



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

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

**Přístup sester k pacientům s demencí na  
standardních odděleních**

## **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Studijní program:

**VŠEOBECNÉ OŠETŘOVATELSTVÍ**

**Autor:** Nina van Horik

**Vedoucí práce:** Mgr. Jiří Kaas, Ph.D.

České Budějovice 2024

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Přístup sester k pacientům s demencí na standardních odděleních*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne

Podpis:

### **Poděkování**

Touto cestou bych chtěla poděkovat vedoucímu práce Mgr. Jiřímu Kaasovi, Ph.D. za jeho ochotu, trpělivost, motivaci, věnovaný čas a cenné rady a připomínky, které mi během psaní této bakalářské práce poskytoval. Poděkování také patří všem respondentům, kteří se zúčastnili výzkumného šetření. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat své rodině za obrovskou podporu.

# **Přístup sester k pacientům s demencí na standardních odděleních**

## **Abstrakt**

Tato bakalářská práce se zaměřuje na přístupy sester k pacientům s demencí na standardních odděleních. Práce se skládá z teoretické a empirické části. Teoretická část obsahuje vymezení pojmu demence, rozlišení jednotlivých druhů a stádií, rozlišení symptomů, farmakologickou a nefarmakologickou terapií. Dále se věnuje komunikaci s pacienty s demencí, postoji k nim a v neposlední řadě také problémovým chování, které se projevuje u daného onemocnění.

V empirické části práce bylo cílem zjistit přístupy všeobecných sester k pacientům s demencí, faktory, které mohou ovlivnit jejich přístup, a následně přístupy sester mezi sebou porovnat.

K provedení výzkumného šetření byla zvolena kvantitativní metoda pomocí nestandardizovaného dotazníku. Dotazník sloužil ke zkoumání přístupu sester k pacientům s demencí a dále sloužil ke zjištění informovanosti sester o specifických a moderních metodách používaných v péči o pacienty s demencí. Odpovědi respondentů ze čtyř druhů standardních oddělení byly poté statisticky analyzovány.

Z výsledků je patrné, že délka praxe ani jejich nejvýše dosažené vzdělání neovlivňuje přístup sester k pacientům s demencí, co naopak ovlivňuje jejich přístup, je druh oddělení. Dále bylo zjištěno, že využívání moderních metod nezáleží na vzdělání sester, ale opět na druhu oddělení.

Výsledky šetření poukazují na rozdílné přístupy sester k pacientům s demencí a jaké faktory mohou přístup ovlivnit. Výsledky práce mohou sloužit k vytvoření semináře k informování o moderních metodách v péči o pacienty s demencí a jak by se s nimi mělo komunikovat a zacházet.

## **Klíčová slova**

Demence, sestra, přístup, pacient, komunikace, standardní oddělení

# **Nurses approach to patients with dementia in general hospital wards**

## **Abstract**

This bachelor thesis focuses on the approach of nurses to patients with dementia in standard wards. The thesis consists of a theoretical and an empirical part. The theoretical part contains the definition of the term dementia, distinction of individual types and stages, distinction of symptoms, pharmacologic and non-pharmacologic therapy. Furthermore, it deals with communication and attitudes towards patients with dementia and problematic behaviour stemming from the disease.

In the empirical part of the thesis, the aim was to identify general nurses' approaches to patients with dementia, the factors that may influence their approach, and then compare approaches of nurses with each other.

A quantitative method using a non-standardised questionnaire was chosen to conduct the research. The questionnaire was used to examine the approach of nurses to patients with dementia and to their awareness of specific and modern methods used in the care of patients with dementia. The responses of respondents from four types of standard wards were then statistically analysed.

The results show that neither the length of practice nor the highest educational attainment affects the approach of nurses to patients with dementia, on the contrary, what affects their approach is the type of ward. It was also found that the use of modern methods does not depend on the education of the nurses, but again on the type of ward.

The results of the investigation highlight the divergent approaches of nurses to patients with dementia and what factors may influence the approach. The result of the thesis can be used to develop a seminar to inform about modern methods in the care of patients with dementia and how to communicate and treat the patients.

## **Key words**

Dementia, nurse, approach, patient, communication, standard ward

## Obsah

<b>ÚVOD</b> .....	<b>7</b>
<b>1 SOUČASNÝ STAV</b> .....	<b>8</b>
1.1 VYMEZENÍ POJMU DEMENCE .....	8
1.2 KLASIFIKACE DEMENCÍ .....	8
1.2.1 Alzheimerova choroba .....	9
1.2.2 Vaskulární demence .....	9
1.2.3 Demence s Lewyho tělísky .....	10
1.2.4 Frontotemporální demence .....	10
1.3 PŘÍZNAKY DEMENCE .....	11
1.3.1 Postižení kognitivních funkcí .....	11
1.3.2 Postižení každodenních aktivit .....	12
1.3.3 Psychologické příznaky .....	13
1.3.4 Behaviorální příznaky .....	13
1.4 DIAGNOSTIKA DEMENCE .....	14
1.5 MĚŘICÍ NÁSTROJE A HODNOTÍCÍ TECHNIKY .....	14
1.6 STÁDIA DEMENCE .....	17
1.7 TERAPIE .....	18
1.7.1 Farmakologická léčba .....	18
1.7.2 Nefarmakologická léčba .....	19
1.8 KOMUNIKACE .....	21
1.8.1 Komunikace ve zdravotnictví .....	22
1.8.2 Obecné zásady komunikace s pacienty s demencí .....	22
1.8.3 Problémové postoje a chování pacientů s demencí .....	24
<b>2 CÍL A HYPOTÉZY</b> .....	<b>26</b>
2.1 CÍL PRÁCE .....	26
2.2 HYPOTÉZY .....	26
2.3 OPERACIONALIZACE POJMŮ .....	26
<b>3 METODIKA</b> .....	<b>28</b>
3.1 METODIKA VÝZKUMU A TECHNIKA SBĚRU DAT .....	28
3.2 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU .....	28
<b>4 VÝSLEDKY</b> .....	<b>29</b>
4.1 GRAFICKÉ VYHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ .....	29
4.2 STATISTICKÉ TESTOVÁNÍ HYPOTÉZ .....	48
<b>5 DISKUZE</b> .....	<b>53</b>
<b>6 ZÁVĚR</b> .....	<b>59</b>
<b>7 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</b> .....	<b>60</b>
<b>8 SEZNAM PŘÍLOH</b> .....	<b>68</b>
<b>9 SEZNAM ZKRATEK</b> .....	<b>78</b>

## Úvod

Současným demografickým trendem ve světě se počet obyvatel starších šedesáti let zvyšuje a tím se zvyšuje i incidence demence. Podle Ministerstva zdravotnictví (2023) celosvětově trpí zhruba 55 miliónů pacientů demencí a předpokládá se, že počet bude za pár let téměř jednou tolik. S pacienty s demencí se setkává každý zdravotník na každém oddělení. Péče o tyto pacienty má svá specifika a není vždy jednoduchá.

Téma mé bakalářské práce „Přístup sester k pacientům s demencí na standardních odděleních“ jsem si vybrala právě z důvodů zvyšující se incidence a zajímala jsem se o názory a informovanosti sester poskytující péči pacientům s demencí na odděleních, kde je nejvyšší pravděpodobnost se s nimi setkat.

Tato práce se skládá ze dvou částí, z části teoretické a z části výzkumné. Teoretická část by měla přiblížit pojem demence, jak se může projevovat a rozlišení druhů, popisuje možnosti diagnostiky a léčby, kdy jsou zmíněné moderní metody v péči o pacienty s demencí. Dále se v teoretické části objevují i jednotlivé zásady při komunikaci s pacienty s demencí a jak zacházet s problémovým chováním, které se u demence často vyskytuje. Výzkumná část obsahuje výsledky výzkumného šetření, kdy jsem zkoumala přístup sester k pacientům s demencí a jak jsou informovány o moderních a specifických metodách v péči o tyto pacienty.

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit jaký přístup k pacientům s demencí sestry mají, jaké faktory by jejich přístup mohl ovlivnit a následně je porovnat.

# 1 SOUČASNÝ STAV

## 1.1 Vymezení pojmu demence

Pidrman (2007) popisuje demenci jako syndrom, který je zapříčiněn onemocněním mozku a je převážně chronického či progresivního charakteru. Výskyt tohoto onemocnění roste s věkem a maxima dosáhne ve stáří. Při tomto onemocnění není porušeno vědomí, ale dochází k narušení vyšších korových funkcí, včetně paměti, myšlení, orientace, schopnosti řeči, učení a úsudku. Pokles již uvedených funkcí je doprovázen, a někdy mu i předchází snížená kontrola emocí, sociálního chování nebo motivace. Lze ji tedy chápat jako získanou poruchu kognitivních funkcí, kdy je porucha natolik závažná, že má zásadní vliv nejen na každodenní život pacienta, ale i na další funkce. Tudíž je možné stanovit diagnózu demence na základě klinického obrazu, pomocí (neuro) psychiatrických a psychologických vyšetření. Autoři Shaji et al. (2018) definují demenci jako dynamickou formu poruchy způsobující organické, sociální, klinické a finanční komplikace. A Seidl (2008) popisuje demenci jako onemocnění, kdy je organicky podmíněný ireverzibilní pokles intelektu, které je doprovázené poruchami chování a změnami osobnosti.

## 1.2 Klasifikace demencí

Dle Jiráka (2009) vede ke vzniku demence více než 60 chorob, z nichž některé vyústí v demenci. Demenci lze rozdělit do dvou skupin dle příčiny. První skupinou jsou demence, které jsou na podkladě atroficko-degenerativního procesu mozku. Do druhé skupiny se řadí demence symptomatické neboli sekundární, vznikají na podkladě celkových onemocnění infekcí, intoxikací, úrazů, nádorů nebo jiných poruch postihující mozek. Kučerová (2006) uvádí, že ke klasifikaci demence se nejvíce používá klasifikace podle Mezinárodní klasifikace nemocí, na základě etiologie a klinického obrazu rozlišuje několik druhů demencí, které patří do diagnostické skupiny F00-09: Organické duševní poruchy, včetně symptomatických. Poruchy mohou být primární, tyto poruchy vznikají při chorobách, poranění a poškozeních postihující přímo mozek. Dále mohou být i sekundární, které jsou zapříčiněné systémovými chorobami a poruchami, kdy mozek je jeden z více postižených orgánů nebo systémů. Do primární degenerativní demence se



řadí Alzheimerova choroba, která tvoří největší podíl daného onemocnění, dále ještě demence s Lewyho tělísky a frontotemporální demenci. Do sekundární, kde se na vzniku podílí mnoho příčin, se řadí vaskulární demence, demence při Pickově chorobě, demence při Parkinsonově chorobě a demence u Huntingonovy nemoci, které budou vysvětleny v dalších podkapitolách. Zvěřová (2017) rozděluje demenci do tří skupin. Rozděluje ji podle etiologie, podle lokalizace a podle kurability. Dle etiologie je dělení identické s rozdělením Kučerové (2006), dle lokalizace ji Zvěřová (2017) dělí na kortikální, kdy je převážně postižena mozková kůra, subkortikální, postihuje bílou hmotu, thalamus a bazální ganglia, a nakonec i kortikosubkortikální, která postihuje kortikální i subkortikální složky. Podle kurability se demence rozděluje na léčitelnou (reverzibilní) a neléčitelnou (ireverzibilní).

### ***1.2.1 Alzheimerova choroba***

Zvěřová (2017) definuje alzheimerovu chorobu neboli AD jako závažné progresivní a ireverzibilní neurodegenerativní onemocnění, které zasahuje do života nejen pacienta, ale i celé pacientovy rodiny. Je nejčastější formou demence a je čtvrtou až pátou nejčastější příčinou smrti. AD je charakteristická tím, že má nenápadný a plíživý začátek, kterého si všimá více rodina a blízké okolí pacienta. Seidl (2008) uvádí, že etiologie onemocnění je neznámá, ale je více možných rizikových faktorů, která přispívají k jeho rozvoji. Dále uvádí, že se jedná o úbytek neuronů v oblasti mozkové kůry projevující se kortikální atrofií. Dle Zvěřové (2017) bývají prvními příznaky výpadky krátkodobé paměti. V raném stádiu se u pacienta mohou vyskytovat i pocity neklidu, agresivita, deprese a apatie. Postupem času dochází i k postižení nekognitivních funkcí. Patogeneze vzniku AD stále není objasněná, ale hlavní příčinou je pravděpodobně atrofie mozku doprovázená chorobnými změnami. Terapie v současné době neexistuje, včasnou léčbou lze průběh onemocnění zpomalit a udržovat pacienty v začátečních stádiích.

### ***1.2.2 Vaskulární demence***

Vaskulární demence, zkráceně VD, se projevuje kognitivními poruchami v důsledku poškození mozku s různým typem cévní patologie. Projevuje se ve chvíli, kdy je rozsah poškození CNS větší, než které je mozek schopný kompenzovat. Tento druh demence

tvoří zhruba dvacet procent všech demencí a je její druhou nejčastější příčinou (Pidrman, 2007). Cévní mozková příhoda je rizikovým faktorem pro rozvoj kognitivní deteriorace, která podporuje rozvoj demence. Dalšími abnormalitami vyskytující se v mozku při VD jsou nemocné malé cévy a změny v bílé hmotě. Výskyt VD vzniká většinou ve vyšším věku. Projevuje se převážně v nočních hodinách, kdy je pacient zmatený, naopak přes den bývá pacient bez poruch vědomí. Dalšími příznaky mohou být deprese, změna osobnosti a deliria. Je zde důležitá antiagregační terapie k zabránění dalších mozkových infarktů (National Institute on Aging, 2021). Je nutné ( v první řadě léčit všechny primární chorobné stavy, které vedou ke vzniku či zhoršení VD. Nejčastějšími prvotními chorobami bývají např. hypertenze, arterioskleróza, diabetes mellitus a metabolické poruchy (Jirák, 2014).

### ***1.2.3 Demence s Lewyho tělísky***

Demence s Lewyho tělísky je neurodegenerativního původu. Je druhou nejčastější neurodegenerativní demencí a třetí nejčastěji vyskytující se demencí. Svou specifickou neuropatologií dochází ke změně Lewyho tělísek, které jsou tvořené proteinem alfa-synukleinem, u daného onemocnění jsou zasaženy i korové neurony. Představuje přechod mezi Parkinsonovou a Alzheimerovou chorobou. Demence s Lewyho tělísky má dvě hlavní formy, formu subkortikální a kortikosubkortikální. Kdy tyto formy do sebe vzájemně přecházejí. Příznakově je toto onemocnění charakterizované tím, že převážně postihuje kognitivní funkce. Prvotním projevem bývá porucha pozornosti a exekutivní funkce, dále můžeme pozorovat u pacienta i delirium, zrakové halucinace a pocity deprese. Pacienti trpící touto demencí jsou více přecitlivělí na účinky antipsychotik, podáním vyšších dávek se zvyšuje riziko pádů. K terapii se využívá léčba symptomatická a kritéria k podávání léčiv jsou shodná jako u Alzheimerovy choroby (Jirák, 2013).

### ***1.2.4 Frontotemporální demence***

Při frontotemporální demence neboli FTD dochází k postupné degeneraci frontálních a/nebo předních frontálních laloků mozku. Řadí se mezi méně častou formu demence, i přesto tvoří zhruba deset procent všech demencí. Příčina vzniku není známá, podobně jako u již zmíněných typů demencí. Pro FTD je typická absence specifických

alzheimerovských změn nebo jejich minimální výskyt. Rozděluje se na frontální a temporální formu. U frontální formy jsou charakteristické změny osobnostních rysů a chování s apatií a ztrátou vlastní vůle, kdy často dochází k zanedbání osobní hygieny a emoční oploštělosti, dále je výrazná porucha pozornosti, abstraktního myšlení a řešení problémů. Kognitivní poruchy bývají až v rozvinutějších fázích onemocnění. U frontotemporální demence jsou příznaky ze začátku nenápadné a pomalu se zhoršují. Terapie je shodná s ostatními druhy demence (Franková, 2004).

### ***1.3 Příznaky demence***

Ševčíková (2021) uvádí, že lidé s demencí zažívají změny v poznávání, funkcích a chování, ale klinické příznaky se mohou lišit člověk od člověka. Jiráček (2013) udává tři základní typy postižení, které se navzájem prolínají. Nazývá je A-B-C, kdy A má označovat postižení každodenních aktivit, B jsou behaviorální a psychologické příznaky a C je postižení kognitivních funkcí. Vostrý a Zilcher (2020) k základnímu rozdělení přidávají i písmeno D, které má označovat depresi. Knížková et al. (2014) uvádí, že prvními příznaky demence jsou ve většině případech poruchy paměti, kdy je postižená krátkodobá paměť. Autoři Sheardová a Hudeček (2011) popisují rizikové faktory vedoucí k rozvoji demence a preventivní opatření k jejímu zabránění. Jelikož u demence není kauzální léčba, hraje velmi důležitou roli prevence vzniku onemocnění. Studie identifikovaly velkou škálu faktorů souvisejících se životním stylem. Mezi nejčastěji zmiňované patří cévní rizikové faktory, protože hrají roli při rozvoji kognitivních poruch a dalšími rizikovými faktory mohou být depresivní symptomy. K rozvoji vzniku demence také pomáhá diabetes, vysoký krevní tlak, obezita a hypercholesterémie. Nezdavý životní styl má vliv nejen na rozvoj jiných závažných onemocnění, ale i na rozvoj demence. Například kouření a alkohol pomáhá k vzniku cerebrální atrofie a zhoršuje mozkovou perfuzi.

#### ***1.3.1 Postižení kognitivních funkcí***

Válková (2015) uvádí, že mezi kognitivní funkce patří všechny myšlenkové procesy, které slouží k poznávání, pamatování, učení a flexibilitě v měnícím se prostředí. Mezi kognitivní funkce patří paměť, koncentraci, pozornost, rychlost myšlení a porozumění

nových informací. Do této funkce je možnost zařadit i vyšší kognitivní neboli jinak nazvané exekutivní funkce, kam se řadí schopnost řešení problémů, plánování, organizování a vytváření úsudku. Knížková et al. (2014) uvádí, že demence se ve většině případech projevuje nejprve poruchami paměti. Nejčastější potíží bývá zapamatování si nových paměťových obsahů. Pacienti mívají zkreslené vzpomínky, časově špatně zařazené nebo považují zážitky jiných za vlastní. U kortikální demence je narušena zejména deklarativní paměť neboli obsah paměti, který lze vyjádřit slovy, zatímco u demencí subkortikálních bývá narušena procedurální paměť, která obsahuje dovednosti řečové a motorické nebo podmíněné reflexy. Mezi postižení kognitivních funkcí se řadí i poruchy pozornosti. Projevují se nepozorností, neschopností soustředit se na více objektů a kolísání pozornosti. Mohou být pro pacienta nebezpečné například z důvodu nepozornosti v silničním provozu, ale i v domácím prostředí. Dále sem řadíme i poruchu myšlení. Myšlení je nejprve narušené především v oblasti abstrakce a logického uvažování, tím je zapříčiněné to, že pacienti ztrácejí soudnost a nesprávně odhadují své možnosti. V rozvinutějších fázích demence bývá myšlení zpomalené a nesouvislé. V pozdějších stádiích dochází i k dezorientaci vlastní osoby. Poslední poruchou kognitivních funkcí je porucha exekutivních funkcí, která se projevuje neschopností naplánovat a uskutečnit jakoukoli složitější činnost. Pacienti nejsou schopni správně seřadit kroky postupu, vykonávat složitější úkony a je porušena jejich motivace. Jiráček et al. (2012) uvádí, že se mohou rozvíjet i fatické poruchy čili poruchy řeči, kdy pacienti nejsou schopni vyjadřovat své pocity či potřeby. Nejčastěji se jedná o motorickou neboli expresivní afázii, kdy pacient není schopen tvořit řeč, takže dochází ke komolení slov, vytváří nesmyslné věty a někdy bývá řeč naprosto nesrozumitelná. V prvních fázích je nejvíce přítomná amnestická afázie, kdy pacient není schopen si vzpomenout na některá slova a progredujícím se stavem může tedy dojít k motorické afázii až k agrafii, což je neschopnost písemného projevu, a dále až k alexii, kdy pacient není schopen porozumět čtenému textu.

### ***1.3.2 Postižení každodenních aktivit***

Při postižení každodenních aktivit jsou narušené běžné dovednosti, jako například péče o sebe sama, nebo profesní dovednosti. Na začátku onemocnění se pacientovi vytrácí schopnost vykonávat složitější aktivity, postupným rozšířením onemocnění přecházejí i

na tzv. instrumentální aktivity denního života. U pokročilých stádií demence jsou postíženy i bazální aktivity denního života, jako například základní osobní hygiena, oblékání i samostatné přijímání potravy. U velmi vážných stádií se vyskytuje i inkontinence stolice a moči, jedinec je plně odkázaný na péči rodiny, profesionálních pečovatелů nebo ústavů (Jirák, 2009).

### ***1.3.3 Psychologické příznaky***

Jirák (2009) uvádí, že mezi psychotické symptomy se dají zařadit bludy, delirium, poruchy vnímání, poruchy emocí. Bludy bývají nesystematického obsahu, kdy pacient bývá často velmi přesvědčen ohledně svých blud, často jsou přesvědčeni o okrádání cizími osoby. Bludy se mohou projevovat i jako poruchy vnímání, které se projevují zrakovými halucinacemi. Dále uvádí, že dalšími typickými symptomy mohou být poruchy nálad či emocí. Ty bývají přechodného nebo kolísavého charakteru a v rámci těchto příznaků se vyskytují nekontrolované afekty vzteku nebo smutku doprovázený pláčem. Neobvyklým příznakem demence jsou i deliria. U zvýšeného výskytu delirií se pátrá po vyvolávajícím faktoru, kterým může být nevhodná medikace nebo stres. Rusina a Holmerová (2014) dále uvádí ve spojení s psychologickými příznaky i poruchy spánku, kdy může být úplná inverze spánku. U demence se často projevuje večerní zmatenost projevující se motorickou hyperaktivitou, neklidem a agresivitou. Dále je často přítomné noční probouzení, zvýšená ospalost a horší kvalita spánku. Dle Dostála (2011) je nedílnou součástí demence i deprese, která se projevuje spíše v počátečních fázích, ale je možná i v pozdějších fázích. Klinický obraz deprese je u každého pacienta, ale i u každé formy demence, individuální.

### ***1.3.4 Behaviorální příznaky***

Holmerová et al. (2010) uvádí, že behaviorální příznaky jsou nedílnou součástí demence. Mohou se projevovat ve středních fázích a vrcholit v těžkých stádiích demence, ale například u frontotemporální demence mohou být příznaky projevovány již od prvopočátku. Jirák et al. (2012) píšou, že behaviorální poruchy mohou mít různý charakter. Mohou se projevovat s agresivitou, ale i bez ní. Nejvíce jsou přítomné stavy neklidu, jako například agitovanost, což je neustálý pocit neklidu nebo dále ještě nařikání,

upoutání pozornosti a neadekvátní chování. V případě agresivity může verbální nebo brachiální a namířená k předmětům nebo i vůči lidem. Nejčastěji jsou v takových případech napadány nejbližší osoby, jako například rodina, pečovatelé nebo sestry.

#### **1.4 Diagnostika demence**

Borzová (2009) uvádí, že se diagnostikování onemocnění demence výrazně podceňuje. Často si lékaři i blízká rodina symptomy odůvodňuje stářím pacientů a nevěnují jim pozornost. Každou změnu stavu či příznak spojený s demencí je potřebné nechat vyhodnotit specializovaným lékařem. Při diagnostice demence hraje významnou roli několik složek lékařských či nelékařských pracovníků. Od lékaře, který shrnuje všechny výsledky a stanovuje diagnózu, až po sestru, která pacienta všim doprovází.

Dle Rektorové (2011) se diagnóza stanoví na základě klinických a laboratorních údajů a testů, které hodnotí celkový kognitivní stav pacienta. Toto vyšetření by mělo začínat odebráním anamnézy, kde se zjišťuje, zda se onemocnění vyskytuje v rodině, či jestli pacient měl opakovaně kraniotrauma, a získávají se i informace o psychosociálním vývoji. Dále toto vyšetření obsahuje psychiatrické vyšetření doplněné objektivním neurologickým vyšetřením, zobrazovací vyšetření mozku a základní laboratorní vyšetření krve, včetně hormonů štítné žlázy. Do vyšetření se může zařadit i strukturovaný pohovor zaměřený na schopnost pacienta vykonávat instrumentální a denní aktivity a na poruchy chování a afektivní poruchy.

Dle Fertal'ové a Ondriové (2020) je důležité i kompletní laboratorní vyšetření zahrnující základní biochemické vyšetření, včetně hormonů štítné žlázy, metabolismu, vitamínu B12 a kyseliny listové. Provádějí se sérologické vyšetření na vyloučení lues, HIV a lymfské boreliózy. Jiráček (2008) dále konstatuje, že je nutné analyzovat i změněný poměr tau- a fosforylovaného tau proteinu, který bude zvýšený a naopak snížená hladina beta-peptidu<sub>1-42</sub>.

#### **1.5 Měřicí nástroje a hodnotící techniky**

Žiaková (2021) uvádí, že měřicí nástroje se využívají k identifikaci a kategorizování rizikových pacientů, objektivnímu posouzení funkčního stavu, hodnocení účinnosti

poskytované péče a specifických potřeb. Překlenutí mezery mezi údaji získanými klasickými klinickými vyšetřeními, kam se řadí anamnézu a fyzikální vyšetření, a paraklinickým vyšetřením, které se skládá z laboratorních vyšetření a zobrazovacích metod. Měřicí nástroje se využívají nejvíce v oblasti posuzování a diagnostiky. Zjištěné informace těmito nástroji jsou nápomocné k diferenciální diagnostice a ke zkvalitnění diagnostického procesu v oblasti medicíny a ošetrovatelství. Využívání měřících nástrojů a hodnotících technik má zásadní výhody, zvyšuje se tím kvalita procesu diagnostikování a spojuje skupiny pacientů s cílem zlepšení efektivity péče. Za další benefity lze považovat i spokojenost zdravotnického personálu a pacientů. Předpovídá vývoj stavu a snižuje pravděpodobnost opětovného přijetí, čímž se sníží i náklady na ústavní péči. V rámci spolupráce multidisciplinárního týmu je možný i přenos dat v rámci různých zdravotnických zařízení a tím se zvýší prevence zatěžování pacienta opakovaným a duplicitním vyšetřením. Nástroje zajišťují přehledné informace o aktuálním stavu pacienta a umožňují sledovat časový vývoj onemocnění a zda je aktuální terapie efektivní. Jsou vhodné používat jako doplňkové metody k jiným metodám sběru klinických dat. Dle Šedivcové (2023) může objektivizace léčby pomocí standardizovaných testů vést k tomu, že výsledky seniorů v hodnotících testech budou spíše stagnovat než se zlepšovat. Je důležité udržovat u seniorů funkční a psychické zdraví.

Mezi jedno z nejdůležitějších vyšetření je komplexní geriatrické hodnocení neboli CGA. Kalvach a Rychlý (2004) popisují komplexní geriatrické hodnocení jako multidisciplinární a multidimenzionální diagnostický proces zaměřený na zjištění somatických, psychických, funkčních a sociálních schopností a problémů křehkých seniorů s cílem zkvalitnit a vypracovat plán terapie a intervencí. CGA vychází ze standardních klinických a diagnostických vyšetření. Snaží se vyvinout vlastní metodologii se standardizovanými přístupy pomocí propojení potřeb pacienta ze zdravotní, sociální a psychické stránky. Dalším cílem je zachování či obnovení soběstačnosti, kvality života a zlepšení prognózy, k čemuž slouží samotná funkční hodnocení doplněná speciálními okolnostmi. Využívá se především ke snížení nákladů, zamezení samoučelným postupům, zlepšení návaznosti služeb a snížení rizika iatrogenního poškození a dalších komplikací. Kalvach et al. (2008) dále uvádí, že CGA neprovádí lékaři samostatně, optimálního výsledku však dosáhneme spojením zdravotníků z různých odborností a vytvořením multidisciplinárního geriatrického týmu. Multidisciplinární tým může posuzovat jednotlivé oblasti, kterými se toto hodnocení

zabývá. Hlavními oblastmi jsou hlavně osobnost pacienta, jeho tělesné zdraví, funkční výkonnost a zdatnost, duševní zdraví a sociální souvislosti. Lékaři zde sledují kvalitu života, základní chorobu a komorbidity, symptomy specifické pro geriatrické pacienty (např. inkontinence, hypotermie a hypomobilita), výživu, pohyblivost a sociální aspekty pacienta. Mezi základní postupy pro zhodnocení oblastí se vyšetření dělí na základní klinické vyšetření a speciální hodnocení. Do základního klinického vyšetření se řadí anamnéza, fyzikální vyšetření a bedside diagnostika (pomocná vyšetření u lůžka v rámci základního klinického vyšetření, jako například orientační dotazníky, USG vyšetření, oxymetrie, EKG). Mezi speciální hodnocení patří hodnocení disability dotazníkem či testováním, hodnocení výživy, hodnocení duševního zdraví, kineziologické hodnocení, hodnocení tělesné zdatnosti a hodnocení sociálních souvislostí.

Mini-Mental State Examination, zkráceně MMSE (viz Příloha 1) je v současné době nejrozšířenějším testem na hodnocení kognitivních funkcí. Test trvá zhruba 10-15 minut, kdy nejvyšší počet bodů, které lze získat je 30, jestliže počet bodů poklesne pod 24 trpí pacient demencí (Dementia Australia, 2022). Podle Tomagové (2021) se MMSE skládá z několika otázek testujících kognitivní funkce, a to převážně orientaci v čase a prostoru, krátkodobou paměť, pozornost, čtení s pochopením a počítání. Je nutné, aby u pacienta nebyla přítomna tělesná poškození, která brání schopnosti mluvit, u testu je nutná fluentní řeč a správné vnímání řeči, jelikož se hodnotí i řeč pacienta. Řeč by měla být plynulá, srozumitelná a pacient by měl být schopný opakovat slova. Dále se testuje vizuospaciální funkce. Nevýhodami testu dle Rodriguez (2021) je to, že neidentifikuje časná stádia demence, nerozlišuje různé typy demence a nepředpovídá dlouhodobý rozvoj tohoto onemocnění. Výhodami mohou být rychlá aplikovatelnost u pacientů, vícejazyčná dostupnost a uznání lékaři a zdravotníky.

Dalším významným testem je test kreslení hodin. Dle Sheehana (2012) existuje mnoho způsobů, jak vykonávat test kreslení hodin, kdy je mnoho bodovacích možností. Od pacientů se požaduje, aby nakreslili ciferník hodin s čísly a ručkami, označující diktovaný čas. Jedná se o rychlý a přijatelný screeningový test na odhalení demence, kdy i bodování pacientů je jednoduché. Nevýhoda testu je taková, že hodnotí jen malou část kognitivních poruch pozorovaných u pacientů s demencí a řada dalších onemocnění mohou výsledky testu ovlivnit.



K posouzení kognitivních funkcí slouží dle Bartoše a Jiráka (2013) Montrealský kognitivní test. Je moderním nástrojem využívaný k zhodnocení kognitivních funkcí v přiměřeném čase s jednoduchou administrací. Obsahuje podstatné aspekty k posouzení raných kognitivních poruch. Test se skládá z více komponentů. Komponenty jsou zapamatování nesouvisejících slov, test kreslení hodin a ověření slovní zásoby. Test je pro pacienty náročný, ale lehce se poznávají deficity. Výhodou testu je bezplatné používání v jednotlivých institucích a je celosvětově rozšířen a přeložen.

Šáteková (2021) uvádí, že Barthel index základních všedních činností je mezinárodně nejrozšířenějším testem k zhodnocení soběstačnosti pacienta. Tento test je zásadní pro posouzení úrovně nezávislosti pacienta. Následovně pomáhá nejen při diagnostice a léčbě demence, ale i při přizpůsobení prostředí, funkčních aktivit a zlepšení kvality péče nejen pro zdravotníky, ale i pro osoby pečující v domácím prostředí. Index se považuje za základní součást klinické diagnózy demence, protože prvními schopnostmi, které pacient ztrácí je schopnost vykonávání běžných aktivit. Je vytvořen desetidenními úkoly, které by pacient měl být schopen sám splnit a celkové skóre uvádí úroveň nezávislosti.

Dle Tomagové (2021) je nutné z hlediska symptomů posoudit i škálu deprese pro geriatrické pacienty, což je jednoduchá škála pro hodnocení nálady. Existuje více variant, nejvíce využívaná je varianta s patnácti otázkami. Škála je velmi jednoduchá, pacient odpovídá na otázky jen pomocí ano/ne. Princip škály je zjištění na kolik otázek týkajících se prožitků z posledních pár týdnů pacient odpověděl negativně.

## ***1.6 Stádia demence***

Demence se rozčleňuje do tří základních stupňů, a to mírná, středně těžká a těžká demence. Je složité zařadit pacienta do jedné fáze, jelikož příznaky poruch se mohou v jednotlivých fázích překrývat. Průběh je individuální a závisí na formě demence a působících vnějších faktorech (Alzheimer's Association, 2024). V první fázi je pacient převážně soběstačný a potřebuje jen podporu a správnou diagnostiku. V druhé fázi je zhoršená soběstačnost v denních činnostech, takže bude pacient potřebovat dopomoc a vznikne závislost na jiných osobách. V poslední fázi je pacient zcela závislý na pomoci a potřebuje trvalý dohled. V této fázi často pacienti či rodina vyhledávají kvalifikovanou zdravotní a ošetrovatelskou péči (Holmerová et al., 2012). Progresi demence neřadíme

pouze do tří kategorií, podle Reisberga je možnost sedmi klasifikací. První fáze je zcela bez symptomů, v druhé a třetí fázi jsou mírné příznaky zapomínání a začínají kognitivní poruchy, ve čtvrté, páté a šesté fázi jsou pokročilé kognitivní poruchy a pacienti potřebují pomoc při každodenních činnostech, při poslední sedmé fázi jsou přítomné všechny symptomy demence a pacienti potřebují celkovou pomoc při každodenních činnostech (Alzheimer Disease, 2019).

Proces spojený se stádiem demence je retrogeneze. Jedná se o proces, při kterém regresivní mechanismy mění pořadí, v jakém jsou dovednosti získávány v normálním vývoji. AD a jiné druhy demencí byly dlouho označovány jako „návrat do dětství“ (Reisberg et al., 2002).

## **1.7 Terapie**

Fertařová a Ondřiová (2020) uvádí, že terapie demence je založena na dvou vzájemně se ovlivňujících složkách, a to nefarmakologických a farmakologických přístupech. V rámci terapie je možnost zahrnout i péči o pečovatele a individuální přístup k pacientovi.

Léčba demence se zaměřuje na komplexní péči a je založena na čtyřech vzájemně propojených pilířích. Psychosociální intervence, kam se řadí nefarmakologické přístupy a podpora zdravotníků a rodiny. Jako druhý pilíř je kognitivní léčba, kdy se farmakologicky potlačují symptomy a jejich vlivy na průběh onemocnění. Dále psychoneurologie, která se zabývá léčbou behaviorálních a psychologických příznaků a jako poslední je paliativní péče v terminálním stádiu demence (Bajtošová et al., 2021).

### **1.7.1 Farmakologická léčba**

Jiráček (2004) uvádí, že farmakoterapii u demence lze rozdělit na kognitivní a nekognitivní. Kognitivní terapie bude ovlivňovat především paměť, intelekt a motivaci, nekognitivní bude ovlivňovat chování, emoce a spánek.

Etiologie multifaktoriálních poruch zahrnují komplexní interakci různých faktorů a vyžaduje různé formy farmakoterapií, včetně léků proti demenci (antidementiva) na kognitivní poruchy, antidepresiv, antipsychotik, anxiolytik a sedativ pro behaviorální a

psychologické symptomy a v neposlední řadě léky pro komorbidní poruchy (Vuic et.al., 2023).

K léčbě pomocí antidementiv se nejčastěji využívají inhibitory AchE kterými jsou donepezil, rivastigmin, galantamin. Inhibitory NMDA receptoru, kam patří memantin. Antidementiva pomáhají zlepšovat kognitivní funkce, funkční a psychický stav ve všech stádiích demence. Stále však jen potlačují symptomy a zlepšují kvalitu života, ale nejsou skutečnou léčbou, která by vedla k úplnému vyléčení (Sheardová et al., 2007).

Mezi účinné látky používané v inhibitech AchE patří donepezil, který je vhodný k léčbě lehkých až středně progredujících symptomů. Dále se používá galantamin. Jeho výhodami jsou snadné dávkování a dobrá snášenlivost pacienty. Třetím antidementivem je rivastigmin, který je k dispozici ve formě tobolek, roztoků nebo transdermálních náplastí. Rivastigmin je vhodný i na léčbu demencí v rámci Parkinsonovy choroby. Tyto léky se podávají převážně u lehkých až středních průběžích demence. K léčbě více závažného průběhu se využívá memantin, což je antagonist NMDA receptoru. Antidementiva se nepodávají u vaskulární nebo frontotemporální demence. U frontotemporální demence se používají vhodnější lékové skupiny, jako například sedativa a neuroleptika (Dreher, 2017).

### ***1.7.2 Nefarmakologická léčba***

Dle Zrubákové a Bartošoviče (2019) se nefarmakologická léčba využívá jako alternativa k farmakologické léčbě nebo jako součást komplexní léčby onemocnění. Využívání vybraných nefarmakologických metod má pro pacienty velký význam. Na této léčbě se podílí i interdisciplinární tým, který se skládá z lékařů, sester, fyzioterapeutů, léčebných pedagogů, sociálních pracovníků, psychologů, nutričních terapeutů a samozřejmě i rodiny. Podle Sheardové (2011) by terapie měla ovlivňovat nejen kognitivní funkce, ale i kvalitu života a behaviorálně-psychiatrické komplikace onemocnění (BPSD), které se postupně rozvinou u všech pacientů trpící demencí. Tyto komplikace mohou být zátěží pro pečovatele a mohou zkomplikovat péči o pacienta v domácím prostředí. U BPSD je možné zvolit nefarmakologické intervence, které mohou pečovatele využít převážně u behaviorálních komplikací a vyskytuje se minimum nežádoucích účinků. Mezi tyto

intervence můžeme řadit muzikoterapii, doteky, reminiscenční terapii, orientaci v realitě, kognitivní tréninky a snoezelen.

Carrion et al. (2018) rozděluje nefarmakologickou terapii do čtyř kategorií. Podpůrná terapie, integrační emoční terapie, Snoezelen a reminiscence, behaviorální terapii a orientované terapie, jako jsou například muzikoterapie, arteterapie, pohybová terapie a psychomotorická terapie. Dle Frankové (2015) je ale důležité i přes velké množství již vyvinutých léčebných postupů nadále vnímat každého pacienta individuálně. Vhodným nástrojem je tzv. životní kronika, kdy se jedná o deník nebo fotoalbum doplněné komentáři, příběhy či výstřižky. Deníky obsahují různé informace ohledně života jedince. Kde například pracoval, vyrůstal, informace o jeho zájmech a nejoblíbenějším jídle. Pomáhají při komunikaci s jedincem a práci s ním v rámci psychoterapie a reminiscenční terapie.

**Reminiscenční terapie** využívá paměť a vyvolání vzpomínek prostřednictvím různých podnětů. Tato metoda je zvláště důležitá pro pacienty převážně v lehkých stádiích demence k aktivizaci jejich paměti, kdy si často pamatují staré události. Je potřeba vyhledat nejlepší způsob komunikace, vhodné prostředí a dobrý vztah mezi rodinou a pečovateli. Terapii lze provádět individuálně či ve skupinách (Holmerová et al., 2004).

**Orientaci v realitě** řadíme mezi komplexní přístupy k lidem s demencí. Začíná se zjištěním stupně orientace jedince pomocí mapování a diskusí, následují hry zahrnující poznávací funkce, používání běžných předmětů a poznávání barev a tvarů, kdy se při zjišťování analyzuje zapojení smyslů. Tato metoda by měla zlepšovat účinnost kognitivních funkcí. Je třeba dbát na citlivé zacházení s jedincem, necitlivý přístup může u jedince vyvolat agresi, úzkost a zhoršit behaviorální a psychické příznaky (Holmerová et al., 2007).

Mezi využívané metody v terapii demence se řadí i **bazální stimulace**. Friedlová (2007) popisuje bazální stimulaci jako pojem, který podporuje lidské vnímání na nejzákladnější (bazální) úrovni. Dále píše Friedlová (2022), že klíčovými prvky tohoto konceptu jsou pohyb, komunikace a vnímání, které spolu úzce souvisejí. A rozlišují se základní a nastavbové prvky bazální stimulace. Mezi základní patří stimulace somatická, vestibulární a proprioreceptivní a do nastavbové patří hmatová, čichová, zraková,

sluchová a orální. Jedná se tedy o holistický přístup, kdy se integrují anamnestické poznatky ze života pacienta.

Jedna z nejvýznamnějších nefarmakologických terapií je **Snoezelen**, kdy se jedná o multisenzorický smyslový stimulátor fungující pomocí světelných efektů, hmatových povrchů, meditativní hudby a relaxačních vůní esenciálních olejů, které stimulují základní smysly – zrak, sluch, hmat, chuť a čich. Vychází z tvrzení, že poskytnutí smyslového prostředí jedincům s demencí snižuje nároky na jejich mentální schopnosti a umožňuje jim využívat zbývající smyslové schopnosti. Snoezelen má několik forem, postupů a principů. Různorodost této metody komplikuje zkoumání terapeutické hodnoty a brání v jejím rozvoji (Chung et al., 2002). Fertařová a Ondriová (2020) popisují Snoezelen jako multisenzorickou místnost, která u jedinců vyvolává smyslové odpovědi a reakce. Produkuje pocit pohody, uvolnění a relaxace, aktivizaci smyslů, snižuje aktivitu a násilné chování, vyvolává vzpomínky a přináší radost. Existuje několik typů Snoezelen místností. Nejvíce využívanou je bílá místnost, která se užívá k stimulaci hmatu, čichu, sluchu a zraku. Jedná se třidimenzionální bílý prostor, kde je projekce světelných a barevných efektů. Další místností je tmavá místnost, která je spíše vhodná pro děti se zrakovým postižením, jelikož slouží více ke stimulaci zrakových schopností pomocí světla a barev. Poslední místností je měkká hrací místnost, jinak označována jako dobrodružná místnost, která zajišťuje bezpečné prostředí pro hraní. Motivuje jedince k aktivitě a rozvoji pohybových dovedností, vestibulárního a proprioceptivního systému. Obsahem místnosti je měkké vybavení, které umožňuje veškeré pohybové aktivity.

Je důležité myslet i na **paliativní péči**. Vzhledem k povaze onemocnění, kdy dochází v terminálním stádiu k těžkému ireverzibilnímu kognitivnímu deficitu a jedinec se stává zcela závislý na péči ostatních, je důležité, aby lékaři včas predikovali zhoršení a hledali adekvátní léčebné postupy k zachování důstojnosti jedince. Pro pacienty v terminálním stádiu může být vhodná volba využívání hospicové péče. Zahájení paliativní péče by mělo klást důraz a respektovat nynější pacientovo přání, ale i dříve vyslovené přání (Rusina, Špeciánová, 2020).

## **1.8 Komunikace**

Komunikace je klíčovým bodem nejen ve zdravotnictví, ale i v každodenním životě. Běžně používáme všechny její prvky, nejedná se jen o předávání informací, ale i o

projevování emocí a postojů, proto bych ráda tak zásadnímu bodu věnovala samostatnou kapitolu.

### ***1.8.1 Komunikace ve zdravotnictví***

Tomová a Křivková (2016) uvádí, že problematika komunikace v dnešní době je řešena v oblastech psychologie, ošetrovatelství a medicíny. Jak je již zmíněné ve vymezení pojmu je komunikace proces předávání informací, ale je to i nekončící proces, který má někomu něco přinášet, obohacovat a rozvíjet. Ve zdravotnictví je sociální rozměr komunikace základním prvkem, bez kterého se zdravotníci neobejdou. Slouží k vnímání pacienta, jeho potřeb, rozhodování a spolupráci nejen mezi samotnými zdravotníky, ale i mezi zdravotníky a pacienty. Při komunikaci s pacienty se musí brát ohled i na faktory, které ji ovlivňují jako například časový úsek, prostředí, přítomnost emocí, obsah informací a přítomnost rodiny, aby nedošlo ke špatné interpretaci ze strany pacientů, které se chceme ve zdravotnictví vyhnout. Zacharová (2016) uvádí, že pro zdravotníky je proto nezbytně nutné zdokonalovat své komunikační schopnosti. Sestra se o pacienta nestará jen fyzicky, ale i psychicky, proto je kvalitní ošetrovatelská péče bez vzájemné komunikace sestry a pacienta nepředstavitelná.

### ***1.8.2 Obecné zásady komunikace s pacienty s demencí***

Autoři Burda a Šolcová (2016) uvádějí, že sestra se s pacienty s demencí může setkat na každém oddělení, proto je vhodné, aby každá sestra měla pro projevy demence pochopení. Práce s takovými pacienty může být náročná a vyžaduje hodně trpělivosti. Dle Vogel et al. (2018) je důležité ze strany sestry udělat dobrý první dojem. Jelikož verbální i neverbální komunikace a empatie hrají velkou roli při komunikaci mezi pacientem a sestrou. Upřednostňují se přátelské postoje nad dominantními, jelikož je dokázáno, že přátelské postoje sester ulevují od pocitu úzkosti a podporuje otevřenost u pacienta. Naopak dominantní postoj sestry vede k odpuzení a uzavření ze strany pacienta. Ve studii od Banovici et al. (2018) také zkoumají náročnost komunikace s pacienty s demencí a je podstatné vyvarovat se stresovým a negativním faktorům. Je podstatné projevit podporu, soucit a touhu pomoci při komunikaci.

Změny v komunikaci u pacientů s demencí je běžná věc a jejich schopnosti komunikace se mohou lišit v různých stádiích onemocnění. Mezi očekávané změny patří například obtížné nalezení správného slova, opakování slov nebo obtíže s popisováním předmětů. Pacienti snadno ztratí myšlenkové chody, nelogicky uspořádávají věty a může se vyskytnout mluvení rodným jazykem u cizinců. Dále spíše využívají spíše neverbální než verbální komunikaci. (Alzheimer's Association, 2023).

Postoje, chování a přístup k pacientům s demencí jsou jedním z nejdůležitějších faktorů určujících kvalitu péče. V praxi je možné se setkat i s nesprávnými postoji vůči pacientům, jakými mohou být předsudky, stereotypy, a dokonce i diskriminace. Kvalitní a dobrá péče nezávisí jen na znalostech ohledně onemocnění, ale i na osobnosti a komunikačních schopnostech zdravotníka. (Konařík a Matějovská Kubešová, 2016)

Mezi základní prvky, které jsou důležité při komunikaci s pacientem, patří pomalá a zřetelná řeč v přiměřeném tempu. Zdravotník by měl navázat oční kontakt, aby si pacient uvědomil probíhající konverzaci. Dále je důležité jim dát čas na odpověď, protože pacient se může cítit pod tlakem k rychlému odpovídání na kladené dotazy. Lepší volbou je dát pacientům krátké a jednoduché otázky. Je potřeba je podpořit k navázání konverzace i s jinými a nechat je vyjadřovat i svůj názor. Názory by se neměly zesměšňovat a povyšovat se nad nimi. V případě nesrozumitelnosti je možnost parafrázovat myšlenky zdravotníků nebo se tím ujistit o správném pochopení pacienta (NHS, 2023).

Ze strany neverbální komunikace může sestra podpořit verbální komunikaci gesty a výrazy, může využívat fyzické vyjadřovací prostředky jako například jemný dotyk nebo držení za ruku. Tyto prostředky lze ale využít jen v případě, kdy je sestra přesvědčená o tom, že nenarušuje osobní prostor pacienta. Dále by sestra měla doplnit verbální komunikaci řečí těla, například ukázáním židle v případě, že sestra chce po pacientovi, aby se usadil (Holmerová a Mátlová, 2015)

Dle Venglářové a Mahrové (2006) je důležité při každém komunikačním aktu s pacientem, aby sdělené informace byly přizpůsobeny individuálním požadavkům a potřeb pacienta, dále by měly být přiměřené pro pacientovi schopnosti porozumět. Při konverzaci s pacientem, kdy je v prostoru přítomná i rodina či jiné blízké osoby, je důležité stále oslovovat a mluvit přímo k pacientovi, nikoli jen k rodině. Dále je potřeba sledovat neverbální projevy u pacienta, čímž je možnost si ověřovat, zda pacient chápe, co mu je oznamováno. Ověřování může probíhat i pomocí zpětné vazby. Další důležitou

zásadou je uvědomit si, že stále komunikujeme s dospělým člověkem, a ne s dítětem. Je nutné tento fakt respektovat a mluvit k pacientovi jako k rovnému. Během konverzace můžeme volit krátké a srozumitelné věty a mluvit pomalejším tempem. Je vhodné odstranit z prostoru rušivé elementy, aby se zlepšila koncentrace pacienta. A nakonec se samozřejmě nesmí zapomenout na trpělivost a respekt vůči pacientovi.

Ze strany zdravotníka je možnost přípravy konverzace. Příprava spočívá v připravení dostatečného času na konverzaci, zamýšlením se nad předchozími konverzacemi a jaké prvky během nich pomáhaly. Dále je potřeba si důkladně připravit téma, o kterém je nutné s pacientem mluvit, aby pacient nebyl zbytečně zahlcen nepotřebnými informacemi. Zdravotník může posoudit i momentální stav pacienta a zda je v momentální chvíli schopen vést konverzaci nebo jestli je vhodnější to nechat na jinou dobu (Alzheimer's Society, 2021).

Dále Venglářová (2007) uvádí, že při komunikaci mohou vznikat i komunikační bariéry. Mohou být ze strany pacienta, ze strany sestry nebo vznikají prostředím. Ze strany pacienta mohou být bariéry zapříčiněné neochotou komunikovat, strachem nebo mají obavy z informací. Na straně sestry mohou být z důvodu obavy o sdělení závažných témat, netrpělivost, nedostatek času nebo neúcta k pacientovi. Prostředí je významným faktorem při vzniku komunikačních bariér. Často je nedostatek času, hluk a nedostatek soukromí. Na tento problém se zaměřují Nguyen et al. (2022) ve své studii. Ve své studii zkoumají komunikační znalosti a dovednosti zdravotníků, které jsou nezbytně nutné k reagování na potřeby pacientů s demencí. Analyzují komunikační procesy sester při péči o pacienta s demencí, kdy získané výsledky mají umožnit zlepšení efektivity vzdělávání sester a rozeznání jejich potřeb.

### ***1.8.3 Problémové postoje a chování pacientů s demencí***

Jak již bylo několikrát zmíněné, tak při demenci se mění chování člověka. Může to být z důvodu kognitivních poruch, behaviorálních nebo psychologických. Nejčastěji se tyto poruchy projevují agresivitou verbální či fyzickou, blouděním, dále mohou být poruchy spánku, deprese, suicidální myšlenky a tendence. Tyto příznaky se mohou řešit nefarmakologickými a farmakologickými metodami. Při farmakologické léčbě



behaviorálních a psychologických poruch se využívají léky z různých lékových skupin, jako například antidepresiva, anxiolytika a hypnotika (Brunovský, 2006).

Důležitý je ale i přístup sester k problémovému chování. Sestry by měly zachovat klid a nebrat si problémové chování osobně. Je důležité situaci objektivně zmapovat a zhodnotit, čímž zjistíme informace o okolnostech a faktorech vyvolávající problémové chování. Je vhodné pacientovo chování diskutovat v týmu a s rodinou. Nesmí se zapomenout ani na zaznamenání celé situace pro pozdější potřeby (Hauke, 2011).

## 2 Cíl a hypotézy

### 2.1 Cíl práce

Cíl<sub>1</sub>: Zjistit, jaký mají přístup všeobecné sestry k pacientům s demencí.

Cíl<sub>2</sub>: Zjistit, jaké faktory mají vliv na přístup všeobecných sester k pacientům s demencí.

Cíl<sub>3</sub>: Porovnat přístupy všeobecných sester k pacientovi s demencí.

### 2.2 Hypotézy

H<sub>1</sub>: Délka praxe všeobecné sestry má vliv na přístup k pacientovi s demencí.

H<sub>2</sub>: Druh oddělení má vliv na přístup všeobecných sester k pacientům s demencí.

H<sub>3</sub>: Celoživotní vzdělání má vliv na implementaci specifických metod do praxe všeobecných sester v péči o pacienty s demencí.

H<sub>4</sub>: Všeobecné sestry na oddělení následné péče využívají specifické metody v přístupu k pacientům s demencí více než na jiných odděleních.

H<sub>5</sub>: Nejvyšší dosažené vzdělání má vliv na přístup všeobecných sester k pacientům s demencí.

### 2.3 Operacionalizace pojmů

**Všeobecná sestra** je nelékařská zdravotní profese poskytující ošetrovatelskou péči. Cílem všeobecné sestry je udržení, podporování a navrácení zdraví, přičemž se uspokojí biologické, psychické a sociální potřeby (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2017). Dle vyhlášky č. 391/2017 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků může všeobecná sestra provádět preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační, pohotovostní, paliativní a dispenzární činnosti bez odborného dohledu na základě indikace lékaře.

**Pacient s demencí** je vnímané jako osoba trpící demencí, které se může projevat problémy s pamětí, myšlení a vyjadřováním, která využívá zdravotních služeb.

**Vzdělání** je ucelený stav vzdělávání, který zahrnuje řadu získaných znalostí, dovedností, postojů a názorů. Slouží jednotlivcům jako poznávací nástroj, které může změnit chování, postoje a charakterové vlastnosti jedince. Vzdělání je možné dělit dle obsahu, zaměření a úrovně (Šafránková, 2019).

**Přístup k pacientovi** je vnímané jako chování, postoj a komunikace sestry k pacientům, konkrétně k pacientům s demencí.

**Druh oddělení**, tím jsou myšlené zvolená oddělení k provedení výzkumného šetření. Zvolili jsme interní, chirurgické a traumatologické oddělení a oddělení následné péče. Tato oddělení byla zvolena z důvodu vysokého výskytu pacientů s demencí.

**Specifické metody** jsou vnímané jako takové metody, které jsou využívány v péči o pacienty s demencí. Jsou specificky vytvořené ke zlepšení kognitivních funkcí, myslí nebo k stimulaci vnímání pacientů, což jsou hlavními symptomy onemocnění demence.

## **3 Metodika**

### ***3.1 Metodika výzkumu a technika sběru dat***

Empirická část bakalářské práce na téma „Přístup sester k pacientům s demencí na standardních odděleních“ bylo zpracované pomocí kvantitativního výzkumného šetření s využitím nestandardizovaného dotazníku.

Pro výzkumnou část bakalářské práce byla oslovena nemocnice v Českých Budějovicích, kde výzkumné šetření i proběhlo.

Tento dotazník sloužil pouze pro dané výzkumné účely a byl vytvořen autorem. Účast respondenta v šetření byla zcela dobrovolná a anonymní, o čemž byli respondenti obeznámeni již v úvodu dotazníku. Respondenti byli taktéž v úvodu informováni o tématu a účelu bakalářské práce.

Dotazník (viz Příloha 5) se skládal z 28 otázek, které byly otevřené, polouzavřené i uzavřené, kdy u každé otázky bylo upřesněno, zda má respondent vybrat jednu či více odpovědí. Dotazník se nejdříve zaměřoval na základní identifikační údaje. Další otázky se zaměřovaly na pohled sester na péči o pacienty s demencí a informovanosti o moderních přístupech v péči o pacienty s demencí.

Sběr dat probíhal v březnu roku 2024. Dotazníky byly rozdány v tištěné podobě na zvolená oddělení. Bylo rozdáno 150 dotazníků na 12 stanicích. Celková návratnost dotazníků činila 108 dotazníků, tedy 72 % ze 150 rozdaných. Získané odpovědi byly zpracovány pomocí programu Microsoft Excel a IBM SPSS.

Získaná data byla analyzována a statisticky zpracována.

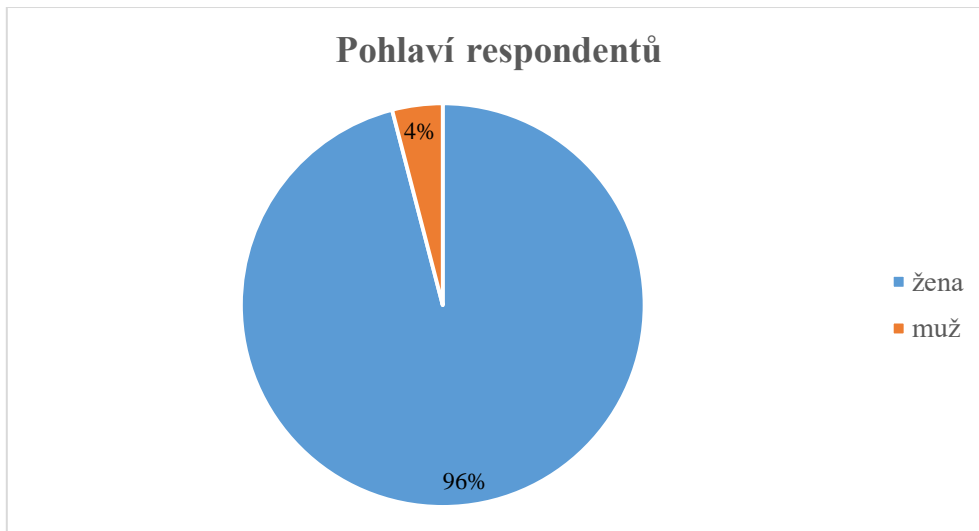
### ***3.2 Charakteristika výzkumného souboru***

Výzkumný soubor tvořily sestry pracující na interním, chirurgickém, traumatologickém oddělení a oddělení následné péče Českobudějovické nemocnice. Uvedená oddělení byla zvolena z důvodu nejvyššího výskytu pacientů s demencí. Z celkového počtu 150 dotazníků se vrátilo 108. Návratnost tedy činila 72 %. V rámci zpracování muselo být dále vyřazeno 9 dotazníků v souvislosti s neúplným vyplněním. Výsledný počet dotazníků použitý v rámci statistické analýzy je 99.

## 4 Výsledky

### 4.1 Grafické vyhodnocení výsledků

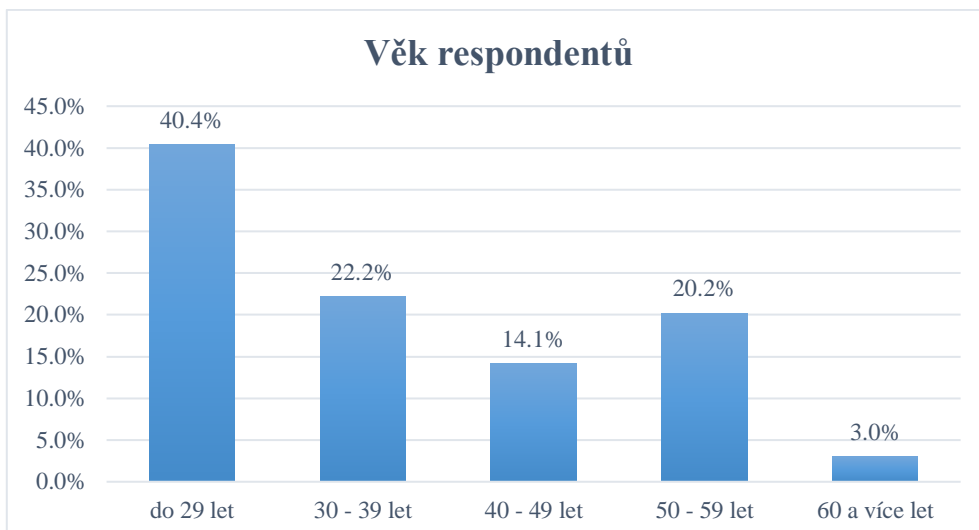
**Graf 1: Pohlaví respondentů**



Zdroj: vlastní

Graf č. 1 znázorňuje pohlaví respondentů. Z celkového počtu 99 respondentů bylo 95 (96 %) žen a 4 (4 %) muži. Největší podíl respondentů tedy tvoří ženy.

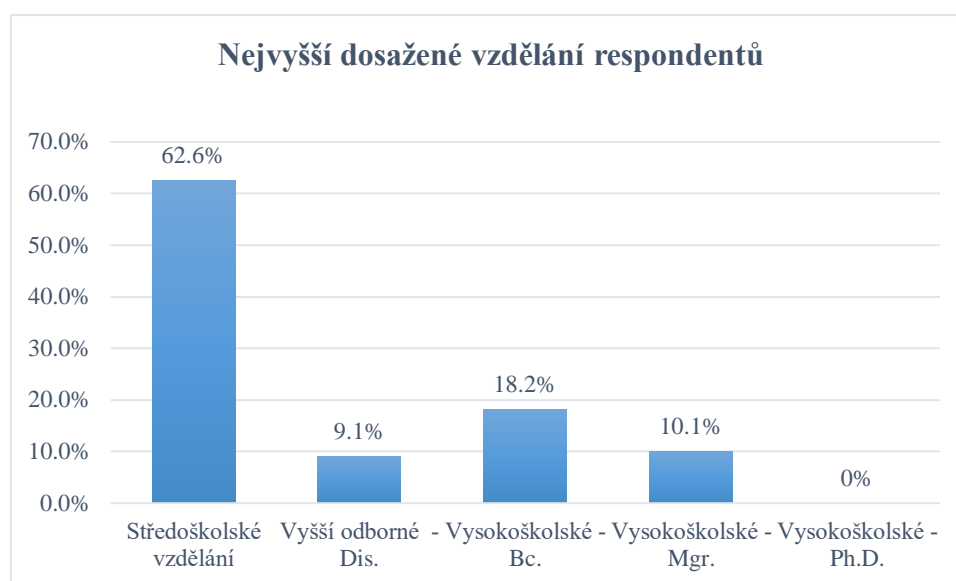
**Graf 2: Věk respondentů**



Zdroj: vlastní

Graf č. 2 znázorňuje věkové rozdělení respondentů. Věkové kategorie jsou rozděleny do 5 kategorií. Z celkového počtu 99 respondentů bylo 40 (40,4 %) mladší 29 let, v kategorii 30–39 let bylo 22 (22,2 %) respondentů, v kategorii 40–49 let bylo 14 (14,1 %) respondentů, následně bylo v kategorii 50–59 let 20 (20,2 %) respondentů a v kategorii 60 a více let byli 3 (3 %) respondenti. Z pohledu věku byly v šetření nejčastěji osoby ve věkové kategorii do 29 let.

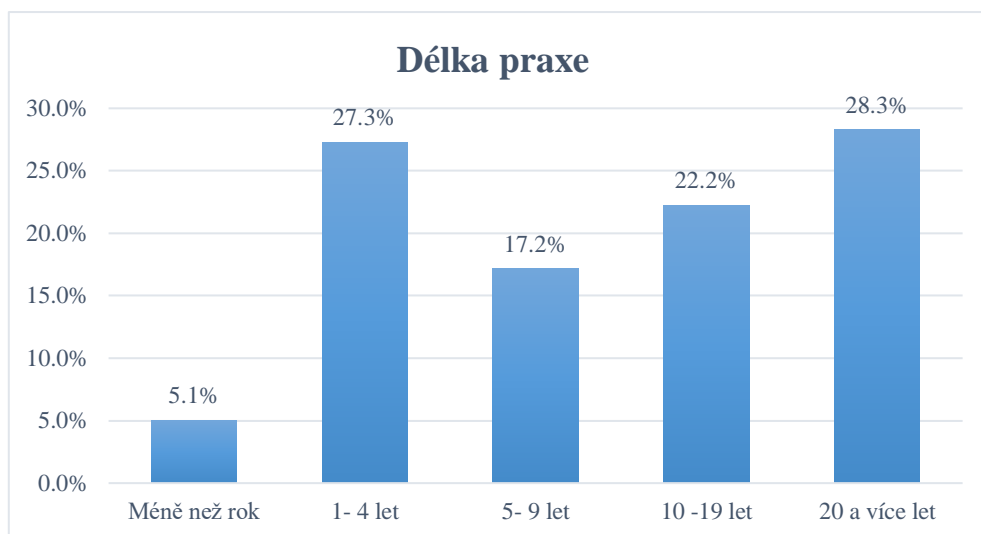
### Graf 3: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů



Zdroj: vlastní

Graf č. 3 znázorňuje nejvyšší dosažené vzdělání respondentů rozdělené do 5 kategorií. Z celkového počtu 99 respondentů bylo 62 (62,6 %) středoškolsky vzdělané, 9 (9,1 %) respondentů mělo vyšší odborné vzdělání s titulem Dis., 18 (18,2 %) respondentů mělo vysokoškolské vzdělání s titulem Bc., 10 (10,1 %) respondentů mělo vysokoškolské vzdělání s titulem Mgr. a nikdo z respondentů neměl vysokoškolské vzdělání s titulem Ph.D. Respondenti měli nejčastěji středoškolské vzdělání.

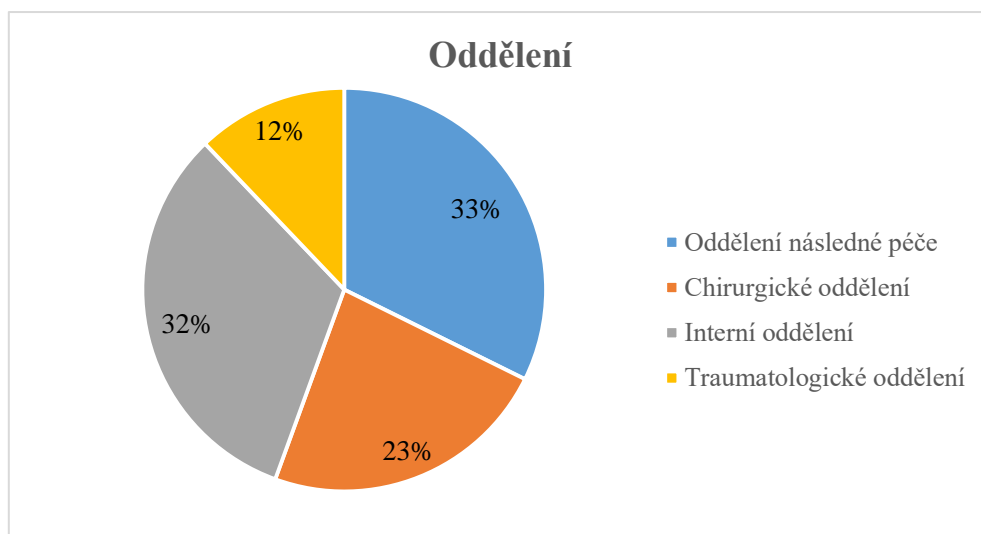
**Graf 4: Délka praxe**



Zdroj: vlastní

Graf č. 4 znázorňuje délku praxe respondentů. Délka je rozdělena do 5 kategorií, v kategorii, kdy délka praxe je méně, než rok činilo 5 (5,1 %) osob, což je nejmenší podíl respondentů. Druhá kategorie znázorňuje délku praxe 1–4 let, kdy se jednalo o 27 (27,3 %) respondentů, u třetí kategorie je délka praxe 5–9 let, kdy bylo 17 (17,2 %) respondentů, čtvrtá kategorie znázorňuje délku praxe 10–19 let, kdy bylo 22 (22,2 %) respondentů. V poslední kategorii je délka praxe 20 let a více, kdy bylo celkem 28 (28,3 %) osob. Respondenti nejčastěji pracují ve zdravotnictví 20 a více let anebo 1–4 roky.

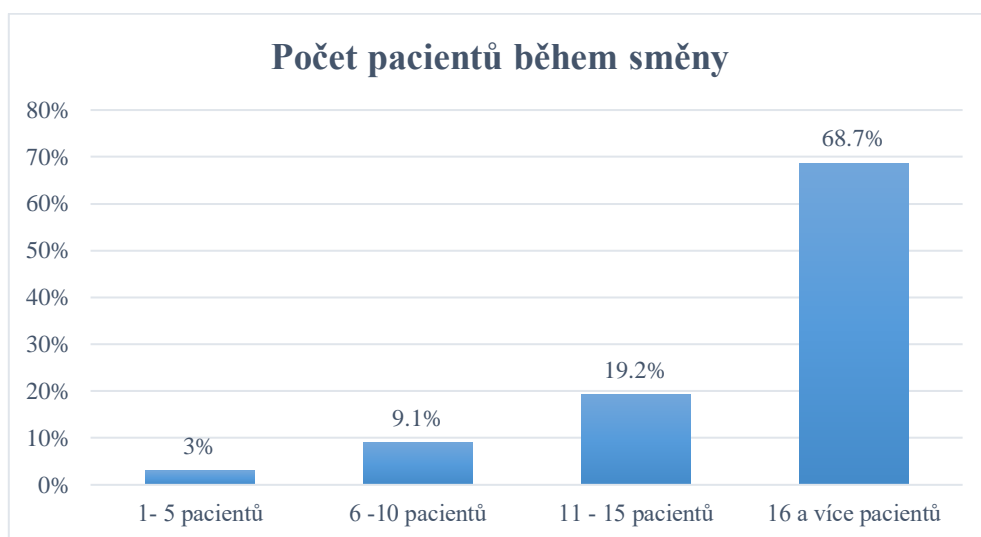
**Graf 5: Oddělení**



Zdroj: vlastní

Graf č. 5 znázorňuje druh oddělení, kde respondenti pracují. Kategorie jsou rozděleny na oddělení následné péče, chirurgické, interní a traumatologické oddělení. Největším podílem osob bylo na oddělení následné péče a interním oddělení, kde se jedná o 32 (32,3 %) respondentů. Dále pracuje mnoho respondentů na chirurgickém oddělení, kdy se jedná o 23 (23,2 %) osob. Nejméně respondentů se zúčastnilo šetření na traumatologickém oddělení, kde bylo jen 12 (12,1 %) respondentů.

**Graf 6: Počet pacientů během směny**

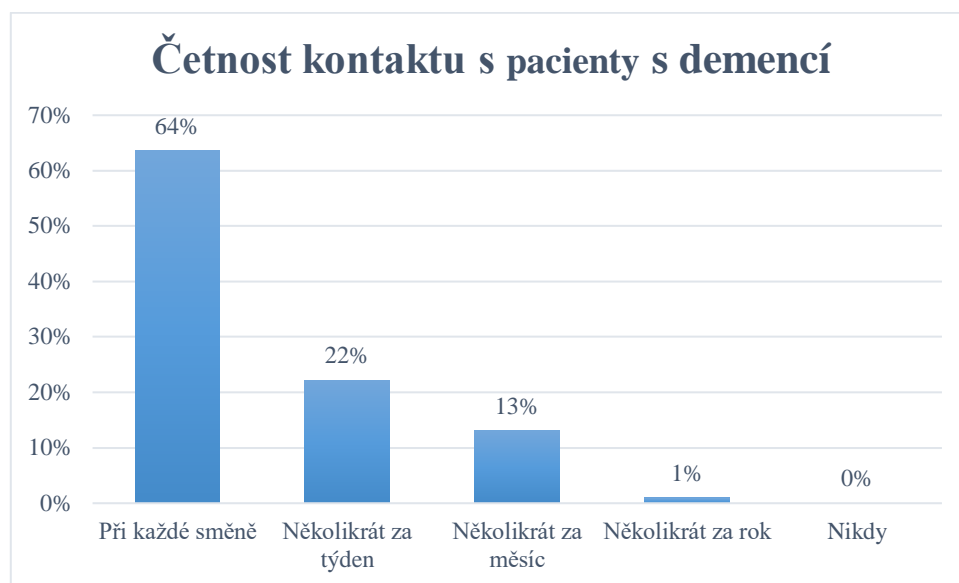


Zdroj: vlastní



Graf č. 6 znázorňuje počet pacientů, která má sestra na starost během své směny. Jsou celkem rozdělené do 4 kategorií. Nejčastěji má sestra na starost 16 a více pacientů (68,7 %; 68 respondentů). Menší počet sester uvedlo, že má na starost 11–15 pacientů (19,2 %; 19 respondentů). 9,1 % (9) osob má na starost 6–10 pacientů a jen 3 % (3) sestry mají na starost 1–5 pacientů.

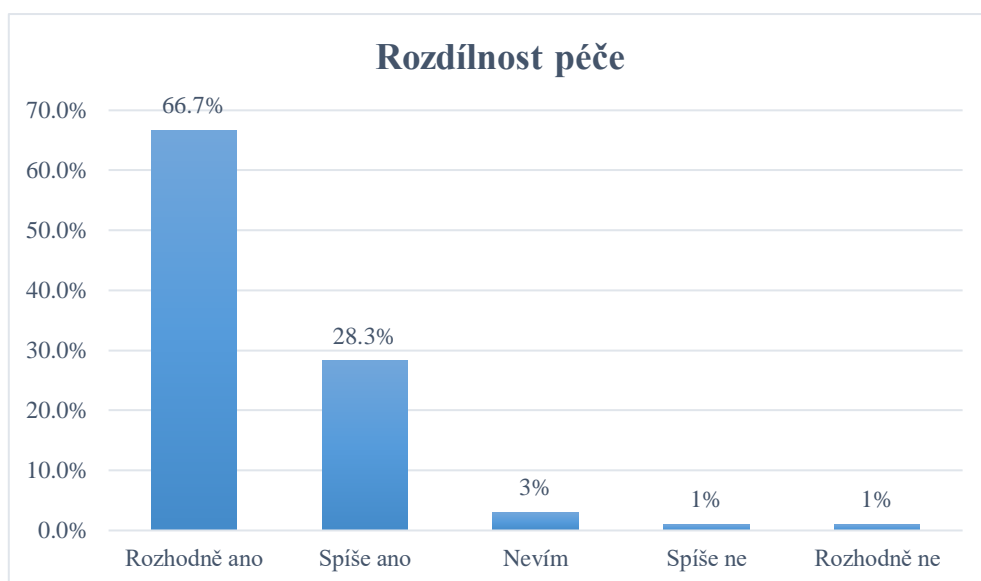
### Graf 7: Četnost kontaktu s pacienty s demencí



Zdroj: vlastní

Graf č. 7 znázorňuje výsledek na otázku: „*Jak často se setkáváte s pacienty s demencí?*“. Respondenti měli na výběr z 5 možností. Respondenti se na svém oddělení setkávají s demencí v 63,6 % (63 osob) případů při každé směně, dalších 22,2 % (22 osob) pak několikrát za týden. 13 (13,1 %) respondentů se setkává s pacienty s demencí je několikrát za měsíc a jen 1 (1 %) respondent několikrát za rok.

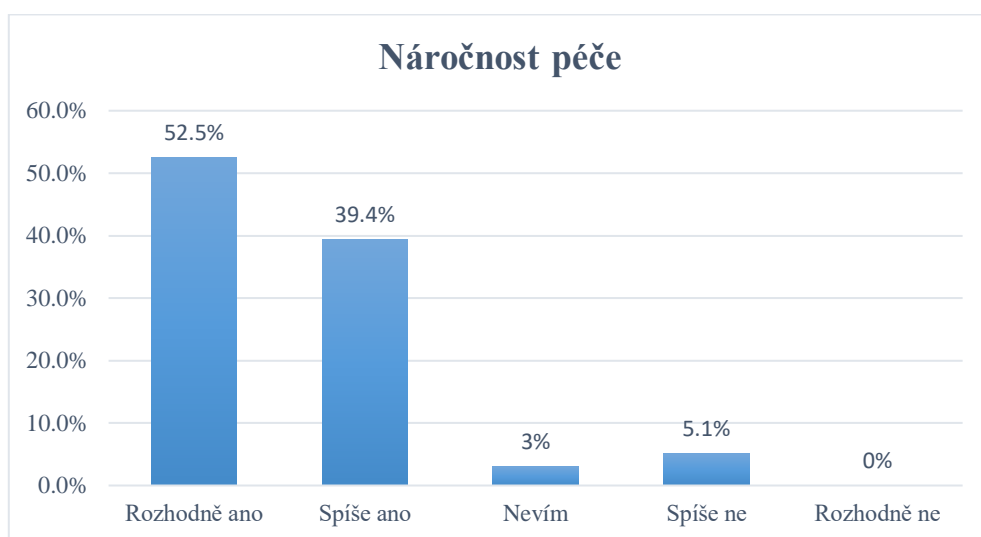
**Graf 8: Rozdílnost péče**



Zdroj: vlastní

Graf č. 8 znázorňuje výsledek na otázku: „*Je podle Vás rozdílná péče u pacienta s demencí a bez demence?*“. Většina osob (66,7 %; 66 osob) rozhodně souhlasí s tvrzením, že péče o pacienta s demencí a bez musí být rozdílná, dalších 28,3 % (28) osob si to spíše myslí. 3 (3 %) respondenti neví, zda by péče měla být rozdílná, 1 (1 %) osoba si myslí, že by péče spíše nemusela být rozdílná a 1 (1 %) osoba nesouhlasí s rozdílnou péčí u pacientů s demencí.

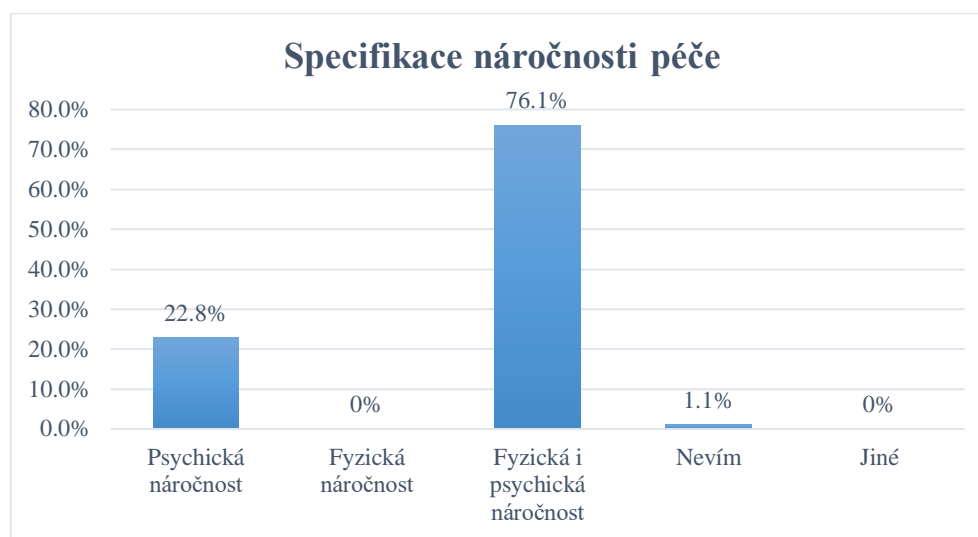
**Graf 9: Náročnost péče**



Zdroj: vlastní

Graf č. 9 znázorňuje výsledný stav na otázku: „Vnímáte péči o pacienty s demencí jako náročnou?“. Kdy více jak polovina (52,5 %) osob vnímala péči o pacienty s demencí jako rozhodně náročnou (52 osob), dalších 39,4 % (39) osob jako spíše náročnou. Malá část respondentů (3 %) nevěděla, jestli je péče náročná (3 osoby) a 5 osob (5,1 %) vnímá péči jako spíše nenáročnou. Nikdo neuvěděl, že by nebyla rozhodně náročná.

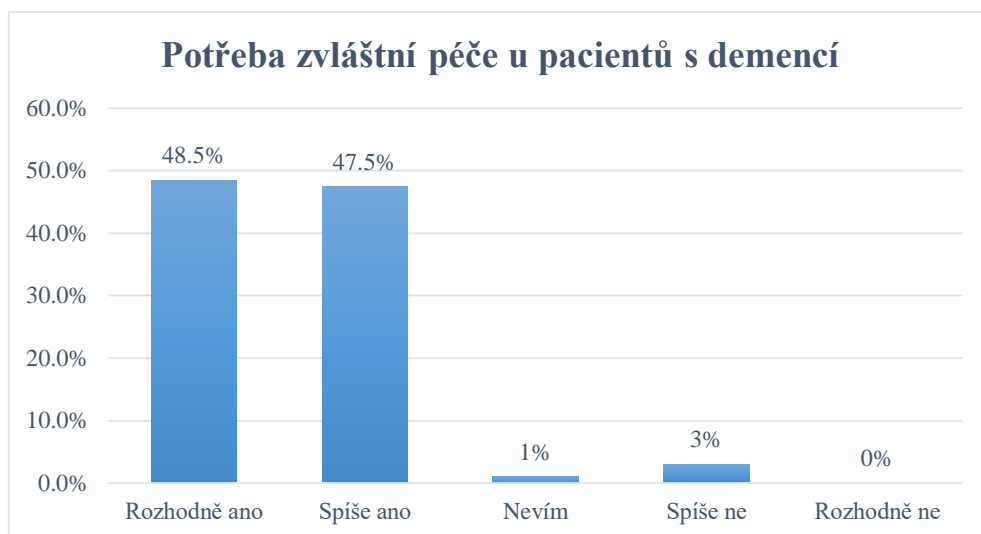
#### Graf 10: Specifikace náročnosti péče



Zdroj: vlastní

Graf č. 10 znázorňuje výsledek, který navazuje na předchozí otázkou č. 9. Na otázku č. 10 odpovídali respondenti, kteří v předchozí otázce zvolili odpověď „Rozhodně ano“ nebo „spíše ano“. V této otázce jsme se ptali, v jakém smyslu vnímají respondenti náročnost péče o pacienty s demencí. 76,9 % respondentů uvedlo, že se jedná jak o fyzickou, tak i psychickou náročnost (70 odpovědí). 23,1 % osob vnímá pouze psychickou náročnost a 1 (1,1 %) osoba nevěděla odpověď.

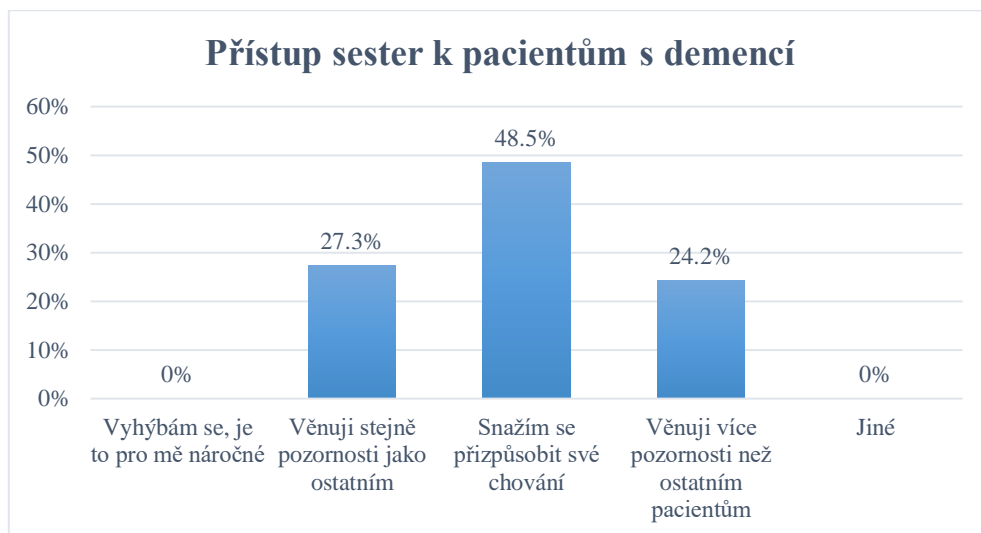
**Graf 11: Potřeba zvláštní péče u pacientů s demencí**



Zdroj: vlastní

Graf č. 11 ukazuje rezultat na otázku: „*Domníváte se, že pacienti s demencí vyžadují při hospitalizaci zvláštní péči?*“. 48,5 % osob si myslí, že určitě ano, dalších 47,5 % si to spíše myslí, 1 % (1 osoba) neví, zda je potřeba a 3 % (3 osoby) si myslí, že spíše není potřeba zvláštní péče u pacientů s demencí.

**Graf 12: Přístup sester k pacientům s demencí**

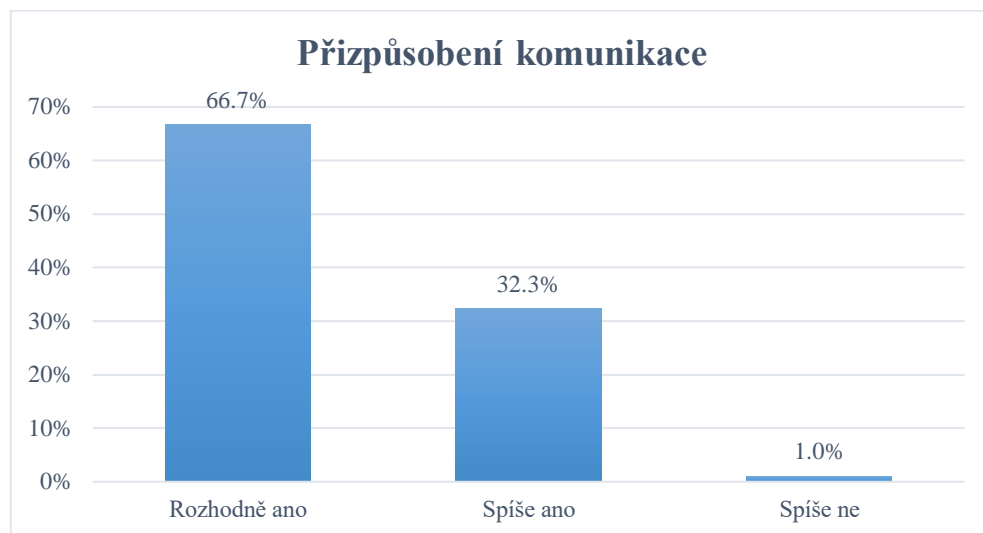


Zdroj: vlastní

Graf č. 12 ukazuje výsledek na otázku: „*Jak přistupujete k pacientům s demencí?*“. Respondenti se nejčastěji snaží přizpůsobovat své chování k pacientovi s demencí

(48,5 %; 48 osob), dalších 27,3 % (27) osob se snaží pacienty nerozlišovat, naopak 24,2 % (24) respondentů si myslí, že jim věnují více pozornosti než jiným pacientům. Nikdo se pacientům nevyhýbá.

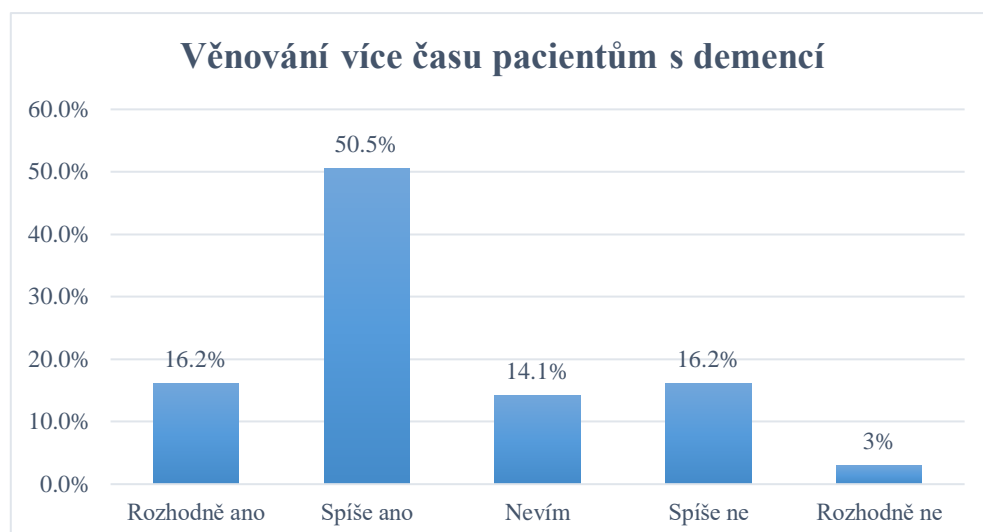
**Graf 13: Přizpůsobení komunikace**



Zdroj: vlastní

Graf č. 13 znázorňuje výsledek na otázku: „*Přizpůsobujete svou komunikaci k pacientům s demencí?*“. 66,7 % respondentů přiznává, že rozhodně uzpůsobují svoji komunikaci na pacientovu demenci (66 osob), dalších 32,3 % s tím spíše souhlasí (32 osob).

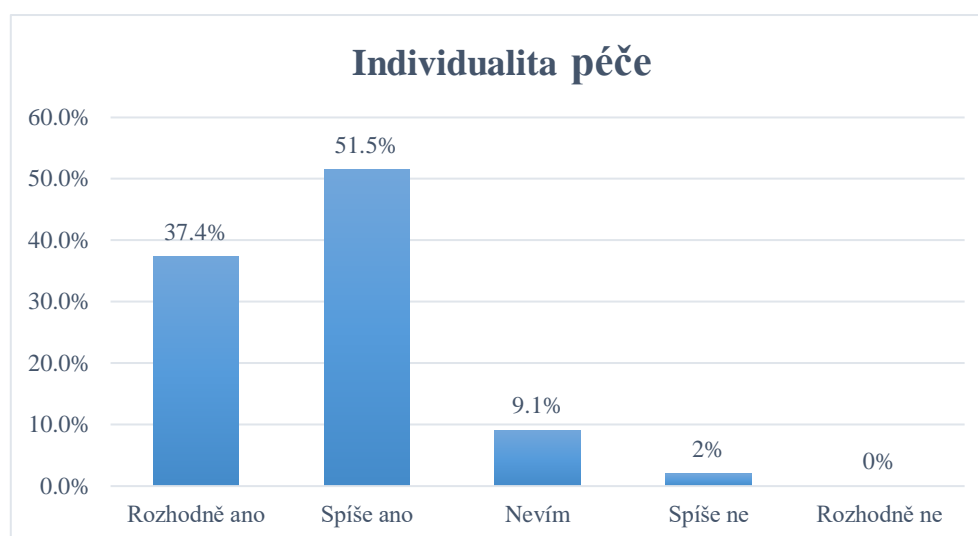
**Graf 14: Věnování více času pacientům s demencí**



Zdroj: vlastní

Graf č. 14 ukazuje výsledný stav na otázku: „*Věnujete pacientům s demencí více času než ostatním pacientům?*“. Pouze 16,2 % (16) respondentů přiznává, že pacientům s demencí věnovali více času než ostatním pacientům. Spíše to připouští 50,5 % (50) dotázaných. 14,1 % (14) osob si neuvědomují, zda věnují pacientům více času. Zatímco 3 % (3) osob přiznává, že nevěnují pacientům s demencí více času a 16,2 % (16) respondentů také spíše ne.

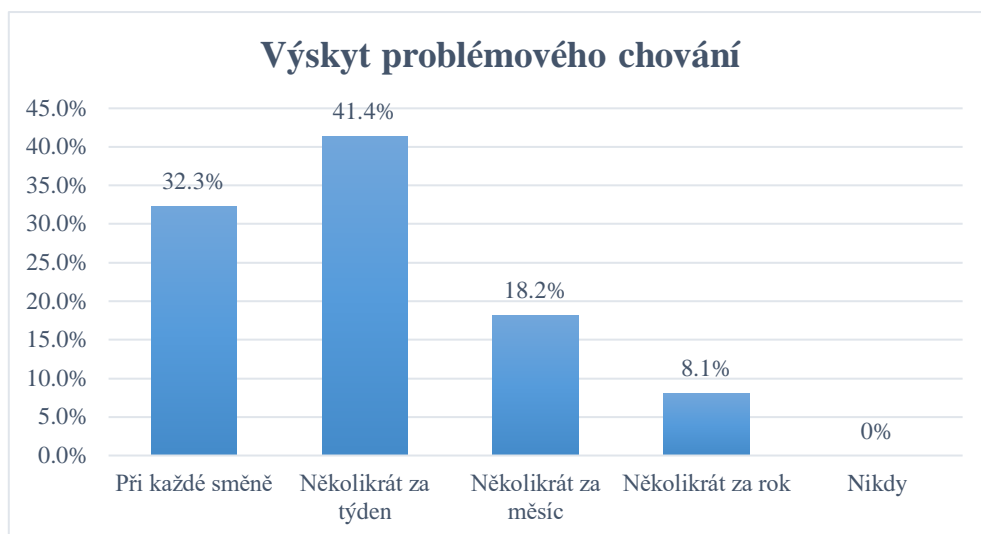
### Graf 15: Individualita péče



Zdroj: vlastní

Graf č. 15 znázorňuje výsledek na otázku: „*Je Váš přístup k pacientům s demencí individuální?*“. Individuální přístup k pacientům s demencí rozhodně připouští 37,4 % dotázaných (37 osob), dalších 51,5 % jej spíše připouští (51 osob). 9,1 % (9) osob neví, jestli poskytují individuální péči pacientům s demencí a 2 % (2) dotazových ji spíše neposkytuje.

**Graf 16: Výskyt problémového chování**



Zdroj: vlastní

Graf č. 16 zobrazuje výsledek na otázku: „*Jak často se ve své praxi setkáváte s problémovým chováním pacienta s demencí?*“. Nejčastěji respondenti uváděli, že je to několikrát za týden (41,4 %; 41 osob). 32,3 % dotazovaných však uvádí (32 osob), že s takovým to chováním se setkávají při každé směně. 18,2 % (18) respondentů se s pacienty s problémovým chováním setkávají několikrát za měsíc a 8,1 % (8) dotazovaných jen několikrát za rok.

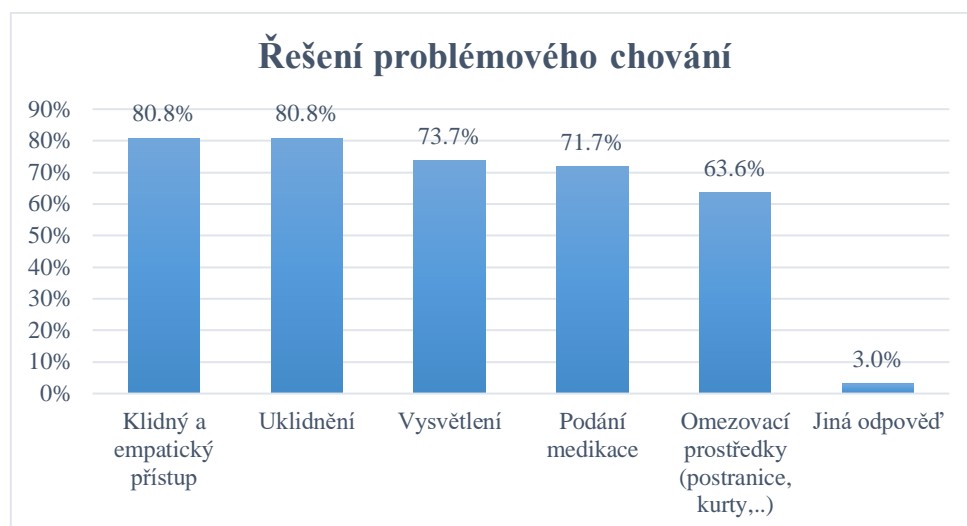
**Graf 17: Druhy problémového chování**



Zdroj: vlastní

Graf č. 17 ukazuje výsledný stav na otázku: „S jakým problémovým chováním jste se setkal/a u pacientů s demencí?“. Respondenti měli u této otázky možnost uvádět více odpovědí. Nejvíce se respondenti setkávají se zmateností a nespoluprací. Se zmateností se setkalo až 96 % (96) osob a s nespoluprací 93,9 % (93) osob. Třetí nejčastější odpověď bylo bloudění či samovolné odcházení z oddělení, a to až u 83,8 % (83) dotazovaných. Mezi další časté problémové chování patří dle dotazovaných v 82,8 % sebepoškozování (82 osob). Mezi o něco méně časté problémové chování řadí respondenti i slovní napadení (77,8 %; 77 respondentů), nespavost (72,7 %; 72 respondentů) a fyzické napadení (57,6 %; 57 respondentů). Nejméně se respondenti setkávají s depresí u pacientů (26,3 %; 26 respondentů).

### Graf 18: Řešení problémového chování

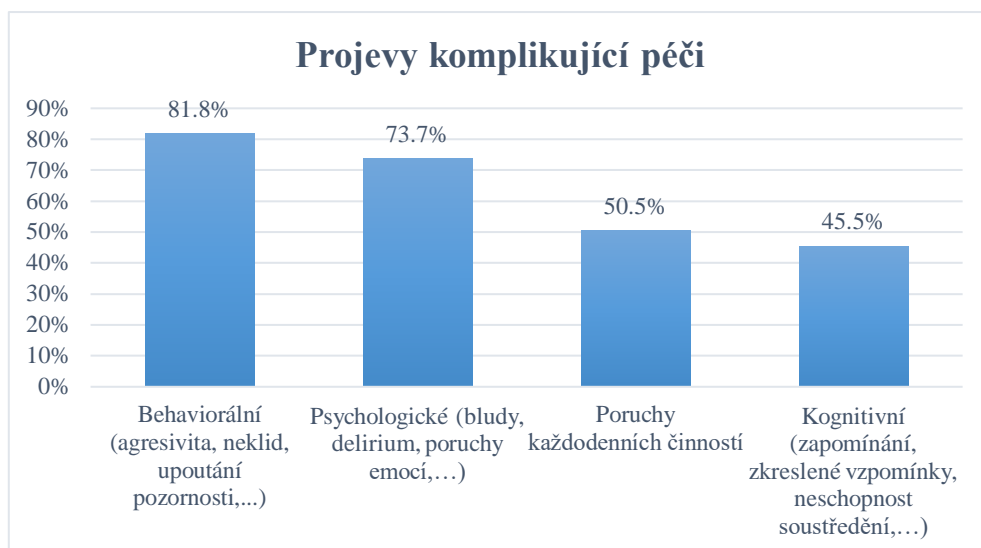


Zdroj: vlastní

Graf č. 18 uvádí výsledek na otázku: „Jak problémové situace u pacientů s demencí řešíte?“. I na tuto otázku byla možnost více odpovědí. 80,8 % sester to řeší klidným a empatickým způsobem, stejný počet sester zkouší uklidnění, 73,7 % sester poté vysvětlení, 71,7 % sester podává medikaci a 63,6 % využívá omezovací prostředky. Mezi jiné odpovědi (3 %, 3 osoby).



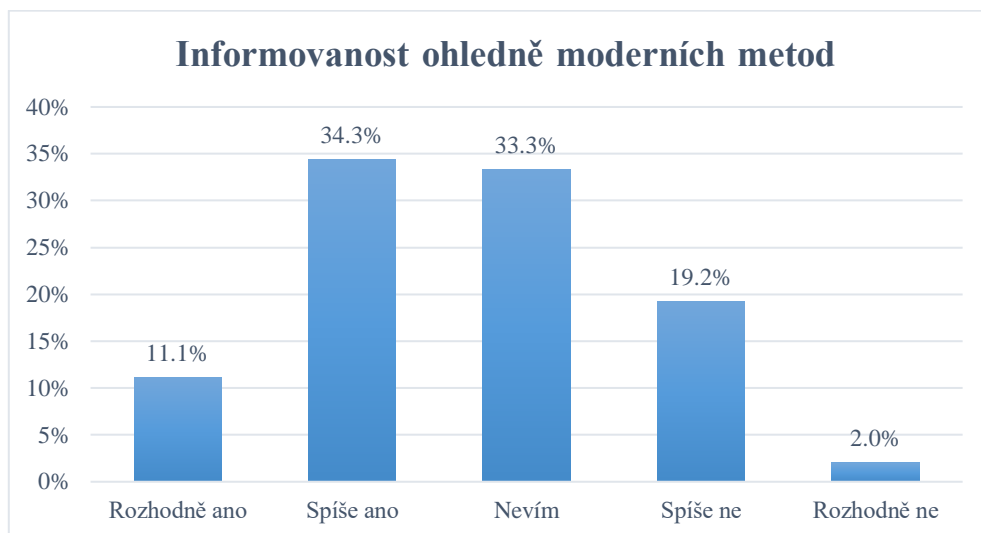
**Graf 19: Projevy komplikující péči**



Zdroj: vlastní

Graf č. 19 znázorňuje výsledek na otázku: „*Jaké projevy Vám komplikují péči o pacienty?*“. Opět byla možnost mít více odpovědí. 81,8 % sester uvádí, že behaviorální, psychologické zvolilo 73,7 % sester, poruchy každodenní činností 50,5 % a kognitivní poruchy poté 45,5 % sester.

**Graf 20: Informovanost ohledně moderních metod**

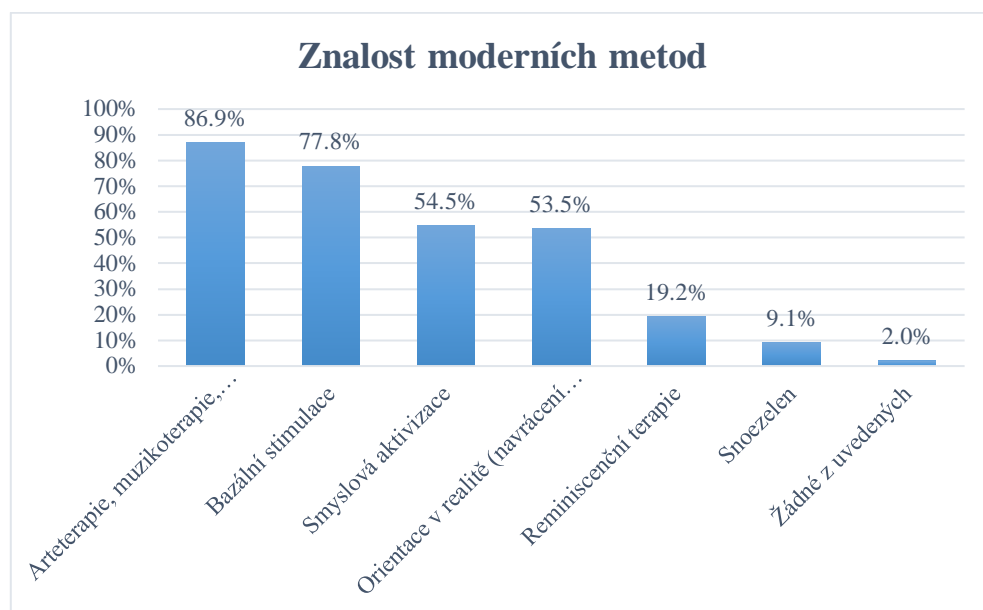


Zdroj: vlastní

Graf č. 20 znázorňuje rezultat na otázku: „*Znáte nějaké moderní metody využívané v péči o nemocné s demencí?*“. Moderní metody využívané v péči o nemocné s demencí rozhodně zná 11,1 % (11) sester, dalších 34,3 % (34) sester je spíše zná. Je zajímavé, že

spíše nebo vůbec nezná moderní metody v péči o nemocné s demencí celkově více jak pětina sledovaných sester (21,2 %; 21 osob).

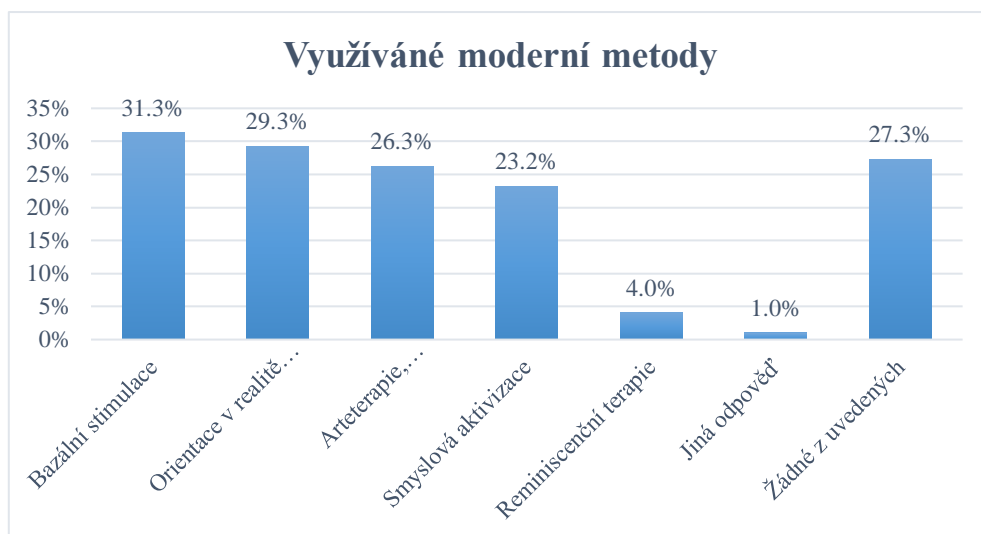
**Graf 21: Znalost moderních metod**



Zdroj: vlastní

Graf č. 22 znázorňuje výsledek na otázku: „Které z výše uvedených metod využíváte na svém oddělení?“. I u této otázky v dotazníku byla možnost více odpovědí. Nejčastěji respondenti slyšeli o arteterapii, muzikoterapii a canisterapie. Tuto metodu uvedlo 86,9 % dotázaných, dalších 77,8 % zná bazální stimulaci. 54,5 % osob poté smyslové aktivizace, o něco méně respondentů zná orientaci v realitě (53,5 %) a 19,2 % slyšeli o reminiscenční terapii. Jen 9,1 % respondentů zná Snoezelen a 2 % neslyšeli o žádné z uvedených metod.

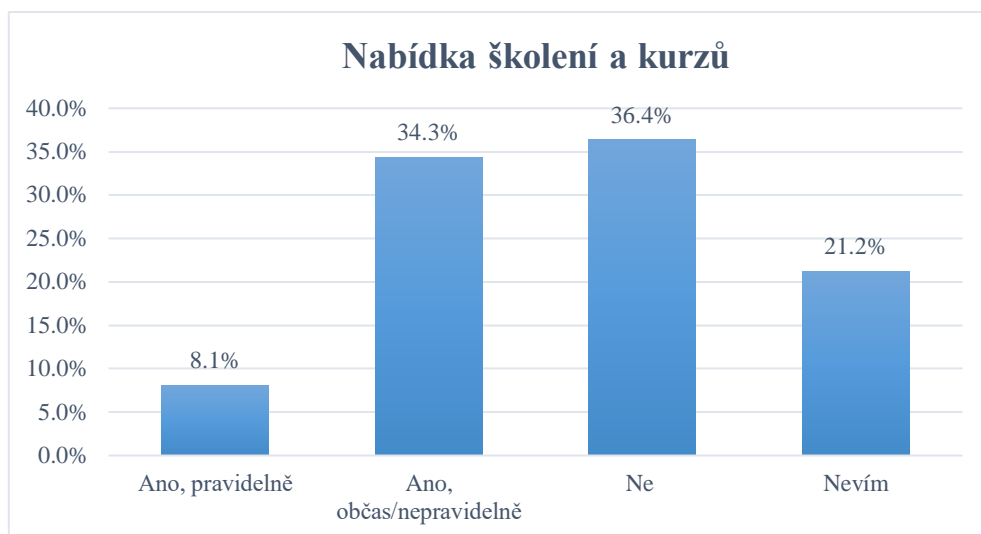
**Graf 22: Využívané moderní metody**



Zdroj: vlastní

Graf č. 22 ukazuje výsledek na otázku: „Které z výše uvedených metod využíváte na svém oddělení?“. 27,3 % všech dotázaných uvedlo, že nepoužívají žádné z uvedených ani jiné metody pro pacienty s demencí. Z uvedených metod měla největší zastoupení bazální stimulace (31,6 %; 31 sester), orientace v realitě (29,3 %; 29 sester) a arteterapie, muzikoterapie a canisterapie, Tyto terapie využívá 26,3 % (26) dotázaných sester. Podobný podíl sester využívá smyslovou aktivizaci a to 23,2 % (23 respondentů). Mezi nejméně využívanou metodu patří reminiscenční terapie, kterou využívá jen 4 % (4) sester.

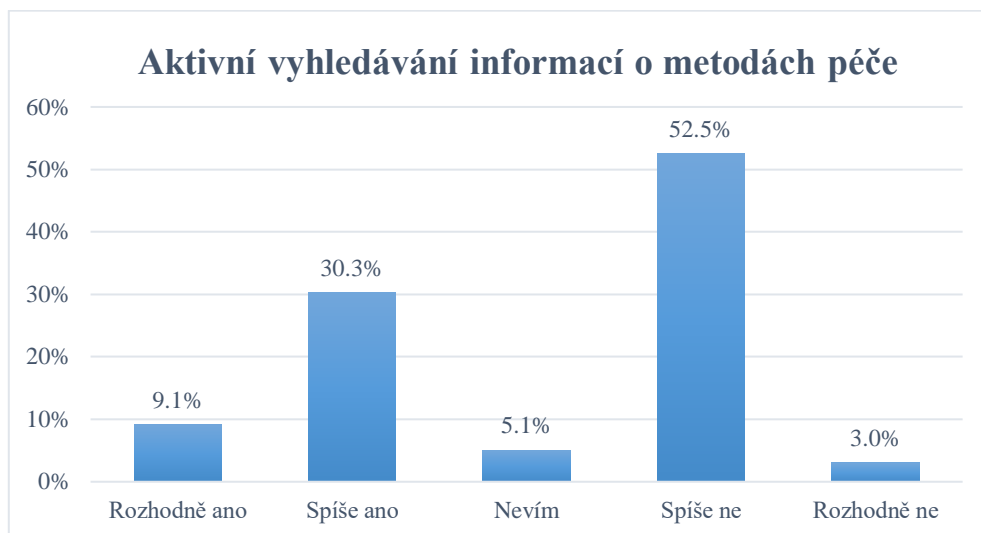
**Graf 23: Nabídka školení a kurzů**



Zdroj: vlastní

Graf č. 23 znázorňuje výsledek na otázku: „*Poskytuje Vám oddělení dostatek informací, školení, kurzů o specifické péči o tyto pacienty?*“. 36,4 % (36) dotázaných sester uvedlo, že nikoliv. Nepřavidelně pak 34,3 % (34) sester. Pravidelné informace a školení dostává pouze 8,1 % (8) dotázaných sester.

**Graf 24: Aktivní vyhledávání informací o metodách péče**

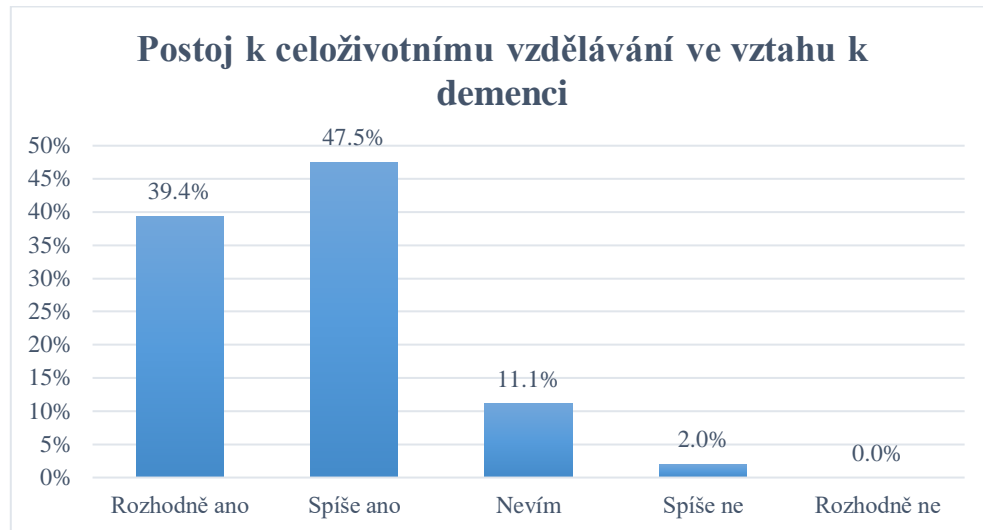


Zdroj: vlastní

Graf č. 24 uvádí výsledný stav na otázku: „*Vyhledáváte Vy sám/sama informace o nových metodách v péči o pacienty s demencí?*“. Celkově 39,4 % sester (39 odpovědí)

odpovědělo, že rozhodně ano nebo spíše ano. Sestry si tyto informace nejčastěji spíše nevyhledávají (52,5 %; 52 osob).

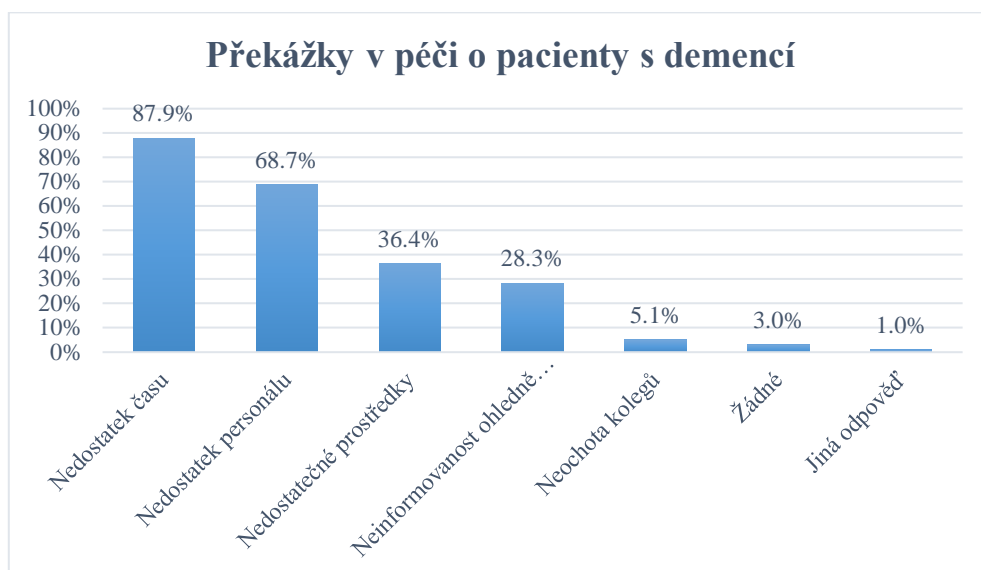
**Graf 25: Postoj k celoživotnímu vzdělávání ve vztahu k demenci**



Zdroj: vlastní

Graf č. 25 ukazuje výsledek na otázku: „*Je podle Vás důležité se stále vzdělávat o problematice moderních metod v péči o pacienty s demencí?*“. Sestry velmi souhlasí s tím, že by se mělo vzdělávat v problematice moderních metod v péči o pacienty s demencí. Rozhodně si to myslí 39,4 % dotázaných sester (39 odpovědí), dalších 47,5 % si to poté spíše myslí (47 osob). Což je relativně velký rozdíl v porovnání s tím, kolik se jich vzdělává samostudiem na toto téma.

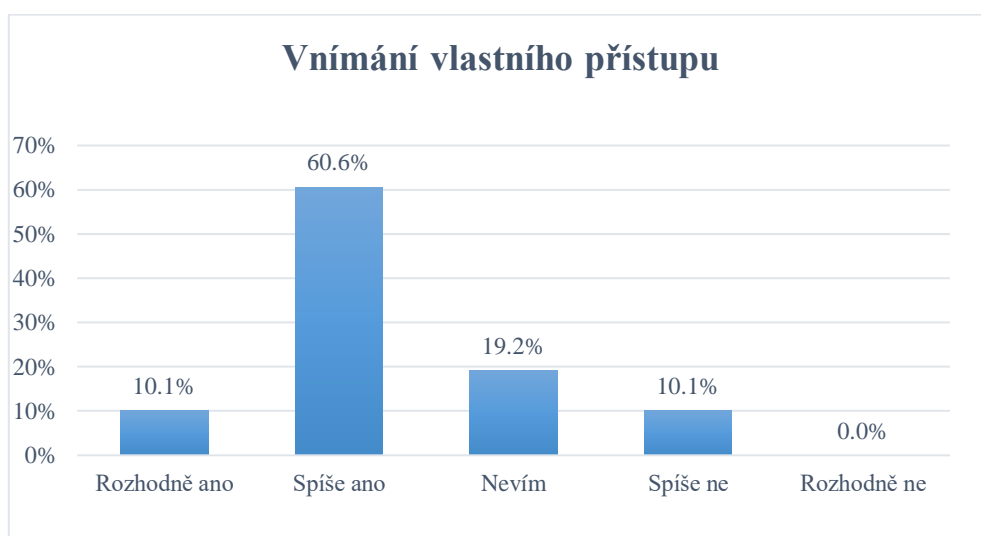
**Graf 26: Překážky v péči o pacienty s demencí**



Zdroj: vlastní

Graf č. 26 znázorňuje výsledky na otázku: „*Jaké překážky zamezující specifickému a individuálnímu přístupu k pacientům trpícím demencí spatřujete na Vašem oddělení?*“. Respondenti opět mohli uvádět více odpovědí. Jako nejčastěji uváděnou překážkou je nedostatek času (87,9 %; 87 odpovědí) a nedostatek personálu (68,7 %; 68 osob). Dalšími překážkami jsou nedostatečné prostředky (36,4 %; 34 osob), informovanost (28,3 %; 28 osob) nebo neochota kolegů (5,1 %; 5 osob). 3 % (3) respondenti nevnímají žádné překážky zamezující individuální přístup.

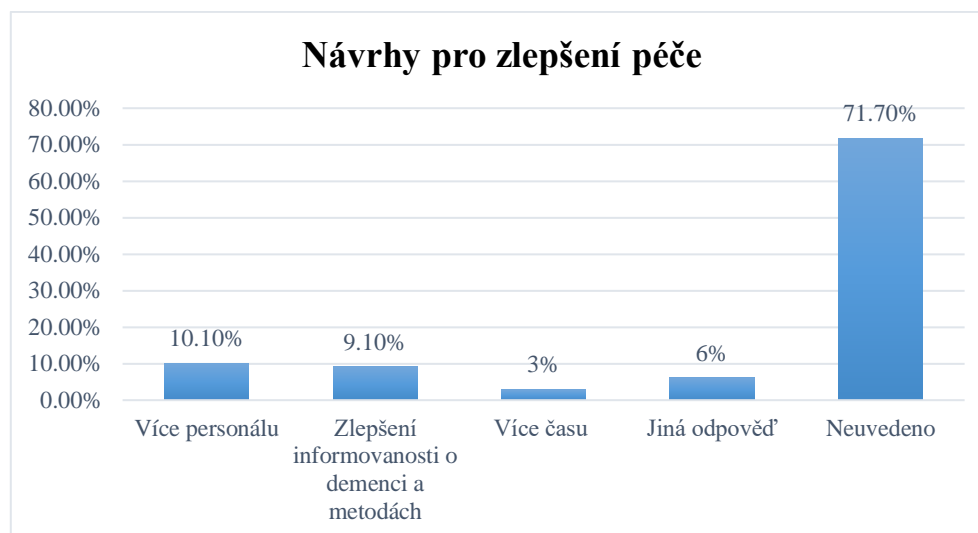
**Graf 27: Vnímání vlastního přístupu**



Zdroj: vlastní

Graf č. 27 znázorňuje výsledek na otázku: „Myslíte si, že je Váš přístup k pacientům s demencí optimální/dostačující?“. S výrokem rozhodně souhlasí pouze 10,1 % sledovaných sester (10 osob). Naopak 60,6 % s výrokem spíše souhlasí (60 osob). Spíše nesouhlasí 10,1 % dotázaných (opět 10 sester).

### Graf 28: Návrhy pro zlepšení péče



Zdroj: vlastní

Graf č. 28 znázorňuje výsledný stav na otázku: „Napadá Vás něco, co by bylo možné v přístupu k pacientům s demencí na Vašem oddělení zlepšit?“. Otázka byla otevřená a nepovinná v dotazníku. Pokud osoby odpovídali, nejčastěji uváděli, že by ocenili více personálu (10,1 %; 10 osob), s tím související i více času na pacienty. Druhá nejčastější odpověď byla zlepšení informovanosti o demenci, moderních metodách práce s ní a obecně povědomí práce s ní (9,1 %; 9 osob). Třetí nejčastější odpovědí bylo více času na pacienty (3 %; 3 osoby). Mezi jiné odpovědi patřilo například práce psychologa na oddělení, možnost arteterapie, snížení počtu pacientů na sestru, větší informovanost od rodiny a pomůcky na zabavení pacientů.

## 4.2 Statistické testování hypotéz

### Hypotéza 1: Délka praxe všeobecné sestry má vliv na přístup k pacientovi s demencí.

H1.0: Délka praxe nemá vliv na přístup k pacientovi s demencí

H1.1: Délka praxe má vliv na přístup k pacientovi s demencí

**Tabulka č. 1 Přístup sester k pacientům s demencí ovlivněné délkou praxe**

		ot4 – Délka praxe					Celkem
		Méně než 1 rok	1–4 roky	5–9 let	10–19 let	20 a více let	
ot12 Přístup	Snažím se přizpůsobit své chování	3 (60 %)	15 (55,6 %)	6 (35,3 %)	8 (36,4 %)	16 (57,1 %)	48 (48,5 %)
	Věnuji stejně pozornosti jako ostatním	2 (40 %)	8 (29,6 %)	6 (35,3 %)	5 (22,7 %)	6 (21,4 %)	27 (27,3 %)
	Věnuji více pozornosti než ostatním pacientům	0 (0 %)	4 (14,8 %)	5 (29,4 %)	9 (40,9 %)	6 (21,4 %)	24 (24,2 %)
Celkem		5 (100 %)	27 (100 %)	17 (100 %)	22 (100 %)	28 (100 %)	99 (100 %)
<b>Modifikovaný Fisherův exaktní test</b>					<b>0,419 (41,9 %)</b>		

Zdroj: vlastní

K testování H1 se vztahují otázky č. 4 a 12 z dotazníku. Pomocí modifikovaného Fisherova exaktního testu jsme zjišťovali, zda má délka praxe vliv na přístup sestry k pacientovi s demencí. Z výše uvedené tabulky č. 1 je zřejmé, že hodnota Fisherova exaktního testu je vyšší než kritická hladina významnosti ( $\alpha = 0,05$ ). Z výzkumného šetření vyplývá, že délka praxe nemá vliv na přístup k pacientovi s demencí. Definovaná hypotéza nebyla potvrzena.



**Hypotéza 2: Druh oddělení má vliv na přístup všeobecných sester k pacientům s demencí.**

H2.0: Druh oddělení nemá vliv na přístup všeobecných sester k pacientům s demencí

H2.1: Druh oddělení má vliv na přístup všeobecných sester k pacientům s demencí

**Tabulka č. 2 Přístup sester k pacientům s demencí ovlivněné druhem oddělení**

		ot5 Druh oddělení				Celkem
		Chirurgické oddělení	Interní oddělení	Oddělení následné péče	Traumatologické oddělení	
ot12 Přístup sester	Snažím se přizpůsobit své chování	13 (56,5 %)	18 (56,3 %)	8 (25 %)	9 (75 %)	48 (48,5 %)
	Věnuji stejně pozornosti jako ostatním	4 (17,4 %)	8 (25 %)	14 (43,8 %)	1 (8,3 %)	27 (27,3 %)
	Věnuji více pozornosti než ostatním pacientům	6 (26,1 %)	6 (18,8 %)	10 (31,3 %)	2 (16,7 %)	24 (24,2 %)
Celkem		23 (100 %)	32 (100 %)	32 (100 %)	12 (100 %)	99 (100 %)
<b><math>\chi^2</math> test nezávislosti</b>				<b>13,095</b>		
<b>Hladina významnosti</b>				<b>0,042</b>		

Zdroj: vlastní

K testování H2 se vztahují otázky č. 5 a 12 z dotazníku. Pomocí  $\chi^2$  testu nezávislosti v kontingenční tabulce jsme zjišťovali, zda má druh oddělení, kde sestra pracuje, vliv na její přístup k pacientům s demencí. Z níže uvedené tabulky č. 2 je zřejmé, že hodnota  $\chi^2$  testu nezávislosti v kont. tabulce vychází 13,095 a hladina významnosti vychází 0,042, z čehož vyplývá, že při zvolené hladině významnosti ( $\alpha = 0,05$ ) H2 byla potvrzena. Druh oddělení má vliv na přístup sester k pacientům s demencí.

**Hypotéza 3: Celoživotní vzdělávání má vliv na implementaci specifických metod do praxe všeobecných sester v péči o pacienty s demencí.**

H3.0: Implementace specifických metod do praxe nezávisí na nejvyšším dosaženým vzdělání sester

H3.1: Implementace specifických metod do praxe závisí na nejvyšším dosaženým vzdělání sester

**Tabulka č. 3 Závislost nejvyššího dosaženého vzdělání a využívání moderních metod**

		ot3 Vzdělání sester				
		Středoškolské	Vyšší odborné – Dis.	Vysokoškolské – Bc.	Vysokoškolské – Mgr.	Celkem
ot 22 Počet metod, které sestry na svém oddělení využívají	Počet	62	9	18	10	99
	Průměr	1,1	1,8	1,2	0,5	1,1
	Medián	1,0	1,0	1,0	0,0	1,0
	Modus	1,0	1,0	0,0	0,0	1,0
	Minimum	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Maximum	5,0	5,0	4,0	3,0	5,0
	Směr. Odchylka	0,9	1,6	1,2	1,1	1,1
<b>Kruskall - Wallisův test</b>				<b>7,593</b>		
<b>Hladina významnosti</b>				<b>0,055</b>		

Zdroj: vlastní

K testování H3 se vztahují otázky č. 3 a 22 z dotazníku. Pro ověření hypotézy byl využit neparametrický Kruskall – Wallisův test, kdy výsledky jsou uvedeny v tabulce č. 3. Na základě testu (hladina významnosti = 0,055), kdy je výsledná hladina významnosti větší než zvolená hladina významnosti ( $\alpha = 0,05$ ), testovanou hypotézu H3 na této hladině významnosti nepotvrzujeme. Využívání specifických či moderních metod při péči o pacienty s demencí nezávisí na nejvyšším dosaženém vzdělání sester.

**Hypotéza 4: Všeobecné sestry na oddělení následné péče využívají specifické metody v přístupu k pacientům s demencí více než na jiných odděleních.**

H4.0: Všeobecné sestry na oddělení následné péče nevyžívají specifické metody v přístupu k pacientům s demencí více než na jiných odděleních.

H4.1: Všeobecné sestry na oddělení následné péče využívají specifické metody v přístupu k pacientům s demencí více než na jiných odděleních.

**Tabulka č. 4 Využívané metody podle druhu oddělení**

		ot5 Na jakém oddělení pracujete?			
		Chirurgické oddělení	Interní oddělení	Oddělení následné péče	Traumatologické oddělení
Ot 22 Počet metod, které sestry na oddělení využívají	Počet	23	32	32	12
	Průměr	0,6	1,1	1,9	0,3
	Medián	0	1	2	0
	Modus	0	1	1	0
	Minimum	0	0	0	0
	Maximum	2	3	5	2
	Směr. Odchylka	0,7	0,8	1,2	0,7
<b>Kruskall – Wallisův test</b>			<b>22,175</b>		
<b>Hladina významnosti</b>			<b>&lt;0,001</b>		

Zdroj: vlastní

K testování H4 se vztahují otázky č. 5 a 22 z dotazníku. Pro ověření hypotézy byl použit neparametrický Kruskall – Wallisův test, kdy výsledky jsou uvedeny v tabulce č. 4. Na základě testu (hladina významnosti  $<0,001$ ), kdy je výsledná hladina významnosti menší než zvolená hladina významnosti ( $\alpha = 0,05$ ), testovanou hypotézu H4 na této hladině významnosti potvrzujeme. Implementace specifických metod při péči o pacienty s demencí závisí na druhu oddělení, kde sestry pracují. Na základě nízké hladiny významnosti ( $<0,001$ ) byla provedena post hoc analýza (tabulka č. 5), kde se zjistilo, že jsou viditelné rozdíly ve využití moderních metod u oddělení následné péče a chirurgického oddělení (hladina významnosti ( $<0,001$ )) a mezi oddělením následné péče a interním oddělením (hladina významnosti =  $0,004$ ). Oddělení následné péče využívá moderní a specifické metody v přístupu k pacientovi s demencí častěji než ostatní zmiňovaná oddělení.

**Tabulka č. 5 Post hoc testování rozdílu mezi odděleními**

Post hoc testování		Testové kritérium	P-hodnota
Chirurgické oddělení	Oddělení následné péče	6,020	<0,001
Chirurgické oddělení	Interní oddělení	3,180	0,064
Oddělení následné péče	Interní oddělení	-4,480	0,004

Zdroj: vlastní

**Hypotéza5: Nejvyšší dosažené vzdělání má vliv na přístup všeobecných sester k pacientům s demencí.**

H5.0: Vzdělání nemá vliv na přístup k pacientovi s demencí

H5.1: Vzdělání praxe má vliv na přístup k pacientovi s demencí

**Tabulka č. 6 Přístup sester k pacientům s demencí ovlivněné jejich vzděláním**

		ot3 Nejvyšší dosažené vzdělání sester				Celkem
		Středoškolské	Vyšší odborné – Dis.	Vysokoškolské – Bc.	Vysokoškolské – Mgr.	
ot12 Přístup sester	Snažím se přizpůsobit své chování	30 (48,4 %)	5 (55,6 %)	8 (44,4 %)	5 (50 %)	48 (48,5 %)
	Věnuji stejně pozornosti jako ostatním	18 (29 %)	3 (33,3 %)	6 (33,3 %)	0 (0 %)	27 (27,3 %)
	Věnuji více pozornosti než ostatním pacientům	14 (22,6 %)	1 (11,1 %)	4 (22,2 %)	5 (50 %)	24 (24,2 %)
Celkem		62 (100 %)	9 (100 %)	18 (100 %)	10 (100 %)	99 (100 %)
<b>Modifikovaný Fisherův exaktní test</b>			<b>0,322 (32,2 %)</b>			

Zdroj: vlastní

K H5 se vztahují otázky č. 3 a 12 z dotazníku. Pomocí modifikovaného Fisherova exaktního testu jsme zjišťovali, zda má nejvyšší dosažené vzdělání sester vliv na jejich přístup k pacientovi s demencí. Z níže uvedené tabulky č. 6 je zřejmé, že hodnota Fisherova exaktního testu je vyšší než zvolená hladina významnosti ( $\alpha = 0,05$ ), proto H5 nepotvrzujeme, jelikož hodnota vyšla na 0,322. Z výzkumného šetření vyplývá, že vzdělání sester nemá statisticky významný vliv na přístup k pacientovi s demencí.

## 5 Diskuze

Bakalářská práce se zabývá tématem přístupu sester k pacientům s demencí na standardních odděleních. Cílem této práce bylo zmapovat jaký přístup mají sestry k pacientům s demencí, zjistit jaké faktory jejich přístup ovlivňují a následně přístupy sester porovnat mezi sebou.

Ve výzkumné části bylo využité kvantitativní šetření metodou dotazování pomocí nestandardizovaného dotazníku (viz Příloha 5), který byl zformovaný na základě zvolených hypotéz a cílů. Dotazník se skládá ze 3 částí. První část se skládala z kategorizačních otázek ohledně pohlaví, věku, délce praxe a druhu oddělení. Výzkumného šetření se celkem zúčastnilo 99 respondentů, z nichž 96 % tvořily ženy a 4 % tvořili muži (viz Graf 1), z toho vyplývá, že na dotazníky převážně odpověděly ženy. Dle našeho názoru se tento výsledek dal očekávat vzhledem k feminizaci této profese. Druhá otázka byla ohledně věku respondentů (viz Graf 2). Pro lepší přehlednost jsme zvolili kategorie po desetiletých intervalech. Nejvíce respondentů se pohybovalo v kategorii do 29 let (40 respondentů; 40,4 %) a nejméně bylo ve věkové skupině 60 a více let (3 respondenti; 3 %). Očekávali jsme větší zastoupení sester ve věku 60 a více let vzhledem k vybraným oddělením a očekávali jsme menší zastoupení sester mladších 29 let. Další otázka byla ohledně nejvyššího dosaženého vzdělání sester (viz Graf 3). Největší podíl respondentů má středoškolské vzdělání (62 respondentů; 62,6 %). 18 respondentů má vystudované bakalářské studium, 9 vyšší odbornou školu a 10 respondentů dosáhlo magisterského studia. Nejvíce sester s magisterským titulem pracovalo na chirurgickém oddělení a nejvíce sester s bakalářským vzděláním pracovalo taktéž na chirurgickém oddělení. Mezi kategorizační otázky patřila i otázka o délce praxe. Z výsledků vyplynulo, že nejvíce se šetření zúčastnilo sester s více než 20 let praxe, ale skoro stejný počet bylo i sester s 1–4letou praxí (viz Graf 4). Rozložení délky praxe koreluje s věkovým rozložením sester. Mezi poslední kategorizační otázky patřila i ohledně druhu oddělení, kde sestra pracuje. Šetření proběhlo na čtyřech odděleních I když dle Burdy a Šolcové (2016) se s pacienty s demencí může sestra setkat na každém oddělení. Největší zastoupení byly sestry z oddělení následné péče a interního oddělení (viz Graf 5).

V druhé části dotazníku jsme se věnovali přístupu sester k pacientům s demencí. Jak často se sestry s pacienty s demencí setkávají, jestli považují tuto péči jako náročnou, jestli

pacientům věnují více času, s jakým problémovým chováním se setkávají a jak toto chování řeší. Až 68 % sester se s pacienty s demencí setkává při každé směně, 22 % sester několikrát za týden (viz Graf 7), tento výsledek jsme očekávali vzhledem k výběru oddělení k provedení výzkumného šetření. U otázky, zda by péče u pacientů s demencí měla být odlišná od péče u pacientů bez demence, celkem 95 % sester zastávalo názor, že by péče měla být odlišná (viz Graf 8). Předpokládali jsme takové zastoupení u názoru potřeby odlišné péče, jelikož už jenom komunikace s pacienty s demencí je velmi odlišná. Například Venglářová a Mahrová (2006) uvádí, že základ správné komunikace s pacienty s demencí tvoří pomalá a zřetelná řeč v přiměřeném tempu. Holmerová a Mátlová (2015) doplňují zásady Venglářové a Mahrové (2006) tím, že by sestry měly verbální komunikaci doplnit gesty a výrazy, komunikovat v krátkých a jednoduchých větách a držet se jednoho tématu. Celkem 91, 2 % sester si myslí, že je péče o tyto pacienty náročná a převažoval názor, že tato péče je náročná jak fyzicky, tak i psychicky (viz Graf 9 a 10). Jak uvádí Konařík a Matějovská Kubešová (2016), tak každá péče o pacienty je fyzicky i psychicky náročná, ale péče o pacienty s demencí ještě více, z důvodu potřeby specifického přístupu a zacházení. Dále jsme se zajímali o přístup sester, zda je individuální, jestli jim věnují více či stejně času jako ostatním pacientům a jestli přizpůsobují svou komunikaci. Co se týče komunikace, tak celkem 99 % sester se snaží přizpůsobit svou komunikaci tak, aby všechny informace byly pro pacienty s demencí srozumitelné a jasné (viz Graf 13). Ohledně přístupu se většina sester snaží přizpůsobit své chování a zhruba třetina sester jim věnuje více pozornosti (viz Graf 14) a celkem 88, 9 % sester ošetřuje pacienty s individuálním přístupem (viz Graf 15), což koresponduje s tvrzením Ferkové a Ilievové (2013), které jsou názoru, že sestra by měla ke každému pacientovi přistupovat individuálně a s respektem. Překvapující je ale počet sester, které se při každé směně nebo několikrát týdně setkává s problémovým chováním v podobě zmatenosti, nespolupráce či bloudění a sebepoškozování (viz Graf 16 a 17). Nejvíce se toto chování řeší pomocí klidného a empatického přístupu a uklidnění pacienta, ale i ostatní metody se používají velmi často (viz Graf 18). Na tuto část navazují hypotézy č. 1, 2 a 5.

První hypotéza, kterou jsme zvolili byla: „*Délka praxe všeobecné sestry má vliv na přístup k pacientovi s demencí*“. Hypotéza nebyla potvrzena, z čehož vyplývá, že délka praxe nemá vliv na přístup sester k pacientům s demencí. Domníváme se, že i přes to, že délka praxe nemá vliv na přístup sester, je nutné vnímat tuto oblast individuálně a nelze

zjištění zobecňovat. Tím máme na mysli, že je zcela na sestře, jak chce přistupovat k pacientům nebo s nimi komunikovat. Očekávali jsme tento výsledek a odůvodňovali jsme to tím, že sestry se středoškolským vzděláním mají delší praxi a jsou delší dobu v kontaktu s pacienty s demencí než vysokoškolské sestry, ale ony jsou naopak více informovány ohledně správných přístupů a moderních metodách.

Druhá hypotéza, která byla zvolena zněla takto: „*Druh oddělení má vliv na přístup všeobecných sester k pacientům s demencí*“. Hypotéza se potvrdila na základě údajů získaných z odpovědí respondentů, kteří se zúčastnili šetření. Z toho jde tedy konstatovat, že druh oddělení má vliv na přístup sester k pacientům s demencí. Při testování i jiných otázek z dotazníku jsme došli k závěru, že na oddělení následné péče a interním oddělením více praktikují klidný a empatický přístup při problémovém chování, zatímco chirurgické a traumatologické oddělení dává spíše přednost podávání medikace. Traumatologické oddělení má také oproti jiným oddělením vyšší výskyt použití omezovacích prostředků. Toto řešení uvedlo 91,7 % všech sester z traumatologického oddělení, ale například na oddělení následné péče pouze 40,6 %. Nepřekvapilo nás, že traumatologické oddělení více využívá omezovací prostředky a podání medikace, jelikož sestry jsou časově jinak vytížené a upřednostňují péči o jiné diagnózy a výkony než například sestry na oddělení následné péče. Dále bych náš názor na využívání omezovacích prostředků a podání medikace doplnila tím, že využívání těchto metod na traumatologickém a chirurgickém oddělení je logické v souvislosti s tím, že pacienti jsou zde nejčastěji hospitalizováni po úrazu nebo operaci a tím jim hrozí větší možnost poškození na zdraví neklidem či nutkáním sebepoškozování. Proto řešení, které traumatologické a chirurgické oddělení volí je razantnější, ale spíše v zájmu pacienta a k prevenci úrazů.

Pátá hypotéza, která byla stanovena zní takto: „*Nejvyšší dosažené vzdělání má vliv na přístup všeobecných sester k pacientům s demencí*“. Hypotézu nepotvrzujeme, takže vzdělání sester nemá statisticky významný vliv na jejich přístup k pacientům s demencí. Stejně jako u první hypotézy se domníváme, že je to velmi individuální a nelze zobecnit u všech sester. Očekávali jsme opačný výsledek hypotézy, jelikož se při studiu na vysoké škole zaměřují více na holistický přístup k pacientovi, a tak by se mohlo očekávat, že přístup sester s vysokoškolským vzděláním se bude lišit od sester se středoškolským vzděláním.

Třetí část dotazníku se zajímala o moderní a specifické metody v přístupu a v péči o pacienty s demencí. Nejdříve jsme se zajímali, zda sestry vlastně znají nějaké moderní a specifické metody v přístupu a péči k pacientům s demencí. Většina si myslela, že spíše ano, anebo nevěděla, kolik jich znají (viz Graf 20). V následující otázce byly vypsány nejnámější moderní techniky, kterými jsme se zabývali i v teoretické části této bakalářské práce. Nejvíce sestry znají arteterapii, muzikoterapii, canisterapii a bazální stimulaci (viz Graf 21). Na to, kolik moderních metod sestry znají, je naopak vysoké množství sester, které žádné z metod na svém oddělení nevyužívá (viz Graf 22). Očekávali jsme větší procentuální zastoupení u možnosti bazální stimulace a arteterapie. Co nás naopak nepřekvapilo, bylo nízké využití metody Snoezelen. I přes škálu výhod, s sebou nese i několik nevýhod. Dle našeho názoru může být finančně náročné pro nemocnici vybudovat speciální místnosti pro takové množství pacientů. Nevýhodou navíc může být potřeba specializovaných sester, které by měly kompetence a schopnosti provádět tuto formu terapie. Další nevýhodou může být podle nás i nezáměr ze strany sester nebo možná i z důvodu jejich nedostatku. Sestry by nemusely mít na terapii čas během své standardní práce na oddělení. Dle van Weert et al. (2004) je nezbytný afektivní, empatický a trpělivý přístup zdravotníků, musí zvládnout vytvořit pocit vzájemné sounáležitosti a vytvořit klidnou a příjemnou atmosféru pro pacienta. To může být dle našeho názoru obtížné pro většinu sester z časového hlediska nebo z důvodu nezáměru o tuto terapii. Myslíme si, že se metoda převážně nevyužívá kvůli malému počtu zdravotníků, kteří ji znají a kteří jsou informováni o všech výhodách. Co by ale podle našeho názoru mohlo být více využíváno, je bazální stimulace. Není časově náročná jako například Snoezelen nebo reminiscenční terapie. Bazální stimulace se může využívat i při komunikaci, kdy sestra pacienta osloví a provede iniciální dotek, kterým oznamujeme svou přítomnost a získá pozornost pacienta. Dle Friedlové (2007) je při iniciálním doteku zásadní vždy dotek doprovázet verbálně a vždy ho provádět na stejném místě na těle, aby se dosáhlo co nejlepšího výsledku. Ptali jsme se i na to, zda si sestry vyhledávají samy nové informace o přístupech nebo o nových metodách. Více než polovina respondentů uvedla, že si spíše nevyhledávají nové informace (viz Graf 24). Co je ale zajímavé, že v další otázce naopak 87 % respondentů odpovědělo, že si myslí, že je důležité se neustále vzdělávat o nových metodách a přístupech v péči o pacienty s demencí (viz Graf 25). Dále byla v dotazníku otázka, která se týká překážek zamezujících využívání moderních metod nebo i individuálnímu přístupu k pacientům s demencí. Největší překážkou tvoří nedostatek personálu a z toho vyplývá i nedostatek času na pacienty (viz Graf 26). Ale i



přes vysoký počet překážek si 70 % sester myslí, že poskytují pacientům optimální péči (viz Graf 27), zde je ale nutné zvážit individuální schopnost sester hodnotit kvalitu poskytované péče. Poslední otázka, konkrétně otázka č. 27, byla o návrzích ke zlepšení péče. Byla to otevřená a nepovinná otázka. Mezi návrhy sester, podle kterých by se mohla péče a přístup k pacientům s demencí zlepšit, patří například více personálu, zlepšení informovanosti obecně o demenci a o moderních metodách, práce psychologa na oddělení a pomůcky na zabavení pacientů (viz Graf 27). Dle našeho názoru je zařazení psychologa do ošetrovacího týmu vhodný nápad, jelikož jednou z častých symptomů u demence je i deprese a myslíme si, že je lepší zkusit nejdříve práci psychologa než ihned podávat antidepresiva. Dále si myslíme, že je vhodné zařadit i ergoterapeuta do týmu, neboť ergoterapeuti umí pracovat s lidmi se ztrátou kognitivních funkcí. Suchá (2007) je názoru, že ergoterapie je nedílnou součástí péče u pacientů s demencí, protože podporuje soběstačnost a může zlepšit sebeobslužné činnosti a samostatnost pacientů. Na tuto část navazují hypotézy č. 3 a 4.

Třetí hypotéza zněla takto: „*Celoživotní vzdělávání má vliv na implementaci specifických metod do praxe všeobecných sester v péči o pacienty s demencí*“. Testovanou hypotézu jsme nepotvrdili, a z toho vyplývá, že využívání specifických metod při péči o pacienty s demencí nezávisí na nejvyšším dosaženém vzdělání sester. Očekávali jsme opačný výsledek této hypotézy, vzhledem k vědomostem, které sestry během svého studia na vysoké škole získávají. Za to je ale zajímavé, že celkově sestry znají průměrně 3 alternativní metody, ale využívají maximálně 1. Pomocí testování i otázky č. 21 „*Které z výše uvedených metod využíváte na svém oddělení?*“ jsme došli k závěru, že sestry s vysokoškolským vzděláním znají více moderních metod než sestry se středoškolským vzděláním. Dále jsme zjistili, že nejvíce moderní metody využívají sestry s vyšším odborným vzděláním a nejméně sestry s magisterským vzděláním, které často uvádí, že žádné metody nevyžívají. To jsme si odůvodnili tím, že největší zastoupení sester s magisterským titulem pracuje na chirurgickém oddělení, kde mají jiné priority v poskytování péče.

Čtvrtá hypotéza, která byla zvolena zněla: „*Všeobecné sestry na oddělení následné péče využívají specifické metody v přístupu k pacientům s demencí více než na jiných odděleních*. Tuto hypotézu můžeme potvrdit. Z toho vyplývá, že využívání specifických metod závisí na druhu oddělení, na kterém sestry pracují. Následně jsme zjistili, že se mezi sebou v počtu využívaných metod v péči o pacienty s demencí statisticky

významně liší oddělení následné péče s chirurgickým oddělením a oddělení následné péče s interním oddělením. Což by mohlo korelovat i s hypotézou č. 2, kde jsme došli k názoru, že sestry na traumatologii a chirurgii upřednostňují péči o jiné diagnózy a nemají tolik času využívat časově náročné metody.

Z celkového výzkumu jde tedy konstatovat, že přístup sester nezáleží na délce praxe, tím se dá vyvodit, že nezáleží ani na věku sestry a nezáleží ani na vzdělání sestry. Myslíme si, že v přístupu sestry k pacientovi s demencí nejvíce záleží na její vůli a osobnosti. I přes nedostatek personálu, vysokého počtu pacientů za směnu a časté problémové chování se sestry snaží přistupovat k pacientům, tak jak by si pacienti zasloužili. Dokonce i na traumatologickém oddělení, kdy i přes zvolení razantnějších způsobů doufáme, že jen v nejlepším zájmu pacienta.

## 6 Závěr

Jak již bylo zmíněno, populace stárne a tím se zvyšuje i incidence demence a pravděpodobnost poskytování péče pacientům s tímto onemocněním na nemocničních odděleních. Proto nám přišlo důležité zmapovat, jak sestry z různých oddělení k pacientům s demencí vlastně přistupují.

Celkem jsme si stanovili 3 cíle. Prvním cílem bylo zjistit, jaký mají sestry přístup k pacientům s demencí. Druhým cílem bylo zjistit, jaké faktory mohou ovlivnit přístup sester k pacientům s demencí. Posledním cílem bylo následně přístupy sester mezi sebou porovnat. Ke zjištění jsme si stanovili 5 hypotéz, které jsme testovali na základě nestandardizovaného dotazníku rozdaném na 4 různých odděleních. Z výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že přístup sester je spíše individuální, snaží se pacientům věnovat více času a snaží se svůj přístup a svou komunikaci přizpůsobit tak, aby byla vhodná k pacientovi s demencí. I problémové chování, se kterým se setkávají často, se na většině zkoumaných odděleních se snaží řešit pomocí klidného a empatického přístupu a pomocí uklidnění pacienta a vysvětlování. Naopak využívání specifických metod ke zlepšení kvality péče je poměrně nízké, ačkoliv metody znají. Faktor, který jejich přístup převážně ovlivňuje je oddělení, na kterém sestry pracují. Co přístup naopak neovlivňuje je délka praxe a vzdělání sester. Analyzováním všech výsledků jsme docílili závěru, že přístup sester se liší podle druhu oddělení, protože jiný přístup mají sestry na traumatologickém a chirurgickém oddělení a jiný mají zase sestry na interním oddělení a na oddělení následné péče.

Co považujeme za přínosné, je vylepšení informovanosti a využívání moderních metod na každém oddělení. Ne všechny metody jsou časově nebo fyzicky náročné. Pro sestru to může být jen malá změna ve své komunikaci či přístupu, ale pro pacienta to může znamenat hodně.

Jako doporučení do praxe jsme zvolili vytvoření semináře, ve kterém budou vysvětlené a ukázané moderní metody v péči o pacienty s demencí a sestry budou informovány o základních prvcích komunikace a postojů. Seminář by byl přístupný nejen pro sestry z oddělení zvolených ve výzkumném šetření, ale pro všechny, které by toto téma zajímalo.

## 7 Seznam použité literatury

1. ALZHEIMER DISEASE, 2019. *Stages of Alzheimer's Disease* [online]. [cit. 2024-1-22]. Dostupné z: [https://alzheimersdisease.net/living/stages#:~:text=No%20dementia%20\(Reisberg%20stage%201,Late%20stage%20\(Reisberg%20stage%207\)\)](https://alzheimersdisease.net/living/stages#:~:text=No%20dementia%20(Reisberg%20stage%201,Late%20stage%20(Reisberg%20stage%207)))
2. ALZHEIMER'S ASSOCIATION, 2023. Stages of Alzheimer's [online]. [cit. 2023-10-22]. Dostupné z: <https://www.alz.org/alzheimers-dementia/stages>
3. ALZHEIMER'S ASSOCIATION, 2024. *Communication and Alzheimer's* [online]. [cit. 2024-1-22]. Dostupné z: <https://www.alz.org/help-support/caregiving/daily-care/communications>
4. ALZHEIMER'S SOCIETY, 2021. *How to communicate with a person with dementia* [cit. 2024-1-22]. Dostupné z: <https://www.alzheimers.org.uk/about-dementia/symptoms-and-diagnosis/symptoms/how-to-communicate-dementia>
5. BAJTOŠOVÁ, R., HOLMEROVÁ, I., RUSINA, R., 2021. Nové pohledy na léčbu demence. *Neurologie pro praxi*. 22(3), 194-200. ISSN 1213-1814.
6. BANOVIĆ, S., JUNUZOVIC ZUNIC, L., SINANOVIC, O., 2018. Communication Difficulties as a Result of Dementia. *Materia Socio Medica*. 30(3), 221-224. doi:10.5455/msm.2018.30.221-224.
7. BARTOŠ, A., JIRÁK, R., 2013. Posuzovací škály a testy používané v gerontopsychiatrii. In: JIRÁK, R. et al., *Gerontopsychiatrie*. Praha: Galén, s. 47-68. ISBN 978-80-7262-873-5.
8. BORZOVÁ, C., 2009. Vyšetřovací metody u demencí. In: JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C. *Demence a jiné poruchy*. Praha: Grada, s. 25-28. ISBN 978-80-247-2454-6.
9. BRUNOVSKÝ, M., 2006. Poruchy chování u demencí. *Psychiatrie pro praxi*. (2), 66-69. ISSN 1213-0508.
10. BURDA, P., ŠOLCOVÁ, L., 2016. Ošetrovatelská péče 2. díl: Pro obor ošetrovatel. Praha: Grada. 234 s. ISBN 978-80-247-5334-8.

11. CARRION, C. et al., 2018. Cognitive Therapy for Dementia Patients: A Systematic Review. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*. 46(1-2), 1-26. doi:10.1159/000490851.
12. DEMENTIA AUSTRALIA, 2022, Cognitive screening and assessment, dementia.org.au [online]. [cit. 2023-11-26]. Dostupné z: [https://www.dementia.org.au/information/for-health-professionals/clinical-resources/cognitive-screening-and-assessment#:~:text=Mini%2DMental%20State%20Examination%20\(MMSE,to%20assess%20global%20cognitive%20status](https://www.dementia.org.au/information/for-health-professionals/clinical-resources/cognitive-screening-and-assessment#:~:text=Mini%2DMental%20State%20Examination%20(MMSE,to%20assess%20global%20cognitive%20status).
13. DOSTÁL, V., 2011. Vztah demence a deprese. *Psychiatrie pro praxi*. 12(4), 145-148. ISSN 1213-0508.
14. DREHER, J., 2017, *Psychofarmakoterapie: stručně, jasně, přehledně*. Praha: Grada Publishing. 2160 s. ISBN 978-80-271-0133-7.
15. FERKOVÁ, E., ILIEVOVÁ, L., 2013. Známý neznámý Alzheimer. *Sestra*. 23(4), s. 56-58. ISSN: 1210-0404.
16. FERTAĽOVÁ, T., ONDRIOVÁ, I., 2020. *Demence – Nefarmakologické aktivizační postupy*. Praha: Grada. 130 s. ISBN 978-80-271-2479-4.
17. FRANKOVÁ, V., 2004. Frontotemporální demence - kazuistiky z klinické praxe. *Psychiatrie pro praxi*. (3), 146-149. ISSN 1213-0508.
18. FRANKOVÁ, V., 2015. Optimalizace léčby Alzheimerovy choroby. *Psychiatrie pro praxi*. 16(3), 79-82. ISSN 1213-0508.
19. FRIEDLOVÁ, K., 2007. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada. Sestra (Grada). 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4.
20. FRIEDLOVÁ, K., 2022. Bazální stimulace podle Prof. Dr. Fröhlicha. *Odborný časopis Sociální služby* [online]. 12(12), 26-27 [cit. 2024-01-02]. ISSN 1803-7348. Dostupné z: [https://www.socialnisluzby.eu/images/obr/1687351101\\_prosinec-final.pdf](https://www.socialnisluzby.eu/images/obr/1687351101_prosinec-final.pdf)
21. HAUKE, M., 2011. *Pečovateľská služba a individuální plánování*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-3849-9.
22. HOLMEROVÁ, I. et al., 2004. Nefarmakologické přístupy k pacientům postižených demencí a podpora pečujících rodin. *Neurologie pro praxi*. (1), 17-20. ISSN 1213-1814.

23. HOLMEROVÁ, I., et al., 2010. Demence. *Medicína pro praxi*. (3), 139-144. ISSN 1214-8687.
24. HOLMEROVÁ, I., et al., 2012. Poruchy kognitivních funkcí u starších pacientů. *Medical Tribune* [online]. 24-27 [cit. 2024-1-02]. ISSN 1214-8911. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/archiv/poruchy-kognitivnich-funkci-u-starsich-pacientu/>
25. HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ, J. 2007, *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: Pro Gerontologické centrum vydalo EV public relations. Vážka. 299 s. ISBN 978-80-254-0177-4.
26. HOLMEROVÁ, I., MÁTLOVÁ, M., 2015. Dopisy. 2. vydání. Praha: Česká Alzheimerovská společnost. 96 s. ISBN 978-80-86541-31-0.
27. CHUNG, J.C.C., LAI, C.K.Y., *Snoezelen for dementia*. doi:10.1002/14651858.CD003152.
28. JIRÁK, R., 2004. Syndrom demence ve stáří. In: KALVACH, Z. et al., *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, s. 546-554. ISBN 978-80-247-0548-6.
29. JIRÁK, R., 2008. Diagnostika a terapie Alzheimerovy choroby. *Neurologie pro praxi*. 9(4), 240-244. ISSN 1213-1814.
30. JIRÁK, R., 2009a. Úvod. In: JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C. *Demence a jiné poruchy paměti*. Praha: Grada, s. 11-12. ISBN 978-80-247-2454-6.
31. JIRÁK, R., 2009b. Základní klinické příznaky demencí. In: JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C. *Demence a jiné poruchy paměti*. Praha: Grada, s. 22-24. ISBN 978-80-247-2454-6.
32. JIRÁK, R., 2013a. Demence a další poruchy kognitivních funkcí. In: JIRÁK, R. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Galén, s. 69-72. ISBN 978-80-7262-873-5.
33. JIRÁK, R., 2013b. Demence s Lewyho tělísky. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2013(4), 3 [cit. 2023-10-19]. ISSN 1213-0508. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2013/04/05.pdf>

34. JIRÁK, R., 2014. Vaskulární demence. In: RABOCH, J. et al., *Doporučené postupy psychiatrické péče IV.*. Praha: Psychiatrická společnost ČLS JEP, s. 18-20. ISBN 978-80-260-5792-5.
35. JIRÁK, R., UHROVÁ, T., PAVLOVSKÝ, P., Organicky podmíněné a symptomatické psychické poruchy. In: RABOCH, J a PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum, 2012, s. 170-185. ISBN 978-80-246-1985-9.
36. KALVACH, Z. et al., 2008. Komplexní geriatrické hodnocení (CGA). In: KALVACH, Z. et al., *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada, s. 49-109. ISBN 978-80-247-2490-4.
37. KALVACH, Z., RYCHLÝ, L., 2004. Komplexní geriatrické hodnocení. In: KALVACH, Z. et al., *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, s. 165-204. ISBN 80-247-0548-6.
38. KNÍŽKOVÁ, J., NOVOTNÁ, B., MICHÁLKOVÁ, B., 2014. Organické duševní poruchy. In: PETR, T., MARKOVÁ, E. et al., *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, s. 185-200. ISBN 978-80-247-4236-6.
39. KONAŘÍK, M., MATĚJOVSKÁ KUBEŠOVÁ, H., 2016. Přístup profesionálních pečovatелů k pacientům s demencí. *Medicína pro praxi*. 13(2), 93-95. ISSN 1214-8687.
40. KUČEROVÁ, H., 2006. *Demence v kazuistikách*. Praha: Grada Publishing. 112 s. ISBN 80-247-1491-4.
41. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ, 2023. *Demence je NEMOC, ne sprosté slovo. Výstava na Ministerstvu zdravotnictví představuje demenci z nového úhlu pohledu* [online]. [cit. 2024-4-28]. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/tiskove-centrum-mz/demence-je-nemoc-ne-sproste-slovo-vystava-na-ministerstvu-zdravotnictvi-predstavuje-demenci-z-noveho-uhlu-pohledu/#:~:text=Demence%20je%20mozková%20choroba%20zapř%C3%ADčinná,obt%C3%ADžnost%20komunikace%2C%20zmatenost%20a%20dezorientace>
42. NATIONAL INSTITUTE ON AGING, 2021. *Vascular Dementia: Causes, Symptoms, and Treatments*. NATIONAL INSTITUTE ON AGING. [online]. Nia.nih.gov. [cit. 2024-1-2]. Dostupné z: <https://www.nia.nih.gov/health/vascular-dementia/vascular-dementia-causes-symptoms-and-treatments>

43. NGUYEN, Hoang, et al., 2022. Communication in dementia care: Experiences and needs of carers. *Dementia*, **21**(4). 1381-1398. doi:10.1177/14713012221080003
44. NHS, 2023. *Communicating with someone with dementia* [online]. [cit. 2024-1-22]. Dostupné z: <https://www.nhs.uk/conditions/dementia/living-with-dementia/communication/#:~:text=It%20can%20help%20to%3A,to%20speed%20up%20their%20answers>
45. PIDRMAN, V., 2007. *Demence*. Praha: Grada. 184 s. ISBN 978-80-247-1490-5.
46. REISBERG, B., et al., 2002. Evidence and mechanisms of retrogenesis in Alzheimer's and other dementias: Management and treatment import. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*. **17**(4), 202-212. doi:10.1177/153331750201700411
47. REKTOROVÁ, I., 2011. Screeningové škály pro hodnocení demence. *Neurologie pro praxi*. 12(Suppl.G), 37-45. ISSN 1213-1814.
48. RODRIGUEZ, A. et al, 2021. Mini-Mental State Examination (MMSE) for the early detection of dementia in people with mild cognitive impairment (MCI). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 7. doi:10.1002/14651858.
49. RUSINA, R., HOLMEROVÁ, I., 2014. Poruchy spánku a nočního chování u Alzheimerovy nemoci a dalších demencí. *Neurologie pro praxi*. 15(4), 182-185. ISSN 1213-1814.
50. RUSINA, R., ŠPECIÁNOVÁ, Š., 2020. Paliativní aspekty u pokročilé demence. *Neurologie pro praxi*. 21(2), 100-102. ISSN 1213-1814.
51. SEIDL, Z., 2008. *Neurologie pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-247-2733-2.
52. SHAJI, K.S., SIVAKUMAR, P.T., NEELANJANA, P., 2018. Clinical Practice Guidelines for Managment of Dementia. *Indian Journal of Psychiatry*. 60(3), 312-328. doi:10.4103/0019-5545.224472.
53. SHEARDOVÁ, K. et al., 2007. Doporučené postupy pro léčbu Alzheimerovy nemoci a dalších onemocnění spojených s demencí. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie* [online]. 70/103(5), 589–594 [cit. 2024-1-21]. Dostupné z: <https://www.csmn.eu/casopisy/ceska-slovenska-neurologie/2007-5-1/doporucene->



postupy-pro-lecbru-alzheimerovy-nemoci-a-dalsich-onemocneni-spojenych-s-demenci-52475/download?hl=cs

54. SHEARDOVÁ, K., 2011. Současné možnosti terapie demencí, význam nefarmakologických intervencí. *Psychiatrie pro praxi*. 12(3), 126-128. ISSN 1213-0508.
55. SHEARDOVÁ, K., HUDEČEK, D., 2011. Prevence demence a životní styl. *Neurologie pro praxi*. 12(6), 418-421. ISSN 1213-1814.
56. SHEEHAN, B., 2012. Assessment scales in dementia. *Therapeutic Advances in Neurological Disorders*. SAGE Publications, 2012(6). doi:10.1177/1756285612455733.:
57. SUCHÁ, J., 2007. Ergoterapie u osob s demencí. In: HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ, J. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: Pro Gerontologické centrum vydalo EV public relations. Vážka, s. 142-149. ISBN 978-80-254-0177-4.
58. ŠAFRÁNKOVÁ, D., 2019. *Pedagogika*. 2. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-5511-3.
59. ŠÁTEKOVÁ, L., 2021. Posuzování funkčního stavu. In: ŠÁTEKOVÁ, L. et al., *Demence – hodnotící techniky a nástroje*. Praha: Grada, s. 37-56. ISBN 978-80-271-1695-9.
60. ŠEDIVCOVÁ, M.L., 2023. Geriatrická rehabilitace - geriatrické syndromy. In: NAVRÁTIL, L., ŠEDIVCOVÁ, M.L. *Léčebná rehabilitace v geriatrii*. Praha: Grada, s. 97-106. ISBN 978-80-271-3132-7.
61. ŠEVČÍKOVÁ, B., 2021. Demence. In: ŠÁTEKOVÁ, L. *Demence - hodnotící techniky a nástroje*. Praha: Grada, s. 9-16. ISBN 978-80-271-1695-9.
62. TOMAGOVÁ, M., 2021a. Posuzování kognitivních funkcí. In: ŠÁTEKOVÁ, L. a kol., *Demence - hodnotící techniky a nástroje*. Praha: Grada, s. 91-105. ISBN 978-80-271-1695-9.

63. TOMAGOVÁ, M., 2021b. Posuzování poruch chování a nálady. In: ŠÁTEKOVÁ, L. a kol., *Demence - hodnotící techniky a nástroje*. Praha: Grada, s. 112-124. ISBN 978-80-271-1695-9.
64. TOMOVÁ, Š., KŘIVKOVÁ, J., 2016. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). 136 s. ISBN 978-80-271-0064-4.
65. VÁLKOVÁ, L., 2015. *Rehabilitace kognitivních funkcí v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing. 112 s. ISBN 978-80-247-5571-7.
66. VAN WEERT, J., et al., 2004. Effect of snoezelen, integrated in 24 h dementia care, on nurse-patient communication during morning care. *Patient Education and Counseling*. 58(3), 312-326. doi.org/10.1016/j.pec.2004.07.013
67. VENGLÁŘOVÁ, M., 2007. Problematické situace v péči o seniory. Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky. Praha: Grada. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.
68. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G., 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. Sestra (Grada). 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
69. VOGEL, D., MEYER, M., HARENDZA, S., 2018. Verbal and non-verbal communication skills including empathy during history taking of undergraduate medical students. *BMC Medical Education*. 18(157). doi:10.1186/s12909-018-1260-9.
70. VOSTRÝ, M., ZILCHER, L., 2020. Combined Therapy for Patients after Ischemic Stroke from the Point View of Comprehensive Rehabilitation. *Journal of Education Culture and Society*. 11(1), 119-125. doi: 10.15503/jecs2020.1.119.125.
71. VUIC, B. et al. Pharmacogenomics of Dementia: Personalizing the Treatment of Cognitive and Neuropsychiatric Symptoms. *Genes*. 2023, 14(11). doi:10.3390/genes14112048
72. Vyhláška č. 391/2017 Sb.: Vyhláška, kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění vyhlášky č. 2/2016 Sb., 2017. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Česká republika, ročník 2017, částka 137, číslo 391, s. 4360-4375. ISSN 1211-1244.
73. ZACHAROVÁ, E., 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-271-0156-6.

74. ZRUBÁKOVÁ, K., BARTOŠOVIČ, I., 2019. *Nefarmakologická léčba v geriatрии*. Praha: Grada Publishing, Sestra (Grada). 176 s. ISBN 978-80-271-2207-3.
75. ZVĚŘOVÁ, M., 2017. *Alzheimerova demence*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-271-0561-8.
76. ŽIAKOVÁ, K., 2021. Měřicí nástroje pro posuzování pacienta s demencí. In: ŠATÉKOVÁ, L. *Demence - hodnotící techniky a nástroje*. Praha: Grada, s. 17-19. ISBN 978-80-271-1695-9.

## 8 Seznam příloh

### Příloha č. 1: Mini Mental State Examination (MMSE)

**Mini-Mental State Examination**

Jméno: \_\_\_\_\_ Datum 1. vyšetření: \_\_\_\_\_ Datum 2. vyšetření: \_\_\_\_\_ Datum 3. vyšetření: \_\_\_\_\_

Za každý správně provedený úkol je posuzovaný hodnocen jedním bodem (=1), za každý špatně provedený úkol nula body (=0).

**1. Orientace**

Kolikátého je dnes?  
Který je den v týdnu?  
Který je nyní měsíc?  
Který je nyní rok?  
Které je roční období?  
Jak se jmenuje země, ve které jsme?  
Ve kterém jsme okrese?  
Ve kterém jsme městě?  
Jak se jmenuje nemocnice, v níž jsme?  
Ve kterém jsme poschodí?

vyšetření		
1.	2.	3.

**2. Zapamatování**

Nyní vám vyjmenuji tři předměty. Zopakujte je po mně a zapamatujte si je, za chvíli se vás na tato slova zeptám znovu.

Lopata  
Šátek  
Váza


**3. Pozornost a počítání**

Odečítejte od čísla 100 stále sedmičku. Skončete, až odečtete pětkrát za sebou.

93  
86  
79  
72  
65


Pokud testovaná osoba úkol nezvládá nebo jej nechce provádět, vyzveme ji, aby hláskovala pozpátku slovo o pěti písmenech, např. POKRM.

M  
R  
K  
O  
P


**4. Výbavnost**

Vyzvěte testovanou osobu, aby zopakovala 3 slova, která si měla zapamatovat.

Lopata  
Šátek  
Váza


**5. Pojmenování**

Ukažte náramkové hodinky: Co je to?  
Ukažte propisovací tužku: Co je to?

vyšetření		
1.	2.	3.

**6. Opakování**

Opakujte po mně:  
„Žádná kdyby, nebo, ale.“

--	--	--

**7. Třístupňový příkaz**

Před testovanou osobu položíme list papíru a vyzveme ji, aby vzala papír do pravé ruky, přeložila jej na polovinu a položila na zem.

Uchopení papíru  
Přeložení na polovinu  
Položení na zem


**8. Čtení a splnění příkazu**

Testovanou osobu vyzveme, aby přečetla a provedla úkol napsaný na druhé straně tohoto listu (úkol – „zavřete oči“).

--	--	--

**9. Psaní**

Vyzveme testovanou osobu, aby napsala libovolnou větu. Věta musí dávat smysl, musí mít podmět a přísudek (podmět může být nevyjádřený).

--	--	--


**10. Obkreslení obrázce**

Testovaná osoba musí správně obkreslit 2 stejné pravidelné pětiúhelníky, protínající se jako čtyřúhelník.

--	--	--

Celkem bodů		

**HODNOCENÍ:**  
max. počet - 30 bodů  
**27 - 30** normální stav  
**25 - 26** hraniční nález, možnost demence  
**10 - 24** demence mírného až středně těžkého stupně  
**6 - 9** demence středně těžkého až těžkého stupně  
**6 a méně** demence těžkého stupně



Zdroj: POKORNÁ, A., et al., 2013. *Ošetrovatelství v geriatrii: Hodnotící nástroje*. Praha: Grada. 202 s. ISBN 978-80-247-4316-5

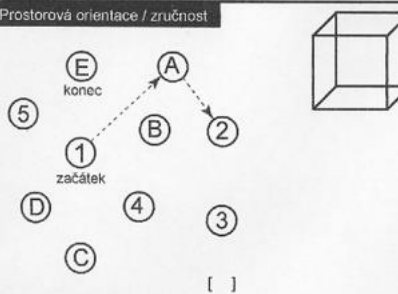

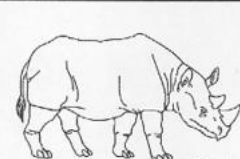

## Příloha č. 2 Test kreslení hodin

Skóre	Popis	Příklady	
1	<p>Bezchybné provedení:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Číslice 1–2 ve správném pořadí i místě</li> <li>Dvě ručičky ve správné poloze</li> </ul>		
2	<p>Lehká prostorová chyba ciferníku hodin:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Vzdálenosti mezi číslicemi nerovnoměrné</li> <li>Číslice mimo kruh</li> <li>Otočení papíru s otočením číslic</li> <li>Použití pomocných čar pro lepší orientaci</li> </ul>		
3	<p>Chybné zaznamenání času, zachované prostorové uspořádání hodin:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pouze jedna ručička</li> <li>Čas zaznamenáván slovně „10 hodin 10 minut“</li> <li>Čas vůbec nezaznamenán</li> </ul>		
4	<p>Střední stupeň prostorové dezorganizace, takže zaznamenání času není možné:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nepravidelné mezery</li> <li>Zapomenutí čísel</li> <li>Perseverace: opakování kruhu, číslice na jednu stranu od 12</li> <li>Záměna pravý/levý (čísllice proti směru)</li> <li>Dysgrafie – chybějí čitelné číslice</li> </ul>		
5	<p>Těžká prostorová dezorganizace:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Jako u skóre 4, ale silněji vyjádřeno</li> </ul>		
6	<p>Chybí zakreslení hodin (CAVE: vylučte depresi/delirium):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Žádný pokus zakreslit hodiny</li> <li>Ani vzdálená podobnost s hodinami</li> <li>Napsáno slovo nebo jméno</li> </ul>		

Zdroj: POKORNÁ, A., et al., 2013. *Ošetrovatelství v geriatrii: Hodnotící nástroje*. Praha: Grada. 202 s. ISBN 978-80-247-4316-5.

### Příloha č. 3 Montrealský kognitivní test

JMÉNO : \_\_\_\_\_ Datum narození : \_\_\_\_\_  
 Vzdělání : \_\_\_\_\_ Pohlaví : \_\_\_\_\_ DATUM : \_\_\_\_\_

MONTREALSKÝ KOGNITIVNÍ TEST (Nasreddinův test)		Okopírujte krychli		Namalujte ciferník a označte 11 hodin 10 minut (3 body)		BODY	
<b>Prostorová orientace / zrůčnost</b> 						_ /5	
<b>Pojmenování zvířete</b>							
							_ /3
<b>Paměť</b>	Přečtěte řadu slov. Testovaný je musí opakovat. Zopakujte je ještě jednou. Po 5 minutách požádejte o opakování slov.	TVĚŘ	SAMET	KOSTEL	KOPRETINA	ČERVENÁ	Žádný bod
		1.pokus					
		2.pokus					
<b>Pozornost</b>	Přečtěte řadu čísel (1 za vteřinu). Testovaný je má zopakovat, jak šla za sebou. Testovaný je má zopakovat pozpátku.	[ ] 2 1 8 5 4 [ ] 7 4 2				_ /2	
Čtěte řadu písmen. Testovaný musí klepnout prstem pokaždé, když uslyší A. Při 2 a více chybách nedostane žádný bod. [ ] FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOFAB							
Množina odečtů 7 od 100. [ ] 93 [ ] 86 [ ] 79 [ ] 72 [ ] 65 4-5 správných odečtů = 3 body / 2-3 správné = 2 body / 1 správný = 1 bod / 0 správný = 0 bod							
<b>Řeč</b>	Opakujte po mně: Pouze vim, že je to Jan, kdo má dnes pomáhat. [ ] Když jsou v místnosti psi, kočka se vždy schová pod gauč. [ ]						_ /2
<b>Vybavování slov:</b>	Řekněte co nejvíce slov, která začínají písmenem K, během 1 minuty. [ ] _____ (N > 11 slov)						_ /1
<b>Abstrakce</b>	Podobnost mezi např. banán-pomeranč = ovoce. [ ] vlak - bicykl [ ] hodinky - pravítka						_ /2
<b>Pozdější vybavení slov</b>	Vybavení slov BEZ NÁPOVĚDY	TVĚŘ	SAMET	KOSTEL	KOPRETINA	ČERVENÁ	Body se udělí pouze BEZ NÁPOVĚDY
		[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	
<b>Nepovinné</b>	Jedna nápověda Více nápověd						
<b>Orientace</b>	[ ] datum [ ] měsíc [ ] rok [ ] den [ ] místo [ ] město						_ /6
© Z.Nasreddine MD www.mocatest.org		NORMA ≥ 26 / 30		<b>CELKEM</b> Přičež 1 bod všem, kteří nemají 12 leté školní vzdělání			_ /30

Zdroj: REKTOROVÁ, I.,2011. Screeningové škály pro hodnocení demence. *Neurologie pro praxi*. 12(Suppl.G), 37-45. ISSN 1213-1814. Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2011/92/11.pdf>

## Příloha č. 4 Barthel index základních všedních činností

### Screeningové testy pro hodnocení soběstačnosti

#### Příloha 17. Barthelové test základních všedních činností (ADL – Activity of Daily Living)

Barthelové test základních všedních činností Activity of Daily Living = ADL		
Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre
schopnost najedení a napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
koupání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
přesun lůžko/židle	samostatně nad 50 m	15
	samostatně bez pomoci	10
	s malou pomocí	5
	neprovede	0
chůze po rovině	samostatně bez pomoci	15
	s pomocí 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0

Barthelové test základních všedních činností Activity of Daily Living = ADL		
Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre
chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0

#### Hodnocení stupně závislosti

0–40 bodů – vysoce závislý

45–60 bodů – závislost středního stupně

65–95 bodů – lehká závislost

100 bodů – nezávislý

Zdroj: Trachtová, 2008

Zdroj: POKORNÁ, A., et al., 2013. *Ošetrovatelství v geriatrii: Hodnotící nástroje*. Praha: Grada. 202 s. ISBN 978-80-247-4316-5.

## Příloha č. 5 Geriatrická škála deprese

### ŠKÁLA KE ZHODNOCENÍ NÁLADY U STARŠÍ POPULACE (GDS)

Jméno: \_\_\_\_\_ Ročník: \_\_\_\_\_

Datum vyplnění: \_\_\_\_\_

U každé z následujících 15 otázek zakroužkujte odpověď, která nejlépe vystihuje, jak jste se cítil/a **V POSLEDNÍM TÝDNU**.

1.	Jste se svým životem v zásadě spokojen/a?	ANO	NE
2.	Zanechal/a jste mnoha činností a zájmů?	ANO	NE
3.	Máte pocit, že Váš život je prázdný?	ANO	NE
4.	Nudíte se často?	ANO	NE
5.	Jste většinou v dobré náladě?	ANO	NE
6.	Bojíte se, že se Vám přihodí něco zlého?	ANO	NE
7.	Cítíte se většinou šťastný/á?	ANO	NE
8.	Cítíte se většinou bezmocný/á?	ANO	NE
9.	Zůstáváte raději doma, než abyste si vyšel/a ven a dělal/a něco nového?	ANO	NE
10.	Máte pocit, že v poslední době máte s pamětí víc problémů než ostatní?	ANO	NE
11.	Máte dojem, že je pěkné žít v této době?	ANO	NE
12.	Cítíte se v současnosti bezcenný/á?	ANO	NE
13.	Cítíte se plný/á energie?	ANO	NE
14.	Máte dojem, že Vaše situace je beznadějná?	ANO	NE
15.	Máte dojem, že se většině lidí vede lépe než Vám?	ANO	NE
<b>Celkový skór:</b>			

Zdroj: BARTOŠ, A. Dotazníky: Škála deprese pro geriatrické pacienty (GDS) *Www.nudz.cz* [online]. 2009, [cit. 2024-04-21]. Dostupné z: <https://www.abadeco.cz/pro-odborniky/dotazniky#skala-deprese>



## Příloha č. 6 Dotazník

Vážená paní, vážený pane,

mé jméno je Nina van Horik a jsem studentkou třetího ročníku oboru Všeobecné ošetřovatelství na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění krátkého dotazníku, který poslouží ke zpracování výzkumné části mé bakalářské práce na téma „Přístup sester k pacientům s demencí na standardních odděleních“.

Vyplnění dotazníku je zcela anonymní, dobrovolné a jeho vyplnění Vám zabere přibližně 10-15 minut.

Předem Vám děkuji za spolupráci.

1. Jaké je Vaše pohlaví?
  - a. Muž
  - b. Žena
  
2. Kolik je Vám let?
  - a. do 29 let
  - b. 30–39 let
  - c. 40–49 let
  - d. 50–59 let
  - e. 60 a více let
  
3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
  - a. Středoškolské
  - b. Vyšší odborné – Dis.
  - c. Vysokoškolské – Bc.
  - d. Vysokoškolské – Mgr.
  - e. Vysokoškolské – PhD.
  
4. Jaká je délka Vaší praxe ve zdravotnictví?
  - a. Méně než 1 rok
  - b. 1-4 let
  - c. 5-9 let
  - d. 10–19 let
  - e. 20 a více let
  
5. Na jakém oddělení pracujete?
  - a. Oddělení následné péče
  - b. Interní oddělení
  - c. Chirurgické oddělení
  - d. Traumatologické oddělení

6. Kolik pacientů máte zhruba na starost za směnu?
  - a. 1-5
  - b. 6-10
  - c. 11-15
  - d. 16 a více
  
7. Jak často se setkáváte s pacienty s demencí?
  - a. Při každé směně
  - b. Několikrát za týden
  - c. Několikrát za měsíc
  - d. Několik za rok
  - e. Nikdy
  
8. Je podle Vás rozdílná péče u pacienta s demencí a bez demence?
  - a. Rozhodně ano
  - b. Spíše ano
  - c. Nevím
  - d. Spíše ne
  - e. Rozhodně ne
  
9. Vnímáte péči o pacienty s demencí jako náročnou?
  - a. Rozhodně ano
  - b. Spíše ano
  - c. Nevím
  - d. Spíše ne
  - e. Rozhodně ne
  
10. Jestliže ano, v jaké rovině náročnost vnímáte?
  - a. Psychická náročnost
  - b. Fyzická náročnost
  - c. Fyzická i psychická náročnost
  - d. Nevím
  - e. Jiné (doplňte):
  
11. Domníváte se, že pacienti s demencí vyžadují při hospitalizaci zvláštní péči?
  - a. Rozhodně ano
  - b. Spíše ano
  - c. Nevím
  - d. Spíše ne
  - e. Rozhodně ne
  
12. Jak přistupujete k pacientovi s demencí?
  - a. Vyhýbám se, je to pro mě náročné
  - b. Věnuji stejně pozornosti jako ostatním
  - c. Snažím se přizpůsobit své chování

- d. Věnuji více pozornosti než ostatním pacientům
- e. Jiné (doplňte):

13. Přizpůsobujete svou komunikaci k pacientům s demencí?

- a. Rozhodně ano
- b. Spíše ano
- c. Nevím
- d. Spíše ne
- e. Rozhodně ne

14. Věnujete pacientům s demencí více času než ostatním pacientům?

- a. Rozhodně ano
- b. Spíše ano
- c. Nevím
- d. Spíše ne
- e. Rozhodně ne

15. Je Váš přístup k pacientům s demencí individuální?

- a. Rozhodně ano
- b. Spíše ano
- c. Nevím
- d. Spíše ne
- e. Rozhodně ne

16. Jak často se ve své praxi setkáváte s problémovým chováním pacienta s demencí?

- a. Při každé směně
- b. Několikrát za týden
- c. Několikrát za měsíc
- d. Několikrát za rok
- e. Nikdy

17. S jakým problémovým chováním jste se setkal/a u pacientů s demencí? Lze označit více odpovědí.

- a. Nespoupráce
- b. Zmatenost
- c. Sebepoškozování (vytržení kanyly, cévky,...)
- d. Deprese
- e. Nespavost
- f. Slovní napadení
- g. Fyzické napadení
- h. Bloudění nebo samovolné odcházení z oddělení
- i. Jiné (doplňte):

18. Jak problémové situace u pacientů s demencí řešíte? Lze označit více odpovědí.
- Klidný a empatický přístup
  - Uklidnění
  - Vysvětlení
  - Podání medikace
  - Ignorování
  - Omezovací prostředky (postranice, kurty,..)
  - Jiné (doplňte):
19. Jaké projevy Vám komplikují péči o pacienty? Lze označit více odpovědí.
- Poruchy každodenních činností
  - Psychologické (bludy, delirium, poruchy emocí,...)
  - Behaviorální (agresivita, neklid, upoutání pozornosti,...)
  - Kognitivní (zapomínání, zkreslené vzpomínky, neschopnost soustředění,...)
20. Znáte nějaké moderní metody využívané v péči o nemocné s demencí?
- Rozhodně ano
  - Spíše ano
  - Nevím
  - Spíše ne
  - Rozhodně ne
21. O kterých z níže uvedených metod jste někdy slyšel/a? Lze označit více odpovědí.
- Bazální stimulace
  - Smyslová aktivizace
  - Snoezelen
  - Orientace v realitě (navrácení vzpomínek pomocí osobních předmětů)
  - Reminiscenční terapie
  - Arteterapie, muzikoterapie, canisterapie
  - Jiné (doplňte):
22. Které z výše uvedených metod využíváte na svém oddělení?
- Bazální stimulace
  - Smyslová aktivizace
  - Snoezelen
  - Orientace v realitě (navrácení vzpomínek pomocí osobních předmětů)
  - Reminiscenční terapie
  - Arteterapie, muzikoterapie, canisterapie
  - Jiné (doplňte):
  - Žádné (doplňte proč):
23. Poskytuje Vám oddělení dostatek informací, školení, kurzů o specifické péči o tyto pacienty?
- Ano, pravidelně
  - Ano, občas/nepravidelně

- c. Ne
- d. Nevím

24. Vyhledáváte Vy sám/sama informace o nových metodách v péči o pacienty s demencí?

- a. Rozhodně ano
- b. Spíše ano
- c. Nevím
- d. Spíše ne
- e. Rozhodně ne

25. Je podle Vás důležité se stále vzdělávat o problematice moderních metod v péči o pacienty s demencí?

- a. Rozhodně ano
- b. Spíše ano
- c. Nevím
- d. Spíše ne
- e. Rozhodně ne

26. Jaké překážky zamezující specifickému a individuálnímu přístupu k pacientům trpícím demencí spatřujete na Vašem oddělení?

- a. Nedostatek času
- b. Neinformovanost ohledně specifických přístupů
- c. Nedostatek personálu
- d. Nedostatečné prostředky
- e. Neochota kolegů
- f. Žádné
- g. Jiné:

27. Myslíte si, že je Váš přístup k pacientům s demencí optimální/ dostačující?

- a. Rozhodně ano
- b. Spíše ano
- c. Nevím
- d. Spíše ne
- e. Rozhodně ne

28. Napadá Vás něco, co by bylo možné v přístupu k pacientům s demencí na Vašem oddělení zlepšit? Prosím doplňte.

Zdroj: vlastní

## **9 Seznam zkratek**

AD – Alzheimerova choroba

FTD – frontotemporální demence

VD – vaskulární demence

DM – diabetes mellitus

BPSD – behaviorálně-psychiatrické komplikace onemocnění

Tzv. – takzvaně

NMDA receptor – N-methyl-D-aspartátový receptor

AChE inhibitor – acetylcholinesterázový inhibitor

MMSE – Mini-Mental-State-Examination

CNS – centrální nervová soustava

Kont. – kontingenční