kortikosubkortikální.

Hlavní příznak kortikálních demencí je porucha krátkodobé paměti. Nemocný má problém si zapamatovat a udržet nové informace. Často se vyskytují poruchy řeči (afázie), poznávání (agnozie), pohybu (apraxie). Postižení mozkové kůry může být ohraničené – lobární (frontotemporální demence) nebo difuzní (Alzheimerova nemoc).

U subkortikálních demencí je postiženo podkoří, především bazální ganglia, bílá hmota mozková, thalamus. Charakterizují se poruchami exekutivních funkcí (plánování, organizování), emocí (deprese, apatie). Můžeme pozorovat extrapyramidové syndromy a zpomalení psychomotorického tempa. Mezi subkortikální demence řadíme demence

u Parkinsonovy choroby, u Huntingtonovy chorey, podkorové vaskulární demence. (Raboch, 2020, s. 172; Jiráček, 2013, s. 70-71)

U kortikosubkortikálních demencí jsou postiženy obě složky (mozková kůra a podkoří). Mezi ně patří kortikosubkortikální vaskulární demence, Alzheimerova choroba s vaskulární složkou, některé demence s Lewyho tělísky. Projevují se kombinací příznaků kortikálních a subkortikálních demencí. (Jiráček, 2013, s. 71)

2.5.3 Rozdělení demencí podle možností léčby

Většina demencí je v současné době neléčitelná. Demence bývají často primární příčinou smrti nebo mají významný podíl na mortalitě. Jsou však některé demence reverzibilního charakteru (pelagra, neuroinfekce, poléková, toxická a metabolická postižení, autoimunní encefalitidy, normotenzní hydrocefalus, hypovitaminóza B12, hypotyreóza, tumory). (Jiráček, 2013, s. 71; Růžička, 2021, s. 370)

3 DIAGNOSTIKA DEMENCÍ

Stanovení diagnózy demence správně a včas je základem adekvátní léčby a péče. Včasná diagnóza „timely diagnosis“ umožňuje nemocnému a jeho rodině získat cenné informace, praktické rady a podporu, učinit důležitá rozhodnutí a opatření o budoucí péči.

Diagnostika demence je proces komplexní, který by měl začít co nejdříve, a to v okamžiku, když se pacient poprvé obrátí na lékaře s problémy kognitivních funkcí. Doporučený diagnostický proces se skládá z anamnézy, fyzikálního a laboratorního vyšetření, strukturovaného vyšetření kognitivních funkcí a vyšetření pomocí zobrazovacích metod. (Holmerová, 2018, s. 69-72)

3.1 Anamnéza

Pro diagnostiku demencí je nezbytná podrobná anamnéza. Informace od pacienta je obvykle nedostatečná, protože si problémy často bagatelizuje nebo si je vůbec neuvědomuje. Aby anamnéza byla objektivní, doplňujeme ji informacemi, které poskytují nejblížší rodinní příslušníci, pečovatelé a známí pacienta.

Shromažďujeme údaje o vzniku, trvání, průběhu a rychlosti progresu onemocnění. Pečlivě sbíráme rodinnou anamnézu, zjišťujeme výskyt demence, neurologických a psychiatrických onemocnění u příbuzenstva. Ptáme se na úrazy hlavy, cévní mozkové příhody, diabetes mellitus, kardiovaskulární a možné metabolické onemocnění u pacienta. Zdá trpí depresemi nebo má jakékoliv jiné psychické změny, poruchy chování, spánku. Nakonec důkladně rozebíráme farmakologickou anamnézu. Zjišťujeme, jaké léky pacient užíval a jaké bere aktuálně, jejich indikace a dávkování. Důležitým faktorem je taky abus alkoholů nebo jiných návykových látek. (Fertařová, 2020, s. 18; Lužný, 2012, s. 48)

3.2 Fyzikální a laboratorní vyšetření

Nedílnou součástí diagnostického procesu je fyzikální vyšetření pacienta. Lékař pátrá po všech možných zdravotních problémech a komorbiditách, které mohou způsobit zhoršení kognitivních funkcí. Provádí se základní vyšetření fyziologických funkcí (krevní tlak, puls, teplota těla, dýchání). Lékař posoudí kardiální funkce, zrak a sluch, stav výživy. Pokud se zjistí nějaké odchylky, pacient by měl být vyšetřen příslušným odborníkem. (Dušek, 2015, s. 132; Čechová, 2019, s. 50)

Cílem laboratorních vyšetření je odhalení onemocnění a dalších komorbidit. Jsou nezbytná v rámci diferenciální diagnostiky pro vyloučení reverzibilních příčin úbytku kognitivních funkcí (hypotyreóza, infekce, zánětlivá onemocnění, diabetes, choroby nadledvin, dehydratace, iontová dysbalance, nedostatek vitaminů, stav hepatorenálních funkcí). Provádějí se kompletní laboratorní vyšetření krve a moči: krevní obraz, sedimentace, CRP, elektrolyty, kalcemie, glykémie, lipidogram, hladiny hormonů štítné žlázy, vitamin B12, kyselina listová, renální a jaterní testy, urea, kreatinin, moč + sediment.

Výběrově se testuje na syfilis a HIV, lymeskou boreliózu, eventuelně stanovení hladin léků nebo toxikologický screening. (Fertal'ová, 2020, s. 18; Uhrová, 2020, s. 542; Lužný, 2012, s. 48)

Pro diagnostiku Alzheimerové choroby je vhodné vyšetření likvoru. Charakteristickým nálezem je snížená hladina beta amyloidu, zvýšená koncentrace tau proteinu, obzvláště jeho fosforylované formy (tzv. likvorový triplet). Změny hladin lze prokázat již na začátku onemocnění, a tak prognózovat další rozvoj onemocnění. (Uhrová, 2020, s. 542; Rusina, 2019, s. 95)

3.3 Vyšetření kognitivních funkcí

Nezastupitelnou roli pro diagnostiku demence má neuropsychologické testování kognitivních funkcí. V současnosti existuje celá řada různých testů a škál, které umožňují detailně hodnotit kognitivní funkce. S jejich pomocí se dá zjistit přítomnost či nepřítomnost demence nebo její stupeň. V praxi se nejvíc používají různé škálovací metody a kognitivní testy, které jsou časově nenáročné a snadno aplikovatelné. (Korábečný, 2020, s. 122)

3.3.1 MMSE (Mini Mental State Examination)

Nejčastěji používaným a celosvětově nejrozšířenějším screeningovým testem k posuzování kognice je MMSE (Mini Mental State Examination), doporučený pro detekci syndromu demence u seniorů, psychiatrických a neurologických pacientů. Skládá se z deseti podtestů, které hodnotí orientaci v prostoru a času, krátkodobou paměť, pozornost, schopnost počítat, řečové a komunikativní schopnosti. Používá se k pravidelnému monitorování progresu demence a sledování efektu léčby. Není náročný k provedení, nevyžaduje speciálního vybavení. Trvá zhruba deset minut a nezatěžuje posuzovaného. Maximální počet bodů je 30 – čím vyšší skóre, tím lepší výkon. Syndrom demence se diagnostikuje při celkovém skóre 24 bodů a níž. Nevýhodou testu je nízká senzitivita

u vzdělaných pacientů s vyššími intelektuálními schopnostmi. Není vhodný pro posuzování poruchy exekutivních funkcí, například u pacientů s Parkinsonovou chorobou, nemocí s Lewyho tělísky, frontotemporální demencí, vaskulární subkortikální demencí. (Růžička, 2021, s. 172-173; Šáteková, 2021, s. 94-101; Korábečný, 2020, s. 122-123)

Používání dotazníku MMSE je limitováno autorskými právy. V ČR je test velmi často používán, protože jeho výsledky jsou podmínkou pro úhradu léčby pacienta kognitivní z veřejného zdravotního pojištění. (Holmerová, 2019, s. 251; Kisvetrová, 2020, s. 28)

3.3.2 Montrealský a Addenbrookský kognitivní test

Dalším screeningovým nástrojem je Montrealský kognitivní test (Montreal Cognitive Assessment – MoCA). Jedná se o vysoce senzitivní test, vhodný pro zachycení časných stádií demence. Na rozdíl od MMSE s jeho pomocí se dá posoudit širší spektrum kognitivních funkcí, včetně exekutivních. Skládá se ze šesti částí a hodnotí 13 položek. Maximální skóre je 30 bodů. Pokud pacient dosáhne 30-26 bodů, považujeme nález za normální. Pro českou populaci je hraniční skóre 22-23 body. Test je o něco delší a těžší než MMSE. Česká verze je volně dostupná na stránkách www.mocatest.org

MoCa test není vhodný kvůli jeho větší náročnosti pro dlouhodobé monitorování kognitivních funkcí u pacientů s demencí. (Růžička, 2021, s. 173; Korábečný, 2020, s. 124-125; Šáteková, 2021, s. 97)

Pro monitoring změn kognitivních funkcí se používá Addenbrookský kognitivní test (Addenbrook Cognitive Examination), verze ACE-III. Tato nová verze neobsahuje prvky MMSE. Má vysokou citlivost pro detekci a screening mírné kognitivní poruchy. Test je vhodný pro diferenciální diagnostiku mezi jednotlivými typy demence. Umožňuje posoudit všechny domény kognitivních funkcí: paměť, orientaci, pozornost, vizuospaciální a exekutivní funkce, řečové schopnosti. Baterie je volně dostupná v českém jazyce a je používána Českou alzheimerovskou společností pro testování v rámci „Dnů paměti“ (Holmerová, 2019, s. 251; Kisvetrová, 2020, s. 29; Šáteková, 2021, s. 97-98)

3.3.3 Inovativní a původně české testy Amnesia Light and Brief Assessment (ALBA) a Pojmenování obrázků a jejich vybavení (POBAV)

V České republice byly vyvinuty dva inovativní testy – Amnesia Light and Brief Assessment (se zkratkou ALBA z počátečních písmen) a Pojmenování obrázků a jejich vybavení (se zkratkou POBAV z počátečních písmen). Používají se k velmi rychlému a snadnému vyšetření kognitivních poruch, obzvláště krátkodobé epizodické nebo dlouho-

dobé sémantické paměti. S jejich pomocí se dá odhalit i začínající mírné kognitivní deficity. Naopak pacienti s jasnou demencí je zvládnout prakticky nemohou. Oba testy jsou snadno aplikovatelné, trvají do pěti minut a mají jednoduché vyhodnocení.

Test ALBA obsahuje čtyři úkoly: opakování a učení věty s šesti slovy, předvádění a okamžité vybavení šesti gest, a nakonec vybavení původní věty.

Test POBAV je zábavný a nezatěžující pro pacienty. Skládá se ze dvou částí. V první části je nutné písemně pojmenovat 20 černobílých obrázků a zapamatovat si jejich názvy bez omezení času. Ve druhé části si vyšetřovaná osoba musí vybavit a zapsat z paměti co nejvíce názvů obrázků během jedné minuty.

Podrobné instrukce k provedení a vyhodnocení obou testů jsou volně dostupné na YouTube kanálu autora prof. MUDr. Aleše Bartoše. (Bartoš, 2022, s. 50-57)

3.3.4 Další krátké kognitivní testy

Velmi rychlým a jednoduchým screeningovým testem je test kreslení hodin (Clock Drawing Test – CDT), široce používán v klinické praxi pro orientační posouzení kognitivních funkcí. Odhaluje především poruchy zrakově-prostorové orientace. Může se aplikovat samostatně nebo v komplexu s jinými testy, jako je MMSE, MoCa, Mini-Cog nebo Addenbrookský kognitivní test. Jeho administrace trvá zhruba pět minut. Není vhodný u pacientů s postižením motoriky a zraku. (Šáteková, 2021, s. 96; Korábečný, 2020, s. 122-123)

Mini-Cog je krátký a nenáročný kognitivní test s dobrou senzitivitou. Doporučen pro rychlou detekci demence u pacientů seniorského věku. Zahrnuje tři položky, které hodnotí paměť (vštípení a vybavení třech slov) a zrakově-prostorové funkce (kreslení hodin). Nezáleží na vzdělání a intelektuálních schopnostech seniora. Trvá kolem třech minut a nezatěžuje pacienta. (Šáteková, 2021, s. 97)

3.4 Zobrazovací metody

Zobrazovací vyšetření slouží ke zjištění potenciálně léčitelných nebo ovlivnitelných postižení, které se projevují poruchami kognitivních funkcí. Časté léčitelné příčiny jsou tumory, záněty, různé vaskulární změny, ischemie, subdurální hematom, hydrocefalus.

Pomocí zobrazovacích metod se dá posoudit globální nebo lokalizovanou atrofii mozku, provést diferenciální diagnostiku mezi jednotlivými typy demence. (Rusina, 2019, s. 72; Bartoš, 2022, s. 56)

V klinické praxi se nejčastěji používá výpočetní tomografie (CT) nebo magnetická rezonance (MR). Podle doporučení Americké a Evropské neurologické akademie je nutné, aby každý pacient s demencí podstoupil vyšetření mozku pomocí zobrazovacích metod (CT nebo MR). Vhodnější je provedení MR, protože oproti CT má lepší tkáňový kontrast fyziologických i patologických tkání, poskytuje tak podrobnější zobrazení mozkových struktur. (Uhrová, 2020, s. 541; Rusina, 2019, s. 73)

Podle prof. MUDr. Bartoš (Bartoš, 2022, s. 56) u seniorů nad 80 let je vhodnější využít CT mozku. Toto vyšetření je rychlé a jednoduché, méně zatěžující pro pacienta. Naopak pro osoby mladší 65 let se doporučuje MR, která poskytuje více detailů a je náročnější k provedení.

Moderní medicína disponuje také funkčními zobrazovacími vyšetřeními, jako například jednofotonová emisní počítačová tomografie (SPECT) a pozitronová emisní tomografie (PET). Poskytují informace o metabolické aktivitě neuronů, kvalitě neurotransmiterů, ukazují na změny v prokrvení jednotlivých oblastí mozku. SPECT metodika je snadno dostupná v ČR (okresní nemocnice), má relativně nízkou cenu a umožňuje zachytit velmi časně změny mozkové činnosti. PET s fluorodeoxyglukózou je ještě přesnější diagnostickou metodou, ale prakticky se nepoužívá kvůli vysoké ceně. (Fertařová, 2020, s. 20; Bartoš, 2022, s. 56)

4 LÉČBA DEMENCÍ

Moderní terapie demencí zahrnuje komplexní péči o nemocné a skládá se ze čtyř základních vzájemně prolínajících se okruhů: farmakoterapie kognitivního deficitu, léčba neuropsychiatrických projevů, psychosociální intervence a paliativní péče. (Bajtošová, 2021, s. 194)

4.1 Farmakologická terapie

V současné době i přes veškerou snahu vědců neexistuje kauzální léčba primárních demencí atroficko-degenerativního původu. K dispozici jsou léky, které mohou zpomalit rozvoj a progresi onemocnění.

Farmakoterapie demencí se dělí na léčbu kognitivní, která má příznivý účinek na postižené kognitivní (poznávací) funkce, a nekognitivní léčbu behaviorálních a psychologických symptomů demencí. (Zvěřová, 2022, s. 78-79; Fertaľová, 2020, s. 23)

4.1.1 Kognitivní farmakoterapie

Základní skupina léčiv proti demenci jsou kognitiva. Používají se u AN a jiných neurodegenerací (demence s Lewyho tělísky, demence u Parkinsonovy choroby) k ovlivnění a zmírnění základních a přidružených neuropsychiatrických projevů demencí, zpomalení průběhu onemocnění a zlepšení výkonnosti pacienta v běžných denních aktivitách. Včasné nasazení kognitivní léčby prodlužuje období soběstačnosti, zachovává kvalitu života a oddaluje institucionální péči. Mezi zástupce této skupiny léků patří inhibitory acetylcholinesterázy – IChE (donepezil, rivastigmin a galantamin) a nekompetitivní antagonisté glutamátového N-methyl-D-aspartátového (NMDA) receptoru (memantin). Klinická studia prokázala efektivitu dlouhodobého užívání kognitiv u AN v nejvyšší dobře snášené dávce. V časných stádiích onemocnění pro zlepšení kognitivního výkonu je indikována terapie IChE. Ve středních až těžkých fázích demencí se doporučuje léčba memantinem. (Prokopová, 2018, s. 7-8; Fertaľová, 2020, s. 24; Bajtošová, 2021, s. 198)

Časté nežádoucí účinky těchto léků jsou gastrointestinální projevy (dyspepsie, průjem, zvracení, nauzea), které pozorujeme na začátku léčby nebo při navyšování dávek. Občas se objevují bolesti hlavy, bradykardie, svalové křeče, agitovanost, inkontinence moči. (Zvěřová, 2022, s. 80; Uhrová, 2020, s. 546)

Kognitiva jsou hrazená veřejným zdravotním pojištěním ČR podle výsledků MMSE v případě stanovené diagnózy u AN (rivastigmin i u demence při Parkinsonově chorobě). Předepisovat je může odborný lékař (psychiatr, neurolog, geriatr) a od roku 2020 i praktický lékař. (Zvěřová, 2022, s. 80; Bajtošová, 2021, s. 198)

Vědecké studie prokázaly mírný terapeutický účinek extraktu ginkgo biloba (EGb 761) a vitamínu E. Podávání nootropik (cerebrolysin, piracetam) naopak není účinné, a navíc může vyvolat u pacientů nežádoucí agitovanost a úzkostné poruchy. (Franková, 2017, s. 31; Bajtošová, 2021, s. 199)

4.1.2 Nekognitivní farmakologická léčba

Farmakoterapie neuropsychiatrických projevů demencí se nasazuje v případech ohrožujícího chování pacienta, v situacích, kdy tyto projevy jsou velmi stresující a zatěžující pro pacienta samotného nebo jeho okolí, a po vyčerpání všech možností nefarmakologické léčby.

V současnosti není v terapii BPSD žádný doporučený postup. Výběr léku se odvíjí od dominujících příznaků. (Uhrová, 2020, s. 547-549; Fertal'ová, 2020, s. 25)

Antidepresiva indikovaná pro léčbu depresivních a úzkostných poruch, které se mohou projevovat agitovaností nebo agresivitou. U geriatrických pacientů se doporučují antidepresiva SSRI (selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu): escitalopram, citalopram a sertralin. Při nespavosti nebo nočním neklidu jsou vhodné antidepresiva s tlumivým účinkem (trazodon, mirtazapin).

Antipsychotika jsou velmi efektivní v tlumení nežádoucích psychotických projevů demencí, obzvláště u starších pacientů. Jejich výhodou je rychlý nástup účinku. V klinické praxi se nejvíc osvědčil tiaprid. Je relativně bezpečný s dobrou tolerancí, má kapkovou a injekční formu. Není efektivní v léčbě bludů a halucinací. Dalším lékem volby je melperon, který má výraznější antipsychotický účinek. Nevýhodou je jen tableťovaná forma tohoto léku. Při těžkých a nezvladatelných psychotických stavech jsou doporučena antipsychotika druhé generace (risperidon, quetiapin, haloperidol, olanzapin). Antipsychotická léčba je spojena s vyšším rizikem cerebrovaskulárních a kardiovaskulárních chorob a s nežádoucími účinky. Proto léčba musí být časově omezená a dávky léků co nejnižší. (Uhrová, 2020, s. 547; Štětkařová, 2021, s. 182; Bajtošová, 2021, s. 199)

4.2 Psychosociální intervence

Důležitou součástí komplexní terapie a péče o pacienty s demencí jsou psychosociální intervence (používají se taky termíny jako nefarmakologické intervence, postupy nebo léčba). Metaanalýza vědeckých studií posledních let ukázala, že tyto intervence výrazně zlepšují psychologický stav, sociální život a zvládnání každodenních aktivit u lidí s demencí. (McDermott, 2018, s. 393-394)

Nefarmakologické intervence jsou vědecky prokázané, neinvazivní metody na zdraví člověka. Jejich cílem je prevence zdravotních problémů, jejich léčba a ošetřování, zachování soběstačnosti, podpora lidské důstojnosti a celkové zlepšení kvality života nemocných demencí a pečujících osob. Nefarmakologickými intervencemi mohou být různé metody, programy nebo služby. Jejich dopad na zdraví a kvalitu života je měřitelný pomocí behaviorálních a socioekonomických ukazatelů. Účinná aplikace vyžaduje dodržování etických norem, kvalifikačních a komunikačních dovedností zdravotnického personálu nebo pečovatelů. (Ninot, 2019; Jirkovská, 2022, s. 14-15)

Psychosociální intervence se dá rozdělit do pěti skupin:

- psychologické zdravotní intervence: arteterapie, edukační programy zdravotní výchovy, zooterapie, psychoterapie;
- intervence v oblasti fyzického zdraví: programy různých fyzických aktivit, rehabilitace, fyzioterapie, manuální terapie, balneoterapie, zahradní terapie;
- zdravá výživa: dietní a nutriční programy;
- digitální intervence: použití informačních a komunikačních technologií, terapie virtuální realitou, videohry;
- další zdravotní intervence: aromaterapie, fytoterapie, léčba minerálními či mykologickými přípravky, fototerapie, elektromagnetická léčba atd. (Ninot, 2019)

Volba vhodných psychosociálních intervencí záleží na stadiu demence, míře postižení kognitivních funkcí, individuálních potřebách pacienta a o něj pečujících osob. Nefarmakologické postupy se mění v průběhu onemocnění s rozvojem syndromu demence. (Fertal'ová, 2020, s. 36; Rusina, 2019, s. 379)

Blanka Jirkovská (Jirkovská, 2022) detailně popisuje 32 jednotlivých nefarmakologických intervencí, jejich charakteristiky, cíle a funkce, vznik a vývoj. Její provedený výzkum ukázal, že v současné době služby dlouhodobé péče v ČR nejvíc používají rehabilitace, masáže, fyzické cvičení a pohybové aktivity, dotekové terapie, ergoterapie, kognitivní trénink, hudební terapie, reminiscence, validace.

4.3 Paliativní péče

V terminálním stadiu demence se pacient stává ireverzibilně úplně nesoběstačný a je závislý na komplexní trvalé ošetrovatelské péči. Cílem paliativní péče je zajistit co nejvyšší komfort a důstojné umírání nemocných v závěrečné fázi choroby. Úkolem zdravotníků je symptomatická léčba bolesti, ošetřování dušnosti, poruch spánku, delirantních a depresivních stavů, zajištění hydratace, výživy či vyprazdňování. (Rusina, 2019, s. 385-386; Bužgová, 2020, s. 64)

Současná paliativní péče musí být zaměřená nejen na pacienty, ale i na pečující osoby. Mezinárodní asociace hospicové a paliativní péče (IAHPC) definuje paliativní péči jako „*aktivní, holistickou péči o pacienty všech věkových skupin, kteří trpí z důvodu vážné nemoci, zejména pokud se blíží ke konci svého života. Cílem je zlepšit kvalitu života pacientů, jejich rodin a jejich pečovatelů*“. (Bužgová, 2020, s. 18)

Problémem paliativní péče u pacientů s těžkým kognitivním deficitem je nemožnost zjistit jejich názor, hodnoty, preference, získat souhlas či odmítnutí zdravotních služeb. Proto je pro pacienty s demencí, jejich příbuzné a zdravotnický personál vhodné a přínosné sepsat včas dříve vyslovené přání (DVP). Už na začátku choroby, kdy se začínají objevovat první poruchy kognitivních funkcí a je stanovena diagnóza demence, je důležité edukovat pacienta o progresivním průběhu onemocnění a o možných komplikacích. Lékař společně s pacientem, který je ještě schopen o sobě kvalifikovaně rozhodovat, by měli hledat optimální postup léčby a vytvořit individuální plán péče v závěru života. V ideálním případě výsledné rozhodnutí pacienta ohledně své budoucí léčby a ošetrovatelské péče sepisuje se v podobě DVP. Pro poskytovatele zdravotních služeb v ČR je DVP zavazujícím dokumentem podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákonu o zdravotních službách). DVP výrazně usnadňuje péči o pacienty v terminálním stadiu demence, zlepšuje kvalitu života pacientů a pečujících osob. (Rusina, 2020, s. 101-102; Bužgová, 2020, s. 64; Rusina, 2019, s. 385)

5 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O NEMOCNÉ S DEMENCÍ

Cílem ošetrovatelské péče o nemocné s demencí je jejich spokojenost a kvalita života. Syndrom demence má progredující charakter s postupným postižením všech kognitivních schopností. Ošetrovatelská péče musí být přizpůsobená aktuálnímu psychickému a fyzickému stavu pacienta a má svoje specifika v různých stádiích onemocnění. (Fertal'ová, 2020, s. 87-96; Petr, 2014, s. 192)

5.1 Bezpečné prostředí

Osoby s mírnou a střední kognitivní poruchou mají problémy s orientací v prostoru, často se ztrácí v novém prostředí, špatně se adaptují v nových podmínkách. Každá změna (přestěhování do jiného pokoje, sociálního zařízení atd.) je pro ně stresující a může být zátěží na několik týdnů až měsíců. (Petr, 2014, s. 192)

Lidé se středně pokročilou a rozvinutou demencí bývají úplně dezorientovaní a mohou se zabloudit i ve známém prostředí. Dle strategie P-PA-IA České alzheimerovské společnosti musí být pro tyto pacienti vytvořeno tzv. chráněné prostředí, kde nemocní pobývají společně s pečující osobou v prostoru, které je chrání před nepozorovatelným odchodem. V žádném případě nesmí být lidé postižení demencí uzavíráni či uzamykáni v pokoji či jiném prostoru samotné bez dohledu pečovatelů. (Holmerová, 2013, s. 161)

Zvláštní pozornost se věnuje uspořádání a úpravě bydlení, aby se předcházelo nežádoucím pádům a úrazům. S progresí onemocnění u pacientů se syndromem demencí se výrazně zhoršuje mobilita a pohyblivost, ubývá svalová síla, projevují se poruchy motoriky. Seniors často při chůzi používají kompenzační pomůcky. Nejlepší je bezbariérový prostor s dostatkem místa pro volný pohyb. Mělo by se omezit množství nábytku, zajistit jeho stabilita a snadná přístupnost. Vhodné je odstranit koberce a prahy, zabezpečit protiskluzové podlahy, umístit madla na chodbách a na sociálním zařízení. Je nutné také dbát na to, aby nemocný nosil pohodlnou a stabilní obuv. Důležité je dostatečné osvětlení všech místností (zejména v noci). Ve snaze zabránit pádům má být postel pro starší pacienty nižší a vybavena postranicemi. (Fertal'ová, 2020, s. 88-89; Ehrenfreuchter, 2014, s. 87)

5.2 Výživa a hydratace

Výživa je základní fyziologickou potřebou člověka, nezbytnou podmínkou k zachování života. Příjem stravy souvisí také s potřebami psycho-sociálními, přináší lidem emocionální a estetické zážitky, zapojuje do společenského života. Dobré jídlo dává pocit spokojenosti a radosti. (Trachtová, 2018, s. 93-94)

V rámci ošetrovatelské péče příjem potravy v mnohém záleží na schopnosti nemocného „najíst se“, zvládnout dostat potravu do svých úst. U lidí se syndromem demencí výkon v této schopnosti postupně klesá. Důležitým úkolem pečovatелů je co nejdéle podporovat schopnost samostatného příjmu jídla a pití. U pacientů s kognitivním poškozením se používají různé kompenzační pomůcky (talíř rozdělený na více dílů, brčka, protiskluzové podložky). Je vhodné nakrát jídlo na menší kousky nebo přizpůsobit ho tak, aby se osoby s těžkou demencí mohly najíst i rukama (finger food – jídlo, které se jí rukama). Pro snadné polykání upravujeme konzistenci stravy (mletá, mixovaná, zahuštěný nápoj). (Šáteková, 2021, s. 20; Fertařová, 2020, s. 89; Holmerová, 2013, s. 162)

Správná výživa má obsahovat všechny nutné nutrienty, být mnohostranná a obměňovaná. Ze strany pečujícího je nezbytný dohled nad příjmem přiměřeného množství pevné a tekuté stravy, protože nemocní s demencí se zapomínají najíst nebo se nají ještě jednou. Často mívají potlačený pocit hladu a potíže s polykáním jídla. (Trachtová, 2018, s. 93-94; Hauke, 2017, s. 265)

Lidé žijící s demencí mají vyšší riziko dehydratace. Důvodů může být několik: neschopnost vysvětlit své potřeby, snížený pocit žízně, nedostatek nabízeného pití, problémy s polykáním v pozdní fázi demence. Nemocného je třeba povzbuzovat, aby pil 8-10 sklenic denně (1500-2000 mililitrů) tekutiny (voda, polévka, džusy, kromě čaje nebo kávy). (World Health Organization, 2019, s. 115)

5.3 Hygienická péče

Potřeba hygieny a čistoty je základní biologickou potřebou člověka. Schopnost pečovat o své tělo a obléct se jsou každodenní činnosti, které podporují kvalitu života nemocného. (Trachtová, 2018, s. 63)

Demence ovlivňuje schopnost lidí pečovat o sebe v oblasti hygieny. Například nemocní zapomínají nebo nejsou schopni si vyčistit zuby, osprchovat se nebo vykoupat, přestávají pečovat o zevnějšek. Zanedbání osobní hygieny může vést k infekcím a dalším

zdravotním problémům, snížit sebevědomí a izolovat lidi s demencí od společenských aktivit. Proto je dohled nad dodržováním a pomoc s osobní hygienou velmi důležité. Ošetřující personál musí pacienta neustále motivovat a povzbuzovat, ptát se na jeho preference a zvyky, dbát na zachovávání intimity. Je nutné zajistit pacientovi maximální komfort a bezpečí. (World Health Organization, 2019, s. 140-146)

Lidé postižení demencí mohou zapomenout, jak se oblékat, delší dobu neměnit oblečení nebo mít potíže s výběrem vhodného oblečení. Pečující osoba může pomoci nemocnému s výběrem oblečení a asistovat při oblékání a svlékání. Je vhodné oblékání se tak, aby byly co nejvíce využity zbývající dovednosti pacientů. Pečovatel by neměl přebírat úkoly, když je osoba s demencí stále může provádět. (Fertařová, 2020, s. 89; World Health Organization, 2019, s. 142)

5.4 Péče o vyprazdňování

Pomoc při vylučování je nevyhnutelnou součástí aktivní a kvalitní ošetrovatelské péče. Nemocní s kognitivní poruchou nejsou schopni najít toaletu, používat WC, nesprávně hodnotí potřebu mikce nebo pocit nucení na stolicí, zapomínají si svléknout, často se pletou místo mikce. (Fertařová, 2020, s. 89-90)

Pro osoby žijící s demencí je vhodné zřetelně označit dveře WC, zajistit dostatek osvětlení na chodbě a v místnosti toalety (nechávat rozsvíceno v noci), odstranit možné překážky a odpadkové koše, dbát na bezpečí pacienta během používání WC. Pečovatel by měl rozpoznávat signály, které ukazují na potřebu se vyprázdnit a upozornit pacienta, aby došel na toaletu, popřípadě pomoci jej tam doprovodit a dávat nutné instrukce. (Hauke, 2017, s. 263-264; World Health Organization, 2019, s. 129-130)

Nemocní se syndromem demence často trpí inkontinencí a obstipací. Močová inkontinence se může projevit již ve druhé fázi demence. K inkontinenci stolice dochází u většiny v pokročilém stadiu syndromu demence. (Fertařová, 2020, s. 89)

Inkontinenci lze kompenzovat používáním absorpčních inkontinenčních pomůcek (vločky, plenkové kalhotky, pleny). Důležité je důkladně pečovat o pokožku v intimních partiích, používat ochranné krémy a oleje, evidovat i nejmenší změny na pokožce a předcházet bolestivým odřeninám a opruzeninám. (Hauke, 2017, s. 264)

Dopomoc druhé osoby v této intimní oblasti péče je pro většinu nemocných velmi stresující, přivádí je ke snížení sebevědomí a ztrátě důstojnosti. Proto je důležité,

aby pečující projevoval maximální pochopení, takt a ohleduplnost. V žádném případě by neměl zesměšňovat nebo se na nemocného zlobit. (Hauke, 2017, s. 263)

5.5 Spánek a odpočinek

Pro zachování a udržení fyzického a duševního zdraví člověka je důležité, aby byly uspokojeny potřeby ve spánku a odpočinku. Dostatečný a kvalitní spánek je nezbytný pro normální fungování centrálního nervového systému, zabraňuje vyčerpání organismu a působí regeneračně. Nemocný člověk má zvýšenou potřebu ve spánku a odpočinku, zvyšují se také nároky na jeho kvalitu a kvantitu. (Trachtová, 2018, s. 81)

Lidé s demencí často trpí poruchami spánku. Vyskytuje se nespavost, častější noční probouzení s nadměrnou aktivitou. Občas se dochází ke spánkové inverze neboli poruše cyklu spánek-bdění. Nemocný několikrát usne přes den a v noci je vzhůru, čilý a aktivní. Častější noční pohyb při zhoršené mobilitě je velkým rizikem pádů a úrazů. Pacienti s demencí mohou v noci bloudit, odcházet z domova nebo sociálního zařízení, což je obrovskou zátěží pro pečovatele. (Fertařová, 2020, s. 90; Trachtová, 2018, s. 87; Masopust, 2018, s. 14)

Pro lepší a kvalitní spánek je nutné vytvořit pro nemocného s demencí klidné, pohodlné a nerušivé prostředí, které mu zajistí pocit jistoty a bezpečí. Dbát na to, aby se nemocný před spaním cítil klidně a měl pohodlné noční oblečení. Je prospěšné také podporovat jeho spánkové rituály, na které byl zvyklý.

Zabránit poruchám spánku lze zapojením pacienta s demencí do pravidelné a přiměřené fyzické aktivity v průběhu dne, dle možností zajistit procházky na čerstvém vzduchu. Je důležité dohlédnout, aby nemocný nespál hodně přes den, nepil nápoje s kofeinem v odpoledních a večerních hodinách. Při přetrvávání obtíží je vhodná farmakologická léčba. (Fertařová, 2020, s. 90; Masopust, 2018, s. 14; Trachtová, 2018, s. 90-91)

6 KOMUNIKACE S NEMOCNÝM S DEMENCÍ

Správná komunikace je základním pilířem efektivní ošetrovatelské péče o nemocného se syndromem demence. S pomocí komunikace pečující může rozpoznat a uspokojovat potřeby lidí s demencí, aby jim zajistil spokojený a kvalitní život. Správná komunikace předchází vzniku problémového chování a také pomáhá zvládnout již vzniklé problémy v chování nemocných. (Hauke, 2017, s. 67; Petr, 2014, s. 191)

Sociální komunikace se skládá ze třech základních složek: verbální – 7 % (mluvená či psaná řeč), neverbální – 56 % (gesta, mimika, postoj těla, výraz tváře, pohled očí, postoj těla, doteky) a paraverbální – 37 % (intonace, tón hlasu, jeho barva, síla a hloubka). Používání všech forem komunikace je základem úspěšné ošetrovatelské péče o osoby s demencí, obzvláště ve fázi, kdy nemocný přestává rozumět slovům. (Hauke, 2017, s. 67-68)

6.1 Zásady správné komunikace s osobou trpící demencí

- Vytvořit příjemné, klidné a bezpečné prostředí, odstranit všechny rušivé faktory (hluk, televize, rádio atd.). Pro lidi s demencí je to velmi důležitá podmínka, protože mají porušenou schopnost soustředit se a udržet pozornost.
- Během komunikace vnímat, v jaké pozici je nemocný, a pokud možno se přizpůsobit poloze jeho těla, zaujmout takovou pozici, která bude rovnocenná (např. sed – sed, stoj – stoj).
- Ujistit se, zda osoba s demencí netrpí poruchami smyslových orgánů (zrak, sluch). Je-li třeba, používat správně nastavené kompenzační pomůcky (brýle, naslouchadla atd.).
- Při komunikaci s nemocným by měl pečující vždy zachovat klid a pohodu, aby se podařilo dosáhnout cíle komunikace.
- Mluvit zřetelně, pomalu a srozumitelně. Snažit se používat krátké a jednoduché věty. Sdělovat pouze jednu informaci týkající se jednoho tématu. Během rozhovoru udržovat oční kontakt. Na komunikaci mít dostatek času a respektovat zpomalené tempo pacienta.

- Prospěšné je pojmenovávat činnosti, které provádí pečující osoba. Příjemný tón hlasu, jeho barva a intonace dává nemocnému pocit bezpečí a jistoty. Komentováním činností se dá zabránit vzniku problémového chování a výrazně zlepšit spolupráci.
- V komunikaci s lidmi s demencí zbytečně neklást otázky. Vzhledem k poruchám paměti nejsou vhodné otázky na předešlé události. Nikdy by neměly znít otázky začínající „Proč?“, které mohou ukazovat na kontrolu ze strany pečujícího a být ponižující pro pacienta nebo klienta. V případě potřeby používat uzavřené otázky, na které se dá odpovědět „Ano“ nebo „Ne“.
- Projevovat svůj zájem, úctu a respekt aktivním nasloucháním nemocnému s demencí.
- Ve všech stádiích demence nemocného vždy oslovovat jménem, případně titulem. Pečovatel musí aktivně chránit důstojnost pacienta s demencí, respektovat jeho práva. V žádném případě se nesmí s postiženým demencí jednat jako s nesvéprávným nebo dítětem. Nikdy nemluvit ve třetí osobě o nemocném v jeho přítomnosti.
- Aktivně používat neverbální způsob komunikace. Mimika, úsměv, přiměřená gestikulace, doteky, pohazení a objetí jsou moc důležité pro osoby s demencí, obzvláště v pokročilých stádiích onemocnění.
- Je důležité často chválit člověka s demencí za to, co dělá dobře, vyhnout se kritice a nepoukazovat na chyby. Udělat radost a zvýšit sebevědomí nemocnému pomůže také vyjadřování komplimentů různými způsoby a v různých vhodných situacích.

(Hauke, 2017, s. 71-73; Fertařová, 2020, s. 94-95; Petr, 2014, s. 191-192; Provozničková, 2016, s. 90-93; World Health Organization, 2019, s. 29-33)

7 PROBLÉMOVÉ CHOVÁNÍ U NEMOCNÝCH SE SYNDROMEM DEMENCE

Problémové chování je častým projevem demencí, které se objevuje zejména v jejich druhé fázi až u 90 % nemocných. Tyto nežádoucí poruchy chování ze strany člověka s demencí jsou velmi nepříjemné a obtěžující pro pečující osoby. Ve většině případů jsou důvodem k vyhledávání odborné lékařské pomoci, hospitalizace nebo institucionalizace nemocného s demencí. K nejčastějším projevům problémového chování patří: neklid, agresivita, agitovanost, naléhavost, podezíravost, poruchy spánku a nočního chování, bludy, halucinace, deprese, úzkost, apatie, poruchy spánku, bloudění, toulání se, odcházení, sebepoškozování, nevhodné sexuální chování. (Masopust, 2018, s. 6; Hájková, 2016, s. 15; Provazníková, 2016, s. 83; Hauke, 2017, s. 103-117)

Příčinami problémového chování mohou být nenaplněné potřeby člověka s demencí (fyziologické, potřeby bezpečí, sociální, potřeby autonomie a seberealizace). Pro uspokojování svých potřeb nemocní hledají různé cesty a způsoby, které se často projevují problémovým chováním. (Hauke, 2017, s. 104-105)

Spouštěči změn v chování často bývají somatické obtíže, infekce (močových cest, zubní atd.), dehydratace, bolest, užívané léky (jejich nežádoucí účinky, nevhodné dávky a kombinace), změny režimu, prostředí či okolí. (Masopust, 2018, s. 7; World Health Organization, 2019, s. 187)

Důvodem ke vzniku problémového chování je také nevhodný přístup a chování pečující osoby, špatná komunikace, nepochopení potřebám nemocného a celková neznalost problematiky demence. (Hauke, 2017, s. 104)

Nejobávanějším problémem a obrovskou zátěží pro pečující osoby je **agresivní chování** ze strany nemocného se syndromem demence. Agresivita může být verbální (nadávky, vyhrožování, křik, klení) a brachiální (fyzické násilí vůči lidem, poškozování věcí). Bývá reakcí nemocného na faktory z prostředí, může mít tělesné příčiny, projevuje se v situacích, kterým člověk s demencí nerozumí a cítí se bezradný. Agrese může být vyvolaná i nesprávně zvoleným přístupem k ošetrovatelské péči. Důležitým úkolem pečovatelů je identifikovat možné příčiny vzniku agresivního chování a pečlivě pozorovat, jaké

situace tento stav vyvolávají. (Fertal'ová, 2020, s. 90-92; Hauke, 2017, s. 106; Masopust, 2018, s. 14; Petr, 2014, s. 192)

U nemocných s demencí se často vyskytuje **podezíravost**. U lidí mírnou demencí je to vůbec nejčastější projev problémového chování. Kvůli poruchám paměti nemocní zapomínají, kam si dávají svoje věci a pak je neustále hledají. Když se věc nenalezne, podezírají svoje nejbližší nebo pečovatele, že jim tu věc vzali nebo ukradli. Podezíravý člověk nemá náhled na svoje onemocnění a je přesvědčený, že příčinou této nepříjemné situace je někdo jiný, nikoli on sám. Osoby postižené demencí přestávají důvěřovat svým blízkým nebo pečovatelům, podezírají je a obvinují z krádeží, mohou najednou být sprostí a používat vulgarismy. Takové chování je velmi náročné pro pečující osoby, vyvolává pocity zoufalství a beznaděje, často je příčinou i těžkých depresí. (Hauke, 2014, s. 28)

Bludy a halucinace se vyskytují u jedné třetiny osob s demencí. Bludy se častěji pozorují u Alzheimerovy demence, halucinace vznikají spíše u demencí s Lewyho tělísky. Psychotické příznaky jsou přechodné, vyskytují se nepravidelně. Bludy jsou poruchy myšlení, které člověku nelze vyvrátit. Velmi často jsou paranoidně-perzekuční, kdy nemocný má představy, že mu hrozí nebezpečí, někdo ho sleduje, okrádá, záměrně mu škodí. Relativně často mívají lidé postižení demencí i sexuální bludy. Halucinace jsou poruchy vnímání. U nemocných s demencí se vyskytují nejčastěji zrakové a sluchové halucinace, zřídka i čichové. Vedlejšími reakcemi psychotických příznaků mohou být agitovanost a agresivita. (Hauke, 2017, s. 117-118; Masopust, 2018, s. 12; Zvěřová, 2022, s. 58)

Lidé s demencí často mají **neklid a agitovanost**. Neklid je stav zvýšené pohybové aktivity. Může mít různé formy. Mírný neklid se projevuje zvýšenou gestikulací, přešlapováním, přecházením na místě, podupáváním, oblékáním a svlékáním, neustálými bezcílnými pohyby. Při výrazném celkovém neklidu osoba s demencí bezcílně pobíhá a aktivně zasahuje do okolí. Agitovanost je vystupňovaná forma neklidu, která je doprovázená celkovou motorickou aktivací. (Uhrová, 2020, s. 505; Korábečný, 2020, s. 131)

Bloudění je další porucha chování u osob se syndromem demence. Nemocný se může ztratit venku a netrefit zpět domů, může ale bloudit i ve známém prostředí, ve svém domě nebo bytě. V těchto nepříjemných situacích se člověk postižený demencí nahází v nebezpečí, může se zranit, mít nějakou nehodu, prochladnout apod. (Masopust, 2018, s. 13)

Poruchy spánku a nočního chování jsou poměrně častou komplikací syndromu demence. Mají negativní dopad jak na nemocného, tak i na pečující osoby a jsou důvodem předčasné institucionalizace nemocných. Jsou velkým problémem i při pobytu osob s demencí v sociálních zařízeních. Typické je časté noční probuzení, které trvá déle než u zdravých seniorů a výrazně zhoršuje kvalitu spánku. U seniorů s Alzheimerovou nemocí spánek probíhá s opakovanými probuzeními během noci, přítomné fáze nočního bdění, časté i předčasné ranní probuzení, což celkově zkracuje dobu spánku. Ve dne pak jsou nemocní psychomotorické zpomalení a somnolentní. Poruchy spánku u nemocných s mírnou a středně pokročilou AN jsou spojené s depresí, projevy agresivity a jinými poruchami chování. Inverze cirkadiánního rytmu je komplikací u osob v pokročilé fázi onemocnění. Nemocní přes den pospávají nebo i hluboce spí a v noci jsou vzhůru. Mohou přecházet po pokoji, bloudit po bytě, budit a vyrušovat své okolí. U seniorů s AN se často vyskytuje večerní zmatenost (sundowning). Charakterizuje se neklidem, agitovaností, pohybovou hyperaktivitou. Nemocní mohou křičet, být agresivní a dezorientovaní. Pokročilá demence může být spojená s nekontrolovaným nočním přecházením (nocturnal wandering). Pro zlepšení kvality nočního spánku je důležité pečovat o spánkovou hygienu a pravidelný režim spánku/bdění (Rusina, 2014, s. 182; Miletínová, 2018, s. 121)

Demence je častou příčinou **nevhodného sexuálního chování**. Odhaduje se, že nevhodné sexuální chování se vyskytuje u 7–25 % pacientů s demencí. Vyšší prevalence se pozoruje u nemocných s těžkou kognitivní poruchou v ústavní sociální péči. Lidé trpící demencí nejsou schopni hodnotit a respektovat morální, etické či právní hranice. Nevhodné sexuální chování u demence je dvou typů: chování spojené s vyhledáváním intimity a dezinhibované chování. Takové chování je velmi stresující a zatěžující pro pečující osoby, vede k časnější institucionalizaci nemocných, nadměrnému využívání psychotropních léků, nepřiměřenému používání omezovacích prostředků. Takové chování je velmi stresující a zatěžující pro pečující osoby. (Cipriani, 2016; Eshmawey, 2022)

7.1 Zvládání problémového chování v péči o člověka s demencí

Pro efektivní zvládání problémového chování u nemocného s demencí existují následující pravidla:

- snažit se zachovat klid za všech okolností;
- nebrat projevy problémového chování, obzvláště agrese, osobně;

- nespěchat, mluvit pomalu klidným a vlídným hlasem, udržovat oční kontakt, nebýt dominantní;
- využití techniky aktivního naslouchání (oceňování, parafrázování, zrcadlení pocitu, shrnutí);
- projevovat empatie, snažit se porozumět nemocnému, ujistit ho, že jsme na jeho straně a chceme mu pomoci;
- aktivně hledat příčiny, důvody a spouštěče problémového chování;
- průběžně komentovat všechny činnosti, které provádí pečující;
- poskytnout nemocnému dostatek informace, odpovídající jeho úrovni kognitivního deficitu;
- je-li to možné, dávat možnost člověku s demencí spolurozhodovat;
- vyhnout se změnám v péči o nemocného s demencí, snažit se zachovat jeho obvyklé stereotypy;
- nikdy se nesnažit vyvrátit psychotické příznaky (bludy, halucinace), které člověk s demencí považuje za realitu;
- v každé situaci se chovat s úctou a respektem k člověku postiženému demencí, zachovat jeho důstojnost, práva a svobody. (Hauke, 2017, s. 109-118; Masopust, 2018, s. 12-14; Provazníková, 2016, s. 85-86)

7.2 Problémové chování u klientů s demencí v sociálních zařízeních

O problémovém chování u klientů s demencí je v sociálních zařízeních nutné vést písemné záznamy, a to o každém výskytu nežádoucího chování. Management musí mít vypracovány pracovní postupy, které jsou obsaženy ve Standardech poskytování sociální péče. Popis by měl obsahovat, kdy a za jakých okolností došlo k problémovému chování, co se konkrétně stalo, okolností vzniku poruchy chování a co tomu mohlo předcházet nebo jej vyprovokovat. Důležité je také zaznamenávat, kdo z pečujících osob byl u situace a jak na vzniklý problém reagoval. Na závěr je vhodné provést vyhodnocení způsobu zvládnutí problémového chování, efektivitu zvoleného postupu a je-li to nutné, změnit strategii. (Hauke, 2017, s. 119)

Pro každého rizikového klienta je vhodné vytvořit tzv. krizový plán, ve kterém bude podrobně zpracovaný individuální postup ke zvládnutí předpokládaného problémového chování. (Petr, 2014, s. 192)

PRAKTICKÁ ČÁST

8 FORMULACE VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU

Syndrom demence je nejčastější psychickou poruchou u seniorů ve vyšším věku. Demence jsou chronická organická duševní onemocnění, která mají progredující charakter a patří mezi hlavní příčiny invalidity u seniorů a závislosti na péči druhé osoby. (Zvěřová, 2022, s. 48-49)

„Vzhledem ke stárnutí populace se demence stává celosvětově významným zdravotním problémem se závažnými společenskými a ekonomickými důsledky. Klinickým projevem demence je zhoršení kognitivních funkcí s dopadem na zvládání běžných denních aktivit. U více než 90 % pacientů se také v průběhu onemocnění rozvine alespoň jeden z behaviorálních a psychologických příznaků (BPSD), jejichž přítomnost je spojená s rychlejší progresí onemocnění a zvýšenou zátěží pacienta a jeho okolí“. (Masopust, 2016, s. 43-44)

Onemocnění je tedy stále aktuálnější problém téměř v každém zdravotnickém či sociálním zařízení. Péče o tyto osoby je velmi náročná jak pro zdravotnický a ošetrovatelský personál, tak i pro rodinné příslušníky, kteří se rozhodnou pečovat o svého blízkého.

Již čtvrtým rokem pracuji v sociálním zařízení pro seniory v Plzni, kde se často setkávám s chybějícími znalostmi zdravotnického a ošetrovatelského personálu, jak zvládat problémové chování v péči o seniory s demencí. Podobnou situaci jsem pozorovala i během svých odborných praxi v různých zdravotnických zařízeních Plzeňského kraje. Z tohoto důvodu považujeme za přínosné identifikovat specifika ošetrovatelské péče o tuto zranitelnou skupinu nemocných.

Pro formulaci výzkumného problému byl použitý PICo model výzkumné otázky, který je vhodný pro kvalitativní studie. Zkratka „P“ popisuje populaci (*population*), zkratka „I“ znamená zájem, předmět zájmu (*interest, phenomena of interest*) a „Co“ je označení pro kontext (*context*). (Jarošová, 2014, s. 26-27)

Takže výzkumná otázka této bakalářské práce zní: Jaké jsou zkušenosti (I) všeobecných sester s problémovým chováním u seniorů s demencí (P), spojené s poskytováním ošetrovatelské péče v sociálních zařízeních (Co)?“

9 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

9.1 Hlavní cíl

Hlavním cílem bakalářské práce je zmapovat a popsat zkušenosti všeobecných sester s projevy problémového chování v péči o seniory s demencí.

9.2 Dílčí cíle

1. Zjistit, jaké poruchy chování se vyskytují u seniorů s demencí dle zkušenosti všeobecných sester.
2. Zjistit a popsat, jaké jsou subjektivní prožitky a pocity všeobecných sester při výskytu poruch chování u klientů s demencí.

9.3 Výzkumné otázky

1. Jaké poruchy chování u seniorů s demencí nejvíc ovlivňují ošetrovatelskou péči dle zkušenosti všeobecných sester?
2. Jaké jsou subjektivní prožitky a pocity všeobecných sester při výskytu poruch chování u klientů s demencí?

OPERACIONALIZACE POJMŮ

Zkušenost (*empirie*) je „*životem, praxí, experimentálně získaná znalost nebo souhrn znalostí*“. (SSČ, Ústav pro jazyk český ČR, SSČ)

Prožitek je to „*co člověk prožil; zážitek*“. (SSJČ, Ústav pro jazyk český ČR)

Emoce jsou „*tělesné stavy vycházející z řídicích center s funkčním zaměřením, jehož primárním cílem je přežití a pokračování života. Jde o neurochemické děje s důsledky pro aktuální stav a nastavení organismu určité aktivity*“. (Honzák, 2020, s. 13)

Emoce jsou považovány za základní organizační systémy, kterým podléhá jednání člověka, jeho myšlení a další psychosomatické děje. Emoce ovlivňují náladu a chování jedince. Ze somatické oblasti jsou překládány do vědomí jako pocity. (Honzák, 2020, s. 14)

Pocit je „*smyslový nebo citový zážitek (něčeho příjemného nebo nepříjemného)*“. (SŠČ, Ústav pro jazyk český ČR)

Reakce je „*čin, činnost, projev, proces, stav jako odezva na nějaký popud nebo podnět*“. (SSJČ, Ústav pro jazyk český ČR)

Poruchy chování u demencí je nepřiměřené chování, neodpovídající situací a potřebám nemocného. V medicíně jsou součástí širšího syndromu BPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia). (Jiráček, 2013, s. 222; Zvěřová, 2017, s. 71)

BPSD mají největší vliv na zhoršení psychosociálního zdraví pečovatelů a samotnými pečujícími jsou označovány jako nejhůře zvladatelné příznaky demence. Jejich výskyt je spojen s progresí onemocnění, časnější nutností institucionalizace člověka s demencí do nemocničního či sociálního zařízení a s vyšším rizikem předčasného úmrtí. (Masopust, 2018, s. 4-6; Zvěřová, 2022, s. 57)

10 METODIKA KVALIFIKAČNÍ PRÁCE

Abychom mohly dosáhnout stanovených cílů a odpovědět na výzkumné otázky, je důležité vybrat vhodnou strategii výzkumného šetření a získat příslušná data. (Hendl, 2017, s. 57)

10.1 Metodologie výzkumu

Pro dosažení hlavního i dílčích cílů bakalářské práce byl zvolen kvalitativní druh výzkumu. Kvalitativní výzkum se zabývá hloubkovým studiem jednotlivých případů s cílem popsat jejich zvláštnosti, vygenerovat hypotézy a navrhnout teorie. Provádí se v přirozeném, každodenním prostředí zkoumaných subjektů. Člověk, skupina lidí nebo událost se zkoumají celostně, ve všech rozměrech, návaznostech a souvislostech. Sběr dat a jejich analýza jsou časově náročné a vyžadují od výzkumníka intenzivní a těsný kontakt se subjekty výzkumu. (Hendl, 2016, s. 46-58; Gurková, 2019, s. 14)

Pro sběr dat k výzkumu bylo použito metody polostrukturovaného rozhovoru se všeobecnými sestrami sociálního zařízení s otevřenými otázkami. Polostrukturovaný rozhovor zahrnuje předem připravené otázky, které jsou zaměřené na identifikaci výzkumných témat. Důležitou částí rozhovoru je jádro, které se skládá z otázek a témat pro výzkumníka závazných. Na jádro se navazují doplňující témata a otázky, které umožňují získávat informace přímo spojené s kontextem, a tím přispívají hlubšímu porozumění zkoumaného problému. Polostrukturovaný rozhovor je oblíbenou a často používanou metodou pro svou flexibilitu, pochopitelnost a dostupnost. Během rozhovoru výzkumník může měnit styl konverzace, rychlost a pořadí otázek. (Mišovič, 2019, s. 80)

10.2 Charakteristika sledovaného souboru

Pro kvalitativní výzkum byly záměrně vybrané čtyři participantky, které splňovaly následující kritéria:

- jsou všeobecné zdravotní sestry;
- jsou pracovnice sociálního zařízení pro seniory;
- mají praxi v péči o seniory s demencí víc než 10 let.

Oslovené bylo čtyři všeobecné sestry, které se ochotně souhlasily s účastí na výzkumném šetření. Obecné identifikace o participantkách byly vloženy do tabulky.

Tabulka 1 – Participantky – identifikační údaje

Všeobecná sestra	Věk	Pohlaví	Délka praxi
S1	45 let	žena	23 let
S2	38 let	žena	12 let
S3	47 let	žena	17 let
S4	61 let	žena	38 let

Zdroj: vlastní

10.3 Organizace výzkumu

Výzkumné šetření probíhalo v únoru roku 2023 v sociálním zařízení Longevita Senio s.r.o. S vedením zařízení byl předem podepsaný souhlas s provedením výzkumu, který je přiložen v příloze této práce (Příloha A). Všeobecné sestry byly seznámené s cíli a průběhem výzkumu. Předem byly informovány o tom, že informace získané během výzkumného šetření budou anonymizovány a použity jen pro potřeby bakalářské práce. Každá z nich dobrovolně podepsala informovaný souhlas se vstupem do výzkumného šetření. Formulář informovaného souhlasu je přiložen v příloze práce (Příloha B)

Rozhovory probíhaly individuálně po předchozí domluvě s participantkami v relaxačním pokoji sociálního zařízení, který splňuje podmínky klidného a nerušivého prostředí s dodržením soukromí. Polostrukturované rozhovory se skládaly z předem připravených otázek, které jsou uvedeny v příloze (Příloha C). V rámci rozhovoru byly použity i doplňující otázky zacílené na prohloubení porozumění zkoumaného problému. Každý rozhovor trval cca 30-40 min a byl nahráván na diktafon mobilního telefonu s dobrovolným souhlasem participantek. V závěru rozhovoru měly všeobecné sestry prostor pro otázky a zpětnou vazbu.

10.4 Zpracování dat

Pro výzkumné šetření byl použit kvalitativní design výzkumu. Ke sběru dat byla využita metoda hloubkového polostrukturovaného rozhovoru. Každý polostrukturovaný rozhovor byl nahrán na diktafon a následně přepsaný do textové elektronické podoby po-

mocí procesoru Microsoft Office Word. Mišovič Ján ve své knize uvádí, že na začátku analýzy kvalitativních dat je nutné provést transkripci, což znamená převedení dat netextové povahy do textové podoby. (Mišovič, 2019, s. 123)

Při přepisování jednotlivých rozhovoru byl použitý shrnující protokol. Je to způsob transkripce, který vychází ze skutečnosti, že v textu jsou místa, které není nutné přepisovat. Některé části textu je možné vypustit, protože už jsou obsaženy v přeepsaných pasážích. Nepřepisují se také opakovaná tvrzení a zobecnění výpovědí. (Mišovič, 2019, s. 124)

V přeepsaných rozhovorech byly záměrně ponechaný slangové a hovorové výrazy participantek. Texty jednotlivých rozhovorů byly důkladně a opakovaně přečtené a analyzované metodou obsahové analýzy. Zpracování získaných dat realizované metodou otevřeného kódování. Pomocí kódování jsou data rozebrána, konceptualizována a složena novým způsobem. Analyzovaný text nejprve dělíme na jednotky. Jednotkou může být slovo, kombinace slov, věta nebo odstavec. Důležité je držet se cílů a rozkrýt text z hlediska témat. Každé jednotce se přiděluje kód, který vystihuje význam dané jednotky. Kódem je zpravidla slovo, sekvence slov nebo krátká fráze. Následným slučováním významově podobných kódů se vytváří pojmy. Při seskupování pojmů, které charakterizují podobné jevy, se vytváří kategorie. (Zháněl, 2014, s. 46; Mišovič, 2019, s. 163)

11 PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Analýza získaných dat se prováděla technikou otevřeného kódování. Na základě dílčích cílů a otázek byly vytvořené kategorie a subkategorie, které na ně navazovaly. Pro prezentaci výsledků jsou použité tabulky pro lepší přehlednost.

11.1 Kategorie – projevy problémového chování ovlivňující

ošetřovatelskou péči

Jako první dílčí výzkumný cíl jsme si stanovily zjistit, jaké poruchy chování se vyskytují u seniorů s demencí dle zkušenosti všeobecných sester. Výzkumná otázka číslo 1 je tedy identifikovaná: Jaké poruchy chování u seniorů s demencí nejvíc ovlivňují ošetřovatelskou péči? Podle toho byla stanovena první kategorie – **projevy problémového chování ovlivňující ošetřovatelskou péči**. Následně dle odpovědí všeobecných sester bylo k této kategorii přiřazeno 6 subkategorií:

- agresivita
- podezíravost, bludy a halucinace
- neklid, agitovanost
- odcházení, bloudění
- poruchy spánku a nočního chování
- nevhodné sexuální chování

11.1.1 Subkategorie: Agresivita

Analyzovaná data v subkategorii „*Agresivita*“ ukazují, že všechny čtyři všeobecné sestry měly ve své praxi zkušenosti s projevy agresivního chování u klientů s demencí. Všechny čtyři participantky ve svých výpovědích uvedly, že se s agresivním chováním u klientů s demencí setkávají často. Dle zkušeností S3 je agresivní chování nejčastější poruchou chování u klientů s demencí. Všechny všeobecné sestry měly zkušenosti s verbální a brachiální agresí. S2 a S4 měly zkušenosti s projevy fyzického násilí. S2 byla svědkem napadení spolubydlící a S4 se osobně stala obětí násilného agresivního chování.

K subkategorii se vztahují otázky polostrukturovaného rozhovoru číslo 1-6.

Tabulka 2 – Agresivita

KATEGORIE: Projevy problémového chování ovlivňující ošetrovatelskou péči
Subkategorie: Agresivita
<p>S1: „Dost často se u klientů s demencí vyskytuje agrese, zejména verbální. Může se jednat o různé nadávky, vyhrůžky, křik. Většina nemocných v pokročilém stadiu demence občas mívá agresivní chování. Byly případy i brachiální agrese. Klienti mě chytali za ruce, jednou se mi stalo, že paní mě kousla do ruky. Nejhorší pro mě je, když se agresivita projevuje odmítáním nebo pliváním jídla, obzvláště, když je nemocný diabetik na inzulínu a ty to jídlo do něj musíš dostat... Podle mě se tak senioři s demencí chovají, když mají strach nebo se cítí být v ohrožení, někdy mohou mít bolest nebo změny somatického stavu, například různé infekce.“</p> <p>S2: „S agresivním chováním u klientů s demencí se setkávám často. U každého se agrese projevuje jinak a s různou intenzitou. Většinou už víš, co od koho můžeš očekávat. Začíná to často tím, že se mnou nechtějí komunikovat, jsou nepříjemní, nervózní. Nebo naopak furt něco mluví, vynadávají, dokonce i sprostě. Co se týká brachiální agrese, tak senioři s demencí, kteří se nechtějí koupat nebo provádět hygienu, mohou tě chytat za ruce nebo ničit hygienické pomůcky. Viděla jsem taky fyzické násilí vůči spolubydlící, když se klientka s pokročilou demencí pokusila v noci mlátit ležící imobilní paní. Asi měla nějaké bludné představy. Naštěstí jsem byla blízko...“</p> <p>S3: „Dle mých zkušeností je agresivní chování u demenčních klientů nejčastější poruchou chování. Jistě, že jako všichni ostatní klienti, i nemocní s demencí nemají svoje dny, dobrou náladu, nejsou s něčím spokojeni, a tak to dávají najevo. Mohou mluvit sprostě, křičet, nadávat, vyhrožovat. Někdy dochází i k fyzické agresi, nespolupracují, brání se přebalování, roztrhávají pleny, házejí věci... Bývají agresivní po návštěvě rodiny, která s nimi neumí komunikovat. Špatně snáší každou změnu, přestěhování do jiného prostředí. Pozorovala jsem to během Covid-19. Když jsme je dávali do izolačních pokojů, někdy se chovali agresivně.“</p> <p>S4: „Agresivita je častý jev u klientů s demencí. Chovají se agresivně, když nejsou naplněny jejich potřeby, mají strach nebo bolest, zvýšenou teplotu, dehydratování... V prvním stadiu demence převládají verbální agrese a s progresí nemoci spíše brachiální. Při krmení mohou chytat za ruce, plivat léky, jídlo, vyhodit talíř či hrneček. Bohužel jsem byla obětí</p>

fyzického napadení, když mě klient s demencí držel rukama u zdi. Viděl ve mně totiž svou manželku, která mu ublížila. Dokázala jsem ho přemluvit a utéct. Taky na mě jednou klientka hodila televizi...“

Zdroj: vlastní

11.1.2 Subkategorie: Podezíravost, bludy a halucinace

Dle analýzy dat v subkategorii „*Podezíravost, bludy a halucinace*“ vyplývá, že všechny čtyři všeobecné sestry měly zkušenosti s podezíravostí, bludy a halucinacemi u klientů v různých stadiích demence. Dle jejich zkušenosti je podezíravost velmi častou poruchou chování u klientů s demencí, bludy a halucinace nejsou tak časté. Dle výpovědí všech participantek vedou podezíravost, zatímco bludy a halucinace u nemocných se syndromem demence ke vzniku nepříjemných situací, jejichž řešení vyžaduje od nich hodně času. S1, S3 a S4 uvedly, že je klienti obviňovali z krádeží, S4 klientka přesvědčovala, že ji okrádá rodina. S1, S2 a S3 měly u klientů s pokročilou demencí zkušenosti s bludy okradení a pronásledování.

K subkategorii se vztahují otázky polostrukturovaného rozhovoru č.1, č. 9.

Tabulka 3 – *Podezíravost, bludy a halucinace*

KATEGORIE: Projevy problémového chování ovlivňující ošetrovatelskou péči
Subkategorie: <i>Podezíravost, bludy a halucinace</i>
S1: <i>„S podezíravostí u nemocných s demencí se setkávám velmi často. Nepamatují si, kam dávají svoje věci a pak obvinují personál, že jim to ukradli. Občas mohou zavolat policii a nahlásit krádež... Klienti se středně těžkou demencí někdy mívají bludy, že jsou okrádáni nebo pronásledováni. Normálně ti popíšou v detailech, jak ten zloděj vypadal a co jim ukradl. Bohužel toho zloděje několikrát viděli i ve mě...“</i>
S2: <i>„Mě se často stává, že si klienti s demencí stěžují na své blízké příbuzné, že jim ukradli peníze, šperky, odcizili byt a pak umístili „sem“. Jedná paní byla tak přesvědčivá, že jsem jí to uvěřila, ale nebyla to pravda. V pokročilých fázích demence mívají představy, že jsou pronásledováni a někdo jim chce ublížit, odnést jejich věci a zlikvidovat je.“</i>
S3: <i>„Podezíravost u klientů s demencí pozoruji moc často. Někdy je to až neúnosné. Místo</i>

toho, abych věnovala svůj čas péči, tak musím řešit tyto kraviny a hledat jejich věci. Jednou mě paní obvinila z toho, že jsem jí ukradla kalhotky, které určitě dávala do komody. Po dlouhém hledání jsme je spolu našly pod polštářem. S bludy u nemocných s pokročilou demencí se taky občas setkávám, obzvláště když dělám noční. Při probuzení v noci se nemocným stává, že vidí cizí lidi, kteří jim chtějí ublížit. Někdy jsou úplně vystrašení a volají o pomoc.“

S4: *„Pracuji už dlouho a viděla jsem toho dost. Podezíravost u dementních klientů je běžná věc, protože si nepamatují, kam věci dávají. Pak přijde rodina a obviňují nás, že mamince zmizel nový budík. Otevřu ledničku a hurá! Je tam... Pamatuji si babičku, která klíčky od své skříně nosila na krku, aby jí náhodou nic neukradli. Bludy a halucinace nejsou tak časté. Pro jednoho pána jsem byla jeho manželka, babičky ve mě většinou vidí svoje dcerušky... Legerace byla s klientkou, které furt utíkaly slepice a já je všechny musela chytit...“*

Zdroj: vlastní

11.1.3 Subkategorie: Neklid, agitovanost

Z analýzy dat v subkategorii „*Neklid, agitovanost*“ vyplynulo, že všechny čtyři všeobecné sestry měly zkušenosti s neklidem a agitovaností u klientů s demencí. S1, S3 a S4 hodnotí neklid a agitovanost jak častou poruchu chování. S3 dokonce uvedla, že tyto poruchy patří k demencím. S1, S2 a S3 měly zkušenosti s přecházením klientů z místa na místo. S1, S3 a S4 měly zkušenosti s neúčelnými pohyby u nemocných s demencí, S4 naznačila, že tyto pohyby velmi komplikují provedení ošetrovatelské péče. S2 uvedla, že jsou pro ni velmi vyčerpávající.

K subkategorii se vztahují otázky polostrukturovaného rozhovoru č.1, č. 7.

Tabulka 4 – Neklid, agitovanost

KATEGORIE: Projevy problémového chování ovlivňující ošetrovatelskou péči
Subkategorie: Neklid, agitovanost
S1: <i>„Klienti s demencí jsou často neklidní. Projevuje se to tím, že dělají neúčelné pohyby, přechází z místa na místo, pobíhávají po pokoji nebo třeba každých pět minut jdou na zá-</i>

chod. Mám v péči paní, která rukou pořád bouchá do stolu. Kdysi pracovala na poště, hodně razítkovala a ten pohyb jí utkvěl v paměti.“

S2: *„V práci mi moc vadí, když klienti s pokročilou demencí pořád dokola něco říkají, většinou jedno slovo nebo frázi. Do konce dne mám z toho hlavu jako pátrací balon... Jedna babička za mnou neustále chodila a vyprávěla nějaké nesmysly. Musím Vám říct, že to je docela vyčerpávající.“*

S3: *„Neklid a agitovanost patří k demencím. Často nemocní chodí po pokoji tam a sem, nevydrží dlouho sedět u televize, pořád by chtěli něco dělat... Pamatuji si na klientku, která si celý den česala hřebenem vlasy. Dělalala stejné pohyby rukou, i když ten hřeben v ruce neměla.“*

S4: *„Neúčelné pohyby rukama a nohama různé intenzity jsou časté a velmi komplikují ošetrovatelskou péči. Někdy je kvůli tomu těžké provést hygienu, koupání nebo udělat převaz. Musím zavolat na pomoc kolegyni.“*

Zdroj: vlastní

11.1.4 Subkategorie: Odcházení, bloudění

Dle analýzy dat v subkategorii „*Odcházení, bloudění*“ je zřejmé, že všechny všeobecné sestry měly zkušenosti s odcházením a blouděním u klientů s demencí. Všechny čtyři participantky vypovídaly, že tyto poruchy chování jsou velmi nebezpečné pro klienty trpící demencí. S1, S3 a S4 ukazují na zvýšené riziko pádů, S1 a S4 měly zkušenosti s rizikem zranění.

K subkategorii se vztahují otázky polostrukturovaného rozhovoru č.1, č. 7.

Tabulka 5 – Odcházení, bloudění

KATEGORIE: Projevy problémového chování ovlivňující ošetrovatelskou péči
Subkategorie: Odcházení, bloudění
S1: <i>„Na bloudění klientů s demencí po chodbách už jsem si zvykla. S progresí onemocnění ztrácejí orientaci v prostoru a neví, kde se nacházejí a jak se vrátit na pokoj. Bohužel se nedá uhlídat, kdy a kam odcházejí, když máš na starosti další klienty. Ze své zkušenosti</i>

vím, že mohou spadnout, zranit se nebo ublížit někomu jinému...“

S2: „Nemocní s demencí mohou odcházet z pokoje, ale někdy i utíkají. Jedna moje 90letá klientka skoro každý den ráno utíkala na vlak, protože si myslela, že musí do práce. Venku ale nevěděla, kam dál. Tak pan recepční jí pokaždé řekl, že má dovolenou a dneska může odpočívat. A zabíralo to...“

S3: „Odcházení klientů postižených demencí z pokoje je velmi nebezpečné. Mohou spadnout a něco si zlomit. Což se stává... Někdy si bloudí i ve svém pokoji, nemůžou najít záchod nebo svou postel.“

S4: „...s nimi se nikdy nepřestaneš divit, co dokážou. Dědečka, který měl poruchy motoriky a sotva chodil i s chodítkem, jsme našly na jiném patře, kam vyšel schody. Díky Bohu, že ještě nespádl a nerozbil si hlavu...“

Zdroj: vlastní

11.1.5 Subkategorie: Poruchy spánku a nočního chování

Na základě analýzy dat v subkategorii „Poruchy spánku a nočního chování“ je zjevné, že každá všeobecná sestra měla zkušenost s poruchami spánku a nočního chování u klientů s demencí. Všechny participantky měly ve své praxi zkušenosti s častým probouzením nemocných v noci. S1, S2 a S3 pozorovaly poruchy cyklu spánek-bdění. S2 a S4 se vyjádřily, že tyto poruchy jsou pro ně velmi zatěžující.

K subkategorii se vztahují otázky polostrukturovaného rozhovoru č.1, č. 8.

Tabulka 6 – Poruchy spánku a nočního chování

KATEGORIE: Projevy problémového chování ovlivňující ošetrovatelskou péči
Subkategorie: Poruchy spánku a nočního chování
S1: „Klienti s demencí často špatně spí. V noci se často probouzejí, pak nemohou usnout. Přes den se jim chce spát, jsou unavení a nespolupracují v žádných aktivitách.“
S2: „No, kvalitní spánek u takových nemocných je velký problém. Opakovaně se v noci budí, jsou nadměrně aktivní, mohou bloudit, odcházet. Přes den pospávají nebo i hluboce usnou. Takové jejich chování je pro nás velká zátěž.“
S3: „Spánek mívají narušený velmi často. V noci se několikrát vzbudí, pak nevědí, kde

se nacházejí, mají strach, mohou křičet a volat o pomoc. Často v noci mívají taky bludy a halucinaci. Je samozřejmé že během dne jsou ospalí a několikrát si lehnou.“

S4: *„Poruchy spánku jsou pro mě osobně velkým problémem. Nemocní s demencí trpí častým probouzením, nemohou se vyspat sami a vadí také i ostatním. Moje největší noční můra je, když se dementní klient v noci probudí a pak bloudí po baráku. Nejenže se mu samotnému může něco stát, ale dokáže taky pěkně vystrašit i sestřičky...“*

Zdroj: vlastní

11.1.6 Subkategorie: Nevhodné sexuální chování

Všechny všeobecné sestry dle analýzy dat v subkategorii „*Nevhodné sexuální chování*“ uvádějí, že měly zkušenosti s nevhodným sexuálním chováním u klientů s demencí, které se projevovalo sexuálním obtěžováním. S1 a S2 uvedly, že se s těmito poruchami setkávají méně často. Dle zkušeností S1 a S2 se vyskytují většinou u muže. S3 zdůraznila, že je to velký problém při ošetřování klientů.

K subkategorii se vztahují otázky polostrukturovaného rozhovoru č.1, č. 10.

Tabulka 7 – Nevhodné sexuální chování

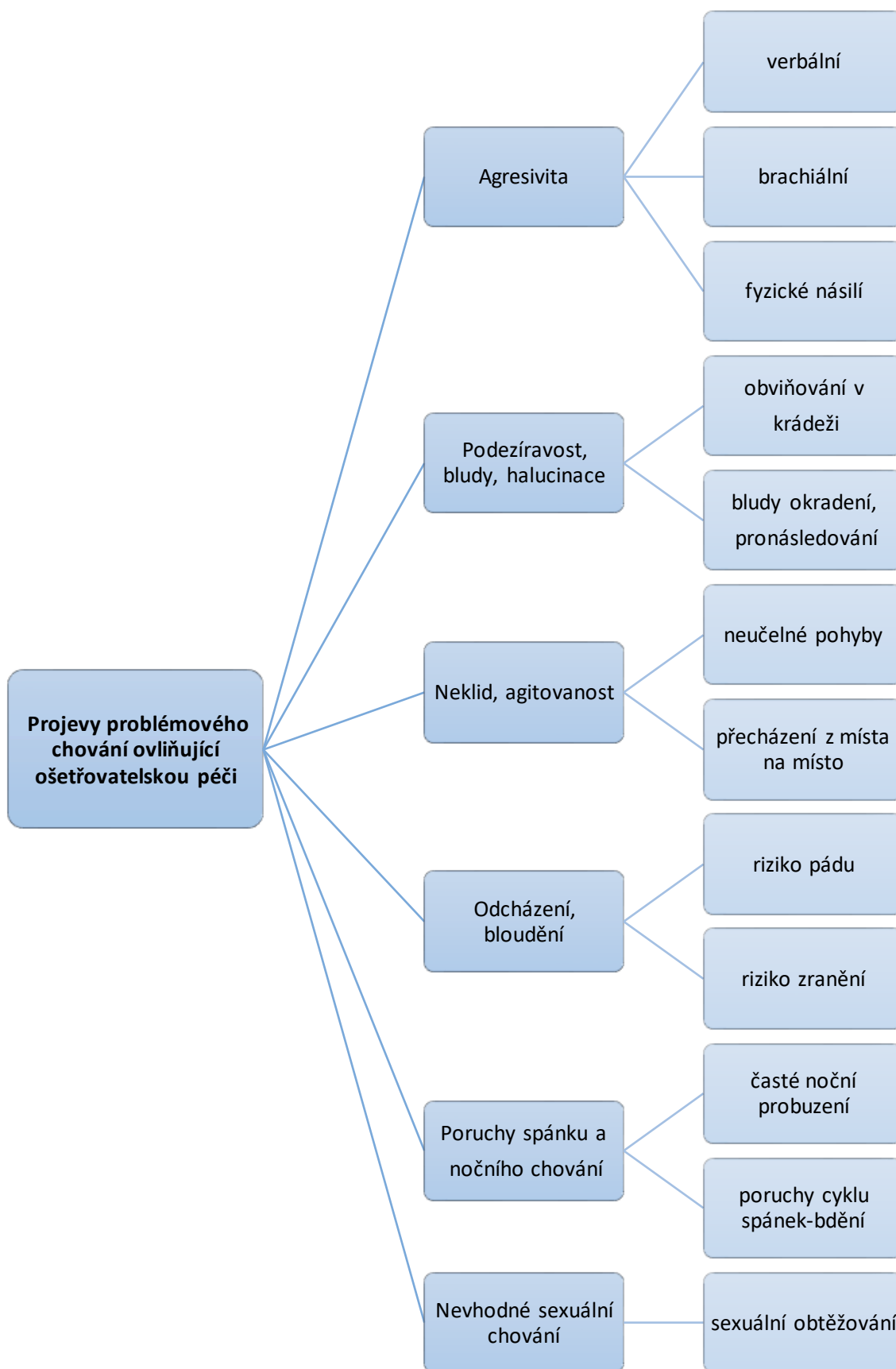
KATEGORIE: Projevy problémového chování ovlivňující ošetrovatelskou péči
Subkategorie: Nevhodné sexuální chování
<p>S1: <i>„Nevhodné sexuální chování není tak časté, ale velmi nepříjemné. Projevuje se spíše u mužů sexuální hyperaktivitou. Mají zvýšené sexuální nucení, mohou masturbovat, někdy i veřejně, obtěžovat sestřičky.“</i></p>
<p>S2: <i>„No, to víte, že se s tím čas od času setkáváme. Chlapy jsou vždy stejní, i když mají demenci. Jsou to lidské bytosti se stejnými potřebami. Za dlouhá léta praxe jsem se naučila s nimi mluvit o jejich sexuálních potřebách. Když to jde, umožňujeme jim návštěvy partnerů v soukromí. Vadí mi, když začínají obtěžovat nás sestřičky svými chtivými pohledy, sexuálními narážkami, sprostými komentáři...“</i></p>
<p>S3: <i>„O tom se v naše země moc nemluví, ale je to velký problém při ošetřování klientů. Senioři v pokročilých stadiích demence ztrácejí veškeré bariéry. Mohou obtěžovat nejen slovně, ale normálně tě plácne na zadek nebo chce tě osahovat. Občas se u klientů proje-</i></p>

vuje i sexuální agresivita.“

S4: *„Já jsem měla klienta, který někdy si myslel, že jsem jeho manželka Maruška a vyžadoval po mně sex. Vždycky jsem našla nějakou výmluvu a dělala jsem si z toho srandu. Ale někdy naši starouškové umí být pěkně sprostí a obtěžující.“*

Zdroj: vlastní

Obrázek 1: Mapa kódů – Kategorie: Projevy problémového chování ovlivňující ošetrovatelskou péči



Zdroj: vlastní

11.2 Kategorie – subjektivní prožitky a pocity všeobecných sester při výskytu poruch chování u klientů s demencí

Druhý dílčí cíl měl za úkol zjistit a popsat, jaké jsou subjektivní prožitky a pocity všeobecných sester při výskytu poruch chování u klientů s demencí. V souladu s dílčí výzkumnou otázkou číslo 2 byla stanovena druhá kategorie – subjektivní prožitky a pocity všeobecných sester při výskytu poruch chování u klientů s demencí. Dle odpovědí všeobecných sester byly k této kategorii přiřazeny 2 subkategorie:

- emoce všeobecných sester
- reakce všeobecných sester

11.2.1 Subkategorie: Emoce všeobecných sester

Na základě analýzy dat v subkategorii „*Emoce všeobecných sester*“ vyplývá, že všechny všeobecné sestry měly strach při poskytování ošetrovatelské péče klientům s agresivním chováním. S4 uvedla, že měla strach i o svůj život. S1, S2 se bojí o nemocné, kteří utíkají nebo odcházejí z pokoje. Dle výpovědí S1, S3 a S4 můžeme posoudit, že sestry v práci zažívají úzkost. S1 a S3 mají pocit zneužívání při nevhodném sexuálním chování. S2 a S3 k seniorům s demencí pociťují lítost. Z výpovědí všech čtyřech participantek je zřejmé, že ve své práci zažívají pocity bezmoci a beznaděje. K subkategorii se vztahují otázky polostrukturovaného rozhovoru číslo 11-19, 22-23.

Tabulka 8 – Emoce všeobecných sester

KATEGORIE: Subjektivní prožitky a pocity všeobecných sester při výskytu poruch chování u klientů s demencí
Subkategorie: Emoce všeobecných sester
S1: „Vždycky mám strach, když se klienti chovají agresivně. Nikdy nevíš, co od nich můžeš očekávat... Bojím se také, když utíkají nebo odcházejí z pokoje, aby se jim nic nestalo. Nejhorší pro mě jsou asi různé sexuální nadávky a obtěžování, je to strašně nepříjemné a ponižující! Chápu, že se s tím nic nedá udělat a je mi z toho smutno.“
S2: „Upřímně je mi seniorů s demencí moc líto. Ten život není vůči nim fér. Nechtěla bych tak dopadnout... Cítím se za ně zodpovědná a moc se bojím, aby neodešli z pokoje a nespadli třeba na schodech. Jistě, že mám strach, když se chovají agresivně. Jsou to psychicky nemocní lidé a mohou mi ublížit nebo mě dokonce i napadnout. Je to s nimi

občas opravdu těžké. Nejhorší na tom je, že ta zákeřná nemoc progreduje a bude jen hůř. Je to celý takový smutný, protože jim nedokážeme nijak pomoci...“

S3: *„Cítila jsem se blbě, když mě paní obviňovala z krádeže svých kalhotek. Na začátku to bylo k smíchu, pak jsem byla vzteklá, protože nemám šanci jí něco vysvětlit nebo dokázat. Chudáci mají svou realitu a v ní žijí. Je mi jich a jejich rodiny občas opravdu líto. Co se týká jiných poruch chování, tak jistě, že se bojím agresivity u klientů, a také je mi nechutné sexuální obtěžování. V Česku se o tom skoro nemluví, ale my se s tím setkáváme denně. Mám pocit, že mě zneužívají... Někdy zažívám i úzkosti.“*

S4: *„Strach jsem zažila několikrát při agresivním jednání klientů. Projevy agrese jsou pro okolí velmi nebezpečné. Klienti s demencí mívají bludy a halucinace, mohou v nás vidět někoho jiného. Bohužel jsem byla napadena fyzicky. Měla jsem strach i o svůj život. Pak jsem se s tím těžce vyrovnávala. Měla jsem úzkost a chtěla jsem v práci skončit. Ale díky kolegům jsem to nějak zvládla.“*

Zdroj: vlastní

11.2.2 Subkategorie: Reakce všeobecných sester

Analyzovaná data v subkategorii „*Reakce všeobecných sester*“ naznačují, že všechny všeobecné sestry se při výskytu poruch chování snaží vyhýbat kontaktu s klienty. S4 uvedla, že má k nim spíš profesionální přístup. S2 věnuje nemocným víc času a pozornosti, pokud není vytížená v práci. S1 a S4 mohou být v extrémních situacích podrážděné či nervózní, rozčilovat se a zvýšit hlas.

K subkategorii se vztahují otázky polostrukturovaného rozhovoru č.11, 20-23.

Tabulka 8 – Reakce všeobecných sester

KATEGORIE: Subjektivní prožitky a pocity všeobecných sester při výskytu poruch chování u klientů s demencí

Subkategorie: Reakce všeobecných sester

S1: *„Jsem nervózní, když klienti s demencí nespolupracují, odmítají jídlo, pítí, vyplivují léky... Musím se u nich zdržet a půlhodiny je přemlouvát, někdy to stejně nepomůže. Pak už mám vztek a mohu občas i zvýšit hlas. Když jsou nemocní agresivní, tak moje první reakcí je utéct a už se nevracet...“*

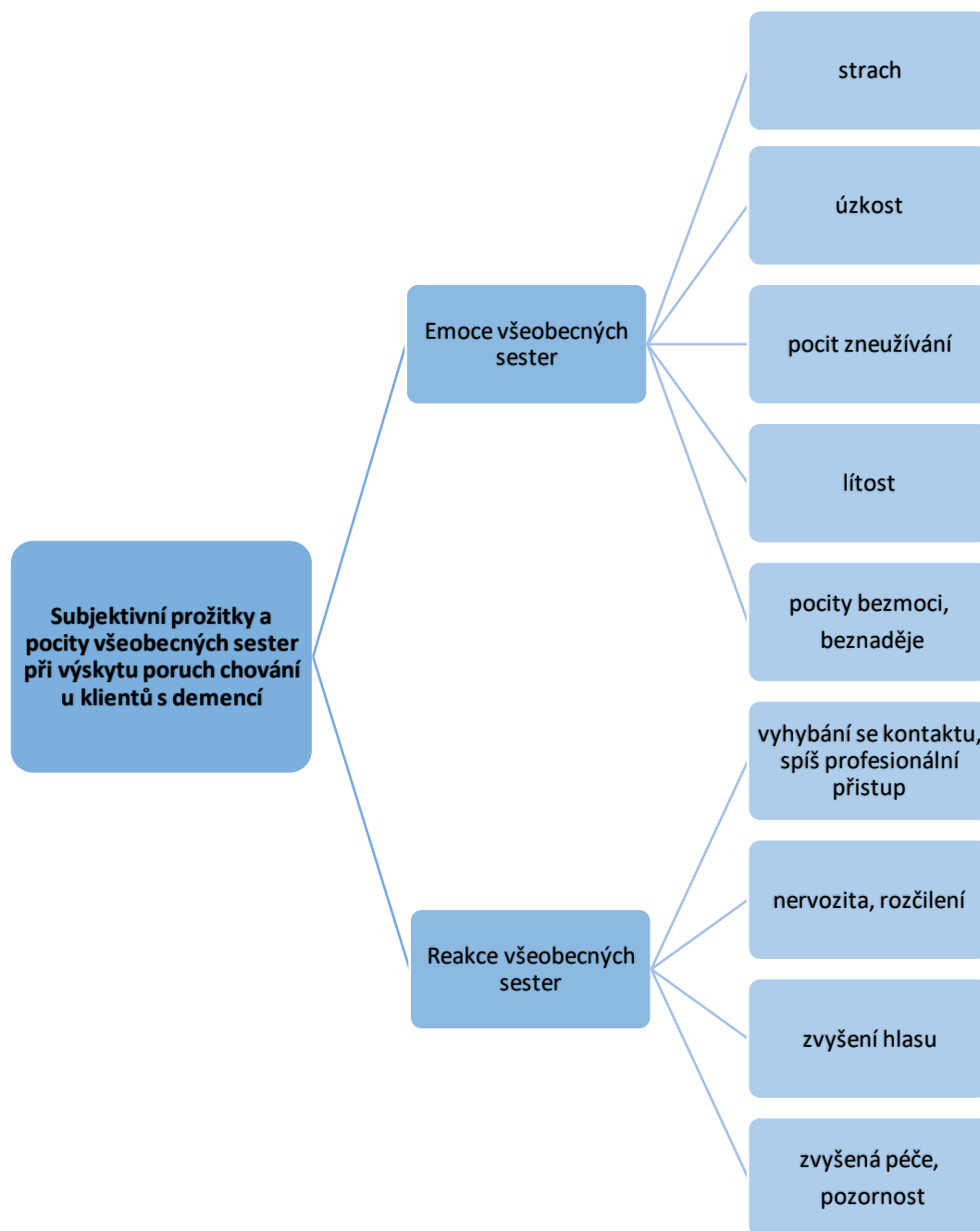
S2: „Na jejich nevhodné chování reaguji různě. Když jsem v pohodě, mám pro ně pochopení, snažím se jim věnovat víc času a pozornosti. Ale když jsem unavená a vyčerpaná, v práci udělám jen to, co je nutné.“

S3: „U klientů s demencí je pro mě nejhůř zvladatelné nevhodné sexuální chování. Nikdy nevím, jak na to mám reagovat. Asi bych potřebovala na toto téma nějaké školení. Snažím se takovým klientům prostě vyhýbat.“

S4: „No, je to pro mě těžký, vždy zachovat klid a být milá... Můžu se rozčilovat, být podrážděná a nervózní, zvyšovat hlas... Občas dělají tak nechutné věci, že už na ně vůbec nemám nervy. Bohužel za dlouhá leta své praxe na LDN a v různých sociálních zařízeních k nim mám už spíš jen profesionální přístup.“

Zdroj: vlastní

Obrázek 2: Mapa kódů – Kategorie: Subjektivní prožitky a pocity všeobecných sester při výskytu poruch chování u klientů s demencí



Zdroj: vlastní

DISKUZE

V diskuzi jsou hodnoceny a komentovány výsledky provedeného kvalitativního výzkumného šetření. Hlavním cílem bakalářské práce bylo zmapovat a popsat zkušenosti všeobecných sester s projevy problémového chování v péči o seniory s demencí. Důležitým kritériem pro zahrnutí všeobecných sester do výzkumu byla délka jejich praxe a ochota se podělit se svými zkušenostmi.

Prvním dílčím výzkumným cílem bylo zjistit, jaké poruchy chování se vyskytují u seniorů s demencí dle zkušeností všeobecných sester. Na základě analýzy rozhovorů, které byly provedené se čtyřmi všeobecnými sestrami, jasně vyplynulo, že všechny měly zkušenosti s *verbální a brachiální agresivitou*, která je jednou z nejčastějších poruch chování u klientů s demencí. Dále všechny participantky uvedly, že měly zkušenosti s *podezíravostí, neklidem a agitovaností*, které se u klientů s demencí vyskytují velmi často. *Odcházení, bloudění, poruchy spánku a nočního chování* jsou také časté poruchy chování u klientů s demencí, se kterými měly zkušenosti všechny všeobecné sestry. Méně často se dle zkušeností všeobecných sester vyskytují *bludy a halucinace*. S1, S2 a S3 uvedly, že měly u klientů s pokročilou demencí zkušenosti s bludy okradení a pronásledování. Všechny participantky měly zkušenosti s *nevhodným sexuálním chováním* u klientů s demencí, které se projevovalo sexuálním obtěžováním. Participantky S1 a S2 uvedly, že se s těmito poruchami setkávají méně často a většinou u mužů.

Dle výpovědí všeobecných sester jsme provedly **vyhodnocení výzkumné otázky číslo 1**: Jaké poruchy chování u seniorů s demencí nejvíc ovlivňují ošetrovatelskou péči? Z analýzy dat vyplývá, že nejvíce ošetrovatelskou péči ovlivňuje *agresivní chování, neklid a agitovanost* u klientů s demencí. Všechny participantky je uvádějí jako nejčastěji se vyskytující poruchy chování, které komplikují provedení ošetrovatelských intervencí a jsou velmi zatěžující a vyčerpávající. *Odcházení a bloudění* u klientů s demencí považují všechny všeobecné sestry za nebezpečné. Tyto poruchy souvisí se zvýšeným rizikem pádů a zranění u nemocných. Z výsledků vyplývá, že *poruchy spánku a nočního chování* mají negativní dopad na kvalitu života nemocných s demencí a pro všeobecné sestry jsou velmi zatěžující. Překvapivý byl výsledek, který vyšel z výpovědí participantek ohledně *podezíravosti, bludů a halucinací* u seniorů s demencí. Dle zkušeností všeobecných sester tyto poruchy chování ovlivňují ošetrovatelskou péči tím, že vedou ke vzniku nepříjemných si-

tuací, jejichž vyřešení od nich vyžaduje hodně času. Vzhledem k pracovní vytíženosti a časové tísní to má na ošetrovatelskou péči negativní vliv. Dle vypovědí všeobecných sester je zřejmé, že *nevhodné sexuální chování* u klientů s demencí je pro ně velmi obtěžující. S3 zdůraznila, že je to při ošetrování klientů velký problém, o kterém se v ČR moc nemluví.

Shodné výsledky ze svého výzkumu prezentuje v knize „*Když do života vstoupí demence*“ Mgr. Marcela Hauke. Výzkum se zabýval zmapováním problematiky sociálních služeb v kontextu péče o osoby s demencí. Do dotazníkové výzkumného šetření bylo zahrnuto 173 respondenti ze 62 organizací z celé České republiky. Z výsledků vyplývá, že pracovníce se u klientů s demencí ve vyšší míře setkávají s agresivitou (79 % respondentů zažilo ve své praxi verbální agrese a 39 % brachiální). 71 % vnímá fyzickou agresi jako problémovou situaci. Také se ukázalo, že 89 % respondentů se setkává s podezíravostí, kterou vnímají jako součást demence a 70 % pracovníků mělo zkušenosti s blouděním u nemocných s demencí, které považují za problémovou situaci. (Hauke, 2017, s. 25,110-111,114-115)

Autorka Blahova (2016) ve své bakalářské práci pomocí dotazníkového šetření dospěla k závěru, že agresivita je nejčastější poruchou chování, kterou zmínili zaměstnanci sociálních zařízení (32 respondentů), deset dotazovaných uvedlo zmatenost a obviňování, devět respondentů jako problémové chování označilo bloudění, čtyři – nespavost a ztrátu zábran, troje z dotazovaných uvedli poruchy sexuálního chování. (Blahová, 2016, s. 45)

Shodné výsledky ve své bakalářské práci „*Chování zdravotníků k pacientům s demencí*“ uvádí Helclová (2019), kde všechny respondentky v rozhovoru označily agresivitu a naléhavé chování jako nejvíce zatěžující a vyčerpávající poruchy chování u pacientů s demencí. (Helclová, 2019, s. 66-68)

Doc. MUDr. Robert Rusina a doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D. (2014) v odborném článku „*Poruchy spánku a nočního chování u Alzheimerovy nemoci a dalších demencí*“ popisují podobné výsledky. V článku se uvádí, že poruchy spánku a cirkadiálního rytmu se vyskytují až u 25–35 % pacientů s demencí. Jsou vážným problémem v pečovatelských zařízeních a léčebnách. Mají negativní dopad na kvalitu života nemocných s demencí a jsou velmi vyčerpávající pro pečovatele. (Rusina, 2014, s. 182-183)

Druhý dílčí výzkumný cíl měl za úkol zjistit a popsat, jaké jsou subjektivní prožitky a pocity všeobecných sester při výskytu poruch chování u klientů s demencí. Výzkumná otázka číslo 2 byla tedy identifikovaná: Jaké jsou subjektivní prožitky a pocity všeobecných sester při výskytu poruch chování u klientů s demencí. Na základě analýzy dat rozhovorů jsme provedly **vyhodnocení výzkumné otázky číslo 2**. Z výsledku vyplývá, že všechny všeobecné sestry zažívaly *strach* při poskytování ošetrovatelské péče klientům s agresivním chováním. S1 a S2 měly strach i o klienty, kteří utíkali nebo odcházeli z pokoje. Tři participantky ze čtyř naznačily, že zažívají *úzkost*. S2 a S3 uvedly, že k seniorům s demencí pociťují *lítost*. Dvě participantky mají *pocit zneužívání* při nevhodném sexuálním chování u klientů s demencí. Všechny čtyři všeobecné sestry zažívají *pocity bezmoci a beznaděje*.

Jako reakce na poruchy chování u klientů s demencí všechny všeobecné sestry popsaly, že *se snaží vyhybat kontaktu s klienty*. Jedna sestra uvedla, že v péči o klienty s poruchami chování využívá *spíš profesionální přístup*. Dvě participanty se přiznaly, že v extrémních situacích mohou *být podrážděné, nervózní, rozčilovat se a také zvýšit hlas*. Participantka S2 se snaží nemocným *věnovat víc času a pozornosti*.

Aautoři Jun-Ah Song a Younjae Oh (2015) zjišťovali souvislost mezi výskytem poruch chování u klientů s demencí a zátěží formálních pečovatелů v domovech pro seniory v Jižní Koreji. Výsledky ukázaly, že behaviorální a psychologické příznaky demence (BPSD) jsou zdrojem psychické tísně pro personál. Celkové skóre BPSD mělo statisticky významnou pozitivní korelaci s celkovým skóre distresu. Nejvíce znepokojujícími a zatěžujícími poruchami chování pro zdravotní sestry byly agitovanost a agrese u nemocných s demencí. Tyto výsledky se shodují s výpověďmi všech participantek výzkumného kvalitativního šetření. (Song, 2015)

Adelheid Holst a Lisa Skär (2017) provedli systematický přehled publikovaných výzkumných studií v letech 2000–2015. Účelem této studie bylo prozkoumat zkušenosti formálních pečovatелů s agresivním chováním u starších lidí žijících s demencí v domovech pro seniory. Výsledky ukazují, že agresivní chování u nemocných s demencí vyvolává u formálních pečovatелů negativní pocity a úzkost a také ovlivňuje kvalitu ošetrovatelské péče. Tyto výsledky se shodují s výsledky výzkumného šetření této bakalářské práce. (Holst, 2017)

Shodné výsledky ukazuje i studie Younhee Kang a Yugin Hur (2021). Zjištění v této studii vycházejí z průzkumů provedených v pěti zemích (Spojené Království, Irsko, Jižní Korea, Tchaj-wan a Švédsko), které zkoumaly zkušenosti zdravotních sester s poskytováním ošetrovatelské péče pacientům s demencí. Z výsledků vyplývá, že zdravotní sestry zažívaly úzkost po agresivním chování klientů s demencí. Při sexuálním obtěžování nebo fyzické agresi měly strach, frustraci a pocit zneužívání. Sestry, které utrpěly zranění od pacientů, čelily emocionálním problémům. Participantka S4 po fyzickém napadení ve své odpovědi uvádí: „*Měla jsem strach i o svůj život. Pak jsem se s tím těžce vyrovnávala. Měla jsem úzkost a chtěla jsem v práci skončit.*“ Sestry začaly ošetřovat seniory s demencí apatickým a přísně profesionálním způsobem, vyhýbaly se kontaktu a komunikace. (Kang, 2021)

Autoři Hironori Yada, Hiroši Abe, Xi Lu a kol. (2014) v odborném článku „Stres související s prací u psychiatrických sester v Japonsku pečujících o starší pacienty s demencí“ opublikovali výsledky své studie, které se zúčastnilo 385 psychiatrických sester ze šesti psychiatrických nemocnic v Japonsku. Provedená analýza ukázala, že nejvíce ve své práci sestry zažívají úzkost a podrážděnost, což odpovídá výsledkům našeho výzkumu. (Yada, 2014)

Marcela Hauke (2014) ve své knize „*Zvládání problémových situací se seniory nejen v pečovatelských službách*“ uvádí, že pracovníci v sociálních službách mohou při výskytu problémového chování u klientů prožívat strach, úzkost, pocit bezmoci. (Hauke, 2014, s. 17)

LIMITY VÝZKUMU

Výsledky tohoto kvalitativního výzkumného šetření přináší přehled zkušeností všeobecných sester s problémovým chováním u seniorů s demencí, spojené s poskytováním ošetrovatelské péče. Rozhovory byly provedeny se čtyřmi všemocnými sestrami, které působí na stejném pracovišti. Bylo by vhodné doplnit výzkum o kvantitativní výzkumnou metodu v různých sociálních zařízeních, aby bylo možné výsledky zevšeobecnit. Pro prohloubení porozumění zkoumaného problému by bylo vhodné provést výzkum, který by zkoumal strategie a postupy, které volí všeobecné sestry pro zvládnutí poruch chování u nemocných s demencí.

Za limity výzkumu také považuji svou nezkušenost s prováděním výzkumu, omezený čas na jeho přípravu a realizaci.

DOPORUČENÍ PRO OŠETŘOVATELSKOU PRAXI

Výsledky výzkumu této bakalářské práce ukazují, že se všeobecné sestry často setkávají s problémovým chováním u seniorů s demencí. Ošetrovatelská péče o tyto klienty je velmi náročná a stresující, vyžaduje od zdravotníků porozumění problematice demencí a přizpůsobení specifickým potřebám nemocných. Jako doporučení pro praxi považujeme za přínosné provést odborné školení zdravotnického personálu sociálního zařízení LON-GEVITA SENIO s.r.o. na téma „Specifika ošetrovatelské péče o klienty s demencí“. Školící akce bude zaměřená na detailnější seznámení zaměstnanců s problematikou, ovlivnění postoje a přístupu ke klientům a demencí. Pozvánka k pracovnímu setkání s odborným školením je přiložena v příloze této práce. (Příloha D)

ZÁVĚR

Hlavním cílem této bakalářské práce bylo zmapovat a popsat prožité zkušenosti všeobecných sester s projevy problémového chování v péči o seniory s demencí. Pomocí prvního dílčího cíle a otázky jsme zjišťovaly, jaké poruchy chování se vyskytují u seniorů s demencí dle zkušenosti všeobecných sester a jak ovlivňují ošetrovatelskou péči. Druhým dílčím výzkumným cílem bylo zjistit a popsat, jaké jsou subjektivní prožitky a pocity všeobecných sester při výskytu poruch chování u klientů s demencí.

V teoretické části bakalářské práci je rozebrána problematika syndromu demence, kde jsou popsány definice, epidemiologie, klinické projevy, fáze, klasifikace, diagnostika a léčba onemocnění. Dále jsme se v teoretické části zaměřily na specifika ošetrovatelské péče o pacienty s demencí, popisujeme způsoby a zásady správné komunikaci s osobou trpící demencí. Dále se zabýváme problémovým chováním u nemocných s demencí, kde podrobně popisujeme jeho nejčastější projevy a pravidla efektivního zvládnání.

Praktická část je založena na zpracování kvalitativního výzkumu. Sběr dat byl proveden metodou polostrukturovaného rozhovoru se všeobecnými sestrami sociálního zařízení. Polostrukturovaný rozhovor se skládal z předem připravených otevřených otázek. V rámci rozhovoru byly použity i doplňující otázky zacílené na prohloubení porozumění zkoumaného problému.

Z výzkumu vyplynulo, že jako nejčastější poruchy chování u klientů s demencí všechny všeobecné sestry uvedly: verbální a brachiální agresivitu, podezíravost, neklid a agitovanost, odcházení, bloudění, poruchy spánku a nočního chování. S těmito poruchami chování měly zkušenosti všechny čtyři participantky. Méně často se dle výpovědí všeobecných sester vyskytují bludy, halucinace a nevhodné sexuální chování. Tři participantky měly zkušenosti s bludy okradení a pronásledování u klientů s pokročilou demencí. S nevhodným sexuálním chováním měly zkušenosti všechny všeobecné sestry. Dále z výsledků výzkumu vyplývá, že nejvíc ošetrovatelskou péči ovlivňují agresivní chování, neklid a agitovanost u klientů s demencí. Tyto poruchy chování dle zkušenosti participantek komplikují provedení ošetrovatelských intervencí a jsou velmi zatěžující a vyčerpávající. Zvýšené riziko pádu a zranění u klientů s demencí všechny všeobecné sestry spojují s odcházením a blouděním. Z výsledků také vyplývá, že poruchy spánku a nočního chování mají negativní dopad na kvalitu života nemocných s demencí a jsou

velmi zatěžující pro všeobecné sestry. Podezíravosti, bludy a halucinace vedou dle zkušeností všeobecných sester ke vzniku nepříjemných situací, jejichž vyřešení od nich vyžaduje hodně času. Vzhledem k pracovní vytíženosti a časové tísní to má negativní vliv na ošetrovatelskou péči. Kromě toho je v ošetrovatelské péči o klienty s demencí velkým problémem nevhodné sexuální chování, které je pro sestry velmi obtěžující.

Z vyhodnocení výzkumu vyplývá, že všeobecné sestry zažívají při výskytu poruch chování u klientů s demencí strach, úzkost, pocit zneužívání, pocity bezmoci a beznaděje, ale také i lítost. Jako reakce na poruchy chování u klientů s demencí všechny všeobecné sestry popsaly, že se snaží vyhýbat kontaktu s klienty, mají spíš profesionální přístup, mohou být podrážděné, nervózní, rozčilovat se a zvýšit hlas. Jedna participantka uvedla, že se snaží nemocným věnovat víc času a pozornosti.

Dle výsledků výzkumného šetření je zřejmé, že všeobecné sestry se v rámci poskytování ošetrovatelské péče často setkávají s problémovým chováním u seniorů s demencí. Tyto poruchy chování výrazně ovlivňují ošetrovatelskou péči a mají negativní dopad na psychický a emocionální stav sester. Problémové chování ovlivňuje také přístup a postoj všeobecných sester k nemocným.

SEZNAM LITETRATURY

ALZHEIMER EUROPE, 2020. *Dementia in Europe Yearbook 2019: Estimating the prevalence of dementia in Europe* [online]. Luxembourg, 102 s. [cit. 2021-10-30]. ISBN 978-99959-995-9-9. Dostupné z: <https://www.alzheimereurope.org/Publications/Dementia-in-Europe-Yearbooks>

BAJTOŠOVÁ, Radoslava, Iva HOLMEROVÁ a Robert RUSINA, 2021. Nové pohledy na léčbu demence. *Neurologie pro praxi*. **22**(3), 194-200. ISSN 1213-1814. Dostupné z: doi:10.36290/neu.2021.014

BARTOŠ, Aleš, 2022. Inovativní a původní české kognitivní testy Amnesia Light and Brief Assessment a Pojmenování obrázků a jejich vybavení. *Medicína pro praxi*. **19**(1), 50-57. ISSN 1214-8687. Dostupné z: doi:10.36290/med.2022.007

BLAHOVÁ, Hana, 2016. *Komplexní péče o seniory s demencí*. Pardubice. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice. Fakulta zdravotnických studií. Katedra ošetrovatelství.

BUŽGOVÁ, Radka a Radka KOZÁKOVÁ, 2020. *Základy paliativní péče v neurologii*. První vydání. Praha: Galén, 287 s. ISBN 978-80-7492-502-3.

CIPRIANI, Gabriele, Martina ULIVI, Sabrina DANTI, Claudio LUCETTI a Angelo NUTI, 2016. Sexual disinhibition and dementia. *Psychogeriatrics* [online]. **16**(2), 145-153 [cit. 2023-03-26]. ISSN 13463500. Dostupné z: doi:10.1111/psyg.12143

ČECHOVÁ, Kateřina, 2019. *V bludišti jménem Alzheimer*. Praha: Management Press, s. 430.

ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST, 2021. *Výroční zpráva za rok 2020* [online]. In: . Praha [cit. 2021-10-30]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/cals/vyrocnizpravy/>

ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST, 2016. *Zpráva o stavu demence*. Praha, 43 s. ISBN 978-80-86541-50-1.

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, 2021. *Příčiny smrti v roce 2020* [online]. Praha [cit. 2021-10-31].

Dostupné z: https://www.czso.cz/documents/10180/163378569/csu_tk_priciny_smrti_presentatione.pdf/b87f04e6-ca7a-4c3e-9a1b-8eef3fe1c32d?version=1.0

DUŠEK, Karel, 2015. *Diagnostika a terapie duševních poruch, 2. vydání*. Praha: Grada Publishing, s. 648.

EHRENFREUCHTER, Claudia a Angelika FALLERT-MULLER, 2014. *Když se paměť vytrácí...: Život s Alzheimerovou chorobou a jinými typy demence z pohledu pacientů i pečujících*. Vyd. 1. Přeložil Emílie HARANTOVÁ, přeložil Pavel DANKO. Praha: Tarsago Česká republika, 256 s. Reader's Digest. ISBN 978-80-7406-248-3.

ESHMAWEY, Mohamed, 2022. Sexuality and Neurodegenerative Disease: An Unmet Challenge for Patients, Caregivers, and Treatment. *Neurodegenerative Diseases* [online]. **21**(3-4), 63-73 [cit. 2023-03-26]. ISSN 1660-2854. Dostupné z: doi:10.1159/000522042

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

FRANKOVÁ, Vanda, 2017. Demence u Alzheimerovy choroby. *Psychiatrie pro praxi* [online]. **18**(1), 30-33 [cit. 2022-12-13].

GURKOVÁ, Elena, 2019. *Praktický úvod do metodologie výzkumu v ošetrovatelství*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 95 s. ISBN 978-80-244-5627-0.

HÁJKOVÁ, Lucie, Dana HRADCOVÁ, Hana JANEČKOVÁ, Martina MÁTLOVÁ a Hana VAŇKOVÁ, 2016. *Komplexní péče o lidi s demencí: na příkladu kritérií Certifikace Vážka®*. První vydání. Praha: Česká alzheimerovská společnost, o.p.s., 37 s. ISBN 978-80-86541-48-8.

HAUKE, Marcela, 2014. *Zvládání problémových situací se seniory : nejen v pečovatelských službách*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 128 s. ISBN 978-80-247-5216-7.

HAUKE, Marcela, 2017. *Když do života vstoupí demence, aneb, Praktický průvodce péčí o osoby s demencí nejen v domácím prostředí*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 314 s. ISBN 978-80-906320-7-3.

HENDL, Jan, 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.

HENDL, Jan a Jiří REMR, 2017. *Metody výzkumu a evaluace*. Vydání první. Praha: Portál, 376 s. ISBN 978-80-262-1192-1.

HETCLOVÁ, Romana, 2019. *Chování zdravotníků k pacientům s demencí*. Pardubice. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice. Fakulta zdravotnických studií. Katedra ošetrovatelství.

HOLMEROVÁ, Iva, 2013. Strategie České alzheimerovské společnosti P-PA-IA: Péče a podpora lidem postiženým syndromem demence. *Geriatric a gerontologie*. Praha, **2**(3), 158-164. ISSN 1805-4684.

HOLMEROVÁ, Iva, 2018. *Case management v péči o lidi žijící s demencí*. 1. Praha: Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy, s. 231.

HOLMEROVÁ, Iva, 2019. Praktický lékař a demence. *Medicína pro praxi*. Praha, **16**(4), 247-253. Dostupné z: doi:10.36290/med.2019.038

HOLST, Adelheid a Lisa SKÄR, 2017. Formal caregivers' experiences of aggressive behaviour in older people living with dementia in nursing homes: A systematic review. *International Journal of Older People Nursing* [online]. **12**(4) [cit. 2023-03-26]. ISSN 17483735. Dostupné z: doi:10.1111/opn.12158

HONZÁK, Radkin, 2020. *Emoce od A do P*. Praha: Galén, 195 s. ISBN 978-80-7492-492-7.

JAROŠOVÁ, Darja a Renáta ZELENÍKOVÁ, 2014. *Ošetrovatelství založené na důkazech*. 1. vyd. Praha: Grada, 136 s. Sestra. ISBN 978-80-247-5345-4.

JIRÁK, Roman, 2013. *Gerontopsychiatrie*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-873-5.

JIRKOVSKÁ, Blanka, 2022. *Nefarmakologické cesty k lepšímu životu s demencí*. 1. vydání. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 177 s. ISBN 978-80-86541-66-2.

KANG, Younhee a Yujin HUR, 2021. Nurses' Experience of Nursing Workload-Related Issues during Caring Patients with Dementia: A Qualitative Meta-Synthesis. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [online]. **18**(19) [cit. 2023-03-26]. ISSN 1660-4601. Dostupné z: doi:10.3390/ijerph181910448

KISVETROVÁ, Helena, 2020. *Demence a kvalita života*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 138 s. ISBN 978-80-244-5708-6.

KORÁBEČNÝ, Jan, Ondrej SOUKUP a Martin VALIŠ, 2020. *Alzheimerova nemoc*. 1. vydání. Praha: Maxdorf s.r.o, 198 s. ISBN 978-80-7345-643-6.

LUŽNÝ, Jan, 2012. *Gerontopsychiatrie*. 1. vydání. Praha: Triton, 160 s. ISBN 978-80-7387-573-2.

MASOPUST, Jiří, Dita PROTOPOPOVÁ a Martin VALIŠ, 2016. Farmakoterapie poruch chování u demencí. *Psychiatrie*. **20**(1), 43-49. ISSN 1211-7579. Dostupné také z: <http://www.tigis.cz/casopisy/>

MASOPUST, Jiří a Martin VALIŠ, 2018. *Demence & poruchy chování: informace pro nemocné, jejich blízké a pečovatele*. Vydání první. Praha: Vipfarm Slovakia s.r.o., organizační složka CZ, 15 s. ISBN 978-80-270-3673-8.

MCDERMOTT, Orii, Georgina CHARLESWORTH, Eef HOGERVORST, Charlotte STONER, Esme MONIZ-COOK, Aimee SPECTOR, Emese CSIPKE a Martin ORRELL, 2018. Psychosocial interventions for people with dementia: a synthesis of systematic reviews. *Aging & Mental Health* [online]. **23**(4), 393-403 [cit. 2023-03-26]. ISSN 1360-7863. Dostupné z: doi:10.1080/13607863.2017.1423031

MILETÍNOVÁ, Eva a Jitka BUŠKOVÁ, 2018. Poruchy spánku u seniorů a možnosti jejich léčby. *Psychiatrie pro praxi*. **19**(3), 116-122. ISSN 1213-0508. Dostupné z: doi:10.36290/psy.2018.024

MIŠOVIČ, Ján, 2019. *Kvalitativní výzkum se zaměřením na polostrukturovaný rozhovor*. Vydání první. Praha: Slon, 292 s. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-7419-285-2.

MZ ČR, 2021. *Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a další obdobná onemocnění na léta 2020–2030* [online]. Praha, 84 s. [cit. 2023-01-21]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2021/04/NAPAN-2020-2030.pdf>

NINOT, Grégory, 2019. Defining the Concept of Non-Pharmacological Interventions (NPI). In: *Blog en Sante* [online]. [cit. 2022-12-14]. Dostupné

z: <https://blogensante.fr/en/2013/09/16/definir-la-notion-dintervention-non-medicamenteuse/>

PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ, 2014. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. 1. vyd. Praha: Grada, 295 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4236-6.

PROKOPOVÁ, Iva, 2018. Farmakoterapie Alzheimerovy demence a přidružených neuropsychiatrických symptomů – 1. část. *Psychiatrie pro praxi* [online]. **19**(1), 7-10 [cit. 2022-12-12]. Dostupné z: doi:10.36290/psy.2018.002

PROVAZNÍKOVÁ, Eva a Zdeněk KALVACH, 2016. *Rady pro pečující o člověka s demencí*. Vydání první. [Praha]: Diakonie ČCE, 160 s. Rady pro pečující. ISBN 978-80-87953-15-0.

RABOCH, Jiří a Pavel PAVLOVSKÝ, 2020. *Psychiatrie*. Vydání druhé. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 468 s. ISBN 978-80-246-4604-6.

RUSINA, Robert a Iva HOLMEROVÁ, 2014. Poruchy spánku a nočního chování u Alzheimerovy nemoci a dalších demencí. *Neurologie pro praxi*. **15**(4), 182-185. ISSN 1213-1814. Dostupné také z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/archiv.php>

RUSINA, Robert a Radoslav MATĚJ, 2019. *Neurodegenerativní onemocnění*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta, 447 s. Aeskulap. ISBN 978-80-204-5123-1.

RUSINA, Robert a Šárka ŠPECIÁNOVÁ, 2020. Paliativní aspekty u pokročilé demence. *Neurologie pro praxi* [online]. Praha, **21**(2), 100-102 [cit. 2022-12-28]. Dostupné z: doi:10.36290/neu.2020.056

RŮŽIČKA, Evžen, 2021. *Neurologie*. 2. vydání Praha: Stanislav Juhaňák - Triton, 541 s. ISBN 978-80-7553-681-5.

SONG, Jun-Ah a Younjae OH, 2015. The Association Between the Burden on Formal Caregivers and Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) in Korean Elderly in Nursing Homes. *Archives of Psychiatric Nursing* [online]. **29**(5), 346-354 [cit. 2023-03-26]. ISSN 08839417. Dostupné z: doi:10.1016/j.apnu.2015.06.004

ŠÁTEKOVÁ, Lenka, 2021. *Demence: hodnoticí techniky a nástroje*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 192 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-1695-9.

ŠTĚTKÁŘOVÁ, Ivana, 2021. *Moderní farmakoterapie v neurologii*. 3. rozšířené vydání. Praha: Maxdorf. Moderní farmakoterapie. ISBN 978-80-7345-706-8.

TRACHTOVÁ, Eva, 2018. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu: učební texty pro vyšší zdravotnické školy, bakalářské a magisterské studium, specializační studium sester*. Vydání čtvrté, rozšířené. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brne, 261 s. ISBN 978-80-7013-590-7.

UHROVÁ, Tereza a Jan ROTH, 2020. *Neuropsychiatrie: klinický průvodce pro ambulantní i nemocniční praxi*. 1. vydání. Praha: Maxdorf, 965 s. Jessenius. ISBN 978-80-7345-619-1.

Internetová jazyková příručka [online] (2008–2023). Praha: Ústav pro jazyk český AV ČR, v. v. i. Cit. 31. 3. 2023. <<https://prirucka.ujc.cas.cz/>>.

VÁGNEROVÁ, Marie, 2012. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vydání páté, rozšířené. a přepracované. Praha: Portál, 872 s. ISBN 978-80-262-0225-7.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019. *ISupport for dementia: training and support manual for carers of people with dementia* [online]. 273 s. [cit. 2023-01-03]. ISBN 9789241515863. Dostupné z: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/324794>

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021. *Global status report on the public health response to dementia* [online]. 251 s. [cit. 2021-10-30]. ISBN 978-92-4-003324-5. Dostupné z: <file:///C:/Users/olgar/Downloads/9789240033245-eng.pdf>

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021. *Dementia: Key facts* [online]. In: . Geneva [cit. 2021-10-30]. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

YADA, Hironori, Hiroshi ABE, Xi LU, Yuko WAKIZAKI, Hisamitsu OMORI, Hisae MATSUO, Yasushi ISHIDA a Takahiko KATOH, 2014. Job-related stress in psychiatric nurses in Japan caring for elderly patients with dementia. *Environmental Health and Preventive Medicine* [online]. **19**(6), 436-443 [cit. 2023-03-26]. ISSN 1342-078X. Dostupné z: [doi:10.1007/s12199-014-0414-6](https://doi.org/10.1007/s12199-014-0414-6)

ZHÁNĚL, Jiří, Vladimír HELLENBRANDT a Martin SEBERA, 2014. *Metodologie výzkumné práce*. 1. vydání. Brno: Masaryková univerzita, 65 s. ISBN 978-80-210-6696-0.

ZVĚŘOVÁ, Martina, 2017. *Alzheimerova demence*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 144 s. ISBN 978-80-271-0561-8.

ZVĚŘOVÁ, Martina, 2022. *Gerontopsychiatrie v klinické praxi*. Vydání 1. Praha: Grada Publishing. Psyché (Grada). ISBN 978-80-271-3465-6.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Žádost o udělení souhlasu s výzkumem

Příloha B – Informovaný souhlas pro rozhovor

Příloha C – Otázky k rozhovorům

Příloha D – Pozvánka k pracovnímu setkání s odborným školením

Příloha E – Potvrzení o vypracování rešerší

PŘÍLOHY

Příloha A – Žádost o udělení souhlasu s výzkumem



FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ
ZÁPADOČESKÉ UNIVERZITY
V PLZNI

Žádost pro oslovenou instituci

Vážený pane jednatele Petře Šindeláře,

dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření v sociálním zařízení LONGEVITA SENIO s.r.o., jež je součástí závěrečné bakalářské práce studentky Olgy Rego, posluchačky bakalářského studijního programu Všeobecné ošetřovatelství, Fakulty zdravotnických studií, Západočeské univerzity v Plzni.

Hlavním cílem této práce je analyzovat zkušenosti všeobecných sester s projevy problémového chování v péči o seniory s demencí. Pro dosažení cíle byl zvolen kvalitativní druh výzkumu metodou rozhovoru. Výsledky výzkumného šetření pomohou identifikovat specifika ošetřovatelské péče o seniory s demencí v sociálních zařízeních.

Sledovaný soubor tvoří všeobecné sestry LONGEVITA SENIO s.r.o.

Sběr dat bude proveden metodou polostrukturovaného rozhovoru se všeobecnými sestrami sociálního zařízení. Polostrukturovaný rozhovor se skládá s předem připravených otevřených otázek. V rámci rozhovoru budou použity i doplňující otázky zacílené na prohloubení porozumění zkoumaného problému

Výzkumné šetření bude provedeno s použitím postupů **anonymizace dat**, plně v souladu s etickými zásadami, aktuálně platnou *Metodikou zpracování kvalifikačních prací* fakulty a standardy akademického psaní.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením Mgr. Lenky Kroupové

Výsledky šetření Vám po dokončení práce rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí:

Souhlasím

Nesouhlasím

V *Plzeň* dne *2.2.2023*

LONGEVITA SENIO s.r.o.
Razítko a podpis zastupce instituce
Všeruby 243, 330 16 Všeruby
IČ: 26393743, DIČ: CZ26393743

Zdroj: vlastní

Příloha B – Informovaný souhlas pro rozhovor

INFORMOVANÝ SOUHLAS PRO ROZHOVOR

NÁZEV BAKALÁŘSKÉ PRÁCE:

Specifika ošetrovatelské péče o seniory s demencí

STUDENT: Olga Rego

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

e-mail: rego@students.zcu.cz

VEDOUcí BP: Mgr. Lenka Kroupová

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

e-mail: lenkroup@kos.zcu.cz

CÍL BAKALÁŘSKÉ PRÁCE:

Hlavním cílem studie je zmapovat a popsat prožité zkušenosti všeobecných sester s projevem problémového chování u seniorů s demencí v rámci poskytování ošetrovatelské péče. Dílčí cíle práce:

1. Zjistit, jaké poruchy chování se vyskytují u seniorů s demencí dle zkušenosti všeobecných sester.
2. Zjistit a popsat, jaké jsou subjektivní prožitky a pocity všeobecných sester při výskytu poruch chování u klientů s demencí.

S Vaším svolením bude s Vámi proveden rozhovor. Náš rozhovor bude nahráván na diktafon. Vámi sdílené informace nebudou poskytnuty nikomu jinému než studentu a vedoucímu bakalářské práce. Záznamy budou ihned po kompletaci studie vymazány. Úryvky z rozhovoru budou použité v bakalářské práci, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude uvedena, místo toho bude použit pseudonym. Od výzkumu můžete kdykoliv odstoupit.

SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já souhlasím s účastí ve výzkumu. Souhlasím se záznamem rozhovoru na diktafon a využitím mých odpovědí pro tuto studii. Rozumím, že mohu kdykoliv od výzkumu odstoupit a že citace mých odpovědí budou použity anonymně.

Podpis účastníka výzkumu: Datum:

Podpis studenta: Datum:

Zdroj: vlastní

Příloha C – Otázky k rozhovorům

1. S jakými poruchami chování u klientů s demencí se nejčastěji setkáváte ve své praxi?
2. Jak byste popsala svoje zkušenosti s projevy agresivního chování u seniorů s demencí?
3. Jak se projevuje verbální agrese?
4. Jaké způsoby brachiální agrese využívají senioři s demencí?
5. Jaké jsou Vaše zkušenosti s násilným chováním nebo fyzickým napadením ze strany klienta se syndromem demence?
6. Můžete popsat okolnosti, které předcházely vzniku agresivního chování?
7. Jaké neagresivní poruchy chování podle Vás nejvíc ovlivňují ošetrovatelskou péči o seniory s demencí? (Bloudění, odcházení, neklid, agitovanost) Proč?
8. Jaké poruchy spánku jste pozorovala u klientů s demencí?
9. Jaké psychotické příznaky se vyskytují u nemocných s demencí? (Podezíravost, halucinace, bludy, paranoia)
10. Jak byste charakterizovala nevhodné sexuální chování u seniorů s demencí?
11. Jaké poruchy chování v péči o klienty s demencí jsou pro Vás nejhůře zvladatelné?
12. S jakými poruchami chování v péči o klienty s demencí jste se cítila bezradná?
13. Mohla byste mi popsat prosím, jaké pocity jste měla při agresivním chování nemocných s demencí?
14. Jaké emoce jste měla, když byli klienti vůči Vám podezřívaví a obviňovali v krádeže svých věcí?
15. Jak jste se cítila, když se u vašich klientů s demencí vyskytly bludy a halucinace?
16. Co jste prožívala, když klienti s demencí odcházeli a bloudili?
17. Co jste prožívala, když klienti měli poruchy spánku a nočního chování?
18. Jaké emoce jste prožívala při neklidu a agitovanosti u klientů s demencí?
19. Jak jste se cítila při nevhodném sexuálním chování klientů s demencí?
20. Můžete mi popsat, jaké byly vaše reakce v těchto složitých situacích?
21. Jaké byly Vaše reakce na zátěžové situace, spojené s projevy nevhodného chování?
22. Jak dlouho Vám trvalo, než jste se vyrovnala s nepříjemnými zážitky?
23. Hledala jste pomoc ze strany kolegů při řešení problémových situací? Jaké to přineslo výsledky?

Zdroj: vlastní

Příloha D – Pozvánka k pracovnímu setkání s odborným školením



POZVÁNKA

k pracovnímu setkání s odborným školením na téma: "Specifika ošetrovatelské péče o seniory s demencí"

Pracovní setkání proběhne 06.04.2023, v 09,00 hod. v zasedací místnosti Na Jíkalce č. 5, Plzeň, I. patro. Akci bude moderovat Mgr. Judita Lukešová, příspěvky k problematice přednesou p.Olga Rego a p.Anna Jakubová.

Stručný obsah školení:

1. Seznámení s tématem
2. Problematika demence u seniorů
3. Ošetrovatelská péče o seniory s demencí (bezpečné prostředí, výživa a hydratace, hygienická péče, péče o vyprazdňování, spánek a odpočinek)
4. Zásady správné komunikace s klienty trpící demencí
5. Problémové chování u klientů s demencí, nejčastější jeho projevy a pravidla efektivního zvládnání
6. Diskuze k problematice, výměna zkušeností z praxe

Předpokládané ukončení akce: 11,00 hod.

V Plzni, 29.03.2023

Mgr. Judita Lukešová
provozní ředitelka
LONGEVITA SENIO s.r.o.

Zdroj: vlastní

Příloha E – Potvrzení o vypracování rešerší



**Studijní a vědecká knihovna
Plzeňského kraje**

Bibliografická rešerše

Studijní a vědecká knihovna Plzeňského kraje, příspěvková organizace, Smetanovy sady 179/2, 301
00 Plzeň

IČO: 00078077, zapsána u Krajského soudu v Plzni, spis. Zn. Pr 760

ODDĚLENÍ PREZENČNÍCH SLUŽEB – SPECIÁLNÍ STUDOVNA

Číslo rešerše: 83/2021

Počet záznamů: 40

Specifika ošetrovatelské péče o seniory s demencí

Vypracoval/a: Linda Hajžmanová
říjen 2021

ÚVOD

Rešerše je rozdělena na Knihy a Články. V případě, že je dokument online, obsahuje záznam odkaz na plný text. V těchto oddílech jsou záznamy řazeny abecedně a opatřeny signaturami, pod kterými lze v naší knihovně zapůjčit, a/nebo údaje o elektronické dostupnosti. V elektronické podobě rešerše obsahují podtržené texty odkazy do katalogů knihoven, zejména SVK PK.

Časové vymezení: 2012-2021

Jazykové vymezení: čeština, angličtina

Použité informační zdroje:

Bibliographia medica Československa [online databáze]. Praha: Národní lékařská knihovna [vid. 2021-10-19]. Databáze v systému DaWinci-Medvik. Dostupné z: <https://www.medvik.cz/bmc>.

Dokumenty SVK PK [online databáze]. Plzeň: Studijní a vědecká knihovna Plzeňského kraje, 2000- [vid. 2021-10-19]. Databáze v systému Aleph500. Dostupné z: <https://aleph.svkpk.cz>.

EBSCOhost [online databáze]. Ipswich (MA): Ebsco Information Services [vid. 2021-10-19]. Dostupné v licenci z: <https://bit.ly/2I77OQH>.

Knihovny.cz [online databáze]. Brno: Moravská zemská knihovna, 2015- [vid. 2021-10-19]. Dostupné z: <https://knihovny.cz>.

ProQuest Central [online databáze]. Ann Arbor (MI): ProQuest [vid. 2021-10-19]. Dostupné v licenci z: <https://search.proquest.com/?accountid=45047>.

SKC – Souborný katalog České republiky (CASLIN) [online databáze]. Praha: Národní knihovna České republiky [vid. 2021-07-30]. Databáze v systému Aleph500. Dostupné z: https://aleph.nkp.cz/F/?func=file&file_name=find-b&local_base=SKC.

Internet

Poznámky:

Záznamy v rešerši jsou v souladu s normou ČSN ISO 690 (Bibliografická citace).

Volný výběr knih se nachází ve 2. patře budovy. Pokud je hledaný titul vypůjčen, lze na něj prostřednictvím objednávkového katalogu pořídit rezervaci.

Časopisy a noviny jsou určeny k prezenčnímu studiu (poslední dva kalendářní roky jen v číselně časopisů, starší vázané ve studovnách SVK PK). U záznamů článků jsou uváděny tučně základní signatury periodik, k objednání prostřednictvím elektronického katalogu je nutno ještě vždy vybrat příslušný rok a svazek (v rešerši není vyznačen tučným písmem). Časopisy z r. 2019 mohou být v průběhu roku 2020 v SVK PK nedostupné z důvodu vazby.

Zkratky použité v rešerši:

SVK PK = Studijní a vědecká knihovna Plzeňského kraje

UPOZORNĚNÍ: Vzhledem k opatřením souvisejícím s koronavirem se může dostupnost dokumentů lišit od informací uvedených v této rešerši – o aktuálních možnostech objednávání dokumentů a přístupnosti volného výběru a studoven se informujte na webu svkpk.cz nebo kontaktujte speciální studovnu (specialni.studovna@svkpk.cz, 377306930).

Zdroj: Studijní a vědecká knihovna Plzeňského kraje