

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetřovatelství

Lenka Dundálková

Demence jako problém u seniorů

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Dominika Růžková

Olomouc 2014

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc 30. června 2015

podpis

Děkuji paní Mgr. Dominice Růžkové za odborné vedení a cenné rady při tvorbě bakalářské práce.

ANOTACE

Typ závěrečné práce: Bakalářská práce přehledová

Téma práce: Demence jako problém u seniorů

Název práce: Demence jako problém u seniorů

Název práce v AJ: Dementia as a problem in the elderly

Datum zadání: 2014-12-19

Datum odevzdání: 2015-06-30

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav ošetřovatelství

Autor práce: Dundálková Lenka

Vedoucí práce: Mgr. Dominika Růžková

Oponent práce:

Abstrakt v ČJ: Přehledová bakalářská práce předkládá dohledané publikované poznatky o demenci jako problému u seniorů. První část práce je zaměřena na poruchy soběstačnosti seniorů s demencí. Druhá část práce se zabývá vybranými ošetřovatelskými problémy u demenčních seniorů: poruchy chování, poruchy kognitivních funkcí, poruchy spánku, riziko vzniku dekubitů a malnutrice. Poznatky byly dohledány v odborných recenzovaných periodikách jako například Kontakt, Psychiatrie pro praxi, Ošetřovatelství a porodní asistence, Prevence úrazů, otrav a násilí, Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie, Best Practice, Alzheimer's & Dementia: Journal of the Alzheimer's Association, GMS Health Technology Assessment.

Abstrakt v AJ: This overview bachelor thesis presents published findings on dementia as a problem of the elderly. The first part focuses on disorders independence of older people with dementia. The second part deals with selected nursing problems in demented elderly: behavior disorders, sleep disorders, the risk of decubitus and malnutrition. The findings were traced in peer-reviewed journals such as Kontakt, Psychiatrie pro praxi, Ošetřovatelství a porodní asistence, Prevence úrazů, otrav a násilí, Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie, Best Practice, Alzheimer's & Dementia: Journal of the Alzheimer's Association, GMS Health Technology Assessment.

Klíčová slova v ČJ: demence, senior, soběstačnost, ošetřovatelský problém, kognitivní funkce, poruchy chování, poruchy spánku, malnutrice, dekubitus

Klíčová slova v AJ: dementia, senior, self-sufficiency, nursing problem, cognitive function, behavior disorders, sleep disorders, malnutrition, decubitus

Rozsah: 40 stran

OBSAH

Úvod.....	7
1 Rešeršní činnost.....	9
2 Přehled publikovaných poznatků.....	11
2.1 Poruchy soběstačnosti u seniorů s demencí.....	11
2.2 Ošetrovatelské problémy u seniorů s demencí.....	15
2.3 Shrnutí teoretických východisek a jejich význam.....	27
Závěr.....	30
Refereční seznam.....	32
Seznam zkratk.....	40

ÚVOD

Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů definuje demenci jako: „syndrom způsobený chorobou mozku, obvykle chronické nebo progresivní povahy, kde dochází k porušení mnoha vyšších nervových kortikálních funkcí, k nimž patří paměť, myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnost učení, jazyk a úsudek. Vědomí není zastřeno. Obvykle je přidruženo porušené chápání a příležitostně mu předchází i zhoršení emoční kontroly, sociálního chování nebo motivace“ (Kučerová, 2007, s. 35). Nejčastější formou demence je Alzheimerova nemoc (50-65 % pacientů), dále vaskulární demence (15 %) a demence s Lewyho tělísky (10 %). Pacienti s touto chorobou přežívají v rozmezí 3-8 let (Jedlinská et al., 2013, s. 18-19). Typické projevy demence lze sumarizovat do zkratky ABC: A-activities (ztížená schopnost provádět běžné aktivity), B-behavior (poruchy chování doprovázené psychologickými symptomy demence), C – cognition (poruchy paměti a dalších poznávacích funkcí) (Lužný, 2013, s. 16).

V roce 2050 dle populačních odhadů lidé ve věku 60 a více let budou představovat 22 % světové populace, přičemž čtyři pětiny těchto osob by měly žít v Africe, Asii a Latinské Americe. Organizace spojených národů na základě svých populačních projekcí odhaduje, že v roce 2010 na celém světě žilo 35 600 000 osob s demencí, z toho v Západní Evropě 7 milionů, v Asii 10 milionů a v Severní Americe 4,4 milionů. Mezi země s největším počtem obyvatel s demencí patří Čína (5,4 milionů), Spojené státy americké (3,9 milionů) a Indie (3,7 milionů). V rámci Evropy se jedná o Německo (1,5 milionů), Rusko (1,2 milionů), Francii a Itálii (1,1 milionů) (World Health Organization a Alzheimer's Disease International, 2012, s. 12-13). Výsledky metaanalýzy Prince et al. (2013, s. 69-70) konstatují, že každých 20 let se počet osob s demencí zdvojnásobí, v roce 2030 na 65,7 milionů a v roce 2050 na 115,4 milionů. Český statistický úřad na svých webových stránkách zveřejnil demografickou charakteristiku seniorů k 31.12. 2013. V České republice 17,4 % populace tvoří osoby ve věku 65 a více let. Naděje dožití se neustále prodlužuje, v roce 2013 byla naděje dožití při narození chlapců 75 let a u dívek 81 let (Český statistický úřad, 2014). Kašpárková (2013, s. 154) uvádí, že dle kvalifikovaných odhadů v České republice žije 130 tisíc lidí se syndromem demence. Zvěřová (2010, s. 307) ve svém článku publikuje, že v České republice se počet lidí s Alzheimerovou demencí pohybuje v rozmezí 90-100 000.

Tato přehledová práce se zaměřuje na problematiku demence u seniorů s otázkou: Jaké poznatky byly publikovány o problémech ošetrovatelské péče o seniory s demencí?

Pro přehledovou bakalářskou práci byly stanoveny následující dílčí cíle:

Cíl 1

Předložit dohledané poznatky o poruchách soběstačnosti seniorů s demencí

Cíl 2

Předložit dohledané poznatky o ošetrovatelských problémech u seniorů s demencí

Vstupní studijní literatura k tématu přehledové bakalářské práce:

MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.

BUIJSSEN, Huub. *Demence: průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2006, 132 s. ISBN 80-7367-081-X.

STUART-HAMILTON, Ian. *Psychologie stárnutí*. Vyd. 1. Praha: Portál, 1999, 319 s. ISBN 80-7178-274-2.

LUŽNÝ, Jan. *Gerontopsychiatrie*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2012, 159 s. ISBN 978-80-7387-573-2.

MILFAIT, René a Daniel BARTOŇ. *Lidská práva osob s postižením, nevyléčitelně nemocných a umírajících na pozadí nacistických sterilizací a programu "Euthanasie"*. 2., rozš. vyd. Středokluky: Zdeněk Susa, 2013, 423 s. ISBN 978-80-86057-85-9.

KANT, Immanuel. *Immanuela Kanta Základy k metafysice mravů*. V Praze: Jan Laichter, 1910, xli, 110 s.

SVATOŠOVÁ, Marie. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 109 s. ISBN 978-80-247-4107-9.

1 REŠERŠNÍ ČINNOST

ALGORITMUS REŠERŠNÍ ČINNOSTI



VYHLEDÁVACÍ KRITÉRIA:

- klíčová slova v ČJ: demence, senior, soběstačnost, ošetřovatelský problém, kognitivní funkce, poruchy chování, poruchy spánku, malnutrice, dekubitus
- klíčová slova v AJ: dementia, senior, self-sufficiency, nursing problem, cognitive function, behavior disorders, sleep disorders, malnutrition, decubitus
- jazyk: český, slovenský, anglický
- období: 2000-2015
- recenzovaná periodika



DATABÁZE:

BMČ, EBSCO, Google scholar, PubMed



Nalezeno 620 článků



Vyřazující kritéria:

- duplicitní články
- články nesplňující kritéria
- články nevztahující se k tématu práce
- kvalifikační práce



SUMARIZACE VYUŽITÝCH DATABÁZÍ A DOHLEDANÝCH DOKUMENTŮ

BMČ – 15 článků
EBSCO – 1 článek
Google scholar – 44 článků
PubMed – 3 články



SUMARIZACE VYUŽITÝCH PERIODIK A DOKUMENTŮ

Psychiatrie pro praxi – 8 článků
Medicína pro praxi - 8 článků
Ošetrovatelství a porodní asistence - 7 článků
Neurologie pro praxi - 5 článků
Interní medicína pro praxi - 5 článků
Best Practice – 3 články
Prevence úrazů, otrav a násilí - 3 články
Kontakt - 3 články
Geriatric a Gerontologie - 3 články
Geriatrica - 2 články
Česká geriatrická revue - 2 články
Diagnóza v ošetrovatelství - 2 články
Ontario Health Technology Assessment Series – 1 článek
Aktuální otázky sociální politiky- teorie a praxe – 1 článek
Cognitive Remediation Journal – 1 článek
Alzheimer's & Dementia: The Journal of the Alzheimer's Association
- 1 článek
GMS Health Technology Assessment – 1 článek
Český statistický úřad - 1 článek
Dermatologie pro praxi – 1 článek
Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie – 1 článek
Československá psychologie – 1 článek
Dementia: a public health priority – 1 článek
Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky – 1 článek



Pro tvorbu teoretických východisek
bylo použito 63 dohledaných článků

2 PŘEHLED PUBLIKOVANÝCH POZNATKŮ

2.1 Poruchy soběstačnosti u seniorů s demencí

Soběstačnost v nejširším slova smyslu chápeme jako schopnost pečovat o sebe a své zdraví, zahrnuje také péči o svou rodinu, saturaci psychických a sociálních potřeb, prevenci nemoci a úrazů (Bóriková, 2010, s. 26). Závislost seniora tedy znamená, že při provádění běžných denních činností je odkázán na pomoc druhých osob (Motlová, 2007, s. 344). Hospitalizace jej ovlivňuje, jak fyzicky (riziko hospitalizmu, imobilizačního syndromu) tak i psychicky (omezení kontaktu s rodinou, zhoršení kognitivních funkcí). Péče o seniora je tedy zaměřena na podporu jeho soběstačnosti a prevenci výše zmíněných rizik. Všeobecná sestra při příjmu klienta provádí zhodnocení psychické i fyzické soběstačnosti v rámci ošetřovatelské anamnézy. Využívá k tomu rozhovor s pacientem, případně dle přítomnosti kognitivních poruch získává informace i od příbuzných či pečovatelů. Během odebírání ošetřovatelské anamnézy si všímá, jakým způsobem se senior pohybuje (samostatně či používá kompenzační pomůcky), jeho úpravy zevnějšku, poruch smyslů a jejich kompenzace.

K posouzení úrovně sebepečce využívá také testovací škály (Smičková, 2011, s. 391). Soběstačnost hodnotíme pomocí škál zaměřených na základní aktivity denního života (activities of daily living, ADL) a instrumentální aktivity denního života (instrumental activities of daily living, IADL). Mezi ADL řadíme základní sebeobslužné aktivity, jako je provedení hygieny, samostatné oblékání, používání toalety, kontinenci, schopnost pohybu a přesunu a dovednost se samostatně najít. K posouzení těchto aktivit se v praxi využívá test Barthelové (Holmerová Iva, Rokosová a Vaňková, 2006, s. 180). Bartoš et al. (2008, s. 38) uvádějí, že Index Barthelové není vhodný pro posouzení ADL u klientů s demencí, jelikož byl původně vytvořen pro pacienty s cévní mozkovou příhodou a proto zahrnuje několik bodů věnujících se pohyblivosti pacientů. IADL můžeme posuzovat například pomocí Lawtovy škály, která hodnotí úkony jako telefonování, nakupování, přípravu jídel, péči o domácnost, praní, samostatnou dopravu, samostatné užívání léků a nakládání s penězi. Pro osoby trpící demencí je vhodnější škála Functional Dementia Scale (FDS), která je konkrétně cílená pro posuzování postižení IADL následkem kognitivních poruch (Holmerová Iva, Rokosová a Vaňková, 2006, s. 180). Autoři Bartoš et al. (2008, s. 39) doporučují využití dotazníku Functional activities questionnaire (FAQ), který přeložili a přizpůsobili českému prostředí (FAQ-CZ). Dotazník zahrnuje 10 položek a vyplnění trvá průměrně 2-5 minut. V dotazníku se posuzuje míra soběstačnosti při realizaci vybraných činností. Pro zhodnocení ADL i IADL

u demenčních pacientů je vhodný dotazník soběstačnosti The Disability Assessment for Dementia (DAD), v české verzi DAD-CZ. Dotazník se skládá ze 17 položek běžných denních aktivit ve 4 oblastech (hygiena, kontinence, oblékání, a jedení), 18 položek instrumentálních aktivit v 5 oblastech (příprava jídla, telefonování, chození ven, nakládání s penězi, korespondence, léky) a 5 položek zjišťující volnočasové aktivity klienta a provádění domácích prací. Vyplnění testu trvá okolo 15 minut (Bartoš et al., 2009, s. 320-321).

Řada změn a poruch u pacientů s demencí významně ovlivňuje schopnost provádět všední denní činnosti. V první řadě se jedná o fyziologické změny následkem stárnutí (například poruchy souhry pohybů, zvýšená únavnost, snížení svalové síly), přidružené choroby (například onemocnění pohybového aparátu) a apraxie (důsledek poškození mozku). Spadají zde i poruchy paměti, které zapříčiní, že klient se není schopen rozhodnout, zda určitou činnost vůbec chce provést, přestože motoricky ji zvládne bez obtíží. Například je schopen si sám vyčistit zuby, ale již si neuvědomuje, že by si je měl vyčistit několikrát denně. Musíme předpokládat, že v průběhu progresu onemocnění se soběstačnost klienta bude neustále zhoršovat (Suchá, 2013, s. 150). Při lehké demenci pacienti nejprve ztrácejí schopnost provádět své profesní činnosti, při středně těžké demenci jsou zasaženy i aktivity běžné denní činnosti a v posledním stádiu demence nejsou schopni vykonávat ani jednoduché zautomatizované činnosti jako například oblékání a hygiena (Kozáková a Bártová, 2012, s. 336). Smičková (2011, s. 391) poukazuje i na nutnost posoudit kognitivní funkce pacienta, které významně ovlivňují schopnost sebepěče klienta a doporučuje využití testu Mini Mental State Examination (MMSE), clock test (test kreslení hodin), Addenbrookský kognitivní test či Montrealský kognitivní test. Tento výrok potvrzují výsledky výzkumného šetření Kozákové a Bártové (2012, s. 336-337), které zjišťovaly vliv kognitivní výkonnosti na soběstačnost seniorů s demencí. Výzkumu se zúčastnilo 106 seniorů nad 65 let žijících v domovech pro seniory. Autorky použily test kognitivních funkcí MMSE a DAD-CZ. Šetření prokázalo významnou korelaci mezi těmito testy: čím je vyšší hodnota DAD-CZ, tím je vyšší skóre MMSE. MMSE ke zhodnocení kognitivních funkcí mohou využít i všeobecné sestry po krátkém proškolení. MMSE posuzuje orientaci, rozsah pozornosti, početní dovednosti, paměť a řeč. MMSE ovšem neobsahuje zhodnocení exekutivních funkcí a také paměť je nedostatečně otestována (Rektorová, 2011, s. 39). MMSE zahrnuje 11 testovacích úloh a pacient může získat maximálně 30 bodů. Jedná se o: orientaci časem (5 bodů), orientaci místem (5 bodů), opakování tří slov (3 body), odčítání 7 od 100 (5 bodů), vybavení tří slov z paměti (3 body), pojmenování 2 předmětů (2 body), opakování věty – jazykolamu (1 bod),

porozumění a provedení pokynu (2 body), porozumění psanému pokynu (1 bod), napsání věty (1 bod) a překreslení obrazce (1 bod). Doba provedení testu kolísá v rozmezí 10-15 minut, u zdravého jedince může být splněn již za 5 minut. Vzhledem k zaměření MMSE na verbální stránku kognitivních funkcí je test ovlivněn věkem, vzděláním i kulturním zázemím pacienta. Hodnocení výsledků MMSE není zcela jednotné. V České republice je za normu považováno rozmezí 27-30 bodů, mírná kognitivní porucha odpovídá výsledku 25-26 bodů, lehká demence 24-18 bodů, středně těžká demence 17-6 bodů a méně než 6 bodů je klasifikováno jako těžká demence. Problém nastává při hodnocení určitých položek, u kterých není zcela jasné, jak je posuzovat a mnozí odborníci tolerují drobné odchylky. Například při hodnocení správnosti odpovědi na datum, někteří jsou shovívaví i při zmýlení se o 1 či 2 dny. Bohužel dosud není přeložen do češtiny manuál k tomuto testu (Štěpánková et al., 2015, s. 57-60).

Hlavní zásadou při péči o demenční seniory je vést je k soběstačnosti. Všeobecná sestra jim musí trpělivě poskytnout návod a přesně popsat jednotlivé kroky sebeobslužných činností, aby je byli schopni samostatně provést. Je nezbytné postiženému demencí dopřát dostatek času na provedení aktivity. Je nutné o této metodě informovat rodinu, aby nedocházelo k mylným závěrům, že personál je neochotný pacientovi pomoci (Holmerová et al., 2005, s. 450). Z uvedeného vyplývá, že přestože postiženému realizace některé činnosti o mnoho déle trvá, neměli bychom mu pomáhat, protože pokud již jednou ztratí schopnost provést určitou činnost, zpravidla se ji znovu nenaučí. Čím je senior starší a trpí více nemocemi, tím je pro něj těžší provádět tyto činnosti. Obzvláště důležité je při péči o klienta zohledňovat jeho individuální preference, zvyklosti, rituály a způsoby jakým jednotlivé aktivity provádí (Suchá, 2013, s. 150). Této metodě říkáme Lifestyle approach takzvaný „návod k pacientovi“, který obsahuje informace o jeho denním režimu, například kdy obvykle stává, jak se obléká a jak provádí hygienu, které činnosti zvládá sám a u kterých potřebuje pomoc. Zda dokáže jíst příborem, lžící nebo pouze rukou. Pokud personál je schopen tyto informace využít, velmi tím jeho soběstačnost a zároveň si i v mnohém usnadní péči. Bohužel často tyto zvyklosti nejsou respektovány a může docházet k neklidnému až agresivnímu chování ze strany klienta (Holmerová et al., 2005, s. 450).

Pro podporu soběstačnosti pacienta je vhodné využít kompenzační pomůcky, které zmírňují následky porušených funkcí. Kompenzační pomůcky můžeme rozdělit na technické pomůcky a prostředky pro zlepšení lokomoce. Mezi technické pomůcky řadíme různé implantáty (například endoprotézy), protézy, brýle, sluchadla a rehabilitační pomůcky. K prostředkům pro zlepšení pohybu patří ortopedické pomůcky (například ortézy stabilizující

klouby), vozíky pro zdravotně postižené mechanické či elektrické, které jsou určeny pro pacienty schopné ovládat své horní končetiny. Pro přemísťování může senior s demencí využít speciální tříkolku, která poskytuje dostatečnou stabilitu. Dále hole a berle s nastavitelnou výškou, které si musí vyzkoušet a naučit se správnou chůzi. Pro pacienty s těžším motorickým postižením můžeme využít chodítka dostupné v různých provedeních – tří či čtyřbodová, nastavitelná, skládací, s kolečky nebo bez koleček. U klientů s diabetem je nezbytné využít speciální ortopedickou obuv a ortopedické vložky (Smičková, 2011, s. 392-393). Lidé s demencí mají problém s užíváním kompenzačních pomůcek, především zda je nepoužívali ještě před propuknutím choroby. Například při chůzi s holemi jim mnohdy spíše překážejí a místo opírání se o ně, je pouze nosí. Pro usnadnění oblékání můžeme použít dlouhé lžice na boty, navlékače ponožek, zapínače knoflíků (Suchá, 2013, s. 150). Při oblékání dbáme na důstojnost pacienta, přestože sám postižený si této problematiky není vědom. Oblečení na noc mu ponecháváme pouze v noci a ve dne ho převlékáme do civilního oblečení (Holmerová, 2013, s. 161). Všeobecná sestra dementního seniora podporuje v samostatnosti a motivuje ho k sebeobslužným činnostem. Měla by při komunikaci používat jednoduché a srozumitelné pokyny, dávat je postupně, aby předešla jeho možnému přetížení. Nesmíme také zapomínat, že senioři se rychleji unaví a proto vhodně dle potřeby jim poskytneme pomoc (Suchá, 2013, s. 150). Je nutné se zaměřit především na běžné každodenní činnosti, které udržují pacientovu soběstačnost a pocit sebedůvěry. Věnujeme se podpoře soběstačnosti při hygieně, samostatném oblékání, přijímání stravy a stolování, přípravě kávy, uklízení nádobí a umývání hrnečku. Tyto základní úkony pacientovi poskytují pocit jistoty (Holmerová, 2013, s. 161). Inkontinenci lze pozitivně ovlivnit opakovaným připomínáním. Cílem není pouze soběstačné využívání WC, ale zároveň předejít úniku moči a stolice. Ošetrovatelský personál by se měl pravidelně pacienta ptát, zda nepocítuje potřebu jít na záchod. Ideálně bychom se měli dotazovat každé dvě hodiny (Tavel, 2009, s. 460).

Demenci řadíme mezi vnitřní příčiny symptomatických pádů u starších osob. Pády postihují 20-30 % starých osob nad 65 let, z toho 20 % pádů vznikne v nemocničním zařízení (Hronovská, 2012, s. 470-471). Proto je nezbytné při přijetí dementního seniora na oddělení provést zhodnocení rizika pádu. Vhodným testem je například diagnostický test Tinettiové, přeložený profesorkou Topinkovou. V první části se hodnotí rovnováha: rovnováha vsedě, po postavení, ve stoji a jejich různé modifikace. Druhá část je zaměřena na chůzi, u které sledujeme iniciaci chůze, délku, výšku a souměrnost kroku, plynulost pohybu, udržení směru chůze a rovnováhu trupu. Celkem může senior získat 28 bodů, pokud výsledek činí méně než

19 bodů, jedná se o pětinasobně zvýšené riziko vzniku pádů (Janečková, 2012, s. 196). Za nejčastější endogenní příčiny považujeme synkopy, ortostatický syndrom (symptomatická ortostatická hypotenze), vetrobrogenní závrať doprovázená poruchou zraku. Mezi exogenní příčiny patří pobyt v koupelně (až 50 % úrazů seniorů), nevhodná obuv (vyšší podpatky, rozvázané tkaničky, bez pevné paty), nebezpečný povrch (kluzká podlaha, koberečky), požití léků a alkoholu. Nejčastějším úrazem při pádu seniorů je zlomenina krčku stehenní kosti, která velmi omezí jejich pohyblivost a soběstačnost (Zimmelová, 2005, s. 96-97). K tomuto úrazu velmi často dochází při nočním neklidu pacienta. Při nácviku sebeobsluhy musíme s těmito pacienty pracovat po kratších úsecích několikrát za den. Vzhledem ke kognitivním poruchám je užitečné zapojit co nejvíce neverbální komunikaci a činnosti nejprve ukázat na sobě a vše neustále opakovat (Suchá, 2013, s. 150). Všichni členové ošetřovatelského týmu by se měli podílet na preventivních opatřeních pádů. Několik opatření by mělo být již zajištěno samotným vybavením daných pracovišť, jako jsou madla na WC, zábradlí na chodbě, bezbariérový přístup, protiskluzová podlaha. Edukujeme klienta o prevenci pádu, poskytneme mu signalizační zařízení k lůžku, provádíme s ním posilování svalů a nácvik postavování po pádu. V neposlední řadě odstraníme mechanické překážky z pokoje a chodby (Zimmelová, 2005, s. 97). Všeobecná sestra by měla kontrolovat stav podlahy, zda nejsou někde rozlité tekutiny či poházeny předměty. Také by si měla ověřit stav kompenzačních pomůcek před jejich použitím, zejména chodítek a holí. Balzer et al. (2012, s. 3-4) upozorňují, že senior by měl mít vždy při pohybu mimo lůžko nasazeny brýle, korigující vady zrakové ostrosti. Dále je možné využít speciální obuv s protiskluzovou podrážkou, která stabilizuje pacientovu chůzi. Poukazují také na výsledky studií zjišťující, že odnětí psychotropních látek u klientů nevede ke snížení výskytu pádů u seniorů. Evidence based analýza Health Quality Ontario (2008, s. 24) prokázala, že užívání potravinových doplňků – vitamínu D a vápníku je účinné proti úbytku kostní hmoty a ztrátě svalové síly, což snižuje výskyt pádů a především zlomenin u seniorů.

2.2 Ošetřovatelské problémy u seniorů s demencí

Senioři s demencí velmi často trpí poruchami chování, ať už bez projevů agresivity nebo s agresivitou. Poruchy chování bez agresivity se nejčastěji projevují jako neklid, úzkost, strhávání pozornosti na svou osobu, výkřiky a odcházení z domova. Mohou také trpět bludy a halucinacemi, přičemž velmi častým bludem je, že jsou okrádáni o peníze, oblečení nebo i peří z peřin. Halucinace bývají nejčastěji vizuální, při kterých senior vidí cizí lidi. Mohou je také trápit poruchy emotivity, osobnosti, ztráta zájmů, iniciativy, motivace, apatie a ztráta

komunikačních dovedností (Jiráček, 2007, s. 296). Větší riziko vzniku poruch chování hrozí u dementních seniorů, kteří trpí poruchami smyslů (hlavně hluchota), pohyblivostí, komunikačními problémy, dehydratací a metabolickými poruchami, pociťující tělesné nepohodlí (například bolest, parestezie), užívající návykové látky či v případě jejich fyzického omezení (kurty, síťová lůžka) (Jiráček, 2011, s. 56). Tyto poruchy se mnohdy nejvíce začnou projevovat až v noci, což velmi ztěžuje personálu péči o klienta, zvláště pokud je na ošetrovací jednotce přítomna pouze všeobecná sestra (Kubešová, 2009, s. 132). Problematické chování bývá způsobeno neuspokojením základních potřeb seniorů s demencí, například potřeby utišit bolest, umýt se, cítit se v bezpečí a být milován. Pacient vlivem kognitivních poruch není schopen vyjádřit své potřeby, a proto jeho chování může být špatně vykládáno. Z tohoto důvodu je nezbytné podporovat jeho soběstačnost, pozitivně jej motivovat a naslouchat mu. Všeobecná sestra může využít techniku pochopení a přijetí pacienta tzv. validaci, při které jej přijímá takového jaký je a pomáhá mu řešit problémy z minulosti, jenž má neuzavřené především v rámci rodinných vztahů. Vše vychází z potřeby být milován, být užitečný a vyslechnut. Ošetrovatelský personál by měl být velmi obezřetný při poukazování na chybná tvrzení klienta zvláště o zemřelých rodinných příslušnících. Další technikou je terapie rozeznávání skrytého významu v komunikaci s pacientem, přestože nám sdělené informace nedávají smysl. Měli bychom se především snažit rozpoznat pocity pacienta a využívat, co nejvíce neverbální komunikaci (úsměv, dotek, pohazení, oční kontakt) (Tavel, 2009, s. 460-462). Prevenci poruch chování představuje pravidelný a strukturovaný režim dne. Program dne by měl být vyplněn smysluplnými činnostmi a zároveň by měl být zachován normální denní rytmus. Personál by se měl snažit dosáhnout toho, aby klient byl dostatečně aktivní přes den a v noci mohl odpočívat (Holmerová, 2013, s. 160). Projevy neklidu u pacienta v cizím prostředí zdravotnického zařízení lze zmírnit pomocí metody Simulated Presence, obzvláště pokud neustále hledá své příbuzné a domov. Technika spočívá v přehrávání video či audiozáznamu rodinného příslušníka, který svým projevem zklidňuje pacienta a dodává mu pocit bezpečí. Lze využít i záznamy z rodinného prostředí zobrazující jejich běžné denní činnosti (Holmerová et al., 2005, s. 450-451).

Deprese se u osob s Alzheimerovou demencí vyskytuje až v 20-50 % (Jiráček, 2007, s. 296). U pacientů v počáteční fázi demence jsou deprese způsobené jejich psychickou odezvou na příznaky choroby, změny v instrumentálních dovednostech a také obavami z budoucnosti a progresí onemocnění (Holmerová, 2011, s. 63). Pacient v tomto stadiu potřebuje citlivý a empatický přístup a také psychickou podporu pro aktivní přístup ke své

nemoci. Preventivní charakter proti depresivním náladám byl prokázán u relaxačních technik a také u canisterapie (Kubešová, 2009, s. 134). Všeobecná sestra pracující v sociálních zařízeních úzce spolupracuje s ergoterapeutem využívající canisterapii a poskytujeme mu dostatečné informace o klientech a pomáhá při komunikaci a manipulaci s pacienty. Cílem canisterapie je minimalizovat sociální a zdravotní znevýhodnění seniorů s demencí a zvýšit kvalitu jejich života. Canisterapie se rozděluje dle zaměření na AAA (Animal Assisted Activities) a AAT (Animal Assisted Therapy) (Hančlová, 2008, s. 9-10). Záměrem AAA je motivace a odpočinek seniora a nejčastěji je poskytována návštěvní formou, při které terapeut se psem dochází do organizace. Oproti tomu AAT je cílená terapeutická činnost na podporu kognitivních funkcí, fyzické zdatnosti, citové a sociální oblasti. Canisterapie trénuje kognitivní funkce (paměť - procvičování jmen ras, písňe o psech, řeč a výslovnost – komunikace se psem a dávání povelů, vzpomínání na psí mazlíčky), procvičuje jemnou motoriku (dávání pamlsků, česání psa, aport, podávání packy), procvičuje hrubou motoriku (procházka se psem, slalom mezi seniory), stimuluje smysly (hlazení a mazlení, štěkot, pohyb a chování psa), navozuje pozitivní emoce (fyzický kontakt či pouze přítomnost psa), zklidňuje a relaxuje, podporuje sebedůvěru a získání pocitu úspěchu a mírní pocity osamělosti a izolace (Mařhová, 2012, s. 133-135).

Velmi častým projevem poruch chování je agrese, se kterou se setkáme u dementních seniorů ve 40-50 % případů. Agresivní projevy jsou verbálního nebo fyzického charakteru. Verbální agrese zahrnuje výkřiky, nadávky, výhrůžky, které jsou určeny konkrétním osobám nebo vůči všem (Brunovský, 2006, s. 66). Často je uslyšíme u klientů, kteří byli upozorněni na poruchy paměti nebo si nemohou něco vybavit. Fyzicky agresivní chování je nejčastěji nasměřováno proti věcem v podobě jejich ničení, například trhání prádla, kopání do dveří a nábytku, rozbíjení věcí. Bohužel fyzicky napadeni jsou nejčastěji ti, kteří s nimi tráví nejvíce času, čili pečovatelé (rodinní nebo profesionální), zdravotnický personál i ostatní pacienti. Fyzická agrese je mnohdy následek nucení pacienta k nějaké činnosti, jako například k hygieně či najezení se (Jiráček, 2011, s. 56). Bužgová a Ivanová (2008, s. 168-172) použily metodu praxe založené na důkazech k nalezení nefarmakologických postupů k prevenci agresivity u seniorů, které mohou být aplikovány i u pacientů s demencí, jedná se o smyslovou stimulaci, strukturované cvičení, psychosociální intervenci a úpravu prostředí. Ze smyslové stimulace je nejúčinnější muzikoterapie a aromaterapie. Muzika může být pouštěna v rámci relaxace například během jídla či hygieny, což dle výzkumů redukuje agresivní projevy klienta. Při aromaterapii je vhodné využití aromatických olejů a lamp.

U klientů s mírnou formou demence lze využít úpravu prostředí, při které se pokoje mohou vyzdobit obrazy či plakáty s domácími a přírodními motivy. Snížení násilných projevů bylo také dosaženo pomocí tzv. tichého týdne. V rámci tohoto týdne se nepouštěla televize ani rádio, odstranily se hlasité rušivé podněty a personál používal tichý hlas. Všeobecné sestry působící v psychiatrických či sociálních zařízeních mohou využít metodu strukturovaného cvičení v podobě procházkové terapie. Večerní procházka na 24 hodin snižuje o 30 % výskyt agresivních projevů u pacientů s těžkou demencí. Jako efektivní psychosociální intervence se ukázala behaviorální terapie, psychoterapie, terapie sociálními kontakty a validační terapie. Léčba sociálními kontakty metodou přehrávání záznamu rodinných příslušníků snížila verbální agresi o 46 %. Jako nejúčinnější psychosociální metoda se ukázala bezprostřední interakce personálu s klientem trvající 30 minut, která o 54 % snížila agresivní chování pacienta. Dementní senioři s poruchami poznávání, spánku, noční zmateností, neklidem, agresi, s bludy a halucinacemi potřebují laskavý, citlivý a ujišťující přístup. Řeč u pacienta s těžkým poškozením kognitivních funkcí není hlavní dorozumivací prostředek a z tohoto důvodu by se mělo využívat co nejvíce mimoslovní komunikace (úsměv, gesta, doteky) a několikrát mu opětovně připomínat, kde se nachází, jaký je čas, rok a roční období. Pokud všechny výše uvedené metody zklidnění selžou, je mnohdy personál donucen jako krajní řešení použít omezovací prostředky. Mezi omezovací prostředky řadíme pobyt na uzavřeném oddělení bez souhlasu pacienta, použití síťového lůžka, umístění v izolační místnosti, připoutání nemocného k lůžku, užití ochranného kabátku a aplikace psychofarmak parenterální cestou bez souhlasu nemocného. Zdravotničtí pracovníci by měli vždy pamatovat na skutečnost, že omezovací prostředky mají zaručit bezpečnost klienta a nikoliv jim ulehčit práci. Aplikaci těchto prostředků indikuje lékař, ale ve výjimečných neodkladných případech je může indikovat i jiný nelékařský zdravotnický pracovník (Dohnalová, 2011, s. 86-87). Použití omezovacích prostředků musí být řádně dokumentováno. Do dokumentace se zapíše kdo, a kdy rozhodl o omezení, druh prostředku, důvod, doba zahájení a ukončení, frekvence kontrol, popis tělesného a duševního stavu pacienta. Všeobecná sestra pravidelně kontroluje klienta v předepsaných intervalech a to nejméně jednou za hodinu. Jakmile se pacient uklidní, je nezbytné mu objasnit důvody použití omezujících prostředků a situace, za kterých v budoucnosti mohou být opětovně použity (Švarc, 2008, s. 245).

Klienty s demencí často také sužují problémy se spánkem. Poruchy spánku negativně působí nejen na samotného pacienta, ale také na jeho pečovatele a mnohdy jsou jedny z příčin přesunutí seniora z domácího prostředí do pečovatelského zařízení. Poruchami spánku

a cirkadiánního rytmu trpí 25-35 % seniorů s demencí. U Alzheimerovy demence je typické zkracování doby spánku, opakované probouzení v noci a předčasné probuzení ráno. V pozdějších stádiích demence klienti hluboce prospí celý den, v noci poté nemohou spát a chodí po bytě. Při léčbě v první řadě musí být nalezena příčina a vyloučeno jiné onemocnění způsobující obtížné spaní, například nesnadné otáčení v lůžku, chronická bolest, gastroezofageální reflux, srdeční selhání či deprese (Rusina a Holmerová, 2014, s. 182). Senioru s demencí můžeme pomoci nefarmakologickými metodami, které jsou efektivnější než farmakologická léčba a mají dlouhodobé výsledky. Dementního seniora a jeho rodinu edukujeme o zásadách spánkové hygieny, které především využijí klienti s lehkou formou demence bydlící v domácím prostředí. Do postele by si měl pacient lehat při pocitu ospalosti, až v okamžiku schopnosti usnout. Během dne by měl maximálně spát 45 minut a pravidelně ve stejnou hodinu si jít lehnout a vstávat (i o víkendech). Hodinu před spaním neprovádět žádné psychicky náročné činnosti a udělat si čas na Worry time, při kterém přemýšlíme během dne nad problémy a hledáme řešení. Případně je možné před spaním tyto skutečnosti zapsat na papír (Kubišová, 2010, s. 336). Po 16. hodině nepít stimulační nápoje jako je káva, zelený a černý čaj či coca-cola. Oproti tomu vhodnou variantou jsou bylinkové čaje podporující spánek nebo teplé mléko. 6 hodin před spaním nepožívat žádný alkohol. Večer jíst lehké a dobře stravitelné pokrmy a neprovádět činnosti vedoucí k psychickému rozrušení. Postel používat pouze ke spaní či sexuální aktivitě, neměli bychom v ní jíst, pít, číst a dívat se na televizi. Pokud nejsme schopni do 20 minut usnout, měli bychom vstát a přemístit se do jiné místnosti, ve které provádíme jakoukoliv klidnou činnost. Do postele opět uleháme pouze s pocitem ospalosti. Tento postup dle potřeby opakujeme několikrát za noc. Podstatné pro pacienta je si uvědomit, že jedna probdělá noc nijak neohroží jeho organismus a únava mu následující den usnadní usnout. Také je doporučováno si vytvořit spánkové rituály, které po určité době asociují spánek (Praško, Závěšická a Ticháčková, 2009, s. 254). Vysvětlíme nevhodnost automatických negativních myšlenek typu „určitě bez léku neusnu“, „zítra budu unavená a znemožním se“, „musím hned usnout nebo ráno nevstanu“. Můžeme využít takzvaný paradoxní záměr, kdy se naopak snažíme aktivně neusnout. Velmi vhodné jsou relaxační techniky snižující fyzické napětí, výskyt vtravých myšlenek a uvolňující svaly celého těla (Kubišová, 2010, s. 336). Nejúčinnější relaxační techniky podporující spánek jsou progresivní relaxace a autogenní trénink. Můžeme doporučit také metodu spánkové restriktce u poruch kontinuity spánku či u nadměrného trávení času v lůžku bez spánku. Metoda spočívá v dvoutýdenním zapisování údajů do spánkového kalendáře s následným vypočítáním aritmetického průměru z počtu hodin spánku v jednotlivých dnech. Průměrná doba spánku

reprezentuje maximální povolený čas v lůžku a stanoví se čas ulehání a vstávání. Nadále je veden spánkový kalendář po dobu 5 dní a poté vyhodnocena spánková efektivita (Praško, Závěšická a Ticháčková, 2009, s. 255).

Hlavním projevem demence u seniorů je porucha kognitivních funkcí. Dochází ke zhoršení paměti, především neschopnosti osvojit si nové poznatky a vybavit si vědomosti již dříve naučené. Dále trpí afázií (poruchou řeči), apraxií (neschopnost vykonávat motorické činnosti i přes nepoškozené pohybové funkce), agnozií (neschopnost rozpoznávat a pojmenovat věci) a poškození výkonných funkcí jako je plánování, organizování a abstrakce (Čechová et al., 2011, s. 176). Kognitivní funkce se s vývojem nemoci postupně zhoršují. V prvních fázích nemoci je zasažena krátkodobá paměť, prostorová orientace a abstraktní myšlení. Při středně těžké demenci pacienti mají problémy se slovní zásobou, logickým myšlením a myšlením v souvislostech. Relativně dlouho je zachována dlouhodobá paměť a to zejména mechanická a autobiografická. Seniori s demencí jsou tedy schopni si vybavit spoustu školních znalostí a faktů, zautomatizované činnosti a vzpomínky na vlastní život (Suchá, 2013, s. 150). Narušení paměti u klienta výrazně ovlivňuje jeho schopnost realizace běžných denních aktivit, bezpečnost, komunikaci a zvyšuje sociální izolaci pacienta, jeho prožívání pocitu osamělosti, neschopnosti a snižuje mu sebeúctu (Tomagová a Bóriková, 2011, s. 320). Pro zlepšení a udržení úrovně poznávacích funkcí můžeme využít kognitivní trénink. Kognitivní funkce se trénují pomocí kvízů, her (puzzle, slovní fotbal), křížovek a prací s novinami a časopisy (Lužný, 2011, s. 313). Pro osoby s demencí je vhodné využít zjednodušené a nesoutěživé hry, doplňování říkanek a slov, skládání obrazců či pexeso pouze s malým počtem kartiček a jednoduchými obrázky (Holmerová et al., 2005, s. 449). Velmi užitečné se také ukázalo použití karet s obrázky na pojmenování nebo zařazování předmětů, také domino s čísly, barvami nebo obrázky. Efektivní metodou pro zlepšení motorické paměti a následnou schopnost provést určitou činnost je označit uložení potřebných předmětů. Například pro schopnost napít se nápoje označíme obrázkem skleničky danou skříňku a ledničku obrázkem nápoje. Každodenní procvičování běžných úkonů výrazně zlepšuje procedurální paměť a snižuje čas nutný k provedení jednotlivých aktivit již po 3 týdnech tréninku. Klientům s lehkou demencí můžeme doporučit vést si zápisník s osobními údaji, který jim napomáhá udržet si povědomí o vlastní osobě. Přestože se doporučuje, aby lidé s demencí měli pravidelný denní režim nezatěžující nadměrně paměť, je velmi přínosné jim nachystat nějaké zpestření jinak obvykle rutinně probíhajících dní. Rodinné příslušníky bychom měli edukovat o faktu, že čím je prožitek bohatší, výraznější a živější, tím jsou

vzpomínky lepší a dlouhodobější. Můžeme jim tedy navrhnout, aby alespoň jednou týdně se seniorem absolvovali nějakou činnost, kterou běžně neprovádějí. Například se může jednat o procházku spojenou s obědem v nezvyklé restauraci, posezení v přírodě a další (Tavel, 2009, s. 457-458). Klienti se středně těžkou formou demence si mohou vytvořit tzv. aktivizační box obsahující různé předměty, jako jsou pohlednice, časopisy, fotografie, zdobené ubrousky a další. Může s nimi provádět jemnou manipulaci a zároveň si i procvičuje paměť (Čunderlíková a Wirth, 2008, s. 41). Všeobecná sestra při své práci s dementními seniory může využít také reminiscenční terapii, která podporuje dlouhodobou paměť seniora, zlepšuje komunikaci a posiluje jeho lidskou důstojnost. Terapie může probíhat jako individuální nebo skupinová a využívají se různé techniky nejčastěji vyprávění starých příběhů a práce s fotografiemi (Holmerová et al., 2005, s. 450). Schopnost seniora si vzpomenout na své vlastní zážitky a zkušenosti, co dělal, kým byl, jakými vztahy si prošel a co se událo v jeho rodině, všechny tyto vzpomínky jsou součástí sebeobrazu seniora a udržují jeho identitu, jako jedinečné bytosti. Můžeme vyzkoušet vyprávění příběhů ze života (life story) a nejlépe i s pomocí fotografií či upomínkových předmětů. Cílem je vzpomínat na příjemné zážitky, vytvořit dobrou atmosféru a především nehodnotit sdělený příběh. U mnohých seniorů s demencí vlivem reminiscenční terapie pozorujeme jejich navázání kontaktu s realitou a zájem o okolní dění, reagují na otázky, jsou aktivnější a působí spokojeně. Speciální technikou reminiscence je životní rekapitulace (life review), při které senior hodnotí svůj život, snaží se pochopit smysluplnost svého bytí a dosáhnout akceptování vlastního života se svými dobrými i špatnými zkušenostmi. Autoři Janečková et al. (2008, s. 20-24) provedli výzkumné šetření zjišťující vliv reminiscenční terapie na zdravotní stav a kvalitu života seniorů žijících v institucích. Výzkumu se zúčastnilo 203 seniorů a 40 % respondentů bylo postiženo demencí. Autoři zjistili díky reminiscenční terapii mírné zlepšení výsledků v testu MMSE a výsledky poukazují na fakt, že čím je demence hlubší, tím je účinek terapie výraznější a zlepšení výraznější. 94 % seniorů vyjádřilo svou spokojenost s reminiscenční terapií.

Veškerý zdravotnický personál by se měl zaměřit na orientaci pacienta v realitě. Orientace v realitě podporuje udržení sociálního a zdravotního statusu, zvyšuje schopnost koncentrace a orientace, snižuje projevy strachu a stresu, předchází poraněním a zlepšuje paměťové schopnosti (Čunderlíková a Wirth, 2008, s. 42-43). Na oddělení by měly být barevně a názorně označeny všechny prostory a místnosti, na nástěnkách vyvěšeno aktuální datum, informace o ročním období, umístěny hodiny s velkým ciferníkem a kalendář.

Na nástěnku mohou být umístěny informace o tom, kdo má svátek, o nadcházejících svátcích a také údaje o daném zařízení (Holmerová et al., 2005, s. 450). Orientaci v realitě napomáhá i přesně strukturovaný den s pravidelně se opakujícími aktivitami v určitou hodinu. Pravidelnost klientům poskytuje pocit jistoty a dané činnosti by měly být prováděny stejným způsobem. Vypracovaný týdenní plán může být k dispozici vyvěšený na nástěnce. Personál nesmí reagovat na dotazy demenčních seniorů netrpělivě a hekticky. Při komunikaci by měl oslovovat pacienta jménem a udržovat oční kontakt (Čunderlíková a Wirth, 2008, s. 43). Pokud je orientace v realitě používána příliš intenzivně a necitlivě, může u klientů vyvolat agitovanost, agresi a úzkost, především pokud je personál upozorňuje na jejich chybné odpovědi a porušenou paměť (Tavel, 2009, s. 457).

Pacienti s demencí mají narušenou schopnost komunikace a nejsou schopni nám sdělit své potřeby. Úkolem personálu je tyto potřeby identifikovat a velmi problematické je rozpoznat prožívání bolesti. S progresí demence a zhoršováním kognitivních funkcí pacienti ztrácí schopnost pomocí slov popsat svou bolest a personál není schopen přesně bolest posoudit (charakter, lokalizaci, úlevovou polohu, intenzitu). Zdravotničtí pracovníci si tedy musejí všimnout nepřímých projevů bolesti, jako je bolestivá reakce při manipulaci s klientem, bolestivé grimasy, naříkání a změny fyziologických funkcí. To, že si klient verbálně nestěžuje na bolest, neznamená, že ji neprožívá. Dle odhadů odborníků se předpokládá, že až u 60 % pacientů s demencí není bolest identifikována (Lužný, 2013, s. 679). Bolest se častěji vyskytuje u těžších forem demence z důvodu postižení regulace funkcí organismu. Zejména se jedná o dyskomfort při přeplněném močovém měchýři, zácpě, sekretu v dýchacích cestách a také nepřírozená poloha, kterou klienti nejsou schopni sami upravit. Pokud není bolest včas rozpoznána a odstraněna, mohou se u nich projevit poruchy chování a personál nepátrající po jejich příčině mnohdy řeší situaci pomocí psychofarmak. Zdravotničtí pracovníci si musejí pečlivě všimnout neverbálních projevů a využít škály k hodnocení bolesti u osob s pokročilou demencí (Holmerová et al., 2009, s. 32). Všeobecná sestra pro zhodnocení bolesti může využít škálu Pain assessment in advanced dementia (PAINAD), která je určena pro pokročilé stavy demence a je přeložena do českého jazyka. Škála posuzuje 5 oblastí (dýchání, svalovou reakci při manipulaci, vokalizaci, mimiku, řeč těla a slovní ticho bolesti). U každé oblasti klient může získat 0-2 body dle jeho reakcí, které jsou u testu podrobně rozepsány. Výsledné hodnocení se odvíjí od množství získaných bodů, 0 bodů = žádná bolest, 10 bodů = silná bolest. Vyplnění škály sestře zabere 1 minutu. Test dosahuje výborné senzitivity (92 %) a specifity (88 %) (Lužný, 2013, s. 680).

Demence, vyšší věk, poruchy vědomí, užívání sedativ, inkontinence a nedostatečná výživa patří k vnitřním příčinám vzniku dekubitů, tudíž demenční senioři jsou zvýšeně ohroženi vznikem dekubitů (Meluzinová et al., 2007, s. 500, 502). Dekubity mohou vzniknout na jakékoliv části těla, ovšem predilekční místa jsou nad kostními výběžky a to nejčastěji nad křížovou kostí. Výskyt dekubitů patří mezi indikátory kvality ošetrovatelské péče a zdravotnický personál ve většině lůžkových zdravotnických zařízení jej monitorují. Odhadovaný výskyt proleženin v České republice se pohybuje okolo 6-12 % (Wojnarová a Jarošová, 2011, s. 397). Přičemž až 60 % dekubitů vznikne v průběhu prvních dvou týdnů hospitalizace a z toho 70 % těchto proleženin postihuje pacienty nad 70 let (Slaninová et al., 2012, s. 33). Všeobecná sestra by měla pravidelně sledovat riziko vzniku dekubitů a k tomu by měla využívat testovací škály. V České republice je již přes 20 let hojně využívána škála Norton, která hodnotí celkové zdraví pacienta, jeho aktivitu, mobilitu, kontinenci a bývá součástí ošetrovatelské dokumentace. Ovšem zahraniční klinické doporučené postupy upřednostňují škálu Braden, která prokázala lepší senzitivitu a specifitu než škála Norton (Wojnarová a Jarošová, 2011, s. 401). Tento fakt potvrzují i výsledky výzkumu Joanna Briggs Institute (2008, s. 2), který uvádí, že Bradenova škála má nejlepší ukazatele validity a reliability. Škála Braden posuzuje šest oblastí: smyslové vnímání, vlhkost, aktivitu, pohyblivost, výživu, tření a stříh. Každá položka má svou stupnici dle rozsahu potíží (1 bod znamená nejzávažnější problém, 4 či 3 značí bezproblémový stav). Maximálně počet bodů je 23, hodnoty rovné či nižší než 18 bodů prezentují riziko vzniku dekubitů (Mandysová et al., 2013, s. 610-611). Při ošetrovatelské péči o klienty s poruchou mobility se musíme zaměřit na preventivní opatření vzniku dekubitů. Základním kamenem prevence je polohování v intervalech 15 minut, maximálně 2 hodin a v noci co 3 hodiny. V nočních hodinách se všeobecná sestra potýká s problémem nedostatku personálu a proto je mnohdy nucena sama pacienta polohovat, což vždy nelze provést netraumaticky. Při polohování si všímáme umístění katétrů, sond a dalších pomůcek, které by mohly vyvíjet tlak na pacientovu kůži. Klienti se zvýšeným rizikem vzniku proleženin by měli být uloženi na lůžko s antidekubitní matrací. Zvýšená poloha horní části těla by u ležících klientů při odpočinku neměla přesahovat 30 stupňů. Ošetrovatelský personál při polohování využívá široké spektrum polohovacích pomůcek, které by měly být voděodolné a paropropustné. Přikládání příliš měkkých pomůcek (například z molitanu) u pacienta způsobuje snížení počtu výzev ke změně polohy (Šeflová a Jančíková, 2010, s. 60-61). Hygienická péče by měla být prováděna šetrně, ideálně vlažnou vodou a s použitím profesionální kosmetiky. Často používanou kosmetikou je výrobek Menalind professional pro namáhanou pokožku určený pro její čištění (modrá řada),

ošetření (žlutá řada) a ochranu (růžová řada). Po provedení toalety pokožku nevysušujeme třením, abychom nezpůsobili vznik mikrotraumat a oděrek (Slaninová et al., 2012, s. 34-35). Joanna Briggs Institute (2007, s. 4) v Best Practice publikoval, že čisticí přípravky bez následného oplachování snižují výskyt dekubitů a suché kůže oproti použití mýdla s vodou. V případě výskytu dekubitů autoři Slaninová et al. (2012, s. 35) radí používat na jejich okolí zinkovou pastu, která vysušuje a současně má protektivní i hojivé účinky. Dalším pilířem prevence dekubitů je dostatečný stav výživy. Nedostatečný stav výživy snižuje odolnost tkání vůči tlaku, úbytkem hmotnosti kostní výčnělky více vyčnívají a vzniká svalová atrofie s následnou horší pohyblivostí klienta. Těmto klientům se navrhuje možnost popíjet komplexní tekutou výživu (například Nutridrink, Cubitan, Diasip, Fresubin, Ressource). Autoři doporučují výrobek Cubitan určený pro podporu hojení dekubitů. Cubitan obsahuje zvýšení množství bílkovin, vitamínu C, E a A a minerálních látek, které napomáhají tvorbě kolagenu a účastní se hojivých procesů.

Významným ošetřovatelským problémem u seniorů s demencí je malnutrice, kterou jsou postiženi v případě nedostatečného příjmu bílkovin (Jurášková, et al., 2007, s. 443). Mezi nečastější příčiny malnutrice u seniorů patří ztráta dentice, u demenčních klientů často způsobena nedostatečnou péčí o dutinu ústní a nenavštěvováním stomatologa. Dále suchost v ústech způsobena dehydratací nebo vedlejším účinkem léčiv (antidepresiva, antipsychotika, anxiolytika), poruchy polykání s rizikem aspirace jídla u pacientů. Také nechutenství se podílí na malnutrici, které je často zapříčiněno gastroezofageálním refluxem. Můžeme provést následující opatření: horní polovina těla je při spánku zvýšená asi o 20 cm, poslední stravu by měl nejpozději klient sníst 3 hodinu před spaním, jíst pravidelně a menší porce, omezit příjem kávy, nepít alkohol, nekouřit a nepodávat potravu způsobující pyrózu. Demence samotná nezpůsobuje snížený příjem potravy, ale demenční senior zapomíná jíst, i když má jídlo nachystané. Výzkumy prokázaly, že až 88 % demenčních pacientů nemá dostatečný kalorický příjem a 37 % z nich nepřijímá potřebné množství proteinů (Kubešová, 2006, s. 118-122). Deprese u klienta také nepříznivým způsobem ovlivňuje příjem potravy a pacienti se stravě vyhýbají záměrně či trpí nechutenstvím (Kubešová a Weber, 2008, s. 66). Důležité je včasné rozpoznání malnutrice, díky kterému můžeme předejít úbytku fyzické i psychické zdatnosti, výskytu dalších onemocnění, úmrtnosti a zhoršení kvality života. Všeobecná sestry v rámci ošetřovatelské anamnézy provádí i nutriční screening, ve kterém se dotazují na množství a druh potravy zkonsumovaný během posledního dne, poté na váhový úbytek v čase, chuť k jídlu a také na zažívací obtíže (bolesti břicha, zvracení, průjem). U demenčních seniorů je

potřeba informace ověřit u pečujících osob a také orientačně můžeme využít informace získané pozorováním (například volné oblečení) (Kozáková a Jarošová, 2010, s. 396). Pro hodnocení stavu výživy máme k dispozici několik škál vhodných pro hodnocení geriatrických pacientů. Můžeme využít Mini nutritional assessment (MNA), který se zaměřuje na 4 okruhy: antropometrické měření (váha, výška, obvod paže a lýtka), celkové hodnocení (soběstačnost, léky, pohyblivost, psychický stav, změny na kůži, přidružená onemocnění), stravovací zvyklosti (počet a druh jídel, množství tekutin, samostatnost při příjmu stravy) a vlastní subjektivní hodnocení zdraví a výživy. Každá položka je bodově ohodnocena a celkově klient může získat 0-29 bodů. 24 a více bodů znamená normální stav výživy, 17-23,5 bodů představuje riziko poruchy výživy a méně než 17 bodů značí malnutrici. Vyplnění testu trvá okolo 15 minut, rychlejším nástrojem je Malnutrition universal screening tool (MUST), který posuzuje 3 oblasti. První je Body mass index (BMI), další je ztráta hmotnosti za posledních 3-6 měsíců a jako poslední se hodnotí vliv akutního onemocnění. Dle kritérií klient za každou odchylku od stanovené normy získává příslušné body, při zisku 0 bodů není ohrožen podvýživou. Autoři Kozáková et al. (2011, s. 180-181) uvádějí, že až 70 % stavů malnutrice není u klientů při přijetí identifikováno, přestože nedostatečný stav výživy prokazatelně prodlužuje délku jejich hospitalizace. Autoři svou studií zjistili, že čím je délka pobytu seniorů v zařízeních dlouhodobé péče delší, tím více se u nich snižuje hodnota BMI. Cílem ošetrovatelské a lékařské péče by mělo být co nejdéle umožnit pacientovi přijímat potravu ústy, jelikož jej motivuje, podporuje jeho soběstačnost a vitalitu. Neuspokojení této základní potřeby může u něj vyvolat depresivní náladu, psychické změny až agrese a také demotivaci (Malá et al., 2011, s. 116). Perorální příjem potravy můžeme podpořit nutričními doplňky (sipping popíjení) (Jurášková, et al., 2007, s. 445). Toto doporučení je v souladu s výsledky výzkumu Joanna Briggs Institute (2007, s. 1-4), který v Best Practice Information Sheets publikoval, že k zlepšení nutričního stavu seniorů dochází při konzumaci perorálních doplňků stravy (doporučení stupně A). Zlepšení příjmu těchto doplňků zajistíme jejich vhodnou teplotou (chlazené podání), dopomocí při otevření balení, požíváním stravy po doušcích a zařazením nápoje do jídelníčku jako druhou večeři. Dle stavu pacienta může být zavedena nasogastrická či nazojejunální sonda. Pro dlouhodobou enterální výživu se vytváří perkutánní endoskopická gastrostomie. Parenterální výživu periferním žilním systémem podáváme pouze na omezenou dobu, jelikož je pacient ohrožen flebitidou (Jurášková, et al., 2007, s. 445). Seniora s demencí musíme podporovat v perorálním příjmu potravy, neboť jídlo mu přináší příjemný zážitek a možnost interakce se svým okolím. U lehčích forem demence dopomůžeme klientům s přesunem ke stolečku či úpravou polohy,

poskytneme jim potřebné pomůcky a dle potřeby jim vhodně poskytneme pomoc při porcování a krmení. Pacientům s těžkou demencí je nutné stravu upravit tak, aby se mohli i sami najíst pouze s pomocí rukou a přitom dbáme na jejich důstojnost a komfort při příjmu potravy. Klienti trpící poruchou polykání musí mít upravenou konzistenci potravy, čili jídlo by mělo být měkké nebo ve formě zahuštěných nápojů. Ovšem stále by mělo vyhovovat jak po chuťové, tak estetické stránce (Holmerová et al., 2013, s. 160-163). Můžeme také dle potřeby nabídnout speciální pomůcky pro jídlo, jako jsou odlehčené a ergonomicky tvarované hrnečky, zahnuté příbory s válcovými držadly pro snazší uchopení, ohrádku na talíř pro lepší nabírání jídla nebo talíř udržující jídlo déle teplé (Suchá, 2013, s. 150). Senioři trpí velmi často dehydratací, na které se podílí také jejich snížený pocit žízně. Geriatrický pacient je citlivý vůči změnám intravaskulárního objemu a z tohoto důvodu je nutné u něj zajistit dostatečný přísun tekutin. Doporučené denní množství tekutin je individuální, ale všeobecná sestra může využít následující doporučení: 1500 ml tekutin + 10 ml na každý kilogram nad 20 kg u pacientů, kteří se neléčí s těžkou formou ischemické choroby srdeční, selháním ledvin či onkologickým onemocněním (Malá et al., 2011, s. 114).

Jednou z možností jak pozitivně ovlivnit všechny výše zmíněné ošetřovatelské problémy je koncept bazální stimulace, který autorka Friedlová (2012, s. 30-31) doporučuje uplatňovat i u osob staršího věku a u dementních pacientů. Tato metoda stimulačně působí na nervové komplexy a podporuje zachování co nejvíce dendritických spojení v mozku. Bazální stimulace napomáhá pochopit styl komunikace pacienta a zvolit pro něj nejvhodnější formu komunikace. Imobilní osoby mají velmi brzy narušeno vnímání vlastního tělesného schématu a somatická stimulace jim napomáhá uvědomovat si své tělo. Všechny prvky somatické stimulace by všeobecná sestra měla začlenit do každodenních základních ošetřovatelských činností, není potřeba vytváření umělých situací pro bazální stimulaci. Tato technika navozuje zklidnění u agresivních klientů, zlepšuje jejich orientaci v prostoru a denní době, aktivizuje je a snižuje riziko vzniku pádu. Nejčastěji je zklidňující nebo povzbuzující somatická stimulace používána při jejich toaletě. Hojně je také využívají masáž stimulační dýchání, kontaktní dýchání, polohování hnízdo, mumie či mikropolohování. Vestibulární stimulace zlepšuje svalové napětí u pacientů s omezenou pohyblivostí a díky této stimulaci jsou poté schopni delší dobu vydržet ve stabilizovaném sedu. Prvky využívané v rámci vestibulární stimulace jsou například jemné pohyby hlavou vleže či vsedě, pohyb ovesného klasu, pohupování pacientem v náručí nebo na zemi s následným použitím houpaček nebo závěsných sítí. Vlivem bazální stimulace se klientům nejen zlepší kognitivní funkce, ale také

lépe spí, upraví se jim zažívání a vyprazdňování, méně se u nich vyskytují záněty dýchacích cest, dekubity a lépe snášejí bolest (Friedlová, 2013, s. 25-27).

2.3 Shrnutí teoretických východisek a jejich význam

Přehledová bakalářská práce měla vytečeny dva cíle, které byly splněny. Prvním cílem bylo předložit dohledané poznatky o poruchách soběstačnosti seniorů s demencí. V počátku nemoci je postižena schopnost provádět složité instrumentální činnosti a s postupnou progresí onemocnění pacient není schopen provádět ani běžné každodenní aktivity a zůstává zcela odkázán na pomoci druhých (Kozáková a Bártová, 2012, s. 336; Smičková, 2011, s. 391). Všeobecná sestra v rámci ošetrovatelské anamnézy posuzuje míru závislosti pacienta na svém okolí a k tomuto jí slouží škály Fuctional Dementia Scale (FDS), Functional activities questionnaire (FAQ) či The Disability Assessment for Dementia (DAD), které řada autorů shledává senzitivnější pro pacienty s demencí než nejčastěji používaný Index Barthelové (Bartoš et al., 2008, s. 39; Bartoš et al., 2009, s. 320-321; Holmerová, Rokosová a Vaňková, 2006, s. 180). Výsledky výzkumného šetření Kozákové a Bártové (2012, s. 336-337) prokázaly vliv kognitivních funkcí na schopnost sebepečce klienta a doporučují hodnotit tyto poznávací funkce testem Mini Mental State Examination (MMSE). Autorka Holmerová ve svých několika publikacích poukazuje na fakt, že zvládnutí základních sebeobslužných činností klientovi přináší pocit uspokojení a jistoty, nabytí sebedůvěry a významně snižuje agresivní a neklidné chování (Holmerová et al., 2005, s. 450; Holmerová, 2013, s. 161; Holmerová, Rokosová a Vaňková, 2006, s. 180-182). Se sníženou soběstačností úzce souvisí i zhoršená pohyblivost, která je rizikovým faktorem vzniku pádu u pacienta. Všeobecná sestra musí být velmi obezřetná při manipulaci s klientem v koupelně, ve které dochází až k 50 % úrazů seniorů (Suchá, 2013, s. 150; Zimmerlová, 2005, s. 96-97). Autorka Janečková (2012, s. 196) pro zhodnocení rizika vzniku pádů u seniorů doporučuje diagnostický test Tinettiové.

Druhým cílem bylo předložit dohledané poznatky o ošetrovatelských problémech u seniorů s demencí. V odborných publikacích byly nejčastěji popisovány problémy s ošetřováním pacientů s poruchami chování, kognitivních funkcí a spánku, dekubity a malnutricí. Poruchy chování vznikají na základě neuspokojení základních potřeb klienta, který není schopen je verbálně vyjádřit a reaguje na tuto situaci depresivní náladou, agresí a neklidem, které se objevují až u 50 % demenčních seniorů (Holmerová, 2011, s. 63; Jiráček, 2007, s. 296; Tavel, 2009, s. 460-462). Autoři se shodují na preventivních postupech předcházející poruchám chování, jedná se o přehrávání audiozáznamu rodinného příslušníka,

strukturovaný režim dne, relaxační techniky, cvičení, psychosociální intervenci, muzikoterapii, aromaterapii a canisterapii (Holmerová, 2013, s. 160; Holmerová et al., 2005, s. 450-451; Jiráček, 2011, s. 56; Kubešová, 2009, s. 13). Autorky Bužgová a Ivanová (2008, s. 168-172) publikovaly zajímavé zjištění, že večerní procházka na 24 hodin snižuje o 30 % výskyt agresivních projevů u pacientů a bezprostřední interakce personálu s klientem trvající 30 minut dokonce o 54 %. Dementní senioři v pokročilých fázích onemocnění nejsou schopni slovně vyjádřit své potřeby, zvláště prožívání bolesti. Pro identifikování bolesti u dementních osob je určena škála Pain assessment in advanced dementia (PAINAD) (Holmerová et al., 2005, s. 449-450; Lužný, 2013, s. 679-680). Poruchami spánku trpí až 35 % dementních seniorů, přičemž všeobecná sestra edukací pacienta a jeho rodiny o spánkové hygieně může významně snížit výskyt tohoto problému (Kubišová, 2010, s. 336; Rusina a Holmerová, 2014, s. 182). Z kognitivních funkcí je nejvíce zasažena paměť a orientace. Řada autorů doporučuje kognitivní trénink a reminiscenční terapii, která nejčastěji využívá metodu práce s osobními fotografiemi a vyprávění vlastních příběhů a zážitků (Holmerová et al., 2005, s. 449; Janečková et al., 2008, s. 20-24; Lužný, 2011, s. 313; Marková et al., 2013, s. 522-523; Tavel, 2009, s. 457-458). Orientaci pacienta v realitě podpoříme jednoduchým označením všech místností a vybavení, nástěnkami s faktografickými údaji a pevným denním řádem (Čunderlíková a Wirth, 2008, s. 42-43; Holmerová et al., 2005, s. 450). Výskyt dekubitů a malnutrice spolu úzce souvisí, jelikož nedostatečný stav výživy je jeden z vnitřních faktorů vzniku proleženin. Pro posouzení rizika vzniku dekubitů autoři doporučují namísto škály Norton škálu Braden, která má větší senzitivitu a specifitu (Mandysová et al., 2013, s. 610-611; Wojnarová a Jarošová, 2011, s. 401; Joanna Briggs Institute, 2008, s. 2). Hlavním pilířem prevence proleženin je polohování, šetrná hygienická péče a manipulace s klientem, používání profesionálních kosmetických přípravků a vhodných polohovacích pomůcek (Slaninová et al., 2012, s. 34-35; Šeflová a Jančíková, 2010, s. 60-61). Malnutrice u dementních seniorů je často následkem neschopnosti se samostatně najíst a obtíží doprovázející přidružené choroby (ztráta dentice, poruchy polykání, gastroezofageální reflex), na které senior s demencí již mnohdy není schopen upozornit. Nízký kalorický příjem byl zjištěn u 88 % pacientů s demencí a je tedy nezbytná včasná identifikace nedostatečného stavu výživy, autorky preferují škály Mini nutritional assessment (MNA) a Malnutrition universal screening tool (MUST) (Kubešová, 2006, s. 118-122; Kozáková et al., 2011, s. 180-181; Kozáková a Jarošová, 2010, s. 396). Poznatky autorů se shodují na významu perorálního příjmu potravy pacientem a jako doplněk doporučují sipping nutričních doplňků stravy (Holmerová et al., 2013, s. 160-163; Jurášková,

et al., 2007, s. 445; Suchá, 2013, s. 150; Joanna Briggs Institute, 2007, s. 1-4). Pro řešení většiny výše zmíněných ošetrovatelských problémů ošetrovatelských problémů u dementních seniorů může být využit koncept bazální stimulace, který je založen na somatické a vestibulární stimulaci (Friedlová, 2012, s. 30-31; Friedlová, 2013, s. 25-27).

ZÁVĚR

Demence postihuje přibližně 5 % obyvatelstva ve věku 65 let a prevalence této choroby se zdvojnásobuje na každých pět let věku jedince. Z těchto údajů vyplývá, že k demenci můžeme přistupovat jako k novodobé neinfekční pandemii (Lužný, 2013, s. 16). Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky (2013, s. 2) na svých webových stránkách zveřejnil, že v roce 2012 bylo v lůžkových zařízeních zaznamenáno celkem 8 669 hospitalizací pro demence. Z těchto statistických dat je zřejmé, že všeobecná sestra se při své práci setkává s těmito klienty velmi často, a proto je hlavním záměrem bakalářské práce poskytnout informace o specifické péči o demenční seniory a možnostmi řešení ošetrovatelských problémů. Bakalářská práce může sloužit také jako základní zdroj poznatků, který všeobecné sestry odkáže na další odbornou literaturu, hodnotící škály a výsledky výzkumných šetření.

Všeobecné sestry by při poskytování ošetrovatelské péče demenčním seniorům měly mít neustále na paměti, že jsou jedinečné lidské bytosti a měly by k nim přistupovat s úctou, respektem a empatií. Mnohé ošetrovatelské problémy jsou následkem nepochopení a nerozpoznání potřeb seniorů s demencí a všeobecné sestry by se měly naučit tyto potřeby identifikovat a k tomuto účelu jim slouží škály specificky zaměřené na tyto klienty. Včasným rozpoznáním a následným uspokojením jejich potřeb předcházíme především vzniku poruch chování, které nejvíce ošetrovatelskému personálu znesnadňují péči a poté mnohdy jediným východiskem je použití omezujících prostředků. Tyto prostředky mohou u seniora ještě zvýšit jeho agitovanost a personál je následně donucen u něj použít farmakologické metody zklidnění, které opět sníží schopnost jeho soběstačnosti a bludný kruh nadále pokračuje. Na základě všech výše předložených poznatků můžeme konstatovat, že na ošetrovatelský personál jsou kladeny vysoké nároky na ošetrování seniorů s demencí. Veškerá poskytovaná ošetrovatelská péče by měla mít za cíl zajistit pacientovi důstojné stárnutí a zachování si povědomí o vlastní bytosti, na které okolí záleží a má své místo na tomto světě. Splnění tohoto cíle je pro všeobecnou sestru nesmírně náročné a musí čelit mnoha překážkám a to i v lidské podobě, které ji od tohoto záměru budou odrazovat. Zaměstnavatelé by měli umožnit všeobecným sestřím pracujícím v zařízeních zaměřených na geriatrické pacienty další vzdělávání v této problematice, především psychologického směru, který nezdědka ustupuje do pozadí medicínsky orientované péči opomíjející duševno pacienta. Vhodným

vzdělávacím kurzem s komplexním pojetím všech problémů se jeví koncept bazální stimulace v České republice propagovaný Kateřinou Friedlovou.

REFEREČNÍ SEZNAM

BALZER, Katrin et al. Falls prevention for the elderly. *GMS Health Technology Assessment* [online]. 2012, vol. 8, no. 2012, s. 1-18 [cit. 2015-04-11]. ISSN 1861-8863. DOI: 10.3205/hta000099. Dostupné z:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3334922/pdf/HTA-08-01.pdf>

BARTOŠ, Aleš et al. Dotazník funkčního stavu FAQ-CZ - Česká verze pro zhodnocení každodenních aktivit pacientů s Alzheimerovou nemocí. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2008, roč. 9, č. 1, s. 38-40 [cit. 2015-03-20]. ISSN 1803-5272. Dostupné z:

<http://www.solen.sk/pdf/08caede64d2ef1c55ae803cac124f31d.pdf>

BARTOŠ, Aleš et al. Dotazník soběstačnosti DAD-CZ – česká verze pro hodnocení každodenních aktivit pacientů s Alzheimerovou nemocí. *Neurologie pro praxi* [online]. 2009, č. 5, s. 320–323 [cit. 2015-04-07]. ISSN 1803-5280. Dostupné z:

<http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2009/05/12.pdf>

BÓRIKOVÁ, Ivana. Posudzovanie aktivít denného života. *Ošetrovatelství a porodní asistence* [online]. 2010, roč. 1, č. 1, s. 24-30 [cit. 2015-04-07]. ISSN 1804-2740. Dostupné z: http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2010-01/4_borikova.pdf

BRUNOVSKÝ, Martin. Poruchy chování u demencí. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2006, č. 2, s. 66-69 [cit. 2015-04-12]. ISSN 1803-5272. Dostupné z:

<http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2006/02/03.pdf>

BUŽGOVÁ, Radka a Kateřina IVANOVÁ. Využití nefarmakologických metod pro prevenci agresivity u seniorů v institucionální péči. *Prevence úrazů, otrav a násilí* [online]. 2008, no. 2, s. 167-174 [cit. 2015-04-12]. ISSN 1804-7858. Dostupné z: [http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/prevence-urazu-otrav-a-](http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/prevence-urazu-otrav-a-nasili/administrace/clankyfile/20120328122031315276.pdf)

[nasili/administrace/clankyfile/20120328122031315276.pdf](http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/prevence-urazu-otrav-a-nasili/administrace/clankyfile/20120328122031315276.pdf)

ČECHOVÁ, Linda et al. Alzheimerova nemoc a mírná kognitivní porucha:diagnostika a léčba. *Neurologie pro praxi* [online]. 2011, roč. 12, č. 3, s. 175-180 [cit. 2015-04-17]. ISSN 1803-5280. Dostupné z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2011/03/08.pdf>

ČUNDERLÍKOVÁ, Mária a Mária WIRTH. Komplexná starostlivosť o ľudí s Alzheimerovou chorobou v centre Memory n.o. *Geriatría* [online]. 2008, č. 1, s. 37-45 [cit. 2015-04-18]. ISSN 1335-1850. Dostupné z: <http://www.geriatría.sk/files/Geriatría20081.pdf#page=19>

DOHNALOVÁ, Hana. Problematika užívání omezovacích prostředků ve zdravotnických zařízeních a v ústavech poskytujících sociální služby. *Medicína pro praxi* [online]. 2011, roč. 8, č. 2, s. 86-88 [cit. 2015-04-12]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2011/02/10.pdf>

FRIEDLOVÁ, Kateřina. Co přináší aplikace konceptu Bazální stimulace do přímé péče u poskytovatelů zdravotní péče a sociálních služeb. *Diagnóza v ošetrovatelství*, 2013, vol. IX. č. 3, s. 25 – 27. ISSN 1801-1349.

FRIEDLOVÁ, Kateřina. Koncept Bazální stimulace a jeho uplatnění. *Diagnóza v ošetrovatelství*, 2012, vol. VIII., č. 2, s. 30 – 31. ISSN 1801-1349.

HANČLOVÁ, Svatava. Canisterapie z pohledu terapeuta. *Kontakt* [online]. 2008, vol. X, no. 2supplement, s. 9-10 [cit. 2015-04-18]. ISSN 1804-7122. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120506172235552439.pdf>

HEALTH QUALITY ONTARIO. Prevention of Falls and Fall-Related Injuries in Community-Dwelling Seniors: An Evidence-Based Analysis. *Ontario Health Technology Assessment Series*. [online]. 2008, vol. 8, no. 2, s. 1-78 [cit. 2015-04-11]. ISSN 1915-7398. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3377567/pdf/ohtas-08-78.pdf>

HOLMEROVÁ, Iva et al. Bolest - podceněný problém v péči o pacienty s demencí. *Česká geriatrická revue* [online]. 2009, roč. 7, č. 1, s. 31-35 [cit. 2015-04-18]. ISSN 1214-0732. Dostupné z: http://www.geriatrickarevue.cz/pdf/gr_09_01_06.pdf

HOLMEROVÁ, Iva et al. Deprese u pacientů s demencí. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2011, roč. 12, č. 2, s. 62-64 [cit. 2015-04-11]. ISSN 1803-5272. Dostupné z: http://www.cello-ic.cz/wp-content/uploads/2012/03/Deprese_u_pacient%C5%AF_s_demenc%C3%AD.pdf

HOLMEROVÁ, Iva et al. Nefarmakologické přístupy v terapii Alzheimerovy demence, praktické aspekty péče o postižené. *Interní medicína pro praxi* [online]. 2005, č. 10, s. 449-

453 [cit. 2015-04-10]. ISSN 1803-5256. Dostupné z: <http://www.solen.cz/pdfs/int/2005/10/08.pdf>

HOLMEROVÁ, Iva et al. Strategie České alzheimerovské společnosti P-PA-IA: Péče a podpora lidem postiženým syndromem demence. *Geriatric a Gerontologie* [online]. 2013, roč. 2, č. 3 [cit. 2015-04-10]. ISSN 1805-4684. Dostupné z: <http://www.cello-ilc.cz/wp-content/uploads/2013/11/paja.pdf>

HOLMEROVÁ, Iva, Martina ROKOSOVÁ a Hana VAŇKOVÁ. Pohled na pacienta vyššího věku. *Medicína pro praxi* [online]. 2006, č. 4, s. 180-183 [cit. 2015-02-17]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <http://solen.cz/pdfs/med/2006/04/07.pdf>

HRONOVSKÁ, Lenka. Závratě, instabilita a pády ve stáří. *Interní medicína pro praxi* [online]. 2012, roč. 14, č. 12, s. 470-472 [cit. 2015-06-11]. ISSN 1803-5256. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2012/12/06.pdf>

JANEČKOVÁ, Brigita et al. Rovnováha a pády jako ošetrovatelský problém: (Průběžná zpráva o terénním šetření). *Prevence úrazů, otrav a násilí* [online]. 2012, roč. 8, č. 2, s. 195-206 [cit. 2015-04-11]. ISSN 1804-7858. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/prevence-urazu-otrav-a-nasili/administrace/clankyfile/20130118110118785474.pdf>

JANEČKOVÁ, Hana et al. Reminiscenční terapie a výzkum jejího efektu na kvalitu života seniorů v institucionální péči. *Geriatrics* [online]. 2008, č. 1, s. 19-27 [cit. 2015-04-18]. ISSN 1335-1850. Dostupné z: <http://www.geriatrics.sk/files/Geriatrics20081.pdf#page=19>

JEDLINSKÁ, Martina et al. Problematika péče o pacienty se syndromem demence. *Aktuální otázky sociální Politiky- teorie a praxe* [online]. 2013, vol. 7 issue 2, s. 17-29 [cit. 2015-04-18]. ISSN 1804-9109. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edb&AN=93625174&site=eds-live&authtype=ip.shib&custid=s7108593>

JIRÁK, Roman. Poruchy chování a nálady u demencí. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2011, roč. 12, č. 2, s. 56-60 [cit. 2015-04-12]. ISSN 1803-5272. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2011/02/03.pdf>

JIRÁK, Roman. Poruchy chování u pacientů s Alzheimerovou chorobou. *Neurologie pro praxi* [online]. 2007, roč. 8, č. 5, s. 295-298 [cit. 2015-04-11]. ISSN 1803-5280. Dostupné z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2007/05/09.pdf>

JOANNA BRIGGS INSTITUTE. Lokální péče o kůži v zařízeních pro seniory. *Best Practice* [online]. 2007, roč. 11, č. 3, s. 1-7 [cit. 2015-06-12]. ISSN 1329-1874. Dostupné z: www.upol.cz/fileadmin/user_upload/FZV/download/./11_3_2007.pdf

JOANNA BRIGGS INSTITUTE. Dekubity – prevence poškození tlakem. *Best Practice* [online]. 2008, roč. 12, č. 2, s. 1-6 [cit. 2015-06-12]. ISSN 1329-1874. Dostupné z: www.upol.cz/fileadmin/user_upload/FZV/download/./12_2_2008.pdf

JOANNA BRIGGS INSTITUTE. Účinnost intervencí pro podvyživené seniory v nemocničním prostředí. *Best Practice* [online]. 2007, roč. 11, č. 2, s. 1-5 [cit. 2015-06-12]. ISSN 1329-1874. Dostupné z: www.upol.cz/fileadmin/user_upload/FZV/download/./11_2_2007.pdf

JURÁŠKOVÁ, Božena et al. Poruchy výživy ve stáří. *Medicína pro praxi* [online]. 2007, roč. 4, č. 11, s. 443–446 [cit. 2015-04-19]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2007/11/02.pdf>

KAŠPÁRKOVÁ, Jana. Plány Alzheimer – potřeba, nutnost nebo zbytečný přepych?. *Geriatric a Gerontologie* [online]. 2013, č. 3, s. 154-156 [cit. 2015-01-15]. Dostupné z: <http://www.cello-ilc.cz/wp-content/uploads/2013/11/plany-Alzheimer.pdf>

KOZÁKOVÁ, Radka a Darja JAROŠOVÁ. Metody hodnocení stavu výživy seniorů. *Medicína pro praxi* [online]. 2010, roč. 7, č. 10, s.396–397 [cit. 2015-04-19]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2010/08/12.pdf>

KOZÁKOVÁ, Radka a Lucie BÁRTOVÁ. Vliv kognitivní výkonnosti na soběstačnost seniorů s demencí. *Ošetrovatelství a porodní asistence* [online]. 2012, roč. 3, č. 1, s. 335-339 [cit. 2015-04-07]. ISSN 1804-2740. Dostupné z: http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/201201/2_kozakova_bartova.pdf

KOZÁKOVÁ, Radka et al. Hodnocení stavu výživy pacientů v zařízeních dlouhodobé péče. *Ošetrovatelství a porodní asistence* [online]. 2011, roč. 2, č. 1, s. 179-183 [cit. 2015-04-19]. ISSN 1804-2740. Dostupné z: http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2011-01/6_kozakova_kroulikova_jarsova.pdf

KUBEŠOVÁ, Hana a Pavel WEBER. Poruchy příjmu potravy ve stáří. *Interní medicína* [online]. 2008, roč. 10, č. 1, s. 64–68 [cit. 2015-04-19]. ISSN 1803-5256. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2008/02/06.pdf>

KUBEŠOVÁ, Hana et al. Výživa ve stáří. *Medicína pro praxi* [online]. 2006, č. 3, s. 118–123 [cit. 2015-04-19]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2006/03/04.pdf>

KUBEŠOVÁ, Hana. Možnosti ovlivnění poruch chování ve stáří. *Česká geriatrická revue* [online]. 2009, roč. 7, č. 3-4, s. 131-137 [cit. 2015-04-11]. ISSN 1214-0732. Dostupné z: http://www.geriatrickarevue.cz/pdf/gr_09_03_06.pdf

KUBIŠOVÁ, Jana. Doporučené postupy v péči o chronické pacienty – poradenství při nespavosti. *Medicína pro praxi* [online]. 2010, roč. 7, č. 8 a 9, s. 335–341 [cit. 2015-05-08]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2010/07/09.pdf>

KUČEROVÁ, Helena. Demence – etiopatogenetické faktory v praxi. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2007, roč. 8, č. 1, s. 35-37 [cit. 2015-01-04]. ISSN 1803-5272. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2007/01/09.pdf>

LUŽNÝ, Jan. Diagnostikujeme správně a včas demenci?. *Cognitive Remediation Journal* [online]. 2013, s. 16-25 [cit. 2015-01-04]. ISSN 1805-7225. Dostupné z: http://cdzjesenik.cz/journal/01_13c.pdf

LUŽNÝ, Jan. Hodnocení bolesti u klientů se středně těžkou a těžkou demencí. *Ošetrovatelství a porodní asistence* [online]. 2013, roč. 4, č. 4, s. 678-683 [cit. 2015-04-18]. ISSN 1804-2740. Dostupné z: http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2013-04/5_luzny.pdf

LUŽNÝ, Jan. Nefarmakologické ovlivnění kognitivních funkcí u klientů s demencí. *Ošetrovatelství a porodní asistence* [online]. 2011, roč. 2, č. 4, s. 312-318 [cit. 2015-04-18]. ISSN 1804-2740. Dostupné z: http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2011-04/5_luzny.pdf

MALÁ, Eva et al. Výživa ve stáří. *Interní medicína* [online]. 2011, roč. 13, č. 3, s. 111-116 [cit. 2015-04-19]. ISSN 1803-5256. Dostupné z: <http://www.internimedcina.cz/pdfs/int/2011/03/04.pdf>

MANDYSOVÁ, Petra et al. Využití škály Bradenové pro predikci rizika vzniku dekubitů: inter-rater reliabilita. *Ošetrovatelství a porodní asistence* [online]. 2013, roč. 4, č. 3, s. 609-613 [cit. 2015-04-19]. ISSN 1804-2740. Dostupné z: http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2013-03/2_mandysova_kol.pdf

MAŤHOVÁ, Lenka. Canisterapie u seniorů s demencí. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2012, roč. 13, č. 3, s. 133-135 [cit. 2015-04-18]. ISSN 1803-5272. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2012/03/10.pdf>

MELUZÍNOVÁ, Hana et al. Dekubitus-komplexní pohled geriatra. *Interní medicína pro praxi* [online]. 2007, roč. 9, č. 11, s. 499-506 [cit. 2015-06-12]. Dostupné z: <http://www.internimedcina.cz/pdfs/int/2007/11/06.pdf>

MOTLOVÁ, Lenka. Autonomie, nezávislost a uspokojování potřeb osob vyššího věku. *Kontakt* [online]. 2007, no. 2, s. 343-352 [cit. 2015-04-07]. ISSN 1804-7122. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120329181826063622.pdf>

PRAŠKO, Ján, Lucie ZÁVĚŠICKÁ a Anežka TICHÁČKOVÁ. Léčba primární insomnie z pohledu psychiatra. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2009, roč. 10, č. 6, s. 250-256 [cit. 2015-06-11]. Dostupné z: <http://www.solen.cz/pdfs/psy/2009/06/02.pdf>

PRINCE, Martin et al. The global prevalence of dementia: A systematic review and metaanalysis. *Alzheimer's & Dementia: The Journal of the Alzheimer's Association* [online]. 2013, Volume 9, Issue 1, 63 - 75 [cit. 2015-01-28]. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jalz.2012.11.007>. Dostupné z: <http://www.alzheimersanddementia.com/article/S1552-5260%2812%2902531-9/pdf>

REKTOROVÁ, Irena. Screeningové škály pro hodnocení demence. *Neurologie pro praxi* [online]. 2011, roč. 12, č. Suppl. G, s. 37–45 [cit. 2015-04-03]. ISSN 1803-5280. Dostupné z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2011/92/11.pdf>

RUSINA, Robert a Iva HOLMEROVÁ. Poruchy spánku a nočního chování u Alzheimerovy nemoci a dalších demencí. *Neurologie pro praxi* [online]. 2014, roč. 15, č. 4, s. 182–185 [cit. 2015-05-08]. ISSN 1803-5280. Dostupné z: <http://www.solen.cz/pdfs/neu/2014/04/04.pdf>

Senioři v ČR - 2014. *Český statistický úřad* [online]. 31.12.2014 [cit. 2015-04-02]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/seniori-v-cr-2014-2gala5x0fg>

SLANINOVÁ, Irena et al. Prostředky k prevenci a léčbě dekubitů pohledem farmaceuta. *Dermatologie pro praxi* [online]. 2012, roč. 6, č. 1, s. 33-39 [cit. 2015-04-19]. ISSN 1803-5337. Dostupné z: <http://www.dermatologiepropraxi.cz/pdfs/der/2012/01/09.pdf>

SMIČKOVÁ, Eva. Možnosti identifikace poruch sebezpečí u seniorů a jejich kompenzace. *Medicína pro praxi* [online]. 2011, roč. 8, č. 9, s. 391-393 [cit. 2015-04-07]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2011/09/10.pdf>

SUCHÁ, Jitka. Ergoterapie v péči o pacienty s demencí a na geriatrickém pracovišti. *Geriatric a Gerontologie* [online]. 2013, č. 3, s. 149–151 [cit. 2015-04-07]. ISSN 1805-4684. Dostupné z: <http://www.cello-ilc.cz/wp-content/uploads/2013/11/ergoterapie.pdf>

ŠEFLOVÁ, Lenka a Gabriela JANČÍKOVÁ. Postupy v prevenci a léčbě dekubitů. *Medicína pro praxi* [online]. 2010, Léčba ran a péče o pokožku - supplementum, s. 56-67 [cit. 2015-04-19]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2010/88/07.pdf>

ŠTĚPÁNKOVÁ, Hana et al. Mini-Mental State Examination - česká normativní studie. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*. 2015, č. 1, s. 57-63. ISSN 1210-7859.

ŠVARC, Jiří. Omezující prostředky v psychiatrii. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2008, roč. 9, č. 5, s. 243-245 [cit. 2015-04-12]. ISSN 1803-5272. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2008/05/12.pdf>

TAVEL, Peter. Nefarmakologické přístupy k pacientům trpícím demencí. *Československá psychologie*. 2009, roč. LIII, č. 5, s. 455-467. ISSN 0009-062X.

TOMAGOVÁ, Martina a Ivana BÓRIKOVÁ. Validácia ošetrovateľskej diagnózy Narušená pamäť v podmienkach českej a slovenskej klinickej praxe. *Ošetrovatelství a porodní asistence* [online]. 2011, roč. 2, č. 4, s. 319-324 [cit. 2015-04-18]. ISSN 1804-2740. Dostupné z: http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2011-04/6_tomagova_borikova.pdf

WOJNAROVÁ, Dorota a Darja JAROŠOVÁ. Analýza vybraných klinických doporučených postupů a standardů péče o dekubity. *Kontakt* [online]. 2011, vol. 13, no. 4, s. 396-403 [cit. 2015-04-19]. ISSN 1804-7122. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/clanky/4~2011/949-analyza-vybranych-klinicky-doporučených-postupu-a-standardu-pece-o-dekubity>

WORLD HEALTH ORGANIZATION AND ALZHEIMER'S DISEASE INTERNATIONAL. *Dementia: a public health priority* [online]. 2012, 112 s. [cit. 2015-01-15]. ISBN 978 92 4 156445 8. Dostupné z: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75263/1/9789241564458_eng.pdf?ua=1

Zdravotnická statistika: Péče o pacienty léčené pro demence v ambulantních a lůžkových zařízeních ČR v letech 2008–2012. *Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky* [online]. 2013 [cit. 2015-05-09]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/zdravotnicka-statistika/demence>

ZIMMELOVÁ, Petra. Úrazy seniorů - prevence a příčiny. *Prevence úrazů, otrav a násilí* [online]. 2005, č. 2, s. 96-99 [cit. 2015-04-11]. ISSN 1804-7858. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/prevence-urazu-otrav-a-nasili/clanky/2~2005/82-urazy-senioru-prevence-a-priciny>

ZVĚŘINOVÁ, Martina. Alzheimerova demence a zátěž pečovatele. *Česká a slovenská psychiatrie* [online]. 2010, roč. 106, č. 5, s. 307-309 [cit. 2015-02-06]. ISSN 1212-0383. Dostupné z: http://www.cspsiatry.cz/dwnld/CSP_2010_5_307_309.pdf

SEZNAM ZKRATEK

AAA	Animal Assisted Activities
AAT	Animal Assisted Therapy
ADL	Activities of daily living
BMI	Body mass index
DAD	The Disability Assessment for Dementia
FAQ	Functional activities questionnaire
FDS	Fuctional Dementia Scale
IADL	Instrumental activities of daily living
MMSE	Mini Mental State Examination
MNA	Mini nutritional assessment
MUST	Malnutrition universal screening tool
PAINAD	Pain assessment in advanced dementia