

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**  
**LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**  
ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ  
ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

**PÉČE O KLIENTY**  
**S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU V ZAŘÍZENÍCH**  
**SOCIÁLNÍCH SLUŽEB**

Bakalářská práce

Autor práce: **Jitka Hejnová**

Vedoucí práce: **Prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.**

2011

**CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE**  
**FACULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRÁLOVÉ**  
INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE  
DEPARTMENT OF NURSING

**CARING FOR CLIENTS**  
**WITH ALZHEIMER'S DISEASE**  
**IN SOCIAL SERVICES**

Bachelor's thesis

Author: **Jitka Hejnová**

Supervisor: **Prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.**

2011

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 .....

(podpis)

### **Poděkování:**

Chtěla bych vyjádřit poděkování všem, kteří byli nápomocni při vypracování mé bakalářské práce.

Děkuji vedoucímu práce Prof. PhDr. Jiřímu Marešovi, CSc. za odborné vedení, za cenné rady, připomínky a konzultace v průběhu zpracování mé bakalářské práce.

Dále velice děkuji ředitelům sociálních zařízení Mgr. Marii Vackové, Ing. Mgr. Karlu Vackovi a Mgr. Jindřichu Vašíčkovi a všem pracovníkům zařízení v Týništi nad Orlicí, Albrechticích nad Orlicí a Borohrádku za spolupráci a trpělivost v průběhu výzkumného šetření.

Jitka Hejnová, 2011

**Motto:** „K neduhům stáří patří dvě vady komplementárně spojené.  
První neschopnost udržet myšlenku.  
Druhá neschopnost myšlenku opustit.“

*Ladislav Smoljak (předmluva k divadelnímu představení: Švestka)*

## Obsah

1	Alzheimerova choroba.....	10
1.1	Definice Alzheimerovy choroby.....	10
1.2	Projevy nemoci.....	11
1.3	Stadia nemoci.....	14
1.4	Diagnostika nemoci.....	18
1.5	Léčba.....	22
1.5.1	Farmakologická léčba.....	22
1.5.2	Léčba nefarmakologická.....	24
1.5.2.1	Ergoterapie.....	25
1.5.2.2	Fyzioterapie.....	25
1.5.2.3	Kognitivní rehabilitace.....	27
1.5.2.4	Senzorická stimulace.....	28
1.5.2.5	Orientace v realitě.....	28
1.5.2.6	Reminiscenční terapie.....	29
1.5.2.7	Kinezioterapie.....	30
1.5.2.8	Taneční a pohybový program pro pacienty postižené demencí.....	30
1.5.2.9	Arteterapie.....	31
1.5.2.10	Pet-terapie.....	31
1.5.2.11	Aplikace světla.....	32
2	Péče o klienty s Alzheimerovou chorobou.....	34
2.1	Péče rodiny.....	34
2.2	Péče zprostředkovaná sociálními službami.....	35
3	Pracovníci v zařízeních sociálních služeb.....	36
3.1	Sociální pracovníci.....	36
3.2	Pracovníci v sociálních službách.....	36
3.3	Zdravotničtí pracovníci.....	37
4	Typy pobytových zařízení sociálních služeb.....	39
5	Organizace a budoucnost péče.....	41
6	Zkoumaný soubor a použité metody.....	42
6.1	Cíle výzkumné části práce.....	42
6.2	Charakteristika výzkumného souboru.....	43
6.3	Použité metody.....	46

7	Analýza a zhodnocení dotazníkového šetření.....	47
8	Shrnutí diskuze .....	73

# ÚVOD

Téma bakalářské práce jsem si zvolila na základě své profese sestry pracující v domově pro seniory. Součástí náplně mé práce je i zajišťování konzultací pro klienty s Alzheimerovou nemocí a jejich rodiny.

V současné době žije v České republice asi 100 000 lidí postižených demencí Alzheimerova typu. Většina těchto lidí je v domácí péči rodiny, která samostatně nebo s podporou ambulantních domácích služeb situaci zvládá. Je to však péče velmi náročná a ne vždy je možné vzhledem k postupující demenci a celkovému zhoršování zdravotního stavu, zajistit tuto péči v domácnosti rodinou. V té chvíli hledají rodiny pomoc v zařízení, které je schopno poskytnout péči jejich blízkým. Zpočátku to bývají zdravotnická zařízení, která většinou přijímají tyto pacienty pouze ke stabilizaci celkového stavu a pak se opět snaží propustit je do domácí péče nebo navrhne rodině vyhledání sociálních služeb.

V lepším případě je pacient správně diagnostikován a léčen, rodina pak má i dostatek informací o možnostech umístění ve specializovaných zařízeních a je s touto alternativou předem srozuměna a vyhledá pomoc včas. Ale vzhledem k tomu, že specializovaných zařízení je stále ještě velmi málo, často se stává, že se rodina snaží umístit svého blízkého do běžného zařízení, což je v jejich situaci pochopitelné. V druhém případě Alzheimerova choroba není správně diagnostikována a rodina hledá pomoc v běžném zařízení sociálních služeb a není také výjimečné, že nemoc propukne až v samotném domově pro seniory. Přemístění klienta do specializovaného zařízení je zdouhavé a někdy takřka nemožné, protože tato zařízení dávají samozřejmě přednost člověku, který není umístěn a je ve svízelné situaci.

I v sociálních zařízeních je péče o tyto klienty velice náročná a vyžaduje profesionální přístup zkušených pracovníků. A právě tyto pracovníci často nejlépe vědí, co klienti s Alzheimerovou nemocí potřebují a jakým způsobem je potřebné péči zajistit.

V své práci se chci zaměřit na názory pracovníků v přímé péči, na jejich zkušenosti v práci se seniory s demencí. Ráda bych zjistila, jak moc je tato práce pro ně náročná, jaké pracovní podmínky potřebují a co by případně bylo možné zlepšit. Zda by například nebylo vhodné specializovat pouze část zařízení na klienty s demencí a personál na těchto úsecích střídat.

Byla bych také ráda, kdyby z dotazníkového šetření vyplynuly rozdíly v péči o klienty a v názorech pracovníků ve specializovaném zařízení a v běžném zařízení pro seniory.



# CÍL BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

## Cíl teoretické části

Cílem teoretické části mé práce je charakterizovat soudobé poznatky o Alzheimerově chorobě, dále pobytová zařízení sociálních služeb, které pečují o klienty s touto nemocí a personál v těchto zařízeních. Větší část této kapitoly chci věnovat zejména možnostem nefarmakologické léčby této nemoci, tedy léčby, kterou mohou využívat při své práci pracovníci sociálních služeb.

## Cíl empirické části výzkumu

### Hlavní cíl

- zjistit zda podle názoru pracovníků existují rozdíly v péči o klienty s demencí mezi běžnými domovy pro seniory a specializovaným domovem pro seniory

### Vedlejší cíle

Zjistit názory pracovníků **standardních** domovů:

- na péči o klienty s demencí ve standardních domovech pro seniory
- na míru psychické a fyzické zátěže pracovníků těchto zařízení
- na podmínky, které pracovníci potřebují ve standardních domovech pro seniory (školení, supervize, benefity, podpora vedení, vztahy na pracovišti, týmová spolupráce apod.)

Zjistit názory pracovníků **specializovaných** domovů:

- na péči o klienty s demencí ve specializovaném domově pro seniory
- na míru psychické a fyzické zátěže pracovníků v tomto zařízení
- na podmínky, které pracovníci potřebují ve specializovaném domově pro seniory (školení, supervize, benefity, podpora vedení, vztahy na pracovišti, týmová spolupráce apod.)

Zjistit, zda existují významné rozdíly v názorech na způsob péče o klienty u pracovníků obou typů domovů pro seniory (standardních i specializovaných).

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 Alzheimerova choroba

### 1.1 Definice Alzheimerovy choroby

*„Jestliže bychom za počátek výzkumu Alzheimerovy nemoci chápali objev senilních plak, pak začal roku 1892, kdy je popsali Blocq a Marinesco. Obvykle se však počítá od Alzheimerovy přednášky 1906 nebo uveřejnění jeho práce v roce 1907.“* (Koukolík, Jirák, 1998)

Demence je souborem příznaků. Vzniká následkem chronického nebo progresivního onemocnění mozku, při němž bývá narušeno mnoho vyšších korových funkcí, jako paměť, myšlení, orientace, chápání, uvažování, schopnost učení, řeči a úsudku, vědomí není zastřené. Dochází k poruše kognitivních funkcí doprovázené, někdy také předcházené, zhoršením kontroly emocí, sociálního chování nebo motivace (Ressner, 2004).

Demence může být způsobena celou řadou onemocnění. Ve většině případů jde o Alzheimerovu nemoc (50%), dále vaskulární demenci (10-20%) a demenci s Lewyho tělísky (Ressner, 2004).

Alzheimerově chorobě se po dlouhou dobu nepřikládala takový význam, jaký si ve skutečnosti zaslouhovala. Z počátku byla zajímavá zejména pro odbornou veřejnost. Pozornosti se dostalo především těm případům Alzheimerovy nemoci, jež se objevily v mladším věku (forma s časným začátkem do 65 let věku). V pozdějším věku byla demence podceňována, přičítala se stáří, hovořilo se nejčastěji o „skleróze“ (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol., 2007).

Při Alzheimerově nemoci dochází k tvorbě amyloidu s usazováním nerozpustné bílkoviny amyloidu beta v mezibuněčném prostoru mozkové tkáně. Takto vznikají neuritické (senilní plaky) tvořené především amyloidem beta 40 a beta 42. Mezi další typické histologické projevy patří nitrobuněčná neuronální klubka (tangles) z fosforylovaného proteinu tau (Hosáková a kol., 2007).

Alzheimerova choroba vede k rychlejší atrofii mozku, než při normálním stárnutí. Toto je podmíněno zmenšením velikosti mozkových buněk a snižováním jejich počtu, a to zejména ve spánkovém a temenním laloku (Hosáková a kol., 2007).

Rozlišujeme diagnózu pravděpodobné, možné a jisté Alzheimerovy nemoci. Definitivně bývá diagnóza Alzheimerovy nemoci potvrzena až histologicky. Pokud se objeví typické

klinické příznaky, je stanovena pravděpodobná diagnóza. Mezi její kritéria patří klinické vyšetření doložené některým z testů demence a potvrzené neuropsychologickým vyšetřením, porucha dvou nebo více poznávacích funkcí, progresivní zhoršení paměti nebo jiných poznávacích funkcí, není porucha vědomí, onemocnění začíná ve věku 40-90 let a není přítomno jiné systémové onemocnění mozku, které by mohlo vysvětlit dané příznaky. Možná diagnóza se uvádí v případě atypických příznaků nebo v případech kombinovaných dalšími systémovými chorobami (Koukolík, Jiráček, 1998).

Jinak vyložila definici demence Alzheimerova typu J. M. Zgola. Ve své knize „Úspěšná péče o člověka s demencí“ definici rozebírá z hlediska pečovatele, který musí rozumět funkčním a behaviorálním účinkům demence, aby vytvořil vztah vzájemné spolupráce. Zamýšlí se nad několika komponenty, které plynou z definice. Za prvé jsou to poruchy získané, které se objevují u lidí dospělých, kteří získali dospělé zkušenosti a plnili role dospělých jedinců. Přestože osoba přichází o dovednosti, které podporovaly její dospělé fungování, její „dospělé“ vědomí sebe sama se nemění. Pozitivní vztah se vyvine a udrží, když budeme toto vědomí uznávat a respektovat. Druhým důležitým prvkem definice je nezvratitelnost pacientova stavu. Nemocnému se může občas nebo za určitých okolností dařit lépe, ale duševní nezpůsobilost přetrvává. Je možné vytvořit podpůrnou síť, jež osobě pomůže celkem dobře fungovat, což může být umožněno i souhrou příznivých okolností. Třetím důležitým prvkem je nepomíjivost nemoci. Při demenci dochází u postižené osoby ke ztrátě pronikající všemi aspekty života. Není přítomen žádný fyzický handicap, ale přesto člověk není schopen uspořádat věci, uvařit si, vyznat se v bankovních výpisech a později při postupu nemoci se nedokáže umýt, vykoupat, ani se sám najíst. Demence je filtrem, který ovlivňuje jak informaci doručovanou, tak odesílanou. Nemoc přetváří obraz, který osoba o světě dostává, a také způsob, kterým vyjadřuje své reakce (Zgola, 2003).

## 1.2 Projevy nemoci

Příznaky Alzheimerovy nemoci jsou kognitivní a nekognitivní. Demence není omezena jen na kognitivní poruchy, které nemusí být hlavním problémem, jenž trápi pacienta a jeho okolí a zhoršuje jejich kvalitu života. Cílem léčby by mělo být zlepšení kvality života.

V komplexním pojetí demencí je souhrn příznaků a potíží vnímán jako triáda:

- A activities of daily living (aktivity denního života)
- B behavioural changes (změny chování)
- C cognition (kognitivní funkce)

Na počátku se může objevovat porucha nálady a současně, nebo později, dochází k postižení kognitivních funkcí a funkční autonomie. Dále nastupují neuropsychiatrické symptomy, posléze se zhoršuje hybnost s progresivní rigiditou, akinezií, instabilitou v chůzi a stojí. Ztráta postihuje postupně i základní dovednosti, hygienické návyky, schopnost samostatně jíst, časem se objeví inkontinence moči a stolice a v konečných stádiích Alzheimerovy demence nemocný umírá, plně odkázán na péči svého okolí. Příčinou smrti bývají obvykle interkurentní infekce, nebo následky úrazů a pádů. Choroba trvá od prvních příznaků až k úmrtí průměrně 7-15 let (Ressner, 2004).

### **Kognitivní poruchy**

K poruchám kognitivních funkcí se řadí poruchy paměti a učení, poruchy vizuospaciálních funkcí, orientace, úsudku, korových symbolických funkcí (afázie, agnozie, apraxie), exekutivních (výkonných) funkcí (plánování, organizování, následnosti, abstrakce).

Alzheimerova nemoc je typická plíživým začátkem a chronicky progredujícím průběhem. Nejdříve dochází k postižení paměti, jejíž porucha je hlavním rysem nemoci. Před manifestací Alzheimerovy demence se často objevuje porucha Mild Cognitive Impairment (MCI, mírná kognitivní porucha), jde o poruchu paměti, ale zatím ne ještě o demenci. Ve 12-18 % ročně přechází dle epidemiologických dat MCI do počátečního stadia AD. Poruchy paměti se projevují v **krátkodobé paměti a vštípivosti**. Pacienti si nezapamatují nové skutečnosti.

V některých případech může onemocnění začít **poruchami vizuospaciálních funkcí** (prostorové orientace, vizuomotorické koordinace, konstruktivní apraxie a dalších funkcí převážně nedominantní hemisféry). Někdy se mohou objevit ještě dříve než poruchy paměti. Pacientům to působí časněji problém s orientací ve známých prostorech, mají potíže také v testech kreslení např. překrývajících se pětiúhelníků, ciferníku hodin nebo krychle apod., což se používá v testech kognitivních funkcí. Bývá narušena i orientace v čase, pro pacienta je těžké odhadnout denní dobu, toho se využívá v jednom z testů škály ADAS (*Alzheimer's Disease Assessment Scale*). ADAS je jedna z komplexních škál na posuzování tíže Alzheimerovy choroby.

V počátcích onemocnění si nemocní uvědomují své postižení, postupně ale tento náhled ztrácejí, nedokáží odhadnout své schopnosti a míru svého selhávání. U Alzheimerovy nemoci se může objevit i postižení frontálních exekutivních funkcí, z nich například poruchu plánování činnosti můžeme pozorovat u Testu hodin, kdy pacient mívá potíže

s rozvržením jednotlivých kroků kresby, někdy i problémy s umístěním obrázku na plochu papíru. Naopak přetrvávající schopnost plánování může zakrýt poruchu vizuospeciálních funkcí, kdy si pacient nejdříve umístí čísla 12-6-9-3 v základních směrech číselníku a doplnění ostatních čísel je pro něj jednodušší. Pokud má takový pacient opakovat kresbu bez tohoto manévru a napsat čísla za sebou jak jdou v číselné řadě, není toho schopen. Často pokračuje v číselné řadě i čísly, která na ciferníku již nejsou. Pacienti s těmito poruchami kresby hodin mívají často ještě zachovanou schopnost přečíst z hodin správný čas. Pro pozdní fáze AD jsou typické fatické poruchy, od amnestické afázie až po typy prakticky všech druhů afázií. Další poruchou symbolických funkcí je agnozie, při níž mívají pacienti potíže s rozpoznáváním předmětů, lidí a jejich obličejů (prozopagnozie).

### **Nekognitivní poruchy**

První pacientka s Alzheimerovou nemocí, o které se zmiňuje v původní práci Alois Alzheimer, měla poruchy, které jsou nyní označovány jako non-kognitivní neuropsychiatrické symptomy nebo behaviorální poruchy. Behaviorální poruchy můžeme označit jako chování, které může pacienta znepokojovat nebo mu způsobovat potíže, stejně jako pečovateli či jiným osobám v okolí pacienta.

Přehled symptomů Behaviorálních a psychologických poruch u demencí (BPSD = *Behavioral and Psychological Symptoms in Dementia*):

- toulání (po bytu/domě, mimo byt/dům, při doprovodu pečovatele...)
- agresivita (verbální, fyzická)
- poruchy stravování (anorexie, bulimie, pica, změny v chutích)
- apatie
- agitace
- desinhibice – sexuální desinhibice (odtlumení zábran)
- vokalizace – sténání, křik
- afektivní poruchy (deprese, anxieta, mánie)
- poruchy vnímání (halucinace, iluze), poruchy myšlení (bludy)

NPI je škálovací systém k posouzení jednotlivých nejdůležitějších symptomů BPSD.

### **Aktivita denního života**

Poruchy kognitivní i nekognitivní se projevují v aktivitách denního života. Pacient selhává při komplexních činnostech, při práci v zaměstnání, řízení auta, vaření, domácích pracích, sebeobsluze, hygienických návyků a dovednostech, chůzi. Jak se nemoc vyvíjí a

pokud se pacient dožije pozdních stádií choroby, přichází o vzpomínky, o větší i drobné dovednosti, o orientaci časem i místem. Je neschopen opustit byt, později místnost a pak i lůžko, často nebývá schopen ani identifikovat sám sebe, a také své blízké v rámci agnozie. Není schopen naučit se i jednoduchou dovednost, či vštípit si i jen drobnou vzpomínku, zformulovat myšlenku nebo vyjádřit své přání. Časem je plně závislý na svém okolí, zejména později s rozvojem neschopnosti nezávislého pohybu. (Ressner, 2004)

### **1.3 Stadia nemoci**

Alzheimerova choroba probíhá ve třech odlišných stádiích. Každé z nich je charakteristické jinými specifickými příznaky a některé z nich se mohou objevit v kterémkoli stadiu, zatímco jiné se neprojeví vůbec. Přejchod mezi jednotlivými stadii může trvat i několik let.

#### **První stadium (lehká demence)**

Pouze mírné a často přehlédnutelné příznaky:

- zhoršování paměti (zejména pro zcela nedávné události)
- přechodná časová dezorientace (neschopnost vybavit si, jaký je den, měsíc a rok)
- prostorová dezorientace (neschopnost poznat známá místa – nemocný např. nepoznává ani to, že je ve vlastním bytě)
- ztráta iniciativy a průbojnosti
- obtížné hledání slov

Protože si nemocní tyto příznaky ještě uvědomují jsou jimi vystrašeni, uvedeni do rozpaků a deprimováni.

#### **Druhé stadium (středně těžká demence)**

Projevuje se příznaky a problémy, které již nemocnému brání provádět mnoho běžných každodenních aktivit.

- významné výpadky paměti (včetně jmen členů vlastní rodiny)
- snížená schopnost postarat se sám o sebe (nutnost pomoci např. při mytí nebo oblékání)
- časté případy, kdy se nemocný člověk ztratí nebo zabloudí i na známých místech
- zhoršování řečových schopností
- halucinace (bludy).

### **Třetí stadium (těžká demence)**

Projevuje se úplnou závislostí nemocného na pomoci. Úroveň kognitivních poruch (vjemových) vede k významnému rozkladu celé osobnosti.

- obtíže při příjmu potravy, nutnost pomoci další osoby
- neschopnost poznat přátele, a dokonce i členy vlastní rodiny
- obtíže s chůzí (někdy až upoutání na lůžko)
- neudržení moči anebo stolice
- významné poruchy chování (Holmerová, Jarolímová,, Nováková, 2004).

Ve své strategii P-PA-IA, která vznikla v rámci projektu Kooperace pro jakost podpořeného Evropským sociálním fondem, státním rozpočtem a rozpočtem hlavního města Prahy v rámci JPD 3, Česká alzheimerovská společnost popisuje péči o lidi postižené syndromem demence. Vychází ze skutečnosti, že lidé v různých stádiích Alzheimerovy choroby mají rozdílné potřeby, na které je v péči třeba reagovat. V této strategii jsou stádia Alzheimerovy nemoci rozpracována zejména podle míry pomoci, kterou nemocný potřebuje.

(P - podpora, poradenství, pomoc /prostředí pro péči, paliativní přístup/, PA – programové aktivity, IA – individualizovaná asistence, individualizované aktivity)

### **Stádium P-PA-IA 1 (počínající a mírná demence)**

Pro toto stádium je typické, že lidé jsou ještě relativně soběstační (s určitou větší či menší dopomocí a službami) a aktivní. Mohou určitou část dne či týdne trávit samostatně. Stačí jim pomoc pečovatelské služby nebo občasný dohled a dopomoc rodinných příslušníků, telefonická konzultace, různé návody a upomínky (kterým zatím rozumějí) a podobně. Zpravidla si uvědomují svůj stav, a z toho vzniká deprese a pocity nejistoty. Toto stádium dosahuje přibližně stupni 2 až 4 Reisbergovy škály.

Zásady pro stádium P-PA-IA 1:

- **stanovit správně a včas diagnózu**
- **zavést adekvátní farmakologickou terapii** (pokud je indikována)
- **seznámit nemocného s pravděpodobnou prognózou onemocnění.** Sdělení diagnózy musí být věnována dostatečná pozornost a dostatek času ze strany lékaře. Lékař musí umět zodpovědět dotazy pacienta.

- **naplánovat budoucí postup léčby a péče, s pomocí lékaře do něj zahrnout předem vyslovená přání nemocného.** V této fázi onemocnění se může člověk trpící demencí rozhodnout pro další postup v případě progresu onemocnění.
- **uspořádat právní záležitosti a přijmout rozhodnutí.** Člověk v této fázi demence má být natolik informován, aby mohl uspořádat záležitosti, které považuje za důležité, a má přijmout rozhodnutí, jichž nebude schopen v dalších fázích onemocnění.
- **Podpora, psychologická pomoc, poradenství.** Nemoc přináší potřebu podpory a poradenství (například ze strany České alzheimerovské společnosti), i profesionální psychologické pomoci.

### **Stádium P-PA-IA 2 (středně pokročilá a rozvinutá demence)**

V tomto stádiu se nejčastěji uvažuje o možnosti a potřebě poskytování péče v sociálních zařízeních. Druhé stádium trvá u Alzheimerovy choroby 2-10 let a dochází při něm k omezení soběstačnosti, dezorientaci, potřebě pomoci v jednotlivých denních aktivitách a potřebě trvalého dohledu. Lidé v tomto stádiu mohou provádět určité aktivity, kvalita jejich života je dobrá či velmi dobrá, jsou schopni radovat se z určitých aktivit či skutečností, které ještě vnímají, komunikace většinou nečiní potíže. Zapojují se do aktivizačních programů, což jim prospívá. Nevyskytují se u nich, nebo jsou na zvladatelné úrovni, závažné poruchy chování (neklid, agitovanost, agresivita atd.) či jiná psychologická symptomatologie (halucinace). Pacienti v tomto stádiu dosahují úrovně 4-5 Reisbergovy škály.

Zásady pro toto stádium:

- **k pobytu v zařízení nesmí dojít bez souhlasu člověka s demencí.** Souhlas může být vyjádřen písemně anebo chováním nemocného.
- **v případě nesouhlasu je třeba situaci řešit (například institutem detenčního řízení)**
- **upravit a dodržovat pravidelný denní rytmus nemocných a zapojovat do programových aktivit (PA) – podle jejich individuálních možností.** Pravidelný režim vede to k vytvoření řádu v péči. Jeho přínosem je zaujetí aktivitami, vedení k soběstačnosti, zkvalitnění života a podpora důstojnosti, zachování normálního denního rytmu, kdy je den vyplněn aktivitami a noc odpočinkem. Stejný princip je vhodné uplatňovat i při péči rodinných příslušníků. Ti mohou díky zachování



normálního denního režimu péči poskytovat co nejdéle. Stejný efekt má plánování aktivit pro lidi s demencí také v zařízeních, kde je základem pro trvalou péči o lidi s demencí. Takto je možné pečovat i o více lidí najednou v rámci denních aktivit. Lze tak zachovat co nejkvalitnější noční odpočinek pro všechny obyvatele.

- **zachovávat soběstačnost prostřednictvím sebeobslužných činností** (ranní a večerní toaleta, pravidelné stolování) a dalších aktivit, které zkvalitňují život a tvoří rovněž náplň dne.
- **využívat nefarmakologické přístupy** (kinezioterapie, vycházky, kognitivní rehabilitace, senzorická stimulace, reminiscence a podobně), od nichž lze na základě množících se vědeckých důkazů očekávat pozitivní efekt na zachování soběstačnosti, fyzické kondice i prevenci poruch chování.
- **zabezpečit adekvátní prostředí, odpovídající technické vybavení, pomůcky a personální obsazení**, pokud nemocní v tomto stádiu využívají denní stacionář nebo péči pobytových zařízení

### **Stádium P-PA-IA 3 (těžká demence, demence komplikovaná poruchami chování)**

V tomto stádiu je potřebné zajištění zdravotní (zdravotně-sociální), dlouhodobé péče (*long term care*). Jde o stádium pokročilé a těžké demence a o ty formy demence, které jsou komplikovány poruchami chování. Nemocní v této fázi nemoci dosahují stupně 6 a 7 Reisbergovy škály.

Zásady pro toto stádium:

- **je nutná individualizovaná asistence a aktivity individualizované** podle potřeb klientů, protože onemocnění progredovalo natolik, že nejsou schopni se podílet na režimu programových aktivit
- **programové aktivity již pro nemocné v tomto stádiu nejsou přínosné**, naopak je příliš zatěžují a spíše působí dyskomfort
- **bývá významně omezena verbální komunikace, což zvyšuje nároky na schopnost personálu komunikovat s člověkem s demencí neverbálně.**
- **potřeba kvalifikovaně analyzovat příčiny poruch chování**, které mohou být způsobeny somatickou symptomatologií (bolest, dyskomfort, dehydratace, zácpa, retence moči atd.)

- **je třeba šetrně a kvalifikovaně rehabilitovat a eventuálně imobilního pacienta polohovat**
- **zajistit adekvátní příjem potravy, výživu a hydrataci**, vzhledem k častým poruchám polykání
- při péči v zařízeních je nutná **trvalá (24 hodin) přítomnost (v noci dostupnost) kvalifikovaného zdravotnického personálu (samostatně pracujících sester zaškolených v problematice demencí), nutné je zajistit dostupnost lékaře**

Ale i pro lidi v tomto stádiu demence může být přínosné se do denních aktivit zapojovat, jestli-že s tím souhlasí a je to pro ně prospěšné.

### **Stádium terminální**

Demence je stav, který zkracuje život a onemocnění, jež ji způsobují, jsou zpravidla onemocnění terminální. Terminální stádium trvá několik týdnů a je typické ztrátou schopnosti komunikovat (komunikace bývá neverbální a omezená na minimum), nemocný bývá imobilní (došlo k úbytku svalstva), příjem potravy a tekutin bývá obtížný zejména pro poruchy polykání, nemocný je úplně inkontinentní a objevuje se další somatická symptomatologie. Pacienti mívají bolesti v důsledku kontraktur, nepohodlné polohy i v důsledku somatických poruch.

Oddělení paliativní péče a péče o ošetrovatelsky náročné pacienty by se od oddělení P-PA-IA 3 mělo lišit **vyšším počtem kvalifikovaného zdravotnického personálu, pomocného personálu a každodenní dostupností lékaře** (projekt Kooperace pro jakost, ČALS).

## **1.4 Diagnostika nemoci**

Vzhledem ke značnému pokroku v diagnostice Alzheimerovy nemoci jsem se uchýlila v této kapitole k odbornému neurologickému periodiku „Neurologie pro praxi“, které lze najít i na internetových stránkách [www.neurologiepropraxi.cz](http://www.neurologiepropraxi.cz). V této práci autoři vycházejí z revize *European Federation of Neurological Societies (EFNS) guidelines* (Waldemar et al., 2007) doplněné o aktuální poznatky a zmínky o českých specifikách, které byly prezentovány v původním doporučení Kognitivní sekce České neurologické společnosti (Ressner et al., 2008).

Vzhledem k tomu, že určení definitivní diagnózy vyžaduje neuropatologické potvrzení, může být klinická diagnóza jednotlivých typů demence stanovena pouze pravděpodobně,

protože potvrdit definitivní diagnózu lze pouze neuropatologicky. Dosud neznáme žádný specifický biologický marker pro degenerativní demence, s výjimkou krajně vzácných autozomálně dominantních demencí.

Nejnověji se diagnostika Alzheimerovy nemoci opírá o průkaz poruchy epizodické paměti v kombinaci s přítomností abnormálního výsledku alespoň v jednom z pomocných vyšetření. Mezi tato vyšetření patří magnetická rezonance mozku, kde zjišťujeme atrofii hipokampu, dále v mozkomíšním moku prokazujeme změněné koncentrace proteinů tau, fosfotau nebo betaamyloidu a na pozitronové emisní tomografii (PET) bývá prokazatelný temporoparietální hypometabolismus, provádí se také SPECT hypoperfuze (Ressner et al., 2008).

### **Doporučení k anamnéze**

Účelem anamnézy je zjistit, které kognitivní oblasti byly postiženy a v jakém časovém sledu. Také musí upřesnit nástup projevů, charakter progresu a především dopad na každodenní aktivity. Důležité je zjistit prodělaná onemocnění, současná přidružená onemocnění, rodinnou anamnézu a vzdělání. Protože bývá přítomen kognitivní deficit a často anozognozie (neschopnost uvědomit si své onemocnění) měla by být anamnéza vždy doplněna informacemi od třetí osoby.

### **Doporučení pro neurologické a fyzikální vyšetření**

Pacienti s podezřením na onemocnění s demencí by měli projít základním neurologickým a fyzikálním vyšetřením. V případě časně Alzheimerovy nemoci je většinou neurologické vyšetření bez patologického nálezu. Ale u dalších poruch s demencí bývá přítomnost neurologických symptomů, důležitou součástí diagnózy.

### **Doporučení pro hodnocení kognitivních funkcí**

Zhodnocení kognitivních funkcí je zásadní pro diagnostiku demencí a je doporučeno vyšetření u všech pacientů. K včasnému zachytu demence se provádí krátký test kognitivních funkcí tzv. *Mini Mental State Examination* (MMSE) (Folstein et al., 1995)

Z dalších škál se doporučuje screening MOCA (*Montreal Cognitive Assessment*), který je možné stáhnout přímo v češtině na internetové stránce [www.mocatest.org](http://www.mocatest.org). Podrobnější je Addenbrookský kognitivní test (*Addenbrook Cognitive Examination* (ACE) test), který je možné najít na stránkách [www.kognice.cz](http://www.kognice.cz).

### **Doporučení pro soubor vyšetření kognitivních funkcí**

Celková míra kognitivního deficitu

K zjištění kognitivní poruchy se využívá test MMSE. Zvláště vhodné je opakování tohoto testu, kdy prokazujeme pokles skóre v čase, a tím jeho senzitivita narůstá. Ke skríningu je vhodnější použít test ACE, ten je sice časově náročnější, ale MMSE je v něm obsažen, což je výhodné pro případ, kdy skóre v MMSE je kritériem pro indikaci účinné symptomatické léčby. Rozlišovací schopnost Sedmiminutového vyhledávacího testu je 96% a senzitivita 92% pro diagnózu demence. Na exekutivní funkce se zaměřuje více Mattisova škála demence, která je časově náročnější. Vhodnější je tedy pro hodnocení a sledování u FTD a subkortikálních demencí (Ressner et al., 2008).

#### Paměťové funkce

K diagnostice demence je nutné prokázat postižení krátkodobé paměti. Musí se však vyloučit vliv deprese, úzkosti a dalších emočních stavů na kognitivní výkon. Základní vyšetření lze provést pomocí sedmičkového testu.

#### Řeč

Hodnocení řečové funkce se provádí pomocí testu slovní plynulosti, testu pojmenování obrázků, rozlišení slov a obrazů nebo Bostonského testu. Často jsou řečové funkce narušeny např. u Alzheimerovy nemoci a frontotemporální demence (FTD).

#### Exekutivní a frontální funkce

Exekutivní nebo další frontální funkce bývají postiženy u některých typů demence. Projevují se sníženou plynulostí řečového projevu, stereotypiemi, echolálií, setrváváním v rigidních mentálních vzorcích. Typické je porušené vybavování paměťové stopy, ale je zachovalá schopnost kódování a ukládání informací. Závažnost porušení exekutivních funkcí se odráží ve schopnosti vykonávat běžné denní aktivity.

Exekutivní schopnosti je možné hodnotit řadou testů, jako je např. Wisconsinský test třídění karet, test cesty (*Trail Making Test*), Stroopův test, testů slovní plynulosti (verbal fluency test). Frontální schopnosti jsou hodnotitelné např. FAB (*Fronta Assessment Battery*) a behaviorální poruchy odhalí test NPI (*Neuropsychiatric Inventory*) (Ressner et al., 2008).

#### Symbolické funkce

Zejména při postižení mozkové kůry (typicky u AN, FTD, LBD) dochází k postižení symbolických funkcí: řeči, čtení a psaní, praxie (obratnosti), gnostických funkcí (poznávacích) a zrakově-prostorových a konstrukčních schopností.

## **Doporučení pro hodnocení behaviorálních a psychiatrických symptomů (BPSD)**

Behaviorální a psychiatrické symptomy jsou běžné u pacientů s demencí a významně zatěžují pacienta i jeho okolí. Jejich přítomnost může pomoci s diferenciální diagnostikou, např. zrakové halucinace se vyskytují u LBD (McKieth et al., 2005), ale desinhibice (odstranění zábran), nedostatek osobního zájmu a časné změny osobnosti jsou typické pro FTD (Neary et al., 1998).

Pro AN je nejčastěji typická apatie (72%), následovaná agresivitou/neklidem (60%), úzkostí (48%) a depresí (48%) (Gustavson a Cummings, 2004). Během onemocnění postupně nastupují symptomy BPSD, např. apatie, deprese a úzkost se objevují časně v průběhu AN, zatímco přeludy, halucinace a neklid se vyskytují ve středních a pozdních stádiích. Často jsou symptomy BPSD příčinou umístění pacienta do zařízení. Mezi tyto symptomy patří apatie, netečnost, deprese, neklid, agresivita, úzkost, halucinace, iluze, bezcílné aktivity, stereotypní chování, poruchy spánku, euforie, hyperpolarita a desinhibice.

K hodnocení BPSD se používá *Neuropsychiatric Inventory* (NPI), BEHAVE-AD. (Gustavson a Cummings, 2004).

## **Doporučení pro hodnocení aktivit každodenního života**

Součástí diagnostického procesu je hodnocení aktivit denního života, protože zhoršování soběstačnosti je charakteristickým průvodním jevem demencí. Nejlepším způsobem hodnocení je částečně strukturovaný pohovor s pečovatelem. Do aktivit denního života patří jak základní činnosti (např. jídlo, oblékání) tak instrumentální činnosti (např. používání různých zařízení, nakupování, cestování) (Ressner et al., 2008).

## **Doporučení pro zobrazovací metody**

Dříve se zobrazovací metody používaly pouze k vyloučení léčitelných příčin demence, což se týkalo jen omezeného počtu případů demence. Dnes je nejdůležitějším pomocným vyšetřením u demencí zobrazení nervového systému, protože napomáhá diferenciální diagnostice a při výběru vhodné léčby. Nález strukturálních vyšetření u neurodegenerativních onemocnění bývá obvykle chudý, proto je nelze doporučit jako rutinní kritéria zejména bez souvislosti s klinickým obrazem onemocnění (Ressner et al., 2008).

Jako základní strukturální vyšetřením pacienta s podezřením na demenci se používá CT. V případě nejasného nálezu na CT nebo v případě pochyb o etiologii onemocnění se provádí vyšetření MR mozku. Na té je specifickým ukazatelem procesu AN hipokampální atrofie (DeCarli et al., 1995; Clarfield, 2003).

SPECT a PET mozku je možné použít tam, kde klinické hodnocení a strukturálním vyšetření není dostatečně průkazné. K diferenciaci LBD a AN může pomoci SPECT, protože nízká aktivita dopaminového transportéru ve stratu se vyskytuje u idiopatické Parkinsonovy choroby, LBD a PSP, MSA, CBD ale ne u AN (McKeith et al., 2005).

## 1.5 Léčba

*„Dementia zpravidla prochází (v závislosti na příčině, která ji způsobuje) jednotlivými stádii funkčního postižení a potřeby péče. Přes tuto charakteristiku a zpravidla dlouhodobě nepříznivou prognózu onemocnění způsobujících demenci, je možné adekvátní podporou, léčbou a péčí zachovat po dlouhou dobu uspokojivou kvalitu života lidí trpících syndromem demence stejně jako jejich rodinných příslušníků. Právě kvalita života člověka s demencí i jeho rodiny, zmírnění trýznivých symptomů a podpora důstojnosti jsou cílem správného managementu demence.“* (Strategie České alzheimerovské společnosti, 2008).

Současná farmakoterapie dokáže pozastavit onemocnění a po určitou dobu zachovat soběstačnost klienta a dobrou kvalitu života. Zároveň mírní i ostatní psychické symptomy. V komplexní péči o pacienty s demencí nemůžeme opomenout přístupy nefarmakologické, které jsou rovněž významné pro zachování kvality života a soběstačnosti i ke zmírnění poruch chování nemocného. Aby byla péče komplexní, je nutné zajistit bezpečné a vhodné prostředí (Strategie České alzheimerovské společnosti, 2008).

### 1.5.1 Farmakologická léčba

Farmakologická léčba Alzheimerovy choroby se zabývá léčbou kognitivních poruch a léčbou nekognitivních poruch. Už samotná léčba kognitivních poruch má kladný vliv i na nekognitivní poruchy.

Farmakoterapie kognitivních poruch

*„Opakovanými klinickými studiemi byla prokázána a ověřena účinnost pouze u léčiv ze skupiny inhibitorů acetylcholinesterázy (iAChE) a u těžkých stadií AD byl prokázán efekt blokátoru monotropních receptorů excitačních aminokyselin memantinu (Ebixa).*

*Inhibitory acetylcholinesterázy ovlivňují porušenou acetylcholinergní transmissi u AD. Navíc ovlivňují tvorbu  $\beta$ -amyloidu, na jehož tvorbě se podílejí mozkové cholinesterázy. U nás, i ve většině zemí světa, jsou používány v současné době tři látky ze skupiny iAChE: donepezil, galantamin, rivastigmin. Donepezil (Aricept) je čistý inhibitor AChE, galantamin (Remimyl) je inhibitor AChE a alosterický modulátor nikotinových receptorů*

acetylcholinu, rivastigmin (Exelon) je dualistický inhibitor AChE a butyrylcholinesterázy (BChE). Inhibitory AChE jsou indikovány především u lehkých a středně těžkých stadií AD. Memantin, jak již bylo uvedeno je indikován i těžkých stadií AD.“ (Ressner, Hort, Rektorová, Bartoš, Rusina, Línek a Shearedová, 2009).

#### Farmakoterapie nekognitivních poruch – léčba BPSD

„V léčbě deprese u AD jsou farmakem první volby antidepressiva ze skupiny SSRI (selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu). SSRI jsou léky, o kterých máme nejvíce informací při léčbě deprese BPSD u AD. Jedná se o citalopram (např. Citalec, Seropram), fluoxetin (např. Deprex, Floxet, Portal, Prozac), fluvoxamin (Fevarin), paroxetin (Seroxat), sertralin (Zoloft). Můžeme také v indikovaných případech použít antidepressiva ze skupiny inhibitorů monoaminoxidázy-A (RIMA) moclobemid (Aurorix), nebo ze skupiny antidepressiv 4. generace, jako jsou např. mirtazapin (Remeron), venlafaxin (Efedrin). V zásadě se vyhýbáme lékům, které mají anticholinergní aktivitu a tím mohou zhoršit kognitivní deficit nebo mohou působit jako delirogeny. Nežádoucí účinky mohou vznikat velmi snadno na fragilním terénu AD. Z těchto důvodů zásadně neužíváme antidepressiva ze skupiny tricyklických antidepressiv, jako je např. amitriptylin (Amitriptyllin), dosulepin (Prothiaden).“ (Ressner, Hort, Rektorová, Bartoš, Rusina, Línek a Shearedová, 2009).

„U poruch BPSD spojených s agresivitou, agitovaností nebo poruchami vnímání a myšlení, užíváme antipsychotika nové generace, tzv. atypická neuroleptika (např. haloperidol, chlorpromazin) jsou u pacientů s AD nevhodná pro jejich neselektivitu, zejména jejich anticholinergní efekt. K haloperidolu se uchylujeme jen u stavů masivního neklidu, kde byla jiná léčba neúčinná. Z atypických neuroleptik byly testovány zejména tiaprid (Tiapridal), olanzapin (Zyprexa), risperidon (Risperdal, Rispen). Uvedená antipsychotika jsou užívána při agresivitě, neklidu, toulání, při přítomnosti psychotické produkce (bludy, halucinace), desinhibici, vokalizaci.“ (Ressner, Hort, Rektorová, Bartoš, Rusina, Línek a Shearedová, 2009).

„U poruch spánku a při anxiety používáme přiměřené dávky atypických neuroleptik, ve snaze vyhnout se užití benzodiazepinů, u kterých je riziko zhoršení kognitivních funkcí u AD.“ (Ressner, Hort, Rektorová, Bartoš, Rusina, Línek a Shearedová, 2009).

## 1.5.2 Léčba nefarmakologická

Nefarmakologická léčba se snaží o aktivizaci a stimulaci pacienta. Pomocí rehabilitačních programů se u pacientů Alzheimerovou chorobou snažíme udržet kognitivní a fatické funkce a reedukovat základní aktivity běžného života. K reedukaci můžeme použít počítačové programy, které jsou k tomu zvláště vyvinuty. Vhodným přístupem můžeme snížit pacientovu úzkost, kterou mívá zvýšenou ve strachu ze selhání a z nejistoty. Snížením napětí a úzkosti můžeme zvýšit výkonnost pacienta a zlepšit jeho koncentraci a výkon v paměťových funkcích. Pro pacienty s Alzheimerovou demencí je důležitý pocit jistoty a podpory (Ressner, 2004).

Detailněji rozpracovaná je nefarmakologická léčba v knize „Péče o pacienty s kognitivní poruchou“, která vznikla v rámci projektu Centrum praktického vzdělávání ve zdravotně sociálních službách, za podpory Evropského sociálního fondu a státního rozpočtu hlavního města Prahy.

Motivovat pacienty s demencí k různým aktivitám nebývá v praxi někdy jednoduché. Staří lidé jsou často pasivní, apatičtí a dochází u nich k oploštění emocí. Je pro ně těžké bezvýhradně se nadchnout pro nějakou věc. Navíc také mívají výrazně ochuzenou fantazii, proto je motivovat k nějaké tvůrčí činnosti bývá pro personál opravdu problém.

Například v domovech pro seniory, kde jsou klienti ubytovaní ve svých pokojích a na aktivity chodí dobrovolně, bývají často potíže s malou účastí. Bývá to způsobeno zejména obavou z neznámého, nebo úzkostí z toho, že neobstojí mezi ostatními, případně se zesměšní. Mohou se také bát, že někdo odhalí jejich inkontinenci.

Někdy zůstávají klienti ve svých pokojích a oddávají se svým pesimistickým myšlenkám. Je vhodné, aby terapeut obešel všechny klienty a snažil se je získat pro spolupráci osobně. Všechny terapeutické činnosti při nichž se vytváří nějaké dílo, by měly být užitečné (výzdoba domova, obdarování příbuzných), přispívá to k motivaci klientů. Na místě je i upřímná pochvala za dobře odvedenou práci.

Činnosti by neměly trvat příliš dlouho, protože u demencí dochází ke zhoršení koncentrace. Měly by se střídat, tak aby byly posilovány i další složky osobnosti. V Gerontologickém centru v Praze zařazují do dopoledního programu stabilně skupinovou kinezioterapii a kognitivní rehabilitaci. Odpoledne si klienti vybírají z dalších 2 až 3 činností (např. procházka, arteterapie nebo muzikoterapie).



Pro jednotlivé klienty je nutné činnosti individuálně plánovat podle jejich schopností, dovedností a zájmů tak, aby je zvládali a předešlo se případnému neúspěchu. Při skupinových aktivitách je možné je pro jednotlivé klienty různě modifikovat.

Klienti se aktivit mohou aktivně zúčastňovat nebo je pasivně pozorovat. Mohou probíhat individuálně nebo ve skupinách. Měly by to být činnosti, které posilují lidskou důstojnost a sebeuvědomění, tím že dávají účel a smysl životu člověka obecně, což platí zejména pro klienty s demencí. Pomáhají také v orientaci v čase, protože dělí den na pravidelné úseky.

### **1.5.2.1 Ergoterapie**

Ergoterapie má vést klienty k soběstačnosti a podporovat je v sebeobslužných činnostech. Často se pod tento pojem zahrnují i činnosti arteterapeutické (malování, kreslení, mozaiky, modelování a podobně). Oba druhy terapie se používají a považují za vhodné pro pacienty s demencí. Ergoterapeut musí zjistit v kterých oblastech má klient potíže a na tyto se pak cíleně zaměřuje. Procvičuje s ním praktické činnosti a postupy ke zvýšení svalové síly, koordinace a rozsahu pohybu v kloubu. Spolupracuje s celým týmem na nácvičku všedních denních činností, komunikačních schopností a kognitivních funkcí. Součástí práce ergoterapeuta je i doporučování vhodných kompenzačních a technických pomůcek. Učí klienty nebo rodinné příslušníky tyto pomůcky používat.

### **1.5.2.2 Fyzioterapie**

*„Pokud se jedinec postižený demencí dostane do nemocnice pro akutní onemocnění, které následně postihne jeho pohybový systém (např. stav po CMP, po fraktuře colli femoris, vertebrogenní alogický syndrom), v lékařské zprávě se většinou dočteme, že pacient je částečně nebo úplně imobilní, protože při rehabilitaci nespolupracoval. To znamená daleko větší nároky na péči a pro nemocného jedince nutnost strávit zbytek života na lůžku.“* (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol., 2007).

V knize „Péče o člověka s kognitivní poruchou“ jsou uvedeny zásady, které by měly být při rehabilitační práci s člověkem postiženým demencí dodržovány. Jde především o individuální přístup, s čímž souvisí i mít na pacienta dostatek času. Fyzioterapeuti by se u člověka s demencí neměli střídat.

Spolupracovat při rehabilitaci by měli lékaři, sestry, fyzioterapeuti, ošetřující personál a rodinní příslušníci. Lékaři musí zajistit vhodnou medikaci tak, aby užívané léky svými

vedlejšími účinky neovlivňovaly pohybový systém klienta. Fyzioterapeut by měl zaškolit ošetřující personál ohledně správného polohování, provádění přesunů, správné vertikalizace a nácviku chůze. Klient musí být správně motivován ke spolupráci, ale nesmí být přetěžován.

U klientů s demencí je třeba volit postupy, kde není nutná jejich volní spolupráce. Postup rehabilitace u jednotlivých diagnóz musíme přizpůsobit možnostem pacienta s demencí. Vždy musíme volit individuální přístup a být schopni improvizace. Je vhodné využívat nejen rehabilitační pomůcky, ale i předměty denní potřeby.

Musíme také přihlížet k celkovému zdravotnímu stavu pacienta a individuálně posoudit, zda-li rehabilitace není pro něho již velkou zátěží po stránce fyzické i psychické. Pak je lépe raději volit léčbu ošetrovatelskou – paliativní.

Vhodné jsou zejména techniky, kde není třeba volní spolupráce pacienta: verbální stimulace (jednoduché povely, říkanky, zpívání), manuální stimulace (poklepy, hlazení), měkké techniky, využívání spoušťových bodů, patologických reflexů. Využít lze různé pomůcky - míčky, ježky, kartáče, různé druhy masážních podložek, overball, gymball a další. Je možno použít senzomotorickou stimulaci – aktivaci podkorových center vyvolanou labilní polohou trupu a končetin. Zvláště vhodné jsou techniky využívající vývojovou kineziologii (Vojta, Bobath). U imobilních pacientů se používá pasivní cvičení k protažení zkrácených svalů, šlach, facií. Pacienti s částečně zachovalou pohyblivostí se rehabilitují aktivním cvičením s dopomocí – úpravou svalové dysbalance, protahováním zkrácených a posílením oslabených svalů. V počátečních stádiích nemoci se využívá především aktivní cvičení a aktivní cvičení proti odporu – na posílení svalové síly. Vždy je nutná improvizace s použitím různých pomůcek, motivace příkladem a nápodobou. K tomu je dobré využít cvičení v malém kolektivu. Posilovat oslabené svalové skupiny lze i při běžných denních činnostech. Pacienta je třeba slovně podporovat a jednotlivé úkony opakovat, což vyžaduje velkou dávku trpělivosti.

Pokud chceme pacienta s demencí vertikalizovat, musíme ho nejdříve motivovat a poté jej celým pohybem slovně doprovázíme. Když se vertikalizace podaří, může dojít k automatickému vybavení pohybových stereotypů. Nácvik chůze s kompenzačními pomůckami (hole, francouzské hole) je pro tyto pacienty velice obtížný, proto používáme zpočátku chodítka. S chodítkem má pacient větší stabilitu a zároveň klade menší nároky na koordinaci.

Rehabilitace může být pro pacienta i velkou psychickou zátěží, protože je pro něj těžké soustředit se na zadaný úkol a i jejich psychomotorické tempo je snižené. Protože však

pacienti s demencí nemají obavu z budoucnosti (která ubírá ostatním pacientům energii potřebnou pro regeneraci), často se stane, že imobilní pacient se při neklidu snaží postavit a samostatně se pohybovat. Tyto situace jsou nebezpečné, protože může dojít k pádu a úrazu. K tomu dochází také proto, že pacienti s demencí mají sníženou schopnost vnímat signály z těla, které by je v takovém jednání odradily (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol., 2007).

### **1.5.2.3 Kognitivní rehabilitace**

Kognitivní trénink se zaměřuje na různá cvičení, která zlepšují fungování jednotlivých úrovní poznávacích funkcí (soustředění pozornosti, myšlení, paměti, čtení, psaní apod.). Využíváme čtení s pokusem o zopakování a výklad toho, co jsme přečetli. Cvičíme všechny druhy paměti, zejména krátkodobou, ale i dlouhodobou, sluchovou a zrakovou paměť. Vhodné je trénování početních schopností a řešení jednoduchých slovních úloh. Pomáhá i psaní, udržování mezilidských kontaktů a komunikace s okolím, podpora kulturních a společenských aktivit.

Večer před spaním je dobré zhodnotit a zrekapitulovat události proběhlého dne. Pokud jsou toho pacienti schopni (při lehkých poruchách paměti), je možné luštit s nimi jednoduché křížovky, sudoku, hrát vědomostní soutěže, společenské hry – pexeso, šachy, dáma, scrabble apod. Co nejdéle se snažíme zachovat aktivní životní styl s dostatkem mentální i fyzické aktivity.

Při výrazných poruchách kognitivních funkcí není vhodné klienty stresovat cvičením něčeho, co se již stejně nezlepší. Veškeré aktivity by měly probíhat formou hry a měly by být zaměřeny na procvičování dlouhodobé paměti, která zůstává u klientů s demencí ještě dlouhou dobu zachována. Taková cvičení jsou kognitivní rehabilitací. Využíváme například obecně známé zkratky na kartičkách (např. používané v minulosti), lze použít také kartičky se slovy, z kterých klienti skládají složená slova (kolo-toč). Při četbě můžeme vynechávat některá slova a klienti je doplňují. Používáme také kartičky s obrázky, které na krátkou dobu ukážeme a obrátíme a klienti vzpomínají, co viděli (stejným způsobem můžeme použít i několik předmětů). Předměty můžeme poznávat podle tvaru, např. hmatáním v pytlí. Také je možné napsat několik surovin a klienti vzpomínají, co by se z nich mohlo uvařit. Ke hře můžeme použít také maxipexeso s malým počtem dvojic. Velmi oblíbené je čtení přísloví a pranostik. Terapeut začne číst a klienti dokončují. Podobným způsobem se postupuje při čtení všeobecně známých dvojic nebo přirovnání.

Většinu těchto her lze hrát v menších skupinách, ale je dobré do těchto skupin vždy vybírat klienty s podobným kognitivním deficitem, aby se někteří necítili vyřazení. Také je nutné vhodně volit aktivity, protože nesprávnou volbou příliš těžkých úkolů, můžeme klienty dlouhodobě odradit (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol., 2007).

#### **1.5.2.4 Senzorická stimulace**

Senzorickou stimulaci lze zařadit do kognitivní rehabilitace. Její cvičení může probíhat současně s kognitivní rehabilitací nebo ji můžeme organizovat samostatně.

Příklady:

- Hmatová stimulace – účastníci hmatají různé druhy látek a snaží se vnímat rozdíly v jemnosti povrchu.
- Čichová stimulace – používáme sadu neoznačených kořenek, pacienti hádají o jaké koření jde. Lze spojit s reminiscenční terapií – debatovat na co jej dříve používali apod.
- Zraková stimulace – sada barevných kartiček, terapeut jednu ukáže a pacienti hledají v místnosti předměty stejné barvy, stejně lze použít sadu kartiček s geometrickými tvary (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol., 2007).

#### **1.5.2.5 Orientace v realitě**

*Poruchy chování, dokonce i agresivita mohou být důsledkem toho, že člověk postižený demencí se nedokáže orientovat, porozumět a pochopit smysl stále se měnícího světa, který je obklopuje. Orientace realitou je edukační technikou, která umožňuje pacientovi trpícímu kognitivní poruchou rozumět situacím, které jej obklopují, po dobu co nejdelší. Tato metoda, pokud není užívána citlivě, může ale naopak poruchy chování nebo agresivitu vyprovokovat. Proto je užitečné se s ní v tomto kontextu seznámit blíže (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol., 2007, s. 174).*

#### **Orientace časem, místem, osobou**

Myslím, že mohu napsat, že se tato metoda používá ve většině pobytových zařízení sociálních služeb. Spočívá v tom, že členové ošetrovatelskou týmu průběžně nabízí klientům informace.

Při každém kontaktu klienta oslovujeme příjmením. Každé dopoledne hlásíme rozhlasem kolikátého je a který je den v týdnu. Na všech pokojích mají klienti umístěny

hodiny a malou nástěnku s datem, ročním obdobím a jménem, kdo slaví svátek. Pracovník, který nástěnku obměňuje, vše ještě nahlas opakuje. V průběhu hovoru s klientem, probíráme jeho minulost, kde pracoval a zároveň se zmiňujeme, že se teď právě nachází např. v Geriatrickém centru v Týništi nad Orlicí. Většina klientů je místních nebo z blízkých vesnic, a tak není problém s nimi pohovořit i okolí, kde se co nachází apod. Pokud ke klientovi vedeme návštěvu, oznamujeme mu, kdo za ním přichází. Během dne, když vstupujeme na pokoj zdravíme – dobré ráno, poledne, odpoledne, večer. Nezveme klienty na jídlo, ale na snídani, oběd, večeři atd.

Pokud klienti bloudí v noci, snažíme se s nimi komunikovat v klidu, informujeme je o tom, že je noc a měli by spát. Opakujeme jim, kde jsou, že jsou v bezpečí, nemusí se bát, zavedeme je zpět k lůžku apod.

Dezorientovaným klientům, mluvícím nesouvisle a nelogicky musíme dát najevo zájem, že nás zajímá, co nám chtějí sdělit. Volíme klidný, vstřícný přístup při němž využíváme prostředky verbální i neverbální komunikace. Snažíme se používat jednoduché, srozumitelné věty a slova. Pokud rozumíme, co nám chtěl klient říci, je dobré mu poskytnout zpětnou vazbu. Jestli-že se klientovi nedaří sdělit nám své myšlenky nebo je interpretuje chybně, můžeme je zkusit taktně poopravit. Vždy bychom měli být vstřícní a laskaví a podporovat je. Vždy, když se klientovi něco podaří, měl by být odměněn úsměvem nebo gestem.

*Orientace realitou by neměla primárně sloužit ke korekci pacientových mylných představ, neměla by nabízet převážně negativní sdělení. Neměla by vyvracet pacientovy mylné snahy a marně zaměřené činnosti (hledání rodinného příslušníka). K tomu používáme spíše techniky validace, která v sobě nenesou takové riziko vyprovokování agresivního chování (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol., 2007, s. 176).*

Aby se pacienti s demencí dobře orientovali, potřebují vhodné prostředí, které jim dává pocit jistoty a bezpečí. Nejde o estetickou dokonalost, ale o jednoduchost, přehlednost a útulnost. Moderní a okázalé prostředí často působí na klienta chladně, necítí se v něm dobře a může jej i rozrušovat (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol., 2007).

#### **1.5.2.6 Reminiscenční terapie**

Jde o metodu, která se snaží vybavit starší vzpomínky, aby jejich pomocí aktivizovala nebo motivovala pacienta k další činnosti. Nejde tedy o prosté cvičení paměti.

Před začátkem reminiscenční terapie je dobré znát klientovu sociální anamnézu, jeho historii, co měl rád, kde pracoval, zda rád pobýval v kolektivu nebo byl spíše samotářský. V tomto je často nezbytná pomoc rodiny a přátel klienta. Je dobré pokud rodina přinese fotografie s popisem odkud pocházejí, z kterého období, se jmény osob na fotografiích apod.

Tuto terapii lze provádět individuálně či skupinově. Lze také využít spolupráce rodiny, která se při ní zúčastní a může v ní dále pokračovat. Dobře vedené záznamy z těchto terapií mohou v budoucnu usnadnit další komunikaci s klientem v době, kdy dojde ke zhoršení nemoci nebo k výměně pracovníků. Samotným klientům umožňuje navrátit sebedůvěru, protože si dokáží znovu vybavit svou osobnost v dřívějších souvislostech. Také pečující se mohou obeznámit s osobností klienta před onemocněním, a tak také pochopit jeho současné chování.

### **1.5.2.7 Kinezioterapie**

Kinezioterapie se snaží dosáhnout terapeutických výsledků aktivním pohybem. Nejde o pohyb pracovní, ale o snahu vyvolat pocit somatopsychické pohody. Terapeut pomáhá pacientovi lépe poznat sám sebe a své možnosti. Tento náhled mu umožní dále rozvíjet svou osobnost, lépe kontrolovat své chování a tím zkvalitnit způsob svého života (Hátlová, Suchá, 2005).

*Dostatečná pohybová aktivita ve vyšším věku je předpokladem udržení nezávislosti na cizí pomoci. Zlepšuje adaptační schopnost organismu na zátěž a předchází svalovým atrofiím, předchází vzniku chorob ve stáří* (Holmerová, Jurašková, Rokosová, Vaňková, Veleta, 2006, s. 163).

Pokud provádíme kinezioterapii u pacientů s demencí musíme myslet na to, že se tyto lidé špatně orientují a méně vnímají tělesné signály, které ostatní chrání před přetížením. Volíme tedy jednoduchá dynamická cvičení, která mohou snadno napodobovat. Právě z napodobování tyto klienti nejvíce těží, protože převést slovní pokyn na pohyb je pro ně složitější (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol., 2007).

### **1.5.2.8 Taneční a pohybový program pro pacienty postižené demencí**

*Podle názoru Americké asociace pro taneční/pohybovou terapii „...se jedná o psychoterapeutické využití pohybu v procesu, který působí na zlepšení emoční, kognitivní, sociální i fyzické integrace člověka“. Taneční terapie je nyní uznávanou metodou rozšířenou po celém světě* (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol., 2007, s.206).

Při taneční terapii se nesnažíme dosáhnout, co nejlepší estetické stránky. Jde nám o zlepšení psychické a fyzické pohody klienta. Prostřednictvím taneční terapie se klienti učí nonverbální komunikaci, zlepšují svou náladu, koordinaci pohybu, rovnováhu a svalovou sílu. Zároveň se pohybují ve skupině lidí, s kterými si mají co sdělit. A velmi důležité je, že je tento způsob pohybu opravdu baví.

Taneční terapeutická hodina probíhající v kruhu, je u pacientů s demencí velice prospěšná, mají tak možnost napodobovat terapeuta i sledovat ostatní. Terapeut také vidí všechny pacienty a lépe tak zajistí jejich bezpečí. Sami pacienti při této formě vydrží déle soustředění (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol., 2007).

### **1.5.2.9 Arteterapie**

Arteterapii rozumíme léčbu uměním. Nejčastěji se v terapii využívá léčba výtvarným uměním (arteterapie), hudbou (muzikoterapie), krásnou literaturou (biblioterapie) atd. Používají se umělecké techniky a postupy, jejichž cílem je zlepšit sebehodnocení a sebevědomí pacienta. Obvykle se rozlišují dva proudy:

- Terapie uměním – klade se důraz na léčebný potenciál tvůrčí činnosti
- Artpsychoterapie – kde výtvary a prožitky pacientů jsou dále psychoterapeuticky zpracovány

U seniorů se používá zvláště malování na velké plochy, na květináče, na hedvábí nebo otiskování listů či dlaní. Z textilních technik se často vyrábějí polštářky, jehelníčky, textilní koláže a provádí se batikování. Obvyklá je i práce s papírem, vystřihování, lepení papírových koláží, tvoření obrazů z mačkaného papíru. K výzdobě se často používá aranžování suchých květin. Všechny výtvary by měly najít své využití, měly by být vyráběny za nějakým účelem.

Do této oblasti můžeme zahrnout i muzikoterapii, která napomáhá navodit psychickou pohodu klienta. Protože říkadla, texty písní a melodie jsou součástí dlouhodobé paměti, zůstávají v povědomí nejdéle i v případě člověka postiženého Alzheimerovou demencí. Klienti se mohou účastnit aktivně zpěvem nebo různými rytmickými cviky, ale mohou hudbu vnímat i pasivně k dosažení uvolnění a relaxace.

### **1.5.2.10 Pet-terapie**

Pet-terapie je léčba pomocí zvířat. Již dlouhou dobu je známé, že chov zvířat a zvláště domácích mazlíčků dokáže pozitivně působit na lidskou psychiku, a tím i na zdraví

člověka. Je prokazatelné, že například hlazení kočky vyvolává u člověka snížení krevního tlaku a celkové zklidnění. Také starost o zvířata a jejich krmení podporuje udržení si některých dovedností a paměťových schopností, protože člověk tak má určitou odpovědnost za živou bytost a zároveň se cítí být potřebný.

V instituci mohou pečovat o zvíře i klienti s demencí, ale samozřejmě pod dohledem pracovníků, popř. s jejich částečnou pomocí. U nás v domově jsme donedávna měli dva psy, byli to retrívři, ačkoliv zde vyrůstali od štěňat, našli si cestu jen k několika klientům. Myslím, že pokud by bylo zvoleno nějaké klidné plemeno menšího vzrůstu, našlo by si možná cestu k více klientům. Také k nám docházela dvě děvčata se speciálně cvičenými psy, kteří se využívali u klientů s těžkou demencí nebo např. po centrálních mozkových příhodách.

*Jak ukázaly studie z Německa, Austrálie a USA, umístění zvířat v zařízeních působí také na ošetřující personál léčebně a preventivně proti tzv. syndromu burn-out. Takto totiž může být zmírněno jejich celkové psychické a fyzické vyčerpání, které je způsobeno trvalou konfrontací s lidskými nemocemi, psychickým a tělesným úpadkem i smrtí (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol., 2007, s.232).*

#### **1.5.2.11 Aplikace světla**

Pacienti s demencí mívají denní režim různě narušen. Někdy spí ve dne - a v noci pak bdí, nebo spí v častějších intervalech. K řešení těchto poruch se přistupuje různě. Často se používají hypnotika, ale mají mnoho nežádoucích účinků a u pacientů s demencí mohou vést k větší dezorientaci a pádům nebo způsobit i psychotické příznaky. Vhodnější jsou proto nefarmakologické úpravy denního rytmu a poruch spánku. Lze upravit denní režim tak, aby byl dostatečně náročný. Ve večerních hodinách ukládat pacienta do postele až v době, kdy je předpoklad, že už bude spát. Přechodně je možné bránit spánku, aby došlo k postupné normalizaci spánkového režimu. Je třeba také odstranit nepříjemné podněty v době spánku např. světlo, hluk, bolest nebo dušnost (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol., 2007).

Velký vliv na denní rytmus má i celkové osvětlení a cílená aplikace světla. V prostorách, kde pobývají pacienti s demencí má být dostatek přirozeného denního světla. Je vhodné odstranit husté záclony, žaluzie nebo stínící stromy a kde je třeba pomoci umělým osvětlením. Naopak v noci je důležitá dostatečná tma v noci pro spánek.



Cílená aplikace světla se provádí ve vyhrazeném prostoru a po danou dobu. K aplikaci se používají zejména světelné boxy, v nichž se aplikuje 5 až 10 tisíc luxů při 30-50 cm odstupu. Čas světelné terapie se upravuje vždy individuálně a vychází z denního rytmu konkrétního pacienta. Pokud se aplikuje intenzivní světlo hned po ránu pomůže probuzení, zvýší se bdělost přes den a pacient dříve usne večer a druhý den se ráno dříve probudí. Aplikací intenzivního světla pozdě odpoledne nebo večer lze oddálit večerní spánek a tím ranní probuzení druhý den. Zvláště u pacientů s demencí bývá aplikace světla velmi efektivní, zejména pokud žijí dlouhodobě v institucích. Je to způsobeno tím, že je tomuto faktoru věnováno relativně málo pozornosti, zařízení pro seniory bývají často nedostatečně osvětlená (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol., 2007).

## 2 Péče o klienty s Alzheimerovou chorobou

V souvislosti s prodlužováním věku přibývá klientů s Alzheimerovou chorobou. Péče o tyto klienty je nákladná. Snahou sociálních služeb je pomáhat rodinám, aby nemocný mohl zůstat co nejdéle ve svém přirozeném sociálním prostředí. Pokud musí být člověk umístěn v pobytovém zařízení, měla by být péče poskytována kvalifikovaným personálem proškoleným v oblasti demencí a rovněž prostředí musí být přizpůsobeno potřebám lidí s demencí.

### 2.1 Péče rodiny

Demence nezasahuje jen nemocného člověka, ale celou jeho rodinu. Největší tíže připadá samozřejmě na pečovatele. Poskytování péče je fyzicky i duševně náročné. Emocionální zátěž pečovatele je veliká od samých začátků onemocnění až do samého konce průběhu nemoci.

Je dobré pokud se pečovatel může opřít o pomoc celé rodiny, aby veškerá péče nespočívala pouze na něm. Rodina pro pečovatele může být obrovským zdrojem pomoci, ale pro některé pečovatele může být i zdrojem napětí a stresu. Pečovatelé se musí naučit přijmout pomoc rodiny. Pokud rodina nepomáhá, může to být způsobeno nedostatkem informací o demenci a je v tomto případě dobré, aby se všichni sešli a vše projednali. Je také vhodné rozdělit úkoly.

V začátcích onemocnění může člověk s Alzheimerovou chorobou pobývat ve svém bytě sám. V tomto čase je vhodné uvědomit i nejbližší sousedy, aby nemocnému pomohli v případě, že bude bloudit a nebude moci nalézt cestu domů. Takového člověka je vhodné vybavit identifikační kartičkou, podle které mu mohou pomoci i ostatní spoluobčané.

Jakmile dojde vlivem nemoci k narušení denních aktivit života, je možné využít pomoci pečovatelské služby, která je schopna dohlédnout v průběhu dne na hygienu, oblékání a stravování klienta. Může i připomenout, aby si vzal předepsanou medikaci nebo jej doprovodit k lékaři. Pracovnice pečovatelské služby mohou nemocnému obstarat nákupy, obědy a také pomoci s úklidem. Nemocný pak je schopen poměrně dlouho vydržet ve svém domácím prostředí a rodina přitom může normálně fungovat.

Jestliže je třeba ošetrovatelské péče nebo rehabilitace, je možné využít pomoci **agentur domácí zdravotní péče**.

Časem většinou dojde k tomu, že je třeba, aby některý z pečovatelů zůstal s nemocným doma a dohlížel na něj 24 hodin denně.

## 2.2 Péče zprostředkovaná sociálními službami

V péči o člověka s Alzheimerovou chorobou nastane čas, kdy ji nezvládne pouze sama rodina a je tedy vhodné využít dostupných sociálních služeb. Někteří klienti mohou mít potíže s úhradou péče, protože si ji hradí sami. V takovém případě si může klient sám nebo s pomocí rodiny požádat o **příspěvek na péči** na příslušném sociálním odboru.

Jak již bylo řečeno v předešlé kapitole, může rodině pomoci **pečovatelská služba**. Je základní ambulantní službou, která je většinou zřizována obcemi. Rozsah její aktivity byl popsán výše.

Další sociální službou, která je ale poměrně málo využívaná i nabízená, je **osobní asistence**. Tato služba se poskytuje bez časového omezení a v přirozeném sociálním prostředí osob. Pro rodinu je východiskem v případě, že již není nemocný schopen zůstat sám a rodina potřebuje odlehčení nebo není možné, aby některý z rodinných příslušníků přestal chodit do práce. Nevýhodou této služby je velká finanční náročnost.

Jednou z možností je také sjednání **denního stacionáře**, který je ambulantní službou. Často jsou schopna zařízení poskytující tyto služby si klienty svézt z jejich domácího prostředí a odpoledne je opět rozvézt. V zařízení pracovníci poskytují pomoc při osobní hygieně, stravování, zprostředkovávají aktivizační programy nebo pomáhají při kontaktu se společenským prostředím.

Jestliže potřebuje rodina na krátkou dobu přerušit péči o klienta, např. z důvodu hospitalizace pečovatele, dovolené apod., je možné využít **odlehčovací služby**. Většinou jde o pobytové služby, které na přechodnou dobu (nejčastěji několik týdnů) převezmou péči o klienta.

Všechny tyto služby mohou pomoci nemocnému setrvat v jeho přirozeném domácím prostředí co nejdéle. A jsou velkou pomocí pro pečovatele v jejich těžké situaci.

V dalších částech své práce se soustředím na péči v pobytových zařízeních sociálních služeb a pracovníky, kteří ji poskytují.

### 3 Pracovníci v zařízeních sociálních služeb

Tak jako je v domovech pro seniory rozmanitá práce, tak je i široké spektrum pracovníků, kteří zde pracují. V přímé péči tvoří většinou největší skupinu **pracovníci v sociálních službách**, pak jsou to **zdravotničtí pracovníci** a **sociální pracovníci**.

#### 3.1 Sociální pracovníci

Snahou sociálních pracovníků v domově pro seniory je zprostředkovat klientům vhodné služby. Ve spolupráci s klienty volí optimální škálu služeb, které jim budou poskytovány. Před přijetím klienta spolu se zdravotnickým pracovníkem provádí sociální šetření u klienta. Dále zabezpečují sociální agendu a řeší sociálně právní problémy.

V některých zařízeních sociální pracovník vede a koordinuje práci pracovníků v sociálních službách. Pokud klienti nejsou schopni samostatně manipulovat s penězi, hradí sociální pracovník jejich drobné výdaje z pokladny klientů. Nedílnou součástí jeho práce je spolupráce s rodinnými příslušníky klienta, zejména pokud klient není schopen sám, nebo ve spolupráci s pracovníky, zvolit si spektrum služeb. V tom případě je nutné zabývat se historií klienta, jeho sociální anamnézou a jeho zálibami.

Dle zákona o sociálních službách jsou stanovena kvalifikační kritéria pro sociální pracovníky. Podle nich může sociální pracovník požadovanou odbornost vykonávat nejdříve po ukončení vyššího odborného vzdělávání specializovaného na sociální práci.

#### 3.2 Pracovníci v sociálních službách

Tito pracovníci tvoří největší skupinu v domovech pro seniory. Po přijetí klienta do zařízení jsou jim a zdravotnickým pracovníkům předány podklady k přijetí, včetně cílů, které chce klient dosáhnout. Tak zvaný klíčový pracovník pak ve spolupráci s klientem sestaví jeho individuální plán. Od tohoto plánu se odvíjí veškerá sociální péče.

**Pracovníci v sociálních službách** se zabývají především přímou obslužnou péčí o klienty. V jejich náplni práce je pomoc klientům s nácvičkou jednoduchých denních činností, s osobní hygienou a oblékáním. Snaží se podporovat soběstačnost klientů, posilovat jejich aktivizaci a pomáhat vytvářet sociální a společenské kontakty. Veškerá jejich snaha má přispívat k uspokojování psychosociálních potřeb. Jde o velmi náročnou práci psychicky i fyzicky, která vyžaduje značnou míru sebeovládání, profesionality a empatie.

Část těchto pracovníků (většinou nazývaných **aktivistky/aktivisti**) se zabývá organizováním volnočasových aktivit. Dříve se jejich práce zaměřovala především na klienty, kteří se sami snažili těchto aktivit zúčastňovat. Často tak docházelo k tomu, že se aktivit účastnila pouze malá skupinka stále stejných klientů. Dnes se většina zařízení snaží zapojit především klienty, kteří nejsou schopni samostatně žádné aktivity vykonávat.

Dle zákona o sociálních službách je podmínkou k vykonávání této práce minimálně základní vzdělání a absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu.

### 3.3 Zdravotničtí pracovníci

Tvoří druhou největší skupinu pracovníků v domovech pro seniory. Jejich práce prošla od roku 2006 velkou proměnou. Nyní se podobá stylu práce agentur domácí péče. Rozdíl je v tom, že vykonávají práci pouze v objektu domova pro seniory a nevyjíždějí do terénu. Všechny **sestry** musí být **registrované** a pracovat bez odborného dohledu, aby mohly vykazovat provedenou ošetrovatelskou péči jednotlivým pojišťovnám. Dokumentace a vykazování výkonů se stále zdokonaluje a vyvíjí. Sestra musí při každém výkonu zapsat kód návštěvy a kód výkonu do podkladů pro pojišťovny a tento výkon dále popsat v ošetrovatelské dokumentaci. Nedílnou součástí ošetrovatelské péče je i její plánování.

Práce sestry v domovech pro seniory je velmi často podceňována (ne finančně), ale je tvrzeno, že provádí jen málo odborných výkonů, ve skutečnosti jde o velmi náročnou profesi zejména proto, že sestra je zde bez lékaře a musí se rozhodovat samostatně. Sama musí vyhodnotit konkrétní situaci, znát klienty, vědět jaké stavy je ohrožují, a zda je schopna je vyřešit nebo musí volat lékaře, případně RZP. V menších zařízeních bývá jedinou sestrou ve směně, nemá s kým konzultovat situaci, ani po kom žádat odbornou pomoc. Každodenní náplní její práce je podávání léků, aplikace injekcí, inzulinů, provádění převazů, měření fyziologických funkcí, glykemií, péče o permanentní močové katetry.

V domovech jsou často umístěni i klienti s tracheostomií, kolostomií nebo mají PEG. Za neodbornou práci bývá nesprávně označována hygienická péče většinou o imobilní klienty, polohování, podávání stravy nesoběstačným klientům, výměna inkontinenčních pomůcek apod. Toto povědomí bylo ještě v nedávné době podporováno pojišťovnami, které tvrdily, že podávat léky v domovech mohou pracovníci v sociálních službách. Dnes to již netvrdí, ale hradit jejich podání chtějí jen ve výjimečných případech.

Mezi zdravotnické pracovníky v domovech pro seniory samozřejmě patří i **fyzioterapeuti**, kteří provádějí náročnou rehabilitační péči, zvyšují soběstačnost klientů a snaží se bojovat proti vzniku kontraktur u imobilizovaných klientů. I jejich práce je vykazována stejným způsobem jako u všeobecných sester. Do náplně jejich práce patří i iontoforéza, diadynamik, aplikace IF proudů, ultrazvuk, magnetoterapie, podtlakové přístroje, intermitentní přístrojová komprese nebo parafínová lázeň. Protože však pojišťovny hradí jejich práci pouze jako ošetrovatelskou rehabilitační péči sester (nemohou tedy vykazovat fyzikální terapii) a v současné době je těchto pracovníků nedostatek, museli být nahrazeni v některých domovech proškolenými všeobecnými sestrami.

Pochopitelnou snahou zařízení, ale i společenským trendem, je přijímat pouze klienty ve stavu, kdy už není možné, aby setrvali v domácím prostředí s pomocí rodiny nebo terénních služeb. *„Tomu nasvědčuje současný trend u nás i v zahraničí, kdy se zvyšuje průměrný věk klientů těchto institucí, je zřejmé, že jejich stav je horší než byl stav jejich předchůdců a také jejich průměrná doba setrvání v těchto institucích je kratší.“* (Válková, Kojesová, Holmerová, 2010, s.37). Od toho se však odvíjí rostoucí potřeba ošetrovatelské péče, což nerady vidí pojišťovny, které se snaží všemožnými způsoby hrazení péče minimalizovat. A tady se zdravotničtí pracovníci dostávají do soukolí mezi sociálními službami, které požadují, aby práce zdravotnických pracovníků byla hrazena z veřejného zdravotního pojištění, a pojišťovnami, které tvrdí, že na tuto péči nejsou finanční prostředky.

Stejnou péči však pojišťovny hradí **v léčebnách dlouhodobě nemocných, kde náklady na zdravotní péči činí jeden až tři tisíce korun denně** (Pergl, 2009).

**V domově pro seniory** např. u klienta, kterému jsou podány třikrát denně léky, je proveden převaz a dvacetiminutová rehabilitační péče (klient je imobilní, musí být polohován, podávána mu strava (krmen), téměř nekomunikuje – provádí se u něj komplexní ošetrovatelská péče) **přijde úhrada péče ze zdravotního pojištění pojišťovny na dvě stě padesát až tři sta korun denně**. Tedy desetkrát méně než v léčebně dlouhodobě nemocných.

Sama za všechny klienty, ale i sestry, doufám, že zvítězí zdravý rozum a nedojde ke snižování stavu zdravotnických pracovníků v těchto zařízeních.

*„Také EU hovoří ve svých materiálech zcela jednoznačně o dlouhodobé péči, kterou definuje jako péči poskytovanou lidem, jejichž zdravotní stav je stabilizovaný, avšak na tolik neuspokojivé úrovni, že tito jedinci nejsou soběstační a potřebují zcela logicky jak zdravotní tak sociální služby.“* (Válková, Kojesová, Holmerová, 2010, s. 22).

## 4 Typy pobytových zařízení sociálních služeb

Pro účely této práce budu blíže popisovat dva typy: domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem.

Nejdříve se budu zabývat jejich **rozlišením podle zákona o sociálních službách**. V něm se uvádí, že **domovy pro seniory** poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

V **domovech se zvláštním režimem** se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislost na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob.

Obě služby obsahují tyto základní činnosti:

- poskytnutí ubytování,
- poskytnutí stravy,
- pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- sociálně terapeutické činnosti,
- aktivizační činnosti,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (2006/108 Sb. Zákon o sociálních službách).

Vedle povinně poskytovaných základních činností při poskytování sociálních služeb mohou být poskytovány fakultativně i další činnosti, které si může uživatel zvolit a sjednat s poskytovatelem podle svého výběru (Sokol, Trefilová, 2008).

Z uvedeného je zřejmé, že rozdíl domova pro seniory a domova se zvláštním režimem dle zákona spočívá ve vyspecifikování skupiny klientů pro kterou je určen a přizpůsobení režimu specifickým potřebám těchto osob.

### **Zajištění zdravotní péče při poskytování pobytových služeb**

Při poskytování pobytových služeb je poskytovatel povinen zajistit zdravotní péči osobám, kterým poskytuje pobytové služby. Důvodem je skutečnost, že v zařízeních sociálních služeb s pobytovými službami, zejména v domovech pro osoby se zdravotním postižením, jsou poskytovány sociální služby i osobám se stabilně zhoršeným zdravotním stavem.

Tuto povinnost plní poskytovatel formou zvláštní ambulantní péče poskytovanou podle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění:

- prostřednictvím zdravotnického zařízení
- nebo v rozsahu ošetrovatelské zdravotní péče sám poskytovatel sociálních služeb prostřednictvím svých zaměstnanců

Poskytovatel sociálních služeb, který poskytuje zvláštní ambulantní péči prostřednictvím svých zaměstnanců v rozsahu ošetrovatelské zdravotní péče, musí mít personálně zajištěno provádění nebo odborný dohled nad prováděním ošetrovatelské zdravotní péče zdravotnickým pracovníkem, který disponuje osvědčením k výkonu povolání bez odborného dohledu, tzn. „registrovanou“ všeobecnou sestrou nebo „registrovaným“ všeobecným ošetrovatelem.

Rozsah péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění stanoví zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, a vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami (Sokol, Trefilová, 2008, s. 97-100).

Závěrem bych uvedla, že uváděné informace jsou zaměřené spíše na zdravotní ošetrovatelskou péči a sociální péče je zde popsána pouze informačně. Pro poskytování sociální péče jsou závazné **Standardy kvality sociálních služeb**, kde je podrobně formulována minimální kvalita poskytované sociální péče a systém, kterým má být poskytována.



## 5 Organizace a budoucnost péče

Adekvátní podporou, léčbou a péčí lze zachovat po dlouhou dobu uspokojivou kvalitu života lidí trpících demencí i jejich rodinných příslušníků. Cílem správného managementu demence je udržení kvality života člověka s demencí i jeho rodiny, zmírnění nepříjemných příznaků a podpora důstojnosti.

Cílem sociálních služeb, který odpovídá dlouhodobé koncepci, je umožnit člověku s demencí setrvat co nejdéle v jeho přirozeném prostředí. Předpokladem toho je dobrá spolupráce s rodinou, která je informována a ví, na koho se může obrátit, jestliže potřebuje pomoc. Naopak je nutností, aby byla vytvořena síť terénních sociálních služeb, aby rodiny, které potřebují pomoc, nenarážely na jejich nedostatek nebo omezenou nabídku.

Pobytové služby, které poskytují péči klientům s Alzheimerovou chorobou, musí mít kvalifikovaný personál složený jak z pracovníků sociálních služeb, tak i ze zdravotnických pracovníků. Je nutné také v těchto zařízeních přizpůsobit prostředí, aby vyhovovalo potřebám klientů s demencí. Tam, kde nevyhovuje prostředí (otevřené zařízení), je nutné navýšit počet personálu a opačně.

Velmi diskutovaným tématem v odborných kruzích je v současné době vhodnost centralizace klientů s Alzheimerovou chorobou do specializovaných zařízení, která jsou vybavena pro tyto klienty a mají dostatek personálu, ale na druhou stranu je klient úplně vytržen z běžného sociálního prostředí. Názory na toto téma se různí a bude spíše otázkou času, aby se zjistilo, zda je to krok správným směrem..

Ve empirické části své práce se dále budu tímto tématem zabývat. Chci zjistit, zda je zátěž personálu v těchto zařízeních adekvátní, zda nehrozí pracovníkům syndrom vyhoření a zda zařízení vyhovují potřebám klientů. A jak mohou zařízení ovlivnit podmínky, aby vyhovovaly klientům i personálu.

# EMPIRICKÁ ČÁST

## 6 Zkoumaný soubor a použité metody

### 6.1 Cíle výzkumné části práce

#### Hlavní cíl

- zjistit zda podle názoru pracovníků existují rozdíly v péči o klienty s demencí mezi běžnými domovy pro seniory a specializovaným domovem pro seniory

#### Vedlejší cíle

Zjistit názory pracovníků standardních domovů:

- na péči o klienty s demencí ve standardních domovech pro seniory
- na míru psychické a fyzické zátěže pracovníků těchto zařízení
- na podmínky, které pracovníci potřebují ve standardních domovech pro seniory (školení, supervize, benefity, podpora vedení, vztahy na pracovišti, týmová spolupráce apod.)

Zjistit názory pracovníků specializovaných domovů:

- na péči o klienty s demencí ve specializovaném domově pro seniory
- na míru psychické a fyzické zátěže pracovníků v tomto zařízení
- na podmínky, které pracovníci potřebují ve specializovaném domově pro seniory (školení, supervize, benefity, podpora vedení, vztahy na pracovišti, týmová spolupráce apod.)

Zjistit, zda existují významné rozdíly v názorech na způsob péče o klienty u pracovníků obou typů domovů pro seniory (standardních i specializovaných).

## 6.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný vzorek tvořili zaměstnanci domovů pro seniory. Všichni pracují v přímé péči, věnují se ošetrovatelské, sociální a rehabilitační práci. Jsou v každodenním styku se seniory postiženými Alzheimerovou chorobou nebo jinými typy demencí.

V přímé péči tvoří největší skupinu pracovníci v sociálních službách, pak jsou to zdravotničtí pracovníci a sociální pracovníci. Snahou **sociálních pracovníků** v domově pro seniory je zprostředkovat klientům služby. Ve spolupráci s klienty volí optimální škálu služeb, které jim budou poskytovány. Před přijetím klienta spolu se zdravotnickým pracovníkem provádí sociální šetření u klienta. Dále zabezpečují sociální agendu a řeší sociálně právní problémy. **Pracovníci v sociálních službách** se zabývají především přímou obslužnou péčí o klienty. V jejich náplni práce je pomoc klientům s nácviem jednoduchých denních činností, s osobní hygienou, oblékáním. Snaží se podporovat soběstačnost klientů, posilovat jejich aktivizaci a pomáhat vytvářet sociální a společenské kontakty. Veškerá jejich snaha má přispívat k uspokojování psychosociálních potřeb. Část těchto pracovníků (většinou nazývaných **aktivistky/aktivisti**) se zabývá organizováním volnočasových aktivit. Součástí týmu jsou i zdravotničtí pracovníci. Každodenní náplní práce **zdravotních sester** je podávání léků, aplikace injekcí, inzulinů, provádění převazů, měření fyziologických funkcí, glykemií, péče o permanentní močové katetry. V domovech jsou často umístěni i klienti s tracheostomií, kolostomií nebo mají PEG. Za neodbornou práci bývá nesprávně označována hygienická péče většinou o imobilní klienty, polohování, podávání stravy nesoběstačným klientům, výměna inkontinenčních pomůcek apod. Nedílnou součástí ošetrovatelské péče je i její plánování a vykazování péče jednotlivým pojišťovnám. Mezi zdravotnické pracovníky v domovech pro seniory samozřejmě patří i **fyzioterapeuti**, kteří provádějí náročnou rehabilitační péči, zvyšují soběstačnost klientů a snaží se bojovat proti vzniku kontraktur u imobilizovaných klientů.

Za účelem výzkumného šetření bylo rozdáno celkem 91 dotazníků. Zpět bylo odevzdáno 78, návratnost dotazníků tedy činila 86 %. V dotaznících odpovídali zaměstnanci, kteří teprve začínají tuto práci vykonávat, ale i zaměstnanci, kteří pracují se seniory více než patnáct let. Vyplnění dotazníků bylo anonymní a dobrovolné.

Tabulka č.1: Délka práce se seniory postiženými demencí

Délka praxe v oboru	Domov se zvláštním určením	DZU relativní četnost	Domov pro seniory A	DpS A relativní četnost	Domov pro seniory B	DpS B relativní četnost
méně než 1 rok	6	21%	2	12%	1	3%
1-5 let	13	46%	5	29%	8	24%
6-15 let	7	25%	8	47%	14	42%
více než 15 let	2	7%	1	6%	10	30%

V domově se zvláštním určením je zaměstnáno 21 % pracovníků méně než 1 rok, 46 % uvedlo, že se seniory pracuje 1-5 let, 25 % tuto práci vykonává 6-15 let a pouze 7 % má s tímto typem práce zkušenosti více než 15 let.

V domově pro seniory A 12 % pracovníků uvedlo, že je zaměstnáno méně než 1 rok, 29 % se věnuje práci se seniory 1-5 let, 47 % má zkušenosti s touto prací již 6-15 let a 6 % pracuje v této profesi více než 15 let.

V domově pro seniory B je nejméně pracovníků 3 % zaměstnáno méně než 1 rok, 24 % se věnuje této práci 1-5 let, 42 % ji vykonává 6-15 let a 30% se seniory pracuje více než 15 let.

Při srovnání všech domovů vyplývá, že více než 5 let pracuje v domově se zvláštním určením pouze 32 % pracovníků, zatímco v obou běžných domovech je to 53 % a 72 % pracovníků. Tento nepoměr je částečně ovlivněn zřejmě tím, že se domov se zvláštním režimem v tomto roce rozšířil o 24 klientů a bylo tedy přijato větší množství nových pracovníků.

Tabulka č. 2 Typy pracovníků

Typ pracovníka	Domov se zvláštním určením	DZU relativní četnost	Domov pro seniory A	DpS A relativní četnost	Domov pro seniory B	DpS B relativní četnost
pracovník sociálních služeb	21	75%	10	59%	17	52%
zdravotní sestra	4	14%	5	29%	12	36%
pracovník plánující aktivity pro seniory	0	0%	1	6%	2	6%
fyzioterapeut	2	7%	1	6%	1	3%
sociální pracovník	1	4%	1	6%	3	9%

Ve srovnání s počtem pracovníků v sociálních službách a sester pracuje v každém zařízení sociálních služeb pouze malý počet fyzioterapeutů, sociálních pracovníků

a pracovníků plánujících aktivity. Vzhledem k tomu, že v domovech pro seniory neodpověděli pro účely tohoto dotazníku fyzioterapeuti a v domově se zvláštním režimem se nezúčastnili pracovníci plánující aktivity, není třeba tyto počty porovnávat.

V domově se zvláštním režimem odpovědělo 21 pracovníků sociálních služeb a 4 zdravotní sestry z celkového počtu všech respondentů. V domově pro seniory A to bylo 10 pracovníků v sociálních službách a 5 zdravotních sester z celkového počtu odpovídajících pracovníků. V domově pro seniory B ze všech zúčastněných pracovníků odpovědělo 17 pracovníků v sociálních službách a 12 zdravotních sester.

Pokud tyto počty porovnáme, zjistíme, že na 1 zdravotní sestru v domově se zvláštním režimem připadá přibližně 5,3 pracovníků v sociálních službách. Zatímco v domově pro seniory A je tento poměr 1 : 2 a v domově pro seniory B odpověděli tito pracovníci v poměru 1 : 1,4. Velký počet pracovníků v sociálních službách oproti počtu zdravotních sester je zřejmě dán skladbou klientů v domově se zvláštním určením. Klienti v I. a II. stádiu Alzheimerovy choroby zřejmě nepotřebují větší množství zdravotní péče, zároveň však spíše vyžadují více dohledu při běžných denních aktivitách.

### **Charakteristika zařízení**

Výzkum probíhal ve třech domovech pro seniory. Dva z domovů nejsou specializované, jde o běžné domovy pro seniory v Borohrádku a v Týništi nad Orlicí. Třetí domov v Albrechticích nad Orlicí se specializuje na klienty s Alzheimerovou chorobou. Výběr domovů byl dán jednak dostupností těchto domovů, ale i tím, že každý z nich má určitá specifika, která ovlivňují poskytování péče klientům.

**Domov v Borohrádku** se skládá ze dvou částí (starý „Zámeček“ z 18. století a nová budova). Je zde ubytováno 121 klientů. Svou kapacitou tedy spadá do velkých zařízení. V přímé péči pracuje 39 pracovníků. V objektu je k dispozici velká zahrada. Domov leží v malém městečku na břehu Tiché Orlice.

**Geriatrické centrum v Týništi nad Orlicí** patří mezi malá zařízení svou kapacitou, ale poskytuje širokou škálu služeb pro seniory (domov pro seniory, dům s pečovatelskou službou, denní stacionář a terénní pečovatelskou službu). Domov pro seniory je určen pro 42 klientů umístěných na dvou odděleních. O klienty pečuje 20 pracovníků v přímé péči. Domov je umístěn v centru města, sousedí s parkem a základní školou. Jeho výhodou je, že v zařízení funguje malý bufet, pedikúra, kadeřnictví a praktický lékař, vše zároveň určeno i pro veřejnost. Na druhou stranu uvedená skutečnost vede k tomu, že zařízení je opravdu velmi otevřené.

**Domov v Albrechticích nad Orlicí** je svou kapacitou 81 klientů středně velkým zařízením. Od roku 2007 se tento domov specializuje na poskytování péče klientům ve všech stádiích Alzheimerovy choroby. V roce 2010 zde byly vystavěny tři propojené domky, každý pro 8 klientů v 1. a 2. stádiu Alzheimerovy choroby. Péče o tyto klienty zde tedy nemá dlouhou tradici a velká část zaměstnanců má zkušenosti i s prací v klasickém domově. Na druhou stranu je zde poměrně velké procento zaměstnanců, kteří s touto prací teprve začínají. V přímé péči zde pracuje 32 pracovníků. Domov je umístěný uprostřed vsi, kterou protéká Tichá Orlice.

Dotazníky jsem distribuovala ve dvou případech prostřednictvím vedoucích pracovníků domovů a ve třetím případě přímo rozdala zaměstnancům.

### **6.3 Použité metody**

Za účelem výzkumu jsem použila anonymní dotazník (plné znění viz příloha č. 1), který jsem sama vytvořila. Dotazník obsahuje úvod a dále otázky týkající se délky práce se seniory, typu poskytované péče a znalosti o Alzheimerově chorobě. V dalších částech se pracovníci vyjadřovali k míře zátěže, únavy, prospěšnosti vybraných postupů práce se seniory, vhodnosti uspořádání domovů a míře pomoci, kterou pro svou práci potřebují. U dvou otázek mohli pracovníci připojit ke svým odpovědím slovní komentář. V poslední otevřené otázce se pracovníci vyjadřovali na téma, co by jim pomohlo v péči o klienty s Alzheimerovou chorobou.

V úvodu dotazníku jsem se představila, seznámila respondenty s účelem dotazníku, návodem na vyplnění a v závěru jsem jim poděkovala za spolupráci.

První dvě otázky pomohly zjistit, jaké profese v jednotlivých domovech pracují v přímé péči a jak dlouho se touto prací zabývají. Byly pak využity v oddíle „Charakteristika výzkumného vzorku“. Otázky 3 a 5 se týkají vzdělání a zkušeností pracovníků v oboru. Mírou zátěže se zabývají otázky 4 a 7. Účelem otázek 4, 5, 6 a 7 bylo zjistit odlišnosti v domovech pro seniory a specializovaných domovech. Otázky 8, 9, 10 a 11 měly posloužit k zjištění názorů a potřeb pracovníků v jednotlivých zařízeních. Celkově pracovníci odpovídali na 11 otázek s volbou 37 odpovědí.

Výsledky z jednotlivých domovů jsem převedla do tabulek vytvořených v programu Microsoft Excel a porovnávala je v grafech.

Dotazníky byly pracovníkům k dispozici od 1. do 20 listopadu roku 2010.

## 7 Analýza a zhodnocení dotazníkového šetření

### Otázka č. 3

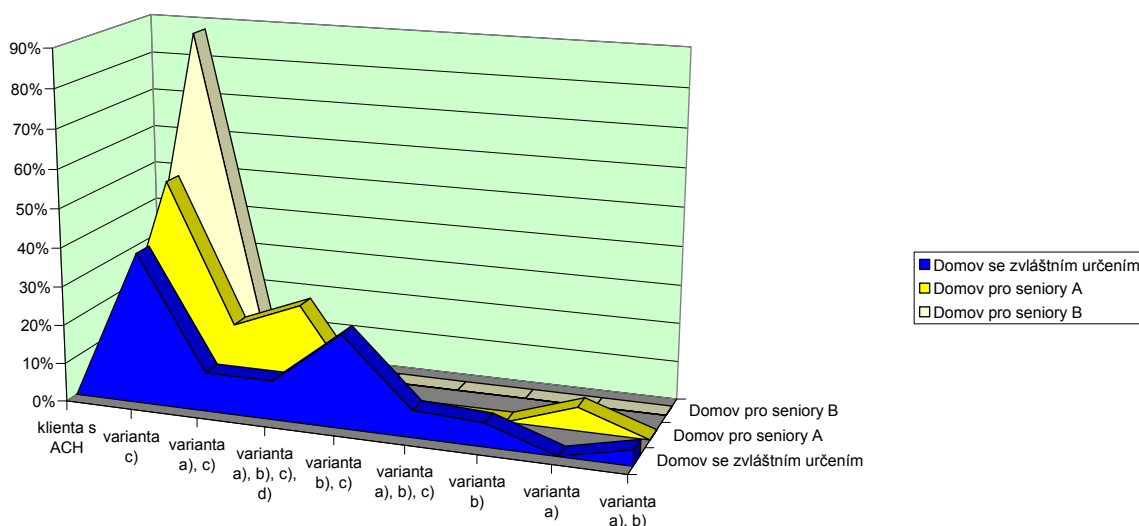
Co myslíte, že se nejvíce blíží charakteristice typického klienta s Alzheimerovou chorobou?

- a) zapomnětlivost, neschopnost samostatně užívat léky, chybí schopnost plánování
- b) imobilita, ztráta soběstačnosti, inkontinence, zvýšená únavnost, roztržitost
- c) bloudivost, stálá chůze, přenášení předmětů, nepoznávání blízkých, snížený příjem potravy
- d) časté pády, zvýšená únavnost, motání se, velké množství užívaných léků

Tabulka č. 3 Charakteristika klienta s Alzheimerovou chorobou

Charakteristika klienta s ACH	Domov se zvláštním určením	DZU relativní četnost	Domov pro seniory A	DpS A relativní četnost	Domov pro seniory B	DpS B relativní četnost	Celkem
varianta c)	11	39%	9	53%	29	88%	49
varianta a), c)	3	10%	3	17%	4	12%	10
varianta a), b), c), d)	3	10%	4	24%	0	0%	7
varianta b), c)	7	24%	0	0%	0	0%	7
varianta a), b), c)	2	7%	0	0%	0	0%	2
varianta b)	2	6%	0	0%	0	0%	2
varianta a)	0	0%	1	6%	0	0%	1
varianta a), b)	1	4%	0	0%	0	0%	1

Charakteristika klienta s Alzheimerovou chorobou



Graf č.1 Charakteristika klienta s Alzheimerovou chorobou

### **Komentář:**

Účelem této otázky bylo zjistit, zda pracovníci znají charakteristiku klienta s Alzheimerovou chorobou. Nejsprávnější byla varianta c), kterou zvolilo nejvíce pracovníků ve všech zařízeních (domov A 53 %, domov B 88 %, specializovaný domov 39 %). Ostatní příznaky se mohou vyskytnout nejen u Alzheimerovy choroby, ale i u dalších onemocnění seniorů. Nejméně tuto variantu volili pracovníci specializovaného domova, přestože jsou všichni proškoleni v otázce demencí. Je to zřejmě způsobeno velkým množstvím nových pracovníků, kteří ještě nemají tolik zkušeností.

### **Otázka č. 4**

#### **Co pro Vás představuje největší zátěž u klientů s demencí?**

Tabulka č. 4 Míra zátěže personálu u jednotlivých typů postižení (celkové hodnoty ze všech domovů)

<b>Typ zátěže</b>	<b>Celkem (ve všech zařízeních)</b>	
útěky	43	55%
nepřiměřené chování až agresivita	43	55%
noční neklid, obtěžování spolubydlících	43	55%
ztížená komunikace	37	47%
ztráta sebeobsluhy, inkontinence	17	22%
imobilita	16	21%

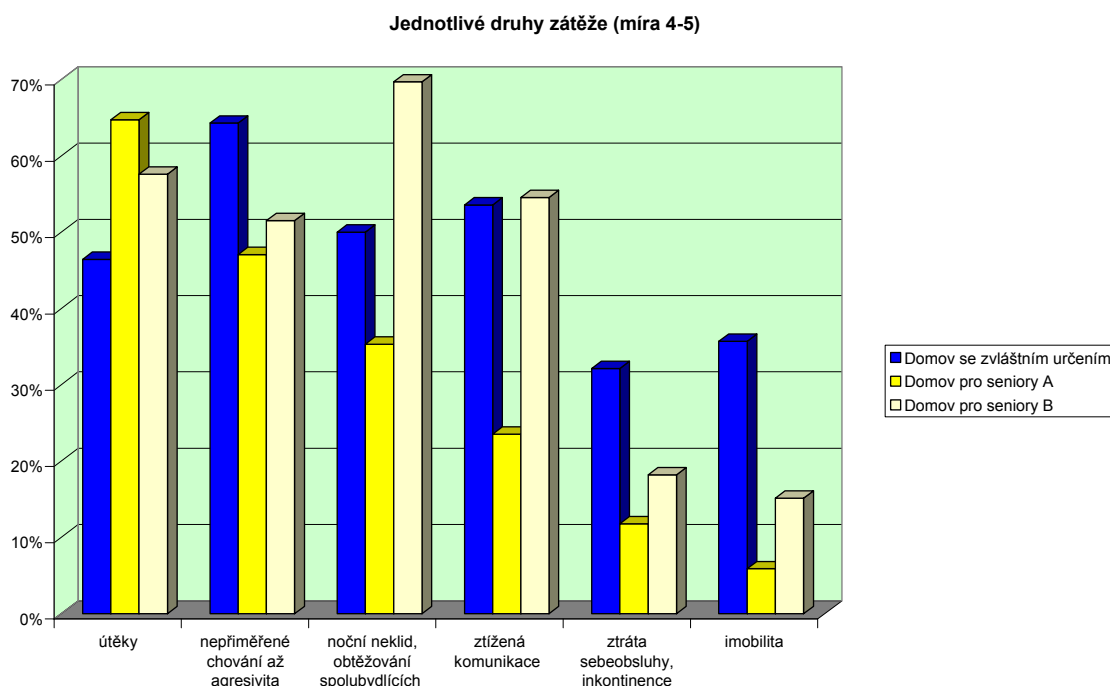
### **Komentář:**

Pokud sečteme hodnoty od všech respondentů, zjistíme, že se objevily stejné hodnoty u tří položek. 55 % respondentů považuje za největší zátěž útěky, nepřiměřené chování až agresivitu, noční neklid a obtěžování spolubydlících. Jde tedy o poruchy chování vyskytující se u demencí. Významnou zátěží je pro 47 % respondentů také ztížená komunikace. Naopak pouze 22 % respondentů označilo za nadměrnou zátěž ztrátu sebeobsluhy a inkontinenci. Nejméně respondenty zatěžuje imobilita klientů, které přiřadily stupeň 4-5 ve 21 %.



Tabulka č. 5 Míra zátěže u pracovníků jednotlivých zařízení (stupeň 4-5)

Typ zátěže	Domov se zvláštním určením	DZU relativní četnost	Domov pro seniory A	DpS A relativní četnost	Domov pro seniory B	DpS B Relativní četnost
útěky	13	46%	11	65%	19	58%
nepřiměřené chování až agresivita	18	64%	8	47%	17	52%
noční neklid, obtěžování spolubydlících	14	50%	6	35%	23	70%
ztížená komunikace	15	54%	4	24%	18	55%
ztráta sebeobsluhy, inkontinence	9	32%	2	12%	6	18%
imobilita	10	36%	1	6%	5	15%



Graf č. 2 Míra zátěže u jednotlivých typů postižení

### Komentář:

Jestliže budeme porovnávat jednotlivé položky v různých domovech, zjistíme, že byly zřejmě ovlivněny stavebním uspořádáním a skladbou klientů.

#### *Noční neklid a obtěžování spolubydlících*

Nejvíce zatěžuje tato položka pracovníky v domově B (Borohrádek) 70 %, dále v domově se zvláštním určením 50 % a nakonec v domově A (Týniště n.O.), kde ji označilo za závažnou zátěž 35 % pracovníků. Tyto hodnoty jsou zřejmě nejvíce ovlivněny stavebním uspořádáním, tedy větším množstvím tří a více lůžkových pokojů.

### *Útěky*

Útěky nejvíce v 65 % zatěžují pracovníky domova A (Týniště n.O.), což je zřejmě způsobeno právě velkou otevřeností tohoto domova (propojenost jednotlivých budov, velké množství východů a široká nabídka služeb pro veřejnost). Také 58 % pracovníků domova v Borohrádku označilo tuto položku za velkou zátěž, jde o domov otevřený, ale i tady jsou senioři, kteří se nemohou samostatně pohybovat mimo domov. Nejméně, tedy v 46 %, útěky obtěžují pracovníky zvláštního domova, který je přizpůsoben pro klienty s Alzheimerovou chorobou. Zde se klienti samostatně pohybují pouze v areálu domova. Klienti s Alzheimerovou chorobou I. a II. stupně mají náramky, které signalizují pracovníkům pohyb mimo domov.

### *Nepřiměřené chování až agresivita*

Tato porucha chování nejvíce zatěžuje pracovníky domova pro klienty s Alzheimerovou chorobou (64 %). Je to dáno tím, že je zde soustředěno velké procento klientů s I. a II. stádiem Alzheimerovy choroby, kteří trpí právě těmito poruchami chování, zároveň jsou ještě fyzicky zdatní a velice komunikativní. Nemají pocit, že jejich chování je nepřiměřené. Poměrně hodně pracovníků obou běžných domovů (52 % a 47 %) uvedlo, že je pro ně tato porucha chování u klientů také velmi zatěžující. Je to dáno tím, že i zde jsou klienti s Alzheimerovou chorobou, ale i klienti s dalšími typy demencí, které způsobují podobné problémy a také klienti s psychiatrickými chorobami např. Schizofrenií.

### *Ztížená komunikace*

Ztížená komunikace nejvíce zatěžuje pracovníky domova B v Borohrádku (55 %) a domova se zvláštním určením (54%), což je zřejmě dáno větším množstvím klientů s touto poruchou. V domově A označilo za velkou zátěž ztíženou komunikaci 24 % pracovníků.

### *Ztráta sebeobsluhy, inkontinence a imobilita*

Tyto poruchy nejvíce zatěžují pracovníky domova se zvláštním určením (přes 30 %). Pouze do 20 % pracovníků v běžných domovech označilo poruchy za velmi zatěžující.

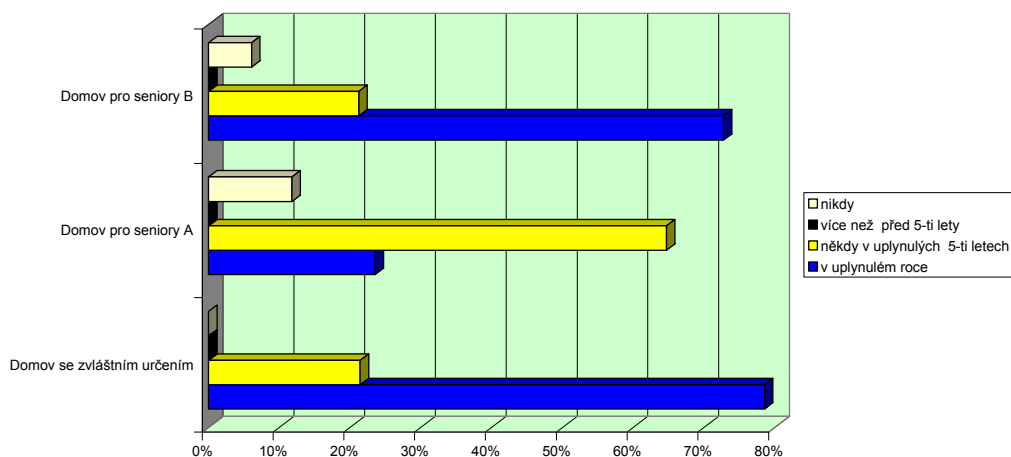
## Otázka č. 5

### Kdy jste se zúčastnil(a) školení zaměřeného na péči o klienty s demencí?

Tabulka č. 6 Proškolení zaměstnanců v oblasti demencí

Proškolení v oblasti demencí	Domov se zvláštním určením	DZU relativní četnost	Domov pro seniory A	DpS A relativní četnost	Domov pro seniory B	DpS B relativní četnost
v uplynulém roce	22	79%	4	24%	24	73%
někdy v uplynulých 5-ti letech	6	21%	11	65%	7	21%
více než před 5-ti lety		0%		0%		0%
nikdy		0%	2	11%	2	6%

Proškolení pracovníků v oblasti demencí



Graf č. 3 Proškolení pracovníků v oblasti demencí

### Komentář:

Velmi pozitivní je zjištění, že ve specializovaném domově pro seniory bylo 79 % pracovníků proškolen v oblasti demencí v uplynulém roce a ostatní pracovníci někdy v uplynulých 5-ti letech. Všichni pracovníci byli v této oblasti proškoleni. V domově pro seniory A bylo v uplynulém roce v této oblasti proškolen 24 % zaměstnanců, 65 % bylo proškolen někdy v uplynulých 5-ti letech a 11 % odpovědělo, že nebyli proškoleni nikdy. V domově pro seniory B bylo 70 % zaměstnanců proškolen v uplynulém roce, 21 % v uplynulých 5-ti letech a 6 % nebylo proškolen nikdy. V běžných domovech pro seniory musí být školení zaměstnanců vzhledem k přítomnosti klientů s mnoha dalšími

diagnózami zaměřena i na jiné problematiky. Přesto je pozitivní, že zde bylo 89 % a 91 % zaměstnanců proškolen v oblasti demencí v uplynulých 5-ti letech. Myslím, že je to dostatečným důkazem přítomnosti velkého počtu klientů s demencí i v běžných zařízeních.

### Otázka č. 6

6. Máte pocit, že je péče o klienty s Alzheimerovou demencí dobře organizována?

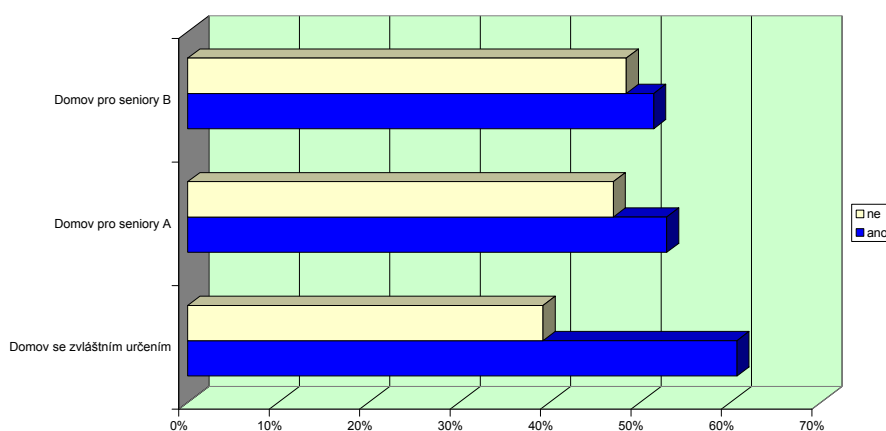
ano, protože: .....

ne, protože: .....

Tabulka č. 7 Organizace péče o klienty s Alzheimerovou chorobou

<b>Organizace péče o klienty s Alzheimerovou chorobou je dobrá</b>	Domov se zvláštním určením	DZU relativní četnost	Domov pro seniory A	DpS A relativní četnost	Domov pro seniory B	DpS B relativní četnost
ano	17	61%	9	53%	17	52%
ne	11	39%	8	47%	16	48%

Organizace péče o klienty s Alzheimerovou chorobou



Graf č. 4 Organizace péče o klienty s Alzheimerovou chorobou

### Komentář:

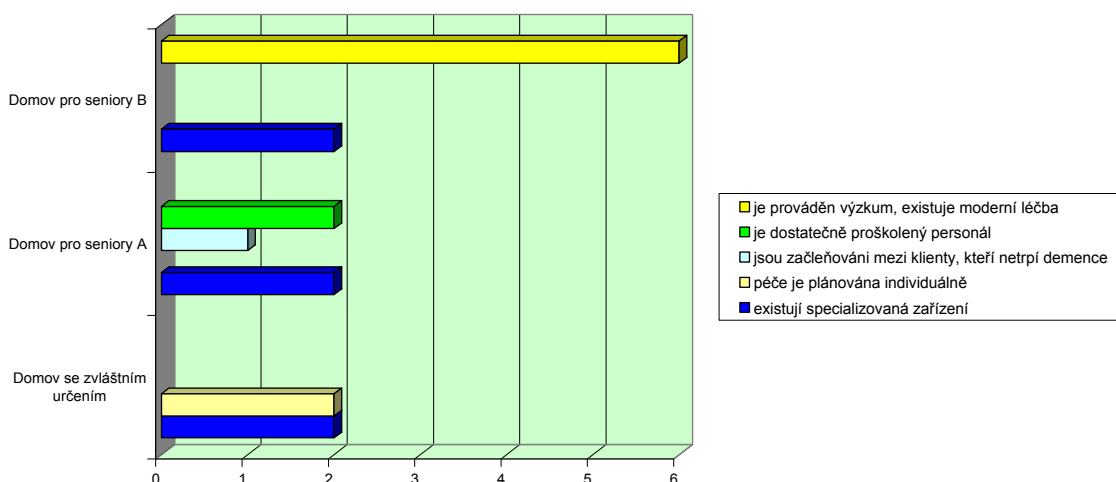
Ve všech domovech převažují pracovníci, kteří si myslí, že je péče o klienty s Alzheimerovou chorobou dobře organizována. Nejvíce jsou o tom přesvědčeni pracovníci v domově se zvláštním určením, je to 61 % pracovníků, což je zřejmě způsobeno tím, že se v minulých pěti letech tento domov specializoval na klienty s Alzheimerovou chorobou a bylo zde zbudováno nové zařízení podobné typu chráněného

bydlení. V běžných domovech je o tom přesvědčeno 53 % a 52 % pracovníků. V této otázce se mohli pracovníci vyjádřit proč si myslí, že je péče dobře organizována a proč ne.

Tabulka č. 8 Proč je a proč není péče o klienty dobře organizována?

Organizace péče o klienty s demencí je dobrá	Domov se zvláštním určením	Domov pro seniory A	Domov pro seniory B	Celkem
<b>ano, protože:</b>				
existují specializovaná zařízení	2	2	2	6
péče je plánována individuálně	2			2
jsou začleňováni mezi klienty, kteří netrpí demencí		1		1
je dostatečně proškolený personál		2		2
je prováděn výzkum, existuje moderní léčba			6	6
<b>ne, protože:</b>				
je málo personálu, málo času na jednotlivé klienty	1	1		2
jsou zde přežitky starého režimu	1			1
není vhodné prostředí, otevřené oddělení		6	8	14
jsou vyčleňováni ze společnosti svých vrstevníků, přichází o přirozené domácí prostředí			4	4
ruší svým chováním ostatní klienty		2		2

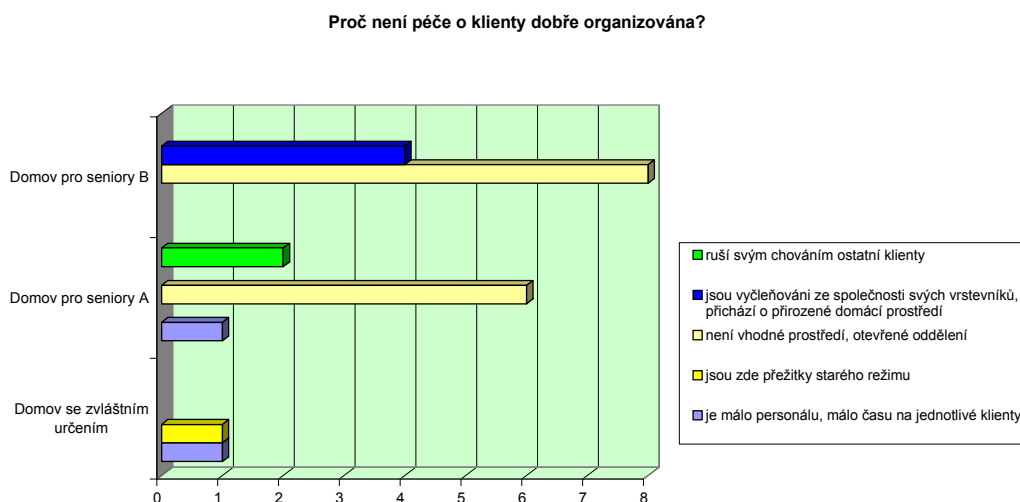
Proč je péče o klienty dobře organizována?



Graf č. 5 Proč je péče o klienty dobře organizována?

### Komentář:

Z celkového počtu 78 respondentů svůj názor napsalo 17 pracovníků. Nejvíce (6) jich považuje za kladné, že je stále prováděn výzkum a vyvíjí se nová léčba. Dále vždy 2 zaměstnanci v každém domově, tedy také celkem 6, kladně hodnotí, že existují specializované domovy, je dostatečně proškolený personál a péče je plánována a poskytována individuálně. 1 respondent běžného domova uvedl, že je správné začleňovat klienty s Alzheimerovou chorobou mezi ostatní klienty.



Graf č. 6 Proč není péče o klienty dobře organizována?

### Komentář:

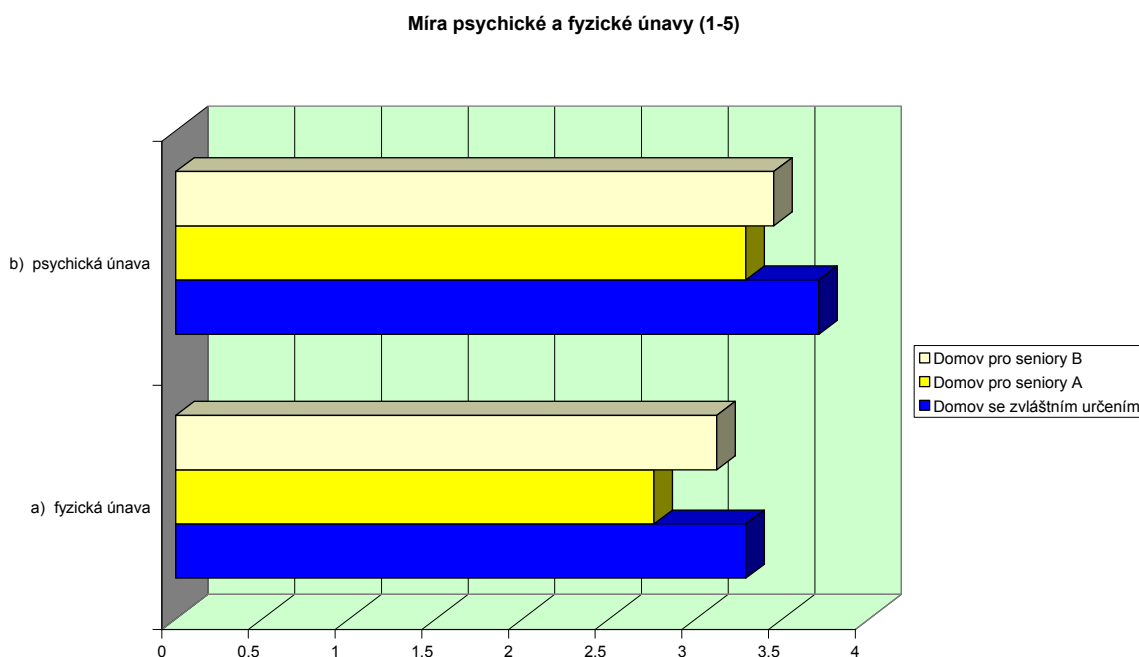
K tomu, že péče o klienty s Alzheimerovou chorobou není dobře organizována se z celkového počtu 78 respondentů vyjádřilo 23 pracovníků. 14 pracovníků běžných domovů uvedlo, že není vhodné umístění klientů s Alzheimerovou chorobou do otevřených zařízení, kde nejsou dostatečně vytvořeny podmínky pro jejich pobyt. Tento vysoký počet je způsoben negativními zkušenostmi pracovníků běžných domovů. Celkem 4 pracovníci uvedli, že je nevhodné vyčleňování těchto klientů ze společnosti jejich vrstevníků a z domácího prostředí. 2 pracovníci běžného domova uvedli, že klienti s Alzheimerovou chorobou ruší svým chováním ostatní klienty domova. 1 pracovník běžného domova a 1 pracovník specializovaného domova uvedli, že je málo času na jednotlivé klienty. 1 pracovník specializovaného domova uvedl jako překážku dobré organizace péče „přežitky starého režimu“.

## Otázka č. 7

7. Jak velkou cítíte fyzickou a psychickou únavu po směně? (stupnice 1-5)

Tabulka č. 9 Míra psychické a fyzické únavy (průměr hodnot od všech respondentů)

Typ zátěže	Domov se zvláštním určením	Domov pro seniory A	Domov pro seniory B
a) fyzická únava	3,29	2,76	3,12
b) psychická únava	3,71	3,29	3,45



Graf č. 7 Míra fyzické a psychické únavy pracovníků

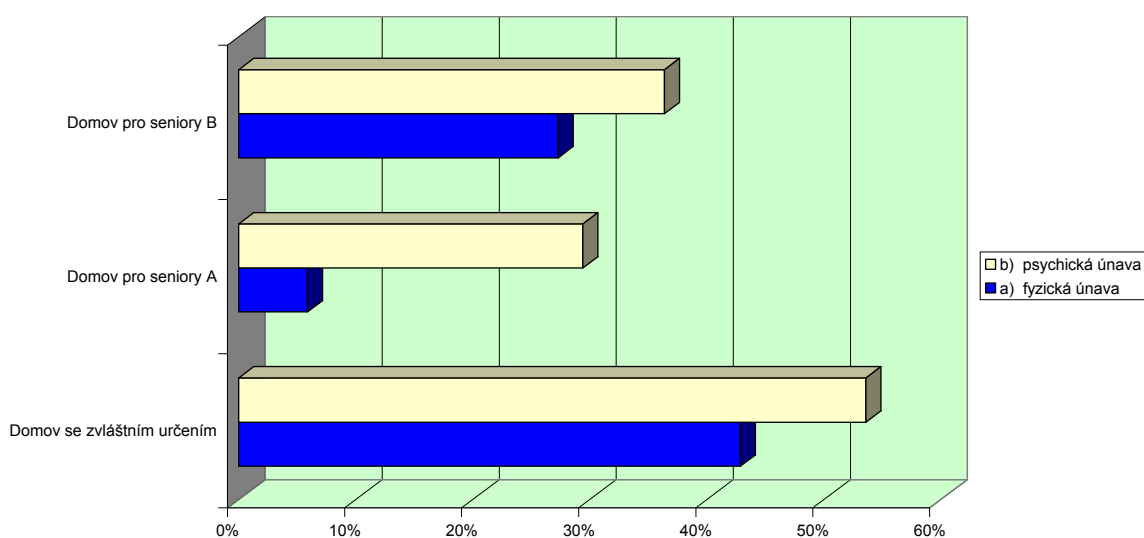
### Komentář:

Pokud budeme srovnávat průměrnou hodnotu fyzické a psychické únavy, zjistíme, že jde o čísla poměrně vyrovnaná ve všech domovech. Pouze v domově pro seniory A (Týniště nad Orlicí) je fyzická únava hodnocena výrazně níže průměrem 2,76 na stupnici od 1 do 5. Je to dáno tím, že zde mají pracovníce vždy na denní směnu 1 pracovníka muže, který jim pomáhá zejména s těžkou fyzickou prací (přemísťováním klientů apod.). Ve všech domovech převažuje psychická únava nad fyzickou. Subjektivně nejvyšší průměrné stupně únavy psychické (3,71) i fyzické (3,29) uvedli pracovníci domova specializovaného na klienty s Alzheimerovou chorobou.

Tabulka č. 10 Míra psychické a fyzické únavy (stupeň 4-5)

Typ zátěže	Domov se zvláštním určením	DZU relativní četnost	Domov pro seniory A	DpS A relativní zátěž	Domov pro seniory B	DpS B relativní zátěž
a) fyzická únava	12	43%	1	6%	9	27%
b) psychická únava	15	54%	5	29%	12	36%

Míra fyzické a psychické únavy (zátěž 4-5)



Graf č. 8 Míra fyzické a psychické únavy (zátěž 4-5)

### Komentář:

Pokud budeme srovnávat zátěž stupně 4-5, tedy závažnou zátěž, která pracovníky vyčerpává a je významným činitelem při vzniku burn-out syndromu (syndromu vyhoření), je závažným zjištěním, že v domově specializovaném pro klienty s Alzheimerovou chorobou pociťuje závažnou míru zátěže psychické 54 % a fyzické 43 % pracovníků. Tedy polovina pracovníků odchází po pracovní směně vyčerpaná fyzicky i psychicky. U pracovníků běžných domovů je míra zátěže nižší. V domově pro seniory B uvedlo závažnou psychickou únavu 36 % a fyzickou únavu 27 % pracovníků, což představuje přibližně 1/3 pracovníků. V domově pro seniory A je situace lepší, závažnou fyzickou únavu pociťuje pouze 6 % pracovníků, to je zřejmě způsobeno již dříve zmiňovanou přítomností pracovníka muže, který přebírá většinu nejtěžší fyzické práce. Závažná míra pociťované psychické zátěže je v tomto zařízení u 29 % pracovníků.



### Otázka č. 8

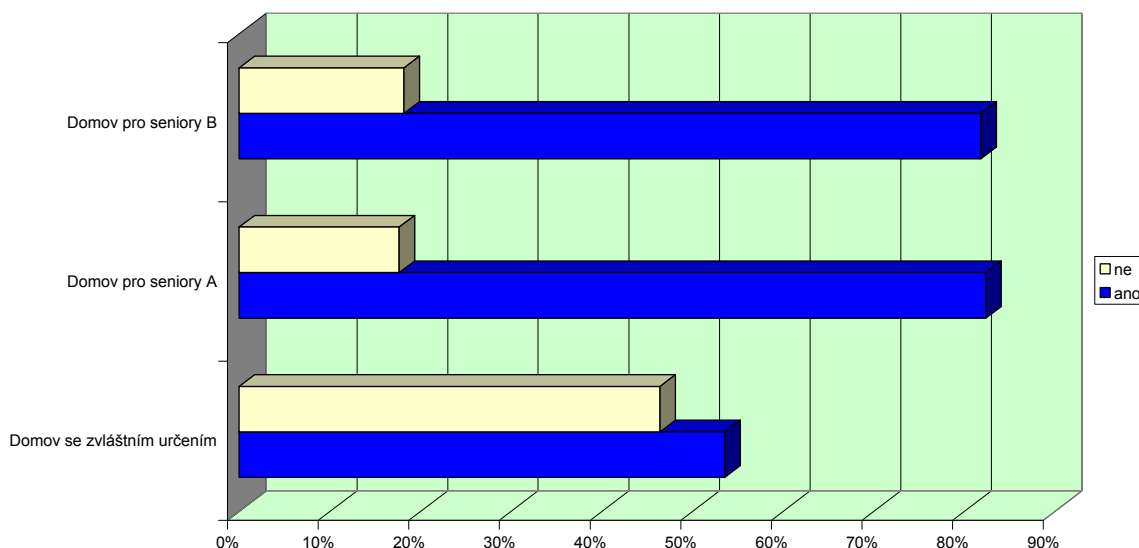
Uvítali byste v případě práce na oddělení pro klienty s demencí střídání s prací na běžném oddělení?

- ano, protože.....  
 ne, protože.....

Tabulka č. 11 Možnost střídání práce na oddělení pro klienty s demencí a na běžném oddělení

Možnost střídání práce na oddělení pro klienty s demencí s prací na běžném oddělení	Domov se zvláštním určením	DZU relativní četnost	Domov pro seniory A	DpS A relativní četnost	Domov pro seniory B	DpS B relativní četnost
ano	15	54%	14	82%	27	82%
ne	13	46%	3	18%	6	18%

Možnost střídání práce na oddělení pro klienty s demencí a běžného oddělení



Graf č. 9 Možnost střídání práce na oddělení pro klienty s demencí a na běžném oddělení

### Komentář:

V této otázce se naprosto shodli pracovníci běžných domovů. 82 % by uvítalo možnost střídání, pouze 18 % bylo opačného názoru. Pracovníci specializovaného domova uvedli, že by v 54 % uvítali možnost střídání a 46 % bylo proti. V této otázce mohli pracovníci opět vyjádřit svůj názor.

V domově pro klienty s Alzheimerovou chorobou uvedlo svůj názor 10 respondentů z celkového množství 28 zúčastněných.

*Ano, uvítala bych střídání práce na oddělení klientů s demencí a na oddělení běžném, protože:*

- je to velká psychická zátěž (2 pracovníci)
- byla by to změna (2 pracovníci)
- s klienty, kteří netrpí demencí se dá dělat více věcí (her a jiných činností)

*Ne, protože:*

- práce s klienty s ACH vyžaduje častý kontakt, nemají rádi změnu
- s klienty trpícími demencí nejsem celou směnu
- to není u nás možné
- je lepší menší okruh klientů, abychom si na sebe zvykli
- jsem zvyklá na práci s lidmi postiženými demencí, tato práce mi nevadí

**V domově A** se vyjádřilo 13 z celkového množství 17 zúčastněných pracovníků.

*Ano, uvítala bych střídání práce na oddělení klientů s demencí a na oddělení běžném, protože:*

- práce s klienty s demencí je psychicky náročná, je nutné být stále ve střehu (3 pracovníci)
- práce s klienty s demencí je psychicky i fyzicky náročná (5 pracovníků)
- byla by to změna, rozmanitější práce (nová energie a pohled), možnost si popovídat (2 pracovníci)
- bylo by to odlehčení

*Ne, protože:*

- v našem zařízení jsou na všech odděleních klienti s demencí

**V domově B** vyjádřilo svůj názor 19 z celkového množství 28 zúčastněných pracovníků.

*Ano, uvítala bych střídání práce na oddělení klientů s demencí a na oddělení běžném, protože:*

- nemám větší psychickou zátěž, pracuji s klienty s demencí
- je to psychicky náročné (14 pracovníků)
- vyhovuje mi spíše smíšené oddělení (2 pracovníci)

*Ne, protože:*

- oddělení by mělo být smíšené
- nemáme oddělení pro klienty s demencí

Z celkového počtu 33 pracovníků, kteří se vyjádřili, proč chtějí střídat oddělení, jich 24 (73%) uvedlo jako důvod nadměrnou psychickou zátěž práce na oddělení klientů s demencí.

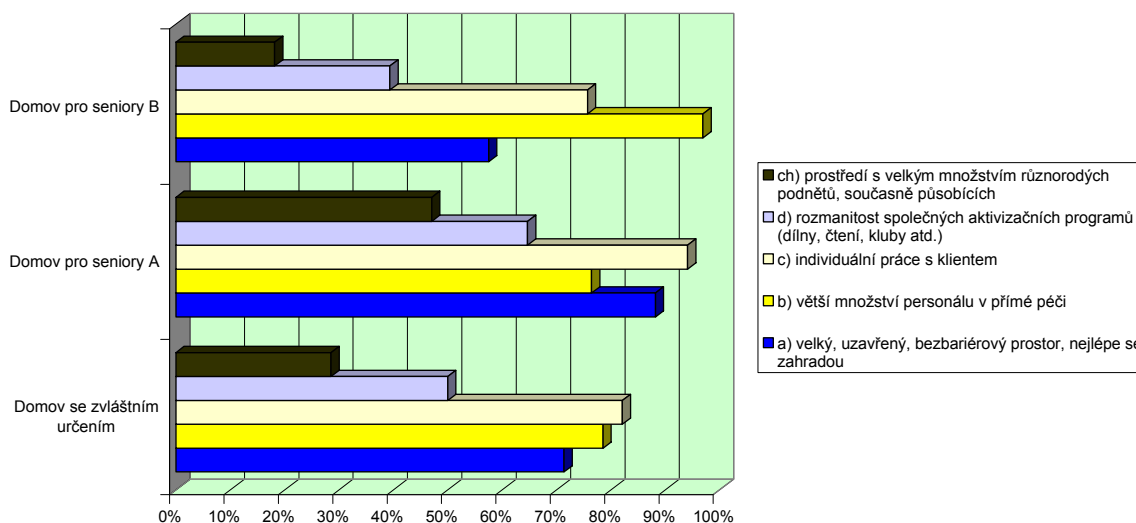
## Otázka č. 9

### Co je pro klienty s Alzheimerovou chorobou podle Vás nejvíce prospěšné? (1-5)

Tabulka č. 12 Prostorové uspořádání, personální a materiálové zázemí

Prostorové uspořádání, personální a materiální zázemí (míra důležitosti 4-5)	Domov se zvláštním určením	DZU relativní četnost	Domov pro seniory A	DpS A relativní četnost	Domov pro seniory B	DpS B relativní četnost
větší množství personálu v přímé péči	22	79%	13	76%	32	97%
individuální práce s klientem	23	82%	16	94%	25	76%
velký, uzavřený, bezbariérový prostor, nejlépe se zahradou	20	71%	15	88%	19	58%
rozmanitost společných aktivit (dílky, čtení, kluby atd.)	14	50%	11	65%	13	39%
prostředí s velkým množstvím různorodých podnětů	8	29%	8	47%	6	18%

Prostorové uspořádání, personální a materiální zázemí (důležitost 4-5)



Graf č. 10 Prostorové uspořádání, personální a materiální zázemí

### Komentář:

#### Větší množství personálu

Personál domovů se domnívá, že je pro klienty s Alzheimerovou demencí nejvíce z uváděných položek důležité množství pracovníků, které o klienty pečují. Je to 97 % pracovníků domova v Borohrádku, 76 % pracovníků domova v Týništi n. O. a 79 %

pracovníků specializovaného domova. Větší množství personálu umožňuje pracovníkům věnovat se klientům individuálně, což je pro klienty ve všech stádiích Alzheimerovy choroby velmi důležité. A mohlo by to přinést úlevu v podobě snížení psychické zátěže personálu.

#### *Individuální práce*

V průměru stejné procento (84 %) se objevilo také u důležitosti individuální práce, která rovněž souvisí s množstvím personálu věnujícího se klientům. Nejvíce označili stupněm důležitosti 4-5 tuto položku v 94 % pracovníci domova v Týništi n. O., dále v 82 % pracovníci specializovaného domova a ve velkém procentu i pracovníci domova v Borohrádku (76 %). Je zřejmé, že si pracovníci uvědomují význam individuální práce pro klienty s demencí a upřednostnili ji před společnými aktivitami.

#### *Velký, uzavřený, bezbariérový prostor, nejlépe se zahradou*

V průměru 72 % pracovníků domovů se domnívá, že je velký, uzavřený, bezbariérový prostor, nejlépe se zahradou velmi důležitý pro klienty s Alzheimerovou chorobou. Nejvíce, tedy 82 % pracovníků, je o tom přesvědčeno v domově v Týništi nad Orlicí. Ve specializovaném domově to považuje za důležité 71 % pracovníků. V domově v Borohrádku označilo tuto položku za důležitou 58 % pracovníků. I tady se projevili zkušenosti pracovníků s klienty s Alzheimerovou chorobou, z nichž je právě patrné, že potřebují dostatek prostoru, kde se mohou volně pohybovat. Malý prostor, který musí být uzavřený je pro ně zdrojem neklidu a někdy i agresivity.

#### *Rozmanitost společných aktivizačních programů (dílny, čtení, kluby aj.)*

Pro klienty s Alzheimerovou chorobou v počátečních stádiích jsou společné aktivizační programy vhodné a důležité, později klienti spíše zvládají individuální aktivity. V průměru to označilo za důležité 51 % pracovníků všech domovů. O důležitosti této položky jsou přesvědčeni nejvíce pracovníci domova v Týništi n. O. 65 %, poté pracovníci specializovaného domova 50 % a pouze 39 % pracovníků domova v Borohrádku. Společné aktivity jsou pro klienty s Alzheimerovou chorobou dosti problematické. Výjimku tvoří různé pohybové a taneční aktivity, kde není vyžadováno dlouhodobé zaměření pozornosti. To, že pouze polovina pracovníků označila společné aktivity za vhodné pro tyto klienty, opět vychází z jejich praktických zkušeností.

#### *Prostředí s velkým množstvím různorodých podnětů, současně působících*

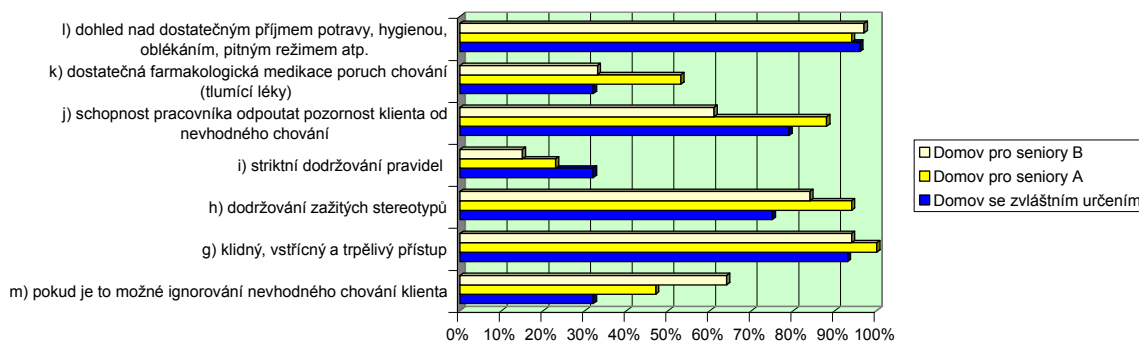
Tato položka byla zvolena proto, aby prověřila, zda pracovníci při vyplňování dotazníku neztratili pozornost. Proto ji jako důležitou označilo v průměru pouze 31 % pracovníků. Ve všech domovech se v důležitosti umístila tato položka na posledním místě.

Velké množství současně působících podnětů pro klienty s Alzheimerovou chorobou je nepřehledné a může je spíše rozrušovat, než motivovat k činnosti. Přesto ji jako velmi důležitou označilo 47 % pracovníků domova v Týništi n.O., 29 % respondentů specializovaného domova a 39% domova v Borohrádku. Pro klienty, kteří netrpí demencí při Alzheimerově chorobě je samozřejmě prostředí s velkým množstvím podnětů prospěšné. Pro klienty, na které se v této práci zaměřuji, je vysloveně toto prostředí nevhodné, rozrušuje je, odvádí pozornost od důležitých věcí, zhoršuje orientaci a pokud působí velké množství podnětů současně, může vést až k agresivitě klienta, který danou situaci nezvládá.

Tabulka č. 13 Přístup, dohled a farmakoterapie ke klientům trpícím demencí

<b>Přístup, dohled a farmakoterapie (důležitost stupeň 4-5)</b>	<b>Domov se zvláštním určením</b>	<b>DZU relativní četnost</b>	<b>Domov pro seniory A</b>	<b>DpS A relativní četnost</b>	<b>Domov pro seniory B</b>	<b>DpS B relativní četnost</b>
pokud je to možné ignorování nevhodného chování klienta	9	32%	8	47%	21	64%
klidný, vstřícný, trpělivý přístup	26	93%	17	100%	31	94%
dodržování zažitých stereotypů	21	75%	16	94%	28	84%
striktní dodržování pravidel	9	32%	4	23%	5	15%
schopnost odpoutat pozornost klienta od nevhodného chování	22	79%	15	88%	20	61%
dostatečná farmakologická medikace poruch chování	9	32%	9	53%	11	33%
dohled nad příjmem potravy, hygienou, oblékáním atp.	27	96%	16	94%	32	97%

### Přístup, dohled a farmakoterapie (míra důležitosti 4-5)



Graf č. 11 Přístup, dohled a farmakoterapie u klientů s demencí

#### Komentář:

##### *Klidný vstřícný a trpělivý přístup*

V péči o klienty jako nejpotřebnější označili pracovníci klidný, vstřícný a trpělivý přístup. V domově Týniště n.O. to bylo dokonce 100 % pracovníků, v Borohrádku 94 % a ve specializovaném domově v Albrechticích n.O. 93 % pracovníků. Z těchto odpovědí je zřejmé, že u klientů s demencí personál nepochodí, pokud bude vyžadovat striktní dodržování určitých pravidel. Péče o klienty s Alzheimerovou chorobou vyžaduje spíše značnou dávku tolerance a umění personálu přizpůsobit se změnám chování, které jsou pro tuto nemoc typické.

##### *Dohled nad dostatečným příjmem potravy, hygienou, oblékáním, pitným režimem*

Ve všech třech domovech je přesvědčeno o důležitosti dohledu nad základními denními činnostmi klientů s demencí v průměru 96 % zaměstnanců. Tuto položku označili pracovníci jako druhou nejvíce důležitou z celé nabídky u otázky č. 9. Jednoznačně ji považují za základ péče o klienty s demencí, protože různé stupně ztráty soběstačnosti postihují klienty již v prvních stádiích Alzheimerovy choroby

##### *Dodržování zažitých stereotypů*

Další velmi důležitou položkou je dodržování zažitých stereotypů. Stejně jako bylo popisováno v teoretické části to cítí i pracovníci domovů. Aby u svých klientů dokázali co

nejdéle udržet alespoň základní návyky, je právě ustálené dodržování stereotypů všemi pracovníky pro klienty rozhodující. V domově v Týništi n. O. si to uvědomuje 94 % pracovníků, v domově v Borohrádku 84 % a ve specializovaném domově 75 % pracovníků. Navíc právě tyto klienty může každá změna zvyklostí vyvolat neklid a vzápětí nemožnost navázat spolupráci s klientem.

#### *Schopnost pracovníka odpoutat pozornost klienta od nevhodného chování*

V této kategorii se na dalším místě umístila právě schopnost pracovníků odpoutat pozornost klientů od nevhodného chování. Nejvíce ji oceňují pracovníci domova v Týništi n. O. 88 %, poté pracovníci specializovaného domova 79 % a nakonec pracovníci domova v Borohrádku 61 %. Když pracovníci toto umí, dokáží včas eliminovat možné konflikty a nedorozumění. Právě v tomto by mohla pomoci pracovníkům školení zaměřená na praktický nácvik komunikace s klienty s demencí. Královéhradecký krajský úřad získal opět na tento rok dotace od Evropské unie a v nabídce je i školení zaměřené na tuto problematiku.

#### *Pokud je to možné, ignorování nevhodného chování klienta*

Nejvíce se snaží tolerovat nevhodné chování pracovníci domova v Borohrádku (64 %), pak přibližně polovina (47 %) pracovníků domova v Týništi n.O. a také 32 % pracovníků specializovaného domova, což může naznačovat, že přecházet nevhodné chování tam, kde jsou klienti s Alzheimerovou chorobou koncentrováni v jednom zařízení, je problematictější.

#### *Dostatečná farmakologická medikace poruch chování*

K nutnosti dostatečné farmakologické medikace poruch chování se vyjádřilo více než polovina 53 % pracovníků domova v Týništi n.O., což je zřejmě dáno otevřeností zařízení (problémy s útěky a velkým pohybem veřejnosti, která některé projevy chování klientů těžko chápe). Téměř stejným procentem ohodnotili nutnost medikace poruch chování pracovníci domova v Borohrádku 33 % a pracovníci specializovaného domova 32 %. Nižší podpora právě farmakologické medikace poruch chování vyjadřuje zkušenost personálu, že je velmi obtížné správně nastavit medikaci u těchto klientů, tak aby eliminovala pouze nevhodné chování a klient zůstal soběstačný a aktivní. O to problematictější je to právě v domovech pro seniory, kde není stálá přítomnost lékaře. Sestra sama v současné době nemůže upravit medikaci, i když vidí, že klientovi neprospívá. Ale je správné pokud si toho sestry všimají a včas kontaktují lékaře.

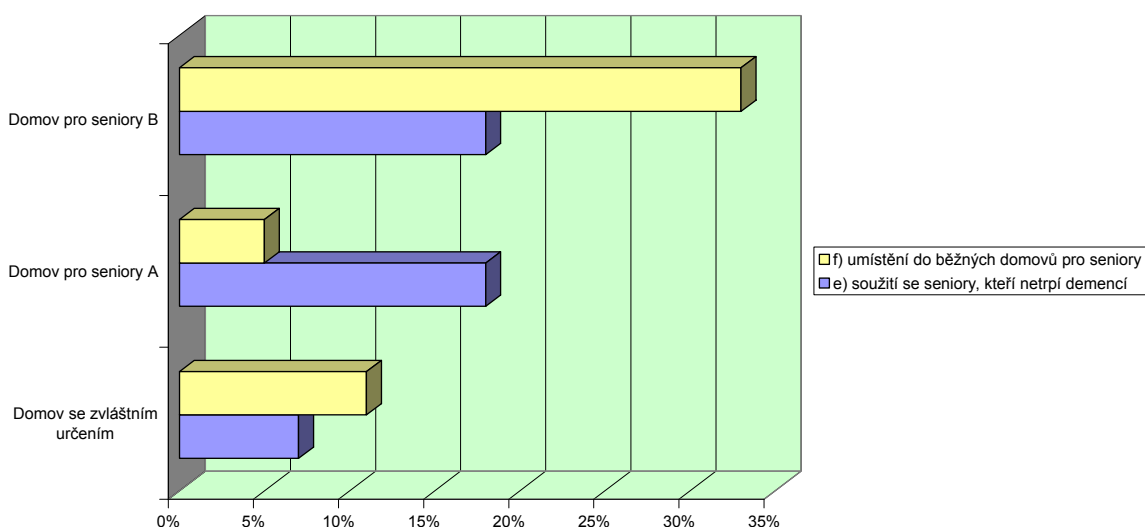
### Striktní dodržování pravidel

Ve všech domovech se k nutnosti striktního dodržování pravidel vyjádřila méně než třetina pracovníků. Tato položka měla spíše sloužit k prověření pozornosti pracovníků při vyplňování dotazníků. Jak doufám, tak si většina pracovníků v běžném kontaktu s klienty s demencí uvědomuje, že vyžadovat po nich striktně dodržování pravidel je poněkud nemožné. Přesto se zde vyjádřilo pro striktní dodržování pravidel 32 % pracovníků specializovaného domova, 23 % pracovníků domova v Týništi n. O. a 15 % pracovníků domova v Borohrádku.

Tabulka č. 14 Vhodnost umístění klientů s demencí do běžných domovů a soužití s ostatními klienty

Vhodnost umístění do běžných domovů a soužití s klienty, kteří netrpí demencí	Domov se zvláštním určením	DZU relativní četnost	Domov pro seniory A	DpS A relativní četnost	Domov pro seniory B	DpS B relativní četnost
e) soužití se seniory, kteří netrpí demencí	2	7%	3	18%	6	18%
f) umístění do běžných domovů pro seniory	3	11%	1	5%	10	33%

Vhodnost umísťování do běžných domovů a soužití s klienty, kteří netrpí demencí (stupeň důležitosti 4-5)



Graf č. 12 Vhodnost umísťování klientů s demencí do běžných domovů



## Komentář:

Za vhodné považuje umístování seniorů do běžných zařízení 33 % respondentů domova v Borohrádku. Je to zřejmě proto, že domov v Borohrádku je vybudován v bývalém zámečku a uhlídat zde klienty není velkým problémem. Ve specializovaném zařízení v Albrechticích n.O. je to pouze 11 % pracovníků. Zde mají zkušenosti z dřívější doby, kdy bylo zařízení běžným domovem. V Týništi n.O. označilo pouze 5 % pracovníků za vhodné umístování seniorů s Alzheimerovou chorobou do běžných zařízení, je to zejména proto, že zdejší domov je hodně otevřený a problémy s útekem jsou poměrně časté.

Soužití seniorů s Alzheimerovou chorobou označuje v obou běžných zařízeních za vhodné shodně 18 % pracovníků. Zatímco ve specializovaném domově je to pouze 7 % pracovníků. Vyšší procenta v běžných domovech jsou důsledkem konfliktů mezi klienty s Alzheimerovou chorobou a ostatními seniory. Klienti, kteří netrpí demencí často nechtějí tolerovat změny chování způsobené nemocí. Nejsou schopni pochopit, proč se klient opakovaně chová nevhodně, i když jej na to upozorňují.

## Otázka č. 10

### Co Vám pomáhá při péči o klienty s Alzheimerovou chorobou?

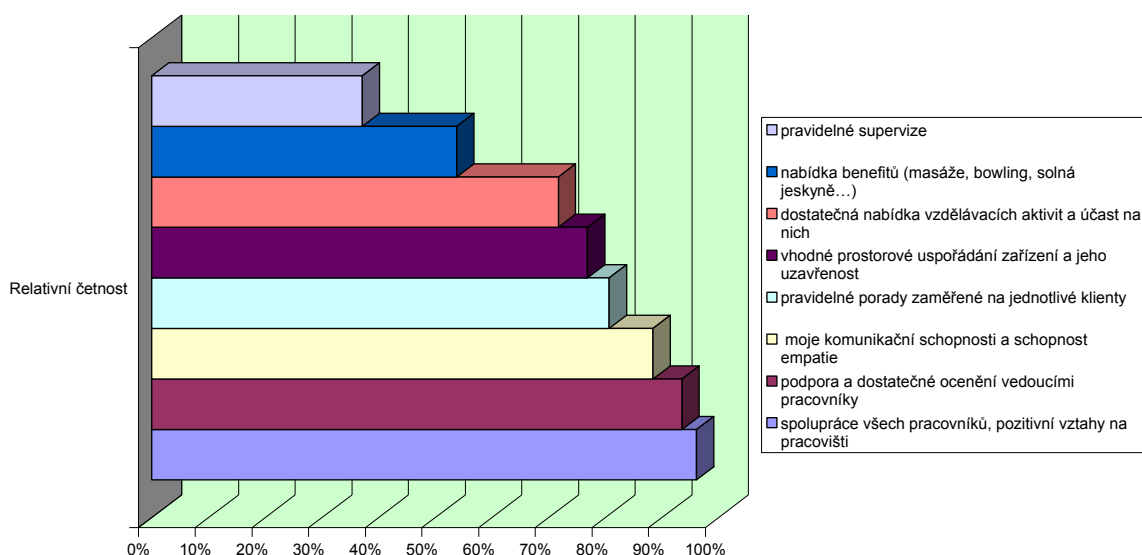
Tabulka č. 15 Co Vám pomáhá při péči o klienty s Alzheimerovou chorobou?

Při péči o klienty pomáhá	Domov se zvláštním určením	DZU relativní četnost	Domov pro seniory A	DpS A relativní četnost	Domov pro seniory B	DpS B relativní četnost
spolupráce všech pracovníků, pozitivní vztahy na pracovišti	27	96%	17	100%	31	94%
podpora a dostatečné ocenění vedoucími pracovníky	26	93%	16	94%	31	94%
moje komunikační schopnosti a schopnost empatie	24	86%	14	82%	31	94%
pravidelné porady zaměřené na jednotlivé klienty	22	79%	16	94%	25	76%
vhodné prostorové uspořádání zařízení a jeho uzavřenost	22	79%	16	94%	22	67%
dostatečná nabídka vzdělávacích aktivit a účast na nich	22	79%	12	71%	22	67%
nabídka benefitů (masáže, bowling, solná jeskyně...)	14	50%	12	71%	16	48%
pravidelné supervize	9	32%	7	41%	13	39%

Tabulka č. 16 Co pomáhá v péči o klienty s Alzheimerovou chorobou (souhrnná data)

Při péči o klienty pomáhá	Počet respondentů	Relativní četnost
spolupráce všech pracovníků, pozitivní vztahy na pracovišti	75	96%
podpora a dostatečné ocenění vedoucími pracovníky	73	94%
moje komunikační schopnosti a schopnost empatie	69	88%
pravidelné porady zaměřené na jednotlivé klienty	63	81%
vhodné prostorové uspořádání zařízení a jeho uzavřenost	60	77%
dostatečná nabídka vzdělávacích aktivit a účast na nich	56	72%
nabídka benefitů (masáže, bowling, solná jeskyně...)	42	54%
pravidelné supervize	29	37%

Při péči o klienty s demencí pomáhá



Graf č. 13 Co pomáhá personálu při péči o klienty s demencí

### Komentář:

#### *Spolupráce všech pracovníků, pozitivní vztahy na pracovišti*

Za důležitou položku, která pomáhá pracovníkům v péči o seniory, označili pracovníci spolupráci a pozitivní vztahy na pracovišti. V Týništi n.O. je o tom přesvědčeno 100 %, ve specializovaném domově 96 % a v Borohrádku 94 % pracovníků. Právě vzájemná pomoc a podpora mezi pracovníky může vést ke snížení psychické zátěže a měla by být podporována všemi způsoby. K tomu mohou sloužit i supervize, které prozatím, jak je

z výzkumu patrné nezískaly oblibu u všech pracovníků. Hodně závisí kdo a jakým způsobem supervize vede, zda dokáže jejich prostřednictvím pomoci pracovníkům se vzájemnými vztahy na pracovišti.

#### *Podpora a dostatečné ocenění vedoucími pracovníky*

Jako druhou položku označili respondenti dostatečnou podporu a ocenění vedoucími pracovníky. Tuto potřebu má shodně 94 % pracovníků běžných domovů a 93 % pracovníků specializovaného domova.

#### *Komunikační schopnosti a schopnost empatie*

Za významné označují pracovníci i své komunikační schopnosti a schopnost empatie. V Borohrádku je to 94 % pracovníků, ve specializovaném domově 86 % a v domově v Týništi n.O. 82 % respondentů. Tato položka úzce souvisí s již dříve zmiňovanou schopností pracovníků odpoutat pozornost klientů od nevhodného chování. I tady by pracovníkům pomohla uváděná školení. Pracovníci schopnost komunikace a empatie cítí jako jednu ze základních dovedností.

#### *Pravidelné porady zaměřené na jednotlivé klienty*

Při své práci je oceňuje 94 % pracovníků domova v Týništi n.O., 79 % ve specializovaném domově a 76 % v domově v Borohrádku. Pracovníci zde rozebírají jednotlivé individuální plány klientů a snaží se řešit problémy, které se při péči vyskytly. Ve většině domovů jsou tyto porady již běžnou praxí. I zde probíhá předávání zkušeností a dovedností týkajících se komunikace a zacházení s jednotlivými klienty.

#### *Vhodné prostorové uspořádání zařízení a jeho uzavřenost*

Velkou výhodou při péči o klienty je vhodné prostorové uspořádání zařízení a jeho uzavřenost, to potvrdili pracovníci i v dotaznících. Tuto položku považuje za velmi důležitou k práci 94 % pracovníků domova v Týništi n.O., takto vysoké procento je zřejmě dáno právě nevhodným uspořádáním tohoto domova pro klienty s Alzheimerovou chorobou. Za velmi důležité to považuje i 79 % pracovníků ve specializovaném domově a 67 % pracovníků domova v Borohrádku.

#### *Dostatečná nabídka vzdělávacích aktivit a účast na nich*

Téměř tři čtvrtiny pracovníků považuje za důležitou pomoc v jejich práci vzdělávání. Nejvíce jej oceňují ve specializovaném domově (79 % pracovníků), poté pracovníci domova v Týništi n.O. (71 %) a v Borohrádku je to 67 % respondentů. Určitě je dobře, že pracovníci pocítují možnost se vzdělávat spíše jako benefit než povinnost, kterou mají nyní legislativně danou.

### *Nabídka benefitů (masáže, bowling, solná jeskyně)*

Toto pomáhá 71 % pracovníků domova v Týništi n.O. Nabídku oceňuje také 50 % respondentů specializovaného domova a 48 % pracovníků domova v Borohrádku. V letošním roce (2011) dochází vlivem legislativy k snížení příspěvků na FKSP ze 2 % na 1 % a tím bohužel dojde i k menším možnostem čerpání benefitů jednotlivými pracovníky.

### *Pravidelné supervize*

O tom, že je jim v jejich práci nápomocna návštěva pravidelných supervizí, je přesvědčeno 41 % pracovníků domova v Týništi n.O., 39 % pracovníků domova v Borohrádku a pouze 32 % respondentů specializovaného domova v Albrechticích n.O. O tom, že právě supervize mohou při správném vedení pomáhat pracovníkům k vytvoření dobrých vzájemných vztahů na pracovišti a mohou pomoci v řešení řady problémů, jsem psala již výše. Bohužel zřejmě není mnoho supervizorů, kteří tyto schopnosti mají, o čemž vypovídá výsledek šetření, kdy supervize pomáhá pouze o něco více než třetině pracovníků.

**Otázka č. 11**

**Co dále by Vám pomohlo v péči o klienty s Alzheimerovou chorobou?** (Zde se mohli pracovníci volně vyjádřit)

Tabulka č. 17 Co dále by Vám pomohlo při péči o klienty s demencí?

<b>Co by dále pomohlo při péči</b>	<b>Domov se zvláštním určením</b>	<b>Relativní četnost</b>	<b>Domov pro seniory A</b>	<b>Relativní četnost</b>	<b>Domov pro seniory B</b>	<b>Relativní četnost</b>	<b>celkem</b>
lepší spolupráce s rodinnými příslušníky a jejich informovanost o ACH	4	33%		0%	5	33%	9
samostatné oddělení pro klienty s demencí		0%		0%	5	33%	5
dostatek ošetrovatelského personálu	2	17%	1	17%	3	20%	6
specializované zařízení		0%		0%	2	13%	2
vhodné prostředí		0%	4	67%	1	7%	5
mé zdravotní a psychické schopnosti		0%		0%	1	7%	1
nejdůležitější požadavky byly uvedeny v dotazníku		0%	1	17%	1	7%	2
lépe placená práce (motivace), podpora vedoucími pracovníky	4	33%		0%		0%	4
vzdělávání a nové informace	4	33%	1	17%		0%	4
spolupráce v týmu	2	17%		0%		0%	2
dostatek času na klienta a individuální práci	1	8%	1	17%		0%	2
pravidelné relaxační pobyty pro pracovníky	1	8%		0%		0%	1
pravidelné supervize	1	8%		0%		0%	1
relaxační hudba	1	8%		0%		0%	1
včasná diagnostika a léčba nemoci		0%	1	17%		0%	1

*V domově v Borohrádku se vyjádřilo 45 % respondentů, že by jim pomohla:*

- lepší spolupráce s rodinnými příslušníky a jejich větší informovanost o Alzheimerově chorobě (5 respondentů)
- samostatné oddělení pro klienty s demencí (5 respondentů)
- dostatek ošetrovatelského personálu (3 respondenti)
- specializované zařízení (2 respondenti)
- vhodné prostředí (1 respondent)
- mé zdravotní a psychické schopnosti (1 respondent)
- nejdůležitější požadavky byly uvedeny v dotazníku (1 respondent)

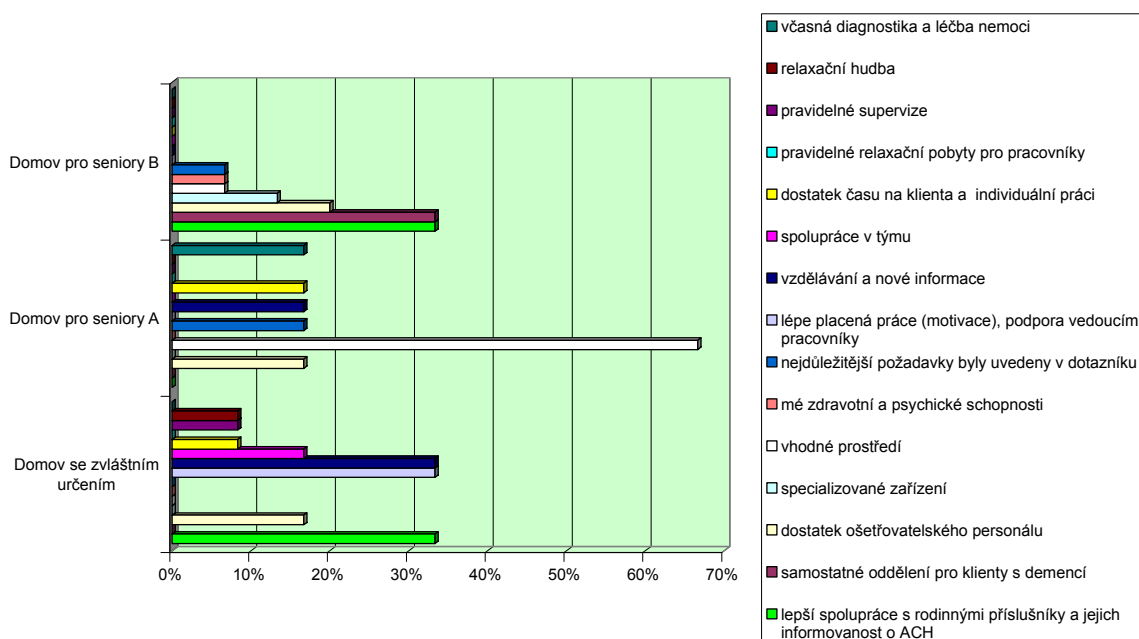
*Ve specializovaném domově v Albrechticích n.O. se vyjádřilo 43 % respondentů a pomohlo by jim:*

- lepší spolupráce s rodinnými příslušníky a jejich větší informovanost o Alzheimerově chorobě (4 respondenti)
- lépe placená práce (motivace), podpora vedoucími pracovníky (4 respondenti)
- vzdělávání a nové informace (4 respondenti)
- dostatek ošetrovatelského personálu (2 respondenti)
- spolupráce v týmu (2 respondenti)-
- dostatek času na klienta a individuální práci (1 respondent)
- pravidelné relaxační pobyty pro pracovníky (1 respondent)
- pravidelné supervize (1 respondent)
- relaxační hudba (1 respondent)

*V domově v Týništi n.O. se vyjádřilo 35 % pracovníků a pomohlo by jim:*

- vhodné prostředí (4 respondenti)
- dostatek ošetrovatelského personálu (1 respondent)
- včasná diagnostika a léčba nemoci (1 respondent)
- dostatek času na klienta a individuální práci (1 respondent)
- vzdělávání, nové informace (1 respondent)
- nejdůležitější požadavky byly uvedeny v dotazníku (1 respondent)

Co dále by Vám pomohlo v péči o klienty s demencí



Graf č. 14 Co dále by Vám pomohlo v péči o klienty s demencí

### Komentář:

Z grafu č.17 je patrné, že nejvíce chybí pracovníkům (67 %) domova Týniště n. O. vhodné prostorové uspořádání a jeho uzavřenost. Stejnou potřebu mají i respondenti z domova v Borohrádku (7 %). Naopak ve specializovaném domově toto nepocítují, což je dáno odpovídajícím zabezpečením a několikaletou snahou toto prostředí pro klienty přizpůsobit.

Shodně 33 % respondentů domova v Borohrádku a specializovaného domova má potřebu lepší spolupráce s rodinnými příslušníky a zlepšení jejich informovanosti o Alzheimerově chorobě. V Týništi n. O. pracovníci tento požadavek nemají.

Ve všech domovech mají pracovníci pocit nedostatečného množství personálu k péči o klienty s Alzheimerovou chorobou. V domově se zvláštním určením a domově v Týništi n.O. je to shodně 17 % personálu, který se k této problematice vyjádřil. V domově v Borohrádku je to dokonce 20 % pracovníků.

Pracovníci zde také vyjádřili potřebu dalšího vzdělávání a získávání nových informací. Pocítují to respondenti specializovaného domova (33 %) a domova v Týništi n.O. (17 %). V domově Borohrádek tuto potřebu pracovníci nevyjádřili.

Samostatné oddělení pro klienty s demencí by ocenili pracovníci domova v Borohrádku 33 %. Ve specializovaném domově mají pracovníci (33 %) pocit, že by jim pomohlo,

kdyby jejich práce byla lépe placena a měli větší podporu vedoucích pracovníků. Pracovníci domova v Týništi n.O. (17 %) a pracovníci z Borohrádku (7 %) jsou přesvědčeni, že to, co by potřebovali, bylo dostatečně uvedeno v dotazníku. Celkem 17 % pracovníků specializovaného domova by uvítalo, kdyby jejich práce byla více týmová. Také 17 % pracovníků Týniště n.O se vyjádřilo, že by bylo žádoucí, aby byli klienti s Alzheimerovou chorobou včas diagnostikováni a léčeni. 13 % pracovníků v domově v Borohrádku má pocit, že k úspěšné péči o tyto klienty je třeba specializovaného zařízení. Ve specializovaném domově má 8 % pracovníků potřebu pravidelných supervizí, možnosti pouštění relaxační hudby a vyhovovali by jim pravidelné relaxační pobyty. 7 % pracovníků domova v Borohrádku uvedlo, že je u této práce důležité, zachovat si psychické a fyzické zdraví.



## 8 Shrnutí diskuze

### Domov se zvláštním určením

V tomto domově pracuje velké procento pracovníků, kteří se věnují práci s klienty postiženými demencí méně než 5 let. 21 % pracuje v tomto oboru dokonce méně než 1 rok, což je dáno rozšířením domova o další 3 domky s 24 klienty v I. a II. stádiu Alzheimerovy choroby. Všichni pracovníci zde odpověděli, že byli proškoleni v péči o klienty s demencí. Pouze o něco více než třetina pracovníků dokázala správně charakterizovat klienta s Alzheimerovou chorobou. Z těch, kteří odpovídali je 75 % pracovníků sociálních služeb, pouze 14 % jsou zdravotní sestry a zbývajících 11 % tvoří ostatní pracovníci.

Jedním z cílů výzkumu bylo zjistit míru psychické a fyzické zátěže pracovníků. Psychickou zátěž zde hodnotí závažným stupněm více než polovina pracovníků. Fyzickou zátěž jako závažnou označila rovněž téměř polovina zaměstnanců. Tito pracovníci se po své směně cítí téměř nebo úplně vyčerpaní. Hrozí jim tedy velké riziko burn-out syndromu. Za vyčerpávající z nabízených možností označili pracovníci nejčastěji nepřiměřené chování až agresivitu klienta, ztíženou komunikaci, noční neklid a konflikty vzniklé obtěžováním spolubydlících. Je překvapivé, že i v tomto domově je téměř polovina pracovníků nadměrně zatížena útoky klientů. Většina pracovníků by proto v případě práce na oddělení pro klienty s demencí uvítala možnost střídání práce na běžném oddělení. Tuto možnost volili pracovníci zejména proto, že cítí velkou psychickou zátěž a měli by šanci odreagovat se při práci s klienty, kteří jsou podle jejich názoru schopni zvládnout více aktivit.

Dalším cílem bylo zjistit názory pracovníků na péči o klienty s demencí. Převládá názor, že je péče o klienty s demencí dobře organizována, protože existují specializovaná zařízení a péče je plánována individuálně dle potřeb jednotlivých klientů. Pokud se pracovníci vyjadřovali, že je péče špatně organizovaná, jako důvod nejčastěji uvedli nedostatek personálu a málo času na klienty, což jsou podmínky nutné k poskytování individuální péče klientům. Právě individuální péči označili pracovníci za nejpřínosnější pro klienty. Naopak společné aktivizační programy (kluby, dílny, čtení) považuje za vhodné pouze polovina pracovníků. Z hlediska prostorového a materiálního vybavení je podle nich nutné, aby péče byla poskytována ve vhodných prostorách (zahradu, bezbariérovost, uzavřené prostory).

V přímé péči o klienta je podle pracovníků velmi důležitý dohled nad dostatečným příjmem potravy, pitným režimem, hygienou a oblékáním klientů. Přístup ke klientům musí být klidný a vstřícný. Pracovník musí umět odpoutat pozornost klienta od nevhodného chování, proto musí mít komunikační schopnosti a empatii. Je také třeba dodržovat zažitá stereotypy. Umístění klientů s Alzheimerovou chorobou do běžných domovů a jejich soužití s ostatními seniory považují pracovníci za nevhodné.

Ke své práci potřebují spolupráci všech pracovníků, pozitivní vztahy na pracovišti, podporu vedoucích pracovníků a dostatečné ocenění své práce. Nepostradatelné jsou pravidelné denní porady zaměřené na jednotlivé klienty. Polovina zaměstnanců ocenila nabídku benefitů, jako jsou masáže, bowling, solná jeskyně atp. Pouze necelé třetina pracovníků pomáhají pravidelné supervize.

Volně se pracovníci vyjadřovali, že by jim pomohla také lepší spolupráce s rodinnými příslušníky a jejich větší informovanost o Alzheimerově chorobě. Dále by ocenili dostatečnou nabídku školení. Objevil se i požadavek na pravidelné relaxační pobyty a pouštění relaxační hudby.

### **Běžné domovy pro seniory**

V obou běžných domovech je většina pracovníků zaměstnána déle než 5 let, což se projevilo i v tom, že zde byli pracovníci schopni lépe charakterizovat typického klienta a Alzheimerovou chorobou. Rovněž je zde většina pracovníků proškolená v otázce demencí. Z hlediska skladby personálu se běžné domovy od specializovaných liší menším množstvím pracovníků v sociálních službách.

I zde bylo cílem zjistit míru fyzické a psychické zátěže. Převažuje zde vyčerpání psychickou zátěží, kterou pociťuje přibližně třetina pracovníků. Pokud jde o fyzické vyčerpání objevil se výrazný rozdíl, který je způsoben zřejmě tím, že v domově v Týništi nad Orlicí pracují jako v jediném dva pracovníci muži, kteří se střídají a přebírají většinu nejtěžší fyzické práce.

Největší zátěž v obou domovech působí pracovníkům problematika útěků a dále nepřiměřené chování a agresivita klientů. Rozdíly se objevily při hodnocení nočního neklidu a obtěžování spolubydlících, což trápí zejména zaměstnance v Borohrádku. Také ztížená komunikace spíše zatěžuje pracovníky v Borohrádku. Je to zřejmě způsobeno skladbou klientů a stavebním uspořádáním tohoto domova. V otázce střídání práce na oddělení pro klienty s demencí a práce na běžném oddělení se zaměstnanci obou domovů shodli. Pro střídání jich byla většina, zejména protože mají pocit, že péče o klienty

s demencí je velmi psychicky náročná a musí být neustále ve střehu, uvítali by také změnu, rozmanitější práci, myslí si, že by to pro ně bylo odlehčení.

Pokud se vyjadřují proti střídání, je to proto, že nemají k dispozici specializované oddělení pro klienty s demencí a nebo si myslí, že jsou vhodnější smíšená oddělení.

Dalším cílem bylo zjistit názory pracovníků na péči o klienty s demencí. O něco více než polovina pracovníků obou domovů si myslí, že péče o tyto klienty je dobře organizována. Jako důvod uváděli existenci specializovaných zařízení nebo naopak začleňování klientů s demencí mezi ostatní klienty a dále péči dostatečně proškoleného personálu. Téměř polovina pracovníků si naopak myslí, že péče je špatně organizována zejména proto, že v těchto zařízeních není vhodné prostředí pro klienty s Alzheimerovou chorobou, zejména z důvodu jejich otevřenosti.

Pracovníci běžných domovů se domnívají, že by jim pomohlo zkvalitnit péči větší množství personálu, a tím i více možností k individuální práci.

V otázce přístupu je podle pracovníků důležitý zejména klidný, vstřícný a trpělivý přístup, dodržování stereotypů, empatie a umění pracovníka odpoutat pozornost. Z hlediska přímé péče je nutné dohlížet nad dostatečným příjmem potravy, pitným režimem, hygienou a oblékáním.

Pracovníci běžných domovů jsou přesvědčeni o nevhodnosti umístování klientů s Alzheimerovou chorobou do běžných domovů a jejich soužití se seniory, kteří netrpí demencí.

Dalším cílem bylo zjistit, jaké podmínky pracovníci potřebují ke své práci. Za nejvíce potřebné považují spolupráci všech pracovníků, pozitivní vztahy na pracovišti, podporu a dostatečné ocenění od vedoucích pracovníků a pravidelné porady zaměřené na jednotlivé klienty. Pracovníci také cítí potřebu vzdělávat se a využívat nabídku benefitů. Naopak nejmenší podporou jsou jim pravidelné supervize.

Volně se třetina pracovníků domova v Borohrádku vyslovila pro nutnost lepší spolupráce s rodinnými příslušníky a jejich lepší informovanost o Alzheimerově chorobě. Stejně množství by zde bylo pro zřízení samostatného oddělení pro klienty s demencí.

Zejména zařízení v Týništi n. O. nevyhovuje svým prostorovým uspořádáním a svou otevřeností klientům s Alzheimerovou chorobou. V obou zařízeních pociťují nedostatek ošetrovatelského personálu a tím méně času na klienty a na individuální práci s nimi.

## **Srovnání názorů pracovníků specializovaného domova a pracovníků běžných domovů**

Hlavním cílem šetření bylo zjistit, zda podle názoru pracovníků existují rozdíly v péči o klienty s demencí mezi běžnými domovy pro seniory a specializovaným domovem pro seniory. V obou běžných zařízeních mají pracovníci pocit, že k péči v těchto zařízeních nejsou vhodné podmínky, dané zejména otevřeností zařízení a nevhodností soužití klientů s demencí a ostatních seniorů. Zároveň však v jednom zařízení projevilo několik pracovníků názor, že umístěním do zařízení jsou klienti vyčleňováni ze společnosti svých vrstevníků a přichází o přirozené domácí prostředí. Pracovníci obou typů zařízení jsou přesvědčeni, že je správné, aby klienti s demencí byli umísťováni do specializovaných zařízení. Ve specializovaném zařízení jako pozitivum pro klienty uváděli pracovníci větší možnost individuální péče, která je daná zřejmě větším množstvím personálu.

Jedním z vedlejších cílů bylo zjistit míru psychické a fyzické zátěže. V obou typech zařízení pocítují pracovníci zejména psychickou zátěž, kterou jako závažnou popisuje více než polovina pracovníků specializovaného domova a přibližně třetina pracovníků běžného domova. To dokládá i materiál k východiskům dlouhodobé péče vydaný MPSV. *„Alzheimerova choroba a jiné formy demence jsou onemocněními progresivními, a přes určité možnosti zpomalení této progresse a farmakologického a nefarmakologického managementu další symptomatologie, tato onemocnění progredují tak, že pacienti vyžadují velmi náročnou a psychicky vyčerpávající péči.“* (Válková, Kojesová, Holmerová, 2010, s. 28).

Velké rozdíly se vyskytly ve vnímání zátěže fyzické, kdy se cítí přetížena téměř polovina zaměstnanců specializovaného domova, dále bezmála třetina pracovníků domova v Borohrádku, ale pouze 6% pracovníků v Týništi nad Orlicí. Je zřejmé, že pracovníci specializovaného domova jsou celkově více přetěžováni, ale v případě fyzické zátěže je možné jim pomoci, což je patrné právě z výsledků šetření. Výrazně nižší pocit fyzického přetěžování mají pracovníci domova v Týništi nad Orlicí, kde jako v jediném pracují v přímé péči dva muži, kteří přebírají většinu fyzicky náročných prací.

Ve všech třech domovech se na předních příčkách psychické zátěže objevilo nepřiměřené chování až agresivita klientů, což je ve specializovaném domově umocněno právě centralizací klientů s ACH, kteří těmito poruchami chování velmi často trpí. V domově Borohrádek naopak první místo v kategorii psychické zátěže přidělili pracovníci nočnímu neklidu a vzájemnému obtěžování mezi klienty. Tady může hrát velkou roli stavební uspořádání domova (např. vícelůžkové pokoje nebo rozlehlost oddělení). V Týništi nad Orlicí trápí pracovníky zejména útky klientů, jejichž příčinou je

již dříve zmiňovaná otevřenost celého zařízení. Většina pracovníků v domovech by v případě práce na oddělení pro klienty s demencí uvítala možnost střídání s prací na běžném oddělení a jako důvod uvádějí především velkou psychickou zátěž.

Dalším vedlejším cílem bylo zjistit názory pracovníků na péči o klienty s Alzheimerovou chorobou. O tom, že je péče dobře organizována jsou více přesvědčeni pracovníci specializovaného domova. V běžných domovech tento názor sdílí okolo 50% pracovníků. Jako důvod nejčastěji uvádějí právě existenci zařízení pro klienty s Alzheimerovou chorobou. Jestliže si pracovníci myslí, že je péče o klienty špatně organizována, uvádějí jako hlavní důvod v běžných domovech nevhodnost prostředí a otevřenost zařízení, zatímco ve specializovaném domově pracovníci téměř nepocítili potřebu se k tomuto problému vyjádřit. *„Šetření prevalence demence u obyvatel zařízení pro seniory přineslo alarmující zjištění: poruchou kognitivních funkcí v hloubce demence trpí více než 40 % obyvatel standardních domovů pro seniory, která nejsou nijak přizpůsobena specifickým potřebám lidí s demencí.“* (Válková, Kojesová, Holmerová, 2010, s. 13).

Pracovníci všech domovů se shodují, že nejvíce by jim pomohlo zkvalitnit péči o klienty s Alzheimerovou chorobou větší množství personálu, a tím více času na individuální práci s klienty, a dále vhodné prostředí – velký, uzavřený, bezbariérový prostor se zahradou. Domnívají se, že je pro klienty nejvíce prospěšné volit klidný a trpělivý přístup s dohledem nad dostatečným příjmem potravy, pitným režimem, hygienou a oblékáním. To vše při dodržování zažitých stereotypů na které je klient zvyklý. V případě neklidu klienta by měl pracovník umět odpoutat jeho pozornost od nevhodného chování.

Zároveň se pracovníci všech domovů shodli na tom, že je spíše nevhodné soužití klientů s ACH a klientů, kteří netrpí demencí. V otázce umístění klientů s Alzheimerovou chorobou do běžných domovů nejsou pracovníci tolik jednotní. Ve specializovaném domově a v domově v Týništi n.O. je o vhodnosti přesvědčena necelá desetina pracovníků, zatímco v domově v Borohrádku, který je svým stavebním uspořádáním spíše uzavřený, by se zřejmě třetina pracovníků přiklonila k vytvoření samostatného oddělení pro klienty s demencí.

Pracovníci všech domovů se shodli, že pro svou práci musí mít dobré podmínky. Jako nejdůležitější uvedli spolupráci a pozitivní vztahy na pracovišti, dále podporu a dostatečné ocenění od vedoucích pracovníků. Při výběru pracovníků je dle jejich názoru nutné brát ohled na komunikační schopnosti a empatii uchazeče. Zároveň jsou potřebné denní porady

pracovníků zaměřené na změny stavu jednotlivých klientů. A jako nutné označují i neustálé vzdělávání a získávání informací. To vše při vhodném prostorovém uspořádání a zabezpečení domova. Více než polovina pracovníků má zájem o nabídky benefitů. Naopak pouze o něco více než třetina oceňuje jako pomoc supervize.

Pokud se mohli pracovníci volně vyjádřit, uvítali by ve specializovaném domově a v domově v Borohrádku větší spolupráci s rodinami a jejich větší informovanost o Alzheimerově chorobě. To považuje za klíčový faktor zvýšení kvality i Národní program přípravy na stárnutí: *„Zvýšení povědomí o stárnutí a potřebách ve stáří by mělo být zahrnuto nejen do vzdělávání zdravotnických a jiných profesionálů, ale také být dostupné jako forma podpory laických pečovatelů.“* (MPSV, 2008). Z připomínek, které se neobjevili v dotazníku zde pracovníci také uvedli relaxační pobyty pro zaměstnance nebo pouštění relaxační hudby v prostorách zařízení. Závěrem bych zde citovala z knihy *„Úspěšná péče o člověka s demencí“* : *„Přestože pečovatelé, se kterými dělal Gnaedinger šetření, navrhovali některé praktické úpravy prostředí, které bylo možno provést, všichni se shodovali v tom, že ze všeho nejvíc potřebují školené pomocníky, potřebují více vzdělání a především více odpočinku.“* (Zgola, 2003). Myslím, že v malé obměně se na tomto shodli i profesionální pečovatelé.

Nakonec bych se ráda zmínila o změnách, ke kterým by mělo v budoucnu dojít. Dlouhodobá péče se vzhledem k razantně se zvyšujícímu počtu obyvatel, kterých se dotýká, stává problémem v mnoha státech. Proto se problematikou dlouhodobé péče zabývala i Evropská komise, která vydala v roce 2008 publikaci *„Dlouhodobá péče v Evropské unii“*. Zde jsou prezentovány systémy dlouhodobé péče v různých státech EU a jednotlivé státy vyzdvihly ty konkrétní postupy, které považují za nejlepší. Tento dokument má být inspirací pro jednotlivé státy Evropské unie ke změnám, které je nutné provést.

V roce 2010 byl zpracován *„Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v České republice“*. Je to otevřený dokument, který je možno připomínkovat a doplňovat. Na podkladě tohoto materiálu by měl vzniknout *„Zákon o dlouhodobé péči“*. Mimo jiné by měl podporovat především rozvoj domácí péče a transformaci domovů pro seniory a léčeben dlouhodobé péče.

## **Závěrečné doporučení**

Z empirického šetření vyplynulo, že pracovníci domovů pociťují velkou psychickou zátěž způsobenou zejména poruchami chování klientů s Alzheimerovou chorobou, jejich nočním neklidem a úteký. Pomoci pracovníkům v tomto případě by mohla vhodná školení zaměřená zejména na praktické dovednosti komunikace s klienty nebo možnost střídání práce na běžném oddělení pro seniory. Vhodné by byly i krátké stáže personálu s možností výměny informací a zkušeností. A v případě modernizace a budování nových zařízení je třeba myslet i na možnost umístění klientů s Alzheimerovou chorobou nebo jiným typem demence, protože incidence těchto onemocnění stále narůstá a specializovaných zařízení je opravdu málo. V případě umístění se takto klient dostává velmi daleko od domova do naprosto cizího prostředí, odtržen od své rodiny a známých.

Aby byla péče v zařízeních co nejkvalitnější, určitě by prospělo mít možnost dostatečného množství personálu a poskytovat péči klientům v malých skupinách individuálně. To se osvědčilo i v domově v Beechgrove na jednotce zvláštní péče Meadowview, kde jsou umístěni klienti se střední až těžkou kognitivní poruchou. Úspěšně zde byl zaveden program, kdy každý člen personálu byl zodpovědný za šest až devět klientů. Prioritou se v tomto programu staly potřeby klientů před zaběhlou rutinou, která spočívala v nutnosti splnění všech úkolů ve stanoveném čase (Zgola, 2003).

V případě fyzické zátěže se objevili značné rozdíly dané zejména přítomností mužů, pracovníků v sociálních službách v denních směnách jednoho zařízení. Řešením by tedy bylo mít v každém zařízení zaměstnané i muže na této pozici. Samozřejmě mohou pomoci i vhodná zvedací a jiná pomocná zařízení, která věřím, že už dnes všechna zařízení mají.

V úvodu dotazníku se objevily i otázky, které s zabývaly délkou praxe v této oblasti a také znalostmi pracovníků (charakteristika klienta s Alzheimerovou chorobou). Pokud výsledky těchto otázek porovnáme, zjistíme, že téměř všichni pracovníci byli proškoleni v otázce demencí, ale znalosti spíše odpovídají délce praxe a zkušenostem, které pracovníci mají. Z toho vyplývá, že by si poskytovatelé sociálních služeb měli vážit svých pracovníků a náležitě o ně pečovat.

## **ANOTACE**

Autor: Jitka Hejnová

Instituce: Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové  
Oddělení ošetřovatelství

Název práce: Péče o klienty s Alzheimerovou chorobou v zařízeních sociálních služeb

Vedoucí práce: Prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.

Počet stran: 91

Počet příloh: 1

Rok obhajoby: 2011

Klíčová slova: Alzheimerova choroba, senioři, sociální služby, zařízení sociálních služeb, pracovníci v sociálních službách, všeobecné sestry, fyzioterapeuti, péče

Bakalářská práce pojednává o problematice klientů s Alzheimerovou chorobou v pobytových zařízeních sociálních služeb z pohledu pracovníků těchto zařízení.

Teoretická část se zaměřuje na Alzheimerovu chorobu, diagnostiku, léčbu, péči o klienty s touto chorobou v domácnosti a péči zprostředkovanou sociálními službami. Dále se zabývá typy sociálních služeb a pracovníky, kteří péči poskytují.

Empirickou část tvoří výzkumné šetření ve dvou domovech pro seniory a jednom domově se zvláštním určením, který se specializuje na péči o klienty s Alzheimerovou chorobou. Šetření se zúčastnilo 78 pracovníků, kteří vyjádřili názor, že běžné domovy nevyhovují péči o klienty s Alzheimerovou chorobou zejména svým stavebním uspořádáním a nevhodností soužití s ostatními klienty. Rovněž je z výzkumu patrné, že péče o klienty s demencí je velmi psychicky i fyzicky náročná v obou typech domovů. Riziko přetížení pracovníků hrozí zejména ve specializovaných domovech, kde jsou soustředěni pouze klienti s Alzheimerovou chorobou a personál tak musí být neustále ve střehu. Pracovníci označili za nutné pro svou práci vzdělávání, dále vytváření vhodných podmínek pro péči o klienty a dostatek možností relaxace. Z výsledků vyplynula doporučení, která budou dána k dispozici jednotlivým zařízením, aby napomohla zkvalitnění jejich péče a zároveň ochraně pracovníků před nadměrným přetěžováním.



## **ANNOTATION**

Author: Jitka Hejnová  
Institution: Charles University in Prague, Faculty of Medicine in Hradec Králové  
Institute of Social Medicine, Department of Nursing  
Title: Caring for clients with Alzheimer's disease in social services  
Superior: prof. PhDr. Jiří Mareš, Csc.  
Number of pages: 91  
Number of attachments: 1  
Year of Completion: 2011  
Keywords: Alzheimer's disease, the elderly, social services, social service workers, nurses, physiotherapists, care

The thesis deals with problems of clients with Alzheimer's disease in a residential social services from the perspective of employees of these facilities.

The theoretical part focuses on Alzheimer's disease, diagnosis, treatment, care of clients with this disease in home care and mediated by social services. Furthermore, with the types of social services and workers who provide care.

Empirical research consists of investigations into two homes for the elderly home and one special purpose, which specializes in the care of clients with Alzheimer's disease. Survey was attended by 78 staff who have expressed a view, going home that do not care clients with Alzheimer particular to its structural arrangements and the inadequacy of coexistence with other customers. It is also evident from research that the care of clients with dementia is very demanding mentally and physically in both types of homes. The risk of overload of workers at risk, particularly in special homes where they are concentrated only clients with Alzheimer's and staff must be constantly on guard. Workers identified as necessary for their job training, as well as creating favorable conditions for the care of clients and ample opportunity to unwind. The results revealed the recommendations will be made available to each facility to help improve the quality of care while protecting workers from excessive overloading.

## Použitá literatura

Monografie:

1. HÁTLOVÁ, B., SUCHÁ, J., *Kinezioterapie demencí*. Praha: Triton, 2005. 108s., ISBN 80-7254-564-7
2. HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., NOVÁKOVÁ, H. *Alzheimerova choroba v rodině*. Praha: Pfizer, 2004. 97s., ARI-2004.02.06
3. HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ a kol. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: EV public relations, 2007. 301s., ISBN 978-80-254-0177-4
4. HOSÁKOVÁ, J. a kol., *Ošetrovatelská péče v psychiatrii*. Opava: Ediční středisko FPF SU, 2007. 158s., ISBN 978-80-7248-442-3.
5. MATOUŠEK, O., *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál, 2007. 184s., ISBN 978-80-7367-310-9.
6. PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I., *Soužití se staršími lidmi*. 1.vyd. Praha: Portál, 1998, 156s. ISBN 80-7178-184-3.
7. SOKOL, R., TREFILOVÁ, V. *Sociální pracovník v rezidenčních zařízeních sociálních služeb*. Praha: ASPI, 2008, 444s., ISBN 978-80-7357-316-4.
8. ŠICKOVÁ-FABRICI, J., *Základy arteterapie*. Praha: Portál, 2002. 167 s. ISBN 80-7178-616-0
9. VELETA, P., HOLMEROVÁ, I., *Úvod do taneční terapie pro seniory*. ČALS, Praha, 2002 66s.
10. VÁLKOVÁ, M., KOJESOVÁ, M., HOLMEROVÁ, I., *Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v České republice*. MPSV ČR, 2010, 83s., ISBN 978-80-7412-021-1.

Články v periodických publikacích:

11. BRODATY, H. (2009). Can lifestyle prevent Alzheimer's disease? *Global Perspective*. London: Alzheimer's Disease International, roč. 19, č.1, 12s.
12. FRÖLICH, L. (2008). Can the dementia epidemic be prevented? *Dementia in Europe*. Luxembourg: Qatena, June 2008, 42s.
13. GOVE, D. (2009). The legal protection and rights of people in Norway. *Dementia in Europe*. Luxembourg: Qatena, May 2009, 46s.
14. HOLMEROVÁ, I., JURAŠKOVÁ, B., ROKOSOVÁ, M., VAŇKOVÁ, H., VELETA, P., Aktivní stárnutí, *Česká geriatrická revue 4(3)*, 2006. str. 163-168."
15. MÁTLOVÁ, M. (2009). The legal protection and rights of people with dementia in the Czech Republic. *Dementia in Europe*. Luxembourg: Imprimerie Centrale, December 2009, 46s
16. USNESENÍ VLÁDY ČESKÉ REPUBLIKY, *Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012*. MPSV, Praha, 2008, 60s., ISBN 978-80-86878-65-2.

Elektronické zdroje:

17. PERGL, V., *Časovaná bomba: Češi stárnou, stát to neřeší*. [online]. [cit.2010-11-13]. Dostupné na WWW<<http://www.novinky.cz/domaci/168821-casovana-bomba-cesi-starnou-stat-to-neresi.html>>.
18. PRŮŠA, L. , HOLUB, M., KOTRUSOVÁ, M., JAHODA, R., PRUŠVIC, D., MERTL, J. et. al. *Poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením*. [online]. s. 1-244. [cit.2010-09-17]. Dostupné na WWW <[http://www.mpsv.cz/files/clanky/9141/Analyza\\_potreb\\_socialnich\\_sluzeb\\_pro\\_seniory\\_a\\_ZP.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/9141/Analyza_potreb_socialnich_sluzeb_pro_seniory_a_ZP.pdf)>

19. Evropská komise , *Dlouhodobá péče v Evropské unii* [online]. s. 16 . [cit.2011-03-18]. Dostupné na WWW< <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=792&langId=en>> .
20. RESSNER, P. *Alzheimerova choroba – diagnostika a léčba*. [online]. s. 11-16. [cit.2010-07-18]. Dostupné na WWW<<http://www.neurologiepraxi.cz/pdfs/neu/2004/01/04.pdf>> .
21. RESSNER, P., HORT, J., REKTOROVÁ, I., BARTOŠ, A., RUSINA, R., LÍNEK, V. et. al. *Doporučené postupy pro diagnostiku Alzheimerovy nemoci a ostatních demencí*. [online]. s. 237-241. [cit.2010-07-16]. Dostupné na WWW <<http://www.neurologiepraxi.cz/pdfs/neu/2009/04/10.pdf>> .

### **Seznam tabulek:**

Tabulka č.1: Délka práce se seniory postiženými demencí

Tabulka č. 2 Typy pracovníků

Tabulka č. 3 Charakteristika klienta s Alzheimerovou chorobou

Tabulka č. 4 Míra zátěže personálu u jednotlivých typů postižení

Tabulka č. 5 Míra zátěže u pracovníků jednotlivých zařízení (stupeň 4-5)

Tabulka č. 6 Proškolení zaměstnanců v oblasti demencí

Tabulka č. 7 Organizace péče o klienty s Alzheimerovou chorobou

Tabulka č. 8 Proč je a proč není péče o klienty dobře organizována?

Tabulka č. 9 Míra psychické a fyzické únavy (průměr hodnot od všech respondentů)

Tabulka č. 10 Míra psychické a fyzické únavy (stupeň 4-5)

Tabulka č. 11 Možnost střídání práce na oddělení pro klienty s demencí a na běžném oddělení

Tabulka č. 12 Prostorové uspořádání, personální a materiálové zázemí

Tabulka č. 13 Přístup, dohled a farmakoterapie ke klientům trpícím demencí

Tabulka č.14 Vhodnost umístění klientů s demencí do běžných domovů a soužití s ostatními klienty

Tabulka č. 15 Co Vám pomáhá při péči o klienty s Alzheimerovou chorobou?

Tabulka č. 16 Co pomáhá v péči o klienty s Alzheimerovou chorobou (souhrnná data)

Tabulka č. 17 Co dále by Vám pomohlo při péči o klienty s demencí?

### **Seznam grafů:**

Graf č.1 Charakteristika klienta s Alzheimerovou chorobou

Graf č. 2 Míra zátěže u jednotlivých typů postižení

Graf č. 3 Proškolení pracovníků v oblasti demencí

Graf č. 4 Organizace péče o klienty s Alzheimerovou chorobou

Graf č. 5 Proč je péče o klienty dobře organizována?

Graf č. 6 Proč není péče o klienty dobře organizována?

Graf č. 7 Míra fyzické a psychické únavy pracovníků

Graf č. 8 Míra fyzické a psychické únavy (stupeň 4-5)

Graf č. 9 Možnost střídání práce na oddělení pro klienty s demencí a na běžném oddělení

Graf č. 10 Prostorové uspořádání, personální a materiální zázemí

Graf č. 11 Přístup, dohled a farmakoterapie u klientů s demencí

Graf č. 12 Vhodnost umístování klientů s demencí do běžných domovů

Graf č. 13 Co pomáhá personálu při péči o klienty s demencí

Graf č. 14 Co dále by Vám pomohlo v péči o klienty s demencí

**Seznam příloh:**

Příloha č. 1: Dotazník pro výzkumné šetření v plném znění

**Příloha č. 1: Dotazník pro výzkumné šetření v plném znění**  
**ANONYMNÍ DOTAZNÍK**

Dobrý den,

jmenuji se Jitka Hejnová, studuji 3. ročník bakalářského studijního programu Ošetřovatelství na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Hradci Králové.

Prosím Vás o laskavé vyplnění předloženého dotazníku. Všechny získané informace budou využity výhradně jako studijní materiál pro zpracování závěrečné bakalářské práce, která má název „Péče o klienty s Alzheimerovou chorobou v zařízeních sociálních služeb“.

Dotazník, který máte k dispozici je zcela anonymní.

Příslušné odpovědi prosím zřetelně označte – křížkem (odpovědi začínající rámečkem) a zakroužkováním (čísla označující míru v tabulkách). Velkým přínosem pro mě bude, když v místech k tomu určených vyjádříte svůj názor písemně.

Pokud se rozhodnete nějakou odpověď opravit, proveďte to tak, aby bylo patrné, která odpověď je správná.

Odpovězte, prosím na všechny otázky. Pokud nebude v nabídce odpovědí žádná, která by vám vyhovovala, zvolte tu, která je Vašemu názoru nejbližší.

Výsledky tohoto šetření mohou přispět ke zkvalitnění péče o klienty s Alzheimerovou chorobou.

Předem děkuji za spolupráci a Váš čas věnovaný k vyplnění tohoto dotazníku.

Hejnová Jitka

1. Jak dlouho pracujete se seniory postiženými demencí?

- méně než 1 rok
- 1-5 let
- 6-15 let
- více než 15 let

2. Pracujete jako:

- pracovník sociálních služeb
- zdravotní sestra
- pracovník plánující aktivity pro seniory
- fyzioterapeut
- sociální pracovník

3. Co myslíte, že se nejvíce blíží charakteristice typického klienta s Alzheimerovou chorobou

- zapomnětlivost, neschopnost samostatně užívat léky, chybí schopnost plánování
- imobilita, ztráta soběstačnosti, inkontinence, zvýšená únava, roztržitost
- bloudění, stálá chůze, přenášení předmětů, nepoznávání blízkých, snížený příjem potravy
- časté pády, zvýšená únava, motání se, velké množství užívaných léků

4. Co pro Vás představuje největší zátěž u klientů s demencí?

útěky	žádná zátěž	1	2	3	4	5 největší možná zátěž
nepřiměřené chování až agresivita	žádná zátěž	1	2	3	4	5 největší možná zátěž
ztráta sebeobsluhy, inkontinence	žádná zátěž	1	2	3	4	5 největší možná zátěž
ztížená komunikace	žádná zátěž	1	2	3	4	5 největší možná zátěž
noční neklid, obtěžování spolubydlících	žádná zátěž	1	2	3	4	5 největší možná zátěž
imobilita	žádná zátěž	1	2	3	4	5 největší možná zátěž

5. Kdy jste se zúčastnil(a) školení zaměřeného na péči o klienty s demencí

- v minulém roce
- někdy v uplynulých 5-ti letech
- více než před 5-ti lety



nikdy

6. Máte pocit, že je péče o klienty s Alzheimerovou demencí dobře organizována?

ano, protože: .....

ne, protože: .....

7. Jak velkou cítíte fyzickou a psychickou únavu po směně? Zakroužkujte (číslo) - míru únavy na číselné ose.

a) fyzická únava	žádná únava	1	2	3	4	5 úplné vyčerpání
b) psychická únava	žádná únava	1	2	3	4	5 úplné vyčerpání

8. Uvítali byste v případě práce na oddělení pro klienty s demencí střídání s prací na běžném oddělení?

ano, protože.....

ne, protože.....

9. Co je pro klienty s Alzheimerovou chorobou podle Vás nejvíce prospěšné? Zakroužkujte (číslo) - míru prospěšnosti na číselné ose.

a) velký, uzavřený, bezbariérový prostor, nejlépe se zahradou	není vůbec důležité	1	2	3	4	5 je velmi nutné
b) větší množství personálu v přímé péči	není vůbec důležité	1	2	3	4	5 je velmi nutné
c) individuální práce s klientem (činnosti zaměřené na udržení rozumových schopností, procvičování jednoduchých činností, vzpomínání s využitím např. foto-grafií atd. )	není vůbec důležité	1	2	3	4	5 je velmi nutné
d) rozmanitost společných aktivizačních programů (dílny, čtení, kluby atd.)	není vůbec důležité	1	2	3	4	5 je velmi nutné
e) soužití se seniory, kteří netrpí demencí	nevhodné	1	2	3	4	5 je vhodné
f) umístění do běžných domovů pro seniory	nevhodné	1	2	3	4	5 je vhodné

g) klidný, vstřícný a trpělivý přístup	není vůbec důležité	1	2	3	4	5 je velmi nutné
h) dodržování zažitých stereotypů	není vůbec důležité	1	2	3	4	5 je velmi nutné
ch) prostředí s velkým množstvím různorodých podnětů, současně působících (televize, aktivizační program, množství různých předmětů ap.)	není vůbec důležité	1	2	3	4	5 je velmi nutné
i) striktní dodržování pravidel	není vůbec důležité	1	2	3	4	5 je velmi nutné
j) schopnost pracovníka odpoutat pozornost klienta od nevhodného chování	není vůbec důležité	1	2	3	4	5 je velmi nutné
k) dostatečná farmakologická medikace poruch chování (tlumící léky)	není vůbec důležité	1	2	3	4	5 je velmi nutné
l) dohled nad dostatečným příjmem potravy, hygienou, oblékáním, pitným režimem atp.	není vůbec důležité	1	2	3	4	5 je velmi nutné
m) pokud je to možné ignorování nevhodného chování klienta	není vůbec důležité	1	2	3	4	5 je velmi nutné

10. Co Vám pomáhá při péči o klienty s Alzheimerovou chorobou? Zakroužkováním čísla vyznačte míru pomoci.

a) dostatečná nabídka vzdělávacích aktivit a účast na nich	není vůbec důležité	1	2	3	4	5 je velmi nutné
b) vhodné prostorové uspořádání zařízení a jeho uzavřenost	není vůbec důležité	1	2	3	4	5 je velmi nutné
c) moje komunikační schopnosti a schopnost empatie	není vůbec důležité	1	2	3	4	5 je velmi nutné
d) spolupráce všech pracovníků, pozitivní vztahy na pracovišti	není vůbec důležité	1	2	3	4	5 je velmi nutné
e) podpora a dostatečné ocenění vedoucími pracovníky	není vůbec důležité	1	2	3	4	5 je velmi nutné
f) nabídka benefitů (masáže, bowling, solná jeskyně, společná posezení pracovníků apod.)	není vůbec důležité	1	2	3	4	5 je velmi nutné

g) pravidelné supervize	není vůbec důležité 1 2 3 4 5 je velmi nutné
h) pravidelné porady zaměřené na řešení běžných denních problémů, přístup k jednotlivým klientům, individuální plány apod.	není vůbec důležité 1 2 3 4 5 je velmi nutné

11. Co dále by Vám pomohlo v péči o klienty s Alzheimerovou chorobou?

Napište:

.....

.....

.....

.....