

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
Zdravotně sociální fakulta

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2010

Silvie Krzoková

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
Zdravotně sociální fakulta

**Prožívání agresivních projevů osob s demencí u příbuzných
nemocných**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí bakalářské práce:

MUDr. Jan Tuček

Autor bakalářské práce:

Silvie Krzoková

16. srpna 2010

Abstrakt

Bakalářskou práci jsem nazvala „Prožívání agresivních projevů osob s demencí u příbuzných nemocných“.

Dané téma jsem si vybrala nejen proto, že tuto problematiku považuji za důležitou a závažnou, ale také proto, že většina laických rodinných pečovatelů starajících se o osoby s demencí s projevy nevhodného chování, včetně agresivity, prožívají převážně negativní emoce. Z hlediska pečujících je pak důležité jak péči o agresivního člena rodiny vnímají, prožívají a jaký má péče dopad a vliv na jejich psychickou zátěž.

V úvodní části této práce jsou shrnuty současné poznatky o dané problematice. V jednotlivých kapitolách se zabývám definicí „demence“, epidemiologií demence, diagnostikou a vyšetřovacími metodami demence, terapií demence, klasifikací demence, stádiu demence a klinickými příznaky demence. V další kapitole popisuji agresivní projevy chování u syndromu demence, v souvislosti s tím dále pak věnuji pozornost emocím pečujících, jejich prožívání a v neposlední řadě se zabývám rolí pečovatelů a možnými riziky a dopady na jejich zvýšenou psychickou zátěž.

Následující kapitoly přinášejí výsledky výzkumu, jehož cílem bylo zjistit, jak příbuzní osob s diagnózou demence prožívají agresivní projevy svých blízkých. V rámci této práce jsem zvolila kvantitativní výzkum, který kombinuje postupy kvalitativní a kvantitativní metodologie. Pro získání potřebných dat byla použita metoda dotazování, technikou sběru dat byl anonymní dotazník, který posloužil ke stanovení hypotéz. Získané údaje byly zpracovány a vyhodnoceny v grafické podobě, a tímto byly ověřeny stanovené hypotézy. V závěru bakalářské práce bylo provedeno shrnutí a zhodnocení výsledků šetření.

Abstract

The bachelor thesis I titled „Experiencing of aggressive symptoms at people with dementia by the patients´ relatives”.

I chose the given topic not only because I consider this issue to be important and serious, but also because the majority of lay family caregivers, taking care of people with dementia and meeting their signs of inappropriate behaviour including an aggression, experience predominantly negative emotions. In term of the caregivers it is important how they perceive their care for an aggressive member of the family, how they experience it and what are treatment effects and impacts on their psychological stress.

In an introductory part of the thesis there is summarized a current knowledge on the given issue. I deal with a definition of the dementia in individual chapters, by its epidemiology, diagnostics and examination methods, by therapies of the dementia, its classification, stages of the dementia and its clinical symptoms. In the next chapter I describe aggressive behaviours at the dementia syndrome, in this context then I pay an attention to caregivers´ emotions, their experience and finally I deal with the caregivers´ role and potential risks and impacts on their increased psychological stress.

The following chapters bring research results, whose aim was to find out, how relatives of the people with the dementia diagnosis experience the aggressive behaviour of their closest. I chose a quantitative research combining qualitative and quantitative methodologies in the thesis. To obtain the necessary data I used a method of the questioning; a technique of the data collection was an anonymous questionnaire, which was used to determine hypotheses. The acquired data were processed and evaluated in a graphic form and the defined hypotheses were verified by it. At the end of this thesis there were carried out a summary and an evaluation of the survey results.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 11/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě, elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce.

Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 11/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

Dne 16.8. 2010

.....
Silvie Krzoková

Poděkování

Děkuji MUDr. Janu Tučkovi za vedení a cenné rady při vypracovávání mé bakalářské práce. Dále bych rovněž chtěla poděkovat respondentům za jejich ochotu, čas a vstřícnost.

A zároveň bych chtěla poděkovat rodině za podporu a trpělivost po celou dobu mého studia.

OBSAH

ÚVOD	9
1. SOUČASNÝ STAV	10
1.1 Pojem demence	10
1.2 Epidemiologie demence	11
1.3 Diagnostika a vyšetřovací metody demence	11
1.3.1 Diagnostika syndromu demence v primární péči	12
1.3.2 Specializovaná vyšetření	15
1.3.3 Diferenciální diagnostika kognitivních poruch	15
1.4 Terapie demencí	15
1.5 Etiologická klasifikace demence	16
1.6 Stádia demence	18
1.7 Příznaky demence	18
1.8 Agresivita	20
1.9 Emoce a prožívání rodiny v péči o agresivního příbuzného	22
1.9.1 Pojem emoce	23
1.9.2 Funkce emocí	24
1.9.3 Klasifikace emocí.....	25
1.9.4 Emoce a jejich zvládnání	26
1.9.5 Emoce pečujících	27
1.10 Role nejbližších příbuzných – pečovateli	28
1.10.1 Objektivní zdroje zátěže pečovateli	29
1.10.2 Subjektivní zdroje zátěže pečovateli	30
1.10.3 Faktory snižující stres pečovatele	30
2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY	32
2.1 Cíl práce	32
2.2 Hypotézy	32
3. METODIKA	33
3.1 Metodika práce	33
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	34

4. VÝSLEDKY	35
4.1 Výsledky dotazníkového šetření	35
5. DISKUZE	64
6. ZÁVĚR	72
7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	74
8. KLÍČOVÁ SLOVA	79
9. PŘÍLOHY	80

ÚVOD

Demence je závažné onemocnění mozku, kde dochází k řadě změn: postižení kognitivních funkcí, postižení nekognitivních funkcí – behaviorální (týkající se chování) a psychologických příznaků demence - BPSD, dále poruch aktivit denního života a druhotně se vyskytují zdravotní potíže pečovatelů, zpravidla nejbližších rodinných příslušníků, u kterých se zvyšuje somatická i psychická nemocnost.

V bakalářské práci jsem se zaměřila na změny chování, převážně agresivity, která pro pečující představuje vysokou emocionální zátěž a rizika.

Agresivita je nepříjemnou komplikací syndromu demence a v každém případě je značnou zátěží pro pečující a jedním z nejobtížnějších úkolů v péči. Tato péče sebou přináší problémy, které značně ovlivňují vztahy postiženého k rodině i přátelům a naopak. Úloha pečujícího představuje zásadní životní změnu, jež je často spojena se stresem. Tyto změny vyvolávají i emoční napětí a úzkost, které mohou člověka tělesně i citově vyčerpat.

Konkrétní výzkumné šetření na tuto zátěž pečujících bylo podmíněno zkušeností těchto pečovatelů, kteří byli vyčerpaní nebo nadměrnou psychickou zátěží vnímali „velmi intenzivně“.

V rámci této práce jsem mohla poukázat na problémy a potřeby nejen pečujících, ale i na problémy těch, o které je pečováno.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 Pojem demence

Pojem „demence“ pochází z latinského slova de-mens, tedy znamená nerozum, nepřičetnost či šílenost. Jako první ho použil Aurelius Cornelius Celsus ve své známé knize „De medicina“ v 1. století našeho letopočtu jako protiklad deliria. V roce 1814 Dominique Esquirol zavedl pojem „demence“ do moderní psychiatrické klasifikace. Označil ji jako chorobu mozku, pro kterou jsou charakteristická oslabení vnímavosti, porozumění a vůle. V roce 1906 publikoval Alois Alzheimer popis specifické, tehdy vzácné demence u 51leté ženy s bludnou žárlivostí, poruchami paměti a halucinacemi. O několik let později Emil Kraepelin označil v 8. vydání své známé učebnice psychiatrie senium praecox jako Alzheimerovou nemoc (7).

Definice demence podle 10. decenální revize mezinárodní klasifikace nemocí zní: „Demence (F 00-F 03) je syndrom způsobený chorobou mozku obvykle chronické nebo progresivní povahy, kde dochází k porušení mnoha vyšších nervových kortikálních funkcí, k nimž patří paměť, myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnost učení, jazyk a úsudek. Vědomí není zastřeno. Obvykle je přidruženo porušené chápání a příležitostně mu předchází i zhoršení emoční kontroly, sociálního chování nebo motivace. Tento syndrom se vyskytuje u Alzheimerovy nemoci, cerebrovaskulárního onemocnění a u jiných stavů, které primárně postihují mozek“ (6).

„Demence je skupina duševních poruch, jejichž nejzákladnější charakteristický rys je získaný podstatný úbytek kognitivních funkcí, především paměti a intelektu, jako důsledek určitého onemocnění mozku. Demence je syndrom, který zahrnuje různé symptomy, a to nejen z oblasti kognitivních funkcí. Výsledkem je pak celková degradace duševních činností postiženého, ubývající schopnosti běžných denních aktivit, nakonec ztráta schopnosti samotné existence“ (36).

Demenci můžeme považovat za chorobu. Není součástí přirozeného stárnutí, aneb být starý neznamena automaticky být dementní (1). Ať už demenci definujeme jakkoliv, fakt je ten, že s demencí se žije těžce, někdy i postiženému, ale zejména rodině, pečujícím a jeho okolí (27).

1.2 Epidemiologie demence

Mluví se o tiché epidemii tohoto století, kdy počet lidí s demencí dramaticky stoupá (22). Populace stárne, jedná se o celosvětový trend, který přebírá vládu i v ČR. Stárnutí s sebou přináší i zdravotní, sociální a ekonomické problémy. Jedním z kompletních zdravotních problémů s významnými zdravotními i společenskými důsledky je demence. Demence se stává jedním z nejčastějších onemocnění – převyšuje výskyt diabetes mellitus a cévních mozkových příhod. Celkový počet pacientů v ČR trpících demencí se odhaduje na 100 000 osob, četnost výskytu (prevalence) je tedy přibližně 1 % všech občanů. S věkem se výskyt demencí zvyšuje. V populaci starší než 65 let je četnost výskytu asi 5 %, objevuje se asi 10 nových případů na 1000 občanů za rok. Ve věkové kategorii nad 85 let trpí demencí 30-50 % jedinců. Objevuje se asi 90 případů na 1000 jedinců za rok (2).

1.3 Diagnostika a vyšetřovací metody demence

Rozpoznat demenci, odlišit ji od jiných mentálních poruch a nalézt její příčinu není vždy úplně snadné. Přes častý výskyt se z různých důvodů v diagnóze demence chybí, mnohdy bývá stanovena pozdě nebo nepřesně. Praktický postup při stanovení diagnózy demence probíhá v těchto fázích:

1. krok – rozpoznání demence: určení jejího typu a stanovení tíže, odlišení poruch napodobujících demenci;

2. krok – určení etiologie demence: odlišení sekundárních (potencionálně reverzibilních) syndromů demence (7).

Diagnóza vychází ze standardizovaných diagnostických kritérií Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize (MKN-10 – obecná kriteria demence) a Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (DSM-IV – kriteria pro diagnózu AN). Soustavy kritérií se shodují v tom, že pro diagnózu demence je rozhodující:

- porucha paměti a dalších kognitivních funkcí;
- změny osobnosti a chování;
- postižení je na překážku každodenním činnostem, včetně práce a sociálního zapojení;
- postižení má chronicko-progresivní průběh;
- v době stanovení diagnózy není porušeno vědomí a nejsou přítomny známky deliria (7).

1.3.1 Diagnostika syndromu demence v primární péči

Diagnózu syndromu demence na úrovni primární péče můžeme určit z anamnézy, fyzikálního a laboratorního vyšetření, vyšetření mentálního stavu, vyšetření psychického stavu. Podle stavu pacienta by mělo být indikováno i neurologické vyšetření s následným CT nebo MRI vyšetřením mozku (4).

Ke správné diagnóze demencí musí být nejméně tři osoby: pacient, lékař a ten, kdo pacienta dobře zná, tedy jeho příbuzný, přítel či jiná osoba, která o něho pečuje. Jen málokdy se stává, že přijde pacient sám k lékaři s příznaky, které svědčí pro rozvíjející se demenci; samozřejmě, že existují jedinci, kteří přicházejí s tím, že zapomínají v různých situacích, ale i v těchto případech je lépe kontaktovat pacientovo okolí (15).

Anamnéza:

- rodinná anamnéza,
- osobní anamnéza,
- sociální anamnéza,
- nynější onemocnění (potíže s pamětí, potíže se spánkem, potíže s orientací, jak rychlý byl nástup obtíží, soběstačnost),
- ověření anamnézy u třetí osoby.

Fyzikální a laboratorní vyšetření:

- rutinně: KO, elektrolyty, glykémie, renální a jaterní funkce, hladina TSH, Ca
- dle klinického stavu pacienta: vyšetření močového sedimentu, vitamínu B12 a kyseliny listové, RTG S+P, EKG, u rizikových pacientů test na syfilis a HIV, eventuelně stanovení hladin léků nebo toxikologický screening

Vyšetření kognitivních funkcí:

- klinické hodnocení kognitivních funkcí zahrnuje vyšetření pozornosti a koncentrace, orientace, krátké a dlouhodobé paměti, praxe, jazykových schopností a výkonových funkcí.
- Mini – Mental State Examination /MMSE/
- Test kreslení hodin /Clock – drawing test/
- Krátká škála kognitivních funkcí - Short Portable Mental Status Questionnaire /SPMSQ/ (4).

Další využívané vyšetřovací metody jsou:

- Wechslerova škála paměti – poskytuje informace o slovní i zrakové paměti, zvláště testuje okamžité i oddálené vybavení. Testuje orientaci, logickou paměť, zapamatování si dvojice slov a tváří, seznamu slov, zrakové reprodukce, uspořádání čísel a písmen, rozsah čísel a prostoru.

- *WAB* – testy řečových funkcí. Testuje spontánní řeč, pojmenování, opakování a porozumění. Ve druhé části jsou názorové testy, které hodnotí čtení, psaní, počítání, vykonání úkolu a doplnění obrazce do logické série.
- *Test řečové plynulosti* – pacient musí v určitém časovém intervalu vyjmenovat co nejvíce slov podle zadání (např. začínající na stejné písmeno, co nejvíce zvířat, jmen apod.). Hodnotí se pohotovost, iniciace, motivace, mentální pružnost, pracovní a slovní paměť.
- *Testy vizuospeciálních funkcí* (funkcí prostorové paměti):
- *Bender – Gestaltův test* – testují schopnost obkreslit obrazce se stoupající náročností.
- *Test kreslení dráhy* – hodnotí schopnost plánování, zrakově-pohybovou koordinaci, zrakové vyhledávání, pozornost, schopnost přizpůsobit se, sleduje i psychomotorické tempo.
- *Stroopův test* – vhodný k posouzení míry pozornosti, mentální pružnosti, psychomotorického tempa a adaptace na zátěž. Test je jedním z neuropsychologických testů, pomocí kterého jsme schopni hodnotit schopnost člověka řešit konflikt. Konflikt v případě tohoto testu spočívá v tom, že vyšetřovaná osoba má za úkol detekovat, jakou barvou jsou vytištěna slova. Shodou okolností ta slova jsou názvy barev (2).

U pacientů s demencí hodnotíme i nekognitivní projevy:

- *Neuropsychiatric Inventory (NPI)*: neuropsychiatrický dotazník, jedná se o klinické strukturované interview, realizované s osobou pečující o pacienta.
- *Míra deprese (Hamiltonova škála)*: dotazník obsahuje 21 položek a jeho vyhodnocení trvá zhruba 30 – 60 minut a dále často využívaný dotazník *Škála deprese pro geriatrické pacienty GDS /Geriatric Depression Scale/*.
- *Test základních všedních činností /ADL dle Barthela/ (2)*, *test instrumentálních činností /AIDL/*.

1.3.2 Specializovaná vyšetření

Po vyloučení reverzibilních příčin kognitivní poruchy a zjištění patologických hodnot kognitivních testů je třeba dokončit diagnostiku demence a jejího typu, včetně návrhu terapie, v ordinaci odborníka specializovaného na kognitivní poruchy (4).

1.3.3 Diferenciální diagnostika kognitivních poruch

Podobnými příznaky demence se mohou projevovat i jiné kognitivní poruchy. V diferenciální diagnostice je nutné vždy myslet na nejčastější psychickou poruchu ve stáří – depresi, která může mít rysy počínající demence. Jedná se o tzv. depresivní pseudodemenci. Nemocní si velice často stěžují na poruchy paměti a zpomalené myšlení, zdůrazňují svou neschopnost, mají malou snahu řešit úkoly, i na jednoduché otázky odpovídají „nevím“. Dále se jedná o delirium (akutní stav zmatenosti), které je definováno jako akutně vzniklá tranzitorní globální porucha kognitivních funkcí. Od demence se liší rychlým nástupem během hodin a kolísáním kognitivní poruchy (zhoršení paměti, dezorganizované myšlení, dezorientace) v průběhu dne. Dále kognitivní poruchy navozené léky – tzv. polypragmazio ve stáří, nevhodné kombinace z různých specializovaných ambulancí, samoléčba), tzv. dementogenní léky: benzodiazepiny, anticholinergika (antiparkinsonika, spasmolytika), neuroleptika, aj. (4).

1.4 Terapie demencí

Při rozhodnutí o léčbě vždy zvažujeme etiologii demence, její pokročilost, výskyt BPSD a jejich závažnost, stupeň disability a přítomnost komorbidit. Odhadujeme očekávanou dobu přežití a dodržování pokynů a příkazů, možnosti pečovatелů a sociální situaci. Léčebný plán volíme vždy individuálně ve spolupráci

s nemocným i rodinou. Péči věnujeme i sdělování diagnózy, posuzování pracovních schopností a způsobilost k řízení motorového vozidla, později i způsobilost k právním úkonům.

Cíle léčby se v jednotlivých fázích onemocnění mohou lišit:

V počátečních fázích se zaměřujeme na ovlivňování rizikových faktorů, včasnou a přesnou diagnózu a léčbu. Cílem je zlepšení nebo udržení kognitivního deficitu. U pokračující demence je cílem zpomalení progresu, prevence/ústup BPSD, udržení soběstačnosti. V konečných fázích zdůrazňujeme paliativní postupy, ošetrovatelskou a pečovatelskou péči (25).

Všeobecný doporučený léčebný postup u všech typů demencí je vyvarovat se jak nedostatečné, tak nadměrné stimulace pacienta, rozvržení volného času nemocného, úprava denního režimu ve smyslu péče pacienta o sebe samého, úprava poruch zraku a sluchu za účelem optimalizace přísunu podnětů, v časných fázích demence pravidelný nácvik paměti, zabránění sociální izolace, dostatek fyzické aktivity ve dne může snížit výskyt nespavosti a neklidu v noci, minimalizace možností úrazů bezbariérovou úpravou bytu, kontrola léků atd. (29).

1.5 Etiologická klasifikace demencí

Demence můžeme obvykle rozdělit do dvou základních skupin:

- Na choroby atroficko-degenerativní (primárně degenerativní demence).
- Demence sekundární, vzniklé v důsledku jiné primární poruchy. Sekundární demence se pak dále dělí na ischemicko-vaskulární a ostatní sekundární demence (2).

Rozdělení demencí (neodpovídá přesně klasifikaci nemocí MKN – 10):

1. Atroficko-degenerativní demence:

- Alzheimerova choroba (nejčastější demence vůbec);
- demence z Lewyho tělísky

- mezi touto chorobou a Alzheimerovou chorobou
- demence při Parkinsonově nemoci;
- progresivní supranukleární obrna;
- Huntingtonova chorea;
- frontotemporální lobární demence (např. Pickova choroba);
- další, poměrně vzácné demence.

2. Symptomatické demence:

A) Ischemicko-vaskulární demence:

- vaskulární demence s náhlým začátkem;
- multiinfarktová demence;
- převážně podkorová vaskulární demence
- demence způsobená strangulací, zástavou srdeční apod.;
- další, vzácné vaskulární demence.

B) Ostatní symptomatické demence:

- demence infekční etiologie
- demence prionové etiologie
- demence posttraumatické etiologie;
- metabolicky podmíněné demence
- metabolické demence s genetickou komponentou
- demence intoxikační etiologie
- demence nádorové a paraneoplastické etiologie;
- demence při epilepsii;
- demence u hydrocefalu s normálním tlakem likvoru;
- demence při kolagenózách
- některé další vzácné demence (5).

1.6 Stádia demence

Průběh demencí můžeme rozdělit do tří stádií:

1. Počínající a mírná demence, kdy převládají zejména poruchy paměti, koncentrace, poruchy chování a sociálních funkcí, je nutné nemocnému radit při různých činnostech, kontrola nad ním nemusí být trvalá.
2. Středně pokročilá demence, která se již projevuje poruchou soběstačnosti a pacient vyžaduje častý či převážný dohled.
3. Pokročilá forma demence, kdy je pacient odkázán na přetržitou péči a pomoc ve většině sebeobslužných aktivit (35).

1.7 Příznaky demence

Demenci tvoří tři základní skupiny symptomů. Narušení kognitivních funkcí (tzn. narušení intelektu, paměti, osobnosti), dále narušení aktivit denního života a BPSD (poruchy chování). Proto také mluvíme o příznacích ABC demence, kde jednotlivá písmena znamenají:

A – activities of daily living - poruchy aktivit denního života

B – behaviour – behaviorální (týkající se chování) a psychologické příznaky (BPSD)

C – cognition - kognitivní poruchy (11).

Změny chování u demence jsou často nápadné, bývají proto příznakem, který vzbudí pozornost. Mohou být prvním důvodem, který povede k vyšetření odborníkem, a tak může dojít k odhalení již přítomné demence. Změny chování jsou obzvláště stresující pro příbuzné, respektive pro pečovatele o demenčního nemocného. Jsou součástí širšího syndromu, který se nazývá BPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia) (11). Role pečovatele v péči o nemocného s BPSD klade nejenom vysoké nároky na pečovatele, ale bývá spojena s vyšší nemocností pečovatelů, která může vyústit až syndromem vyhoření (3).

BPSD můžeme rozdělit do dvou skupin, které spolu v klinické praxi velmi těsně souvisejí:

Behaviorální symptomy jsou zjevné a obvykle je zjistíme na základě pozorování pacienta. Zahrnují slovní (verbální) či brachiální agresivitu a agitovanost, bloudění, nepřiléhavé jednání, sexuální desinhibici, vykřikování, ale i špehování, shromažďování zbytečných předmětů, hašteřivost.

Psychologické (psychiatrické) symptomy většinou objevíme na základě cíleného psychiatrického vyšetření pacienta, nebo otázkami kladenými jeho příbuzným. Jde o poruchy nálady, depresi, dále poruchy vnímání – halucinace a myšlení – bludy (11).

Tabulka 2. Behaviorální a psychologické příznaky demence (BPSD)

Behaviorální příznaky	Psychologické příznaky
Agitovanost	Bludy
Agresivita	Halucinace
Toulání	Paranoidita
Poruchy spánku	Misidentifikace
Nepřiměřené chování při jídle	Deprese
Nepřiměřené sexuální chování	Úzkost

Zdroj: Léčba poruch chování u pacientů s demencí. Příručka pro lékaře (12).

Změny chování ve stáří obvykle znamenají daleko větší stres pro pacienty, jejich rodiny a ošetřovatele, než přítomné a vcelku dobře tolerované narušení paměti nebo ztráta soběstačnosti. Přinejmenším 25 % stresových faktorů, kterým je vystaven příbuzný/pečovatel o seniora, je způsobeno změnami chování. Tyto změny chování ve stáří prohlubují vnímání deficitu nemocného, vedou proto k zanedbávání běžné péče o něj. Výskyt těchto změn je častou indikací k umístění nemocného v některé z institucí a

znamená rovněž horší prognózu onemocnění. Změny chování ve stáří jsou léčitelné nebo alespoň korigovatelné (13).

BPSD jsou pro demenci charakteristické, ale nejsou univerzální, nevypovídají přesně o stadiu demence ani o její závažnosti. Jejich diagnostická výpovědnost vůči demenci je proto nízká. Jsou však významným faktorem, který modifikuje chování nemocného a zpětně chování okolí k němu, modifikuje jeho schopnost sociálního, rodinného, popř. pracovního nasazení (11). Příčinou změn chování u demence nebývá vždy demence jako taková. Může jít o důsledek různých tělesných onemocnění. Proto je vždy dobré nechat nemocného lékařsky vyšetřit.

BPSD mohou být důsledkem zhoršené schopnosti člověka s demencí přizpůsobovat se změnám nebo zátěži. Nezvyklé zevní podněty (nadměrný hluk nebo naopak úplné ticho, osamocení), nadměrné nároky na nemocného, nevhodné zacházení s nemocným, to jsou nejčastější vlivy prostředí vedoucí ke vzniku BPSD (14).

1.8. Agresivita

Agresivita se podle různých epidemiologických studií vyskytuje u 18-60 % pacientů s demencí. Je nejzávažnější poruchou chování ve stáří vůbec, znamená největší zátěž pro pečující, nejčastěji vede k hospitalizaci nemocného. U mírné demence se vyskytuje nejčastěji v souvislosti s úzkostí, u středně těžké demence v souvislosti s psychotickými příznaky a depresí. U těžké demence je způsobena zřejmě strukturálními a neuromediátorovými změnami mozku, často v souvislosti s nevhodným zacházením (12). Pacienti s demencí se projevují podivným či neobvyklým chováním. Bývá to i první signál tohoto onemocnění. Pacient může být podrážděný až agresivní. Stává se neschopným objektivně posoudit své chování a jeho důsledky na sebe a jeho okolí. Může se agresivně projevovat vůči personálu i svým blízkým, kteří mu věnují péči. Za vztekem je třeba vidět spíše způsob, jak odreagovat pocit zmatenosti a úzkosti, které pacienta sužují, než agresi jako takovou (17). Agresivní chování je kdy pacient ohrožuje nebo napadá fyzicky druhé osoby (bití, strkání, kousání, škrábání), vyhrožuje

jim, nadává a jinak je slovně napadá, někdy může mít toto chování i sexuální ladění nebo agresi obrací proti sobě (18).

Formy nevhodného chování:

Slovně neagresivní chování – jedná se o projevy v rámci verbální komunikace. Bývá popisována příbuznými jako nesmírně zatěžující, protože jde o stále se opakující situace. Navíc narušení komunikace může vážně zasáhnout vztah. Pokud se nemůžeme dobře dorozumět, ztrácíme představu o potřebách druhého člověka. Projevuje se, opakováním dotazů, zdlouhavým opisováním, nedorozuměním, nepochopením a stálé vyprávění stejných historek.

Fyzicky neagresivní chování, které se projevuje blouděním, stálou chůzí, nesmyslnou manipulací s předměty jako je např. (přenášení), svlékání nebo nevhodné doteky.

Slovně a fyzicky agresivní chování, rozumíme tím křik, nadávky, mnohdy jsou používány vulgarismy, které nás doslova mrazí. Také rodina je v úžasu, že jejich příbuzný vůbec zná a dokonce aktivně používá hanlivé výrazy. Nadávky se mohou stupňovat, nemocný může vyhrožovat fyzickým útokem, stížnostmi (19).

Agresivní chování má různé vyvolávající příčiny. Musíme zjistit, proč takové chování vzniká a jak můžeme lépe hledat cestu, jak tomu předejít. Nebo alespoň jak může rodina zasáhnout co nejcitlivěji a nejefektivněji.

Příčiny agresivního chování:

Agresivita jako způsob dosažení cíle. Je to reakce na nepříjemné podněty, agresí se jí snažíme odrazit. Lidé s demencí častěji sahají k agresivitě jako k obraně před něčím nepříjemným. Přestávají se ovládat. Agresivita je také reakcí na ztrátu kontroly.

Agresivita jako emoční reakce. Agresivní reakce je vyvolána přemírou emocí. Starší lidé jsou citlivější, mají zhoršenou schopnost vyrovnávat se silnými emocemi. Zloba může být projevem bolesti ze ztráty, zlobíme se nad těžkým osudem. Dostane-li

se klient do situace, kdy se stydí, může se agresí bránit proti pokračování takového konání.

Agresivita při chybném chápání reality. Může tím být špatné pochopení situace, ve které se klient nachází. Vlivem kognitivních poruch pacient špatně pochopí situaci, např. může se bránit proti svlékání, manipulaci se svým majetkem. Nerozumí proč, má zůstat někde, kde se mu nelíbí atd.

Agresivita jako povahový rys. S přibývajícím věkem vyvstávají některé rysy osobnosti, které se člověku dříve dařilo lépe zvládat. Pokud byl někdo konfliktní v situaci, kdy jsou na něj kladeny velké nároky na toleranci, může dojít k výbuchům. Je nutné mít na paměti, že není možné změnit povahu člověka. Musíme jen hledat cesty, jak omezit nepříjemné projevy chování pacientů vůči pečujícím, ošetřovatelům a jiným obyvatelům.

Agresivita jako odpověď. Kdy chování pečujících má vliv na demenčního člověka a z různých důvodů to může z jejich chování vyvolat agresivní odpověď nemocného (19).

Mezi možné příčiny agresivity patří: obranné chování vůči vniknutí do osobního prostoru, neschopnost pacienta zvládnout na ně kladené nároky, nepochopení situace nebo přehnaná reakce na situaci a události, strach a následná sebeobrana, snaha upoutat pozornost nebo přivolat pomoc, reakce na snahu ošetřovatele kontrolovat nevhodné chování jako je bloudění a nebo dezorientace (20). Agresivita u demence je vlastně normální lidská reakce na obtížnou situaci, nástroj, který lidé používají v úsilí znovu získat kontrolu nad svým životem (16).

1.9 Emoce a prožívání rodiny v péči o agresivního příbuzného

Projevem duševního života každého člověka je jeho prožívání. Projevuje se jako vztah člověka k tomu, co poznává nebo co dělá. Obsahem prožívání jsou prožitky, emoce a city. Prožívání emocí a jejich vyjadřování ve vztahu k ostatním jsou životně

důležitou součástí lidského bytí. Demence ovlivňuje způsob prožívání emocí a to, jak osoba svůj prožitek vyjadřuje. Může se projevat apatií, tedy naprosto žádným emocionálním vyjádřením, nebo emocionální labilitou, proměnlivostí, doprovázenou příležitostními výbušnými projevy emocí (9).

Na agresivitu u demence často pečující nahlíží v čistě negativním světle. To je pochopitelné, ale nikdy ne zcela ospravedlnitelné. Nemocný může dávat najevo, že nechce kapitulovat, nechce rezignovat na to, že dělá chyby. A není se co divit, že si pak vylévá vztek na všem a všech kolem sebe. Pečující by si měl udělat čas a zamyslet nad pocity, které prožívá osoba postižená demencí, měl by si umět představit nebo se vžít do role nemocného, aby pochopil jak se asi cítí člověk s demencí (16).

Rodina, která pečuje o svého blízkého musí zvládat nepředvídatelné situace a emoční napětí.

1.9.1 Pojem emoce

„Emoce lze definovat jako schopnost reagovat na různé podmínky prožitkem libosti a nelibosti, spojeným s fyziologickými reakcemi a změnou aktivity, eventuelně i dalšími vnějšími projevy“ jak uvádí VÁGNEROVÁ (21, s. 143).

Člověk bez emocí není schopen cítit, vnímat, prožívat a tedy ani žít. Mít nějaké emoce, tedy něco cítit, ať už se jedná o pocity a zážitky příjemné nebo nepříjemné, znamená pro člověka základ celého bytí.

Pojem emoce je významově ztotožňován s pojmem cit a označuje se jím prožívání takových stavů, jako je radost, smutek, hněv, závist, lítost, strach atd.

Nakonečný (32, s. 10) ve své knize uvádí přehled názorů od různých autorů: Například podle D. Kreche a R. S. Crutchfielda (1958) psychologický význam pojmu emoce se vztahuje na stav iritace v organismu, který se projevuje třemi způsoby:

1. emocionální zkušeností (zážitkem), tj. citem (individuum pociťuje emoci)
2. emocionálním chováním (individuum se emocionálně chová, např. útočí nebo utíká)

3.fyziologickými změnami v organismu (vedle útrobních změn to jsou také projevy motorické, zahrnující i výraz obličeje) (32).

Emoce je komplexní stav vznikající v reakci na určité afektivně zabarvené zážitky: Intenzivní emoce obsahují šest složek: Jednou ze složek, kterou vnímáme nejčastěji, je subjektivní prožívání emocí, tzv. afektivní stav či pocity spojené s emocemi. Druhou složkou je tělesná reakce. Když se např. zlobíme, můžeme se třást nebo zvýšit hlas, i když nechceme. Třetí složkou je soubor myšlenek a přesvědčení doprovázející emoci. Například prožívání radosti často zahrnuje přemýšlení o jejich příčinách („Dokázal jsem to. Vzali mě na vysokou školu“). Čtvrtou složkou emočního prožitku je výraz obličeje. Když např. prožíváme odpor, pravděpodobně se mračíme, často máme široce otevřená ústa a přivřená víčka. Pátá složka zahrnuje globální reakce na prožitek, např. při negativních emocích vnímáme svět jako nepřívětivé místo. Šestou složkou jsou tendence jednání spojené s emocemi, tedy vzorce chování, jež lidé využívají při prožívání konkrétních emocí. Vztek např. vede k agresi (23).

1.9.2 Funkce emocí

Emoce nám podávají informace o tom, jak významné a různorodé funkce v našem životě plní. Napomáhají nám si uvědomovat a zvládat individuální adaptaci na nejrůznější změny v životě (8). Hodnotí tedy podněty či situace v nichž se jedinec nachází, přičemž kritériem hodnocení je biologická účelnost. Pro tuto hodnotící funkci jsou emoce vybaveny zážitky příjemného, kdy signalizují biologickou prospěšnost podnětů a zážitky nepříjemného, kdy signalizují škodlivost podnětů.

1.9.3 Klasifikace emocí

Na základě kvality lze diferencovat pozitivní a negativní emoční prožitky, tj. libost, příjemnost, či naopak nelibost, nepříjemný pocit.

Radost je příkladem pozitivní emoce, je to příjemný emoční stav, vznikající na základě uspokojení nějaké potřeby (resp. potřeb), někdy i pouhé představy takového uspokojení (21).

Smutek a *zármutek*, eventuelně *deprese*, jsou příkladem negativní emoce. Člověk je zarmoucený, trápí se, souží, cítí se sklíčený a nešťastný. Je to nelibý emoční stav vznikající na základě nějaké ztráty či pouhé představy takové ztráty. Vede k útlumu aktivity, poklesu zájmu (event. až k pocitu beznaděje), ztrátě smyslu jakékoliv činnosti. Jeho vnějším projevem bývá pláč, případně nečinnost (21).

Hněv, *zlost* a *vztek* jsou specifické negativní emoce, vyjadřující pocit nespravedlivé a nenáhodné újmy, která vzniká navzdory našemu očekávání. Tyto emoce jsou spojeny s typickými fyziologickými reakcemi a často nápadným chováním, mnohdy agresivního charakteru (21).

Strach a *úzkost* vyjadřuje pocit reálného nebo pouze představovaného ohrožení. Vztahují se nejenom k přítomnosti, ale hlavně k budoucnosti, kterou hodnotí negativně. Rozdíl mezi úzkostí a strachem je vymezen obsahem obav. Předmětem strachu je konkrétní, člověk ví, čeho se bojí. Úzkost představuje, neurčitý pocit ohrožení, který jedinec nedokáže přesněji specifikovat (21).

Emoční prožitky lze stanovovat na základě jejich formálních charakteristik: tj. síly emočního prožitku a časové dimenze, tj. délky trvání toho prožitku, zaměřenosti na určitý objekt nebo situaci, ale i na míru aktivizace, s níž jsou spojeny. Intenzita a délka

trvání jsou ve vztahu nepřímé úměrnosti. To znamená, že silné emoční hnutí mívá krátké trvání a naopak (21).

Afekt je prudké a krátkodobé emoční hnutí, jedná se o intenzivní citovou reakci (21).

Emoční epizoda je emoční reakce, která se rozvíjí v čase, je to proces, který má určitý průběh, kdy na sebe jednotlivé pocity navazují a vzájemně se ovlivňují. Lze ji chápat jako prožitkovou složku nějaké události, která má určitou dynamiku, vznikne, rozvíjí se a posléze je ukončena (21).

Nálada je déletrvající epizoda k prožitkům určité kvality, dlouhodobější emoční vyladění. Lze ji chápat jako určité nastavení, které se projevuje zvýšenou tendencí posuzovat veškeré dění stejným způsobem, např. při smutném vyladění nepřiměřeně pesimisticky (21).

1.9.4 Emoce a jejich zvládnutí

Pro mnoho lidí jsou emoce to, co označujeme jako pocity, které můžeme rozlišit na příjemné a nepříjemné. Rozumem je dokážeme rozeznat a říkáme si : cítím hněv, úzkost, strach, cítím dojetí, cítím neklid, cítím vinu, je mi všechno jedno, nejsem sebejistá, necítím se rovnocenná atd.

Když některé negativní pocity převažují, mohou nám způsobovat problémy. Nejsme-li se sebou a se svým životem spokojeni, začnou se po čase projevovat i zdravotní obtíže. Můžeme tedy říci, že emoce prokazatelně ovlivňují náš celkový zdravotní stav.

1.9.5 Emoce pečujících

Péče o druhé v nás může vyvolávat různé emoce jako je pocit lásky, náklonnosti, zloby, smutku, strachu, beznaděje, frustrace a viny. Rodinní pečovatelé se tak mohou cítit osamocení a izolování. Péče o svého blízkého člena rodiny vyžaduje mnoho fyzické, psychické a emocionální zátěže. Pečující více uvádějí negativní emoční prožitky. Vede k tomu závislost, odpovědnost, strach z budoucnosti, strach z nedostatku volného času, strach ze ztráty sociálních vztahů a aktivit, příjmu, finanční jistoty, soukromí, kontroly a nezávislosti, to vše přináší do života pečujících mnoho negativních emocí.

Smutek může pociťovat pečující nad tím, že milovaná osoba už není tím, co dříve (33).

Zlost je přirozenou reakcí na to, že se to muselo stát zrovna nám, že se staráme o člověka s demencí, a že jsme to my, kdo musí zajišťovat veškerou péči, když nám nikdo nepomáhá (33).

Rozpaky a *stud*, můžeme se přistihnout, že pociťujeme rozpaky a stud nad chováním osoby s demencí a stydíme se za to. Podléháme pak pokušení nezvat přátele a známé domů a tím izolujeme sebe i nemocného od okolí (33).

Pocity viny, které můžeme pociťovat z důvodu, že jsme se o nemocného špatně starali už dříve, že jsme neměli dostatek trpělivosti s nemocným člověkem, neunesli jsme tíhu zodpovědnosti a tím jsme uvažovali o umístění nemocného v nějaké instituci (33).

Sklíčenost bývá spojována s pasivitou a rezignací. Zdůrazňuje hodnocení těch věcí, které jsou pro nás důležité. V situacích sklíčenosti máme možnost si uvědomit, co pro nás určití lidé, věci, objekty atd. znamenají (8).

Strach můžeme pociťovat v přítomnosti nebo při očekávání nějakého nebezpečného, škodlivého nebo ohrožujícího podnětu nebo jako subjektivní prožitek extrémního zneklidnění. Vnímáme tím riziko nebo nebezpečí, které nás ohrožuje, jako například strach z nezvládnutí situace při péči o svého blízkého (8).

Úzkost můžeme definovat jako trvalý pocit ohrožení, kdy nejsme schopni přesně říci, co konkrétně nás ohrožuje (8).

Napětí můžeme pociťovat v situaci konfliktu, stresu, frustrace nebo ohrožení či strachu (26).

Deprese bývají vyvolány zcela konkrétní situací v našem životě. Většina pečujících osob při zvýšené zátěži má významné depresivní příznaky jako například prožívá smutek, skleslost, ztrátu zájmu, apatii, sebeobviňování, útlum, dále se objevují i tělesné symptomy, které se projevují únavou, ztrátou energie, poruchami spánku a nechutenství atd. (26).

1.10 Role nejbližších příbuzných – pečovatelů

Role pečovatele (rodiny) v péči o nemocného se změnami chování ve stáří je klíčovým faktorem. Postoje, vztah, schopnost zvládat nepředvídatelné situace, emoční napětí mezi pacientem a pečovatelem je nakonec tím momentem, který určí, zda bude nemocný schopen dále pobývat v rodině nebo zda bude muset do ústavního zařízení. Péče o dementního nemocného se změnami chování ve stáří znamená péči 24 hodin denně. Pečovatel (rodina) by neměl nemocného opouštět ani při nejrůznějších cestách mimo byt včetně vyšetření u lékaře. Vysoké nároky kladené na pečovatele znamenají vyšší fyzickou i duševní zátěž. Vyšší stresový prožitek pečovatele může vést ve svém důsledku ke zhoršení vztahu mezi pečovatelem a nemocným. Je nezbytné, aby rodina dobře rozuměla projevům nemocného, dokázala je popsat a uměla na ně reagovat, aby

správně odlišila projevy nemoci (demence, poruch chování) od projevů pouhého vzdoru či neporozumění (13).

Cílem efektivní péče je podpořit kvalitu života, která respektuje důstojnost, identitu a potřeby jak postižené osoby, tak pečovatele. K takové péči může dojít jenom v prostředí důvěry a vzájemného respektu. Osoba s demencí se stává na pečovateli závislá nejen fyzicky, ale i emocionálně. Postižený člověk spoléhá v každém okamžiku na své okolí a na lidi, kteří mu poskytují zpětnou vazbu týkající se pocitu bezpečí a jejich vlastní ceny (9). Hlavním problémem osob s demencí bývá dlouhodobý průběh nemoci s postupným zhoršováním, velkou závislostí na pomoci druhých, která se neustále stupňuje a vede až k neschopnosti nemocného být sám (28). Pečování, zejména je-li dlouhodobé, je vysoce psychicky a fyzicky náročné a celodenní péče, představuje pro pečovatele vysokou zátěž. Pečovatelé jsou ohroženi zhoršením rodinných vztahů, ztrátou přátel, omezením společenských styků až sociální izolací, trpí zdravotními problémy a mnohdy i složitou ekonomickou situací (25). Při poskytování péče je třeba také dbát na to, aby pečující napomáhal včleňovat nemocného do dění života, aby nedocházelo k jeho sociální izolaci (31).

Naše společnost by měla nabízet rodinám pečujícím o svého blízkého dostatečnou sociální podporu. Ale i rodina by měla pomoc vyhledávat a využívat ji, měla by se snažit uplatňovat opatření a podmínky pro udržení zdravého způsobu života ve svém okruhu. (27).

1.10.1 Objektivní zdroje zátěže pečovatelů

Zátěž, která je dána faktickou péčí o nemocného, kdy pečovatel je nucen reagovat na celou řadu jeho projevů. Ty jsou objektivně různé intenzity a závažnosti. Reakce ze strany pacienta, které pečovatele nejvíce obtěžují jsou výčitky a verbální útoky nemocného, fyzická agrese, chronické neshody, obtížné přizpůsobení se

nemocného požadovanému režimu, bloudění nemocného, pasivita při plnění běžných denních aktivit jako je oblékání, toaleta, jídlo, podezíravost, obviňování atd. (11).

1.10.2 Subjektivní zdroje zátěže pečovatelů

Jedná se o neustálou zátěž, která odráží emoční reakce pečovatele na péči o nemocného. Rizikovými faktory ze strany pečovatele mohou být jeho negativní zkušenosti při kontaktu s nemocným.

Jedná se o tyto rizikové faktory: cizí pečovatel může být větším rizikem než příbuzný, žena jako pečovatel je více stresovaná než muž, velmi blízký pečovatel jako je manžel nebo manželka je vysoce stresován, dalšími rizikovými faktory je nízká podpora od členů rodiny popř. přátel, nízké znalosti o demenci, amatérský přístup, absence konkrétního vzdělání o nemoci a nutné péči, špatný premorbidní vztah k nemocnému, vysoké požadavky na nemocného, premorbidní deprese či jiné psychické problémy u pečovatele a špatný tělesný stav pečovatele (3).

1.10.3 Faktory snižující stres pečovatele

Nejbližší příbuzní starající se o nemocného člověka, bývají často pod stejným psychologickým stresem jako pacient sám. Nemoc přináší určité změny v rodině, která pak musí převzít povinnosti, na něž nemocný už sám nestačí. Pro pečující rodinu to znamená pocit neustálé nejistoty a trvalého nebezpečí (29).

Proto je velice důležitá role sociální opory převážně rodiny a přátel. Tento systém sociální opory lze chápat jako „nárazník“ či „tlumící systém“ chránící člověka proti potencionálnímu škodlivému vlivu stresových událostí.

Sociální oporu můžeme vnímat jako významný protektivní faktor. Faktor, který snižuje hladinu stresového prožívání pečovatele. Jedná se převážně o podporu, kterou pečovatel dostává z okolí, a to zejména od rodiny a přátel, kterou jsem již zmiňovala.

Pečovatel by měl mít také, přiměřené znalosti o demenci, jak teoretické, tak i praktické a aktivně přistupovat k řešení problému (11).

Dále by si měl umět stanovit reálné cíle, měl by si uvědomit co může a co nemůže udělat, definovat své priority a podle toho se zařídit. Neváhat a obrátit se s žádostí o pomoc jiné osoby, měl by komunikovat se svou rodinou a přáteli, popřípadě se obrátit na svou rodinu a přátele s žádostí o citovou podporu. Pečující by měl využívat vnějších služeb, prozkoumat tyto služby, které by mu pomohli, jako je např. Česká Alzheimerovská společnost (ČALS), která se zaměřuje především na podporu a pomoc rodinných pečujících. Hledat náhradní zdroje pomoci pokud si potřebuje odpočinout od nepřetržité péče. Starat se o své zdraví a pečovat o sebe, protože celkový zdravotní stav pečovatele, ovlivňuje celkový pohled na svět a schopnost se s životem vyrovnat v náročných situacích (34).

2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíl práce

Cílem výzkumu bakalářské práce je zjistit, jak příbuzní osob s diagnózou demence, prožívají agresivní projevy svých blízkých.

2.2 Hypotézy

V souvislosti s cílem práce byly stanoveny následující hypotézy:

H1: Intenzita prožívané emoční zátěže pečujícího je závislá na míře agresivního chování člověka s demencí.

H2: Intenzita prožívané emocionální zátěže pečujících o rodinného příslušníka s demencí je závislá na pomoci ostatních členů rodiny.

H3: Intenzita prožívané emocionální zátěže pečujících o rodinného příslušníka s demencí je závislá na institucionální podpoře.

3. METODIKA

3.1 Metodika práce

Výzkum kombinoval postupy kvalitativní a kvantitativní metodologie. Byla použita metoda dotazování, technika sběru dat byl dotazník.

Dotazníkové šetření: Pro získání potřebných dat byla použita metoda anonymního dotazníku.

V dotazníku byly použity tyto druhy a formy otázek:

a) Otázky uzavřené:

dichotomické – respondent vybírá pouze ze dvou variant

polytomické - respondent vybírá z více variant

b) Otázky polouzavřené/polootevřené.

K získání potřebných údajů a jejich zpracování bylo použito dotazníkové metody (příloha č.8).

Dotazník obsahoval celkem 29 otázek.

Dotazník byl rozdělen do tří částí:

1. část byla zaměřena na kontaktní informace – jako je pohlaví, věk, rodinný vztah pečujícího o osobu s demencí – rodinný vztah, pomoc ostatních členů rodiny, zdravotní stav a věk nemocného, doba poskytované péče nemocnému rodinným příslušníkem atd.

2. část byla zaměřena na prožívání pečujícího v péči o svého blízkého postiženého demencí – jako je smutek, deprese, strach, úzkost, sklíčenost, beznaděj, hněv, pocit vyčerpání, nedostatek/ztráta volného času atd.

3. část byla zaměřena na formy nevhodného chování u osob s demencí – jako je slovně neagresivní, slovně agresivní, fyzicky neagresivní, fyzicky agresivní, slovně a fyzicky agresivní.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořili vybraní respondenti, rodinní příslušníci pečující o svého blízkého postiženého demencí. Jednalo se o respondenty žijících na několika místech Jihočeského kraje, převážně v Českých Budějovicích, Hluboké nad Vltavou a okolí. Pro účely výzkumu a získání potřebných dat bylo osloveno celkem 15 respondentů, prostřednictvím kontaktů ambulantních praktických lékařů v Č.B. a Poradny pro poruchy paměti v Hluboké nad Vltavou, kteří působili zprostředkovaně mezi mnou a respondenty.

Všichni oslovení respondenti byli ochotni na výzkumu spolupracovat. Výzkum proběhl na základě osobního kontaktu.

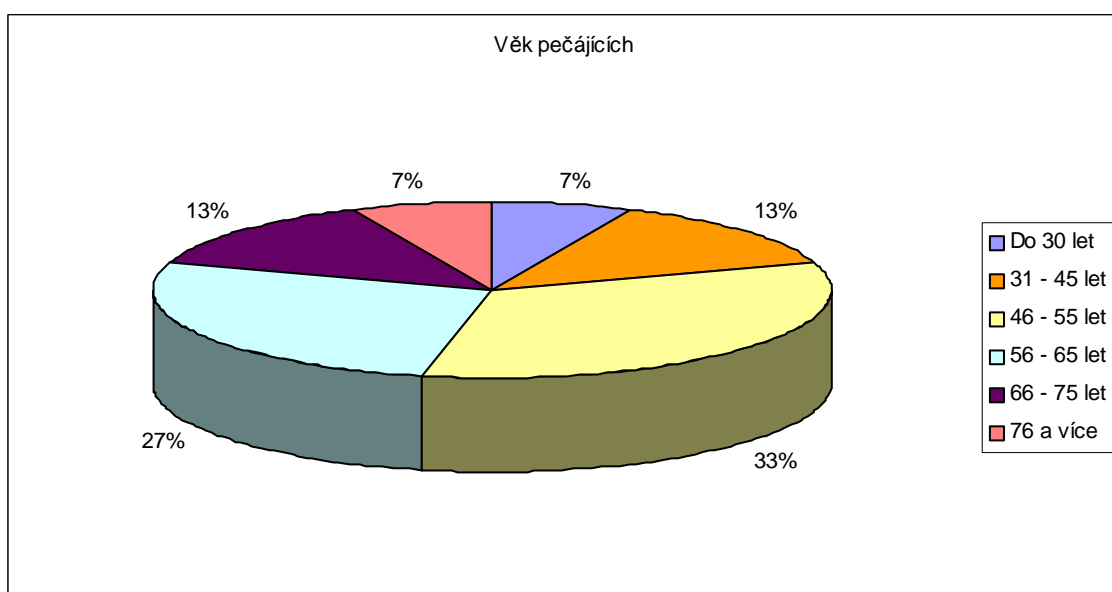
Více respondentů nebylo možné oslovit z důvodu, že tyto ambulance praktického lékaře nezaznamenávají vyšší výskyt agresivního chování u těchto pacientů nebo ve své ambulanci neléčí tyto pacienty.

4. VÝSLEDKY

4.1 Výsledky dotazníkového šetření.

(Otázka č. 1)

Graf 1: Věk pečujících (v %)

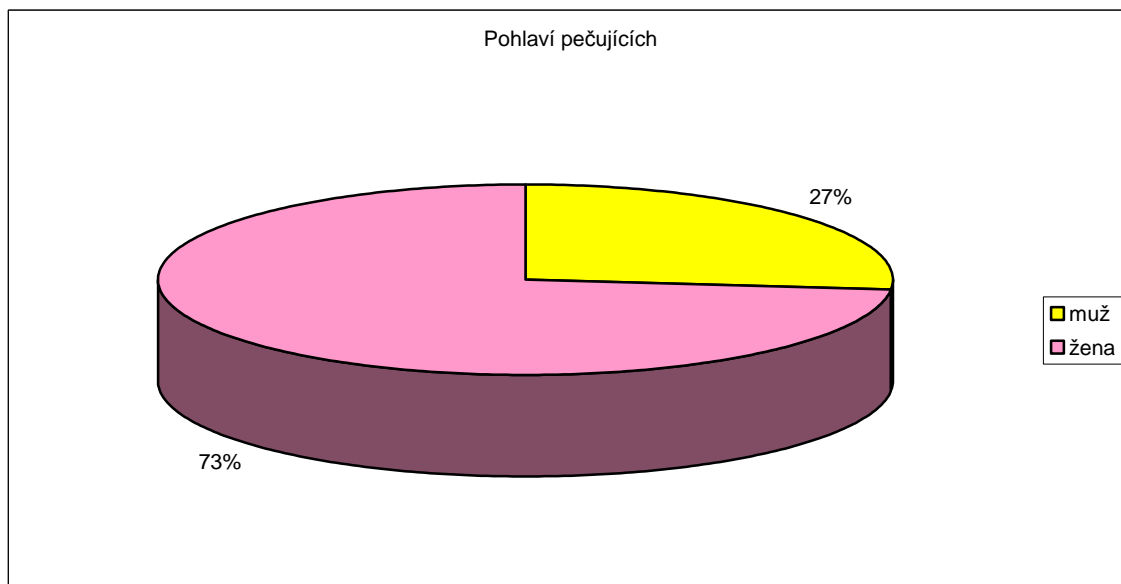


Zdroj: vlastní výzkum

Z výzkumu vyplývá, že nejvíce pečujících bylo ve věkové kategorii od 46 – 55 let (33 %) – 5 respondentů a stejný počet je i ve věkové kategorii od 56 do 65 let (27 %) – 4 respondenti, ve věkové kategorii 66 – 75 let (13 %) - 2 respondenti a stejně tak ve věkové kategorii 31 – 45 let (13 %) – 2 respondenti, nejméně respondentů bylo ve věkové kategorii do 30 let (7 %) – 1 respondent a v kategorii 76 let a více (7 %) – 1 respondent.

(Otázka č. 2)

Graf 2: Pohlaví pečujících (v %)

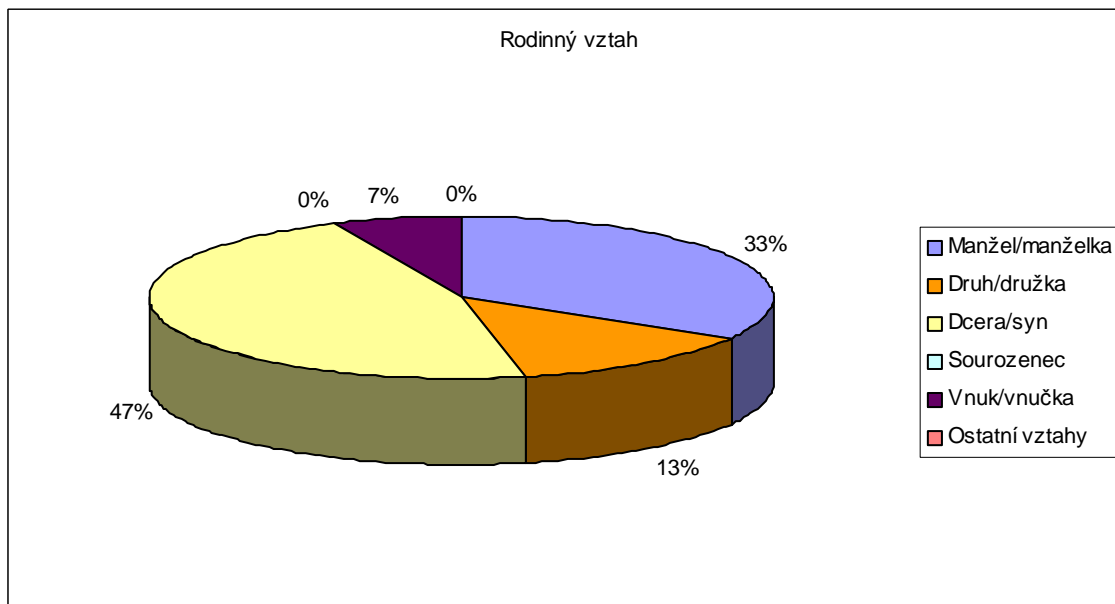


Zdroj: vlastní výzkum

Pro účely výzkumu bylo osloveno celkem 15 respondentů, z toho nejvíce pečujících převládá z řad žen (73 %) - 11 respondentů a zbývajících (23 %) - 4 respondenti připadá na muže.

(Otázka č. 3)

Graf 3: Rodinný vztah (v %)

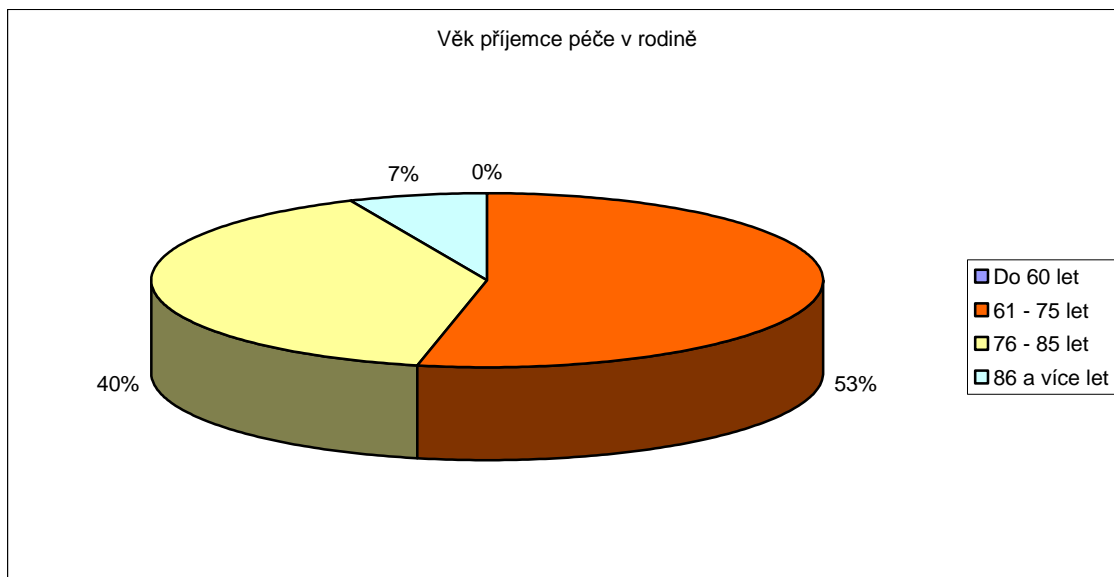


Zdroj: vlastní výzkum

Z výsledků výzkumu vyplývá, že nejvíce pečujících je ve vztahu dcera/syn (47 %) – 7 respondentů, druhé nejvyšší zastoupení je ve vztahu manžel/manželka (33 %) – 5 respondentů a zbývající část respondentů je ve vztahu druh/družka (13 %) – 2 respondenti, ve vztahu vnuk/vnučka (7 %) – 1 respondent.

(Otázka č. 4)

Graf 4: Věk příjemce péče v rodině (v %)

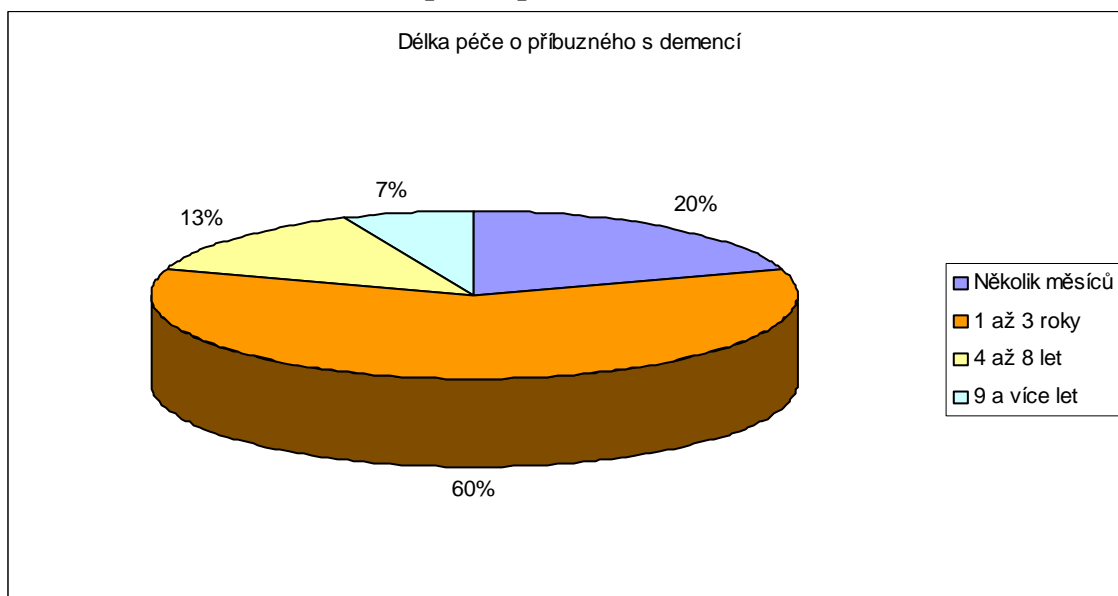


Zdroj: vlastní výzkum

Z výsledků výzkumu vyplývá, že respondenti nejvíce pečují o osoby ve věkové kategorii v rozmezí 61 – 75 let (53 %) – odpovědělo 8 respondentů, dále pak ve věkové kategorii 76 – 85 let (40 %) – odpovědělo 6 respondentů a ve věkové kategorii nad 86 let (7 %) – odpověděl 1 respondent.

(Otázka č. 5)

Graf 5: Délka péče o příbuzného s demencí (v %)

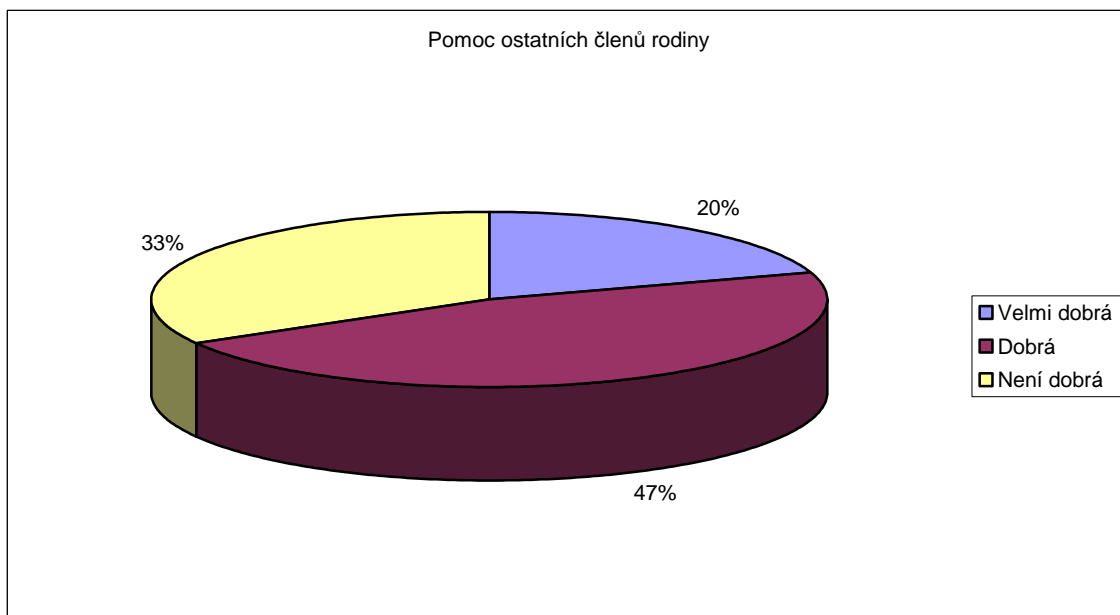


Zdroj: vlastní výzkum

Z výsledků výzkumu vyplývá, že největší % zastoupení respondentů pečuje o své blízké v rozmezí od 1 do 3 let (60 %) – odpovědělo celkem 9 respondentů, časové období péče v řádu „několika měsíců“ bylo zastoupeno (20 %) – 3 respondenti, nejméně respondentů pečuje v rozmezí od 4 do 6 let (13 %) – 2 respondenti a 1 respondent uvedl, že pečuje o svého příbuzného již 9 let (7 %).

(Otázka č. 6)

Graf 6: Pomoc ostatních členů rodiny (v %)

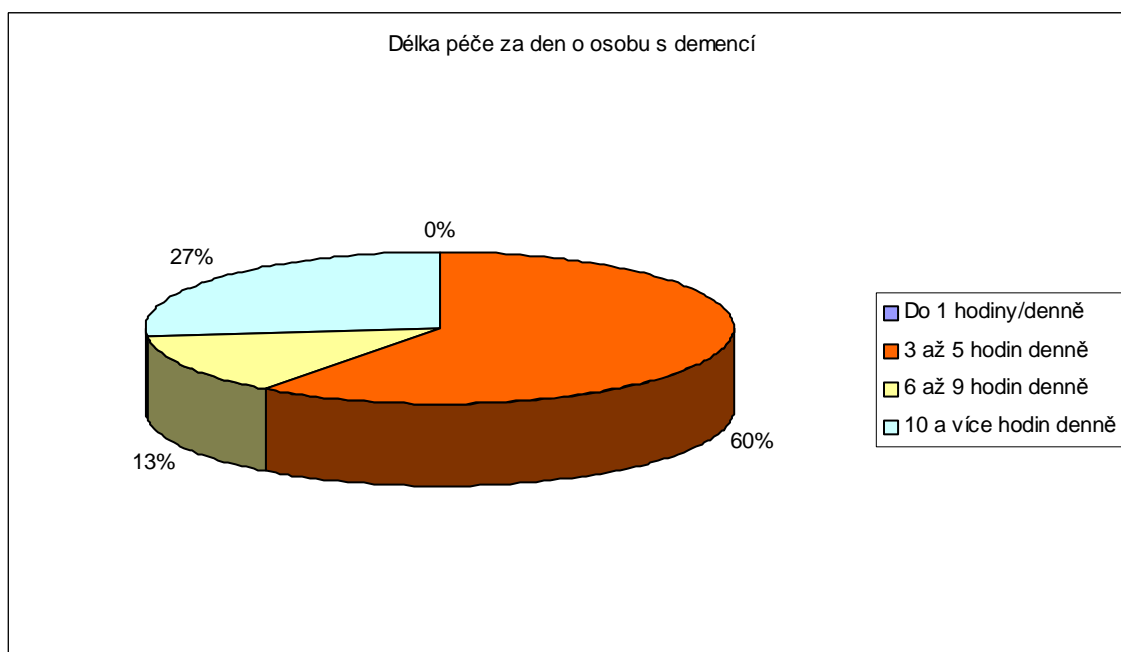


Zdroj: vlastní výzkum

Nejvíce respondentů hodnotilo pomoc ostatních členů rodiny jako „dobrou“ (47 %) – 7 respondentů, nejméně respondentů hodnotilo pomoc ostatních členů jako „velmi dobrou“ (20 %) – 3 respondenti a zbývajících (33 %) – 5 respondentů uvedlo, že spolupráce s ostatními členy rodiny „není dobrá“.

(Otázka č. 7)

Graf 7: Délka péče za den o osobu s demencí (v %)

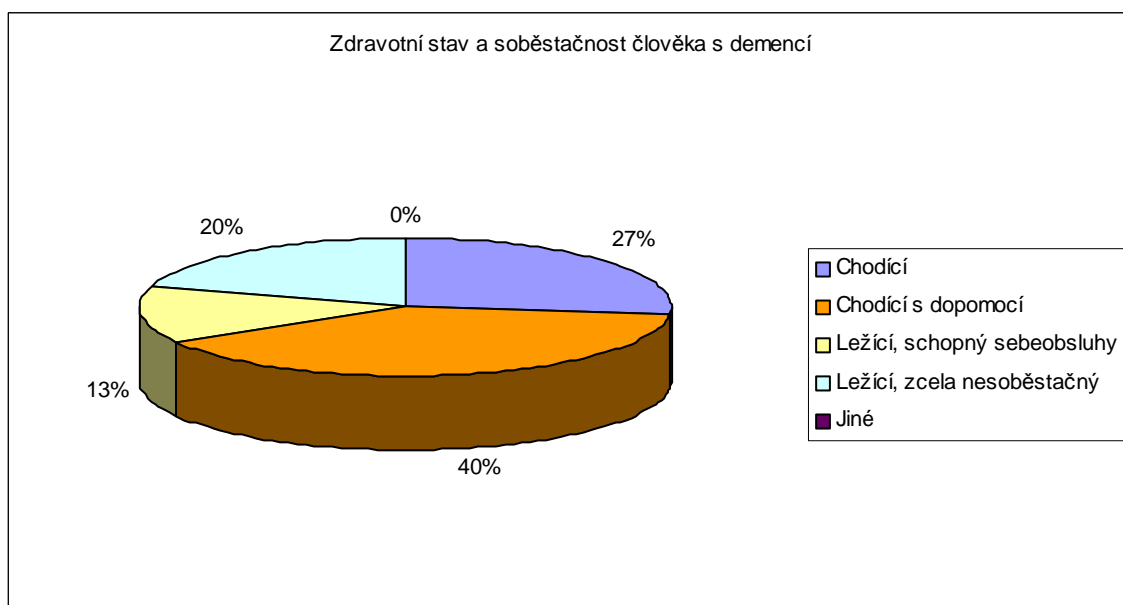


Zdroj: vlastní výzkum

Nejvíce poskytují péči respondenti v rozsahu 3 až 5 hodin denně (60 %) – odpovědělo 9 respondentů, (27 %) – 4 respondenti poskytují péči v rozsahu 10 a více hodin, (13 %) – 2 respondenti poskytují péči v rozmezí 6 až 9 hodin denně. Péči do 1 hodiny/denně neposkytuje žádný respondent, tudíž tuto kategorii nikdo nezodpověděl.

(Otázka č. 8)

Graf 8: Zdravotní stav a soběstačnost člověka s demencí (v %)

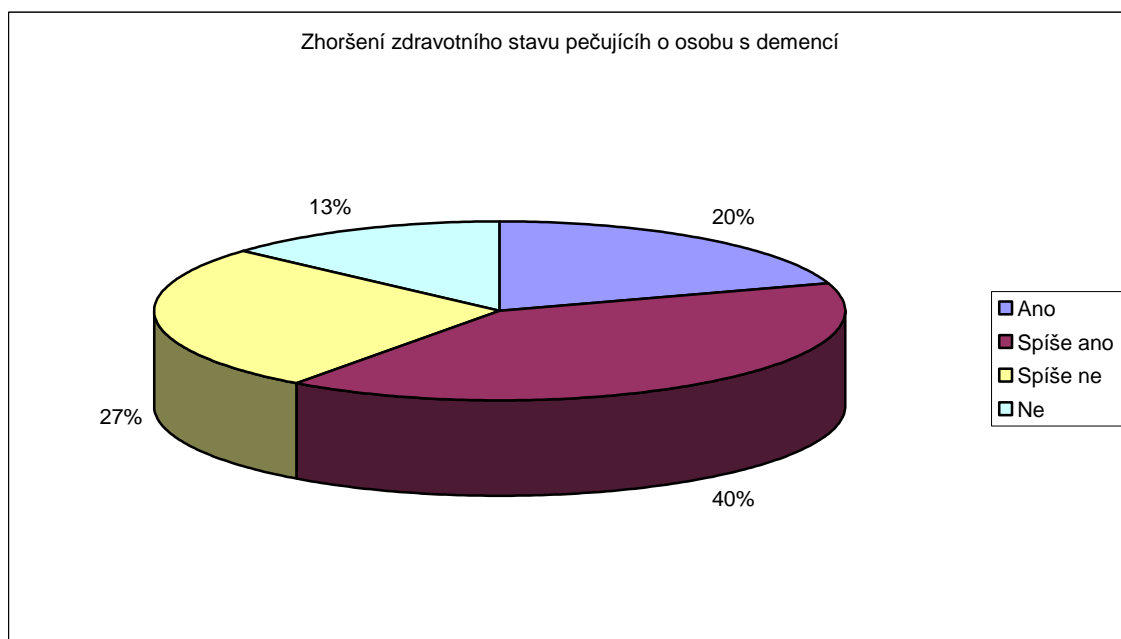


Zdroj: vlastní výzkum

Nejvíce respondentů pečuje o osoby chodící s dopomocí (40 %) – odpovědělo 6 respondentů, na druhém místě respondenti pečují o osoby chodící – odpovědělo (27 %) – 4 respondenti, nejméně respondentů poskytuje péči osobám ležícím, ale schopným sebeobsluhy (13 %) – odpověděli celkem 2 respondenti a ostatních (20 %) - 3 respondenti poskytují péči o osoby ležící, zcela nesoběstačné. Nikdo z respondentů nevedl možnou odpověď „jiné“.

(Otázka č. 9)

Graf 9: Pociťují pečující zhoršení zdravotního stavu v souvislosti o osobu s demencí? (v %)

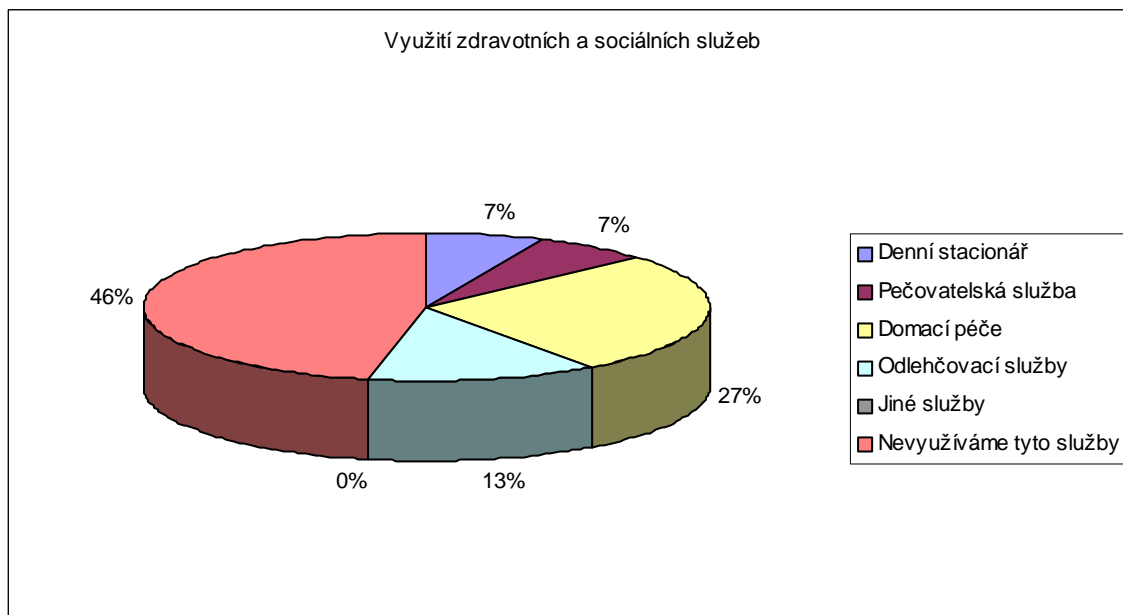


Zdroj: vlastní výzkum

Otázka byla rozdělena do 4 možných odpovědí: „ano“ – „spíše ano“ – „spíše ne“ – „ne“. Nejvíce respondentů pociťuje zhoršení svého zdravotního stavu v souvislosti s péčí. Převažovali odpovědi SPÍŠE ANO (40 %) a ANO (20 %) – celkem odpovědělo 9 respondentů. Zbýlých (40 %) celkem 6 respondentů nepociťuje zhoršení svého zdravotního stavu.

(Otázka č. 10)

Graf 10: Využívání zdravotních a sociálních služeb (v %)

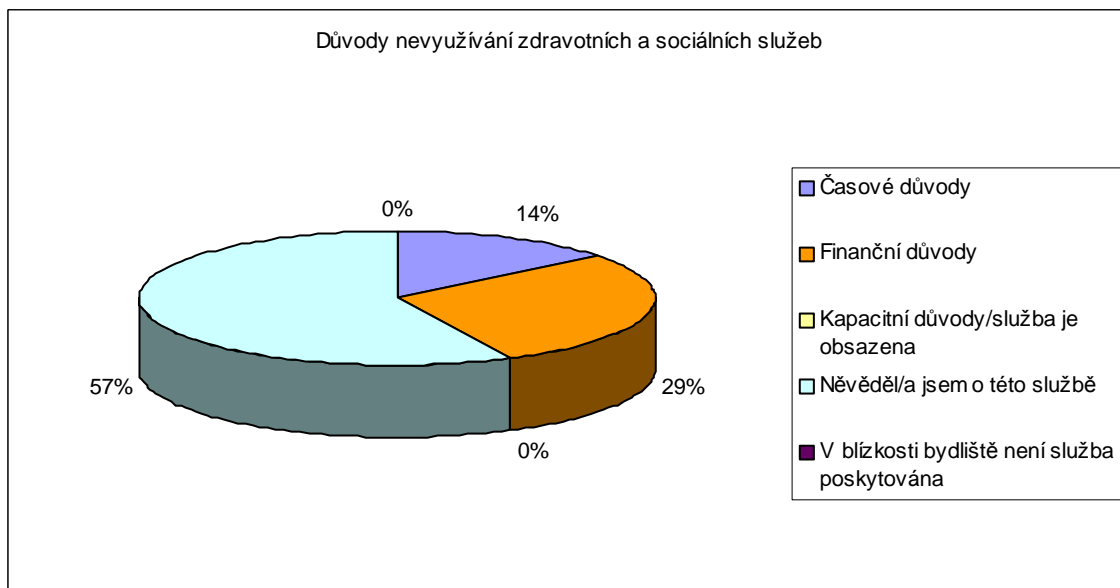


Zdroj: vlastní výzkum

Z výzkumu bylo zjištěno, že (54 %) – 8 respondentů využívá těchto služeb a zbývajících (46 %) – 7 respondentů odpovědělo, že žádné služby nevyužívá. Nejvíce respondentů využívá služeb domácí péče (27 %) – 4 respondenti, odlehčovací služby využívá (13 %) – odpověděli 2 respondenti, denní stacionář a pečovatelskou službu využívá celkem (14 %) – 2 respondenti. Zbýlých (46 %) – 7 respondentů žádné zdravotní a sociální služby nevyužívají a možnost odpovědi „jiné služby“, žádný z respondentů nevedl.

(Otázka č. 11)

Graf 11: Důvody nevyužívání zdravotních a sociálních služeb (v %)

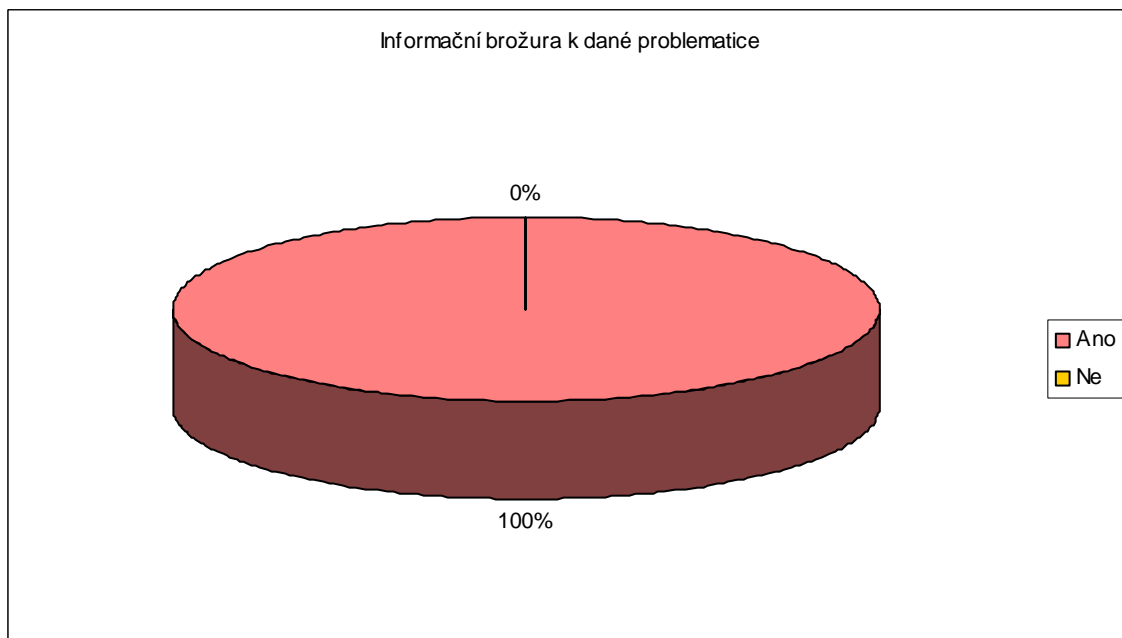


Zdroj: vlastní výzkum

Celkem odpovídalo 7 respondentů na důvody, proč nevyužívají zdravotní a sociální služby. Nejvíce respondentů uvedlo jako důvod, že o službě nevěděli (57 %) – 4 respondenti, finanční důvody uvedlo (29 %) – 2 respondenti a časové důvody (14 %) – 1 respondent. Kapacitní důvody a důvod, že poskytovaná služba není v blízkosti příjemce péče nebyla žádným respondentem zodpovězena.

(Otázka č. 12)

Graf 12: Informační brožura k dané problematice (v %)



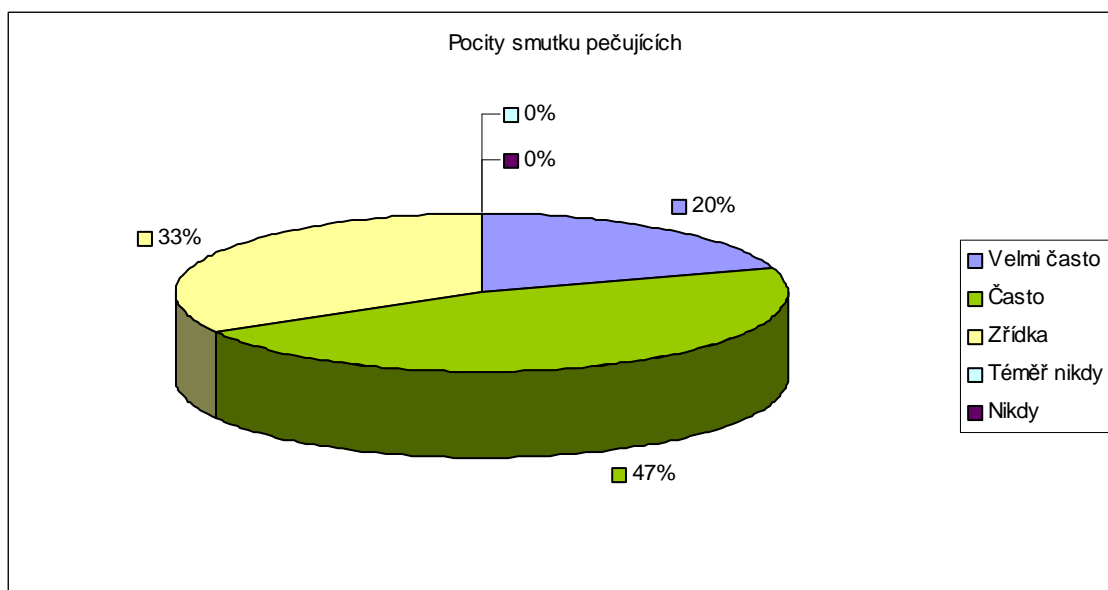
Zdroj: vlastní výzkum

Respondenti odpovídali na otázku „zda by uvítali informační brožuru, týkající se problematiky změn chování u demence“. Všechny 15 respondentů (100 %) odpovědělo „ANO“, a tuto brožuru by uvítali.

U otázek č. 13 až č. 29 vybírali respondenti jednu z 5-ti možných odpovědí („velmi často“ – „často“ – „zřídka“ – „téměř nikdy“ – „nikdy“).

(Otázka č. 13)

Graf 13: Pocity smutku pečujících (v %)

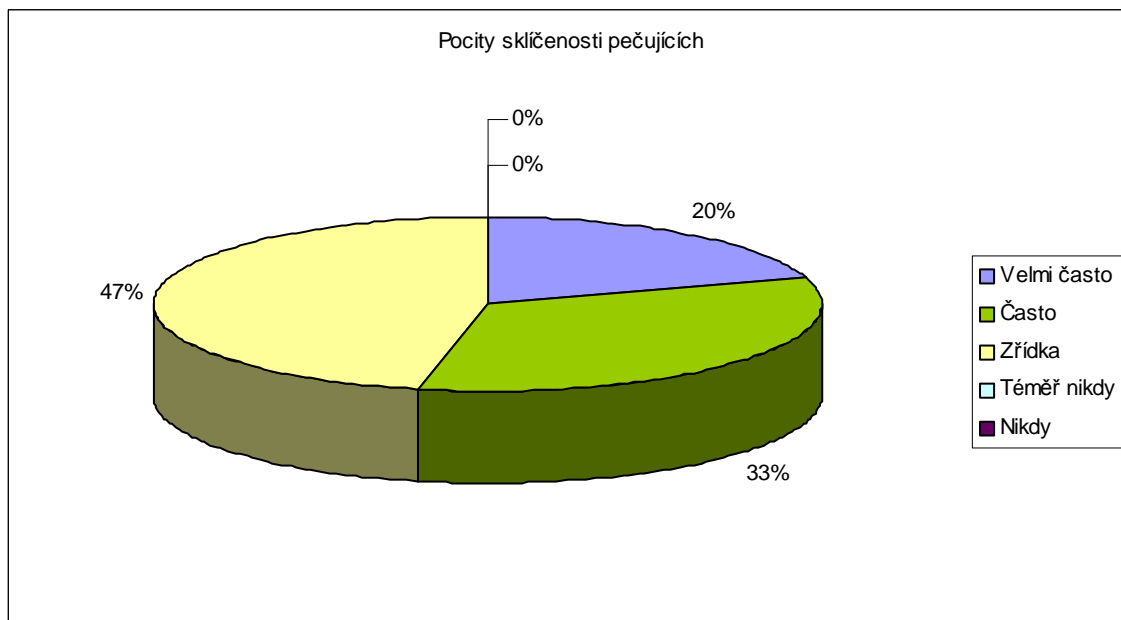


Zdroj: vlastní výzkum

Smutek pociťuje nejvíce respondentů – celkem odpovědělo (67 %) – 10 respondentů, z toho (47 %) – 7 respondentů pociťuje smutek „často“ a (20 %) – 3 respondenti pociťují smutek „velmi často“. Zbýlých (33 %) – 5 respondentů pociťuje smutek „zřídka“. Nikdo z respondentů nevedl možnou odpověď „téměř nikdy“ a „nikdy“.

(Otázka č. 14)

Graf 14: Pocity sklíčenosti pečujících (v %)

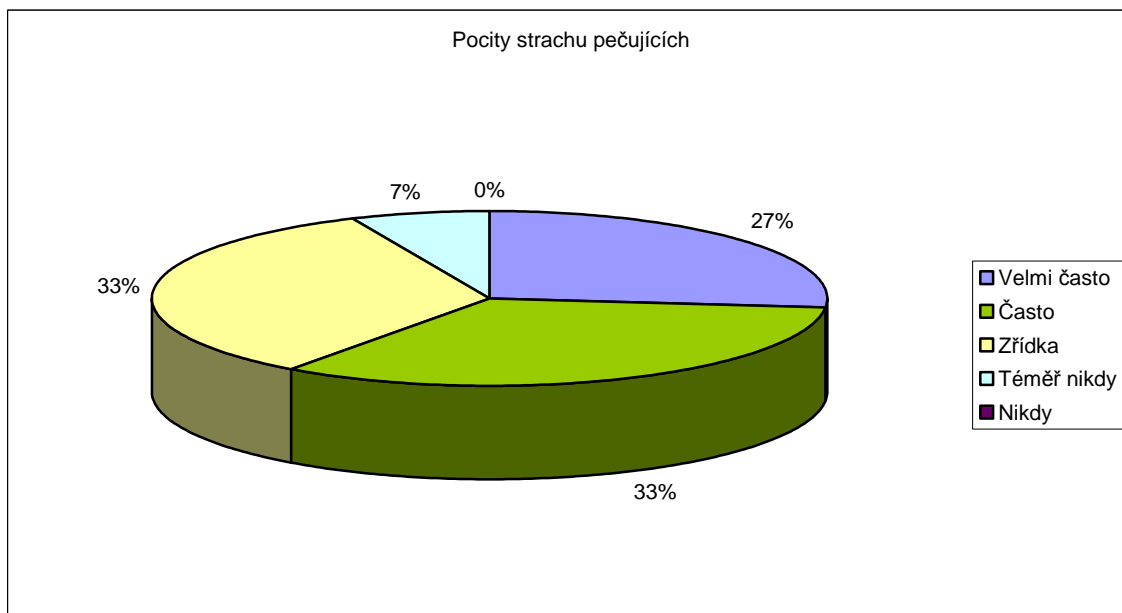


Zdroj: vlastní výzkum

Pocity sklíčenosti pociťuje „velmi často“ a „často“ celkem (53%) – 8 respondentů, z toho „velmi často“ – odpověděli 3 respondenti a „často“ – odpovědělo – 5 respondentů, dalších (47 %) odpovědělo „zřídka“. Nikdo z respondentů neuvedl možnou odpověď „téměř nikdy“ a „nikdy“.

(Otázka č. 15)

Graf 15: Pocity strachu pečujících (v %)

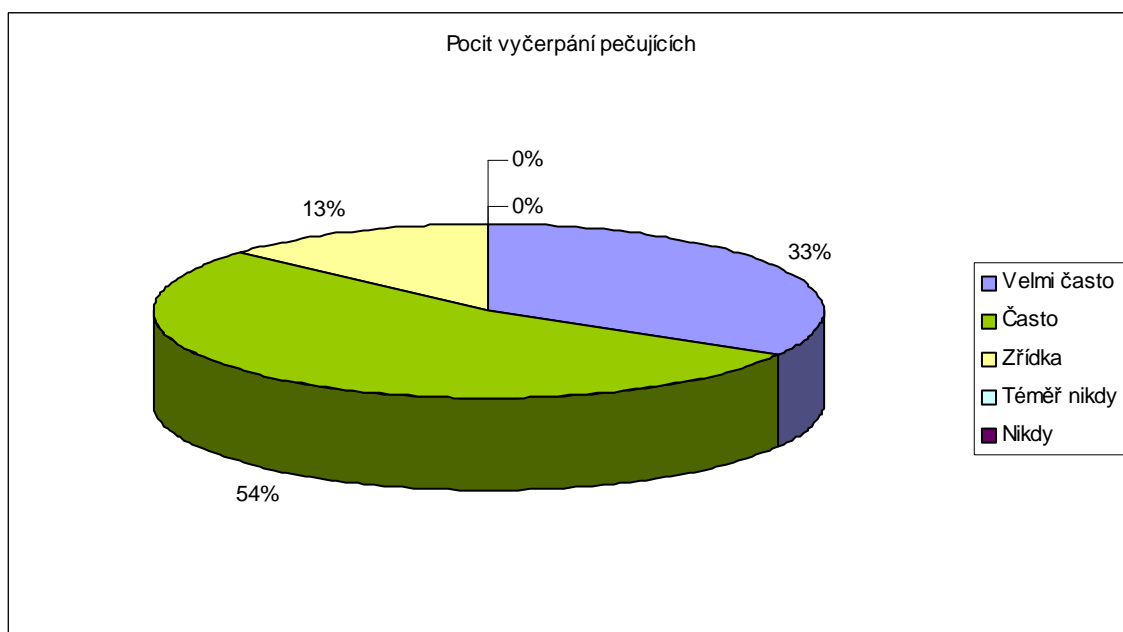


Zdroj: vlastní výzkum

V souvislosti s poskytováním péče pociťuje strach celkem (60 %) – 9 respondentů, z toho (27 %) – 4 respondenti pociťují strach „velmi často“, (33%) – 5 respondentů odpověděli „často“, dalších (33 %) – 5 respondentů pociťuje strach „zřídka“. Nikdo z respondentů nevedl možnou odpověď „téměř nikdy“ nebo „nikdy“.

(Otázka č. 16)

Graf 16: Pocit vyčerpání pečujících (v %)

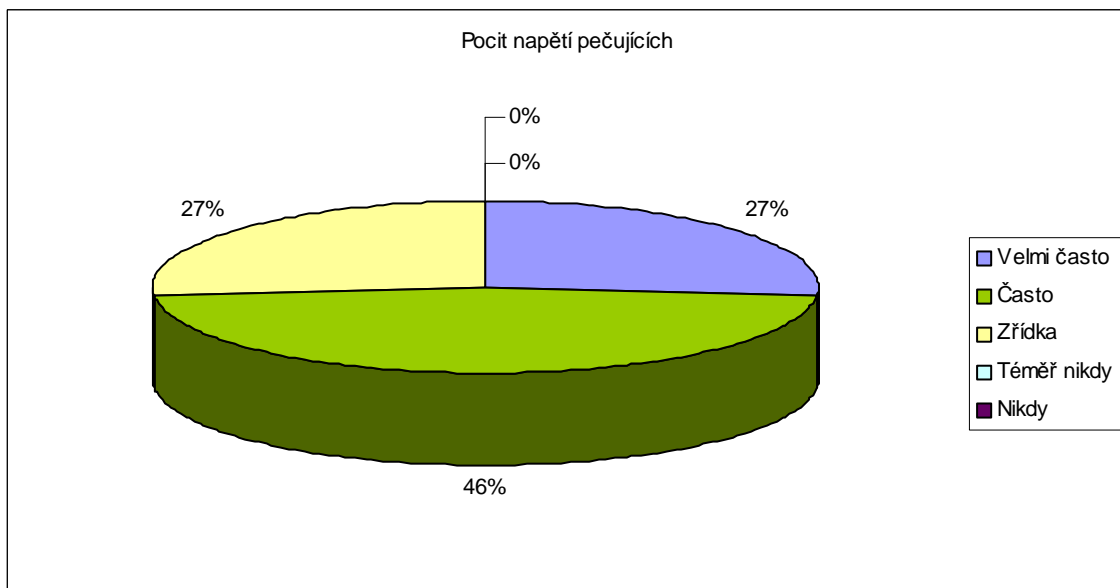


Zdroj: vlastní výzkum

Pocit vyčerpání v souvislosti s poskytováním péče uvádí nejvíce respondentů - celkem (87 %) – 13 respondentů, z toho „velmi často“ (33 %) – 5 respondentů a „často“ (54 %) – 8 respondentů, zbylých (13 %) – 2 respondenti pocítují vyčerpání „zřídka“. Nikdo z respondentů neuvedl možnou odpověď „téměř nikdy“ nebo „nikdy“.

(Otázka č. 17)

Graf 17: Pocit napětí pečujících (v %)

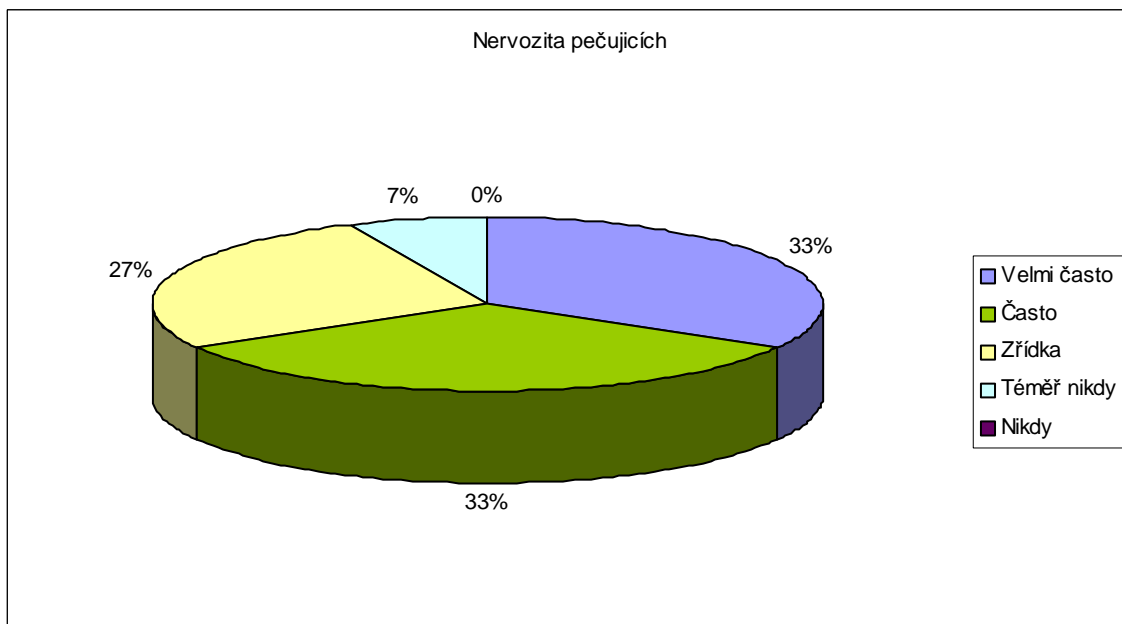


Zdroj: vlastní výzkum

V souvislosti s poskytováním péče pociťuje napětí „velmi často“ a „často“ – celkem (73 %) – 11 respondentů z toho „velmi často“ (27 %) – 4 respondenti a „často“ (46 %) – 7 respondentů, zbylých (27 %) – odpovědělo „zřídka“. Nikdo z respondentů neuvedl možnou odpověď „téměř nikdy“ nebo „nikdy“.

(Otázka č. 18)

Graf 18: Nervozita pečujících (v %)

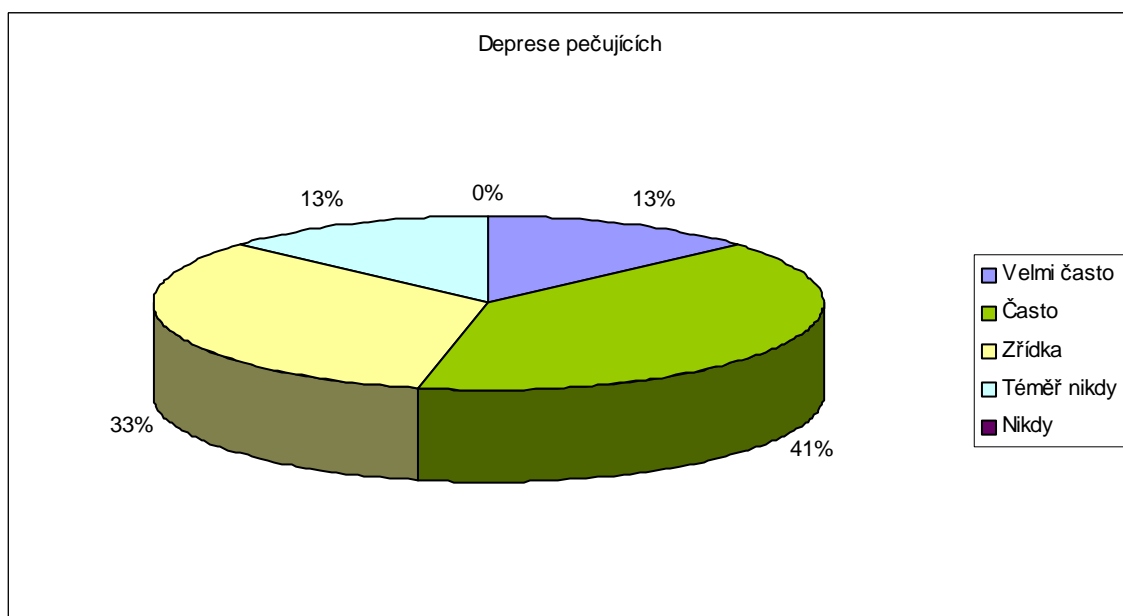


Zdroj: vlastní výzkum

V souvislosti s poskytováním péče pociťuje nervozitu „velmi často“ a „často“ celkem (66 %) – 10 respondentů, stejné zastoupení (33 %) – 5 respondentů odpovědělo jak „velmi často“ tak i „často“, nejméně (7 %) – 1 respondent pociťuje nervozitu a zbylých (27 %) – 4 respondenti uvedli „zřídka“. Nikdo z respondentů neuvedl možnou odpověď „nikdy“.

(Otázka č. 19)

Graf 19: Deprese pečujících (v %)

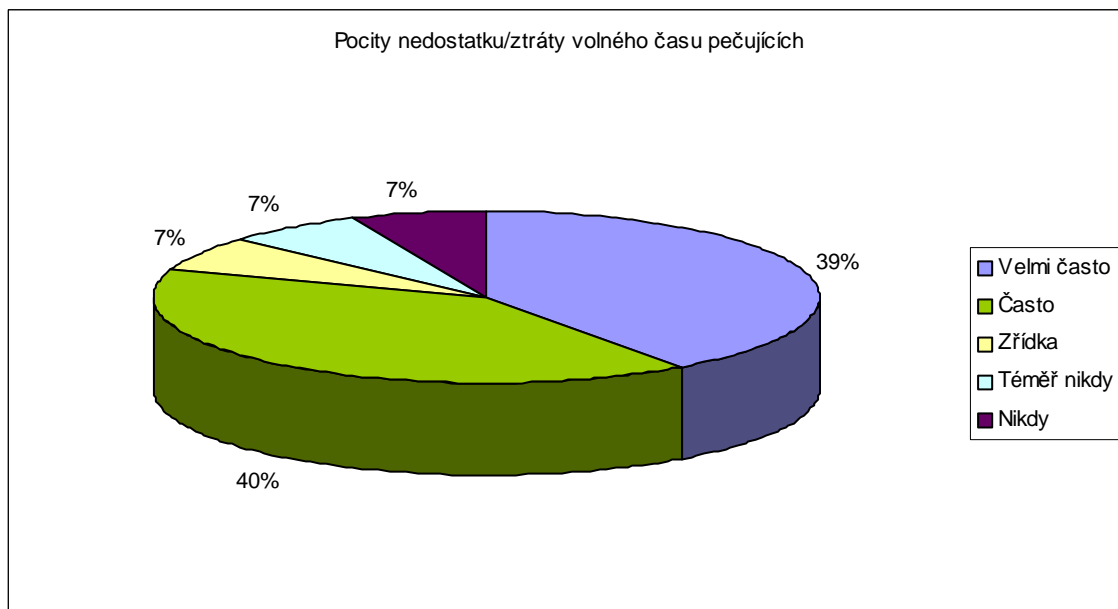


Zdroj: vlastní výzkum

Deprese pociťuje v souvislosti s péčí celkem (54 %) – 8 respondentů, z toho „velmi často“ (13 %) – 2 respondenti a „často“ (41 %) – 6 respondentů. (33 %) – 5 respondentů odpovědělo „zřídka“ a zbylých (13 %) – 2 respondenti odpověděli „téměř nikdy“. Nikdo z respondentů nevedl možnou odpověď „nikdy“.

(Otázka č. 20)

Graf 20: Pocity nedostatku/ztráty volného času pečujících (v %)

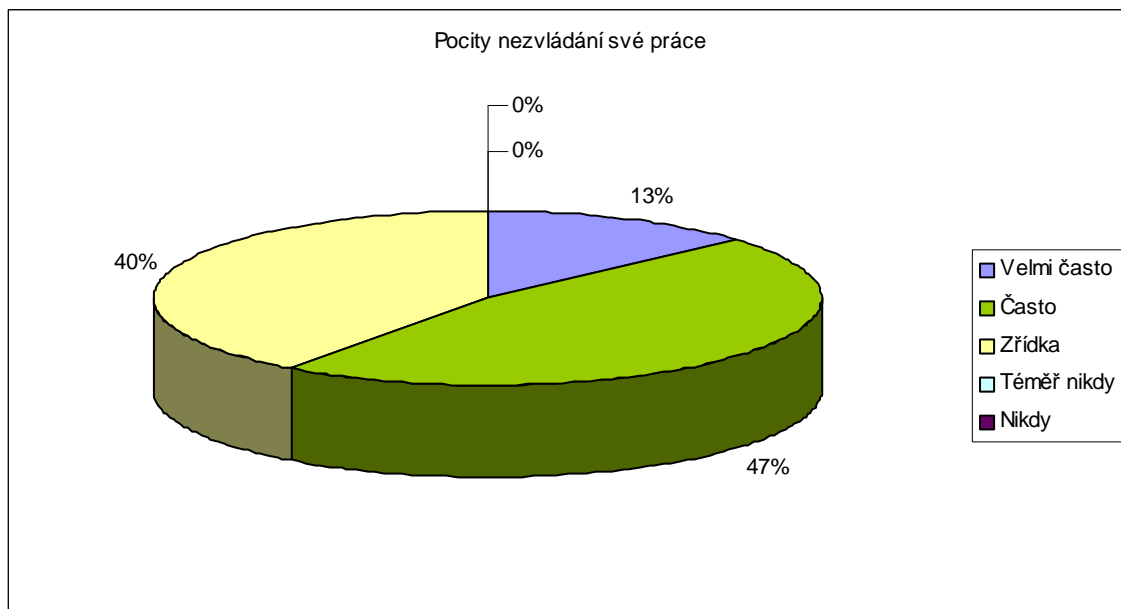


Zdroj: vlastní výzkum

Ztrátu volného času pociťuje „velmi často“ a „často“ celkem (79 %) – 12 respondentů. Z toho „velmi často“ (39 %) – 6 respondentů a „často“ (40 %) – 6 respondentů. Stejně % zastoupení měly odpovědi „zřídka“, „téměř nikdy“ a „nikdy“ (7 %) – 1 respondent.

(Otázka č. 21)

Graf 21: Pocity nezvládnání své práce (v %)

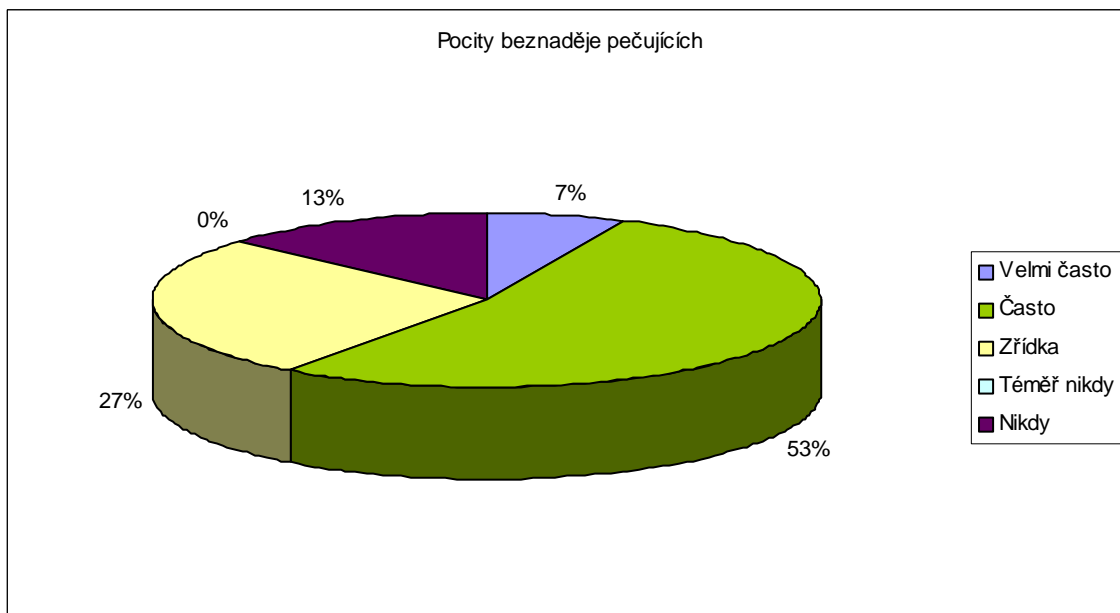


Zdroj: vlastní výzkum

Nezvládnání své práce v souvislosti s poskytováním péče pociťuje „velmi často“ a „často“ celkem (60 %) – 9 respondentů, z toho (13 %) – 2 respondenti a (47 %) – 7 respondentů, zbylých (40 %) – 6 respondentů odpovědělo „zřídka“. Nikdo z respondentů nevedl možnou odpověď „téměř nikdy“ nebo „nikdy“.

(Otázka č. 22)

Graf 22: Pocity beznaděje pečujících (v %)

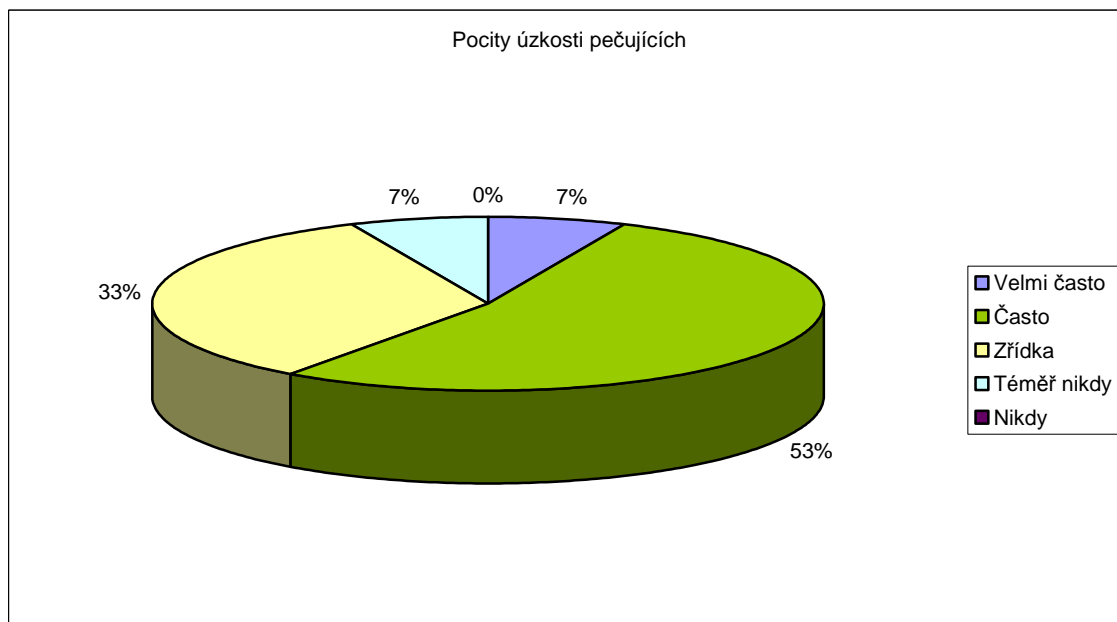


Zdroj: vlastní výzkum

Beznaděj pociťuje v souvislosti s poskytováním péče „velmi často“ a „často“ celkem (60 %) – 9 respondentů, z toho „velmi často (7 %) – 1 respondent a „často“ (53 %) – 8 respondentů, „zřídka“ uvedlo (27 %) – 4 respondenti, zbylých (13 %) – 2 respondenti. Nikdo z respondentů nevedl možnou odpověď „téměř nikdy“.

(Otázka č. 23)

Graf 23: Pocity úzkosti pečujících (v %)

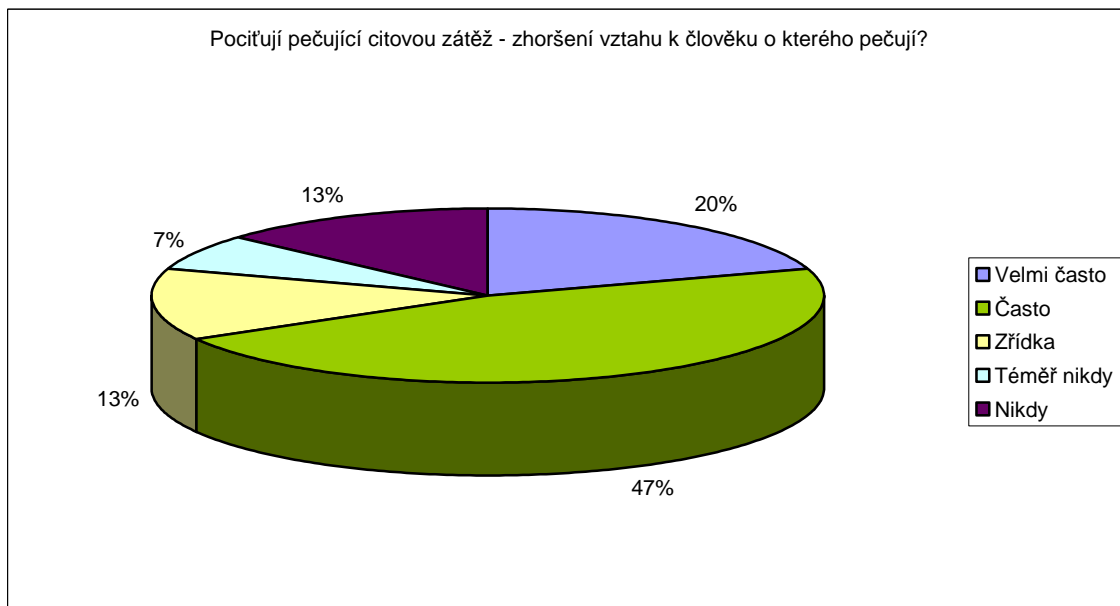


Zdroj: vlastní výzkum

Pocity úzkosti v souvislosti s poskytováním péče uvedlo „velmi často“ a „často“ celkem (60 %) – 9 respondentů, z toho „velmi často“ (7 %) – 1 respondent a „často“ (53 %) – 8 respondentů. Stejně % zastoupení měla odpověď „zřídka“ a „téměř nikdy“ (7 %) – 1 respondent. Nikdo z respondentů nevedl možnou odpověď „nikdy“.

(Otázka č. 24)

Graf 24: Pociťují pečující citovou zátěž v souvislosti s péčí o osobu postiženou demencí? (v %)

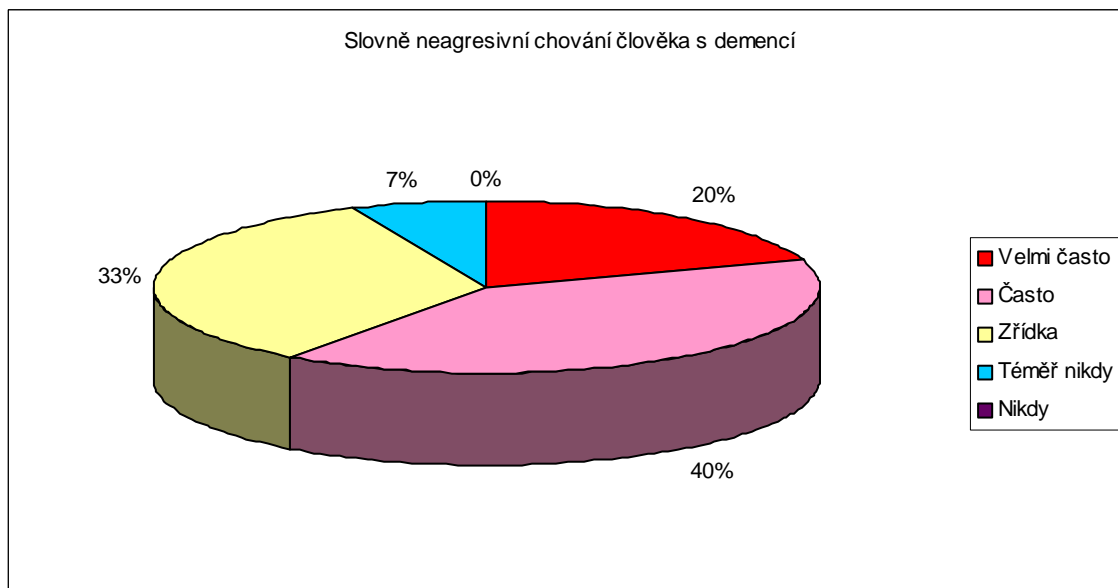


Zdroj: vlastní výzkum

V souvislosti s poskytováním péče nejvíce pečovatelů vnímá zhoršení vztahu k člověku o kterého pečují celkem v (67 %) – 10 respondentů odpovědělo „velmi často“ a „často“. Z toho „velmi často“ (20 %) – 3 respondenti a „často (47 %) – 7 respondentů. (13 %) – 2 respondenti uvedli odpověď „zřídka“ a dalších (13 %) – 2 respondenti uvedli odpověď „nikdy“. Zbýlých (7 %) – 1 respondent uvedl „téměř nikdy“.

(Otázka č. 25)

Graf 25: Slovně neagresivní chování (v %)

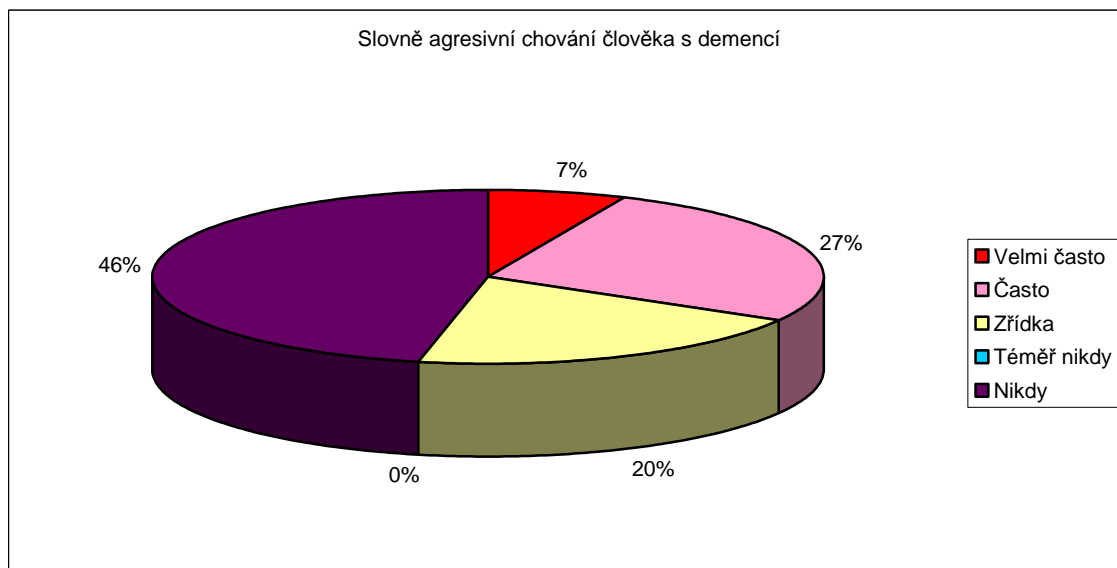


Zdroj: vlastní výzkum

Se slovně neagresivním chováním u syndromu demence se setkala „velmi často“ a „často“ celkem (60 %) – 9 respondentů, z toho „velmi často“ (20 %) – odpověděli 3 respondenti a „často“ (40 %) – odpovědělo 6 respondentů. (33 %) – 5 respondentů uvedlo odpověď „zřídka“ a (7 %) – 1 respondent odpověděl „téměř nikdy“. Nikdo z respondentů nevedl možnou odpověď „nikdy“.

(Otázka č. 26)

Graf 26: Slovně agresivní chování (v %)

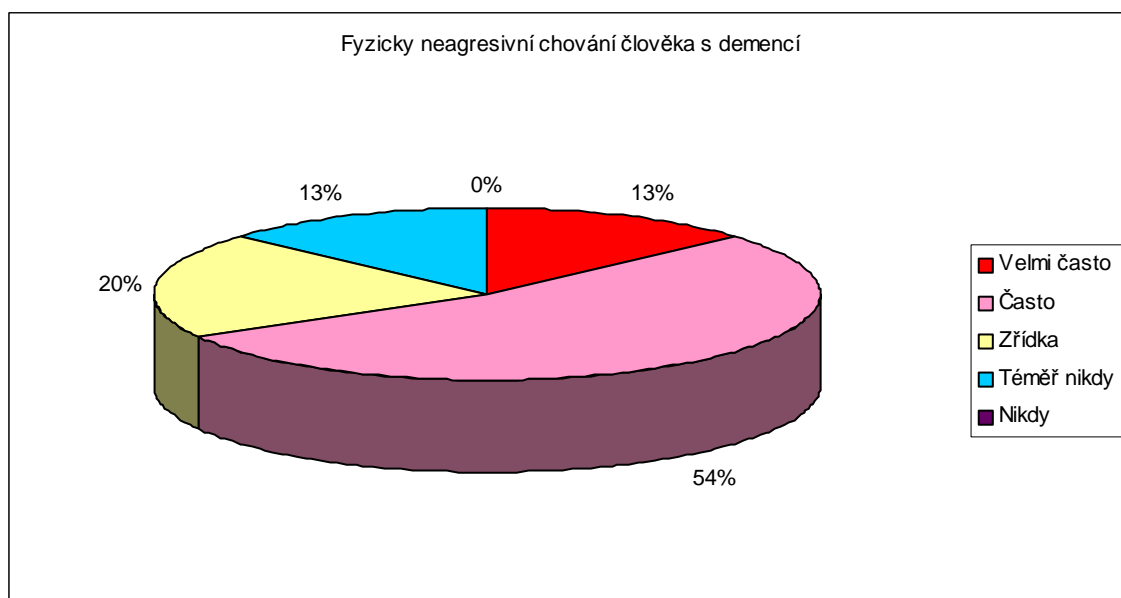


Zdroj: vlastní výzkum

Se slovně agresivním chováním u syndromu demence se setkalo celkem „velmi často a „často“ celkem (34 %) – 5 respondentů, z toho „velmi často (7 %) – 1 respondent a „často“ (27 %) – 4 respondenti. „Zřídka“ (20 %) – 3 respondenti. Nejvyšší počet (46 %) – 7 respondentů uvedlo, že se nesetkalo „nikdy“ s tímto typem chování. Nikdo z respondentů neuvedl možnou odpověď „téměř nikdy“.

(Otázka č. 27)

Graf 27: Fyzicky neagresivní chování (v %)

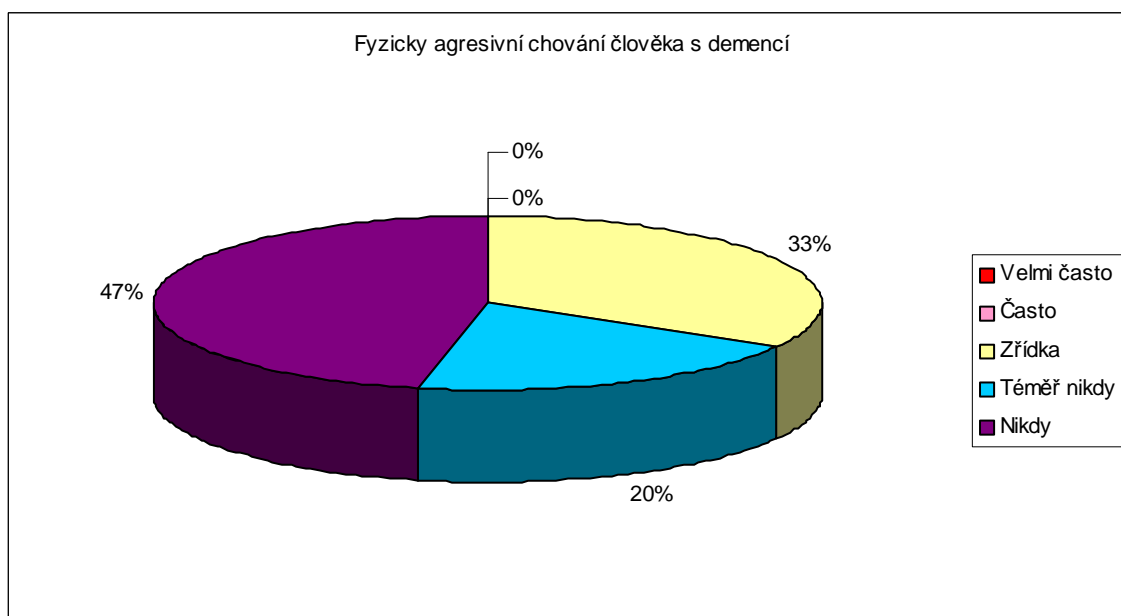


Zdroj: vlastní výzkum

S fyzicky neagresivním chováním u syndromu demence se setkala celkem „velmi často“ a „často“ (67 %) – 10 respondentů, z toho „velmi často“ (13 %) – 2 respondenti a „často“ (54 %) – 8 respondentů. „Zřídka“ uvádí (20 %) – 3 respondenti a „téměř nikdy“ (13 %) uvádí 2 respondenti. Nikdo z respondentů neuvedl možnou odpověď „nikdy“.

(Otázka č. 28)

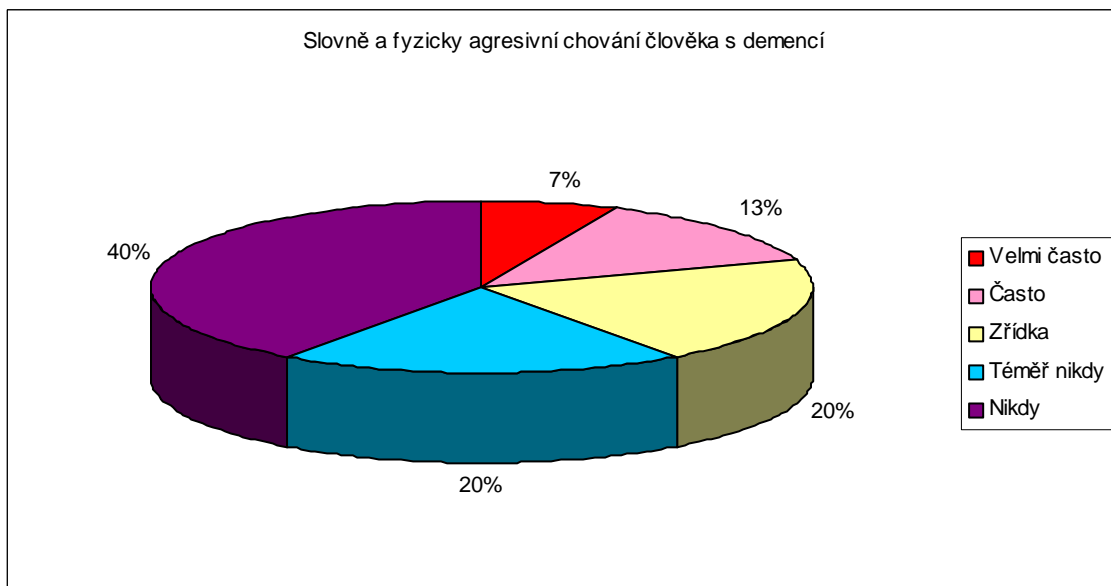
Graf 28: Fyzicky agresivní chování (v %)



S fyzicky agresivním chováním u syndromu demence se „nikdy“ nesetkalo (47 %) – 7 respondentů, dalších (33 %) – 5 respondentů odpovědělo „zřídka“ a zbylých (20 %) – 3 respondenti uvedli odpověď „téměř nikdy“. Nikdo z respondentů neuvedl možnou odpověď „velmi často“ nebo „často“.

(Otázka č. 29)

Graf 29: Slovně a fyzicky agresivní chování (v %)



Zdroj: vlastní výzkum

Se slovně a fyzicky agresivním chováním u syndromu demence se setkalo celkem „velmi často“ a „často“ (20 %) – 3 respondenti, z toho „velmi často“ (7 %) – 1 respondent a „často“ (13 %) – 2 respondenti, (20 %) – 3 respondenti uvedli „zřídka“, stejně tak (20 %) – 3 respondenti uvedli, že „téměř nikdy“ a nejvíce respondentů odpovědělo „nikdy“ (40 %) – 6 respondentů.

5. DISKUSE

Výsledky dotazníku prokázaly, že psychická zátěž rodinných pečujících starajících se o postižené s demencí se změnami chování, převážně agresivity je aktuálním tématem.

Jak jsem zjistila ve výzkumu: agresivita je nepříjemnou komplikací syndromu demence a v každém případě představuje značnou zátěž pro pečující a je jedním z nejobtížnějších úkolů v péči. Tato péče sebou přináší problémy, které značně ovlivňují vztahy postiženého k rodině i přátelům a naopak.

Konkrétní výzkumné šetření na tuto zátěž pečujících bylo podmíněno zkušeností těchto oslovených respondentů, kteří byli vyčerpaní nebo nadměrnou psychickou zátěž vnímali „velmi intenzivně“.

Mohu říci, že péče o člověka s demencí v domácím prostředí je velice náročný a zodpovědný závazek, který má nepříznivé psychické, fyzické a sociální důsledky.

Před vlastním výzkumem jsem se zamýšlela nad tím co vlastně pečující vede k tomu, že přijmou takovou odpovědnost „břemeno“, která rodinu dostává často až do neřešitelné situace. Podle různých studií se prakticky respektuje *tradiční pohled na rodinu*. Jak definuje C. Levine (1991) „Členové rodiny jsou jedinci, kteří narozením, adoptí, sňatkem nebo vyhlášením společenství sdílejí hluboké, osobní vztahy a jsou vzájemně oprávněni přijímat a zavázání poskytovat podporu nejrůznějšího druhu v nejrůznější možné šíři (zvláště v době potřeby podpory)“. S tímto plně souhlasím, nemoc totiž přináší změnu dosavadní rodinné struktury, ale měli bychom si také uvědomit, že „rodina“ pro pečujícího představuje, tak silně semknuté pouto a tradiční jednotku, že není téměř možné uvažovat o péči jako problému nebo „břemenu“, ale je brána jako normální přirozená věc a je součástí našeho života, i když v mnoha ohledech nás může omezovat.

První okruh otázek byl zaměřen na kontaktní informace charakterizující identifikaci výzkumného souboru.

První ze souboru otázek se týkala věkového zařazení. Z výsledků výzkumu vyplynulo, že nejvíce respondentů pečuje o své blízké ve věkové kategorii **46 – 55 let (33 %)**, ale i vysoké zastoupení bylo ve věkové kategorii **56 – 65 let (27 %)**.

Podobné údaje publikovala Tošnerová (2001) ve „Výzkumu zátěže pečovatelů v ČR v letech 1998 – 1999.“ Zpracovaného na základě projektu „Reflexe laických pečovatelů v ČR na konci tisíciletí“, realizovaného za podpory MZ ČR v rámci Národního plánu vyrovnání – NPV C/73). Výzkum ukázal nejčastější věk pečujících **46 – 60 let (51 %)** (34).

Druhá ze souboru otázek se týkala pohlaví respondentů. Nejvíce respondentů převládá z řad **žen celkem (73 %)**.

Totéž podobné údaje uvádí Tošnerová (2001), kde výzkum ukázal také, že nejvíce pečují ženy a to v **80,6 %** (34).

Nová studie Národní asociace rodinných pečovatelů z roku 2000 ukazuje, že poměr **muž/žena pečovatel se výrazně změnil**. Pečovatelství se považovalo za ženskou záležitost na základě dat, která udávala, že 75 % „rodinné“ péče uskutečňovaly ženy. Nová studie ukazuje jiné rozdělení a to **56 % žen a 44 % mužů se věnuje pečovatelsví** (34).

Třetí ze souboru otázek se týkala rodinných vztahů. Nejvíce respondentů je ve vztahu k příjemci péče - **dcera/syn (47 %)**.

Také podobné výsledky uvádí Tošnerové (2001), nejvíce respondentů je ve vztahu k příjemci péče – **dcera (32,8 %)** (34).

Čtvrtá ze souboru otázek se týkala věkem příjemce péče o něhož je pečováno. Nejvíce respondentů pečuje o osoby v rozmezí **61 – 75 let (53 %)**.

Tošnerová (2001) ve výzkumu uvádí, že nejčastěji je pečováno o osoby ve věku 81 let a více (51,8 %) a dále pak o osoby ve věku **66 – 80 let (33,9 %)** (34).

Pátá ze souboru otázek se týkala délky poskytované péče. Nejvyšší % zastoupení poskytované péče bylo v časovém rozmezí **1 až 3 roky (60 %)**. Zato nejméně pečují o osoby v rozmezí 9 a více let.

Šestá ze souboru otázek se týkala pomoci ostatních členů rodiny. Jako „dobrou“ spolupráci ohodnotilo (47 %) respondentů a „velmi dobrou“ spolupráci ohodnotilo (20 %) respondentů.

Tošnerová (2001) - nejčastěji v péči o svěřenu osobu pomáhá rodinný příslušník v **(45, 8 %)** (34).

Sedmá ze souboru otázek byla zaměřena na denní limit poskytované péče. Nejvíce respondentů poskytovalo péči v rozsahu **3 až 5 hodin/denně (60 %)**.

Tošnerová (2001) naopak uvádí, že osoba o níž je pečováno potřebuje soustavnou a pravidelnou péči téměř **24 hodin denně** (34).

Osmá ze souboru otázek se týkala celkového zdravotního stavu a soběstačnosti příjemce péče. Nejvíce pečuje o osoby „chodící s dopomocí“ věnuje **(40 %)** respondentů a u ležících schopných sebeobsluhy pečuje **(13 %)** respondentů.

Tošnerová (2001) z výzkumu udává, že nejvíce respondentů pečuje o osoby, které jsou schopny se alespoň částečně obsloužit při denních aktivitách jako je toaleta, mytí, oblékání – odpovědělo **(51,2 %)** respondentů a **(34,7 %)** respondentů pečuje o osoby, kteří nejsou schopny se sami obsloužit, ale spolupracují.

Bylo zjištěno, že celkový zdravotní stav a soběstačnost jsou závislé na době poskytované péče. Pokud se jedná o člověka zcela chodícího nebo chodícího s dopomocí, není pečovatel vázán takovým časovým limitem, jako u člověka, který je

upoutaný na lůžko a je zcela nesoběstačný. Tam už třeba pravidelné a soustavné péče téměř 24 hodin denně jak uvádí Tošnerová (34).

Devátá ze souboru otázek se týkala zhoršení zdravotního stavu pečovatele v souvislosti s poskytováním péče. Nejvíce převažovali odpovědi „ano“ a „spíše ano“, kde odpovědělo (**60 %**) respondentů.

Řada manželů či manželek nebo příbuzných se rozhodne zajišťovat péči v domácím prostředí. Tyto pečovatele můžeme nazvat jako „druhé oběti“. V důsledku obrovské zodpovědnosti se tito pečovatelé dostávají do izolace od přátel a sociálních kontaktů, což může negativně ovlivnit jejich celkové zdraví. Řada studií popsala tělesné a duševní zdravotní problémy spojené s dlouhodobou péčí o blízkou osobu, včetně únavy, narušené imunity a zvýšeného rizika deprese.

Desátá ze souboru otázek v dotazníkovém šetření, zjišťuje zda pečující využívají sociální a zdravotní služby. Z výsledku šetření bylo zjištěno, že (**54 %**) těchto *služeb využívá*. Překvapujícím zjištěním bylo, že (**47 %**) respondentů vůbec žádné *služby nevyužívá*.

Na to navazuje jedenáctá ze souboru otázek – „Pokud nevyužíváte těchto služeb, jaké Vás k tomu vedou důvody“? Nejvíce respondentů (**57 %**) uvedlo jako důvod, že nevěděli vůbec o této službě.

Domnívala jsem se, že většina pečujících má povědomí o poskytovaných službách. Překvapením bylo, že tyto informace neměli.

Jako další důvod (**29 %**) respondentů uvedlo finanční důvody s tím, že jejich finanční rozpočet je omezen a tyto služby, které sami nemohou poskytovat, tím pádem se musí rozhodovat, jak a kde bude služba zajištěna a hrazena.

Dvanáctá ze souboru otázek byla zaměřena zda by pečující uvítali informační brožuru. Všech 15 respondentů (**100 %**) by uvítalo informační brožuru k dané problematice.

Z tohoto šetření jsem zjistila, že nezáleží ani tak, zda jsou respondenti dobře nebo jen částečně či vůbec informováni o této problematice, ale že chybí – jednoduchý popis či návod jak pečovat o tyto nemocné, jaké jednoduché rady a návody získat a zúročit je.

Druhý okruh otázek byl zaměřen na prožívání v souvislosti s poskytováním péče.

U otázek č. 13 až č. 24 vybírali respondenti jednu z 5-ti možných odpovědí („velmi často“ – „často“ – „zřídka“ – „téměř nikdy“ – „nikdy“).

Z výsledků šetření bylo zjištěno že většina dotazovaných vybrala odpověď „velmi často“ a „často“ tedy zhruba (**65 %**) **respondentů** prožívá „negativní emoce“.

Z výzkumu je zřejmé, že péče o člověka se syndromem demence vede pečující k velké psychické zátěži. K tomu vede převážně závislost, odpovědnost, strach z budoucnosti, strach z nedostatku volného času, strach ze ztráty sociálních vztahů a aktivit, příjmu, finanční jistoty, soukromí, kontroly a nezávislosti, to vše přináší do života pečujících mnoho negativních emocí.

Tošnerová (2001) definuje zátěž takto: *Ačkoliv role pečovatele přináší též pozitivní aspekty, studie se zabývá především termíny „břemeno“, „zátěž“ a jejich vlivem na zkušenost pečovatele. Pocity sociální izolace a vyčerpanosti jsou u pečovatelů o lidi s demencí obvyklé. Prožívají progresi demence a vzrůstající závislost na příbuzných a z toho se odvíjí negativní vlivy na kvalitu vztahů. Faktory vyčerpanosti, „chycení se do pasti“ či „ztráty“ jsou často dominantní zkušeností pečovatelů. Proto je zde používáno slovo „zátěž“, při uznání jeho omezení tak, aby byl popsán celkový význam péče z hlediska jejich pozitivních i negativních stránek (34).*

Třetí okruh otázek byl zaměřen na formy nevhodného chování doprovázené agresivitou u osob se syndromem demence.

U otázky č. 26 až č. 29 vybírali respondenti jednu z 5-ti možných odpovědí („velmi často“ – „často“ – „zřídka“ – „téměř nikdy“ – „nikdy“).

Z výzkumného šetření bylo zjištěno, že nejvyšší počet nevhodného chování u osob s demencí se vyskytoval u „**fyzicky neagresivního chování**“, odpovědělo (70 %) respondentů. Druhý nejvyšší počet se vyskytoval u „**slovně neagresivního chování**“ kde odpovědělo celkem (60 %) respondentů.

Kdežto „**slovně agresivní chování**“, **fyzicky agresivní chování**“ a „**slovně a fyzicky agresivní chování**“ uvedlo zhruba (30 %) respondentů.

Je vhodné se zamyslet nad tím, co je na chování nemocného znepokojujícího a jestli je podstatnou měrou odlišné od jeho dřívějšího chování. Pokud ano – jak? Dále je třeba se zamyslet nad tím, kdy se objevuje problémové chování, koho se nepříznivě dotýká, které okolnosti k tomu chování vedou, zda jsou v rozporu s jeho vlastními hodnotami, zvyky, potřebami, vnitřním přesvědčením a jak jsou v rozporu. Čím lidé v jeho okolí k tomuto chování přispívají, jaké aspekty psychosomatického stavu mají vliv na jeho chování, jak přispívají věci v jeho okolí a v neposlední řadě jak nemocný sám prožívá tyto události (37).

Je třeba také upozornit na jednu zásadní věc, a sice, že agresivita pacientů s demencí se liší od agresivity zdravých lidí či lidí s jiným onemocněním. Agresivní chování je pro nemocného často jediným řešením dané situace, se kterou si neví rady. Obzvláště často je reakcí na neporozumění ze strany pečujícího, nebo dokonce chyby v péči. Někteří autoři jako např. L. Volicer, proto o agresivitě u demence nehovoří vůbec a uvádí, že se jedná o „resistiveness“ vyjádření nesouhlasu či odporu ze strany nemocného vůči péči (38). Tento aspekt je třeba mít na paměti, pokud se s agresivním chováním u pacientů s demencí setkáme.

Abychom pochopili prvky, které provokují agresivní chování, musíme analyzovat situace, ve kterých k agresivitě dochází. Je třeba se zamyslet nad situací a prostředím, ve kterých agresivní chování vzniklo. Důležité jsou proto tři okruhy otázek: okolnosti vzniku agresivního chování, typ agresivního chování a v neposlední řadě následky.

Na základě zjištěných skutečností byly potvrzeny či vyvráceny následující hypotézy:

Hypotéza č. 1: Intenzita prožívané emoční zátěže pečujícího je závislá na míře agresivního chování člověka s demencí.

Jak bylo předpokládáno výsledky výzkumného šetření první hypotézu potvrdily. U pečujících dochází k velké psychické zátěži, protože změny chování, převážně agresivita nemocného je zdrcujícím jevem pro pečujícího, který se o tohoto člověka obětavě stará. Z výzkumu také vyplynulo, že slovně neagresivní chování a fyzicky neagresivní chování, které se objevovalo nejvíce je pro většinu pečujících nejbolestivější psychologický aspekt agrese, i když fyzické napadení může být také v určitých případech velice závažné. Vysoké nároky související s agresivním chováním, které jsou kladené na pečovatele znamenají vyšší psychickou zátěž. Vyšší emocionální zátěž pak pečovatele může vést ve svém důsledku ke zhoršení vztahu mezi pečovatelem a nemocným. Agrese může pro pečujícího představovat takovou emocionální zátěž, se kterou se jen málo pečujících dokáže smířit.

Hypotéza č. 2: Intenzita prožívané emocionální zátěže pečujících o rodinného příslušníka s demencí je závislá na pomoci ostatních členů rodiny.

Tato hypotéza nebyla potvrzena. I když z šetření vyplynulo, že spolupráce s ostatními členy rodiny byla v 67 % celkově ohodnocena kladně, tak to nemělo téměř žádný vliv na intenzitu prožívaného emocionálního zatížení pečujících. Předpoklad byl,

že bude zřejmá emocionální zátěž u pečujících, tam kde pomoc ostatních členů rodiny není dobrá nebo selhala.

Hypotéza č. 3: Intenzita prožívané emocionální zátěže pečujících o rodinného příslušníka s demencí je závislá na institucionální podpoře.

Ani tato hypotéza nebyla potvrzena. Z výsledků šetření vyplývá sice, že 54 % respondentů využívá při péči o osobu blízkou institucionálních služeb, ale zhruba stejná polovina 46 % respondentů těchto služeb nevyužívá. Byl předpoklad, že tyto služby mohou pečujícím ulevit od emocionální zátěže, ale z výzkumu vyplynulo, že institucionální podpora nemá vliv na intenzitu prožívané emocionální zátěže pečujícího o rodinného příslušníka s demencí.

6. ZÁVĚR

Tato bakalářská práce byla zaměřena na intenzitu psychické zátěže laických rodinných pečovatelů starajících se o osoby se syndromem demence s projevy nevhodného chování včetně agresivity. Cílem práce bylo zjistit jak příbuzní osob s diagnózou demence prožívají péči o agresivního člena rodiny a jaký má péče dopad a vliv na jejich psychickou zátěž.

Konkrétní výzkumné šetření na tuto zátěž pečujících bylo podmíněno zkušeností těchto pečovatelů, kteří byli vyčerpaní nebo nadměrnou psychickou zátěží vnímali „velmi intenzivně“.

Výzkumný soubor tvořili vybraní respondenti, rodinní příslušníci pečující o svého blízkého se syndromem demence. Jednalo se o respondenty žijících na několika místech Jihočeského kraje, převážně v Českých Budějovicích, Hluboké nad Vltavou a okolí.

Pro účely výzkumu bylo osloveno celkem 15 respondentů, prostřednictvím kontaktů ambulantních praktických lékařů v Č.B. a Poradny pro poruchy paměti v Hluboké nad Vltavou, kteří zprostředkovali kontakt mezi mnou a respondenty. Pro získání potřebných dat byla použita metoda anonymního dotazníku. Výzkum proběhl na základě osobního kontaktu.

Na základě zjištěných skutečností byly potvrzeny či vyvráceny následující hypotézy:

H1: Intenzita prožívané emociální zátěže pečujícího je závislá na míře agresivního chování člověka s demencí.

H2: Intenzita prožívané emocionální zátěže pečujících o rodinného příslušníka s demencí je závislá na pomoci ostatních členů rodiny.

H3: Intenzita prožívané emocionální zátěže pečujících o rodinného příslušníka s demencí je závislá na institucionální podpoře.

Z výzkumu bylo zjištěno, že vysoká intenzita psychické zátěže pečovatelů je závislá na péči o člověka s demencí se změnami chování, převážně agresivity. Tím byla 1. hypotéza potvrzena. Z výzkumného šetření dále vyplynulo, že i když spolupráce s ostatními členy rodiny podílejícími se na péči o člověka postiženého demencí byla vyhodnocena téměř kladně, tak to nemělo žádný vliv na intenzitu prožívaného emocionálního zatížení pečujících, tudíž 2. hypotéza nebyla potvrzena. 3. hypotéza nebyla také potvrzena. Z výzkumu sice vyplynulo, že zhruba polovina respondentů využívá institucionálních služeb, které mohou pečujícím ulevit a tím pádem byl předpoklad, že tito respondenti nebudou prožívat takové psychické zatížení jako ti respondenti, kteří v dotazníku uvedli, že tyto služby vůbec nevyužívají. Z výsledků vyplynulo, že institucionální podpora nemá vliv na intenzitu prožívané emocionální zátěže pečujících o rodinného příslušníka s demencí.

Závěrem lze říci, že pro rodinné pečovatele je velmi obtížné se smířit s tím, že někdo, kdo jim byl tak blízký a s kým sdíleli velkou část svého života a koho měli tak rádi, se najednou změnil a chová se agresivně. Důležité je, aby se pečovatelé snažili pochopit podstatu faktorů, které vedou k tomuto agresivnímu chování. Toto pochopení může těmto rodinným pečovatelům poskytnout, alespoň trochu uspokojivé vysvětlení a najít odpovědi na otázky, proč se člověk, kterého tak milovali, chová takovým způsobem.

Tato práce může být využita ve výuce i praxi jako edukační materiál. Výsledky mé práce také mohou pomoci pečujícím lépe porozumět svým blízkým se syndromem demence doprovázené změnami chování.

7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. OREL, M. - FACOVÁ, V. a kol. *Člověk, jeho mozek a svět*. 1. vydání. Praha: Grada, 2009. 256 s. ISBN 978-80-247-2617-5
2. JIRÁK, R. - HOLMEROVÁ, I. - BORZOVÁ, C. et al. *Demence a jiné poruchy paměti. Komunikace a každodenní péče*. 1. vydání. Praha: Grada, 2009. 164 s. ISBN 978-80-247-2454-6.
3. PIDRMAN, V. *Demence*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. 184 s. ISBN 978-80-247-1490-5.
4. JIRÁK, R. - LAŇKOVÁ, J. *Demence. Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné lékaře*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2007. 10 s. ISBN 80-86998-XX-X.
5. FIŠAR, Z. a kol. *Vybrané kapitoly z biologické psychiatrie*. 2.vydání. Praha: Grada, 2009. 384 s. ISBN 978-80-247-2737-0.
6. KUČEROVÁ, H. *Demence v kazuistikách*. 1. vydání. Praha: Grada, 112 s. 2006. ISBN 80-247-1491-4.
7. RUŽIČKA, E. et al. *Diferenciální diagnostika a léčba demencí. Příručka pro praxi*. 1. vydání. Praha: Galén, 2003. s.175. ISBN 80-7262-205-6.
8. STUHLÍKOVÁ, I. *Základy psychologie emocí*. 2. vydání. Praha: Portál, 2007. 232 s. ISBN 978-80-7367-282-9.

9. ZGOLA, M. JITKA. Úspěšná péče o člověka s demencí. Příručka pro rodinné příslušníky a pečovatele. 1. vydání. Praha: Portál, 2006. 226 s. ISBN 80-7367-081.
10. HOLMEROVÁ, I. - JURAŠKOVÁ, B. - ZIKMUNDOVÁ, K. a kol. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3. vydání. Praha: Gerontologické centrum, 2007. 143 s. ISBN 978-80-254-0179-8.
11. PIDRMAN, V. - KOLIBÁŠ, E. *Změny jednání seniorů*. 1. vydání. Praha: Galén, 2005. 189 s. ISBN 80-7262-363-X.
12. BENEŠOVÁ, V. *Léčba poruch chování u pacientů s demencí. Příručka pro lékaře*. Praha: Galén, 2001. 20 s. ISBN 80-86257-30-0.
13. PIDRMAN, V. *Poruchy chování ve stáří. Příloha pro pacienty*. Practicus. Odborný časopis Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP, 2010, roč. 9, č. 3. ISSN 1213-8711.
14. BENEŠOVÁ, V. *Poruchy chování ve stáří, co s tím? Příručka pro pečovatele*. 1. vyd. Praha: Galén, 2001. 20 s. ISBN 80-86257-33-9.
15. REBAN, J. *Demence v ordinaci praktického lékaře*. Praha: Maxdorf, 2000. 48 s. ISBN 80-85912-28-7.
16. BUIJSSEN, H. *Demence. Průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. 1. vydání. Praha: Portál, 2006. 132 s. ISBN 80-7367-081-X.
17. MARKOVÁ, E. - VENGLÁŘOVÁ, M. - BABIÁKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, 2006. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.

18. Poruchy chování [online]. [cit.2010-12-01]. Dostupné z :
<http://www.poruchychovani.cz/jak-se-projevují.aspx>
19. WENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory. Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.
20. BAYER, A. - REBAN, R. *Demencia. Jako sa starat' o ľudí postihnutých touto chorobou*. Bratislava: Národné centrum podpory zdravia, 1999. 154 s. ISBN 80-7159-109-2.
21. VÁGNEROVÁ, M. *Základy psychologie*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2005. 356 s. ISBN 80-246-0841-3.
22. HAŠKOVCOVÁ, H.. *České ošetřovatelství 10. Manuálek sociální gerontologie*. Brno: NCO NZO, 2006. 72 s. ISBN 80-7013-363-5.
23. ATKINSON, R. L. et al. *Psychologie*. 2. aktualiz. vydání. Praha: Portál, 2002. 751 s. ISBN 80-7178-640-3.
24. TOŠNEROVÁ, T. *Pocity a potřeby pečujících o starší rodinné příslušníky. Průvodce pro zdravotníky a profesionální pečovatele*. Praha: Ambulance pro poruchy paměti Ústav lékařské etiky 3. LF UK Praha, 2001. 68 s. ISBN 80-238-8001-2.
25. TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. 1. vydání. Praha: Galén, 2005. 270 s. ISBN 80-7262-365-6.
26. Hartl, P. - Hartlová, H. *Psychologický slovník*. 1. vydání. Praha: Portál, 2004. 774 s. ISBN 80-7178-303-X.

27. MINIBERGEROVÁ, L. - DUŠEK, J. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pracující se seniory*. Brno: NCO NZO, 2006. 67 s. ISBN 80-7013-436-4.
28. MAHROVÁ, G. - VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. 168 s. ISBN 978-80-247-2138-5.
29. KURZOVÁ, H. - HONZÁK, R. - KROMBHOLZ, J. *Psychiatrie v ordinaci praktického lékaře*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2002. 139 s. ISBN 80-246-0532-530.
30. LEVINE, C. *Home Sweet Hospital*. *Journal of Aging and Health*, 1999, Vol.11, No.3, p. 341-59
31. KALVACH, Z. - ONDERKOVÁ, A. *Stáří. Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén, 2006. 44 s. ISBN 80-7262-455-5.
32. NAKONEČNÝ, M. *Lidské emoce*. 1. vydání. Praha: Academia, 2000. 335 s. ISBN 80-200-0763-6.
33. HOLMEROVÁ, I. - JAROLÍMOVÁ, E. - NOVÁKOVÁ, H. *Alzheimerova nemoc v rodině*. Praha: Pfizer, 1998. 96 s. ISBN 80-85800-96-9.
34. TOŠNEROVÁ, T. *Příručka pečovatele. Starší dlouhodobě nemocný člověk v rodině – a co dál?* Praha: Ambulance pro poruchy paměti, 2002. ISBN 80-238-8541-3.

35. HOLMEROVÁ, I. - JAROLÍMOVÁ, E. - SUCHÁ, J. a kol. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: Gerontologické centrum, 2007. 301 s. ISBN 978-80-254-0177-4.
36. JIRÁK, R. - KOUKOLÍK, F. *Demence. Neurobiologie, klinický obraz, terapie*. 1. vydání. Praha: Galén, 2004 . 335 s. ISBN 80-7262-268-4.
37. HOLMEROVÁ, I. – AAS, E. *Problémy a přání rodinných pečovatelů a zdravotnických pracovníků – norskó-český projekt*. Kloverasen. Bodoe, Norsko. 1999
38. VOLICER, L. – BLOOM-CHARETTE, L. *Enhancing the Quality of life in Advanced Dementia*. Taylor and Francis. United States. 1999.

8. KLÍČOVÁ SLOVA

Demence

Poruchy chování

Agresivita

Emoce

Pečující

9. PŘÍLOHY

Příloha 1 Mini-Mental State Examination (MMSE)

Příloha 2 Test kreslení hodin

Příloha 3 Ischemické skóre Hachinského

Příloha 4 Neuropsychiatrický dotazník (NPI)

Příloha 5 Stroopův test

Příloha 6 Test základních všedních činností (ADL dle Barthela)

Příloha 7 Test instrumentálních všedních činností (IADL)

Příloha 8 Dotazník

Příloha 1

Mini-Mental State Examination (MMSE)

Orientace:

Položím Vám několik otázek, sloužících pro vyšetření paměti. Některé jsou zcela snadné, jiné jsou obtížnější. Odpovězte na všechny otázky, jak nejlépe dokážete.

Jaké je dnešní datum?

Pokud je odpověď nesprávná nebo neúplná, zeptejte se na chybný údaj znovu v následujícím pořadí:

- 1) Které je roční období?
- 2) Který je měsíc?
- 3) Kolikátého je dnes?
- 4) Který je den v týdnu?
- 5) Který je rok?

Nyní se Vás zeptám několika otázkami na místo, kde teď jsme:

- 6) Jak se jmenuje nemocnice, ve které jsme?
- 7) Ve kterém městě jsme?
- 8) Jak se jmenuje čtvrť, kde je naše nemocnice?
- 9) Ve kterém státě jsme?
- 10) Ve kterém jsme poschodí?

Registrace:

Řeknu Vám tři slova. Chtěl(a) bych, abyste mi je zopakoval(a) a pokusil(a) si je zapamatovat, protože se Vás na ně zeptám později ještě jednou.

- 11) klobouk
- 12) citron
- 13) auto

Pozornost a počty:

Počítejte od sta pozpátku, pokaždé odečítejte sedm.

- 14) 93
- 15) 86
- 16) 79
- 17) 72
- 18) 65

Paměť:

Zopakujte mi prosím ta tři slova, která jste před chvílí měl(a) opakovat a zapamatovat si.

- 19) klobouk
- 20) citron
- 21) auto

Jazyk:

22) Ukažte pacientovy tužku.

„Můžete mi říci co to je“?

23) Ukažte pacientovi hodinky.

„Můžete mi říci co to je“?

24) Pozorně poslouchajte a opakujte po mně:

„Žádná jestli, ano, nebo ale“.

25) Položte list papíru na stůl, ukažte ho pacientovi a řekněte mu:

„Pozorně poslouchajte, co Vám teď řeknu: vezměte papír do pravé ruky“.

26) Přeložte ho napolovic.

27) A hod'te ho na podlahu.

28) Držte před pacientem list papíru, na kterém je napsáno: **„Zavřete oči“**, a řekněte pacientovi:

„Prosím udělejte to, co je zde napsáno“.

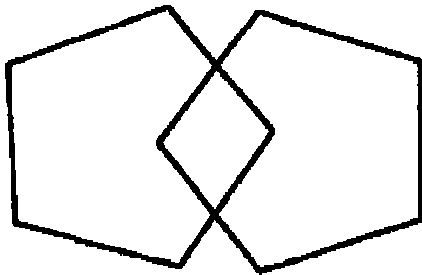
29) Podejte pacientovi list papíru a tužku a řekněte mu:

„Napište prosím nějakou větu. Může být o čemkoliv, ale musí být úplná“.

Praxe:

30) Podejte pacientovi list papíru, na němž jsou nakresleny dva pětiúhelníky, a řekněte mu:

„Prosím nakreslete stejný obrázek“.



Celkové skóre: (0 až 30):

Hodnocení:

25 – 30 bodů: bez poruchy kognitivních funkcí

18 – 24 bodů: lehká demence

9 – 17 bodů: středně těžká demence

méně než 9 bodů: těžká demence

Příloha 2

Test kreslení hodin

Požádejte vyšetřovaného, aby namaloval ciferník hodin a vepsal číslice na správná místa. Poté co namaluje kruh a umístí číslice, požádejte ho(ji), aby zakreslil(a) ručičky ukazující 11 hodin 10 minut.



Celkové skóre (1 až 5 bodů):

Hodnocení:

- 1 bod za kružnici hodin
- 1 bod za všechna čísla ve správném pořadí
- 1 bod za všechna čísla na správných místech
- 1 bod za dvě ručičky na hodinách
- 1 bod za správný čas.

Příloha 3

Ischemické skóre Hachinského

Projevy	Body
Náhlý vznik	2
Kolísavý průběh	2
Iktus v anamnéze	2
Ložiskové neurologické symptomy	2
Topický neurologický nález	2
Náhlé zhoršení	1
Noční zmatenost	1
Relativní zachování osobnosti	1
Deprese	1
Somatické stesky	1
Emoční inkontinence	1
Arteriální hypertenze v anamnéze	1
Známky arteriosklerózy	1
Hodnocení nálezu	Součet skóre
Primární degenerativní demence	≤ 4
Vaskulární demence	> 7
Neprůkazné intermediární skóre	5-7

Příloha 4

Neuropsychiatrický dotazník (NPI)

Položky	Frekvence	Intenzita
Bludy	0-4	1-3
Halucinace	0-4	1-3
Neklid	0-4	1-3
Deprese	0-4	1-3
Úzkost	0-4	1-3
Euforie	0-4	1-3
Apatie	0-4	1-3
Dezinhibice	0-4	1-3
Emoční labilita	0-4	1-3
Aberantní chování	0-4	1-3
Poruchy spánku	0-4	1-3
Poruchy příjmu potravy	0-4	1-3

Hodnocení:

Hodnotí se přítomnost a frekvence příznaků chování:

0 = nepřítomnost určitého typu příznaků

1 = méně než 1x týdně

1 = asi 2x týdně

2 = několikrát týdně

3 = denně nebo trvale

Pokud jsou příznaky přítomny, hodnotí se jejich intenzita:

1 = mírné

2 = střední

3 = těžké

Příloha 5

Stroopův test

Pokuste se co nejrychleji jmenovat barvy následujících políček:



Nyní se pokuste co nejrychleji jmenovat barvy následujících slov (bez ohledu na význam slov):

**Zelená fialová modrá zelená červená modrá zelená červená zelená modrá fialová
zelená modrá fialová modrá fialová**

Příloha 6

Test základních všedních činností (ADL dle Barthela)

Jméno pacienta..... Datum..... Test provedl

1. Najedení, napití

- samostatně bez pomoci – 10 bodů
- s pomocí – 5 bodů
- neprovede – 0 bodů

2. Oblékání

- samostatně bez pomoci – 10 bodů
- s pomocí – 5 bodů
- neprovede – 0 bodů

3. Koupání

- samostatně nebo s pomocí – 5 bodů
- neprovede – 0 bodů

4. Osobní hygiena

- samostatně nebo s pomocí – 5 bodů
- neprovede – 0 bodů

5. Kontinence stolice

- plně kontinentní – 10 bodů
- občas inkontinentní – 5 bodů
- trvale inkontinentní – 0 bodů

6. Kontinence moči

- plně kontinentní – 10 bodů
- občas inkontinentní – 5 bodů
- trvale inkontinentní – 0 bodů

7. Použití WC

- samostatně bez pomoci – 10 bodů

- s pomocí – 5 bodů
- neprovede – 0 bodů

8. Přesun lůžko – židle

- samostatně bez pomoci – 15 bodů
- s malou pomocí – 10 bodů
- vydrží sedět – 5 bodů
- neprovede – 0 bodů

9. Chůze po rovině

- samostatně více než 50 m – 15 bodů
- s pomocí 50 m – 10 bodů
- na vozíku 50 m – 5 bodů
- neprovede – 0 bodů

10. Chůze po schodech

- samostatně bez pomoci – 10 bodů
- s pomocí – 5 bodů
- neprovede – 0 bodů

Celkové skóre (0 až 100 bodů):

Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech:

0 – 40 bodů: vysoce závislý

45 – 60 bodů: závislost středního stupně

65 – 95 bodů: lehká závislost

100 bodů: nezávislý

Příloha 7

Test instrumentálních všedních činností (IADL)

Jméno pacienta..... Datum..... Test provedl

1. Jízda dopravním prostředkem

- zcela samostatně – 10 bodů
- s pomocí nebo doprovodem druhé osoby – 5 bodů
- neschopen, schopen pouze převozu (sanitkou, automobilem) – 0 bodů

2. Nakupování

- dojde samostatně nakoupit - 10 bodů
- nakoupí s doprovodem nebo radou druhé osoby - 5 bodů
- neschopen bez podstatné pomoci – 0 bodů

3. Vaření

- samostatně uvaří celé jídlo -10 bodů
- ohřeje sám - 5 bodů
- jídlo musí připravit druhá osoba - 0 bodů

4. Domácí práce (jednoduchý úklid, například vytření podlahy, ustlání postele atd.)

- samostatně bez pomoci – 10 bodů
- s pomocí druhé osoby – 5 bodů
- neschopen – 0 bodů

5. Vyprání osobního prádla

- zvládne samostatně – 10 bodů
- s pomocí druhé osoby – 5 bodů
- neschopen – 0 bodů

6. Telefonování

- samostatně užívá čísla v seznamu, zvedne telefon a adekvátně reaguje – 10 bodů
- potřebuje pomoc při vytáčení nebo vyhledávání čísla – 5 bodů

- neschopen – 0 bodů

7. Užívání léků

- samostatně užívá správné léky v určenou dobu – 10 bodů
- vezme léky, jsou-li připraveny, nebo je-li upozorněn – 5 bodů
- není schopen užívat bez pomoci – 0 bodů

8. Odeslání peněz na poště nebo zacházení s kartou

- schopen samostatně – 10 bodů
- s pomocí druhé osoby – 5 bodů
- neschopen – 0 bodů

Celkové skóre (0 – 80 bodů):

Hodnocení stupně závislosti v instrumentálních všedních činnostech:

0 – 40 bodů: závislý

45 – 75 bodů: částečně závislý

80 bodů – nezávislý.

Příloha 8

Dotazník

Jmenuji se Silvie Krzoková. Jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Chtěla bych Vás poprosit o vyplnění tohoto dotazníku, který bude podkladem pro mou bakalářskou práci. Dotazník si, prosím, nejprve přečtěte a následně u každé otázky vyberte jednu odpověď a označte ji.

Dotazník je zcela anonymní.

1. Věk pečujícího:

- Do 30 let
- 31- 45 let
- 46 - 55 let
- 56 – 65 let
- 66 – 75 let
- 76 a více let

2. Pohlaví:

- muž
- žena

3. Rodinný vztah:

- Manžel/manželka
- Druh/družka
- Dcera/syn
- Sourozenec
- Vnuk/vnučka
- Ostatní vztahy

4. Věk příjemce péče v rodině:

- Do 60 let
- 61 – 75 let
- 76 – 85 let
- 86 a více let

5. Jak dlouho se staráte o svého příbuzného s demencí?

- Několik měsíců
- 1 až 3 roky
- až 8 let
- 9 a více let

6. Jaká je pomoc ostatních členů rodiny?

- Velmi dobrá
- Dobrá
- Není dobrá

7. Kolik času /denně/ Vám zabere péče o blízkou osobu s demencí?

- Do 1 hodiny/denně
- až 5 hodin
- až 9 hodin
- 10 a více hodin

8. Zdravotní stav a soběstačnost blízkého příbuzného:

- Chodící /zcela chodící, neomezená pohyblivost, dobrý fyzický stav/
- Chodící s dopomocí /chodící s doprovodem, s kompenzačními pomůckami, pohyblivost mírně omezena, dobrý fyzický stav/
- Ležící, schopný sebeobsluhy / upoutaný na lůžko, zhoršený fyzický stav, pohyblivost dobrá – zvládá základní úkony – jíst, pít, hygiena atd./
- Ležící, zcela nesoběstačný /upoutaný na lůžko, žádná pohyblivost, inkontinence, velmi špatný fyzický stav/
- Jiné

9. Pociťujete v souvislosti v péči o osobu blízkou s demencí zhoršení Vašeho zdravotního stavu?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

10. Využíváte při péči o osobu blízkou s demencí, některé sociální a zdravotní služby?

- Denní stacionář – poskytují se zde ambulantní služby osobám se sníženou soběstačností a osobám s chronickým duševním onemocněním, kteří potřebují pomoc jiné fyzické osoby, po dobu, kdy jsou jejich rodinní pečující v zaměstnání.
- Pečovatelská služba – určena lidem, jejichž schopnosti zejména v oblasti osobní péče a péče o domácnost jsou sníženy.
- Domácí péče - jedná se o zdravotní a pečovatelskou péči poskytovanou všem věkovým kategoriím, v domácím prostředí, nebo v rodinách svých nejbližších.
- Odlehčovací služby – jsou určeny rodinám, které se dlouhodobě starají o člověka závislého na péči jiné osoby.
- Jiné služby
- Nevyužíváme tyto služby

11. Pokud nevyužíváte tyto služby, jaké Vás k tomu vedou důvody?

- Časové důvody /dojíždění do zaměstnání, stížená dopravní dostupnost, starání se hospodářství atd./

- Finanční důvody
- Kapacitní důvody/služba je obsazena
- Nevěděl/a jsem o této službě
- V blízkosti bydliště není tato služba poskytována

12. Uvítal/a byste informační brožuru, týkající se této problematiky?

- Ano
- Ne

Pocít'ujete v poslední době, z některých následujících problémů:

13. Jsem smutný/á:

- Velmi často
- Často
- Zřídka
- Téměř nikdy
- Nikdy

14. Jsem sklíčený/á:

- Velmi často
- Často
- Zřídka
- Téměř nikdy
- Nikdy

15. Mám strach:

- Velmi často
- Často
- Zřídka
- Téměř nikdy
- Nikdy

16. Mám pocit vyčerpání:

- Velmi často
- Často
- Zřídka
- Téměř nikdy
- Nikdy

17. Jsem napjatý/á:

- Velmi často
- Často
- Zřídka
- Téměř nikdy

- Nikdy

18. Jsem nervózní:

- Velmi často
- Často
- Zřídka
- Téměř nikdy
- Nikdy

19. Mám „deprese“:

- Velmi často
- Často
- Zřídka
- Téměř nikdy
- Nikdy

20. Pociťuji nedostatek/ztrátu volného času:

- Velmi často
- Často
- Zřídka
- Téměř nikdy
- Nikdy

21. Mám pocit, že nezvládám svou práci:

- Velmi často
- Často
- Zřídka
- Téměř nikdy
- Nikdy

22. Pociťuji beznaděj:

- Velmi často
- Často
- Zřídka
- Téměř nikdy
- Nikdy

23. Trápí mě úzkost:

- Velmi často
- Často
- Zřídka
- Téměř nikdy
- Nikdy

24. Pociťuji zhoršení vztahu k člověku o kterého pečuji (zloba, hněv, nepřátelství...):

- Velmi často
- Často
- Zřídka
- Téměř nikdy
- Nikdy

Formy nevhodného chování:

25. Slovně neagresivní chování člověka s demencí – opakování dotazů, zdouhavé opisování, nedorozumění, nepochopení, stále vyprávění stejných historek:

- Velmi často
- Často
- Zřídka
- Téměř nikdy
- Nikdy

26. Slovně agresivní chování – křik, nadávky, vulgarismy, které nás doslova mrazí, hanlivé výrazy, stížnosti:

- Velmi často
- Často
- Zřídka
- Téměř nikdy
- Nikdy

27. Fyzicky neagresivní chování – bloudivění po domě, stálá chůze, toulání, nevhodné dotýkání, noční neklid, svlékání, nesmyslná manipulace s předměty (přenášení, přeskládávání atd.):

- Velmi často
- Často
- Zřídka
- Téměř nikdy
- Nikdy

28. Fyzicky agresivní chování – fyzický útok/napadení:

- Velmi často
- Často
- Zřídka
- Téměř nikdy
- Nikdy

29. Slovně a fyzicky agresivní chování – křik, nadávky, vulgarismy, hanlivé výrazy, vyhrožování + fyzický útok/napadení:

- Velmi často
- Často
- Zřídka
- Téměř nikdy
- Nikdy