

UNIVERZITA KARLOVA
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ
ÚSTAV NELÉKAŘSKÝCH STUDIÍ

KOMUNIKACE SE SENIORY S DEMENCÍ
V OŠETŘOVATELSKÉ PÉČI

Bakalářská práce

Autor práce: **Michaela Novotná**

Vedoucí práce: **doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.**

2023

CHARLES UNIVERSITY
FACULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRÁLOVÉ
INSTITUTE OF NON-MEDICAL STUDIES

COMMUNICATION WITH ELDERLY PEOPLE
WITH DEMENTIA IN NURSING CARE

Bachelor's thesis

Author: **Michaela Novotná**

Supervisor: **doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.**

2023

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové.....

.....

(student)

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat paní doc. PhDr. Janě Kutnohorské, CSc., za odborné vedení, cenné rady, trpělivost a čas, který mi věnovala při psaní bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat rodině a přátelům, kteří pro mě byli podporou po celou dobu studia. Na závěr bych chtěla vyjádřit díky všem respondentům za ochotu při vyplňování dotazníků k výzkumu.

Obsah

| | |
|--|----|
| Úvod..... | 7 |
| 1. Komunikace | 10 |
| 1.1. Funkce komunikace: | 11 |
| 1.2. Verbální komunikace | 11 |
| 1.3. Neverbální komunikace | 12 |
| 1.4. Komunikace s osobami se syndromem demence..... | 16 |
| 1.4.1. Chyby v komunikaci s osobami se syndromem demence | 16 |
| 2. Demence | 18 |
| 2.1. Definice demence..... | 18 |
| 2.2. Druhy demencí..... | 18 |
| 2.2.1. Demence u Alzheimerovy nemoci..... | 19 |
| 2.2.2. Vaskulární demence..... | 20 |
| 2.2.3. Demence s Lewyho tělísky | 21 |
| 2.2.4. Demence u Parkinsonovy nemoci..... | 21 |
| 2.2.5. Frontotemporální lobární degenerace | 22 |
| 2.3. Diagnostika demence | 22 |
| 2.3.1. Vyšetření u specialisty | 23 |
| 2.3.2. Testy pro posuzování kognitivních schopností..... | 23 |
| 2.4. Léčba demence..... | 25 |
| 3. Etika a důstojnost..... | 26 |
| 3.1. Etika | 26 |
| 3.1.1. Principy zdravotnické etiky | 26 |
| 3.1.2. Etika v ošetrovatelské praxi | 28 |
| 3.2. Důstojnost | 29 |
| 3.2.1. Důstojná péče..... | 30 |

| | |
|---|----|
| 4. Syndrom vyhoření..... | 32 |
| 4.1. Syndrom pomocníka | 32 |
| 4.2. Příznaky vyhoření | 33 |
| 4.3. Fáze syndromu vyhoření..... | 33 |
| 4.4. Předcházení syndromu vyhoření..... | 34 |
| 4.4.1. Duševní hygiena sestry | 35 |
| Empirická část..... | 37 |
| 5. Hlavní cíl práce..... | 38 |
| 6. Metodika výzkumu | 39 |
| 7. Design výzkumu | 40 |
| 7.1. Respondenti..... | 40 |
| 8. Analýza a interpretace výzkumu..... | 42 |
| Závěr | 72 |
| Abstrakt..... | 74 |
| Seznam použité literatury | 76 |
| Seznam použitých zkratk | 79 |
| Seznam grafů | 80 |
| Seznam příloh | 81 |

Úvod

V České republice je dle České alzheimerovské společnosti postiženo demencí asi 161 tisíc osob (údaj k roku 2021) a toto číslo se neustále navyšuje, ku příkladu v roce 2005 bylo v ČR 105 tisíc lidí trpících demencí a v roce 2014 se jednalo o 153 tisíc osob, zpravidla se demence týká starších obyvatel naší republiky. Stárnutí obyvatelstva je dlouhodobý jev trvající již po desetiletí, věková struktura obyvatelstva se mění a podíl starších osob nad osobami mladšími se postupně zvyšuje. Se stárnutím populace se můžeme setkat po celém světě. Tato situace potřebuje aktivní přístup a hledání nejpříznivějších řešení ve všech vrstvách společnosti. S tímto poznatkem musejí počítat systémy zdravotní péče i sociálních služeb. Z faktu stárnutí populace se linou problémy a apely, kterými je velmi nutné se zabývat, jelikož *„všichni mají nárok na adekvátní profesionální zdravotní a sociální péči, která zachovává důstojnost stáří i ve vyšším věku“* (Neubauerová, 2020 s. 19).

I přestože osoby trpící demencí mají postižené kognitivní funkce, city u nich zůstávají zachovány, ale je pro ně velmi náročné je prezentovat, o to více jsou právě tyto lidé zranitelnější. Někdy má okolí tendence se k těmto lidem chovat stejně jako k dětem, používat na ně familiární výrazy, zdobněliny apod. Způsob, kterým s nemocnými s demencí komunikujeme, může přinést spoustu dobrého, a tím můžeme pomoci nemocným zachovat si lidskou důstojnost (Mosty do zapomnění, 2012). Mnohdy je pro lidi trpící demencí jejich důstojnost to poslední, co jim zůstává, proto bychom měli na vhodnou komunikaci apelovat. Vhodným způsobem, jak si ověřit, zda komunikujeme přiměřeným způsobem, je zamyslet se nad tím, zda bych já osobně chtěl/a, aby takto bylo komunikováno se mnou.

Motivací k tématu komunikace se seniory s demencí mi byla praxe během studia na SZŠ a VŠ, mimo zmíněné i soukromá praxe v domově pro seniory a na neurologickém oddělení, kde jsem se občas setkala s nevhodným chováním ošetřujícího personálu k osobám trpícím demencí ve smyslu využívání již výše zmíněných familiárních výrazů a zdobnělin. Chování seniorů se syndromem demence je občas sice poněkud úsměvné, avšak měli bychom si uvědomit, že i tyto lidé jsou stále lidé a mají právo na důstojnost jako takovou. Myšlenka porovnání nemocnic a domovů pro seniory vzešla právě z vlastní praxe v obou typech zařízení i s tím, že v domovech pro seniory pracují ošetřovatelé či ošetřovatelky ve vyšším zastoupení než sestry. Dále mou motivací bylo dílo manželů Neubauerových z roku 2020 *„Neurogenně podmíněné poruchy komunikace u seniorů v sociálně-zdravotní péči“*, v němž se zabývají problematikou poruch komunikace u seniorů v sociální oblasti, ve svém výzkumném šetření vyhledávají a srovnávají faktory, jež ovlivňují aktuální situaci

a napomáhají nalezení rozsahu vhodných pravomocí veškerých pracovníků, kteří o seniory pečují.

V teoretické části je cílem seznámit čtenáře se specifiky komunikace se seniory s demencí, v této části je rozebráno i to, co diagnóza demence znamená, jaké jsou její nejčastější varianty a jak lze demenci poznat. Další kapitola se zabývá důstojností a poslední část se věnuje syndromu vyhoření. Teoretická část je podkladem k cílům části empirické. V empirické části se zabývám tím, jak ošetrovatelský personál komunikuje se seniory s demencí s ohledem na důstojnost seniorů a jako hlavní je zde snaha zjistit, zda jsou přítomny rozdíly mezi nemocnicemi a domovy pro seniory.

„Způsobem vyjadřování živého lidského ducha je jedině a pouze cit. Ničím jiným se neprojevuje duch člověka, tedy jeho původní jádro, které se na pouti pozdějším stvořením zformovalo k vlastnímu „já“.“

Abd-ru-shin

1. Komunikace

Výklad původu slova komunikace napovídá, že prvotní pojetí tohoto pojmu bylo obsáhlejší. Slovo komunikace pochází z latiny a zní „*communicatio*“, což prvotně mělo význam jako „vespolné účastnění“ a slovo „*communicare*“ vykládalo „činit něco společným, společně něco sdílet“ (Vybíral, 2009). Z latinského významu lze usuzovat, že význam slova je cosi spojovat, pojem tedy lze použít nejen pro sdílení myšlenek, pocitů, informací od jednoho člověka k člověku druhému, ale i pro dopravní síť, přemísťování materiálu, lidí apod. (Mikuláščík, 2010). Hausenblas roku 1971 definoval komunikaci s odvoláním na latinský původ slova jako „*obohacování lidí, společné podílení se na nějaké činnosti ve vzájemném kontaktu*“ (Vybíral, 2009, s. 25). Nejde tedy pouze o předávání informací, ale i participaci na komplexu komunikace a povaze nebo i dopadu zprávy pouze tím, že jsme přítomni, tudíž komunikujeme, i když pouze sledujeme slovní výměnu mezi dvěma aktéry (Vybíral, 2009). Z psychologického hlediska není tedy možné nekomunikovat, jedná se i o sebezpřítomnost a sebezpotvrzování, dále o vyjádření postojů k předmětu, ke komuniké, i k příjemci sdělení (Mikuláščík, 2010).

Naše komunikace s druhými je velmi pozoruhodná, spoluvytváříme ji, ovlivňujeme, přispíváme do ní a zároveň jsme i její součástí. Ne vždy je viditelná, jelikož celé komunikování je uskutečňováno v určitém prostoru, době a za daných okolností (Zacharová, 2016). Zásadní postavení má zkoumání významu, který je dvojitý: „*Vnitřní (psychický) a vnější (fyzikální a sociální). V psychickém kontextu každého komunikujícího jsou přítomny představy a myšlenkové kategorie, které svébytně ovlivňují jeho chápání a používání komunikačních nástrojů, organizují jeho vnitřní svět. Vnitřní kontext si jednak uvědomujeme, ale patří do něj i obsahy, které si neuvědomujeme.*“ (Vybíral, 2009, s. 28) Definicí pro komunikaci je mnoho, některé zobrazují pojetí více obsahové, další formální, jiné zase ukazují na prožitkovou a logickou stránku. Avšak nejdůležitější charakteristiky lze shrnout takto (Mikuláščík, 2010):

- „*Komunikace je nezbytná k efektivnímu sebevyjádření;*
- *komunikace je přenosem a výměnou informací v mluvené, psané, obrazové nebo činnostní formě, která se realizuje mezi lidmi, což se projevuje nějakým účinkem;*
- *komunikace je výměnou významů mezi lidmi, použitím běžného systému symbolů;*
- *komunikace je prostředkem pro vytváření a ovlivňování vztahů.*“

(Mikuláščík, 2010, s. 20)

1.1. Funkce komunikace:

Mezi funkcemi komunikace nejsou jednoznačné hranice, často se vzájemně překrývají, ovšem jejich rozdělení je dobré pro orientaci významu komunikace v základních dimenzích:

- Informativní funkce – má za úkol předat zprávu, informaci, fakta mezi lidmi.
- Instruktivní funkce – částečně jde také o funkci informativní, avšak navíc sem patří vysvětlování významu, postupu, návodu, jak něčeho dosáhnout či něco dělat.
- Přesvědčovací funkce – působit na jiného člověka za účelem změny jeho názoru, postoje nebo způsobu konání (presvědčování pomocí argumentů, logiky; emocionální přesvědčování – působením na city, často za účelem manipulace nebo motivace). Do této kategorie je možné zařadit i funkci posilující a motivující.
- Zábavná funkce – jejím cílem je rozveselit sebe či ostatní, rozptýlit, vyplnit čas komunikováním, jež vytváří pocit pohody a spokojenosti.
- Operativní funkce – dospět k dohodě, něco řešit a následně vyřešit.

(Mikuláščík, 2010; Vybíral, 2009)

1.2. Verbální komunikace

„Verbální komunikací rozumíme dorozumívání se jedné, dvou a více osob pomocí jazyka anebo jinými znaky jazykového systému.“ (Vybíral, 2009, s. 106) Jako příklad slovního komunikování jednoho člověka můžeme uvést samomluvu či řeč k sobě samému (Vybíral, 2009). Verbální komunikace může být přímá či zprostředkovaná, psaná nebo mluvená, živá nebo i reprodukována. Význam slova verbální komunikace je evidentní. Je velmi důležitou součástí sociálního života a nezastupitelnou podmínkou myšlení (Mikuláščík, 2010). Jedná se o osobitý lidský proces a jev, jenž patří k zásadním charakteristikám jedince a celého lidského společenství lidstva. Má řadu podob zobrazujících se při běžném pohledu jako navzájem si odporující či různé (Janoušek, 2015).

Do psychologického výkladu verbální komunikace *„patří vztah mezi psychikou a funkcemi lidského organismu, zejména nervové soustavy, vztah mezi psychikou a chováním, případně činností člověka.“* (Janoušek, 2015, s. 10)

Čas od času nastane situace, kdy jsme nuceni při rozhovoru použít specializovanou slovní zásobu. Ku příkladu lidé kupující si počítač zjistí, že se musí naučit spousty nových slov, chtějí-li číst návod či samotný počítač používat (Mikuláščík, 2010). Svůj specifický systém komunikace má i zdravotnictví, a to hned z více pohledů. Z pohledu prvního se jedná

o odbornost používaného jazyka, z pohledu druhého jde o bezprostřední vztah mezi pacientem a zdravotníkem. Zdravotník je nucen pro porozumění podřizovat svůj styl hovoru mnoha okolnostem, například psychickému a zdravotnímu stavu pacienta, jeho věku, hendikepu apod. Porozumění je dvoustranný proces a jde o jádro pochopení významu, tzn. že se posluchač snaží porozumět co nejpřesněji tomu, co mu sděluje mluvčí, a mluvčí zodpovídá za přesné vyjádření myšlenky. Význam řeči tedy určují lidé, nikoli slova (Zacharová, 2016).

1.3. Neverbální komunikace

Lze ji také nazvat komunikací nonverbální či mimoslovní, jde o proces dorozumívání se neslovními prostředky. Obecně řečeno se jedná o přenos informací a různých sdělení vyplývajících z postoje člověka či jiných subjektů. V sociální komunikaci se neverbální komunikace v užším pojetí označuje jako „řeč těla“, čímž je myšleno získávání informací z celkových pohybů člověka, jeho mimiky, gest, dotyků, postoje atd. „*Člověk tedy mluví, i když mlčí, protože komunikační signály vysílá jeho tělo.*“ (Vymětal, 2008, s. 54) Přenos informací i sdělení je závislý na faktorech, jako je oblečení mluvčího, vůně, jeho chování, ba dokonce i sladění barev, výběr místa a prostoru pro rozhovor (Vymětal, 2008). Mnohé studie prokázaly, že neverbální projevy jsou stejně jako mluvená řeč plynulou řečí s vlastním speciálním rytmem, tempem, slovníkem a gramatikou. Neverbální chování je těžké interpretovat, avšak je dobře viditelné (Zacharová, 2016).

To, co se skutečně uvnitř ostatních odehrává, lze vyčíst z řeči těla. Avšak chceme-li interpretovat řeč těla a dosáhnout adekvátního závěru, je třeba správně rozpoznat jednotlivé části chování v rámci celku a nikoli pouze interpretovat jednotlivé „dílky“. Pozor! Lze se v knihách a časopisech dočíst, co znamená to a co ono gesto, v praxi je nutné postupovat jinak. Nejprve je třeba si chování ověřit na několika „důkazech“, nikdy nesmíme zapomenout na to, že nejsme neomylní. Nicméně čtení řeči těla je vynikající způsob, jak co nejlépe porozumět tomu, co se v mysli druhého odehrává. Chceme-li pochopit, na čem kvalitní komunikace stojí, je důležité se tzv. „naladit na vlnu druhého“, musíme se dostat přes „hradby“ k emocím druhého a porozumět jim (Borg, 2013). Řeč těla se zpravidla dělí podle toho, která část těla informaci sděluje, ilustruje a doprovází (Vymětal, 2008).

Kinezika

„Termín kinezika pochází z řeckého slova "pohyb" a označuje všechny formy pohybu těla, s výjimkou fyzického kontaktu s tělem druhého člověka. Kinezika zahrnuje pohyby obličeje, očí, hlavy, trupu, končetin, rukou a nohou, jakož i postoje a chůzi.“¹ (Burgoon et kol., 2021, s. 112). Pohyby člověka prozrazují většinou celkovou charakteristiku, obzvláště temperament a aktuální fyzický i psychický stav. Člověk s prudšími pohyby bude nejspíše razantnější ve většině jednání, rozhodování, řeči apod. Způsoby stání lze charakterizovat různě: pevné, jisté, houpavé, sesuté. Chůzi lze popsat jako: jistá – potácivá, rytmická – nerytmická, lehká – těžká (Vymětal, 2008).

Gestika

Za jednu z hlavních složek rétorického umění byla gestika považována již ve starověku. Uvádí se, že gesty se dá vyjádřit až 700 tisíc sdělení. Základním prvkem jsou gesta, tedy hlavně pohyby prstů, rukou, nohou a hlavy, která doprovázejí verbální projev a jimž je během projevu přikládán význam, ať už vědomě či nevědomě. Gestika je z vědeckého hlediska definována jako „*nauka zabývající se verbálním přenosem informací, doprovázeným uvědomělými či automatizovanými gesty kulturně standardizovaných v dané komunitě*“ (Vymětal, 2008, s. 58–59). Hranice a rozsah užívání gest v komunitách určuje dohoda a etiketa. Většinu gest je možné rozdělit do těchto tří základních skupin. Gesta ilustrační – v prostoru dokreslují verbální výklad; gesta regulační – jimi upozorňujeme na někoho či na něco; gesta znaková – vyjadřují zkrácenou mimoslovní formou určité sdělení, například zdvižený palec znamená, že je všechno v pořádku (Vymětal, 2008).

Mimika

Podstatou mimiky jsou proměny, jež se odehrávají v lidském obličeji mimo oči, proměny způsobující kontrakce obličejových svalů i pohyby celé hlavy. Mimika odráží průběh a dopad myšlenek člověka či jeho vnitřní stav. Sedmnáct obličejových svalů z dvaceti je schopno vyjádřit základní emoce. Z mimiky lze identifikovat tyto emoce: radost – smutek; spokojenost – nespokojenost; štěstí – neštěstí; zájem – nezájem; překvapení; strach – jistota; klid – vztek. Jelikož je dolní část obličeje výrazněji pohyblivější nežli část horní, rozlišují se z hlediska mimiky dvě obličejové zóny: horní část – čelo, oči a nos a poté dolní polovina obličeje se rty. V horní části především čelo ukazuje nepříjemné stavy

¹ The term kinesics derives from the Greek word for "movement" and refers to all forms of body movement, excluding physical contact with another's body. Kinesics includes facial, eye, head, trunk, limb, hand, and foot movements as well as postures and gait. Překlad: Michaela Novotná

psychiky, dolní část tváře je ukazatelem příjemných stavů psychiky. Základním signálem mimiky je úsměv, což je nejvýznamnější neverbální komunikační prostředek, který navozuje příjemnou atmosféru a je schopen překonat nejrůznější bariéry, chyby a omyly. Úsměv často spouští zpětnou vazbu u příjemce (Vymětal, 2008).

Vizika

V mimoslovní komunikaci mají zásadní funkci oči, délka očního kontaktu, pohyby očí, víček, obočí i svalů s tím souvisejících. Někteří zahrnují viziku do mimiky, jiní ji zase vyčleňují jako zvláštní oblast komunikace. Ženy komunikují očima více než muži a častěji sledují mluvčího. Na rozdíl od jiných neverbálních signálů oční kontakt působí jako přijímač i vysílač synchronizovaně – signály hodnotí oba účastníci komunikace. Obvykle platí, že déle sledujeme osoby, k nimž něco cítíme, respektujeme jejich autoritu nebo k nim chováme úctu. Nejdéle pohledy zpravidla věnujeme lidem, u nichž si nejsme jisti, jestli k nám chovají takový vztah, o který u nich stojíme. Zornice vypovídají o emocionálním stavu partnera, jejich zúžení, či naopak rozšíření nelze ovládat vůlí (Vymětal, 2008).

Haptika

Jedná se o komunikaci pomocí doteků. *„Dotek využívá náš největší orgán – kůži. Je to první smysl, který se u nás vyvinul, a pravděpodobně poslední, který nás opustí, až zemřeme“*² (Burgoon a kol., 2021, s. 149). Existují výzkumy, které zjistily, že jsou určité části lidského těla, jichž se dotýkáme více než ostatních. Někteří lidé se ostatních dotýkají více než jiní, muži se častěji dotýkají žen a taktéž ženy mezi ženami. Muži mužů se dotýkají podstatně méně. Význam dotyků může být: formální – neformální; přátelský – nepřátelský, velmi často je dotek intimní záležitostí. V rámci haptiky jsou rozlišována určitá doteková pásma těla:

- Pásmo společenské, profesionální a zdvořilostní – ruce a paže
- Pásmo osobní a přátelské – paže, ramena, vlasy, obličej
- Pásmo intimní, erotické a sexuální – kterákoli část těla

(Vymětal, 2008)

Proxemika

Součástí neverbální komunikace, jež je založena na určování vzdálenosti mezi komunikujícími. Každý jedinec potřebuje svůj osobní prostor a určitý odstup od jiných osob, aby se cítil bezpečně a pohodlně. Čím jsou si lidé sympatičtější, tím mezi sebou mají menší

² Touch utilizes our largest organ the skin. It is the first sense to develop and probably the last sense to leave us when we die. – překlad: Michaela Novotná

vzdálenost. Muži mají celkově tendenci udržovat kratší vzdálenost než ženy, a to ať už ve vztahu k ženám či jiným mužům. Introverti udržují delší vzdálenost než extroverti.

Vymětal (2008) udává, že proxemika se rozděluje do čtyř základních zón dle **horizontální vzdálenosti** mezi komunikujícími, vymezené vzdálenosti se liší u různých autorů.

- *Intimní zóna* – 0 až 30 nebo 60 cm. Vstup do této zóny dovoluujeme pouze svým nejbližším, s dovolením do tohoto prostoru pouštíme lékaře a další zdravotnický personál. Do tohoto prostoru neradi pouštíme jiné lidi. Pokud do tohoto prostoru vniknou, považujeme to za netaktní a vzbuzuje to v nás nepříjemné pocity.
- *Osobní zóna* – vzdálenost od 30 či 60 cm do 1,2 až 2 m. Tato zóna je charakteristická pro osobní i pracovní jednání. Vzdálenost umožňuje sledovat mimiku i reakci očních zornic
- *Společenská, sociální zóna* – od 1,2 m do vzdálenosti 3,6 až 10 metrů. V této vzdálenosti probíhá obchodní jednání, přednášky na vysoké škole. V zorném poli je nejčastěji vidět celá postava mluvčího.
- *Veřejná zóna* – vzdálenost nad 3,6 metru. V této vzdálenosti se zpravidla lidé neznají a mohou si cizí zůstat. Příkladem může být přednes přednášejícího na vědecké konferenci, herce na jevišti atd.

O **vertikální vzdálenost** se v proxemice jedná, je-li mezi komunikujícími rozdílná výška, jelikož k vyrovnané komunikaci patří i stejná výška očí. Komunikující člověk, který je vyšší, má velmi často tendenci k určitému nadřazení nad těmi nižšími. Nižší člověk může v této situaci pociťovat hendikep nebo mít pocit submisivity. V nejrůznějších případech se takto vyznačuje nadřazenost onoho mluvčího (Vymětal, 2008).

Posturologie

Někdy nazývána také jako posturika. Vymětal (2008, s. 70) praví, že posturologie je součástí řeči těla „*zabývající se komplexně držením těla, jeho napětím nebo uvolněním, náklony, polohou rukou, nohou, hlavy, směrem natočení těla a konfigurací všech částí těla*“. Dále Vymětal (2008, s. 70) uvádí, že posturologie vychází ze základního poznatku a že „*lze nemluvit, ale nelze nezaujmout žádnou polohu těla a žádný postoj!*“ Posturika naznačuje aktuální emoční stav, postoj k partnerovi a jeho sdělení, stupeň zaujetí atp. Do posturologických signálů můžeme zařadit i některé prvky z kineziky, například chůzi (viz výše). Ženy jsou oproti mužům podstatně citlivější na signály z neverbální komunikace, dokážou je mnohem lépe interpretovat a rafinovaněji využívat (Vymětal, 2008).

1.4. Komunikace s osobami se syndromem demence

Před samotným počátkem konverzace je třeba se ujistit o sluchu nemocného, případné přítomnosti kompenzačních pomůcek a dále schopnosti porozumění (Uhrová,2013).

Na úvod konverzace oslovujeme nemocného jménem, čímž mimo jiné projevíme respekt, dle jeho reakce na naše oslovení zjistíme, zda nám věnuje dostatečnou pozornost. Maximální pozornosti pro nemocného je třeba i od mluvčího. K člověku trpícímu demencí v každém případě přistupujeme laskavě, přátelsky a otevřeně, své aktuální psychické rozpoložení mluvčí předává i nemocnému. Při rozhovoru je třeba mluvit klidně a nižším tónem hlasu, příliš vysoký či hlasitý hovor může vyvolat úzkost a napětí, je třeba mluvit pomalu a ne jednotvárně. Mluvený projev je vhodné podporovat řečí těla, pamatujme na to, že člověk s demencí je schopen řeč těla stále identifikovat, taktéž naši náladu. Nikdy nepředpokládejme, že nám nemocný nerozumí. Používejme jednoduché a krátké věty, zaměřme se vždy na jedno téma. Vyhýbejme se příkazům a dále pokynům a otázkám, jež nabízejí možnost volby. Nikdy se nesnažíme nemocného nutit, aby řekl správné slovo, rozumíme-li tomu, co tím dotyčný myslí, nechme ho mluvit dále. Ve všem se snažme o posílení sebeúcty a sebedůvěry. Reaguje-li nemocný nervózně, negativně či agresivně, nepouštějme se do sporu a nedomlouvejme mu. Pokusme se k pocitům pacienta stavět s účastí a směřujme ho na pohodlné místo či k činnosti, která ho uklidní (Jak dobře komunikovat).

1.4.1. Chyby v komunikaci s osobami se syndromem demence

K očnímu kontaktu dochází pouze zřídka – mapováním péče o člověka s demencí (DCM) bylo zjištěno, že mnoho kontaktů, jež ošetřující personál navazuje, k pacientům s demencí nedojde. Toto se stává zejména v případech, kdy jsou pacienti oslovováni ze vzdáleného místa, pacient v tomto případě není schopen podnět vnímat. Záleží-li nám na kvalitě života osob, jež trpí demencí, je navazování kontaktu velmi důležité.

Gestika se používá pouze u neslyšících – užívání neverbálních znaků je při komunikaci s osobami trpícími demencí více než vhodné, jelikož podporují mluvené slovo. Je však důležité, aby gestika a případně i mimika odpovídaly obsahu, který chceme sdělit.

Neuvážené užívání zdrobnělin – oslovování osob potřebujících péči zdrobnělinami například „dušičko“ či „drahoušku“. Lidé trpící demencí jsou stále dospělí lidé, stejně jako my a nejsou děti. Přístup s úctou vyžaduje i vhodné oslovení, při němž pacientovi vykáme a

oslovujeme „paní/pane“. Nepoznávají-li ženy již své příjmení „vyvdané“, můžeme použít příjmení rodné. Křestní jméno by mělo být užito v případě, kdy nemocný na oslovení jeho příjmením nereaguje.

Opravování vyřčeného – opravovat nemocného, jehož tvrzení není pravdivé, je nevhodné. Říká-li nemocný, že musí jít za svou matkou, která ho čeká s obědem, je vhodné ho u této myšlenky nechat, nežli mu říct, že jeho matka již dávno nežije. Vzbuzuje to poté pocit nedůvěry. Diskuse založené na objektivních faktech osobám trpícím demencí, které potřebují péči, nepomohou.

Pečující reagují jednoznačně negativními gesty – výčitky ba dokonce nadávky, které ošetřující personál užije v kontaktu s pacientem, znevažují pacientovu důstojnost. Pečující velmi často pomocí neverbálních gest hodnotí chování pacientů s demencí jako nevhodné. Náhlé otočení pryč, nervové zasténání apod. ukazují jasně nemocným, co si o dané situaci pečující myslí. Je vhodné si uvědomit, že lidé s demencí jsou schopni tato gesta identifikovat. Nevhodná gesta srážejí jejich osobnost.

Netrpělivá reakce na opakování – osoba trpící demencí se ptá dokola na to samé, po určité době se mu dostane odpovědi ve stylu „Ale pane Nováku, vždyť jsem Vám to už dnes několikrát řekl/a“. Tato reakce má různé příčiny, pro pečující, ale i pro rodinné příslušníky je nepředstavitelné, že je možné během pár okamžiků ztratit paměť, či zapomenout právě položenou otázku včetně odpovědi. Neporozumění často vyvolává netrpělivost jak na straně pečujících, tak na straně nemocných. Je smysluplné odpovídat klidně a slovy, u kterých jsme si jisti, že fungují. Například ptá-li se nemocný stále dokola po penězích a víme, že považuje za jediné bezpečné místo spořitelnu, řekneme mu, že jeho peníze jsou uloženy ve spořitelně. Dále je vhodné informaci napsat na papír (je-li nemocný schopen číst), a tím mu umožníme, aby se sám zorientoval a ujistil.

Kladení otázek vyžadujících rozhodování – z jedné strany nemocným s demencí možnost volby odpíráme, na straně druhé jsou možnostmi volby přetěžování. Někteří nejsou schopni odpovědět na otázku „Co byste si dal dnes k večeři?“, jelikož nejsou schopni si vybavit ani základní potraviny. Známe-li nemocného dobře a víme o něčem, co má rád, zkusíme se zeptat takto: „Říkal jste mi, že máte rád chléb s hořčicí a sekanou, je to tak? Máte na to chuť?“ (König, Zemlin, 2017)

2. Demence

2.1. Definice demence

Demence jsou závažné psychické poruchy, jež směřují k výrazné poruše kognitivních i nekognitivních funkcí, nekognitivními funkcemi jsou myšleny aktivity běžného denního života a následně poruchy psychické – poruchy spánku, chování, emotivity. Významné je, že uvedené poruchy zpravidla progredují do takového stádia, kdy postižený přestává být soběstačný. (Jirák, 2013)

Definice dle MKN-10: „*Demence (F00–F03) je syndrom způsobený chorobou mozku, obvykle chronické nebo progresivní povahy, kde dochází k porušení mnoha vyšších nervových kortikálních funkcí, k nimž patří paměť, myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnost učení, jazyk a úsudek, vědomí není zastřeno.*“ (MKN-10, 2022).

World Health Organization (2017) vydala **Globální akční plán pro boj s demencí v oblasti veřejného zdraví na období 2017–2025**, který „*má za cíl zlepšit život lidí s demencí, jejich pečovateli a rodin a zároveň snížit dopad demence na komunity a země*“³. A také poskytuje souhrn postupů k realizaci vize světa, ve kterém se předchází demenci a kde se dostává podpory jak lidem s demencí, tak jejich pečovateli, která je potřebná k smysluplnému a důstojnému životu. Tento plán je složen ze 7 oblastí činností, které tvoří základní strukturální rámec:

1. „*Demence jako priorita veřejného zdraví*“
2. *Informovanost o demenci a vstřícnost*
3. *Snížení rizika demence*
4. *Diagnostika, léčba, péče a podpora při demenci*
5. *Podpora pro osoby pečující o osoby trpící demencí*
6. *Informační systémy pro demenci*
7. *Výzkum demence a inovace*“

(WHO, 2017)

2.2. Druhy demencí

V klinické praxi se velmi často setkáme s rozdělením druhů demencí dle Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize (MKN-10), kde jsou druhy demencí zařazeny do skupiny diagnóz „F00–F09 Organické duševní poruchy včetně symptomatických“ (MKN-10, 2022) podle etiologie a klinického obrazu. V publikaci MKN-10 jsou

³ aims to improve the lives of people with dementia, their carers and families, while decreasing the impact of dementia on communities and countries. Překlad: Michaela Novotná

kategorizovány všechny onemocnění do diagnostických skupin, je vydávána a pravidelně aktualizována Světovou zdravotnickou organizací (WHO). Demence je dále dělena dle příčin vedoucích k poruše funkce mozku, tudíž k jejich vzniku na **primární** a **sekundární** (Hrachová, 2021).

Jako demence **primární** se označují tzv. atroficko-degenerativní demence. Tato demence nastává, je-li mozek postižen primárně tzv. na přímo, čili demence vzniká na podkladě nervové degenerace a v současné době je bohužel neléčitelná (Ehrenfreuchter, 2013). Mezi primární demence nejčastěji řadíme (Konrád in Hosáková, 2018):

- Demence při Alzheimerově nemoci
- Demence s Lewyho tělísky
- Skupina frontotemporálních lobárních degenerací
- Demence u Parkinsonovy nemoci

Při **sekundární** demenci se vyvolávací příčina nenachází přímo v mozku, zde je na vině jiné onemocnění, např. dehydratace, podvýživa, poruchy metabolismu či případně mozkový nádor. Uvedené základní onemocnění negativně ovlivňuje mozkovou činnost a dochází k rozvoji demence. Při léčbě základní choroby tedy lze významně zmírnit, ba dokonce odstranit účinky na mozek. Proto je tato forma nazývána jako „reverzibilní“ čili vratná (Ehrenfreuchter, 2013). Příkladem sekundární demence je **ischemicko-vaskulární demence**, jež je druhým nejčastějším typem ze všech demencí.

Relativní četnost nejčastějších demencí viz **příloha č. 1**

2.2.1. Demence u Alzheimerovy nemoci

Alzheimerova nemoc (AN) je nejčastější příčinou demence, velmi často je sdružena s vaskulárním postižením mozku (Konrád in Hosáková, 2018). Jedná se o progresivní neurodegenerativní onemocnění, kde dochází extracelulárně k hromadění beta-amyloidu, intracelulárně k ukládání určité formy tau proteinu do neurofibrilárních buněk a úbytku neuronů, což vede k atrofii mozkové tkáně. Onemocnění zpravidla začíná postižením epizodické paměti (paměť autobiografická, informace „kdy, kde, kdo, co“) při fyziologickém neurologickém nálezů. Postupně se paměť zhoršuje a přidává se i narušení dalších kognitivních funkcí – z tohoto důvodu se AN chápe jako „progresivní amnestická demence“. Dostavení neuropatologických změn mnohdy bývá různé, větší postižení dominantní hemisféry se projevuje typicky poruchou řeči a komunikace. Převažují-li změny v **pravé hemisféře mozku**, jsou zhoršené zrakově-prostorové funkce (nemocní bývají dezorientovaní, zaměňují a hůře rozeznávají osoby i tváře a hrozí jim riziko delirantního

stavu). U většího procenta pacientů s AN se v průběhu nemoci projevují i neuropsychiatrické symptomy a příznaky s různou intenzitou i četností (apatie, deprese, zabíhavé myšlení úzkostné stavy, agresivita, halucinace, bludy...) (Rusina, Matěj, 2019).

AN provází v klinicky manifestní fázi také narušení aktivit denního života; zpočátku se jedná o aktivity instrumentální – telefonování, zacházení s financemi, vnímání časových údajů. Později i každodenních aktivit – nakupování, vaření. V pokročilém stádiu jsou postiženy základní aktivity – stolování, oblékání, hygiena. Nemocní přežívají v průměru 7–10 let od prvotních příznaků (Rusina, Matěj, 2019). Klinické příznaky demence s AN lze uvést s použitím mnemotechnické pomůcky **ABC viz příloha č. 2.**

Hlavním rizikovým faktorem pro AN je věk, kdy ve věku 60–65 let trpí touto diagnózou zhruba 1 % populace, tato četnost se zdvojnásobuje zhruba každých 5 let. Muži jsou postiženi méně často než ženy. Počet lidí s demencí byl k roku 2021 dle ČALS téměř 161 tisíc, z čehož bylo 110 075 žen a 50 597 mužů (Výroční zpráva ČALS, 2021). Přehled demence v regionech ČR viz **Příloha č. 3.**

Dalším rizikovým faktorem je rodinný výskyt AN, úraz hlavy, nízká úroveň vzdělání, Downův syndrom, hypertenze, diabetes mellitus, obezita, kouření, dyslipidémie, nadměrné pití alkoholu. Naopak jako ochranný faktor můžeme označit vysoký stupeň vzdělání, zdravý životní styl. Choroba probíhá dlouho skrytě, k projevu příznaků dochází až tehdy, kdy jsou již rozvinuty významné degenerativní změny mozku. Průběh nemoci je nezvratný, demence je progredující. Diagnóza nemoci je během života postiženého vždy pouze „pravděpodobná“ nebo „možná“, definitivní diagnóza je určena až při patologické pitvě (Konrád in Hosáková, 2018).

2.2.2. Vaskulární demence

Tento typ demence je druhý nejčastější, hned za AN, velké procento demencí je velmi často smíšené alzheimerovsko-vaskulární etiologie. Podkladem pro vznik vaskulární demence je ischemie mozkové tkáně, jež je nejčastěji způsobena drobnými a mnohočetnými mozkovými infarkty, avšak může se rozvinout i na podkladě jednoho většího infarktu v důležitých oblastech pro kognitivní funkce (Jiráček, 2013). Dále také arteriosklerotické změny bazálních mozkových tepen, krkavic a vertebrálních tepen, cévní postižení bílé hmoty mozku a další. Jednotlivá kritéria pro diagnostiku VaD neexistují, je zde však nutná přítomnost jasných známek cévních mozkových změn. Definitivní diagnóza je však stejná jako u AN – pitevní (Konrád in Hosáková, 2018).

Ve věkové skupině 70–80 let se odhad výskytu vaskulárních demencí pohybuje kolem 1,5 – 4,8 % populace. Výskyt tohoto typu demence je velmi výrazně podmíněn věkem, a to ještě více než u AN. U mužů je výskyt VaD mnohem četnější než u žen (Jirák, 2013). Základní příznaky jsou velmi podobné jako u Alzheimerovy nemoci, průběh nemoci bývá schodovitě postupující, často dochází k přechodným zlepšením stavu, a to někdy i dlouhodobým. Po CMP občas bývá i reverzibilní, následně se upraví kognitivní deficit. K základním příznakům patří podobně jako u AN mnohočetné poruchy paměti, intelektu a dalších kognitivních funkcí. U VaD bývá „*typický náhlý začátek, kolísavý průběh, schodovitá zhoršení v souvislosti s mozkovými infarkty*“. V anamnéze lze vidět hypertenzi, DM, CMP. Velmi často jsou přítomny depresivní příznaky, vyskytují se i deliria – přechodné kvalitativní poruchy vědomí. Bývá lépe zachována osobnost člověka než u AN, tudíž si nemocní bývají svého kognitivního deficitu vědomi déle (Konrád in Hosáková, 2018). Rizikové faktory pro rozvoj vaskulární demence jsou: věk – výskyt je přímo úměrný rostoucímu věku; pohlaví – výskyt vyšší u mužů; rasa – vyšší výskyt u afro-asijských populací; hypertenze – hlavní biologický faktor rozvoje VaD (Jirák, 2013).

2.2.3. Demence s Lewyho tělísky

Tato demence je hlavním klinickým projevem neurodegenerativního onemocnění – nemoci s Lewyho tělísky. Tato nemoc byla popsána až v 2. polovině 20. století a dostala název po objeviteli Friedrichu Heinrichu Lewym (1885–1950), německém neurologovi a internistovi, který v roce 1912 popsal jako první kulovitá tělíška v mozkových buňkách – neuronech. Nemoc je neuropatologicky příbuzná Parkinsonově nemoci. Tato nemoc je odborníky považována za druhou nejčastější příčinu neurodegenerativních demencí po Alzheimerově nemoci (Konrád in Jirák, 2013).

2.2.4. Demence u Parkinsonovy nemoci

Klinicky bývá odlišena od AN přítomností tzv. parkinsonovských příznaků (rigidita, třesy, cupitavá chůze a pády). Avšak velmi často je tento typ demence v kombinaci právě s Alzheimerovou nemocí. Léčba je sice podobná jako u AN, nicméně je nutné vyvarovat se určitým antipsychotikům, která vyvolávají u DLB těžký parkinsonismus (Konrád in Hosáková, 2018).

Idiopatická Parkinsonova nemoc (PN) je neurodegenerativní onemocnění, které postihuje hlavně mozkový kmen. Následně v dalších stádiích nemoci, a především ve vyšším věku bývají postiženy i další oblasti mozku. Odlišit Parkinsonovu nemoc a DLB bývá velmi

obtížné. Nemoc je někdy kombinována s Alzheimerovou nemocí či vaskulárním onemocněním mozku. PN jako taková postihuje zhruba 0,2 % populace.

Onemocnění začíná nejčastěji okolo 58–60 let věku a způsobuje především poruchy hybnosti. Motorické příznaky jsou třes, ztuhlost svalů, poruchy rovnováhy, chůze, snížení hybnosti až neschopnost se hýbat. Dalšími typickými příznaky pro PN jsou deprese, úzkosti až záchvaty paniky, schoulené držení těla a končetin, závratě, zácpa, únava a další. Mohou se objevit i drobné poruchy kognitivních funkcí, které jsou obvykle pouze lehké. Demence bývá přítomna u 20–40 % nemocných s PN (Konrád in Jiráček, 2013).

2.2.5. Frontotemporální lobární degenerace

Jedná se o heterogenní skupinu onemocnění, jejímž substrátem jsou poruchy metabolismu některých klíčových proteinů. Nemoc začíná plíživě a progreduje pozvolna. Nejčastěji se objevuje mezi 45–65 rokem věku. Průměrné trvání nemoci je 8 let. V některých případech se nemoc projevuje pouze ložiskovými příznaky, jindy v průběhu progresu dochází k větší generalizaci. Tvoří asi 10 % všech demencí (Jiráček, 2013).

Typická je významná atrofie v oblasti čelního a spánkového mozkového laloku, podle čehož nemoc získala svůj název. Typicky bývá nápadná změna povahy člověka, jako jsou: ztráta společenského chování, vulgarismy, ztráta hygienických návyků, nekritičnost, porucha řeči. Poruchy paměti a orientace jsou zpočátku podstatně méně nápadné než u AN (Konrád in Hosáková, 2018).

2.3. Diagnostika demence

Základem kvalitní diagnostiky je důkladná anamnéza, kdy se lékař vyptává, jakého rázu potíže jsou, jak dlouho trvají, jsou-li plíživé či zda přišly náhle, vyptá se na rodinnou anamnézu i prodělaná onemocnění či úrazy. Dále zda nemocný užívá alkohol či jiné návykové látky (včetně léků). Při odebrání anamnézy je velmi důležité, aby nemocný či rodinný příslušník odpovídal co nejupřímněji. V mnoha případech samotní nemocní nepohlížejí na své potíže realisticky, a pokud si svůj handicap uvědomují, sami se za to stydí a mají tendence jej bagatelizovat. Pro lékařskou diagnostiku jsou proto velmi důležité postřehy rodinných příslušníků nemocného, případně blízkých přátel či sousedů, protože jsou to oni, kteří se s nemocným stýkají velmi často a mohou posuzovat, jak se osobnost mění. Pro lékaře je důležité i pozorování nemocného během rozhovoru, jak se vyjadřuje a soustředí na otázky, odpovídá adekvátně, nebo úplně jinak (Ehrenfreuchter, 2013).

Jako první lékař (zpravidla praktický lékař) provádí důkladnou tělesnou prohlídku, při níž se testuje pohybová koordinace, zda jsou přítomny příznaky ochrnutí či poruchy citlivosti (Ehrenfreuchter, 2013). Dále lékař vyšetří stav kardiopulmonálního systému (EKG, RTG srdce a plic) a laboratorní parametry jako jsou: sedimentace, stanovení krevního obrazu, C-reaktivního proteinu, glykémie, iontů, parametry ledvinných a jaterních funkcí, hormony štítné žlázy, hladiny vitamínu B12 a kyseliny listové. Po základním vyšetření při podezření na demenci praktický lékař odešle postiženého k dalšímu vyšetření ke specialistovi, což bývá psychiatr, neurolog a geriatr (ABADECO, 2022).

2.3.1. Vyšetření u specialisty

Prvním krokem vyšetření u specialisty je zobrazení mozku, u osob starších 80 let je preferováno CT pro jeho rychlost, jednoduchost a dostupnost vyšetření. U osob mladších, zejména v preseniu (před 65. rokem věku), je vhodnější indikace k magnetické rezonanci, která může zobrazit více detailů. Uvedené zobrazovací metody používáme z těchto důvodů: zjišťujeme jimi potencionálně léčitelné či ovlivnitelné choroby, jež se mohou projevit právě kognitivní poruchou (hydrocefalus, tumor, hematom pod tvrdou plenou mozkovou či různé vaskulární změny), dále umožňují zhodnotit celkovou či lokalizovanou atrofii mozku. SPECT – jednofotonová emisní počítačová tomografie mozku dokáže na rozdíl od MRI a CT detekovat velmi časté změny na mozku, posuzuje nepřímo metabolickou aktivitu neuronů na základě změn prokrvení jednotlivých oblastí.

Vyšetření mozkomíšního moku u Alzheimerovy nemoci detekuje v likvoru příslušné bílkoviny odpovídající rozpadu neuronů, neurofibrilárním smotkům a druhu bílkovin, jež souvisí se senilními plaky a amyloidovou patologií. Dohromady se tyto proteiny nazývají likvorový triplet a dají se vyšetřovat ve specializovaných laboratořích. Neuropsychologické vyšetření slouží ke zhodnocení kognitivních poruch, je velmi výhodné k průkazu časných kognitivních deficitů, při posuzování řídičských schopností a práceschopnosti. Avšak při rozvinuté demenci již nemá moc smysl, jelikož výše uvedené schopnosti jsme schopni detekovat z kognitivních testů a rozhovorem s osobou blízkou (ABADECO, 2022).

2.3.2. Testy pro posuzování kognitivních schopností

Při testování populace seniorů je nutné dodržovat několik zásad, které jsou základem profesionálního, ale i etického přístupu k vyšetřovaným osobám. *„Etické zásady ve zkratce zahrnují zodpovědnost a úctu vůči klientovi, respektování důvěrnosti informací získaných v průběhu testování a ochranu osobních dat před použitím nebo zneužitím nekompetentními osobami, profesionální a zároveň lidskou a vlídnou komunikaci s klientem i jeho blízkými*

apod.“ (Bartoš, Raisová, 2019, s. 17). K zásadám patří zabezpečení adekvátních podmínek testování – dostatek klidu, světla, čerstvého vzduchu. Zásada informovanosti, správné volby metodiky testování, minimalizace stresu u vyšetřovaného, motivovanost (Bartoš, Raisová, 2019). Před samotným testováním je vhodné ověřit stav sluchu a zraku, neboť při jejich postižení mohou být testy zkreslené. Počínající poruchy kognitivních funkcí a paměti lze ověřit pomocí dvou původních českých a inovativních testů: ALBA (Amnesia Light and Brief Assessment) a POBAV (Pojmenování Obrázků A jejich Vybavení) (ABADECO, 2022).

ALBA (Amnesia Light and Brief Assessment) – viz příloha č. 4, dvě zkoušky spočívají v opakování věty o šesti slovech, předvádění pantomimy a následně zopakování slov původní věty. Tento test je vhodným pomocníkem v klinické i výzkumné praxi při rozpoznání kognitivních deficitů v brzké době. Pro svou konstrukci je pro vyšetřované osoby i zábavným. Test je jednoduchý a velmi krátký, dokonce je možné tento test provést z hlavy bez záznamového archu. Může být proveden naprosto kýmkoli – sestrami, ergoterapeuty, psychiatry, neurology, praktickými lékaři (ABADECO, 2022).

POBAV – viz příloha č. 5, úkolem vyšetřovaného je popsat jedním slovem název 20 obrázků a zároveň si je i zapamatovat, následně je znovu požádán o popsání obrázků, které si zapamatoval. Test je velmi jednoduchý pro vyšetřujícího, ale náročný pro vyšetřovaného. Jeho hlavní předností je možnost vyhodnotit více kognitivních schopností najednou ve velmi krátkém čase (4–5minut) (ABADECO, 2022).

Mini-Mental State Examination (MMSE) – viz příloha č. 6

Krátké vyšetření mentálního stavu, jedná se o nejvíce rozšířený test v klinické praxi, výzkumu i lékových studiích, a to po celém světě. Považuje se za referenční test, k němuž se porovnávají různé aspekty (pomocná vyšetření, stadia nemoci, nové testy, léčba). Pomocí několika různých úkolů lze rychle a orientačně zhodnotit více kognitivních funkcí v krátkém čase. Používá se v rutinní klinické praxi a jeho vyhodnocení slouží i jako určité kritérium pro zdravotní pojišťovny. Během testu se vyšetřuje: časoprostorová orientace, paměť, čtení a psaní, pozornost a počítání, zrakově-prostorové schopnosti a řečové schopnosti. V českém jazyce je však k dispozici pouze po zakoupení od vlastníka práv. Každé správné odpovědi v testu je přidělen jeden bod, jejich součet je orientační množstvím vyšetřených kognitivních funkcí 0–30 bodů. Čím nižší skóre, tím více jsou kognitivní funkce narušeny. Při získání 27–30 bodů se jedná o normální kognitivní funkce, při získání 26 bodů je nutné najít správnou

interpretaci v tabulce dle percentilů, více než 16. percentil je dolní hranice normy. Při získání 25 a méně bodů se může jednat o kognitivní deficit (Bartoš, Raisová, 2019).

Test kreslení hodin (TSH) – viz příloha č. 7

Jedná se o rychlou orientační zkoušku, jež slouží k detekci kognitivních poruch a demence. Úkolem pro vyšetřovaného je nakreslit ciferník hodin, umístit správně všechna čísla a nastavit dvě různě velké ručičky na požadovaný čas. Je vhodné zadat náročnější čas, kupříkladu 11:10 či 23:20. Test slouží pro záchyt většího kognitivního deficitu ve stadiu demence. Výsledek lze snadno vyhodnotit skórováním „BaJa“ na pětibodové škále, jedná se o krátký a jednoduchý systém pěti otázek, hodnocení dává větší váhu tomu, jak jsou nakresleny hodinové ručičky (ABADECO, 2022).

2.4. Léčba demence

Do dnešní doby bohužel neexistuje žádný lék, který by vyléčil demenci na podkladě nervové degenerace, tzv. demence primární. Máme však dostupné různé podpůrné léky, které jsou schopné zmírňovat průběh a zpomalovat postup demence (ČALS). Mezi nefarmakologické metody patří edukace příbuzných, aktivizace nemocných, trénink paměti, adekvátní denní režim, dostatečný příjem stravy a tekutin, dále dostatečná fyzická aktivita. Léčba behaviorálních a psychologických příznaků (BPSD) – deprese u demence velmi dobře reaguje na antidepresiva. Bludy, halucinace, poruchy spánku je možné velmi dobře ovlivnit antipsychotiky (quetiapin/derin, tiaprid, risperidon a další). Poruchy chování a další BPSD zmírňují kognitiva (inhibitory acetylcholinesterázy – donepezil, rivastigmin; modulátory glutamátových NMDA receptorů – memantin). Odpověď nemocných na léčbu kognitivity je velmi individuální. U řady nemocných mohou uvedená kognitiva oddálit jejich umístění do ústavní péče až o několik let. Účinnost nootropik, preparátu s ginkgo bilobou nebyla u prevence AN jednoznačně prokázána (Konrád in Hosáková, 2018).

3. Etika a důstojnost

3.1. Etika

Původem slova etika je řecké slovo „*ethos*“, což v češtině znamená „*zvyk, mrav*“, případně i „*zvláštnost*“ (Lepař, 1892 in Jankovský, 2018). Z tohoto lze usoudit, že jde o nauku, která se zabývá správným jednáním v lidské společnosti. Etika prochází napříč celou společností lidstva, v náboženské etice spočívá podstata ve vděčnosti člověka k Bohu či bohům a na základě této vděčnosti se odvíjí i vlastní jednání člověka (Jankovský, 2018).

Z hlediska filozofického se jedná o vědní disciplínu zabývající se správným způsobem života, který vychází z rozumových přístupů a snaží se nalézt či zdůvodnit společné a obecné základy, na nichž stojí mravnost. Etika je vlastně teorií morálky (Jankovský, 2018). Morálka v původním smyslu slova znamená „*vůli*“, a to především tu, která je lidstvu uložena autoritou (náboženství, zákony/předpisy). Pojednává o správném jednání člověka, nelze ji však zužovat na slušnost a není ani právem, jelikož ji nelze vymáhat soudní cestou, „*za neplnění morálních norem nelze uplatňovat sankce*“ (Jankovský, 2018). Význam morálky je pro společnost i jednotlivce podstatný, hodnotí chování z hlediska dobra a zla v porovnání s lidským svědomím (Jankovský, 2018).

3.1.1. Principy zdravotnické etiky

Principy etiky ve zdravotnictví napomáhají k řešení různých etických dilemat, jelikož představují jakýsi návod na řešení problémů v duchu deontologických požadavků a teorií. Jako všude i zde se objevují kritici, kteří tyto principy považují za značně abstraktní a vzdálené od psychologického prostředí, ve kterém probíhají skutečná morální rozhodnutí lékařů a zdravotníků.

- **Princip benefice** – požadavek, aby bylo jednání lékaře vždy v zájmu zdraví a života pacienta, což v tomto principu znamená: předcházení poškození, jeho odstraňování a podporování dobra. Zde je myšleno na duševní a tělesnou pohodu pacienta (Haškovcová, 2015 in Ondriová, 2021).
- **Princip neškodnosti** – vyjadřuje základní axiomy medicíny a ošetřovatelství, kterými jsou ochrana života, obnova zdraví, úleva od bolesti a utrpení, zlepšení kvality života. Tento princip zakazuje ublížit, poškodit či usmrtit druhé. Má vztah k zásadě „*především neškodit*“. V některých situacích může dojít k neúmyslnému poškození pacienta, aniž by to bylo v rozporu s tímto principem. Je tedy nutné

zkoumat podmínky, za nichž lze určité riziko tolerovat (Bilasová, 2008 in Ondriová, 2021).

- **Princip autonomie** – jedná se o respekt k stavu nezávislého, samostatného jednání, bez vnějšího ovlivnění. Vyžaduje respektování rozhodnutí pacienta na základě jeho svobodné volby. Aby byl nemocný schopen se rozhodnout tak či onak, je důležité mu vysvětlit jednotlivé zdravotnické a ošetrovatelské postupy, aby je byl schopen pochopit a akceptovat (Ondriová, 2021).
- **Princip spravedlnosti** – souvislost s rozdělením rovnoměrného rozdělení služeb, pozornosti, zájmu. Ideálem tohoto principu je poskytování zdravotnické péče každému pacientovi bez ohledu na pohlaví, orientaci, věk, rasu či národnost (Ondriová, 2021).
- **Důvěryhodnost** – znamená, že se vyplatí zdravotnickému personálu věřit a lze se na něj spolehnout, řadí se mezi nejdůležitější kritéria účinné komunikace. Aby se sestra stala důvěryhodnou, musí být informována a mít přesné informace. Z řeči těla musí vyzařovat jistota i spolehlivost. Spolehlivost se získává čestností a důsledností. Nejvíce vážené jsou sestry, které dokáží říci: „*Neumím Vám sama na tuto otázku odpovědět, ale zeptám se někoho, kdo to ví*“ (Ondriová, 2021).
- **Pravdomluvnost** – lze také charakterizovat jako ctnost, projevující se ve slovech a skutcích, kdy se snažíme vyvarovat obojakosti, pokrytectví a přetvářky. V některých případech je nutné zvážit, zda je nutné odhalovat pravdu, například když lékař neřekne pacientovi pravdu o jeho zdravotním stavu, aby pacienta nezbavil naděje na úspěšný boj s nemocí. Avšak ani lékař by neměl lhát, zatají-li přece jen část pravdy, není to bráno jako lež (Munzarová, 2005 in Ondriová, 2021).
- **Informovaný souhlas** – zdravotnický pracovník je povinen informovat pacienta o cílech navrhované léčby, diagnostických i terapeutických výkonech, nejvhodnějších způsobech léčby a možných rizicích s tím spojených. Podepsáním informovaného souhlasu pacient souhlasí s navrženým postupem. Informovaný souhlas by měl být pravidlem v situacích, kdy ho lze validně získat. Výjimkou jsou nekompetentní nemocní v bezvědomí či při duševním onemocnění, kteří jsou soudem zbaveni svéprávnosti (Debrečéniová, 2008 in Ondriová, 2021). Dále děti, kdy informovaný souhlas podepisuje zákonný zástupce, a pacienti, kteří nejsou schopni souhlas podepsat ani do 24 hodin po přijetí k hospitalizaci, v těchto situacích

se odesílá soudu tzv. detenční řízení, kdy je předmětem soudu přezkoumat existenci zákonného důvodu pro přijetí do zdravotnického zařízení bez souhlasu pacienta (Detence a detenční řízení).

3.1.2. Etika v ošetrovatelské praxi

Ošetrovatelská etika čerpá z etiky lékařské, mají stejné zdroje, jelikož byly stanoveny v jedné kulturní tradici. Zakladatelkou novodobého ošetrovatelství je Florence Nightingale, která zároveň formulovala etické zásady ošetrovatelek v přístupu k nemocným. Roku 1860 vydala knihu „Notes on Nursing“, kde udává, že *„ošetrovatelka musí být osobou, na kterou se lze úplně spolehnout, že v každém ohledu musí být důvěryhodná, spolehlivá a svědomitá, střídavá a počestná a také zbožná“* (Kutnohorská, 2007, s. 24). Ošetrovatelská etika nabývá významu přímo úměrně tomu, jak se mění postavení sestry v léčení nemocí. Volba povolání sestry znamená svobodné rozhodnutí obětovat se druhým v případě poskytování pomoci při ochraně a navrácení zdraví. Sestra při výkonu profese vstupuje do velmi různorodých mezilidských vztahů, z nichž však nejvýznamnější je vztah k pacientovi/klientovi (Kutnohorská, 2007). Pokrok dnešní doby vnáší do zdravotnictví neustále nové etické problémy, z tohoto důvodu je důležitý především princip prospěšnosti pro pacienta/klienta (Ondriová, 2021).

Munzarová (2005) in Ondriová (2021) říká, že se zdravotnická etika řídí několika zásadami, nejdůležitější zásady jsou vztahovány na zdravotnického pracovníka i na pacienta:

1. *„Člověk nemůže ztratit svou důstojnost v nemoci.*
2. *Člověk jako lidská bytost je vždy cílem, nikdy není prostředkem k jinému cíli.*
3. *Blaho a zájmy člověka jsou vždy nadřazeny zájmům vědy a společnosti.*
4. *Člověka je třeba vždy respektovat v jeho celostnosti.“*

(Munzarová, 2005 in Ondriová 2021, s. 13)

Z výše uvedeného vychází, že cílem etiky ve zdravotnictví v praxi je zlidštění mezilidských vztahů mezi pečujícími a nemocnými, mezi zdravotníky a rodinami a mezi vzájemnými vazbami zdravotnického personálu. Mimo jiné je cílem etiky usilovat vhodným a přiměřeným způsobem o uspokojování potřeb nemocného (Ondriová, 2021). Etika v ošetrovatelství vychází z cílů ošetrovatelství, jak byly definovány v programu WHO „Zdraví pro všechny do 21. století“ (Kutnohorská, 2007).

3.1.2.1. Etický kodex sestry

Mezinárodní etický kodex pro sestry byl poprvé přijat roku 1953 Mezinárodní radou sester (ICN), byl již několikrát revidován a znovu schvalován, poslední revize byla

provedena roku 2005. Sestry z ČR se skrze Českou asociaci sester hlásí k Etickému kodexu ICN, tento kodex byl projednán Sněmem předsedů a předsedkyň sekcí a regionů ČAS, přijat prezidiem i Etickou komisí ČAS, je platný od února 2012. Etický kodex sester poskytuje návod k aktivitám, jež vycházejí ze společenských hodnot a potřeb. Ke splnění účelu kodexu je nezbytně nutné, aby byl pochopen sestrami, osvojily si ho a využívaly jej ve všech aspektech plnění práce.

Základní 4 povinnosti sestry jsou: podpora zdraví, prevence nemocí, navrácení zdraví a zmírnění utrpení. Velmi důležitou součástí ošetrovatelské péče je respektování lidských práv, včetně práv kulturních, práv na život a možnost volby, práva na důstojnost a úctu. Ošetrovatelská péče nikoho nediskriminuje na základě věku, sexuální orientace, barvy pleti, vyznání apod. Obsah etického kodexu viz příloha č. 8 (Česká asociace sester, 2012).

3.2. Důstojnost

Etymologický původ slova důstojnost znamená „*ten, kdo dostojí svému slovu*“. Není možné uvést přesnou definici pojmu důstojnost, protože se jedná o multioborové téma a do konceptu je promítáno pojetí člověka jako takového a s tím související spor, co to vlastně znamená být člověkem. Lze ji vyjádřit jako hodnotu související s identitou, autonomií a způsobilostí (Haškovcová in Ptáček et kol., 2022). Z hlediska psychologického lze důstojnost vymezit jako konstrukt, který vyjadřuje úctu k sobě samému. „*Jinými slovy, jak si vážíme a ceníme sebe sama, včetně toho, jaký význam a důležitost si přisuzujeme*“. Důstojnost je pevně fixována na úroveň naší sebedůvěry a sebevědomí (Vymětal in Ptáček et kol., 2022).

O důstojnosti se ve veřejném prostoru mluví v několika souvislostech, nejčastěji však jsou-li tematizována základní lidská práva, která jsou obsahem nejrůznějších národních i nadnárodních dokumentů. Příkladem těchto dokumentů je *Listina základních práv a svobod* (součástí Ústavy České republiky, zde je kladen důraz na rovnost mezi lidmi, spravedlnost, solidaritu a svobodu člověka) a *Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny* (schválena Parlamentem ČR roku 2001). Z nejpodstatnějších dokumentů nelze vynechat ani *Všeobecnou deklaraci lidských práv* z roku 1948 a zatím málo známou *Evropskou chartu lékařské etiky*, která zahrnuje 15 etických principů a byla představena roku 2011, symbolicky na řeckém ostrově Kós, kde se roku 460 př. n. l. narodil slavný Hippokratés (Haškovcová in Ptáček et kol., 2022).

V diskusích o pojetí důstojnosti se nejčastěji objevují tato slova: úcta, autonomie, participace. **Úcta k sobě a druhým** – tento pojem odráží naše hodnocení lidí. Úctou k sobě ukazujeme, jak si ceníme sebe samých a úctou k ostatním dáváme najevo, jakou hodnotu v nich vnímáme. To, jak je s lidmi zacházeno, se velmi výrazně projevuje na jejich vnímání sebe samých, jejich sebehodnocení a sebeúctě. Jestliže přijmeme fakt, že každý člověk si zaslouží úctu, jsme zavázáni tím, že při činnostech budeme brát zřetel jeho zájmy. **Autonomie** – uznání a respektování práva člověka na autonomii je další ze způsobů, jak člověku projevit úctu. Jedná se o schopnost „*řídít, zvládat a ovlivňovat způsob každodenního života, a to podle vlastních pravidel a představ*“ (Respektování lidské důstojnosti), v praxi jde například o zachování nezávislosti seniorů, která je pro většinu z nich zásadní pro udržení jejich důstojnosti. **Participace** – k prožívání pocitu důstojnosti je podstatné zapojení do rozhodování o vlastním životě a péči, ale i nabytí pocitu smysluplnosti a účast v životě určité komunity (Respektování lidské důstojnosti).

Důstojnost má dvě základní formy: důstojnost **ontologickou** – každý člověk má svou důstojnost, protože je člověkem, nelze ji nikdy ztratit, ani ji nelze nikomu odebrat. Druhou formou je důstojnost **kontingentní** – patří jen někomu, protože je fixována na „*mimořádné nebo speciální vzdělání, na vysoké úřední postavení nebo na obdivovanou morální integritu konkrétního a mimořádného člověka*“ (Haškovcová in Ptáček et kol., 2022, s. 4).

3.2.1. Důstojná péče

Senior ve zdravotnickém/sociálním zařízení je pojímán jako pacient. Slovo pacient je často definováno jako „*trpící*“ či „*projevující trpělivost*“. Tato definice spojuje pojem pacienta s utrpením a léčbou, nikoli však se zdravím a péčí podporující zdraví. V rámci zdravotní péče by senior neměl být chápán pouze jako pacient, ale především jako člověk, u kterého lze podporovat zdraví, zdravé stárnutí podporou jeho důstojnosti a sebeúcty. Je velmi důležité se zaměřovat na holistické pojetí člověka. Seniori by měli být vnímáni jako osoby, jež mají svou důstojnost, kterou lze posílit, či narušit jednáním při poskytování péče, činy nebo i událostmi odehrávajícími se v prostředí, ve kterém se nacházejí. Vnímání důstojnosti jako způsobilosti pojímá „*vnímání člověka jako hodnotné osoby ve vztahu k ostatním a k zacházení s ním jako s takovým*“. V této souvislosti je **podstatné, aby byli seniori bráni jako jednotlivci s jedinečnou individualitou, hodnotami a schopnostmi**. V roce 2018, kdy se konal Kongres primární péče, uspořádaly všeobecné sestry kulatý stůl, kde se zaobíraly problematikou plenkových kalhotek. Většina sester se shodla, že jsou mnohým seniorům ve zdravotnických i sociálních zařízeních kalhotky nasazovány bez

ohledu na to, jsou-li opravdu nutné. Na to byl konstatován fakt, že seniorům, kteří tyto kalhotky nepotřebují, je snižována lidská důstojnost, jelikož si jsou plně vědomi dehonestujícího stavu a často si to uvědomují i jejich rodiny. Na tomto podkladě vypracovala prof. PhDr. RNDr. Helena Haškovcová, CSc. (profesorka lékařské etiky) **desatero** – viz **příloha č. 9**, kterým by se měly všeobecné sestry, ale i veškerý ošetrovatelský personál, řídit (Ptáček et kol., 2022).

4. Syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření, anglicky „burn-out“ dle WHO (2019) je charakterizován takto: *„Vyhoření je syndrom, který je koncipován jako důsledek chronického stresu na pracovišti, který nebyl úspěšně zvládnut. Je charakterizován třemi dimenzemi:*

- *pocity vyčerpání energie či vyčerpání*
- *zvýšeným mentálním odstupem od práce, pocity negativismu či cynismu souvisejícími s prací*
- *sníženou profesní efektivitou.*

Vyhoření se specificky vztahuje k jevům v profesním kontextu a nemělo by být užíváno k popisu zkušeností v jiných životních oblastech.“⁴

Projevuje se emocionálním, fyzickým a mentálním vyčerpáním, což je v zásadě důsledkem chronické zátěže, která je spojena s dlouhodobým nasazením pro jiné lidi. S největší prevalencí se s tímto syndromem setkáme především u pracovníků, kteří ve své profesi přicházejí profesionálně do osobního kontaktu s jinými lidmi – tzv. **pomáhajících profesí** a v těchto oblastech: **zdravotnictví**, školství, sociální péče a sociální služby, hospodářství a administrativa. Syndrom vyhoření je jedním z hlavních důvodů odchodů ze zaměstnání a změny pracoviště ve zdravotnictví (Jankovský, 2018; Křivohlavý, 2012).

4.1. Syndrom pomocníka

Tento syndrom velmi úzce souvisí se syndromem vyhoření, v určitém komplexu je označován jako „mesiášský komplex“ nebo „syndrom spasitele“. Setkáváme se s ním u osob, kteří mají neustálé nutkání někomu obětavě pomáhat, eventuálně ho zachraňovat, aniž by o to dotyčný člověk stál. Lidé trpící tímto syndromem si zvolili pomáhající profesi především kvůli sobě jako způsob saturace svých potřeb. Při výkonu své práce jsou extrémně motivovaní, neboť u nich dochází k uspokojování vyšších potřeb seberealizace (dle Maslowa). Tito pracovníci usilují o dokonalost, která je v jejich případě nutnou podmínkou vlastního sebepřijetí. Vůči sobě jsou přísní a nemilosrdní, při výkonu svého povolání dokáží být svědomití, obětaví a spolehliví. Ovšem toto nasazení se často znehodnocuje tím, že dotyční trpí obsesemi. Osoby, jež trpí tímto syndromem, jsou jednoznačně orientovaní na výkon a zpravidla podléhají workoholismu. Kvůli svému

⁴ “Burn-out is a syndrome conceptualized as resulting from chronic workplace stress that has not been successfully managed. It is characterized by three dimensions: feelings of energy depletion or exhaustion; increased mental distance from one’s job, or feelings of negativism or cynicism related to one’s job; and reduced professional efficacy. Burn-out refers specifically to phenomena in the occupational context and should not be applied to describe experiences in other areas of life.” (překlad: Michaela Novotná)

nutkavému jednání se neumí radovat, jsou mrzutí a postrádají spontaneitu, na pracovišti se velmi často setkávají s nepochopením a ostatní je často nejsou schopni ocenit (Jankovský, 2018).

4.2. Příznaky vyhoření

Varovné příznaky – zdravotník trpí dojmem, že svou práci nezvládá, význam a smysl své práce zpochybňuje; na druhé působí dojmem nervozity, podráždění a nespokojenosti; tělesné příznaky: potíže se spánkem, bolesti hlavy a břicha, zad, časté infekce, kolísání hmotnosti.

- 1. Tělesné vyčerpání:** projevuje se chronickou únavou související se zvýšenou spavostí a nekvalitním spánkem, kdy se člověk po probuzení cítí neodpočatý, dále nedostatkem energie, svalovými bolestmi a častou nemocností.
- 2. Psychické vyčerpání:** odráží se v negativních postojích k sobě i ostatním. Lidé ve stavu psychického vyčerpání začínají svůj život vnímat jako „jednu velkou katastrofu“, jsou negativističtí, pesimističtí, nestojí o žádné změny ani o nic nového. Vytrácí se kreativita a celkově je snižena aktivita. Život a práce přestává člověku dávat smysl, občas se objevují sebevražedné myšlenky.
- 3. Emocionální vyčerpání:** člověk se cítí citově „vysátý“, nechce již slyšet o žádném trápení a starostech. Pociťuje prázdno, snaží se vyhýbat lidem a uzavírá se do sebe. Nemá radost z kontaktu s lidmi, a to nejprve v práci, následně se toto přenáší i do osobního života (Venglářová, 2011).

Z výše uvedených příznaků se ze syndromu vyhoření vylučují potíže, které jsou způsobeny psychiatrickým onemocněním, nekompetentností či rodinnými potížemi promítnutými do zaměstnání. Vylučuje i únava z monotónní práce, neboť ta není spojována s pocity neschopnosti (Křivohlavý, 2012).

4.3. Fáze syndromu vyhoření

Vyhoření je nejčastěji popisováno jako postupně se vyvíjející proces trvající několik měsíců až let. Tento proces má několik částí a v každé z nich zasahuje určité oblasti života více. Z počátku se jedná o emoční vyhoření, toto více registrují ženy než muži. Poté postupně dochází k psychickému vyčerpání, tento stav progreduje až k fyzickému vyčerpání, které může přejít do psychosomatického onemocnění, jež je následkem dlouhodobého potlačovaného stresu.

Určité fáze syndromu vyhoření lze na člověku velmi jednoduše poznat, jiné mohou být nevýrazné. Není-li burn-out včas rozpoznán, může přerůst až k citové otrlosti a lhostejnosti zdravotníka vůči nemocnému.

Lze vyhledat spousty členění syndromu vyhoření do fází, v této práci je zobrazeno členění dle Kerstina Kraska-Lüdecke, viz **příloha č. 10** (Venglářová, 2011).

4.4. Předcházení syndromu vyhoření

Syndromu vyhoření je vhodné předcházet tak, jako předcházíme nemocem. Bohužel mnoho lidí doufá, že prevence není nutná, že se znají a vědí, co mají dělat (Venglářová, 2011).

Křivohlavý (2012) uvádí rady Maxe Kašparů „**pro ty, kteří se chtějí vymanit ze spárů vyhoření**“⁵.

Max Kašparů představuje šest podnětů pro předcházení stavu vyhoření. Tyto podněty uvádí prostřednictvím obrazu krychle, kterou chápeme jako místnost, v jejímž prostředku hoří svíčka. Právě uvedená svíčka symbolizuje vzplanutí našeho nadšení. Jde především o to, aby oheň nevyhořel a neustále plál. Každá ze šesti stěn má vlastní význam k prevenci vyhoření:

Přední stěna – symbolizuje smysl naší existence čili to, co máme před sebou a to, k čemu směřujeme. Je pro nás motivací, cílem. Dává našemu životu cestu, energii.

Zadní stěna – bezpečí. Symbolizuje to, o co se můžeme vždy opřít, když to potřebujeme. Můžeme si za tím představit lidi, kteří stojí za námi a poskytují nám ochranu a tzv. záchrannou síť.

Pravá stěna – představuje lidi, pro které pracujeme. Pro zdravotníky tuto stěnu představují pacienti, pro učitele žáci, pro rodiče jejich děti.

Levá stěna – zastupuje přátele, tudíž jde o lidi, již jsou nejbližší našemu srdci a můžeme s nimi hovořit bez obav o všem, o čem hovořit chceme. Není třeba se obávat toho, že by nás zradili. „*Člověk, který nemá přátele, není psychicky zdrav*“.

Dolní podstava – zobrazuje vědomí toho, že člověk je člověkem na správném i na svém místě. Autor u této stěny používá i další obraz, a to cihly ve stěně domu, která musí být na svém místě pevně zasazena, aby dům nespadl. K tomu uvádí, že „*Je důležité, abychom*

⁵ Max Kašparů v článku, jenž je nazván „Syndrom vyhoření aneb Tlačěnka s cibulí a papírové natáčky“ (2006) in Křivohlavý 2012, s. 94 - 95

místu, kam jsme byli položeni, zůstali věrni. Aby se na nás mohly všechny ostatní (cihly) spolehnout“.

Horní podstava – symbol duchovního života (víry, lásky, naděje, modlitby a života v pravdě). Max Kašparů v článku uvádí, že: *„Ztráta stropu je pro hořící plamen v každém případě největším nebezpečím“.*

Křivohlavý (2012), s. 101, uvádí vliv zaměřený na postoj na příkladu toho, máme-li žízeň a někdo před nás postaví sklenku s vodou, přičemž vody je málo: *„Vypijeme jí polovinu a máme dvě možnosti: buď budeme smutní, že je již půlka sklenky vody nenávratně pryč, nebo se dokážeme radovat, že ještě půl sklenky máme.“* Po stránce fyzikální jsou obě možnosti totožné, avšak po stránce psychologické je to odlišné: *„Je lépe žít s pocitem radosti, že ještě něco mám, nežli se utápět v žalu nad tím, co je již nenávratně pryč, a akceptovat – přijmout nezměnitelné“.*

4.4.1. Duševní hygiena sestry

Má-li sestra pečovat o pacienty, neměla by zapomínat na péči o sebe sama. Není-li sestra v pořádku, nemůže pacientům poskytovat plnohodnotnou péči. Proto je péče o sebe samotnou úplně stejně důležitá, jako péče o druhé. Sheila Cassida (lékařka, která 12 let pečovala o pacienty, sestry a veškerý personál v jednom z prvních anglických hospiců) určila 16 hlavních bodů péče o pečovatelky – viz **příloha č. 11** (slovo pečovatelka v tomto kontextu znamená „člověk, který pečuje“, tudíž zahrnuje sestry, ošetřovatele a další ošetřující personál). Pečovat znamená (dle holistického pojetí zdraví) pečovat o celého člověka, tudíž o jeho tělo i duši.

Během péče o duši pečujeme o naše myšlenky, představy, o pojetí různých věcí, lidí a událostí, o naše city i emoce a v neposlední řadě taktéž o to, co vlastně v životě chceme dokázat, pro co se rozhodujeme a co je smyslem i cílem našeho života. Pokud je tato péče v pořádku, je náš vztah k sobě samým v jádru dobrým. Je důležité odlišit dva různé druhy uvažování o vlastních citech: zaprvé si uvědomovat to, co skutečně prožíváme, i to, které city s námi tzv. hýbou, zadruhé odlišovat to od myšlenek na to, jaké emoce bychom v danou chvíli měli mít. To, jak vidíme svět kolem sebe i v nás a co si myslíme, ovlivňuje mnoho okolností. Nejdůležitějším však v podstatě je, kam v životě směřujeme (čímž se poukazuje na základní zaměření v životě). V psychologii osobnosti se v tomto případě hovoří o narcizmu, čímž vlastně chce poukázat na sebe sama stejně, jako antický Narcis viděl ve

studánce svou podobu, zamiloval se do sebe samého, a nikoho jiného neviděl tak významného jako sebe.

Naše duše potřebuje odpočinek obzvláště po řadě dní plných intenzivní práce. Po řadu generací naši předci praktikovali jeden z nepodstatnějších způsobů péče o duši tím, že ctili neděli. Aktuálně je mnoho lidí, kteří den odpočinku neuznávají a žijí v neustálém stresu, a tímto se navýšila spousta nemocí souvisejících se stresem. V nepravidelném režimu může být pro někoho odpočinek problémem, jiní tvrdí že „to nejde“. Avšak mnohdy se "to nejde" schovává za nechut' se o to pokusit. Někteří lidé si uvědomí, že odpočinek potřebují až potom, co je schvátí i nějaká lehká nemoc, jiní až po nějakém radikálním zásahu, kdy změní názor na odpočinek například po autonehodě či úmrtí někoho blízkého na vážnou nemoc. Pro každého odpočinek znamená něco jiného v různých situacích: někdy to znamená lehnout si a spát, jindy zase strávit čas s rodinou či přáteli – vyjít si na procházku, udělat si výlet nebo jít sportovat, případně se může jednat i o čas strávený s knihou nebo kulturou (Křivohlavý, Pečenková, 2004, s. 10–19).

Empirická část

5. Hlavní cíl práce

Hlavním cílem práce bylo zjistit, jak komunikuje ošetrovatelský personál se seniory s demencí v nemocnicích a domovech pro seniory v Královéhradeckém kraji, a následně bylo cílem komunikaci v těchto institucích porovnat.

Dále byly stanoveny tyto dílčí cíle:

dílčí cíl č. 1: Zjistit, co je důležité při komunikaci se seniory s demencí.

dílčí cíl č. 2: Zjistit slabé stránky komunikace s pacientem/klientem s demencí na straně ošetřujícího.

dílčí cíl č. 3: Zjistit, zda je při komunikaci s dementními seniory respektována důstojnost pacienta/klienta.

dílčí cíl č. 4: Zjistit, jak ošetřující personál předchází syndromu vyhoření.

6. Metodika výzkumu

Pro výzkumnou část bakalářské práce byla zvolena kvantitativní metoda formou anonymního dotazníku vlastní konstrukce, jenž byl vytvořen právě pro tuto práci. Varianta kvantitativního dotazníku byla zvolena z důvodu, že cílem bylo získat odpovědi v mnoha zařízeních v Královéhradeckém kraji, dále lze předpokládat, že díky anonymitě dotazníků budou respondenti odpovídat pravdivě a výsledky tak budou adekvátní.

Při tvorbě dotazníku byly využity již vytvořené bakalářské práce: „Bariéry v komunikaci s hospitalizovanými seniory“ (Poklopová, 2016); „Komunikační dovednosti v ošetrovatelské péči“ (Gašperíková, 2014) a „Komunikace s hospitalizovanými seniory“ (Kratochvílová, 2010), ze kterých vznikla inspirace k vytvoření otázek č. 10, 12, 14 a 15.

Dotazník (viz **příloha č. 12**) byl sestaven na základě předem stanovených cílů, jež byly definovány již během června 2022, následně v průběhu července a srpna 2022 byl vytvořen dotazník. V září 2022 byli osloveni kolegyně a kolegové z neurologického oddělení v Trutnově v rámci předvýzkumu, jednalo se o 3 všeobecné sestry, 1 ošetrovatele a 1 sanitářku. Dotazník jim byl srozumitelný a jasný, avšak někteří měli drobné připomínky k navýšení možností odpovědí u otázek č. 10, 15 a 24. Následně došlo k navýšení možností odpovědí a dotazníky v rámci předvýzkumu byly zahrnuty do výzkumu.

V úvodu byli respondenti seznámeni s účelem dotazníku a obeznámeni s faktem, že se jedná o anonymní dotazník. Dotazník obsahoval celkem 25 otázek, a to 6 otázek identifikačních (1, 2, 3, 4, 5, 6), 6 otázek polouzavřených (10, 12, 14, 15, 16, 19), 8 otázek trichotomických (7, 9, 17, 18, 20, 21, 22, 25), 1 otázku dichotomickou (11), 2 otázky polytomické výběrové (13, 23) a 2 otázky polytomické výčtové (8, 24).

7. Design výzkumu

Výzkumu předcházela souhlas vedoucího pracovníka daného zařízení s provedením výzkumu (vzor viz **příloha č. 13**), následovala samotná distribuce dotazníků.

Samotný výzkum probíhal od 10. října 2022 do 10. prosince 2022 celkem v 11 zařízeních v Královéhradeckém kraji, v 7 domovech pro seniory (Domov u Biřičky Hradec Králové, Domov důchodců Náchod, Domov odpočinku ve stáří Justýnka v Hronově, Domov sociální péče Tmavý Důl, Domov pro seniory Pilníkov, Domov pro seniory Trutnov, Domov důchodců Lampertice) a ve 4 nemocnicích (Oblastní nemocnice Trutnov – oddělení interny a neurologie, Oblastní nemocnice Náchod – oddělení interny a neurologie, Oblastní nemocnice Jičín – oddělení interny a neurologie, Fakultní nemocnice Hradec Králové – III. interní gerontometabolická klinika, oddělení geriatry).

Vzhledem k situaci, že se jednalo o 11 zařízení v Královéhradeckém kraji, bylo ve 4 zařízeních dohodnuto s vedoucím pracovníkem, že budou dotazníky k vyplnění zaslány prostřednictvím České pošty. Do ostatních zařízení byly dotazníky distribuovány osobně. Sběr dotazníků probíhal osobně v každém zařízení po předchozí telefonické, případně emailové dohodě s vedoucím pracovníkem zařízení.

Data získaná pomocí dotazníkového šetření byla zpracována pomocí počítačového programu Microsoft Office Excel, výsledky byly zpracovány do tabulek s uvedenou relativní četností v % a následně byly vytvořeny grafy pro lepší názornost.

7.1. Respondenti

K výzkumu byly vybrány osoby, jež poskytují přímou ošetrovatelskou péči, tudíž se jednalo o všeobecné a praktické sestry, sanitáře a sanitářky, ošetrovatele a ošetrovatelky, dělníky ve zdravotnictví a pracovníky v sociálních službách. Celkem bylo rozdáno 220 dotazníků: 110 do nemocnic a 110 do domovů pro seniory.

Z nemocnic se vrátilo 88 vyplněných dotazníků, z nichž bylo k výzkumu použitelných 82. Z domovů pro seniory se vrátilo 95 vyplněných dotazníků, ze kterých jich bylo nutné celkem 13 vyřadit pro jejich neúplnost. Návratnost z nemocnic byla 80 % a z domovů pro seniory 86 %, celková návratnost ze všech zařízení čítala 83 %. Do výzkumného šetření bylo tedy zařazeno celkem 164 pracovníků poskytujících přímou ošetrovatelskou péči, z čehož šlo o 50 % pracovníků z nemocnic a z 50 % o pracovníky z domovů pro seniory.

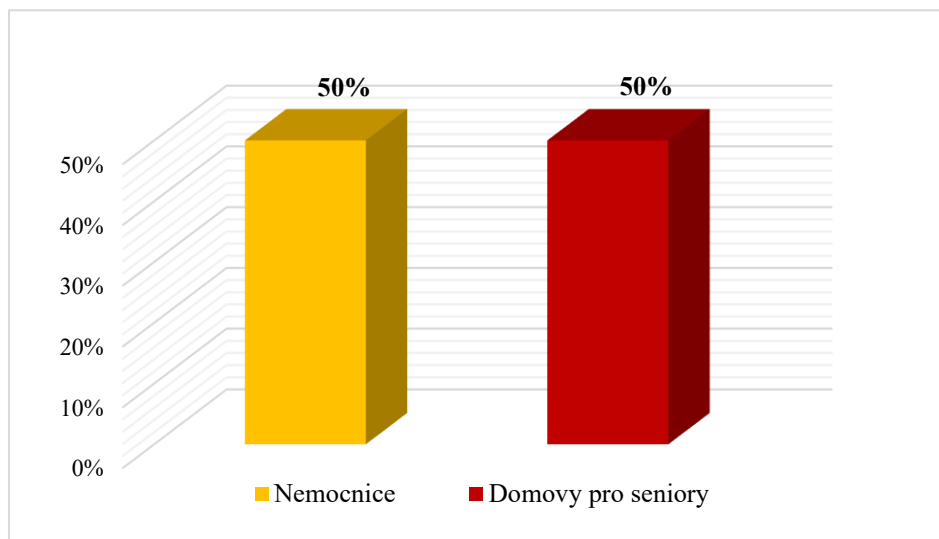
Z nemocnic ve výzkumu figuruje 56 všeobecných sester (68 %), 13 praktických sester (16 %), 3 ošetrovatelky (4 %), 7 sanitářů (7 %) a 3 dělníci ve zdravotnictví (4 %).

Všeobecné sestry mají v rámci nemocnic nejvyšší zastoupení ve výzkumu. **Z domovů pro seniory** se do výzkumu zařadilo 20 všeobecných sester (24 %), 2 praktické sestry (2 %), 38 ošetřovatelek (46 %), 1 dělník ve zdravotnictví (1 %) a 21 pracovníků v sociálních službách (26 %). V tomto typu zařízení ve výzkumu převládají ošetřovatelé. Co se vzdělání týče, v nemocnicích jde převážně o všeobecné sestry s maturitou (35 %) a v domovech pro seniory se nejvíce jedná o personál s výučním listem (40 %).

V obou typech zařízení se výzkumu v největším zastoupení zúčastnila věková skupina 36 – 50 let. V nemocnicích se téměř rovnoměrně v nejvyšším zastoupení jedná o délku praxe 1 - 5 let, 6 - 10 let a 11 - 20 let oproti domovům pro seniory, kde jde nejvíce o délku praxe 1 - 5 let a následně 11 - 20 let. Se zkušeností se seniory s demencí v obou typech zařízení respondenti uvedli nejvíce variantu odpovědi 1 - 5 let.

8. Analýza a interpretace výzkumu

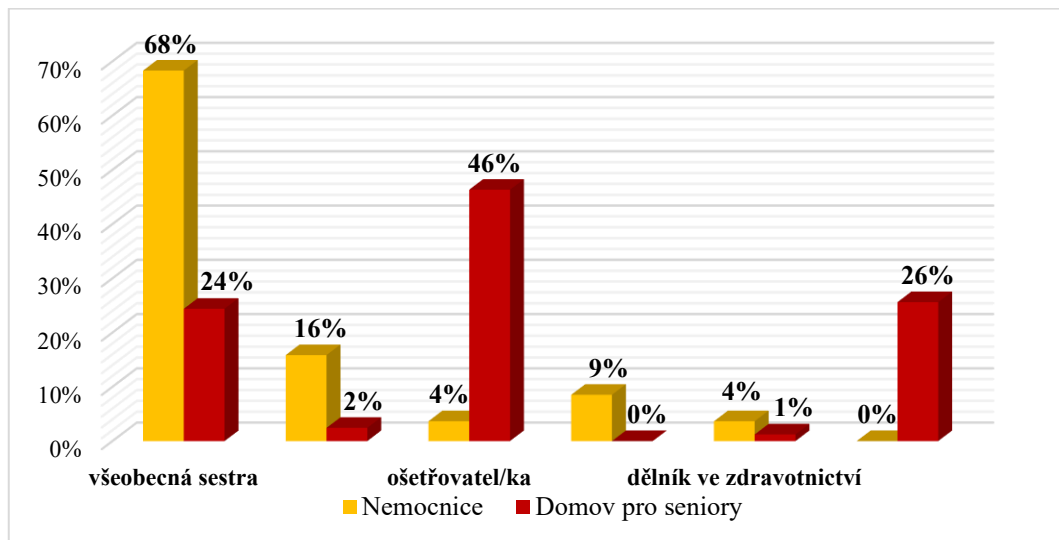
Otázka č. 1: Kde pracujete?



Graf č. 1: V jakém zařízení respondenti pracují

Komentář: Z celkového počtu 164 respondentů pracuje 82 (50 %) respondentů v nemocnicích a 82 (50 %) respondentů v domovech pro seniory.

Otázka č. 2: Pracujete jako?



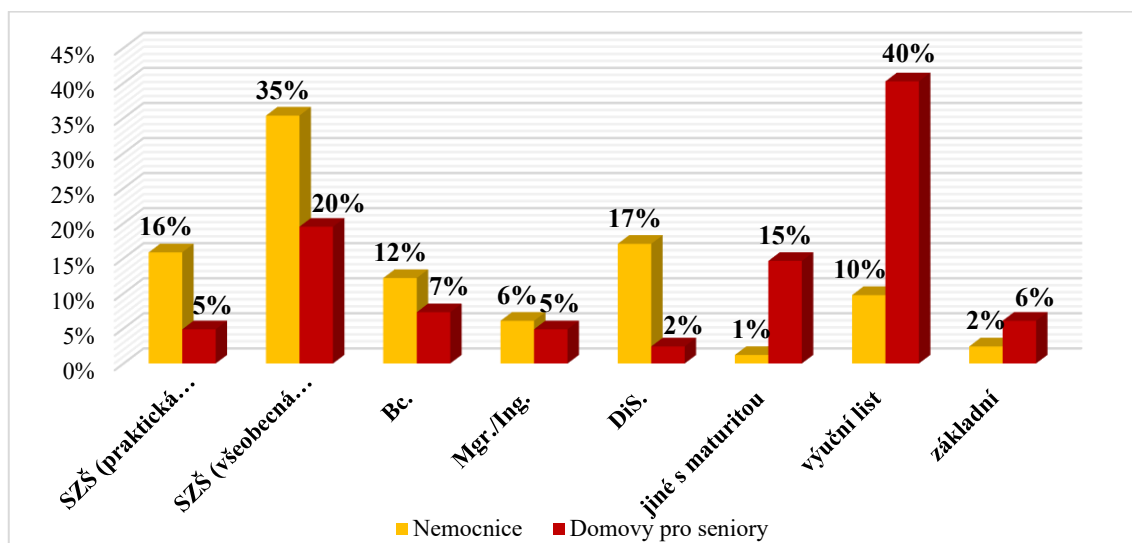
Graf č. 2: Pracovní zařazení respondentů

Komentář:

V nemocnicích z celkového počtu 82 respondentů pracuje 56 všeobecných sester (68 %), 13 praktických sester (16 %), 3 ošetřovatelky (4 %), 7 sanitářů (7 %) a 3 dělníci ve zdravotnictví (4 %).

V domovech pro seniory z celkového počtu 82 respondentů pracuje 20 všeobecných sester (24 %), 2 praktické sestry (2 %), 38 ošetřovatelek (46 %), 1 dělník ve zdravotnictví (1 %) a 21 pracovníků v sociálních službách (26 %).

Otázka č. 3: Vaše nejvyšší dosažené vzdělání je?



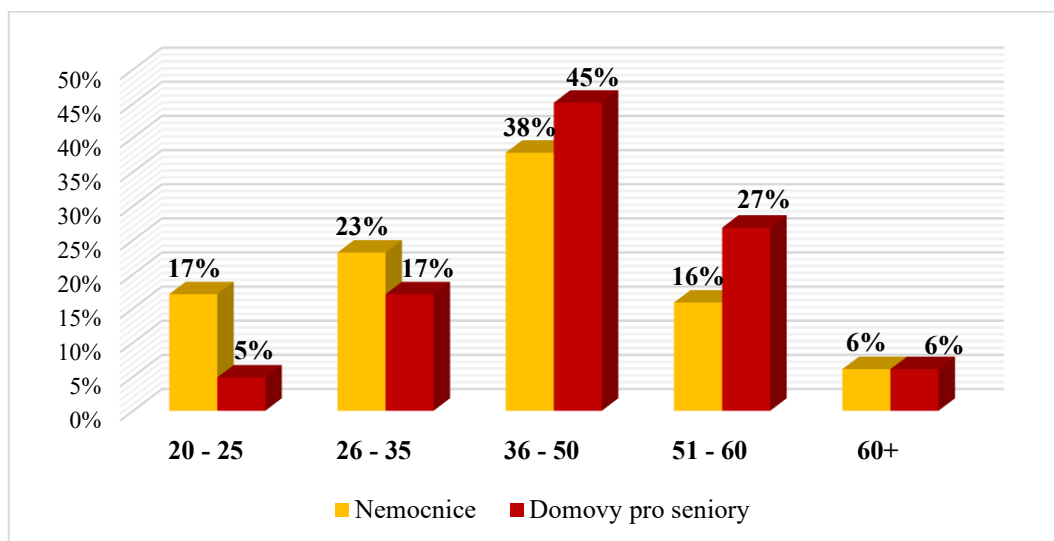
Graf č. 3: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

Komentář:

V nemocnicích z celkového počtu 82 respondentů pracuje 13 praktických sester se vzděláním na SZŠ (16 %), 29 všeobecných sester se vzděláním na SZŠ (35 %), 10 respondentů s bakalářským vzděláním (12 %), 5 respondentů s magisterským/inženýrským vzděláním (6 %), 14 respondentů s titulem Diplomovaný specialista (17 %), 1 respondent s maturitou v jiném než zdravotnickém oboru (1 %), 8 respondentů s výučním listem (10 %) a 2 respondenti se základním vzděláním (2 %).

V domovech pro seniory z celkového počtu 82 respondentů pracují 4 praktické sestry se vzděláním SZŠ (5 %), 16 všeobecných sester se vzděláním SZŠ (20 %), 6 respondentů s bakalářským vzděláním (7 %), 4 respondenti s magisterským/inženýrským vzděláním (5 %), 2 respondenti s titulem diplomovaný specialista (2 %), 12 respondentů s maturitou v jiném než zdravotnickém oboru (15 %), 33 respondentů s výučním listem (40 %) a 5 respondentů se základním vzděláním (6 %).

Otázka č. 4: Kolik Vám je let?



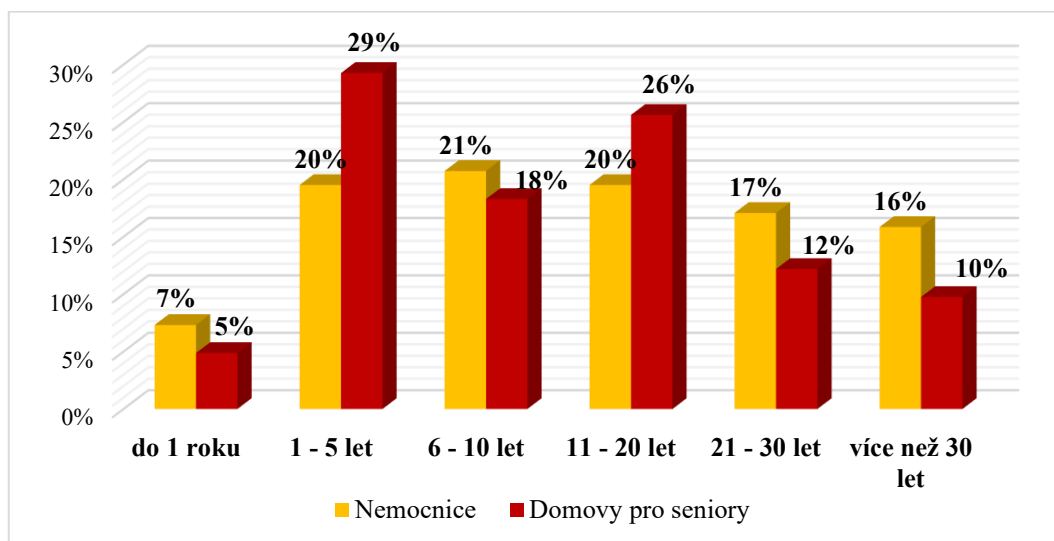
Graf č. 4: Věk respondentů

Komentář:

V nemocnicích z celkového počtu 82 respondentů pracuje 14 respondentů ve věku 20 – 25 let (17 %), 19 respondentů ve věku 26 – 35 let (23 %), 31 respondentů ve věku 36 – 50 let (38 %), 13 respondentů ve věku 51 – 60 let (16 %) a 5 respondentů ve věku 60 a více let (6 %).

V domovech pro seniory z celkového počtu 82 respondentů pracují 4 respondenti ve věku 20 – 25 let (5 %), 14 respondentů ve věku 26 – 35 let (17 %), 37 respondentů ve věku 36 – 50 let (45 %), 22 respondentů ve věku 51 – 60 let (27 %) a 5 respondentů ve věku 60 a více let (6 %).

Otázka č. 5: Délka Vaší odborné praxe je?



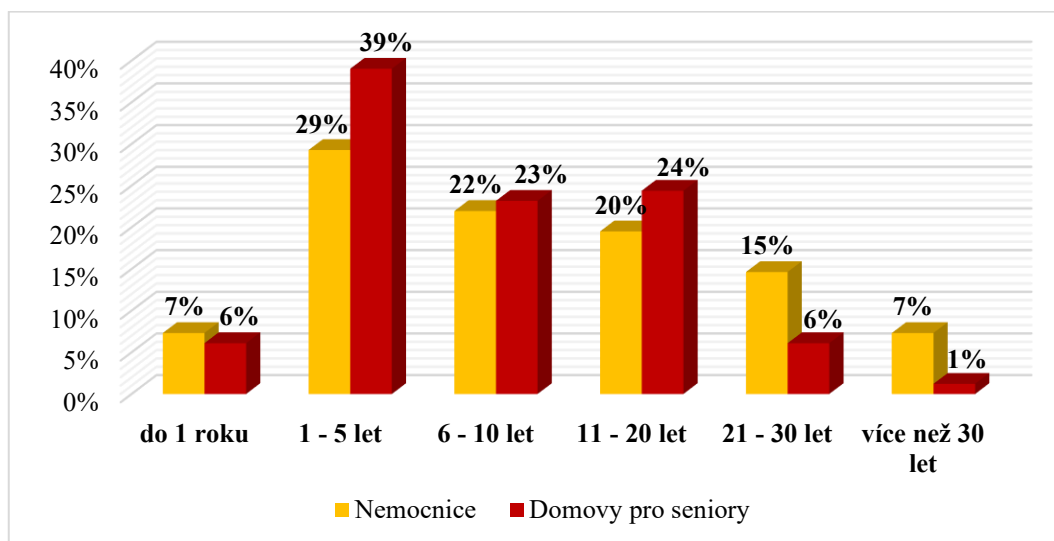
Graf č. 5: Délka praxe respondentů

Komentář:

V nemocnicích z celkového počtu 82 respondentů pracuje 6 respondentů s délkou praxe do 1 roku (7 %), 16 respondentů s délkou praxe 1 – 5 let (20 %), 17 respondentů s délkou praxe 6 – 10 let (21 %), 16 respondentů s délkou praxe 11 – 20 let (20 %), 14 respondentů s délkou praxe 21 – 30 let (16 %) a 13 respondentů s délkou praxe více než 30 let (16 %).

V domovech pro seniory z celkového počtu 82 respondentů pracují 4 respondenti s délkou praxe do 1 roku (5 %), 24 respondentů s délkou praxe 1 – 5 let (29 %), 15 respondentů s délkou praxe 6 – 10 let (18 %), 21 respondentů s délkou praxe 11 – 20 let (26 %), 10 respondentů ve věku 21 – 30 let (12 %) a 8 respondentů s délkou praxe více než 30 let (10 %).

Otázka č. 6: Jak dlouho pracujete se seniory s demencí?



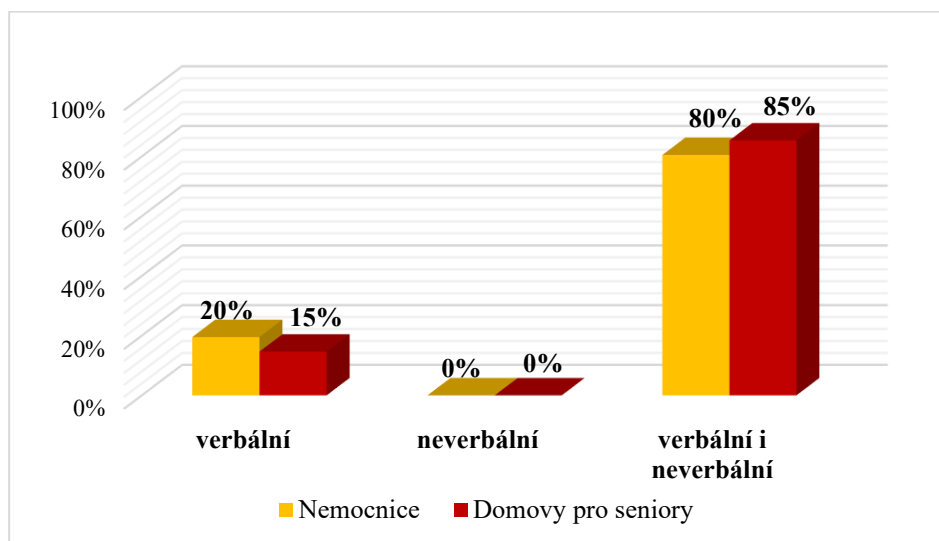
Graf č. 6: Délka praxe se seniory s demencí

Komentář:

V nemocnicích z celkového počtu 82 respondentů pracuje 6 respondentů se seniory s demencí do 1 roku (7 %), 24 respondentů s délkou praxe se seniory s demencí 1 – 5 let (29 %), 18 respondentů s délkou praxe se seniory s demencí 6 – 10 let (22 %), 16 respondentů s délkou praxe se seniory s demencí 11 – 20 let (20 %), 12 respondentů s délkou praxe se seniory s demencí 21 – 30 let (15 %) a 6 respondentů s délkou praxe se seniory s demencí více než 30 let (7 %).

V domovech pro seniory z celkového počtu 82 respondentů pracuje 5 respondentů se seniory s demencí do 1 roku (6 %), 32 respondentů s délkou praxe se seniory s demencí 1 – 5 let (39 %), 19 respondentů s délkou praxe se seniory s demencí 6 – 10 let (23 %), 20 respondentů s délkou praxe se seniory s demencí 11 – 20 let (24 %), 5 respondentů s délkou praxe se seniory s demencí 21 – 30 let (6 %) a 1 respondent s délkou praxe se seniory s demencí více než 30 let (1 %).

Otázka č. 7: Jakou komunikaci se seniory preferujete?



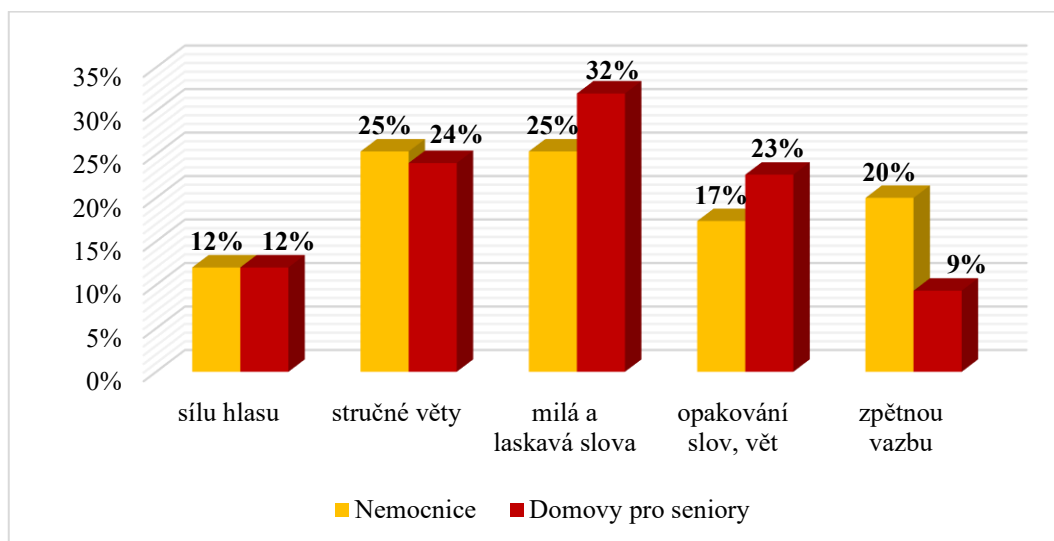
Graf č. 7: Preference komunikace

Komentář:

V nemocnicích z celkového počtu 82 respondentů preferuje 16 respondentů verbální komunikaci (20 %), neverbální komunikaci nepreferuje žádný respondent a kombinaci verbální i neverbální komunikace využívá 66 respondentů (80 %).

V domovech pro seniory z celkového počtu 82 respondentů preferuje 12 respondentů verbální komunikaci (15 %), neverbální komunikaci nepreferuje žádný respondent a kombinaci verbální i neverbální komunikace využívá 70 respondentů (85 %).

Otázka č. 8: U verbální komunikace kladete důraz na?



Graf č. 8: Důraz při verbální komunikaci

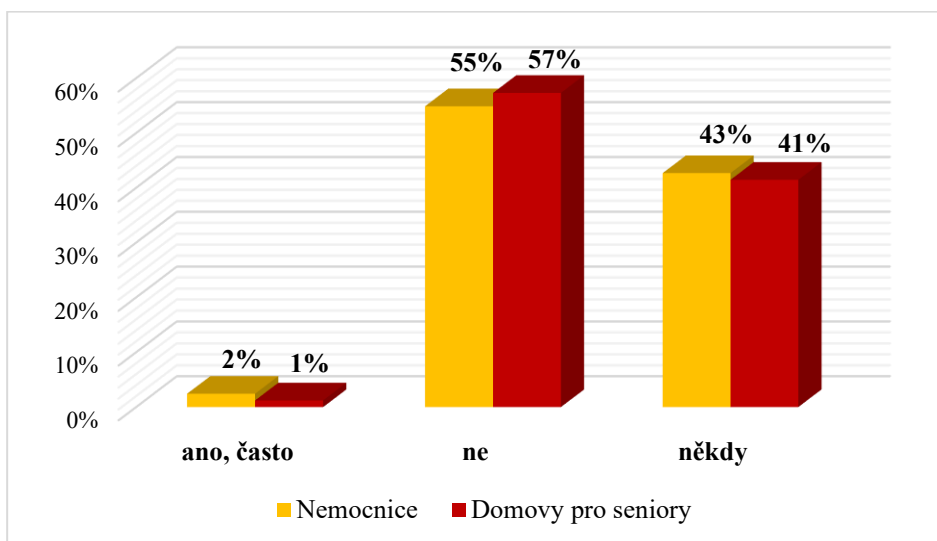
Komentář:

Tato otázka se řadí mezi otázky polytomické výčtové, byla zde možnost až 2 odpovědí.

V nemocnicích z celkového počtu odpovědí 150 zvolilo 18 respondentů důraz na sílu hlasu (12 %), 38 respondentů důraz na stručné věty (25 %), 38 respondentů důraz na milá a laskavá slova (25 %), 26 respondentů důraz opakování slov, vět (17 %) a 30 respondentů důraz na zpětnou vazbu (20 %).

V domovech pro seniory z celkového počtu odpovědí 150 zvolilo 18 respondentů důraz na sílu hlasu (12 %), 36 respondentů důraz na stručné věty (24 %), 48 respondentů důraz na milá a laskavá slova (32 %), 34 respondentů důraz na opakování slov, vět (23 %) a 14 respondentů důraz na zpětnou vazbu (9 %).

Otázka č. 9: Používáte komunikaci pomocí obrázků?



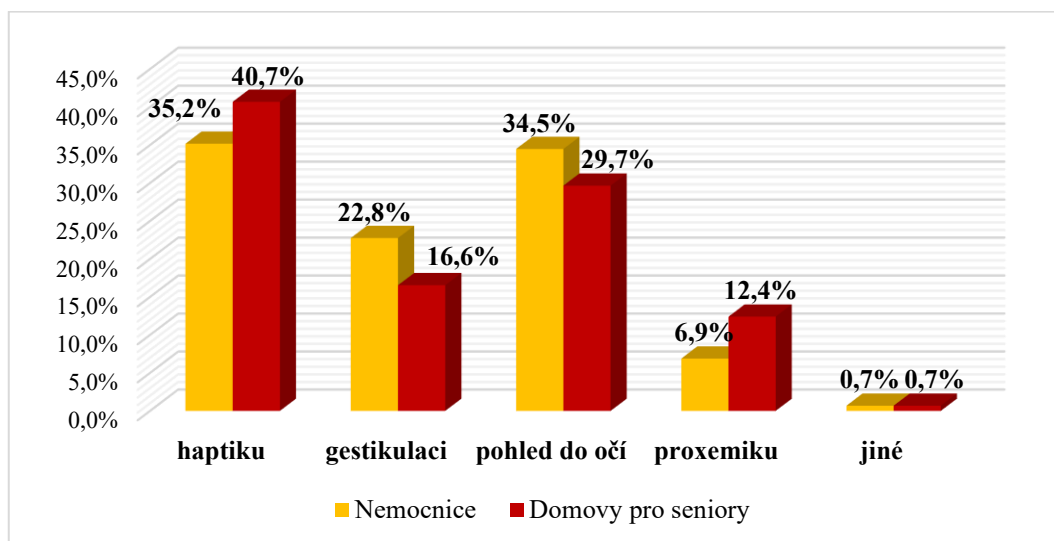
Graf č. 9: Využívání obrázků při komunikaci

Komentář:

V nemocnicích z celkového počtu 82 respondentů využívají 2 respondenti komunikaci pomocí obrázků často (2 %), 35 respondentů používá obrázky při komunikaci někdy (43 %) a 45 respondentů komunikaci pomocí obrázků nevyužívá (55 %).

V domovech pro seniory z celkového počtu 82 respondentů využívá komunikaci pomocí obrázků často pouze 1 respondent (1 %), 34 respondentů používá obrázky při komunikaci někdy (41 %) a 47 respondentů komunikaci pomocí obrázků nevyužívá (57 %).

Otázka č. 10: Na co nejvíce dbáte u neverbální komunikace?



Graf č. 10: Důraz při neverbální komunikaci

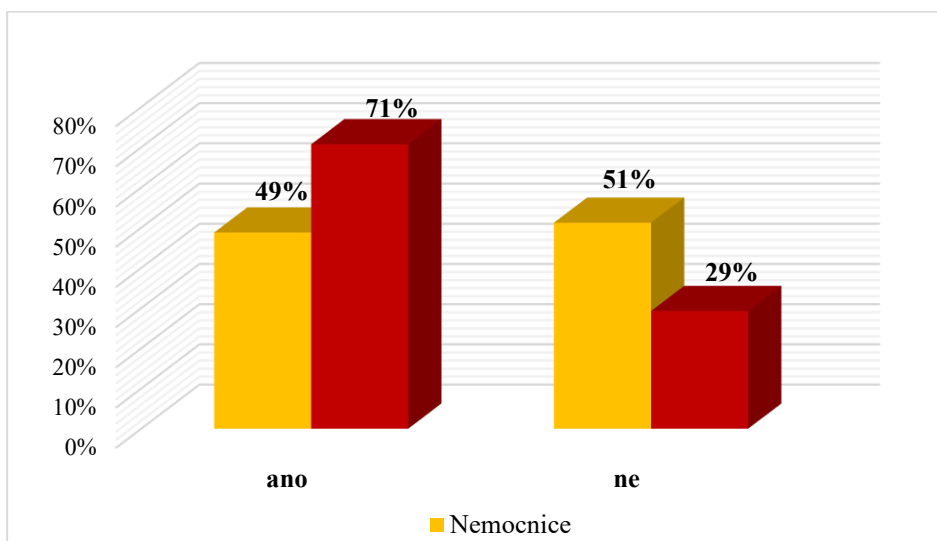
Komentář:

Tato otázka se řadí mezi otázky polytomické výčtové, byla zde možnost až 2 odpovědí.

V nemocnicích z celkového počtu 145 odpovědí odpovědělo 51 respondentů tak, že u neverbální komunikace kladou důraz na haptiku (35,2 %), dále 33 respondentů klade důraz na gestikulaci (22,8 %), 50 respondentů na pohled do očí (34,5 %), 10 respondentů na proxemiku (6,9 %) a 1 respondent klade důraz na mimiku (0,7 %).

V domovech pro seniory z celkového počtu 145 odpovědí odpovědělo 59 respondentů, že při neverbální komunikaci kladou důraz na haptiku (40,7 %), dále 24 respondentů klade důraz na gestikulaci (16,6 %), 43 respondentů na pohled do očí (29,7 %), 18 respondentů na proxemiku (12,4 %) a 1 respondent klade důraz na klid (0,7 %).

Otázka č. 11: Hledáte nové způsoby komunikace?



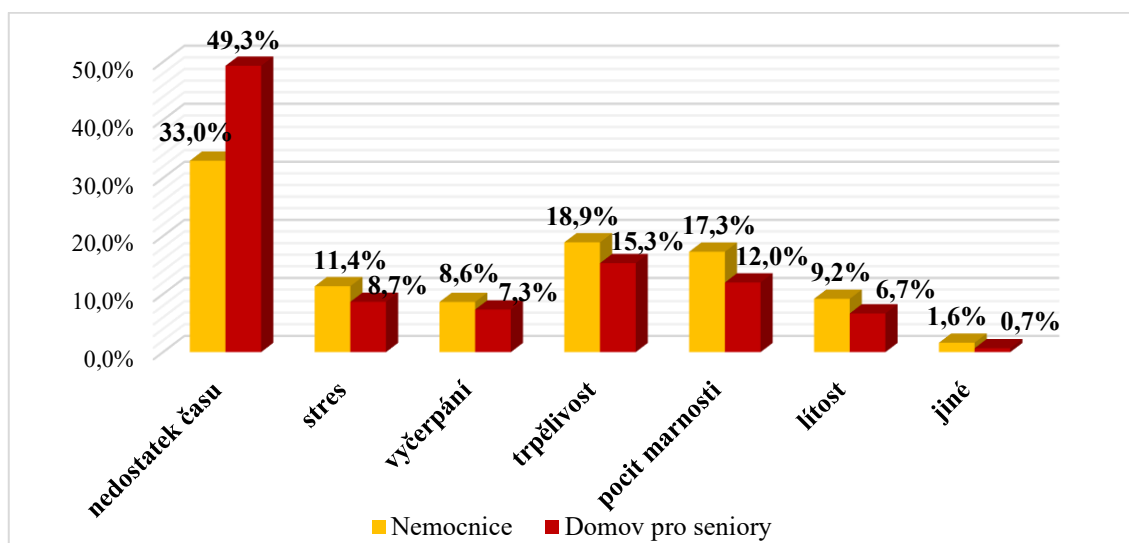
Graf č. 11: Hledání nových způsobů komunikace

Komentář:

V nemocnicích z celkového počtu 82 respondentů vyhledává nové způsoby komunikace 40 respondentů (49 %) a 42 respondentů nové způsoby komunikace nevyhledává (51 %).

V domovech pro seniory z celkového počtu 82 respondentů nové způsoby komunikace vyhledává 58 respondentů (71 %) a 24 respondentů nové způsoby komunikace nevyhledává (29 %).

Otázka č. 12: Co považujete za slabou stránku při komunikaci s pacientem/klientem s demencí?



Graf č. 12: Slabé stránky komunikace s pacienty/klienty s demencí

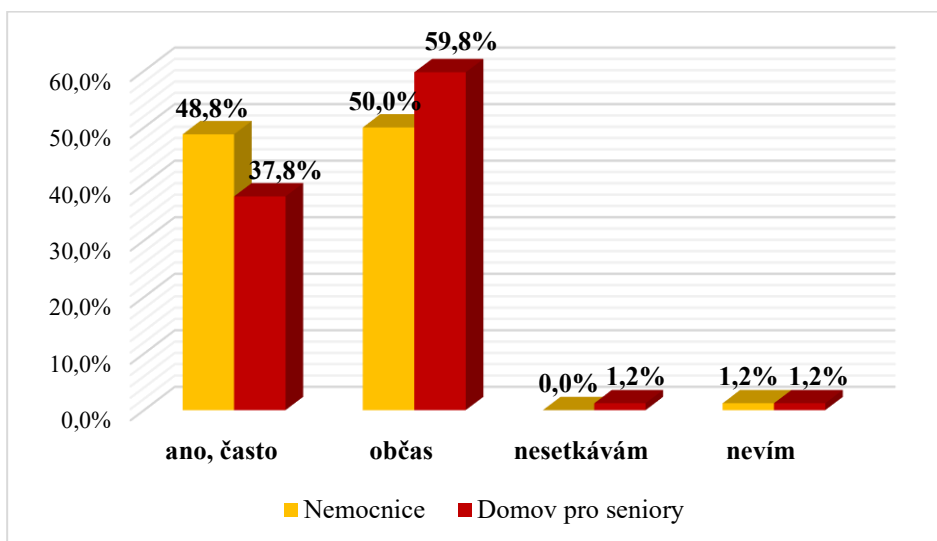
Komentář:

Tato otázka se řadí mezi otázky polytomické výčtové, byla zde možnost až 3 odpovědí.

V nemocnicích z celkového počtu 185 odpovědí považuje za slabou stránku při komunikaci se seniory s demencí 61 respondentů nedostatek času (33,0 %), 21 respondentů považuje za slabou stránku stres (11,4 %), 16 respondentů označilo za slabou stránku vyčerpání (8,6 %), pro 35 respondentů je slabou stránkou trpělivost (18,9 %), 32 respondentů za slabou stránku považuje pocit marnosti (17,3 %), 17 respondentů označilo jako slabou stránku lítost (9,2 %) a 3 respondenti (1,6 %) označili možnost „jiné“, kde odpověděli, že za slabou stránku při komunikaci se seniory s demencí považují imobilitu, nedostatek informací, náročnost vnímání důstojnosti.

V domovech pro seniory z celkového počtu 150 odpovědí považuje za slabou stránku při komunikaci se seniory s demencí 74 respondentů nedostatek času (49,3 %), 13 respondentů považuje za slabou stránku stres (8,7 %), 11 respondentů označilo za slabou stránku vyčerpání (7,3 %), pro 23 respondentů je slabou stránkou trpělivost (15,3 %), 18 respondentů za slabou stránku považuje pocit marnosti (12,0 %), 10 respondentů označilo jako slabou stránku lítost (6,7 %) a 1 respondent (0,7 %) zvolil variantu „jiné“, kde uvedl, že za slabou stránku při komunikaci se seniory s demencí považuje špatný zrak a sluch.

Otázka č. 13: Setkáváte se s nepochopením ze strany pacienta/klienta s demencí?



Graf č. 13: Setkávání se s nepochopením ze strany pacienta/klienta s demencí

Komentář:

V nemocnicích z celkového počtu 82 respondentů se často setkává s nepochopením ze strany pacienta s demencí 40 respondentů (48,8 %), 41 respondentů se s nepochopením setkává občas (50,0 %) a 1 respondent označil, že neví, zda se s nepochopením setkává (1,2 %), odpověď „nesetkávám“ neoznačil žádný respondent.

V domovech pro seniory se z celkového počtu 82 respondentů setkává často s nepochopením ze strany klienta s demencí 31 respondentů (37,8 %), 49 respondentů se s nepochopením setkává občas (59,8 %), 1 respondent odpověděl, že se s nepochopením ze strany klienta s demencí nesetkává (1,2 %) a 1 respondent neví, zda se s nepochopením setkává (1,2 %).

Otázka č. 14: Co uděláte v situaci, kdy začne být senior náhle nerudný a začne na Vás křičet?

Skupiny odpovědí:

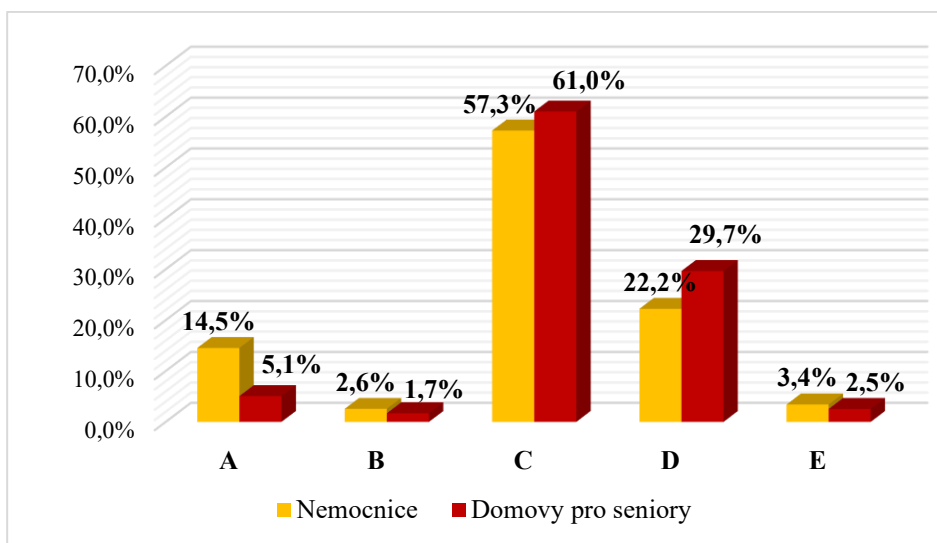
A – Snažím se ho moralizovat

B – Ignoruji ho

C – Snažím se zjistit, čím se dá takovéto chování vysvětlit – nechám ho chvíli mluvit

D – Odejdu a přijdu za chvíli

E – Jiné



Graf č. 14: Situace nerudného seniora

Komentář:

V této otázce bylo možné označit až 2 odpovědi, kombinace těchto odpovědí vytvořily tyto výsledky

V nemocnicích i domovech pro seniory byla nejčastější odpověď „C“ (Snažím se zjistit, čím se dá takovéto chování vysvětlit – nechám ho chvíli mluvit), v nemocnicích tuto odpověď zvolilo 67 respondentů (57,3 %) a v domovech pro seniory tuto odpověď zvolilo 72 respondentů (61,0 %). Druhou nejčastější označenou odpovědí byla v obou institucích odpověď „D“ (Odejdu a přijdu za chvíli), v nemocnicích tuto odpověď označilo 26 respondentů (22,2 %) a v domovech pro seniory 35 respondentů (29,7 %). Odpověď „A“ (Snažím se ho moralizovat) byla v obou institucích jako 3. nejčastější, avšak v nemocnicích tuto odpověď zvolilo 17 respondentů (14,5 %) a v domovech pro seniory 6 respondentů (5,1 %). Možnost „B“ (Ignoruji ho) v nemocnicích zvolili 3 respondenti (2,6 %) a v domovech pro seniory 2 respondenti (1,7 %), poslední možnost „E“, kdy mohli respondenti volně

doplnit nabízené možnosti, zvolili v nemocnicích celkem 4 respondenti (3,4 %), jejichž odpovědi zněly: „Nezlehčuji jeho slova, fakta, jež senior uvádí, nevyvracím“; „Snažím se ho uklidnit, odvést pozornost od problému“ a dále 2 shodné odpovědi „Použiji laskavého slova, zachovám klid“. V domovech pro seniory tuto možnost zvolili 3 respondenti (2,5 %), jejichž odpovědi zněly: „Pohládím ho“; „Zachovám klid“ „Odvedu pozornost od problému.“

Otázka č. 15: Jak se zachováte, pokud při rozhovoru s pacientem/klientem něčemu nerozumíte?

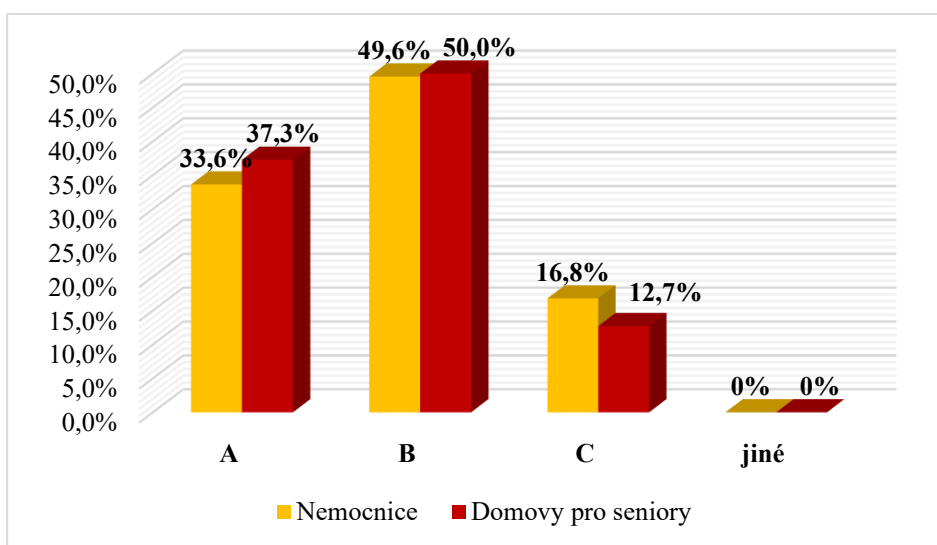
Skupiny odpovědí

A – Požádám pacienta/klienta o upřesnění toho, čemu nerozumím

B – Nechám pacienta/klienta dále mluvit, nebudu ho přerušovat a ujasním si to s ním, až domluví

C – Nejedná-li se o důležitou informaci, nechám to být

D – Jiné



Graf č. 15: Počínání si se situací nepochopení pacienta/klienta

Komentář:

V této otázce bylo možné označit až 2 odpovědi, kombinace těchto odpovědí vytvořily tyto výsledky.

V nemocnicích i domovech pro seniory byla nejčastěji zvolena odpověď „B“, kterou v nemocnicích zvolilo 56 respondentů (49,6 %) a v domovech pro seniory 55 respondentů (50,0 %). Druhou nejčastější variantou odpovědi byla možnost „A“, kterou v nemocnicích vybralo 38 respondentů (33,6 %) a v domovech pro seniory 41 respondentů (37,3 %). Variantu „C“ v nemocnicích zvolilo 19 respondentů (16,8 %) a v domovech pro seniory 14 respondentů (12,7 %). Možnost „D“, kdy byla možná volná odpověď, nezvolil ani v jedné z institucí nikdo.

Otázka č. 16: Vysloví-li se etický fenomén důstojnost, co si pod tímto pojmem představíte?

Skupiny odpovědí

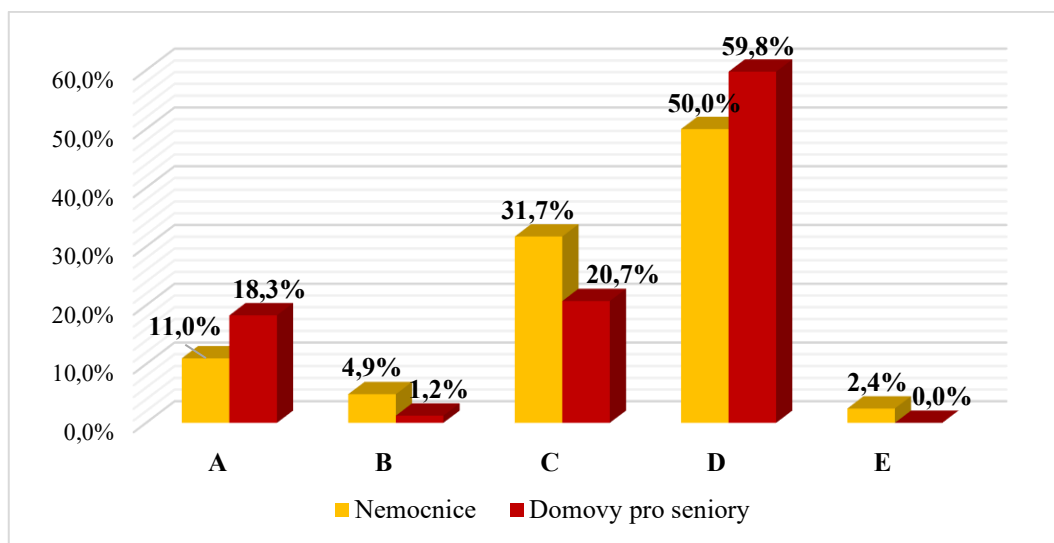
A – Těžiště základních práv, jedná se o nejvyšší ústavní princip

B – Hodnota nadřazená všem ostatním hodnotám

C – Hodnota, o kterou nelze přijít ani o ni nelze být připraven

D – Sebeúcta, kvalita člověka, jeho postavení a způsob jeho života

E – Jiné



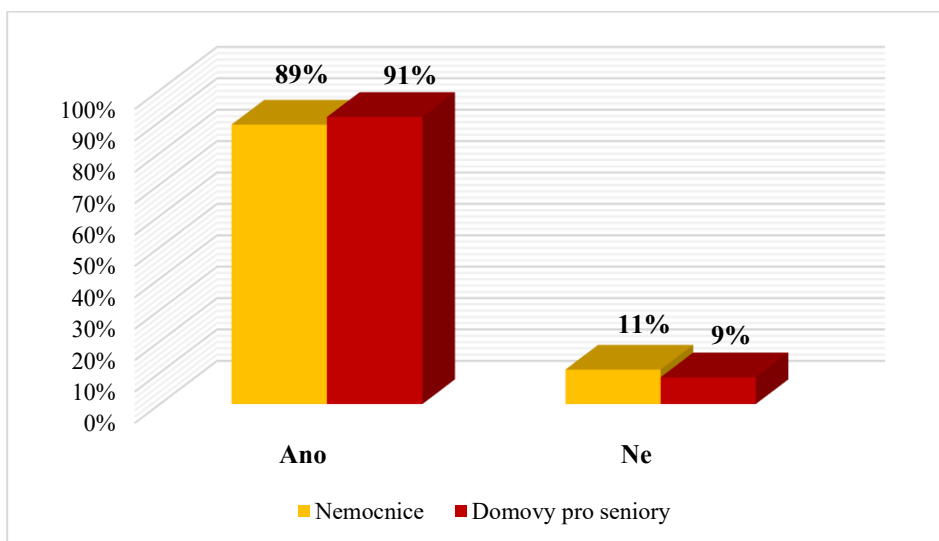
Graf č. 16: Etický fenomén důstojnost

Komentář:

V nemocnicích z celkového počtu 82 respondentů zvolilo odpověď „A“ 9 respondentů (11,0 %), možnost „B“ označili 4 respondenti (4,9 %), možnost „C“ zvolilo 26 respondentů (31,7 %), odpověď „D“ zvolilo 41 respondentů (50,0 %) a variantu „E“, kde mohli respondenti napsat svou odpověď, využili 2 respondenti (2,4 %), tito respondenti uvedli, že pod pojmem důstojnost si představují „sebepojetí ve smyslu vnímání vlastní hodnoty ve vztahu k ostatním lidem“ a „správné a klidné chování k pacientům, udržování základních životních potřeb a práva pacienta“.

V domovech pro seniory z celkového počtu 82 respondentů zvolilo odpověď „A“ 15 respondentů (18,3 %), možnost „B“ označil 1 respondent (1,2 %), možnost „C“ zvolilo 17 respondentů (20,7 %), odpověď „D“ zvolilo 49 respondentů (59,8 %) a variantu „E“, kde respondenti mohli napsat svou odpověď, nezvolil nikdo.

Otázka č. 17: Oslovujete klienty/pacienty vždy paní, pane?

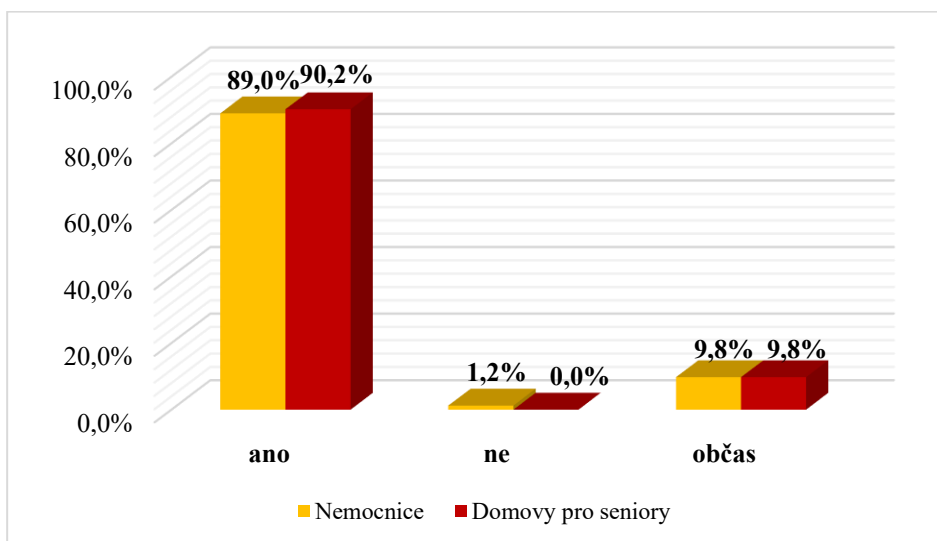


Graf č. 17: Oslovování pacientů/klientů

Komentář:

V obou typech zařízení naprostá většina respondentů odpověděla, že při oslovení pacientů/klientů vždy používají oslovení „paní X pane“, v nemocnicích takto odpovědělo 73 respondentů (89,0 %) a v domovech pro seniory 75 respondentů (91,5 %). V nemocnicích tohoto oslovení nevyužívá vždy 9 respondentů (11,0 %) a v domovech pro seniory 7 respondentů (8,5 %).

Otázka č. 18: Informujete pacienta/klienta vždy o všech ošetrovatelských úkonech?

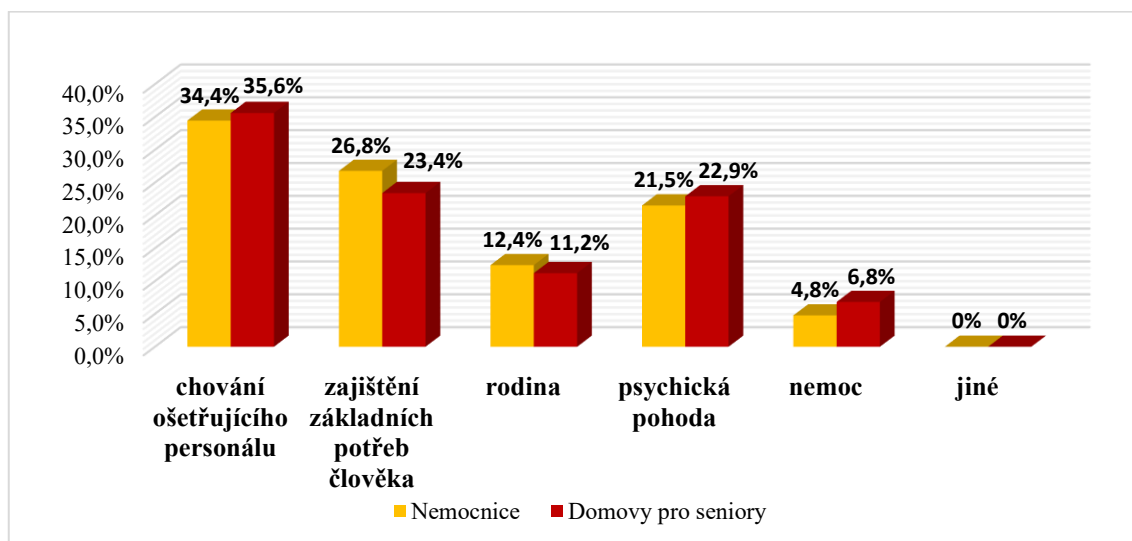


Graf č. 18: Informování pacientů/klientů

Komentář:

Informování pacientů/klientů o veškerých ošetrovatelských úkonech je v obou typech zařízení velmi podobné – v nemocnicích se jedná o 73 respondentů (89,0 %) a domovech pro seniory 74 respondentů (90,2 %). Občasné informování pacientů a klientů o všech úkonech je v nemocnicích i domovech pro seniory totožné v počtu 8 respondentů (9,8 %). Odpověď „ne“ zvolil pouze 1 respondent z nemocnice (1,2 %).

Otázka č. 19: Co má dle Vás největší vliv na pocit důstojnosti pacienta/klienta?



Graf č. 19: Vliv na důstojnost pacientů/klientů

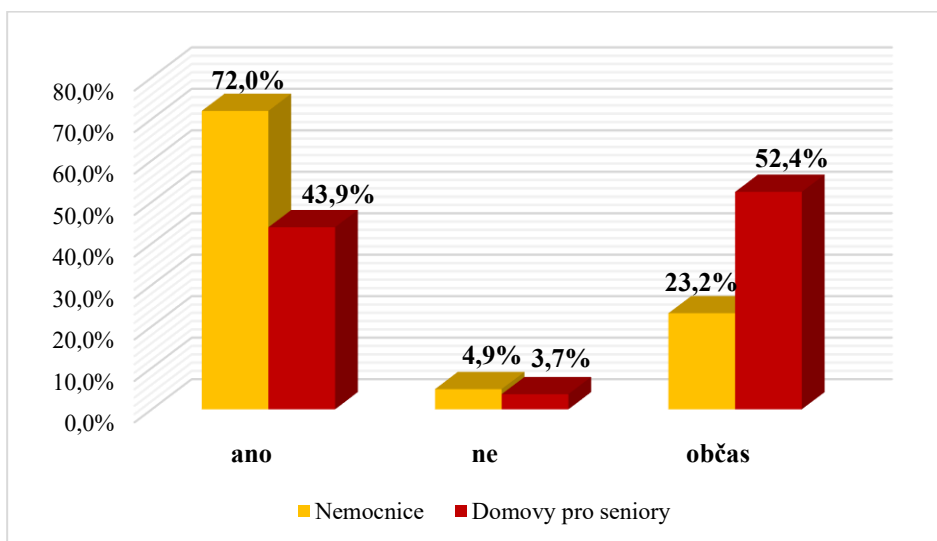
Komentář:

V této otázce bylo možné označit až 3 odpovědi, kombinace těchto odpovědí vytvořily následující výsledky.

V nemocnicích z celkového počtu 209 odpovědí odpovědělo 72 respondentů, že největší vliv na pocit důstojnosti pacientů má chování ošetrujícího personálu (34,4 %), jako druhou nejčastější odpověď na otázku uvedlo 56 respondentů zajištění základních potřeb člověka (26,8 %), psychickou pohodu považuje za vlivnou 45 respondentů (21,5 %), dle 26 respondentů má na důstojnost pacienta vliv rodina (12,4 %) a nemoc má na důstojnost člověka vliv dle 10 respondentů (4,8 %). Odpověď „jiné“, kdy mohli respondenti napsat vlastní odpověď, nevolil nikdo.

V domovech pro seniory z celkového počtu 205 odpovědí odpovědělo 73 respondentů, že největší vliv na pocit důstojnosti pacientů má chování ošetrujícího personálu (35,6 %), jako druhou nejčastější odpověď na otázku uvedlo 48 respondentů zajištění základních potřeb člověka (23,4 %), psychickou pohodu považuje za vlivnou 47 respondentů (22,9 %), dle 23 respondentů má na důstojnost pacienta vliv rodina (11,2 %) a nemoc má na důstojnost člověka vliv dle 14 respondentů (6,8 %). Odpověď „jiné“, kdy mohli respondenti napsat vlastní odpověď, nevolil nikdo.

Otázka č. 20: Je pro vás celodenní práce se seniory s demencí namáhavá?



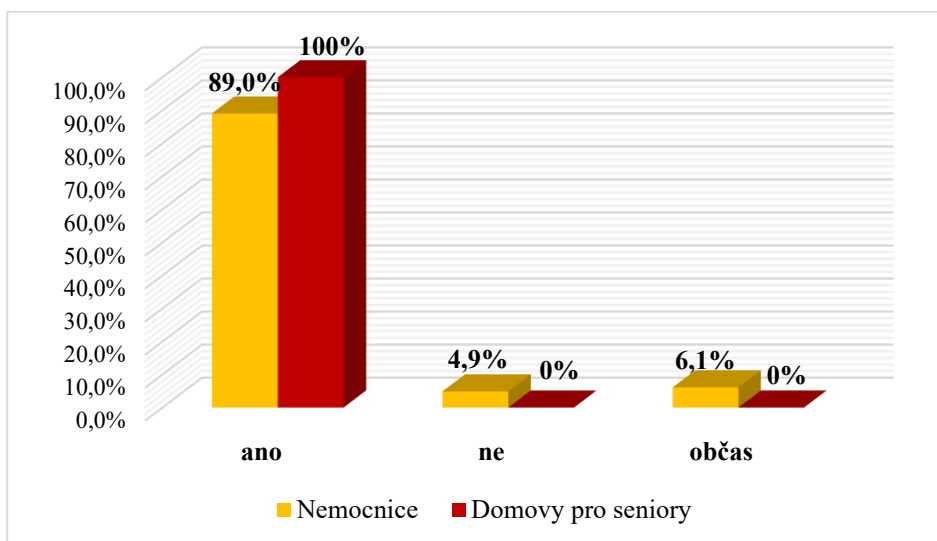
Graf č. 20: Celodenní práce se seniory

Komentář:

V nemocnicích z celkového počtu 82 respondentů považuje celodenní práci se seniory se syndromem demence za namáhavou 59 respondentů (72,0 %), 19 respondentů uvedlo, že práce se seniory s demencí je pro ně namáhavá občas (23,2 %) a pro 4 respondenty tato práce namáhavá není (4,9 %).

V domovech pro seniory z celkového počtu 82 respondentů považuje celodenní práci se seniory s demencí za namáhavou 36 respondentů (43,9 %), 43 respondentů uvedlo, že tato práce je pro ně namáhavá občas (52,4 %) a pro 3 respondenty tato práce namáhavá není (3,7 %).

Otázka č. 21: Baví Vás Vaše práce?

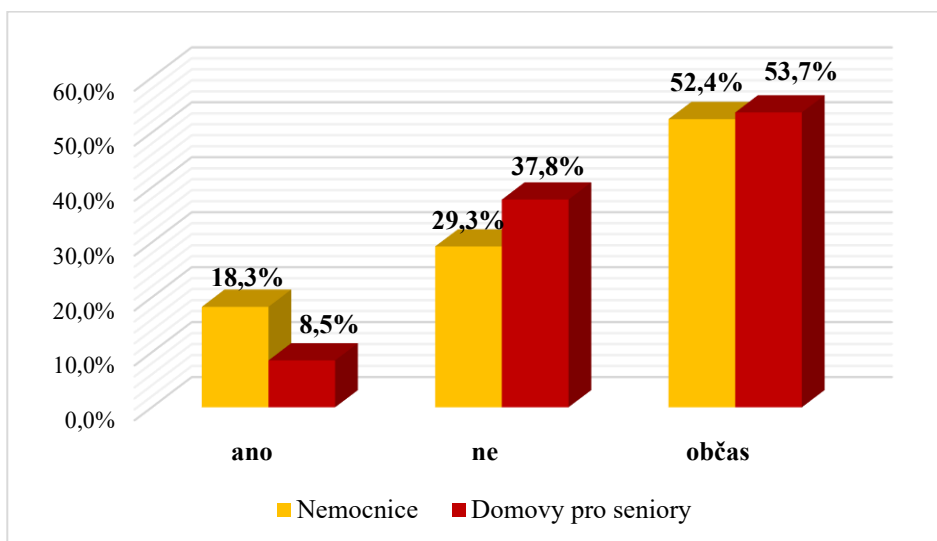


Graf č. 21: Baví respondenty práce?

Komentář:

V obou typech zařízení uvedla naprostá většina respondentů, že je jejich práce baví, v nemocnicích tuto odpověď uvedlo 73 respondentů (89,0 %), přičemž v domovech pro seniory odpovědělo všech 82 respondentů, že je jejich práce baví (100 %). V nemocnicích dále 5 respondentů uvedlo, že je práce baví občas (6,1 %) a 4 respondenty tato práce nebaví (4,9 %).

Otázka č. 22: Nosíte si domů starosti z práce?



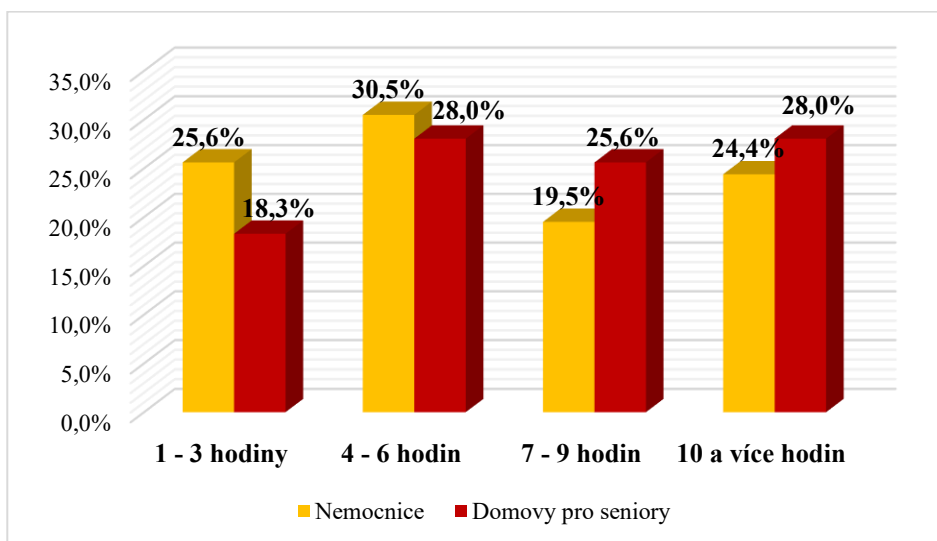
Graf č. 22: Nošení si starostí z práce domů

Komentář:

V nemocnicích z celkového počtu 82 respondentů uvedlo 15 respondentů, že si starosti z práce domů nosí (18,3 %), 43 respondentů si starosti nosí domů občas (52,4 %) a 24 respondentů si starosti domů nenesí (29,3 %).

V domovech pro seniory z celkového počtu 82 respondentů uvedlo 7 respondentů, že si starosti z práce domů nosí, 44 respondentů si starosti nosí domů občas (53,7 %) a 31 respondentů si starosti z práce domů nenesí (37,8 %).

Otázka č. 23: Kolik zhruba času týdně věnujete sobě/svým zájmům?



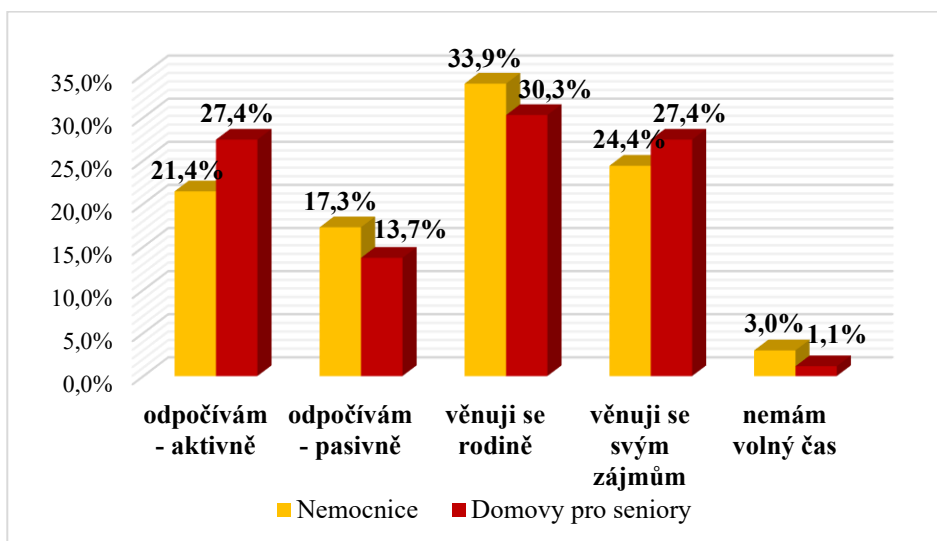
Graf č. 23: Čas pro sebe

Komentář:

V nemocnicích z 82 respondentů odpovědělo 25 respondentů, že sobě věnují 4–6 hodin týdně (30,5 %), 21 respondentů sobě věnuje týdně 1–3 hodiny (25,6 %), 10 a více hodin týdně pro sebe má 20 respondentů (24,4 %) a 16 respondentů sobě věnuje 7–9 hodin týdně (19,5 %).

V domovech pro seniory z 82 respondentů odpovědělo 23 respondentů, že sobě věnují 4–6 hodin týdně (28,0 %), totožný počet respondentů má čas pro sebe 10 a více hodin týdně, dále 7–9 hodin týdně pro sebe má 21 respondentů (25,6 %) a 1–3 hodiny týdně pro sebe má 15 respondentů (18,3 %).

Otázka č. 24: Co nejraději ve svém volném čase děláte?



Graf č. 24: Zájmy ve volném čase

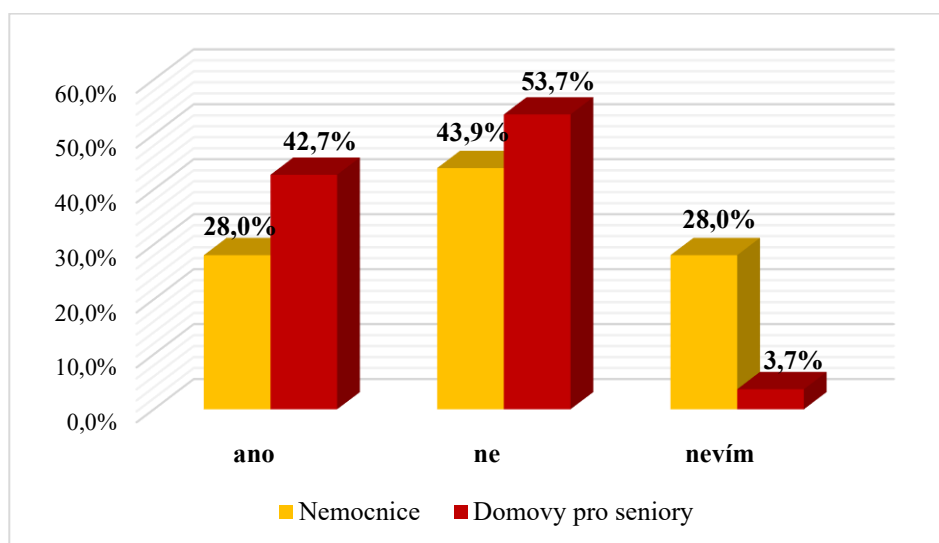
Komentář:

V této otázce bylo možné označit až 3 odpovědi, kombinace těchto odpovědí vytvořily tyto výsledky.

V nemocnicích z celkového počtu 168 odpovědí uvedlo nejvíce respondentů 57 (33,9 %), že se ve volném čase věnují rodině, druhá nejčastěji zastoupená odpověď byla, že se respondenti věnují svým zájmům 41 (24,4 %), dále 36 respondentů uvedlo, že odpočívají aktivně (21,4 %) a 29 respondentů naopak odpočívá pasivně (17,3 %), 5 respondentů (3,0 %) uvedlo, že nemají volný čas.

V domovech pro seniory z celkového počtu 175 odpovědí nejvíce respondentů – 53 (30,3 %) uvedlo, že se ve volném čase věnují rodině, o druhou nejčastěji zastoupenou odpověď se dělí aktivní odpočinek respondentů společně s věnováním se svým zájmům – 48 (27,4 %), dále poté 24 respondentů uvedlo, že odpočívají pasivně (13,7 %) a 2 respondenti uvedli, že nemají volný čas (1,1 %).

Otázka č. 25: Nabízí Vám váš zaměstnavatel benefity na rekreaci/odpočinek?



Graf č. 25: Benefity na rekreaci/odpočinek

Komentář:

V nemocnicích z celkového počtu 82 odpovědí bylo nejčastější odpovědí „ne“, kterou uvedlo 36 respondentů (44 %), odpověď „ano“ zvolilo 23 respondentů (28 %), při této odpovědi byli respondenti vyzváni, aby napsali, jaké benefity jsou jim zaměstnavatelem poskytovány, ve 2 případech respondenti uvedli, že mají zvýhodněnou cenu pobytu na nemocniční chatě na horách, v dalších 2 případech uvedli příspěvky na dovolenou, naprostá většina odpovědí byla Fond kulturních a sociálních potřeb. Celkem 23 respondentů taktéž uvedlo, že nevědí, zda jim jsou benefity poskytovány (28 %)

V domovech pro seniory z celkového počtu 82 odpovědí bylo nejčastější odpovědí „ne“, kterou uvedlo 44 respondentů (53,7 %), odpověď „ano“ uvedlo 35 respondentů (42,7 %), kteří ve 2 případech uvedli, že dostávají poukázky do kina a ostatní, že mají k dispozici Fond sociálních a kulturních potřeb. Pouze 3 (3,7 %) respondenti uvedli, že nevědí, zda jim jsou benefity poskytovány.

9. Diskuse

Hlavním cílem práce bylo zjistit, jakým způsobem komunikuje ošetrovatelský personál se seniory s demencí v nemocnicích a domovech pro seniory v Královéhradeckém kraji, a následně zjistit, jsou-li v komunikaci ošetrujícího personálu přítomny rozdíly mezi nemocnicemi a domovy pro seniory. Tento hlavní cíl byl rozdělen do 3 dílčích cílů, 4. dílčí cíl byl stanoven s ohledem na psychickou zátěž ošetrovatelského personálu, která s cíli předchozími souvisí.

- **dílčí cíl č. 1:** zjistit, co je důležité při komunikaci se seniory s demencí,
- **dílčí cíl č. 2:** zjistit slabé stránky komunikace s pacientem/klientem s demencí na straně ošetrujícího,
- **dílčí cíl č. 3:** zjistit, zda je při komunikaci s demenčními seniory respektována důstojnost pacienta/klienta.
- **dílčí cíl č. 4:** zjistit, jak ošetrující personál předchází syndromu vyhoření.

K výzkumu byla zvolena kvantitativní metoda pomocí dotazníku vlastní konstrukce, viz příloha č. 12, v celkem 11 zařízeních (7 domovech pro seniory a 4 nemocnicích) v Královéhradeckém kraji.

Dílčím cílem číslo 1 bylo zjistit, co respondenti považují za důležité při komunikaci se seniory s demencí.

K tomuto cíli se vztahovaly výzkumné otázky číslo 7, 8, 9, 10 a 11.

Z výzkumu vyplývá, že ošetrovatelský personál v obou typech zařízení využívá jak komunikaci verbální, tak neverbální, kdy u verbální komunikace v největší míře využívají milých a laskavých slov, používají stručné věty, kdy slova a věty opakují. Významný rozdíl 11 % mezi nemocnicemi a domovy pro seniory je při využívání principu zpětné vazby. U komunikace neverbální využívá personál v obou typech zařízení nejvíce haptiky a viziky, ve využití gestikulace byly odpovědi o něco méně četnější, avšak stále byla četnost významná.

V obou typech zařízení odpovědělo více než 50 % všech respondentů, že komunikace prostřednictvím obrázků nevyužívá, pouze ojedinělý počet respondentů (domov pro seniory 1 % a nemocnice 2 %) využívá obrázků při komunikaci často, zbylý ošetrovatelský personál této komunikace využívá občas.

V otázce č. 11 bylo dotazováno, zda ošetrovatelský personál vyhledává nové způsoby komunikace, zde se odpovědi poměrně významně lišily s ohledem na typy zařízení.

V domovech pro seniory vyhledává nové typy komunikace 71 % respondentů, oproti tomu v nemocnicích pouze 49 % respondentů.

Neubauerová, Neubauer (2020) ve svém výzkumu zjistili, že při komunikaci s klienty s demencí je využíváno pomalé mluvení, opakování informací, klidná a trpělivá mluva a využití jednoduchých vět. Což je výsledek obdobný tomuto zkoumání.

Dílčí cíl č. 1 splněn.

Úkolem dílčího cíle číslo 2 bylo zjistit, co ošetrovatelský personál považuje za slabé stránky komunikace se seniory s demencí.

K tomuto dílčímu cíli se vztahovaly výzkumné otázky č. 12, 13, 14 a 15.

Jako zásadní slabou stránku při komunikaci se seniory s demencí považuje ošetrovatelský personál nedostatek času, zde byl rozdíl mezi nemocnicemi a domovy pro seniory, kde v nemocnicích nedostatek času považuje za slabou stránku 33 % respondentů oproti 49,3 % respondentů z domovů pro seniory. Trpělivost jako slabá stránka při komunikaci obsadila druhou příčku v počtu četnosti odpovědí. Stres ovlivňuje komunikaci u ošetrovatelského personálu v relativně nízkém zastoupení (11,4 % v nemocnicích a 8,7 % v domovech pro seniory). Naprostá většina ošetrovatelského personálu se setkává se skutečností, že senioři s demencí nechápou, co po nich ošetrovatelský personál vyžaduje, velmi lehce se poté dostává personál do situace, kdy je senior nerudný a křičí na ně, tuto situaci, kterou personál nejčastěji řeší tím, že nechají chvíli seniora mluvit, aby zjistili, o jaký problém či nedorozumění se jedná. Některý personál od seniora v této situaci odchází a přijde za chvíli, případně se snaží seniora moralizovat.

Nastane-li opačná situace, kdy personál nerozumí tomu, co senior s demencí říká, ošetrovatelský personál vyčkává, než senior domluví a následně si to s ním ujasní, případně si to upřesní zrovna. Některý personál, nejedná-li se o důležitou informaci, to nechá být.

Výzkum na podobné téma s názvem Komunikační bariéry mezi sestrou a pacientem dělala studentka Michaela Foltmanová, DiS. (Lékařská fakulta v Hradci Králové, 2011), kde přišla na výsledek, že jako určité mezery v komunikaci považují sestry i pacienti nedostatek času, trpělivost a používání slangových výrazů, což je obdobný výsledek jako v tomto výzkumu.

Dílčí cíl číslo 2 splněn, nejslabší stránkou při poskytování ošetrovatelské péče je nedostatek času s trpělivost.

Dílčím cílem č. 3 bylo zjistit, zda je při komunikaci s demenčními seniory respektována důstojnost pacienta/klienta.

K tomuto cíli se vztahovaly výzkumné otázky č. 16, 17, 19 a 20.

Obecně lze říct, že ošetrovatelský personál považuje důstojnost za těžiště základních práv, kdy se jedná o nejvyšší ústavní princip, nelze být o důstojnost připraven. Ošetrovatelský personál dále důstojnost hodnotí jako sebeúctu, kvalitu člověka, jeho postavení a způsob jeho života. Z výzkumu vyplývá, že ošetrovatelský personál považuje zásadní pro pocit důstojnosti seniorů s demencí chování ošetrovatelského personálu, zajištění základních životních potřeb a psychickou pohodu seniorů. Oslovení seniorů jako paní/pane je používáno v 89 % v nemocnicích a v 91 % v domovech pro seniory. Obdobným výzkumem se zabývala studentka Veronika Řádová (Lékařská fakulta v Hradci Králové, 2010) v léčebnách dlouhodobě nemocných, kdy výsledkem výzkumu bylo oslovení pacientů s oslovením paní/pane v 86 %. Výsledky jsou tedy velmi podobné, avšak ve srovnání, že je mezi výzkumy rozdíl 13 let, je na místě se nad tímto zamyslet, zda s ohledem na důstojnost pacientů a klientů v sociálně-zdravotnických zařízeních není vhodná osvěta. Otázka č. 18 zkoumala, zda jsou pacienti při ošetrovatelských činnostech informováni o všem, co s nimi personál dělá krok po kroku, informování seniorů uvedlo 89 % respondentů z nemocnic a 90,2 % respondentů v domovech pro seniory, občasné informování uvedlo v obou typech zařízení shodně 9,8 % respondentů. Při porovnání s výzkumem Řádové (2010), kdy informování o ošetrovatelských krocích bylo v 79 % a občasné informování v 21 %, si ošetrovatelský personál polepšil.

Dílčí cíl č. 3 splněn, ošetrovatelský personál na důstojnost seniorů s demencí dbá.

Dílčím cílem č. 4 bylo zjistit, jak ošetřující personál předchází syndromu vyhoření.

Tento cíl se skládal z výzkumných otázek č. 20, 21, 22, 23, 24 a 25.

Práce se seniory s demencí je bez pochyby namáhavá a personál se téměř nevyhne občasnému „nošení“ starostí z práce domů, i proto je v boji proti syndromu vyhoření důležitý odpočinek či odreagování. Personál ve svém volném čase věnuje čas převážně rodině a svým koníčkům. Více respondentů dává přednost aktivnímu odpočinku před odpočinkem pasivním.

Poslední otázkou dotazníku bylo zjišťováno, zda zaměstnavatelé svým zaměstnancům nabízí benefity pro odpočinek či relaxaci, většina však uvedla, že jim tyto benefity poskytovány nejsou, někteří nevědí. Odpověď, že benefity jsou zaměstnancům

poskytovány, uvedlo 28 % respondentů v nemocnicích a 42,7 % respondentů z domovů pro seniory, celkově respondenti, kteří potvrdili poskytování benefitů zaměstnavatelem, uvedli, že mají příspěvek ve Fondu kulturních a sociálních potřeb.

Rozdíly mezi nemocnicemi a domovy pro seniory v tomto cíli nebyly nikterak markantní, kromě rozdílu odpovědí ohledně poskytování benefitů. S přihlédnutím k nemocnicím se dají informace ohledně poskytování benefitů veřejně a snadno vyhledat na internetu viz příloha č. 14, tudíž je zde otázka, jak je personál o možnosti benefitů informován či jak moc se o možnosti benefitů zajímají. Benefity v zaměstnání se ve výzkumu v bakalářské práci zabývala Monika Štípská (Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2020), která prováděla výzkum na odděleních v Uherskohradištské nemocnici, Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně a v nemocnici TGM v Hodoníně, kde přišla k výsledkům, že 31 % respondentů má možnost využít nabídku odpočinku/relaxace v rámci benefitů od nemocnice, 28 % respondentů o těchto nabídkách neví. V další otázce se Štípská dotazovala, zda využívají benefity v případě, že o nabídce vědí. Výsledkem bylo, že pouze 20 % respondentů této nabídky využije.

Dílčí cíl č. 4 splněn.

Všechny cíle bakalářské práce byly splněny.

Závěr

Cílem teoretické části bylo shrnout obecnou charakteristiku komunikace, objasnit způsob, jakým je vhodné se seniory se syndromem demence komunikovat, shrnout základní informace o diagnóze demence, jak komunikovat s dementními seniory, dále ozřejmit, co je důstojnost a důstojná péče a v poslední části získat informace ohledně syndromu vyhoření.

Empirická část byla zaměřena na to, jak ošetrovatelský personál v nemocnicích a domovech pro seniory komunikuje se seniory s demencí a zda je přítomen rozdíl v komunikaci mezi nemocnicemi a domovy pro seniory, kde byla pozornost věnována tomu, co personál považuje za slabé stránky během komunikace a zda je brán ohled na důstojnost seniorů i přes jejich kognitivní deficit. V poslední části výzkumu bylo zjišťováno, jakým způsobem ošetrovatelský personál odolává syndromu vyhoření vzhledem k jeho náročné práci. Komunikaci i prevenci vyhoření personálu v nemocnicích i domovech pro seniory jsem zjišťovala skrze totožný dotazník. Toto vše bylo zjišťováno pomocí čtyř předem stanovených dílčích cílů. Rozdíly komunikace personálu v nemocnicích nejsou oproti domovům pro seniory nikterak markantní.

Z výzkumu vyplývá, že se seniory je komunikováno verbálně i neverbálně, během komunikace je využíváno maximálně milých a laskavých slov a při neverbální komunikaci haptiky společně s vizikou, obrázková komunikace nepatří mezi časté metody. Nové typy komunikace vyhledává především personál v domovech pro seniory, zda je to způsobeno tím, že zde opakovaně personál se seniory řeší i běžné denní zájmy, by mohlo být podnětem k dalšímu zkoumání. Za hlavní slabou stránku je považován nedostatek času, v případě potíží v oboustranné komunikaci si personál ujasňuje situaci. S ohledem na výzkum lze říci, že na lidskou důstojnost ošetrovatelský personál dbá. Ohledně syndromu vyhoření je v první řadě důležité, aby práce personál bavila, což tuto skutečnost uvedla drtivá většina. Nošení starostí z práce se v této práci nelze vyhnout, avšak je důležité umět odpočívat a mít nějaké koníčky. Ve většině zařízení jsou poskytovány benefity zaměstnancům pro relaxaci či odpočinek, avšak mnoho zaměstnanců o tomto není informováno, případně těchto nabídek nevyužívají, otázkou je, proč benefity nejsou využívány, když jsou nabízeny.

Ošetrovatelskému personálu bych doporučila naučit se více využívat obrázkovou komunikaci, v dnešní době existuje spousta možností různých kartiček apod., možná by bylo vhodné vznést požadavek ohledně kartiček ke komunikaci vedoucím pracovníkům, kdyby je měl personál k dispozici, využíval by je? Toť další otázkou k příštím výzkumu. Pro personál by bylo vhodné alespoň jedenkrát za dva roky absolvovat seminář případně

brainstorming ohledně etického přístupu k seniorům a tím podpořit udržování jejich důstojnosti.

Některá zařízení vyjádřila zájem o prezentaci výsledků tohoto výzkumu, je zde spousta možností dalšího výzkumu a zkoumání jednotlivých oblastí do hloubky. Ohledně komunikace v ošetrovatelské péči a lidské důstojnosti by se potenciálně mohlo jednat i o námět na Hradecké ošetrovatelské dny ve spolupráci s ČAS.

Abstrakt

| | |
|-----------------------|---|
| Autor: | Michaela Novotná |
| Instituce: | Univerzita Karlova – Lékařská fakulta v Hradci Králové Ústav nelékařských studií |
| Název práce: | Komunikace se seniory s demencí v ošetrovatelské péči |
| Vedoucí práce: | doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc. |
| Počet stran: | 107 |
| Počet příloh: | 15 |
| Rok obhajoby: | 2023 |
| Klíčová slova: | Komunikace, senioři, demence, etika, důstojnost, ošetrovatelský personál, ošetrovatelská péče, syndrom vyhoření |

Bakalářská práce se věnuje komunikaci ošetrovatelského personálu se seniory s demencí v ošetrovatelské péči. Zabývá se komunikací s ohledem na lidskou důstojnost, dále se věnuje prevenci syndromu vyhoření.

Základ bakalářské práce tvoří kvantitativní výzkum způsobu komunikace ošetrovatelského personálu se seniory se syndromem demence a zjišťování metod odreagování personálu od práce. Zkoumaným personálem jsou pracovníci poskytující přímou ošetrovatelskou péči v nemocnicích a domovech pro seniory v celkem 11 zařízeních (4 nemocnicích a 7 domovech pro seniory) v Královéhradeckém kraji.

Abstract

Institution: Charles University in Prague,
Faculty of Medicine in Hradec Králové
Department of Non-Medical Studies

Title: Communication with elderly people with dementia in nursing care

Supervisor: doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.

Number of pages: 107

Number of appendices: 15

Year of defense: 2023

Keywords: Communication, elderly, dementia, ethics, dignity, nursing staff, nursing care, burnout syndrome

Bachelor thesis focuses on the communication of nursing staff with elderly people with dementia in nursing care. It deals with communication with respect to human dignity, and also looks at the prevention of burnout syndrome.

The basis of the bachelor's thesis is a quantitative research on the way of communication of nursing staff with elderly people with dementia syndrome and methods of staff's respite from work. The personnel studied are direct nursing care workers in hospitals and homes for the elderly in a total of 11 facilities (4 hospitals and 7 homes for the elderly) in the Hradec Králové region.

Seznam použité literatury

1. JIRÁK, Roman. Gerontopsychiatrie. Praha: Galén, 1. vyd. 2013. 348 s. ISBN: 978-80-7262-873-5
2. RUSINA, Robert a Radoslav MATĚJ, 2019. Neurodegenerativní onemocnění. 2. vydání. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-5123-1.
3. EHRENFREUCHTER, Claudia. A kol. Když se paměť vytrácí... Praha: Tarsago Česká republika, 1. vyd. 2014. 256 s. ISBN 978-80-7406-248-3
4. KÖNIG, Jutta; ZEMLIN, Claudia. 100 chyb při péči o lidi s demencí. Praha: Portál, 1.vyd. 2017. 120 s. ISBN 978-80-262-1184-6
5. JANKOVSKÝ, Jiří. Etika pro pomáhající profese. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Triton, 2018. ISBN 978-80-7553-414-9.
6. ONDŘIOVÁ, Iveta. Etické problémy a dilemata v ošetrovatelské praxi. Praha: Grada Publishing, a. s., 1. vyd. 2021. 144 s. ISBN 978-80-271-1696-6
7. ZACHAROVÁ, Eva. Komunikace v ošetrovatelské praxi. Praha: Grada Publishing, 1. vyd. 2016. 128 s. ISBN 978-80-271-0156-6
8. KUTNOHORSKÁ, Jana. Etika v ošetrovatelství. Praha: Grada, 2007. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2069-2.
9. BURGOON, JUDEE K.; et kol. Nonverbal communication. New York: Routledge, 2nd edition. 2021. 570 pages. [eBook]. ISBN 978-1-003-09555-2
10. PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK, ed. Důstojnost v medicíně. Praha: Grada, 2022. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-271-3411-3.
11. VYBÍRAL, Zbyněk. Psychologie komunikace. Vyd. 2. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-387-1
12. MIKULÁŠTÍK, Milan. Komunikační dovednosti v praxi. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2010. Manažer. ISBN 978-80-247-2339-6.
13. JANOUŠEK, Jaromír. Psychologické základy verbální komunikace: projevy psychických funkcí ve verbální komunikaci, významová dynamika a struktura komunikačního aktu, komunikace písemná, ženská, mužská, virtuální, vnitřní kooperace a vnitřní řeč ve verbální komunikaci. Praha: Grada, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4295-3.
14. VYMĚTAL, Jan. Průvodce úspěšnou komunikací: efektivní komunikace v praxi. Praha: Grada, 2008. Manažer. ISBN 978-80-247-2614-4.
15. BORG, James. Umění přesvědčivé komunikace: jak ovlivňovat názory, postoje a činy druhých. 3., rozš. vyd. Přeložil Radek BLAHETA. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4821-4
16. HOSÁKOVÁ, Jiřina. HOSÁK, Ladislav. et kol. Ošetrovatelská péče v psychiatrii. 2., dopl. a aktualizované vyd. Opava: Slezská Univerzita Fakulta veřejných politik v Opavě, 2018. ISBN 978-80-7510-281-2
17. BARTOŠ, Aleš. RAISOVÁ, Miloslava. Testy a dotazníky pro vyšetřování kognitivních funkcí, nálady a soběstačnosti. 2., přepracované a doplněné vyd. Praha: Mladá fronta a. s., 2019. ISBN 978-80-204-5490-4

18. NEUBAUEROVÁ, Lenka a Karel NEUBAUER. Neurogenně podmíněné poruchy komunikace u seniorů v sociálně-zdravotní péči. [Hradec Králové]: Gaudeamus, 2020. ISBN 978-80-7435-794-7.
19. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Hořet, ale nevyhořet. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2012. Orientace (Karmelitánské nakladatelství). ISBN 978-80-7195-573-3.
20. VENGLÁŘOVÁ, Martina. Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3174-2.
21. KŘIVOHLAVÝ, Jaro a Jaroslava PEČENKOVÁ. Duševní hygiena zdravotní sestry. Praha: Grada, 2004. Sestra (Grada). ISBN 80-247-0784-5.
22. Respektování lidské důstojnosti: příručka pro odbornou výuku, výchovu a výcvik studentů lékařských, zdravotnických a zdravotně-sociálních oborů. Praha: Cesta domů, 2004. ISBN 80-239-4334-0.
23. UHROVÁ, Tereza, 2013. Komunikace s demenčním pacientem: Kurs Kognitivní poruchy a demence VII [online]. Praha: Česká neurologická společnost [cit. 2022-10-31]. Dostupné z: <https://www.czech-neuro.cz/content/uploads/2018/03/uhrova_komunikacebrno2013.pdf>
24. HRACHOVÁ, Dana. Komunikace s klienty s demencí v domově pro seniory [online]. Praha, 2021 [cit. 2022-10-22]. Dostupné z: <<http://hdl.handle.net/20.500.11956/127403>> Bakalářská práce. Univerzita Karlova, 3. lékařská fakulta, Ústav ošetrovatelství 3. LF UK. Vedoucí práce Janečková, Hana.
25. POKLOPOVÁ, Martina. Bariéry v komunikaci s hospitalizovanými seniory [online]. Hradec Králové, 2016 [cit. 2023-02-16]. Dostupné z <<https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/74934>> Bakalářská práce. Lékařská fakulta v Hradci Králové, Univerzita Karlova. Vedoucí práce doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.
26. GAŠPERÍKOVÁ, Nikola. Komunikační dovednosti v ošetrovatelské péči [online]. Plzeň, 2014 [cit. 2023-02-16]. Dostupné z <https://theses.cz/id/1mn6sl/?zoomy_is=1> Bakalářská práce. Západočeská Univerzita v Plzni. Vedoucí práce Mgr. Lenka Kroupová.
27. FOLTMANOVÁ, Michaela. Komunikační bariéry mezi sestrou a pacientem [online]. Hradec Králové, 2011 [cit. 2023-03-10]. Dostupné z <<https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/37532>> Bakalářská práce. Lékařská fakulta v Hradci Králové, Univerzita Karlova. Vedoucí práce Jaroslava Pečenková
28. ŘÁDOVÁ, Veronika. Respektování lidské důstojnosti v ošetrovatelské péči u pacientů léčených dlouhodobě nemocných [online]. Hradec Králové, 2010 [cit. 2023-03-08]. Dostupné z <<https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/28650>> Bakalářská práce. Lékařská fakulta v Hradci Králové, Univerzita Karlova. Vedoucí práce doc. PhDr. Jana Kutnohorská; CSc.
29. ŠTIPSKÁ, Monika. Prevence syndromu vyhoření u všeobecných sester [online]. Zlín, 2020 [cit. 2023-03-08]. Dostupné z <<http://hdl.handle.net/10563/48215>> Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Vedoucí práce Ondřej Vávra.
30. ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST. Výroční zpráva za rok 2021 [online]. 2022, s. 8 [cit. 2022-12-20]. Dostupné z: <<https://www.alzheimer.cz/res/archive/006/000788.pdf?seek=1656322488>>
31. ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST. Alzheimerova choroba – léčba [online]. [cit. 2022-10-31]. Dostupné z: <<https://www.alzheimer.cz/alzheimerova-choroba/lecba/>>

32. WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017. Global action plan on the public health response to dementia 2017 - 2025 [online]. Geneva: World Health Organization, s. 45 [cit. 2022-11-01]. ISBN 978-92-4-151348-7. Dostupné z: <<https://www.who.int/publications/i/item/global-action-plan-on-the-public-health-response-to-dementia-2017---2025>>
33. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases [online]. In: 28 May 2019 [cit. 2022-12-10]. Dostupné z: <<https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>>
34. ČESKÁ ASOCIACE SESTER, ed. Etický kodex sester: vypracovaný Mezinárodní radou sester [online]. 2012, 6 [cit. 2022-12-15]. Dostupné z: <https://www.cna.cz/docs/tiskoviny/eticky_kodex_ien_2012.pdf>
35. MKN-10 2022. Mezinárodní klasifikace nemocí: 10. revize [online]. Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 1.1.2022 [cit. 2022-10-31]. Dostupné z: <<https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F00-F09>>
36. ABADECO, 2022. Metodické, vzdělávací a informační centrum pro Alzheimerovu nemoc a další kognitivní poruchy a demence [online]. [cit. 2022-11-15]. Dostupné z: <<https://www.abadeco.cz/>>
37. Jak dobře komunikovat. Česká alzheimerovská společnost [online]. [cit. 2022-10-31]. Dostupné z: <<https://www.alzheimer.cz/pro-rodinne-pecujici/tipy-pro-pecujici/jak-dobre-komunikovat>>
38. Jak získat diagnózu. Česká alzheimerovská společnost [online]. [cit. 2022-11-10]. Dostupné z: <<https://www.alzheimer.cz/pro-lidi-s-demenci/diagnoza/>>
39. Detence a detenční řízení [online]. [cit. 2022-12-20]. Dostupné z: <<http://www.law4u.cz/cz/sluzby/ostatni-sluzby/detence-a-detenci-rizeni/>>

Seznam použitých zkratek

| | |
|------|-------------------------------------|
| UK | Univerzita Karlova |
| LF | Lékařská fakulta |
| LFHK | Lékařská fakulta v Hradci Králově |
| FN | Fakultní nemocnice |
| FNHK | Fakultní nemocnice v Hradci Králově |
| MKN | Mezinárodní klasifikace nemocí |
| WHO | Světová zdravotnická organizace |
| AN | Alzheimerova nemoc |
| ČALS | Česká alzheimerovská společnost |
| VaD | Vaskulární demence |
| CMP | Cévní mozková příhoda |
| DLB | Demence s Lewyho tělísky |
| DM | Diabetes Mellitus |
| CT | Počítačová tomografie |
| MRI | Magnetická rezonance |
| EEG | Elektroencefalografie |
| RTG | Rentgen |
| EKG | Elektrokardiografie |
| ICN | Mezinárodní rada sester |
| ČAS | Česká asociace sester |
| SZŠ | Střední zdravotnická škola |

Seznam grafů

Graf č. 1: V jakém zařízení respondenti pracují

Graf č. 2: Pracovní zařazení respondentů

Graf č. 3: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

Graf č. 4: Věk respondentů

Graf č. 5: Délka praxe respondentů

Graf č. 6: Délka praxe se seniory s demencí

Graf č. 7: Preference komunikace

Graf č. 8: Důraz při verbální komunikaci

Graf č. 9: Využívání obrázků při komunikaci

Graf č. 10: Důraz při neverbální komunikaci

Graf č. 11: Hledání nových způsobů komunikace

Graf č. 12: Slabé stránky komunikace s pacienty/klienty s demencí

Graf č. 13: Setkávání se s nepochopením ze strany pacienta/klienta s demencí

Graf č. 14: Situace nerudného seniora

Graf č. 15: Počínání si se situací nepochopení pacienta/klienta

Graf č. 16: Etický fenomén důstojnost

Graf č. 17: Oslovování pacientů/klientů

Graf č. 18: Informování pacientů/klientů

Graf č. 19: Vliv na důstojnost pacientů/klientů

Graf č. 20: Celodenní práce se seniory

Graf č. 21: Baví respondenty práce

Graf č. 22: Nošení si starostí z práce domů

Graf č. 23: Čas pro sebe

Graf č. 24: Zájmy ve volném čase

Graf č. 25: Benefity na rekreaci/odpočinek

Seznam příloh

Příloha č. 1: Relativní četnost nejčastějších demencí

Příloha č. 2: Pomůcka ABC k hodnocení klinických příznaků demence s AN

Příloha č. 3: Demence a regiony

Příloha č. 4: Test ALBA

Příloha č. 5: Test POBAV

Příloha č. 6: MMSE

Příloha č. 7: Test kreslení hodin

Příloha č. 8: Etický kodex sestry

Příloha č. 9: Desatero pro všeobecné sestry

Příloha č. 10: Fáze syndromu vyhoření

Příloha č. 11: Péče o pečovatelku dle MUDr. Sheily Cassidy

Příloha č. 12: Dotazník

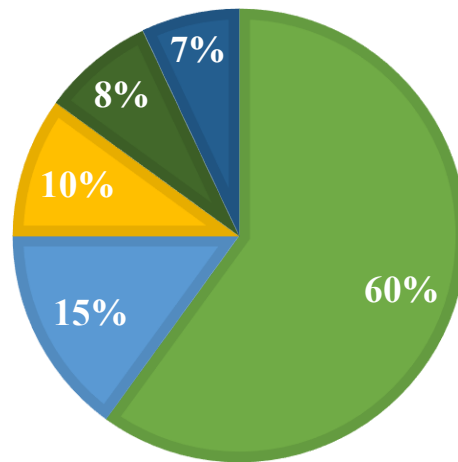
Příloha č. 13: Povolení k výzkumu

Příloha č. 14: Poskytování benefitů nemocnicemi

Příloha č. 15: Tabulky

Příloha č. 1: Relativní četnost nejčastějších demencí

- Demence u Alzheimerovy choroby
- Vaskulární smíšené a vzácné demence
- Demence s Lewyho tělísky
- Frontotemporální demence
- Demence u Parkinsonovy choroby



[zdroj dat: Konrád in Hosáková, 2018, s. 18]

Příloha č. 2: Pomůcka ABC k hodnocení klinických příznaků demence s AN

| | |
|-----------------------|--|
| A – activities | Narušení běžných aktivit denního života |
| B – behavior | Behaviorální – křik, agresivita, hromadění věcí, bloudění... Psychologické – deprese, halucinace, bludy, podezřivost... Tyto příznaky bývají přítomny u 70–90% nemocných |
| C – cognition | Kognitivní příznaky – amnézie, afázie, apraxie |

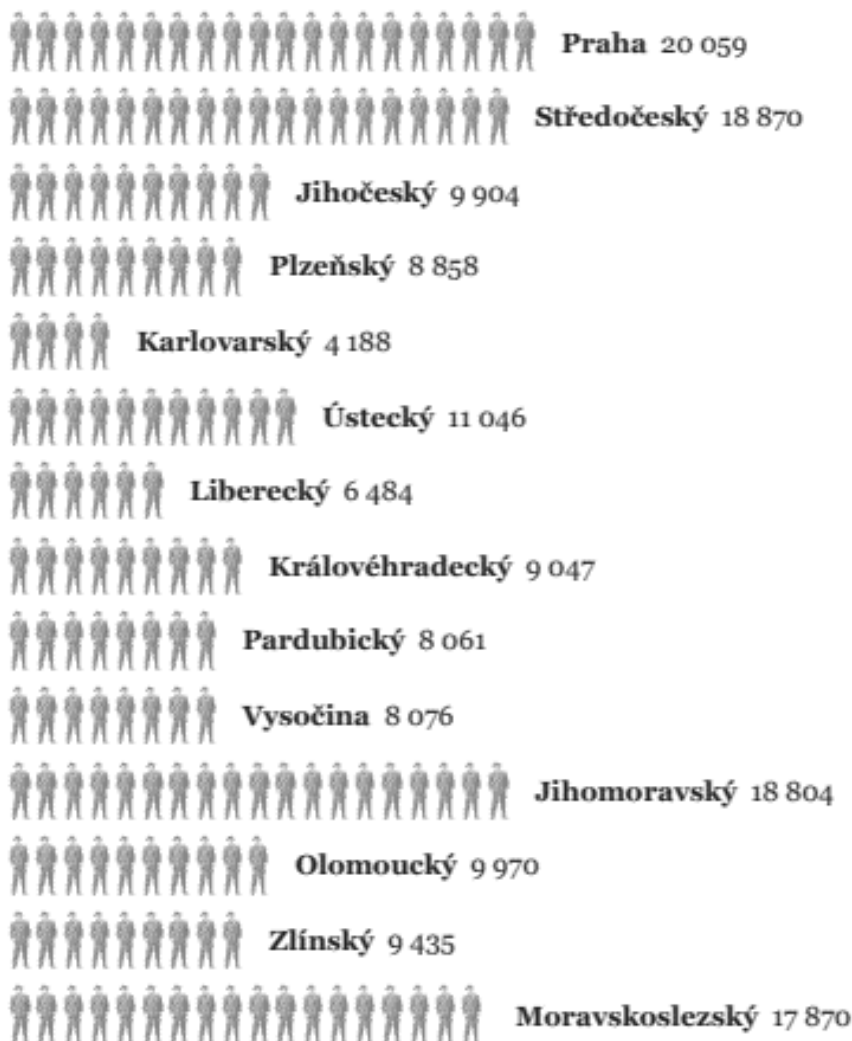
[zdroj: Konrád in Hosáková, 2018, s. 20]

Příloha č. 3: Demence a regiony

Demence a regiony 2021

Počet lidí s demencí žijících v jednotlivých krajích ČR

Zdroj: vlastní výpočty



Infografiky pocházejí ze Zprávy o stavu demence. Pro výpočty prevalence v roce 2021 byla použita aktuální studie Alzheimer Europe. *Dementia in Europe. Yearbook 2019. Estimating the prevalence of dementia in Europe*. Alzheimer Europe, 2020.

Příloha č. 4: Test ALBA

Velmi rychlý test ALBA (Amnesia Light and Brief Assessment)

Jméno a příjmení: _____ Ročník: _____ Datum: _____

Soustředte se také na chování a slovní komentáře pacienta během testování.

Sluch můžete ověřit opakováním čísel 941-726-583 nahlas. Opakuje správně všechna tři čísla? 1-ano,0-ne

1A. TEST VĚTY (VĚTEST) – OPAKOVÁNÍ A VŠTÍPENÍ

Administrace: Po instrukci zřetelně řekněte větu s jasným oddělováním slov. Poté ji opakuje vyšetřovaná osoba. Na výzvu žádná slova neopakujte, jen žádejte, na co si vzpomenou. Správně zopakovaná slova запиšte jako „1“ nebo „√“ do prvního řádku „OPAKOVÁNÍ“.

INSTRUKCE: „Nyní Vám řeknu jednu krátkou větu pouze jedenkrát. Snažte se ji zapamatovat. Já se na ni za chvíli znovu zeptám. Zapamatujte si a zopakujte přesně tuto větu..“ (Kratičká pauza) Po vyslovení věty: „Teď Vy.“

| Věta ALBA 1: | Babí | léto | začíná | prvními | ranními | mrazíky | Počet správných slov |
|--|------|------|--------|---------|---------|---------|-----------------------|
| OPAKOVÁNÍ (0 či 1) | | | | | | | /6 Norma: 5-6 slov |
| VYBAVENÍ (0 či 1) bez časového limitu | | | | | | | Norma: 3-6 slov /6 |

Možnost zápisu špatně vybavené věty:.....

Hodnocení: Pokud použije špatné slovo při opakování a stejné slovo při vybavení (např. jarními), počítejte jako chybu. Slovo uznáme jako správné, pokud je zcela shodné a současně ve správném pádu. Přeházený slovosled nevádí. Nelze uznat např. začínají první ranní, první mrazíky začínají.

Za správně zopakované nebo vybavené slovo udělte 1 bod. Maximum je 6 bodů za 6 správných slov.

2. TEST GEST (TEGEST)

INSTRUKCE: „Teď mi budete předvádět šest gest, jakousi pantomimu, která se bude týkat ruky nebo hlavy. Předvedte mi, jak:...”

| Gesta ALBA 1: | jíte lžící | se hladíte po tváři | tele-fonujete | si nasadíte brýle | přičichnete ke květině | se díváte dalekohledem | Počet správných gest |
|--|------------|---------------------|---------------|-------------------|------------------------|------------------------|-----------------------|
| PŘEDVEDENÍ (√ / χ) | 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 6. | /6 Norma: 6 gest |
| „To bylo celkem 6 gest. Nyní mi znovu 1) předvedte a 2) slovně popište všech 6 gest v jakémkoli pořadí, čili popsat a předvést.“ | | | | | | | |
| VYBAVENÍ (0 či 1) bez časového limitu | | | | | | | Norma: 3-6 gest /6 |

jiná gesta čárkou nebo slovy zde:

Hodnocení: Za každé správně předvedené nebo vybavené gesto přidělíte 1 bod. Gesto je správně vybaveno, pokud je BUD správně znovu předvedeno NEBO správně slovy popsáno. Maximum je 6 bodů za 6 správných gest.

1B. TEST VĚTY (VĚTEST) – VYBAVENÍ

INSTRUKCE: „Nyní mi znovu řekněte větu, kterou jsme se spolu učili na začátku.“

Administrace: Vyhodnocení запиšte do druhého řádku „VYBAVENÍ“ u VĚTESTU.

Norma skóru ALBA u starších osob pro součet vybavených slov a gest je **6-12 bodů (tedy alespoň 50 % maxima)**, mírná porucha 4-5 bodů a závažná porucha 0-3 body. **Pro vzdělanější osoby (s maturitou a více nebo 15 let vzdělání a více) je norma skóru ALBA 8-12 bodů.**

| | |
|--|-----|
| Skór ALBA (součet vybavených slov a gest) | /12 |
|--|-----|



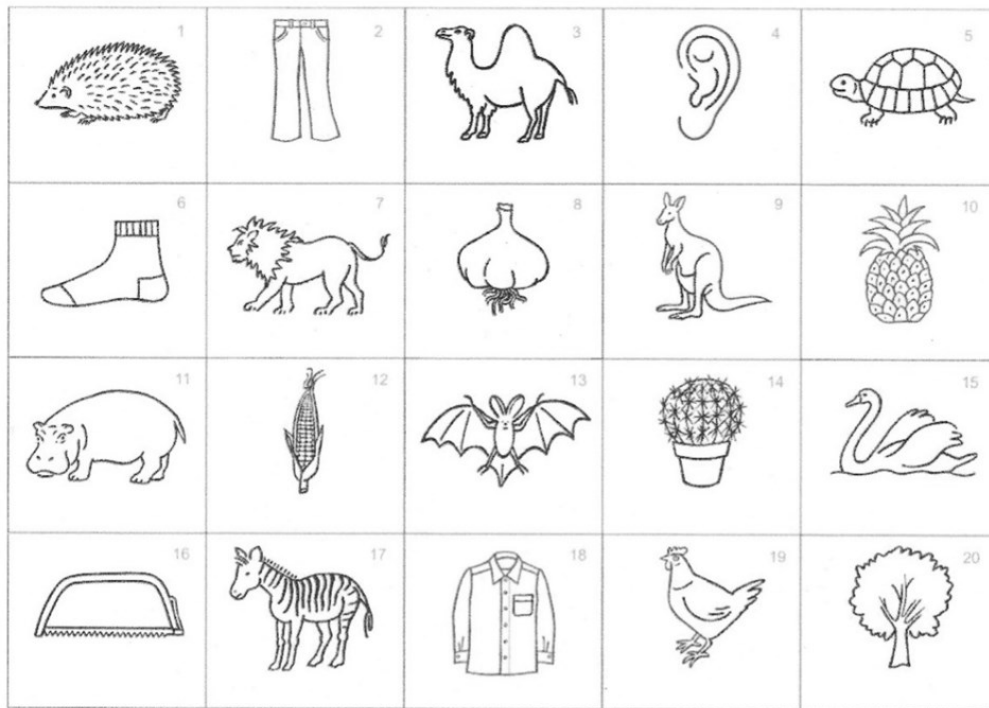
prof. Bartoš ©, test ALBA, 20.7. 2022

zdroj: <https://www.abadeco.cz/pro-odborniky/testy/amnesia-light-and-brief-assessment-alba/ke-stazeni>

Příloha č. 5: Test POBAV

Test POBAV

standardní verze 2



Zde přeložte na polovinu

| Pořadí | Název obrázku ↓ | Číslo obr. | Pořadí | Název obrázku ↓ | Číslo obr. |
|--------|--------------------|------------|--------|--------------------|------------|
| 1 | | | 9 | | |
| 2 | | | 10 | | |
| 3 | | | 11 | | |
| 4 | | | 12 | | |
| 5 | | | 13 | | |
| 6 | | | 14 | | |
| 7 | | | 15 | | |
| 8 | | | 16 | | |

Příjmení a jméno:

Ročník: Dnešní datum:

Pokud používá brýle na čtení, ať si je nasadí.

Vyšetření zraku – Přečte správně?: C 5 H 3
1-ano, 0-ne

Postup pojmenování: 1-systematický, 2-chaotický

1. Pojmenované (zapište počet obrázků):

• chybně: • vůbec:.....
počet CHYB v pojmenování celkem:

norma: 0 – 1 chyba

A) **mezi chyby počítáme:** špatný, zkomolený nebo nadřazený pojem (např. cibule, kabát, uch, kuřic, oblečení)

B) **jako správné počítáme:** také podobný název, zdobnělinu nebo podřazený pojem (např. slepička, lípa)

2. Vybavené celkem:

A) **ponechává se:**

- pojmenovaný špatně a vybavený stejně nebo správně (např. prase – prase nebo prase – hroch)
- nepojmenovaný a přesto vybavený (např. 0 – hroch)

B) **odečítá se:**

- neexistující (konfabulace): -.....
- opakující se (počítá se jako jeden): -.....

počet SPRÁVNĚ vybavených obrázků (po odečtu chyb):

norma: 6 a více obrázků

Rozdíl SPRÁVNĚ vybavené – CHYBY v pojmenování = skór Vypoj =



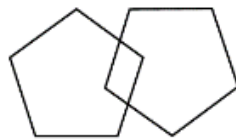
prof. Bartoš ©, záznamový arch k písemnému POBAV 2, 30.1.2021 www.abadeco.cz

Zdroj: <https://www.abadeco.cz/pro-odborniky/testy/pojmenovani-obrazku-a-jejich-vybaveni-pobav/ke-stazeni>

Screening Tool: The Mini-Mental State Examination (MMSE)

Patient _____ Examiner _____ Date _____

| Maximum | Score | |
|---------|-------|---|
| 5 | | Orientation |
| 5 | | <ul style="list-style-type: none"> • What is the (year) (season) (date) (day) (month)? • Where are we (state) (country) (town) (hospital) (floor)? |
| 3 | | Registration <ul style="list-style-type: none"> • Name 3 objects: 1 second to say each. Then ask the patient all 3 after you have said them. Give 1 point for each correct answer. Then repeat until he/she learns all 3. Count trials and record. Trials _____ |
| 5 | | Attention and Calculation <ul style="list-style-type: none"> • Serial 7's. 1 point for each correct answer. Stop after 5 answers. Alternatively spell "world" backward. |
| 3 | | Recall <ul style="list-style-type: none"> • Ask for the 3 objects repeated above. Give 1 point for each correct answer. |
| 2 | | Language <ul style="list-style-type: none"> • Name a pencil and watch. |
| 1 | | <ul style="list-style-type: none"> • Repeat the following "No ifs, ands or buts." |
| 3 | | <ul style="list-style-type: none"> • Follow a 3-stage command: "Take a paper in your hand, fold it in half and put it on the floor." |
| 1 | | <ul style="list-style-type: none"> • Read and obey the following CLOSE YOUR EYES. |
| 1 | | <ul style="list-style-type: none"> • Write a sentence. |
| 1 | | <ul style="list-style-type: none"> • Copy the design shown. |



_____ **Total Score**

ASSESS level of consciousness along a continuum _____
Alert Drowsy Stupor Coma

*"Mini-Mental State." A Practical Method for Grading the Cognitive State of Patients for the Clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3): 189-198, 1975. Used with permission.

more information on reverse →

Příloha č. 7: Test kreslení hodin

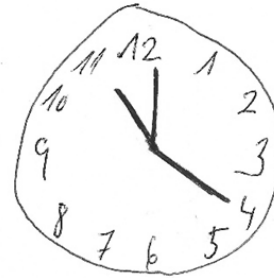
TEST KRESLENÍ HODIN



[kresba: Michaela Novotná]

Správně nakreslený ciferník

Ciferníky nakreslené osobami s demencí



Zde přeložte -----

**„Vaším úkolem bude nakreslit hodiny tak, aby ukazovaly čas „23:20“.
To znamená ciferník se všemi čísly. Poté nastavíte čas „23:20“.**

Čas je možné znovu zopakovat. Nejedná se o zkoušku paměti.
Vyšetřovaný kreslí hodiny v horní polovině papíru.

Skórovací systém BaJa k hodnocení Testu kreslení hodin

| 23:20 | V KRESBĚ..... | NE | ANO |
|------------------------------------|--|----|-----|
| CIFERNÍK | 1 ... je všech 12 správných čísel od 1 do 12 rozmístěno po obvodu ciferníku uvnitř nebo vně a vše ve správné poloze (v každém kvadrantu 4 čísla)? | 0 | 1 |
| | 2 ... je správný počet ručiček jakékoli délky, tj. právě 2? | 0 | 1 |
| RUČIČKY | 3 ... je nastavena ručička jakékoli délky správným směrem k požadované hodině? | 0 | 1 |
| | 4 ...je nastavena ručička jakékoli délky správným směrem k požadované minutě? | 0 | 1 |
| | 5 ... jsou obě ručičky správně nastaveny a je zřetelný rozdíl v jejich délce, tj. zakreslena správná hodina malou ručičkou a správná minuta velkou ručičkou? | 0 | 1 |
| CELKOVÝ SKÓR (max. 5 bodů): | | | |

Hraniční skór pro časnou Alzheimerovu nemoc je ≤ 4 bodů.



ABADECO

prof. Bartoš ©, záznamový formulář pro Test kreslení hodin se skórováním BaJa, 2022

www.abadeco.cz



Zdroj: <https://www.abadeco.cz/pro-odborniky/testy/test-kresleni-hodin>

Příloha č. 8: Etický kodex sestry

Články Kodexu

Sestry a lidé

- Sestra má primární profesní povinnosti vůči lidem, kteří potřebují ošetrovatelskou péči. Při poskytování ošetrovatelské péče sestra vytváří prostředí, v němž jsou respektována lidská práva, hodnoty, zvyky a duchovní přesvědčení jednotlivce, rodiny a komunity.
- Sestra zajišťuje, aby jednotlivým osobám byly poskytnuty dostatečné informace, na jejichž základě mohou tyto osoby poskytnout souhlas s péčí a se související léčbou.
- Sestra dodržuje povinnost mlčenlivosti o osobních údajích pacienta a posuzuje nutnost sdílet tyto informace.
- Sestra a společnost mají povinnost zahájit a podporovat aktivity zaměřené na uspokojování zdravotních a sociálních potřeb veřejnosti, a zejména občanů patřících do ohrožených skupin.
- Sestra se také podílí na zachování životního prostředí a jeho ochraně před nadměrným spotřebováním, znečišťováním, zhoršováním a ničením.

Sestry a ošetrovatelská praxe

- Sestra nese osobní odpovědnost za ošetrovatelskou praxi a za udržování svých znalostí a dovedností na potřebné výši kontinuálním vzděláváním. Sestra pečuje o své vlastní zdraví, aby nebyla narušena její schopnost poskytovat péči.
- Sestra posuzuje individuální dovednosti a znalosti, když přijímá a deleguje konkrétní povinnosti.
- Sestra za všech okolností dodržuje pravidla slušného chování, což přispívá k dobré pověsti profese a zvyšuje důvěru občanů.
- Sestra při poskytování péče usiluje o to, aby používání moderních technologií a uplatňování vědeckého pokroku bylo v souladu s bezpečností, důstojností a právy občanů.

Sestry a profese

- Sestra zaujímá rozhodující roli při vytváření a implementaci standardů klinické ošetrovatelské praxe, řízení, výzkumu a vzdělávání.
- Sestra se aktivně podílí na rozvoji odborných znalostí oboru vycházejících z vědeckých poznatků.
- Sestra se prostřednictvím profesní organizace podílí na vytváření a zachování bezpečných a spravedlivých sociálních a ekonomických pracovních podmínek v ošetrovatelství.

Sestry a spolupracovníci

- Sestra udržuje kooperativní vztah s kolegy z oboru ošetrovatelství i s kolegy z dalších oborů.
- Sestra zvolí vhodný postup k ochraně jednotlivců, rodin a komunity, pokud je jejich zdraví ohroženo spolupracovníkem či jinou osobou.

(Česká asociace sester, 2012)

Příloha č. 9: Desatero pro všeobecné sestry (ošetřující personál)

„Milé sestry, buďte na nás milé!

My, nesoběstační, hospitalizovaní a nezřídka obtížní pacienti, vás prosíme, abyste nás ošetřovaly s respektem k naší těžké životní situaci a nezapomněly, že důstojnost, která je velkou filozofickou a etickou kategorií, lze projevit i v maličkostech. Tu si nepochybně zasloužíme i my.

Děkujeme vám!“

- 1) Řádně nás oslovujte (i když hůře slyšíme nebo vypadáme, že nevnímáme)!
- 2) Vyvarujte se kompromitujících komentářů (když ne my, určitě je slyší naši spolupacienti nebo návštěvy)!
- 3) Mluvte o nesoběstačném a ubohém pacientovi jako o panu či paní X (nikoliv jako o „tom ze čtyřky“)!
- 4) Posilujte naši sebeobsluhu, je-li to jen trochu možné!
- 5) Pochvalte nás i za minimální výkon nebo zlepšení!
- 6) Nedávejte nám plenkové kalhotky dřív, než je to nezbytně nutné! Raději nás doprovodte na toaletu!
- 7) Pokud jsme bez nich a „stane se“, nehubujte! Býváme zahanbení a potřebujeme utěšit slovy „to nic, to se stává“.
- 8) Chápeme, že je empatie v takových chvílích nemožná. Ohleduplnost a takt je ale nutný!
- 9) Připomeňte si, že na našem místě může být váš otec, matka, přítel a jednou i vy sami!
- 10) Naplňte dobrými skutky všechna dobrá ustanovení etických kodexů!

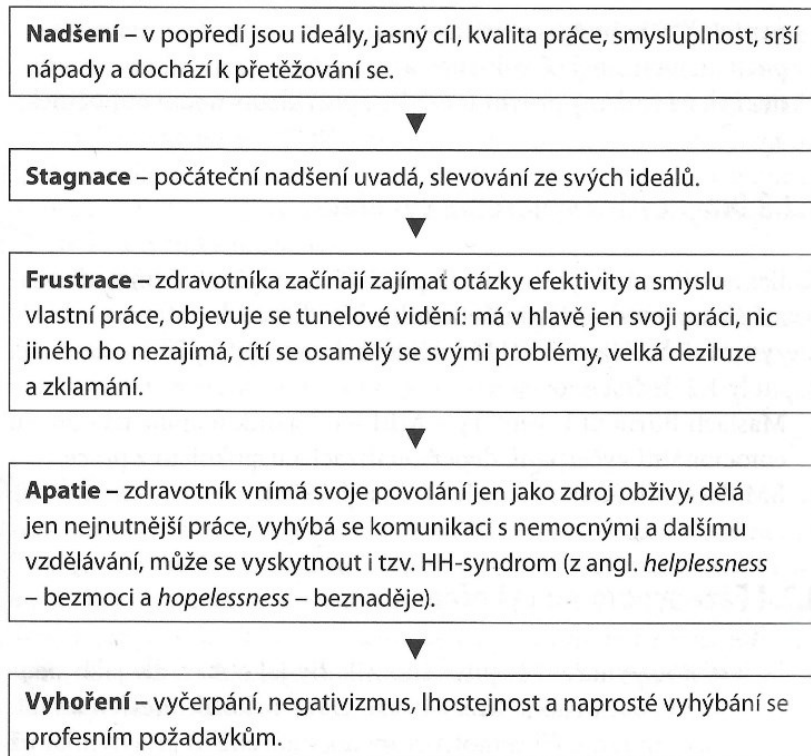
Cíl: „Jednej tak, abys používal lidství ve své osobě, tak i v osobě každého člověka.“

Immanuel Kant

Autor: prof. PhDr. RNDr. Helena Haškovcová, CSc.

Zdroj: Ptáček, Radek a Petr Bartůněk, ed. Důstojnost v medicíně. Praha: Grada, 2022. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-271-3411-3. strana 5

Příloha č. 10: Fáze syndromu vyhoření



(Kraska-Lüdecke, 2007)

[zdroj obrázku: Venglářová, 2011, s. 30]

Příloha č. 11: Péče o pečovatelku dle MUDr. Sheily Cassidy

1. Buď k sobě mírná, vlídná a laskavá.
2. Uvědom si, že tvým úkolem je jen pomáhat druhým lidem, a ne je zcela změnit. Změnit můžeš jen sama sebe, ale nikdy ne jiného člověka – ať jím je kdokoliv a ať je tvá snaha sebevětší.
3. Najdi si své „útočiště“, tj. místo, kam by ses mohla uchýlit do klidu a samoty ve chvíli, kdy naléhavě potřebuješ uklidnění.
4. Druhým lidem na oddělení, svým spolupracovníkům a spolupracovnicím i vedení buď oporou a povzbuzením. Neboj se je pochválit, když si to i třeba jen trochu zaslouhují.
5. Uvědom si, že je zcela přirozené tváří v tvář bolesti a utrpení, jehož jsme denně svědky, cítit se zcela bezmocnou a bezbrannou. Připusť si tuto myšlenku. Být pacientům a jejich příbuzným nablízku (být s nimi) a pečovat o ně je někdy mnohem důležitější než mnohé jiné.
6. Snaž se změnit způsoby, jak to či ono děláš. Zkus to, co děláš, dělat pokaždé pokud možno jinak.
7. Zkus poznat, jaký je rozdíl mezi dvěma různými způsoby nařikání: mezi tím, které zhoršuje beztak již těžkou situaci, a tím, které bolest a utrpení tiší.
8. Když jdeš domů z práce, soustřeď se na něco dobrého a pěkného, co se ti podařilo v práci dnes udělat a raduj se z toho.
9. Snaž se sama sebe neustále povzbuzovat a posilovat např. tím, že nebudeš vždy stejným způsobem (stereotypně, jen ryze technicky a zvykově, bezmyšlenkovitě) vykonávat své práce. Snaž se z vlastní iniciativy, z vlastní vůle a nikdy nenucena něco udělat jinak – tvořivě.
10. Využívej pravidelně povzbuzujícího vlivu přátelských vztahů v pracovním kolektivu i v jeho vedení jako zdroje sociální opory, jistoty a nadějného směřování života.
11. Ve chvílích přestávek a volna, když přijdeš do styku se svými kolegyněmi a kolegy, vyhýbej se jakémukoliv rozhovoru o úředních věcech a problémech v zaměstnání. Odpočiň si tím, že budete hovořit o věcech, které se netýkají vaší práce a vašeho „úředního“ styku.
12. Plánuj si předem „chvíle útěku“ během týdne. Nedovol, aby ti cokoliv tuto radost překazilo nebo ti ji někdo narušil.
13. Nauč se raději říkat „rozhodla jsem se“ než „musím“ nebo „mám povinnost“. Podobně se nauč říkat raději „nechci“ než „nemohu“. Takto vedená osobní řeč sama k sobě pomáhá. Přesvědč se o tom.
14. Nauč se říkat druhým lidem nejen „ano“, ale i „ne“. Když nikdy neřekneš „ne“, jakou hodnotu pak má asi tvé „ano“?
15. Netečnost (apatie) a zdrženlivost (rezervovanost) ve vztazích s druhými lidmi je daleko nebezpečnější a nadělá více zla a hořkosti než připuštění si skutečnosti (reality), že více, než děláš, se opravdu udělat nedá. Připusť si to – uvědom si, že nejsi všemohoucí.
16. Raduj se, hraj si a směj se – ráda a často

Příloha č. 12: Dotazník

Dotazník k bakalářské práci

Vážené respondentky, vážení respondenti,

Jmenuji se Michaela Novotná a jsem studentkou 3. ročníku Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové, oboru Všeobecná sestra. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění dotazníku, který slouží jako podklad k mé bakalářské práci na téma „Komunikace se seniory s demencí v ošetrovatelské péči“.

Dovoluji si Vás rovněž požádat o co nejpřesnější a pravdivé vyplnění dotazníku. Účast ve výzkumu je anonymní a dobrovolná.

Dotazník obsahuje 25 otázek a jeho vyplnění Vám nezabere více jak 10 minut. Vaše odpovědi prosím zakroužkujte a **není-li uvedeno jinak, vyberte jednu odpověď**.

Děkuji za spolupráci, vážím si času, který mi vyplněním věnujete.

1. Kde pracujete?

- a. V nemocnici
- b. V domově pro seniory

2. Pracujete jako?

- a. Ošetřovatel/ka
- b. Sanitář/ka
- c. Dělník ve zdravotnictví
- d. Všeobecná sestra
- e. Praktická sestra
- f. Pracovník v sociálních službách

3. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání je?

- a. Střední odborné vzdělání s výučním listem
- b. Střední zdravotnická škola s maturitou (všeobecná sestra)
- c. Střední zdravotnická škola s maturitou (praktická sestra)
- d. Vyšší odborná škola zdravotnická – DiS.
- e. Vysoká škola – Bc.
- f. Vysoká škola – Mgr.
- g. Jiné s maturitou
- h. Základní

4. Kolik Vám je let?

- a. 20–25
- b. 26–35
- c. 36–50
- d. 51–60
- e. 60+

5. Délka Vaší odborné praxe je?

- a. Do 1 roku
- b. 1-5 let
- c. 6–10 let
- d. 11-20 let
- e. 21–30 let
- f. Více než 30 let

6. Jak dlouho pracujete se seniory s demencí?

- a. Do 1 roku
- b. 1–5 let
- c. 6–10 let
- d. 11–20 let
- e. 21–30 let
- f. Více než 30 let

7. Jakou komunikaci se seniory preferujete?

- a. Verbální
- b. Neverbální
- c. Verbální i neverbální

8. U verbální komunikace kladete důraz na? (vyberte prosím max. 2 odpovědi)

- a. Sílu hlasu
- b. Stručné věty
- c. Milá a laskavá slova
- d. Opakování slov, vět
- e. Zpětnou vazbu

9. Používáte komunikaci pomocí obrázků?

- a. Ano, často
- b. Ne
- c. Někdy

10. Na co nejvíce dbáte u neverbální komunikace? (vyberte prosím max. 2 odpovědi)

- a. Taktilní dotyk (haptiku)
- b. Gestikulaci
- c. Pohled do očí
- d. Vzdálenost mezi sebou (proxemiku)
- e. Jiné (doplňte)

11. Hledáte nové způsoby komunikace?

- a. Ano
- b. Ne

12. Co považujete za slabou stránku při komunikaci s pacientem/klientem s demencí? (vyberte prosím max. 3 odpovědi)

- a. Nedostatek času
- b. Stres
- c. Vyčerpání
- d. Trpělivost
- e. Pocit marnosti
- f. Lítost
- g. Jiné (doplňte).....

13. Setkáváte se s nepochopením ze strany pacienta/klienta s demencí?

- | | |
|---------------|---------------|
| a. Ano, často | c. Nesetkávám |
| b. Občas | d. Nevím |

**14. Co uděláte v situaci, kdy začne být senior náhle nerudný a začne na Vás křičet?
(vyberte prosím max. 2 odpovědi)**

- | | |
|--|-------------------|
| a. Snažím se ho moralizovat | e. Jiné (doplňte) |
| b. Ignoruji ho | |
| c. Snažím se zjistit, čím se dá takovéto chování vysvětlit – nechám ho chvíli mluvit | |
| d. Odejdu a přijdu za chvíli | |

15. Jak se zachováte, pokud při rozhovoru s pacientem/klientem něčemu nerozumíte?

(vyberte prosím max. 2 odpovědi)

- | | |
|--|---------------------------|
| a. Požádám pacienta/klienta o upřesnění toho, čemu nerozumím | d. Jiné (doplňte)..... |
| b. Nechám pacienta/klienta dále mluvit, nebudu ho přerušovat a ujasním si to s ním, až domluví | |
| c. Nejedná-li se o důležitou informaci, nechám to být | |

16. Vysloví-li se etický fenomén důstojnost, co si pod tímto pojmem představíte?

- | | |
|--|--|
| a. Těžiště základních práv, jedná se o nejvyšší ústavní princip | d. Sebeúcta, kvalita člověka, jeho postavení a způsob jeho života |
| b. Hodnota nadřazena všem ostatním hodnotám | e. Jiné (doplňte) |
| c. Hodnota, o kterou nelze přijít ani nelze o ni být připraven | |
| | |

17. Oslovujete klienty/pacienty vždy paní, pane?

- | | |
|--------|-------|
| a. Ano | b. Ne |
|--------|-------|

18. Informujete pacienta/klienta vždy o všech ošetřovatelských úkonech?

- | | |
|--------|----------|
| a. Ano | c. Občas |
| b. Ne | |

19. Co má dle Vás největší vliv na pocit důstojnosti pacienta/klienta?

(vyberte prosím max. 3 odpovědi)

- | | |
|--|-------------------------|
| a. Chování ošetřujícího personálu | d. Psychická pohoda |
| b. Zajištění základních potřeb člověka | e. Nemoc |
| c. Rodina | f. Jiné (doplňte) |

20. Je pro vás celodenní práce se seniory s demencí namáhavá?

- | | |
|--------|----------|
| a. Ano | c. Občas |
| b. Ne | |

21. Baví Vás vaše práce?

- | | |
|--------|----------|
| a. Ano | c. Občas |
| b. Ne | |

22. Nosíte si domů starosti z práce?

- | | |
|--------|----------|
| a. Ano | c. Občas |
| b. Ne | |

23. Kolik zhruba času týdně věnujete sobě/svým zájmům?

- | | |
|---------------|--------------------|
| a. 1-3 hodiny | c. 7-9 hodin |
| b. 4-6 hodin | d. 10 a více hodin |

24. Co nejraději ve svém volném čase děláte? (Vyberte prosím max. 3 odpovědi)

- | | |
|------------------------|--------------------------|
| a. Odpočívám – aktivně | d. Věnuji se svým zájmům |
| b. Odpočívám – pasivně | e. Nemám volný čas |
| c. Věnuji se rodině | |

25. Nabízí Vám váš zaměstnavatel benefity na rekreaci/odpočinek?

- | |
|-------------------------------------|
| a. Ano – výhody prosím uveďte |
| b. Ne |
| c. Nevím |

Příloha č. 13: Povolení k výzkumu

Vážená paní

Mgr. Dana Vaňková
Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči
Fakultní nemocnice Hradec Králové
Sokolská 581, Nový Hradec
500 05 Hradec Králové

V Hradci Králové 18.10.2022

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření ve Fakultní nemocnici Hradec Králové

Vážená paní Náměstkyně,

Dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové na III. interní gerontometabolické klinice, jež by mělo být součástí závěrečné bakalářské práce studentky Michaely Novotné, narozené 13.1.2001, posluchačky 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, prezenční formy, LF UK v Hradci Králové.

Cílem této práce je porovnat komunikaci ošetrovajícího personálu se seniory se syndromem demence v nemocnicích a domovech pro seniory v Královohradeckém kraji. Dále zjistit, je-li při komunikaci brán zřetel na lidskou důstojnost.

Výzkumné šetření bude provedeno formou dobrovolného anonymního dotazníku, který je přiložen k žádosti.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením doc. PhDr. Jany Kutnohorské, CSc.
Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí

Michaela Novotná 
Teplice nad Metují, 549 57
novotnamichaela5@lfhk.cuni.cz
Mobil: +420 737 615 605

doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.
vedoucí bakalářské práce
Univerzita Karlova
Lékařská fakulta v Hradci Králové
Ústav nelékařských studií
kutnohorska.j@lfhk.cuni.cz
kutnohorska.j@seznam.cz
Mobil: +420 776 713 259

Mgr. Eva Vachková, Ph.D.
přednostka Ústavu nelékařských studií
Univerzita Karlova
Lékařská fakulta v Hradci Králové
VachkovaE@lfhk.cuni.cz
Telefon: +420 495 816 365

Vyjádření vedení instituce:

- Souhlasím
 Nesouhlasím

Datum:

24.10.2022

Mgr. Dana Vaňková

Podpis a razítko


FAKULTNÍ NEMOCNICE
náměstkyně pro ošetr. péči
500 05 Nový Hradec Králové

Příloha č. 14: Benefity v nemocnicích

Benefity v Oblastní nemocnici Náchod



Nemocnice Náchod Náchod Rychnov n/K Broumov Jaroměř

ÚVOD PRACOVNÍ MÍSTA STUDENTI **O NEMOCNICI** KONT

práce v ONIN nabízíme.

- **Volný čas**
 - 5 týdnů dovolené
 - společenské aktivity (divadlo, zájezdy, teambuilding, sportovní činnosti)
- **Rodina**
 - příspěvek až 3 000 Kč měsíčně při dřívějším návratu z mateřské či rodičovské dovolené – až do 3 let věku dítěte
 - pomoc se zajištěním ubytování
- **Benefitní poukázky**
 - až 2 000 Kč ročně s uplatněním: sport, kultura, rekreace, zdravotnictví, vzdělávání
 - pro lékaře – 2 200 Kč a pro vedoucí lékaře/primáře 3 000 Kč na členský příspěvek České lékařské komoře

Zdroj: <https://www.karieravnemocnici.cz/cs/o-nemocnici/benefity>

Benefity FNHK

Osobní zaměstnanecké konto v cafeterii Gallery Beta

- 13.200,- Kč na kalendářní rok z Fondu kulturních a sociálních potřeb
- čerpání prostřednictvím benefitní karty z osobního online konta lze využít dle vlastních preferencí např.:
 - na příspěvek na sport a rehabilitaci
 - na rekreace a dětské tábory
 - na slevu na stravné v zaměstnaneckém restaurantu
 - na vstupné a předplatné na kulturní a sportovní akce
 - na nákup vitamínů v nemocničních lékárnách
 - na očkování proti infekčním nemocem
 - jako příspěvek na penzijní připojištění
 - na vzdělávací a zájmové kurzy
 - na nákup knih
 - na nákup v očních optikách
- benefity je možné libovolně kombinovat a některé mohou využívat také rodinní příslušníci

Zdroj: <https://www.fnhk.cz/o-fakultni-nemocnici/benefity-pro-zamestnance>

Příloha č. 15: Tabulky

Tabulka č. 1: Typ zařízení

| odpověď | absolutní četnost (n) | relativní četnost (%) |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| Domovy pro seniory | 82 | 50 % |
| Nemocnice | 82 | 50 % |
| celkem | 164 | 100 % |

Tabulka č. 2: Pracovní pozice respondentů

| Nemocnice | absolutní četnost (n) | relativní četnost (%) |
|---------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| všeobecná sestra | 56 | 68 % |
| praktická sestra | 13 | 16 % |
| ošetřovatel/ka | 3 | 4 % |
| sanitář/ka | 7 | 9 % |
| dělník ve zdravotnictví | 3 | 4 % |
| pracovník v sociálních službách | 0 | 0 % |
| celkem | 82 | 100 % |
| Domovy pro seniory | absolutní četnost (n) | relativní četnost (%) |
| všeobecná sestra | 20 | 24 % |
| praktická sestra | 2 | 2 % |
| ošetřovatel/ka | 38 | 46 % |
| sanitář/ka | 0 | 0 % |
| dělník ve zdravotnictví | 1 | 1 % |
| pracovník v sociálních službách | 21 | 26 % |
| celkem | 82 | 100 % |

Tabulka č. 3: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

| Nemocnice | absolutní četnost (n) | relativní četnost (%) |
|------------------------|-----------------------|-----------------------|
| SZŠ (praktická sestra) | 13 | 16 % |
| SZŠ (všeobecná sestra) | 29 | 35 % |
| Bc. | 10 | 12 % |
| Mgr./Ing. | 5 | 6 % |
| DiS. | 14 | 17 % |
| jiné s maturitou | 1 | 1 % |
| výuční list | 8 | 10 % |
| základní | 2 | 2 % |
| celkem | 82 | 100 % |
| Domovy pro seniory | absolutní četnost (n) | relativní četnost (%) |
| SZŠ (praktická sestra) | 4 | 5 % |
| SZŠ (všeobecná sestra) | 16 | 20 % |
| Bc. | 6 | 7 % |
| Mgr./Ing. | 4 | 5 % |
| DiS. | 2 | 2 % |
| jiné s maturitou | 12 | 15 % |
| výuční list | 33 | 40 % |
| základní | 5 | 6 % |
| celkem | 82 | 100 % |

Tabulka č. 4: Věk respondentů

| Nemocnice | absolutní četnost (n) | relativní četnost (%) |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| 20 - 25 | 14 | 17 % |
| 26 - 35 | 19 | 23 % |
| 36 - 50 | 31 | 38 % |
| 51 - 60 | 13 | 16 % |
| 60+ | 5 | 6 % |
| celkem | 82 | 100 % |
| Domovy pro seniory | absolutní četnost (n) | relativní četnost (%) |
| 20 - 25 | 4 | 5 % |
| 26 - 35 | 14 | 17 % |
| 36 - 50 | 37 | 45 % |
| 51 - 60 | 22 | 27 % |
| 60+ | 5 | 6 % |
| celkem | 82 | 100 % |

Tabulka č. 5: Celková délka praxe

| Nemocnice | absolutní četnost (n) | relativní četnost (%) |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| Do 1 roku | 6 | 7 % |
| 1 - 5 let | 16 | 20 % |
| 6 - 10 let | 17 | 21 % |
| 11 - 20 let | 16 | 20 % |
| 21 - 30 let | 14 | 17 % |
| více než 30 let | 13 | 16 % |
| celkem | 82 | 100 % |
| Domovy pro seniory | absolutní četnost (n) | relativní četnost (%) |
| Do 1 roku | 4 | 5 % |
| 1 - 5 let | 24 | 29 % |
| 6 - 10 let | 15 | 18 % |
| 11 - 20 let | 21 | 26 % |
| 21 - 30 let | 10 | 12 % |
| více než 30 let | 8 | 10 % |
| celkem | 82 | 100 % |

Tabulka č. 6: Délka praxe se seniory s demencí

| Nemocnice | absolutní četnost (n) | relativní četnost (%) |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| Do 1 roku | 6 | 7 % |
| 1 - 5 let | 24 | 29 % |
| 6 - 10 let | 18 | 22 % |
| 11 - 20 let | 16 | 20 % |
| 21 - 30 let | 12 | 15 % |
| více než 30 let | 6 | 7 % |
| celkem | 82 | 100 % |
| Domovy pro seniory | absolutní četnost (n) | relativní četnost (%) |
| Do 1 roku | 5 | 6 % |
| 1 - 5 let | 32 | 39 % |
| 6 - 10 let | 19 | 23 % |
| 11 - 20 let | 20 | 24 % |
| 21 - 30 let | 5 | 6 % |
| více než 30 let | 1 | 1 % |
| celkem | 82 | 100 % |

Tabulka č. 7: Preference komunikace

| Nemocnice | absolutní četnost (n) | relativní četnost (%) |
|---------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Verbální | 16 | 20 % |
| Neverbální | 0 | 0 % |
| Verbální i neverbální | 66 | 80 % |
| celkem | 82 | 100 % |
| Domovy pro seniory | absolutní četnost (n) | relativní četnost (%) |
| Verbální | 12 | 15 % |
| Neverbální | 0 | 0 % |
| Verbální i neverbální | 70 | 85 % |
| celkem | 82 | 100 % |

Tabulka č. 8: Důraz při verbální komunikaci

| Nemocnice | absolutní četnost (n) | relativní četnost (%) |
|---------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Sílu hlasu | 18 | 12 % |
| Stručné věty | 38 | 25 % |
| Milá a laskavá slova | 38 | 25 % |
| Opakování slov, vět | 26 | 17 % |
| Zpětnou vazbu | 30 | 20 % |
| celkem | 150 | 100 % |
| Domovy pro seniory | absolutní četnost (n) | relativní četnost (%) |
| Sílu hlasu | 18 | 12 % |
| Stručné věty | 36 | 24 % |
| Milá a laskavá slova | 48 | 32 % |
| Opakování slov, vět | 34 | 23 % |
| Zpětnou vazbu | 14 | 9 % |
| celkem | 150 | 100 % |

Tabulka č. 9: Komunikace prostřednictvím obrázků

| Nemocnice | absolutní četnost (n) | relativní četnost (%) |
|---------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Ano, často | 2 | 2 % |
| Ne | 45 | 55 % |
| někdy | 35 | 43 % |
| celkem | 82 | 100 % |
| Domovy pro seniory | absolutní četnost (n) | relativní četnost (%) |
| Ano, často | 1 | 1 % |
| Ne | 47 | 57 % |
| někdy | 34 | 41 % |
| celkem | 82 | 100 % |

Tabulka č. 10: Důraz při neverbální komunikaci

| Nemocnice | absolutní četnost (n) | relativní četnost (%) |
|--------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Haptika | 51 | 35,2 % |
| Gestikulace | 33 | 22,8 % |
| Pohled do očí | 50 | 34,5 % |
| Proxemika | 10 | 6,9 % |
| Jiné | 1 | 0,7 % |
| celkem | 145 | 100 % |
| Domov pro seniory | absolutní četnost (n) | relativní četnost (%) |
| Haptika | 59 | 40,7 % |
| Gestikulace | 24 | 16,6 % |
| Pohled do očí | 43 | 29,7 % |
| Proxemika | 18 | 12,4 % |
| Jiné | 1 | 0,7 % |
| celkem | 145 | 100 % |

Tabulka č. 11: Hledání nových způsobů komunikace

| Nemocnice | absolutní četnost (n) | relativní četnost (%) |
|---------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Ano | 40 | 49 % |
| Ne | 42 | 51 % |
| celkem | 82 | 100 % |
| Domovy pro seniory | absolutní četnost (n) | relativní četnost (%) |
| Ano | 58 | 71 % |
| Ne | 24 | 29 % |
| celkem | 82 | 100 % |

Tabulka č. 12: Slabé stránky komunikace s pacienty/klienty s demencí

| Nemocnice | absolutní četnost (n) | relativní četnost (%) |
|---------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Ano | 40 | 49 % |
| Ne | 42 | 51 % |
| celkem | 82 | 100 % |
| Domovy pro seniory | absolutní četnost (n) | relativní četnost (%) |
| Ano | 58 | 71 % |
| Ne | 24 | 29 % |
| celkem | 82 | 100 % |

Tabulka č. 13: Setkávání se s nepochopením ze strany pacienta/klienta s demencí

| Nemocnice | absolutní četnost (n) | relativní četnost (%) |
|--------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Nedostatek času | 61 | 33 % |
| Stres | 21 | 11,4 % |
| Vyčerpání | 16 | 8,6 % |
| Trpělivost | 35 | 18,9 % |
| Pocit marnosti | 32 | 17,3 % |
| Lítost | 17 | 9,2 % |
| Jiné | 3 | 1,6 % |
| celkem | 185 | 100 % |
| Domov pro seniory | absolutní četnost (n) | relativní četnost (%) |
| Nedostatek času | 74 | 49,3 % |
| Stres | 13 | 8,7 % |
| Vyčerpání | 11 | 7,3 % |
| Trpělivost | 23 | 15,3 % |
| Pocit marnosti | 18 | 12,0 % |
| Lítost | 10 | 6,7 % |
| Jiné | 1 | 0,7 % |
| celkem | 150 | 100 % |

Tabulka č. 14: Situace nerudného seniora

| Nemocnice | absolutní četnost (n) | relativní četnost (%) |
|--------------------------|------------------------------|------------------------------|
| A | 17 | 14,5 % |
| B | 3 | 2,6 % |
| C | 67 | 57,3 % |
| D | 26 | 22,2 % |
| E | 4 | 3,4 % |
| celkem | 117 | 100,0 % |
| Domov pro seniory | absolutní četnost (n) | relativní četnost (%) |
| A | 6 | 5,1 % |
| B | 2 | 1,7 % |
| C | 72 | 61,0 % |
| D | 35 | 29,7 % |
| E | 3 | 2,5 % |
| celkem | 118 | 100,0 % |

Tabulka č. 15: Počínání si se situací nepochopení pacienta/klienta

| Nemocnice | absolutní četnost (n) | relativní četnost (%) |
|---------------------------|------------------------------|------------------------------|
| A | 38 | 33,6 % |
| B | 56 | 49,6 % |
| C | 19 | 16,8 % |
| Jiné | 0 | 0 % |
| celkem | 113 | 100 % |
| Domovy pro seniory | absolutní četnost (n) | relativní četnost (%) |
| A | 41 | 37,3 % |
| B | 55 | 50,0 % |
| C | 14 | 12,7 % |
| Jiné | 0 | 0,0 % |
| celkem | 110 | 100 % |

Tabulka č. 16: Etický fenomén důstojnost

| Nemocnice | absolutní četnost (n) | relativní četnost (%) |
|--------------------------|------------------------------|------------------------------|
| A | 9 | 11,0 % |
| B | 4 | 4,9 % |
| C | 26 | 31,7 % |
| D | 41 | 50,0 % |
| E | 2 | 2,4 % |
| celkem | 82 | 100 % |
| Domov pro seniory | absolutní četnost (n) | relativní četnost (%) |
| A | 15 | 18,3 % |
| B | 1 | 1,2 % |
| C | 17 | 20,7 % |
| D | 49 | 59,8 % |
| E | 0 | 0,0 % |
| celkem | 82 | 100 % |

Tabulka č. 17: Oslovování pacientů/klientů

| Nemocnice | absolutní četnost (n) | relativní četnost (%) |
|--------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Ano | 73 | 89,0 % |
| Ne | 9 | 11,0 % |
| celkem | 82 | 100 % |
| Domov pro seniory | absolutní četnost (n) | relativní četnost (%) |
| Ano | 75 | 91,5 % |
| Ne | 7 | 8,5 % |
| celkem | 82 | 100 % |

Tabulka č. 18: Informování pacientů/klientů

| Nemocnice | absolutní četnost (n) | relativní četnost (%) |
|--------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Ano | 73 | 89,0 % |
| Ne | 1 | 1,2 % |
| Občas | 8 | 9,8 % |
| Celkem | 82 | 100 % |
| Domov pro seniory | absolutní četnost (n) | relativní četnost (%) |
| Ano | 74 | 90,2 % |
| Ne | 0 | 0,0 % |
| Občas | 8 | 9,8 % |
| Celkem | 82 | 100 % |

Tabulka č. 19: Vliv na důstojnost pacientů/klientů

| Nemocnice | absolutní četnost (n) | relativní četnost (%) |
|-------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Chování ošetřujícího personálu | 72 | 34,4 % |
| Zajištění základních potřeb člověka | 56 | 26,8 % |
| Rodina | 26 | 12,4 % |
| Psychická pohoda | 45 | 21,5 % |
| Nemoc | 10 | 4,8 % |
| Jiné | 0 | 0,0 % |
| celkem | 209 | 100 % |
| Domovy pro seniory | absolutní četnost (n) | relativní četnost (%) |
| Chování ošetřujícího personálu | 73 | 35,6 % |
| Zajištění základních potřeb člověka | 48 | 23,4 % |
| Rodina | 23 | 11,2 % |
| Psychická pohoda | 47 | 22,9 % |
| Nemoc | 14 | 6,8 % |
| Jiné | 0 | 0,0 % |
| celkem | 205 | 100 % |

Tabulka č. 20: Celodenní práce se seniory je náročná

| Nemocnice | absolutní četnost (n) | relativní četnost (%) |
|-------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Chování ošetřujícího personálu | 72 | 34,4 % |
| Zajištění základních potřeb člověka | 56 | 26,8 % |
| Rodina | 26 | 12,4 % |
| Psychická pohoda | 45 | 21,5 % |
| Nemoc | 10 | 4,8 % |
| Jiné | 0 | 0,0 % |
| celkem | 209 | 100 % |
| Domovy pro seniory | absolutní četnost (n) | relativní četnost (%) |
| Chování ošetřujícího personálu | 73 | 35,6 % |
| Zajištění základních potřeb člověka | 48 | 23,4 % |
| Rodina | 23 | 11,2 % |
| Psychická pohoda | 47 | 22,9 % |
| Nemoc | 14 | 6,8 % |
| Jiné | 0 | 0,0 % |
| celkem | 205 | 100 % |

Tabulka č. 21: Baví respondenty práce

| Nemocnice | absolutní četnost (n) | relativní četnost (%) |
|--------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Ano | 73 | 89,0 % |
| Ne | 4 | 4,9 % |
| Občas | 5 | 6,1 % |
| celkem | 82 | 100 % |
| Domov pro seniory | absolutní četnost (n) | relativní četnost (%) |
| Ano | 82 | 100 % |
| Ne | 0 | 0 % |
| Občas | 0 | 0 % |
| celkem | 82 | 100 % |

Tabulka č. 22: Nošení si starostí z práce domů

| Nemocnice | absolutní četnost (n) | relativní četnost (%) |
|--------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Ano | 15 | 18,3 % |
| Ne | 24 | 29,3 % |
| Občas | 43 | 52,4 % |
| celkem | 82 | 100 % |
| Domov pro seniory | absolutní četnost (n) | relativní četnost (%) |
| Ano | 7 | 8,5 % |
| Ne | 31 | 37,8 % |
| Občas | 44 | 53,7 % |
| celkem | 82 | 100 % |

Tabulka č. 23: Čas pro sebe

| Nemocnice | absolutní četnost (n) | relativní četnost (%) |
|--------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 1 - 3 hodiny | 21 | 25,6 % |
| 4 - 6 hodin | 25 | 30,5 % |
| 7 - 9 hodin | 16 | 19,5 % |
| 10 a více hodin | 20 | 24,4 % |
| celkem | 82 | 100 % |
| Domov pro seniory | absolutní četnost (n) | relativní četnost (%) |
| 1 - 3 hodiny | 15 | 18,3 % |
| 4 - 6 hodin | 23 | 28,0 % |
| 7 - 9 hodin | 21 | 25,6 % |
| 10 a více hodin | 23 | 28,0 % |
| celkem | 82 | 100 % |

Tabulka č. 24: Zájmy ve volném čase

| Nemocnice | absolutní četnost (n) | relativní četnost (%) |
|--------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Odpočívám - aktivně | 36 | 21,4 % |
| Odpočívám - pasivně | 29 | 17,3 % |
| Věnuji se rodině | 57 | 33,9 % |
| Věnuji se svým zájmům | 41 | 24,4 % |
| Nemám volný čas | 5 | 3,0 % |
| celkem | 168 | 100 % |
| Domov pro seniory | absolutní četnost (n) | relativní četnost (%) |
| Odpočívám - aktivně | 48 | 27,4 % |
| Odpočívám - pasivně | 24 | 13,7 % |
| Věnuji se rodině | 53 | 30,3 % |
| Věnuji se svým zájmům | 48 | 27,4 % |
| Nemám volný čas | 2 | 1,1 % |
| celkem | 175 | 100 % |

Tabulka č. 25: Benefity na rekreaci/odpočinek

| Nemocnice | absolutní četnost (n) | relativní četnost (%) |
|--------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Ano | 23 | 28,0 % |
| Ne | 36 | 43,9 % |
| Nevím | 23 | 28,0 % |
| celkem | 82 | 100 % |
| Domov pro seniory | absolutní četnost (n) | relativní četnost (%) |
| Ano | 35 | 42,7 % |
| Ne | 44 | 53,7 % |
| Nevím | 3 | 3,7 % |
| celkem | 82 | 100 % |