JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

SPECIFIKA PRÁCE SESTRY S DEZORIENTOVANÝM KLIENTEM

Bakalářská práce

Vedoucí práce :
Mgr. Ivana Chloubová R.N.

Autor :
Soňa Vaňková

14.5.2007

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Specifika práce sestry s dezorientovaným klientem“ vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které uvádím v přiložené bibliografii. Souhlasím s použitím práce k vědeckým účelům.

Dále prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 14.5.2007 Soňa Vaňková

.....

Poděkování :

Nejvíce ze všeho bych chtěla poděkovat vedoucí práce, Mgr. Ivaně Chloubové R.N. za její cenné rady a trpělivost při tvorbě mé práce a dále mé rodině a blízkým za podporu ve studiu.

Děkuji Vám všem

Abstract

Disorientation means inability to identify oneself properly with regards to place, time and person. Disorientation can thus be both a cause and symptom of various diseases. Disorientation is most often noted on brain injuries, dementia, deliriums and psychiatric diseases. The emergence of disorientation can also be caused by a sudden hospitalization, immobilization of the patient, noisy environment, communication problem of patients with sensual deficiencies. Old patients and patients with dementia are exposed to an increased risk of disorientation. A disoriented client makes higher demands on nurses regarding the saturation of his needs in all fields and in the field of communication as well. The nursing staff can experience feelings of frustration and anger while attending deranged and disoriented people. Difficulty in cooperation with a disoriented client can cause deterioration of quality of the provided nursing care. For these reasons it is necessary to pay proper attention to this problem area.

The objective of my work was to find out how the client´ s disorientation changes the attitude of the nurse regarding the saturation of his needs. Another objective was to find out if the nurses are provided with enough information in the field of the saturation of needs of the disoriented client.

I have made two hypotheses. Nursing care of a disoriented client makes higher demands on nurses (H1) and nurses do not have enough information in the field of saturation of needs of the disoriented client (H2). Based on the results H1 was confirmed, while H2 was not.

To elaborate the practical part of my bachelor work I used a method of investigation. I used a questionnaire and observation as the technique of data collection, the research group was medical personnel from the internal and surgical departments. The questionnaire was anonymous and contained 25 questions.

The results show that the disorientation makes higher demands on nurses in the field of saturation of the disoriented client´ s needs in all respects while the communication with such clients did not prove difficult for nurses. When considering the exacting character of the work shift with a disoriented client in comparison with a

shift without a disoriented client on the scale between 0-5, most often the score increased by 2 points forward, e.g. from 1 to 3; 2 to 4 and 3 to 5. The results further show that nurses are sufficiently familiar with this issue but the observations showed that some nurses do not satisfy these needs. In particular as far as are higher needs concerned.

I would be glad if this work served as an educational text and could be used by medical personnel attending patients with disorientation.

Obsah:

Úvod 8

1. Současný stav 9

1.1 Orientace 9

1.2 Dezorientace 9

1.3 Zmatenost 11

1.4 Neklid a agrese 12

1.5 Stavy, při kterých se setkáváme s dezorientací 13

1.5.1 Úrazy mozku 13

1.5.1.1 Otřes mozku (komoce) 13

1.5.1.2 Zhmoždění mozku (kontuze) 14

1.5.1.3 Komprese mozku 14

1.5.2 Delirium 15

1.5.2.1 Predeliriantní syndrom 15

1.5.2.2 Nespecifická opatření léčby deliria 16

1.5.2.3 Dehydratace jako příčina deliria 17

1.5.3 Demence 18

1.5.3.1 Rozdělení demencí 18

1.5.3.2 Alzheimerova demence 19

1.5.3.3 Alzheimerova demence a dezorientace 20

1.6 Komunikace s dezorientovaným klientem 21

1.7 Specifika práce sestra s dezorientovaným klientem 22

1.7.1 Specifika oš. péče u pacientů s chronickou dezorientací 23

1.7.2 Činnosti během dne 24

1.8 Potřeby člověka a ošetřovatelská péče 25

1.8.1 Dělení potřeb vyplývající z jejich obsahu 26

1.8.2 Způsoby naplnění potřeb 27

2. Cíle práce a hypotézy 31

3. Metodika 32

3.1 Metodika práce 32

3.2 Charakteristika zkoumaného souboru 32
4. Výsledky 33
5. Diskuze 62
6. Závěr 69
7. Seznam použité literatury 70
8. Klíčová slova 74
9. Přílohy 75

Úvod

Během mého studia a praktikování na střední zdravotnické škole, ale i na Zdravotně sociální fakultě jsem měla možnost se setkat s různými životními situacemi, viděla jsem zrození nového života, ale také jsem se stala přímým pozorovatelem smrti. Některé situace byly úsměvné, jiné méně, ale vždy mě o něco obohatily, to něco byla zkušenost, která se nedá ničím zaplatit. Velmi jsem si oblíbila právě praktikování na interním oddělení, kde jsem měla možnost se setkat s lidmi různých věkových kategorií a jejich diagnózami. Setkala jsem se s různými ošetřovatelskými postupy a přístupy zdravotnického personálu. A právě proto jsem si vybrala jako téma mé bakalářské práce „Specifika práce sestry s dezorientovaným klientem."

Právě ona dezorientace je častým příznakem různých onemocnění, ale také i následkem např. pooperačních nebo poúrazových stavů. Nejčastěji se nám ale vybaví dezorientace spojená s Alzheimerovou demencí a deliriantními stavy. Dezorientace často komplikuje základní onemocnění a může způsobit úrazy a pády. Pochopení problematiky a profesionální přístup zdravotníků přispívá k efektivnímu ošetřování zmatených a dezorientovaných pacientů, snižuje riziko komplikací a pádů.

Dezorientovaný klient klade zvýšené nároky na sestry v saturování jeho potřeb ve všech oblastech i v oblasti komunikace. Ošetřovatelský personál může při ošetřování zmatených a dezorientovaných pacientů prožívat pocity flustrace, zlosti a tím je častěji ohrožen burn out syndromem. Pro nesnadnost spolupráce s dezorientovaným klientem může docházet ke snižování kvality poskytované ošetřovatelské péče. Z těchto důvodů je nutné věnovat této problematice náležitou pozornost.

1. Současný stav

1.1 Orientace

Orientace je schopnost správně rozpoznávat současné časové, osobní a situační vztahy. Schopnost orientace předpokládá intaktní smyslové vnímání, vědomí, pozornost, jistý stupeň inteligence, emoční reaktivitu, paměť a smysl pro čas.

Orientaci dělíme na alopsychickou, tzv. o zevním světě; somatopsychickou, o vlastním těle a na autopsychickou, o sobě samém. Dále ji můžeme dělit na orientaci časem, místem, osobou a situací.

Orientace časem se vyznačuje znalostí data, dne v týdnu, denní doby, měsíce, roku, ročního období. Orientace místem, znalostí adresy, místa pobytu, zeměpisné polohy. Orientace osobou, znalostí jedince o sobě, patří sem den a místo narození, původ, jméno, povolání, sociální postavení. Orientace situací se vyznačuje chápáním aktuální situace (např. znalost o místě výskytu, důvodu bytí na daném místě).

Mezi poruchy orientace řadíme mylnou orientaci, bludnou a dvojí orientaci, nejistotu v orientaci a dezorientaci. (28)

1.2 Dezorientace

Dezorientace je neschopnost správně identifikovat sebe ve vztahu k místu, času a osobě. Dezorientace nemusí postihnout všechny složky orientace současně a ve stejném stupni. Nejdříve bývá postižena orientace časem, jako poslední orientace osobou. Dále rozlišujeme praktickou orientaci, o které se přesvědčujeme pozorováním chování individua a abstraktní orientaci, na kterou usuzujeme z odpovědi jedince na dotazy. (12, 28)

Dezorientace časem

Projevuje se pocitem zrychleného času, nebo naopak pocitem zpomaleného času, až časové zástavy. Tento stav se často objevuje v průběhu léčby neuroleptiky, u schizofreniků nebo při epileptické auře. Dalším projevem může být ztráta časové reality, která se vyskytuje u poruch vědomí nebo v hluboké depresi. Častá je také porucha časových relací, kdy dochází k splynutí dvou vzdálených událostí v jednu, tento stav se nazývá jednotící paramnézie. Dále může docházet k pocitu ztráty budoucnosti (melancholie), nebo je minulost prožívána jako současnost. (28)

Dezorientace místem

Může kolísat v intenzitě od lehké dezorientace k těžké dezorientaci místem. Člověk se zpočátku nedokáže orientovat v cizím prostředí a mezi cizími lidmi, v těžším případě ve svém bydlišti mezi sousedy, přáteli, rodinou. Tyto stavy jsou nám dobře známé z problematiky demencí. Může dojít k současné disociaci praktické a abstraktní orientace; je vždy nutno posuzovat, zda je místo nemocnému známé či cizí. (28)

Dezorientace osobou

Často se tento stav vyskytuje po odeznění poruchy vědomí. Těžká dezorientace osobou bývá pravidelně spojena s poruchou jiných forem orientace. Jedinec si nevybavuje údaje o své vlastní osobě jako jsou den a místo narození, původ, jméno, povolání, sociální postavení atd. (28)

Dezorientace situací

Objevuje se občasně po hlubokém spánku, přechodně po odeznění poruchy vědomí. Často se tato situace stává, probudí-li se nemocný na ARO nebo JIP po operaci či úraze, kde je silné osvětlení, hluk z monitorujících přístrojů. Trvale, i když v intenzitě kolísá se vyskytuje jako projev těžké organické poruchy CNS. (28, 15)

Dezorientace může být jak příčinou, tak příznakem různých onemocnění. Nejčastěji se s dezorientací setkáme při úrazech mozku, demencích, při deliriantních stavech, psychiatrických onemocněních. Často také při těžkém postižení jater, ledvin, kdy dochází k metabolickému rozvratu organismu. Nejen tato onemocnění, ale i dehydratace a malnutrice se mohou projevit již zmíněnou dezorientací.

Na vzniku dezorientace se může také podílet náhlé přijetí k hospitalizaci, imobilizace pacienta, hlučné prostředí, spánková deprivace, problém v komunikaci u pacientů se smyslovým deficitem jako je slepota a hluchota, stejně tak, jako jazyková bariéra a nedostatek informací. Zvýšené riziko dezorientace je u starých pacientů či pacientů s demencí. (8)

1.3 Zmatenost

Často se k poruše orientace přidružuje i stav zmatenosti. Zmatenost můžeme rozdělit podle délky trvání na akutní a chronickou. (3)

Akutní zmatenost vzniká náhle a je přechodná. Dochází při ní k přechodné poruše pozornosti, vnímání, myšlení, dezorientaci místem, časem a osobou, změnám psychomotorického tempa – hyperaktivitě nebo hypoaktivitě a letargii, snížené úrovně vědomí a nebo cyklu spánku a bdění. (3, 28)

Chronická zmatenost se vyznačuje tím, že je dlouhodobá a nevratná, projevuje se postupným úbytkem intelektových schopností, úpadkem osobnosti, poruchou myšlení, paměti, orientace a chování. Nejčastějšími příčinami chronické zmatenosti jsou demence, cévní mozkové příhody a stavy po poranění hlavy. (3, 28)

Zmatený klient není orientován v tom, co se s ním děje, nebo o tom, kde je. Často mívá halucinace a bludy, zmateně pobíhá z místa na místo a pro svou sníženou pozornost se může často zranit nárazem na předměty nebo uklouznutím. Takový klient vyžaduje náročnou péči a ne zřídka kdy musí být izolován od ostatních, které svým konáním zneklidňuje.

1.4 Neklid a agrese

Často se ke stavu zmatenosti, ale i dezorientace může připojit neklid a agrese. Není to stav, který by nám pacient dělal úmyslně, jak se často my zdravotníci domníváme, ale jde o obranářskou reakci. Neklid je stav zvýšené pohybové aktivity. Neklid je projevem klinického stavu, nikoliv úmyslným chováním klienta. Je vyjádřen v různé intenzitě od obtížné spolupráce, negativizmu, až po odmítání léků, odlepování elektrod, manipulací s infůzí, atd. Neklid může být způsoben různými příčinami, např. již zmíněnými úrazy mozku, intoxikacemi, ale i nevhodnou vynucenou polohou na lůžku, škrtícím obvazem, přeplněným močovým měchýřem či dlouhodobou obstipací. Celkovou motorickou aktivaci a velký neklid označujeme jako agitovanost. Agrese je stav psychomotorického neklidu, který je často podmíněný úzkostí. Jako agresivitu označujeme útočné, nepřátelské chování. Toto chování představuje vážné nebezpečí, může být totiž zaměřeno na okolí či vlastní osobu. Cílem ošetřovatelské péče je, že klient nebude ohrožovat sebe a ani své okolí, bude cítit podporu spojovanou s ošetřovatelskou profesí a nakonec ho získáme ke spolupráci vyjádřením empatie a pochopení. Získá-li sestra dojem, že je pacient neklidný, že hrozí riziko napadení, musí zvolit vhodný přístup k pacientovi. Při navazování prvního kontaktu je vhodné se představit a nabídnout pacientovi ruku, to má cenný informační význam. Odmítne-li pacient podanou ruku, může to značit nedůvěru, neochotu spolupracovat, strach a vnitřní napětí. Sestra by měla přistupovat k pacientovi čelem, aby se necítil ohrožen. Kontakt z boku nebo zezadu může být vnímán pacientem nepříjemně. Při vzájemném kontaktu si sestra udržuje odstup, aby byla v případě napadení mimo dosah pacienta. Sestra by měla mluvit vyrovnaným hlasem, a to i v případě, je-li pacient mutistický. Měla by používat krátké srozumitelné věty, ujišťovat se, že jí pacient rozumí. Důležité je, aby měl pacient jasné informace o tom, kde je, kdo je kdo a co se bude dít. Proto raději informace, které považujeme za důležité, několikrát opakujeme. Při styku s pacientem se setra musí vyvarovat náhlých a nečekaných pohybů, které mohou být vnímány jako ohrožující. Sestra nesmí být naléhavá, nepouští se do konfrontací. Nabízíme klientovi jistotu a podporu, nikdy mu nelžeme. Dojde-li k vyhrocení situace a chování pacienta se stává nebezpečné a ohrožující pro něj nebo okolí, lze po vyčerpání

všech ostatních možností ke zklidnění použít jako krajní řešení omezující opatření. Vždy by mělo platit, že restriktivní postupy jsou voleny až jako poslední krajní možnost řešení poté, co selhaly předchozí intervence. Restrikce by měla trvat pouze nezbytnou dobu a pacientovi musí být věnována zvýšená lékařská a ošetřovatelská péče. (11, 25)

1.5 Stavy, při kterých se setkáváme s dezorientací

1.5.1 Úrazy mozku

Poranění mozku jsou na druhém místě příčin hospitalizace následkem úrazu a jsou důvodem nejvyšší úmrtnosti. Zranění hlavy podle své intenzity může být zcela bez následků nebo může způsobit těžké zhmoždění mozkové tkáně, často spojené i se zlomeninou kostní tkáně lebky. I relativně malý úder může způsobit krátkodobou ztrátu vědomí. Délka ztráty vědomí je úměrná závažnosti mozkového poranění. Celosvětově se k orientačnímu hodnocení stavu vědomí u traumat mozku užívá Glasgowská škála (příloha 3). Podle této škály se hodnotí reakce na podněty: otevření očí, slovní a motorická odpověď. Maximální počet bodů je 15. Nepřítomnost reakce se hodnotí vždy 1 bodem. Je-li celkový součet méně než 8 bodů, jde o vážné poškození. Častou komplikací úrazů mozku bývá nitrolební krvácení, edém mozku, poúrazová epilepsie a migréna. (13, 24)

1.5.1.1 Otřes mozku (komoce)

Otřes mozku je difúzní poranění mozku charakterizované určitou skupinou přechodných příznaků, jako jsou krátkodobé bezvědomí, retrográdní amnézie, zvracení, bolesti hlavy, snížení schopnosti koncentrace, závratě, netečnost. Po návratu vědomí může být postižený ještě po určitou dobu dezorientovaný, v somnolentním stavu. V této době již odpovídá na otázky, komunikuje, ale v krátké době nebude mít na tento časový úsek vzpomínku. Bezvědomí by nemělo trvat déle než pět minut a stav obluzenosti by neměl přesáhnout jednu hodinu. Při otřesu mozku nejsou přítomny neurologické ložiskové příznaky. Při péči o pacienta je nutné sledovat stav vědomí a pravidelně kontrolovat fyziologické funkce. Pokud je to možné, měla by sestra uložit klienta

na pokoj blízko své pracovny, aby mohla lépe pozorovat výkyvy jeho zdravotního stavu vzhledem k možné nitrolební expanzi. Sestra by měla zajistit bezpečnost klienta, protože úraz často provází stavy zmatenosti. Klient by měl dodržovat klidový režim na lůžku alespoň po dobu tří dnů. Účinný je ledový obvaz na hlavu, podávání analgetik a sedativ k vegetativní a vestibulární stabilizaci. (5, 17, 24)

1.5.1.2 Zhmoždění mozku (kontuze)

Ke kontuzi mozkové dochází v případě, že intenzita násilí má větší sílu než při otřesu mozku. Morfologicky jde o rozdrcení mozkové tkáně, krevní výrony do tkáně, v jejich okolí vzniká edém a cévní tromby. Klinické projevy jsou závislé na rozsahu a lokalizaci organických změn, které určují gradaci od relativně lehkých stavů až po stavy neslučitelné se životem. Bezvědomí a mrákotný stav trvají déle než u komoce, někdy celé měsíce. Délka bezvědomí, je důležitá při stanovení dlouhodobé prognózy a rehabilitace. Mozkové kontuze jsou u nás v současné době již dobře řešeny na jednotkách s dokonalou lékařskou multidisciplinární péčí, zajišťující akutní ohrožení života. Každého zraněného s kontuzí mozku je nutné přednostně hospitalizovat na JIP s pravidelným sledováním vitálních funkcí a biochemických hodnot, nezbytných k udržování rovnováhy vnitřního prostředí. (13, 24)

1.5.1.3 Komprese mozku

Jde o poranění, při kterých krev stlačí mozkovou tkáň, takže se rozvine traumatická nitrolební hypertenze. Tento stupeň mozkového poranění vyžaduje operační řešení. (24)

1.5.2 Delirium

Delirium je organická duševní porucha, která je někdy označována jako akutní stav zmatenosti. Vzniká generalizovanou redukcí oxidačních pochodů a neurotransmiterovou dysbalancí v mozku. Jeho přesná etiopatogeneze však není zcela uspokojivě vysvětlena. Vzniká jako nespecifická reakce na různé noxy, často somatického a intoxikačního charakteru. Jako provokující momenty se ale mohou uplatnit i různé stresory psychosociálního charakteru. (14)

Příčiny deliria můžeme rozdělit do tří skupin. Intrakraniální příčiny, kam patří tumory, traumata hlavy, neuroinfekce, demence, vaskulární mozkové příhody, pozáchvatová období při epilepsii. Mezi extrakraniální příčiny řadíme infekce, kardiovaskulární poruchy, respirační insuficience, endokrinní a metabolické poruchy, toxické, pooperační stavy, popáleniny. A v poslední řadě psychické příčiny, kam řadíme deliriózní formy mánie, melancholický typ deprese, schizofrenii a postresové stavy a poruchy adaptace. (14, 16)

Ve fázi rozvinutého deliria dochází ke zhoršení krátkodobé paměti a snížené pozornosti. Vyskytuje se porucha vnímání – iluze, halucinace, porucha myšlení – bludy, většinou paranoidní, dezorientace – nejdříve v čase, v místě a popřípadě dezorientace vlastní osobou. Řeč pacienta je nepřiléhavá. Ten může být buď stažený do sebe – hypoaktivní nebo hyperaktivní, neklidný až útočný. Tyto stavy motoriky se mohou rychle měnit. Pacient má převrácený spánek, v noci nespí, ve dne je ospalý. U pacienta je přítomna úzkost, strach, nevyzná se v situaci, je depresivní, podrážděně reaguje na sebemenší podněty, může být nadnesený (euforický) nebo naopak apatický. Pacient se třese, vrávorá a obtížně se vyjadřuje. Nejzranitelnějšími věkovými skupinami jsou děti a staří lidé. (4, 8, 26)

1.5.2.1 Predeliriantní syndrom

Plně rozvinutému deliriu předchází predelirantní syndrom**.** Je charakterizován neklidným spánkem s nočními děsy, úzkostí a bolestí hlavy. Může začínat tím, že pacient náhle netrefí do lůžka, je bezradný a nejistý. Důležité je, aby tyto příznaky byly včas odhaleny a předešlo se rozvinutí deliria. (8)

Snaha předejít nebo snížit na minimum možný rozvoj deliria klade zvýšené nároky na bdělost lékařů a všeho ošetřujícího personálu. Musí včas rozpoznat jeho symptomy a rizikové faktory. Manifestace deliria bývá různorodá a mechanizmy jeho vzniku nejsou dosud plně objasněny a pochopeny. Jeho vznik a akutní charakter hodiny až dny. Jeho intenzita může významně kolísat, od zcela lucidních intervalů až k úplné zmatenosti. Může trvat několik hodin až dnů a je obvykle reverzibilní. (26)

Incidence deliria nad 75 roků je téměř dvojnásobná při srovnání s jedinci ve věku 65- 75 roků. Při přijetí starších 75 let k akutní hospitalizaci je klinický obraz splňující jeho diagnostická kritéria přítomen u 10 až 15 % osob. Přibližně u třetiny až poloviny seniorů se rozvíjí delirium v průběhu hospitalizace (26).

1.5.2.2 Nespecifická opatření léčby deliria

Tato fáze léčby spočívá v diagnostice a léčbě eventuální somatické choroby vyvolávající delirium, např. podáváním antibiotik u infekčního onemocnění. Diagnostika se provádí pomocí škály pro hodnocení deliria (CAM). Tento test je určený pro rozpoznání deliria u geriatrických pacientů v nemocnicích a ošetřovatelských ústavech v anglicky mluvících zemích. Léčba deliria často vyžaduje komplexní přístup za účasti více lékařů a zároveň týmovou spolupráci personálu oddělení se zapojením rodiny do péče o nemocného. (14)

Sestra by měla pečovat o celkový tělesný stav nemocného, věnovat dostatečnou pozornost hydrataci a výživě. Měla by bránit vzniku retence moči a stolice, nemocného mobilizovat, odstraňovat bolest. Během léčby sestra monitoruje stav nemocného, zjišťuje jeho vitální funkce, dohlíží na bezpečnost nemocného i jeho okolí. Lékař by měl zhodnotit a zastavit podávání psychoaktivních léků, které se jeví podezřelé ze vzniku stavu zmatenosti. Sestra by měla zajistit eliminaci případných stresorů, uklidnit pacienta nejlépe v přítomnosti známe osoby, tím často předejde agresi z úzkosti, kterou nemocný prožívá. Měla by dovolit umístění některých věcí z domova v pokoji nemocného, vhodná je trvalá vyvážená, klidná psychická stimulace. Pozitivní vliv má během dne tlumená hudba a dostatečné osvětlení místnosti. V noci je naopak pro delirující lepší tma, neboť mírné osvětlení může vést k chybným zrakovým vjemům

a halucinacím. Nevhodné je obecně upoutávání nemocných, které zvyšuje jejich neklid. Obecně je třeba zdůraznit zavedení pravidelného denního režimu a profesionálního sledování nemocných. Již tato výše uvedená opatření umožní v některých případech zlepšení deliria bez psychoaktivních látek. (8, 14, 26)

Pokud u akutního stavu zmatenosti byla nedostačující nespecifická a nefarmakologická léčba delirantního stavu a není důvodem jeho vzniku organická příčina, kterou by bylo možno medikamentózně léčit, je na místě specifická léčba delirantního stavu. Jsou-li rozvinuty popisované symptomy (poruchy vědomí, neklid, zmatenost, halucinace, agresivita vůči okolí i sobě), narušuje-li pacient soužití v kolektivu, chod oddělení a bezpečnost svojí i okolí, je na rozhodnutí ošetřujícího lékaře podání psychotropních látek, fyzické omezení. Ty používáme pouze v krajních případech a jen po nezbytně nutnou dobu se zajištěním nepřetržitého dohledu nemocného. U lehčích stavů je možno podat sedativa se silným anxiolytickým a menším tlumivým účinkem, jako je oxazepam. (14, 26)

1.5.2.3 Dehydratace jako příčina deliria

Z lékařského hlediska představuje dehydratace narušení homeostázy (vnitřní rovnováhy organismu) v důsledku snížení obsahu vody v těle. Normální množství tělesné vody kolísá mezi 60 a 70 % tělesné hmotnosti dle věku a pohlaví. Snížení nastává v důsledku nevyváženosti příjmu a výdajů vody, například nedostatečným příjmem dostatečně kvalitní vody, nebo přílišným výdejem vody, který není patřičně vyvážen příjmem, například při velmi silných průjmech, zvracení nebo namáhavých fyzických výkonech doprovázených silným pocením. Nedostatek tekutin je jedním z nejběžnějších rysů stáří, a přestože jde o málo publikovanou skutečnost, chronická dehydratace je jednou z hlavních příčin stárnutí, které lze předejít. Bezesporu je dehydratace faktor způsobující mnoho problémů. (30)

Když obsah tělesných tekutin poklesne pod určitou úroveň, tělo se dostává do toxického stavu. Je narušena životně důležitá elektrolytická rovnováha a následně i chemická rovnováha v mozku. Je pravděpodobné, že za takového stavu nastoupí vážné

komplikace, a to jakéhokoli druhu - počínaje selháním ledvin či srdeční příhodou přes výpadky paměti, dezorientaci, zmatenost a letargii až po plnou stařeckou demenci. (31)

Proto je nezbytné mít vždy na paměti dostatečný příjem tekutin a starého člověka aktivně pobízet k pitnému režimu, protože tím můžeme předejít nebezpečnému stavu deliria.

1.5.3 Demence

Demence je klinický syndrom charakterizovaný poklesem intelektu a dalších kognitivních funkcí, které ve svém důsledku vedou k tomu, že pacient není schopen zvládat běžné každodenní aktivity. Dochází postupně k zhoršování všech korových funkcí, jako je paměť, myšlení, orientace, vnímání, řeč, chování, integrita osobnosti a mnoha dalších. Svojí podstatou jsou demence převážně organická mozková onemocnění, u kterých dochází k atrofii mozku na podkladě degenerativním, cévním, traumatickém, infekčním, metabolickém, toxickém, případně jiném. Demence patří mezi typická onemocnění vyššího věku. (15, 26)

1.5.3.1 Rozdělení demencí

V průběhu času se rozdělení demencí měnilo jednak podle autorů a psychiatrických směrů, jednak podle současných poznatků vědy. Také názvosloví není jednotné, některé termíny se překrývají, jiné jsou uváděny na různých úrovních. Roman Jirák v knize Demence z roku 1999 rozděluje demence na atroficko - degenerativní demence, kam patří Alzheimerova nemoc, Parkinsonova choroba, korová nemoc s Lewyho tělísky, demence u Pickovy choroby, progresivní supranukleární obrna, Huntingtonova choroba, presenilní gliální distrofie. Dále rozlišuje demence ischemicko – vaskulární a demence symptomatické. Mezi symptomatické demence řadíme metabolické demence, demence v průběhu elektrolytového rozvratu, demence při vitamínových deficitech, demence při endokrinopatiích, hereditálně podmíněné metabolické demence, toxicky podmíněné metabolické demence a demence při zánětlivých onemocněních centrální nervové soustavy. Jiné dělení vychází z lokalizace hlavních změn. Toto dělení rozlišuje demence na kortikální, subkortikální a smíšené.

Moderní dělení demencí se snaží postihnout aktuálnost a význam jejich výskytu. V zásadě je strukturujeme do dvou hlavních skupin: Alzheimerovské demence a nealzheimerovské demence. Nicméně pro každodenní praxi je závazné dělení uvedené v Mezinárodní klasifikaci nemocí – 10. revize z roku 1992**.** (10)

1.5.3.2 Alzheimerova demence

Etiologie není zatím zcela známá. Můžeme ji rozdělit na presenilní, která se vyskytuje u lidí do 65 let, a senilní, která vzniká po 65. roku života. Alzheimerova demence je způsobená úbytkem neuronů a změnou neurochemických funkcí v různých oblastech mozku. Onemocnění poškozuje zejména krátkodobou paměť, která nám umožňuje ukládat to, co se děje teď a dovoluje udržet pozornost a koncentraci. (18)

U Alzheimerovi demence rozlišujeme tři stádia nemoci a to mírného (lehkého) , středně těžkého a těžkého stupně.

Ve stádiu lehké formy se vyskytují pouze mírné a často přehlédnutelné příznaky, jako zhoršování paměti, přechodná časová dezorientace, prostorová dezorientace, ztráta iniciativy a průbojnosti, obtížné hledání slov. Pacient se opakuje, ztrácí a zapomíná věci, má sklon k pasivitě a dochází u něj ke ztrátě zájmů. Toto období trvá většinou 2-4 roky.

Při středně těžkém stupni jsou již výraznější příznaky a problémy, které nemocnému znemožňují vykonávat řadu běžných každodenních aktivit. Mezi hlavní projevy patří např. významné výpadky v paměti, včetně jmen příbuzných, snížená schopnost postarat se sám o sebe, včetně hygieny, dále dezorientace, kdy zabloudí i na známém místě, zhoršují se řečové schopnosti a mohou se objevovat halucinace. Stadium trvá od 2 do 10 let, je zde charakteristické zhoršování mentálních funkcí, nutný je trvalý dohled, nebo umístění do specializačních zařízení.

Těžká forma je stadium, kdy se nemocný stává úplně závislý na ostatních a ústí až v úplný rozpad osobnosti. Objevují se obtíže při příjmu potravy s nutností asistence a pomoci další osoby, neschopnost poznat přátele nebo členy rodiny, obtíže s chůzí, které mohou vyústit až k upoutání na lůžku, připojuje se inkontinence moči i stolice a dochází

k významným poruchám chování. Stadium trvá 1-3 roky. Nemocný není schopen hovořit ani vnímat mluvenou řeč, nepoznává nejen členy své rodiny, ale ani sám sebe v zrcadle. Je zcela závislý na svém pečovateli, často je nutné takto postiženého člověka umístit v ústavu s nepřetržitou péčí. Projevují se tendence k podvýživě, infekcím, zánětům plic a dalším komplikacím ohrožujícím život pacienta. (7, 18)

Ke zjištění stupně demence se používají různé testové metody, např. test hodin, představuje citlivou metodu pro odhalení již počátečních stádií Alzheimerovy choroby. Další z používaných testů je MMSE (Mini Mental State Examination), ten je standardem pro vyšetřování poruch paměti u demencí, skládá se z 10 okruhů a je bodově ohodnocen (příloha 4). Mezi další používané testy patří test všedních činností (ADL, Barthelův test) (příloha 5) a test instrumentálních všedních činností (IADL) (příloha 7). (10)

1.5.3.3. Alzheimerova demence a dezorientace

Dezorientace, která provází demenci, má za následek bloudění pacienta nebo neustálé hledání čehosi, co dříve nebyl problém nalézt.

V přiměřené míře lze pacientovo bloudění tolerovat, stimuluje krevní oběh, snižuje riziko vzniku svalových kontraktur, zmírňuje neklid a úzkost. Ale může být zdrojem poranění a úrazu. Není vhodné pacienta omezovat fyzicky, připoutat ho na lůžko, abychom zabránili zranění. V zahraničí bylo prokázáno, že více úrazů se vyskytuje při použití omezovacích prostředků než bez nich. Proto je lepší zajistit pacientovi různé aktivity na oddělení i mimo ně. (11)

Tendence k tuláctví může být výrazně zesílena v případě, že se nemocný dostane do neznámého prostředí jako jsou nemocnice, léčebny, domovy důchodců. Proto již při přijetí na oddělení se snažíme o navození pocitu klidu, jistoty a bezpečí. Snažíme se eliminovat rušivé vlivy prostředí, čímž snižujeme klientovu zmatenost. (11, 20)

1.6 Komunikace s dezorientovaným klientem

Jednou z nejdůležitějších složek správného ošetřování dezorientovaného klienta je komunikace. Kritéria úspěšné verbální komunikace jsou jednoduchost, stručnost, zřetelnost, vhodné načasování a adaptabilita (přizpůsobivost). Při ošetřování dezorientovaného klienta může být postižena nejen komunikace, ale i chápavost. Problémy s komunikací mohou být zdrojem flustrace a následně pak agrese. Pacienta povzbuzujeme, aby mluvil pomalu, při rozhovoru se mu díváme do očí. Měl by vidět naši tvář a ruce. Hovoříme dostatečně pomalu, zřetelně a přiměřeně hlasitě vyslovujeme. Sdělení vyjadřujeme co nejjednodušeji, aby pacient porozuměl. Užíváme krátkých slov a jednoduchých vět. Neklademe několik otázek najednou, modulujeme hlas, aby zněl příjemně a klidně. Vyhýbáme se strohým příkazům slangu, ale i klišé při uklidňování typu: „Neblázněte, nic se neděje, odpočinete si a půjdete domů.“Nikdy nekřičíme. Hovoříme s pacientem v klidném a dobře osvětleném prostředí, kde neruší televizor ani rozhlas, aby dobře slyšel. Čekáme, až pacient zareaguje. Důležité informace několikrát opakujeme. Pro lepší názornost používáme k posílení verbální informace i jiné signály - gestikulaci, grafické znázornění, názornou ukázku nebo usměrnění pacienta rukou. Nemluvíme před ním o něm s jinou osobou, jako by nebyl přítomen, pacienta takový přístup devalvuje. Při rozhovoru sledujeme, zda se pacientovi nezhoršuje zrak nebo sluch. Povzbuzujeme jeho úsilí při komunikaci, jeho dílčí úspěchy oceňujeme a tím posilujeme jeho sebeúctu. Je-li pacient v komunikace opakovaně neúspěšný, může se chovat i agresivně. Při ošetřování pacienta komentujte výkon, který právě provádíte. Omezíme-li se pouze na výkon bez komunikace s pacientem, negujeme jeho existenci a tlumíme jeho motivaci zůstat spojeni s realitou. K pacientům se vždy chováme klidně. Vyhýbáme se hádkám, prudkým výměnám názoru. Vede to jen ke zhoršení stavu pacienta a podrážděnosti personálu. Podporujeme komunikaci pacienta s rodinou a dalšími osobami, které za ním přijdou na návštěvu, nebo prostřednictvím telefonátů či dopisů. Personál často irituje neustálé opakování otázek pacientem. Bohužel, někdy přijde okamžik, kdy zjistíme, že už se s pacientem verbálně nedomluvíme. Budeme muset užívat prostředků neverbální komunikace – mimiky, gest,

hlazení, doteků, objetí. Zvláště pacienti s demencí jsou extrémně citliví a vnímaví na neverbální signály. (1, 11, 23, 25)

1.7 Specifika ošetřovatelské péče o zmateného, dezorientovaného klienta

Při akutní zmatenosti je hlavním cílem sestry obnovení a udržení obvyklé orientace v realitě a úrovni vědomí. V první řadě by sestra měla zhodnotit přítomnost faktorů, jako jsou již zmíněné traumatické příhody, úrazy mozku, infekce, změny zevního prostředí včetně hluku aj. Dále by měla zhodnotit, zda se jedná o poruchu orientace ve všech složkách, tedy místě, čase, osobě nebo jen o poruchu v jedné, či dvou složkách. Sestra by měla aktivně pátrat po příznacích spojených se zhoršeným prokrvením tkání jako je hypotenze, tachykardie. Měla by věnovat pozornost užívaným lékům a schématu léčby. Neměla by opomenout zhodnotit stav výživy a hydratace, protože právě dehydratace bývá častou příčinou dezorientace. Sestra by se měla klientovi představit dříve, než o něj začne pečovat, v mnoha případech toto gesto zlepší přístup klienta k sestře. Měla by nosit čitelnou jmenovku, aby klient znal svého ošetřujícího a nedocházelo u něho k obranným reakcím. Vždy by měla uvézt datum, denní dobu, místo kde se klient nachází a činnosti, které byly doposud provedeny. Výstižně a stručně ho seznamujte s realitou a snaží se, aby nebylo podněcováno nelogické myšlení. Dále sestra zlepšujte orientaci klienta v prostředí pokoje a společných prostorách, měla by umístit jeho známé věci nadosah, ukázat klientovi umístění hodin a kalendáře, udržovat zařízení a osobní věci klienta stále na stejném místě. Dále by měla označit koupelnu a jiné prostory velkými písmeny nebo použít barevné označení pro lepší identifikaci klientova pokoje a osobních věcí. Toto opatření se využívá při chronické dezorientaci, v akutní fázi méně. Pokud je to možné, bylo by vhodné zajistit klientovi rádio, televizi, noviny pro lepší orientaci. Sestra by měla povzbuzovat rodinné příslušníky nebo blízké osoby ke spolupráci na obnovení přiměřené orientace klienta a trvalému poskytování čerstvých informací a podnětů. Měla by vytvářet klidné prostředí bez hluku a přílišné stimulace, aby nedocházelo k přetížení klienta podněty. Dále by měla dbát o přiměřenou míru základní smyslové a taktilní stimulace, vést klienta k používání vizuálních a sluchových pomůcek, je-li jich

třeba. Měla by dávat klientovi jednoduché pokyny a dopřát mu dostatek času na odpovědi, komunikaci a rozhodování se. Vždy by měla dbát o bezpečnost klienta, např. stálým dohledem nebo postranními zábranami proti pádu z lůžka. Podat klientovi signalizační zařízení pro přivolání pomoci by mělo být samozřejmostí. Sestra by měla umožnit klientovi dostatečně dlouhá období odpočinku a spánku, ale v takové míře, aby nedošlo k spánkové inverzi. Měla by podněcovat klienta pokud je to možné k chůzi, protože chůze stimuluje krevní oběh. Vždy by měla vést klienta k soběstačnosti ve všech složkách a pokud klient není zcela soběstačný dopomoci mu, případně péči převzít sama. (1, 3, 12)

Při chronické zmatenosti, která se vyskytuje u již zmíněné Alzheimerově demenci postupujeme stejným způsobem jen s mírnými rozdíly**.**

1.7.1 Specifika oš. péče u pacientů s chronickou dezorientací

Chtěla bych poukázat na pomocné otázky a odpovědi k různým časovým situacím.

Pomoc k otázce: Kolik je hodin?

Nejprve bychom měli začít pozdravem, např. Dobrý den / poledne / večer, aby si klient uvědomil denní dobu. Měli bychom umístit velké hodiny do viditelné vzdálenosti, poukazovat na změnu denního světla, např. zapadá slunce, tudíž se blíží večer. Měli bychom se snažit den dobře rozčlenit, tělesnou hygienu nebo stolování provádět vždy ve stejnou dobu. (29)

Pomoc k otázce: Který je dnes den?

Pokud je možné, měli bychom klientovi zajistit denní tisk (noviny), velký trhací kalendář s velkými číslicemi a nechávat klienta dny přeškrtnout, datum několikrát denně zmínit v rozhovoru a stanovit určité aktivity v pevně daných dnech, např. pondělí, středa, pátek, neděle je velké koupání. (29, 3)

Pomoc k otázce: Který je měsíc, roční období, rok?

Vhodné by bylo vyzdobit místnost předměty připomínající roční období, např. velikonoční nebo vánoční výzdoba. U nemocných s Alzheimerovou demencí leží „minulost v přítomnosti“ nemocný považuje minulost i se všemi lidmi za současnou realitu, nezapomíná pouze probíhající rok, ale sklouzává a nedokáže odlišit přítomnost od minulosti, např. prostírá stolek pro celou rodinu, i když žije jen dcera. Pomoc v této situaci má orientaci podpořit, ne opravovat, pouštět se do diskuzí a chtít vše uvést na pravou míru! Měli bychom přistoupit na „hru“ a např. pochválit prostřenou tabuli a říci, že ostatní se zdrží, popř. nenápadně nadbytečné nádobí uklidit. Nemocný si vychutná atmosféru, pocit jeho vlastní hodnoty je posílen a zapomíná, že prostřel pro více lidí. (29,3)

Pomoc v orientaci k vlastní osobě

Klienta bychom měli neustále oslovovat jeho jménem, poukazovat na jeho vrozenou roli, např. otec, matka, poukazovat na různá vyznamenání, které klient v průběhu života získal. Ošetřující personál by měl životní příběh klienta znát, aby nedošlo např. oslovování bezdětného muže dědečku nebo tatínku. Vždy bychom měli klientovi poskytovat dostatečný respekt k jeho osobě, klienta pozorně poslouchat, ptát se, ale neopravovat. (29)

1.7.2 Činnosti během dne

Mnohé problematické chování je výsledkem toho, že klient nemá co dělat. Přiznejme si, že nuda a celodenní nicnedělání nejsou dobré pro nikoho, natož pro lidi s počínající demencí či dezorientací. Člověk nemusí být aktivní po celý den, musí mu zbýt čas na rozjímání, pozorování i prosté bytí. Aktivní zapojení do nějaké činnosti a její dokončení přispívá k budování sebeúcty a pocitu, že má klient svůj život pod kontrolou. Často nebude snadné klienta zapojit do činnosti. Důvodem je skutečnost, že kvůli symptomům onemocnění, jako je snížená schopnost vyrovnávat se s hlukem, stresem, neschopnost soustředit se, potíže s posouzením, co se kolem klienta děje,

snížená schopnost absorbovat informace. Toto vše bychom měli mít vždy na paměti a vymýšlet takové aktivity, které jsou v klientových možnostech. Nikdy bychom neměli vymýšlet aktivity, které vyžadují klientovo rozhodování, taková situace přivádí klienta do stresu. Na oddělení jsou prostředky aktivizace velmi omezené, ale například prosba o pomoc se skládáním mulových čtverců může být účinnou aktivitou, klient se zabaví, procvičí jemnou motoriku a rozhodně tato práce nevyžaduje rozhodování z klientovi strany. Nikdy ale nesmí sestra zapomenout za pomoc poděkovat. (2, 27)

1.8 Potřeby člověka a ošetřovatelská péče

Každý člověk, ať již zdravý či nemocný má své potřeby. Obecně ale můžeme říci, že potřeba je projevem nějakého nedostatku, chybění něčeho, jehož odstranění je žádoucí. Potřeba je něco, co člověk nutně potřebuje pro svůj život a vývoj. Ani lidské potřeby nejsou neměnné, vyvíjejí se a kultivují, v průběhu života člověka se mění z hlediska kvantity i kvality. Každý jedinec také své potřeby vyjadřuje a uspokojuje svým způsobem. (22)

Problematikou lidských potřeb se zabývali různí psychologové, např. Henry A. Murray třídí potřeby z rozličných hledisek, především provedl třídění na potřeby viscerogenní (primární) a psychogenní (sekundární) a dále na potřeby kladné a záporné, manifestní a latentní. Abraham H. Maslow se zabýval problematikou lidských potřeb a motivacemi, které vedou člověka k jejich naplnění. Vypracoval hierarchický systém lidských potřeb. (příloha 6) Základní potřeby z pohledů Maslowa jsou fyziologické první úrovně; patří sem potřeba vzduchu, potravy, obydlí, spánku; jedná se potřeby nezbytné pro zachování života. V situaci, kdy jsou fyziologické potřeby aktuální, stávají se dominantními a ovlivní celkové chování a jednání člověka. Po uspokojení základních potřeb se člověk zaměří na druhý stupeň, na uspokojení potřeby pocitu bezpečí a jistoty. Kde chybí v životě pořádek a řád, stojí tato potřeba na prvním místě. Objevuje se vždy v situaci ztráty životní jistoty. U nemocného člověka, popř. potenciálně nemocného můžeme vždy mluvit o ztrátě životní jistoty. Třetí úroveň reprezentuje potřeba lásky a sounáležitosti, je to potřeba milovat a být milován potřeba náklonnosti jsou náležitosti, potřeba být sociálně integrován. Čtvrtou úroveň tvoří potřeba uznání ocenění a

sebeúcty. Vrchol pyramidy tvoří potřeba seberealizace. Člověk, který naplní tuto potřebu má pocit naplněného života v oblasti své prezentace, v oblasti společenského ocenění a vytížení. (19,22)

Sestry se zabývají člověkem jako celkem, jako bytostí bio-psycho-sociální, bytostí holistickou, ne pouze souborem částí a procesů. Koncepce holismu aplikovaná na lidi a jejich zdraví zdůrazňuje skutečnost, že sestry musí brát zřetel na osobu jako celek, v její bio-psycho-sociální jednotě. V pojetí holismu je lidský organismus integrovaná, organizovaná jednota a porucha jedné části celku vede k poruše jiné části, popř. celého systému. (22)

1.8.1 Dělení potřeb vyplývající z jejich obsahu

Podle obsahu se potřeby dělí na potřeby fyziologické, psychické, sociální a spirituální. Potřeby fyziologické jsou potřeby základní, mezi které řadíme instinkty, pudy, dostatek spánku, jídla, tepla, dále hygienu, zdraví, tišení bolesti, potřebu fyzického kontaktu, uspokojení potřeb sexuálních. (9)

Psychické potřeby se rozvíjejí z vrozených dispozic. Výrazně jsou formovány učením. Vychází z individuálního vnímaní světa, ze síly a schopnosti vnímat a zpracovávat motivace k našemu jednání a chování. Mezi psychické potřeby je řazena potřeba vyhnutí se ohrožení, potřeba boje z ohrožení, potřeba zdraví, potřeb informace o sobě, potřeba informací o prostředí, potřeba soběstačnosti, potřeba klidu, míru, spokojenosti, ochrany, důvěry, naděje, potřeba intimity, úspěchu, uznání sebe sama. (21,19)

Potřeby sociální jsou potřeby informovanosti o sobě a okolním světě, potřeby péče o své zdraví a své blízké, potřeby ekonomického zabezpečení, potřeby soužití s blízkými lidmi, potřebu náležet k určité lidské skupině. Sociologické potřeby jsou naplňovány aktivitou, prožitky. (19)

Potřeby spirituální (duchovní) se projevují v oblasti duchovního života, religiozity. Jedná se potřeby víry a vyznání, potřeby příslušenství do náboženských, do společenství nebo společenství sekt. (22)

1.8.2 Způsoby naplnění potřeb

Naplnění, uspokojování potřeb, může probíhat zdravým nebo nezdravým způsobem. Za zdravé uspokojování potřeb považujeme takové, které neškodí jedinci ani nikomu jinému.; uspokojení je v souladu se sociálně-kulturními hodnotami jedince a metody vedoucí k uspokojení jsou v souladu se zákonnými normami. (19)

Za nezdravé způsoby a cesty vedoucí k uspokojování potřeb považujeme takové, které mohou poškodit jedince nebo druhé osoby, nejsou v souladu se sociálně kulturními hodnotami přestupují meze zákona, přinášejí jedinci neklid. (19)

A právě charakteristickým rysem moderního ošetřovatelství je systematické a plánovité uspokojování potřeb člověka. Snaha ošetřovatelské péče musí být zaměřena na naplnění všech nižších a vyšších potřeb tak, jak je nemocný člověk prezentuje a je schopen je akceptovat. Jedním z pilířů moderní ošetřovatelské péče je vyhledávání a uspokojování biopsychosociálních potřeb nemocného, které jsou nemocí pozměněny nebo jejich naplnění zabraňuje onemocnění. Činnost sestry zaměřená na uspokojování potřeb nemocných tvoří více než polovinu veškerého objemu poskytované ošetřovatelské péče a nazývá se základní ošetřovatelská péče. Základní ošetřovatelská péče výrazně ovlivňuje nejen subjektivní prožívání pocitu pohody či nepohody pacienta, ale výrazně se podílí i na úspěchu léčby, zkracuje hospitalizaci, zvyšuje soběstačnost nemocného apod. Proto je nezbytné, aby jak sestry, tak i lékaři základní ošetřovatelskou péči nepodceňovali a nepovažovali ji za neodbornou a podřadnou práci, která náleží méně kvalifikovaným osobám. (21, 22)

Potřeba výživy je jednou ze základních potřeb. Kozierová jí definuje takto: výživa je to, co pacient sní a tělo zužitkuje. Člověk potřebuje potravu a základní živiny pro růst a zachování všech tkání těla a pro normální fungování procesů probíhajících v organizmu. Energetické požadavky jednotlivce ovlivňuje mnoho faktorů, patří sem věk, pohlaví, velikost těla, emocionální stav, stav nemoci atd. A právě na tyto faktory by sestra měla vždy dbát. Nikdy by neměla zapomenout na zhodnocení soběstačnosti v této oblasti, zda je klient schopný najíst se sám. Pokud ne, měla by mu připravit jídlo tak, aby byl schopen samostatného stolování např. nakrájením masa. Pokud je klient zcela nesoběstačný pomáhá mu sestra tím, že ho krmí, nikdy na nemocného nechvátá.

Před stolováním by sestra měla pomoci klientovi dojít na WC, pokud je třeba. Dále by mu měla nabídnout pomoc při umývání rukou před stolováním. Nedílnou součástí výživy je i hydratace. Sestra by o tuto potřebu měla dbát aktivním nabízením tekutin a pravidelným zápisem do bilančního listu tekutin. Pokud je klient soběstačný hodnotí stav hydratace kontrolou sliznic a turgoru kůže. (9, 27)

Potřeba hygieny je základní biologickou potřebou. Nemoc mění u jedince nároky na hygienickou péči a mění způsob uspokojování potřeby hygieny. Potřebu hygieny můžeme definovat ve třech rovinách, biologické, psychologické a sociální. pro většinu lidí je čistota výchozím, základním předpokladem pro pocit osobní pohody, a tím zasahuje do oblasti potřeb psychogenních. To, co pro některého člověka bude standart, dostatečná péče o čistotu těla, může jiný považovat za nedostačující. Rozhodujícím faktorem bude míra omezení klienta v pohybu, v myšlení, bolest vyplývající z onemocnění a tedy částečná nebo úplná ztráta péče o sebe. Při uspokojování této potřeby by sestra měla zhodnotit stav klienta a míru jeho soběstačnosti. I dezorientovaný klient může být plně či částečně soběstačný. Pokud je tomu tak, měla by sestra jeho soběstačnost dále rozvíjet, dopomoci mu v péči o sebe v této oblasti. Pokud je klient zcela nesoběstačný, přebírá péči o hygienu sestra. S osobní hygienou je spojena také péče o kůži. Sestra musí dbát, aby kůže byla čistá, suchá a předcházet vzniku proleženin. (6, 22)

Vyprazdňování moče a stolice je fyziologickou funkcí organismu a základní lidskou potřebou. Způsob uspokojování potřeby vyprazdňování je zcela individuální. Zvláště pak u vyprazdňování stolice existují mezi lidmi velké rozdíly, někdo se vyprazdňuje denně, jiný jedenkrát za dva dny. Dostatečné vyprázdnění navozuje pocity libosti a spokojenosti, naopak neuspokojení potřeby vyprazdňování se projevuje somatickým syndromem. Pro každého člověka je vyprazdňování velmi intimní věc, a proto bychom měli respektovat jeho stud a zajistit mu soukromí. Pokud je dezorientovaný klient v této oblasti soběstačný, uspokojuje tuto potřebu vlastními silami. Pokud není schopen zajistit si tuto potřebu klient sám, pomáhá mu s uspokojením této potřeby sestra nebo ošetřovatelka. Vždy by měla mít na mysli vznik zácpy a předcházet jejímu vzniku, podáváním dostatečným množstvím tekutin a vhodné

stravy bohaté na vlákninu, zajistit dostatečný pohyb, pokud to zdravotní stav klienta dovoluje. Po vyprázdnění by sestra měla vždy dbát na dostatečné umytí a ošetření genitálu a konečníku. (22)

Potřeba dýchání je základní biologickou potřebou. Je základním předpokladem existence člověka. Proces uspokojování potřeby kyslíku si neuvědomujeme, dýcháme automaticky a neuvědoměle. Ale neuspokojení této potřeby má dramatický průběh, při nedostatečném množství kyslíku a nedostatečném dýchání je člověk ohrožen na životě, pociťuje úzkost, strach ze smrti. (22)

Spánek a odpočinek jsou nezbytné předpoklady pro zachování a udržení tělesného i duševního zdraví. Spánek má pro organismus ochranný a regenerační význam. Pravidelný a dostatečný spánek pomáhá udržovat normální funkci centrálního nervového systému, je obranným mechanismem proti vyčerpání organismu. Pod pojmem odpočinek rozumíme především klid, relaxaci bez emočního stresu a uvolnění napětí a úzkosti. Potřeba spánku a odpočinku jsou u každého člověka individuální. Závisí na denní aktivitě člověka, na fyziologickém stavu organismu, věku a dalších faktorech. Často dochází k poruše této potřeby právě při hospitalizaci nemocného, kdy se v noci objevuje spousta rušivých vlivů, jako jsou noční kontroly sester, hluk, křik jiných pacientů atd. Z nedostatku aktivity a podnětů z okolí spí většina pacientů přes den a v noci pak bdí. Tento stav nazýváme tzv. spánkovou inverzí. Sestra by proto měla pacienta přes den aktivizovat a pokud je to možné zapojit i rodinu. Pro lepší spánek zajistíme večerní hygienu, upravíme lůžko, aby bylo suché, čisté s vypnutým ložním prádlem, vyvětráme. Umožníme pacientovi vymočit se. Po ulehnutí do lůžka zhasneme světlo a zajistíme klid. U dezorientovaného klienta by sestra neměla nechávat rozsvícené světlo, protože by tím jen dále podněcovala jeho zmatenost v denní době. Často by se mohli přidružit i bludy. Pokud si ale klient přeje mít rozsvíceno, cítí-li se tak bezpečněji, měla by jeho přání respektovat. (9, 22)

Pohyb je potřebou všech živých bytostí. Člověk může ze svého života potřebu pohybu zcela vypustit. Psychická odezva neuspokojené potřeby pohybu nemusí být u mnoha jedinců dramatická. Stejně jako u ostatních potřeb je potřeba pohybu také zcela individuální, každý jedinec má rozdílné požadavky na kvalitu pohybové aktivity a

na způsob jejího uspokojení, proto mnoho lidí při neuspokojení potřeby pohybu duševně nestrádá. (22)

Jistota a bezpečí jsou základní lidské potřeby. Jsou to potřeby související s přežitím jedince, mluvíme také o potřebě sebezáchovy, o snaze vyhnout se ohrožení.

Potřeba lásky a sounáležitosti. Tato potřeba je někdy také nazývána jako potřeba afiliační, je to potřeba milovat a být milován, potřeba náklonnosti, sounáležitosti, potřeba být sociálně integrován. Vystupuje v situacích osamocení a opuštění. (22)

Potřeba uznání, ocenění a sebeúcty. Tyto dvě spojené potřeby vyjadřují přání důvěry v okolním světě, nezávislost na mínění druhých, touhu po respektu druhých lidí, statutu. Tato potřeba vystupuje v situacích ztráty respektu, kompetence, důvěry se snahou vrátit vše zpět. (22)

Právě tyto potřeby bývají zdravotníky často opomíjeny. Sestra by měla být milá a empatická, snažit se být klientovi oporou v jeho těžké životní situaci, zajistit mu kontakt s rodinou. Často se dezorientovaný člověk cítí ohrožen a v nebezpečí, proto by sestra měla získat jeho důvěru, aby nedocházelo k obranným reakcím a nedorozuměním mezi ní a klientem. Například člověk s postavením soudce po těžkém úrazu mozku, by pro zdravotníky neměl být jen „ten na pětce“. Neměli bychom se před dezorientovanými klienty bavit o svých zážitcích ze služby, jak je nám ten či onen klient nepříjemný atd.“, jak tomu často bývá a mylně se domnívat, že nám klient nerozumí. Takové chování klienta devalvuje. Nikdy bychom neměli těmito klienty opovrhovat a dělat, že jsou pouze „ti ležící a ne lidé“. Každý člověk má své postavení a my bychom jej měli respektovat, a ve fázi dezorientace mu jej i připomínat. I ve fázi rozvinuté dezorientace můžeme těmto klientům umožnit jejich osobní růst.

2. Cíle práce a hypotézy

Cílem mé práce bylo zjistit, jak dezorientace klienta změní přístup sestry v saturování jeho potřeb. A dále bylo cílem zjistit, zda sestry mají dostatečné informace v oblasti saturování potřeb dezorientovaného klienta.

Hypotézy:

H1 : Ošetřovatelská péče o dezorientovaného klienta klade na sestru zvýšené nároky

H2: Sestry nemají dostatečné informace v oblasti problematiky saturování potřeb dezorientovaného klienta

3. Metodika

3.1 Metodika práce

Provedla jsem kvantitativní výzkum za použití techniky dotazníku a pozorování. Anonymní dotazník obsahoval 25 otázek. Z celkového počtu bylo 19 otázek uzavřených, 2 polootevřené a 4 otevřené. K polootevřeným a otevřeným otázkám mohli respondenti uvézt další možné skutečnosti nebo svůj názor. Prvních 5 otázek se týkalo charakteristiky zkoumaného souboru, ostatní otázky se vztahovaly k daným hypotézám.

Výzkum dotazníkovou formou byl určen pro zdravotnické pracovníky a proveden během měsíce února a března 2007. Výzkum formou pozorování byl proveden během srpna 2006 a března 2007. Pozorovaným souborem byli zdravotničtí pracovníci a pozorovala jsem chování sester k dezorientovaným klientům.

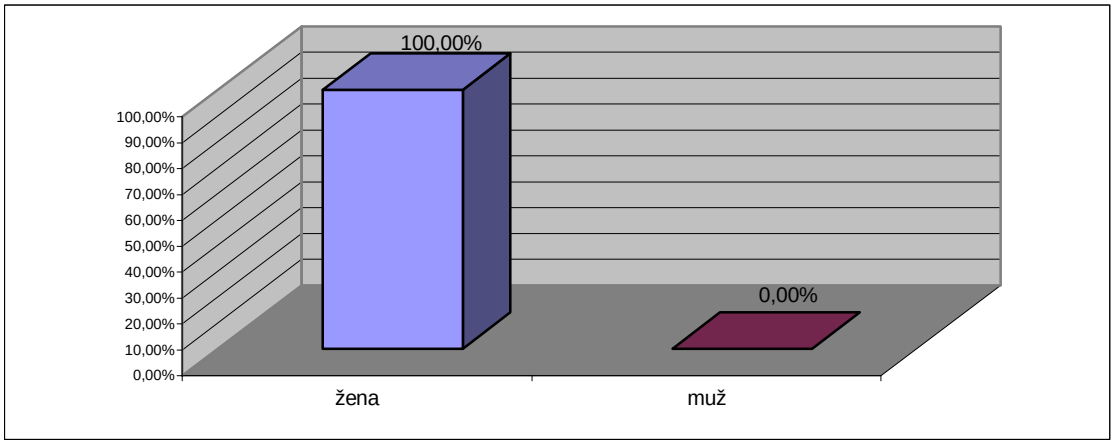
3.2 Charakteristika zkoumaného souboru

Výzkumný soubor tvořili zdravotničtí pracovníci z chirurgického a interního oddělení Nemocnice České Budějovice a.s. Celkem bylo rozdáno 100 dotazníků. Z 91 dotazníků muselo být 5 dotazníků vyřazeno pro neúplnost. Výsledky byly tedy zpracovány na základě 86 kompletně vyplněných dotazníků. Celková návratnost činila 91%.

Výzkumný soubor tedy tvořilo 86 sester. 37 z interního oddělení a 49 z chirurgického oddělení.

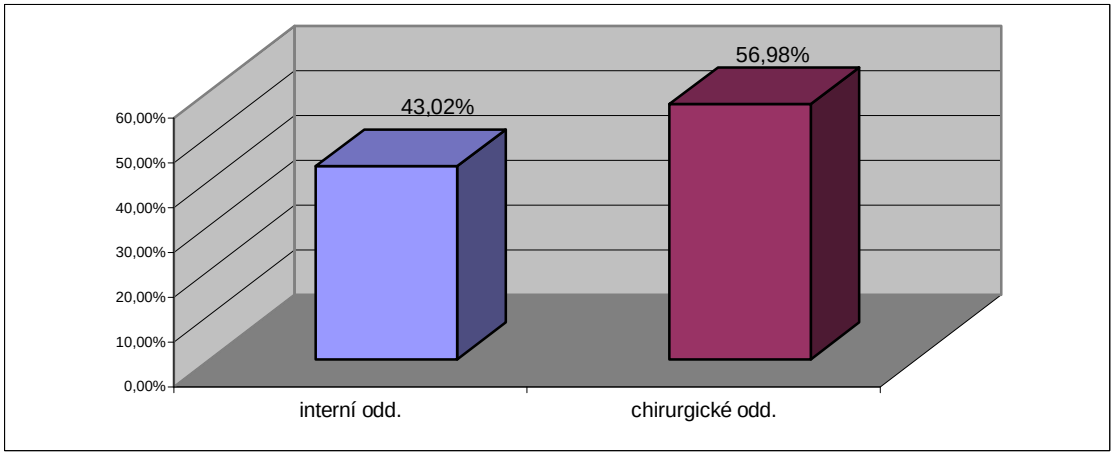
4. Výsledky

Graf 1 Pohlaví respondentů



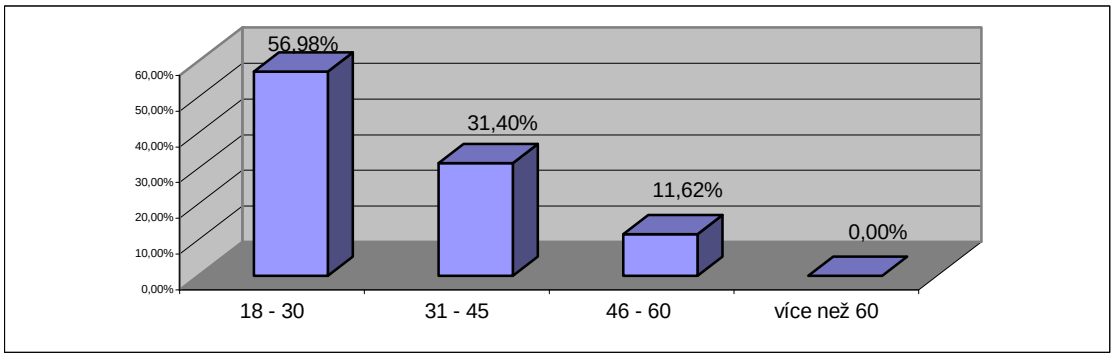
Z celkového počtu odpovědí bylo 86 (100%) pohlaví ženského, mužské pohlaví mezi respondenty nebylo zastoupeno vůbec.

Graf 2 Pracoviště respondentů



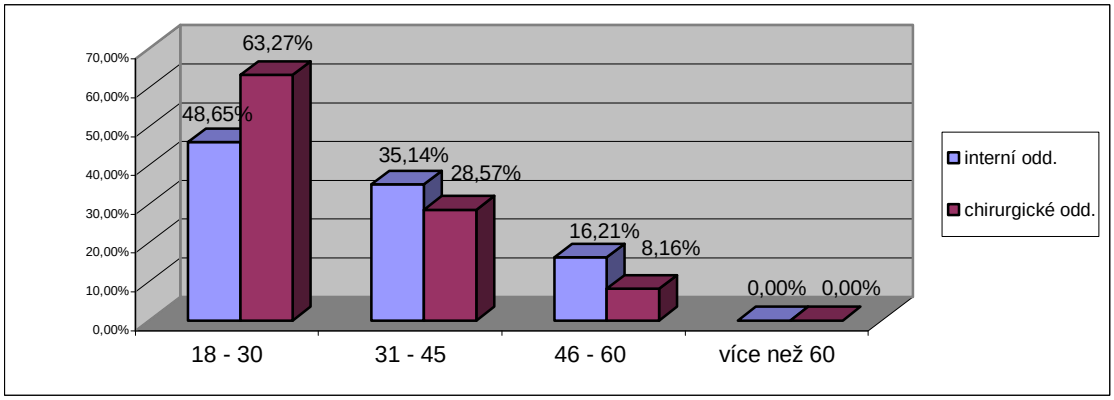
Z celkového počtu 86 respondentů pracuje 37 (43,02%) respondentů na interním oddělení a 49 (56,98%) respondentů na oddělení chirurgickém.

Graf 3a Věk respondentů – souhrnné údaje



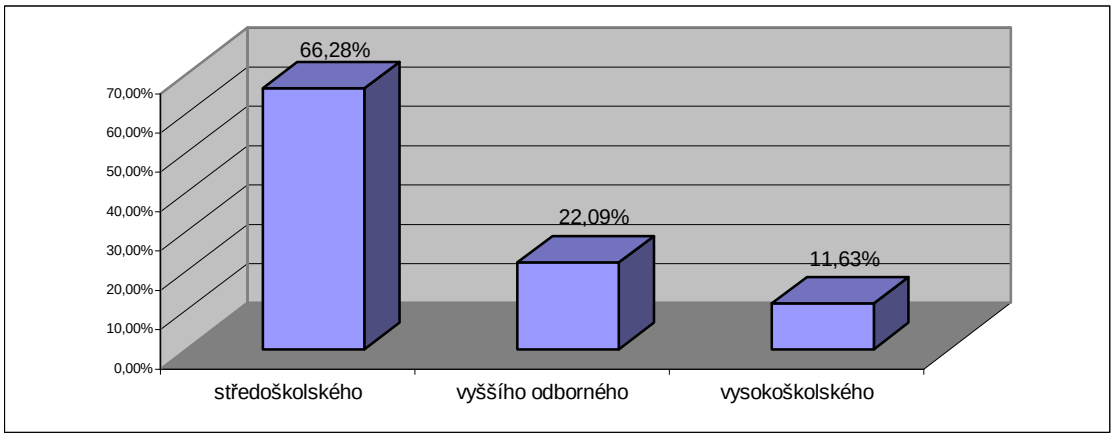
V celkovém počtu 86 respondentů byla nejvíce zastoupena věková kategorie 18 – 30 let se 49 (56,98%) respondenty, následovala kategorie 31 – 45 let zastoupena s 27 (31,40%) a kategorie 46 – 60 let zastoupena s 10 (11,63%) respondenty, kategorie 60 a více let nebyla zastoupena vůbec.

Graf 3b Věk respondentů – porovnání interní a chirurgické oddělení



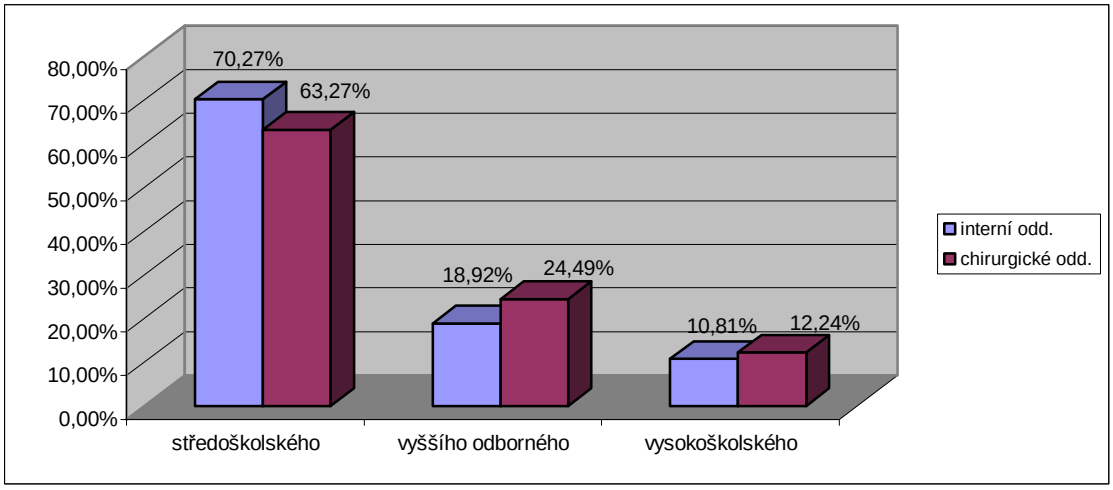
Na interním oddělení byla nejpočetněji zastoupena kategorie 18 -30 let s 18 respondenty (48,65%), následovala kategorie 31 – 45 s 13 (35,14%) respondenty a kategorie 46 – 60 byla zastoupena 6 (16,21%). Kategorie více než 60 let se nevyskytla vůbec. Na chirurgickém odd. byla také nejpočetněji zastoupena kategorie 18 – 30 let s 31 dotazovanými (63,27%), následovala kategorie 31 – 45 let se 14 (28,57%) a kategorie 46 – 60 let s 4 (8,16%) dotazovanými. Poslední věková kategorie nebyla také zastoupena vůbec.

Graf 4a Nejvyšší dosažené vzdělání – souhrnné údaje



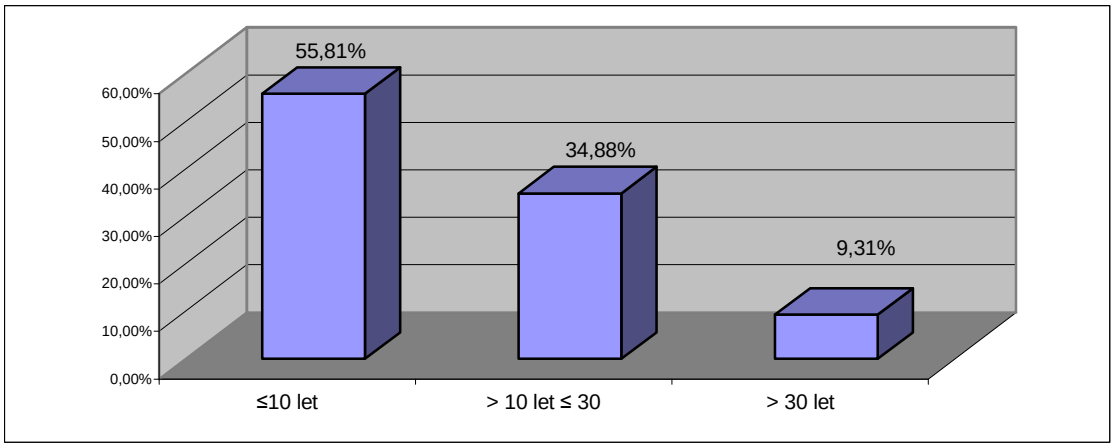
Z celkového počtu 86 respondentů bylo nejvíce zastoupeno středoškolské vzdělání s 57 (66,28%), následně vyššího odborné s 19 (22,09%) a vysokoškolské s 10 (11,63%) odpověďmi.

Graf 4b Nejvyšší dosažené vzdělání - porovnání interní a chirurgické oddělení



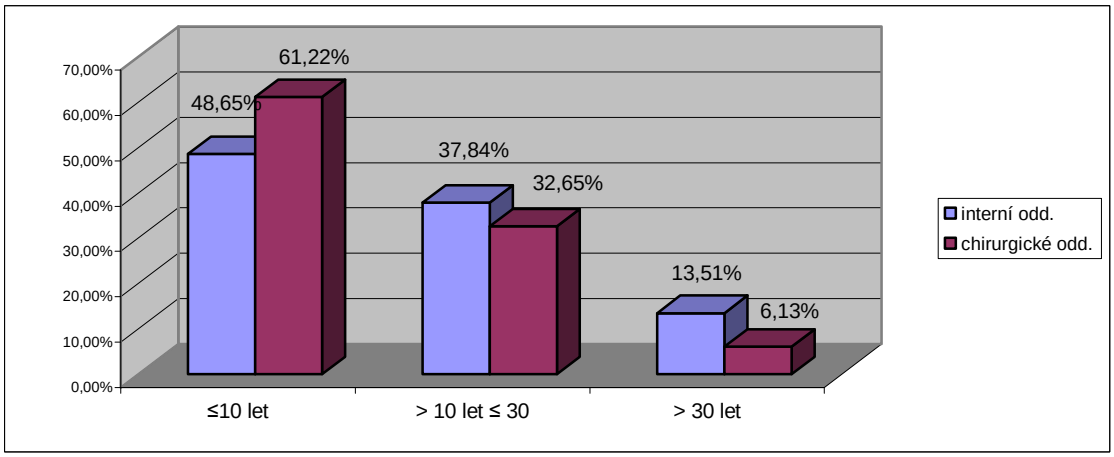
Na interním oddělení bylo nejpočetněji zastoupeno středoškolské vzdělání s 26 (70,27%), následně vzdělání vyšší odborné se 7 (18,92%) a vysokoškolské vzdělání s 7 (10,81%) odpověďmi. Na chirurgickém oddělení bylo zastoupeno nejpočetněji také středoškolské vzdělání s 31 (63,27%), vyšší odborné vzdělání s 12 (24,49%) a vysokoškolské vzdělání s 6 (12,24%) odpověďmi.

Graf 5a Léta praxe ve zdravotnictví – souhrnné údaje



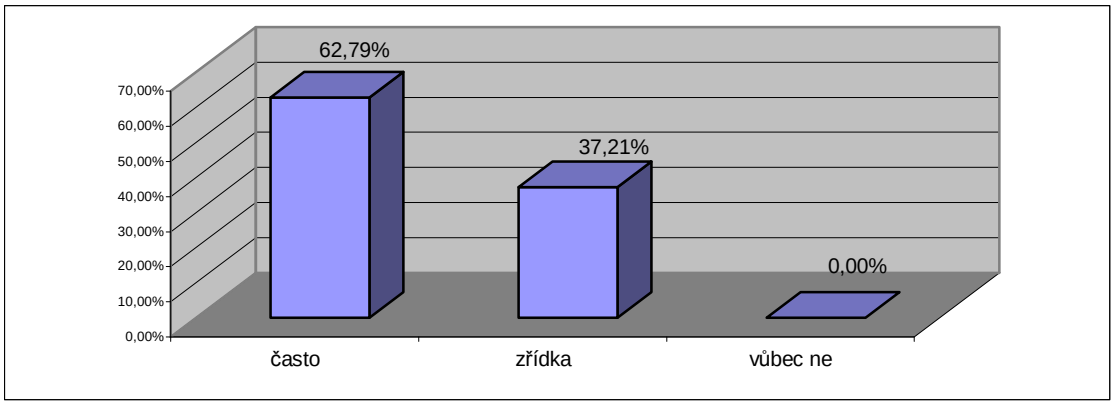
Z celkového počtu 86 respondentů pracuje ve zdravotnictví 48 (55,81%) respondentů méně než 10 let; 30 (34,88%) více než 10let, ale méně než 30 let; a více než 30 let pracuje ve zdravotnictví 8 (9,31%) respondentů.

Graf 5b Léta praxe ve zdravotnictví - porovnání interní a chirurgické oddělení



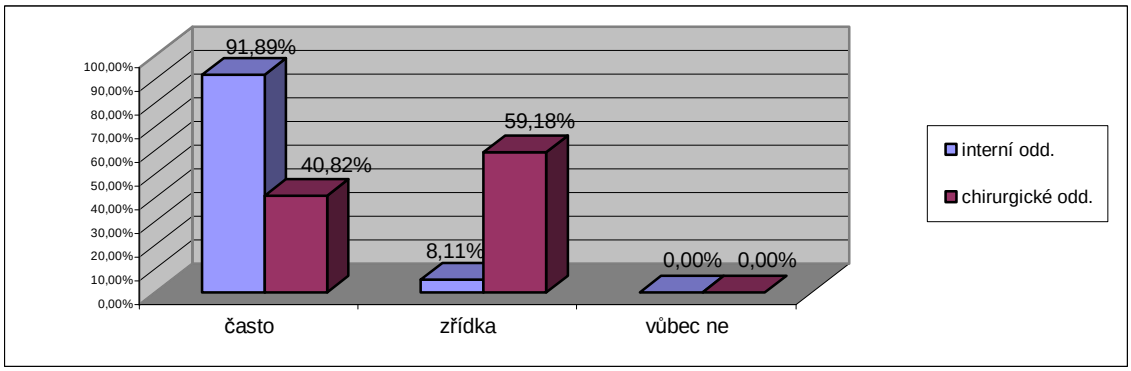
Na interním oddělení pracuje ve zdravotnictví 18 (48,65%) sester méně než 10 let; 14 (37,84%) více než 10 a méně než 30 let a 5 (13,51%) sester pracuje ve zdravotnictví déle než 30 let. Z chirurgického oddělení také připadá nejvíce procent kategorii méně než 10 let a tj. 30 (61,22%) sester, dále 16 (32,65%) kategorii více než 10let a méně než 30 let praxe. Kategorie více než 30 let byla zastoupena 3 (6,13%) sestrami.

Graf 6a Setkání s dezorientovaným klientem – souhrnné údaje



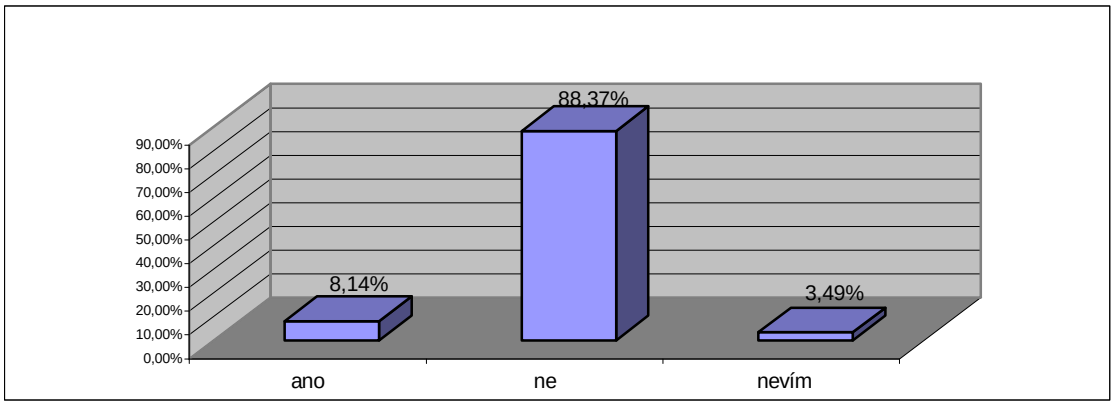
54 (62,79%) sester z celkového počtu 86 respondentů potvrdilo, že se setkávají s dezorientovaným klientem často; 32 (37,21%) zřídka a odpověď vůbec ne nepotvrdil nikdo.

Graf 6b Setkání s dezorientovaným klientem-porovnání interní a chirurgické oddělení



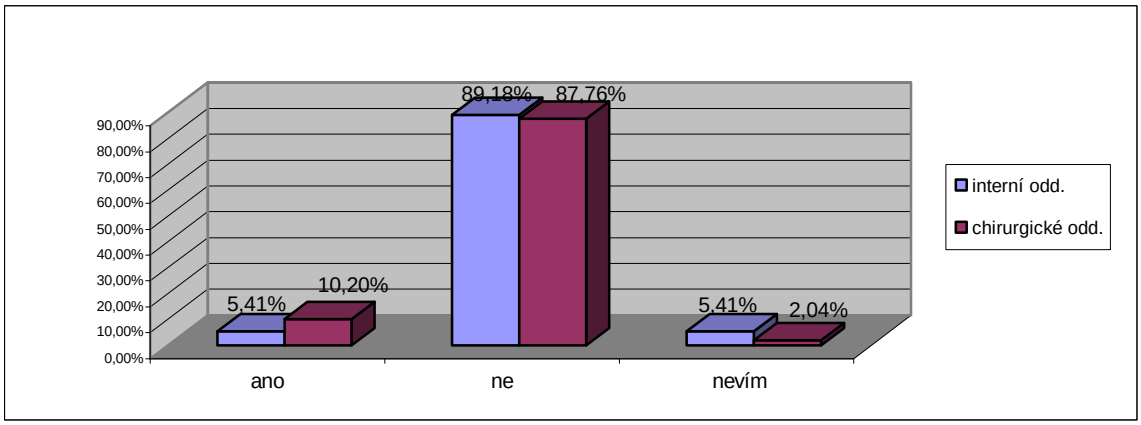
34 (91,89%) respondentů z interního oddělení potvrdilo, že se setkává s dezorientovaným klientem často; 3 (8,11%) zřídka a variantu vůbec ne, nepotvrdil nikdo. Na chirurgickém oddělení se často setkává s dezor. klientem 20 (40,82%) sester a 29 (59,18%) zřídka.

Graf 7a Dostatek personálu na oš. jednotce – souhrnné údaje



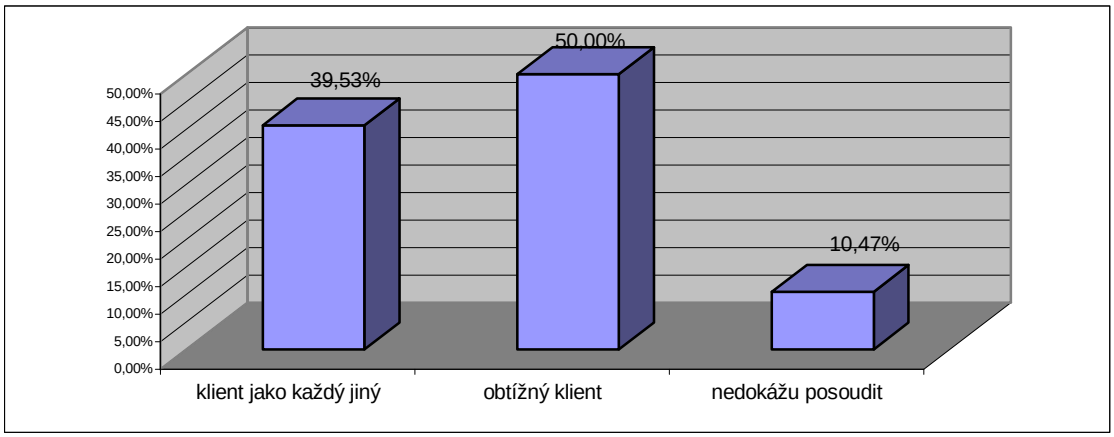
Z celkového počtu 86 respondentů se 7 (8,14%) domnívá, že na ošetřovací jednotce mají dostatek personálu; 76 (88,37%) se domnívají, že nemají dostatek personálu na ošetřovací jednotce a 2 (3,49%) nevědí.

Graf 7b Dostatek personálu na oš. jednotce – porovnání interní a chirurgické oddělení



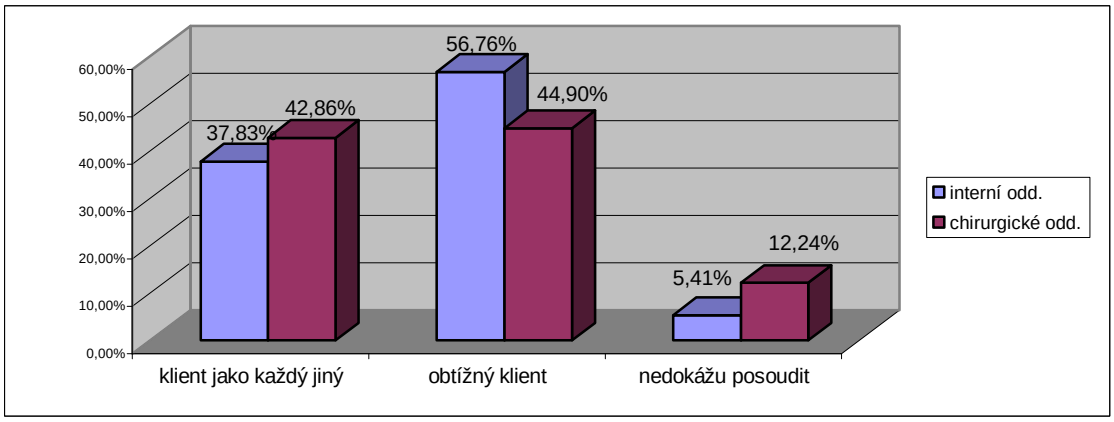
Na interním oddělení se 2 (5,41%) respondenti domnívají, že mají dostatek oš. personálu; 33 (89,18%), že nemají dostatek oš. personálu na ošetřovací jednotce a 2 (5,41%) nevědí. Z chirurgického oddělení se domnívá 5 (10,20%) respondentů, že mají dostatek oš. personálu; 43 (87,76%), že nemají nedostatek personálu na ošetřovací jednotce a 1 (2,04%) neví.

Graf 8a Dezorientovaný klient je pro sestry – souhrnné údaje



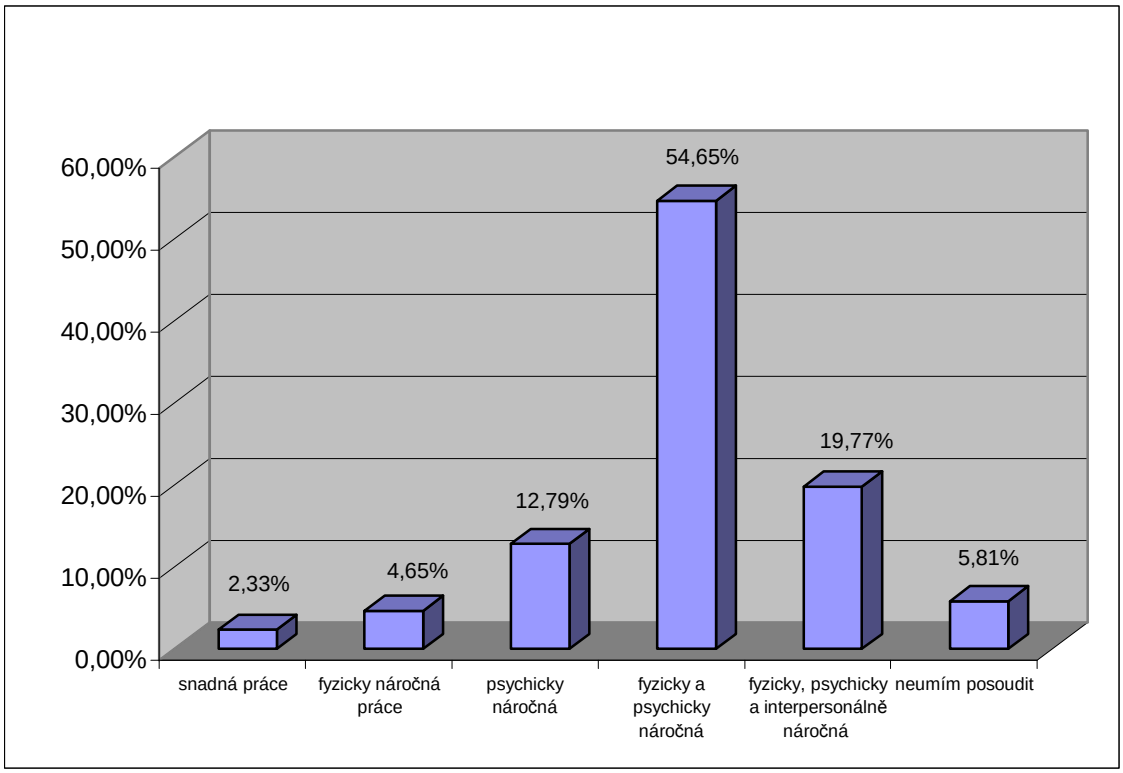
Pro 34 (39,53%) sester je dezorientovaný klient, klient jako každý jiný; pro 43 (50,00%) sester je takový klient, obtížný klient a 9 (10,47%) nedokáže tuto skutečnost posoudit.

Graf 8b Dezorientovaný klient je pro sestry - porovnání interní a chirurgické oddělení



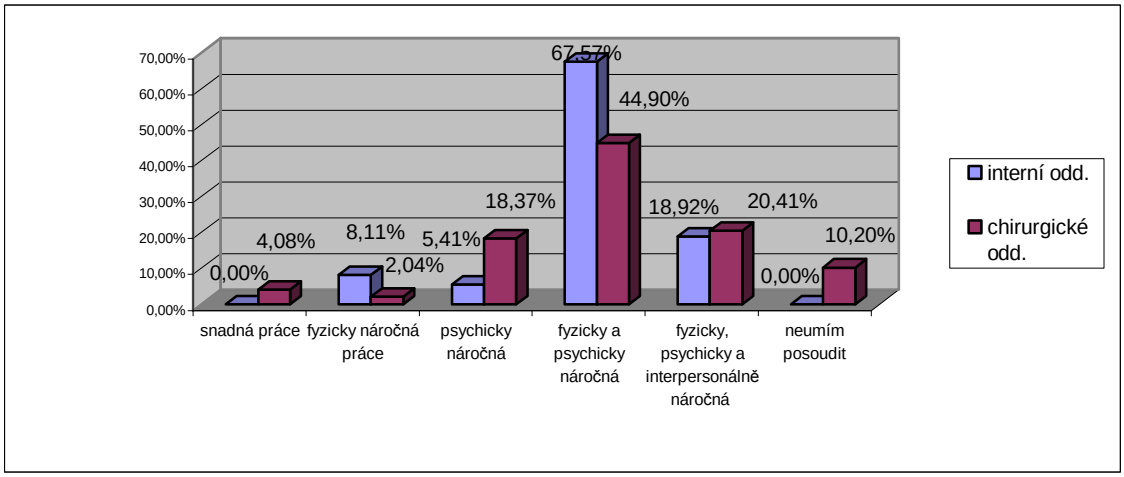
Dezorientovaný klient je klient jako každý jiný pro 14 (37,83%) sester; obtížný klient pro 21 (56,76%) sester z interního oddělení a 2 (5,41%) sestry z tohoto oddělení nedokáží situaci posoudit. Z chirurgického oddělení 21 (42,86%) sester zastává názor, že je to také klient jako každý jiný; 22 (44,90%) zastává názor, že jde o obtížného klienta a 6 (12,24%) nedovede situaci posoudit.

Graf 9a Péče o dezorientovaného klienta – souhrnné údaje



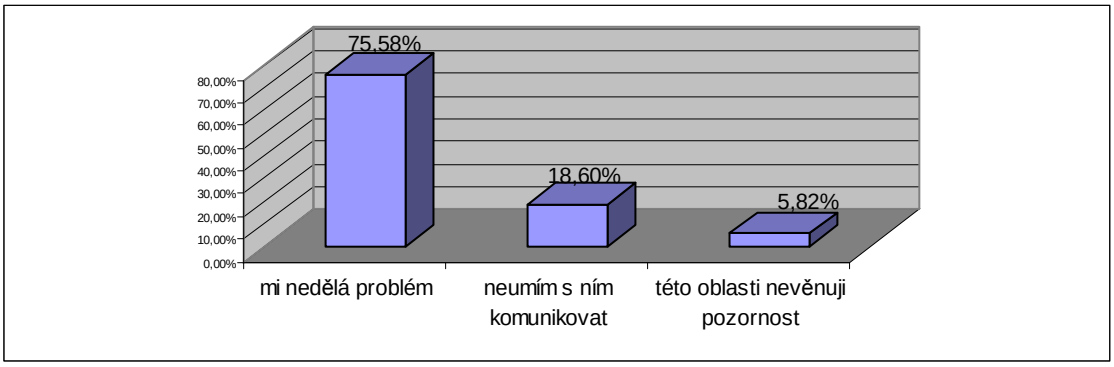
Z celkového počtu respondentů se 2 (2,33%) domnívají, že péče o dezorientovaného klienta je snadná práce; 4 (4,65%) fyzicky náročná práce; 11 (12,79%) psychicky náročná práce, 47 (54,65%) fyzicky a psychicky náročná práce; 17 (19,77%) respondentů se domnívá, že jde o fyzicky, psychicky a interpersonálně náročnou práci a 5 (5,81%) neumí tuto situaci posoudit.

Graf 9b Péče o dezorientovaného klienta - porovnání interní a chirurgické oddělení



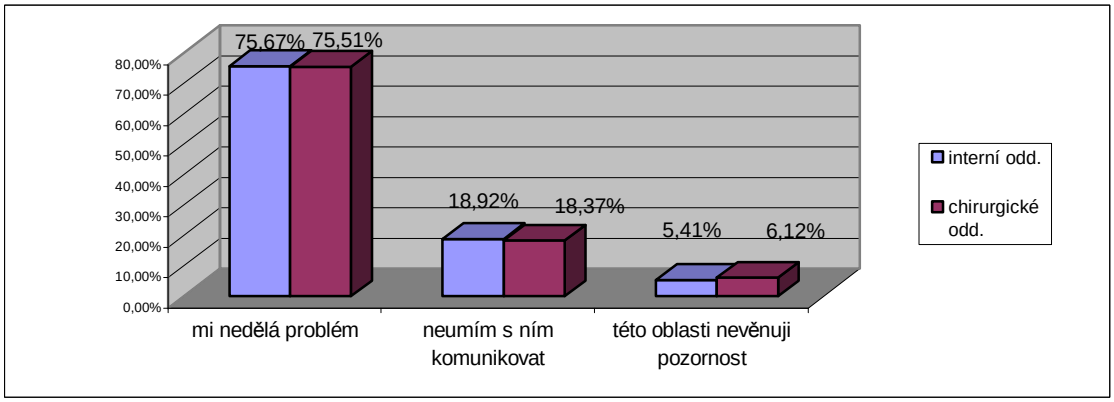
Z interního oddělení se žádný z respondentů nedomnívá, že péče o dezorientovaného klienta je snadná práce; 3 (8,11%) se domnívají, že jde o fyzicky náročnou práci; 2 (5,41%) se domnívají, že jde o psychicky náročnou práci. Pro 25 (67,57%) respondentů je tato práce psychicky i fyzicky náročná; pro 7 (18,92%) je tato péče psychicky, fyzicky a interpersonálně náročná. Z chirurgického oddělení považují tuto práci 2 (4,08%) respondenti za snadnou; 1 (2,04%) za fyzicky náročnou; 9 (19,37%) za psychicky náročnou; 22 (44,90%) za fyzicky i psychicky náročnou práci. 10 (20,41%) ji považuje za fyzicky, psychicky a interpersonálně náročnou a 5 (10,20%) respondentů neumí tuto situaci posoudit.

Graf 10a Komunikace s dezorientovaným klientem – souhrnné údaje



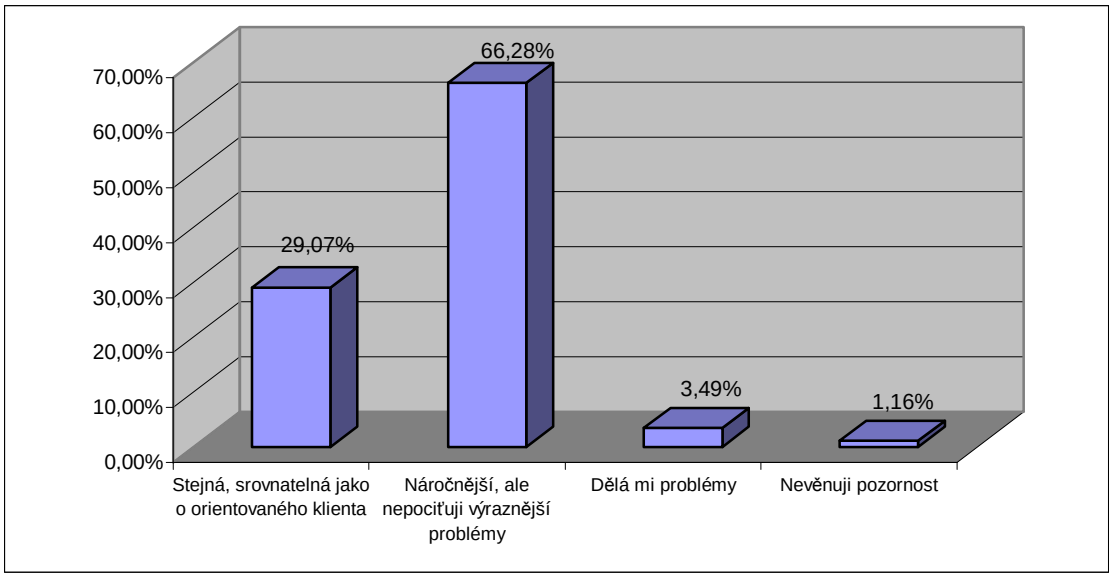
Z celkového počtu 86 respondentů 65 (75,58%) potvrdilo, že jim komunikace s dezorientovaným klientem nedělá problémy; 16 (18,60%) se svěřilo, že s dezorientovaným klientem neumějí komunikovat a 5 (5,28%) této oblasti nevěnuje pozornost.

Graf 10b Komunikace s dezorientovaným klientem - porovnání interní a chirurgické oddělení



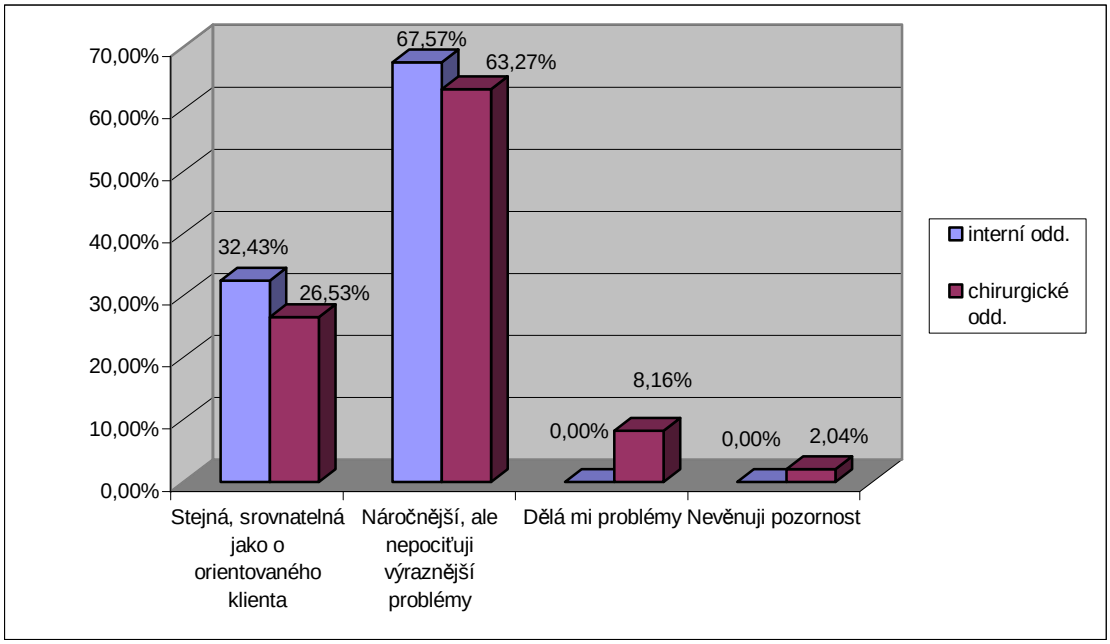
Z interního oddělení potvrdilo 28 (75,67%) sester, že nemá problémy v komunikaci s dezorientovaným klientem; 7 (18,92%) že mají problémy s ním komunikovat a 2 (5,41%) sestry této oblasti nevěnují pozornost. Z chirurgického oddělení nemá problém s dezorientovaným klientem komunikovat 37 (75,51%) sester; komunikace dělá problémy 9 (18,37%) z nich a 3 (6,12%) nevěnují komunikaci pozornost.

Graf 11a Oš. péče v oblasti hygieny o dezorientovaného klienta – souhrnné údaje



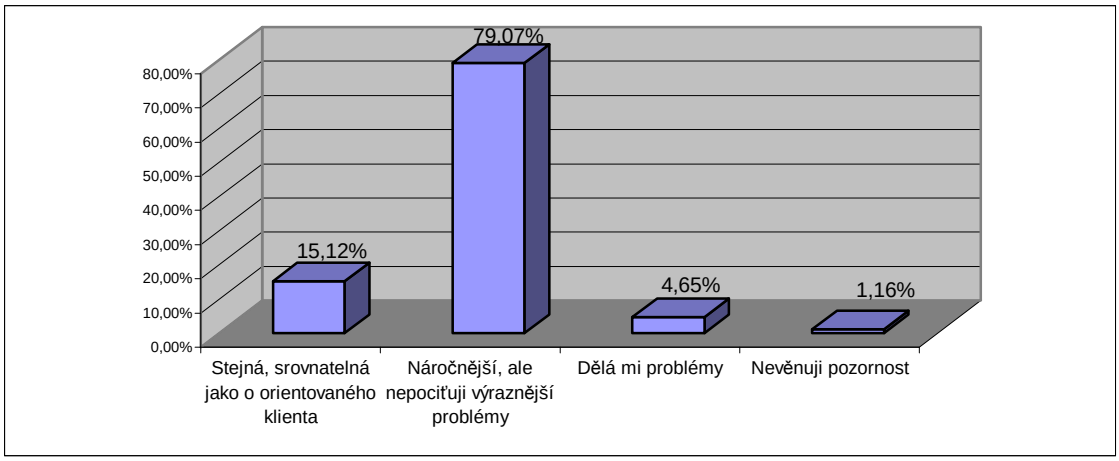
25 (29,07%) respondentů vnímá oš péčo o dezorientovaného klienta stejnou nebo srovnatelnou jako o orientovaného klienta; 57 (66,28%) ji vnímá jako náročnější, ale nepociťuje výraznější problémy; 3 (3,49%) dělá tato oblast problémy a 1 (1,16%) jí nevěnuje pozornost.

Graf 11b Oš. péče v oblasti hygieny o dezorientovaného klienta – porovnání interní a chirurgické oddělení



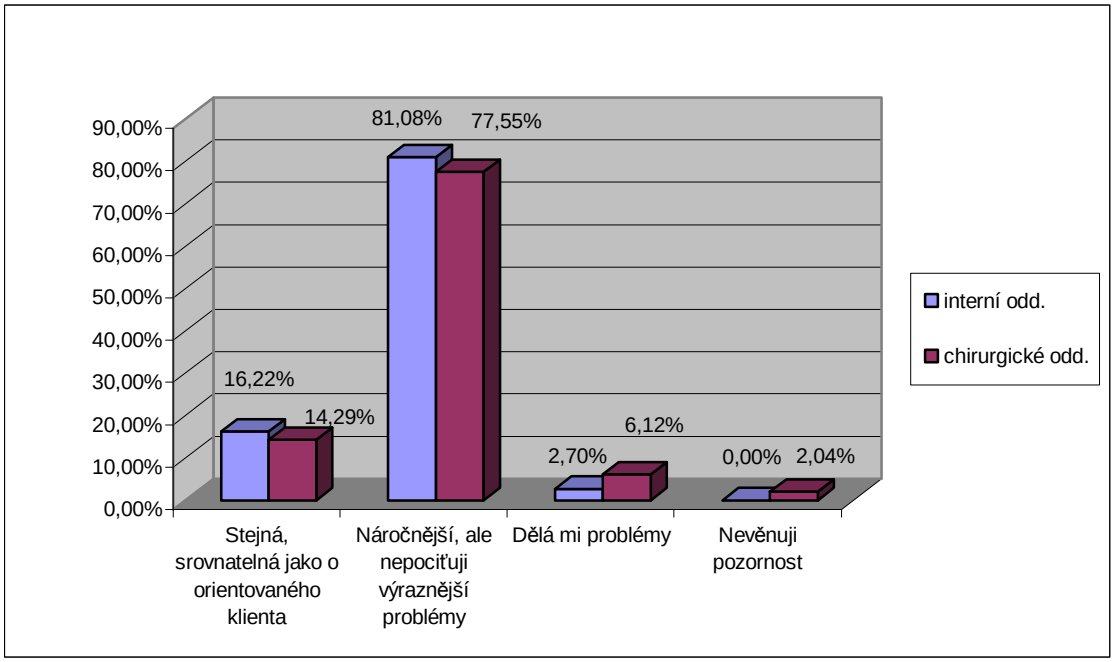
Z interního oddělení 12 (32,43%) respondentů potvrdilo, že oš. péče v této oblasti je pro ně srovnatelná jako o orientovaného klienta; 25 (67,57%) potvrdilo, že taková péče je náročnější, ale nepociťují při ní výraznější problémy. Z chirurgického oddělení potvrdilo 13 (26,53%) respondentů, že je péče v této oblasti srovnatelná jako o orientovaného klienta, náročnější je pro 25 (67,57%) respondentů. 4 (8,16%) dotazovaných se přiznalo, že jim péče v této oblasti dělá problémy a 1 (2,04%) této oblasti nevěnuje pozornost.

Graf 12a Oblast oš. péče o vyprazdňování – souhrnné údaje



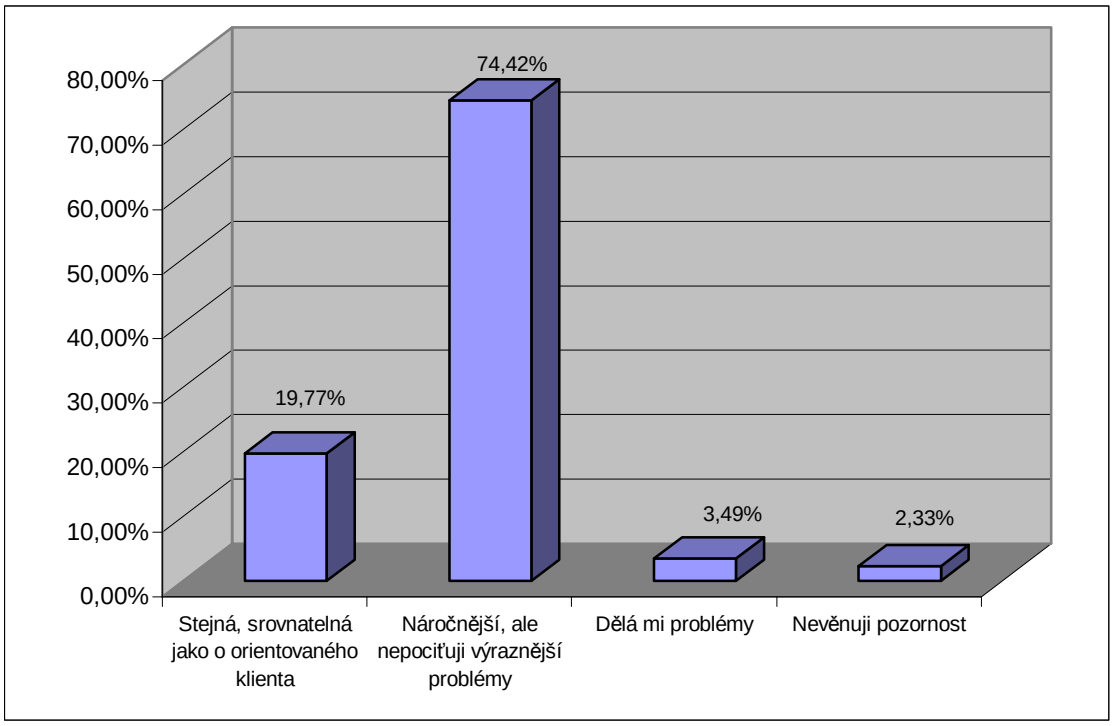
Z celkového počtu 86 respondentů pociťuje péči o dezorientovaného klienta stejnou nebo srovnatelnou jako o orientovaného klienta 13 (15,12%); jako náročnější bez výraznějších pocitů 68 (79,07%). Péče dělá problémy 4 (4,65%) respondentům a 1 (1,16%) nevěnuje této oblasti pozornost.

Graf 12b Oblast oš. péče o vyprazdňování – porovnání interní a chirurgické oddělení



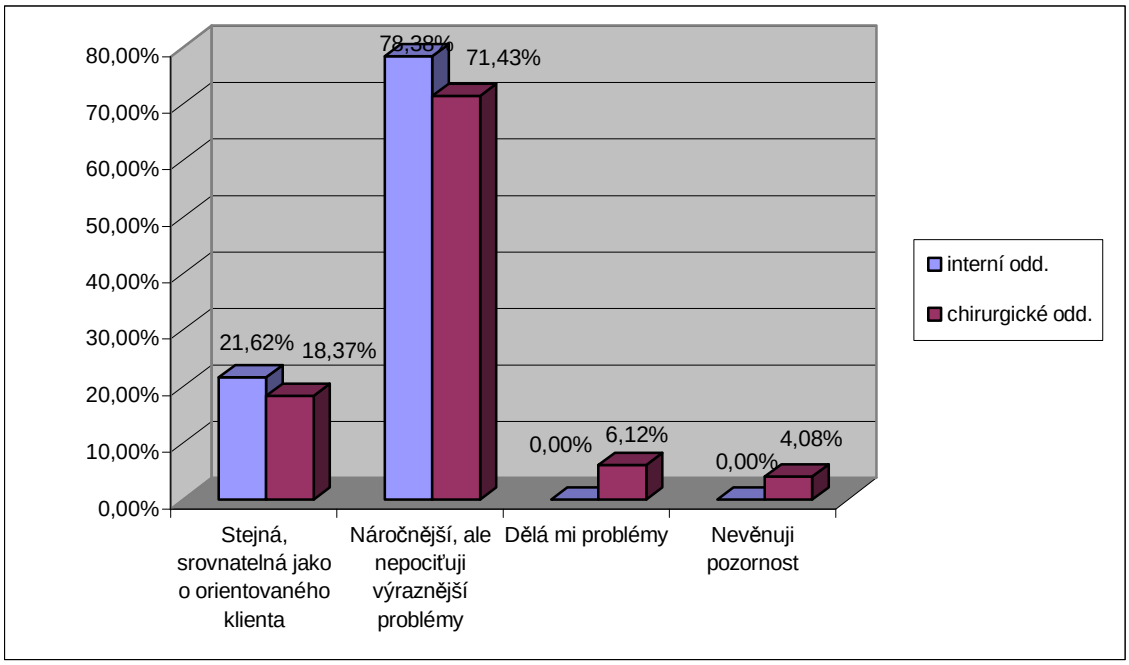
Péči o dezorientovaného klienta v oblasti vyprazdňování považuje jako srovnatelnou o orientovaného klienta 6 (16,22%) sester z interního oddělení; jako náročnější 30 (81,08%) sester a 1 (2,07%) sestře dělá péče v této oblasti problémy. Z chirurgického oddělení ji považuje za srovnatelnou 7 (14,29%), za náročnější než o orientovaného klienta 38 (77,55%) sester; 3 (6,12%) dělá péče v této oblasti problémy a 1 (2,04%) sestra se této oblasti nevěnuje.

Graf 13a Oblast oš. péče o výživu – souhrnné údaje



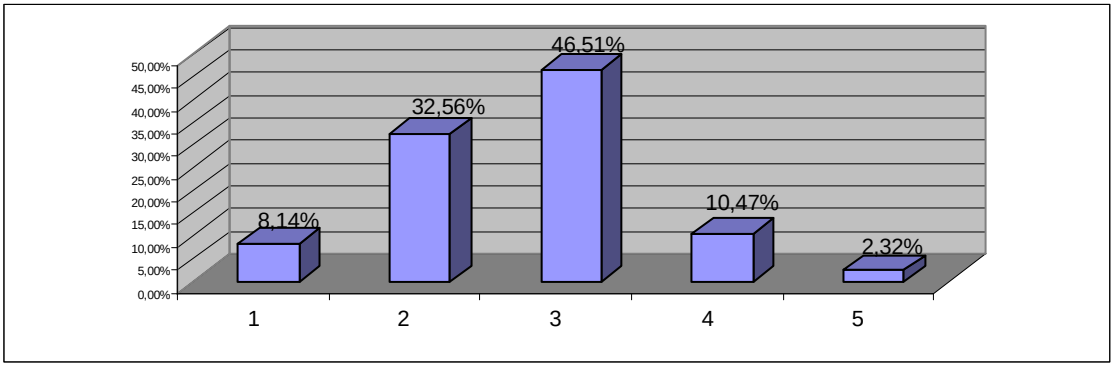
Oblast péče o výživu dezorientovaného klienta připadá stejná nebo srovnatelná jako o orientovaného klienta 17 (19,77%) dotazovaným; náročnější bez výraznějších problémů 64 (74,42%); 3 (3,49%) dotazovaným dělá problémy a 2 (2,33%) této oblasti nevěnují pozornost.

Graf 13b Oblast oš. péče o výživu - porovnání interní a chirurgické oddělení



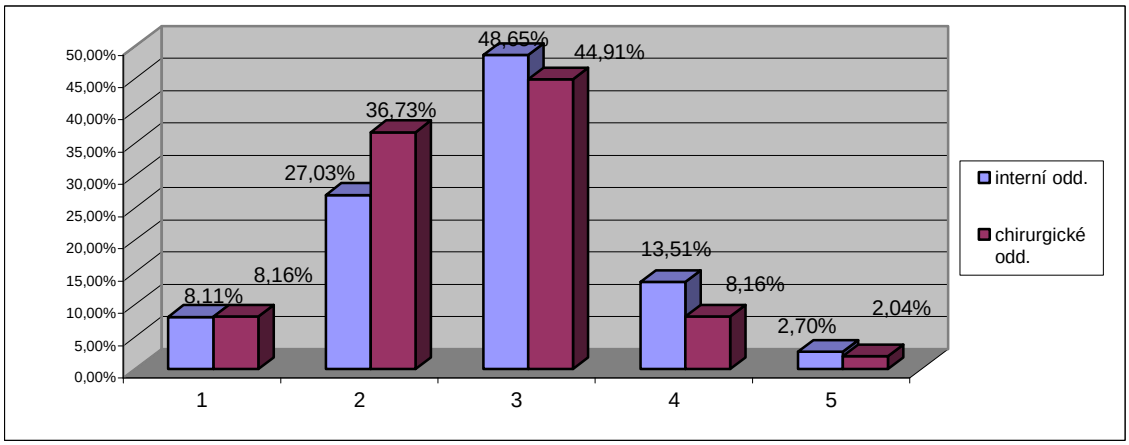
Z interního oddělení považuje oš. péči o výživu dezorientovaného klienta jako srovnatelnou o orientovaného klienta 8 (21,62%) dotazovaných; jako náročnější 29 (78,38%) dotazovaných. Z chirurgického oddělení tuto péči považuje 9 (18,37%) sester za srovnatelnou; jako náročnější 35 (71,43%) sester; 3 (6,12%) dělá tato oblast péče problémy a 2 (4,08%) sestry nevěnují této oblasti pozornost.

Graf 14a Náročnost pracovní směny bez dezorientovaného klienta – souhrnné údaje



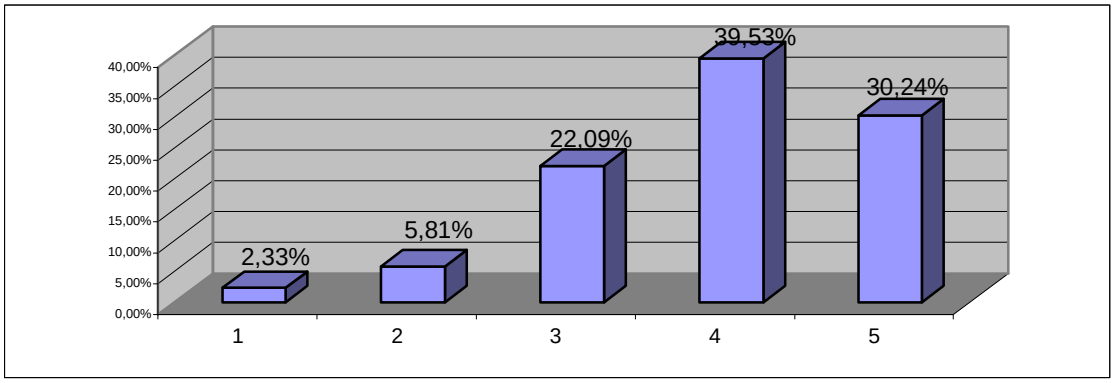
Náročnost pracovní směny bez dezorientovaného klienta číslem 1 hodnotí 7 (8,14%) respondentů; číslem 2 hodnotí 28 (32,56%) respondentů; číslem 3 hodnotí 40 (46,51%); číslem 4 hodnotí 9 (10,41%) a číslem 5 hodnotí 2 (2,32%) respondenti.

Graf 14b Náročnost pracovní směny bez dezorientovaného klienta - porovnání interní a chirurgické oddělení



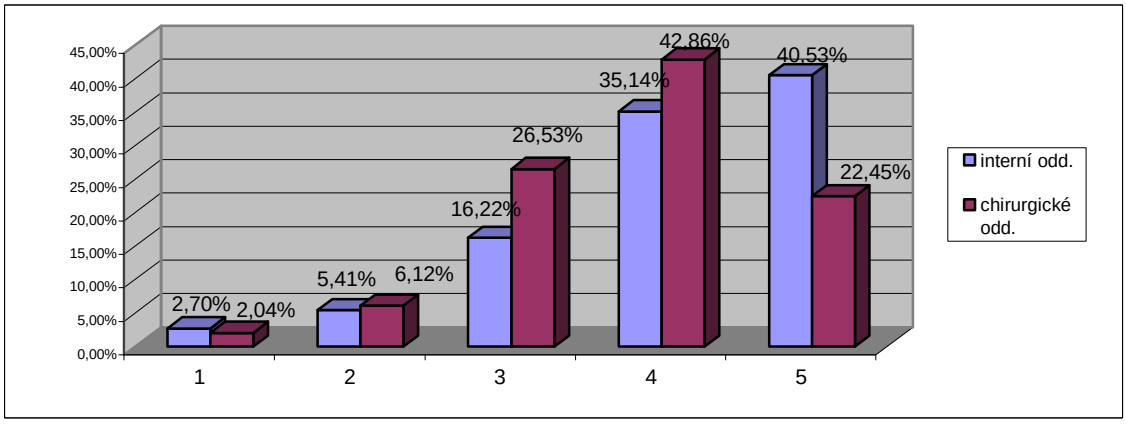
Na interním oddělení hodnotí náročnost pracovní směny bez dezorientovaného klienta 3 (8,11%) respondenti číslem 1; 10 (27,03%) respondentů číslem 2; 18 (48,65%) respondentů číslem 3; 5 (13,51%) číslem 4 a 1 (2,70%) respondent číslem 5. Na chirurgickém oddělení číslem 1 hodnotí 4 (8,16%) dotázaných; číslem 2 hodnotí 18 (36,73%); číslem 3 hodnotí 22 (44,91%); číslem 4 hodnotí 4 (8,16%) a číslem 5 hodnotí 1 (2,04%) dotázaný pracovní směnu bez dezorientovaného klienta.

Graf 15a Náročnost pracovní směny s dezorientovaným klientem – souhrnné údaje



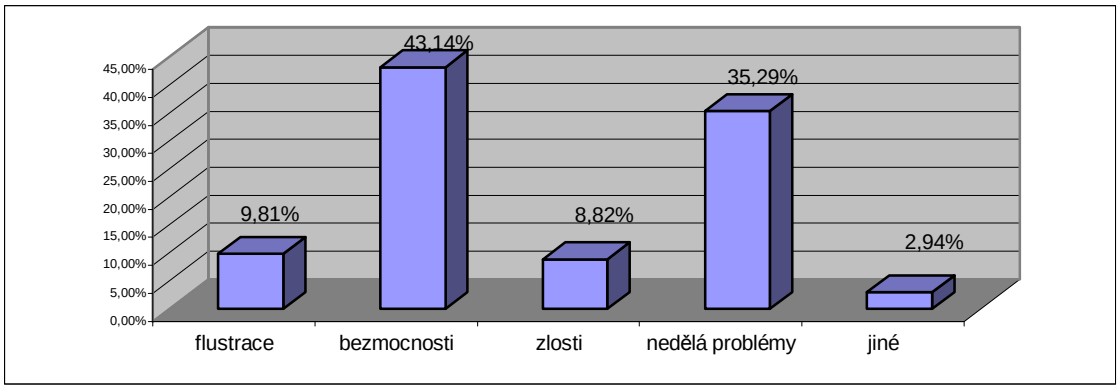
Náročnost pracovní směny s dezorientovaným klientem číslem 1 hodnotí 2 (2,33%) respondenti; číslem 2 hodnotí 5 (5,81%) respondentů; číslem 3 hodnotí 19 (22,09%); číslem 4 hodnotí 34 (39,53%) a číslem 5 hodnotí 26 (30,24%) respondentů.

Graf 15b Náročnost pracovní směny s dezorientovaným klientem - porovnání interní a chirurgické oddělení



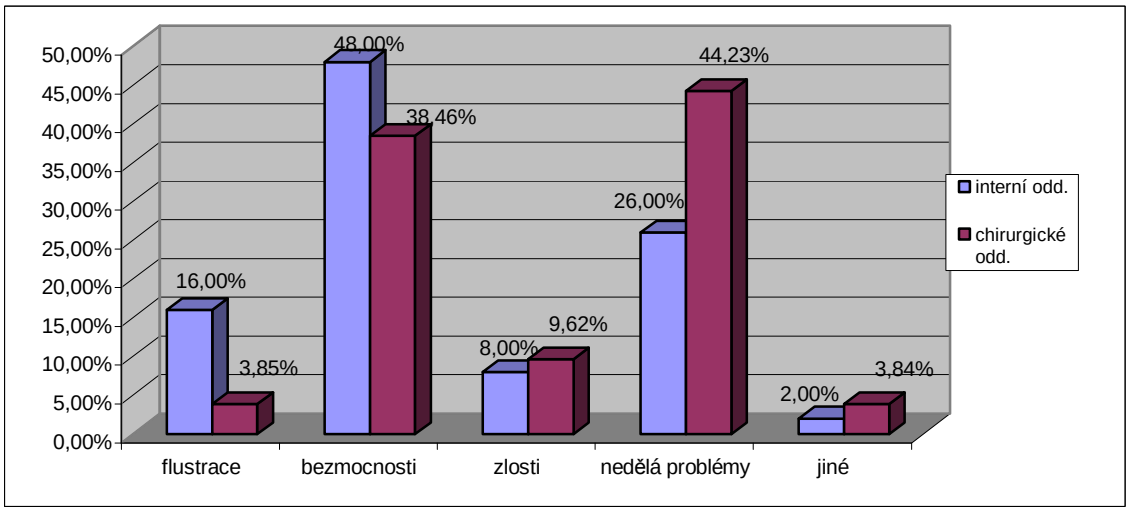
Na interním oddělení hodnotí náročnost pracovní směny s dezorientovaným klientem 1 (2,70%) respondent číslem 1; 2 (5,41%) respondenti číslem 2; 6 (16,22%) respondentů číslem 3; 13 (35,14%) číslem 4 a 15 (40,53%) respondentů číslem 5. Na chirurgickém oddělení číslem 1 hodnotí 1 (2,04%) z dotázaných; číslem 2 hodnotí 3 (6,12%); číslem 3 hodnotí 13 (26,53%); číslem 4 hodnotí 21 (42,86%) a číslem 5 hodnotí 11 (22,45%) dotázaných pracovní směnu s dezorientovaným klientem.

Graf 16a Pocity ošetřujících – souhrnné údaje



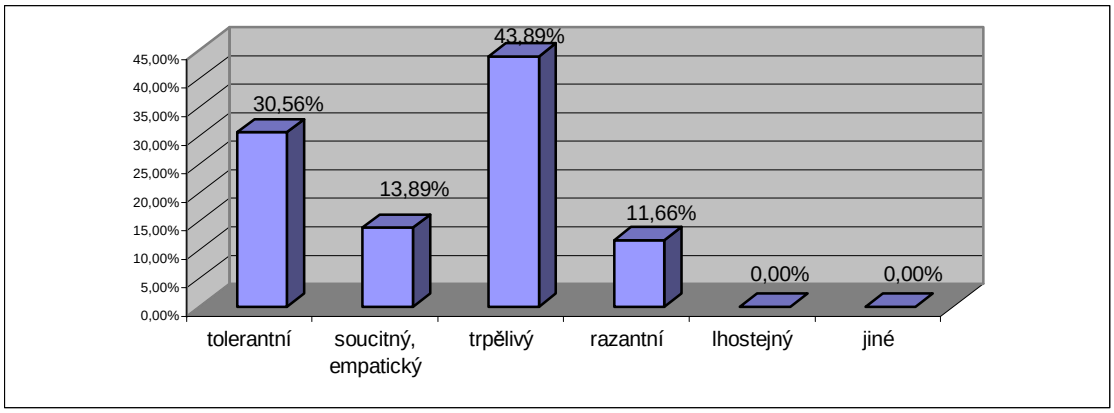
Z celkového počtu 102 odpovědí získala 10 (9,18%) odpověď, že při ošetřování dezorientovaného klienta prožívají zdravotníci pocity flustrace; 44 (43,14%) pocity bezmocnosti; 9 (8,82%) pocity zlosti; 36 (35,29%) nedělá ošetřování problémy a možnost jiné získala 3 (2,94%) odpovědi.

Graf 16b Pocity ošetřujících - porovnání interní a chirurgické oddělení



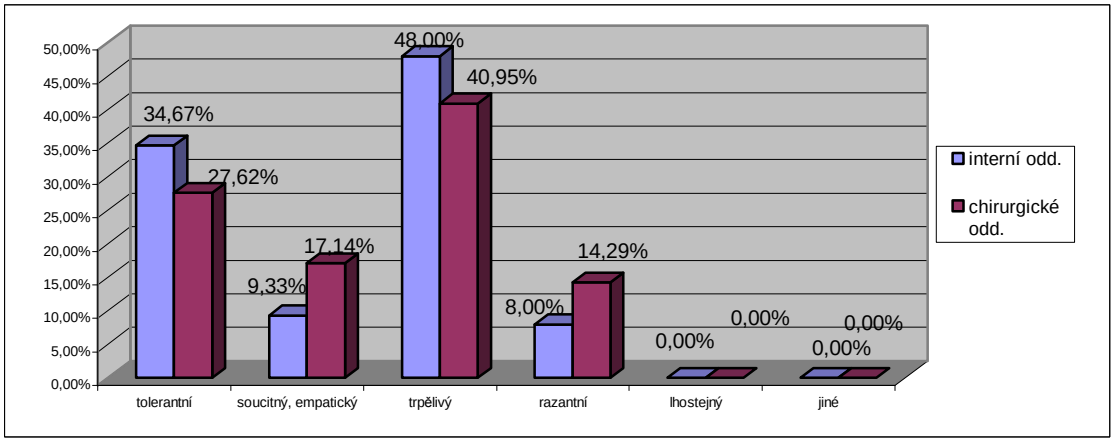
Z interního oddělení získala 8 (16,00%) odpověď, že při ošetřování dezorientovaného klienta prožívají zdravotníci pocity flustrace; 24 (48,00%) pocity bezmocnosti; 4 (8,00%) pocity zlosti; 13 (26%) nedělá ošetřování problémy a 1 (2,00%) získala odpověď jiné. Z chirurgického oddělení získaly 2 (3,85%) pocity flustrace; 20 (38,46%) pocity bezmocnosti; 5 (9,62%) pocity zlosti a 23 (44,23%) nedělá ošetřování problémy; 2 (3,84%) byla označena možností jiné.

Graf 17a Přístup ke klientovi – souhrnné údaje



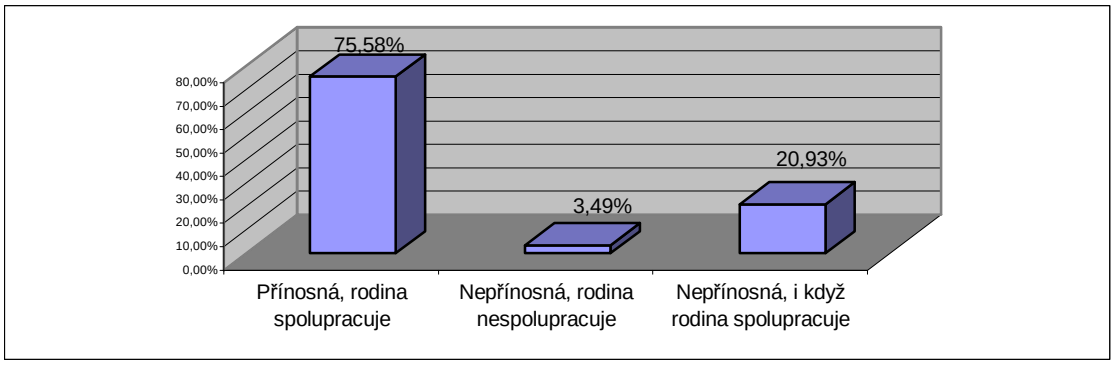
Z celkového počtu 180 odpovědí získala 55 (30,56%) odpověď, že by sestra měla zaujmout tolerantní přístup ke klientovi; 25 (13,89%) odpověď, že by měla zaujmout soucitný a empatický přístup; 79 (43,89%) odpověď trpělivý přístup a 21 (11,66%) přístup razantní. Lhostejný přístup by nezaujal nikdo.

Graf 17b Přístup ke klientovi - porovnání interní a chirurgické oddělení



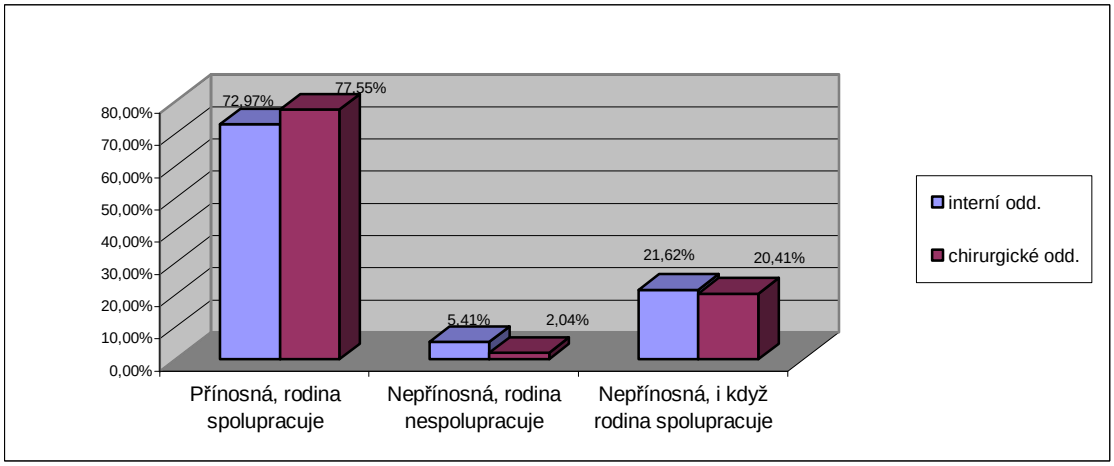
Z interního oddělení získal tolerantnímu přístup 26 (34,68%) odpovědí; soucitný a empatický přístup 7 (9,33%) odpovědí; trpělivý přístup 36 (48%) odpovědí a razantní přístup 6 (8,00%) odpovědí. Z chirurgického oddělení tolerantním přístup získal 29 (27,62%) odpovědí; soucitný a empatický 18 (17,14%) odpovědí; trpělivý přístup 43 (40,95%) a razantní přístup 15 (14,29%) odpovědí. Možnost lhostejného přístupu a jiné neuvedl nikdo z dotazovaných.

Graf 18a Přínosnost spolupráce s rodinou – souhrnné údaje



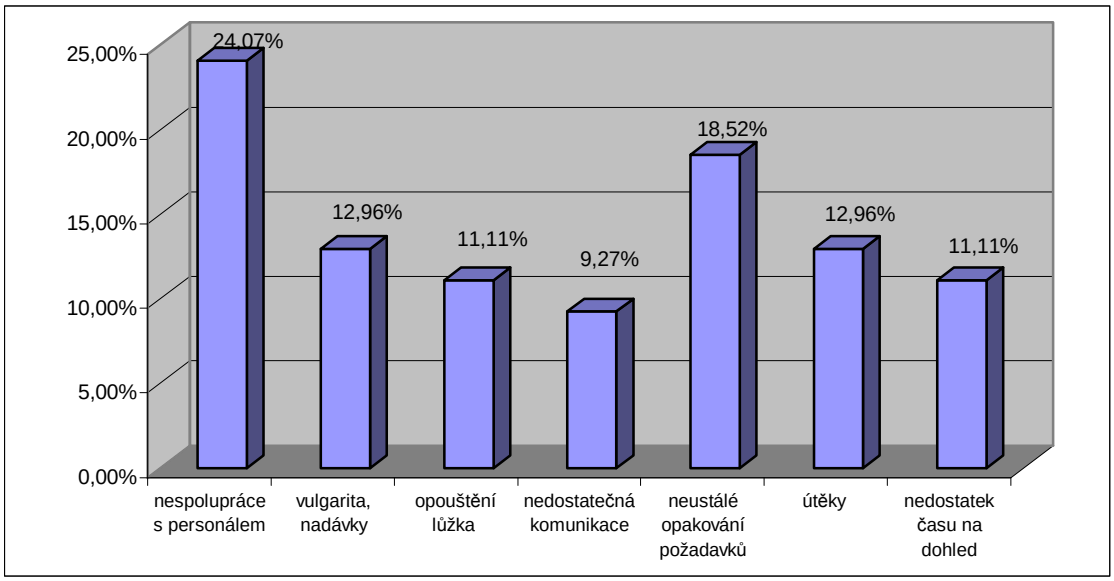
Z celkového počtu 86 dotázaných 65 (75,58%) odpovědělo, že je pro ně přínosná spolupráce s rodinou dezorientovaného klienta; 3 (3,49%) respondenti odpověděli, že je pro ně spolupráce nepřínosná, protože rodina nespolupracuje a 18 (20,93%) odpovědělo, že je pro ně spolupráce nepřínosná, i když rodina spolupracuje.

Graf 18b Přínosnost spolupráce s rodinou - porovnání interní a chirurgické oddělení



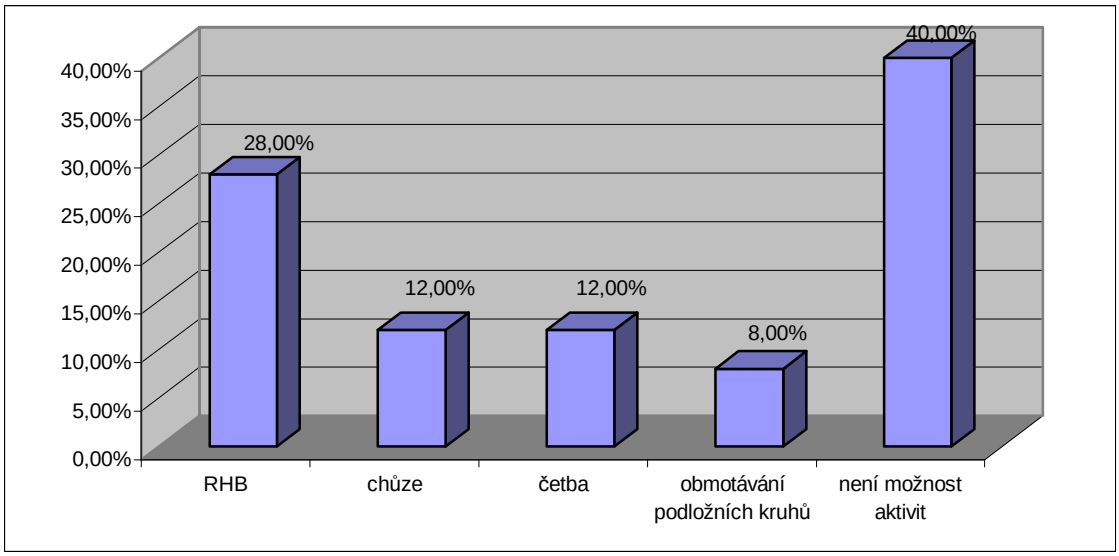
Z interního oddělení potvrdilo 27 (72,97%) respondentů, že je pro ně spolupráce s rodinou desorientovaného klienta přínosná; 2 (5,41%), že je pro ně spolupráce nepřínosná, protože rodina nespolupracuje a 8 (21,62%) je přesvědčena, že je spolupráce nepřínosná, i když rodina spolupracuje. Z chirurgického oddělení potvrdilo 38 (77,55%) respondentů, že je pro ně spolupráce s rodinou přínosná; 1 (2,04%), že je spolupráce nepřínosná, protože rodina nespolupracuje a 10 (20,41%) se domnívá, že je spolupráce nepřínosná, i když rodina spolupracuje.

Graf 19 Problémy v péči o dezorientovaného klienta



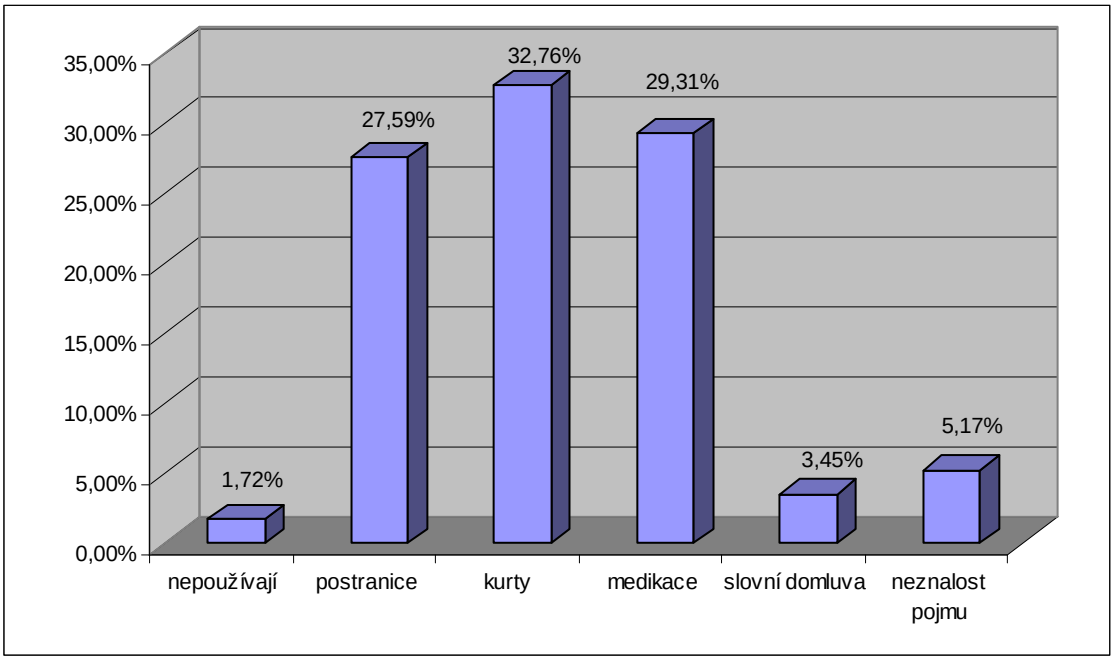
Z celkového počtu 54 odpovědí získala 13 (24,07%) odpověď nespolupráce s personálem; 7 (12,96%) vulgarita a nadávky; 6 (11,11%) opouštění lůžka; 5 (9,27%) nedostatečná komunikace; 10 (18,52%) získala odpověď neustálé opakování požadavků; 7 (12,96%) útěky a 6 (11,11%)získala odpověď nedostatek času na dohled.

Graf 20 Možné denní aktivity



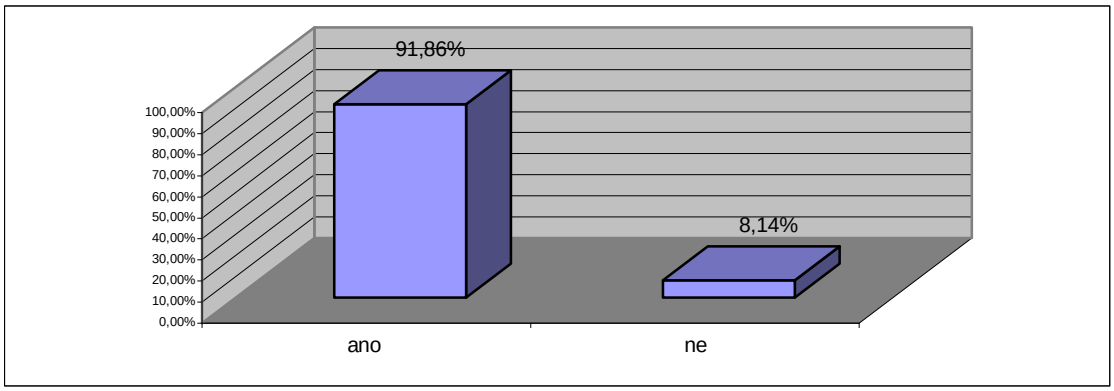
Z celkového počtu 50 odpovědí získala 14 (28,00%) odpověď, že jako volnočasové aktivity zajišťují zdravotníci dezorientovaným klientům RHB; 6 (12,00%) chůzi po oddělení; 6 (12,00%) dopřeje klientům četbu; 4 (8,00%) obmotávání podložních kruhů. 20 (40,00%) odpovědí znělo, že zdravotníci nemají možnost zajistit dezorientovaným klientům denní aktivity.

Graf 21 Použití restriktivních metod



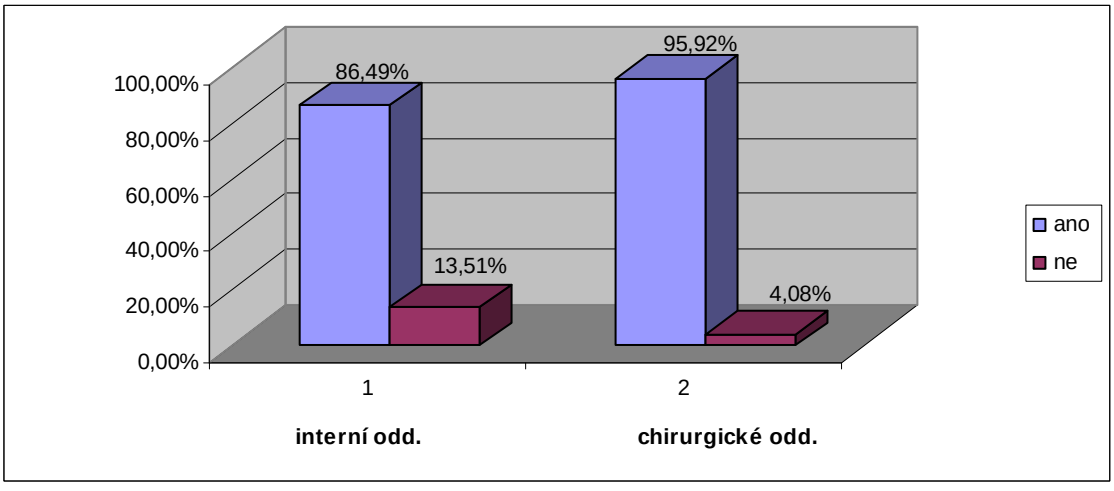
Z celkového počtu 58 odpovědí 1 (1,72%) respondent uvedl, že restriktivní metody nepoužívají; 16 (27,59%) odpovědí znělo, že zdravotníci používají zábrany lůžka; 19 (32,76%) kurty; 17 (29,31%), že používají medikamentózní metody; 2 (3,45%) slovní domluvu a 3 (5,17%) dotazovaní neznají tento pojem.

Graf 22a Orientace místem, časem, osobou – souhrnné údaje



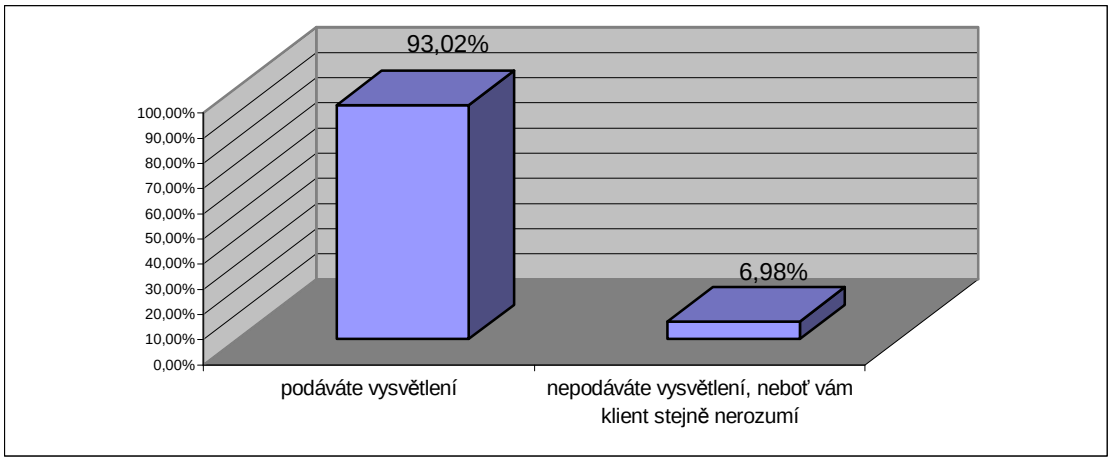
Z celkového počtu 86 dotázaných 79 (91,86%) odpovědělo, že klienta orientují místem, časem, osobou a 7 (8,14%), že takto nečiní.

Graf 22b Orientace místem, časem, osobou - porovnání interní a chirurgické oddělení



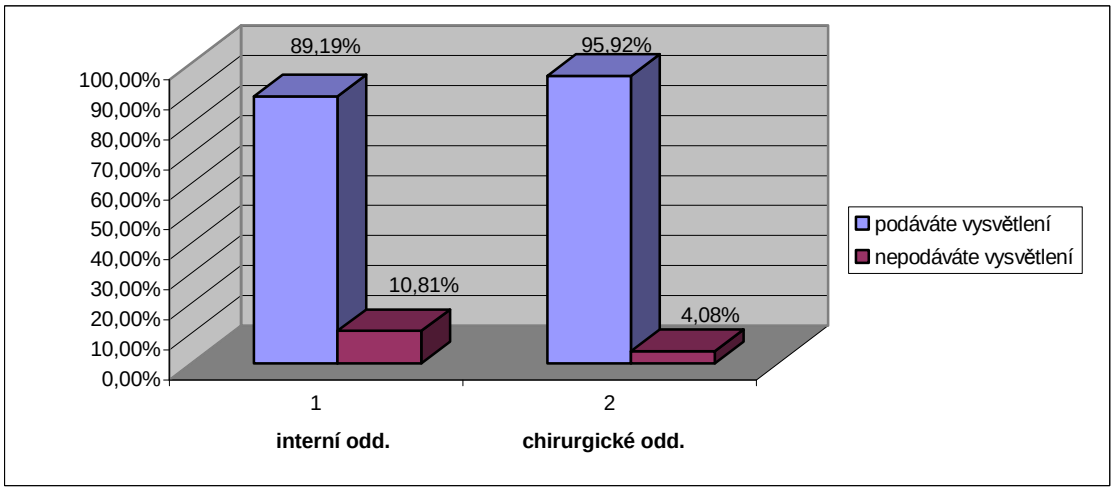
Z interního oddělení 32 (86,49%) dotazovaných odpovědělo, že klienty orientují ve všech složkách, 5 (13,51%) takto nečiní. Z chirurgického oddělení orientuje klienty 47 (95,92%) dotazovaných a pouze 2 (4,08%) dezorientované klienty neorientují.

Graf 23a Ošetřovatelský výkon – souhrnné údaje



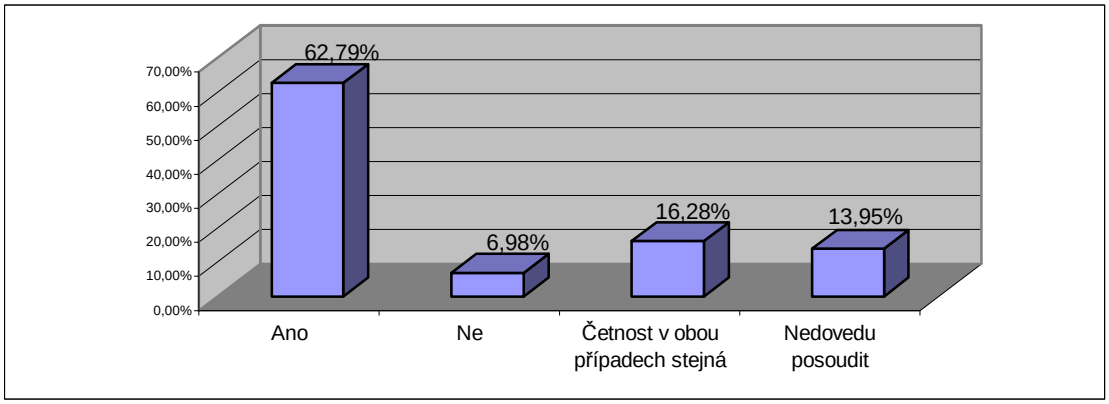
Z celkového počtu 86 respondentů 80 (93,02%) podává klientovi vysvětlení k oš. výkonu a 6 (6,98%) při prováděném výkonu vysvětlení nepodává, neboť se domnívají, že jim klient nerozumí.

Graf 23b Ošetřovatelský výkon - porovnání interní a chirurgické oddělení



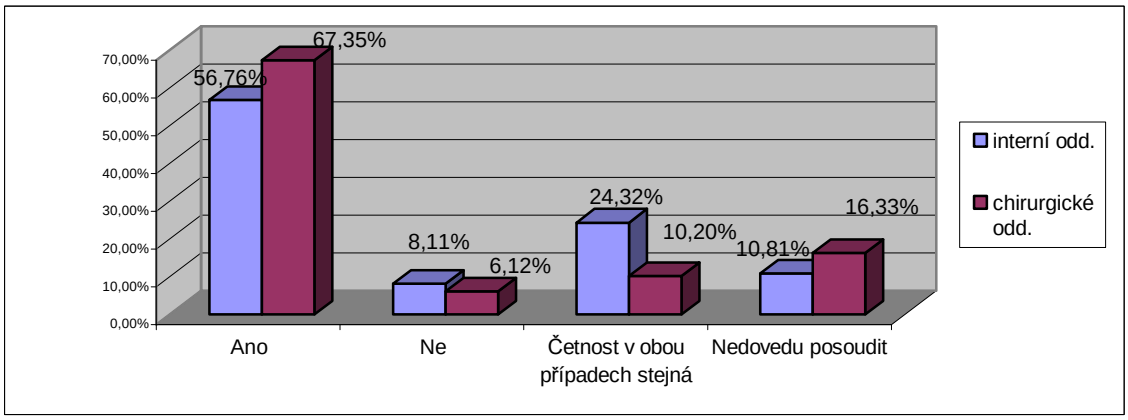
Z interního oddělení 33 (89,19%) podává klientovi vysvětlení k oš. výkonu a 4 (10,81%) vysvětlení nepodává, neboť se domnívají, že dezorientovaný klient jim stejně nerozumí. Z chirurgického oddělení podává vysvětlení k oš. výkonu 47 (95,92%) dotazovaných a 2 (4,08%) nepodává vysvětlení.

Graf 24a Četnost pádů dezorientovaných klientů oproti orientovaným – souhrnné údaje



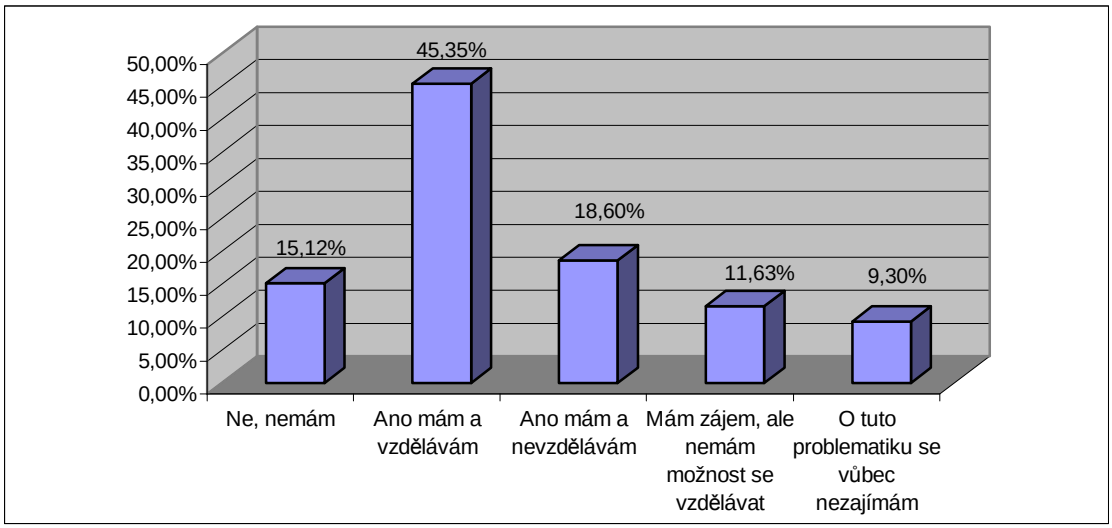
54 (67,79%) dotázaných se domnívá, že četnost pádů je u dezorientovaných klientů vyšší, 6 (6,98%) dotázaných si myslí, že ne; 14 (16,28%) si myslí, že je četnost v obou případech stejná a 12 (13,95%) nedovede tuto situaci posoudit.

Graf 24b Četnost pádů dezorientovaných klientů oproti orientovaným - porovnání interní a chirurgické oddělení



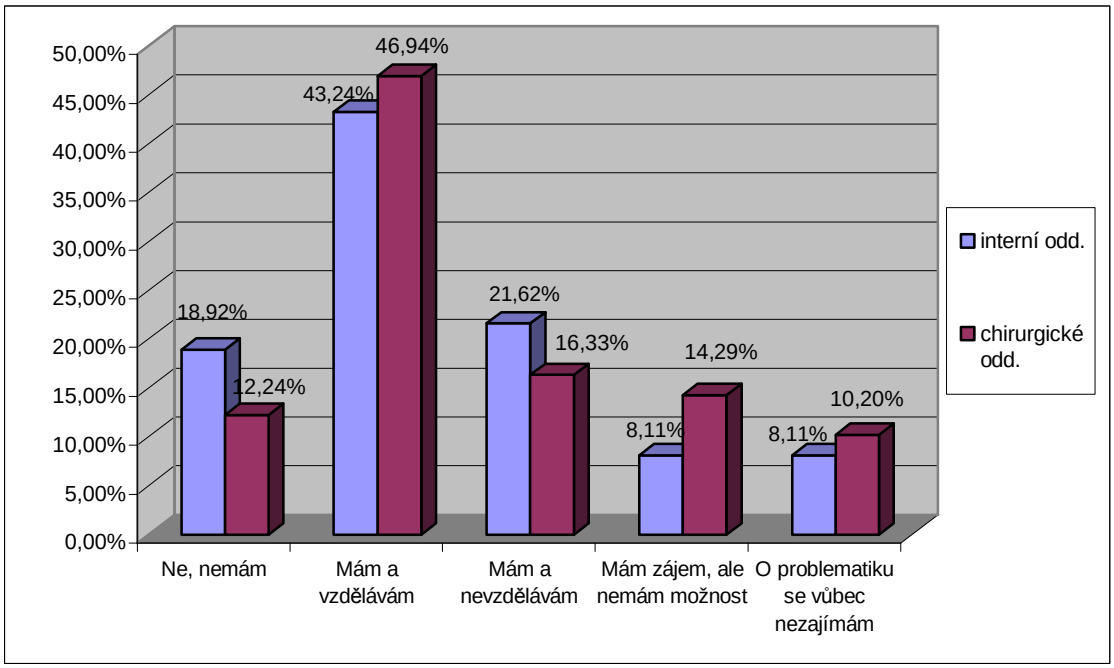
Z interního oddělení se domnívá 21 (56,76%) dotázaných, že četnost pádů je vyšší u dezorientovaných klientů; 3 (8,11%) se domnívá, že ne; 9 (24,23%) se domnívá, že četnost je v obou případech stejná a 4 (10,81%) respondenti nedovedou situaci posoudit. Z chirurgického oddělení se domnívá 33 (67,35%) dotázaných, že četnost pádů je vyšší u dezorientovaných klientů; 3 (6,12%) se domnívá, že ne; 5 (10,20%) se domnívá, že četnost je v obou případech stejná a 8 (16,33%) respondentů nedovede situaci posoudit.

Graf 25a Možnost dalšího vzdělávání – souhrnné údaje



Z celkového počtu 86 dotázaných uvedlo 13 (15,12%), že nemá možnost dalšího vzdělávání v této problematice; 39 (45,35%) potvrdilo, že má možnost a vzdělává se v této problematice; 16 (18,60%) prý možnost má, ale nevzdělává se a 10 (11,63%) má zájem se vzdělávat, ale nemají možnost. 8 (9,30%) dotazovaných se o tuto problematiku vůbec nezajímá.

Graf 25b Možnost dalšího vzdělávání - porovnání interní a chirurgické oddělení



Z interního oddělení 7 (18,92%) respondentů odpovědělo, že nemají možnost dalšího vzdělávání v této problematice; 16 (43,24%) mají možnost a vzdělávají se v této problematice; 8 (21,62%) dotazovaných uvedlo, že mají možnost dalšího vzdělávání, ale nevzdělávají se; 3 (8,11%) uvedlo, že mají zájem, ale nemají možnost se vzdělávat a 3 (8,11%) dotazovaní uvedli, že se o tuto problematiku nezajímají. Z chirurgického oddělení nemá možnost dalšího vzdělávání 6 (12,24%) sester; 23 (46,94%) má možnost a vzdělává se; 8 (16,33%) sester má možnost, ale nevzdělávají se v této problematice; 7 (14,28%) má zájem se vzdělávat, ale nemají možnost a 5 (10,20%) respondentů se o tuto problematiku nezajímá.

5. Diskuze

V diskuzi hodnotím výsledky výzkumu získané z vyhodnocených dotazníků určených pro zdravotnické pracovníky českobudějovické nemocnice pracujících na interním a chirurgickém oddělení. V původním znění byl můj záměr porovnávat interní, neurologické a chirurgické oddělení. Jelikož se mi ale z neurologického oddělení vrátily pouze čtyři dotazníky, z toho jeden neúplný, rozhodla jsem se toto oddělení přiřadit k internímu oddělení.

Ve své bakalářské práci jsem se snažila zjistit, jak změní dezorientovaný klient přístup sestry v saturaci jeho potřeb a zda sestry mají v této problematice dostatečné informace. Interní a chirurgické oddělení jsem si vybrala, jelikož jsem se domnívala na základě prostudované literatury, že sestry z interního oddělení se setkávají s dezorientovanými klienty častěji a zvládají lépe saturaci potřeb než sestry z jiných oddělení, které se s takovými klienty setkávají méně. Použila jsem metodu dotazníkového šetření a pozorování na již zmíněných pracovištích. Vzhledem k nesnadnosti srovnání s prací podobného rozsahu, porovnávám výsledky dotazníkového šetření s vlastním pozorováním, které jsem realizovala v rámci plnění individuální praxe a ve volném čase.

V úvodu diskuze bakalářské práce se zaměřuji na první část výsledků dotazníkového šetření. Z výsledků vyplývá, že na interním a chirurgickém oddělení je nejpočetněji zastoupena věková kategorie sester 18 – 30 let (56,98%), z toho na interním oddělení 48,65% a na chirurgickém oddělení 63,27%. Stále na těchto odděleních převažuje středoškolské vzdělání v nadpoloviční většině s 66,28%, vysokoškolské vzdělání je na těchto odděleních zastoupeno 11,63%. V otázce častosti setkání s dezorientovaným klientem na již zmíněných odděleních odpovědělo 91,89% sester z interního oddělení, že se s dezorientovanými klienty setkává často. 40,82% sester z chirurgického oddělení je stejného názoru. Má první část domněnky v otázce častosti setkání byla potvrzena. Domnívám se, že ji potvrdilo i mé pozorování, které jsem prováděla v době individuální praxe na chirurgickém oddělení, kde jsem měla možnost strávit 14 dní. Za celé mé působení na tomto oddělení jsem se setkala se dvěma dezorientovanými klienty. U těchto klientů byla dezorientace následkem

pooperačního stavu. Zatímco na interním oddělení jsem se již při prvním dni pozorování setkala se třemi dezorientovanými klienty, u těchto klientů byla dezorientace následkem dehydratace a rozvratu vnitřního prostředí a Alzheimerovy demence. Celkově jsem měla možnost se setkat za třítýdenní pozorování s 8 dezorientovanými klienty a měla možnost pozorovat přístup sester k nim. V šetření jsem se dotazovala, jak pociťují sestry péči o dezorientovaného klienta. 54,65% sester odpovědělo, že je tato práce pro ně fyzicky a psychicky náročná, pouze 2,22% odpovědělo, že je pro ně péče o dezorientovaného klienta snadná. Považuji za důležité zmínit, že dezorientovaný klient je pro 50% sester klientem, s nímž je obtížná spolupráce, ale oproti tomu považuje 39,53% sester dezorientovaného klienta jako každého jiného.

V další části dotazníku jsem se zaměřila na oblast potřeb dezorientovaného klienta a komunikaci z pohledu sestry. Milým zjištěním pro mě bylo, že 75,58% sester nedělá komunikace s dezorientovaným klientem problémy a umějí s ním komunikovat, 5,81% sester se ale přiznalo, že této oblasti nevěnují pozornost. Při pozorování na chirurgickém oddělení jsem se setkala s maximálně profesionálním přístupem sester, které byly ochotné, milé, klientům vše trpělivě vysvětlovaly. Na interním oddělení tomu bylo rovněž tak, pouze ve dvou případech se mi nelíbil přístup sester, jaký v oblasti komunikace s dezorientovaným klientem zaujaly. V této situaci šlo o klienty postižené demencí. Pokud klient neuposlechl napoprvé výzvu, začaly být sestry nepřiměřeně rázné, odsekávaly, byly až slovně agresivní. V další části souboru otázek jsem se zaměřila na oblast hygieny, ošetřovatelské péče o vyprazdňování a výživu. Ve všech těchto oblastech pociťují sestry náročnější péči o dezorientovaného klienta, ale nepociťují výraznější problémy. V oblasti hygienické péče se 29,07% sester shodlo, že je péče v této oblasti stejná nebo srovnatelná jako o orientovaného klienta, 66,28% se domnívá, že je tato péče náročnější, ale nedělá jim problémy. Velmi příjemně mě překvapila hygienická péče na chirurgickém oddělení (JIP), s jakou pečlivostí sestry k této složce přistupují. Trachtová (22) definuje potřebu hygieny ve třech složkách, biologické, psychologické a sociální. Biologické složka hygienické péče podporuje čistotu, odstraňuje sekrety a exkrety z těla, brání vzniku infektů a udržuje kůži

v dobrém stavu. Psychologická navozuje pozitivní emoce, pocit spokojenosti a sociální vytváří příjemné prostředí, je předpokladem pozitivních vztahů. Na interním oddělení jsem se také setkala s velmi dobrou péčí o hygienu, ale domnívám se, že byla zaměřena pouze na stránku biologickou. Sestry z chirurgického oddělení (JIP) mě ale svým přístupem ke klientům a péči v této oblasti utvrdily, že provádění hygienické péče v jejich podání je zaměřeno na všechny tři složky, tedy biologickou, psychologickou i sociální. V oblasti péče o vyprazdňování se 79,07% shodlo, že je péče náročnější než o orientovaného klienta, taktéž v oblasti výživy s 74,42%. Ve všech těchto oblastech jsem měla možnost pozorovat přístup sester a nesetkala jsem se se zanedbáním péče o tyto potřeby.To mě utvrdilo, že sestry mají v této problematice dostatečné znalosti a proto jim tato péče nedělá problémy. Jako dostatečné jsme si stanovily hranici 70%. Má hypotéza, že sestry nemají dostatečné znalosti v problematice saturace potřeb dezorientovaného klienta byla vyvrácena.

Dagmar Mastialiaková (12) uvádí, že je důležité dezorientovaného klienta přes den orientovat místem, časem, často také situací, v pokročilejších fázích demence i osobou. Totéž uvádí i Marilynn E.Doenges a Mary Frances Morhaus (3) jako intervence v Kapesním průvodci zdravotní sestry. Proto jsem v dotazníku položila otázku zda sestry klienty orientují v těchto složkách. Drtivá většina 91,86% odpověděla, že ano. Mé pozorování mi ale toto tvrzení vyvrací. Na chirurgickém oddělení jsem viděla úžasný přístup v orientaci po pooperačních stavech. Sestra se klientovi představila, řekla mu, kde se nachází, jaký je den, kolik je hodin, dokonce se zeptala, zda klient ví, jak se sám jmenuje. Taktéž se v této literatuře uvádí, že provádí-li sestra nějaký výkon u orientovaného klienta, měla by vždy komentovat o jaký výkon jde a seznámit s ním klienta. Pokud je klient orientovaný, sestra ho informuje, nebo se nás klient zeptá sám, ale co když je dezorientovaný či zmatený? Proto jsem položila otázku, zda sestry podávají vysvětlení a komentují provádějící výkon také u dezorientovaného klienta. Opět drtivá většina zastoupena 93,02% odpověděla, že takto činí, klientovi podávají vysvětlení. 6,98% sester se svěřilo, že při prováděném výkonu nepodávají vysvětlení, neboť se domnívají, že jim dezorientovaný klient stejně nerozumí.

V další části dotazníku jsem zjišťovala pocity zdravotnického personálu při ošetřování dezorientovaného klienta. 43,16% zdravotníků odpovědělo, že při ošetřování dezorientovaného klienta prožívají pocit bezmocnosti, oproti tomu ale 35,26% dotazovaných nedělá ošetřování žádné problémy. Otázkou je,zdali jsou tyto odpovědi objektivní, neboť sestry nechtějí své neprofesionální chování přiznat. V téměř shodných procentech byly zastoupeny pocity zlosti (8,82%) a flustrace (9,80%). Tuto otázku jsem ve svém dotazníku zvolila po přečtení článku Bc. Heleny Kovandové (8), která se v něm zmiňuje, jak je důležité, aby zdravotnický personál pochopil tuto problematiku. Protože pochopením příčin dezorientace se sníží riziko flustrace a zlosti u zdravotníků a tím i syndromu vyhoření. Nebudou se mylně domnívat, že klient si vytrhává cévku a kanylu, utíká z lůžka naschvál, jak tomu někdy bývá. V ošetřovatelské péči je neméně důležité, jaký zaujme zdravotnický personál přístup k dezorientovanému klientovi. Z celkového počtu odpovědí získala celých 43,89% možnost, že by sestra měla zaujmout trpělivý přístup k dezorientovanému klientovi. 30% získala možnost zaujmout přístup tolerantní. Jsem stejného názoru jako většina dotazovaných. Doc. PhDr. Valérie Tóthová Ph.D. (21) uvádí: „ Při ošetřování zmateného nemocného musíme mít mnoho trpělivosti, protože i ty nejjednodušší věci je nutné mu několikrát vysvětlit.“

Při péči o dezorientovaného klienta je velmi důležitý kontakt a spolupráce s rodinou. Sestra by se měla snažit rodinné příslušníky povzbuzovat v péči o klienta, zapojovat je k obnovení přiměřené orientace, jak se uvádí v Kapesním průvodci zdravotní sestry. Proto jsem v dotazníku volila otázku zaměřenou na spolupráci s rodinou dezorientovaného klienta. 75,58% sester odpovědělo, že je pro ně přínosná spolupráce s rodinou a 20,93% sester odpovědělo, že je pro ně spolupráce nepřínosná i když s nimi rodina spolupracuje.

Abych zjistila, zda klade dezorientovaný klient na sestry zvýšené nároky v saturaci jeho potřeb, položila jsem v dotazníku otázku, jak těžkou pociťují sestry svou pracovní směnu, jestliže na jejich ošetřovací jednotce není dezorientovaný klient a jak pociťují pracovní směnu, je-li na ošetřovací jednotce dezorientovaný klient. K dispozici byla bodová škála od 1 do 5. 1 - nejlehčí stupeň, 5 - nejtěžší. Při hodnocení náročnosti

pracovní směny s dezorientovaným klientem oproti směně bez dezorientovaného klienta na škále v rozmezí 0–5 došlo nejpočetněji k nárůstu vždy o 2 stupně vpřed, např. ze stupně 1 na 3; 2 na 4 a 3 na 5. Zajímavé je, že číslem 2 hodnotí směnu bez dezorientovaného klienta 32,56% sester, s dezorientovaným klientem hodnotí číslem 2 pouze 5,18% sester svou směnu. Číslem 5 svou pracovní směnu bez dezorientovaného klienta hodnotí jen 2,33% sester, ale pokud sestry ošetřují dezorientovaného klienta hodnotí číslem 5 svou pracovní směnu již 30,23% sester. Tyto výsledky vyplývají ze souhrnných údajů. Výsledky z interního a chirurgického oddělení byly téměř shodné, proto je zde podrobně neuvádím. Více se lišily pouze v otázce náročnosti pracovní směny s dezorientovaným klientem. Na interním oddělení hodnotilo číslem 5 svou pracovní směnu s dezorientovaným klientem 40,54% sester. Na chirurgickém oddělení ji takto hodnotilo 22,45% sester. Myslím, že tyto výsledky ukazují, že dezorientovaný klient klade na sestru zvýšené nároky a potvrzuje to i již zmíněná část dotazníkového šetření zaměřená na potřeby klienta z pohledu sestry, kdy převážná většina sester odpověděla, že je pro ně péče o dezorientovaného klienta náročnější, ale nepociťují při ní výraznější problémy. Tím byla potvrzena hypotéza, že ošetřovatelská péče o dezorientovaného klienta klade na sestru zvýšené nároky.

V dotazníku jsem položila několik volných otázek. V jedné z nich jsem se dotazovala sester s jakými problémy se při ošetřování dezorientovaných klientů setkávají. Nejčastěji byla zastoupena nespolupráce s personálem, opouštění lůžka, vulgarita, nadávky a neustálé opakování požadavků. Další otázka byla zaměřena na možnost zaměstnávání a volnočasové aktivity dezorientovaných klientů na zmíněných odděleních. Nejvíce byla zastoupena odpověď, že takové možnosti aktivizace dezorientovaných na oddělení nejsou. Dále v pořadí byly nejpočetněji zastoupeny tyto aktivity: rehabilitace, chůze, sledování televize, čtení. Na chirurgickém oddělení pokud to stav klienta dovolil, dávaly sestřičky omotávat podložní kruhy. Tím se rozvíjela jemná motorika klienta a aktivizoval se během dne. Aktivizací během dne se velmi snižuje riziko vzniku spánkové inverze, která často při hospitalizaci vzniká a často podporuje a prohlubuje dezorientaci a zmatenost klienta.

Kovandová (8) ve svém článku dále uvádí, že u zmatených a dezorientovaných klientů je vyšší riziko pádů a z toho následných zranění, 62,79% sester je téhož názoru. Při mém pozorování sestry zajišťovaly bezpečnost pomocí zábran lůžka, jak na chirurgickém, tak i na interním oddělení. Pouze v jednom z případů bylo nutné kurtování, protože klient opouštěl lůžko i přes zábrany. Souhlasím ale s názorem Venglářové a Markové (23), že kurtovat se má až v krajním případě, pouze na nezbytně nutnou dobu pro zklidnění. Často stačí vlídná domluva, pohlazení a klient nám i přes jeho útěkářské sklony vyhoví a zůstane v lůžku. Nikdy bychom neměli na klienta křičet a vše mu vytýkat. To bychom si měli my všichni zdravotníci uvědomit a zamyslet se nad tím. Dezorientace není překážkou v poskytování kvalifikované a efektivní ošetřovatelské péče.

V poslední otázce dotazníku jsem se zaměřila na možnost dalšího vzdělávání zdravotníků v této problematice. Celých 45,35% zdravotníků odpovědělo, že má zájem a vzdělává se v této problematice, což bylo pro mě milým zjištěním. Ale 9,30% sester se o tuto problematiku vůbec nezajímá. Já zastávám ten názor, že bychom se o tuto problematiku měli zajímat, protože my zdravotníci víme, jak bychom se měli k takovým klientům chovat, jak k nim přistupovat, ale často se tak nechováme. Proto bych si moc přála, aby si lidé po přečtení mé práce uvědomili, jak je důležité pochopit tuto problematiku. Musíme si uvědomit, že klient neopouští lůžko, aby nám přidělával starosti, ale například protože se cítí v ohrožení, neví kde je, co se sním děje. Správný a efektivní přístup zdravotníků a pochopení problematiky umožní účelné ošetřování dezorientovaných klientů v obou směrech, jak ze strany zdravotníka, tak ze strany pacienta. Ten se nebude cítit v ohrožení a spolupráce se zdravotnickým personálem bude mnohem snazší.

V diskuzi bych chtěla ještě poděkovat zdravotnickému personálu a hlavně staničním sestrám, bez kterých by výzkum nemohl být uskutečněn. Chtěla bych zmínit, že na některých odděleních byla návratnost dotazníků 100% a na některých i 0 %, ale toto k výzkumu patří.

Problematika dezorientace ze zdravotnického hlediska není zcela doceněna. To dokazuje i fakt, jak bylo obtížné sehnat odbornou literaturu. Ano, je spousty literatury

zabývající se dezorientací v souvislosti s Alzheimerovou demencí, ale najít literaturu k dezorientaci u delirií, o pooperačních stavech, úrazech mozku atd. je velmi obtížné. U různých onemocnění je napsána dezorientace jako příznak, ale chybí propojení se specifickou ošetřovatelskou péčí o takové klienty. Mnohdy mohou být snahy sester o poskytování kvalitní ošetřovatelské péče znehodnoceny nedostatkem informací, které jsou pro sestry důležité v péči o dezorientované klienty. Proto jsem svou práci pojala takto, jak jsem ji pojala a doufám, že jsem tuto problematiku objasnila nejen sobě, ale i ostatním.

6. Závěr

Dezorientace často komplikuje základní onemocnění. Pochopení problematiky a profesionální přístup zdravotníků přispívá k efektivnímu ošetřování zmatených a dezorientovaných klientů a tím snižuje riziko komplikací vzniklých s tímto stavem.

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, jak dezorientace klienta změní přístup sestry v saturování jeho potřeb. Dále bylo cílem zjistit, zda sestry mají dostatečné informace v oblasti saturování potřeb dezorientovaného klienta. Kvantitativní výzkum probíhal formou dotazníkového šetření a pozorování na interním a chirurgckém oddělení.

Hypotéza č.1 - Ošetřovatelská péče o dezorientovaného klienta klade na sestru zvýšené nároky, byla na základě odpovědí respondentů potvrzena.

Hypotéza č.2 - Sestry nemají dostatečné informace v oblasti problematiky saturování potřeb dezorientovaného klienta potvrzena nebyla, jelikož sestry mají v této problematice dostatečné informace. Jako dostatečné jsme si stanovili hranici 70%, a usuzuji na toto tvrzení z výsledků dotazníkového šetření, protože sestry nepociťují s ošetřováním těchto klientů problémy. Tím usuzuji na dostatečné informace zdravotníků v této problematice.

Cíl výzkumu byl splněn.

Myslím si, že tato bakalářská práce by mohla vést k zamyšlení každého, kdo si ji přečte a pomoci k dalšímu vzdělávání v oblasti péče o dezorientované klienty. Měla by poukázat na nutnost doplnění literatury, obsahující zvláštnosti péče o dezorientované klienty, která sestrám, pracujícím s těmito pacienty, chybí. Mým přáním je, aby posloužila zdravotnickým pracovníkům ošetřující klienty s dezorientací. Domnívám se, že obsahuje praktické rady a informace z problematiky dezorientace.

7. Seznam použité literatury

1. BENEŠOVÁ, V., KUREJLOVÁ, I. Alzheimerova choroba - komplexní péče o nemocného. *Sestra*. Praha: 2003, roč. 14, č. 7-8, s. 59-60. ISSN 1210-0404.

2. BUIJSSEN, H., *Demence*. Přel. H. Kašparovská. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. 130 s. ISBN 80-7367-081-X.

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

4. HAMILTON, S. I., *Psychologie stárnutí*. Přel. J. Krejčí. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. 319 s. ISBN 80- 7178- 274-2.

5. JUŘENÍKOVÁ, P., HŮSKOVÁ, J., *Ošetřovatelství II*. 1.vyd. Uherské Hradiště: Středisko služeb školám, 2001. 174 s. ISBN-neuvedeno.

6. KONTOROVÁ, L., KRISTOVÁ, J., *Základy ošetrovania a asistencie*. 2. vyd. Martin: Osveta, 2006. 295 s. ISBN 80-8063-235-9

7. KOUKOLÍK, F., JIRÁK, R., Alzheimerova nemoc a další demence. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. 232 s. ISBN 80-7169-615-3

8. KOVANDOVÁ, H., *Je zmatenost ošetřovatelským problémem.* Dostupné z http://www.mpece.com/modules.php?name=News&file=article&sid=58), únor 22, 2006.

9. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R., *Ošetrovatelstvo*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1995. 1474 s. ISBN 80-217-0528-0.

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

11. MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M., *Psychiatrická ošetřovatelská péče.* 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.

12. MASTILIAKOVÁ, D., *Úvod do ošetřovatelství II.díl*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2004. 160 s. ISBN 80-246-0428-0.

13. PFEIFFER, J., *Neurologie v rehabilitaci pro studium i praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 352 s. ISBN 978-80-247-1135-5.

14. PRAŠKO, J., Komplexní léčba deliriantních stavů. *Psychiatrie.* Praha: 2005, roč. 9, suplementum 1,s. 20-23. ISSN 12-11-7579.

15. PREISS, M., KUČEROVÁ, H., et al., *Neuropsychologie v neurologii*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 362 s. ISBN 80-247-0843-4.

16. RICHARDS, A., EDWARDS, S., *Repetitorium pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 376 s. ISBN 80-247-0932-5.

17. SEIDL, Z., OBENBERGER, J., *Neurologie pro studium i praxi.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 364 s. ISBN 80-247-0623-7.

18. SNOPKOVÁ, I., GEMBICKÁ, I., Alzheimerova demence. *Sestra*. Praha: 2007, roč. 18. č.2, s.30-32. ISSN 1210-0404

19. ŠIMÁNKOVÁ, M., a kol., *Základy ošetřovatelství*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2006. 353 s. ISBN 80-246-1091-4.

20. ŠLAISOVÁ, I., HOSÁK, L., Život s demencí. *Sestra*. Praha: 2002, roč. 13, č. 5, s. 34-35. ISSN 1210-0404.

21. TÓTHOVÁ, V., *Ošetřovatelství pro posluchače studijního programu Rehabilitační péče o postižené děti, dospělé a staré osoby*. 1.vyd. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2000. 293 s. ISBN 80-7040-454-X

22. TRACHTOVÁ, E., a kol., *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. 2.vyd. Brno: IDV PZ, 2004. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.

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

24. VYHNÁLEK, F., a kol., *Chirurgie II. pro střední zdravotnické školy*. 1.vyd. Praha : Informatorium, 1997. 185 s. ISBN 80-86073-13-0.

25. VYSKOČILOVÁ, K., Ošetřování agresivních a neklidných nemocných. *Sestra*. Praha: 2003, roč. 14, č. 12, s. 18. ISSN 1210-0404.

26. WEBER, P., a kol., *Minimum z klinické gerontologie*. 1.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2000. 151 s. ISBN 80-7013-314-7.

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

28. http://www.abudehur.wz.cz/psycho/chovancik/psychopatologie2.doc - aktualizace, ani jiné údaje neuvedeny

29.http://www.alzheimerforum.cz/dezorientace/index.php?PHPSESSID=6d6c872eb2905fa81eb033252df79bca- - aktualizace, ani jiné údaje neuvedeny

30. http://cs.wikipedia.org/wiki/Dehydratace : autor neuveden, aktualizace 12.3. 2007

31. http://zdravi.doktorka.cz/dehydratace-zhorsuje-pamet/ - aktualizace, ani jiné údaje neuvedeny

8. Klíčová slova

Delirium

Demence

Dezorientace

Potřeby člověka

.

9. Přílohy

Příloha 1 - Dotazník pro respondenty

Příloha 2 - Pozorovací arch

Příloha 3 - Glasgowská škála

Příloha 4 - Mini-Mental State Examination (MMSE)

Příloha 5 - Barthelův test všedních činností

Příloha 6 - Maslowova pyramida lidských potřeb

Příloha 7 - IADL

Příloha 1 Dotazník pro respondenty

Vážená kolegyně, kolego,

jmenuji se Soňa Vaňková a jsem studentkou 3. ročníku ZSF JČU oboru Všeobecná sestra v Českých Budějovicích. Chtěla bych Vás poprosit o spolupráci na mé bakalářské práci na téma „Specifika práce sestry s dezorientovaným klientem“. Tento dotazník je anonymní.

Prosím Vás, abyste věnovali pozornost těmto otázkám a odpovědi zaškrtli dle nabídnutých možností a svého uvážení.

Děkuji Vám za spolupráci.

1. **Jste muž / žena**?

2**. Na jakém oddělení pracujete**?

.....

3**. Kolik je vám let?**

a) 18 – 30
b) 31 – 45
c) 46 - 60
d) více než 60

4. **Jakého nejvyššího vzdělání jste dosáhl(a)?**

a) středoškolského
b) vyššího odborného
c) vysokoškolského

5. **Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví** ?

a) $\leq$ 10 let
b) > 10 let $\leq$ 30
c) > 30 let

6. **Jak často se setkáváte s dezorientovaným klientem na oddělení**?

a) často
b) zřídka
c) vůbec ne

7. **Myslíte si, že na vaší ošetřovací jednotce je dostatek zdravotnického a ošetřovatelského personálu?**

a) ano
b) ne
c) nevím

8. **Dezorientovaný klient je pro vás?**

a) klient jako každý jiný
b) obtížný klient
c) nedokážu posoudit

9. **Péče o dezorientovaného klienta je pro vás?**

a) snadná práce
b) fyzicky náročná práce
c) psychicky náročná práce
d) fyzicky a psychicky náročná práce
e) fyzicky, psychicky a interpersonálně náročná práce
f) neumím posoudit

10. **Komunikace s dezorientovaným klientem**

a) mi nedělá problém
b) neumím s ním komunikovat
c) této oblasti nevěnuji pozornost

11. **Oblast oše. péče o hygienu dezorientovaného klienta**

a) je pro mě stejná nebo srovnatelná péče jako o orientovaného klienta
b) je mnohem náročnější než péče o orientovaného klienta, ale nepociťuji výraznější problémy
c) dělá mi problémy
d) této oblasti nevěnuji pozornost

12. **Oblast oše. péče o vyprazdňování dezorientovaného klienta**

a) je pro mě stejná nebo srovnatelná péče jako o orientovaného klienta

b) je mnohem náročnější než péče o orientovaného klienta, ale nepociťuji výraznější problémy

c) dělá mi problémy

d) této oblasti nevěnuji pozornost

13. **Oblast oše. péče o výživu dezorientovaného klienta**

a) je pro mě stejná nebo srovnatelná péče jako o orientovaného klienta

b) je mnohem náročnější než péče o orientovaného klienta, ale nepociťuji výraznější problémy

c) dělá mi problémy

d) této oblasti nevěnuji pozornost

14. **Jak pociťujete náročnost pracovní směny, jestliže není na ošetřovací jednotce dezorientovaný klient?**

1 2 3 4 5

*zaškrtněte na stupnici 1 – 5 ; 1 - lehká, 5 – nejtěžší

15. **Jak pociťujete náročnost pracovní směny, jestliže je na ošetřovací jednotce dezorientovaný klient?**

1 2 3 4 5

*zaškrtněte na stupnici 1 – 5 ; 1 - lehká, 5 – nejtěžší

16. **Při ošetřování dezorientovaného klienta pociťujete pocity?**

a) flustrace

b) bezmocnosti

c) zlosti

d) ošetřování mi nedělá problémy

e) jiné .....

*možno zaškrtnout více odpovědí

17. **Jaký postoj by podle vás měla zaujmout sestra pečující o dezorientovaného klienta?**

a) tolerantní
b) soucitný , empatický
c) trpělivý
d) razantní
e) lhostejný
f) jiný .....

*možno zaškrtnout více odpovědí

18. **Jak přínosná je spolupráce s rodinou dezorientovaného klienta?**

a) přínosná, rodina spolupracuje
b) nepřínosná, rodina nespolupracuje
c) nepřínosná, i když rodina spolupracuje

19. **S jakými problémy se setkáváte v péči o dezorientovaného klienta?**

.....

20. **Které z restriktivních metod na vašem oddělení používáte?**

.....

21. **Máte možnost zajistit dezorientovaným klientům denní aktivity? Pokud ano, o jaké aktivity jde?**

.....

22. **Orientujete dezorientovaného klienta během dne osobou, místem, časem?**

a) ano
b) ne

23. **Pokud provádíte u dezorientovaného klienta ošetřovatelský výkon**

a) podáváte klientovi vysvětlení proč tak činíte , čeho se výkon týká
b) nepodáváte klientovi vysvětlení proč tak činíte , čeho se výkon týká, neboť Vám stejně nerozumí

24. **Myslíte, že dochází k větší četnosti pádů u dezorientovaného klienta, než klienta orientovaného?**

a) ano
b) ne
c) četnost je v obou případech stejná
d) nedovedu posoudit

25. **Máte možnost dalšího vzdělání v problematice dezorientace a saturace potřeb klienta?**

a) ne, nemám
b) ano mám, a vzdělávám
c) ano mám, a nevzdělávám
d) mám zájem, ale nemám možnost se vzdělávat
e) o tuto problematiku se vůbec nezajímám

Příloha 3 Glasgow Coma Scale

Glasgow Coma Scale

Otevírání očí	
4	spontánní
3	na výzvu
2	na algický podnět
1	neotevírá
Motorické projevy	
6	uposlechnutí příkazů
5	lokalizace bolesti
4	uhýbání od algického podnětu
3	dekortikační (flekční) rigidita
2	decerebrační (extenční) rigidita
1	žádná reakce

Verbální reakce	
5	pacient orientovaný a konverzuje
4	pacient dezorientovaný či zmatený, ale komunikuje
3	neadekvátní či náhodně volená slova, žádná smysluplná konverzace
2	nesrozumitelné zvuky, mumlání, žádná slova
1	žádné verbální projevy

Klasifikace typu kómatu dle GCS

GCS	kóma
8 a méně	těžké kóma
9-12	střední
13 a více	lehké

Zdroj: http://wiki.medik.cz/wiki/Glasgow_Coma_Scale;

Reference: Teasdale G., Jennett B.: Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. Lancet. Volume 2. 1974. p. 81-84. (PubMed ID: 4136544)

Příloha 4

Mini-Mental State Examination (MMSE)

1. Orientace

Položte nemocnému následující otázky:

- ☐ *"Které je roční období?"*
- ☐ *"Který máme nyní rok?"*
- ☐ *"Kolikátého je dnes?"*
- ☐ *"Který den v týdnu je dnes?"*
- ☐ *"Který je měsíc?"*
- ☐ *"Ve kterém jsme městě?"*
- ☐ *"Ve kterém jsme okrese?"*
- ☐ *"V jaké jsme zemi?"*
- ☐ *"Jak se jmenuje místo, kde teď jsme?"*
- ☐ *"V kolikátém jsme poschodí?"*

2. Opakování a paměť

Upozorněte nemocného, že budete vyšetřovat paměť:

"Nyní vyjmenuji tři věci. Až je všechny vyjmenuji, budu chtít, aby jste je zopakoval. Dobře si je zapamatujte. Za několik minut se Vás na tyto předměty znovu zeptám."

LOPATA ŠÁTEK VÁZA

"A nyní prosím slova zopakujte."

☐ LOPATA ☐ ŠÁTEK ☐ VÁZA

Pokud není pacient schopen splnit úkol, opakujte výrazy dokud si je nezapamatuje. Maximálně však pětkrát. Je to podmínka pro další úkoly.

3. Pozornost a počítání

"Nyní odečtěte od 100 vždy číslo 7. Až odečtete pětkrát za sebou, skončete."

☐ 93 ☐ 86 ☐ 79 ☐ 72 ☐ 65

Jestliže testovaný udělá chybu a od chybné hodnoty dál odečítá správně, počítejte pouze tuto chybu.

Alternativa: Pokud testovaný nechce počítat, vyzvěte jej:

*"Hláskujte pozpátku slovo **POKRM**."*

☐ M ☐ R ☐ K ☐ O ☐ P

4. Vybavování

"A teď prosím zopakujte slova, která jsem Vám před chvílí říkal."

☐ LOPATA ☐ ŠÁTEK ☐ VÁZA

5. Poznání předmětů

"Co je to?" ☐ Ukažte hodinky.
"Co je to?" ☐ Ukažte tužku.

6. Opakování

Vyzvěte nemocného, aby po Vás opakoval následující větu:

☐ *"První pražská paroplavba."*

7. Stupňovaný příkaz

Položte před pacienta čistý papír.

"Nyní vezměte do pravé ruky tento papír, přeložte jej napůl a dejte ho na podlahu."

1. stupeň: ☐ uchopení papíru do pravé ruky
2. stupeň: ☐ přeložení papíru na polovinu
3. stupeň: ☐ položení papíru na podlahu

8. Reakce na psaný pokyn

Napište na papír čitelný pokyn *"ZAVŘETE OČI"*.
Ukažte pacientovi napsaný pokyn a vyzvěte jej:

- *"Přečtěte, co je tady napsáno, a udělejte to."*

9. Psaní

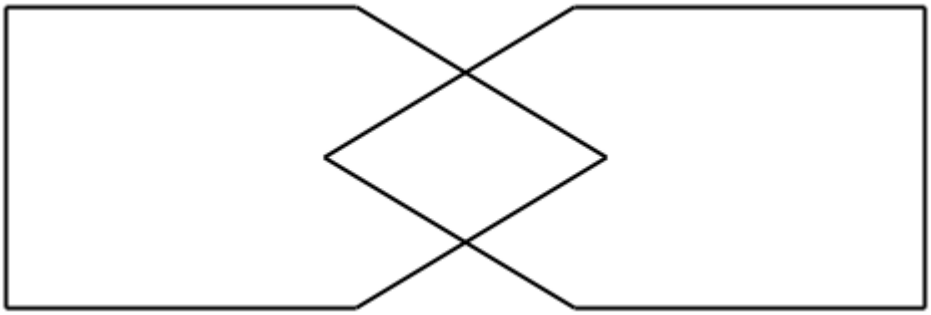
Dejte pacientovi psací potřeby a papír a vyzvěte jej:

- *"Napište libovolnou větu."*

Věta musí být smysluplná a napsaná spontánně. Může obsahovat pravopisné chyby, ale musí mít podnět a přísudek.

10. Malování podle předlohy

Dejte pacientovi opět papír a psací potřeby. Požádejte ho, aby podle předlohy nakreslil následující obrazec.

- 

Pro započítání bodu musí být zachováno všech 10 úhlů a dva musí být v překřížení. Průnik obou pětiúhelníků musí tvořit čtyřúhelník. Roztřesení a rotace obrazce nevadí.

Hodnocení

30-27 bodů (Normální stav)

Nemusíte se vzrušovat. Stav kognitivních funkcí testovaného je normální. Alzheimerova choroba se jej s největší pravděpodobností netýká. Informujte se na možnosti pomoci nemocným a jejich rodinám. Potrapte svůj vlastní mozek testem MMSE+. Pokud byl výsledek hraniční, zkuste s odstupem opět testovat.

26-25 bodů (Hraniční stav, možnost demence)

Test prokázal poruchu kognitivních funkcí testovaného. Možná se jedná o počínající demenci. Tento stav se může vyvíjet a vyústit až do rozvoje Alzheimerovy choroby. Seznamte se s jejími příznaky a riziky. Určitě test MMSE po čtvrtroce zopakujte!

24-10 bodů (Demence mírného až středně těžkého stupně)

Test prokázal vážnější poruchy kognitivních funkcí testovaného. Jedná se o nějaký typ demence. Neprodleně kontaktujte odborníka. Je čas zahájit intenzivní léčbu.

9-6 bodů (Demence středního až těžkého stupně)

Demence testovaného je velmi vážná. Pravděpodobně již ve stádiu, kdy není možné léčbou účinně zasáhnout. Přesto, máte-li pochybnosti, obraťte se na odborníka. Především si však pečlivě pročtěte stránky www.stari.cz. Budou se Vás týkat.

5-0 bodů (Demence těžkého stupně)

Demence testovaného je velmi vážná. Pravděpodobně již ve stádiu, kdy není možné léčbou účinně zasáhnout. Přesto, máte-li pochybnosti, obraťte se na odborníka. Především si však pečlivě pročtěte stránky www.stari.cz. Váš problém je vážný.

Zdroj : http://www.stari.cz/mmse/mmse_tisk_blank.php; autor, název článku, aktualizace neuvedeno

Příloha 5 Barthelův test všedních činností

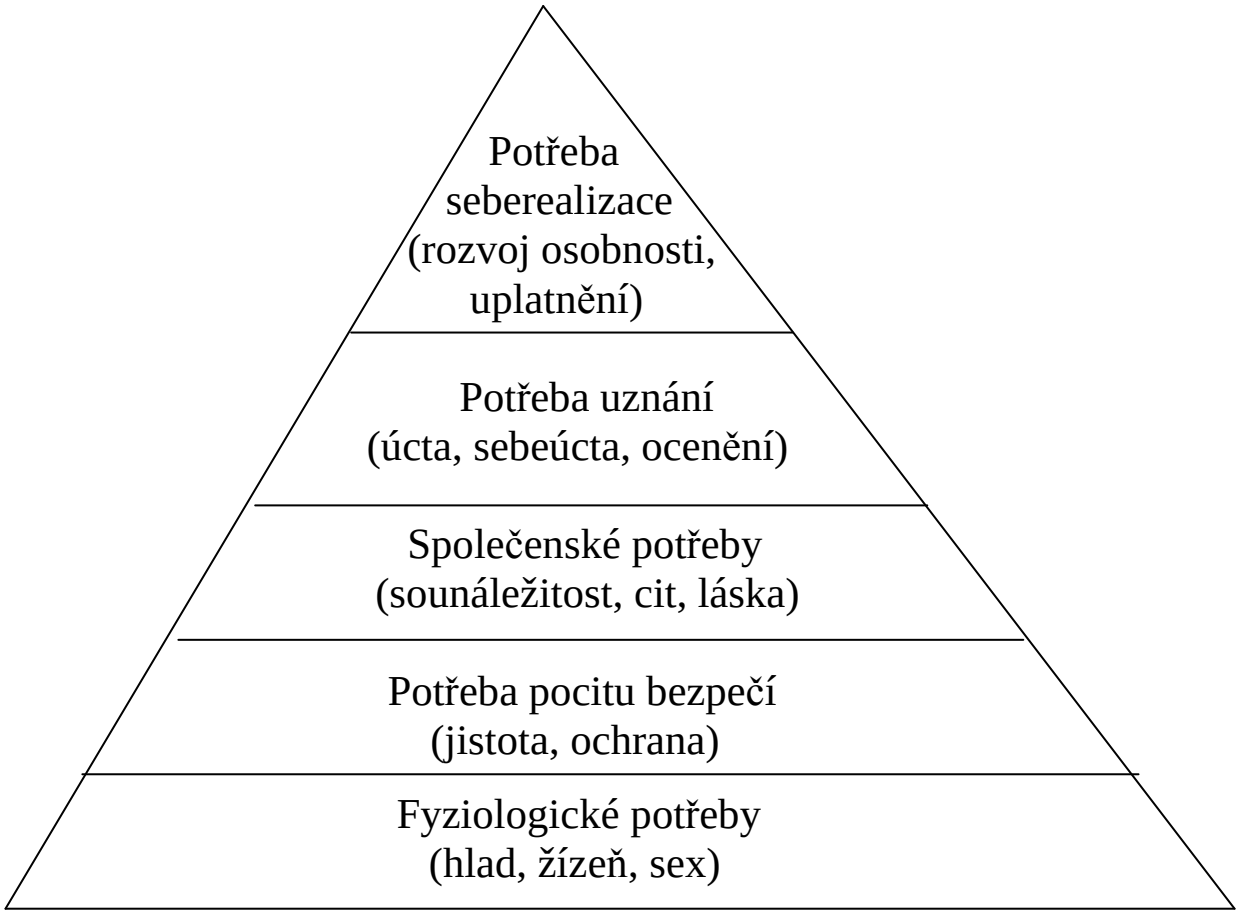
Položka	hodnocení	počet bodů
1. Najedení, napití	sám	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
2. Oblékání	sám	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
3. Osobní hygiena	sám nebo s pomocí	5
	neprovede	0
4. Koupání	sám nebo s pomocí	5
	neprovede	0
5. Kontinence moči	kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
6. Kontinence stolice	kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
7. Použití WC	sám	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
8. Chůze po schodech	sám	10
	s pomocí	5
	nelze	0
9. Přesun lůžko-židle	sám	15
	s malou pomocí	10
	ev.vozík s dopomocí, vydrží sedět	5
	nelze	0
10. Chůze po rovině	nad 50m	15
	s pomocí	10
	na vozíku	5
	nelze	0

Zdroj: https://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xchg/zc/xsl/3141_2298.html; autor, název článku, aktualizace neuvedeno

Příloha 6 Maslowova pyramida lidských potřeb

MASLOWOVA PYRAMIDA

(hierarchie lidských potřeb)



Zdroj: old.mendelu.cz/~market/edu/mar/sem1/**Maslowova**%20%20**pyramida**.doc; autor, název článku, aktualizace neuvedeno