

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Ošetrovatelská péče o pacienty s demencí v domově
pro seniory a v domově se zvláštním režimem
z pohledu všeobecné sestry**

bakalářská práce

Autor práce: Jarmila Dolejšová
Studijní program: Ošetrovatelství
Studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Hana Dohnalová

Datum odevzdání práce: 3.5.2013

Abstrakt

Vyšší věk je spojen s mnoha nemocemi a jedním ze závažných zdravotních problémů se celosvětově stává u seniorů onemocnění demencí. Jedná se o závažnou mozkovou chorobu zapříčiněnou degenerativními změnami v mozkové tkáni. V současné době se odhaduje na celém světě počet lidí postižených demencí na 38 miliónů a do roku 2050 se podle prognóz ztrojnásobí. Potřeba dlouhodobé péče o lidi s demencí přináší značné nároky na zdravotnické a sociální systémy a rozpočty. Onemocnění postihuje nejčastěji seniory ve věku nad 65 let a uvádí se, že je pátou nejčastější příčinou jejich úmrtí. Nejinak je tomu i v České republice. Člověka postiženého demencí čeká postupný úpadek a nemoc je tak destruktivní, že v její poslední fázi se pacient stěží podobá člověku, jakým byl na jejím začátku. Během dlouhé první fáze je demence jen málo patrná, člověk jen občas zapomíná, chodí a pohybuje se jak byl zvyklý. V konečné fázi je závislý na druhých ve všech svých potřebách a zapomněl už všechno, co se kdy naučil. Takto nemocní lidé nejsou schopni žít sami, potřebují celodenní pomoc a dohled, což je velmi fyzicky i psychicky náročné. Řada lidí se rozhodne postarat o své příbuzné sama, ale mnoho dalších je umísťováno do zdravotnických nebo sociálních zařízení. Pracuji v domově pro seniory a s touto problematikou se denně setkávám. To byl také důvod, proč jsem si právě tuto oblast zvolila jako téma bakalářské práce.

Bakalářská práce má název Ošetrovatelská péče o pacienty s demencí v domově pro seniory a v domově se zvláštním režimem z pohledu všeobecné sestry. Teoretická část je zaměřena na obecnou charakteristiku domova pro seniory, domova se zvláštním režimem a roli všeobecné sestry v těchto pobytových sociálních zařízeních. Dále popisuje demenci, její dělení a stadia. V další části je popsána ošetrovatelská péče o takto nemocné pacienty. Pro svoji komplexnost a přehlednost jsem použila model Gordonové a charakterizovala tuto nemoc ve všech 13 -ti oblastech. V závěru teoretické části jsem zmínila Českou alzheimerovskou společnost, která má v našem státě nezastupitelné místo v pomoci lidem trpícím touto chorobou, ale i podpory osobám o ně pečujícím.

V praktické části jsem prováděla šetření kvantitativní formou pomocí anonymního dotazníku. Výzkum byl zaměřen na názory a zkušenosti všeobecných sester pracujících

v domovech pro seniory a v domovech se zvláštním režimem. Jednalo se celkem o 11 vybraných zařízení v jižních, západních a středních Čechách. Zjištěné výsledky jsem analyzovala a zpracovala do grafů. Stanovila jsem si čtyři cíle a zároveň formulovala čtyři hypotézy.

Prvním cílem bylo zjistit, v čem sestry spatřují pozitiva a negativa daného zařízení z hlediska poskytování ošetrovatelské péče pacientům s demencí. K jeho naplnění byla stanovena hypotéza 1: V domovech se zvláštním režimem je ošetrovatelská péče poskytována s větším ohledem na specifické potřeby pacientů s demencí. Tato hypotéza byla šetřením potvrzena. Téměř polovina dotázaných uvedla, že soužití je spíše nevhodné a další čtvrtina určitě nevhodné. Jako důvody uvedly nadměrnou zátěž pro všechny tři zúčastněné skupiny. Tedy jak pro samotné nemocné, tak pro jejich spolubydlící, ale i pečující osoby. Na významu tento nesoulad nabývá v souvislosti se skutečností, že 45% sester v klasických domovech pro seniory uvedlo příznaky onemocnění demencí u více než 50% svých klientů.

Druhým cílem bylo zjistit motivaci sester pro práci s pacienty s demencí. Stanovena byla hypotéza, že společnou motivací je sociální cítění a potřeba pomáhat starým lidem. I tato hypotéza byla potvrzena, když tento stimul uvedlo 92 ze 103 dotázaných všeobecných sester. Poměrně překvapivým výsledkem v tomto šetření bylo uvedení možnosti dalšího vzdělávání jako třetího nejčastějšího motivačního prvku pro tuto práci.

Třetím cílem bylo zjistit, zda mají domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem zpracovány standardy ošetrovatelské péče o demenční pacienty a pracují-li v souladu s nimi. Vymezena byla hypotéza: Domovy pro seniory nemají, na rozdíl od domovů se zvláštním režimem, vypracovány standardy ošetrovatelské péče o demenční pacienty. Oproti mému předpokladu však uvedlo 64% sester pracujících v klasických domovech pro seniory, že standardy vypracovány mají. Ukázalo se, že při stále se zvyšujícím počtu pacientů s touto chorobou se stávají nutností. Musím tedy konstatovat, že tato hypotéza nebyla potvrzena.

Zjistit, jsou-li všeobecné sestry seznamovány s novými poznatky v oblasti ošetrovatelské péče o demenční pacienty, a zda se tato péče liší v domovech pro seniory a v domovech se zvláštním režimem, byl čtvrtý cíl. Stanovená a testovaná hypotéza zněla: Sestry v obou typech zařízení si zajišťují své celoživotní vzdělávání v oblasti péče o demenční pacienty převážně individuálně, nikoli prostřednictvím zaměstnavatele.

Ani tato hypotéza potvrzena nebyla, neboť celkem 95 respondentů, což je plných 92% uvedlo, že zaměstnavatel je podporuje v celoživotním vzdělávání a 65 z nich si své vědomosti rozšiřuje právě prostřednictvím seminářů v rámci jejich zařízení.

Důvodem ke zvolení tohoto tématu bakalářské práce bylo zjistit, zda je pro klienty s onemocněním demencí a jejich spolubydlící vhodné trvalé soužití v klasickém domově pro seniory. Se zjištěnými výsledky výzkumného šetření pak seznámit vedení našeho Domova pro seniory Sušice, kde sama pracuji, a poté jeho zřizovatele, aby při plánovaném rozšíření lůžkové kapacity zvážili i vzhledem ke skladbě klientů, zřízení domova se zvláštním režimem. Tento cíl byl splněn a to díky výsledkům získaným na základě vyslovených názorů sester pracujících v sociálních zařízeních uvedených v tomto výzkumném šetření. Praktické využití výsledků bakalářské práce bude realizováno v Domově pro seniory Sušice v srpnu 2013, kdy se navýší kapacita zařízení o 14 lůžek se statutem zvláštního režimu.

Abstract

Higher age is connected to many diseases and one of the serious problems which affects seniors worldwide has become dementia. Dementia is a serious cerebral disease caused by degenerative changes in cerebral tissue. It is estimated that these times there is about 38 million of people suffering dementia worldwide and according to forecasts the amount will rise three times by year 2050. The need to care for people suffering dementia carries considerable demands on health and social systems as well as on budgets. The disease affects mostly seniors older than 65 years and it is stated that it is the fifth most common cause of their death. The situation in the Czech Republic is similar. A person suffering dementia will experience a gradual decline and the disease is so destructive that in its last period the person hardly resembles to the person he or she used to be at the outbreak of the disease. In the long first phase of the disease, dementia is hardly visible. The person forgets only occasionally and walks and moves as he or she was used to. In the final phase the person is dependent on the others in all his or her needs and has already forgotten everything that he or she has ever learnt. Such ill people are not able to live alone, they need full-time help and they must be under watch, which is physically and mentally demanding. A lot of people decide to take care about their relatives themselves; on the other hand a lot of seniors suffering dementia is placed into health and social centres. I work at a retirement home and I encounter these problems every day. It was the reason why I chose this issue as a theme for my bachelor thesis.

The name of the bachelor thesis is Nursing care about patients with dementia at a retirement home and at a home with a special regime in view of a general nurse. The theoretical part is aimed at general characteristics of a retirement home, a home with a special regime and at a role of a general nurse in these social residential places. Additionally, it describes dementia, its partition and stages. Within the next part, there is described nursing care of these patients. I used Gordon's functional health patterns and I characterized this disease in its all 13 areas. At the end of the theoretical part I mentioned the Czech Alzheimer Society. In our state it has an irreplaceable place in offering help to people suffering Alzheimer disease and also to those who take care about them.

Within the practical part I did a quantitative research by using anonymous questionnaire. The research was aimed at opinions and experiences of the general nurses working at the retirement homes and at the homes with a special regime. All in all, there were 11 selected places from south, western and middle Bohemia regions included within the research area. The results were analysed and used for graph processing. I established four aims together with four hypotheses.

The first aim was to discover which positive and negative factors have the particular centres in providing a nursery care according to general nurses. In order to fulfil the aim, the hypothesis was established: In the homes with a special regime, there is provided nursery care with more respect for the specific needs of the patients with dementia. This hypothesis was confirmed by the research. Almost the half of the surveyed nurses stated that to live together with patients suffering dementia is rather inconvenient and a quarter of them stated that it is for certain inconvenient. The given reason was the excess load on all three involved groups. The groups involved means patients themselves, their mates and people taking care about them. This result gains importance especially in connection to the fact that 45% of the nurses in the retirement homes stated that there are symptoms of dementia by more than 50% of their clients.

The second aim of the thesis was to discover motivation of the nurses for working with seniors with dementia. The specified hypothesis was that a common motivation is a social conscience and the need to help old people. This hypothesis was also proven because 92 of 103 surveyed general nurses stated that this fact really is their stimulus. Relatively surprising result in this part of the survey was that the third most motivating factor for the general nurses to work in this area is the possibility of further education.

The third aim was to discover whether the retirement homes and the homes with a special regime have compiled standards of nursery care for patients with dementia and whether the homes work in accordance with these standards. The specified hypothesis was that in contrast to the homes with a special regime, the retirement homes do not have established the standards of nursery care for patients with dementia. Opposite to my hypothesis, 64% of nurses working in classic retirement homes stated that the standards are established. This part of the survey revealed that it is a necessity

to have the standards developed with respect to increasing amount of patients with dementia. I have to state that this hypothesis was refuted.

To find out whether the general nurses are being informed with new knowledge in the area of nursery care for patients with dementia and whether this care in the retirement homes differs from care in the homes with special regimes was the fourth aim of the thesis. The specified hypothesis was that the nurses in the both types of the homes arrange their life-long education in the area of care for the patients with dementia predominantly by themselves and not through their employers. This hypothesis was not proven because 95 respondents, which is 92% of them, stated that their employer supports them in their life-long education and 65 of them extend their knowledge through the seminars within their workplace.

The reason for choosing this particular topic for the bachelor thesis was to find out whether a permanent coexistence among patients with dementia and their mates in the classic retirement homes is convenient. Afterwards, to make the management of The Retirement Home in Sušice and its founder familiar with the results of the research in order that they would consider the foundation of a home with special regime when planning the extension of bed capacity with respect to the structure of the clients. This aim was fulfilled thanks to the results obtained by surveying the opinions of the nurses working at social centres given at this research. The results of the bachelor thesis will be used and realized practically at The Retirement Home in Sušice, in August 2013, when the capacity of the beds will be increased by 14 units obtaining a special regime status.

Prohlášení

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

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 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

.....

Jarmila Dolejšová

Poděkování

Na tomto místě chci poděkovat vedoucí práce Mgr. Haně Dohnalové za vstřícnost, rady a připomínky, které mi poskytla během psaní mé bakalářské práce. Poděkování patří i mojí rodině a zaměstnavateli za jejich trpělivost, pochopení a podporu po celou dobu mého studia. Rovněž děkuji všem respondentům za spolupráci při výzkumném šetření, za jejich čas a názory, bez nichž by práce nemohla vzniknout.

Obsah

ÚVOD	16
1 SOUČASNÝ STAV	17
1.1 Domov pro seniory – obecná charakteristika	17
1.2 Domov se zvláštním režimem - obecná charakteristika	17
1.3 Všeobecné sestry v pobytových sociálních zařízeních	18
1.4 Demence	19
1.4.1 Dělení demencí	20
1.4.2 Stadia demence	21
1.5 Ošetrovatelská péče	22
1.5.1 Podpora zdraví	22
1.5.2 Výživa	23
1.5.3 Vylučování a výměna	24
1.5.4 Aktivita a odpočinek	25
1.5.5 Vnímání a poznávání	25
1.5.6 Vnímání sebe sama	26
1.5.7 Vztahy	27
1.5.8 Sexualita	28
1.5.9 Zvládání zátěže, odolnost vůči stresu	28
1.5.10 Životní princip	29
1.5.11 Bezpečnost a ochrana	29
1.5.12 Komfort	30
1.5.13 Růst a vývoj	30
1.6 Česká alzheimerská společnost	30
2 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY	32
2.1 Cíle práce	32
2.2 Hypotézy	32
3 METODIKA	33
3.1 Metody a techniky sběru dat	33
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	33

4 VÝSLEDKY	35
5 DISKUZE	46
6 ZÁVĚR	53
7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	55
8 KLÍČOVÁ SLOVA	59
9 SEZNAM PŘÍLOH	60

Seznam použitých zkratk

ADL	test běžných denních aktivit člověka (Activities of Daily Living)
apod.	a podobné
ČALS	Česká alzheimerovská společnost
DD	domov důchodců
Doc.	docent
DZR	domov se zvláštním režimem
IADL	test instrumentálních všedních činností člověka (Instrumental Activities of Daily Living)
K/P	klient/pacient
MUDr.	doktor všeobecného lékařství (medicinae universae doctor)
např.	například
PEG	perkutánní endoskopická gastrostomie
S	standard

Úvod

Na celém světě, a Českou republiku nevyjímaje, dochází k postupnému prodlužování věku a k stárnutí celé populace. To sebou nese i celou řadu zdravotních a sociálních problémů. Mnozí senioři se dostávají do situace, kdy se nezvládnou a nemohou o sebe postarat ve svém přirozeném prostředí a pomoc jim z nejrůznějších důvodů nezajistí ani jejich rodina. Pracuji již řadu let v domově pro seniory, kde se denně setkávám s lidmi, kteří přicházejí do sociálního zařízení především v důsledku ztráty soběstačnosti způsobené nemocí, stále častěji pak postižením některou z forem demence. Tito klienti jsou včleňováni mezi běžnou populaci seniorů a společné soužití přináší celou řadu problémů jak pro samotné klienty, tak i pro ošetřující personál. Proto je podle mého názoru daleko vhodnější umístění takto nemocných lidí do domovů se zvláštním režimem, kde je ošetrovatelská péče zaměřena na jejich specifické potřeby. Přestože se v poslední době o této problematice stále častěji hovoří, není v dostatečné míře řešena.

Do domovů se zvláštním režimem jsou umísťováni lidé převážně s těžkými formami demence a práce ošetrovatelského personálu je zde velmi náročná jak po fyzické, tak především po psychické stránce. Toto onemocnění je neustále progredující, bez možnosti vyléčení. Onemocnění má zároveň ohromný sociální rozměr - nepostihuje pouze pacienty, ale právě ze sociálního hlediska i jejich rodinné příslušníky a personál, který o ně pečuje.

Cílem mé bakalářské práce je zjistit pozitiva a negativa daných zařízení z hlediska poskytování ošetrovatelské péče, motivaci sester pracujících s takto nemocnými lidmi a v neposlední řadě se zaměřím i na to, zda standardy ošetrovatelské péče a nové poznatky v oblasti péče o demenční pacienty jsou sestřám v jejich práci přínosem. Výsledky své práce předložím zřizovateli domova pro seniory, kde pracuji, ke zvážení, zda při plánovaném rozšíření stávající lůžkové kapacity by nebylo vhodné vytvořit, vzhledem ke složení klientů, právě lůžka se zvláštním režimem.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Domov pro seniory – obecná charakteristika

Domovy pro seniory poskytují pobytové služby s celoročním provozem, určené pro seniory se sníženou soběstačností a s potřebou pravidelné pomoci jiné fyzické osoby v komplexní péči. Tato péče zahrnuje péči nejen sociální, ale i ošetrovatelskou a zdravotní. Služba je určena především osobám, které vzhledem ke své neschopnosti postarat se o sebe, nemohou dále ani za pomoci terénních služeb setrvávat ve svém přirozeném sociálním prostředí. Vytvoření vhodného prostředí pro podporu autonomie a samostatnosti starého člověka ve zdravotní a sociální péči může výrazně přispět k prožívání důstojného stáří a prodloužení aktivního způsobu života. Zákon ukládá zřizovatelům takových zařízení poskytovat klientům především ubytování, stravu, pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu. Dále pomoc při osobní hygieně nebo podmínkách pro osobní hygienu a také především sociální služby, které zahrnují zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti a aktivizační činnosti. Dále pak pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (Malíková, 2011; Bužgová, 2007; Zákon č.108/2006).

Služba je uživateli poskytována za úhradu. Sociálním zákonem jsou definovány pracovní pozice pracovníků, kvalifikační a personální požadavky pro výkon profese a povinnost celoživotního vzdělávání. V pobytových zařízeních pracuje omezený počet všeobecných sester, které kromě své odborné ošetrovatelské péče vykonávají i nekvalifikovanou a méně odbornou práci (Malíková, 2011).

Holmerová (2007) uvádí, že šetření prevalence demence u obyvatel zařízení pro seniory přineslo alarmující zjištění: poruchou kognitivních funkcí v hloubce demence trpí více než 40% obyvatel standardních oddělení domovů pro seniory, která nejsou nijak přizpůsobena specifickým potřebám lidí s demencí.

1.2 Domov se zvláštním režimem – obecná charakteristika

Jedná se o poskytování dalších pobytových služeb s celoročním provozem a jsou obdobné jako v domovech pro seniory. Odlišnost domova se zvláštním režimem

spočívá ve vytvoření specifických podmínek zohledňujících zvláštní potřeby především osob s duševním onemocněním, ale také osob závislých na návykových látkách. Nicméně musíme připustit, že lidé trpící onemocněním způsobujícím demenci nejsou pouhými obyvateli, uživateli či klienty zařízení, ale jedná se o lidi nemocné, kteří se zejména ve stadiu rozvinuté demence zpravidla chovají tak, že svým jednáním mohou ovlivnit bezpečnost svoji, ale i jiných lidí (Malíková, 2011; Jiráček, Holmerová a Borzová 2009).

Zákon o sociálních službách 108/2006 Sb. přímo říká: „V domovech se zvláštním režimem se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob.“

Řada sociálních zařízení má část lůžkové kapacity vyčleněnou pro domov pro seniory a část uzpůsobenu právě pro domov se zvláštním režimem. Upravené podmínky jsou především ve smyslu zajištění bezpečnosti, vyššího dohledu a cíleně zaměřené aktivizace. V ideálním případě má oddělení kapacitu do 15, maximálně do 20 pacientů. Pokud je větší, je nutné uspořádat a rozčlenit je na menší části se samostatným režimem i personálem. Za nutný je považován trvalý denní dohled kvalifikované samostatně pracující sestry, možnost přivolat v případě potřeby lékaře a přítomnost pomocného ošetrovatelského personálu (Malíková, 2011; Jiráček, Holmerová a Borzová 2009).

V České republice je v současné době registrováno necelých 500 domovů pro seniory a 176 domovů se zvláštním režimem. Na první pohled je to poměrně vysoké číslo, ale musíme vzít v úvahu i celkový počet lůžek, který v domovech pro seniory činí téměř 38 tisíc, oproti necelým 8 a půl tisícům lůžek v domovech se zvláštním režimem (Holmerová, 2009).

1.3 Všeobecné sestry v pobytových sociálních zařízeních

Podle zákona č.108/2006 o sociálních službách mají všechna pobytová sociální zařízení, tedy i domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem, povinnost zajistit

poskytování zdravotní péče, ale nejsou povinna zdravotní péči poskytovat. Skladba klientů a jejich zdravotní stav často vyžaduje spíše hospitalizaci ve zdravotnických zařízeních typu LDN a vyžadují odborný dohled sestry. Přesto řada poskytovatelů sociálních služeb řeší složitou ekonomickou situaci snižováním počtu sester v zařízeních nebo o tom v budoucnu uvažuje. Zdravotní pojišťovny sice hradí výkony odbornosti 913 – kategorie všeobecná sestra v sociálních službách, ty však nezahrnují další odborné činnosti, které účtovány být nemohou. Vzhledem k náročnosti práce v pobytových službách sestry nevykonávají jen odbornou práci, ale podílejí se i na základní ošetrovatelské a přímé obslužné péči (Vodička 2010; Zákon č.108/2006)

1.4 Demence

Stáří není nemoc, ale přirozený proces, i když je často provázen polymorbiditou, závislostí na druhých a nesoběstačností. Stárnutí probíhá ve všech oblastech lidského bytí, tedy na úrovni biologické, psychické i sociální. Do popředí zájmu nejen zdravotníků se tak dostávají otázky prevence chorob, zdravé životosprávy, rehabilitace a v neposlední řadě také ošetřování starých a nemocných lidí. U nich se většinou nejedná o jediné základní onemocnění, ale o soubor více poruch, které se nazývají geriatrické syndromy. Ty se dělí do třech základních oblastí na syndromy somatické, sociální a psychické. A právě jedním z nejčastějších psychických syndromů je demence (Pidrman, 2007; Munzarová, 2005).

„Demence je termín, který označuje vážné duševní onemocnění, které vzniká v průběhu života člověka, ale vždy až po ukončení rozvoje jeho kognitivních funkcí. Pod termín kognitivní funkce zahrnujeme celou škálu psychických funkcí, z nichž nejdůležitější jsou paměť, intelekt, motivace.“ (Nechanská, 2011, s.1). Jedná se o organicky podmíněný a nevratný úbytek intelektu člověka, u kterého dochází k trvalým poruchám chování a celkové změny osobnosti. Demence není jen onemocnění, ale jedná se o klinický syndrom, t.j. výskyt několika typických příznaků, který vzniká na základě organického postižení mozku. Jedná se o nejčastější organickou duševní poruchu ve stáří, která postupně způsobuje ztrátu důležitých mozkových funkcí. Přestože její nástup často vypadá jen jako pouhé zhoršování psychických funkcí, jde o onemocnění končící smrtí pacienta. Postupné zhoršování výkonu běžných funkcí způsobuje, že postižený člověk je závislý na péči a pomoci druhých. Často je trvale

umístěn do ústavní péče. Lidí, kteří onemocní demencí každoročně přibývá a tato problematika zasahuje širokou bio-psycho-sociální oblast. Stává se palčivým problémem a je přirovnávána k nevléčitelné epidemii stáří. Často uplyne mnoho měsíců nebo i let od prvních projevů nemoci, než dojde ke stanovení správné diagnózy. Počáteční příznaky jsou mnohdy nesprávně zaměňovány s jinými onemocněními. Nejsou tedy od počátku správně léčeny a k lidem postiženým demencí není správně přistupováno. Přes snahu odborníků není veřejnost stále dostatečně informována o příznacích demence a tudíž ani motivována k včasné návštěvě lékaře a nastavení odpovídající terapie. Demence představují ze socioekonomického pohledu problém, který je srovnatelný s onemocněními kardiovaskulárními a onkologickými, přesto jim není věnována srovnatelná pozornost (Dvořáčková, 2012; Klevetová a Dlabalová, 2008; Seidl, 2008; Kalvach, 2008).

Podle průzkumu World Alzheimer Report z roku 2010 je na celém světě postiženo demencí více než 36 milionů lidí. V České republice je počet obyvatel trpících těžkou formou demence odhadován na více než 120 tisíc. Výzkum předpovídá, že vzhledem ke stárnutí populace se tento počet do dvaceti let zdvojnásobí a do roku 2050 dokonce ztrojnásobí. Další zhruba 300 tisíc lidí žije s počínajícími příznaky a každý rok jich asi 20 tisíc přibývá. Demence postihuje lidi převážně v seniorském věku. 90 % lidí postižených demencí jsou senioři nad 65 let, 10 % lidí postihuje demence již po 45 až 50 roce života a jde o progresivní, stále se zhoršující stav. S vyšším věkem výskyt demence roste (Franková, 2010; Dvořáčková, 2012; Demence-data a výhledy, 2012).

1.4.1 Dělení demencí

Existují různé typy, respektive příčiny demence:

Demence u Alzheimerovy choroby je dnes nejčastějším typem demence a patří do skupiny atroficko – degenerativních chorob. Přesto, že tvoří více než polovinu všech demencí, její příčina zatím není známá. Víme jen, že během nemoci dochází k zániku mozkových buněk a k ubývání acetylcholinu, což je látka, která zajišťuje přenos informací mezi mozkovými buňkami. Vzniká pomalu, nenápadně a plynule se rozvíjí. K rizikovým faktorům jejího vzniku patří jednak dědičnost (lépe řečeno výskyt choroby v rodině) a vysoký věk. Některé zdroje uvádějí také ženské pohlaví, malou duševní aktivitu a nízké vzdělání. Současná terapie je pouze symptomatická a jejím hlavním

cílem je oddálit postupně se zhoršující výkonnost kognitivních funkcí a zpomalit jejich postup (Dvořáčková, 2012; Pidrman, 2007).

Vaskulární demence je druhá nejčastější. Vyvolávacím činitelem bývá mozkový infarkt s krvácením do mozku. Nejčastější formou je „multiinfarktová demence“. Častěji postihuje muže, její projevy začnou náhle a ve skocích se prudce zhoršují.

Smíšená demence vzniká kombinací několika různých nemocí, např. Alzheimerovy choroby s vaskulární demencí.

Další typy demence se vyskytují méně často a jedná se o demence u chorob klasifikovaných jinde: jsou to např. fronto-temporální demence - včetně Pickovy choroby, demence s Lewyho tělísky, demence u Parkinsonovy choroby, Huntingtonovy choroby, u Creutzfeld-Jakobovy choroby, demence u infekce HIV a další.

Pseudodemence nebo také nepravá demence se projevuje např. při těžké depresi, tedy při jednom z nejčastějších psychiatrických onemocnění seniorů, kdy se projevují podobné příznaky jako při demenci (Kalvach, 2008).

1.4.2 Stadia demence

I.stadium - počínající (mírná) demence, můžeme ji nazvat *fáze potřeby dohledu*, kdy stojí v popředí poruchy paměti, chování, koncentrace. Projevuje se zapomínáním nedávných situací, neschopností vybavit si data, jména, učit se novým věcem. Pacient potřebuje radu a občasnou pomoc, připomenutí. Dochází k poruše krátkodobé paměti, člověk neví, co se stalo před chvílí, ale vybavuje si dávné vzpomínky. Porucha paměti nemusí být zprvu výrazná a nemusí mít vliv na běžný život, kdy se opakují stále stejné situace. Toto období trvá obvykle 2 až 4 roky.

II.stadium- období rozvinuté demence, *fáze potřeby péče*, projevuje se zpomalením myšlení, ztrátou zájmů, špatnou orientací v čase a prostoru, zvýšenou dráždivostí, agresivitou, depresí až apatií. Pacient není schopen sebeobsluhy, má problémy s inkontinencí a s hygienou. Délka tohoto období bývá 2 až 10 let a vzniká nutnost pomoci a dohledu 24 hodin denně.

III.stadium- období pokročilé demence, *fáze potřeby ošetrovatelské péče*, kdy jsou pacienti často dezorientováni, neschopni sebepečení a soběstačnosti. Často jsou upoutáni na lůžko, mají problémy s výživou, komunikací, dochází k výraznému zhoršení zdravotního stavu, nastává u nich závažný rozvrat života a nutnost celodenní kvalitní,

vlídné a laskavé péče. Toto stadium končí terminálním stadiem a úmrtím pacienta (Buijssen, 2006).

1.5 Ošetrovatelská péče

Do domovů pro seniory a do domovů se zvláštním režimem obzvlášť, jsou přijímáni pouze senioři se sníženou soběstačností vyžadující pravidelnou pomoc jiné osoby. Z toho vyplývá, že s určitou mírou ošetrovatelské péče je nutné počítat u každého klienta. Na její realizaci spolupracují především pracovníci v sociálních službách a všeobecné sestry, které jsou jejími garanty a ošetrovatelský tým vedou. Je třeba si uvědomit, že sestra pracuje bez odborného dohledu a často musí bez pomoci a rady lékaře sama zhodnotit stav a rozhodnout o dalším postupu. V zařízeních, kde je převážná část seniorů částečně nebo plně nesoběstačných, tvoří ošetrovatelská péče stěžejní část práce sester. Zaměřena je především na péči o základní biologické potřeby klienta. Zejména příjem potravy a zajištění pitného režimu, péči o vyprazdňování včetně péče o inkontinentní osoby, péči o imobilní osoby zahrnující polohování a péči o pokožku se zaměřením na prevenci dekubitů, komplexní hygienickou péči, provádění opatření ke snížení bolesti a v neposlední řadě péči o umírajícího a zemřelého. Komplexnost této péče nejlépe vystihuje model Gordonové popsany dále ve všech 13 oblastech (Malíková, 2011).

1.5.1 Podpora zdraví

Zachování zdraví a soběstačnosti v procesu stárnutí je faktorem, který má dopad na mnoho dalších aspektů života starších osob a jejich rodin. V počátečním stadiu onemocnění je nutné člověka podporovat v běžných aktivitách, ponechat mu možnost nadále provádět činnosti, na které byl zvyklý, hovořit s ním o jeho potřebách, umožnit mu dostatek aktivity, odpočinku, přiměřenou stravu. Nutné je hovořit i o budoucnosti a ustanovit osobu, která bude člověka zastupovat a pomáhat mu, pokud sám nebude schopen o sobě rozhodovat (Schuler a Oster, 2010).

Omezení nebo ztráta soběstačnosti způsobuje závislost na pomoci druhých. Pro některé seniory, kteří ztratili svou nezávislost, může být přijetí péče druhých nejhorším aspektem jejich života. Proto je nutný citlivý přístup ze strany pomáhajících. Autonomie

a závislost na pomoci druhých se však nevylučují. Senior může být fyzicky závislý a zároveň zcela autonomní. Nezávislost tedy není nutně protikladem nesoběstačnosti. Autonomie může být zachována, pokud je klient aktivně zapojován do činností a je mu nabízena možnost volby (Bužgová, 2007; Plucar a Patočka, 2007).

1.5.2 Výživa

V období počínající demence není třeba dodržovat žádná zvláštní dietní opatření. Vhodná výživa, která zachovává zásady zdravé výživy, může přispět k zachování dobré kvality života a do určité míry působit i preventivně před rozvojem či zhoršováním dalších poruch, jako jsou např. cévní změny. V počátcích onemocnění sledujeme spíše nadměrnou chuť k jídlu a je nutné redukovat potraviny s vysokým obsahem tuků a cukrů. S rozvojem onemocnění dochází k postupnému omezení soběstačnosti nejprve v instrumentálních aktivitách, jako je např. schopnost nakoupit vhodné potraviny ve správném množství, připravit z nich jídlo apod. Postupně dochází k omezení základních aktivit sebeobsluhy - schopnost samostatně se najíst a napít z již připraveného jídla. Pro pacienty je typický postupný váhový úbytek, ztráta pocitu hladu a žízně. I v rozvinuté fázi nemoci je vhodné co nejdéle udržet příjem potravy přirozenou cestou, nutriční hodnotu doplňovat sippingem a k zavedení gastrické sondy či PEG sondy přikročit pouze jako k přechodnému opatření k řešení nutriční podpory. Demence jsou uváděny jako jedna z nejčastějších příčin malnutrice u seniorů nad 65 let. Jako klinické důsledky a rizika jsou uváděny především: snížení obranyschopnosti, zvýšená náchylnost k infekcím. Úbytek svalové hmoty, což vede ke snížení celkové fyzické výkonnosti, zhoršení pohyblivosti a soběstačnosti. Tím se zároveň zvyšuje riziko pádů, poranění a zlomenin. Postižení dýchacích svalů vede ke zhoršení ventilace, čímž se dále zvyšuje riziko plicní infekce. Úbytek svalové hmoty se týká rovněž srdečního svalu. V neposlední řadě při malnutrici dochází ke zhoršení hojení ran, zvyšuje se výskyt dekubitů a zhoršují se chronická onemocnění (Jiráková, Holmerová a Borzová 2009; Franková, 2010; Pidrman, 2007).

Starnovská (2011) uvádí, že rizika plynoucí z nekvalitně poskytnuté léčebné výživy jsou srovnatelná s nekvalifikovaně poskytnutou léčbou. Starší populace představuje celkově skupinu obyvatel, jejíž nutriční stav je často neuspokojivý, neboť je ovlivněn

řadou faktorů, jako jsou fyziologické a sociální změny spojené se stárnutím, výskyt chronických chorob, užívání velkého množství léků, snížená mobilita.

1.5.3 Vylučování a výměna

U pacientů s demencí je především inkontinence moči velmi častá. Může se objevit až v pozdějším stádiu, někdy provází člověka od počátku onemocnění. Pro sebedůvěru člověka je velmi prospěšné hledat příčinu a pokusit se ji odstranit. Mohou to být běžné denní situace, kdy pacient nenajde záchod, nezvládne se svléknout, zapomene včas vykonat potřebu apod. Právě zde mohou sestry přispět k udržení kontinence správnou ošetrovatelskou péčí, klidným a trpělivým přístupem. Péče zahrnuje dodržování léčebného režimu a vhodné používání mikčního systému, režimová opatření, která spočívají především v pravidelném vyprazdňování a doprovodu na WC. Před spánkem by neměly být podávány tekutiny, naopak je důležité pacientovi zajistit vhodné oblečení a náhradní ošacení, dostatek soukromí a vhodné pomůcky pro inkontinenci. Zachovávat respektu a úcty by se mělo stát samozřejmostí. Ošetřující sestra má správně odhadnout možnosti a schopnosti klienta, určit co zvládne sám a nežádat po něm příliš. Tam kde je už nutné pomůcky k inkontinenci použít, je i nadále důležité vést klienta alespoň k částečnému zachování jeho schopností při uspokojování těchto fyziologických potřeb (Holmerová et al., 2009; Bužgová, 2007).

Využívání pomůcek pro inkontinenci musí být zcela individuální podle potřeb klientů. Toalety musí být označené, bez bariér, k dispozici je nutné mít madla, nástavce, dostatek prostoru, světla, čistotu. Z chování personálu pak klient má cítit respekt a úctu, jinak nevhodným jednáním může vyvolat agresi a neklid.

Inkontinence stolice je důsledkem špatného vyhodnocení nucení na stolici. Bez pomoci nejsou klienti tento úkon schopni sami zvládnout. I tady jsou nutná režimová opatření. Dostatek pohybu, vhodná strava a vyprazdňování v pravidelný čas, např. po jídle. U klientů s demencí se často setkáme se zácpou. Prevenci zajistíme podáváním vhodné stravy, která obsahuje dostatečné množství vlákniny ve formě zeleniny, ovoce a celozrnných produktů. Klienty podporujeme k dostatečnému pohybu. Užití laxativ omezujeme, dlouhodobě jsou stejně jako u ostatních pacientů nevhodná (O'Connor a Aranda, 2005).

1.5.4 Aktivita a odpočinek

Přiměřená aktivita a následný odpočinek jsou pro pacienty s demencí velmi potřebné a přínosné činnosti. Úlohou sester je při každodenním ošetřování odhadnout individuální možnosti každého jedince a vhodným způsobem aktivity nabízet, ale ne nutit. Veškerá činnost musí být volena přiměřeně k schopnostem a možnostem klienta. Sestra v domově pro seniory provádí funkční geriatrické vyšetření, které poskytne informace o fyzických a psychických schopnostech klienta ve vztahu k jeho soběstačnosti. Nejčastěji užívané testy jsou Barthelové test základních denních činností (activity daily living - ADL) a test instrumentálních denních činností (instrumental activity daily living – IADL). Ve spolupráci s rehabilitační sestrou a ergoterapeuty, kteří jsou součástí ošetřovatelského týmu v domovech seniorů, pak i na základě těchto testů probíhá aktivizace klientů. Společným cílem je především podpora zachování stávající soběstačnosti a funkční schopnosti, prevence vzniku imobilizace a tím i udržení pocitu vlastní důstojnosti a spokojenosti. S ohledem na rozložení výkonnosti během dne je více aktivních prvků zařazováno během dopoledne, v odpoledních hodinách je činnost přizpůsobena tak, aby nezvyšovala únavu klientů. Přiměřené a smysluplné naplnění dne, střídání aktivity a odpočinku, má pozitivní dopad na chování klientů, snižuje jejich sklon k agresivitě a v neposlední řadě má příznivý dopad na pravidelné vyprazdňování a spánek (Buijssen, 2006; Malíková, 2011).

1.5.5 Vnímání a poznávání

Vnímání a poznávání je jednou z oblastí, které jsou při onemocnění demencí postiženy nejvíce. Ve stáří dochází celkově k omezení smyslového vnímání. Snižuje se sluchová schopnost, nejprve tónů o vysoké frekvenci, pak střední a hluboké. Možná a častá je kompenzace naslouchadly. Slábne zrak, objevuje se presbyopie, katarakta, horší adaptace na tmou. Všechny tyto příznaky ovlivňují pocit soběstačnosti, bezpečí a jistoty. Nastává úbytek chuťových pohárků, tím se mění chuť a často se snižuje potřeba příjmu potravy. Čich se oslabuje po stránce kvality i kvantity, rovněž hmat slábne a to se projeví nejdříve v oblasti rukou. To vše platí samozřejmě i u pacientů s demencí. Zde má svoje místo a velmi vhodné využití koncept bazální stimulace, jehož hlavní prvky tvoří pohyb, komunikace a vnímání ve vzájemném propojení (Callone et al., 2008; Friedlová, 2007).

Většina demencí začíná poruchami paměti, výjimečně poruchami chování. Úměrně stadiu demence jsou postiženy běžné a profesionální dovednosti, sebed péče a další. Postupně se porucha rozšiřuje na tzv. instrumentální aktivity denního života jako je schopnost nakládat s penězi, běžný nákup apod. U pokročilých demencí jsou pak postiženy i bazální aktivity denního života. Změny v chování jsou pro okolí, ale často i pro samotného pacienta nejobtížnější (Jiráček, Holmerová a Borzová, 2009).

K nejčastějším ošetrovatelským diagnózám u pacientů s demencí patří akutní a chronická zmatenost. Projevují se především kolísavou psychomotorickou aktivitou, špatným pochopením různých situací a jevů, častějším rozrušením nebo neklidem, poruchami krátkodobé i dlouhodobé paměti, kolísáním cyklu mezi spánkem a bděním. U všech těchto projevů je třeba myslet na onemocnění demencí (Marečková, 2006).

Další významnou oblastí postižení při demencích je řeč a schopnost komunikace. Od začátku se zhoršuje vyjadřování, vážně vybavování si správných slov, objevují se potíže se srozumitelností a dodržováním obvyklých komunikačních vzorců. Ošetřující personál musí hovořit klidně, nehlučet, citlivě dopomáhat, poskytnout nemocnému dostatek času k vyjádření jeho myšlenek, klást jednoduché otázky a klienty nedevalvovat. U pokročilých stádií nabývají na významu vzpomínky na dobře známé věci. Ve spolupráci s rodinou to může být za pomoci fotografií a dříve oblíbených předmětů nebo činností. V době velmi pokročilé demence ztrácí člověk zcela schopnost se slovně vyjadřovat, ale všichni pečující přesto musí používat vhodné metody komunikace při každodenním ošetřování. Jestliže vezmeme v úvahu, že na komunikaci se podílí více než 50% výraz tváře a pohyby těla, 40% zastupují vokální a hlasové charakteristiky řeči a jen asi 7% je dáno obsahem mluveného slova, pak na významu nabývají opět prvky bazální stimulace, kdy slovní komunikace je nahrazována jinými formami komunikace neverbální a u mnohých klientů přináší výrazné zklidnění a pochopení jejich potřeb (Kantorová, 2011; Bartošíková, Jičínský, Jobánková a Kvapilová 2000; Friedlová, 2007).

1.5.6 Vnímání sebe sama

Člověk s demencí přestává chápat sám sebe. Dělá chyby, nepamatuje si, ztrácí věci a nedokáže odpovědět na otázky. Nezvládne i ty nejjednodušší činnosti, které pro něj dříve byly běžné. Navíc často negativní reakce přichází i z okolí, protože to nechápe, že

jde o nemocného člověka. Pacient se chová zlostně, trpí pocity viny, je pasivní a vzniká závislost na druhých. V počátcích nemoci sděluje, že nemá kontrolu sám nad sebou a nemůže ovlivnit běžné situace. S tím souvisí i fyzické příznaky jako je apatie, snížená chuť k jídlu, spavost nebo naopak nespavost a celková beznaděj. Často dochází i k vědomému vyčleňování ze společnosti, což přináší riziko vzniku osamělosti. Nevládní nebo chybování při běžných úkonech snižuje jeho sebeúctu. Demence bývá provázena úzkostí a depresemi, se kterými se pacient musí vyrovnávat. Proto je velmi důležitá včasná diagnostika nemoci, farmakoterapie, ale i nefarmakologické postupy a správná ošetrovatelská péče (Buijsen, 2006; Bartošíková, Jičínský, Jobánková a Kvapilová 2000; Venglářová, 2007).

1.5.7 Vztahy

Objeví-li se v rodině onemocnění demencí, je velmi těžké se s ní vyrovnat i proto, že se jedná o nemoc, kterou nemůžeme nikdy zcela pochopit. Vzájemné vztahy projdou velkou zkouškou ať už se rodina rozhodne o pacienta pečovat v domácím prostředí nebo ho umístit do některého z pobytových zdravotnických či sociálních zařízení (Holmerová a Jarolímová, 2004).

Po určité době péče v domácím prostředí hrozí pečující osobě bezprostředně ošetrovatelská diagnóza přetížení pečovatele. Ta se může projevit celou řadou znaků tělesných, emočních a socioekonomických. Zároveň často dochází k narušení rodinných vztahů jak mezi nemocným a pečujícím, tak i mezi ostatními členy rodiny. Jako vhodná prevence se nabízí využití komunitních a sociálních služeb, denních center nebo respitní péče. Vhodné je využít instituce poskytující pomoc lidem s demencí, ale i jejich blízkým. U nás je nejznámější Česká alzheimerovská společnost, která organizuje setkávání s rodinnými příslušníky pečujícími o lidi s demencí a nabízí pomoc a podporu odborníků (Marečková, 2006; Venglářová, 2007; Hajdovská, 2006).

Často jsou negativně ovlivněny i vztahy s přáteli. Přesto je pro nemocného důležité nadále se stýkat s lidmi, které znal, mohou u něj vyvolat vzpomínky na minulost a zmírnit rychlost úpadku osobnosti. Předpokladem je, že jsou informováni o demenci jako takové a míře onemocnění u člověka (Franková, 2010).

1.5.8 Sexuální potřeby

Podle Maslowovy pyramidy potřeb patří sexuální potřeby k základním potřebám fyziologickým. Potřeba bezpečí, lásky a sounáležitosti je saturována sexuálním životem, neboť jeho významnou složkou je plnohodnotný vztah. Je zcela zřejmé, že sexuální život pomáhá i seniorům s demencí udržet si sebevědomí, sebeúctu. Pro mnohé z nich může být prožívání sexuality významným prvkem zlepšujícím kvalitu jejich života. Sexualita starých lidí je téma spadající do oblasti ošetrovatelské péče a musí být vnímána komplexně jako součást lidských potřeb. To znamená, že pečující osoby v domovech pro seniory by měly svým klientům umožnit, aby vyjadřovali své sexuální potřeby, setkávali se se svými partnery a aby se tak mohli chovat i v případě demence. Jak uvádí Friedlová (2012), při šetření v domovech pro seniory se ukázalo, že při sexuálním styku byly ve 26% domovů vyrušeny někým z personálu manželské páry a ve 39% domů nemanželské páry. U 43% z těchto párů přitom alespoň jeden z nich trpěl demencí. Šetřením bylo zjištěno, že pacienti, kteří si najdou partnera, jako by rozkvetli, jsou aktivnější, lépe o sebe pečují, projevují se sebevědoměji. Je třeba si uvědomit, že demence postihuje mezimozek a limbický systém méně než struktury potřebné k myšlení a proto i lidé takto nemocní mají do posledních chvil života zachovány svoje sexuální potřeby. A to je třeba respektovat ošetřujícím personálem i v domovech pro seniory.

1.5.9 Zvládání zátěže, odolnost vůči stresu

Jedná se o další velmi citlivou oblast při onemocnění demencí. Některé studie prokazují, že lidé trpící často úzkostnými stavy, mají podstatně vyšší riziko rozvoje demence později v životě. Výsledky naznačují, že zvládání stresu a úzkosti může ovlivnit kvalitu života ve stáří. Příčina stresu u pacientů s demencí je rozmanitá a navozují ho běžné denní situace, do kterých se člověk dostává v důsledku změn provázejících toto onemocnění. Důležitý je klidný přístup a porozumění ze strany ostatních lidí (Holmerová, 2009).

Stresovým situacím se nedá vyhnout. Sama podstata nemoci přináší denně velké množství stresujících zážitků. Nemocný člověk by měl žít v prostředí jemu dobře známém a neměly by na něj být kladeny nepřiměřené nároky. Ne vždy se tomu dá vyhnout. Jednou z nejvýraznějších stresových situací v životě člověka s demencí je

přestěhování do domova pro seniory. Téměř u každého se projeví stresový syndrom po přemístění, který má celou řadou příznaků. Ty je nutno správně rozpoznat a věnovat jim náležitou pozornost a ošetrovatelskou péči (Buijssen, 2006; Malíková, 2011).

1.5.10 Životní princip

Lidé nemocní demencí mají svůj vlastní duševní život, který je u každého jedince zcela individuální. Pokud byl člověk věřící i před nemocí, zůstává víra jednou ze známých věcí a pro jeho další fungování i důležitým aspektem a součástí ošetrovatelské péče. Deficit duchovních potřeb nemusí klient vždy sám sdělit a v pobytových zařízeních je na personálu deficit této potřeby zjistit a následně zajistit jeho saturaci. To může probíhat různými formami. Jednou z možností je naplňování duchovního života přímo pracovníky, vhodná je spolupráce s jeho rodinou, ale běžně dochází do domovů i kněz. U lidí s demencí může při uspokojení potřeb ve spirituální oblasti dojít k celkovému zklidnění (Callone et al., 2008; O'Connor a Aranda, 2005; Malíková, 2011).

1.5.11 Bezpečnost a ochrana

Pro seniora postiženého demencí má pro pocit jeho bezpečí velký význam správně fungující rodina a bezpečné rodinné zázemí. I při umístění v domově pro seniory je důležitý častý kontakt, protože právě rodinní příslušníci mohou pomáhat vyvolat vzpomínky a správně se v nich orientovat. V domovech je pak nutné upravit prostředí, v počáteční fázi pomáhat udržet orientaci osobou, místem, časem a situací. Nutné je přizpůsobit tempo jeho možnostem, snažit se předvídat možné selhání, předcházet jim, poskytovat dostatek potřebných informací, aby se zmírnil jeho strach a pocit selhání. Při pokročilé demenci pak nikdy nevyvracíme nemocnému jeho prožitky nebo vzpomínky (Klevetová a Dlabalová, 2008).

V souvislosti s potřebou bezpečí musíme brát v úvahu jak potřebu fyzického a psychického bezpečí, tak i ekonomické zabezpečení. Někdy je snaha pomáhat seniorům a ochraňovat je až nadměrná a může vést k rozvoji nežádoucí závislosti seniora na okolí. U klientů s demencí to platí dvojnásobně. Proto je opět nutné v ošetrovatelské péči pomáhat, ale neomezovat neadekvátně vůli seniora rozhodovat o sobě, svých činnostech a v přiměřené míře je zvládat (Motlová, 2007).

1.5.12 Komfort

U lidí s demencí je nutné pravidelné pečlivé posuzování bolesti. V počátečním stadiu pacient své pocity ještě vyjádřit dokáže, později mohou být projevy spojeny se změnou chování, neklidem, agresivitou. Přitom rozpoznání bolesti u lidí s onemocněním demencí a její následné zmírnění nebo odstranění, je jednou ze základních povinností zdravotníků všude tam, kde je to možné. Správná léčba a ošetrovatelská péče je pak cenným příspěvkem ke zvýšenému komfortu pacientů. Sestry mají primární zodpovědnost při hodnocení bolesti a podílejí se na vytváření léčebného plánu. To nabývá na důležitosti v zařízeních typu domovů pro seniory, kde sestra tráví s pacienty nejvíce času a dovede změny v chování, které mohou znamenat právě přítomnost bolesti, dobře posoudit. Bolest je zcela subjektivní pocit, je nutné ji vnímat u každého člověka individuálně a přistupovat k ní v celkovém kontextu, tedy z pohledu bolesti fyzické, emoční, sociální i spirituální (Munzarová, 2005; Haškovcová, 2000).

1.5.13 Růst a vývoj

Přesná příčina vzniku demencí není dosud známá. Velmi významnou roli ale hraje genetická predispozice. Skutečnost, že demence se primárně vyskytuje u starších lidí, naznačuje, že dalším důvodem je i stárnutí. Konečně je také známo, že vyšší riziko vzniku demence je u lidí, kteří někdy utrpěli vážné poranění lebky, a u těch, kdo mají chronicky vysoký krevní tlak (Kantorková, 2011; Schuler a Oster, 2010).

1.6 Česká alzheimerovská společnost (ČALS)

Tato společnost byla zaregistrována v roce 1997 z iniciativy profesionálů pracujících v oboru gerontologie a postupně se jejími členy stali i lidé pečující o nemocné s Alzheimerovou chorobou. Hlavním důvodem byl fakt, že problematice demencí a lidí touto nemocí postižených ani pečujících o ně, není v naší republice věnována dostatečná pozornost. ČALS mimo jiné prosadila v roce 2002 proplácení léků ovlivňujících demenci zdravotními pojišťovnami. Dále pořádá od roku 2004 mezinárodní a výroční kongres evropské asociace společností zabývajících se alzheimerovou chorobou a podílí

se např. na činnosti pracovní skupiny paliativní péče o klienty s demencí. Její činnost je široká a snahou je zlepšit podmínky pro lidi, kteří touto chorobou onemocní, ale i osobám pečujícím o ně. Zajistit oběma stranám důstojný život a přiměřené životní podmínky v jejich nelehké situaci (Jirák, Holmerová a Borzová 2009).

ČALS funguje už 15 let a je dnes plnohodnotným a uznávaným členem mezinárodních organizací Alzheimer Europe a Alzheimer's Disease International. Její předsedkyní je doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D, která pracuje velmi aktivně jak u nás v České republice, tak i na mezinárodní úrovni.

Na svých webových stránkách www.alzheimer.cz uveřejnila ČALS 21.září 2012 Světovou zprávu o Alzheimerově chorobě 2012, z které vyplývá, že ve většině zemí má demence negativní ohlasy a vnímání z řad běžné populace. Ty se týkají jak nemocných, tak i osob o ně pečujících. Přestože se v současné době odhaduje počet lidí s demencí na 38 miliónů a do roku 2050 se dle prognóz ztrojnásobí, jsou i nadále vyčleňováni z každodenního života. A právě i proto cílem společnosti už od vzniku je a nadále zůstává pomoc a podpora lidí postižených demencí, mezi které se řadí jak samotní nemocní, tak jejich rodinní příslušníci, protože demence postihuje stejně těžce obě skupiny (Světová zpráva, 2012).

2 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíle práce

- C 1: Zjistit, v čem sestry spatřují pozitiva a negativa daného zařízení z hlediska poskytování ošetrovatelské péče pacientům s demencí.
- C 2: Zjistit, co motivuje všeobecné sestry pro práci s pacienty s demencí.
- C 3: Zjistit, zda mají domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem zpracovány standardy ošetrovatelské péče o demenční pacienty a pracují-li v souladu s nimi.
- C 4: Zjistit, jsou-li všeobecné sestry seznamovány s novými poznatky v oblasti ošetrovatelské péče o demenční pacienty, a zda se tato péče liší v domovech pro seniory a v domovech se zvláštním režimem.

2.2 Hypotézy

- H 1: V domovech se zvláštním režimem je ošetrovatelská péče poskytována s větším ohledem na specifické potřeby pacientů s demencí.
- H 2: Společnou motivací všeobecných sester pracujících v domovech pro seniory a v domovech se zvláštním režimem je sociální cítění a potřeba pomáhat starým lidem.
- H 3: Domovy pro seniory nemají, na rozdíl od domovů se zvláštním režimem, vypracovány standardy ošetrovatelské péče o demenční pacienty.
- H 4: Sestry v obou typech zařízení si zajišťují své celoživotní vzdělávání v oblasti péče o demenční pacienty převážně individuálně, nikoli prostřednictvím zaměstnavatele.

3 METODIKA

3.1 Použité metody

Pro získání základních informací k naplnění cílů práce byla zvolena metoda kvantitativního výzkumného šetření formou anonymního dotazníku (Příloha 1). Dotazník byl určen sestřím pracujícím jednak v domovech pro seniory, jednak v domovech se zvláštním režimem a pro jednotlivé skupiny se lišil ve dvou filtračních otázkách. Celkový obsah byl 18 otázek, z toho 10 otázek bylo uzavřených a 8 otázek polootevřených, ve kterých bylo možné volit z nabízených odpovědí a zároveň dávaly prostor pro vyjádření vlastního názoru. U 6-ti otázek bylo možné zvolit jednu i více odpovědí.

Úvodní otázky byly identifikační se zaměřením na typ zařízení, ve kterém sestry pracují a na dobu jejich praxe v práci se seniory s postižením kognitivních funkcí. Další blok otázek se přímo týkal výzkumného šetření zaměřeného na pacienty s onemocněním demencí v jednotlivých zařízeních, na klady i zápory z pohledu všeobecných sester. Byla zjišťována jednak vhodnost soužití seniorů s onemocněním demencí s ostatní populací, jednak přínos opatření pro jednotlivé skupiny v domovech. Následující otázka byla zaměřena na motivaci sester pro práci se seniory. Byla zde nabídnuta široká škála možností, ale zároveň mohly respondentky formulovat i svůj názor. Dále mě zajímala oblast poskytování péče v pobytových sociálních zařízeních podle standardů a do tohoto okruhu směřovaly otázky orientované na zpracování standardu ošetrovatelské péče o K/P s onemocněním demencí a jeho používání v praxi. Závěrečný blok otázek pak zkoumal přístup zaměstnavatelů a sester k celoživotnímu vzdělávání a jeho zaměření.

Po vyhodnocení dotazníků byly odpovědi pro přehlednost zpracovány do grafů za použití programu Microsoft Office Word 2003. Výzkum probíhal v jednotlivých zařízeních během měsíců prosinec 2012 až březen 2013.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořily všeobecné sestry pracující v domovech pro seniory a v domovech se zvláštním režimem ve vybraných zařízeních v jižních, západních a středních Čechách. Před samotným výzkumným šetřením byly osloveny vrchní sestry

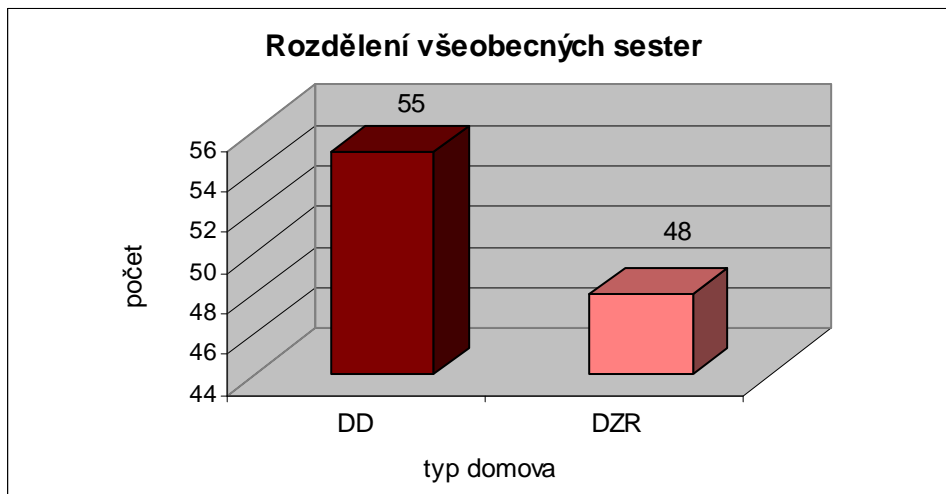
nebo vedoucí zdravotní péče, které byly seznámeny s cíli bakalářské práce, s obsahem dotazníku a s výzkumem v rámci jejich zařízení souhlasily. Konkrétně se jednalo o Domov pro seniory Milevsko, Domov důchodců Horní Planá, Domov pro seniory Vodňany, Domov pro seniory Sušice, Domov seniorů Kdyně, Dům klidného stáří Pravětín, Domov seniorů Mistra Křišťana Prachatice, Domov pro seniory a Domov se zvláštním režimem Máj České Budějovice, Domov se zvláštním režimem Plzeň, Domov se zvláštním režimem Rožmitál pod Třemšínem a Vila Maria- Domov se zvláštním režimem Dolní Rychnov.

Celkem bylo od prosince 2012 do března 2013 rozdáno 145 dotazníků. Z toho 72 všeobecným sestrám v domovech důchodců a zbylých 73 všeobecným sestrám pracujícím v domovech se zvláštním režimem. Zpět se z domovů důchodců vrátilo 64 dotazníků, 5 z nich nebylo vyplněno a 4 byly vyřazeny pro neúplné nebo chybně vyplněné údaje. Z domovů se zvláštním režimem byla návratnost 61 dotazníků, z toho 6 vyplněno nebylo a 7 jsem vyřadila pro neúplnost údajů. Pro vyhodnocení výzkumného šetření bylo tedy použito celkem 103 dotazníků, 55 vyplněných sestrami v domovech důchodců (což je 76% z rozeslaných) a 48 vyplněných sestrami v domovech se zvláštním režimem (to je 66% z rozeslaných).

4 VÝSLEDKY

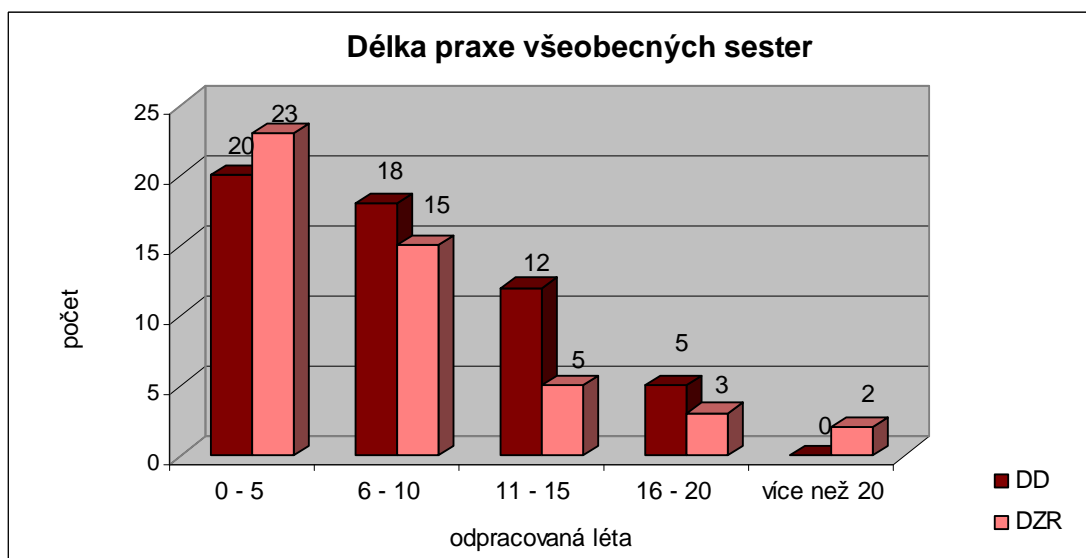
4.1 Výsledky kvantitativního výzkumu

Graf 1



Z celkového počtu 103 (100%) respondentů pracuje 55 (53%) všeobecných sester v domově pro seniory a 48 (47 %) v domově se zvláštním režimem.

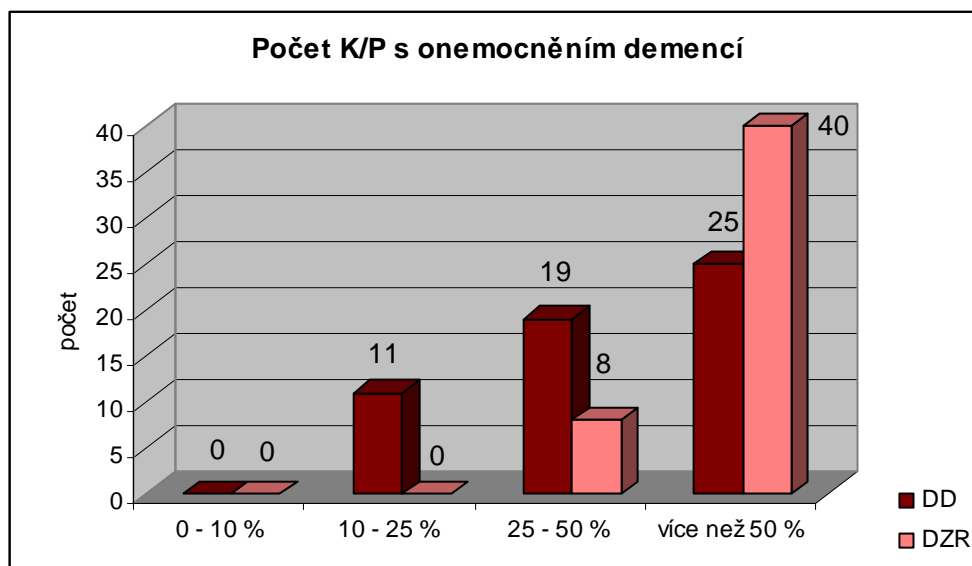
Graf 2



Z celkového počtu 103 dotazovaných respondentů uvedlo délku praxe méně než 5 let 20 sester v DD a 23 v DZR, celkem tedy 43 sester. Praxi v délce trvání od 5 do 10 let uvedlo 18 sester domovů pro seniory a 15 sester domovů se zvláštním režimem, to je celkem 33 respondentů. Dobu praxe 11 až 15 let uvedlo 12 sester v domovech důchodců

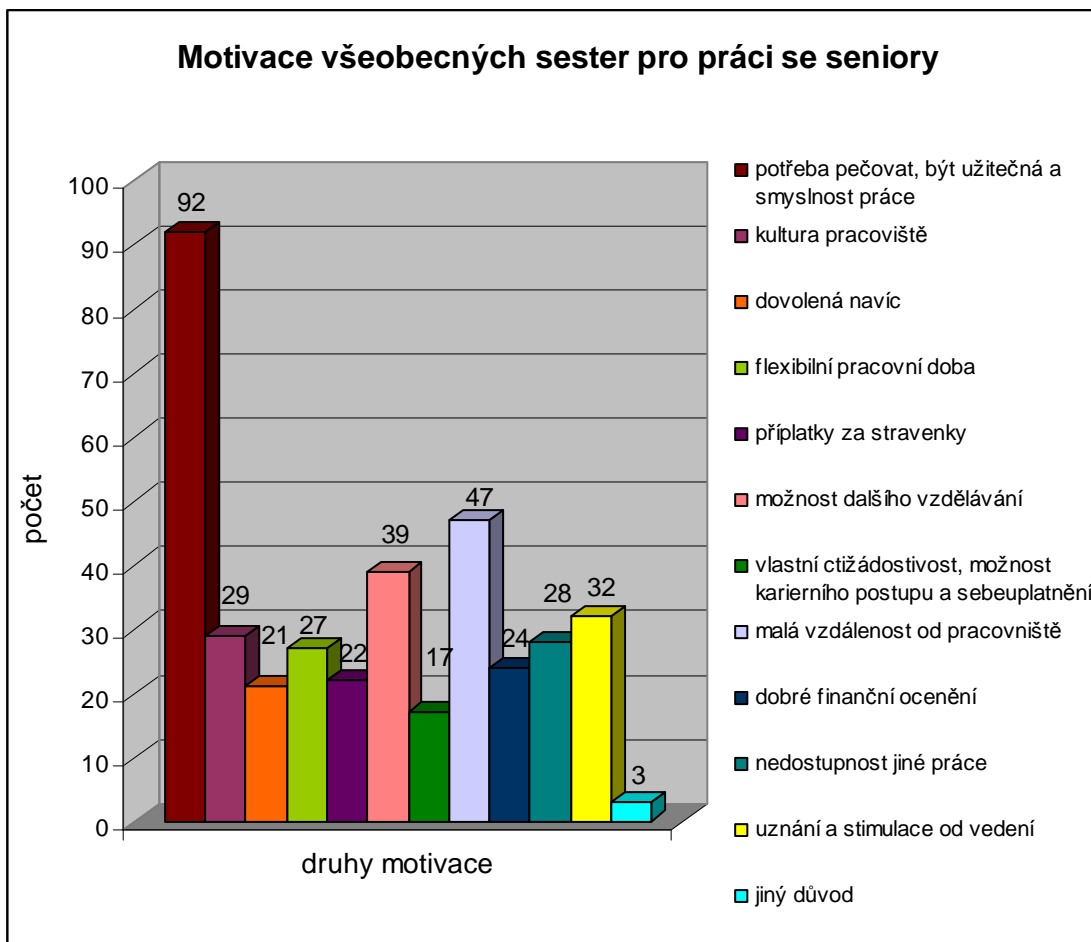
oproti 5 sestrám v domovech se zvláštním režimem, což činí dohromady 17 sester. Délku praxe v rozmezí mezi 16 – 20 lety uvedlo 5 sester domovů důchodců a 3 sestry domovů se zvláštním režimem, celkem 8 sester. Praxi delší než 20 let nevedla žádná sestra v DD a 2 sestry v DZR.

Graf 3



Žádný ze 103 (100%) respondentů nevedl, že žije v jejich zařízení 0 -10% K/P s projevy onemocnění demencí. 11 (20%) sester v domovech důchodců a žádná (0%) v DZR si myslí, že v jejich zařízení je 10- 25% K/P s projevy demence. Rozmezí 25-50% klientů s projevy demence uvedlo 19 (35%) sester klasických domovů a 8 (17%) sester domovů se zvláštním režimem. Více než 50% klientů s onemocněním demencí ve svém zařízení uvádí 25 (45%) sester domovů pro seniory a 40 (83%) sester domovů se zvláštním režimem.

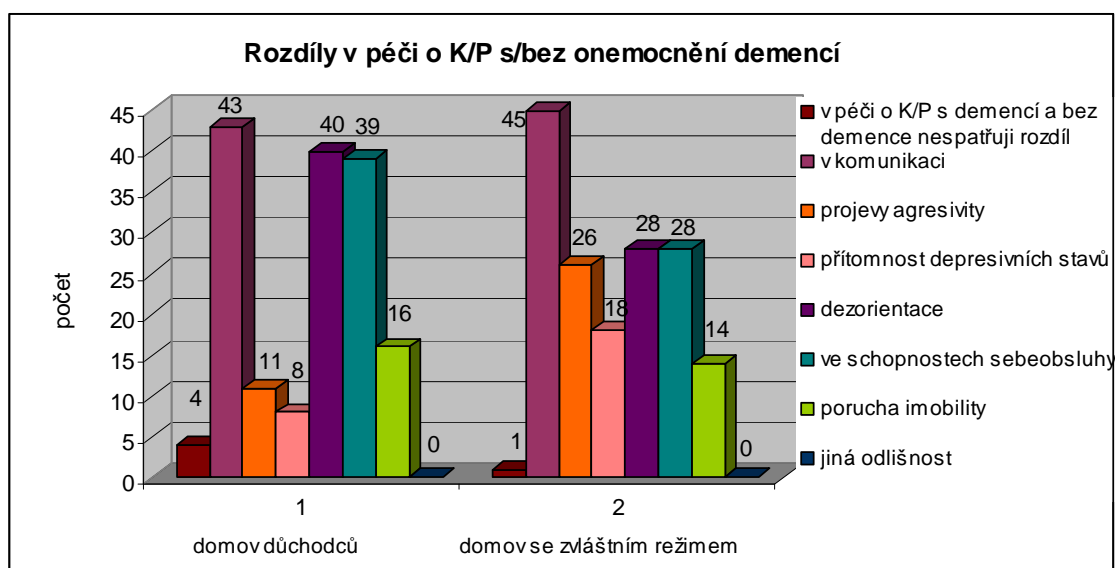
Graf 4



Z celkového počtu 103 (100%) dotazovaných respondentů je pro 92 z nich motivací pro práci se seniory potřeba pečovat, být užitečný a smysluplnost práce. Kultura pracoviště je motivací pro 29 sester. Dovolená navíc je podnětem pro 21 respondentů.

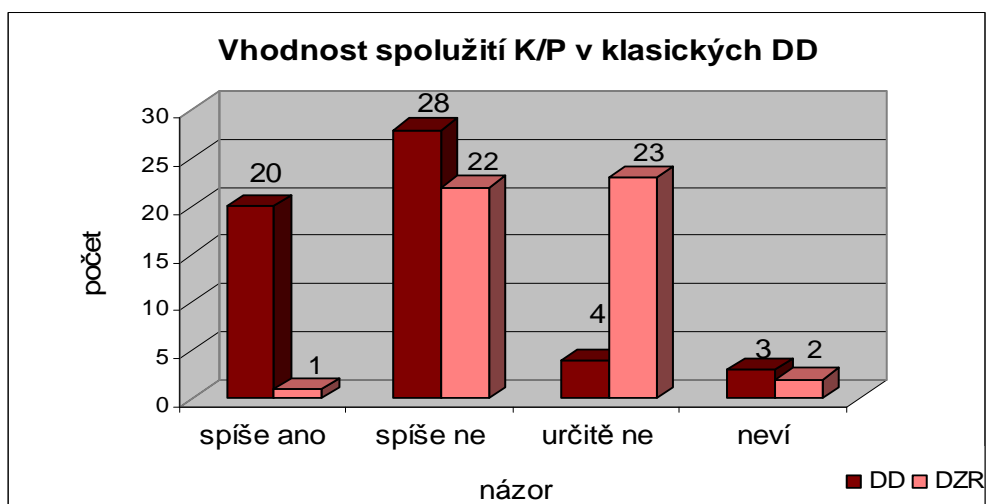
Flexibilní pracovní doba je motivující pro 27 sester. Příplatky na stravenky jako jeden z důvodů uvedlo 22 všeobecných sester. Možnost dalšího vzdělávání je stimulací pro 39 respondentů. Vlastní ctižádostivost, možnost kariérního postupu a sebeuplatnění uvádí jako prvek motivace 17 respondentek. Malá vzdálenost od místa bydliště motivuje pro práci právě v DD nebo DZR 47 sester. Dobré finanční ocenění si slibuje 24 zaměstnanců těchto zařízení. Nedostupnost jiné práce ve svém okolí jako motivaci uvedlo 28 sester. To, že si vedení váží řadových zaměstnanců a vyjadřuje své uznání, stimuluje 32 respondentů. Jiný důvod uvedly 3 zaměstnankyně domovů se zvláštním režimem.

Graf 5



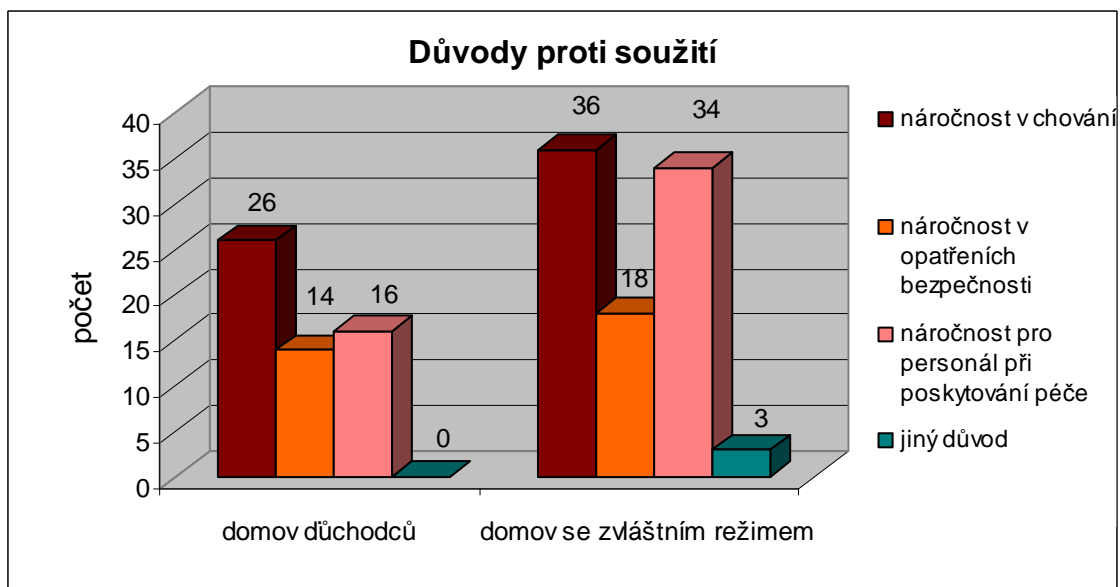
V péči o K/P s demencí a bez demence nespátřuje rozdíl 4 sestry pracující v DD, ze sester pracujících v DZR tuto skutečnost uvedla 1 sestra. Rozdíl v oblasti komunikace spatřuje 43 respondentek z DD a 45 respondentek z DZR. V projevech agresivity vnímá rozlišnost 11 všeobecných sester z DD a 26 sester z DZR. Přítomnost depresivních stavů jako rozdíl v péči o K/P s demencí a bez těchto projevů vidí 8 sester DD a 18 sester DZR. Dezorientaci jako zásadní odlišnost při ošetřování K/P s demencí vnímá 40 všeobecných sester pracujících v DD oproti 28 sestrám pracujícím v DZR. Rozdílnost ve schopnostech sebeobsluhy pozoruje 39 respondentek z DD a 28 z DZR. Porucha imobility je zásadním rozdílem v péči u K/P s projevy demence oproti K/P bez těchto projevů u 16 sester DD a 14 sester DZR. Odlišnost v jiných oblastech neuvedl žádný z respondentů.

Graf 6



Na otázku zda je vhodné spolužití seniorů s projevy demence a bez nich v klasických domovech pro seniory uvedlo spíše ano 20 sester pracujících v DD a pouze 1 sestra z DZR. Že je spolužití spíše nevhodné si myslí 28 respondentek z DD a 22 z DZR. 4 sestry v DD a 23 sester v DZR si myslí, že spolužití obou skupin je určitě nevhodné. 3 respondentky z DD a 2 z DZR neví, zda je soužití K/P s projevy demence a bez nich vhodné.

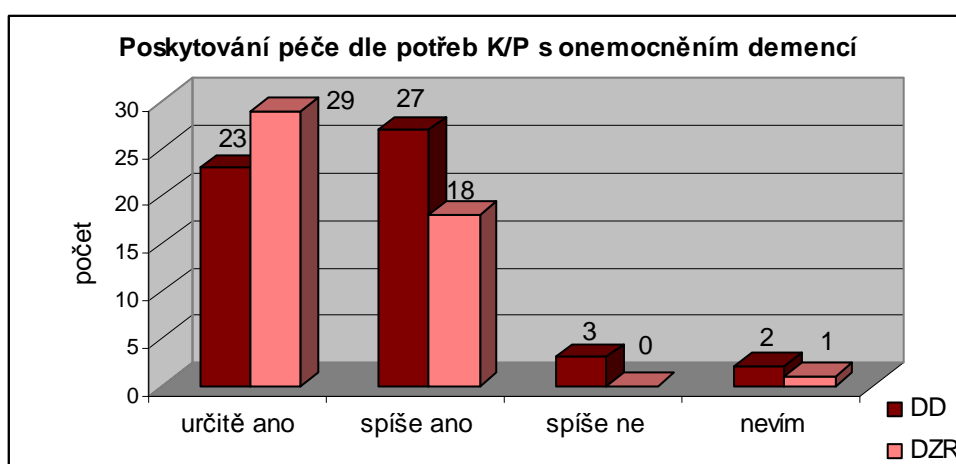
Graf 7



Z celkového počtu 77 respondentek, které na předchozí otázku odpověděly záporně, uvedlo 26 z DD a 36 z DZR jako hlavní důvod proti spolužití náročnost pro K/P bez

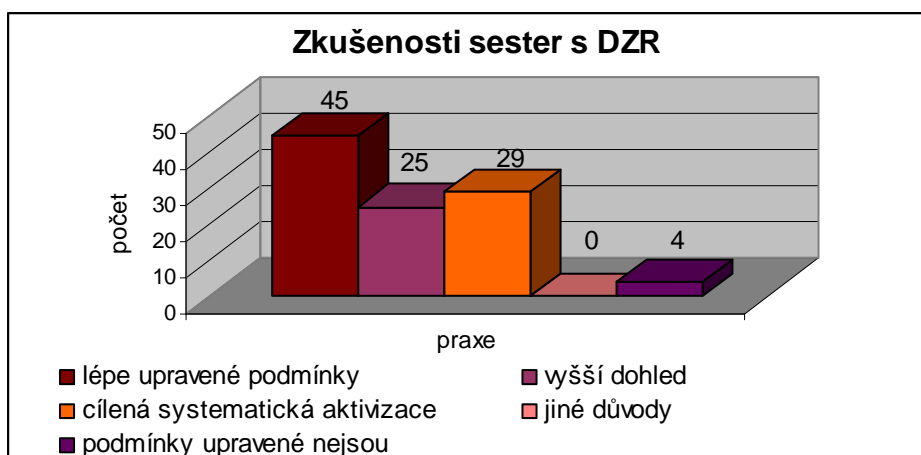
onemocnění demencí přijímat rozdíly v chování klientů s demencí. 14 sester v DD a 18 v DZR vidí důvod proti spolužití v náročnosti pro K/P bez projevů demence přizpůsobit se opatřením k zajištění bezpečnosti a aktivizaci klientů s demencí. V náročnosti poskytování péče při rozdílných potřebách obou skupin seniorů pro ošetřující personál vidí nesoulad 16 respondentek DD a 34 v DZR. 3 sestry z DZR uvedly jiný důvod, z DD tuto skutečnost neuvěděla žádná.

Graf 8



Z celkového počtu 103 (100%) respondentů se 23 sester v DD a 29 sester v DZR domnívá, že je ošetrovatelská péče v DZR určitě poskytovaná s větším ohledem na potřeby K/P s onemocněním demencí než v klasických domovech pro seniory. 27 sester v DD a 18 sester v DZR uvádí na stejnou otázku odpověď 'spíše ano'. Že v DZR oproti klasickým domovům péče s větším ohledem na potřeby seniorů s onemocněním demencí spíše není poskytována, uvedly 3 sestry z DD a žádná z DZR. Odpověď 'nevím' uvedly 2 respondentky v DD a 1 v DZR.

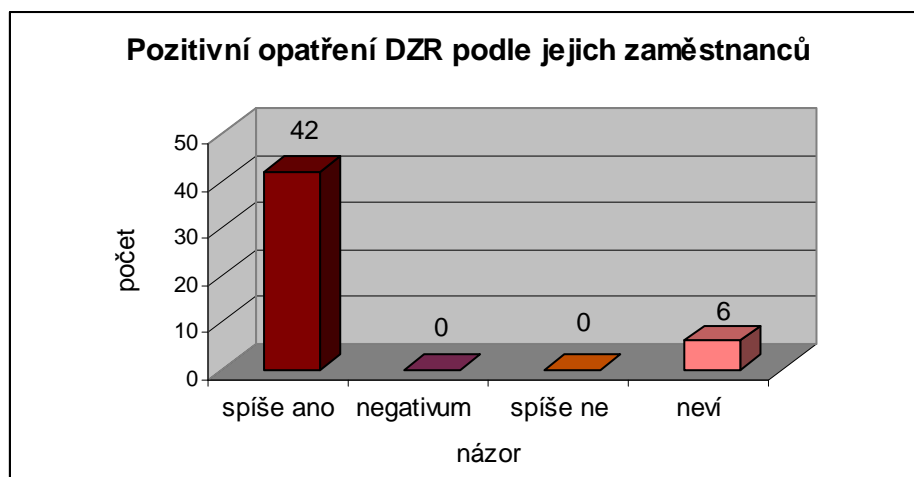
Graf 9



Z celkového počtu 48 respondentek z řad sester DZR jich 45 uvedlo, že tato zařízení mají lépe upravené podmínky než klasické DD ve smyslu zajištění bezpečnosti, 25 z důvodu vyššího dohledu, 29 pro cílenou systematickou aktivizaci. Jiné důvody neuvedla žádná respondentka.

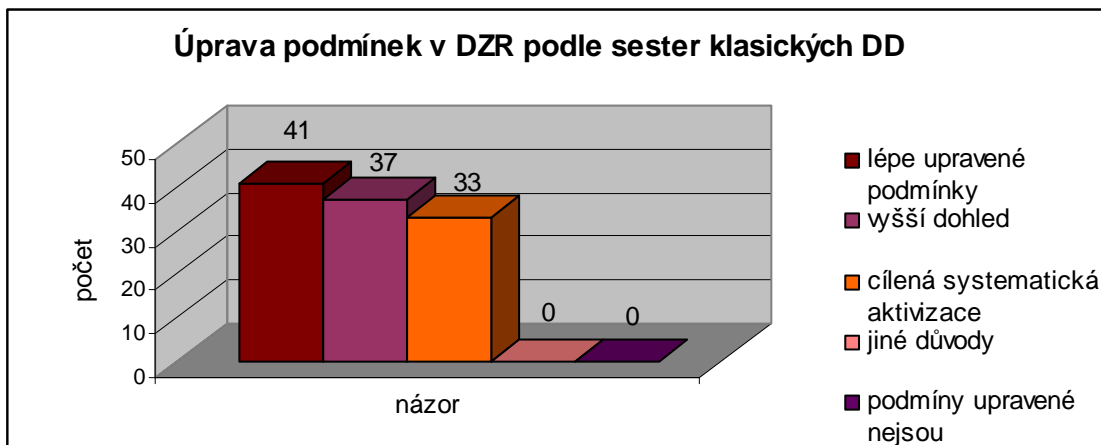
Zkušenosti s tím, že podmínky upravené nemá, udávají 4 sestry.

Graf 10



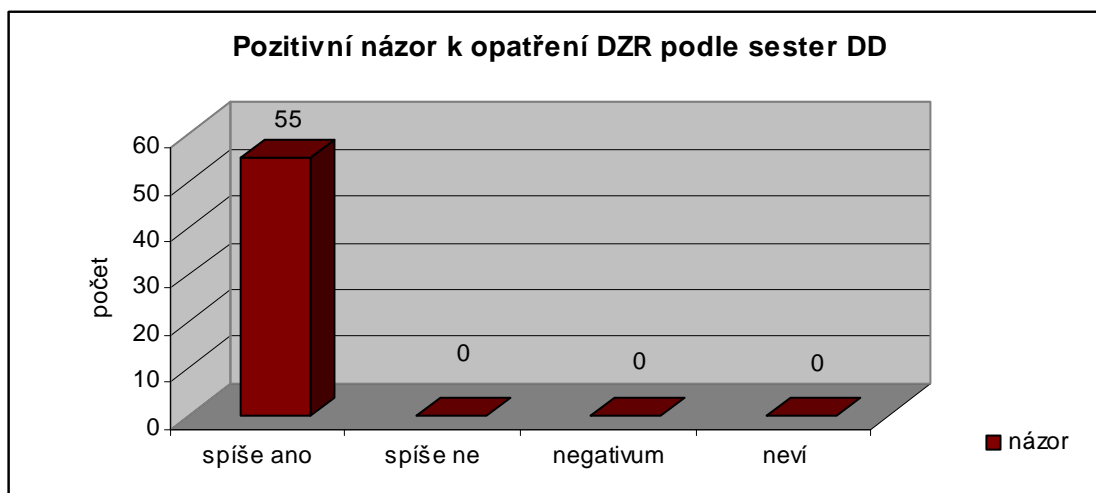
Úpravu podmínek v DZR považuje za pozitiva tohoto zařízení 42 (88%) jejich zaměstnanců. Žádný ze zaměstnanců neuvedl, že je nepovažuje za klad ani za negativum. 6 (12%) respondentů odpovědělo na otázku nevím.

Graf 11



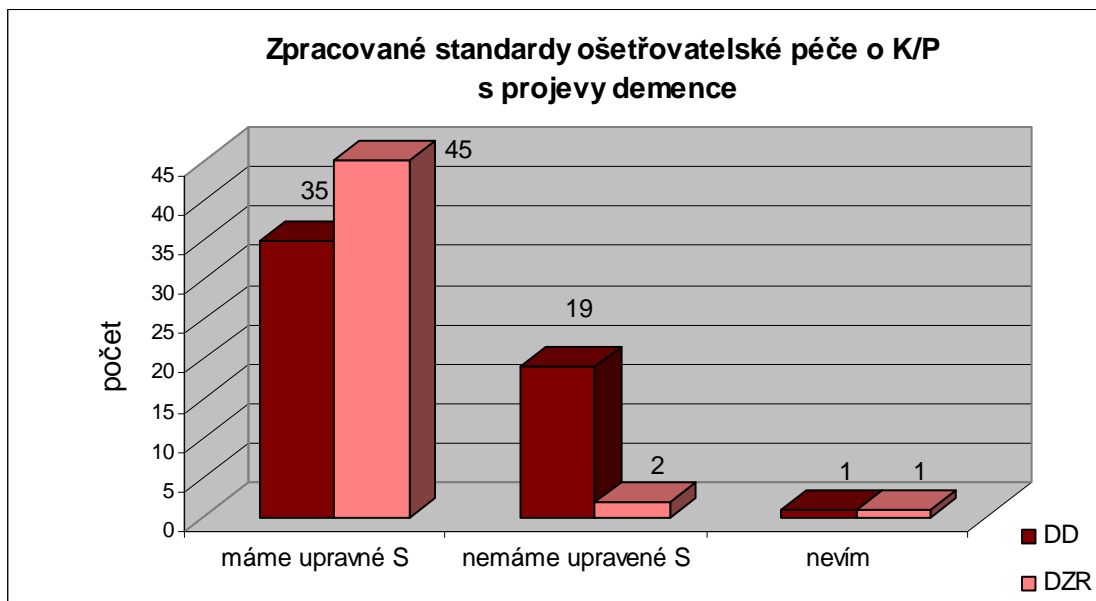
Z celkového počtu 55 respondentek z řad sester DD si jich 41 myslí, že domov se zvláštním režimem má pro své K/P lépe upravené podmínky než klasický DD ve smyslu zajištění bezpečnosti, 37 uvádí jako důvod vyšší dohled, 33 cílenou systematickou aktivizaci. Žádná respondentka si nemyslí, že nemá podmínky upravené a neuvádí ani jiné důvody.

Graf 12



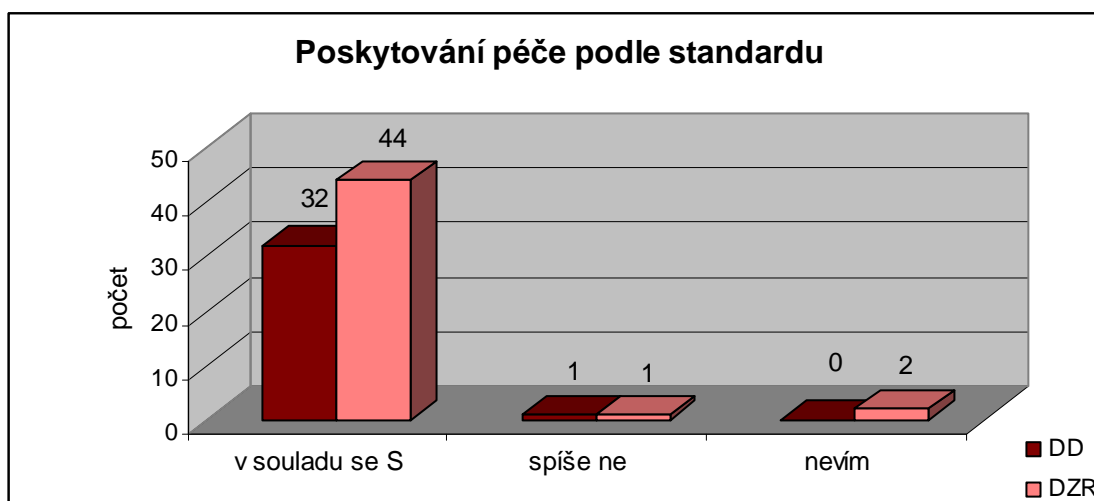
Že je úprava podmínek v DZR spíše pozitivem tohoto zařízení si myslí všech 55 (100%) respondentek pracujících v DD. Žádná z nich nevedla jinou odpověď.

Graf 13



Z celkového počtu 103 (100%) dotazovaných respondentek uvedlo 35 (64%) sester z DD oproti 45 (94%) sestřám z DZR, že mají zpracovány standardy ošetrovatelské péče o K/P s onemocněním demencí. 19 (35%) sester z DD a 2 (4%) z DZR uvedlo, že standardy zpracovány nemají. Odpověď nevím uvedla v každém zařízení 1 (2%) respondentka.

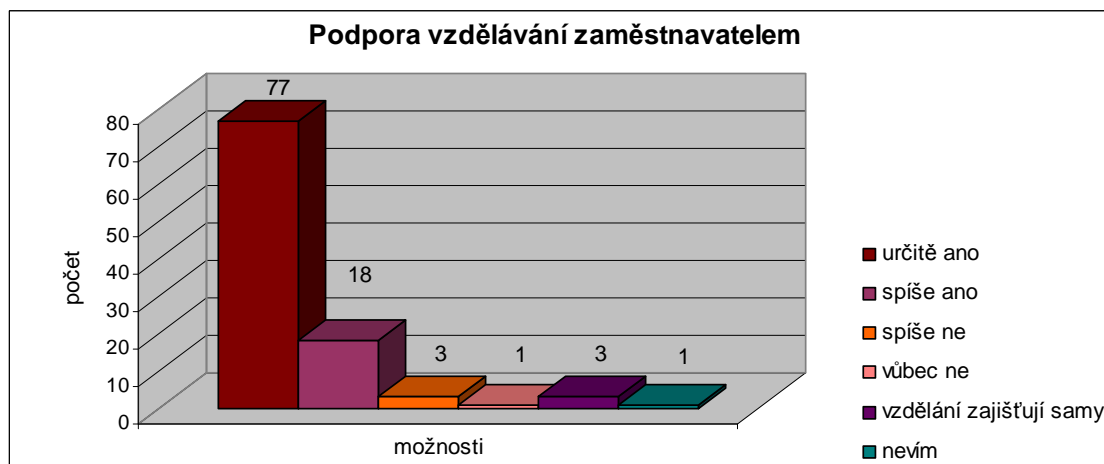
Graf 14



Z 80 všeobecných sester z obou typů zařízení, které odpověděly na předchozí otázku kladně, uvedlo 32 sester z DD a 44 z DZR, že péči poskytují v souladu se standardy,

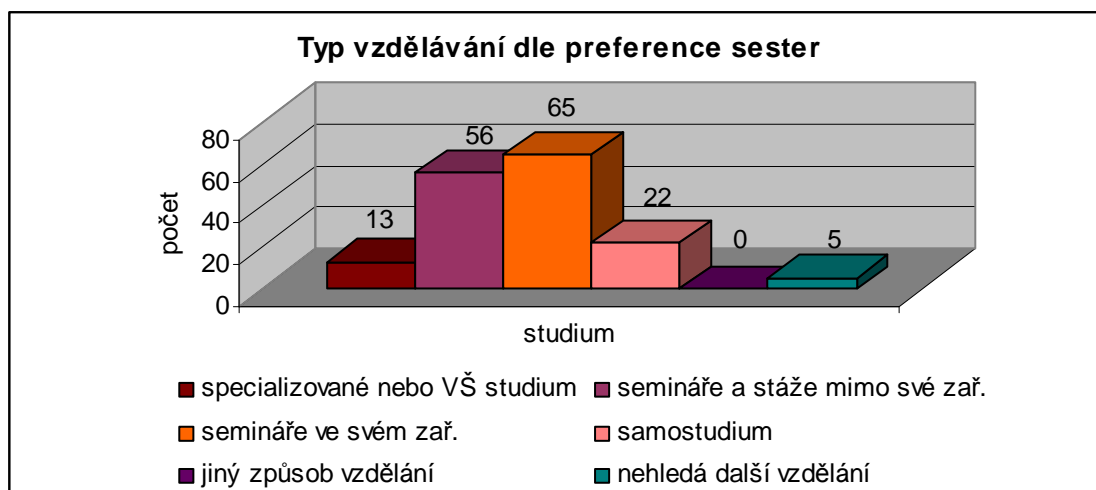
pouze 1 sestra z DD uvedla odpověď spíše ne, 1 sestra pracující v DD a 2 sestry pracující v DZR odpověděly nevím.

Graf 15



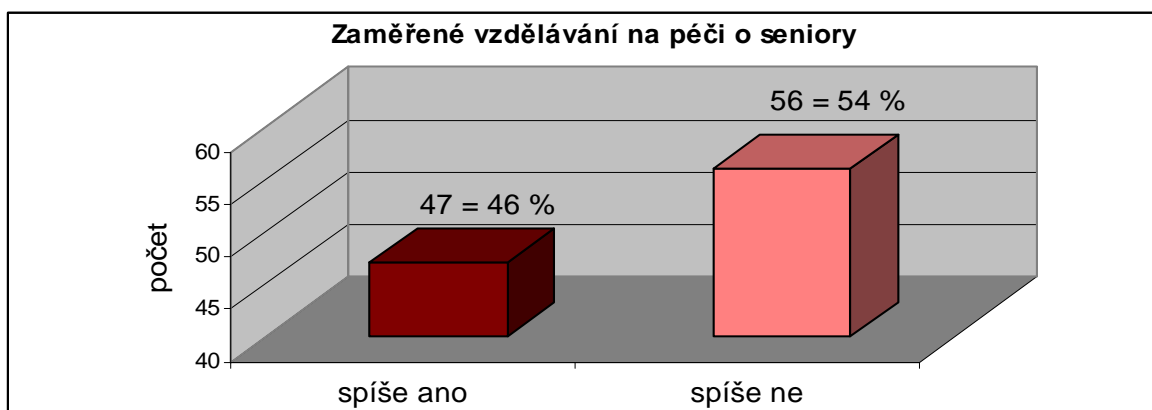
Na otázku zda je zaměstnavatel podporuje v dalším vzdělávání, odpovědělo 77 sester určitě ano, 18 spíše ano, 3 spíše ne, 1 vůbec ne, 3 si vzdělání zajišťují samy a 1 udala odpověď nevím.

Graf 16



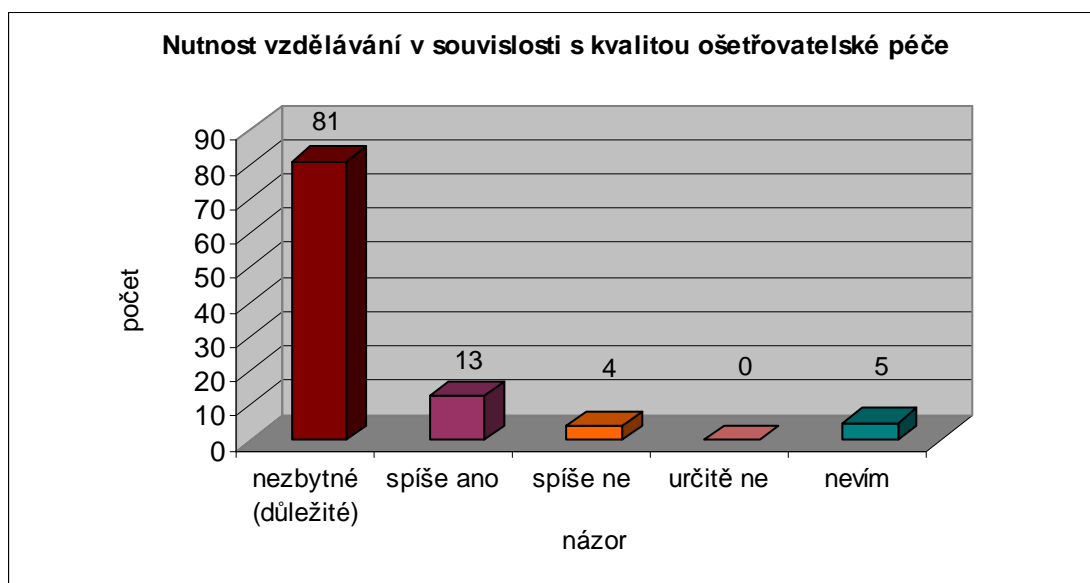
Z celkového počtu 103 dotazovaných respondentů se jich 13 vzdělává v oblasti ošetrovatelské péče o demenční K/P specializačním nebo vysokoškolským studiem, 56 jich navštěvuje semináře a stáže mimo svoje zařízení, 65 v rámci svého zařízení, 22 sester preferuje samostudium. Jiný způsob vzdělávání nevedl nikdo z respondentů a 5 respondentů se nevzdělává.

Graf 17



Podle výsledků šetření je dosavadní vzdělávání 47 (46%) všeobecných sester spíše zaměřeno na péči o seniory, naopak vzdělávání 56 (54%) sester na péči o seniory spíše zaměřeno není.

Graf 18



Z celkového počtu 103 (100%) všeobecných sester se 81 (80%) domnívá, že celoživotní vzdělávání je nezbytné pro zvyšování kvality ošetrovatelské péče, 13 (13%) udává spíše ano, 4 (3%) respondenti si myslí, že spíše ne, nikdo (0%) z respondentů neuvedl odpověď určitě ne a pouze 5 (4%) odpovědělo nevím.

5 DISKUZE

Bakalářská práce byla zaměřena na problematiku ošetrovatelské péče o klienty s projevy onemocnění demencí v domovech pro seniory a v domovech se zvláštním režimem. Cílem práce bylo zjistit, jaká jsou pozitiva a negativa daných zařízení pro poskytování ošetrovatelské péče pacientům s demencí z pohledu všeobecných sester, zda mají pro tuto péči zpracovány standardy ošetrovatelské péče a poskytují ji v souladu s nimi. Dalším cílem bylo zjistit, co motivuje všeobecné sestry pro práci s pacienty s demencí a jsou-li seznamovány s novými poznatky v oblasti ošetrovatelské péče o ně.

Jak vyplývá z údajů ÚZIS ČR bylo v letech 2007–2011 hospitalizováno v lůžkových zařízeních 38 461 pacientů s diagnózou některé z demencí a z těchto pacientů následně potřebovalo ústavní sociální péči téměř 5 tisíc pacientů (Nechanská, 2011). Péči by jim měly poskytnout domovy se zvláštním režimem, ale vzhledem k omezenému počtu lůžek jsou často umístěni v klasických domovech pro seniory. Jak znázorňuje graf 3, nikdo z respondentů nevedl, že v jejich zařízení není žádný klient, který by neprojevoval známky onemocnění demencí. Naopak alarmující jsou výsledky, kdy si 20% dotázaných sester v domovech pro seniory myslí, že u nich žije z celkového počtu klientů 10-25% s projevy demence. 25-50% obyvatel s těmito projevy udává 19% sester v našem šetření a 45% uvádí dokonce více jak 50% klientů s tímto onemocněním. Tyto poznatky mě vedly ke stanovení a testování hypotézy 1, že v domovech se zvláštním režimem je ošetrovatelská péče poskytována s větším ohledem na specifické potřeby pacientů s demencí. V dotazníku pro sestry byly položeny otázky, jejichž výsledky jsou zpracovány v grafech 5 až 12.

Graf 5 ukazuje, zda a v jakých oblastech vnímají sestry rozdílnost v péči o seniory s onemocněním demencí a s jiným onemocněním, které mozkové funkce nepostihuje. Respondenti mohli zvolit jednu i více odpovědí. Nejčastěji uvedli, že rozdíl je především v komunikaci s nimi. V tom se zcela shodují s Wirth (2009), která popisuje ve své práci nutnost komunikovat odlišným a přiměřeným způsobem s takto nemocnými lidmi a jako jednu z vhodných komunikačních technik uvádí metodu validace. Dalšími velmi často uváděnými rozdílnými oblastmi jsou dezorientace klientů a snížená schopnost sebeobsluhy. S tím korespondují i skutečnosti uvedené v grafu 6, ve kterém jsou zachyceny odpovědi na otázku, zda je podle mínění respondentů vhodné

spolužití seniorů s projevy demence a bez nich v klasických domovech pro seniory. Zde se názory u obou skupin poměrně rozcházejí. Zatímco ze sester pracujících v domovech pro seniory odpovědělo kladně 20 respondentek, v domovech se zvláštním režimem to byla jen 1 sestra. Téměř polovina z dotázaných uvádí, že spolužití obou skupin je spíše nevhodné. Ještě vyhraněnější názor má 23 sester pracujících v domovech se zvláštním režimem, což je celá polovina z dotazovaných v těchto zařízeních, které si stejně jako Malíková (2011) myslí, že toto soužití je určitě nevhodné. Shodný názor mají ale jen 4 sestry pracující v klasických domovech pro seniory. K tomuto mínění proti spolužití je vedou především důvody zpracované v grafu 7. Z něj vyplývá, že respondenti vnímají jako hlavní důvod náročnost pro klienty bez projevů demence přijímat rozdíly v chování jejich spolubydlících s těmito projevy. Dalším důležitým argumentem je náročnost pro ošetřující personál přizpůsobit péči oběma skupinám při uspokojování jejich rozdílných potřeb. Ke stejnému názoru dospěla i Bužgová (2007). Z řad sester domovů se zvláštním režimem uvedly 3 respondentky jinou možnou příčinu. Zajímavý je názor jedné z nich, že klienti bez projevů demence mají strach, že se mohou jednou chovat stejně nebo upozornění další z respondentek na možnost šikany z jejich strany. Důvodem může být i neschopnost pochopit chování a jednání takto nemocných lidí, protože mezi naší populací není příliš rozšířené povědomí o chování, jednání a potřebách nemocných s onemocněním demencí. Ostatně stejný názor mají i autorky Holmerová a Jarolímová (2004).

Na tyto názory navazují i odpovědi na otázku č.8, kdy si z celkového počtu 103 respondentů (100%) 23 sester (42%) z domovů pro seniory a 29 sester (60%) z domovů se zvláštním režimem myslí, že v zařízení se zvláštním režimem je ošetrovatelská péče poskytována určitě s větším ohledem na potřeby klientů s onemocněním demencí. To je z celkového vzorku plných 50 %. Dalších 45 sester (44 %) uvádí odpověď spíše ano a pouze 3 sestry (3%) si myslí, že potřeby klientů nejsou spíše zohledněny. 3 respondentky (3%) nemají vyhraněný názor a uvedly odpověď nevím. Zde musíme dát za pravdu autorům Schulerovi a Osterovi (2010, s.74), kteří uvádí: „Dementní člověk se nemůže přizpůsobit, naopak zařízení musí vyjít vstříc dementním pacientům.“ To potvrzují i odpovědi v další části dotazníku. Otázky č.9 a č.10 byly určeny pouze pracovníkům domovů se zvláštním režimem a měly za úkol zjistit, zda podle jejich zkušeností mají tato zařízení lépe upravené podmínky pro své klienty než klasické

domovy pro seniory. Z grafu 9 vyplývá, že ze 48 respondentů uvedlo plných 45 lepší úpravu ve smyslu zajištění bezpečnosti. Zákon č.108/2006 Sb. přímo ukládá zřizovatelům těchto zařízení přizpůsobit režim potřebám těchto osob a umožňuje např. i využít uzavřeného oddělení. S tím souvisí i větší počet zaměstnanců a tím i vyšší dohled. To jako klad udalo 25 sester. Neméně podstatná je cílená systematická aktivizace, která ale musí být uzpůsobena lidem s onemocněním demencí. Stejně jako je důležité, aby tito lidé byli zaměstnáni, je nutnost při všech činnostech přihlídnout i k jejich možnostem, zachovat jim důstojnost, ošetřovat je s úctou a respektem, podporovat je ve všech aktivitách, které zvládnou a vzdát se snahy učit je něčemu novému. Podobný názor zastává i Wehner a Schwinghammer (2013). Přiměřenou aktivizaci v našem výzkumu pak jako přednost domova se zvláštním režimem udalo 29 sester. Pouze 4 sestry si myslí, že podmínky v domově nejsou nijak upravené. Následně graf 10 ukazuje, že 42 z oslovených sester tyto úpravy považuje za pozitiva DZR a žádná z nich za negativum. Pouze 6 respondentů uvedlo odpověď nevím. Stejně otázky byly položeny i sestrám pracujícím v klasických domovech pro seniory. Grafy 11 a 12 znázorňují jejich odpovědi. Zde vidíme, že výsledky se téměř shodují s názory sester z domovů se zvláštním režimem. Lepší úpravu podmínek ve smyslu zajištění bezpečnosti, mezi které jsou zahrnuty např. úpravy prostředí a možnost uzavřeného oddělení, jako klad vidí 41 respondentů. Vyšší dohled a větší počet zaměstnanců je výhodou podle 37 sester a 33 z nich uvedlo jako přednost cílenou a systematickou aktivizaci uzpůsobenou potřebám klientů s onemocněním demencí. Pozoruhodné je, že žádná z respondentek pracujících v klasickém DD se na rozdíl od některých zaměstnanců DZR nedomnívá, že domovy se zvláštním režimem podmínky upravené nemají. A z grafu 12 jasně vyplývá, že tyto úpravy zároveň vnímají jako pozitiva zařízení se zvláštním režimem, neboť tak odpovědělo celých 100% dotázaných.

Vyhodnocením předchozích otázek můžeme potvrdit hypotézu 1 a uvést, že šetření prokázalo poskytování ošetrovatelské péče v domovech se zvláštním režimem s větším ohledem na specifické potřeby pacientů s demencí.

Druhým cílem bylo zjistit, co motivuje všeobecné sestry pro práci s pacienty s demencí. V otázce č.4 měly sestry možnost zvolit z 11 nabídnutých eventualit nebo uvést vlastní důvod. Mohly uvést jednu i více odpovědí. Tyto odpovědi jsou shrnuty v grafu 11. Z výsledků jasně vyplývá, že 95% z dotázaných všeobecných sester

motivuje potřeba pečovat, být užitečný, smysluplnost a uspokojení z této práce. V tomto bodě se shodujeme s Markovou (2010, s.42, 43), která uvádí: „ Je třeba si uvědomit, že motivace úzce souvisí s osobním nastavením člověka, s individuální preferencí hodnot a životních postojů, a že tedy bude u každého zaměstnance trochu odlišná. Každá sestra je zodpovědná především sama za sebe a měla by se zamyslet nad vlastní motivační hierarchií. Je-li hnacím motorem sestry potřeba smysluplnosti práce, může si sestra při reflexi vlastní práce uvědomovat, jakou měrou přispěly její ošetrovatelské intervence ke zkvalitnění pacientova života.“ Překvapením nebylo ani zjištění, že 47 z dotázaných jako důležitý prvek motivace udalo malou vzdálenost od místa bydliště. Co však považují za velmi zajímavé je, že na třetím místě se jako motivace pro práci v domově pro seniory nebo v domově se zvláštním režimem objevila možnost dalšího vzdělávání. Tuto skutečnost uvedlo z celkového počtu 103 plných 39 respondentů. Při rozboru této skutečnosti jsem dospěla k závěru, že při vzdělávání v zařízeních tohoto typu je nutná podpora vedení. Pokud by projevíli zájem o vzdělávání pouze zaměstnanci a neměli by další podporu od svých nadřízených, bude jejich snaha marná. Na vzdělávání jsou nutné zajistit často nemalé finanční prostředky, proškolením musí projít převážná část pracovního kolektivu a přistupovat pak při ošetrování jednotným způsobem. Umožnit poznatky uplatňovat v praxi sebou často přináší i potřebu dostatečného počtu zaměstnanců, což při současném trendu omezování počtu zdravotnických pracovníků v těchto typech zařízení, může být problematické. V převážné části domovů, ve kterých probíhal můj výzkum, jsou sestry i další pracovníci proškoleni v nových konceptech péče o pacienty s demencí. Jedná se o koncepty bazální stimulace, validace a nejnověji i smyslové aktivizace. Výsledky, které jsou při komunikaci a jednání s takto nemocnými lidmi viditelné, přináší do práce personálu uspokojení, přesvědčení o její smysluplnosti a chuť učit se dalším dovednostem, které sebou nesou vyšší kvalitu života nemocným a pomoc ošetřujícím při práci a péči o ně. Tyto zkušenosti mám i ze svého pracoviště, kde po absolvování uvedených kurzů, došlo k viditelnému kvalitativnímu posunu v ošetrovatelské péči o klienty s některými typy demencí, stejně jako k zjevnému uspokojení zaměstnanců z výsledků této práce. Rovněž pozoruhodný je v pořadí na čtvrtém místě uvedený stimul. Jedná se o uznání ze strany nadřízených, kteří si váží řadových zaměstnanců a toto uznání vyjadřují ústní nebo písemnou pochvalou, ale také např. finanční odměnou. Zde se odráží nutnost pro každého člověka,

který potřebuje ke svojí práci zpětnou vazbu a pokud se mu jí nedostává od pacientů o které pečuje, je nezbytné naplnit tuto potřebu oceněním od nadřízených. Projevené uznání je zcela jistě i jedním z prvků, kterým lze předcházet v této pečující profesi syndromu vyhoření. Až na dalším místě respondenti uvedli, že v jejich okolí nebyla jiná práce dostupná. Z toho lze usuzovat, že se změnil názor všeobecných sester na práci v sociálních zařízeních a není dnes z jejich strany vnímána jen jako „náhradní řešení“ při nedosažitelnosti jiné práce. Ostatně pokud si prostudujeme charakteristiku a strukturu činnosti práce všeobecné sestry, její konkrétní náplň práce a pracovní pravomoci jak je uvádí Malíková (2011), uvidíme, že se jedná o velmi široký rozsah činností a vysoký stupeň osobní zodpovědnosti.

Na základě těchto výsledků můžeme uvést, že hypotéza 2: Společnou motivací všeobecných sester pracujících v domovech pro seniory a v domovech se zvláštním režimem je sociální cítění a potřeba pomáhat starým lidem, byla potvrzena.

Poskytování kvalitní ošetrovatelské péče u pacientů s jakýmkoliv onemocněním úzce souvisí i v sociálních zařízeních s dodržováním určitých pracovních postupů a standardů. Na tuto oblast jsem se zaměřila při stanovení hypotézy 3: Domovy pro seniory nemají, na rozdíl od domovů se zvláštním režimem, vypracovány standardy ošetrovatelské péče o demenční pacienty. Ke stanovení této domněnky mě vedly zkušenosti, že do domovů pro seniory jsou přijímáni klienti s celou škálou onemocnění a demence je pouze jedním z nich. Fakt, že 45% sester pracujících v klasických domovech pro seniory v našem šetření uvedlo více než 50% klientů ve svém zařízení se známkami onemocnění demencí vede zřejmě k nutnosti, mít zpracovány standardy ošetrovatelské péče o demenční pacienty i zde. Navíc i podle mých zkušeností, je právě u takto nemocných lidí nezbytné, aby byla při jejich každodenním ošetrování zachována jednotná linie od všech členů ošetrovatelského týmu. A právě k tomu napomáhá vytvoření standardu a jeho používání v praxi. Požádala jsem o možnost nahlédnout do dokumentace v některých zařízeních a zjistit, co standard ošetrovatelské péče konkrétně zahrnuje. Společnými znaky jsou především návody ke komunikaci s takto postiženými seniory, dále podle indikace provádění hodnocení pomocí vhodné klasifikační škály- např. hodnocení rizika vzniku dekubitů, test ADL, nutriční screening a hodnocení rizika pádu. To jsou velmi časté oblasti, ve kterých hrozí potenciální

nebezpečí pro takto nemocné klienty. Rozdíly pak vyplývají ze specifík jednotlivých zařízení a jsou uzpůsobeny jejich konkrétním podmínkám.

Odpovědi na otázky týkající se standardů ošetrovatelské péče jsou shrnuty v grafech 13 a 14. První z nich znázorňuje, zda vůbec mají jednotlivá zařízení standard zpracován. Vyplývá z něj, že oproti mému předpokladu uvedlo existenci tohoto standardu 35 sester pracujících v klasických domovech pro seniory. Je to plných 64% z nich. V domovech se zvláštním režimem tuto skutečnost potvrdilo 45 sester ze zkoumaného vzorku, což se rovná 94 %. Z obou skupin, které uvedly, že standard zpracován mají, pak 94% poskytuje péči v souladu s ním. Výsledky šetření tedy vyvrací moji domněnku o neexistenci standardu v klasických domovech pro seniory a mohu konstatovat, že hypotéza 3 potvrzena nebyla.

Celoživotní vzdělávání se stává nezbytností ve všech oborech naší činnosti. Nejinak je tomu samozřejmě i v ošetrovatelství. A proto se poslední část mé bakalářské práce týká právě této oblasti. Můj předpoklad je formulovaný v hypotéze 4: Sestry v obou typech zařízení si zajišťují své celoživotní vzdělávání v oblasti péče o demenční pacienty převážně individuálně, nikoli prostřednictvím zaměstnavatele.

Myslím si, že v zařízeních typu domovů pro seniory, je kvalita poskytované ošetrovatelské péče jedním ze základních ukazatelů při jejich hodnocení. A kvalitní péči může poskytovat zas jen kvalitní personál s odpovídajícím vzděláním. Doplňování a rozšiřování znalostí ve svém oboru přinese uspokojení jak samotným sestřím v jejich práci, tak i spokojeným příjemcům jejich péče, což jsou klienti a jejich rodiny. Následně s tím dojde automaticky i ke zvýšení prestiže zdravotnického povolání v sociálních službách a zamezení pochybností o nutnosti zdravotnické péče zajišťované všeobecnými sestrami v těchto zařízeních. Na to ostatně poukazují i Jiráková, Holmerová a Borzová (2009). Podobný názor mají i respondenti z našeho šetření. Z grafu 18 vyplývá, že 81 (79%) všeobecných sester je přesvědčeno o nezbytnosti celoživotního vzdělávání pro zvyšování kvality ošetrovatelské péče a dalších 13 (12%) má podobný náhled, když udalo na stejnou otázku odpověď spíše ano. Z celého souboru respondentů si pouze 4 (4%) myslí, že tomu tak není a dalších 5 (5%) jednoznačný názor nemá a uvedlo odpověď nevím.

V § 116 zákona č.108/2006 Sb., je přímo uvedeno:„ Zaměstnavatel je povinen zabezpečit pracovníkům v sociálních službách další vzdělávání v rozsahu nejméně 24

hodin za kalendářní rok, kterým si obnovuje, upevňuje a doplňuje kvalifikaci.“ Předpokladem pro výkon povolání všeobecné sestry v sociálních zařízeních je však především osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu a výkon povolání v souladu s platnou legislativou, především podle zákona č.96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních. Ten upravuje i podmínky celoživotního vzdělávání zdravotnických pracovníků. Z těchto znalostí vycházel tedy i můj předpoklad a formulace hypotézy 4: Sestry v obou typech zařízení si zajišťují své celoživotní vzdělávání v oblasti péče o dementní pacienty převážně individuálně, nikoli prostřednictvím zaměstnavatele. Jak ale vyplývá z grafu 15, na otázku zda je podporuje jejich zaměstnavatel v dalším vzdělávání, odpovědělo celkem kladně 95 respondentů, což je plných 92%. Tento výsledek ukazuje na pochopení nutnosti a důležitosti celoživotního vzdělávání svých pracovníků ze strany zaměstnavatelů v dnešní době a zcela vyvrací moji hypotézu. Naopak mohu konstatovat, že zajišťování vzdělávání vlastními zdroji uvedla jen zanedbatelná 3% z dotazovaných sester. Zajímavý je i fakt, že 65 respondentů uvedlo, že navštěvují semináře v rámci svého zařízení, což svědčí opět o snaze zaměstnavatelů přiblížit vzdělávání co nejvíce svým potřebám a zároveň zajistit dostupnost co největšímu počtu svých zaměstnanců.

V grafu 17 jsou zpracovány odpovědi z oblasti zaměření dosavadního vzdělávání sester sociálních zařízení. Jak z výsledků vyplývá, téměř polovina z dotazovaných uvedla, že jejich dosavadní vzdělávání je spíše zaměřeno na péči o seniory a druhá polovina uvedla, že je orientované spíše všeobecně i na jiné oblasti. Myslím si, že je to zcela v souladu s potřebami pacientů a klientů těchto zařízení. Neboť podle mého mínění potřebují jak specializaci a postupy vhodné a přiměřené v ošetrovatelské péči jejich zdravotnímu stavu, tak i všeobecný přehled a zkušenosti sester v dalších oblastech ošetrování. Speciální přístup zdůrazňuje např. Wehner a Schwinghammer (2013), na druhé straně musíme ale souhlasit s Vodičkou (2010), že pokud jsou v sociálních zařízeních zaměstnány všeobecné sestry pracující bez odborného dohledu, musí si svoji pozici obhájit především kvalitně poskytovanou ošetrovatelskou péčí v plném rozsahu a na základě nejnovějších poznatků.

6 ZÁVĚR

Bakalářská práce byla zaměřena na ošetrovatelskou péči o pacienty s projevy demence v sociálních zařízeních typu domov důchodců a domov se zvláštním režimem z pohledu všeobecné sestry. Cílem mé práce bylo zjistit pozitiva či negativa daných zařízení z hlediska poskytování ošetrovatelské péče těmto klientům. Dále jsem zjišťovala motivaci sester pracujících s takto postiženými lidmi, jejich náhled a přístup k celoživotnímu vzdělávání a v neposlední řadě zda mají zpracovány standardy péče a poskytují péči podle nich.

Ke splnění cílů práce jsem zvolila formu kvantitativního šetření pomocí anonymního dotazníku. Na jeho počátku byly stanoveny 4 hypotézy. Hypotéza 1 zněla: V domovech se zvláštním režimem je ošetrovatelská péče poskytována s větší ohledem na specifické potřeby pacientů s demencí. Z šetření skutečně vyplynulo, že sestry z obou typů zařízení vnímají domovy se zvláštním jako vhodnější místo pro klienty s projevy demence a tuto moji hypotézu potvrdily.

Druhá hypotéza byla zaměřena na motivaci všeobecných sester pracujících v domovech pro seniory a v domovech se zvláštním režimem a vycházela z názoru, že je jim společné především sociální cítění a potřeba pomáhat starým lidem. I tato hypotéza byla šetřením potvrzena. Nicméně určitým překvapením bylo zjištění, že na předním místě se jako stimul objevila možnost dalšího vzdělávání, kterou uvedlo 39 z dotázaných respondentů. Uznání, ústní pochvala, morální ocenění, ale samozřejmě i finanční odměna se objevily na čtvrtém místě mezi motivátory a vyplývá z toho, že v pomáhajících profesích působí jako jeden z preventivních a nutných prvků proti syndromu vyhoření.

Z odpovědí týkajících se hypotézy 3: Domovy pro seniory nemají, na rozdíl od domovů se zvláštním režimem, vypracovány standardy ošetrovatelské péče o demenční pacienty vyplynulo, že oproti mému předpokladu uvedlo 64% sester pracujících v klasických domovech pro seniory, že standardy vypracovány mají. Vzhledem k zjištěním v úvodu šetření, že v některých z klasických domovů pro seniory je ubytováno i více než 50% klientů s projevy onemocnění demencí, se zpracování standardů stává nezbytným. Musím tedy konstatovat, že tato hypotéza potvrzena nebyla.

Poslední hypotéza se týkala vzdělávání sester v sociálních zařízeních a zněla: Sestry v obou typech zařízení si zajišťují své celoživotní vzdělávání v oblasti péče o dementní pacienty převážně individuálně, nikoli prostřednictvím zaměstnavatele. Ani tato hypotéza šetřením potvrzena nebyla. To vypovídá o tom, že zaměstnavatelé i samotné sestry považují celoživotní vzdělávání za velmi důležité pro svoji práci. Z nových poznatků profitují jak pacienti zlepšením péče, tak sestry, kterým kladná odezva přináší uspokojení z práce. Pozitivní působení na obě skupiny pak přináší zaměstnavateli spokojené klienty a loajální zaměstnance.

Na počátku práce bylo mým hlavním záměrem předložit výsledky výzkumného šetření vedení domova pro seniory, kde pracuji, a poté jeho zřizovateli, aby při plánovaném rozšíření lůžkové kapacity zvážili, vzhledem ke složení klientů, právě zřízení domova se zvláštním režimem. Tento cíl byl splněn, a to díky výsledkům získaným na základě vyslovených názorů sester pracujících v sociálních zařízeních uvedených v tomto výzkumném šetření. Praktické využití výsledků bakalářské práce bude realizováno v Domově pro seniory Sušice v srpnu 2013, kdy se navýší kapacita o 14 lůžek se statutem zvláštního režimu.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. BARTOŠÍKOVÁ, I., V. JIČÍNSKÝ, M. JOBÁNKOVÁ a J. KVAPILOVÁ, 2000. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. ISBN 80-701-3288-4.
2. BUIJSSEN, Huub, 2006. *Demence: průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Praha: Portál. ISBN 80-736-7081-X.
3. BUŽGOVÁ, Radka, 2007. Respektování autonomie při dlouhodobé péči o seniory. *Kontakt: Scientific Acta Faculty of Social and Health Studies : vědecký časopis Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity* [online]. České Budějovice. roč. 2007, č. 1, s. 66-68[cit. 2012-11-12]. ISSN 1804-7122. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/clanky/1~2007/408-respektovani-autonomie-pri-dlouhodobepeci-o-seniory>
4. CALLONE, P.R., et al, 2008. *Alzheimerova nemoc : 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2320-4
5. Demence-data a výhledy, 2012, *Sociální služby: odborný časopis*. roč. 14, č.5, s.1. ISSN 1803-7348
6. DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar, 2012. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-802-4741-383
7. FRANKOVÁ, Vanda, 2010. *Alzheimerova demence v praxi: konsenzus psychiatricko-neurologicko-geriatrický*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-802-0424-235.
8. FRIEDLOVÁ, Karolína, 2007. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1314-4.
9. FRIEDLOVÁ, Karolína, 2012. Sexualita ve stáří: Co víme a nevíme o sexualitě seniorů v pobytových zařízeních sociálních služeb. *Ošetrovatelská péče: odborný časopis pracovníků sociální péče*. Brno: Siviliana s.r.o., 2012, roč. 2012, č. 2, s. 4-6. ISSN 1213-2330
10. HAJDOVSKÁ TLUSTÁ, Kateřina, 2006. Demence- palčivý problém i výzva dnešní doby: z pohledu speciálního pedagoga - psychopeda, pracovníka v psychosociálních službách.In: [online]. [cit. 2012-11-12]. Dostupné z: <http://www.haj-tl.wz.cz/htm/DEMENCE.htm>

11. HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2000. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén. ISBN 80-726-2034-7.
12. HOLMEROVÁ, Iva a Eva JAROLÍMOVÁ, 2004. *Alzheimerova nemoc v rodině: Příručka pro ty, kteří o nemocné pečují*. Praha: Pfizer. ISBN 80-85800-96-9.
13. HOLMEROVÁ, I., E. JAROLÍMOVÁ a H. VAŇKOVÁ, 2007. Proč je třeba pátrat po včasných příznacích demence. *Lékařské listy: příloha Zdravotnických novin*. Praha: Mladá fronta. roč. 56, č. 20, s. 20-21. ISSN 0044-1996.
14. HOLMEROVÁ, Iva, et al. 2009. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. 2. vyd. Praha: Česká alzheimerovská společnost a gerontologické centrum. ISBN 978-80-86541-28-0.
15. JIRÁK, R., I. HOLMEROVÁ a C. BORZOVÁ, 2009. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2454-6.
16. KALVACH, Zdeněk, 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2490-4.
17. KANTORKOVÁ, Marie, 2011. Demence - vývojová stadia a doporučení. *Sestra: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. Praha: Mladá fronta. roč. 21, č. 2, 72 - 73. ISSN 1210-0404.
18. KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ, 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-802-4721-699.
19. MALÍKOVÁ, Eva, 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada. ISBN 978-802-4731-483.
20. MAREČKOVÁ, Jana, 2006. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1399-3.
21. MARKOVÁ, Monika, 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3171-1.
22. MOTLOVÁ, Lenka, 2007. Autonomie, nezávislost a uspokojování potřeb osob vyššího věku. *Kontakt: Scientific Acta Faculty of Social and Health Studies : vědecký časopis Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity* [online]. České Budějovice. roč. 9, č. 2, s.343-346 [cit. 2012-11-27]. ISSN 1212-4117. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120329181826063622.pdf>

23. MUNZAROVÁ, Marta, 2005. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1024-2.
24. NECHANSKÁ, Blanka, 2011. Aktuální informace ÚZIS ČR. *Péče o pacienty s diagnózami F01, F03 a G30 (demence) v lůžkových zařízeních ČR v letech 2006–2010*[online]. Praha. [cit. 2012-12-03]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/zdravotnicka-statistika/demence>
25. O'CONNOR, Margaret a Sanchia ARANDA, 2005. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. 1. české vyd. Překlad Jana HEŘMANOVÁ. Praha: Grada. ISBN 80-247-1295-4.
26. PIDRMAN, Vladimír, 2007. *Demence*. Praha: Grada. ISBN 978-802-4714-905.
27. PLUCAR, Bohumír a Jiří PATOČKA, 2007. Sto let od objevu Alzheimerovy choroby. *Kontakt: Scientific Acta Faculty of Social and Health Studies : vědecký časopis Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity* [online]. č. 1 [cit. 2012-11-12]. ISSN 1212-4117. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/clanky-1-2007/426-sto-let-od-objevu-alzheimerovy-choroby>
28. SEIDL, Zdeněk. *Neurologie pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-802-4727-332.
29. SCHULER, Matthias a Peter OSTER, 2010. *Geriatric od A do Z pro sestry*. Praha: Grada. ISBN 978-802-4730-134
30. STARNOVSKÁ, Tamara, 2011. Kvalifikovaná nutriční péče musí být součástí komplexní léčby. *Florence: časopis moderního ošetřovatelství*. Slavkov u Brna: Protisk. Roč. VII, č. 1, s. 41-43. ISSN 1801-464X
31. Světová zpráva o Alzheimerově chorobě 2012, 2012. ALZHEIMER'S DISEASE INTERNATIONAL. [Http://www.alzheimer.cz](http://www.alzheimer.cz) [online]. [cit. 2012-12-03]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/alzheimerova-choroba-ve-svete/svetova-zprava-o-alzheimerove-chorobe-2012/>
32. VENGLÁŘOVÁ, Martina, 2007. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada. ISBN 978-802-4721-705
33. VODIČKA, Gríša, 2010. Co se skrývá za potížemi sociálních zařízení?. *Infoservis VZP. Příloha Zdravotnických novin*. roč.1, č.2. ISSN 0044-1996
34. WEHNER, Lore a Ylva SCHWINGHAMMER, 2013. *Smyslová aktivizace v péči o seniory a klienty s demencí*. Praha: Grada. ISBN 978-40-247-4423-0

35. WIRTH, Mária, 2009. *Pedagogická intervencia v starostlivosti o seniorov s Alzheimerovou chorobou*. Doktorská dizertační práce. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislavě. Pedagogická fakulta, 2009.
36. Zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách. *Uplnezneni.cz* [online]. [cit. 6.ledna 2012]. Dostupné z: <http://www.uplnezneni.cz/zakon/108-2006-sb-o-socialnich-sluzbach/>

8 KLÍČOVÁ SLOVA

demence

domovy pro seniory

domovy se zvláštním režimem

ošetřovatelská péče

všeobecná sestra

9 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č.1 Dotazník určený všeobecným sestřám pracujícím v domovech pro seniory
nebo v domovech se zvláštním režimem

Příloha č.2 Práva pacientů trpících Alzheimerovou chorobou
nebo jinými formami demence

Příloha č.3 Graf - Předpoklad růstu onemocnění demencí v ČR

Příloha č.4 Fotografie práce se seniory s onemocněním demencí

Vážená kolegyně/kolego,

jmenuji se Jarmila Dolejšová a studuji 3. rokem na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích obor Všeobecná sestra. Obracím se na Vás s prosbou o spolupráci při vyplnění následujícího dotazníku, který slouží jako podklad k vypracování mé bakalářské práce. Ve své práci se zabývám rozdílnými a společnými rysy při ošetrovatelské péči o pacienty s demencí v domovech pro seniory a v domovech se zvláštním režimem. Dotazník je anonymní, žádám Vás o upřímné odpovědi a děkuji za pochopení a Váš čas při jeho vyplnění. Dotazník je složen z 18 otázek. Pokud není uvedeno jinak, zvolte (zakroužkujete) prosím jednu z odpovědí.

V dotazníku používám zkratku **K/P** = klient/pacient

1. V jakém typu zařízení pracujete?

- a) domov pro seniory
- b) domov se zvláštním režimem

2. Jak dlouho pečujete o K/P s projevy onemocnění demencí?

- a) méně než 5 let
- b) 5 – 10 let
- c) 11 – 15 let
- d) 16 – 20 let
- e) více než 20 let

3. Kolik K/P ve Vašem zařízení projevuje známky onemocnění demencí?

- a) 0 – 10 %
- b) 10 – 25 %
- c) 25 – 50 %
- d) více než 50 %

4. Jaká je Vaše motivace pro práci právě v domově pro seniory – v domově se zvláštním režimem?

(můžete zvolit jednu i více odpovědí)

- a) potřeba pečovat, být užitečný (vnitřní uspokojení z práce, seberealizace)
- b) kultura pracoviště

- c) dovolená navíc
- d) flexibilní pracovní doba
- e) zaměstnavatel připlácí na stravenky
- f) možnost dalšího vzdělávání
- g) jsem ctižádostivý (mám potřebu sebeuplatnění, možnost kariérního postupu, apod.)
- h) malá vzdálenost od místa bydliště
- ch) dobré finanční ocenění
 - i) jiná práce v mém okolí nebyla dostupná
 - j) vedení zařízení si váží řadových pracovníků, své uznání vyjadřuje:
 - ústní pochvalou
 - finanční odměnou
 - jiné
- (uved'te).....
- k) jiný důvod - uveďte prosím jaký.....

5. V čem vidíte zásadní rozdíly v péči o K/P s demencí a o K/P s jiným onemocněním, které nepostihuje mozkové funkce?

(lze zvolit jednu i více odpovědí)

- a) v péči o K/P s demencí a bez demence nespátřuji rozdíl
- b) v komunikaci
- c) v projevech agresivity
- d) v přítomnosti depresivních stavů
- e) v dezorientaci
- f) ve schopnostech sebeobsluhy
- g) v porušené mobilitě
- h) v jiných oblastech, uveďte prosím v jakých

.....

6. Je podle Vašeho mínění vhodné spolužití seniorů s projevy demence a bez těchto projevů v klasických domovech pro seniory, kde není péče o ně více zohledněna?

- a) spíše ano
- b) spíše ne
- c) nevím

*Pokud jste odpověděli **NE**, odpovězte na otázku č.7*

*Pokud jste odpověděli **ANO, NEVÍM**, odpovězte na otázku č.8*

7. Jako hlavní důvod vidíte:

(můžete uvést více odpovědí)

- a) náročnost pro K/P bez onemocnění demencí přijímat rozdíly v chování K/P s demencí
- b) náročnost pro K/P bez onemocnění demencí přizpůsobit se opatřením k zajištění bezpečnosti a aktivizaci K/P s demencí
- c) náročnost pro ošetřující personál při rozdílných potřebách obou skupin K/P
- d) jiné, prosím uveďte
jaké.....
.....

8. Myslíte si, že v domově se zvláštním režimem je ošetrovatelská péče poskytována s větším ohledem na potřeby K/P s onemocněním demencí než v klasických domovech pro seniory?

- a) určitě ano
- b) spíše ano
- b) spíše ne
- c) nevím

OTÁZKA č.9 a č.10 *POUZE PRO PRACOVNÍKY DOMOVŮ SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM*

9. Má podle Vašich zkušeností domov se zvláštním režimem pro své K/P lépe upravené podmínky než klasické domovy pro seniory ve smyslu:

(můžete uvést více možností)

- a) zajištění bezpečnosti (úpravy prostředí, možnost uzavřeného oddělení)
- b) vyššího dohledu (větší počet zaměstnanců)
- c) cílené systematické aktivizace uzpůsobené jejich onemocnění
- d) jiné, uveďte prosím
jaké.....
- e) podmínky upravené nemá

10. Považujete některá z uvedených opatření v otázce č.9 za pozitiva domova se zvláštním režimem?

- a) spíše ano
uveďte která (a –e).....
- b) spíše ne
uveďte která (a – e).....
- c) považuji je za negativum
uveďte která (a – e).....
- d) nevím

OTÁZKA č.11 a č.12 *POUZE PRO PRACOVNÍKY KLASICKÝCH DOMOVŮ PRO SENIORY*

11. Myslíte si, že domov se zvláštním režimem má pro své K/P lépe upravené podmínky než klasické domovy pro seniory ve smyslu:

(můžete uvést více možností)

- a) zajištění bezpečnosti (úpravy prostředí, možnost uzavřeného oddělení)
- b) vyššího dohledu (větší počet zaměstnanců)
- c) cílené systematické aktivizace uzpůsobené jejich onemocnění
- d) jiné, uveďte prosím
jaké.....
- e) podmínky upravené nemá

12. Považujete některá z uvedených opatření v otázce č.11 za pozitiva domova se zvláštním režimem?

- a) spíše ano
uved'te která (a – e).....
- b) spíše ne
uved'te která (a – e).....
- c) považuji je za negativum
uved'te která (a – e).....

13. Máte ve vašem zařízení zpracovány standardy ošetrovatelské péče o K/P s onemocněním demencí?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

*Pokud jste odpověděli **ANO** odpovězte na otázku č.14, jinak pokračujte otázkou č.15*

14. Poskytujete péči K/P v souladu s těmito standardy?

- a) spíše ano
- b) spíše ne
- c) nevím

15 . Podporuje Vás zaměstnavatel v dalším vzdělávání?

- a) určitě ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) vůbec ne
- e) vzdělávání si zajišťuji sama
- f) nevím

16. Vzděláváte se v oblasti ošetrovatelské péče o dementní K/P?

(můžete zvolit jednu i více odpovědí)

- a) ano, studuji (specializační studium, Bc.,Mgr., apod.)
- b) ano, navštěvuji odborné semináře a stáže mimo naše zařízení
- c) ano, navštěvuji semináře a vzdělávání v rámci našeho zařízení
- d) ano, preferuji samostudium (odborné knihy, časopisy, internet apod.)
- e) jiné, uveďte prosím jaké

.....

- f) ne

17. Je Vaše vzdělání zaměřeno na péči o seniory (obor gerontologie, psychiatrie apod.)?

- a) spíše ano
- b) spíše ne

18. Domníváte se, že celoživotní vzdělávání zdravotnických pracovníků je nezbytné pro zvyšování kvality ošetrovatelské péče?

- a) určitě ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) určitě ne
- e) nevím

Děkuji za Váš čas a ochotu

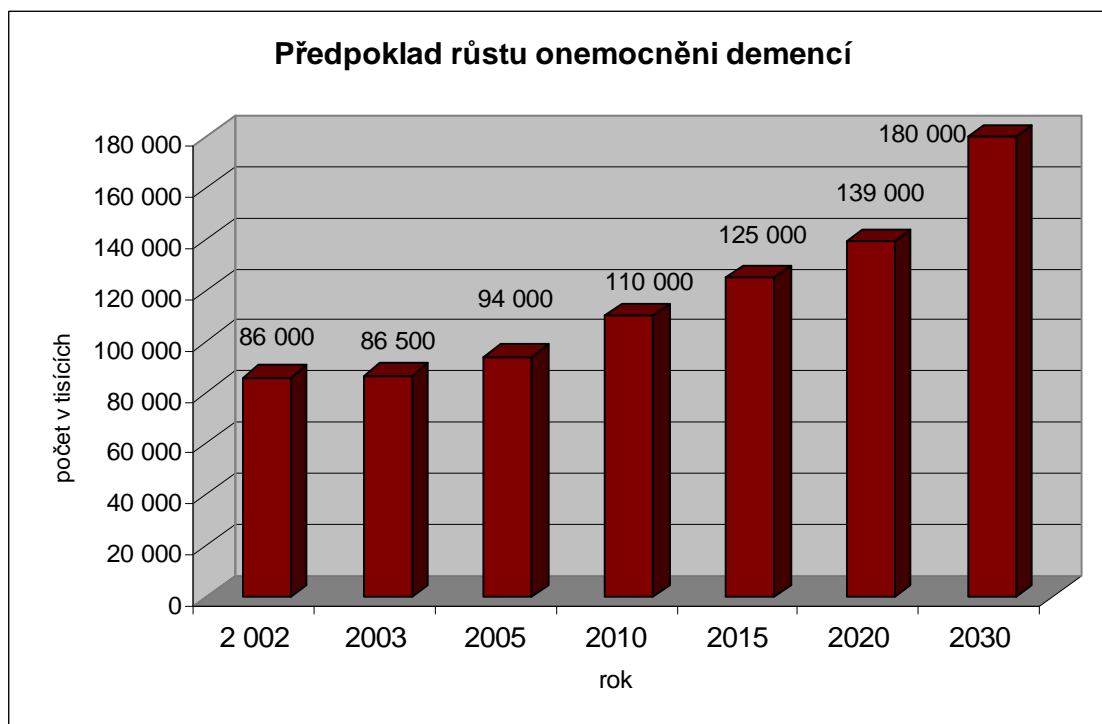
Příloha č.2

Práva pacientů trpících Alzheimerovou chorobou nebo jinými formami demence

1. Být informován o své chorobě.
2. Mít vhodnou a soustavnou lékařskou péči.
3. Být užitečný při práci a zábavě tak dlouho, jak jen to je možné.
4. Být vnímán při jakémkoli zacházení jako dospělý člověk, ne jako dítě.
5. Při vyjádření svých citů být brán vážně.
6. Je-li to možné, nebýt léčen psychotropními látkami.
7. Žít v bezpečném, srozumitelném a předvídatelném prostředí.
8. Mít potěšení z každodenních činností, které dávají životu smysl.
9. Mít možnost chodit pravidelně ven.
10. Pociťovat tělesný kontakt včetně objetí, pohlazení a podržení ruky.
11. Být s lidmi, kteří znají život nemocného, včetně jeho kulturních a náboženských zvyklostí.
12. Být ošetřován pracovníky, kteří jsou vyškoleni pro péči o osoby s demencí.

Zdroj: Česká alzheimerovská společnost

Příloha č.3



Zdroj: ÚZIS ČR (pro čerpání dat), graf vlastní

Příloha č. 4



Sportovní hry



Nácvik chůze



Smyslová aktivizace



Ergoterapie

Zdroj: vlastní (Domov důchodců Sušice)