

HODNOTENIE AGITOVANÉHO SPRÁVANIA U OSÔB S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU ASSESSMENT OF AGITATED BEHAVIOR IN PEOPLE WITH ALZHEIMER'S DISEASE

HUDÁKOVÁ Anna, OBROČNÍKOVÁ Andrea, MAJERNÍKOVÁ Ľudmila

Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov, Prešov, Slovenská republika

ABSTRAKT

Východiská a ciele: Ošetrovateľský personál sa často stáva nechcenou súčasťou agitovaného správania klientov. Nevyhnutné je objektívnym spôsobom identifikovať agitované správanie u osôb s Alzheimerovou chorobou. Naším cieľom bolo zistiť, či detekcia jednotlivých oblastí správania sa klientov s Alzheimerovou chorobou: fyzické agresívne správanie, fyzické neagresívne správanie závisia od veku a vzdelania ošetrovateľského personálu.

Súbor a metódy: V práci sme použili nástroj Cohen-Mansfieldov Agitačný Inventár (CMAI), ktorý skúma agitované správanie u starších ľudí. CMAI bol vyvinutý pre systematické pozorovanie nepokojného správania u kognitívne zmenených starších ľudí. CMAI registruje 29 typov správania spojených s agitáciou. Realizovali sme zámerný výber: opatrovatelky (n = 46) a sestry (n = 34), ktorí participujú na starostlivosti o klientov s demenciou. V práci sme použili t-test a Pearsonov korelačný koeficient.

Výsledky: Výsledky domén CMAI nástroja potvrdili, že fyzicky agresívne správanie bolo vnímaná u oboch pozícií (sestry aj opatrovatelky) horšie (p = 0,007) ako fyzicky neagresívne správanie (p = 0,043). Nebola zistená významná korelácia medzi vekom a fyzicky agresívnym správaním (-0,049), resp. fyzicky neagresívnym správaním (0,056).

Záver: Dôsledky vplyvu agitovaného správania na ošetrojúci personál sú vážne. Najvyššia frekvencia fyzického násillia bola zaznamenaná v starostlivosti o seniorov. Vhodným použitím verbálnych a neverbálnych deeskalačných techník môžeme efektívne znížiť úroveň emočnej agresivity osoby s demenciou. Navrhujeme využitie štruktúrnych protokolov, behaviorálnych postupov a prístup validačnej metódy.

Kľúčové slová: Fyzicky agresívne správanie. Fyzicky neagresívne správanie. Alzheimerova choroba. Validácia. Deeskalačné techniky.

ABSTRACT

Background and objectives: Nursing staff often become an unwanted part of agitated client behavior. It is essential to objectively identify agitated behavior in persons with Alzheimer's disease. Our aim was to find out whether the detection of individual areas of behavior of clients with Alzheimer's disease: physically aggressive behavior, physically non-aggressive behavior depends on the age and education of the nursing staff.

Sample group and methods: In our work, we used the tool Cohen-Mansfield Agitation Inventory, which examines agitated behavior in elderly people. The CMAI was developed for the systematic observation of restless behavior in cognitively altered elderly people. CMAI registers 29 types of behavior associated with agitation. We made a deliberate selection: caregivers (n = 46) and nurses (n = 34) who participate in the care of clients with dementia. In the work, we used the t-test and the Pearson correlation coefficient.

Results: The results of the domains of the CMAI tool confirmed that physical aggressive behavior was perceived worse in both positions (nurses and caregivers) (p = 0.007) than physical non-aggressive behavior (p = 0.043). No significant correlation was found between age and physically aggressive behavior (-0.049) or physically non-aggressive behavior (0.056).

Conclusion: The consequences of agitated behavior on nursing staff are serious. The highest frequency of physical violence was recorded in care for the elderly. By appropriate use of verbal and non-verbal de-escalation techniques, we can effectively reduce the level of emotional aggression of a person with dementia. We propose the use of structural protocols, behavioral procedures and a validation method approach.

Key words: Physical aggressive behavior. Physical non-aggressive behavior. Alzheimer's disease. Validation. Deescalation techniques.

ÚVOD

Alzheimerova choroba a iné formy demencie patria v súčasnosti medzi najčastejšie príčiny morbidít a mortality. Prevalencia ochorenia dosiahla v roku 2019 v Amerike a v Európe tretie miesto. Prognózy upozorňujú, že do roku 2030 počet klientov s Alzheimerovou chorobou sa zvýši na štrnásť miliónov, čím sa zároveň kumuluje ekonomická a spoločenská záťaž. Ochorenie predstavuje celosvetový problém, klinicky dochádza k zmene osobnostných rysov, zníženiu poznávacích schopností, spomaľuje sa psychomotorické tempo, zhoršuje sa pamäť a koncentrácia. Významne sa zhoršuje adaptácia na vonkajšie a vnútorné prostredie, pridružuje sa izolácia, strata komunikácie, strata pocitu potrebnosti (Gove et al., 2018).

Behaviorálne a psychologické symptómy demencie postihujú prevažne klientov s Alzheimerovou chorobou (Alzheimer Disease, AD). Jednou z hlavných domén, ktoré sa identifikuje pri diagnóze AD je doména hyperaktivita – impulzivita – podráždenosť – dezinhibícia – agresivita – agitácia (HIDA). Doména predstavuje jeden z najťažšie zvládnuteľných súborov symptómov a znamená veľkú časť záťaže pre ošetrovateľský personál. Impulzivita a narušené výkonné funkcie súvisia so zvýšeným blúdením a dezorientáciou, čo môže zapríčiniť vysoké riziko pádov, morbidít a mortality

(Keszycki et al., 2019). Vzhľadom na vysokú prevalenciu behaviorálnych a psychologických symptómov ochorenia, známych ako Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) u klientov s AD sú nevyhnutné klinické nástroje na skorú detekciu prejavov AD. Najčastejšie je používaný Neuropsychiatrický inventár, ktorý poskytuje informácie o frekvencii a závažnosti BPSD u klientov a o subdoménach ich symptómov napr. agitácia a agresivita, ako aj indikáciu úzkosti ošetrovateľského personálu (Scott, 2014). Pre potreby vysvetlenia problémového správania klientov s AD sa používajú tri modely: model neuspokojených potrieb, behaviorálny model a model environmentálnej zraniteľnosti. V praxi sa najčastejšie stretávame s modelom neuspokojených potrieb. Frekvencia problémového správania potvrdzuje, že neuspokojenú potrebu nevie identifikovať ani samotný ošetrojúci personál, preto nie je možná jej saturácia. Zaznamenávame fakt, že klienti umiestnení v pobytovom zariadení trpia osamelosťou, a preto je potrebné ponúkať im rôzne aktivity, zmyslové stimulácie a udržiavať sociálne kontakty. Alzheimerova choroba mení správanie klienta v negatívnom zmysle, kde sa môže uplatniť behaviorálny model, zaoberá sa posilňovaním naučeného správania klienta a odstránením foriem negatívneho správania. Existuje veľké množstvo nefarmakologických intervencií, ktoré sa líšia svojou účinnosťou z hľadiska cieľových symptómov. Na zníženie symptómov domény HIDA sa používa tzv. prístup starostlivosti riadenej potrebami, ktorý predpokladá že hodnotenie a riešenie potrieb klientov zabráni agitácii alebo agresii. Zvýšené reakcie klienta na okolité životné prostredie popisuje model environmentálnej zraniteľnosti. Ochorenie spôsobuje, že klienti prestávajú vnímať svoje okolité prostredie, čo vedie k úzkosti, napätiu a zmenenému správaniu (Donofrio et al., 2015; Nehls, 2017). Vo fáze zhoršovania zdravotného stavu klienti nevládajú realizovať každodenné činnosti, rastie ich závislosť od inej osoby. Behaviorálne a psychické symptómy, medzi ktoré patrí aj agitované správanie klientov s Alzheimerovou chorobou sú vysoko problematické v podmienkach ústavnej starostlivosti (Martinková, 2017; Zvěrová, 2017). Účinné zvládanie agitovaného správania u ľudí s demenciou sa stáva dôležitou výzvou najmä v prostredí opatrovateľských služieb, kde prevalencia demencií a ich závažnosť je vyššia a k dispozícii existuje obmedzené množstvo podpory, ochrany sestier a opatrovateľov v prvej línii (Kales et al., 2014).

CIEĽ ŠTÚDIE

V pobytových zariadeniach sa ošetrovateľský personál často stáva nechcenou súčasťou agitovaného správania klientov. Najčastejším problémom ošetrojúcej osoby je kumulácia nevedomej agresivity, preto je nevyhnutné objektívnym spôsobom identifikovať agitované správanie u osôb s Alzheimerovou chorobou. Dôležitý je vplyv ošetrovateľského personálu na vnímanie a riešenie problému agitovaného správania klientov s Alzheimerovou chorobou. Naším cieľom bolo zistiť, či detekcia jednotlivých oblastí správania sa klientov s Alzheimerovou chorobou: fyzické agresívne správanie, fyzické neagresívne správanie závisia od veku a vzdelania ošetrovateľského personálu. Rovnako sme chceli zistiť, či prejavy fyzicky agresívneho správania u klientov sú vnímané horšie ako prejavy fyzicky neagresívneho správania z pohľadu ošetrojúcich osôb.

Dizajn výskumu a štatistické postupy

Naša práca má charakter deskriptívnej prierezovej štúdie. V práci sme použili nástroj Cohen-Mansfieldov agitačný inventár (CMAI) (Cohen-Mansfield, 1996), ktorý skúma agitované správanie u starších ľudí. Časová náročnosť nástroja je približne 10 – 15 minút. Ide o hodnotiaci nástroj, používaný zdravotníckymi pracovníkmi a opatrovateľmi. CMAI bol vyvinutý pre systematické pozorovanie nepokojného správania u kognitívne zmenených starších ľudí. CMAI registruje 29 typov správania spojených s agitáciou. Frekvencia typov správania sa hodnotí na 7-bodovej škále.

Štatistickú analýzu výsledkov sme realizovali v štatistickom programe IBM SPSS Statistics 25.0, použili sme deskriptívnu štatistiku, t-test a Pearsonov korelačný koeficient pre určenie korelácií premenných. Test nezávislých vzoriek je nepárovým testom často používaným na zistenie významnej odlišnosti výsledkov pri skúmaní dvoch skupín. V našej práci išlo o prejavy fyzicky agresívneho správania a prejavy fyzicky neagresívneho správania, ktoré sme porovnávali vo vzťahu k demografickým položkám: pracovná pozícia, vek a vzdelanie. Pearsonov korelačný koeficient sme použili s cieľom objasniť korelácie medzi premennými.

Súbor

Výskumný súbor sme získali oslovením manažementu sociálnych zariadení: Domov dôchodcov v Spišskej Novej Vsi a Zariadenie pre seniorov

v Bratislave. Výskum bol realizovaný v mesiacoch november 2021 – marec 2022. Realizovali sme zámerne výber výskumnej vzorky s cieľom osloviť opatrovatelky (n = 46) a sestry (n = 34), ktorí priamo participujú na starostlivosti o klientov s demenciou. Naším zámerom bolo zistiť ich postoje a diferenciacie pri ošetrovaní klientov s Alzheimerovou chorobou. Pôvodný súbor tvorilo 93 pracovníkov v pracovných pozíciách: opatrovatel a sestra, avšak 13 dotazníkov bolo zo štúdie vyradených (nekompletné údaje), preto konečný súbor tvorilo 80 respondentov (86 %).

VÝSLEDKY

V rámci štúdie sme hodnotili premenné: povolanie, vek a vzdelanie vo vzťahu k fyzicky agresívnemu správaniu a fyzicky neagresívnemu správaniu. Súbor respondentov sme rozdelili v záujme získania demografických údajov podľa pracovnej pozície (sestra, opatrovatelka), ich veku a dosiahnutého vzdelania. Náš súbor tvoril 80 osôb (34 sestier a 46 opatrovateliek). V položke vek sme zistili najmenšiu hodnotu 31 rokov a najväčšiu 69 rokov (M = 49,76). Vzdelanie potvrdilo nehomogenitu našej skupiny vzhľadom na fakt, že výskumná vzorka

zahŕňala sestry aj opatrovatelky, teda osoby s rozdielnym typom vzdelania. V rámci dotazníka CMAI väčšie zastúpenie predstavovala doména fyzicky agresívneho správania (M = 39,81) (tab. 1).

Pomocou deskriptívnej štatistiky sme zistili, že fyzicky agresívne správanie u klientov bolo vnímané horšie ako fyzicky neagresívne správanie z pohľadu oboch povolání: sestry (M = 40,29) aj opatrovatelky (M = 39,46) (tab. 2).

Porovnanie vnímania prejavov fyzicky agresívneho správania s prejavmi fyzicky neagresívneho správania z pohľadu oboch skupín ošetrojúcich (sestry a opatrovatelky) sme chceli overiť štatistickými metódami. Prostredníctvom t-testu výsledky domén CMAI nástroja potvrdili, že prejavy fyzicky agresívneho správania boli vnímané u oboch povolání (sestry aj opatrovatelky) horšie (p = 0,007) ako prejavy fyzicky neagresívneho správania (p = 0,043) (tab. 3).

Predpokladali sme, že zistené prejavy fyzicky agresívneho a fyzicky neagresívneho správania u klientov nebudú súvisieť s vekom ošetrojúceho personálu. Pre potreby verifikácie nášho predpokladu sme použili Pearsonov korelačný koeficient, ktorý potvrdil nízku koreláciu veku s doménou

Tabuľka 1 Demografické údaje a domény nástroja

Sledovaný parameter	n	M	SD
Pozícia	80	34,41	0,497
Vek	80	49,76	9,800
Vzdelanie	80	85,16	0,371
Fyzicky agresívne správanie	80	39,81	9,450
Fyzicky neagresívne správanie	80	33,99	9,060

Legenda: n – početnosť, M – priemer, SD – smerodajná odchýlka

Tabuľka 2 Formy správania vo vzťahu pozícia

Sledovaný parameter	Pozícia	n	M	SD
Fyzicky neagresívne správanie	Sestry	34	37,18	10,17
	Opatrovateľky	46	31,63	7,42
Fyzicky agresívne správanie	Sestry	34	40,29	7,47
	Opatrovateľky	46	39,46	10,74

Legenda: n – početnosť, M – priemer, SD – smerodajná odchýlka

Tabuľka 3 Fyzicky agresívne a fyzicky neagresívne správanie

Sledovaný parameter	Pozícia	F	Sig.	Mean	SD
Fyzicky neagresívne správanie	Sestry	4,25	0,043	5,55	1,96
	Opatrovateľky			5,55	2,06
Fyzicky agresívne správanie	Sestry	7,76	0,007	0,838	2,15
	Opatrovateľky			0,838	2,04

Legenda: * p < 0,05 – Sig. na hladine významnosti (p < 0,05), F – F-test, M – priemer, SD – smerodajná odchýlka

Tabuľka 4 Fyzicky agresívne a fyzicky neagresívne správanie z hľadiska veku

Korelácie	Fyzicky agresívne správanie	Fyzicky neagresívne správanie	Vek
Fyzicky agresívne správanie	1	0,684**	-0,049
Fyzicky neagresívne správanie	0,684**	1	0,056
Vek	-0,049	0,056	1

Legenda: Použitý Pearsonov korelačný koeficient, počet jedincov $n = 80$, ** korelácia je významná na hladine 0,01 (2-tailed)

fyzicky agresívneho správania (-0,049). Zaujímavá je korelácia medzi fyzicky agresívnym správaním a fyzicky neagresívnym správaním klientov (0,684**).

DISKUSIA

Prejavy fyzicky agresívneho správania u starších osôb s Alzheimerovou chorobou patria medzi najrizikovejšie formy problémového správania. Dôvodom výskytu sú zhoršené kognitívne funkcie, bolesť, lieky, polymorbidita a iné faktory. V praxi sa často stretávame s prejavmi fyzicky agresívneho správania, ktoré je následkom nesprávneho prístupu ku klientovi, čo vedie k non-adherencii poskytovanej starostlivosti. V prostredí zdravotnej a sociálnej starostlivosti sa násilie môže prejaviť ako verbálny alebo fyzický útok zo strany pacientov alebo návštevníkov (Pitts et al., 2021). Agresivita je podmienená osobnosťou pacienta, a tiež multifaktoriálnym vplyvom prostredia. Sestry v porovnaní s ostatnými zdravotníckymi pracovníkmi sú vystavené prejavom agresívneho správania omnoho častejšie (Janiczeková et al., 2021). Štúdia autorov Groenewold et al. (2013) zistila, že miera výskytu verbálnych a neverbálnych útokov sa zvýšila zo 4,4/1000 na 7,7/1000 zamestnancov, ktorí pracovali na plný úväzok v inštitucionálnej starostlivosti.

Dôsledkom demografických zmien sa počet klientov s demenciou stále zvyšuje, najmä pokiaľ ide o zariadenia pre seniorov. Ide o vysoko rizikovú skupinu pre agitované správanie, pretože dobre mienené intervencie starostlivosti môžu byť nesprávne interpretované, čo vedie k prejavom agresívneho správania. Z našich zistení vyplýva, že ošetrojúci personál (sestry aj opatrovatelky) v prvotnej línii reaguje na fyzicky agresívne správanie klientov s demenciou podstatne horšie ako na fyzicky neagresívne správanie ($p = 0,007$).

Dôsledky vplyvu agitovaného správania na ošetrojúci personál sú rôzne, často ide o post trauma-

tickú stresovú poruchu, pokles motivácie, stratu dôvery, spochybňovanie vlastnej identity, úzkosť a pod. V niektorých krajinách boli prijaté právne predpisy v oblasti bezpečia a ochrany zdravia ošetrojúceho personálu s cieľom podporiť programy, zamerané na deeskaláciu napätia pri zvládnutí agitovaného klienta. Vhodným použitím verbálnych a neverbálnych deeskaláčnych techník môžeme efektívne znížiť úroveň emočnej agresivity osoby s demenciou. K progresii agitovaného správania dochádza vtedy, keď klient pocíti zvýšenú hladinu frustrácie, úzkosti a strachu. Charakteristické znaky, ktoré naznačujú vznik problémov sú zmeny nálad a osobnosti, izolácia, zmätok, dezorientácia, neverbálne prejavy, signalizujúce ohrozenie, výbuchy hnevu, strata vzťahov alebo zamestnania, potlačenie alebo vyjadrenie hnevu (Gates et al., 2021; Ondriová et al., 2020; Spencer et al., 2018). Najväčším a emocionálne znepokojujúcim aspektom práce ošetrovateľského personálu je fyzické napadnutie klientom. Problematikou zmeneného správania klientov s diagnózou Alzheimerova choroba umiestnených v pobytových zariadeniach sa zaoberal aj autor použitého nástroja Cohen-Mansfield. Skúmal, aký vplyv má počet personálu na výskyt problémového správania z hľadiska denných období (dopoludnie a odopoludnie). Cohen et al. (1998) vo svojej štúdii upozornili na možný vzťah medzi výskytom agresivity a kognitívnymi funkciami. Hlavným prediktorom výskytu fyzicky agresívneho správania bola často porucha kognitívnych funkcií a negatívna kvalita interpersonálnych vzťahov. Medzi prejavy fyzicky agresívneho správania patrili hraničné činnosti ako: bitie, kopanie, fyzický tlak na iné osoby, hádzanie vecí, hryzenie, škriabanie, pľuvanie a ďalšie. Najväčším fenoménom bolo ublíženie na zdraví. Medzi symptómy fyzicky neagresívneho správania zahŕňali bezcieľné blúdenie, nevhodné obliekanie (vzliekanie), úmyselné

padanie, skrývanie vecí, hromadenie vecí, osobné maniere, všeobecný nepokoj a pod.

Úroveň kognitívnych porúch a napätie medzi rezidentami v zariadeniach dlhodobej starostlivosti sa často opakovane kumuluje. Schablon et al. (2018) uvádza, že v dôsledku incidentov tretina zamestnancov sa cítila pod vysokou úrovňou stresu a zistenia vo frekvencii agresie tejto štúdie sú porovnateľné s frekventovanými prejavmi agresívneho správania (verbálne agresívne = 94 % a fyzicky agresívne správanie – 69,8 %). Havaei et al. (2020) realizovali prieskumnú štúdiu v Kolumbii a v Kanade, kde ako najčastejší typ násilia na pracovisku identifikovali emocionálne zneužívanie, vyhrážky napadnutím a fyzické napadnutie pre všetky ošetrovateľské pozície. Verbálne sexuálne obťažovanie hlásili sestry vo vidieckych oblastiach častejšie v porovnaní so sestrami v mestských a prímestských oblastiach.

Najafi et al. (2017) skúmali skúsenosti sestier v Iráne s agresívnym správaním klientov, na základe čoho ako predisponujúce faktory agresie uviedli: nenaplnené očakávania pacientov a ich príbuzných, neefektívne organizačné riadenie, nevhodná profesionálna komunikácia, faktory, súvisiace so sestrami a faktory, súvisiace s pacientami, príbuznými a kolegami pacientov.

V budúcich štúdiách prevencie a liečby agresívneho správania bude potrebné venovať pozornosť týmto faktorom a uplatňovať multidimenzionálny charakter intervencií, ktoré by lepšie odrážali vnímanie ich asociácie s agresívnym správaním. Teória reaktivity a model progresívne zníženeho stresového prahu sa ukázali ako zaujímavé rámce, ktoré môžu zlepšiť ošetrovateľskú starostlivosť v dlhodobej starostlivosti a znížiť prevalenciu uvedenej záťaže. Naše výsledky rovnako potvrdili pozitívnu signifikanciu v oblasti fyzicky agresívneho správania ($p = 0,007$).

Iné štúdie potvrdili, že vzdelávacie programy pre ošetrojúci personál efektívne zvyšujú úroveň vedomostí sestier o zvládání agresívneho správania klientov (Lopez et al., 2019). Edukácia ošetrovateľského personálu, zameraná na Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) presahuje vzdelávanie v oblasti starostlivosti o klienta tým, že poskytuje informácie o účinných stratégiách zvládania komunikačných a behaviorálnych zručností (Tible et al., 2017). Vysoko efektívna nefarmakologická liečba BPSD v doméne The hyperactivity – impulsivity – irritability – disinhibition – aggression – agitation (HIDA) zahŕňa tréningové

programy v starostlivosti o ošetrovateľský personál s dôrazom na jeho psychoedukáciu (Keszycki et al., 2019). Techniky deeskalácie napätia zvyšujú osobnú bezpečnosť sestier a pomáhajú zmierňovať násilné a agresívne správanie klientov. Verbálne a fyzicky agresívne správanie patrí medzi najviac znepokojujúce správanie, ktoré prejavujú starší klienti v zariadeniach dlhodobej starostlivosti bez ohľadu na vek ošetrojúceho personálu (Le Blanc, 2016). V našej štúdií sme chceli zistiť, či prejavy fyzicky agresívneho správania a fyzicky neagresívneho správania u klientov budú súvisieť s vekom ošetrojúceho personálu, kde sa preukázala nízka korelácia (-0,049).

Formy nefarmakologickej liečby BPSD v doméne HIDA zahŕňajú zvládanie foriem fyzicky agresívneho správania, ktoré bolo obsahom skúmania našej práce.

Na zvládnutie agitovanosti a agresie pri Alzheimerovej chorobe bolo identifikovaných viacero nefarmakologických intervencií. Navzájom sa nevyklučujú, môžu sa používať súčasne. Zvyčajne zahŕňajú komplexné hodnotenie správania so zámerom identifikovať spúšťače a navrhnúť plán na riešenie tohto správania. Ich cieľom je zabrániť výskytu nepokoja a agresivity, správne reagovať na už vzniknuté epizódy, znížiť ich závažnosť a zmierňovať záťaž na zdravotníckych a sociálnych pracovníkov. Môžu byť zamerané na správanie, špecifické pre klienta, alebo slúžia ako všeobecné stratégie na zvládanie BPSD (Lachs, 2013; Weatherill, 2020) Jedným z implementovaných spôsobov reakcie na tieto situácie je špecifický nefarmakologický prístup pomocou validačnej terapie. Ide o metódu komunikácie so staršími ľuďmi s demenciou, ktorá potvrdzuje, že BPSD má latentné príčiny a komunikácia s klientami s AD je zmysluplná, rovnako povzbudzuje seniorov k vyjadreniu svojich pocitov (Feil et al., 2012; Feil et al., 2015). Aplikuje sa od roku 2001 na „Istituto Giovanni XXIII“ v Bologni, v ktorom žije viac ako 500 sebestačných starších ľudí. Asi 75 % týchto osôb trpí kognitívnymi poruchami, spojenými s príznakmi demencie (BPSD viac ako 35 % osôb) (Martinez et al., 2020). Pre hodnotenie efektivity validačnej terapie bola realizovaná štúdia, do ktorej bolo zapojených 50 klientov. Pred začiatkom a po ukončení štúdie bol použitý Neuropsychiatrický inventár (NPI), Bedfordova Alzheimerova stupnica ošetrovateľskej závažnosti (BANSS) a prípadová skupina podstúpila individuálnu aj skupinovú validačnú tera-

piu. Výsledky potvrdili výrazný pokles priemernej skóre symptómov NPI v prípadovej skupine ($n = 22,0 / n = 9,5$) a jeho nárast v kontrolnej skupine ($n = 21,7 / n = 24,1$). Agitovanosť, apatia, podráždenosť a neprimerané správanie v noci zaznamenali pokles skóre NPI medzi klientami, ktorí podstúpili validačnú terapiu (VT). V tejto skupine klientov došlo k zlepšeniu aj v BANSS, kde oproti kontrolnej skupine boli zaznamenané miernejšie zmeny. VT je teda schopná znížiť závažnosť a frekvenciu BPSD, zlepšiť vzťah s klientami s demenciou a manažment ich starostlivosti bez akýchkoľvek vedľajších účinkov (Tondi et al., 2007).

Foster et al. (2020) zdôrazňujú posúdenie rizík pri akomkoľvek zásahu. Aj keď pri symptómoch eskalujúceho správania sa odporúča včasná intervencia, ako bezpečné prostriedky po zhodnotení pomeru: prínos a poškodenie sa ukazujú trpezlivosť a opatrnosť. V rámci deeskalácie je vhodné využiť pozitívnu imitáciu so zachovaním osobnej bezpečnosti (ak pacient sedí, posadiť sa; ak stojí, tiež sa postaviť). Elimináciou environmentálnych stimulov vytvoríme bezpečný priestor pre vzájomnú interakciu, ktorý je nevyhnutne potrebný pre odstránenie napätia. Účinná deeskalácia by mala trvať približne 5 – 10 minút v záujme upokojenia rozrušeného jedinca. Jej cieľom je prekonať okamžité agresívne správanie, avšak nemá dlhotrvajúcu účinnosť (Santos et al., 2018).

Poskytovanie podpory pri každodenných aktivitách môže pomôcť osobe s Alzheimerovou chorobou obnovovať stratégie zvládania uvedených činností, čím zvýšime ich nezávislosť. Jednotlivcov angažujeme v elementárnom prostredí bez stimulácie pomocou vizuálnych orientačných podnetov (Martinková, 2017). Veľkou pomocou pre sestry sa ukázali byť štruktúrne protokoly starostlivosti, ktoré sú plne prispôsobené potrebám a preferenciám jednotlivcov. Zahŕňajú techniky, ktoré okrem iného minimalizujú bolesť a iné spúšťače negatívneho správania (Achterberg et al., 2013; Herr et al., 2015). V praxi odporúčame používanie štruktúrnych protokolov starostlivosti, najmä pre seniorov s Alzheimerovou chorobou. Vhodné je realizovať ošetrovateľskú prax v súlade s princípmi validácie a pri súčasnej implementácii behaviorálnych postupov. Okrem spomínaného je dôležité zaviesť do praxe systémy hodnotenia efektivity postupov a umožnenie zmien u týchto osôb podľa ich indivi-

duálnych potrieb (Kales et al., 2014; Erdmann et al., 2016).

ZÁVER

Alzheimerova choroba predstavuje výzvu pre ošetrovateľskú starostlivosť a uplatňovanie nových prístupov v rámci nefarmakologickej liečby a ošetrovateľskej starostlivosti. Neadekvátne reakcie ošetrojúceho personálu na agitované prejavy klienta s Alzheimerovou chorobou prehĺbujú problémové správanie, vyvolávajú neprijateľné napätie na oboch stranách a vylučujú individualizovaný prístup ku klientovi. Dôležitým sa ukazuje vytvorenie fungujúceho integrovaného systému, ktorý bude plne riešiť všetky zainteresovaných. Štúdie v oblasti implementácie behaviorálnych postupov v klinickej praxi ukázali, akým spôsobom je možné zlepšiť život klientov s Alzheimerovou chorobou, navrhnúť intervencie na zvládnutie agresívneho správania, a rovnako modifikovať pracovné podmienky ošetrojúceho personálu (Berg-Weger et al., 2017).

Limitácie výskumu

Celosvetová pandémia, a s ňou súvisiace epidemiologické opatrenia na Slovensku v období zberu údajov nás prinútili obmedziť distribúciu dotazníkov do vybraných sociálnych zariadení, čoho výsledkom je obmedzenie počtu vybraných zariadení, pričom sme zámerné vybrali zariadenie na východe SR (Spišská Nová Ves) a na západe SR (Bratislava), prítomnosť diferenciácií v početnosti respondentov z hľadiska kategórie vzdelania.

Pod'akovanie

Príspevok bol publikovaný z projektu KEGA: 015PU-4/2024 Aplikácia nových metód vo výučbe budúcich zdravotníckych pracovníkov pre zlepšenie selfmanažmentu pacientov k svojmu zdraviu.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

- ACHTERBERG W.P., PIEPER M.J.C., VAN DALEN-KOK A.H. et al. Pain management in patients with dementia. *Clin Interv Aging*. 2013; (8): 1471-1482.
- BERG-WEGER M., STEWART D.B. Non-Pharmacologic Interventions for Persons with Dementia. *Missouri Medicine* 2017; 114 (2): 116-119.
- COHEN-MANSFIELD J. Conceptualization of agitation: results based on the Cohen-Mansfield Agitation Inventory and the Agitation Behavior

- Mapping Instrument. *Int Psychogeriatr.* 1996; 8 (Suppl 3): 309-315.
- COHEN-MANSFIELD J., WERNER P. The Effects of An Enhanced Environment on Nursing Home Residents Who Pace. *The Gerontologist.* 1998; 3 (8): 199-208.
- D'ONOFRIO G., SANCARLO D., ADDANTE F. et al. Caregiver burden characterization in patients with Alzheimer's disease or vascular dementia. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2015; 30 (9): 891-999.
- ERDMANN A., SCHNEPP W. Conditions, components and outcomes of Integrative Validation Therapy in a long-term care facility for people with dementia. A qualitative 74 evaluation study. *Dementia.* 2016; 15 (5): 1184-204.
- FEIL N., KLERK V., RUBIN V. *Validácia.* Bratislava: Terapeutika. 2015. 186 s.
- FEIL N., KLERK V., RUBIN V. *The Validation Break Through.* Baltimore: Health Profession Press, 2012. 294 p.
- FOSTER K. et al. *Mental Health in Nursing: Theory and Practice for Clinical Settings.* Elsevier Health Sciences. 2020, 696 p.
- GATES D.M., FITZWATER E., MEYEROVÁ U. Violence Against Caregivers in Nursing Homes: Expected, Tolerated, and Accepted. *Gerontological Nursing.* 2021; 5 (7): 578-592.
- GROENEWOLD N.A., OPMEER E.M., DE JONGE P. et al. Emotional valence modulates brain functional abnormalities in depression: evidence from a meta-analysis of fMRI studies. *Neurosci Biobehav Rev.* 2013; 37 (2): 152-163.
- GOVE D., DIAZ-PONCE A., GEORGES J. et al. European Working Group of People with Dementia. Alzheimer Europe's position on involving people with dementia in research through PPI. *Aging Ment Health.* 2018; 22 (6): 723-729.
- HAVAEI F., MACPHEE M., MA A. Workplace Violence among British Columbia Nurses Across Different Roles and Contexts. *Healthcare.* 2020; 8 (2): 98-117.
- HERR N.R., JONES A.C., COHN D.M. et al. The impact of validation and invalidation on aggression in individuals with emotion regulation difficulties. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment.* 2015; 6 (4): 310-314.
- JANICZEKOVÁ E., LAUKOVÁ J. Research into aggression in patients from the point of view of registered nurses in the Slovak Republic. *Kon-takt.* 2021; 23 (2): 69-75.
- KALES H.C., GITLIN L.N., LYKETSOS C.G. Detroit Expert Panel on Assessment and Management of Neuropsychiatric Symptoms of Dementia. Management of neuropsychiatric symptoms of dementia in clinical settings: recommendations from a multidisciplinary expert panel. *J Am Geriatr Soc.* 2014; 62 (4): 762-769.
- KESZYCKI R.M., FISHER D.W., DONG H. The Hyperactivity-Impulsivity-Irritability-Disinhibition-Aggression-Agitation Domain in Alzheimer's Disease: Current Management and Future Directions. *Front Pharmacol.* 2019; 27 (10): 1093-1109.
- LACHS M.S., ROSEN T., TERESI J.A. et al. Verbal and physical aggression directed at nursing home staff by residents. *J Gen Intern Med.* 2013; 28 (5): 660-667.
- Le BLANCL. *Managing Alzheimer's and Dementia Behaviors* (Health Care Edition). Outskirts Press, 2016. 270 p.
- LOPEZ J., GONZÁLEZ H., LÉGER G. Alzheimer's disease. *Handb Clin Neurol.* 2019; 16 (7): 231-255.
- SÁNCHEZ-MARTÍNEZ I., VILAR R., IRUJO J. et al. Effectiveness of the Validation Method in Work Satisfaction and Motivation of Nursing Home Care Professionals: A Literature Review. *Int J Environ Res Public Health.* 2020; 18 (1): 201-214.
- MARTINKOVÁ J. *Prejavy problémového správania u pacientov s Alzheimerovou chorobou.* Trnava: Typi Universitatis Tyrnaviensis, 2017, 94 s.
- NAJAFI F., FALLAHI-KHOSHKNAB M., AHMADI F. et al. Antecedents and consequences of workplace violence against nurses: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing.* 2017; 27 (1-2): 116-128.
- NEHLS M. *Alzheimer se dá léčit.* Praha 5: Euromedia group a.s., ESENCE. 2017. 312 s.
- ONDŘIOVÁ I., KLÍMOVÁ E., FERTÁLOVÁ T. Vybrané druhy nefarmakologickej liečby demencií. *Via Pract.* 2020; 17 (1): 27-30.
- PITTS E., SCHALLER D.J. Violent Patients. In: *StatPearls.* Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; March 6, 2023.
- SANTOS J.C., CUTCLIFFE J.R. *European Psychiatric/Mental Health Nursing in the 21st Century: A Person-Centred Evidence-Based Approach* [online]. Springer. 2018, 585 p.

- SCOTT P. *Surviving Alzheimer's*. New York: Eva-Bird Media. 2014. 368 p.
- SCHABLON A., WENDELER D., KOZAK A. et al. Prevalence and Consequences of Aggression and Violence towards Nursing and Care Staff in Germany-A Survey. *Int J Environ Res Public Health*. 2018; 15 (6): 1256-1274.
- SPENCER S., JOHNSON P., SMITH I.C. De-escalation techniques for managing non-psychosis induced aggression in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018; 18 (7): 1402-1427.
- TIBLE O.P., RIESE F., SAVASKAN E. et al. Best practice in the management of behavioural and psychological symptoms of dementia. *Therapeutic Advances in Neurological Disorders*. 2017; 10 (8): 297-309.
- TONDI I., RIBANI L., BOTTAZZI M. et al. Validation therapy in nursing home: A case-control study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2007; Supplement (44): 407-411.
- WEATHERILL G. *The Caregiver's Guide to Dementia*. San Francisco: Rockridge Press, 2020. 186 p.
- ZVĚROVÁ M. *Alzheimerova demence*. Praha: Grada, 2017. 144 s.