



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

**Nefarmakologické postupy řešení neklidu u pacientů
s demencí**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Kristýna Buchtová

Vedoucí práce: Mgr. Hana Hajduchová, Ph.D

České Budějovice 2018

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „**Nefarmakologické postupy řešení neklidu u pacientů s demencí**“ jsem vypracovala samostatně, pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích 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. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 14. 8. 2018

.....

Poděkování

Chtěla bych poděkovat Mgr. Haně Hajduchové, Ph.D. za vedení mé bakalářské práce, za odbornou pomoc, spolupráci a čas, který mi věnovala.

Nefarmakologické postupy řešení neklidu u pacientů s demencí

Abstrakt

Současný stav: Demence je velmi aktuálním tématem. Její výskyt každoročně stoupá. Práce je zaměřena na behaviorální symptomy demence, zejména nefarmakologické postupy řešení neklidu u pacientů s demencí. Teoretická část se zabývala základním dělením, příčinami vzniku, symptomy, diagnostikou a léčbou demence. Poslední část se orientovala na farmakologické a hlavně nefarmakologické postupy u pacientů s demencí.

Cíle práce: 1. Zmapovat nefarmakologické postupy řešení neklidu u pacientů s demencí. 2. Zjistit zkušenosti nelékařských zdravotnických pracovníků s využitím nefarmakologických postupů řešení neklidu u pacientů s demencí.

Metodika: Pro výzkumné šetření byla zvolena kvalitativní metoda výzkumu a záměrný výběr respondentů. V rámci vyhodnocování výsledků rozhovorů a pozorování byly stanoveny tři oblasti. Oblast rozhovorů se sestrami tvořila 15 kategorií. U rozhovorů s laickými pečovateli bylo stanoveno 14 kategorií a 4 kategorie u pozorování sester. Sběr dat byl prováděn pomocí polostrukturovaného, nezúčastněného skrytého pozorování a polostrukturovaného rozhovoru. Výzkum probíhal v domovech pro seniory se zvláštním režimem.

Výzkumný soubor: Byl složen ze 4 laických pečovatelů a 8 sester.

Výsledky práce: Výsledky potvrzují důležitost využívání nefarmakologických postupů již v prevenci problémového chování u osob s demencí. Výsledky poslouží všem sestram i laickým pečovatelům, kteří se s touto problematikou v praxi setkávají.

Doporučení pro praxi: Výzkumem jsme si ověřili, že nejčastěji používanými postupy v praxi jsou individuální přístup ke klientovi, dodržování zásad správné komunikace mezi pacientem a ošetřujícím personálem, vzpomínková terapie, pet terapie (zejména canisterapie), bazální stimulace, metoda validace, aktivizace klientů a úprava prostředí.

Klíčová slova

Demence; laický pečovatel; nefarmakologické postupy; neklid; sestra

Non- pharmacological methods of a solution agitation in patients with dementia

Abstract

Current state: Dementia is a very actual theme. The occurrence raises every year. My bachelor's work is focused on behavioral symptoms of dementia and non-pharmacological methods of a solution agitation in patients with dementia. The theoretical part of my work deals with primary division of dementia, causes of development, symptoms, diagnostics and treatment of dementia. The last part was focused on pharmacological and mainly non-pharmacological methods in demented patients.

The objective: 1. The mapping of all using non-pharmacological methods for demented patients which are used in solution of agitation. 2. The comparison of knowledge of non-professional carers and nurses in the field of non-pharmacological methods in patients with dementia.

Methodology: There was chosen the qualitative research method and the intentional choice of respondents for research survey. In the field of evaluation of the results of interviews and observation there were determined three fields. The field focused on dialogues with nurses included 15 categories. The dialogues with laic tenders created 14 categories and 4 categories contained observations of nurses. The collection of information was made up by using observation and half-structured dialogues. The research was situated into the care centre with special mode for elderly people.

The scientific sample: The research sample was created by 4 non-professional carers and 8 nurses.

The research: The research checked out the most frequent using methods in practice: individual attitude to a client, keeping the principles of the right communication, relationship of the patient and nursing staff, memorial treatment, pet therapy (especially canistherapy), basal stimulation, validation method, energisation of the clients and environmental improvements.

The recommendation for practise: The results of our work confirmed importance of using non-pharmacological methods in prevention of the troubled behavior at the persons

with disease. The research results can be used by all nurses and non-professional carers who are concerned with it.

Key words

non-pharmacological methods; agitation; dementia; non-professional carer; nurse

Obsah

ÚVOD.....	8
1 SOUČASNÝ STAV	9
1.1 Demence a jejich dělení.....	9
1.2 Příznaky demence.....	13
1.2.1. Demence obecně	13
1.2.2 Alzheimerova nemoc	14
1.2.3 Behaviorální a psychiatrická symptomatologie demence – BPSD	15
1.3 Diagnostika demencí	17
1.3.1 Anamnéza a specifická anamnéza.....	17
1.3.2 Diagnostika pomocí testů a dotazníků	18
1.3.3 Základní vyšetření a speciální vyšetření	20
1.4 Léčba demencí.....	21
1.4.1 Léčba Alzheimerovy demence	21
1.4.2 Využití farmakoterapeutických postupů u Alzheimerovy demence	22
1.5 Jednotlivé nefarmakologické postupy u pacientů s demencí	23
1.5.1 Zmírnění či odstranění problémového chování a psychologických příznaků demence	23
1.5.2 Celostní přístupy zaměřené na zlepšení kvality života a komunikace pacientů s demencí, psychoterapeutické techniky	24
1.5.3 Zásady přístupu k pacientům s demencí pro laické i profesionální pečovatele	28
1.5.4 Úprava domácího prostředí	31
1.5.5 Opatření omezující pohyb osob	33
2 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	35
2.1 Cíle práce.....	35
2.2 Výzkumné otázky.....	35
2.3 Operacionalizace základních pojmů.....	36
3 METODIKA	37

3.1 Použité metody ve výzkumném šetření	37
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	38
4 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	39
4.1 Kategorizace výsledků rozhovorů se sestrami.....	41
4.2 Kategorizace rozhovorů s laickými pečovateli.....	48
5 DISKUZE	60
ZÁVĚR	66
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	68
SEZNAM PŘÍLOH	76
SEZNAM ZKRATEK	77

Úvod

Vzhledem ke stárnutí populace je problematika péče o osoby s demencí v současnosti velmi aktuální. Proto jsem si tuto problematiku vybrala za téma bakalářské práce. Nastudované teoretické poznatky jsme se snažili porovnat s ošetrovatelskou praxí. Onemocnění demence postihuje mozek jedince. Jsou narušeny kognitivní funkce, které je třeba udržovat a následně posilovat paměťovými aktivizačními metodami. Konkrétně Alzheimerova demence bývá diagnostikována až v pozdějších stádiích. Zhoršuje se mobilita nemocného v běžných denních činnostech. Objevují se i změny v oblasti chování a jednání pacienta.

V práci jsme se zaměřili na neklid, který patří mezi behaviorální symptomy u pacientů s demencí. V rámci neklidu je nutné zvolit kromě farmakologické léčby i léčbu nefarmakologickou. Nefarmakologická léčba není pro každého pacienta s demencí úplně stejná. Postupy je nutné volit individuálně. Základem je znát prevenci problémového chování jedince a co nejdříve zjistit vyvolávající faktory negativního chování a jednání.

Cílem práce bude porovnat zkušenosti nelékařských zdravotnických pracovníků a laických pečovatелů s nefarmakologickými postupy v rámci neklidu. Dále chceme zmapovat, jaké se využívají nefarmakologické postupy v souvislosti s neklidem v ošetrovatelské praxi. Teoretická část práce bude zaměřena na demenci a hlavně na seznámení s nefarmakologickými postupy v rámci neklidu. Výzkumná část nám bude ukazovat praktické využití postupů v ošetrovatelské praxi v souvislosti s neklidem. Poznatky z výzkumného šetření poslouží v případě zájmu zdravotnickému personálu i laickým pečovatелům.

1 Současný stav

1.1 Demence a jejich dělení

Rektorová et al. (2007) charakterizují demenci jako spojení dvou latinských slov. První slovo je de, což znamená bez a druhé je mens, což vyjadřuje mysl, vědomí nebo rozum (Rektorová et al., 2007). Demenci lze definovat jako soubor příznaků, kdy dochází k postižení mozku. Charakter onemocnění je dlouhodobý a šířící se postupně (Pidrman, 2007). Holmerová et al. (2014b) uvedli, že demence postihuje hlavně úsek mozkové kůry. Mnohdy se vyskytuje častěji než diabetes mellitus nebo CMP (Jirák et al., 2009). Onemocnění se objevuje častěji u ženského pohlaví než u mužského (Kučerová, 2013). Ke vzniku demence přispívají některá onemocnění. Určitá onemocnění postupně přejdou v demenci vždy, jiná jen v některých případech (Petr et al., 2014). Dle Marešové a Zahálkové (2016) počet lidí s onemocněním demence každoročně narůstá.

Dle MKN 10 (2018) jsou demence rozděleny do 4 velkých skupin a každá skupina zahrnuje několik zástupců. První skupinu tvoří Demence u Alzheimerovy choroby. Patří sem Demence u Alzheimerovy choroby s časným a pozdním nástupem, atypického nebo smíšeného typu. Druhou skupinou jsou vaskulární demence. Do této skupiny se řadí demence vaskulárního typu s akutním nástupem, multiinfarktové demence, subkortikální demence vaskulárního typu, smíšené kortikální a subkortikální demence vaskulárního typu, jiné demence vaskulárního typu. Třetí rozsáhlá skupina zahrnuje demence, které jsou spojeny s jinými onemocněními. Jsou to například demence u Pickovy choroby, Creutzfeldtovy - Jakobovy nemoci, Huntingtonovy nemoci, Parkinsonovy nemoci, u onemocnění virem lidské imunodeficiency (HIV) anebo demence u jiných určených onemocnění zařazených jinde. Poslední velkou skupinou, která je v MKN 10 (2018) uvedena, jsou neurčené demence.

Pidrman (2007) rozděluje příčiny demence na nevratné, tedy ireverzibilní a dále na potenciálně vratné příčiny, tedy reverzibilní. Mezi nevratné příčiny demence řadí degenerativní nemoci, kam patří hlavně Alzheimerova demence a dále frontotemporální demence nebo Parkinsonova choroba. Do ireverzibilních příčin lze zahrnout vaskulární demence. Pidrman (2007) řadí do skupiny potenciálně vratných příčin demencí novotvary. Za novotvary se považují metastatické nádory, leukémie, karcinomy

nebo také lymfomy. Další vratnou příčinou jsou metabolické poruchy, např. ledvinné selhání, jaterní selhání nebo také hyperkalcemie. Reverzibilní příčiny tvoří také traumata kraniocerebrálního původu. Neopomenutelnou příčinou jsou toxiny, zvláště alkoholové závislosti nebo organické jedy. Příčinou mohou být i infekce. Infekce jsou bakteriálního, parazitárního, plísňového a virového původu. Neopomenutelnou složkou bývají autoimunní choroby, např. roztroušený lupus erythematosus. Další příčina je farmakologická. Zejména některá antidepresiva, anxiolytika, hypnotika nebo také sedativa se podílejí na vzniku demence. V neposlední řadě jsou spouštěčem choroby také nutriční onemocnění. Důvodem potíží bývá nedostatek vitamínu B₁₂, B₆ nebo folátů (Pidrman, 2007).

Existují i smíšené demence. Nejčastěji je to spojení Alzheimerovy demence a demence vaskulárního typu. Přesné rozlišení mezi těmito dvěma typy demencí je mnohdy obtížné (Konrád, 2007). Smíšené demence tvoří 10 – 15 % všech demencí. Dále mezi smíšené demence lze zařadit kombinaci Alzheimerovy demence spolu s jinými primárně degenerativními demencemi (Pidrman, 2007). Alzheimerova demence se může kombinovat i s demencí s Lewyho tělisky nebo s Parkinsonovou chorobou (Jirák et al., 2009).

Primárně degenerativní demence

Do skupiny primárně degenerativní demence lze zařadit hlavně Alzheimerovu demenci, která je nejčastějším typem demence (Pidrman, 2007). Dalším zástupcem této skupiny je například demence při Parkinsonově chorobě nebo frontotemporální demence (Hosák et al., 2015). Postupně vzniká porucha mozkových funkcí a to v přenosu informací (Jirák et al., 2009).

Konkrétně Alzheimerova nemoc vzniká poškozením mozku v oblasti šedé kůry mozkové (Čeledová et al., 2016). Popis této demence poprvé sepsal profesor Alois Alzheimer. Onemocnění je rozděleno do tří stádií: na časně, střední a těžké stádium (Pidrman, 2007). Tento typ demence patří mezi neurodegenerativní onemocnění mozku (Halová, 2010). Dochází k narušení psychických a fyzických schopností jedince (Glenner et al., 2012). Rizikovými faktory pro vznik Alzheimerovy demence jsou nejčastěji diabetes mellitus, deprese, věk nebo úrazové poškození mozku (Perušicová a Mohr, 2013). Rizikovým

faktorem je i pohlaví. Alzheimerovou demencí jsou ohroženy spíše ženy než muži (Zvěřová, 2017). Halová (2010) poukazuje na nejnovější studie, které uvádějí, že příčina Alzheimerovy demence tkví v tvorbě patologické bílkoviny, která postupně tvoří tzv. amyloidové plaky. Tyto plaky mají výrazný vliv na poruchu a plíživý rozpad nervových buněk a vláken (Hauke et al., 2017).

Dalším typem demence je frontotemporální demence, která vzniká v oblasti čelních a spánkových laloků. Příčinou je odumření mozkových buněk v těchto oblastech (Čeledová et al., 2016). Vzniká před 65. rokem života. Vzhledem k rychlejší progresi poruch poznávacích funkcí než u Alzheimerovy choroby se klient dožívá nižšího věku (Rektorová, 2009).

Často se také projevuje demence při Parkinsonově nemoci. Již v počátečních stádiích této choroby se objevuje porucha poznávacích funkcí jedince (Nevrlý, 2016). V porovnání s jinými typy demencí jsou zde další rizikové faktory. Je to přítomnost deprese a rozsah parkinsonického syndromu. Postiženy jsou nejrůznější druhy paměti, například pracovní, verbální nebo zraková paměť (Dostál, 2013).

Vaskulární demence

Demence vaskulárního typu jsou po Alzheimerově demenci druhým nejčastějším typem. Nástup vaskulární demence může být postupný, ale také náhlý (Bartoš a Řípková, 2012). U klientů ve věku nad 65 let je 15 – 20 % všech demencí vaskulárního původu (Rusina a Matěj, 2007). Příčinou vzniku tohoto typu demence je snížení průtoku nebo úplné zamezení průtoku krve mozkovými tepnami (Čeledová et al., 2016). Bartoš a Řípková (2012) uvádějí, že rizikovými faktory z oblasti cévních příčin mohou být zejména fibrilace síní nebo ischemická choroba srdce. Na tomto typu demence se podílí vysoký krevní tlak, látková výměna tuků nebo také ateroskleróza (Halová, 2010). Perušicová a Mohr (2013) publikují, že vznik vaskulární demence je ovlivněn nedostatkem pohybových aktivit jedince. Jiráček et al. (2009) tvrdí, že častěji touto demencí trpí kuřáci, lidé s cukrovkou, onemocněním dýchacích cest nebo také s opakovanými traumaty mozku a hlavy.

Rusina a Matěj (2007) se shodují, že velmi často se vyskytují demence smíšené, což je v tomto případě kombinace Alzheimerovy demence a vaskulární demence.

Čeledová et al. (2016) do této skupiny demence zařazují multiinfarktovou demenci. Menší krevní sraženiny putují z velkých tepen nebo srdce do periferie mozku. Následně vznikají malé dutiny. Rusina a Matěj zmiňují výskyt multiinfarktové demence v souvislosti se znovu se vyskytujícími CMP s různě rozsáhlým mozkovým postižením. Hauke et al. (2017) uvádějí, že do této skupiny lze zahrnout i demenci po jednorázové cévní mozkové příhodě. Rusina a Matěj (2007) prezentují, že demence vaskulárního typu se může rozvíjet i po CMP, a proto je nutné pátrat po prodělaných iktech v anamnéze.

Sekundární demence a demence jiného původu

K tomuto typu demence se váže mnoho příčin vzniku. Jednou z nich jsou traumata, kdy dochází k tzv. posttraumatické demenci (Pidrman, 2007). Dalším typem jsou demence infekčního charakteru. Do skupiny se zařazují i metabolické demence (Jirák et al., 2009). Pidrman (2007) uvádí, že metabolické demence vznikají při jaterních chorobách, onemocnění dýchacího systému nebo také při dialýze ledvin. Jirák et al. (2009) sem začleňují i ostatní poruchy, které poškozují mozek. Pidrman (2007) informuje, že bylo zaznamenáno přes 70 skupin sekundárních demencí. Mezi sekundární patří např. toxické demence, traumatické demence nebo také demence při nádorech CNS (Pidrman, 2007).

Čeledová et al. (2016) jako poslední typ demence uvádí demenci jiného původu. Jirák et al. (2009) zmiňují, že některé infekce postihují mozkové tkáně a mozkové pleny. Například infekční onemocnění AIDS je schopno zapříčinit demenci. Mezi geneticky nepodmíněné metabolické demence se řadí demence v souvislosti se selháním jater nebo ledvin. Tento typ způsobuje velmi těžké narušení zapamatování nových informací. Čeledová et al. (2016) tvrdí, že další příčinou mohou být hypoxie mozkové tkáně vlivem pozdní nebo nesprávně provedené kardiopulmonální resuscitace. Jirák et al. (2009) uvádějí, že velmi ojediněle se vyskytují metabolické demence na genetickém podkladě. Z nichž nejznámější je Wilsonova choroba. Další skupinou jsou demence intoxikační etiologie, z nichž nejzávažnější je otrava oxidem uhelnatým v souvislosti s demencí (Jirák et al., 2009).

1.2 Příznaky demence

1.2.1. Demence obecně

Jirák et al. (2009) charakterizují tři bazální typy postižení. Postižení kognitivní složky, postižení složky běžných denních aktivit jedince a behaviorální a psychologické symptomy demence. Obecně se do klinických příznaků zařazují poruchy paměti. Objevuje se i porucha schopnosti orientace jedince, vyskytují se také poruchy v chování. Klucká a Volfová (2016) tvrdí, že člověk trpící demencí se dostává do tzv. bludného kruhu. Postupně se zhorší poznávací funkce, následně se objeví strach z neúspěchu, vlastního selhání nebo také strach z odmítnutí. Dochází k uzavřenosti a depresivním stavům (Klucká a Volfová, 2016). Problém u pacienta s demencí je i v oblasti úsudku a racionálního uvažování (Glenner et al., 2012). Objevuje se zhoršená schopnost ohledně hospodaření s penězi (Jirák et al., 2009). Dochází k narušení výkonných funkcí jedince. Patří sem organizování a plánování činností (Bartoš a Hasalíková, 2010). Rektorová et al. (2007) uvádějí, že postižení je i v oblasti pozornosti a koncentrace pacienta. Jirák et al. (2009) popisují, že klienti postižení demencí potřebují dopomoc hlavně v oblasti běžných denních aktivit. V těžších formách onemocnění se vyskytuje zejména neschopnost udržet moč nebo stolicí (Jirák et al., 2009). V pokročilé fázi onemocnění se vyskytují poruchy polykání, které mohou mít za následek vdechnutí potravy nebo dušení klienta. Dále také může klient hubnout. Hůře reaguje na určité podněty a špatně vnímá situaci okolo sebe (Glenner et al., 2012). Dle Rektorové et al. (2007) se objevuje také zatajování klientovy neschopnosti. Jirák et al. (2009) popisují výskyt neustálého neklidu, který lze označit výrazem agitovanost. Mohou se střídát stavy klidného a neklidného období klienta. Objevují se poruchy vnímání, zejména halucinace vizuálního typu. Střídají se stavy afektů a nálad. Časté jsou afekty vzteku. Agitace má výrazný vliv jak na opatrovníky, tak i na samotné osoby s demencí. Mezi faktory, které mohou ovlivňovat agitovanost jedince, patří světlo, zápach, hluk, teplota, příroda, barva nebo prostorová konfigurace (Vracem et al., 2016). Glenner et al. (2012) říkají, že v počínající fázi onemocnění se vyskytuje úzkost nebo také uzavřenost. Jirák et al. (2009) poukazují na velmi častý výskyt poruch spánku. Častá je nespavost a méně častá je nadměrná spavost. Může se také objevit spánková inverze jedince (Jirák et al., 2009). V rozvinuté fázi demence se projevuje dezorientace na již známých místech, dále nejistá a strnulá pozice těla, porucha v oblasti

motorických funkcí a v neposlední řadě také postupné zhoršení dlouhodobé paměti (Glenner et al., 2012).

1.2.2 Alzheimerova nemoc

Alzheimerova nemoc postihuje především oblast hipokampu. Hipokampus je část mozku, kde se uchovávají nové poznatky (Navarrova, 2015). Alzheimerova nemoc má plíživý charakter (Pidrman, 2007). Rozvíjí se nejprve bezpříznakově (Hauke et al., 2017).

Alzheimerovu demenci lze rozdělit na tři stupně postižení podle toho, které symptomy převažují. První stádium je lehká demence, kde dochází k poruchám paměťových funkcí jedince. Tyto poruchy si jedinec plně uvědomuje. Potíže spočívají především v zapamatování nových informací a v běžných denních aktivitách. Střední stádium demence se projevuje zhoršením paměti ve všech složkách. Vznikají také poruchy v časoprostoru (Jiráček et al., 2009). Narušením paměťových funkcí dochází k tomu, že nemocný si není schopen vybavit nedávné události a nemůže aplikovat naučené vědomosti. Klient má problém s vybavením informací, o kterých před chvílí hovořil. Klade opakovaně stejné dotazy (Kalvach et al., 2008). U nemocných se objevují poruchy emocí, v začátcích rozvoje nemoci jsou to deprese (Pidrman, 2007). Posledním stupněm demence je těžká fáze, kde dochází k výrazným poruchám paměťových funkcí jedince. Pacient neví, kde se nachází, nepoznává blízké osoby, nemůže najít běžně používané předměty. Dochází k poruchám chůze a mobility jedince (Jiráček et al., 2009). Halová (2010) uvádí, že pro pozdní formu Alzheimerovy demence je typická euforie, neklid a zmatenost klienta.

Velmi typické je rychlé zapomínání nových informací. Je to otázka několika minut. Deficit se také objevuje ve vybavnosti informací (Kulišťák et al., 2017). U tohoto typu demence dochází k výrazné poruše pozornosti klienta (Zvěřová, 2017). Nemocní jsou postiženi i v oblasti chování. Mohou opakovaně vykřikovat a nařikat, dochází i k agresivitě klientů, bezdůvodně opouštějí svůj byt, používají vulgární výrazy, mohou slovně napadat své blízké nebo také neúčelně upoutávat pozornost (Kalvach et al., 2008). Pacienti často trpí depresí. Vyskytuje se přibližně ve 20 - 50 % (Jiráček et al., 2009). U nemocných lze také zaznamenat poruchy řeči (Pidrman, 2007). Zvěřová (2017) říká, že postupně dochází k poruše profesní složky klienta, dále se vyskytuje neschopnost

v oblasti plnění běžných denních úkonů. Pozvolný úpadek je ve schopnosti sebepečie nemocného. Klient se stává pomalu závislý na svém okolí v oblasti oblékání, při jídle, při použití toalety nebo při hygieně. U postižených klientů dochází k přerhání citových a přátelských vazeb. Oblíbené zájmy postupně upadají (Zvěřová, 2017). Následkem postižení mozkové kůry je zejména porucha schopnosti v oblasti čtení a počítání (Halová, 2010). Zvěřová (2017) poukazuje na vizuální halucinace. Velmi častý je výskyt bludu v souvislosti s okrádáním jedince. Objevuje se také příznak, kdy nemocný vidí své blízké osoby nebo dokonce sebe jako neznámého člověka. Cítí potřebu ubližovat a negativně na sebe i své okolí působit (Zvěřová, 2017).

1.2.3 Behaviorální a psychiatrická symptomatologie demence – BPSD

Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia je soubor příznaků, jehož součástí jsou poruchy chování jedince (Pidrman, 2007). Song a Oh (2015) uvádějí, že BPSD se označují také jako neuropsychiatrické symptomy a zahrnují agitaci a agresivní jednání klienta. Dle Pidrmana (2007) příznaky ovlivňují nejen samotného jedince, ale i celou jeho rodinu, která o něj pečuje. Mezi tyto příznaky lze zařadit depresivní chování jedince, úzkostné projevy, poruchy spánkového rytmu nebo výskyt bludů. Song a Oh (2015) uvádějí, že většina pacientů s demencí je ovlivněna symptomy BPSD. Dle Hauke (2014) poruchy chování přicházejí ve středním stádiu demence. Patří sem také útěky pacienta, napadání blízkých osob, poruchy emočních schopností, psychiatrické poruchy atd. Gu (2015) zmiňuje symptom bloudění, který je u těchto pacientů velmi častý. Dle Pidrmana (2007) tento symptom je pro jedince velmi nebezpečným. Klient se může zranit nebo ztratit. Pohyb je bezúčelný a bezcílný. Klient je dezorientován v prostředí, které je mu známé.

Příznaky, které se objevují v chování jedince, jsou dobře viditelné (Pidrman, 2007). Symptomy spojené s chováním se mohou vyskytnout již v počátcích onemocnění i v průběhu onemocnění. Nejvýraznější jsou v těžkých stádiích nemoci (Jiráček et al., 2009). Psychiatrické příznaky jsou v kombinaci i s jinými příznaky. Lze je zjistit při rozhovoru s pacientem a jeho rodinou (Pidrman, 2007).

Hauke et al. (2017) tvrdí, že agresivita není typickým projevem demence. Na agresivitě klienta se podílí řada faktorů. Pacienta ovlivňuje prostředí, léky, bolest nebo také přístup

a chování pečující osoby. Agresivita se projevuje hlavně v situacích, ve kterých si klient nedokáže poradit nebo jim vůbec nerozumí (Hauke et al., 2017). Výrazný vliv na hodnotu života má symptom agitace (Vracem et al., 2016). Významně se na obou těchto symptomech podílí zhoršení poznávacích funkcí pacienta (Pidrman, 2007). Agitovanost někdy úzce souvisí s agresivitou (Jirák et al., 2009). Agresivita je mnohdy spíše problémem pečující osoby a reakcí na její poskytovanou péči a neadekvátně zvolený přístup ke klientovi. Pro pečující osoby je agresivita velmi náročnou situací (Hauke et al., 2017). Agresivita se může projevovat verbálně nebo fyzicky (Hauke, 2014). Bartoš a Hasalíková (2010) uvádějí, že péče o člověka s demencí by měla být rozdělena mezi více blízkých osob. Hauke et al. (2017) zmiňují, že příčinou agresivity může být změna pečující osoby nebo změna prostředí, ve kterém klient dosud žil. Klient s demencí špatně reaguje na změny. Agitovanost klienta znamená soustavný neklid, pohyb spojený se strachem nebo úzkostí. Dle Regier a Gitlin (2016) se symptom neklidu může vyskytovat společně také s bludy, halucinacemi a putováním. Neklid je nutné odlišit od putování nebo útěku, farmakologicky vedlejších účinků nebo mentálních a pohybových poruch. Jirák et al. (2009) uvádějí, že agitovanost se mnohdy vyznačuje bezúčelnou manipulací s předměty, nemocní často bloudí po odděleních nebo dokonce mohou opouštět bezdůvodně svůj byt nebo oddělení. Může se také vyskytovat nespolupráce klienta s personálem nebo blízkými osobami (Jirák et al., 2009). Venglářová (2007) informuje také o nočním neklidu, kde se objevuje porucha spánkového rytmu jedince (Venglářová, 2007). Khachiyants et al. (2011) informují o tzv. syndromu západu slunce. Syndrom se vyskytuje hlavně u demence. Je to nejčastěji se vyskytující typ rušivého chování u pacienta s demencí po příznaku putování. Výskyt syndromu je spíše sezonní, vyšší výskyt je na podzim a v zimě. Důvodem je pokles doby trvání a snížení intenzity slunečního světla. Etiologie ale není zcela známá. Příznaky se vyskytují v pozdních odpoledních hodinách, večer nebo v noci. Značný vliv na tento soubor příznaků také mají faktory životního prostředí, snížená produkce melatoninu, degenerace části hypothalamu. Léčba syndromu spočívá v terapii jasným světlem, substitucí melatoninu a užíváním antipsychotik. Byl proveden výzkum v domově pro seniory a bylo zjištěno, že 12,4 % starších osob má v pozdním odpoledni změny poznávacích funkcí (Khachiyants et al., 2011).

1.3 Diagnostika demencí

Pro demenci je velmi důležitá včasná diagnostika. V ČR je výrazná část populace s narušením v oblasti kognitivních funkcí diagnostikována pozdě. Diagnostika probíhá až ve středních či těžkých stádiích onemocnění. Mnoho psychiatricky léčených pacientů nemá pro správné určení diagnózy provedenou žádnou ze zobrazovacích vyšetřovacích metod. Pozitivem ale je široké používání neuropsychologických testů. Často dochází k nadužívání EEG vyšetření v diagnostice pacienta s poruchou poznávací složky. (Vyhnálek et al., 2011). Jestliže má pacient diagnostikovanou mírnou poruchu poznávací složky, nejsou narušeny aktivity běžných denních činností (Čechová et al., 2011).

1.3.1 Anamnéza a specifická anamnéza

K posouzení stavu klienta je nutné znát nebo správně odhadnout zdravotní stav klienta před vznikem onemocnění kognitivních funkcí. Je nutné zaměřit se hlavně na věk nemocné osoby, dosažené vzdělání a v neposlední řadě také zaměstnání v průběhu jejího života (Bartoš a Hasalíková, 2010). V diagnostice onemocnění se uplatňuje také pozitivně rodinná anamnéza (Zvěřová, 2017). Je důležité znát i veškeré informace o nynějším onemocnění (Jirák et al., 2009). Podstatné jsou poznatky o začátku a vývoji onemocnění. Je nutné přesně popsat již vyskytující se symptomy onemocnění (Hauke et al., 2017). Bartoš a Hasalíková (2010) uvedli, že rozhovor je veden s nejbližší osobou nemocného a s nemocným. Jejich odpovědi se mohou často rozcházet. Jirák et al. (2009) zmiňují, že rozhovor se týká i dalších onemocnění, které má pacient diagnostikované. Důležité je pátrat po prodělaných úrazech hlavy, již prodělaných cévních mozkových příhodách, poruchách látkové výměny tuků, psychických změnách nebo psychiatrických diagnózách. Bartoš a Hasalíková (2010) informují, že základem je znát všechny léky, které pacient užívá, aby se nastavila správná farmakoterapie. Hauke et al. (2017) upozorňují, že podstatné je rozeznat demenci od deliria, což je kvalitativní porucha vědomí.

Bartoš a Hasalíková (2010) uvádějí tři skupiny, ve kterých se soubor příznaků demence vyskytuje. První skupina zahrnuje aktivity denního života, druhá oblast je chování a nálada a poslední oblast jsou poznávací funkce. V první oblasti zahrnující zvládnutí běžných denních činností je důležité hodnocení příjmu stravy, přípravy jídla a nápojů,

oblékání se. Dále se vyhodnocuje mobilita klienta, používání toalety, zvládání hygienických aktivit, užívání léků, přesun pacienta a jeho využívání dopravních prostředků, hospodaření s peněžním obnosem nebo zvládání domácích prací. Jirák et al. (2009) ještě uvádějí schopnost orientace v prostoru nebo také schopnost obsluhovat některé domácí elektrospotřebiče. Bartoš a Hasalíková (2010) zmiňují, že v druhé skupině je třeba se zaměřit na poruchy nálady a chování jedince. Je nutné získat informace ohledně podrážděnosti, agrese, neklidu, pasivity nebo také změn osobnosti klienta. Potřebné jsou informace o spánkovém režimu, chuti k jídlu, zájmu o okolní dění, úbytku váhy, vyprazdňování. Nepřehlédnutelné jsou vztahy mezi blízkými osobami. Posuzuje se únava nebo schopnost rozhodovat se (Bartoš a Hasalíková, 2010). Lze přidat navíc plánování nebo úplné dokončení prováděného úkonu (Jirák et al., 2009). Poznávací funkce lze vyhodnotit pomocí testů (Bartoš a Hasalíková, 2010). Testy s pacientem provádí psycholog, neurolog nebo psychiatr (Jirák et al., 2009).

1.3.2 Diagnostika pomocí testů a dotazníků

Mezi používané testy v praxi patří test kreslení hodin. Do nakreslených hodin klient vyznačí číslice a ciferník, zaznamená požadovaný čas (Hauke et al., 2017). Tímto testem se zkoumají orientační schopnosti klienta, zrakové a motorické funkce, dále hlavně paměťové schopnosti, udržení pozornosti nebo plánování (Bartoš a Hasalíková, 2010). Jirák et al. (2009) jako další test uvedli test funkcí prostorové paměti. Hodnocena je schopnost obkreslit různé obrazce, které jsou řazeny od nejjednodušších po nejsložitější. Dle Bartoše a Hasalíkové (2010) je vhodné použít testy na orientaci v čase a prostoru, protože prvotně bývá narušena složka orientace v čase a později i v místě. Je nutné zjistit, jestli klient zná odpovědi na otázky tohoto typu: jaký je den v týdnu, kolikátého je dnes, jaké je roční období, který je rok, ve kterém jsme měště, kde bydlí, ve kterém státě žije apod. Dalším testem je tzv. Sedmičkový test, kterým je posuzována paměť a pozornost klienta. Test spočívá v častém odečítání čísla 7 od čísla 100. Tento test úzce souvisí s testem MMSE. Dále se využívají jednoduché paměťové testy, které jsou zaměřené na vštípení informací, jejich uchování a následující vybavení. Pracuje se s vizuálními i slovními informacemi. Jirák et al. (2009) informují, že existují také testy na posouzení řečových schopností klienta. Testem lze zhodnotit plynulost řeči. Klient se snaží v určitém časovém úseku vyjmenovat co největší počet slov dle zadání. Tímto testem se ověřuje plynulost

pacienta, jeho pracovní a verbální paměť. Bartoš a Hasalíková (2010) uvedli, že v řečových testech se hodnotí porozumění mluvenému slovu a produkce slov klienta. Postup je od nejjednodušších po nejsložitější pokyny a otázky. Jirák et al. (2009) ještě připomínají další testy na řečové funkce, které se nazývají WAB testy. Hodnotí se opakování slov, porozumění mluvenému slovu a pojmenování. Druhá část WAB testů je zaměřena na logické uvažování pomocí uspořádání obrázků. Soustřeďuje se na schopnost čtení, psaní a počítání. Jirák et al. (2009) uvádějí, že následujícím testem se posuzuje poznávací funkce klienta. Test je označen zkratkou MMSE, což znamená Mini Mental State Examination. Bartoš a Hasalíková (2010) uvádějí, že test, který určuje míru poškození poznávacích funkcí, zahrnuje 10 podtestů. Subtesty hodnotí orientaci v čase a prostoru, komunikační schopnosti, soustředěnost, čtení, psaní, počítání, řeč, krátkodobou paměť a praktické schopnosti a dovednosti klienta. Tímto způsobem lze účinně oddělit demenci od běžného stárnutí procesu. Časová vymezenost na test je 5 - 10 min. Maximální počet bodů je 30, hraniční výsledek se pohybuje v rozmezí 26 - 25 bodů. Při výsledku 24 bodů a méně se hovoří o rozvoji demence. Nikolai et al. (2013) udávají, že neschopnost udržovat domácnost se vyskytuje hlavně při středně těžké a těžké demenci, kdy výsledky testu MMSE jsou zhodnoceny číslem 15 bodů a méně. Bartoš a Hasalíková (2010) uvádějí, že kromě testu MMSE se hodnotí poznávací funkce pomocí dalších dvou testů. Prvním testem je Addenbrookský kognitivní test a druhým je Montrealský kognitivní test (Bartoš a Hasalíková, 2010). Montrealský poznávací test je přesnější než test MMSE (Hauke et al., 2017). Testem lze efektivně vyhodnotit prvotní symptomy v souvislosti s poruchami poznávací složky jedince (Holmerová et al., 2014a). Jirák et al. (2009) ještě uvádějí Wechslerovu škálu paměti, kde se posuzuje výbavnost informací, slovní a vizuální paměť klienta, logické uvažování a uspořádání čísel nebo písmen. Dalším testem je kreslení dráhy. Zde je posuzována schopnost plánování, psychomotorické tempo a vizuální schopnosti klienta. Lze využít i Stroopův test, který informuje o míře soustředěnosti a hlavně přizpůsobení se zátěži (Jirák et al., 2009).

Bartoš a Hasalíková (2010) uvádějí možnost využití dotazníků. Jejich cílem je zmapovat oblast běžných denních aktivit. Dotazníky jsou velmi cílené a časově nenáročné. Hodnocení lze provést pomocí bodové škály. Dotazník vyplňuje nemocný nebo pečující blízká osoba individuálně. Bartoš a Hasalíková (2010) zmiňují tři druhy dotazníků. Hodnotí se funkční stav, soběstačnost a aktivity denního života. Dotazníkem funkčního

stavu klienta lze vyhodnotit běžné denní aktivity. Aktivity denního života je vhodné zjistit i během komunikace s rodinou nebo pečovatelem (Bartoš et al., 2008). Zhoršení těchto aktivit u klientů s demencí se hodnotí pomocí Bristolské škály aktivit denního života. Dotazník vyplňuje rodina nebo pečovatel. Hodnotí se 20 činností, které klient běžně prováděl. Blízká osoba se rozhoduje mezi čtyřmi možnostmi a může zvolit pouze jednu. Celkem je možné dosáhnout 60 bodů. Dotazník je volně dostupný a využíváný pro pacienty s demencí. Vyplnění dotazníku je jednoduché a srozumitelné (Řípková et al., 2010).

U pacienta s demencí se mohou objevit symptomy deprese. Depresivní symptomy jsou totiž mnohdy spojovány se symptomy demence. Deprese se může objevit u Alzheimerovy choroby a vaskulární demence (Dostál, 2011). Wongpakaran a Wongpakaran (2013) ve své publikaci doporučují pro testování výskytu deprese u demence Cornell Scale of Depression in Dementia. Tato škála se široce využívá při poruše poznávací složky jedince. Obsahuje 19 otázek a skóre škály získaných bodů je od 0 do 2. Číslo 0 značí nepřítomnost příznaků a číslo 2 značí závažné příznaky. Tímto měřítkem se hodnotí pět skupin. První skupinu tvoří nálada klienta. Zde se posuzuje úzkost, smutek nebo podrážděnost klienta. Druhá skupina se zaměřuje na poruchu chování jedince, zejména na agitovanost nebo také ztrátu zájmu. Třetí skupinu zahrnují fyzické známky. Posuzuje se chuť k jídlu, hmotnost jedince, energetická výkonnost. Čtvrtá skupina se zabývá cyklickými funkcemi. Zjišťují se poruchy nálady nebo poruchy spánkového rytmu. Pátá skupina se zabývá ideální poruchou. Hodnotí se snížená sebeúcta, sklony k sebevražedným myšlenkám nebo pesimistické myšlení. Dle Weert (2005) se také využívá Cohen – Mansfieldův inventář agitace, jehož hlavním zaměřením je zhodnocení síly agitace. Dotazník je určen pro pečovatele a zabývá se 29 projevy agitace. Každý projev je zhodnocen na sedmi bodové stupnici frekvence. Stupnice je seřazena od bodu nikdy po bod několikrát za hodinu. Posuzují se 3 projevy agitace: agresivní chování, fyzicky neagresivní jednání jedince a slovně agitované jednání.

1.3.3 Základní vyšetření a speciální vyšetření

Mezi základní vyšetření u poruch kognitivních funkcí patří odběry krve (Bartoš a Hasalíková, 2010). Odběry krve potvrzují zánětlivé procesy v těle, nádorová onemocnění nebo chudokrevnost (Hauke et al., 2017). Nutné je vyhodnotit hladinu

vitaminu B₁₂ a kyseliny listové v těle (Jiráček et al., 2009). Dále se z krve zjistí hladina cukru, minerály, ledvinné a jaterní funkce, vnitřní prostředí, činnost žláz s vnitřní sekrecí, činnost srdečního a dýchacího systému. Současně se provádí rentgenové vyšetření srdce a plic. Součástí je také EKG vyšetření. Mezi speciální vyšetření patří neuropsychologické vyšetření. Vyšetření podrobně zhodnotí poznávací funkce jedince (Bartoš a Hasalíková, 2010). U většiny pacientů s demencí je zajištěno vyšetření CT mozku, kde se zobrazí případné hematomy a tumory. Dalším speciálním vyšetřením je magnetická rezonance mozku, která upřesňuje onemocnění jedince a prokazuje možnou etiologii demence (Hauke et al., 2017). Pro správnou diagnostiku onemocnění je vhodné genetické vyšetření a odběr vzorku mozkové tkáně (Perušicová a Mohr, 2013). Vyšetření PET zobrazuje kvalitu látkové výměny v mozku. Na průkazu onemocnění se uplatňuje také vyšetření EEG (Jiráček et al., 2009). Provádí se i speciální vyšetření SPECT. Zkratka SPECT znamená jednofotonová emisní počítačová tomografie mozku. Toto vyšetření vyhodnocuje aktivitu mozkových buněk na základě prokrvení jednotlivých oblastí v mozku. Vyšetřuje se i mozkomíšni mok (Bartoš a Hasalíková, 2010).

1.4 Léčba demencí

Podstatné při léčbě je provedení diferenciální diagnostiky a následné zjištění typu demence. Na základě výsledků se začíná pacient léčit (Jiráček, 2011). Léčit se dají jen některé typy demencí (Glennner et al., 2012).

1.4.1 Léčba Alzheimerovy demence

Nejčastěji se pro léčbu Alzheimerovy demence využívají léky z řady blokátorů cholinesteráz (Jiráček et al., 2009). Bartoš a Hasalíková (2010) zmiňují, že z nejčastěji používaných chemicky různorodých substancí jsou to Donepezil, Rivastigmin a Galantamin. Tyto léčivé preparáty může předepsat neurolog, psychiatr, nebo geriatr. Předpokladem je diagnosticky potvrzená Alzheimerova demence. Na jiný typ demence se tyto léky neužívají. Léky předepisuje lékař s přihlédnutím k výsledkům testů MMSE. Základem léčby Alzheimerovy choroby je léčba poruch poznávacích schopností jedince. Léčba je zahájena nejnižší dávkou léku. Postupně se v rozmezí jednoho měsíce dávka zvyšuje až do maximálně tolerovaného množství. Cílem je dosáhnout nejlepší účinnosti léku (Bartoš a Hasalíková, 2010). Příznivé účinky se u žen dostávají vlivem podávání

estrogenů (Halová, 2010). Před zahájením léčby sestra intenzivně sleduje osoby, které mají v anamnéze poruchy dýchacího systému nebo gastrointestinálního traktu, dále také epileptické záchvaty nebo poruchy srdečního systému (Bartoš a Hasalíková, 2010). Pro léčbu lehké nebo středně těžké demence je vhodné využít lék Memantin (Jirák et al., 2009). Výskyt nežádoucích účinků léků se může projevit v počátečních stádiích zahájení léčby onemocnění a při zvyšování dávek léků. Těmto problémům lze zamezit postupným zvyšováním dávkování léků v rozmezí jednoho měsíce. To vede k lepšímu přizpůsobení organismu na lék (Bartoš a Hasalíková, 2010). Vývoj demence se může dočasně pozastavit, ale příznaky demence se postupně zhorší (Glennner et al., 2012). Zvěřová (2017) také informuje o nefarmakologických možnostech řešení, kdy sestry uplatňují nejruznější rehabilitační programy. Vhodné je farmakologické a nefarmakologické metody vzájemně propojovat (Zvěřová, 2017). Alzheimerova demence je jednou z nejčastějších příčin úmrtí (Jirák et al., 2009). Úplné vyléčení Alzheimerovy demence prozatím není známo (Halová, 2010).

1.4.2 Využití farmakoterapeutických postupů u Alzheimerovy demence

Jestliže se přistupuje k farmakoterapii u Alzheimerovy choroby, musí se nejdříve objektivně zhodnotit stav nemocného (Perušicová a Mohr, 2013).

Hlavním efektem léčby je, že zpomaluje progresi demence a zmírňuje přechod do těžších forem onemocnění. Pozitivem je podpora v oblasti chování jedince a v provádění rutinních aktivit. Kladně je ovlivněn vzájemný vztah mezi pečovateli a nemocným. Zvyšuje se kvalita života jedince (Perušicová a Mohr, 2013). Před počátečním užíváním psychofarmak i v kombinaci s nimi je nutné zvolit také nefarmakologické postupy. Psychofarmaka se volí podle příznaků, které se objevují ve větší míře (Vlček et al., 2010).

Ve větší míře se u těchto pacientů projevuje neklid. Nejčastěji využívaným lékem pro léčbu neklidných stavů je Tiaprid. Dávkování se zahajuje nejdříve 1 - 3 krát 1 tabletou denně. Postupně s odstupem několika dní se dávkování snižuje na množství 1 - 2 tablet denně. Skupinou efektivních léků jsou také blokátory zpětného vychytávání serotoninu. Tato skupina léků má velmi příznivý efekt při léčbě symptomů agitovanosti nebo agresivity (Jirák et al., 2009). Pidrman (2007) udává, že u Tiapridu je velmi důležité důsledně hledat optimální dávkování pro pacienta. Tiaprid má zklidňující efekt již při

prvním podání léku. Jirák et al. (2009) uvádějí, že v těžkých případech se mohou také podávat antipsychotika 2. generace v nízkém dávkování. Perušicová a Mohr (2013) zmiňují, že léky ze skupiny antipsychotik lze také využít při neklidu nemocného. Jirák et al. (2009) tvrdí, že nutné je zvážit celkový stav a zhodnotit možná rizika léčby. Dalším podávaným lékem pro léčbu těžkých agresivních stavů je také Haloperidol. Perušicová a Mohr (2013) zmiňují, že lék Haloperidol lze použít v akutních stavech agitovanosti. Při akutních stavech úzkostného chování podáváme nemocnému Oxazepam. Oxazepam se užívá v nejmenších dávkách a po nejkratší možnou dobu. Obvykle užívanými léky při stavech agitovanosti nebo impulzivity nemocného jsou léky Cipralex, Zoloft nebo Trinitico (Jirák et al., 2009).

1.5 Jednotlivé nefarmakologické postupy u pacientů s demencí

Holmerová et al. (2007) uvádějí, že nefarmakologické postupy lze rozdělit do devíti samostatných skupin. Jednotlivé přístupy se soustřeďují na problémové chování jedince. Řeší se poskytnutí pomoci klientovi a jeho rodinným příslušníkům v prvotní fázi demence. Provádí se edukace, podávají se důležité a vhodné informace. Dále se udržují a posilují poznávací funkce jedince. Pozornost se věnuje udržení a posílení klienta v běžných denních činnostech. Cílem dalších postupů je snížení nebo úplné vyloučení negativního chování a psychologických symptomů demence – BPSD. Jsou zde zařazené i celostní přístupy s cílem posílit kvalitu života jedince s demencí a zlepšit komunikaci mezi pacientem a jeho blízkými. Nutné je zabývat se zlepšením kvality života klientů v pokročilých a těžkých fázích demence. Přístupy dále řeší organizačními faktory, systémem poskytování ošetrovatelské péče a služeb, případné přizpůsobení se klienta v novém prostředí (Holmerová et al., 2007).

1.5.1 Zmírnění či odstranění problémového chování a psychologických příznaků demence

Důležité je včas vyhodnotit etiologii, která negativní chování jedince zpravidla vyvolává anebo posiluje. Je nutné zajistit uspokojení potřeb pacientů s demencí. Jsou to zejména potřeby spojené s vyprazdňováním nebo s příjmem potravy (Holmerová et al., 2007). Jednou z metod je Videotrénink interakcí, metoda Marthe Meo. Cílem této metody je zkvalitnění přístupu k osobám s demencí. Zaměření metody spočívá ve shromažďování

videozáznamů z ošetrovatelské péče o klienty trpící demencí. Následuje posouzení zaznamenaných problémů a diskuze všech zúčastněných zdravotníků. Z toho vyplývá nalezení správného individuálního přístupu k pacientům za účelem zkvalitnění péče. Další metodou je Simulated Presence (Sim Pres). Cílem metody je snížit negativní chování jedince simulací rodiny nebo prostředí, které jedinec zná. Úkolem metody je pomocí videozáznamů klientovi připomínat jeho rodinné příslušníky nebo jeho domácí prostředí (Holmerová et al., 2007). Holmerová et al. (2007) informují o faktorech předvídatelnosti, pravidelnosti a strukturovanosti denního rytmu. Je to předpoklad pro kvalitní poskytování ošetrovatelské péče o pacienta s demencí. Cílem je nastavení optimálního denního režimu. Sestra dbá, aby se klient cítil užitečný a chápal smysluplnost aktivit, které sám provádí.

1.5.2 Celostní přístupy zaměřené na zlepšení kvality života a komunikace pacientů s demencí, psychoterapeutické techniky

Mezi nefarmakologické postupy se řadí psychoterapeutické techniky (Jirák et al., 2009). Mimoslovní komunikací a jejími obecnými aspekty se zabývají celostní přístupy (Holmerová et al., 2007).

Validace

Jednou z technik je validace. Tato metoda je velmi osvědčená a jejím cílem je udržet a zlepšit důstojnost pacienta. Důležitou roli hraje empatie a naslouchání. Smyslem je najít vzájemné porozumění mezi pacientem a zdravotníkem (Holmerová et al., 2007). Některé výzkumy pro vyhodnocení vlivu validační metody informují o snížení výskytu agrese a neklidného chování jedince (Hájková et al., 2016).

Preterapie

Velmi podobnou technikou validaci je preterapie. Metoda vychází z humanistické psychologie (Holmerová et al., 2007). Preterapie je přístup, který je cílený přímo na jedince s psychickou poruchou. Trvání této metody je dlouhodobější. Pracuje se s prožíváním pacienta. Terapie má za cíl navodit optimální vztah mezi pacientem a zdravotníkem, navázat vzájemnou komunikaci (Faixová, 2014). Zmiňovanou metodu lze využít také u agresivního chování klienta (Klevetová a Dlabalová, 2008).

Habilitační terapie

Dalším přístupem je habilitační terapie. Cílem této techniky je zajistit respektování důstojnosti a individuálních potřeb jedince. Metoda zahrnuje jednotlivé domény, na které je potřeba se následně hierarchicky zaměřit v souvislosti s péčí o pacienta. Záměrem metody je vytvoření prostředí, které je orientováno přímo na základní i specifické potřeby pacienta. Je potřebné se zaměřit na aktivity, které vedou ke spokojenosti klienta. Důraz je kladen na mimoslovní komunikaci a na dostatek stimulačních prostředků. Tím by se mělo snížit problémové chování jedince (Holmerová et al., 2007).

Aktivizační metody

Přínosné jsou i stimulační a aktivizační metody, které se zaměřují na zvládnání negativních situací. Vedou také ke správnému naplánování denního programu jedince (Holmerová et al., 2007).

Muzikoterapie, arteterapie

Do aktivizačních metod lze zahrnout muzikoterapii, pohybovou a taneční terapii s ohledem na pacientovy možnosti (Holmerová et al., 2007). Muzikoterapie je moderní metodou psychoterapie, která je potřebná pro správnou komunikaci a podporu myšlení (Stejskalová, 2010). Metodu lze rozdělit podle počtu zúčastněných klientů na individuální a párovou. Terapie vychází z přirozeného prostředí, kde klient žije (Holczerová a Dvořáčková, 2013). Muzikoterapii lze kombinovat s arteterapií nebo reminiscenční terapií. Klíčové je využití hudebních nástrojů (Stejskalová, 2010). Pozitivní efekt na zmírnění neklidu má zpěv známých a oblíbených písní. Hudební aktivity mohou probíhat v kolektivu s ostatními nebo klient hudbu vnímá samostatně (Vracem et al., 2016). Klienti mohou také využívat prvky z arteterapie, tzn. mohou výtvarně tvořit (Holmerová et al., 2007).

Pet terapie

V současné době se často využívá pet terapie. K léčbě pomáhají domácí mazlíčci (Holmerová et al., 2007). Uplatňuje se zejména canisterapie. Autorkou termínu canisterapie v ČR je Jiřina Lacinová. Pojem canisterapie vyjadřuje vzájemné citové propojení mezi pacientem a psem. Vzájemný vztah má pozitivní a léčebné účinky.

Terapie se řadí mezi nefarmakologické postupy u člověka s demencí. Pes určený pro terapii musí absolvovat speciální výcvik (Mařhová, 2012). Podmínkou úspěšnosti je vytvoření dobrých podmínek pro terapii, tzn. je nutné omezit rušivé vlivy z okolí, mít dostatek prostoru a času i na komunikaci. Terapie procvičuje jemnou i hrubou motoriku, smyslové funkce, pohyblivost pacienta, orientaci v časoprostoru. Navozuje se pocit jistoty, sebedůvěry. Klient se motivuje. V neposlední řadě se eliminuje pocit izolace a podporuje pocit socializace pacienta (Mařhová, 2012). Vracem et al. (2016) připomínají nutnost zvážit alergie nebo strach ze zvířat. Za zmínku stojí i otázka hygieny.

Aromaterapie

Vracem et al. (2016) informují o příznivých účincích aromaterapie. Například spojení vonných olejů s levandulí mírně snižuje příznaky agitovanosti. Vůně podporují zvědavost a zájem jedince. Aromaterapie se v praxi mnohdy používá nesprávným způsobem nebo v intenzivním množství, což vede k nepříznivým vlivům na chování jedince s demencí. Vracem et al. (2016) informují o využití vůně domova, domácí kuchyňské vůně. Pozitivně působí třeba i mýdlo, které dříve měli klienti rádi.

Reminiscenční terapie

K udržení poznávacích funkcí jedince slouží reminiscenční terapie, která pracuje se vzpomínkami jedince. Zaměřuje se na vybavování určitých událostí. Metoda je velmi vhodná pro jedince s demencí v souvislosti s poruchou krátkodobé paměti (Holmerová et al., 2007). Dlouhodobá paměť je často zachovalá (Holczerová a Dvořáčková, 2013). Oživují se vzpomínky z dřívější doby. Vhodné je využít rodinné fotografie nebo tzv. vzpomínkové krabice (Klevetová, 2017). Terapie se úspěšně používá v domácím prostředí. Metoda tak zlepšuje komunikaci mezi pacientem a jeho rodinou (Sheardová, 2011).

Ergoterapie

Vhodné je také zmínit ergoterapii. Ergoterapie má za cíl dosáhnout u pacientů maximální soběstačnosti. Vede k postupné nezávislosti pacienta jak v domácím, tak v sociálním prostředí na svém okolí. Terapie má pozitivní vliv na demenci. Soustředuje se na jemnou motoriku a posiluje paměťové funkce jedince. Klienti mohou plést, háčkovat, tvořit z keramické hlíny nebo modelíny (Holczerová a Dvořáčková, 2013). Důležitým faktorem

je socializace klienta a podpora komplexní péče o pacienta s demencí (Holmerová et al., 2007).

Bazální stimulace®

Své opodstatnění má také Bazální stimulace. Bazální stimulace „*pomáhá zvyšovat kvalitu života a bezpečnost poskytované péče*“ (Friedlová, 2011, s. 1). Podporuje vnímání vlastního těla na základní úrovni, vnímání okolí, posiluje orgánové funkce a napomáhá klientovi v orientaci v časoprostoru. V České republice se bazální stimulace začala rozvíjet od roku 2003. Zařízení sociálních služeb mohou získat certifikát tzv. „Pracoviště Bazální stimulace“. Tento certifikát napomáhá k získání dalších certifikátů (Friedlová, 2013). Součástí je včasné zahájení rehabilitačních prvků (Malíková, 2011). Základem je respektování důstojnosti, potřeb a lidskosti pacienta (Michálková et al., 2017). Důležitá je návaznost mezi tělem a duší jedince. Složky vnímání, pohyb a komunikace jsou ve vzájemném propojení. Bazální stimulace je také vhodná při stavech neklidu, dezorientace a demence (Chovancová et al., 2012). Technika umožňuje přímou aplikaci prvků na lůžku klienta. Její finanční náročnost je minimální. Metoda ve spojení s ošetrovatelskou péčí o pacienta má pozitivní účinky na kvalitu jejich života (Michálková et al., 2017). Metodu lze využít i v domácí péči (Chovancová et al., 2012). Začlenění metody je vhodné i v domově pro seniory (Michálková et al., 2017).

Trénink paměťových funkcí

Perušicová a Mohr (2013) uvedli, že při léčbě poruch poznávacích funkcí je velmi důležité trénovat paměťové funkce jedince.

Využití behaviorálního přístupu

Jiráček et al. (2009) informují o další technice zvládnání problémových situací. Je to využití behaviorálního přístupu k nemocnému. Smyslem je omezit rušivé vlivy prostředí, vhodně zvolit aktivity pro nemocného, navázat sociální kontakty, správně se chovat k nemocnému. Je potřebné využít prvky na podporu zachování kognitivních funkcí nemocného. Důležitou složkou je specifický přístup, který je soustředěn na individualitu nemocného a konkrétní situaci. Klucká a Volfová (2016) uvádějí několik aktivizačních tréninků na podporu poznávacích funkcí. Procvičuje se zde pozornost, jemná motorika, paměť, výbavnost nebo také prostorová orientace. Jiráček et al. (2009) zmiňují, že je nutné

zvolit přiměřené množství vhodných aktivit. Volba zájmových aktivit pro nemocného je zcela individuální. Aktivity by pro klienta měly být nejen prospěšné, ale i zábavné. Volí se jednoduché prvky aktivizace, aby je klient dobře zvládal (Jirák et al., 2009).

Smyslová aktivizace

Efektivní je i smyslová aktivizace jedince. Lze využít metodu dle MUDr. Montessori (Wehner a Schwinghammer, 2013). Metoda v souvislosti s demencí zahrnuje tvorbu každodenních situací, cílenou aktivizaci jedinců, krátkodobé aktivizační techniky v domovech pro seniory nebo další vzdělávání jedince ve skupinách. Cílem je zvýšit samostatnost pacienta. Nutné je pracovat se životopisy klientů a provádět individuální záznamy, které se neustále aktualizují (Wehner a Schwinghammer, 2013).

1.5.3 Zásady přístupu k pacientům s demencí pro laické i profesionální pečovatele

Holmerová et al. (2007) popisují několik zásad v přístupu k pacientovi s demencí. S onemocněním přijde řada změn, které je nutno respektovat a pokud možno se na ně připravit. Pokud je to v silách pečovatelů, je důležité plnit reálná přání klientů.

Klevetová a Dlabalová (2008) uvádějí, že je nutné pro správnou komunikaci znát o nemocném a jeho onemocnění veškeré dostupné informace. Důležité je naslouchat klientovi (Klevetová, 2017). Pečující osoba by měla adekvátně reagovat na otázky pacienta, předcházet již zjištěným vyvolávajícím faktorům agresivity. Osoba, která se stará o klienta, by neměla člověka s demencí poučovat o realitě a vylouvat mu jeho představy. Ošetřující personál nebo rodinný příslušník by neměl prosazovat vlastní vůli (Hauke et al., 2017). Klevetová a Dlabalová (2008) radí, aby pokyny byly podávány nemocnému s určitým časovým odstupem. Klienta je nutno chápat, příliš neusměrňovat a nepoučovat ho. Podle Hauke et al. (2017) hraje velmi významnou roli navození důvěry mezi klientem a pečující osobou. Pečující osoba by měla umět naslouchat klientovi, sestavit mu pravidelný a smysluplný denní režim, který bude neměnný. Klevetová a Dlabalová (2008) udávají, že je dále nutné oslovovat nemocného stejně, jako byl oslovován dříve. Podle Glennera et al. (2012) je velmi podstatná každodenní komunikace mezi pacientem a jeho blízkou osobou. Důležitou roli hraje i neverbální komunikace. Dle Hauke et al. (2017) je vhodné, aby pečující osoba komentovala prováděné úkony, dbala na určité zásady a dodržovala je. Měla by udržovat oční kontakt, sledovat jeho verbální

a neverbální komunikaci a přiměřeně na ni reagovat. Správné je neopravovat chyby, kterých se nemocný dopouští. Klienta nesmí ponižovat při běžných denních činnostech. Glenner et al. (2012) tvrdí, že je nutné ujasnit si plány do budoucna. Vhodné je naplánovat péči o člověka s demencí, zajistit mu zdravotní péči. Neopomenutelnou složkou jsou také finance. Je třeba včas finančně zajistit osoby s demencí i samotného pečovatele. Jirák et al. (2013) říkají, že je nutné při komunikaci dodržovat srozumitelnost a jednoduchost podávaných informací. Je vhodné informovat sousedy a blízké osoby o vzniklém onemocnění.

1.5.3.1 Zásady v krizových situacích při péči o pacienta s demencí

Mezi problémové situace v souvislosti s demencí patří nezáměr o okolí, nedostatečná motivace klienta, depresivní a úzkostné stavy, ale i nespolečné při základních činnostech, např. stravování (Glenner et al., 2012). V některých nezvladatelných situacích je nutné přistoupit k hospitalizaci nemocného na gerontopsychiatrickém oddělení (Jirák et al., 2013). Pečující osoba by měla v krizových situacích hlavně zachovat klid, nespěchat na klienta, hovořit klidně, udržovat přiměřený oční kontakt, usmát se na klienta, měla by mít empatické schopnosti a vyhýbat se konfliktu. Dále jsou velmi důležité doteky, které lze pozitivně využít ve vzájemném kontaktu. Vedou k navození důvěry mezi klientem a ošetřujícím personálem. V počáteční fázi může osoba s demencí doteky pociťovat jako ohrožující faktor. Jak laičtí pečovatelé, tak zdravotníci u klientů v pobytovém zařízení by měli omezit všechny změny na minimum (Hauke et al., 2017). Podle Pidrmana (2007) je nutné vyhýbat se stresujícím situacím. Podstatné je udržení zvyklostního režimu v běžných denních činnostech. Důležité je neslibovat pacientovi něco, co v dohledné době nelze splnit. Bartoš a Hasalíková (2010) uvádějí, že péče o člověka s demencí by měla být rozdělena mezi více blízkých osob. Jirák et al. (2009) uvádějí, že v problémových situacích je nutné objektivně posoudit celkový stav neklidného pacienta. Týká se to klientů v pobytovém zařízení. Vhodné je zjistit maximální množství informací, které se týkají etiologie chování nemocného. Nutné je posouzení možných intervencí a v neposlední řadě úzká spolupráce s rodinou nemocného. Ošetřující personál musí správně rozlišit, zda je některá z důležitých potřeb neuspokojená nebo jde opravdu o problémové chování nemocného (Jirák et al., 2009).

Vyvolávajícím faktorem symptomu agitovanosti je často úzkost. Samozřejmostí je provedení záznamu o problémovém chování jedince. Základem je navodit příjemnou a pozitivní atmosféru mezi nemocným a pečující osobou. Personál by měl volit vždy vlídný a trpělivý přístup. Problémové chování je způsobeno někdy medikací některých léků, přidruženými onemocněními, pocitem bolesti nemocného. Momentální stav nemocného ovlivňují teplotní podmínky, nesprávné pochopení vzniklé situace, nesrozumitelné vyjádření svých potřeb, chybné naplánování a realizace činností nemocného. Může se přidružit i zmatenost klienta. Důvodem může být nevhodné prostředí, nevlídné zacházení s klientem, narušení běžného denního rytmu, nervozita a negativismus pečujících nebo blízkých osob (Jirák et al., 2009).

Jirák et al. (2009) informují o prevenci vzniku problémového chování u nemocných s demencí. Důležité je správně nasadit léčebné preparáty lékařem, edukovat blízké a pečující osoby. Řešením kvalitní ošetrovatelské péče je navýšení počtu míst v respitní péči nebo ve stacionářích. Snahou by mělo být i modernizování ústavních zařízení pro nemocné.

Venglářová (2007) doporučuje při nočním neklidu aktivizaci jedince během dne, zvolení pravidelného denního rytmu, upravení prostředí pro kvalitní a nerušený spánek, vyhnutí se nevhodným tekutinám před spánkem, komunikaci s lékařem o vlivu některých léků na spánek a o zdravotních potížích jedince. Toot et al. (2013) uvedli, že odborná pomoc v krizových situacích, pro rodiny pečující o jedince s demencí, by měla být dostupnější.

1.5.3.2 Podpora pečujících osob

Péče o pacienty je podmíněna edukací a odborným vzděláváním profesionálních pečujících (Holmerová et al., 2007). Jirák et al. (2009) zdůrazňují péči i o laické pečovatele. Vhodná je podpora pečujících osob, jejich motivace, informovanost o stavu nemocného. Celkově to lze shrnout jako individuální přístup k pečujícím (Jirák et al., 2009). Zvěřová (2017) informuje, že studie prokázaly značné rozdíly mezi rodinnými pečovateli ženského pohlaví oproti rodinným pečovatelům mužského pohlaví. Hauke et al. (2017) připomínají, že pečující nemají zapomínat sami na sebe. Mají dodržovat správnou výživu, dbát na dostatek spánku, odpočinku a na přiměřenou fyzickou aktivitu.

Je důležité umět se vypořádat se stresem. Velmi podstatné je, aby pečující osoba uměla přijímat změny v souvislosti s demencí.

Péče o pacienta s demencí znamená pro pečující blízké osoby omezení v některých složkách. Pečující osoba má nedostatek volného času, ztrácí své vlastní soukromí, mění se vztahy mezi přáteli nebo také finanční situace (Zvěřová, 2017). Jiráček et al. (2009) uvádějí nutnost informovat o nereálném očekávání. Pečující osoby jsou edukovány o jednotlivých nefarmakologických postupech při řešení problémových situací. Toot et al. (2013) zmiňují nutnost správného vzdělávání pečujících osob, zvolení individuálního přístupu, aby pečující výklad správně pochopil. Jiráček et al. (2013) říkají, že pečující osoba potřebuje efektivní podporu. Odborník by měl vyslechnout její problémy a pocity v souvislosti s péčí o nemocného.

Možnosti vyhledání odborné péče

Nutné je informovat blízké nebo pečující osoby o možnostech vyhledání odborné pomoci nebo o sociální a právní pomoci. Mezi první pomoc patří poskytnutí kontaktů například na Charitu nebo Alzheimerovskou společnost (Jiráček et al., 2009). Péče o dementního pacienta je poskytována ve zdravotnických zařízeních, ať už v ambulantní nebo lůžkové části oddělení (Zvěřová, 2017). Jiráček et al. (2013) informují o existenci mnoha zařízení, která se věnují edukaci rodin pečujících o jedince s demencí. Například česká Alzheimerovská společnost poskytuje respitní péči, která snižuje fyzickou i psychickou náročnost v péči o nemocného. Health Quality Ontario (2008) uvádí, že respitní péče je podpůrná služba pro zmírnění zátěže pečujících o pacienty s demencí. Holmerová et al. (2014a) informují o možnosti domácí zdravotní péče, kdy sestra navštěvuje nemocného podle ordinace lékaře. Health Quality Ontario (2008) uvádí, že byla zaznamenána vyšší poptávka na péči o klienta s demencí než o klienta s jiným chronickým onemocněním. Hájková et al. (2016) zmiňují, že pracovníci z pobytového zařízení, kde je klient umístěn, podporují citovou vazbu mezi klientem a jeho rodinou.

1.5.4 Úprava domácího prostředí

Rodina klienta by se o možnostech vylepšení domácího prostředí měla poradit s odborníky, např. sestrou. Jiráček et al. (2009) uvádějí postup, jak prostředí upravit. V první fázi demence je klient ještě schopen se o sebe sám postarat a potřebuje jen mírnou

dopomoc. Ve druhé fázi onemocnění klient špatně organizuje některé činnosti. Cítí se nejlépe v prostředí, které je mu dobře známé. Pozornost se musí obrátit na klientovu bezpečnost. Je třeba promyslet vhodné umístění předmětů v okolí klienta, případně vyřešit správné osvětlení místnosti (Jirák et al., 2009). Dle Hájkové et al. (2016) je velmi přínosné soužití pacientů s demencí v domácím prostředí v menších skupinkách. Zkušenosti z Holandska potvrzují lepší uchovávání mezilidských vztahů. Pacienti se více začleňují do denních aktivit a výrazně se snižuje využívání omezovacích prostředků. Vracem et al. (2016) udávají, že zmírnění hluku snižuje agitovanost jedince. Jirák et al. (2009) uvádějí, že nemocnému je vhodné dát do blízkého očního kontaktu co nejvíce předmětů z jeho minulosti. Vracem et al. (2016) uvedli, že pozitivní efekt má teplé prostředí, ať už v lůžku nebo při koupeli jedince. Oproti tomu příliš velké rozdíly teplot v místnostech ve dne i v noci mohou vyvolat noční agitaci (Vracem et al., 2016). Nevhodně uspořádané prostředí může být příčinou pádu. Příčinou pádu můžou být i chybějící madla na záchodě nebo ve sprše, nesprávně zabezpečené schodiště, nedostatečné osvětlení prostorů, kluzká podlaha nebo koberce (Glennner et al., 2012). Halová (2010) také informuje o úpravě domácího prostředí. Vhodné je dát nemocnému na dosah psací potřeby, aby si případné poznatky mohl zaznamenat. Důležité je také správné umístění kalendáře nebo nástěnných hodin. Nutné je pořízení dávkovačů léků, protože mnohdy spočívá problém ve správném užívání předepsaných léků. Osvědčilo se přehledně označit předměty a dveře. Přispívá to k lepší orientaci nemocného. Dle Prokopové (2017) je efektivní změnou i barevnost předmětů, ale vše v rozumné míře. Vracem et al. (2016) uvedli, že neutrální barvy stěn omezují rušivé vlivy na chování jedince. Velmi přínosné pro snížení agitovanosti je využití barevných předmětů na bílém podkladě. Úspěšně se využívají přírodní materiály, květiny nebo obrazy s přírodními motivy. Podle Halové (2010) je vhodné také odstranit klíče ze dveří, aby nedošlo k uzamknutí nemocného v místnosti. Nutné je brát na vědomí, že nemocný v akutním zhoršení stavu nemůže zůstat sám a bez dohledu blízkých osob nebo pečovatелů. Jirák et al. (2013) říkají, že mezi efektivní úpravy v domácím prostředí patří i bezbariérový přístup. Nepotřebné věci je nutné zredukovat. Podle Prokopové (2017) je vhodné nechávat otevřené dveře místností v domácím prostředí, jelikož to usnadňuje vymezení dosažitelného cíle a vede k lepší prostorové orientaci pacienta. Vhodnou pomůckou usnadňující pohyb nemocnému po bytě jsou chodítka (Jirák et al., 2013). Prokopová

(2017) informuje také o zakoupení protiskluzových podložek na záchod nebo do koupelny. Důležité je zaměřit se na vhodnou výšku madel a sklon umístění, připevnění držáků na různé předměty. Vracem et al. (2016) uvádějí, že pozitivní efekt mají velká vodorovná okna se závěsy, která by se měla otevírat po probuzení pacienta. Vracem et al. (2016) uvedli, že vliv denního světla zmírňuje agitovanost jedince a má pozitivní vliv na spánek. Jiráček et al. (2013) připomínají, že je prospěšné sociální začlenění, například kluby pro seniory nebo denní stacionáře.

Třetí stádium nemoci zahrnuje úplnou bezmocnost pacienta. Klient je ležící a zcela odkázaný na pomoc druhých osob. Jedinec musí mít zajištěnou 24hodinovou péči (Jiráček et al., 2009). Proto v této fázi většinou již domácí péče není možná. Je potřeba vyhledat odbornou pomoc (Wehner a Schwinghammer, 2013).

V péči o klienta se využívají jednorázové plenkové kalhotky nebo savé podložky, přenosné WC křeslo. Velmi efektivní je také prevence proleženin, kterou lze docílit pořízením antidekubitární matrace do lůžka nemocného (Jiráček et al., 2013).

1.5.5 Opatření omezující pohyb osob

Opatření omezující pohyb osob vychází z § 89 Zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)

Mezi používaná opatření, která omezují pohyb osob, se řadí: omezení svobodného pohybu, opatření odůvodněná dlouhodobým nepříznivým zdravotním stavem jedince, zřízení místnosti s bezpečným pobytem, přímý fyzický kontakt s cílem zamezit ohrožení života uživatele nebo jiných osob (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Za ohrožující situaci je považováno ohrožení zdraví a života uživatele sociálních služeb nebo zdraví a života jiných osob. Doba nezbytně nutná je charakterizována jako doba, kdy trvá situace ohrožení života nebo zdraví uživatele či jiné osoby (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Hlavní zásady

V sociálních službách se mohou používat opatření, která omezují pohyb osob, pouze po dobu nezbytně nutnou a to u pacientů, kteří jsou v ohrožení zdraví či života. Klienti mají právo na důstojné zacházení. I v případě nezbytnosti omezení jejich pohybu mají

nárok na kvalitní ošetrovatelskou péči a úctu. K omezení pohybu pacienta může dojít pouze tehdy, pokud byly neúspěšně vyčerpány všechny dostupné intervence. Omezení musí být přiměřené aktuálnímu stavu klienta. Po odeznění negativních symptomů je nutné omezení ihned ukončit (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Opatření ochrany

Každý poskytovatel péče zpracovává vnitřní pravidla, jak používat prostředky ochrany. Podle daných pravidel postupuje. Uživatel vyjadřuje písemný souhlas. Pokud toho není z důvodu nepříznivého zdravotního stavu schopen, posuzuje toto opatření odborný tým. Záznam je evidován (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Formy opatření omezující pohyb osob

Mezi používané formy patří: fyzické úchopy, bezpečná místnost, užití léků (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Ošetrovatelský personál musí být v této problematice pravidelně vzděláván (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

2 Cíle a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

1. Zmapovat nefarmakologické postupy řešení neklidu u pacientů s demencí.
2. Zjistit zkušenosti nelékařských zdravotnických pracovníků s využitím nefarmakologických postupů řešení neklidu u pacientů s demencí.

2.2 Výzkumné otázky

1. Jaké jsou nefarmakologické postupy řešení neklidu u pacientů s demencí?
2. Jaké jsou zkušenosti nelékařských zdravotnických pracovníků s nefarmakologickými postupy řešení neklidu u pacientů s demencí?
3. Jaké jsou zkušenosti laických pečovatелů s nefarmakologickými postupy řešení neklidu u pacientů s demencí?

2.3 Operacionalizace základních pojmů

Prvním pojmem je demence. Demenci lze vysvětlit jako soubor příznaků, který má za následek postižení mozku (Pidrman, 2007). Toto onemocnění se rozděluje na několik stadií podle toho, do jaké míry jsou zasaženy poznávací funkce jedince (Petr et al., 2014).

Důležitým pojmem je agitovanost. Agitovanost je charakterizována jako neustálý neklid (Hauke et al., 2017). Tento symptom se může někdy kombinovat s agresivitou klienta (Látalová, 2013). U neklidu je nutné pátrat po etiologii, která jej vyvolává. Může sem patřit například špatný přístup k pacientovi nebo negativní vliv prostředí, ve kterém klient žije (Jiráček et al., 2009).

Dalším pojmem je pacient či klient. Pacient je ten, kdo spolupracuje se sestrou a je v její péči. Může navrhnout různá řešení v souvislosti s uspokojením svých potřeb nebo hledáním a následným řešením jeho ošetrovatelských problémů (Špirudová, 2015).

Následujícím pojmem je nelékařský zdravotnický pracovník. Nelékařský zdravotnický pracovník je ten, kdo poskytuje některé zdravotní výkony zcela samostatně, ale není to lékař. Nelékařský zdravotnický pracovník informuje klienta pouze o zdravotních výkonech, ke kterým má zdravotní způsobilost (Ptáček et al., 2011).

Laický pečovatel je nejčastěji rodinný příslušník, který se stará o svého blízkého. Nemusí to být pouze rodinný příslušník, ale třeba dobrovolník, soused nebo osoba z dobročinného sdružení. Pečovatelé tráví s nemocnými hodně času a poskytují jim ošetrovatelskou péči (Kalvach et al., 2011).

3 Metodika

3.1 Použité metody ve výzkumném šetření

V našem výzkumném šetření jsme si zvolili strategii kvalitativního výzkumu. Metody kvalitativního výzkumu se soustřeďují na nematematické prvky. V ošetrovatelské činnosti volíme spíše kvalitativní metodu výzkumného šetření. Chápeme zde klienta jako celistvou bytost (Kutnohorská, 2009). Výzkum byl prováděn pomocí metod dotazování a pozorování. Z technik sběru dat pro výzkumné šetření byl vybrán polostrukturovaný rozhovor. Gulová a Šíp (2013) ve své publikaci uvádějí, že základem metody polostrukturovaného rozhovoru jsou otevřené otázky. Dotazovaný má více prostoru pro rozvíjení daného tématu. Polostrukturovaný rozhovor je nejčastěji využívanou metodou sběru výzkumných dat (Gulová a Šíp, 2013). Dále ke sběru dat jsme si zvolili polostrukturované, nezúčastněné skryté pozorování. Kutnohorská (2009) informuje o tom, že při nezúčastněném pozorování není výzkumník součástí cíleně zkoumaného prostředí. Skryté pozorování můžeme charakterizovat tak, že zúčastněné osoby neví, že je badatel pozoruje (Kutnohorská, 2009).

Výzkum byl prováděn během měsíce března a dubna 2018. Polostrukturované rozhovory byly vedeny s 8 sestrami, které pracují v domovech pro seniory se zvláštním režimem. Dále byly rozhovory prováděny se 4 laickými pečovateli, kteří se stále starají anebo do nedávné doby starali o své blízké s Alzheimerovou chorobou nebo jiným typem demence. Část zdravotnického personálu, se kterým jsme vedli rozhovory, byla dále pozorována při jejich ošetrovatelské praxi. Výzkumné šetření bylo realizováno v Jihočeském a Plzeňském kraji. S výzkumným šetřením zúčastněné osoby, vrchní sestry, staniční sestry a jejich nadřízení souhlasili. Všech 6 písemných souhlasů je k dispozici u autora práce s ohledem na anonymitu jednotlivých zařízení. Rozhovory byly sestaveny v souvislosti s výzkumnými otázkami a cíli, kterých chceme dosáhnout. Sestry i laičtí pečovatelé odpovídali na jednotlivé otázky samostatně. Seznam otázek pro nelékařský zdravotnický personál je přiložen v příloze bakalářské práce (Příloha 1). Seznam otázek pro laické pečovatele je přiložen v příloze bakalářské práce (Příloha 2). Jednotlivé odpovědi na stanovené otázky byly zapisovány na papír a následně přepsány do počítačového textového souboru Microsoft Word. Sestry i laičtí pečovatelé byli předem seznámeni s tématem práce i s dodržováním a zachováním jejich anonymity.

Pro analýzu dat byla využita metoda otevřeného kódování pomocí techniky „tužka a papír“. Kompletní záznam rozhovorů je k dispozici na přiloženém CD (Příloha 4). Pozorování probíhalo v 6 domovech pro seniory se zvláštním režimem. Samotnému pozorování v jednotlivých zařízeních předcházela příprava a vyhotovení pozorovacího záznamu. V pozorovacím záznamu byly stanoveny jednotlivé kategorie, které byly následně pozorovány a vyhodnocovány (Příloha 3).

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor byl vybrán záměrně. Byl složen z 8 sester pracujících v domově pro seniory se zvláštním režimem. Dále výzkumný soubor zahrnoval 4 laické pečovatele, kteří se stále starají nebo v nedávné době starali o své blízké s onemocněním Alzheimerova demence nebo i jiným typem demence. Dotazování a pozorování byli respondenti z Jihočeského a Plzeňského kraje. Respondenti byli orientovaní v dané problematice. Všichni dotazovaní s výzkumným šetřením souhlasili. Podrobnosti o jednotlivých respondentech jsou popsány v následující kapitole.

4 Výsledky výzkumného šetření

V rámci analýzy získaných dat byla data rozdělena do 3 skupin. První skupina se týká výsledků rozhovorů se sestrami a obsahuje 15 kategorií. Druhá skupina se týká výsledků rozhovorů s laickými pečovateli a obsahuje 14 kategorií. Třetí skupina obsahuje výsledky pozorování sester v jednotlivých zařízeních a obsahuje 4 kategorie s několika podkategoriemi.

Kategorizace výsledků rozhovorů se sestrami

identifikační údaje sester

vzdělání sester

délka praxe na současném pracovišti

absolvované certifikované kurzy

využití nefarmakologických postupů u demence

nejčastější typ demence

uplatnění individuálního přístupu

využití hodnotících škál pro demenci a neklid

aktivizace klientů během dne

zkušenosti s nefarmakologickými postupy

reakce na problémové chování jedince

využití nefarmakologických prostředků/ metod při neklidu

využití speciálních pomůcek pro neklid

zajištění bezpečného prostředí

spolupráce s rodinou klienta

Kategorizace výsledků rozhovorů s laickými pečovateli

identifikační údaje laických pečovatelů

odborné vzdělání v ošetrovatelské péči

prostředí

délka péče

rozhodnutí pro domácí péči

samostatná a rodinná péče

aktivizace blízkého

metody vedoucí ke zklidnění blízkého

péče o člověka s demencí

úprava prostředí

typ demence

zkušenosti s problémovým chováním jedince

reakce na neklid

odborná pomoc

Kategorizace výsledků pozorování sester v jednotlivých zařízeních

využití nefarmakologických postupů

dodržování zásad správné komunikace

aktivizace klienta

úprava prostředí

4.1 Kategorizace výsledků rozhovorů se sestrami

Identifikační údaje sester

V tabulce 1 jsou uvedeny identifikační údaje sester a jejich věk. Věkové rozmezí dotazovaných sester se pohybuje od 24 let do 61 let.

Tabulka 1 Identifikační údaje sester

Respondent	Označení	Věk
Sestra 1	S1	33 let
Sestra 2	S2	34 let
Sestra 3	S3	24 let
Sestra 4	S4	26 let
Sestra 5	S5	61 let
Sestra 6	S6	42 let
Sestra 7	S7	48 let
Sestra 8	S8	33 let

Zdroj: Vlastní výzkum, 2018.

Sestra 1 bude dále v našem výzkumu označována jako S1. S1 pracuje v Domově se zvláštním režimem. S1 je 33 let.

Sestra 2 bude dále v našem výzkumu označována jako S2. S2 pracuje v Domově se zvláštním režimem. S2 je 34 let.

Sestra 3 bude dále v našem výzkumu označována jako S3. S3 pracuje v Domově se zvláštním režimem. S3 je 24 let.

Sestra 4 bude dále v našem výzkumu označována jako S4. S4 pracuje v Alzheimer centru. S4 je 26 let.

Sestra 5 bude dále v našem výzkumu označována jako S5. S5 pracuje v Alzheimer centru. S5 je 61 let.

Sestra 6 bude dále v našem výzkumu označována jako S6. S6 pracuje v Alzheimer centru. S6 je 42 let.

Sestra 7 bude dále v našem výzkumu označována jako S7. S7 pracuje v Domově se zvláštním režimem. S7 je 48 let.

Sestra 8 bude dále v našem výzkumu označována jako S8. S8 pracuje v domově se zvláštním režimem. S8 je 33 let.

Vzdělání sester

První otázka v rozhovoru se týkala absolvovaného vzdělání a nejvyššího dosaženého vzdělání sester. Všechny 8 respondentek odpovědělo, že vystudovaly střední zdravotnickou školu. S6 a S7 uvedly, že dosáhly specializace v geriatrici. Lišící se vzdělání měly respondentky S1 a S2: „*Moje absolvované studium je střední zdravotnická škola, konkrétně střední církevní zdravotnická škola*“ (S1). „*Mám střední zdravotnickou školu, dále mám nedokončené bakalářské studium speciální pedagogiky na PEdF UK. Mým nejvyšším dosaženým vzděláním je vyšší odborné vzdělání, obor sestra pro intenzivní péči*“ (S2).

Délka praxe na současném pracovišti

Tabulka 2 Délka praxe sester na současném pracovišti

Označení sestry	Délka praxe na současném pracovišti
S1	4 roky
S2	1, 5 roku
S3	4 roky
S4	1,5 roku
S5	4 roky
S6	6 let
S7	10 let
S8	5 let

Zdroj: Vlastní výzkum, 2018.

S1 pracuje v domově se zvláštním režimem po dobu 4 let. Respondentky S2 a S4 pracují na současné pracovní pozici celkem 1,5 roku. Respondentka S7 pracuje na současném pracovišti po dobu 10 let. S8 uvedla délku praxe na současné pozici 5 let. S3, S5, S6 odpovídají na otázky zcela rozdílně. „*Od listopadu roku 2017 dělám zdravotní sestru, předtím jsem od roku 2014 pracovala jako pečovatelka, obě pracovní pozice jsem vykonávala ve stejnojmenném zařízení*“ (S3). „*V Alzheimer centru pracuji po dobu 4 let. V domově pro seniory se zvláštním režimem pracuji 6 let*“ (S5). „*V Alzheimer centru v Jihočeském kraji pracuji 6 let, ale celkově v domově pro seniory se zvláštním režimem pracuji 10 let*“ (S6).

Absolvované certifikované kurzy

Třetí oblast otázek byla zaměřena na absolvované certifikované kurzy. Respondentky S5 a S8 uvedly, že žádné certifikované kurzy neabsolvovaly. Sestry S4, S6 a S7 mají kurz Bazální stimulace®. S2 uvedla, že prošla pouze kurzem komunikace s klienty s demencí. S3 informovala o celé řadě certifikovaných kurzů, které se týkaly předsudků v sociálních službách nebo manipulace s pacientem. S1 na tuto otázku odpověděla následovně: *„Absolvovala jsem několik školení, za zmínku stojí například validace, práce s lidmi s agresí, zvyšování psychické odolnosti, aktivizace seniorů a také pohybové aktivity ve vyšším věku. Mezi moje certifikované kurzy patří třeba práce v sociálním zařízení a práce s lidmi s demencí“ (S1).*

Využití nefarmakologických postupů u demence

V této části jsme se zaměřili na využití nefarmakologických postupů u osob s demencí. Polovina sester, konkrétně S1, S2, S3, S4, bazální stimulaci ve své ošetrovatelské praxi vůbec nevyužívá. Co se týče reminiscenční terapie nebo také jiným názvem vzpomínkové terapie, tak tu podle odpovědí využívají pouze respondentky S5, S6 a S7. Ostatní respondentky nemají s touto terapií téměř žádné praktické zkušenosti. Validální terapii využívá pouze respondentka S5, ostatní respondentky tuto terapii ve své praxi nevyužívají. Muzikoterapii efektivně do své ošetrovatelské praxe zařazuje polovina respondentek, konkrétně S2, S5, S6 a S7. Zajímavé je, že prvky z arteterapie zahrnují do praxe pouze 3 respondentky, konkrétně S5, S6 a S8. Canisterapii nebo obecně pet terapii využívají podle odpovědí jen 2 respondentky, konkrétněji S1 a S7. S7 informovala o tom, kde konkrétně canisterapii provádí: *„Dochází sem také na canisterapii, která se provádí buď individuálně na pokoji pacienta nebo skupinově ve speciálně vyčleněné místnosti“ (S7).* Ostatní respondentky tuto terapii nevyužívají a některé ji ani nepovažují za nezbytně nutnou. Prvky z ergoterapie denně podle odpovědí zařazuje pouze respondentka S8. Aromaterapii využívají respondentky S5, S6 a S7, označují ji za velmi efektivní a zklidňující. Všechny respondentky uvedly, že volí individuální přístup ke klientovi a zaměřují se hlavně na komunikaci, ať už verbální nebo neverbální. Pro ukázkou S1 odpověděla takto: *„Nejdůležitější je individuální přístup ke klientovi a komunikaci. Mezi další vhodné postupy řadím navázání očního kontaktu. Každý klient potřebuje čas, nespěchat na něj. Osobně také každému klientovi říkám vše, co s ním budu dělat“ (S1).*

Respondentky S3 a S4 informovaly o pozitivních účincích aktivizačních her s klienty a také o individuální aktivizaci svých klientů.

Nejčastější typ demence

V této části rozhovoru jsme se zabývali nejčastějším typem demence, která se vyskytuje u klientů v jednotlivých zařízeních. Všechny 8 respondentek se ve svých odpovědích shoduje, že nejčastějším typem demence je demence Alzheimerova typu. Velmi častý výskyt sekundární demence uvádí respondentka S7. Často zmiňovanou odpovědí byl rozsáhlý výskyt demence smíšeného typu. Tak odpověděly sestry S1, S3, S5, S6. Respondentky S5, S6, S4 mají zkušenost i s alkoholovou demencí.

Uplatnění individuálního přístupu

Zaměřili jsme se i na uplatnění individuálního přístupu ke klientům s demencí v praxi. Zajímalo nás, jestli respondentky přistupují ke každému klientovi stejným způsobem nebo volí spíše individuální postup. Kromě respondentky S4 všechny dotazované odpověděly, že přistupují ke každému klientovi zcela individuálně. S4 uvedla, že volí jednotný postup ke klientům. Ukázka uplatnění individuálního přístupu pro porovnání: „*Individuálně. Někoho necháme v klidu a u někoho se snažíme odvrátit pozornost*“ (S8). „*Tohle je velmi individuální. Stanovujeme si individuální plány na každého klienta. Hodně spolupracujeme s rodinou, pokud tedy rodina také spolupracuje s námi. Zaměřujeme se na to, čím si pacient prošel po dobu svého života. Uplatňuje se zde hlavně reminiscenční terapie*“ (S6). „*Záleží na znalosti klienta ze strany personálu. Samozřejmě se nejdříve začne s obecně ověřenými metodami, ale když pak klienta poznáte, jdete hned najisto. Je to o situaci a momentu nebo možnostech*“ (S2). „*Pro nás je důležitý prvotní individuální plán s biografií klienta. Dle životního příběhu klienta můžeme více pochopit jeho neklid a pracovat s ním. Například ho slovně uklidnit nebo připomenout jeho vzpomínky, pustit mu hudbu a podobně*“ (S1).

Využití hodnotících škál pro demenci a neklid

Zajímalo nás, jestli respondentky na svých pracovištích využívají nějaké hodnotící škály pro demenci a neklid. Respondentky S1 a S3 se svěřily, že žádné hodnotící škály pro demenci nevyužívají. Sestry S2, S5, S6, S7 a S8 uvedly, že využívají pouze škálu

MMSE. S4 uvedla, že využívá škálu MMSE a ještě navíc používá Montrealský kognitivní test – MoCA test.

Aktivizace klientů během dne

Další otázka byla zaměřená na aktivizaci klientů s demencí během dne. Zajímalo nás, jakým způsobem sestry aktivizují klienty. Pro ukázkou uvádíme, jak některé sestry odpověděly: „*Ano, troufám si říct, že se snažíme maximálně věnovat klientům. Klienti pracují na naší malé zahrádce, chodíme ven na procházky. Pleteme, malujeme, čteme různé knížky a vyrábíme různé předměty*“ (S5). „*Ano, dopoledne i odpoledne. Provádíme canisterapii, aromaterapii, muzikoterapii. Snažíme se klientům nechat prostor na to, co je baví.*“ (S7). „*Snažíme se hodně aktivizovat klienty. Klienti chodí v letních měsících na procházky, pokud to jejich stav umožňuje. Máme v centru malou zahradu, kde klienti dělají lehké domácí práce, například hrabou zahradu. Klientům umožňujeme dělat to, co je baví. Uplatňujeme arteterapii a muzikoterapii, což klienty hodně baví. Ale každého baví něco jiného, samozřejmě*“ (S6). Tyto činnosti vedly k udržení paměťových funkcí jedince. Sestry ve svých odpovědích zdůrazňují individuální i skupinové aktivizační prvky. Častou odpovědí bylo, že chodí na vycházky s klienty na zahradu nebo provádějí různá cvičení pro nácvik soběstačnosti. Sestry se shodly, že klienti mají možnost se zabývat činnostmi, které je baví.

Zkušenosti s nefarmakologickými postupy

Chtěli jsme zjistit, jaké mají sestry celkově zkušenosti s využitím nefarmakologických postupů u demence v rámci neklidu. S3 a S6 uvedly, že se v jejich zařízeních vyskytuje neklid u pacientů velmi zřídka. Pokud se ale vyskytne, S3 a S6 se shodují na názoru, že je vhodné zvolit individuální přístup ke klientovi, odvrátit jeho pozornost. Důležité je získat dostatek informací o každém klientovi a podle toho reagovat na náhle vzniklou situaci. Samozřejmé je vědět, jak takovým událostem správně předcházet a minimalizovat tak jejich opakovaný výskyt. S5 hovořila o individuálním přístupu takto: „*S neklidem je to velmi individuální záležitost. Pokud se nějaký problém vyskytne, snažíme se ho řešit individuálně. Důležité je znát životní příběhy klientů a mít správně promyšlené individuální plány na každého pacienta*“ (S5). S7 informuje o pozitivních účincích v rámci canisterapie. S4 informuje o kladných účincích v rámci komunikace a aktivizace

klientů. S4 uvedla, že je vhodné vést empatický rozhovor s klientem a také vhodně aktivizovat klienta. S1 má skvělé zkušenosti, které efektivně uplatňuje i ve své praxi a to následovně: *„Nejdříve umístíme matraci vedle lůžka. Kdyby jedinec spadl, tak zabráníme při pádu většímu zranění. Používáme také vycpávky na postranice u neklidných klientů, aby u nich nedošlo ke vzniku hematomů. Také v týmu zkoušíme různé činnosti, které jsme vyzozorovali, jako např. zkusit klienta uklidnit slovně, pomocí dotyků, změnou tématu, validace. Až poté se řeší jejich medikace s psychiatrem“* (S1). S2 uvedla tento názor: *„Je to zcela individuální a bohužel musím říct, že samozřejmě záleží na personálním obsazení“* (S2).

Reakce na problémové chování jedince

Zjišťovali jsme, jak reagují sestry na problémové chování jedince. Většina sester se shoduje na názoru, že je vhodné zvolit správnou verbální komunikaci a snažit se vyhnout negativním neverbálním projevům. S6 například uvedla, že mnohdy je efektivní na některé klienty zvýšit hlas, protože na klidný projev řeči téměř nereagují. S8 informuje o tom, že je důležité zachovat klid a napanikařit. S2 uvedla, že je nutné se snažit zabránit postupnému zvyšování problémového chování hned v počátcích. Většina respondentek se shoduje na konzultaci o problémovém chování jedince s rodinou klienta a následně s lékařem. Pro ukázkou uvádím odpověď sestry S1 k této problematice: *„Snažíme se u klienta najít příčinu jeho problémového chování. Příčina může být v minulosti, po přečtení životního příběhu jeho chování konzultujeme i s rodinou a hledáme způsob, jak mu pomoci“* (S1). S3 se snaží při výskytu neklidu reagovat takto: *„Profesionálně, problémy v chování jsou zachycovány pomocí záznamů a následně vyhodnocovány v celém týmu“* (S3).

Využití nefarmakologických prostředků/metod při neklidu

Některé respondentky uvedly, že nefarmakologické prostředky spíše využívají jako prevenci pádu nebo poranění. S5 a S6 se vyjádřily k této problematice takto: *„U nás nepoužíváme pro neklid žádné nefarmakologické metody. Pouze postranice jako prevenci pádu“* (S5). *„Na neklid ne, spíše jako prevenci pádu a úrazů. Klienti při sezení v křesle mají ochranný pás jako prevenci pádu“* (S6). S4 uvedla, že při neklidu používají deku, do které zabalí klienta. Dále využívají kurty ve formě obvazu, odvracejí pozornost klienta

a zařazují různé slovní metody. S2 zmínila k tomuto tématu efektivitu koupelí, masáží, zapoložování v lůžku, křesle či polohovacím vaku.

Využití speciálních pomůcek pro neklid

S2, S3, S4, S5, S6, S8 uvedly, že žádné speciální ochranné pomůcky v rámci neklidu nepoužívají. S7 zmínila, že pro neklid používají postranice, což je efektivní i jako prevence pádu. S1 uvedla tyto pomůcky pro neklidné klienty: *„Používáme matrace vedle lůžka, obložení na postranice a terapeutický stolek. Vše je řádně zaznamenáno v individuálním plánu klienta“ (S1).*

Zajištění bezpečného prostředí

V této oblasti nás zajímalo, jestli sestry mají na svých pracovištích zajištěnou bezpečnost u klientů s demencí a hlavně v situacích neklidu. S5 a S6 uvedly, že na svém pracovišti mají zabezpečená okna i dveře, výtah funguje pouze na čip a mají také zajištěné schody. S8 uvedla, že jen někteří klienti mají uzamčené dveře, protože jsou hodně neklidní. S8 uvedla, že mají výtah zabezpečený pomocí kódu. S1 se vyjádřila takto: *„Jako domov se zvláštním režimem jsme „uzamčené oddělení“. Pokoje jsou účelně vybaveny, klienti mohou mít i svůj nábytek. Snažíme se jim přizpůsobit veškeré prostředí, aby neměli v cestě překážky. Pokud klient souhlasí, používáme postranice“ (S1).* S7 zmínila, že klienti mají na každém pokoji záchod i koupelnu. Prostředí je vybaveno madly a protiskluzovými podložkami. S2 poukazuje na nutnost neustálého dohledu na oddělení, vstup na patro je přes uzamčené dveře, v kuchyňkách mají uzamykatelné skřínky a lednice (S2). Na pokojích klientů jsou vypolstrované bočnice na lůžkách, na tom se shodují respondentky S2 a S7. S3 uvedla, že v jejich zařízení mají klienti matrace u lůžka a přes noc i zábrany v lůžku. Vše je zaznamenáno v individuálním plánu pacienta (S3). S4 odpověděla, že používají bezpečnostní systém, dveře na kódy a hlavně areál budovy je oplocený. S2 a S4 se shodují na neustálém dohledu a přítomnosti personálu na oddělení. S2 také informuje o bezpečnosti personálu při manipulaci s neklidným pacientem. Vhodné je použití ochranných rukavic (S2). S4 uvedla jako nutnou izolaci neklidného pacienta od ostatních klientů.

Spolupráce s rodinou klienta

V poslední části rozhovoru jsme rozebírali spolupráci sester s rodinou klienta. Všechny respondentky odpověděly, že s rodinami klientů spolupracují většinou intenzivně. Rodina musí také projevovat zájem o spolupráci s daným zařízením. S4 uvedla, že umožňují svým klientům častá setkání s jejich rodinou, hovor mobilními telefony. Sestry konzultují s rodinou klienta jeho potíže (S4). S2 a S3 uvedly, že hlavně s rodinou konzultují nákup potřebných pomůcek, například pomůcky pro lepší mobilizaci klienta. S1 informovala, že zejména od rodiny klienta sestry získávají cenné informace o jeho životě. Ze získaných poznatků je následně vytvářena biografická kniha klienta. S8 ještě zmiňuje doprovody na různá vyšetření klienta. Pro ukázkou uvádím spolupráci sester s rodinou: „*Snažíme se co nejvíce spolupracovat s rodinou klienta, pokud to tedy jde. Někteří naši klienti mají rodinu v zahraničí, tak je to potom problém. Ale rodinu se snažíme zapojovat co nejvíce do ošetrovatelské péče. Umožňujeme jim časté návštěvy klienta. Nutné je dovědět se co nejvíce informací o klientovi*“ (S5). „*Ano, pokud rodina spolupracuje i s námi. Snažíme se získat veškeré informace o pacientovi. Většinou známe celý životní příběh klienta, jeho životní události a podle toho volíme individuální plány a následně individuální přístup*“ (S6). „*Ano, často. Pokud má rodina zájem. Umožňujeme jim návštěvy klienta podle toho, jak oni chtějí, ale aby to nenarušovalo chod oddělení. Dále spolupracujeme na výběru kompenzačních pomůcek*“ (S7).

4.2 Kategorizace rozhovorů s laickými pečovateli

Identifikační údaje laických pečovatelů

V tabulce 3 jsou uvedeny identifikační údaje laických pečovatelů a jejich věk. Je zde také uvedena délka péče o jejich blízkého. Věkové rozmezí dotazovaných respondentek se pohybuje od 47 let do 51 let.

Tabulka 3 Identifikační údaje laických pečovatелů

Respondent	Označení	Délka péče	Věk pečovatele
Laický pečovatel 1	L1	4,5 roku	51 let
Laický pečovatel 2	L2	5 let	47 let
Laický pečovatel 3	L3	10 let	48 let
Laický pečovatel 4	L4	6 let	48 let

Zdroj: Vlastní výzkum, 2018.

Laický pečovatel 1 bude dále v našem výzkumu označován jako L1. L1 pracuje jako učitelka na základní škole. L1 je 51 let.

Laický pečovatel 2 bude dále v našem výzkumu označován jako L2. L2 pracuje jako kuchařka. L2 je 47 let.

Laický pečovatel 3 bude dále v našem výzkumu označován jako L3. L3 pracuje jako učitelka na základní škole. L3 je 48 let.

Laický pečovatel 4 bude dále v našem výzkumu označován jako L4. L4 pracuje jako prodavačka. L4 je 48 let.

Odborné vzdělání v ošetrovatelské péči

V první oblasti nás zajímalo, jestli dotazovaní laičtí pečovatelé mají nějaké odborné vzdělání v ošetrovatelské péči. Z šetření vyplynulo, že žádná z respondentek nemá odborné vzdělání v ošetrovatelské péči. L1 se vyjádřila k této problematice takto: „V oblasti ošetrovatelské péče odborné vzdělání nemám. Jsem povoláním učitelka na základní škole a pravidelně absolvuji kurzy první pomoci, ale na danou situaci jsem nebyla připravena“ (L1). Ostatní respondentky uvedly, že mají běžné laické znalosti a veškeré zkušenosti získaly až v průběhu péče o svého blízkého.

Typ demence

Chtěli jsme vědět, jaký typ demence byl zjištěn u osoby, o kterou se laičtí pečovatelé starají. L4 uvedla, že byla u jejich člena rodiny diagnostikována těžká Alzheimerova

demence. L3 informovala o Parkinsonově chorobě s projevy demence. L1 a L2 se zmínili o tom, že jejich blízkým byla diagnostikována Alzheimerova demence.

Prostředí

V této kategorii jsme se chtěli dovědět, v jakém prostředí (rodinný dům, byt) se o klienta laičtí pečovatelé starají. Všechny respondentky odpověděly, že o svého blízkého pečují v rodinném domě. Respondentky se k této problematice vyjádřily následovně: „*Maminka žila v přízemí a moje rodina v prvním patře*“ (L1). „*Bydlíme v novém rodinném domě s dvěma oddělenými vchody ve městě. Otec mého manžela proto bydlel sice blízko nás, ale odděleně*“ (L2). „*Děda bydlel s babičkou v rodinném domě ve vedlejší vesnici. Denně jsem je navštěvovala a snažila se babičce péči o dědu ulehčit*“ (L3). „*Maminku jsem k sobě přestěhovala z jejího rodinného domu. Bydlela na vesnici a péči o sebe již nezvládala. Nyní bydlí v rodinném domě s mojí rodinou a má samostatný pokoj*“ (L4).

Délka péče

V následující tabulce 4 je uvedeno označení pečovatele a délka péče, kterou poskytuje svému blízkému.

Tabulka 4 Délka péče

Označení pečovatele	Délka péče
L1	4,5 roku
L2	5 let
L3	10 let
L4	6 let

Zdroj: Vlastní výzkum, 2018.

V této oblasti nás zajímala doba, po kterou se laičtí pečovatelé o své blízké starají. L1 uvedla, že se o svého blízkého stará 4,5 roku. Lehčí forma potíží u maminky trvala 1,5 roku. Péče se zaměřovala na přípravu běžných denních aktivit, lehčí dopomoc při některých činnostech. Byla nutná kontrola a přiměřený dohled. Po zhoršení stavu klientky se o ni rodina starala ještě další 3 roky. Komplexní péče se stala po čase nezvladatelnou. Pacientka byla přemístěna do Domova pro seniory (L1). L2 uvedla, že se o dědu spolu s manželem starali doma po dobu 5 let a následně byl přemístěn do Domova pro seniory (L2). L3 se svěčila následovně: „*V domácím prostředí jsme měli dědu 10 let.*“

Náročná péče se podepsala i na zdravotním stavu babičky. Děda byl střídavě umístěn na neurologických odděleních blízkých nemocnic“ (L3). L4 uvedla, že se o svou maminku v domácí péči starají po dobu 6 let.

Rozhodnutí pro domácí péči

Chtěli jsme zjistit důvody, které laické pečovatele vedly k rozhodnutí pečovat o své blízké v domácím prostředí. L1 se svěřila, že péče o svou maminku pro ni byla samozřejmostí. Smířit se s pocitem, že v budoucnosti ji bude muset umístit do nějakého zařízení, bylo velmi těžké nejen pro ni, ale pro celou její rodinu (L1). L3 se zmínila, že domácí prostředí je vhodnější než nemocniční prostředí. L2 se přiklání k názoru L1. L4 popsala svou svízelnou situaci následovně: *„Maminku nebylo možné nechat v jejím domě a současně jsme měli špatné zkušenosti s pobytem v LDN. Má potíže s pohybem, ale s pomocí se dokáže pohybovat. V péči v LDN přestala chodit a byla zcela dezorientovaná. Obtížně vycházela i se spolupacienty, jelikož přes den spala a v noci byla aktivní, tzn. křičela, vyžadovala pozornost, soustavně volala na zdravotnický personál. Proto jsme zvolili domácí péči“ (L4).*

Samostatná a rodinná péče

Dalším záměrem bylo zjistit, zda se laičtí pečovatelé starají o svého blízkého zcela samostatně anebo je v péči zapojeno více osob. Všechny respondentky se shodly, že péče o jejich blízké je velmi náročná jak po fyzické tak po psychické stránce. Žádná z respondentek se o svého blízkého nestará zcela samostatně. V péči je zapojena rodina. L2 se zmínila, že jí v zaměstnání umožnili upravit pracovní dobu tak, aby se mohla střídat v péči se svým manželem. Pomoc vyhledali také u místní Charity, kde byl zajištěn dovoz obědů (L2). L3 uvedla, že také zvažovali nějakou pečovatelskou službu, ale nakonec k tomu nedošlo. Byl objednan též dovoz obědů (L3). L1 a L4 se vyjádřily k této problematice následovně: *„Do péče se postupně zapojoval manžel, popř. synové. Když už se situace nedala zvládnout vlastními silami, začaly k nám docházet třikrát denně pracovnice Charity. Po rozhodnutí lékaře byla maminka jednoho dne odvezena do nemocnice, kde strávila tři měsíce. Poté jako zcela ležící, nemluvící a nereagující pacient byla přeložena na pokoj do Domova důchodců, kam za ní pravidelně dojíždíme“ (L1). „Sama bych to určitě nezvládla. Jsme zapojeni všichni. V domě se staráme o moji*

maminku a také o oba rodiče mého manžela. Děda nám nejprve s péčí hodně vypomáhal, ale v současnosti potřebují péči již všichni tři. Každé dopoledne přichází na naše rodiče dohlédnout a vypomoct moje kamarádka, kterou dobře znají. Tím, že je maminka aktivní přes den, zlepšilo se noční spaní“ (L4).

Aktivizace blízkého

Hodnotili jsme, jak laičtí pečovatelé aktivizují své blízké. L4 uvedla, že se snažili maminku podporovat v jejích zálibách. Pomáhají jí s pletením, chodí s maminkou na vycházky, sedí venku na zahradě pod altánem a poslouchají rádio. Babička ráda přihlíží péči o domácí zvířata (L4). L2 se zmínila, že se snaží nedělat za otce činnosti, které zvládá sám. Chodí s dědou často na procházky (L2). L3 informuje o tom, že nejdůležitější byl pro tatínka osobní kontakt a pak také komunikace s přáteli. Rodina byla seznámena a poučena zdravotníky, jak správně nacvičovat chůzi a rehabilitaci celého těla. L1 se k aktivizaci maminky vyjádřila takto: „*Pomáhala komunikace a dobrá nálada, opakování a procvičování toho, co maminka postupně zapomínala a nezvládala. Nejprve zapomněla orientaci v číslech a čase, přestože celý život pracovala jako účetní. Následně ztrácela a odkládala předměty na různá místa, nedokázala psát, pak číst a postupně vůbec nezvládala sebeobsluhu a řeč“ (L1).*

Metody vedoucí ke zklidnění blízkého

V další části rozhovoru nás zajímalo, jaké metody podle zkušeností laických pečovatelů vedou ke zklidnění negativních projevů v chování jejich blízkého. L3 odpověděla, že nejlepší efekt se u nich dostavil využitím klidné komunikace, vysvětlením prováděných činností, dotek blízkého a pohlazení blízkého (L3). L4 uvedla, že se jim osvědčil stereotyp, nevyvolávat nové podněty a zachovávat pravidelnost (L4). L2 se také přiklání k pravidelnosti denního režimu, častou komunikaci považuje za velmi důležitou. Uplatňovány byly prvky reminiscenční terapie v podobě prohlížení rodinných fotografií. Hlavně se musí dbát na trpělivost, komunikaci s nemocným a klid (L2). L1 uvedla, že péče vyžadovala velkou trpělivost celé rodiny. Rodina volila klidný přístup a vhodnou komunikaci (L1). L1 zmínila toto doporučení: „*Při komunikaci se nám výrazně osvědčilo maminky se dotýkat a brát ji okolo ramen“ (L1).*

Péče o člověka s demencí

Co vlastně vyžaduje péče o člověka s demencí a jaké na nás klade nároky? To byl cíl rozboru odpovědí na tuto otázku. Všechny respondentky se shodly na tom, že péče o člověka s demencí je velmi časově náročná a vyžaduje velkou trpělivost celé rodiny. L3 odpověděla, že péče vyžaduje určitý nadhled, ohleduplnost a také pochopení. Nutné je být si navzájem v rodině oporou (L3). L4 uvedla, že je velmi důležité se nad svými životními prioritami zamyslet (L4). L2 zdůrazňuje vzájemnou toleranci, hlavně pokud se člověk vrátí unavený ze zaměstnání a musí následně dále fungovat (L2). L1 informuje o nutné fyzické zdatnosti a vytrvalosti, o důležitosti celodenního dohledu, kontrole blízké osoby. Nezbytný je nákup nutných kompenzačních pomůcek. Podstatná je vzájemná spolupráce mezi členy rodiny a blízkými osobami (L1).

Úprava prostředí

Prověřovali jsme, jestli bylo nutné nějak upravovat prostředí, ve kterém klient žije. L4 se zmínila, že zajistili babičce vlastní místnost a vybudovali bezbariérovou koupelnu a záchod (L4). L3 odpověděla, že nutné bylo hlavně zachovat přesné uložení věcí a také se zaměřili na bezpečnost. V domě zřídili bezbariérový přístup a vanu vyměnili za sprchový kout (L3). L1 a L2 odpověděly následovně: *„Postupně se musely obstarat pomůcky a potřeby pro lepší manipulaci s maminkou, upravit bezbariérové vstupy do místností, připevnit madla, odstranit nebezpečné předměty z dosahu, musela proběhnout celková úprava koupelny, zajistit správné lůžko apod.“* (L1). *„Ano, zabezpečení všech věcí, které by mohly způsobit úraz, požár a další nehody. Také jsme museli zajistit vchodové dveře, aby děda sám nikam neodešel“* (L2).

Zkušenosti s problémovým chováním jedince

Porovnávali jsme zkušenosti laických pečovatelů s problémovým chováním jedince. L3 uvedla, že nemá téměř žádné zkušenosti a postupně se učí rozpoznávat problémové situace (L3). L1, L2 a L4 se podělily o tyto zkušenosti: *„Problémové chování bylo nejhorší tehdy, když byla maminka ještě částečně mobilní. Ale ničemu kolem sebe už nerozuměla a bylo velice těžké zabránit tomu, aby vykonala nějakou činnost, kterou si mohla např. ublížit“* (L1). *„Často žije ve svém světě představ, které ovšem považuje za skutečné. Nemá cenu vysvětlovat, že to tak není. Musí být pod neustálým dohledem, je*

schopen odejít z domu, ale už neví, kde je a kam se má vrátit. Mnohdy si naše jména plete, je zbytečné mu jeho představy vyvracet “ (L2). „Je to začarovaný kruh. Každý den řešíme stále stejné problémy. Někdy na nás už padá beznaděj. Obtížná je pro nás noc, kdy maminka často trpí neklidem a vyžaduje pozornost. Snažíme se vytrvat v trpělivosti “ (L4).

Reakce na neklid

Po otázce, jaké mají laičtí pečovatelé zkušenosti s problémovým chováním jejich blízkého, jsme zvolili následující otázku. Jak reagují laičtí pečovatelé na problémové chování jedince? L4 uvedla, že přes všechny problémy se snaží s babičkou vlídně mluvit (L4). L2 informovala o tom, že volí klidný přístup, pohlazení a vlídné slovo (L2). L1 a L3 odpověděly takto: *„Snažili jsme se stále komunikovat a odvádět pozornost jinam. V současné době už maminka na nás vůbec nereaguje. Při návštěvě se snažím podílet na krmení, převlékání atd. “ (L1). „Snažím se reagovat klidně a s nadhledem. Péče vyžaduje obrnit se velkou trpělivostí. Péči nezvládne jeden člověk, je třeba se vystřídat s ostatními členy rodiny“ (L3).*

Odborná pomoc

V poslední části rozhovoru jsme zkoumali, zda rodina ví, kde má v případě nutnosti odbornou pomoc vyhledat. Zajímalo nás, jestli už má některou odbornou pomoc pro osoby s demencí zajištěnou. L4 uvedla, že babička je v péči obvodního lékaře, neurologa a psychiatra. Dokud to půjde, budou spoléhat na pomoc pečovatelské služby (L4). L2 informovala o tom, že nejprve se obrátili na praktického lékaře, následně navštívili neurologa a psychiatra. Pomohla jim také Charita. V současné době mají zajištěný Domov pro seniory (L2). L1 odpověděla, že spolupracovali s obvodním lékařem a psychiatrem a hlavně s Charitativní péčí. V současnosti mají zajištěnou lékařskou a denní péči v Domově pro seniory (L1). L3 odpověděla následovně: *„Využívám informací z internetu a od lékařů. Po 10 ti letech domácí péče byl tatínek umístěn na oddělení zvláštní péče – Domov pro seniory. Důvodem bylo již nezvládnání péče v domácím prostředí. Babička se do Domova pro seniory za dědou přestěhovala, což vedlo k jejich vzájemné blízkosti. Předtím jsme spolupracovali s Charitou, nechali jsme dovážet obědy. Potíže jsme konzultovali s příslušnými lékaři“ (L3).*

4.3 Kategorizace výsledků pozorování sester v jednotlivých zařízeních

Pozorovací záznam zahrnoval 4 kategorie, na které jsme se pečlivě zaměřili. Patří sem využití nefarmakologických postupů, dodržování zásad správné komunikace, aktivizace jedince a úprava prostředí. Všechny tyto kategorie jsou podrobně dále popsány. Pozorování bylo zaměřeno na prevenci vzniku neklidu.

Označení jednotlivých zařízení, ve kterých bylo pozorování prováděno

V tabulce 5 je uvedeno označení jednotlivých zařízení, ve kterých bylo pozorování prováděno. Výzkum byl realizován ve 2 Alzheimer centrech a 4 Domovech pro seniory se zvláštním režimem. Alzheimer centrum má také status domova se zvláštním režimem. V našem výzkumu jsme ale daná zařízení oddělili z důvodu porovnání domovů pro seniory se zvláštním režimem a Alzheimer centry.

Tabulka 5 Označení jednotlivých zařízení, ve kterých bylo pozorování prováděno

Zařízení	Označení
Alzheimer centrum 1	AC 1
Alzheimer centrum 2	AC 2
Domov se zvláštním režimem 1	DZR 1
Domov se zvláštním režimem 2	DZR 2
Domov se zvláštním režimem 3	DZR 3
Domov se zvláštním režimem 4	DZR 4

Zdroj: Vlastní výzkum, 2018.

Alzheimer centrum 1 bude dále v našem výzkumu označováno jako AC 1.

Alzheimer centrum 2 bude dále v našem výzkumu označováno jako AC 2.

Domov se zvláštním režimem 1 bude dále v našem výzkumu označován jako DZR 1.

Domov se zvláštním režimem 2 bude dále v našem výzkumu označován jako DZR 2.

Domov se zvláštním režimem 3 bude dále v našem výzkumu označován jako DZR 3.

Domov se zvláštním režimem 4 bude dále v našem výzkumu označován jako DZR 4.

Využití nefarmakologických postupů

Sledovali jsme tyto jednotlivé body: snahu o využití nefarmakologických postupů, využití aromaterapie, využití pet terapie nebo konkrétně canisterapie, využití habilitační terapie, využití arteterapie, využití reminiscenční terapie, využití ergoterapie, využití preterapie, využití validačního přístupu ke klientovi, využití muzikoterapie, správnou mobilizaci klienta, využití prvků bazální stimulace, kombinace farmakologických prostředků s nefarmakologickými.

Všech 6 zařízení se snažilo různě efektivně využívat nefarmakologické postupy. Prvky aromaterapie využívali nejvíce v DZR 3 a DZR 4. V obou zařízeních měli vonné svíčky na okenních parapetech, které vždycky při aktivizaci klientů zapalovali. V AC 2 velmi efektivně využívali pet terapii. V jejich zařízeních měli klienti k dispozici kočku a speciálně vycvičeného psa. Na klienty to mělo velmi pozitivní vliv i při neklidu. V AC 1 naopak pet terapii vůbec klientům neumožňují. Do všech domovů se zvláštním režimem docházejí odborníci v souvislosti s canisterapií. V DZR 3 mají navíc vlastní kočku, která má svou speciální místnost. Všechna zařízení začleňovala do své ošetrovatelské péče o klienty s demencí prvky z habilitační terapie. Prostředí bylo pro klienty efektivně uspořádáno pro nejrůznější terapie. Arteterapii využívali pouze v zařízeních DZR 1, DZR 2 DZR 3 a DZR 4. Uvedená zařízení měla výrobky klientů vystavené v pracovní místnosti. Všechna zařízení využívala reminiscenční terapii a to velmi efektivně. Dokonce v DZR 3 měli vyčleněnou speciální reminiscenční místnost. Místnost měla připomínat a co nejvíce přibližovat klientům jejich dosavadní život. Pro vzpomínkovou terapii sestry získávají maximální množství informací o životě jejich klientů při příchodu do zařízení. Informace sbírají od klientů, pokud je to možné anebo většinou od jejich rodin. Sestry si sepíší životní příběhy a podle toho s klienty pracují a následně tak předcházejí problémovým situacím. Ergoterapii využívala všechna zařízení. V AC 1 mají klienti speciální zahrádku, kde mohou vykonávat jednoduché venkovní práce. Mohou se zde zabývat ručními pracemi nebo jen společně komunikovat. Všechna zařízení umožňují klientům provádět činnosti, které je baví a efektivně je tak aktivizují. Všechna zařízení používala preterapii a validační přístup ke klientovi. Muzikoterapii využívala také všechna zařízení ve skupinových terapiích nebo individuálně na pokojích klientů. O mobilizaci klientů se snažili ve všech zařízeních. V době, kdy bylo pozorování

prováděno, nebyla realizována bazální stimulace. Ve všech zařízeních se kombinovaly farmakologické postupy s nefarmakologickými postupy.

Dodržování zásad správné komunikace

Zaměřili jsme se na zásady správné komunikace s klientem. Pozorovali jsme, zda sestry přistupují ke klientovi klidným způsobem, nepřesvědčují klienta o realitě, komunikují s klienty v přiměřené vzdálenosti, volí empatický projev, jestli využívají správně prvky z neverbální komunikace, oslovují klienty příjmením, využívají u klientů doteky, dávají klientům dostatek času na jejich odpověď, volí správný tón hlasu, dbají na zpětnou vazbu mezi pacientem a sestrou, poskytují dostatek informací, nepoužívají odborné termíny, kterým pacienti nerozumí, snaží se vyvolat u klientů důvěru.

V žádném z 6 zařízení jsme nezpozorovali chybnou komunikaci s klienty. Sestry přistupovaly ke klientům klidným způsobem. Volily individuální přístup. Velmi pozitivní bylo, že klienty za jejich minulost neodsuzovaly. V žádném z 6 zařízení se sestry nesnažily přesvědčovat klienty o realitě a vylouvat jim jejich nesmyslné představy. Sestry se vyhýbaly negativním prvkům z neverbální komunikace. Hovořily s klienty v přiměřené vzdálenosti, vedly správně empatický rozhovor s pacienty. Zaznamenali jsme také minimální začlenění doteků do ošetrovatelské praxe. Pozitivem bylo, že sestry nechaly klienty vyjádřit svůj názor a odpovědět na kladené otázky. Tón hlasu volily sestry přiměřeně k situaci. Všechny sestry dbaly na zpětnou vazbu a poskytovaly pacientům dostatek informací ohledně prováděných činností a následujícího programu. Sestry nepoužívaly při komunikaci s klientem žádné odborné termíny, kterým by pacienti nerozuměli. Velmi pozitivně navozovaly u klientů důvěru.

Aktivizace jedince

Hodnotili jsme, jak se sestry snaží aktivizovat klienty a současně zapojovat do činností rodinu klienta. Důležité pro nás bylo i zjištění, jestli podporují klienta v jeho zájmech a oblíbených činnostech. Posuzovali jsme, zda preferují skupinovou práci nebo spíše individuální práci s klientem. Dále nás zajímalo, kolik času nechávají klientům na jejich aktivity a zda se tento čas v denním programu vůbec nachází. Prověřovali jsme i dodržování denního režimu.

Ve všech 6 zařízeních se celý ošetrovatelský personál snažil o efektivní aktivizaci svých klientů. Všechna zařízení se snažila zapojovat do ošetrovatelské péče rodinu svých klientů, pokud tedy rodina měla zájem. Všechna zařízení podporovala klienty v jejich aktuálních zájmech. Aktivizace klientů se odvíjí od momentální situace. Ve všech zařízeních měli speciálně vyčleněnou místnost pro aktivizaci klientů. Zajímavé bylo, že v DZR 1, DZR 3 a DZR 4 vyráběli klienti i keramické výrobky. Ve všech zařízeních se mohli klienti podílet na přípravě různých pokrmů. V AC 1 i v AC 2 chodí s klienty na zahradu i na procházky s ohledem na jejich zdravotní stav. Ve všech zařízeních volí skupinové práce a současně individuální aktivizaci klientů. Ve všech zařízeních se snažili nechávat svým klientům dostatek času na jejich aktivity, které probíhaly každý den vždy dopoledne i odpoledne. Ve všech zařízeních byl dodržován denní režim klientů. Všechny aktivizační prvky byly voleny zcela individuálně, záleželo na aktivitě klientů, jejich momentálním naladění. Ve všech zařízeních pořádali pro klienty zajímavé akce. V DZR 3 měli pro pacienty připravená cvičení jógy.

Úprava prostředí

Poslední část pozorování byla orientována na úpravu prostředí, ve kterém klienti v jednotlivých zařízeních žijí. Zaměřili jsme se na omezení rušivých elementů z okolního prostředí, barevnost pokojů, ve kterých klienti žijí. Hodnotili jsme počet lůžek na pokojích a velikost místností. Zajímal nás i prostor pro vlastní dekoraci, vybavení koupelen a záchodů, správné vybavení pokojů, zabezpečení prostředí a dostatek světla na pokojích klientů. Posuzovali jsme i větratelnost místností.

Všechna zařízení se snažila omezovat rušivé vlivy z okolí. Zařízení řešila momentální situaci klientů. Na dveřích všech pokojů měli klienti označení, např. v podobě různých obrázků nebo svých vlastních fotografií. Někde byla umístěna kartička se jménem a příjmením. Ve všech domovech byly pokoje barevně vymalované a velmi moderně vybavené, sladěné v souladu s klientovými představami. Barvy působily pozitivně a nebyly příliš výrazné. Pokoje v zařízeních byly maximálně dvojlůžkové, některé pokoje byly i jednolůžkové. V pokojích byl dostatek místa pro umístění důležitých předmětů a pro bezpečný pohyb klientů po pokoji. Ve všech zařízeních měli klienti volné pole působnosti v oblasti vlastní dekorace a mohli si pokoje vyzdobit podle svých představ. Pokoje měly dobrý přístup k dennímu světlu a byly dobře větratelné. Místnosti byly

vhodně uspořádány. Pomůcky pro orientaci klienta byly účinně zvoleny, například zde měli klienti nástěnné hodiny a kalendář. Součástí každého pokoje byl záchod a koupelna, vše bylo moderně vybavené a zařízené. Tyto prostory byly doplněny protiskluzovými podložkami, madly, nástavci na záchody, neklouzavými dlaždičkami. Přiměřeně zvolená byla i výška umyvadla. Klienti měli ve všech zařízeních dostatek místa pro pohyb v koupelnách a na záchodě. Všechna zařízení byla vhodně a promyšleně zabezpečena. V DZR1 měli zabezpečený výtah na čip, zabezpečená okna i dveře. Všechny dveře byly uzamykatelné. Ostatní zařízení měla zabezpečení obdobná. V AC 1 měli zajištěné i dveře do zahrady a oplocený dvorek. V AC 2 měli také oplocený dvorek a zabezpečené oboje venkovní dveře.

5 Diskuze

Ve výzkumném šetření jsme se snažili dosáhnout 2 cílů. Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaké nefarmakologické postupy se při řešení neklidného chování u pacientů s demencí v praxi využívají. Druhým cílem bylo zmapovat, jaké jsou zkušenosti nelékařských zdravotnických pracovníků v souvislosti s využitím nefarmakologických postupů řešení neklidu u pacientů s demencí. Naše šetření prokázala, že nefarmakologické postupy se využívají již v prevenci stavu neklidu u pacientů s demencí.

Onemocnění demence je velmi aktuálním tématem. Počet lidí s tímto onemocněním každoročně narůstá. Kutzleben et al. (2016) uvádějí, že pacienti s demencí mají diagnostikované onemocnění až v pozdní fázi nebo dokonce zůstávají nediodagnostikovaní (Kutzleben et al., 2016). Brasure et al. (2016) informují o poznatcích z USA. Demence je jednou z nejnáročnějších a nejnákladnějších onemocnění v tomto státě (Brasure et al., 2016). Willemse et al. (2011) uvádějí, že v Nizozemí žije cca 21 % populace s demencí v domovech s pečovatelskou službou (Willemse et al., 2011). Většina osob s demencí je ošetřována v domácím prostředí. Německé systémy se také snaží podporovat rodiny, které se starají o klienty s demencí a tím oddálit umístění do pobytového zařízení (Kutzleben et al., 2016). V oblasti péče v domovech pro seniory se zvláštním režimem se nefarmakologické postupy jako prevence vzniku agitovanosti často využívají. Brasure et al. (2016) informují o následcích poruch chování. Behaviorální symptomy značně zvyšují nároky na pečovatele a také zvyšují náklady na péči o klienty (Brasure et al., 2016). Onemocnění klade nároky nejen na samotného jedince, ale také na pečující osoby. Všichni dotazovaní laičtí pečovatelé se shodli na tom, že péče o člověka s demencí je časově velmi náročná. Vyžaduje velkou trpělivost a soudržnost celé rodiny. Samozřejmě je ohleduplnost a vzájemná spolupráce. Péče vyžaduje podle výpovědi L3 nadhled nad běžnými věcmi. L4 informuje o zamyšlení se nad svými dosavadními prioritami. Laičtí pečovatelé zdůrazňují také neustálý dohled nad osobou s demencí.

Velmi důležité je přistupovat ke klientovi zcela individuálně. Každý pacient reaguje na běžné podněty odlišným způsobem. Pro ukázkou odpověď sestry S1: *„Nejdůležitější je individuální přístup ke klientovi. Za nejdůležitější bych považovala komunikaci. Mezi další postupy řadím navázání očního kontaktu. Každý klient potřebuje čas, nespěchat na něj. Osobně také každému klientovi říkám vše, co s ním budu dělat“ (S1).* Sestry

poskytly informace v souvislosti s přijetím klienta do péče. Po přijetí klienta do zařízení je důležité sestavení individuálního plánu pacienta. Dle Jiráka et al. (2009) je spolupráce s rodinou velmi důležitá pro získání veškerých dostupných informací o nemocném, který je přijat do pobytového zařízení (Jiráka et al., 2009). Na základě dostupných informací se s klientem následně lépe pracuje. Spolupráce rodiny a sestry spočívá v nákupu potřebných pomůcek, např. pomůcek usnadňujících pohyb klienta. Sestry konzultují náhlé zhoršení zdravotního stavu s rodinou klienta. Dále sestry informují rodinu o následujících vyšetřeních, která jsou s jejich blízkým naplánována. S1 zmínila získávání důležitých informací o klientově životě, z nich je následně vytvářena biografická kniha klienta. Sběr informací o klientově životě ošetřovatelskému personálu pomáhá při reminiscenční terapii a hlavně při prevenci vzniku problémového chování. Laičtí pečovatelé také často využívají reminiscenci např. během prohlížení rodinných fotografií. Klevetová (2017) taktéž zmiňuje využití rodinných fotografií v oblasti vzpomínkové terapie. V souvislosti s reminiscenční terapií je známo, že klient s demencí má v počátečních stádiích choroby narušenou krátkodobou paměť, ale události z minulosti si velmi dobře vybavuje. Cílem terapie je zlepšení stavu klienta a podpora pocitu důstojnosti. Terapie se provádí v rámci individuální i skupinové terapie. Nutné je zvolit komplexní přístup ke klientovi (Tavel, 2009). Zaznamenali jsme nízkou informovanost sester v souvislosti s využitím vzpomínkové terapie. Sheardová (2011) informuje o širokém využití reminiscenční terapie v domácím prostředí u osob s demencí (Sheardová, 2011). Pouze 3 respondentky ve své praxi tuto terapii využívají. DZR 3 měl vyčleněnou speciální reminiscenční místnost. Každý klient reaguje na určité podněty zcela odlišným způsobem, proto je nutné vhodně volit přístup ke klientovi a jednotlivé nefarmakologické postupy vybírat zcela individuálně. Hauke et al. (2017) ještě zmiňují změnu prostředí jako vyvolávající faktor pro agresivitu a agitovanost pacienta s demencí (Hauke et al., 2017).

V individuálním přístupu ke klientovi se uplatňuje řada nefarmakologických postupů. Chovancová et al. (2012) např. popisují využívání bazální stimulace. Aplikace této metody je vhodná též v domově pro seniory (Michálková et al., 2017). Validací přístup ke klientovi ve své praxi využívá jen jedna respondentka. Dalšími metodami, které se v praxi využívají, jsou muzikoterapie a arteterapie. Dle Sheardové (2011) muzikoterapie výrazně snižuje příznaky neklidu. Tato terapie má v domácím prostředí širokou

využitelnost (Sheardová, 2011). Stejskalová (2010) uvádí, že jednotlivé terapie lze mezi sebou kombinovat. Např. muzikoterapii s arteterapií anebo muzikoterapii společně se vzpomínkovou terapií (Stejskalová, 2010). Muzikoterapie se používá častěji než arteterapie. Arteterapii prakticovala jen některá zařízení se zvláštním režimem. Sestry zmínily také zkušenosti v oblasti canisterapie. Canisterapie se provádí jednak na pokojích klientů nebo v rámci skupinové terapie. Některá zařízení mají pro canisterapii vyčleněnou speciální místnost. Mařhová (2012) uvádí, že canisterapií lze podpořit vzájemné citové vazby i mezi klienty. V AC 2 velmi efektivně využívali pet terapii. Klienti zde měli k dispozici kočku a speciálně vycvičeného psa. Na pacienty měla jejich přítomnost velmi pozitivní vliv i při neklidu. Oproti tomu v AC 1 pet terapii vůbec klientům neumožňují. Do všech domovů se zvláštním režimem docházejí odborníci, kteří se zabývají canisterapií. V DZR 3 mají navíc svoji vlastní kočku, která má svou speciální místnost. Podle výsledků pozorování v jednotlivých zařízeních je velmi často využívána ergoterapie pro své pozitivní a zklidňující účinky. Terapie vede také upevnění sociálních vazeb. Pro klienty s demencí je důležitá vhodná volba aktivizačních činností pro klienty s demencí. Laičtí pečovatelé se snaží též zahrnovat aktivizaci svých blízkých do denního programu. Např. L4 uvedla spolupráci v péči o domácí zvířata (L4). L2 doporučila nedělat za své blízké činnosti, které zvládají sami. Některé sestry uvedly, že mají tzv. aktivizační místnost, kde s klienty provádějí například ergoterapii. To vyplynulo i z pozorování práce sester v jednotlivých zařízeních. Probíhá zde např. příprava různých pokrmů v rámci pečení a vaření. Jak zmínily sestry, je snaha vyhovovat přáním a chutím klientů (S1). Byla zde realizována např. i aromaterapie. Dle Sheardové (2011) má aromaterapie velmi pozitivní účinky na snížení neklidu a bloudění u pacientů s demencí. Aromaterapii využívali nejvíce v DZR 3 a v DZR 4. Obě zařízení používala vonné svíčky při aktivizaci klientů. Respondentka S1 uvedla, že v aktivizační místnosti provádí i nácvik paměťových funkcí jedince. Perušicová a Mohr (2013) ve své publikaci zmiňují, že je velmi podstatný trénink paměťových funkcí pacienta v souvislosti s léčbou poruch poznávací složky jedince (Perušicová a Mohr, 2013). Aktivizační místnost je k dispozici na každém patře v jednotlivých zařízeních. Dále v aktivizační místnosti provádějí muzikoterapii, ergoterapii se zaměřením na posílení jemné motoriky. V rámci ergoterapie a aktivizace klientů mají klienti v AC 1 malou zahrádku jako prostor pro zahradní terapii. Dle Sheardové (2011) se v rámci ergoterapie posiluje pohybová aktivita jedince. V rámci

aktivizace pacientů se osvědčují také procházky s klientem. To potvrdily výpovědi laických pečovatелů a také pozorování v Alzheimer centrech. Sheardová (2011) informuje o tom, že pravidelné procházky s klientem vedou ke zmírnění agitovanosti a k lepšímu spánku. Pokud dojde k dlouhodobému nedostatku aktivizace a stimulace klienta, zvýší se riziko pocitu osamělosti a sociální izolace, současně se zvýší riziko poklesu poznávacích funkcí jedince (Jones et al., 2015). V DZR 3 měli pro pacienty připravená cvičení v podobě jógy.

Sestry uvedly, že v některých případech je nutné v rámci prevence pádu a poranění přistoupit k určitým ochranným opatřením. V prevenci pádu se uplatňuje dle výpovědi respondentky S6 ochranný pás při sezení v křesle. S4 zmínila, že v rámci řešení neklidu využívají ve svém zařízení deku, do které klienta zabalí. Z výzkumu jsme zjistili i využití kurtů ve formě obvazu. S2 zmínila k tomuto tématu efektivitu koupelí, masáží.

V souvislosti s agitovaností a agresí klientů se využívají postranice. Prevencí vzniku otlaků a modřin jsou vycpávky umístěné na postranicích postelí. Osvědčilo se umístění matrace vedle lůžka jako prevence pádu. Neopomenutelnou roli hraje i vhodná komunikace s klientem.

V ošetrovatelské péči je důležitá verbální i nonverbální komunikace s klientem. Využití doteků je velmi individuální záležitostí u každého pacienta. Velmi dobré zkušenosti v oblasti komunikace mají i laičtí pečovatелé. Zejména v domácí péči má dotek a pohlazení pozitivní účinek. L1 uvedla toto doporučení: „*Při komunikaci se nám výrazně osvědčilo maminky se dotýkat a brát ji okolo ramen*“ (L1). Zaznamenali jsme minimální začlenění doteků do ošetrovatelské praxe. Doteky využívají zejména laičtí pečovatелé v domácí péči. Dle Sheardové (2011) je využití doteku v domácím prostředí velmi efektivní intervencí. Doteky výrazně snižují neklid a zmírňují problémové chování jedince (Sheardová, 2011). Vhodné je využití již zmiňované validační techniky nebo odvedení pozornosti od tématu. S1 informovala o tom, že využívá osvědčené nefarmakologické postupy a pak až následně řeší medikaci klientů s psychiatrem. Dle Pokorné a Sukupové (2014) u klientů trpících dezorientací lze snížit negativní chování pomocí metody validace, která by měla být prováděna pravidelně. Před prováděním validační techniky se neklid může projevit křikem, dotazováním na obdobné informace nebo také verbální a fyzickou agresivitou klienta. Pravidelnou validací lze docílit zlepšení

neklidného chování u pacienta s demencí. Mezi validační techniky lze zahrnout např. udržení očního kontaktu mezi pacientem a pečujícím. Dále využití vzpomínkové terapie a také doteků v oblasti ramen. Tyto metody vedou k návaznosti důvěry mezi klientem a ošetřujícím personálem.

Zkušenosti s problémovým chováním klientů s demencí nejsou příliš bohaté. V našem výzkumném šetření se dvě respondentky shodují, že se neklid u pacientů v jejich zařízeních vyskytuje velmi ojediněle. Dle Látalové (2013) je neklid neboli agitovanost popisován jako bezdůvodně zvýšená pohybová nebo verbální aktivita (Látalová, 2013). Laičtí pečovatelé doporučují zachovat stereotyp a vyhýbat se novým podnětům. L4 klade důraz na pravidelnost denního rytmu. Holmerová et al. (2007) zdůrazňují také pravidelnost denního režimu u pacienta s demencí. Klient může negativně reagovat na změny (Holmerová et al., 2007). Většina dotazovaných sester se shoduje na názoru, že je nutné zvolit správnou komunikaci a snažit se vyhnout negativním neverbálním projevům. Pro porovnání jednotlivých odpovědí, které sestry uvedly, uvádíme příklad v souvislosti s problémovým chováním. S6 například zmínila, že mnohdy je efektivní na některé klienty zvýšit hlas, protože na klidný projev řeči téměř nereagují. S8 upozornila, že je vhodné zachovat klid a reagovat s rozvahou. Dle S2 je důležité zamezit postupu negativního chování ihned.

Bezpečnost pacientů s demencí je velmi podstatná. Je třeba provádět úpravy prostředí, ve kterém klient žije, dle aktuálního stavu a potřeb. Z výzkumného šetření jsme dále zjistili následující opatření. Sestry se shodovaly ve svých odpovědích na zabezpečení oken a dveří. S8 uvedla, že jen někteří klienti mají uzamčené i dveře, protože jsou hodně neklidní. Výtah v jednotlivých zařízeních funguje na čip nebo kód. S2 a S4 zdůraznily neustálý dohled na odděleních. Sestry informovaly o využití vypolstrovaných bočnic v lůžku pacienta. S3 uvedla, že v jejich zařízeních mají klienti matrace u lůžka a přes noc i zábrany v lůžku. Vše je zaznamenáno v individuálním plánu pacienta (S3). Areál budovy jednotlivých zařízení je oplocený. S2 poukazuje na bezpečnost ošetřujícího personálu při manipulaci s neklidným pacientem. Potřebné je použití ochranných rukavic (S2). S4 zmínila izolaci neklidného pacienta od ostatních klientů. V DZR1 měli zabezpečený výtah na čip, zajištěná okna i dveře. Všechny dveře byly uzamykatelné. Ostatní zařízení měla zabezpečení obdobná. V AC 1 měli zabezpečené i dveře do zahrady

a oplocený dvorek. V AC 2 byl dvorek též oplocený a oboje venkovní dveře byly zabezpečené. Všechna zařízení byla tedy vhodně a promyšleně zabezpečená.

V souvislosti s úpravami prostředí pro klienty s demencí z našeho výzkumu vyplynuly tyto poznatky. Sestry se shodují, že klienti na svých pokojích mohou mít i vlastní nábytek a pokoje si mohou vybavit podle svých představ. Nutné je odstranění nepotřebných věcí a překážek, které brání ve volném pohybu klienta. Součástí každého pokoje je záchod a koupelna. Prostředí je zabezpečeno madly a protiskluzovými podložkami. Z pozorování jednotlivých zařízení jsme zjistili, že pomůcky pro orientaci klienta byly vhodně zvoleny. Příkladem byly nástěnné hodiny a kalendáře. Podle Sheardové (2011) např. nástěnné hodiny, kalendáře nebo nástěnky podporují klienta s demencí v lepší orientaci v realitě (Sherdová, 2011). Dveře clientských pokojů byly označeny různými obrázky, vlastními fotografiemi nebo kartičkou, kde bylo vepsáno jméno a příjmení. Úprava prostředí se týká nejen Alzheimer center nebo domovů pro seniory se zvláštním režimem. Stejně se přistupuje i k úpravě domácího prostředí ve spolupráci s laickými pečovateli. Jiráček et al. (2013) zmiňují vybudování bezbariérového přístupu v domácím prostředí. L4 se zmínila o vybudování bezbariérové koupelny a záchodu. L3 odpověděla, že v rámci úpravy domácího prostředí vybudovali bezbariérový přístup a vanu vyměnili za sprchový kout (L3). Pro člověka s demencí je důležitá neměnnost uložení věcí s ohledem na jejich bezpečnost. Samozřejmostí je zakoupení potřebných pomůcek, které usnadňují pohyb a manipulaci s klientem.

Myslíme si, že nefarmakologické postupy u osob s demencí jsou velmi důležitým tématem pro ošetrovatelskou praxi. Jednotlivé nefarmakologické postupy by měly převažovat nad postupy farmakologickými. Sestry mnohdy používají jen osvědčené metody v rámci problémového chování pacientů. Měly by se také snažit využívat nové metody ve své práci. Laičtí pečovatelé nemají dostatek zkušeností v oblasti neklidného chování svých blízkých. Jednotlivá zařízení, ve kterých jsme pozorovali péči o pacienty, nás mile překvapila. Vzhledem ke stárnutí populace je problematika péče o osoby s demencí stále aktuálnější. Podle našeho názoru je nutné se tímto tématem dále zabývat. Měli bychom se snažit hledat nová řešení a postupy a uvádět je do praxe.

Závěr

Téma bakalářské práce bylo zaměřeno na nefarmakologické postupy řešení neklidu u pacientů s demencí. Chtěli jsme dosáhnout dvou cílů. Prvním cílem bylo zmapování nefarmakologických postupů řešení neklidu u pacientů s demencí. Druhým cílem bylo zjištění a popis zkušeností nelékařských zdravotnických pracovníků s využitím nefarmakologických postupů řešení neklidu u pacientů s demencí.

Byly stanoveny tři výzkumné otázky. Jaké jsou nefarmakologické postupy řešení neklidu u pacientů s demencí? Jaké jsou zkušenosti nelékařských zdravotnických pracovníků s nefarmakologickými postupy řešení neklidu u pacientů s demencí? Jaké jsou zkušenosti laických pečovatelských pracovníků s nefarmakologickými postupy řešení neklidu u pacientů s demencí?

Výzkumem jsme si potvrdili, že v péči o pacienty s demencí hraje významnou roli několik faktorů. Je velmi důležité zvolit individuální přístup ke klientovi. Podstatnou roli mezi pacientem a ošetřujícím personálem hraje dodržování zásad správné komunikace. Neméně důležité je získávání všech dostupných informací o klientovi. Tyto poznatky pomohou správně vybrat nefarmakologické intervence, které se týkají prevence problémového chování jedince s demencí. Často zmiňovaná byla reminiscenční terapie. Terapii využívají sestry v domovech se zvláštním režimem, ale i laičtí pečovatelské pracovníky v domácí péči. Z výzkumu jsme zjistili velmi pozitivní zkušenosti respondentů s pet terapií, zejména canisterapií, bazální stimulací a metodou validace. Pozorováním práce sester v jednotlivých zařízeních byly tyto účinky potvrzeny. Velmi promyšleně je v ošetrovatelské praxi prováděna aktivizace klientů během dne. V jednotlivých pobytových zařízeních jsme zaznamenali pravidelnou aktivizaci klientů v aktivizačních místnostech. Zde se uplatňovaly nefarmakologické postupy. Tyto postupy vedou k prevenci problémového chování pacientů s demencí. Některé nefarmakologické postupy se mohou vzájemně kombinovat. Důležitá je i úprava prostředí, ve kterém klienti žijí. Tuto problematiku měli ve všech pozorovaných zařízeních vhodně řešenou, prostředí bylo uzpůsobeno aktuálnímu stavu klientů.

Zkušenosti s problémovým chováním jsou samozřejmě výraznější u ošetrovatelského personálu než u laických pečovatelských pracovníků. Potvrdila se důležitost začleňování nefarmakologických prostředků do ošetrovatelské péče. To vede ke zkvalitňování péče

o klienty s demencí. Výsledky výzkumného šetření poslouží všem sestřám i laickým pečovatelům, kteří se touto problematikou zabývají a mají o ni zájem.

Seznam použité literatury

1. BARTOŠ, A., HASALÍKOVÁ, M., 2010. *Poznejte demenci správně a včas: příručka pro klinickou praxi*. Praha: Mladá fronta. 181 s. ISBN 978-80-204-2282-8.
2. BARTOŠ, A., ŘÍPOVÁ, D., 2012. Vaskulární demence a vaskulární kognitivní porucha. *Neurologie pro praxi*. 13(2), 72-77. ISSN 1803-5280.
3. BARTOŠ, A. et al., 2010. Dotazník Bristolská škála aktivit denního života BADLS-CZ pro hodnocení pacientů s demencí. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*. 73/106(6), 673-677. ISSN 1802-4041.
4. BARTOŠ, A. et al., 2008. Dotazník funkčního stavu FAQ-CZ-Česká verze pro zhodnocení každodenních aktivit pacientů s Alzheimerovou nemocí. *Psychiatrie pro praxi*. 9(1), 31-34. ISSN 1803-5272.
5. BRASURE, M. et al., 2016. Non-pharmacologic Interventions for Agitation and Aggression in Dementia [online]. U.S. Department of Health & Human Services [cit. 2018-05-29]. Dostupné z: <https://effectivehealthcare.ahrq.gov/topics/dementia-agitation-aggression/research-protocol>
6. ČECHOVÁ, L. et al., 2011. Alzheimerova nemoc a mírná kognitivní porucha: diagnostika a léčba. *Neurologie pro praxi*. 12(3), 175-180. ISSN 1803-5280.
7. ČELEDOVÁ, L., et al. 2016. *Úvod do gerontologie*. Praha: Karolinum. 154 s. ISBN 978-80-246-3404-3.
8. DOSTÁL, V., 2013. Pozdní komplikace Parkinsonovy choroby. *Neurologie pro praxi*. 14(1), 28-32. ISSN 1803-5280.
9. DOSTÁL, V., 2011. Vztah demence a deprese. *Psychiatrie pro praxi*. 12(4), 145-148. ISSN 1803-5272.
10. FAIXOVÁ, K., 2014. Rogersovská psychoterapie a preterapie – možnosti využití v psychiatrii. *Psychiatrie pro praxi*. 15(1), 35-38. ISSN 1803-5272.

11. FRIEDLOVÁ, K., © 2004-2015. Co je Bazální stimulace® [online]. Frýdek-Místek: Institut Bazální stimulace® [cit. 2018-05-29]. Dostupné z: <https://www.bazalni-stimulace.cz/o-bazalni-stimulaci/>
12. FRIEDLOVÁ, K., © 2004-2015. Co přináší aplikace konceptu Bazální stimulace® **do přímé péče u poskytovatelů zdravotní péče a sociálních služeb** [online]. Frýdek-Místek: Institut Bazální stimulace® [cit. 2018-05-29]. Dostupné z: https://www.bazalni-stimulace.cz/pdf/cl_prinasi_aplikace.pdf
13. GLENNER, J. A., et al. 2012. *Péče o člověka s demencí*. Praha: Portál. 135 s. ISBN 978-80-262-0154-0.
14. GU, L., 2015. Nursing Interventions in Managing Wandering Behavior in Patients With Dementia: A Literature Review. *Archives of Psychiatric Nursing*. 29(6), 454-457. Doi <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.06.003>.
15. GULOVÁ, L., ŠÍP, R., 2013. *Výzkumné metody v pedagogické praxi*. Praha: Grada. 248 s. ISBN 978-80-247-4368-4.
16. HÁJKOVÁ, L., et al. 2016. *Komplexní péče o lidi s demencí: na příkladu kritérií Certifikace Vážka®*. Praha: Česká alzheimerovská společnost. 38 s. ISBN 978-80-865-4148-8.
17. HALOVÁ, M., 2010. *Nemocný v domácí péči II. Demence a demence Alzheimerova typu*. Bouzov: VEF Enterprises. 157 s. ISBN 978-80-904-6110-9.
18. HAUKE, M., et al. 2017. *Když do života vstoupí demence, aneb, Praktický průvodce péčí o osoby s demencí nejen v domácím prostředí*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. 308 s. ISBN 978-80-906-3207-3.
19. HAUKE, M., 2014. *Zvládání problémových situací se seniory: nejen v pečovatelských službách*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-5216-7.
20. HEALTH QUALITY ONTARIO, 2008. Caregiver- and Patient-Directed Interventions for Dementia: An Evidence-Based Analysis. *Ontario Health Technology Assessment Series*. 8(4), 1-98. ISSN 1915-7398.

21. HOLCZEROVÁ, V., DVOŘÁČKOVÁ, D., 2013. *Volnočasové aktivity pro seniory*. Praha: Grada. 100 s. ISBN 978-80-247-4697-5.
22. HOLMEROVÁ, I., et al. 2014a. *Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita péče*. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-247-5439-0.
23. HOLMEROVÁ, I., et al. 2014b. *Průvodce vyšším věkem: manuál pro seniory a jejich pečovatele*. Praha: Mladá fronta. 208 s. ISBN 978-80-204-3119-6.
24. HOLMEROVÁ, I., et al. 2007. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: EV public relations. 149 s. ISBN 978-80-254-0177-4.
25. HOSÁK, L., et al. 2015. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum. 648 s. ISBN 978-80-246-2998-8.
26. CHOVANCOVÁ, P., et al. 2012. *Vybrané otázky péče o osobu blízkou*. Olomouc: CARITAS-Vyšší odborná škola sociální. 63 s. ISBN 978-80-87623-00-8.
27. JIRÁK, R., et al. 2009. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-247-2454-6.
28. JIRÁK, R., et al. 2013. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Galén. 350 s. ISBN 978-80-726-2873-5.
29. JIRÁK, R., 2011. Stará a nová diagnostická kritéria pro Alzheimerovu chorobu v podmínkách ČR. *Neurologie pro praxi*. 12(2), 135-137. ISSN 1803-5280.
30. JONES, C., et al. 2015. Assessing Engagement in People With Dementia: A New Approach to Assessment Using Video Analysis. *Archives of Psychiatric Nursing*. 29(6), 377-382. doi <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.06.019>
31. KALVACH, Z., et al. 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.
32. KALVACH, Z., et al. 2012. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. 400 s. ISBN 978-80-247-4026-3.

33. KHACHIYANTS, N. et al., 2011. Sundown Syndrome in Persons with Dementia: An Update. *Psychiatry Investig.* 8(4), 275-287. doi 10.4306/pi.2011.8.4.275.
34. KLEVETOVÁ, D., 2017. *Motivační prvky při práci se seniory*. 2. vydání. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80271-0102-3.
35. KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I., 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada. 202 s. ISBN 978-80-247-2169-9.
36. KLUCKÁ, J., VOLFOVÁ, P., 2016. *Kognitivní trénink v praxi*. 2. vydání. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-247-5580-9.
37. KONRÁD, J., 2007. Smíšená demence. *Psychiatrie pro praxi*. 8(3), 129-132. ISSN 1803-5272.
38. KUČEROVÁ, H., 2013. *Psychiatrické minimum*. Praha: Grada. 166 s. ISBN 978-80-247-4733-0.
39. KULIŠŤÁK, P., et al. 2017. *Klinická neuropsychologie v praxi*. Praha: Karolinum. 904 s. ISBN 978-80-246-3068-7.
40. KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 175 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
41. KUTZLEBEN, M. et al., 2016. Care arrangements for community-dwelling people with dementia in Germany as perceived by informal carers – a cross-sectional pilot survey in a provincial–rural setting. *Health and Social Care in the Community*. 24(3), 283–296. doi 10.1111/hsc.12202.
42. LÁTALOVÁ, K., 2013. *Agresivita v psychiatrii*. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-4454-4.
43. MACHÁLKOVÁ, L. et al., 2017. Koncept bazální stimulace a jeho využití v ošetrovatelské péči u seniorů. *Interní medicína*. 19(1), 38. ISSN 1803-5256.

44. MALÍKOVÁ, E., 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních [sic] zařízeních*. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
45. MAREŠOVÁ, P., ZAHÁLKOVÁ, V., 2016. The economic burden of the care and treatment for people with Alzheimer's disease: the outlook for the Czech Republic. *Neurological Sciences*. 37(12), 1917-1922. doi 10.1007/s10072-016-2679-6.
46. MAŤHOVÁ, L., 2012. Canisterapie u seniorů s demencí. *Psychiatrie pro praxi*. 13(3), 133-135. ISSN 1803-5272.
47. MEZINÁRODNÍ STATISTICKÁ KLASIFIKACE, 2018. Organické duševní poruchy včetně symptomatických (F00-F09) [online]. Praha: ÚZIS ČR [cit. 2018-04-22]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>
48. NAVARROVÁ, Á., 2015. *Cvičení paměti: 95 nápaditých her a úkolů pro všechny věkové kategorie*. Praha: Ikar. 136 s. ISBN 978-80-249-2796-1.
49. NEVRLÝ, M., 2016. Je třeba léčit demenci u Parkinsonovy nemoci? Ne. *Neurologie pro praxi*. 17(5), 333-334. ISSN 1803-5280.
50. NIKOLAI, T., et al. 2013. *Neuropsychologická diagnostika kognitivního deficitu u Alzheimerovy choroby*. Praha: Psychiatrické centrum. 64 s. ISBN 978-80-871-4225-7.
51. PERUŠIČOVÁ, J., MOHR, P., 2013. *Diabetes mellitus a deprese, demence (DM 3. typu), průvodce pro každodenní praxi*. Praha: Maxdorf. 147 s. ISBN 978-80-734-5357-2.
52. PETR, T., et al. 2014. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada. 296 s. ISBN 978-80-247-4236-6.
53. PIDRMAN, V., 2007. *Demence*. Praha: Grada. 183 s. ISBN 978-80-247-1490-5.
54. POKORNÁ, A., SUKUPOVÁ, M., 2014. Validace podle Naomi Feil® v geriatrické péči. *Kontakt*. 10(2), 88-96. ISSN 1212-4117.
55. PROKOPOVÁ, A., 2017. *Jak upravit domov člověka s demencí: příručka pro pečující*. Praha: Česká alzheimerovská společnost. 56 s. ISBN 978-80-865-4162-4.

56. PTÁČEK, R., et al. 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.
57. REGIER, N. G., GITLIN, L. N., 2016. Towards defining restlessness in individuals with dementia. *Aging & Mental Health*. 21(5), 543-552. doi [10.1080/13607863.2015.1128880](https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1128880).
58. REKTOROVÁ, I., et al. 2007. *Kognitivní poruchy a demence*. Praha: Triton. 192 s. ISBN 978-80-738-7017-1.
59. REKTOROVÁ, I., 2009. Neurodegenerativní demence. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*. 72/105 (2), 97-109. ISSN 1802-4041.
60. RUSINA, R., MATĚJ, R., 2007. Vaskulární demence. *Psychiatrie pro praxi*. 8(2), 81-84. ISSN 1803-5272.
61. SHEARDOVÁ, K., 2011. Současné možnosti terapie demencí, význam nefarmakologických intervencí. *Psychiatrie pro praxi*. 12(3), 124-126. ISSN 1803-5272.
62. SONG, J. A., OH, Y., 2015. The Association Between the Burden on Formal Caregivers and Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) in Korean Elderly in Nursing Homes. *Archives of Psychiatric Nursing*. 29(5), 346-354. doi <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.06.004>.
63. STEJSKALOVÁ, M., 2010. Muzikoterapie v klinické praxi. *Psychiatrie pro praxi*. 11(1), 30-32. ISSN 1803-5272.
64. ŠPIRUDOVÁ, L., 2015. *Doprovázení v ošetrovatelství I: pomáhající profese, doprovázení a systém podpor pro pacienty*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-247-5710-0.
65. TAVEL, P., 2009. Nefarmakologické přístupy k pacientům trpícím demencí. *Československá psychologie*. 53(5), 455-467. ISSN 0009-062X.
66. TOOT, S. et al., 2013. Causes of crises and appropriate interventions: The views of people with dementia, carers and healthcare professionals. *Aging & Mental Health*. 17(3), 328–335. doi <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2012.732037>

67. VENGLÁŘOVÁ, M., 2007. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. 96 s. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2170-5.
68. VLČEK, J., et al. 2010. *Klinická farmacie 1*. Praha: Grada. 368 s. ISBN 978-80-247-3169-8.
69. VRACEM, M. et al., 2016. Agitation in dementia and the role of spatial and sensory interventions: experiences of professional and family caregivers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 30(2), 281-289. doi 10.1111/scs.12240.
70. VYHNÁLEK, M. et al., 2011. Diagnostikujeme a léčíme demence správně a včas? Výsledky průzkumu ve světle nových doporučení. *Neurologie pro praxi*. 12(5), 342-346. ISSN 1803-5280.
71. WEERT, J. C. et al., 2005. Behavioral and mood effects of snoezelen integrated into 24-hour dementia care. *Journal of the American Geriatrics Society*. 53(1), 24-33. doi 10.1111/j.1532-5415.2005.53006.x
72. WEHNER, L., SCHWINGHAMMER, Y., 2013. *Smyslová aktivizace v péči o seniory a klienty s demencí*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-247-4423-0.
73. WILLEMSE, B. et al., 2011. Nursing home care for people with dementia and residents' quality of life, quality of care and staff well-being: Design of the Living Arrangements for people with Dementia (LAD) - study. *BMC Geriatrics*. 11(11), 1-8. doi 10.1186/1471-2318-11-11.
74. WONGPAKARAN, N., WONGPAKARAN, T., 2013. Cornell Scale for Depression in Dementia: Study of Residents in a Northern Thai Long – Term Care Home. *Psychiatry Investig* 10(4), 359-364. doi 10.4306/pi.2013.10.4.359.
75. Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), 2004. [online]. [cit. 2018-06-21]. In: Sbírka zákonů České republiky, částka 109, s. 5206-5247. ISSN 1211-1244. Dostupné z: www.mvcr.cz/soubor/sb109-08-pdf.aspx

76. ZVĚŘOVÁ, M., 2017. *Alzheimerova demence*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-271-0561-8.

Seznam příloh

Příloha 1 – seznam otázek k polostrukturovanému rozhovoru pro nelékařský zdravotnický personál

Příloha 2 – seznam otázek k polostrukturovanému rozhovoru pro laické pečovatele

Příloha 3 – ukázka pozorovacího záznamu

Příloha 4 – kompletní přepis rozhovorů s nelékařským zdravotnickým personálem a laickými pečovateli na přiloženém CD

Seznam zkratek

CMP – cévní mozková příhoda

MKN 10 – Mezinárodní klasifikace nemocí 10

HIV – virus lidské imunitní nedostatečnosti

VIT. B₁₂ – vitamin kobalamin

VIT. B₆ – vitamin pyridoxin

AIDS – syndrom získané imunodeficience

BPSD – Behaviorální a Psychologické Symptomy Demence

EEG - elektroencefalografie

MMSE - Test kognitivních funkcí-Mini Mental State Exam

WAB TESTY – testy hodnotící jazykové schopnosti klienta

EKG - elektrokardiografie

CT – počítačová tomografie

PET - Pozitronová emisní tomografie

SPECT - Jednofotonová emisní výpočetní tomografie

PedF UK - Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy

MOCA TEST – Montrealský kognitivní test

LDN – léčebna dlouhodobě nemocných

SZŠ – střední zdravotnická škola

Bc. – bakalářský titul

DiS. – diplomovaný specialista

Příloha 1 Seznam otázek k polostrukturovanému rozhovoru pro nelékařský zdravotnický personál

- 1) Jaké je Vaše absolvované studium a Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
- 2) Jak dlouho pracujete na současném pracovišti?
- 3) Jaké jste absolvoval/la certifikované kurzy?
- 4) Jaké používáte nefarmakologické postupy v péči o klienta s demencí?
- 5) S jakým nejčastějším typem demence se setkáváte u Vašich klientů?
- 6) Jakým způsobem uplatňujete individuální přístup v ošetrovatelské péči při stavech neklidu u vašich klientů?
- 7) Využíváte nějaké hodnotící škály pro demenci nebo neklid? Pokud ano, jaké?
- 8) Zahrnujete do denního programu aktivizaci pacientů? Pokud ano, jaké?
- 9) Jaké máte zkušenosti s využitím nefarmakologických postupů u pacientů s demencí v rámci neklidu?
- 10) Jak reagujete na problémové chování jedince?
- 11) Používáte nějaké nefarmakologické prostředky/ metody při neklidu?
- 12) Užíváte nějaké speciální ochranné pomůcky pro neklidné pacienty?
- 13) Jakým způsobem máte zajištěno bezpečné prostředí pro pacienty s demencí?
- 14) Jaká ochranná opatření uplatňujete při neklidu?
- 15) Spolupracujete s klientovo rodinou? Pokud ano, jak?
- 16) Kolik je Vám let?

Zdroj: Vlastní výzkum, 2018.

Příloha 2 Seznam otázek k polostrukturovanému rozhovoru pro laické pečovatele

- 1) Máte nějaké odborné vzdělání v oblasti ošetřovatelské péče?
- 2) V jakém prostředí se staráte o Vašeho blízkého? (rodinný dům, byt)
- 3) Jak dlouho se staráte o Vašeho blízkého?
- 4) Co Vás vedlo k tomu rozhodnout se pro domácí péči?
- 5) Staráte se o Vašeho blízkého sám/ sama, nebo je v péči zapojeno více osob, které Vám pomáhají?
- 6) Snažíte se nějak aktivizovat Vašeho blízkého? Pokud ano, jak?
- 7) Jaké metody podle Vaší zkušenosti vedou ke zklidnění negativních projevů v chování Vašeho blízkého?
- 8) Co vyžaduje péče o člověka s demencí?
- 9) Bylo nutné se v péči zaměřit také na úpravy prostředí, kde klient žije? Pokud ano, jakým způsobem?
- 10) Jaký typ demence byl zjištěn u osoby, o kterou se staráte?
- 11) Jaké máte zkušenosti s problémovým chováním jedince s demencí?
- 12) Jak reagujete na neklidné chování u Vašeho blízkého?
- 13) Víte, kde v případě nutnosti vyhledat odbornou pomoc pro pacienty s demencí?
- 14) Máte již nějakou pomoc zajištěnou, kterou využíváte?
- 15) Kolik Vám je let?

Pohlaví:

Zdroj: Vlastní výzkum, 2018.

Příloha 3 Ukázka pozorovacího záznamu

Záznam pro pozorování

Oblasti:

1) Využití nefarmakologických postupů

- Snaha o využití nefarmakologických postupů
- Využití aromaterapie
- Využití pet terapie
- Využití habilitační terapie
- Využití preterapie
- Využití validace
- Využití muzikoterapie
- Správná mobilizace klienta
- Využití prvků bazální stimulace
- Využití prvků ergoterapie
- Využití reminiscenční terapie
- Využití arteterapie
- Kombinace farmakologických prostředků s nefarmakologickými

2) Dodržování zásad správné komunikace

- Klidný přístup
- Nepřesvědčování o realitě
- Komunikace v přiměřené vzdálenosti klienta
- Empatický projev
- Nonverbální komunikace
- Oslovování příjmením
- Využití doteků
- Dostatek času na odpověď
- Správný tón hlasu
- Zpětná vazba
- Poskytnutí dostatku informací

- Nepoužívání odborných termínů
- Návaznost důvěry

3) Aktivizace jedince

- Snaha o aktivizaci jedince
- Zapojení rodiny
- Podpora klienta v tom, co ho baví
- Skupinová práce
- Dostatek času na aktivizaci jedince
- Dodržování denního režimu

4) Úprava prostředí

- Omezení rušivých elementů
- Barevnost pokojů
- Počet lůžek v pokoji
- Vlastní dekorace
- Dostatek prostoru v pokojích
- Správné vybavení koupelen
- Správné vybavení pokojů
- Zabezpečení prostředí
- Dostatek světla

Zdroj: Vlastní výzkum, 2018.