

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Problematika ošetrovateľskej péče u klienta se
stařeckou demencií**

bakalářská práce

Autor práce:	Martina Kloudová
Studijní program:	Ošetrovateľství
Studijní obor:	Všeobecná sestra
Vedoucí práce:	Mgr. Alena Polanová

Datum odevzdání práce: 3. 5. 2013

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci na téma *Problematika ošetrovatelské péče u klienta se stařeckou demencí* jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených 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 – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 3. 5. 2013

.....

Martina Kloudová

Poděkování

Chtěla bych touto cestou poděkovat své vedoucí práce Mgr. Aleně Polanové za odborné vedení bakalářské práce, poskytnutí cenných rad a v neposlední řadě pak za její trpělivost, kterou mi poskytla během psaní mé bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat celé své rodině za morální podporu při psaní bakalářské práce.

Abstrakt

Název bakalářské práce: Problematika ošetrovatelské péče u klienta se stařeckou demencí

Základní teoretická východiska: Demence, také nazývaná jako „nemoc stáří“, se přestává týkat pouze vyspělých zemí, je dnes problémem globálním. Populace v České republice stárne, je to způsobeno snižující se porodností a úmrtností ve všech věkových skupinách. Demence patří mezi častější onemocnění seniorů než cévní mozková příhoda a diabetes mellitus. U lidí ve věku 65 let je riziko rozvoje stařecké demence 5 %, ve věku 75 let stoupá na 10 %. Ve věku nad 85 let trpí onemocněním 30-50 % seniorů (Jiráček, Holmerová, a kol., 2009). Většina sester se na svých odděleních s klienty s demencí setká, a proto by měly být vzdělané v oblasti specifických potřeb při ošetrování těchto klientů.

Cíle práce: Cílem práce bylo 1. Zjistit specifické problémy ošetrovatelské péče u klienta se stařeckou demencí. 2. Zmapovat možnosti vzdělávání sester ve zdravotnických zařízeních v problematice klienta se stařeckou demencí. 3. Zjistit negativní faktory působící na psychiku sester při ošetrovatelské péči o klienta se stařeckou demencí. K těmto cílům byly stanoveny čtyři výzkumné otázky. 1. Jaké nejčastější problémy řeší pracovníci ve zdravotnictví při ošetrovatelské péči s klienty se stařeckou demencí? 2. Jakým způsobem komunikuje sestra s klientem se stařeckou demencí? 3. Jaké jsou možnosti vzdělávání sester v problematice stařecké demence? 4. Jaké jsou negativní dopady na psychiku u pracovníků ve zdravotnictví, kteří pracují s klienty se stařeckou demencí?

Metodika: Bakalářská práce na téma problematika ošetrovatelské péče u klienta se stařeckou demencí, byla zpracována formou kvalitativního šetření, metodou dotazování. Technikou sběru dat byl polostrukturovaný rozhovor a byl sestaveny pro sestry z různých standardních oddělení nemocnice Strakonice. Rozhovory tvořilo sedmnáct

otázek a se souhlasem sester byly natáčeny na diktafon a následně doslova přepsány. Výzkumné šetření probíhalo od 22. 2. 2013 do 1. 3. 2013.

Výsledky: Z výzkumného šetření vyplynulo, že všechny sestry se často setkávají s klienty s onemocněním demence a znají specifické problémy u ošetrování těchto klientů. Z výsledků také vyplývá, že mají přehled o různých formách vzdělávání v problematice stařecké demence, přesto se nevzdělávají a považují ostatní sestry za neinformované. Při výzkumném šetření jsme také zjistili, že na odděleních žádné formy vzdělávání v této oblasti nemají. I přes nedostatek informací, se však sestry snaží problematické situace s klientem řešit dle svých zkušeností, nebo sbíráním informací od ostatních zdravotníků, což bývá obvykle nedostačující. Díky těmto souvislostem, dochází ke zhoršené komunikaci mezi sestrou a klientem s demencí, nastává tak špatná spolupráce jak s klientem, tak i jeho rodinou a často se u sester objevují negativní dopady na jejich psychiku, jako je např. únava, stres a psychické vyčerpání, které se odráží i v jejich rodinném životě.

Závěr: Myslíme si, že by se sestry měly více motivovat ke vzdělávání se v problematice stařecké demence. Vzdělávání sestrám přinese teoretickou znalost o onemocnění demence, pomůže jim navázat lepší spolupráci s klientem s demencí a budou schopny předcházet i správně řešit možné problematické situace při jeho ošetrování, a také se naučí, jak s klientem se stařeckou demencí vhodně komunikovat. Výstupem mé bakalářské práce je návrh na seminář, určený nejen pro sestry z oddělení následné péče, který obsahuje základní informace o problematice ošetrování klienta se stařeckou demencí (Příloha 5).

Klíčová slova: klient, demence, problematika, ošetrovatelská péče, stařecká demence

Abstract

Bachelor thesis title: Problems of Nursing Care of a Client with Old Age Dementia

Basic theoretical grounds: Dementia, also called “old age disease” is no more the problem of developed countries only, it has become a global problem. The population in the Czech Republic is growing old, which is caused by decreasing birth rate and decreasing mortality in all age groups. Dementia belongs to more frequent diseases than brain stroke and diabetes mellitus among seniors. In 65 year-old people the risk of dementia development is 5 %, at 75 it grows to 10 %. More than 30-50 % of seniors over 85 suffer from the disease (Jiráková, Holmerová *et al.*, 2009). Most nurses meet clients with dementia at their wards, which is why they should be educated in the field of specific needs in caring about these clients.

The aim of the thesis: The goals of the thesis were: 1. To indicate the specific problems of nursing care about a client with old age dementia. 2. To map the possibilities of educating hospital nurses in the problems of clients with old age dementia. 3. To find the negative factors affecting the psyche of nurses caring about clients with old age dementia. Four research questions were set to reach these goals. 1. What are the most frequent problems dealt with by healthcare staff caring about clients with old age dementia? 2. In what way a nurse communicates with a client with old age dementia? 3. What are the possibilities to educate nurses in the issues of old age dementia? 4. What are the negative impacts on the psyche of healthcare staff members working with clients suffering from old age dementia?

Methodology: The method of quantitative research by means of interviews was applied to elaboration of the thesis on the topic Problems of Nursing Care of a Client with Old Age Dementia. The interviews were semi-structured and were prepared for nurses from various standard departments of Strakonice Hospital. The interviews consisted of seventeen questions and were recorded with the consent of the nurses and consequently literally transcribed. The research was performed from 22 February to 1 March 2013.

Results: The research results have shown that all nurses often meet clients with dementia and they know the specific problems related to nursing care of these clients. The results also show that although they are aware of various forms of education in the issues of old age dementia they do not educate themselves and they consider other nurses uninformed. We found during the research that no forms of education are provided in this field at the departments. Despite the lack of information nurses try to solve problem situations with clients upon their experience or collecting information from other healthcare staff, which is usually insufficient. Because of these relations communication between a nurse and a client with dementia worsens, which leads to poor cooperation with both, a client and his/her family, and negative impacts in nurses' psyche like fatigue, stress and tiredness often occur, which is also reflected in their family lives.

Conclusion: We think that nurses should be more strongly motivated to education in the issues of old age dementia. Education would bring nurses theoretical knowledge of dementia, it would help them create better cooperation with a client suffering from dementia and they would be able to prevent and duly solve possible problematic situations in the treatment and they would also learn how to communicate with a client with old age dementia efficiently. My bachelor thesis results in a draft of a seminar intended not only for nurses from consequent care departments, which contains the basic information on the issues of nursing care of a client with old age dementia (Annex 5).

Key words: client, dementia, problems, nursing care, old age

Obsah

Seznam použitých zkratk	10
Úvod	11
1 Současný stav	12
1.1 Demence – vymezení pojmu	12
1.2 Dělení demencí	13
1.2.1 Nejčastější typy demencí	13
1.2.2 Klinický obraz u klienta s demencí	15
1.2.3 Vyšetření u onemocnění stařecké demence	16
1.2.4 Terapie u onemocnění stařecké demence	17
1.3 Poruchy chování u onemocnění demence	18
1.3.1 Noční toulání u klientů se stařeckou demencí	19
1.3.2 Poruchy spánku u klientů s demencí	20
1.3.3 Paranoidita u klientů se stařeckou demencí	21
1.3.4 Agresivní chování u onemocnění demence	22
1.3.5 Postupy při zvládání problematických situací	23
1.4 Pohyb, pády u klientů se stařeckou demencí	25
1.4.1 Prevence pádů u klientů s demencí	26
1.5 Ošetrovatelská péče o osobní hygienu klientů s demencí	27
1.6 Strava u onemocnění stařecké demence	29
1.7 Psychoaktivace u klienta s demencí	30
1.8 Syndrom vyhoření a jeho projevy u pracovníků ve zdravotnictví	31
1.8.1 Prevence syndromu vyhoření	33
1.9 Vzdělávání sester	34
2 Cíle práce a výzkumné otázky	35
2.1 Cíle práce	35
2.2 Výzkumné otázky	35
3 Metodika	36
3.1 Použitá metodika	36
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	36

4	Výsledky	37
	4.1 <i>Rozhovory se všeobecnými sestrami</i>	37
	4.1.1 Kategorizace výsledků z rozhovorů se všeobecnými sestrami	51
	4.1.2 Seznam kategorizačních skupin	51
5	Diskuse	59
6	Závěr	66
7	Seznam použitých zdrojů	67
8	Přílohy	71
	8.1 <i>Seznam příloh</i>	71

Seznam použitých zkratk

CNS	centrální nervová soustava
HIV	human immunodeficiency virus infection
MMSE	mini-mental state examination
ADL	activity daily living
IADL	instrumental activity daily living
KO	krevní obraz
TSH	thyroid stimulating hormone
CRP	C-reaktivní protein
AIDS	acquired immunodeficiency syndrome
EEG	elektroencefalogram
NMR	nukleární magnetická resonance
EKG	elektrokardiogram
CT	computed tomography
CMP	cévní mozková příhoda
BMI	Body Mass Index

Úvod

Stárnutí je přirozený proces každého živého organismu a je nedílnou součástí našeho života. S vyšším věkem se odehrávají změny po stránce psychické, tělesné i sociální. Pojem demence pochází z latiny a v překladu znamená „bez mysli“. U člověka postiženého demencí dochází k podstatnému snižování úrovně paměti a dalších kognitivních funkcí. Mezi kognitivní funkce patří cílené chování, adaptace na zevní prostředí, řečové funkce a další výkonné funkce potřebné k určité činnosti. V pokročilé fázi demence je nemocný závislý na druhých ve všech svých potřebách. V dnešní době dochází k výraznému vzestupu seniorů starších 85 a více let, každý pátý trpí onemocněním demence (Jirák, Holmerová, Borzová a kol., 2009).

Při nástupu na oddělení následné péče jsem měla velké obavy. Neměla jsem žádné zkušenosti jak spolupracovat s pacienty se stařeckou demencí, jak řešit problematické situace. Proto se v této práci zabýváme problematikou při ošetřování pacientů se stařeckou demencí a vysvětlením pojmu demence. Dále také důsledky demence, klinickým obrazem, diagnostikou a léčením syndromu demence.

V posledních čtyřiceti letech se dle vědců počet nemocných s demencí zvýšil trojnásobně, proto považuji téma stařecké demence za velmi aktuální. Bakalářská práce, by měla pomoci ošetrovatelskému personálu porozumět tomuto onemocnění, zaměřit se na specifické potřeby pacientů se stařeckou demencí. Měla by být návodem jak jednat s pacientem a předejít problematickým situacím.

1 Současný stav

Demence, také nazývaná jako „nemoc stáří“, se přestává týkat pouze vyspělých zemí, je dnes problémem globálním. Populace v České republice stárne, je to způsobeno snižující se porodností a úmrtností ve všech věkových skupinách. Demence patří mezi častější onemocnění seniorů než cévní mozková příhoda a diabetes mellitus. U lidí ve věku 65 let je riziko rozvoje stařecké demence 5 %, ve věku 75 let stoupá na 10 %. Ve věku nad 85 let trpí onemocněním 30-50 % seniorů (Jirák, Holmerová, a kol., 2009).

1.1 Demence – vymezení pojmu

Demence patří mezi syndromy, to znamená několik symptomů nebo rysů, které se objevují v kombinaci. Jsou narušeny vyšší korové funkce mozku, ale vědomí není zastřené. Klient vždy trpí ztrátou paměti, což má zásadní vliv na jeho život. U onemocnění demence, jsou popisovány tři okruhy onemocnění. První okruh je postižení kognitivních funkcí, které zajišťují adaptaci na zevní prostředí, komunikaci a cílené chování, paměť, pozornost, vnímání, řečové funkce, motivace k činnosti. Kognitivní funkce se obecně označuje jako inteligence člověka. Druhým okruhem postižení jsou aktivity denního života. Ty jsou spojovány s péčí o sebe sama, běžné a profesní dovednosti. Třetím okruhem postižení jsou poruchy emocí. Patří mezi ně poruchy spánku, chování, nálady, afekty. Tyto poruchy emocí se souhrnně nazývají behaviorální a psychologické příznaky demencí (Pidrman, 2007; Jirák, Holmerová, a kol., 2009).

Výsledkem v procesu onemocnění demence je globální deteriorace duševních schopností klienta, narušení jeho funkčních schopností, ztráta soběstačnosti. To pak vede k tomu, že se klient stává závislým na rodině, nemocnici, ústavu sociální péče (Buijssen, 2006).

1.2 Dělení demencí

Demence jsou děleny do tří skupin. Do skupiny primárně degenerativní demence patří Alzheimerova nemoc, demence s Lewyho tělísky a frontotemporální demence. Ve skupině sekundární a smíšené demence jsou: vaskulární demence (multiinfarktová, mikroangiopatická), metabolické demence, toxické demence, demence při Parkinsonově chorobě, demence při Huntingtonově chorobě, traumatické demence, demence při normotenzním hydrocefalu, demence při nádorech CNS, demence při infarktech, demence syfilická i demence při infekci HIV. Mezi poslední skupinu patří smíšené demence (Pidrman, 2007).

1.2.1 Nejčastější typy demencí

Alzheimerova choroba tvoří 50-60 % všech demencí, dalších 15 % demencí má smíšenou atrofickou vaskulární etiologii, vyskytuje se u 2-3 % lidí ve věku mezi 65-69 roky. Tato onemocnění jsou však podmíněna současným výskytem alzheimerovských i vaskulárních změn, hovoří se tak o smíšených demencích (Kolibáš, Pidrman, 2005).

Jak již bylo výše zmíněno, nejčastějším typem demence je Alzheimerova choroba (AD), je to chronická progredující degenerativní choroba. Projevuje se difúzní atrofií mozku, která výrazně zkracuje život klienta. Vyšší zastoupení má u žen, pravděpodobně to souvisí s delší průměrnou délkou života (Kolibáš, Pidrman, 2005; Koukolík, Jiráček 1999).

Etiologie a patogeneze u AD: Předpokládá se, že důležitou úlohu hrají genetické faktory, až u 50 % nemocných se tato choroba vyskytla v příbuzenstvu, nebo jiné onemocnění podobného typu. Mezi rizikové faktory pro vznik AD a jiné demence patří: kontuze mozku, hypercholesterolemie, hypertenze, vaskulární poškození mozku a další. Rizikovým faktorem je i nižší dosáhnuté vzdělání. Zjistilo se, že lidé s vyšším vzděláním mají vyšší hustotu synaptických spojení v neokortexe, proto k degenerativnímu onemocnění mozku tak často nedochází.

Klient s Alzheimerovou chorobou má porušené kognitivní funkce způsobené nadměrným, difúzním zánikem neuronů. Makroskopicky se projevují difúzní kortikální a subkortikální atrofii. V histologickém nálezu je typická ztráta neuronů a nadměrné množství patologických proteinů: B-amyloidu (senilní plaky a amyloidní angiopatie) a neurofibrinální klubka. Neurochemické abnormality se podílejí na vzniku příznaků onemocnění a získané poznatky se uplatnily při vývoji nových léků (Kolibáš, Pidrman, 2005).

Dalším typem onemocnění je demence s Lewyho tělísky, ta patří mezi primární neurodegenerativní demence. Lewyho tělíska, tvořená proteinem (A-synuklein), jsou typickým morfologickým nálezem při Parkinsonově chorobě (Carperová, 2011). Nacházejí se v substantia nigra a v dalších subkortikálních oblastech. Jde o poměrně častý typ neurodegenerativního onemocnění. Tvoří 7 % všech demencí a vyskytuje se častěji u mužů než u žen (Pidrman, 2007; Kolibáš, Pidrman, 2005).

Frontotemporální demence patří mezi nejčastější typy onemocnění v preseniu. Začíná časně mezi 45. a 65. rokem. Jde o heterogenní skupinu degenerativně atrofických procesů se sporadickým nebo familiárním výskytem. Nejčastější formou je Pickova nemoc. Jde o relativně heterogenní klinický syndrom způsobený progresivní degenerací frontálních a temporálních laloků mozku (Kolibáš, Pidrman, 2005; Pidrman, 2007).

Dalším onemocněním je Parkinsonova choroba. Patří mezi neurodegenerativní demence, u kterých probíhá patologický proces – atrofie neuronů s výskytem Lewyho tělísek. Postihuje 0,4 % lidí starších 40 let a asi 1 % lidí ve věku 65 a více let. Parkinsonovy příznaky jsou způsobené deficitem dopaminu. Příčina demence není dobře známa. Pravděpodobně jde o syndrom. U některých nemocných se Parkinsonova choroba kombinuje s Alzheimerovou chorobou, u dalších s vaskulární demencí (Kolibáš, Pidrman, 2005; Koukolík, Jiráček, 1999).

Nejčastějším typem vaskulární demence ve stáří je multiinfarktová, kde se vyskytují kognitivní poruchy v důsledku poškození mozku různým typem cévní patologie. Tvoří asi 10-20 % všech onemocnění a její výskyt se s věkem zvyšuje. U multiinfarktové demence jsou přítomny mnohočetné mikroinfarkty, zejména v bílé

hmotě mozkové. Příčinou této nemoci je obvykle extracerebrální cévní poškození (embolizace z intrakardiálních trombů). Výskyt této nemoci je obvyklý mezi 60. až 80. rokem života (Kolibáš, Pidrman, 2005; Pidrman 2007).

Dalším typem demence je Binswangerova choroba. Jde o chronickou chorobu s pravidelnou progresí. Příčinou jsou mikroinfarkty bílé hmoty hemisfér mozku a vzájemné spojení mozkových struktur při hypertenzi. V popředí klinického obrazu u klientů s tímto onemocněním je celková zpomalenost včetně pomalé progresy myšlení, nemocní nejsou schopni naplánovat a provést složitější denní aktivity (Kolibáš, Pidrman, 2005; Jiráček, [2009]).

Mezi poslední časté onemocnění patří demence při rozsáhlé cévní mozkové příhodě. Typické pro toto onemocnění jsou neurologické příznaky, které se liší podle lokalizace. V prvních měsících po cévní mozkové příhodě se kognitivní i neurologické příznaky obvykle zmírňují. Dlouhodobá prognóza závisí na opatřeních snižujících riziko dalších cévních příhod (Pidrman, 2007).

1.2.2 Klinický obraz u klienta s demencí

V klinickém obraze u pacienta se stařeckou demencí je vždy přítomna kognitivní porucha různého stupně. U lehké formy demence je mírná porucha orientace, porucha řeči (dysnomie), porucha výbavnosti, zhoršený náhled, omezení v sociálních aktivitách, změny v chování a náladě (apatie, deprese), nespolehlivost v užívání léků. Středně těžká forma demence se projevuje dezorientací pacienta, jak místem, tak i časem. Nemocný se ztrácí na známých místech, objevují se poruchy progresu paměti, potíže se zvládáním běžných domácích prací a osobní hygieny. U těžké demence jsou příznaky těžké dezorientace nemocného, nastupuje těžká porucha staropaměti i novopaměti, těžká smíšená fatická porucha, nemocný není schopen dodržet osobní hygienu, nastává porucha motorických stereotypů, včetně chůze a inkontinence nemocného (Topinková, 2005).

Mezi behaviorální a psychologické symptomy u onemocnění demence patří změny osobnosti, apatie, deprese, úzkost, zmatenost, agresivita, bloudění, psychotické symptomy, poruchy cyklu spánek-bdění. U každého typu onemocnění demencí jsou specifická postižení, např. u Alzheimerovy choroby je postižena především paměť, řeč, orientace, zrakově-prostorové funkce, poruchy chování (apatie, agitovanost, bloudění) (Regnault, 2011).

Pro Alzheimerovu chorobu je typické také plíživý začátek onemocnění a trvale postupující progrese. U vaskulární demence jsou přítomny ložiskové neurologické projevy (parézy, afázie, instabilita, inkontinence), zhoršuje se úsudek a schopnost řešit problémy. Častá je také deprese a bradyfrenie (zpomalené myšlení, paměť). Pro demenci s Lewyho tělísky jsou specifické tyto příznaky: fluktuující průběh nemoci, především kolísání mentálních funkcí napodobující delirium, zrakové halucinace, bludy, extrapyramidové symptomy. U frontotemporální demence jsou klinickými příznaky změny osobnosti, poruchy chování, poruchy řeči, inkontinence, paměť a orientace bývají porušeny méně (Topinková, 2005).

1.2.3 Vyšetření u onemocnění stařecké demence

U klienta s onemocněním demence je nezbytné fyzikální vyšetření a dobře odebraná anamnéza, kterou provádí lékař, nebo sestra při příjmu klienta na oddělení. Lékař, nebo sestra na klienta se stařeckou demencí nespěchá, jedná s ním s trpělivostí a vymezí si na něj a jeho rodinu dostatek času k odebrání anamnézy.

Anamnézu je nutné vždy objektivizovat u ošetřující osoby (rodinného příslušníka – začátek příznaků, rychlost progrese a charakter poruchy). Lékař nebo sestra při příjmu klienta zhodnotí kognitivní funkce, jako je paměť, gnose, řečové a vizuospeciální funkce, logické myšlení nemocného. Běžná internistická charakteristika – orientace místem, časem osobou nestačí. Doporučuje se hodnotit podle škály mentálního stavu MMSE a test kreslení hodin. Závažnost onemocnění lze také kvantifikovat pomocí funkčních testů ADL (viz příloha č. 1), test instrumentálních všedních činností IADL

(nakupování, vaření, úklid, nakládání s penězi) (Klener a kol., 2011; Schuler a Oster, 2010).

Lékař by měl také pátrat po přítomnosti nekognitivních neuropsychiatrických příznaků, jako jsou patický afekt, změny osobnosti, a zhodnotit vliv onemocnění na funkční schopnosti klienta, jako jsou např. řízení motorového vozidla, zacházení s penězi, zacházení s elektřinou a plynem, samostatné bydlení a péče o sebe samého. To je nezbytné nejen pro klienta, ale i pro bezpečnost ostatních (Topinková, 2005; Lužný, 2012).

K dalším důležitým vyšetřením patří i laboratorní a instrumentální vyšetření. Do laboratorního vyšetření patří: základní biochemické vyšetření (jaterní a renální funkce, elektrolyty, KO, TSH, B12, sérové lipidy, homocystein, CRP, sérologie lues, sérologie AIDS). K dalším vyšetřením patří: EEG, NMR mozku, EKG, CT mozku. Možné jsou i genetické biomarkery (Topinková, 2005).

1.2.4 Terapie u onemocnění stařecké demence

U léčby stařeckých demencí vždy lékař zvažuje etiologii demence, pokročilé formy demence, výskyt BPSD (syndrom, nazývaný BPSD, který zahrnuje relativně široké spektrum symptomů, např. paranoidní myšlení, výskyt bludů, halucinací, poruchy v běžných činnostech, agresivitu, poruchy spánku, změny nálad, jako jsou deprese, mánie, úzkost a fobie) a jejich závažnost, stupeň disability a přítomnost komorbidit.

Léčebný plán volí lékař individuálně za spolupráce rodiny klienta, ošetrovatelského týmu a s ohledem na klientovu sociální situaci. Navázání spolupráce s rodinnými příslušníky, pomoc a edukace sníží zátěž pečujících a oddálí ústavní péči. Cílem terapie je zlepšit nebo udržet kognitivní deficit. U pokročilé fáze demence se ošetrovatelský tým snaží zpomalit progresi onemocnění a udržet soběstačnost klienta. Pro zlepšení fyzického i psychického stavu klienta lékaři doporučují pravidelnou fyzickou aktivitu během dne, jednoduché a bezpečné vybavení bytu, používání kompenzačních pomůcek,

dodržování pravidelnosti v denním režimu a úkonech. Včasná farmakologická léčba udržuje kognitivní funkce, zpomaluje ztrátu soběstačnosti a příznivě ovlivňuje i BPSD.

Nejvíce používané léky u stařecké demence jsou inhibitory cholinesteráz, memantin, nootropika, jako je např. piracetam, Ginkgo biloba, cerebrolysin, dále léčba kognitivny a další. Psychofarmaka jsou indikována jen u opakujících se nebo protrahovaných závažných poruch chování, které ohrožují bezpečnost klienta a okolí nebo znemožní dodržovat hygienu, léčebný režim. U pokročilé fáze demence je snaha ošetřujícího personálu o zpomalení progresu onemocnění a udržení soběstačnosti klienta. V konečné fázi onemocnění jsou zdůrazňovány paliativní postupy, pečovatelská a ošetrovatelská péče (Topinková 2005).

1.3 Poruchy chování u onemocnění demence

Poruchy chování u klientů se stařeckou demencí jsou nápadné, vzbuzují pozornost. Rozvíjejí se spolu s poruchami kognitivních funkcí. Mohou být prvním důvodem, který povede k návštěvě a následnému vyšetření lékařem. Poruchy chování jsou stresující pro celou rodinu, obzvláště pak pro ošetřující tým, který se o dementního klienta stará.

Pokud ošetrovatelský personál sleduje jednotlivé skupiny schopností, které demence postihují, získává představu o změnách v chování, které nevyhnutelně následují. Potom může ošetrovatelský tým jednak předcházet problémům, ale také účinně reagovat na zátěžové situace. Je třeba racionálně zpracovávat informace od klienta s demencí a snažit se rozumět podstatě jevu, v nejtěžších případech se snažit alespoň o pochopení klienta s onemocněním demence (Pidrman, 2007, Venglářová, 2007).

1.3.1 Noční toulání u klientů se stařeckou demencí

Noční toulání patří mezi nejčastější příznaky u stařecké demence. Nejde jen o nepříjemný projev demence, je zde i řada rizik pro nemocného (zranění a pád, ztracení se a následné riziko zanedbání péče, psychické strádání při nemožnosti nalézt cestu zpět). Toulání je často bezcílné a více k němu dochází v nočních hodinách. Mezi příčiny toulání patří zejména projev dezorientace, zvláště v prostředí, které je pro klienta neznámé, a proto se velmi často objevuje při jeho hospitalizaci.

K rizikovým faktorům vyvolávajícím toulání patří jakákoliv změna v běžném stereotypu, neustálé přemísťování klienta do jiného prostředí, nevhodné jsou i časté návštěvy u nejbližších příbuzných. Další příčinou je porušená paměť nemocného, není schopen si vzpomenout, kde se nachází a proč. Může bloudit proto, že hledá někoho či něco, co v danou chvíli považuje za nutné. Přitom může jít o přání jak reálné, tak iracionální.

Ošetřující personál by také neměl zapomínat na možný výskyt tělesných nemocí, dyskomfortu, chronické bolesti, pocitu žízně a hladu, které mohou být příčinou toulání (hledání pomoci) klienta. Noční zmatenost může vést k nepříjemným situacím, narušení klidu ostatních spolupacientů a mnohdy vede ke konfliktu mezi nemocnými. Sestra by se měla snažit zmapovat situaci a pochopit klienta, správně zhodnotit, jak mu může pomoci. Důvodem toulání může být i smutek, stesk po známé osobě, proto sestra dbá na zprostředkování kontaktu s blízkými příbuznými, které nemocný zná a které při nočním toulání hledá. Pomoci klientovi mohou také známé předměty z domova, vůně, rozložení nábytku v prostoru.

Jiným zdrojem vyvolávajícím toulání můžou být neshody se spolupacienty nebo personálem. Ošetřující personál by měl vyřešit tyto situace v klidu domluvou, nebo zařídít klientovi s demencí samostatný pokoj a soukromí. Pokud klient trpí spánkovou inverzí, sestra ho motivuje a zapojuje do aktivit přes den, zajistí mu bezpečí v cestě zpátky k lůžku, a pokud jej vede zpět na pokoj, volí klidný, ale rozhodný přístup. Sestra nabízí příjemné důvody, proč by měl jít s ní zpátky na svůj pokoj, udržuje s ním oční kontakt, může vést klienta jemně za paži a vede ho stále k cíli, povzbuzuje ho milým

slovem. Sestra také dbá na fyzický stav klienta, a pokud je unavený, nabídne klientovi přestávku, aby si mohl při cestě zpět k lůžku odpočinout. Ošetřující personál si mezi sebou předává informace a zaznamenává vše do ošetrovatelské dokumentace, může tak pomoci k lepší spolupráci s klientem (Pidrman, Kolibáš, 2005; Venglářová, 2007).

1.3.2 Poruchy spánku u klientů s demencí

Poruchy spánku u klientů s demencí jsou závažným psychopatologickým faktorem, kdy dochází k narušení rytmu spánek/bdění. To snižuje komfort jak klienta, tak i jeho okolí. Změny jsou charakterizovány spánkovou inverzí - klient v noci bdí a přes den spává. Se spánkovou inverzí je spojena celá řada patologických aktivit jak denních, tak nočních. Jde zejména o nepřiměřenou agitovanost přes den, v noci pak o neklid spojený s blouděním. Důležitým činitelem pro zachování rytmu denního a nočního režimu je světlo. Sestra zajistí dostatečné osvětlení přes den v místnosti, to klientovi napomáhá k denním činnostem a zabraňuje tak spánkové inverzi. Sestra také večer pečuje o soukromí a klid klienta, jež mu umožňují nerušený spánek. Před spaním upraví lůžko i pokoj, odstraní přebytečné věci, aby nedošlo k případnému zranění. Dále sleduje rušivé vlivy z okolí působící na klienta, uklidní jej, že je v bezpečí, a snaží se s ním domluvit na jeho přáních a zvyklostech před spaním. Sestra dohlíží na správnou životosprávu u klienta a vyloučí u něj nevhodné potraviny a tekutiny před spaním.

Ošetřující personál by se měl také zaměřit na faktory, které zhoršují nebo zlepšují situaci. Při jednání s klientem by ošetřující personál měl mluvit klidným hlasem a nespěchat na něj. Nevhodný osobní přístup ošetřujícího personálu může u klienta vyvolat nepříjemné pocity a tím zhoršit situaci. Pokud dojde mezi sestrou a klientem ke konfliktní situaci, která se nedaří uklidnit, je vždy lepší přivolat na pomoc někoho nestranného. Sestra vše zaznamenává do dokumentace, předává si s ošetřujícím personálem informace, které mohou vést k navázání dobré spolupráce s klientem, a nepřestává hledat původ obtíží se spánkem. Inverze může být bohužel někdy způsobena iatrogeně, a sice nevhodně podanými psychofarmaky, ale i jinými léky, proto je vždy

vhodná konzultace s lékařem, který může změnit u klienta jeho dosavadní léčbu a dopomoci tak ke zlepšení jeho situace (Pidrman, Kolibáš, 2005; Venglářová, 2007).

1.3.3 Paranoidita u klientů se stařeckou demencí

Podezíravost patří mezi základní příznaky u onemocnění demencí. Vzniká na podkladě kognitivních poruch, špatné interpretace reality. Klient, který trpí poruchou paměti, má často problémy s ukládáním a nacházením běžných předmětů. Hledá vysvětlení, proč nenachází věci, o kterých je přesvědčený, že je uklidil. Myslí si, že někdo jiný manipuluje s jeho předměty ve svůj prospěch, a stává se precitlivělým na své okolí a spolupacienty. Díky kognitivním poruchám u klienta dochází k narušení vztahů mezi ním a ošetřujícím personálem i jeho rodinou.

Mezi projevy paranoidního chování můžou patřit slovní konflikty, hádky, podezíravost, stížnosti a verbální útoky. Pro ošetřující personál je velmi těžké navázat vztah s klientem s paranoidním chováním. Více se osvědčuje přátelský odstup a zdržování se osobních poznámek. Sestra by se měla přiblížit k rozhovoru, který nabízí klient sám, snažit se ho vyslechnout, protože ne vždy má paranoidní představy, také může mít v určité situaci pravdu. Při péči o nemocného s paranoidním chováním se ošetřující personál snaží předvídat problematické situace. Sestra předem upozorní okolí klienta na možné konfliktní situace, útoky. Pokud dojde ke konfliktu, je vhodné, když situaci řeší neosoucená osoba. Klient prožívá nelehké chvíle, a proto by se měl ošetřující personál snažit s ním udržet dobrý vztah, neupozorňovat na jeho chyby a nedostatky.

Také je vhodné, když si sestra ověří objektivní důvody nedorozumění, nepochopení (poruchy smyslů) a s klientem komunikuje jasně a srozumitelně. Nemanipuluje s jeho věcmi bez souhlasu a zachovává mu soukromí, autonomii v rozhodování. Paranoidní chování je způsobeno chorobou, nejde o zlý úmysl, ani útok proti konkrétní osobě a to má mít ošetřující personál vždy na mysli (Buijssen, 2006; Venglářová, 2007).

1.3.4 Agresivní chování u onemocnění demence

Termínu agresivní chování se používá k popisu mnoha různých druhů chování, které mohou mít nejrozličnější příčiny. U klienta s demencí se agresivita často nejprve projevuje agresí slovní, která je zaměřená vůči pečovatelům a nejbližším příbuzným. Slovní agresí rozumíme křik, nadávky, vulgarismy. Ty se stupňují a klient může vyhrožovat fyzickým útokem a stížnostmi - při nezvládnutí situace může k fyzickému útoku dojít. Fyzická a verbální agresivita se častěji vyskytuje u klientů se špatným sociálním zázemím a převládá u mužů s výrazným kognitivním zhoršením. Agresivní chování má různé vyvolávací příčiny. Sestra by měla zvážit, proč takové chování vzniká a jak mu může předejít (Pidrman, 2007, Venglářová, 2007).

Rozvoj agresivního chování bývá vyvolán nejenom biologickými faktory, ale i sociálními a situačními. Nestačí jen terapie psychofarmaky, ale jsou potřebné i zásahy ve sféře sociální (snaha řešit situace, která agresivní chování vyvolala), (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010). Během vývoje společnosti dochází u většiny z nás k potlačení agresivních projevů a k jejich nahrazení jinými způsoby dosahování cílů. V situaci, kdy vyšší city a autoregulační mechanismy ovlivní demence, nemocní častěji sahají k agresivitě jako k obraně před něčím nepříjemným. Přestávají se ovládat a agresivita je reakcí na ztrátu kontroly.

Další možnou vyvolávací příčinou může být agrese jako emoční reakce. Tato agrese je vyvolána přívalem emocí. Starší lidé jsou citlivější, mají sníženou schopnost se vyrovnávat se silnými emocemi, proto agrese a zloba také můžou být projevem bolesti třeba ze ztráty milovaného člověka. Je mnoho vyvolávajících příčin agresivního chování u klienta s demencí, jako je např. stydlivost klienta a jeho následná obrana proti jemu nepříjemné vzniklé situaci, další možností je agrese při chybném chápání reality (špatném pochopení situace, ve které se klient nachází vlivem kognitivní poruchy).

Během života u klienta dochází k mnoha změnám zasahujícím do tělesných oblastí, ale i k transformacím emocionálním, kognitivním a psychosociálním, kdy s přibývajícím věkem vyvstávají některé rysy osobnosti, které se klientovi dříve dařilo lépe zvládat (Pokorná, 2010). Sestra a ošetřující personál by měly mít tyto vyvolávající

příčiny agrese na paměti. Není možné změnit povahu člověka, je proto třeba najít cesty jak omezit nepříjemné projevy v chování klientů vůči ošetrovatelskému personálu a rodinným příslušníkům (Venglářová, 2007).

1.3.5 Postupy při zvládání problematických situací

Účastník pomáhající profese poskytuje pomoc, podporu, inspiraci nemocným se stařeckou demencí. Je velmi důležité, aby poznal lidi s onemocněním demence takové, jací jsou a co je baví (Šamánková a kol., 2011).

Zkušený ošetrovatelský personál zná zvyklosti a reakce klientů, umí předpovídat a vyvarovat se situacím, při kterých s nimi může dojít ke střetu. Často se jedná o úkony, které jsou klientovi nepříjemné, kdy cítí bolest a strach. Klientovou přirozenou reakcí je proto obrana nebo útěk, čímž se snaží vyhnout se nepříjemným situacím. Pokud i přesto bude sestra nemocného nutit, může se obrana obrátit proti ní jako forma agresivního chování.

Sestra si má být jistá, čeho chce u klienta dosáhnout a jaký čas jí na to stačí. Pokud ne, dostává sebe i klienta do stresu. Klient nemusí být ochoten s ní spolupracovat a brání se. Tím se celý ošetrovatelský proces zdržuje a časová tíseň stresuje všechny. Ošetřující personál má předem zvážit, jaké úkony jsou u klienta nezbytné a které se musí provést ihned. Jiné by měl odložit na pozdější dobu a hledat jiné cesty řešení v ošetrovatelské péči.

Pokud klient odmítá ošetrovatelskou péči, snaží se sestra jednat s ním v klidu a neprosazovat si za každou cenu svou představu. Dává si také pozor na varovné signály u klienta, které ukazují na blížící se střet. Jde o změny v chování (z klidu do neklidu, upřený pohled očí, vegetativní známky zlosti, zrychlená řeč). Sestra se snaží využívat zklidňujících vlivů, jako jsou zpomalení tempa řeči, klidný způsob komunikace, snížení gestikulace, také odložení nepříjemných témat a výkonů na vhodnější chvíli. Vhodné je volit formy komunikace k získání klientovy důvěry a vytvoření příznivého emočního klimatu. Vždy by měla respektovat změny v psychických funkcích v průběhu stárnutí a

nemoci u klienta se stařeckou demencí, a ne se s ním přit (Zacharová, Hermanová a kol., 2007).

Klientovi s demencí také pomáhá vidět projevy empatie u ošetřujícího personálu v jeho problematické situaci. Je dobré, když si sestra všimá jeho potřeb a snaží se je uspokojit. Klienti s onemocněním demence mají velkou potřebu řádu, pravidelnosti a odpočinku. V určitou dobu by se měla zavést každodenní rutina (vstávání, mytí, oblékání, snídání), přizpůsobit se jeho rytmu a nespěchat na něj. Zájemem o klienta, jeho osobu a potřeby navazuje důvěrný vztah mezi ním a ošetřujícím personálem, výsledkem jsou jeho pozitivní reakce na ošetrovatelskou péči. Při narušené komunikaci je účinné, když sestra používá řeč těla, např. jemný dotyk, úsměv, držení ruky (Zgola, 2003).

U ošetrovatelské péče o klienta se stařeckou demencí sestra nemá zapomínat na správné oslovení klienta a komunikovat s ním v jednoduchých větách, srozumitelně a pomalu (Kleťetová, Dlabalová, 2008; Martínková a Botíková, 2012 s. 29).

Při problematické situaci by měla zvážit, zda situaci zvládne sama, někdy totiž přítomnost několika ošetrovatelských pracovníků může vést k rychlému řešení situace a nemusí dojít ani k napadení. Dojde-li k rozvoji agresivního jednání, velmi často se sestra nevyhne podání psychofarmakoterapie dle ordinace lékaře a v určitých nebezpečných situacích je nevyhnutelné i jeho fyzické omezení (dle standardu oddělení).

Po odeznění afektu je vhodné, když si sestra promluví s klientem a znovu s ním zkusí navázat spolupráci. Je třeba si vzít z problematických situací ponaučení, analyzovat faktory, které u klienta vedly k negativnímu chování. Díky tomu je možné vytvářet intervence a vhodné postupy při ošetrovatelské péči. Je potřebné, aby spolu celý ošetrovatelský tým spolupracoval a předával si informace o vhodných postupech v problematických situacích. Vše se zaznamenává do dokumentace, aby se tak předešlo dalším možným negativním situacím. Klienta s demencí má ošetrovatelský personál brát vždy vážně a s úctou, jednat s ním jako s dospělým a nemluvit o něm s někým jiným v jeho přítomnosti (Buijssen, 2006, Venglářová, 2007).

1.4 Pohyb, pády u klientů se stařeckou demencí

Ve vyšším věku je pro řadu klientů s onemocněním demence pohyb omezený, chůze je pomalejší a nejistá. Pro mnohé představuje nerovný terén překážku, kterou se bojí zdolávat. Nejistota při chůzi může souviset i s osobní zkušeností s pádem. Takový klient může mít zvýšený strach z chůze a bude se bát chodit sám.

Podle příčin rozlišujeme dvě velké skupiny pádů: pády z vnitřních příčin a pády ze zevních příčin. Pády z vnitřních příčin se objevují při nějaké nemoci nebo poruše. Mezi ně patří kardiovaskulární nemoci (náhlá změna krevního tlaku, infarkt myokardu), neurologická onemocnění (Parkinsonova choroba, demence, CMP), onemocnění pohybového systému (záněty kloubů, artróza, poruchy smyslů), duševní poruchy (depresivní stavy, psychotické poruchy). Pády ze zevních příčin pocházejí z okolního prostředí. Rizikovým prostředím může být nevhodně nebo nedostatečně vybavený byt, nedostatečné osvětlení, nevhodně umístěné světlo i umístění vypínačů světel na stěně, nevhodné podlahové krytiny a umístění nábytku, malé koberečky na podlaze i v koupelně, nepřítomnost madel v koupelně a na WC, nevhodná obuv (Pidrman, 2007; Mlýnková, 2011).

Jedním z rizikových faktorů pro vznik pádu je věk seniora. Až u 50 % osob nad 85 let dochází k pádům. U klienta se vyskytuje ranní hypotenze poté, co ráno rychleji vstane z lůžka. Užívání léků také patří do rizikových faktorů. Klienti se stařeckou demencí užívají větší množství léků různého druhu (antidepresiva, psychofarmaka, antihypertenziva, myorelaxancia, analgetika, hypnotika), některé z nich mohou mít výrazný tlumivý účinek i v denních hodinách. K dalším faktorům patří narušená chůze a svalová slabost. Většina klientů trpí na bolestivost kloubů, kterou může podporovat i nevhodné používání kompenzačních pomůcek (Mlýnková, 2011).

Během pádu může dojít k pohmoždění nebo poranění měkkých tkání, což zpravidla vyžaduje ošetření u lékaře. Mohou se objevit hematomy, tržné rány, podvrtnutí kloubu, fraktury krčku humeru, femuru, zápěstí, paže. Často dochází i k úrazu hlavy. U dlouhodobých komplikací je klient většinou imobilní, je závislý na pomoci druhých osob a má strach z opakovaného pádu. V této nepříznivé situaci se může objevit i

nespavost, ta může vést k poruchám nálady. Riziko se zvyšuje u osaměle žijících klientů s demencí, kteří mohou delší dobu po pádu zranění zůstat bez pomoci. Jsou tak ohroženi podchlazením a vznikem pneumonie. Ošetřující personál nesmí podceňovat ani psychické důsledky pádů, kdy strach z jeho opakování vede k omezení aktivit, v extrémních případech až k úplné mobilitě (Mlýnková, 2011; Pidrman, 2007).

1.4.1 Prevence pádů u klientů s demencí

Pády jsou u klientů se stařeckou demencí, sníženou soběstačností a pohyblivostí největším nebezpečím. Snížená pohyblivost a schopnost udržet rovnováhu jsou ostatně důsledkem nesprávných reakcí motorického systému na nervové impulsy. Současně se snahou o usnadnění přesunů z jednoho místa na druhé je proto také třeba minimalizovat riziko pádů. Ošetřovatelský personál by tedy měl odstranit všechny koberce, hlavně z blízkosti lůžka, zajistit dostatek světla ve dne i v noci a odstranit nábytek s ostrými rohy a hranami.

Velmi důležité je uspořádat nábytek tak, aby si klient měl možnost při přesunu odpočinout. Sestra dbá také na to, aby měl klient vhodnou obuv (nadměrná velikost, vyšší podpatek), na klienta při chůzi nespíchá, doprovází ho s trpělivostí a v jím zvoleném tempu. Vhodné je zajistit klientovi cvičení s fyzioterapeutem pro lepší udržení rovnováhy a poskytnout vhodné kompenzační pomůcky. Také večer a v noci by neměl ošetřující personál zapomínat na zajištění pocitu bezpečí u klienta tím, že mu dá blíže k lůžku signalizační zařízení a nabídne vytáhnutí postranice u lůžka při odpočinku, nebo spánku. Všechny pády sestra hlásí lékaři a zaznamenává do dokumentace (Topinková, 2005; Holmerová, Jarolímová, 2008).

1.5 Ošetrovatelská péče o osobní hygienu klientů s demencí

Člověk, který je částečně soběstačný, je schopen provést hygienickou péči s pomocí ošetřujícího personálu. Někteří lidé, obzvláště pak s onemocněním stařecké demence, nepocítují potřebu hygieny jako většina lidí. Tito pacienti potřebují pomoc ošetřujících osob při péči o osobní hygienu, která patří k základní ošetrovatelské péči (Holeksová, 2002).

Důležitou roli v obraně organismu před škodlivými vlivy hraje péče o kůži. Ochrannou může být pouze kůže zdravá, nenarušená a dobře hydratovaná. U klienta se stařeckou demencí se velmi často vyskytuje kůže suchá, proto by sestra měla dodržovat některé zásady, které zabraňují poškození kůže a vzniku dekubitů. Mezi tyto zásady patří např. omezování použití mýdel, které vysušují pokožku a na očistu kůže raději používat čistící oleje nebo hydratační emulze a do koupele pak koupelové oleje. Sestra také nemá zapomínat na sledování stavu kůže, kožní změny a integrity kůže u klienta, dále na vlhkost a teplotu kůže, zápach kůže.

Při každém hygienickém výkonu má ošetřující personál vždy ochranné rukavice, nechrání tak jenom své zdraví, ale zabraňuje přenosu nozokomiálních onemocnění. Před hygienickou péčí sestra nachystá všechny pomůcky a zajistí intimitu klienta při jeho hygieně. U každé hygienické péče, by sestra měla vést klienta k co největší samostatnosti, úkony, které se klient snaží zvládnout sám pod dohledem sestry, by za něj neměla provádět (Vytejšková, Sedlářová a kol., 2011).

K hygienické péči u ležícího klienta se stařeckou demencí patří ranní a večerní umývání, česání, úprava nehtů, mytí vlasů, celková koupel, péče o dutinu ústní a péče o čisté osobní prádlo. K mytí vlasů sestra používá kvalitní šampon odpovídající typu vlasů klienta. Dutinu ústní sestra pravidelně ošetřuje, aby nedocházelo k nahromadění zbytků jídla v ústech a následkem toho k rozličným onemocněním, např. zánětu dásní, jazyka, k tvorbě zubního kazu, k paradentóze a k zapáchajícímu dechu. K péči o chrup se používá zubní kartáček, zubní pasta, dentální nit a ústní voda. K odstranění zubního plaku jsou nejvhodnější tvrdé zubní kartáčky s krátkou čistící plochou a tvarovaným držadlem. Doba čištění zubů by neměla být kratší než 2 minuty, doporučené je čistit si

zuby minimálně 2x denně. Klient s demencí si čistí zuby sám či s pomocí sestry. Po vyčištění zubů sestra zajistí důkladné vypláchnutí dutiny ústní vodou.

Pokud si klient s demencí není schopen ústa sám vyčistit, vypláchnout a vyplivnout obsah do emitní misky, sestra by měla klientovi dutinu ústní vyčistit např. borax-glycerinovým olejem, roztokem heřmánku nebo speciálními štětičkami napuštěnými citronovou šťávou a olejem. Důležitá je také péče o klientovu zubní náhradu. Protézu sestra opatrně čistí ve speciálním čisticím prostředku kartáčkem na zubní protézy, po očištění protézu důkladně opláchně a vsadí zpět klientovi do úst.

Mezi další úkony v hygienické péči patří mytí rukou, při mytí rukou se nejčastěji používá klasické mýdlo nebo tekuté mýdlo a při velkém znečištění kartáček na ruce. Ruce sestra klientovi myje až po lokty, po umytí kůži ošetří vhodným krémem na ruce. Ošetřující personál také nemá zapomínat na dostatečnou péči o nohy, mytí nohou u klienta provádí denně teplou vodou a mýdlem, popřípadě kartáčkem. Kůži na nohou se po důkladném osušení ošetřuje krémem na nohy.

U klienta s onemocněním diabetem mellitus pečuje o nohy pedikérka, předejde se tak možným komplikacím. Při hygieně hýždí a genitálu je vhodné se zeptat klienta, zda hygienu zvládne sám, nebo mu sestra s mytím pomůže, případně ji provede za něj (např. u hygieny zad). Pokud je klient znečištěn od stolice, používají se nejčastěji vlhčené ubrousky nebo buničina. Preferuje se používání jednorázových žinek. Osobní prádlo je klientovi vyměňováno nejméně 1x za den. Sestra má být vždy přítomna u klienta se stařeckou demencí, pomáhá a motivuje klienta a komunikuje s ním po celou dobu hygienické péče (Mlýnková, 2010; Mikšová, Froňková a kol., 2006).

Při hygienické péči o ležícího nebo nehybného klienta ošetřující personál zajistí ranní a večerní toaletu, poskytnout celkovou koupel na lůžku, pečuje o dutinu ústní, nehty, uši, nos, oči, vlasy. Ranní toaleta zahrnuje: péči o dutinu ústní, umytí horní poloviny těla, umytí a opláchnutí perineální-genitální oblasti, péči o kůži včetně masáže zad, péči o vlasy, úprava lůžka a výměna ložního prádla dle potřeby klienta. Ošetřující personál klienta vždy informuje, že ho umyje na lůžku, komunikuje s ním během úkonů a snaží se dodržovat jeho intimitu, používáním zástěny. Celkovou koupel provádí ošetřující personál dle potřeby klienta, nejméně 1x za 5 dnů. Tento výkon je velmi

náročný po stránce fyzické, proto by měly být při celkové koupeli alespoň dvě osoby. V některých nemocničních zařízeních se používá pojízdný vozík nebo vana, kdy je klient šetrně přemístěn a následně osprchován v koupelně. Sestra mu umývá vlasy, upraví nehty, ošetří dutinu ústní, umývá uši a vyčistí nos. Ošetřující personál klienta utře do sucha, ošetří klientovi kůži a zakryje ho při převozu na lůžko, které je čisté a upravené.

Další možností, jak klienta umýt, je celková koupel na lůžku. Podle stavu klienta provádí celkovou koupel na lůžku jedna nebo dvě sestry. Sestra si připraví pomůcky k lůžku (umyvadlo, dva ručníky, žínku, toaletní mýdlo, prostěradlo na přikrytí klienta, čisté ložní a osobní prádlo, podložní mísu, gumové rukavice a kosmetické přípravky dle potřeby pacienta). Ošetřující personál zajistí přiměřenou teplotu na pokoji a nevětrá, seznámí klienta s postupem a zajistí jeho vyprázdnění. Sestra odstraní deky a polštáře z lůžka. Ošetřující personál pomalu vysvlékne klienta a přikryje jej čistým prostěradlem, aby neprochladl. Sestra začne hygienu omytím obličeje, ramen, paží, rukou, hrudníku, břicha, nohou a zad, a to v poloze na boku. Poté následuje genitální a anální oblast, jednotlivé části omyje a hned osuší. Naposledy by sestra měla ošetřit klientovu kůži, upravit mu lůžko a vše zapsat do dokumentace (Mlýnková, 2010; Mikšová, Froňková a kol., 2006).

1.6 Strava u onemocnění stařecké demence

Výskyt podvýživy je u klientů v nemocničním zařízení velmi častý, přesto nemusí být na vině nějaké onemocnění. Spíše jde o nízké povědomí klientů o tom, jak je výživa pro uzdravení a prosperitu zásadní. Příčin podvýživy je mnoho. U klienta se stařeckou demencí může způsobovat nechut' k jídlu podávání kombinací léků, které mohou vyvolávat nauzeu.

Dalšími příčinami mohou být vyšetřovací programy, hladovění před vyšetřením i v jeho průběhu, někdy i po vyšetření. Mezi příčiny patří také invazivní a léčebné postupy, chirurgické výkony, nevhodný dietní systém. I rychlý a stresující provoz v nemocničním zařízení bývá z jednou možných příčin hrozící malnutrice, kdy klienti

s demencí nemají dostatečně vymezený prostor se v klidu najíst nebo být ošetřujícím personálem nakrmeni (Sobotka, [2012]).

V dnešní době by zdravotnický personál měl využívat všechny možnosti, jak podvýživě zabránit. Mezi tyto možnosti patří metody perorální, enterální a parenterální výživy. Pokud je výživa u klienta nedostatečná, jedná se vždy o selhání léčebné péče, proto zdravotnickému personálu k upozornění na klienty ohrožené malnutricí a s tím spojené komplikace slouží nutriční rizikový screening (viz příloha č. 2) vytvořený v roce 2002, který byl doporučen Evropskou společností umělé klinické výživy a metabolické péče. Patří k rutinnímu používání v nemocnicích nebo u klientů trpících akutním nebo chronickým onemocněním.

K dalším možnostem jak odhalovat podvýživu klientů patří i screening MUST (viz příloha č. 3), kdy se hodnotí BMI klienta, pokles hmotnosti a zda klient v posledních pěti dnech přijímal potraviny perorálně. Samotný nutriční screening ale není indikací k nutriční podpoře, pouze by měl upozornit na možné komplikace spojené s malnutricí. Je třeba vždy také navázat spolupráci s rodinnou klienta k doplnění vitamínových a výživných doplňků, jako jsou minerály, ovoce či sítiny. Strava u klienta s demencí by měla být vyvážená a přizpůsobená věku, fyzické námaze, zdravotnímu stavu a pohlaví (Navrátil a kol., 2008).

1.7 Psychoaktivace u klienta s demencí

Psychoaktivace klientů s demencí slouží ke zlepšení a posílení kvality života a k pozitivní adaptaci ve stáří. Výzkumy ukazují, že po krátkém tréninku pružnosti myšlení a řešení nových problémů, dosahují mnohé starší osoby v testech fluidní inteligence výkonů plně srovnatelných s výkony mnoha mladších lidí, proto jsou v dnešní době aktivizační programy rozvíjeny jak na úrovni preventivní, tak i na úrovni léčebné (např. kognitivní rehabilitace u lidí s počínající demencí, u nichž může přiměřená aktivizace zpomalit progresi onemocnění a zlepšit tak kvalitu života).

Mezi první kroky, jak začít s aktivizací klienta s demencí, patří motivace klienta, respekt k jeho individuálním možnostem, přáním a vytvoření si s klientem krátkodobé a dlouhodobé cíle, kterých se klient bude snažit dosáhnout. K jejich dosažení slouží mnoho aktivizačních programů i speciálních pomůcek (např. speciální sešity pro klienty s demencí, kde si klienti trénují paměť, vhodné jsou i společenské hry - pexeso, šachy). Mezi aktivizační programy patří reminiscenční terapie, která je založená na vzpomínkách klienta. Vzpomínáním si klienti s demencí snaží porozumět sami sobě a přizpůsobit se novému prostředí, to vede ke zlepšení ošetrovatelského procesu a k navázání lepší spolupráce s klientem.

K dalším programům aktivizace klienta s demencí patří muzikoterapie, výtvarné kroužky, canisterapie (terapie za pomoci psa, k navázání kontaktu s klientem), ergoterapie (ruční práce, cvičení paměti) a vhodná je i bazální stimulace u těžšího stupně onemocnění demence, kdy stimulací organismu klient s demencí lépe vnímá okolní svět a snaží se navázat komunikaci. Tyto aktivizační programy jsou další formou celoživotního vzdělání nelékařských zdravotnických pracovníků, které si nejen sestry mohou doplnit certifikovaným kurzem, dle platných zákonů ministerstva zdravotnictví v příslušném akreditovaném zařízení. (Dvořáková, [2012]; Langmeier, Krejčířová, 2006).

1.8 Syndrom vyhoření a jeho projevy u pracovníků ve zdravotnictví

Ošetrovatelský personál je při práci s klienty se stařeckou demencí vystaven mnoha zátěžovým situacím. Může dojít k nahromadění faktorů, které ovlivní vznik syndromu vyhoření – burn-out syndromu. Syndromem vyhoření jsou více ohroženi lidé, kteří pro mnoho práce a angažování v profesi omezili jiné vztahy. Bohužel někdy je rozpad přátelství nebo manželství důsledkem vyhoření. Na obranu proti syndromu vyhoření mají zásadní vliv preventivní opatření a znalost v této problematice.

Termín burn-out popisuje profesionální selhávání na základě vyčerpání vyvolaného zvyšujícími se požadavky okolí nebo samotného jedince. Zahrnuje ztrátu zájmu a potěšení, ztrátu ideálů, energie i smyslu, negativní sebe sama a negativní postoje

k povolání. Nejpravděpodobněji ho najdeme tam, kde je hlavní částí pracovní náplně práce s lidmi a sestra nebo ošetřovatel si neuvědomí, že dezorientovaní obyvatelé si nepamatují, co právě řekli, který je den a často zapomenou i jména a tváře personálu. Pro ošetřující personál je psychicky velmi vysilující neustále klientovi připomínat jemu potřebné informace (Rheinwaldová, 2003).

Syndrom vyhoření vzniká nejčastěji dlouhodobým působením chronického stresu nejen z chování klientů se stařeckou demencí, ale často i z nepochopení vedení nemocnic, které si neuvědomuje velkou psychickou zátěž, jež spolu s fyzickým přetížením ošetřovatelský personál vyčerpává. Dalším faktorem může být špatná spolupráce a komunikace v kolektivu. To pak způsobuje nejen problémy v kolektivu pracovníků, ale trpí tím především nemocní, a to by se v žádném případě nemělo připustit. Proto by ošetřovatelský personál měl stresu předcházet, a jestliže se burn-out syndrom u někoho z pracovníků objeví, je nutné vzniklou situaci urychleně řešit (Holeksová, 2002; Venglářová a kol., 2011).

Mezi první varovné příznaky syndromu vyhoření jsou pocity, že se práce nedá zvládnout, zpochybňování významu a smyslu práce. Ošetřující personál působí nervózním, nespokojeným a podrážděným dojmem. Příznaky syndromu vyhoření lze rozdělit do tří oblastí. První oblastí je tělesné vyčerpání, projevuje se chronickou únavou, nedostatkem energie, svalovými bolestmi, pocity tělesné slabosti, častější nemocností, změnami tělesné hmotnosti (přírůstek i úbytek), bolestmi hlavy a břicha, ztuhlým krkem a dalšími. Člověk se rychleji unaví. Může se objevit zvýšená potřeba spánku a přitom je spánek nekvalitní. Ráno se člověk cítí nevyspalý, neodpočatý. Fyzická únava ze sportu nebo z práce po odpočinku přejde, v případě vyhoření je únava spojená s pocity viny a selhávání. Druhou oblastí je psychické vyčerpání, které se odráží v negativních postojích k sobě i k jiným. Projevuje se změnou dosavadních životních postojů. Život začíná být vnímán jako jedna velká katastrofa. Psychicky vyčerpaný člověk je cynický, negativistický, pesimistický, nechce žádné změny, přestává si věřit. Objevují se poruchy soustředění, zapomnětlivost. Dochází k utlumení celkové aktivity a mizí tvořivost. Život a práce přestávají mít smysl, mohou se objevit i sebevražedné myšlenky. Třetí oblastí je emocionální vyčerpání. Projevuje se tím, že se člověk cítí

citově vysátý, už nechce řešit cizí trápení, starosti. Cítí prázdno, pocity beznaděje, bezmoci, už nechce být empatický. Snaží se lidem vyhýbat, uzavírá se do sebe. Vytrácí se radost z kontaktu s lidmi, nejprve v práci, ale postupně se toto přenáší i do rodiny. Rodinu a přátele přestává vnímat jako zdroje radosti a uspokojení, reaguje na ně podrážděně, stávají se pro něj další přítěží (Venglářová a kol., 2011).

1.8.1 Prevence syndromu vyhoření

Podmínkou dobré fyzické a duševní kondice a dostatečné energie potřebné k plnění denních povinností je pravidelná relaxace. Pracovníci v domovech pro seniory, ústavech pro mentálně postižené děti, sestry v nemocnicích a další zaměstnanci ve zdravotnictví jsou vystaveni stresu více než kdokoli jiný. Jejich činnost je nesnadnější o to, že vedle rutinního plnění svých pracovních povinností musí být stále laskaví, milí, úslužní a vždy ochotní s úsměvem pomoci svým svěřencům. Zastávají současně roli sestry i psychologa. Není divu, že potřebují doplňovat zásoby energie a pečovat také chvíli o sebe. Vztahy s lidmi dodávají energii a poskytují zázemí v horších chvílích. Každý někdy potřebuje vrbu, která bude naslouchat, proto je užitečné setkávání s kolegy, vazba na profesní skupiny.

Dalším důležitým prvkem v prevenci je profesní růst. Sem patří donedávna podceňovaný rozvoj komunikace, péče o pracovní prostředí, sledování podmínek pro práci a stálé zlepšování zmíněného. Po určité době a vyčerpání jiných možností může nastat chvíle, kdy odchod považujeme za jediné východisko. V zahraničí je běžnější měnit profesi či zaměření vícekrát během života než ztrácet klid, duševní pohodu a zdraví. Je třeba se naučit o sebe pečovat a změnit svůj soukromý život k lepšímu (Rheinwaldová, 2003; Venglářová, 2007).

Mezi obecné zásady jak bojovat se stresem patří snažit se udržet si pozitivně laděný odstup od lidí, kterým pomáháme. Oddělovat profesní a osobní život. Pravidelně relaxovat a odpočívat. Sestra by neměla potlačovat své pocity, ale s někým o nich mluvit. Neuchylovat se k monotónnosti práce a nebát se změn. Je třeba se věnovat

koníčkům a činnostem, které pomohou uvolnit se a odpoutat od každodenního stresu. Snažit se o zdravý životní styl. Úkoly a problémy řešit co nejrychleji a netrápit se tím, co se nepovedlo nebo nestalo, ale radovat se z každého malého úspěchu nejen v pracovním, ale i v osobním životě (Holeksová, 2002).

1.9 *Vzdělávání sester*

Vzdělávání sester je potřebné ke kontinuálnímu procesu získávání a rozvoje vědomostí, intelektových schopností a praktických dovedností, a to i nad rámec počátečního vzdělávání. Proces vzdělávání je jednou z podmínek pro výkon povolání sestry bez odborného dohledu a získání registrace. Vše se řídí zákony a vyhláškami ministerstva zdravotnictví, zákonem č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních, který byl novelizován 1. 7. 2008, stanovuje povinnost celoživotního vzdělávání pro všechny zdravotnické pracovníky a jiné odborné pracovníky. Plnění této povinnosti se prokazuje na základě kreditního systému.

Kreditní systém ohodnocuje jednotlivé formy celoživotního vzdělávání počtem kreditů, dle platných vyhlášek ministerstva zdravotnictví (např. 423/2004 Sb.), které může sestra v rámci celoživotního vzdělávání sbírat. Je mnoho možností, jak nelékařský zdravotnický pracovník může nasbírat správný počet kreditů, např.: kreditem bodové ohodnocení jednotlivých forem celoživotního vzdělávání, inovačním kurzem, odbornou stáží, seminářem, školicí akcí a další.

Mezi formy celoživotního vzdělávání pro sestry také patří specializační vzdělávání a certifikované kurzy, kdy si sestra zvýší svojí odbornost v ošetrovatelské péči, nebo k určitým výkonům, které potřebuje ke své profesi. U specializačního vzdělání je to např. program - ošetrovatelská péče ve vybraných klinických oborech se zaměřením na ošetrovatelskou péči o pacienty v gerontologii. (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 4. 2. 2004; Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 4. 2. 2004).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

- C1 Zjistit specifické problémy ošetrovací péče u klienta se stařeckou demencí.
- C2 Zmapovat možnosti vzdělávání sester ve zdravotnických zařízeních v problematice klienta se stařeckou demencí.
- C3 Zjistit negativní faktory působící na psychiku sester při ošetrovací péči o klienta se stařeckou demencí.

2.2 Výzkumné otázky

- O1 Jaké nejčastější problémy řeší pracovníci ve zdravotnictví při ošetrovatelské péči s klienty se stařeckou demencí?
- O2 Jakým způsobem komunikuje sestra s klientem se stařeckou demencí?
- O3 Jaké jsou možnosti vzdělávání sester v problematice stařecké demence?
- O4 Jaké jsou negativní dopady na psychiku u pracovníků ve zdravotnictví, kteří pracují s klienty se stařeckou demencí?

3 Metodika

3.1 Použitá metodika

Bakalářská práce na téma Problematika ošetrovatelské péče u klienta se stařeckou demencí byla zpracována formou kvalitativního výzkumného šetření, metodou dotazování. Technikou sběru dat byl polostrukturovaný rozhovor pro sestry z různých standardních oddělení Nemocnice Strakonice. Rozhovory tvořilo sedmnáct stejných otázek (viz příloha č. 5) a se souhlasem sester byly natáčeny na diktafon a následně doslova přepsány. Výzkumné šetření probíhalo od 22. 2. 2013 do 1. 3. 2013.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořily tři sestry pracující na chirurgickém oddělení, dvě sestry pracující na interním oddělení a dvě sestry na oddělení následné péče v Nemocnici ve Strakonici.

4 Výsledky

4.1 Rozhovory se všeobecnými sestrami

Sestra 1

Rok narození 1977. Vystudovala střední zdravotnickou školu, dále má specializaci ARIP. Na chirurgii pracuje asi 12 let.

- 1. Jak často ošetřujete klienta se stařeckou demencí?** *„Mám pocit, že skoro každý den.“*
- 2. S jakým chováním se u klienta s demencí obvykle setkáváte?** *„Většinou jsou klienti s demencí dezorientovaní, hůře se s nimi spolupracuje z důvodu nechápání situace. Dochází z nepochopení i k legračním situacím.“* **Co tím myslíte?** *„Třeba že klientovi s demencí řeknu, ať něco udělá, a on si situaci vyřeší po svém a úplně jinak, než jsem po něm chtěla a ještě se na mě usměje, jak to vlastně udělal dobře.“*
- 3. V čem se liší ošetrovatelská péče u klientů s demencí od ostatních pacientů?** *„Spolupráce s klienty s demencí je horší, jsou zmatení a nerozumí nám. Dochází u nich častěji ke komplikovaným situacím při naší ošetrovatelské péči.“* **K jakým komplikovaným situacím?** *„K nepochopení našich pokynů při ošetrování a odmítání, bránění se zejména při hygienické péči. Tím bych řekla, že se ta práce u pacientů s demencí liší od ostatních pacientů.“*
- 4. Jak přistupujete ke klientovi s demencí v problematické situaci?** *„Snažím se být klidná, trpělivá, požadavky jim opakuji až do doby domnělého pochopení, i když při personálním obsazení a pracovní vytíženosti na dementní pacienty není tolik času.“* **Co děláte, když se problematická situace s klientem s demencí nevyřeší?** *„Požádám o pomoc další ošetrovatelský personál, případně lékaře.“*
- 5. Jak zaznamenáváte problematickou situaci při ošetrování klienta s demencí do dokumentace?** *„Zapisuju svými slovy do ošetrovatelské dokumentace, popřípadě vyplňuji zápis mimořádné události.“*
- 6. Jak spolupracujete s rodinou klientů s onemocněním demence?** *„Pokud je čas, snažím se s rodinou domluvit, na co je pacient s demencí zvyklý, co má rád a čím se*

zaměstnává, ale ne vždy je domluva s rodinou možná. Někdy rodina nechce spolupracovat s námi.” **Ptáte se, jak oslovovat klienta?** „Na oslovení se neptám, nepovažuji to za důležité.“

7. **Myslíte si, že by se klienti s demencí měli aktivizovat, nebo by se u nich měla aplikovat psychofarmaka?** „Určitě by se měli aktivizovat, ale měla by k tomu být určena jedna sestra, která se bude maximálně věnovat těmto klientům po celou dobu směny, jenže tomu tak na oddělení není z důvodu personálního snižování.“
8. **Jaký vliv podle vás mají formy aktivizace na klienta se stařeckou demencí? Máte nějaký program aktivizace pro klienty s demencí na vašem oddělení?** „U nás na chirurgii žádný program nemáme, alespoň o něm nevím a opravdu nevím, kde na to vzít čas, když jsem na oddělení sama na třicet pacientů, do toho operace a příjmy klientů. Jinak si myslím, že by to určitě pozitivní vliv na pacienty mělo.“ **Jak se snažíte sami aktivizovat klienty s demencí?** „Opravdu minimálně, není čas. Snažíme se jim dát aspoň časopis na čtení, nebo je posadíme do křesla k televizi, také záleží na jejich zdravotním stavu.“
9. **Jak byste zhodnotila informovanost sester ohledně zvládání problematických situací při ošetřování klienta s demencí?** „Myslím si, že nejsme dobře informované. Určitě bych uvítala nějaké semináře, ale jak říkám, největší problém je čas.“
10. **Jaké jsou podle vás formy vzdělávání pro sestry, které ošetřují klienty s demencí?** „Určitě jsou specializace pro geriatrické sestry, semináře, nebo v oblasti sociální péče.“
11. **Jak se vzděláváte v oblasti ošetrovatelské péče u klienta s demencí?** „Snažím se přečíst si nějaké knihy o demenci a stáří.“
12. **Jaké máte možnosti vzdělávání v tomto oboru na Vašem oddělení?** „Možná mi něco uniklo, ale nevím o žádných možnostech na našem oddělení.“
13. **Jaké si myslíte, že jsou výhody vzdělávání se v této oblasti?** „Určitě je dobré vědět, jak s klienty s demencí mluvit a jak se k nim chovat.“
14. **Co ovlivňuje vaši psychiku při ošetřování klienta s demencí?** „Časová tíseň, někdy únava.“

- 15. Jak se cítíte po celodenním ošetřování klienta se stařeckou demencí po příchodu do domácího prostředí?** *„Cítím se unavená, hlavně psychicky vyčerpaná. Naštěstí mám dobré zázemí, manžel hodně pomáhá.“*
- 16. Co děláte po příchodu domů z práce?** *„Když přijdu ze služby domů, už ani nemám chuť a sílu něco dělat. Dám si sprchu a odpočívám koukáním na televizi nebo čtením.“* **Máte nějaké koníčky?** *„Na koníčky zbude čas, když mám po práci druhý den celý volný, jdu třeba na delší procházku se psem, někdy jezdím na kole.“*
- 17. Jaký přínos má pro vás práce s klientem s demencí?** *„Strach z demence, ale díky tomu, že si čtu knihy s touto problematikou, strach se trošku zmírnil. Jinak jsem se naučila být trpělivější.“*

Sestra 2

Rok narození 1983. Vystudovala střední zdravotnickou školu s maturitou. Na chirurgii pracuje asi 8 let.

- 1. Jak často ošetřujete klienta se stařeckou demencí?** *„Velice často pracuji s těmito klienty.“*
- 2. S jakým chováním se u klienta s demencí obvykle setkáváte?** *„Hodně se setkávám se zmateností klientů s demencí.“* **Jak se zmatenost u klientů s demencí projevuje?** *„Nevědí kde jsou, přestože jim to opakovaně sdělujeme. Nepamatují si pokoj, bloudí po chodbě.“*
- 3. V čem se liší ošetrovatelská péče u klientů s demencí od ostatních pacientů?** *„Já myslím, že u dementních klientů musí být větší dohled jak na podávání léků a ordinací, tak i na hygienu. Chodit se na ně častěji dívat v noci i během dne, aby nespadli z lůžka, nebo aby neodešli z oddělení a neztratili se.“* **Co děláte pro to, aby se klient s demencí neztratil z oddělení a nespadl v noci z lůžka?** *„Snažíme se pacienta s demencí přijmout na nejbližší pokoj u sesterny, abychom případně viděly, když klient odchází z pokoje. Na noc klientovi dáváme postranice k lůžku pro větší bezpečí a chodíme se na něj častěji dívat.“*

4. **Jak přistupujete ke klientovi s demencí v problematické situaci?** „Myslím si, že je hlavní zachovat klid a mluvit na klienta příjemným hlasem. Odpoutat jeho pozornost k něčemu jinému, třeba mu za spolupráci i něco slíbit.“ **Co třeba klientovi s demencí slibujete?** „Hezký pokoj, že tam klient s demencí nebude sám a hlavně, že za ním budu častěji chodit, což většinou splním.“
5. **Jak zaznamenáváte problematickou situaci při ošetřování klienta s demencí do dokumentace?** „Popíšeme problematickou situaci u klienta a co udělal personál pro to, aby bylo všechno v pořádku. Pády hlásíme lékaři a zapisujeme do záznamu o pádech.“
6. **Jak spolupracujete s rodinou klientů s onemocněním demence?** „Většinou nemám čas se ptát rodiny, jak s klientem zacházet. Vyptávám se, až když mám s klientem nějaký problém.“ **Spolupracuje rodina klienta s demencí s vámi?** „Záleží na vztahu mezi klientem a rodinnou, potom se odvíjí i to, jestli chce s námi rodina spolupracovat.“
7. **Myslíte si, že by se klienti s demencí měli aktivizovat nebo by se u nich měla aplikovat psychofarmaka?** „U některých klientů s demencí by se měla používat psychofarmaka. Aktivizaci беру až jako druhou doplňující možnost pro klienta, jak ho zabavit.“
8. **Jaký vliv mají podle vás formy aktivizace na klienta se stařeckou demencí? Máte nějaký program aktivizace pro klienty s demencí na vašem oddělení?** „Na oddělení nemáme žádnou formu aktivizace, aspoň o žádné nevím. Není na to čas, služba na chirurgii je dost náročná, někdy nemáme čas se ani najíst, natož najít čas aktivizovat klienty. Myslím si, že by bylo pro nás dobré, kdyby někdo chodil na oddělení a aktivizoval klienty, byli by klidnější a lépe by se s nimi spolupracovalo.“
9. **Jak byste zhodnotila informovanost sester ohledně zvládání problematických situací při ošetřování klienta s demencí?** „Ani nevím, jak jsou sestry informované, nemám čas to zjišťovat.“ **Jak byste zhodnotila sebe, jestli jste dostatečně informovaná v problematice ošetřování u klienta s demencí?** „Určitě mi znalosti v této problematice chybí, někdy jsou chvíle, kdy si nevím rady. Informace získávám od ostatních sester. Byla bych ráda za nějaké školení v tomto oboru.“

10. Jaké jsou podle vás formy vzdělávání pro sestry, které ošetřují klienty s demencí? „Možná nějaké kurzy a semináře v tomto oboru.“
11. Jak se vzděláváte v oblasti ošetrovatelské péče u klienta s demencí? „Nevzdělávám se v této oblasti, není čas. Mam malé dítě a snažím se mu věnovat veškerý volný čas.“ Kdyby vzdělávání probíhalo na vašem oddělení v rámci vaší práce, vzdělávala byste se? „Ano, vzdělávala bych se.“
12. Jaké máte možnosti vzdělávání v tomto oboru na vašem oddělení? „Já jsem se na to nikdy neptala, ale myslím si, že žádné.“
13. Jaké jsou podle vás výhody vzdělávání se v této oblasti? „Porozumět samotnému onemocnění, vcítění se do klienta s demencí.“
14. Co působí na vaši psychiku při ošetřování klienta s demencí? „Netrpělivost, nervozita, vyčerpanost a někdy bezradnost.“
15. Jak se cítíte po celodenním ošetřování klienta se stařeckou demencí po příchodu do domácího prostředí? „Unaveně a vyčerpaně z celé služby a nejen při ošetřování klienta s demencí.“
16. Co děláte po příchodu domů z práce? „Sedím a chvíli s nikým nemluším.“ Máte nějaké koníčky? „Po příchodu domů z práce žádné koníčky neprovozují, jenom když mám více volna, tak jezdíme celá rodina na výlety.“
17. Jaký přínos má pro vás práce s klientem s demencí? „Přínos? Možná učení být trpělivější, jinak asi nic.“

Sestra 3

Rok narození 1986, střední zdravotnická škola. Pracuje na chirurgickém oddělení 5 let.

1. Jak často ošetřujete klienta se stařeckou demencí? „S klienty se stařeckou demencí se setkávám poměrně často vzhledem k vysoké četnosti úrazů v pokročilém věku.“ Jaké jsou podle vás nejčastější úrazy u těchto klientů? „Různé tržné rány, otřesy mozku a zlomeniny.“
2. S jakým chováním se u klienta s demencí obvykle setkáváte? „Nejčastěji se setkávám se vztahovačností a agresivitou těchto klientů. Setkala jsem se ale i s klientem, který mne podezíral z toho, že mu chci ublížit podáním ranních léků, které

nepoznával podle tvaru a barvy. Odmítal jejich užití, i když odpovídaly přesně těm, na které byl zvyklý.”

3. **V čem se liší ošetrovatelská péče u klientů s demencí od ostatních pacientů?**
„U těchto klientů je velmi důležitý dohled nad užíváním léků, sestra se musí vždy přesvědčit, zda léky užil. U klientů s Parkinsonovou chorobou není vhodná přítomnost sestry při jídle, protože když cítí, že jsou pozorováni, jejich třes se zvyšuje, a tím i nemožnost se najíst a u klientů s Alzheimerovou chorobou je důležitý dohled nad jejich přítomností, pokud nejsou upoutáni na lůžko. Péče o klienty se stařeckou demencí je náročnější než o ostatní klienty, ale je třeba k nim přistupovat individuálně, dle stadia choroby.“
4. **Jak přistupujete ke klientovi s demencí v problematické situaci?** *„Pokud vidím u klienta se stařeckou demencí známky agresivity, nenaléhám na něj, opustím pokoj a zkusím to za chvíli. Když agresivita klienta vystupňuje, informuji lékaře a zkonzultuji s ním další postup.“*
5. **Jak zaznamenáváte problematickou situaci při ošetřování klienta s demencí do dokumentace?** *„Zápis do sesterské dokumentace, mimořádné události, kdy popisují chování klienta a vzniklý problém.“*
6. **Jak spolupracujete s rodinou klientů s onemocněním demence?**
„Na chirurgii se nesetkávám často s rodinnými příslušníky těchto klientů. Pokud ano, zeptám se jich na klientovy zvyklosti a jak zvládat popřípadě i jeho nežádoucí reakce-chování.“
7. **Myslíte si, že by se klienti s demencí měli aktivizovat nebo by se u nich měla aplikovat psychofarmaka?** *„Záleží na lékaři. Ve vyhrocených situacích, jako je agresivita, nebo pokud by klient mohl ohrozit okolí nebo sám sebe, je podle mého názoru vhodnější dát klientovi psychofarmaka.“*
8. **Jaký vliv mají podle vás formy aktivizace na klienta se stařeckou demencí?**
„Myslím si, že aktivizace má pozitivní vliv na dané klienty.“ **Máte nějaký program aktivizace pro klienty s demencí na vašem oddělení?** *„Na našem oddělení žádný program aktivizace nemáme.“*

- 9. Jak byste zhodnotila informovanost sester, ohledně zvládání problematických situací při ošetrování klienta s demencí?** „Informovanost sester v této oblasti je podle mě nedostačující. Některé mé kolegyně nezvládají péči o tyto klienty.“ **Když některé sestry nezvládají péči o klienty s demencí, jak se to projevuje?** „Například zvýšeným hlasem a špatnou komunikací s klientem, tím je zhoršená spolupráce s klientem s demencí a občas dochází i ke konfliktům mezi sestrou a klientem s demencí.“
- 10. Jaké jsou podle vás formy vzdělávání pro sestry, které ošetrují klienty s demencí?** „Nevím, neslyšela jsem o žádné.“ **Zajímala jste se někdy o tyto formy vzdělání?** „Ne, nezajímala.“
- 11. Jak se vzděláváte v oblasti ošetrovatelské péče u klienta s demencí?** „Nevzdělávám se, poskytování péče o tyto klienty je založena na mých zkušenostech.“
- 12. Jaké máte možnosti vzdělávání v tomto oboru na vašem oddělení?** „Na našem oddělení doposud žádné, ale ráda bych se zúčastnila nějakého kurzu.“
- 13. Jaké si myslíte, že jsou výhody vzdělávání se v této oblasti?** „Určitě dostatečná informovanost v péči o tyto klienty, kterou můžeme následně aplikovat v praxi.“
- 14. Co působí na vaši psychiku při ošetrování klienta s demencí?** „Málo času na vysvětlování, stres a chybí mi trpělivost.“
- 15. Jak se cítíte po celodenním ošetrování klienta se stařeckou demencí po příchodu do domácího prostředí?** „Jednoznačně se cítím unavená.“
- 16. Co děláte po příchodu domů z práce? Máte nějaké koníčky?** „Relaxuji sportem a potom se starám o rodinu. To jsou zároveň i mé koníčky.“
- 17. Jaký přínos má pro vás práce s klientem s demencí?** „Zkušenosti, které můžu aplikovat pro péči o další klienty se stařeckou demencí.“

Sestra 4

Rok narození 1984, všeobecná sestra bakalář. Na interním oddělení pracuje šestý rok.

- 1. Jak často ošetrujete klienta se stařeckou demencí?** „Myslím, že docela často.“

2. **S jakým chováním se u klienta s demencí obvykle setkáváte?** „Klienti jsou zmatení, často agresivní, nespolupracují.”
3. **V čem se liší ošetrovatelská péče u klientů s demencí od ostatních pacientů?** „U klientů s demencí je práce náročnější po fyzické a hlavně psychické stránce.”
4. **Jak přistupujete ke klientovi s demencí v problematické situaci?** „Zvládání problematických situací je složité. Snažím se mluvit srozumitelně, klidně. Informace opakovat.” **Co děláte, když se problematická situace s klientem s demencí neuklidní?** „Přivolám lékaře.”
5. **Jak zaznamenáváte problematickou situaci při ošetrování klienta s demencí do dokumentace?** „Popisujeme chování klienta- často zmatenost, neklid, agresivita.”
6. **Jak spolupracujete s rodinou klientů s onemocněním demence? Ptáte se, jak oslovovat klienta?** „Bez rodiny často nelze získat informace o klientovi, proto je pro nás spolupráce důležitá.” **Ptáte se klienta na klientovy zvyklosti?** „Osobně se snažím vyptávat se na zvyklosti klienta, co má rád. Na oslovení klienta se neptám.”
7. **Myslíte si, že by se klienti s demencí měli aktivizovat nebo by se u nich měla aplikovat psychofarmaka?** „Aktivizace je důležitá. Záleží na zdravotním stavu klienta. V některých situacích se bez psychofarmak nelze obejít.”
8. **Jaký vliv si myslíte, že mají formy aktivizace na klienta se stařeckou demencí?** „Dojde ke zlepšení spolupráce, orientovanosti klienta. **Máte nějaký program aktivizace pro klienty s demencí na vašem oddělení?** „Program aktivizace na našem oddělení není.”
9. **Jak byste zhodnotila informovanost sester ohledně zvládání problematických situací při ošetrování klienta s demencí?** „Informovanost některých sester je minimální, ale nezvládají některé problematické situace tak, jak by je zvládat měly.” **Jak si myslíte, že by sestry měly zvládat problematickou situaci?** „Když budou informované, tak si poradí samy, aniž by volaly několik dalších lidí ze zdravotnického personálu na pomoc. Problematickou situaci by měly zvládnout a nestresovat klienta s demencí, nevyvolávat u něj další možný konflikt.”
10. **Jaké jsou podle vás formy vzdělávání pro sestry, které ošetřují klienty s demencí?** „Vzdělávací semináře.”

11. **Jak se vzděláváte v oblasti ošetrovatelské péče u klienta s demencí?** „Účast na vzdělávacích seminářích, sbírání informací a zkušeností ostatních zdravotníků.“
12. **Jaké máte možnosti vzdělávání v tomto oboru na vašem oddělení?** „Téměř žádné možnosti vzdělávání na toto téma.“
13. **Jaké jsou podle vás výhody vzdělávání se v této oblasti?** „Výhodou jsou jistě informace v ošetrování klientů s demencí, která není vždy jednoduchá.“
14. **Co působí na vaši psychiku při ošetrování klienta s demencí?** „Nedostatek času, stres.“
15. **Jak se cítíte po celodenním ošetrování klienta se stařeckou demencí po příchodu do domácího prostředí?** „Vyčerpaně, zvláště po psychické stránce.“
16. **Co děláte po příchodu domů z práce?** „Odpočívám, starám se o domácnost.“
Máte nějaké koníčky? „Ráda chodím do přírody.“
17. **Jaký přínos má pro vás práce s klientem s demencí?** „Poznávání tohoto onemocnění a poznávání klientů samotných, jejich chování.“

Sestra 5

Rok narození 1982, střední zdravotnická škola. Na interním oddělení pracuje čtyři roky.

1. **Jak často ošetřujete klienta se stařeckou demencí?** „Několikrát do měsíce, někdy častěji, někdy méně, závisí na složení pacientů na oddělení.“
2. **S jakým chováním se u klienta s demencí obvykle setkáváte?** „Většinou se zmateností a dezorientací, někdy jsou agresivní, v noci někteří křičí a volají na určité osoby.“
3. **V čem se liší ošetrovatelská péče u klientů s demencí od ostatních pacientů?** „Je časově i psychicky náročnější, klient potřebuje více času na pochopení toho, co má dělat, pomalejší přístup, nerozumí například některým výkonům, které mu provádíme, nebo odmítá užívat léky, musíme klást větší důraz na správnou komunikaci a ujišťovat se, jestli klient chápe, co se od něj očekává a co čeká jeho.“
4. **Jak přistupujete ke klientovi s demencí v problematice situaci?** „To závisí i na stupni demence a celkovém stavu, u pokročilých stadií AD provádíme komplexní ošetrovatelskou péči, což je samozřejmě náročnější i z hlediska fyzického. S

dementními klienty musíme mít prostě více trpělivosti, což bývá dost náročné s ohledem na celkový chod oddělení.“

5. **Jak zaznamenáváte problematickou situaci při ošetřování klienta s demencí do dokumentace?** *„Pokud jde o pád nebo úraz, provádíme záznam do formuláře mimořádných událostí, ostatní problémy typu odmítání léčiv, agrese atd. řešíme zápisem do ošetrovatelské dokumentace klienta a hlásíme lékaři.“*
6. **Jak spolupracujete s rodinou klientů s onemocněním demence? Ptáte se na klientovy zvyklosti?** *„Ano, tyto informace zjišťujeme při příjmu do ošetrovatelské anamnézy, pokud je rodina přítomna. S rodinou se snažíme spolupracovat například i v době návštěv, abychom věděli, na co je klient zvyklý a mohli tak předejít různým nedorozuměním.“*
7. **Myslíte si, že by se klienti s demencí měli aktivizovat nebo by se u nich měla aplikovat psychofarmaka?** *„Záleží na stupni demence a momentálním rozpoložení klienta. Myslím si, že aktivizace je vhodná, ale na standardním oddělení nemáme dostatek času ani personálu. Psychofarmaka by dle mého názoru užívat měli, ale ne ve zbytečně vysoké míře.“* **Co je podle vás vysoká míra v používání psychofarmak?** *„Podle mě je vysoká míra tehdy, když je klient příliš utlumen, je spavý a ráno nezvládne sám hygienu a ani se sám nenasnídá.“*
8. **Jaký vliv mají podle vás formy aktivizace na klienta se stařeckou demencí?** *„Pomáhají k integraci pacienta, zachovávají jeho stávající dovednosti, posilují ho po psychické oblasti i v oblasti péče o sebe samého.“* **Máte nějaký program aktivizace pro klienty s demencí na vašem oddělení?** *„Na našem oddělení žádný program nemáme.“*
9. **Jak byste zhodnotila informovanost sester ohledně zvládání problematických situací při ošetřování klienta s demencí?** *„Myslím si, že informovanost je velmi malá.“* **A čím si myslíte, že je způsobena malá informovanost sester v této problematice?** *„Podle mě sestrám chybí motivace a příležitost ke vzdělání, dostatek času.“*
10. **Jaké si jsou podle vás formy vzdělávání pro sestry, které ošetřují klienty s demencí?** *„Přednášky v rámci celoživotního vzdělávání, specializace v geriatrii.“*

- 11. Jak se vzděláváte v oblasti ošetrovatelské péče u klienta s demencí?** „*V této oblasti se nevzdělávám. Proč ne? „Nemám na vzdělání dostatek času a také si nemyslím, že by moje další vzdělání nebylo oceněno.“*”
- 12. Jaké máte možnosti vzdělávání v tomto oboru na vašem oddělení?** „*Pokud jsem dobře informovaná, tak žádné. Mohu si vzdělání doplnit ve svém volném čase.*“
- 13. Jaké jsou podle vás výhody vzdělávání se v této oblasti?** „*Sestra se naučí správně vyhodnotit vzniklou situaci a reagovat na ni bez poškození klienta.*”
- 14. Co působí na vaši psychiku při ošetrování klienta s demencí?** „*Nedostatek času, odlišné postupy členů ošetrovatelského týmu, nevhodné chování některých zdravotníků ke klientovi, projevy klientovy demence, například neustálé výkřiky v noci.*“
- 15. Jak se cítíte po celodenním ošetrování klienta se stařeckou demencí po příchodu do domácího prostředí?** „*Unaveně, chodím brzy spát.*”
- 16. Co děláte po příchodu domů z práce?** „*Věnuji se rodinně, občas chodím do přírody nebo za přáteli.*” **Máte nějaké koníčky?** „*Většinou nemám moc času na koníčky, takže žádné nemám.*”
- 17. Jaký přínos má pro vás práce s klientem s demencí?** „*Větší trpělivost, člověk se učí řešit různé konfliktní situace a ví, jak má k takovým klientům přistupovat.*“

Sestra 6

Rok narození 1979, vystudovala střední zdravotnickou školu. Na oddělení následné péče pracuje 3 roky.

- 1. Jak často ošetřujete klienta se stařeckou demencí?** „*Neustále, na oddělení máme většinu klientů s onemocněním demence.*“
- 2. S jakým chováním se u klienta s demencí obvykle setkáváte?** „*Obvykle jsou klienti zmatení a neklidní, setkávám se s toulání jak nočním, tak i denním. Někteří klienti jsou také agresivní.*”

3. **V čem se liší ošetrovatelská péče u klientů s demencí od ostatních pacientů?** *„Já bych řekla, že je složitější na domluvě, navázat s ním spolupráci. Hlavně je potřeba hodně trpělivosti.“*
4. **Jak přistupujete ke klientovi s demencí v problematické situaci?** *„Snažím se jednat klidně, vše několikrát klientovi opakovat klidným hlasem. Také k němu přistupuji velmi obezřetně kvůli možným útokům ze strany klienta.“*
5. **Jak zaznamenáváte problematickou situaci při ošetřování klienta s demencí do dokumentace?** *„Vše sepisuji do mimořádných událostí a ošetrovatelské dokumentace. Také pády sepisuji do záznamu o pádech. Vše hlásím lékaři.“*
6. **Jak spolupracujete s rodinou klientů s onemocněním demence? Ptáte se, jak oslovovat klienta?** *„Já osobně se snažím s rodinou komunikovat.“* **Ptáte se na klientovy zvyklosti?** *„Vyptávám se jich, co má klient rád a jak reaguje na určité situace. Bohužel se někdy stává, že rodina za klientem nejezdí, nebo s námi moc mluvit nechce. Na oslovení klienta jsem se příbuzných ještě nikdy neptala.“*
7. **Myslíte si, že by se klienti s demencí měli aktivizovat nebo by se u nich měla aplikovat psychofarmaka?** *„Já myslím, že vhodná je kombinace obojího.“*
8. **Jaký vliv mají podle vás formy aktivizace na klienta se stařeckou demencí? Máte nějaký program aktivizace pro klienty s demencí na vašem oddělení?** *„Určitě má vliv pozitivní pro klienta s demencí i pro ošetřující personál, bohužel ale na našem oddělení program aktivizace nemáme. Snažíme se aktivizovat klienty s demencí při hygienické péči, stravování, naší komunikaci s nimi.“*
9. **Jak byste zhodnotila informovanost sester ohledně zvládání problematických situací při ošetřování klienta s demencí?** *„Odborná informovanost asi žádná. Spíše se každý spoléhá na své zkušenosti.“*
10. **Jaké jsou formy vzdělávání pro sestry, které ošetřují klienty s demencí?** *„Asi kurzy, semináře v geriatrii.“*
11. **Jak se vzděláváte v oblasti ošetrovatelské péče u klienta s demencí?** *„Nevzdělávám, mám rodinu a malé děti, nemám moc času.“*

12. **Jaké máte možnosti vzdělávání v tomto oboru na vašem oddělení?** *„Spíše jsou u nás vytištěné kurzy a semináře na inspekci, na které mohu soukromě jezdit a vzdělávat se.“*
13. **Jaké jsou podle vás výhody vzdělávání se v této oblasti?** *„Naučit se komunikovat s klientem s demencí a jak postupovat při vzniklé problematické situaci.“*
14. **Co působí na vaši psychiku při ošetřování klienta s demencí?** *„Asi stres a neustálé opakování všech pokynů klientovi.“*
15. **Jak se cítíte po celodenním ošetřování klienta se stařeckou demencí v domácím prostředí?** *„Unaveně a ospale.“*
16. **Co děláte po příchodu domů z práce?** *„Uklidím, uspím děti a dám si vanu horké vody.“* **Máte nějaké koníčky?** *„Na koníčky je čas, až když mám delší volno od práce, třeba dva dny po sobě. Chodíme na procházky s rodinou, staráme se o zahradu.“*
17. **Jaký přínos má pro vás práce s klientem s demencí?** *„Neustálé učení se trpělivosti, sebeovládání.“*

Sestra 7

Rok narození 1974, střední zdravotnická škola. Na oddělení následné péče pracuje sedmý rok.

1. **Jak často ošetřujete klienta se stařeckou demencí?** *„Každý den.“*
2. **S jakým chováním se u klienta s demencí obvykle setkáváte?** *„Hlavně asi se zmateností, dezorientací a špatnou domluvou s klientem, někdy i s agresí.“*
3. **V čem se liší ošetřovatelská péče u klientů s demencí od ostatních pacientů?** *„Především ve špatné spolupráci s klientem s demencí. Moc nespolupracují, musí být u nich dohled nad podávanou léčbou, často podané léky vyhazují a schovávají. Sestra musí být více trpělivá a všímavější než u ostatních klientů.“*
4. **Jak přistupujete ke klientovi s demencí v problematické situaci?** *„Já přistupuji k demenčnímu klientovi klidně a s klidným hlasem. V problematické situaci se snažím odpoutat jeho pozornost od daného problému.“* **Když se nedaří odpoutat**

- jeho pozornost, jaký máte další postup? „*Privolám si na pomoc další zdravotnický personál, když se problematická situace neuklidní, privolám lékaře.*”
5. **Jak zaznamenáváte problematickou situaci při ošetřování klienta s demencí do dokumentace?** „*Popisuji vzniklou situaci do mimořádných událostí v ošetrovatelské dokumentaci.*”
6. **Jak spolupracujete s rodinou klientů s onemocněním demence? Ptáte se, jak oslovovat klienta?** „*Často se stává, že jsou klienti s demencí opuštěni, nikdo za nimi nejezdí.*” **Ptáte se na klientovy zvyklosti?** „*Když jsou u klientů s demencí příbuzní, ptám se, na co je klient zvyklý a jaká byla jeho dřívější práce, na oslovení se jich ale neptám.*”
7. **Myslíte si, že by se klienti s demencí měli aktivizovat nebo by se u nich měla aplikovat psychofarmaka?** „*Spíše by se mělo přistupovat individuálně, u někoho bude vhodná aktivizace a u někoho spíše psychofarmaka.*”
8. **Jaký vliv mají podle vás formy aktivizace na klienta se stařeckou demencí?** „*Vliv na klienta asi dobrý, ale nemám s tím zkušenosti.*“ **Máte nějaký program aktivizace pro klienty s demencí na vašem oddělení?** „*Nemáme na oddělení žádný druh aktivizace, pouze se samy snažíme zapojit klienty s demencí do denních aktivit, jako je například ranní hygiena, oblékání, stravování.*”
9. **Jak byste zhodnotila informovanost sester ohledně zvládání problematických situací při ošetřování klienta s demencí?** „*Zkušená sestra ví, jak zvládat tyto situace. Horší je to s mladšími sestrami, které se neumí nebo nechtějí s nikým poradit, to potom často dochází ke konfliktům.*”
10. **Jaké si myslíte, že jsou formy vzdělávání pro sestry, které ošetřují klienty s demencí?** „*Kurzy, semináře.*“
11. **Jak se vzděláváte v oblasti ošetrovatelské péče u klienta s demencí?** „*Nevzdělávám, musela bych si to platit a jezdit na kurzy ve svém volném čase, to si nemůžu dovolit.*”
12. **Jaké máte možnosti vzdělávání v tomto oboru na vašem oddělení?** „*Máme na oddělení knihy s touto problematikou. Nevím o žádných jiných možnostech.*”

- 13. Jaké jsou podle vás výhody vzdělávání se v této oblasti?** *„Zjistit více informací o onemocnění demencí. Účinnější přístupy ke klientovi s demencí, které zabrání možným problémovým situacím.“*
- 14. Co působí na vaši psychiku při ošetřování klienta s demencí?** *„Občas mám výčitky svědomí, že na klienty s demencí nemám čas a nejsem tak trpělivá. Také působí stres, když si myslím, že ošetrovatelskou dokumentaci nestihnu včas napsat.“*
- 15. Jak se cítíte po celodenním ošetřování klienta se stařeckou demencí po příchodu do domácího prostředí?** *„Unaveně, nervózně.“*
- 16. Co děláte po příchodu domů z práce?** *„Po příchodu z práce musím hlavně uklidit a uvařit. Během toho se domlouvám s dětmi, co potřebují připravit na druhý den do školy.“* **Máte nějaké koníčky?** *„Mám doma zahrádku a baví mě kytky. Své koníčky ale provozuji ve volných dnech, protože večer po příchodu domů z práce už na koníčky není nálada.“*
- 17. Jaký přínos má pro vás práce s klientem s demencí?** *„Asi učení se novým přístupům u ošetřování těchto klientů.“*

4.1.1 Kategorizace výsledků z rozhovorů se všeobecnými sestrami

4.1.2 Seznam kategorizačních skupin

1. Specifické chování klientů s demencí při ošetrovatelské péči.
2. Rozdílnost ošetrovatelské péče u klientů s demencí od ostatních klientů.
3. Přístup sester ke klientovi s demencí v problematické situaci.
4. Spolupráce sester s rodinou klienta se stařeckou demencí.
5. Názory sester na aplikaci psychofarmak a aktivizaci u klienta s demencí.
6. Názory sester na vliv aktivizace u klientů se stařeckou demencí.
7. Informovanost sester v problematice ošetrování klienta s demencí.
8. Samostudium sester v ošetrovatelské péči o klienta s demencí.
9. Možnosti vzdělávání sester v ošetrovatelské o klienta s demencí na oddělení (chirurgie, interna, oddělení následné péče).
10. Výhody vzdělávání v problematice stařecké demence.
11. Faktory působící na psychiku sester při ošetrování klienta s demencí.
12. Volný čas a jeho využití po příchodu z práce do domácího prostředí.

1. Specifické chování klientů s demencí při ošetrovatelské péči

Na otázku, s jakým chováním se sestry u klienta s demencí obvykle setkávají, se téměř všechny sestry shodují, že se nejčastěji setkávají se zmateností a dezorientací klientů s demencí. Sestra 1 dále uvádí, že dochází u klientů s demencí z důvodu nepochopení různých úkonů i k legračním situacím, ty vysvětluje takto: „Třeba

klientovi s demencí řeknu, ať něco udělá, a on si situaci vyřeší po svém a úplně jinak, než jsem po něm chtěla, a ještě se na mě usměje, jak to vlastně udělal dobře.” Sestra 2 vysvětluje zmatenost klientů s demencí: “Nevědí, kde jsou, přestože jim to opakovaně sdělujeme. Nepamatují si pokoj, bloudí po chodbě.” Sestra 3 se nejčastěji setkává se vztahovačností a agresivitou klientů s demencí. Má osobní zkušenost, kdy ji klient s demencí podezíral z toho, že mu chce ublížit podáním ranních léků, které nepoznával podle tvaru a barvy. Sestra 4 dodává ke zmatenosti a agresivitě ještě nespolupráci těchto klientů. Sestra 5 se u klientů s demencí také setkává v nočních hodinách s křikem a hlasitým voláním. Sestra 6 dodává ke zmatenosti, neklidu a agresi klienta s demencí i jeho noční a denní toulání. Sestra 7 ke zmatenosti a dezorientaci klienta s demencí přidává i špatnou domluvu.

2. Rozdílnost ošetrovatelské péče u klientů s demencí od ostatních klientů.

Na otázku, v čem se liší ošetrovatelská péče u klientů s demencí od ostatních klientů, se sestry 7, 3 a 2 shodují, že u klientů s demencí musí být větší dohled nad podáváním léků. Dále sestra 7 udává, že by měly být sestry trpělivější a všímavější než u ostatních klientů. Sestra 3 si myslí, že by se ke klientovi mělo přistupovat individuálně dle stadia onemocnění klienta, říká: „U klientů s Parkinsonovou chorobou není vhodná přítomnost u jídla, když cítí, že jsou pozorováni, jejich třes se zvyšuje, a tím i nemožnost se najíst a u klientů s Alzheimerovou chorobou je důležitý dohled nad jejich přítomností, pokud nejsou upoutáni na lůžko.” Sestra 1 udává, že u klienta s demencí častěji dochází ke komplikovaným situacím. Na podotázku k jakým komplikovaným situacím odpovídá: „K nepochopení našich pokynů při ošetrování a odmítání, bránění se zejména při hygienické péči.” Sestra 2 dále dodává, že by se ošetřující personál měl častěji chodit dívat na klienta s demencí jak v noci, tak i během dne, aby nespádl z lůžka, nebo aby neodešel z oddělení a neztratil se. Na podotázku, co pro to děláte, aby se klient s demencí neztratil z oddělení a nespádl v noci z lůžka, sestra odpovídá: „Snažíme se klienta s demencí přijmout na nejbližší pokoj u sesterny, abychom případně viděly, když klient odchází z pokoje. Na noc klientovi dáváme postranice k lůžku pro větší pocit bezpečí a chodíme se na něj častěji dívat.” Sestra 5

odpovídá, že je ošetrovatelská péče o klienta s demencí časově i psychicky náročnější, klient potřebuje více času na pochopení toho, co má dělat. Klade také důraz na správnou komunikaci s klientem. U sestry 4 je ošetrovatelská péče o klienty s demencí náročnější po stránce fyzické a hlavně psychické. Pro sestru 6 je složitější domluva při ošetrovatelské péči a navázání spolupráce s klientem s demencí než u ostatních klientů.

3. Přístup sester ke klientovi s demencí v problematice situaci.

Na otázku, jak přistupujete ke klientovi s demencí v problematice situaci, sestry 1, 2, 4, 6 a 7 udávají, že přistupují ke klientovi klidným hlasem. Sestra 1 dodává, že opakuje klientům požadavky do domnělého pochopení, i když při personálním obsazení a pracovním vytížení na dementní klienty nemá tolik času. Na podotázku, co děláte, když se problematice situace s klientem s demencí nevyřeší, odpovídá: „Požádám o pomoc další ošetrovatelský personál, případně lékaře.” Sestra 2 se snaží odpoutat klientovu pozornost k něčemu jinému, slibuje mu něco za jeho spolupráci. Na podotázku, co třeba klientovi s demencí slibuje, odpovídá: „Hezký pokoj, že tam klient s demencí nebude sám a hlavně že za ním budu častěji chodit, což většinou splním.” Sestra 3 odpovídá, že pokud vidí u klienta s demencí známky agresivity, nenaléhá na něj, opustí pokoj a zkusí s ním jednat za chvíli. Sestra 5 udává, že přístup sester závisí i na stupni demence a celkovém stavu, je třeba více trpělivosti. Sestra 6 přistupuje ke klientovi v problematice situaci velmi obezřetně kvůli možným útokům z jeho strany. Sestra 7 se také snaží odpoutat klientovu pozornost od daného problému. Na podotázku, když se nedaří odpoutat jeho pozornost, jaký máte další postup, odpovídá: „Přivolám si na pomoc další zdravotnický personál, když se problematice situace neuklidní, přivolám lékaře.”

4. Spolupráce sester s rodinou klienta se stařeckou demencí.

U otázky, jak spolupracujete s rodinou klientů s onemocněním demence, se sestry 7, 6, 5 a 4 se snaží komunikovat s rodinou klienta, vyptávají se na jeho zvyklosti a co má rád. Sestra 1 dále udává, že ne vždy je domluva s rodinou možná, někdy s nimi rodina nechce spolupracovat, s tím se shoduje i sestra 6. Na podotázku, ptáte se, jak

oslovovat klienta, sestry 1, 4, 6 a 7 odpověděly, že se rodiny neptají. Sestra 2 se rodiny vyptává, až když má s klientem s demencí nějaký problém. Na podotázku, spolupracuje rodina klienta s demencí s vámi sestra říká: „Záleží na vztahu mezi klientem a rodinou, potom se odvíjí i to, jestli chce s námi rodina spolupracovat.“ Sestra 3 se často s příbuznými klienta s demencí nesetkává a vyptává se na jeho zvyklosti, popřípadě na nežádoucí reakce v chování klienta.

5. Názory sester na aplikaci psychofarmak a aktivizaci u klienta s demencí.

Sestry 5 a 7 se domnívají, že by se mělo ke klientovi přistupovat individuálně v aplikaci psychofarmak a aktivizaci. Sestra 5 říká: „Záleží na stupni demence a momentálním rozpoložení klienta. Myslím si, že aktivizace je vhodná, ale na standardním oddělení nemáme dostatek času ani personál. Psychofarmaka by podle mého názoru užívat měli, ale ne ve zbytečně vysoké míře.“ Na podotázku, jaká je podle vás vysoká míra v používání psychofarmak, sestra 5 odpovídá: „Podle mě je vysoká míra tehdy, když je klient tak utlumen, že je spavý a ráno nezvládne sám hygienu a ani se sám nenasnídá.“ Sestra 1 udává, že aktivizace je důležitá a aktivizovat klienty by měla jedna sestra k tomu určená. Sestra 2 udává, že u některých klientů by se měla používat psychofarmaka, aktivizaci bere až jako druhou doplňující možnost, jak klienta zabavit. Sestra 3 si myslí, že záleží na lékaři, jak on rozhodne, ve vyhrocených situacích se spíše přiklání k aplikaci psychofarmak. Pro sestru 4 je aktivizace klienta s demencí důležitá, ale v některých situacích, se přiklání k používání psychofarmak. Sestra 7 si myslí, že je vhodná kombinace aktivizace i aplikace psychofarmak u klienta s demencí.

6. Názory sester na vliv aktivizace u klientů se stařeckou demencí.

Všechny sestry si myslí, že by měla aktivizace na klienta s demencí pozitivní vliv. Také všechny sestry se na podotázku máte nějaký program aktivizace pro klienty s demencí na vašem oddělení shodují, že žádný program pro tyto klienty na oddělení nemají. Sestra 1 na podotázku máte nějaký program aktivizace pro klienty s demencí na vašem oddělení, odpovídá: „U nás na chirurgii žádný program nemáme, alespoň o něm nevím a opravdu nevím, kde na to vzít čas, když jsem na oddělení sama na třicet

pacientů, do toho operace a příjmy klientů.” Na další podotázku, jak se snažíte samy aktivizovat klienty s demencí, sestra 1 říká: „Opravdu minimálně, není čas. Snažíme se jim dát aspoň časopis na čtení nebo je posadíme do křesla k televizi, také záleží na jejich zdravotním stavu.” Sestra 2 udává nedostatek času pro aktivizaci klientů s demencí, byla by ale ráda, kdyby někdo na oddělení docházel a klienty s demencí aktivizoval. Myslí si, že po aktivizaci by byli klienti s demencí klidnější a lépe by se s nimi spolupracovalo. Dále sestra 5 popisuje, že aktivizace má na klienta s demencí vliv v jeho integraci, v zachování jeho dovedností a v posílení psychické oblasti a oblasti péče o sebe. Sestry 6 a 7 se snaží aktivizovat klienta s demencí při hygienické péči, stravování, oblékání a při komunikaci s klientem a sestra 7 dodává, že nemá s jiným druhem aktivizace žádné zkušenosti.

7. Informovanost sester v problematice ošetřování klienta s demencí.

Na otázku, jak byste zhodnotila informovanost sester ohledně zvládání problematických situací při ošetřování klienta s demencí, sestry 1, 3, 4, 5, 6 odpovídají, že informovanost je nedostačující. Sestra 1 by uvítala nějaké semináře v této problematice. Sestra 2 říká: „Ani nevím, jak jsou sestry informované, nemám čas to zjišťovat.” Na podotázku, jak byste zhodnotila sebe, jestli jste dostatečně informovaná v problematice ošetřování u klienta s demencí, odpovídá: „Určitě mi znalosti v této problematice chybí, někdy jsou chvíle, kdy si nevím rady. Informace získávám ze svých zkušeností nebo od ostatních sester. Byla bych ráda za nějaké školení v tomto oboru.” Sestra 3 si myslí, že některé její kolegyně nezvládají péči o klienty s demencí. Na podotázku, když některé sestry nezvládají péči o klienty s demencí, jak se to projevuje, sestra 3 odpovídá: „Například zvýšeným hlasem a špatnou komunikací s klientem, tím je zhoršená spolupráce s klientem s demencí a občas dochází i ke konfliktům mezi sestrou a klientem s demencí.” Sestra 4 na podotázku, jak by sestry měly podle vás zvládat problematickou situaci, říká: „Když budou informované, poradí si samy, aniž by volaly několik dalších lidí ze zdravotnického personálu na pomoc. Problematickou situaci by měly zvládnout a nestresovat klienta s demencí, nevyvolávat u něj další možný konflikt.” Sestra 5 na podotázku, čím je podle vás způsobená malá

informovanost sester v této problematice, říká: „Podle mě sestrám chybí motivace a příležitost ke vzdělání, dostatek času.” Sestra 6 si myslí, že se každý spoléhá na své zkušenosti a sestra 7 udává, že je to horší s mladšími sestrami, které se neumí nebo nechtějí s nikým poradit a potom častěji dochází ke konfliktům.

8. Samostudium sester v ošetrovatelské péči o klienta s demencí.

Sestry 2, 3, 5, 6, 7 se nevzdělávají v oblasti ošetrovatelské péče o klienta s demencí. Sestra 1 se snaží číst knihy týkající se demence a stárí. Na podotázku, kdyby vzdělávání probíhalo na vašem oddělení v rámci vaší práce, vzdělávala byste se, odpovídá sestra 2 takto: „Ano, vzdělávala bych se.” Sestra 3 dodává, že ošetrovatelská péče o klienty s demencí je založena na jejích zkušenostech. Sestra 4 se vzdělává na seminářích a sbírá zkušenosti a informace od ostatních zdravotníků. Na podotázku, proč se nevzděláváte v této oblasti, sestra 5 říká: „Nemám na vzdělání dostatek času a také si myslím, že by moje další vzdělání nebylo oceněno.” Sestra 6 tvrdí, že nemá moc času na vzdělání, protože má rodinu a malé děti. Sestra 7 udává, že si nemůže dovolit vzdělávat se kvůli finančním výdajům, které s sebou přináší doprava a placení kurzů.

9. Možnosti vzdělávání sester v ošetrovatelské péči o klienta s demencí na oddělení (chirurgie, interna, oddělení následné péče).

Sestry 1 a 7 neví o žádných možnostech vzdělávání na svém oddělení. Sestra 2 se na toto téma nikdy neptala, ale myslí si, že žádné možnosti vzdělávání na oddělení nemají. Sestry 3 a 5 jsou přesvědčeny, že žádné možnosti vzdělávání na oddělení nejsou. Sestra 4 odpovídá, že téměř žádné možnosti vzdělávání u tohoto tématu nemají. Sestra 6 udává, že mají vytištěné kurzy a semináře na inspekci, na které mohou soukromě jezdit a vzdělávat se. Sestra 7 dodává, že na jejich oddělení jsou k dispozici knihy s touto problematikou.

10. Výhody vzdělávání v problematice stařecké demence.

Na otázku, jaké jsou podle vás výhody vzdělávání se v této oblasti, se sestry 7 a 2 shodují, že získáním informací sestry porozumí samotnému onemocnění demence. Dále sestry 3 a 4 se shodují, že větší informovanost v ošetrovatelské péči o klienty s demencí pomůže v následné aplikaci do praxe. Sestry 1 a 6 udávají, že vzdělání pomůže sestrám v komunikaci a přístupu ke klientům s demencí, třeba i v možné problematické situaci. Sestra 5 si myslí, že se sestry vzděláním naučí správně vyhodnotit vzniklou situaci a reagovat na ni bez poškození klienta.

11. Faktory působící na psychiku sester při ošetrování klienta s demencí.

Sestry 3, 4, 6 a 7 se shodují na stresovém faktoru působícím na jejich psychiku. Sestra 1 udává, že na její psychiku působí časová tíseň a únava. Na sestru 2 při ošetrování klientů s demencí působí: netrpělivost, nervozita, vyčerpanost a někdy bezradnost. Sestra 3 také ke stresovému faktoru přidává i nedostatek trpělivosti. Sestra 5 na otázku odpovídá: „Nedostatek času, odlišné postupy členů ošetrovatelského týmu, nevhodné chování některých zdravotníků ke klientovi, projevy klientovy demence, například neustálé výkřiky v noci.” Pro sestru 6 je zatěžující neustálé opakování všech pokynů klientovi s demencí. Sestra 7 udává občasné výčitky svědomí kvůli nedostatku času na klienty s demencí a svoji netrpělivost.

12. Volný čas a jeho využití po příchodu z práce do domácího prostředí.

Sestry 3, 4, 5, 6, 7 se shodují, že po příchodu domů z práce se starají o rodinu a domácnost. Sestra 1 říká: „Když přijdu ze služby domů, už ani nemám chuť a sílu něco dělat. Dám si sprchu a odpočívám koukáním na televizi nebo čtením.” Sestra 2 udává, že po příchodu domů z práce sedí a s nikým nemluví. Na podotázku jaké máte koníčky, se sestry 1, 4, 6, 7 shodují, že chodí rády do přírody na procházky. Dále se sestry 1, 2, 6 a 7 shodují, že své koníčky provozují, až když mají delší volno po práci (jeden nebo dva dny volna). Sestra 5 na podotázku odpovídá, že nemá na koníčky čas, tudíž žádné nemá.

5 Diskuse

Tato bakalářská práce pojednává o problematice ošetřování klientů se stařeckou demencí. Ošetřování klientů se stařeckou demencí je pro zdravotnický personál velmi náročné po stránce psychické a fyzické. Sestry a celý ošetrovatelský personál se často potýkají s problematickými situacemi, kdy se klient brání pomoci sestry při hygienické péči nebo odmítá příjem léků, toulá se po chodbě a neví, kam má jít, často při vystupňovaném problému dochází i k agresivnímu chování klienta s demencí Venglářová (2007).

Příčiny problematických situací u klienta se stařeckou demencí vznikají nejen samotným onemocněním demence, ale i nevhodným přístupem zdravotnického personálu při jeho ošetřování. Sestra zapomíná na komunikaci s klientem s demencí, není trpělivá a nevymezí si na klienta dostatek času. Dost často zdravotnický personál pospíchá na klienta s demencí při hygienické péči, klient se začne bránit a dochází tak ke konfliktům mezi klientem a zdravotnickým personálem Zacharová, Hermanová a kol. (2007).

Naším prvním cílem v bakalářské práci bylo zjistit specifické problémy ošetrovatelské péče u klienta se stařeckou demencí. Dále jsme chtěly zmapovat možnosti vzdělávání sester ve zdravotnických zařízeních v problematice klienta se stařeckou demencí a zjistit negativní faktory působící na psychiku sester při ošetrovatelské péči o klienta se stařeckou demencí. Ve svém šetření jsme se proto zaměřily na to, jaké má sestra zkušenosti při ošetřování klienta se stařeckou demencí. V rozhovoru jsme položily sedmi sestrám (tři sestry z chirurgického oddělení, dvě sestry z interního oddělení a dvě sestry z oddělení následné péče) sedmnáct stejných otázek (příloha č. 4), několik doplňujících podotázek, které už se lišily dle průběhu rozhovoru. Na otázku, s jakým chováním se sestry u klienta s demencí obvykle setkávají, se téměř všechny sestry v odpovědi shodují - nejčastěji se setkávají se zmateností a dezorientací klientů s demencí. Podle autorky Topinkové (2005) tyto příznaky patří ke středně těžké formě demence, kdy dezorientace klienta je spojena s místem i časem. Klient s demencí se často ztrácí na známých místech, dochází

k progresi poruch paměti a objevují se potíže při zvládání běžných denních činností, jako je například osobní hygiena. Sestra 3 měla osobní zkušenost, kdy ji klient s demencí podezíral z toho, že mu chce ublížit podáním ranních léků, které nepoznával podle tvaru a barvy. S tím se shoduje i Venglářová (2007), která píše, že podezíravost patří mezi základní příznaky u onemocnění demence. Podezíravost u klienta s demencí vzniká na podkladě kognitivních poruch, špatné interpretace reality, proto mezi klientem s demencí a ošetrovatelským personálem mohou vznikat konflikty, slovní hádky, stížnosti i verbální útoky. Sestra 6 dodává ke zmatenosti, neklidu a agresi klienta s demencí i jeho noční a denní toulání. Venglářová (2007) píše, že noční toulání patří také mezi nejčastější projevy demence a není jenom nepříjemným a obtěžujícím projevem pro zdravotnický personál, ale může ohrozit i klientův zdravotní stav, například při pádu, nebo jeho zranění. Jak píše Topinková (2005), ošetřující personál by tedy měl minimalizovat riziko možných pádů a úrazů při nočním i denním toulání klienta s demencí například dostatečným osvětlením a odstraněním nábytku s ostrými hranami.

Z vlastní zkušenosti mohu potvrdit, že odstranění ostrých hran je u klientů při nočním toulání velmi důležité pro jejich bezpečnost, protože riziko pádů u zmatených klientů při nočním toulání je velmi vysoké. Pro snížení těchto rizik používáme na oddělení v nočních hodinách tlumená světla pro lepší viditelnost a bezpečnost klienta. Osvědčilo se nám také mít označené (třeba obrázkem) dveře do pokoje klienta, které si klient lépe zapamatuje, a tím snadněji chodí sám na svůj pokoj a nebloudí po chodbě. Někdy se ale stává, že pádům na oddělení nezabráníme i přes všechnu naši snahu, protože k těmto rizikům patří i klientův momentální zdravotní stav a celková stabilita klienta při chůzi, která se může kdykoliv neočekávaně změnit.

Dle názoru sester 3, 4 a 6 mezi další specifické chování u klientů s onemocněním demence patří projevy agrese. Jak shodně udávají Večeřová (2007) a Dušek, Večeřová-Procházková (2010), nejčastěji se agresivita u klientů s demencí projevuje agresí slovní, jako jsou nadávky a křik. Ty se stupňují a při nezvládnutí situace může dojít i k fyzickému útoku. Zdravotnický personál by měl proto zvážit, proč takové chování u klienta s demencí vzniká. Jak uvádí Dušek, Večeřová-Procházková (2010) nestačí jen

terapie psychofarmaky, ale je třeba s klientem řešit problematické situace a snažit se jim předejít. Tím navazujeme i na další otázku pro sestry, zda by se měli klienti spíše aktivizovat, nebo by se u nich měla aplikovat psychofarmaka. Dvě sestry se domnívají, že by se klientovi mělo přistupovat individuálně. Jedna ze sester (sestra 5) dodává, že záleží na stupni demence a momentálním rozpoložení klienta, psychofarmaka by podle ní užívat klient s demencí měl, ale ne ve zbytečně vysoké míře, aby nebyl příliš utlumen, ráno zvládl sám hygienu a mohl se najíst při snídani. Sestra 1 si myslí, že aktivizace klienta je důležitá, ale měla by ji provádět jedna sestra k tomu určená. Sestra 3 nechá rozhodnutí na lékaři, sama se ale v problematických situacích přiklání k aplikaci psychofarmak. Ostatní sestry nemají jasný názor a přiklánějí se ke kombinaci obojího, dle chování klienta. Je jejich nerozhodný názor o aplikaci psychofarmak a aktivizace u klienta s demencí způsoben nedostatkem času na pracovišti?

Osobně si myslím, že je třeba ke klientovi přistupovat individuálně, je třeba pátrat po příčinách zmatenosti až agrese. Měly jsme na oddělení zmatenou klientku, která v nočních hodinách probouzela ostatní klienty svým křikem. Snažila jsem se v noci s klientkou navázat kontakt vyptáváním, co potřebuje, co jí schází. I přes její zmatené mluvení, jsem však rozuměla, že klientka chce napít. Od té doby jsme jí v noci přilávaly do lahvičky více pití a klientka se v noci utišila. Ovšem na druhé straně jsem zažila i takové klienty, u kterých psychoaktivace, naše pozornost a obětavost nezabíraly. Až aplikací psychofarmak se klienti s demencí dostatečně uklidnili a teprve poté jsme s nimi mohly navázat spolupráci.

V našem šetření jsme se rovněž sester dotázaly, v čem se liší ošetrovatelská péče u klientů s demencí od ostatních klientů. Na otázku shodně odpověděly tři sestry, že u klientů s demencí musí být větší dohled na podávání léků, kdy klient s onemocněním demence může léky někam dát a následně si je zapomené vzít. Dále sestra 7 udává, že by ostatní sestry měly být trpělivější a všímavější než u ostatních pacientů. Zgola (2003), uvádí, že všímavost sestry u klienta s demencí vede k uspokojování jeho potřeb, a tím i k lepší spolupráci. Zájem o klienta, jeho osobu a potřeby navazuje mezi zdravotnickým personálem a jím důvěrný vztah a výsledkem jsou pozitivní reakce klienta při spolupráci s ošetrujícím personálem. Další sestra uvádí, že by se ke klientovi

mělo přistupovat individuálně, dle stadia a druhu onemocnění. S tím souhlasí i Pidrman (2005) a Topinková (2005), kteří uvádějí rozlišení demencí jak podle etiologie a patogeneze, tak i dle projevů jednotlivých onemocnění. Různě odlišné stupně závažnosti má i kognitivní porucha, která je u demence vždy přítomna.

K dalším rozdílnostem mezi ošetrovatelskou péčí o klienta s demencí od ostatních klientů sestra 2 dodává, že by se ošetřující personál měl na klienta s demencí častěji chodit dívat jak v noci, tak i během dne. Na jejich oddělení se proto snaží klienta s onemocněním demence přijímat na pokoj co nejbližší inspekci, na noc klientovi dávají postranice k lůžku, aby tak předešly možným komplikacím, jako jsou například možné pády z lůžka. S tím se shoduje i Holmerová, Jarolímová (2008), kdy udává, že vytažené postranice u lůžka nejenom že předcházejí možným rizikům pádů, ale také u klienta s demencí navozují pocit bezpečí. Jenom jedna sestra uvádí, že klade velký důraz na komunikaci s klientem s demencí než u ostatních klientů. Tím si klademe otázku, proč se více sester o komunikaci s klientem s demencí nezmínilo? Jak Zacharová, Hermanová a kol. (2007) udávají, sestra by měla volit vhodné formy komunikace k získání klientovy důvěry a snažit se využívat zklidňujících vlivů, například zpomalení tempa řeči a klidný způsob komunikace.

Na otázku, jak přistupujete ke klientovi s demencí v problematické situaci, jsme od sester dostaly shodnou odpověď, že přistupují ke klientovi s klidným hlasem. Na podotázku, co děláte, když se problematická situace s klientem s demencí nevyřeší, sestra 1 odpovídá, že požádá o pomoc další ošetrovatelský personál, případně lékaře. Venglářová (2007) píše, že přítomnost několika ošetrovatelských pracovníků může vést k rychlému řešení situace. Ze své osobní zkušenosti vím, že přivoláním více zdravotnických pracovníků snáze problematickou situaci u klienta s demencí vyřeší. Při jednání s klienty s demencí jsem se setkala i s tím, že klient pozitivněji reagoval na zdravotnického pracovníka muže než na ženu.

Také jsme se sester zeptaly, zda spolupracují s rodinou klientů s demencí. Čtyři sestry se s rodinou klientů s demencí snaží spolupracovat, ptát se na klientovy zvyklosti a co mají klienti rádi. Sestra 2 se rodiny na klienta vyptává, až když má s klientem nějaký problém. Zajímavé také je, že čtyři sestry na podotázku, zda se ptají rodiny, jak

oslovovat klienta, odpověděly, že se neptají. Dle mého názoru je oslovení klienta prvním krokem, jak s ním navázat kontakt v komunikaci a následné pozitivní spolupráci. Proto se ptám, proč sestry na odděleních více nespolupracují s rodinou klientů? Jak navazují tedy kontakt v komunikaci s klientem s demencí? Většina sester uvádí, že problémem je nedostatek času. Není jejich situace s nedostatkem času způsobena nevzděláváním se v této problematice a následnou špatnou organizací práce? Vždyť při příjmu klienta s demencí se jako u ostatních klientů musí vyplňovat dokumentace. Pokud přijde s klientem i jeho rodina, měla by se sestra vyptávat právě jí na klientovy zvyklosti a chování v určitých situacích a vše si pečlivě zapisovat. U klientů s demencí jsou informace od rodiny velmi důležité k navázání dobré spolupráce, což si ne všechny sestry zřejmě uvědomují. Bohužel, jak dvě sestry dodávají, někdy dochází i k takovým situacím, že rodina klientů s nimi spolupracovat nechce a v tomto případě je těžké nějaké informace od rodiny získat.

Jak v dalším výzkumném šetření vyplynulo, s výše zmiňovaným tématem souvisí i informovanost sester ohledně zvládání problematických situací při ošetřování klienta s demencí. Většina sester (sestry 1, 3, 4, 5, 6) odpověděla, že informovanost je nedostačující. Domníváme se, že díky neinformovanosti a nedostatečnému vzdělání sester v problematice demence vážne komunikace mezi sestrou a klientem, a s tím jsou spojeny i možné následující komplikace ve formě špatné spolupráce. Možná právě pro neinformovanost v problematice demence již zmíněná jenom jedna sestra klade u klienta s demencí velký důraz na komunikaci než u ostatních klientů. Kdyby sestry byly informované, věděly by, jak důležitá komunikace s klientem je.

Ze sedmi sester uvádějí jenom dvě, že by uvítaly vzdělávání se v této problematice pomocí školení nebo seminářů. Sestra 3 dodává, že projevy neinformovanosti sester se odráží v ošetrovatelské péči u klientů s demencí, a to tím, že sestra špatně s klientem komunikuje, zvyšuje na něho hlas, a tak dochází ke zhoršení jeho spolupráce s ošetřujícím personálem. Sestra 5 na podotázku dodává, že podle ní je malá informovanost sester v této problematice způsobena nízkou motivací a příležitostmi ke vzdělání, nedostatek času. Rheinwaldová (2003) píše, že motivace sester ve vzdělávání neslouží pouze k nabytí vědomostí a možnostem profesního růstu, ale také to patří pod

prevenci syndromu vyhoření. Dochází tak ke zlepšení ošetrovatelské péče, rozvíjí se i komunikace, a ta pozitivně působí na pracovní prostředí zdravotnických pracovníků.

Další otázkou pro sestry bylo, zda se vzdělávají v problematice ošetrování klientů s demencí. Pět sester odpovědělo, že se nevzdělávají. Pouze sestra 1 se snaží číst knihy o této problematice a sestra 4 se vzdělává na seminářích. Sestra 2 by se vzdělávala, kdyby forma vzdělávání probíhala na oddělení v pracovní době. Ptám se, jak by sestra 2 chtěla provozovat seminář v pracovní době? Je to kvůli finančním důvodům nebo odmítání věnovat část svého volného času na vzdělání?

Další dvě sestry se shodly, že nemají na vzdělávání dostatek času. Z dalšího dotazování sester vyplynulo, že většina z nich zná formy vzdělávání se v této problematice, a to formou kurzů, seminářů, celoživotního vzdělávání. Na navazující otázku, jaké mají možnosti vzdělávání v tomto oboru na jejich oddělení, se téměř všechny shodují, že žádné možnosti nemají nebo o nich nevědí. Na oddělení (chirurgickém, interním a oddělení následné péče) neprovozují žádné semináře, ani kurzy v problematice stařecké demence. Jedna sestra dodává, že mají vytištěné kurzy a semináře na inspekčním pokoji, na které mohou soukromě jezdit a vzdělávat se.

Dle ministerstva zdravotnictví zákonem č.96/2004 Sb. je povinností sester se celoživotně vzdělávat, aby tak mohly vykonávat své povolání bez odborného dohledu, plnění této povinnosti se prokazuje na základě kreditního systému a získání registrace.

K získání bodů v kreditním systému může sestra využít kreditem bodově ohodnocený inovační kurz, seminář, školicí akce. Mezi další formy celoživotního vzdělávání pro sestry patří formy specializačního vzdělávání nebo sestry mohou zvýšit svoji odbornost certifikovaným kurzem. Všechny podmínky pro splnění těchto forem vzdělávání jsou uvedeny na stránkách ministerstva zdravotnictví.

Tyto odpovědi sester jsou pro mě dosti zarážející, téměř všechny sestry považují informovanost v problematice ošetrování klientů s demencí za nedostačující a téměř všechny se v tomto oboru nevzdělávají. Přitom vědí, že do forem vzdělávání se v problematice demence patří semináře, kurzy, specializace, přednášky, které mohou sbírat i kreditním systémem v programu celoživotního vzdělávání, který je povinný při jejich výkonu povolání bez odborného dohledu.

I přes vytíženost a zaměstnanost sester si myslím, že jejich správná motivace a možnost profesního růstu by mohly napomoci ke zlepšení ve vzdělávání se v problematice stařecké demence, ke zkvalitnění komunikace mezi sestrou a klientem s demencí, a tím i ošetrovatelské péče, i jako prevence proti syndromu vyhoření, únavě a psychickému vyčerpání. Navazuji tak na otázku, jaké faktory působí na psychiku sester, kdy se tři sestry se shodují, že nejvíce na jejich psychiku působí faktor stresu. Mezi další faktory sestry uvedly: netrpělivost, nervozita, vyčerpanost, bezradnost, projevy klientovy demence (noční výkřiky), neustálé opakování všech pokynů u klienta s demencí. Podle Rheinwaldové (2003) je pro ošetřující personál často tato práce s klienty velmi náročná, jsou vystaveni mnoha zátěžovým situacím, které musejí překonat. Sestra by se proto měla naučit pečovat také o sebe, aby měla dostatek energie. Každý z nás čerpá energii něčím jiným, někdo relaxací a někdo se věnuje koníčkům, nebo sportům, a proto jsme se sester zeptaly, jak tráví čas po příchodu domů z práce a jaké mají koníčky. Pět sester se shodlo, že po příchodu domů z práce se starají o rodinu a domácnost. Dvě sestry udávají, že nemají po příchodu domů náladu a sílu něco dělat. Čtyři sestry rády chodí do přírody na procházku a také se shodují, že koníčky provozují, až když mají jeden a více dnů volna.

Nemají tyto negativní vlivy na psychiku také příčinu v nevzdělávání se v této problematice a následné špatné organizaci práce? Neinformovanost sester o problematice stařecké demence dle výzkumného šetření způsobuje zhoršenou komunikaci s klientem, a tím i špatnou spolupráci. Následně sestry popisují psychickou vyčerpanost a únavu. Myslím si, že všechny tyto negativní vlivy, jako jsou nevzdělávání se, zhoršená komunikace a spolupráce s klientem, se odrážejí na psychice sestry a její unavenosti po příchodu z práce do domácího prostředí. Zároveň chápu, že v dnešní době personálního snižování, zastávají sestry opravdu hodně práce a jsou tedy dost fyzicky i psychicky unavené, což má za následek i nízkou motivaci ke vzdělávání se.

6 Závěr

Bakalářská práce na téma problematika ošetrovatelské péče u klienta se stařeckou demencí měla stanovené tři cíle. Prvním cílem bylo zjistit specifické problémy ošetrovatelské péče u klienta se stařeckou demencí. Druhým cílem jsme chtěly zmapovat možnosti vzdělávání sester ve zdravotnických zařízeních v problematice klienta se stařeckou demencí. Posledním cílem bylo zjistit negativní faktory působící na psychiku sester při ošetrovatelské péči o klienta se stařeckou demencí. Na výzkumnou otázku, jaké nejčastější problémy řeší pracovníci ve zdravotnictví při ošetrovatelské péči s klienty se stařeckou demencí, se téměř všechny sestry shodují, že se setkávají se zmateností a dezorientací klientů, podezíravostí i agresí, s tím souvisí i daná problematika. Na druhou výzkumnou otázku, jakým způsobem komunikuje sestra s klientem se stařeckou demencí, všechny sestry odpověděly, že klidným hlasem, dále se snaží neustále opakovat klientu pokyny a dát mu dostatek času na pochopení otázky. Pokud u klienta nastane problematická situace, sestry se snaží odpoutat jeho pozornost od daného problému nebo přivolají někoho dalšího na pomoc. Třetí výzkumnou otázkou bylo, jaké jsou možnosti vzdělávání sester v problematice stařecké demence? Sestry na tuto otázku odpověděly, že jsou to semináře, přednášky, formy celoživotního vzdělávání. Většina sester uvedla, že se v této problematice nevzdělávají a hodnotí ostatní sestry jako neinformované v této problematice. Jako důvod, proč se nevzdělávají, některé sestry uvedly nedostatek času, nedostatek financí na dopravu za semináři a jedna sestra také udává nízkou motivovanost sester. Všechny také shodně udávají, že na svých odděleních nemají možnost se vzdělávat v tomto oboru. Na poslední výzkumnou otázku, jaké jsou negativní dopady na psychiku u pracovníků ve zdravotnictví pracujících s klienty se stařeckou demencí, sestry popisují faktory stresu, nedostatek trpělivosti a únavu, psychickou vyčerpanost.

Výstupem mé bakalářské práce je návrh na seminář určený nejen pro sestry z oddělení následné péče, který obsahuje základní informace o problematice ošetrování klienta se stařeckou demencí. (Příloha č. 5)

7 Seznam použitých zdrojů

- BUIJSSEN, Huub, 2006. *Demence*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-081-X.
- CARPEROVÁ, Jean, 2011. *100 jednoduchých věcí, které můžete udělat proti Alzheimerově nemoci a úbytku paměti*. Praha: Vyšehrad. ISBN 978-80-7429-194-4.
- DUŠEK, Karel a VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, Alena, 2010. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1620-6.
- DVOŘÁKOVÁ, Helena, 2012. Quip. Kvalita v praxi dnes. Nabídka vzdělávání. Bazální stimulace [on-line]. [citováno 10. 2. 2013]. Dostupné z <http://www.kvalitavpraxi.cz/bazalni-stimulace.html>
- HOLEKSOVÁ, Taťána, 2002. *Ležící nemocný v domácím prostředí*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0212-6.
- HOLMEROVÁ, Iva a JAROLÍMOVÁ, Eva, 2008. *Alzheimerova choroba v rodině, příručka pro ty, kteří o nemocné pečují*. Praha: Pfizer, s.r.o. nemá ISBN
- JIRÁK, Roman a HOLMEROVÁ, Iva a kol., 2009. *Demence a jiné poruchy paměti*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2454-6.
- JIRÁK, Roman, 2009. Vaskulární demence. Mladá fronta Zdravotnické noviny. Postgraduální medicína. [on-line časopis]. [citováno 4. 2. 2013]. Dostupné z <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/vaskularni-demence-443553>.
- KLENER, Pavel a kol., 2011. *Vnitřní lékařství*. Vyd. 4. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-705-9.
- KLEVETOVÁ, Dana a DLABALOVÁ, Irena, 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2169-9.
- KOUKOLÍK, František a JIRÁK, Roman, 1999. *Diagnostika a léčení syndromu demence*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-716-8.
- LUŽNÝ, Jan, 2012. Gerontopsychiatrie. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-573-2.
- MARTÍNKOVÁ, Jana a BOTÍKOVÁ, Alena, 2012. Komunikace s pacientem s Alzheimerovou nemocí. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, roč. 22, č. 2, s. 28-29. ISSN 1210-0404.

- MIKŠOVÁ, Zdeňka a FROŇKOVÁ, Marie a kol., 2006. *Kapitoly z ošetrovateľskej péče I*. Praha: Grada, ISBN 80-247-1442-6.
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2004. Pracovníci ve zdravotnictví. 423/2004 Sb. Vymezení pojmu [on-line]. Praha: MZČR, 4. 2. 2004 [citováno 24. 2. 2013]. Dostupné z http://www.mzcr.cz/legislative/obsah/pracovnici-ve-zdravotnictvi_1792_11.html.
- MLÝNKOVÁ, Jana, 2010. *Pečovatelsví I.díl*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3184-1.
- MLÝNKOVÁ, Jana, 2011. *Péče o staré občany*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3872-7.
- NÁRODNÍ CENTRUM OŠETŘOVATELSTVÍ A NELÉKAŘSKÝCH ZDRAVOTNICKÝCH OBORU, 2004. Specializační vzdělávání. Zákon č.96/2004 Sb. [on-line]. Praha: MZČR, 4. 2. 2004 [citováno 24. 2. 2013]. Dostupné z http://www.nconzo.cz/web/guest/info_specializace; <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?page=1&idBiblio=57523&recShow=56&nr=96~2F2004>.
- NAVRÁTIL, Leoš a kol., 2008. *Vnitřní lékařství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2319-8.
- PIDRMAN, Vladimír a KOLIBÁŠ, Eduard, 2005. *Změny jednání seniorů*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-363-X.
- PIDRMAN, Vladimír, 2007. *Demence*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1490-5.
- POKORNÁ, Andrea, 2010. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3271-8.
- REGNAULT, Mathilde, 2011. *Alzheimerova choroba*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0010-9.
- RHEINWALDOVÁ, Eva, 2003. *Novodobá péče o seniory*. Praha: Karolinum. ISBN 80-7169-828-8.
- SCHULER, Matthias a OSTER, Peter, 2010. *Geriatric od A do Z*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3013-4.
- SOBOTKA, Luboš, 2012. Podvýživa u českých pacientů a možnosti řešení. Mladá fronta Zdravotnické noviny. Postgraduální medicína. [on-line časopis]. [citováno 8. 2.

2013]. Dostupné z <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/podvyziva-u-ceskych-pacientu-a-moznosti-reseni-464939>.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie a kol., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3223-7.

TOPINKOVÁ, Eva, 2005. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-365-6.

VENGLÁŘOVÁ, Martina a kol., 2011. *Sestry v nouzi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3174-2.

VENGLÁŘOVÁ, Martina, 2007. *Problematické situace v péči o seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2170-5.

VYTEJČKOVÁ, Renata a SEDLÁŘOVÁ, Petra a kol., 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3419-4.

ZACHAROVÁ, Eva a HERMANOVÁ, Miroslava a kol., 2007. *Zdravotnická psychologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2068-5.

ZGOLA, Jitka, 2003. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0183-9.

8 Přílohy

8.1 Seznam příloh

Příloha 1	ADL test
Příloha 2	Nutriční rizikový screening
Příloha 3	Screening MUST
Příloha 4	Otázky k rozhovorům
Příloha 5	Návrh na seminář

Příloha 1 Test funkční soběstačnosti = ADL

V tomto testu hodnotíme pohybovou dovednost a psychické funkce.

Bodování dle následujících parametrů: 7 b = opakovaně plná soběstačnost,

6 b = částečná soběstačnost s pomůckou,

5 b = potřebný dohled,

4 b = minimální pomoc (75 % činnosti),

3 b = střední pomoc (50 % činnosti),

2 b = výrazná pomoc (pouze 25 % činnosti),

1 b = plná pomoc.

Test funkční soběstačnosti = ADL		
Oblast		Bodv
Osobní péče	Jídlo	
	Péče o zevnějšek	
	Koupání	
	Oblékání HK, trup	
	Oblékání DK	
	Intimní hg.	
Kontinence	Močový měchýř	
	Konečník	
Přesuny	Lůžko, židle, vozík	
	WC	
	Vana, sprcha	
Lokomoce	Chůze – vozík – obojí	
	Schody	
Komunikace	Chápání audio – video – obojí	
	Vyjadřování verbální – neverbální – obojí	
Sociální aspekty	Sociální kontakt	
	Řešení problémů	
	Paměť	
Celkové skóre		

Zdroj: www.wikiskripta.eu

Příloha 2 NRS 2002 - nutriční rizikový screening (Nutritional Risk Screening 2002)

1. část

Vytvořený v roce 2002, doporučen Evropskou společností umělé klinické výživy a metabolické péče (ESPEN) pro rutinní používání v nemocnicích nebo pro nemocné, kteří trpí akutním nebo chronickým onemocněním.

Riziko podvýživy je u daného pacienta ohodnoceno jedním číslem ve škále 0-6 bodů, čím vyšší je toto bodové skóre, tím vyšší je riziko rozvoje podvýživy.

0 – 2 b. bez rizika nebo nízké riziko podvýživy

3 – 6 b. významné riziko podvýživy, potřeba stanovení nutričního plánu

Krok 1: Základní screening		ano	Ne
1	<i>Je BMI < 20,5 ?</i>		
2	<i>Zhubl pacient nechtěně za poslední 3 měsíce?</i>		
3	<i>Snížil se příjem výživy u nemocného za poslední týden?</i>		
4	<i>Je nemocný závažně nemocen (např. leží na intenzivní péči)?</i>		
Ano: Pokud je alespoň 1 odpověď pozitivní, pokračujte krokem 2			
Ne: Pokud je odpověď na všechny otázky Ne, proveďte screening v týdenních intervalech			

Příloha 2 NRS 2002 - nutriční rizikový screening (Nutritional Risk Screening 2002)

2. část

Krok 2: Konečný screening			
Zhoršení stavu výživy		Závažnost onemocnění	
Skóre 0	Normální stav výživy	Skóre 0	Pacient nemá závažné onemocnění Normální nutriční potřeba
Nízké Skóre 1	Pokles hmotnosti >5% za 3 měsíce nebo příjem jídla nižší 50-75% normy během posledního týdne	Nízké Skóre 1	Např.: Zlomenina kyčle Chronické onemocnění s akutním zhoršením, jaterní cirhóza, hemodialýza, diabetes
Střední Skóre 2	Pokles hmotnosti >5% za 2 měsíce nebo BMI 18,5-20,5 + zhoršení stavu nebo příjem potravy 25-50% normálního příjmu během posledního týdne	Střední Skóre 2	Např.: Závažná operace břicha Mozková mrtvice Zápal plic Nádorové onemocnění
Závažné Skóre 3	Pokles hmotnosti >5% za 1 měsíc (> 15% za poslední 3 měsíce) nebo BMI ≤ 18,5 + zhoršení stavu nebo příjem stravy 0-25% normálního příjmu během posledního týdne	Závažné Skóre 3	Např.: Poranění hlavy Transplantace kostní dřeně Nemocný na JIP (APACHE II > 10)
Skóre: + Skóre: = Celkové skóre			
Věk: Pokud je pacient starší než 70 let, přidejte 1 bod = Celkové skóre (dle věku):			
Skóre 3 a více: Pacient je ve velkém riziku vzniku komplikací z podvýživy, je nutné zahájit plán nutriční podpory			
Skóre <3: Nemocného je nutno sledovat minimálně 1x týdně a zahájit nutriční plán před eventuální operací, aby se snížilo riziko			

Zdroj: www.vyzivapacientu.cz

Příloha 3 Obvod pasu, MUST

MUST (Malnutrition Universal Screening Tool – Univerzální nástroj pro odhalení podvýživy) je určen zejména pro dospělé ambulantní nemocné. Hodnotí BMI, pokles hmotnosti a skutečnost, zda nemocný v posledních pěti dnech přijímal potraviny perorálně. Rozděluje osoby do 3 skupin:

S nízkým rizikem podvýživy – 0 bodů

Se středním rizikem podvýživy – 1 bod

S vysokým rizikem podvýživy - ≥ 2 body

Krok 1

Hodnocení BMI (Index hmoty těla)

BMI kg/m²	Skóre
>20	0
18,5-20	1
<18,5	2

Krok 2

Hodnocení poklesu hmotnosti

Neplánovaný pokles hmotnosti za posledních 3-6 měsíců		Skóre
%		
<5		0
5-10		1
>10		2

Krok 3

Vliv akutního onemocnění

Krok 4

Zhodnocení stavu podvýživy

Pokud je sledovaná osoba akutně nemocná nebo pokud nebude jíst více než 5 dní	Sečtete krok 1, 2 a 3 a získáte riziko podvýživy	
Skóre 2	Skóre 0 – nízké riziko	Skóre 1 – střední riziko Skóre 2 a více – vysoké riziko

Krok 5

Skóre 0 – nízké riziko

Opakujte screening během hospitalizace každý týden, během pobytu v domově důchodců každý měsíc, v domácích podmínkách minimálně každý rok, zvláště u skupin starších 75 let.

Skóre 1 – střední riziko

Sledujte příjem potravy 3 dny, pokud se příjem potravy zlepšil nebo je adekvátní, pravděpodobnost vzniku komplikací spojených s podvýživou není vysoká. Pokud je příjem potravy nízký, oznamte to ošetřujícímu lékaři. Zopakujte screening v nemocnici 1x týdně, v domovech důchodců minimálně 1x za měsíc, v domácích podmínkách minimálně 1x za 2-3 měsíce.

Skóre 2 a více – vysoké riziko

Oznamte skutečnost ošetřujícímu lékaři, který vám pomůže sám nebo zajistí léčbu odborníkem zaměřením na klinickou výživu. Je bezpodmínečně nutné zvýšit celkový příjem výživy. Stav výživy je třeba monitorovat a výživový plán upravit (v nemocnicích 1x týdně, v domovech důchodců 1x měsíčně, v domácích podmínkách 1x měsíčně).

Zdroj: www.vyzivapacientu.cz

Příloha č. 4 Otázky pro sestry k Bc práci na téma:

Problematika ošetrovatelské péče u klienta se stařeckou demencí

Identifikační otázky: rok narození, dosažené vzdělání, kolikátý rok pracujete na oddělení

1. Jak často ošetřujete klienta s demencí?
2. S jakým chováním se u klienta s demencí obvykle setkáváte?
3. V čem se liší ošetrovatelská péče u klientů s demencí od ostatních pacientů?
4. Jak přistupujete ke klientovi s demencí v problematické situaci?
5. Jak zaznamenáváte problematickou situaci při ošetřování klienta s demencí do dokumentace?
6. Jak spolupracujete s rodinou klienta s onemocněním demence?
7. Myslíte si, že by se klienti s demencí měli aktivizovat, nebo by se u nich měla aplikovat psychofarmaka?
8. Jaký vliv si myslíte, že mají formy aktivizace na klienta se stařeckou demencí?
9. Jak byste zhodnotili informovanost sester, ohledně zvládání problematických situací při ošetřování klienta s demencí?
10. Jaké si myslíte, že jsou formy vzdělávání pro sestry, které ošetřují klienty s demencí?
11. Jak se vzděláváte v oblasti ošetrovatelské péče u klienta s demencí?
12. Jaké máte možnosti vzdělávání v tomto oboru na Vašem oddělení?
13. Jaké si myslíte, že jsou výhody vzdělávání se v této oblasti?
14. Jaké faktory působí na Vaši psychiku při ošetřování klienta s demencí?
15. Jak se cítíte po celodenním ošetřování klienta se stařeckou demencí po příchodu do domácího prostředí?
16. Co děláte po příchodu domů z práce?
17. Jaký přínos má pro Vás práce s klientem s demencí?

Zdroj: vlastní

Příloha 5 Návrh na seminář zaměřený na problematiku ošetrovatelské péče u klientů s demencí

Současný stav

Demence, také nazývaná jako „nemoc stárí“, se přestává týkat pouze vyspělých zemí, je dnes problémem globálním. Populace v České republice stárne, je to způsobeno snižující se porodností a úmrtností ve všech věkových skupinách. Demence patří mezi častější onemocnění seniorů než cévní mozková příhoda a diabetes mellitus. U lidí ve věku 65 let je riziko rozvoje stařecké demence 5 %, ve věku 75 let stoupá na 10 %. Ve věku nad 85 let trpí onemocněním 30-50 % seniorů (Jiráček, Holmerová, a kol., 2009).

Většina sester se na svých odděleních s klienty s demencí setká, a proto by měly být vzdělané v oblasti specifických potřeb při ošetrování těchto klientů.

Cíle semináře

Základní znalosti sester o onemocnění demence

Znalosti sester o problematice ošetrování klientů s demencí (noční toulání, zmatenost, podezřívavost, agresivita....)

Znalosti sester v oblasti hygienické péče u klientů s demencí

Znalosti sester v komunikaci s klienty s demencí

Znalosti sester v prevenci pádů u klientů s demencí

Znalosti sester ve stravování klientů s demencí

Znalosti sester v aktivizaci klienta s demencí

Motivace sester k zapojení teoretických znalostí do své praxe

Cílová skupina: Skupina sester z různých oddělení Nemocnice Strakonice.

Forma vzdělávání: Skupinová, skupina přibližně 10 sester

Doba trvání: 2 hodiny

Místo konání: zasedací místnost

Seminář je realizován interaktivní formou, sestry si mohou předávat své zkušenosti v této problematice. Seminář vede sestra, která má odborné zkušenosti a vzdělává se v problematice ošetrovatelské péče u klientů se stařeckou demencí.

Zdroj: vlastní