

Univerzita Karlova  
Husitská teologická fakulta

**Bakalářská práce**

**Kvalita péče o seniory s kognitivní poruchou při hospitalizaci v sociálním a  
zdravotnickém zařízení**

Quality of care for older adults with cognitive impairment during hospitalization  
in social and medical facilities

Vedoucí práce:  
PhDr. Eva Jarolímová, Ph.D.

Autor:  
Klára Hurníková

Praha 2020

## **Poděkování**

Předně bych ráda poděkovala vedoucí této práce paní doktorce Evě Jarolímové, Ph.D., za její vedení a odborné rady, za její čas během individuálních konzultací a její ochotu k elektronické komunikaci během mimořádného pandemického opatření během psaní této práce.

Velké poděkování patří vedení a mým kolegům a kolegyním ve FNKV, konkrétně z II. interní kliniky oddělení A, za pochopení při provádění výzkumu během mých služeb.

Dále bych ráda poděkovala vedení a personálu Domova Elišky Purkyňové, zejména zástupkyni ředitelky a vedoucí sociálního oddělení Mgr. Aleně Pakostové, za vstřícné přijetí a poskytnutí času k jeho strávení s klienty.

Děkuji také všem klientům a pacientům za to, že mi ochotně odpovídali na všechny otázky a dovolili mi strávit s nimi všechny ty obohacující chvíle.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou bakalářskou práci „Kvalita péče o seniory s kognitivní poruchou při hospitalizaci v sociálním a zdravotnickém zařízení“ vypracovala samostatně. Dále prohlašuji, že všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány a že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 2. 5. 2020

Klára Hurníková

## **Anotace**

Bakalářská práce se zabývá vybranými aspekty kvality ústavní péče z pohledu seniorů. Je rozdělena na teoretickou a výzkumnou část, teoretická .s kognitivními poruchami část je věnována stáří a fyziologickým a patologickým změnám, které s sebou stáří přináší. Zaměřuje se na samotnou kvalitu života a na to, jak je stářím ovlivňována, dále se zabývá kognitivními funkcemi a jejich poruchami s hlavním zaměřením na demence.

Výzkumná část přináší poznatky o některých aspektech kvality péče v sociálním a zdravotnickém zařízení vyhodnocené na základě porovnání rozhovorů s klienty a pacienty obou zařízení.

## **Anotation**

The bachelor thesis concern to specified aspect od quality of institucional care from the perspective of seniors with cognitive impairments.

It is divided into a theoretical and practical part. The teoretical part is concern to physiological and pathological changes pertaining old age. It also concern to cognitive abilities and it's disfunction focused on dementia.

The practical part refers about knowledge of some aspect of care in social and medical facilities based on comparison of interwievs with clients and patients of both facilities.

## **Klíčová slova**

senioři, kognitivní poruchy, demence, ústavní péče, kvalita

## **Key words**

Seniors, cognitive impairments, dementia, institucional care, quality

## Obsah

Úvod.....	7
-----------	---

### TEORETICKÁ ČÁST

1. STÁŘÍ .....	9
1.1 Definice stáří z hlediska ontogeneze a sociologie.....	9
1.2 Kvalita života v důchodovém věku.....	10
1.2.1 Definice kvality života.....	10
1.2.2 Problematika stáří vzhledem ke kvalitě života.....	11
2. KOGNITIVNÍ STAV SENIORŮ.....	13
2.1 Definice a poruchy kognitivních funkcí.....	13
2.2 Syndrom demence.....	14
2.2.1 Příčiny.....	14
2.2.2 Průběh.....	15
2.3 Alzheimerova choroba a jiné formy demence.....	16
2.3.1 Demence s Lewyho tělísky.....	18
2.3.2 Frontotemporální degenerace .....	18
2.4 Psychosociální důsledky kognitivních poruch.....	19
2.4.1 Z pohledu nemocného.....	19
2.4.2 Z pohledu pečujícího.....	20
3. ZÁKLADNÍ POTŘEBY SENIORŮ S KOGNITIVNÍ PORUCHOU.....	22
3.1 Maslowova pyramida potřeb.....	22
3.2 Identifikace potřeb.....	22
3.2.1 Fyziologické potřeby.....	22
3.2.2 Potřeba bezpečí.....	23
3.2.3 Potřeba sounáležitosti.....	23
3.2.4 Potřeba úcty a respektu.....	23
3.2.5 Potřeba sebeaktualizace a kontroly.....	24
4. KOMUNIKACE SE SENIORY S KOGNITIVNÍ PORUCHOU.....	25
4.1 Zásady komunikace se seniory s kognitivní poruchou.....	25
4.2 Komunikační bariéry.....	26
5. DOMÁCÍ A ÚSTAVNÍ PÉČE.....	28
5.1 Domácí péče.....	28
5.1.1 Úprava domácnosti.....	29
5.2 Sociální péče ústavní (pobytová).....	29
5.3 Zdravotní péče ústavní (lůžková).....	31
5.4 Hospic a paliativní péče.....	32

## PRAKTICKÁ ČÁST

6. PŘEDMĚT A CÍL VÝZKUMU	
6.1 Předmět výzkumu.....	33
6.2 Cíl výzkumu .....	33
6.3 Výzkumné otázky.....	33
7. METODIKA A ORGANIZACE VÝZKUMU	
7.1 Metodika výzkumu.....	34
7.2 Organizace výzkumu.....	34
8. RESPONDENTI.....	35
8.1 Mini mental state exam.....	35
9. POPIS INSTITUCÍ	
9.1 Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, interní oddělení.....	37
9.2 Domov pro seniory Elišky Purkyňové.....	38
10. VYHODNOCENÍ.....	39
10.1 Otázka č. 1.....	40
10.2 Otázka č. 2.....	45
10.3 Otázka č. 3.....	50
10.4 Otázka č. 4.....	56
10.5 Otázka č. 5.....	60
10.6 Otázka č. 6.....	64
ANALÝZA VÝZKUMNÝCH OTÁZEK A ZÁVĚRY Z VÝZKUMU.....	68
ZÁVĚR.....	71
SEZNAM POUŽITÝCH INFORMAČNÍCH ZDROJŮ.....	64
SEZNAM PŘÍLOH, TABULEK A GRAFŮ.....	75
Příloha č. 1 – Řízený rozhovor s pacienty a klienty institucí.....	76
Příloha č. 2 – Řízený rozhovor s ošetřujícím personálem.....	78
Příloha č. 3. - Škála Mini Mental state exam.....	80

## Úvod

Téma bakalářské práce jsem zvolila v souvislosti se svým zájmem o péči o seniory v institucionální péči a zároveň s častým kontaktem s lidmi s poruchami kognitivních funkcí, ať už se jedná o seniory s Alzheimerovou chorobou či jinými druhy demence.

Protože pracuji jako praktická sestra na interním oddělení, kde převažující procento pacientů tvoří senioři s nejrůznějšími diagnózami často provázenými kognitivními poruchami, trávím s pacienty mnoho času a snažím se všimnout si, jak jsou s péčí spokojeni a zda se jejich stav vlivem dostatečné či nedostatečné ošetrovatelské péče zlepšuje či zhoršuje.

Ve své práci bývám svědkem vyhocených situací často založených na nepochopení ze stran zdravotnického personálu i stran pacientů. Toto nepochopení, podle mých zkušeností, pramení často z nedostatku informovanosti zdravotnického personálu o tomto tématu. Na zdravotnických školách se sice o různých druzích demencí a kognitivních poruchách učí, ale teorie v tomto ohledu často převládá nad praxí a aplikovatelnost těchto informací do ošetrovatelské péče je pro mnohá oddělení z časových a ekonomických situací složitá a někdy i nereálná. Zdravotnický personál se často domnívá, že zmatené a někdy až agresivní chování plyne z nedostatku respektu a taktu k němu, a neuvědomuje si, že takové chování je mnohdy projevem nemoci a obranného reflexu plynoucího z nepochopení a pocitu nejistoty z neznámého prostředí. Jedním z cílů této práce je vyjasnění názorů kognitivně znevýhodněných pacientů a klientů sociálního a zdravotnického zařízení na jejich pobyt v ústavní péči. To by mohlo pomoci k otevření tématu, o kterém se, podle mého názoru, tak málo mluví, a k rozšíření povědomí čtenáře o kognitivních poruchách obecně.

Téma bakalářské práce jsem měla vymyšlené již před studiem na univerzitě, věděla jsem, že se bude týkat péče o seniory s demencí. Přišlo mi zajímavé zaměřit se na pohled na věc u osob, kterých se problematika týká nejvíce – seniorů, kteří demencí trpí. Jsem si vědoma, že z hlediska výzkumu bude obtížné najít potřebné množství vhodných respondentů, kteří se výzkumu budou jednak chtít zúčastnit a jednak toho budou schopni, ale věřím tomu, že výsledek přispěje k dobru oběma stranám.

Práce je rozdělena na dvě hlavní části. První část je teoretická, zaměřuji se v ní v první řadě na stáří jako na vývojovou kapitolu života a také na jeho kvalitu, která je stářím ovlivněna. V této problematice jako nejčastější literární zdroj používám Blatného Psychologii celoživotního vývoje (2016), která obsahuje velmi přehledný obecný popis všech stadií celoživotního vývoje od prenatální fáze po pozdní dospělost. Pro konkrétní prvky psychosociálního vývoje v poslední fázi ontogenetického vývoje jsem nejčastěji sahala do Vývojové psychologie II. (2007) od Vágnerové, která je zaměřena na období dospělosti a stáří. V části, která je věnována kvalitě života jako aspektu, kterým je stáří ovlivněno, používám často Šubrtovu Soudobou sociologii III. (2008), která se zaměřuje mimo jiné na kvalitu života soudobé společnosti, jeho poznatky často doplňuji z knihy Sociální souvislosti aktivního stáří (2017) od Tomeše a Šámalové.

V další kapitole se soustředím na popis kognitivních funkcí a jejich poruch včetně některých druhů demence. V této části často používám mimo jiné publikaci Gerontologie: současné otázky z pohledu biomedicíny a současných věd (2014) od Höschla, Georgi a Vidicové. V části, která se týká přímo popisu demence, často čerpám z publikace Holmerové, Jarolímové a Suché: Péče o pacienty s kognitivní poruchou (2007), která nabízí výčet mnoha druhů kognitivních poruch a jejich přesný popis. Často ji doplňuji informacemi z obsáhlé publikace Úspěšná péče o člověka s demencí (2003) od Zgoly.

V následující kapitole, která je věnována základním životním potřebám, nejčastěji

čerpám z Koukolíkovy Mocenské posedlosti (2018), ve které se autor věnuje mimo jiné i pyramidě potřeb podle Maslowa. Naplnění lidských potřeb vede k celkové spokojenosti člověka a ke zkvalitnění jeho života, proto jsem považovala za nezbytné se o tomto tématu zmínit. V tomto tématu mimo jiné používám i publikaci Vágnerové: Současná psychopatologie pro současné profese (2014), konkrétně čerpám z kapitoly věnované přímo demencím.

Další a důležitá část bakalářské práce pojednává o komunikaci se seniory s kognitivními poruchami a jejich zásadách. Jelikož se tato práce zabývá kvalitou života ovlivněnou pobytem v ústavních zařízeních, považovala jsem za důležité zmínit zásady komunikace, kterými by se měli pečující stran personálu i rodinných příslušníků řídit. V této části práce často čerpám z knihy Když se paměť vytrácí...(2014) od Ehrenfreuchterové a kol. nebo z publikace od Čeledové a Holčíka: Nové kapitoly ze sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví (2017).

Poslední kapitola teoretické části je věnována popisu ústavní péče zdravotní a sociální, kde se také zmiňují o paliativní a hospicové péči. V tomto ohledu mi nejvíce pomohly publikace od Tomeše, Drahomírecké a Sedlářové: Rozvoj hospicové péče a její bariéry (2015) a od Čeledové, Kalvacha a Čevely: Úvod do gerontologie (2016) a další.

Druhá část bakalářské práce je praktická. Seznamuji v ní čtenáře s cíli a výzkumnými otázkami, s informacemi o respondentech a s otázkami dotazníku, které jsou vyhodnocovány a v poslední části shrnuty do závěru. Ve výzkumu používám kvalitativní metodu na bázi strukturovaných rozhovorů s pacienty a klienty zdravotnického a sociálního zařízení, které v rámci vyhodnocení porovnávám mezi sebou. Součástí výzkumu jsou i strukturované rozhovory, které jsem provedla se zástupci ošetřujícího personálu obou zařízení a obohatila jimi vyhodnocení jednotlivých otázek ve prospěch objektivity výzkumu.

Ač je výzkum založen na porovnávání výsledků některých aspektů kvality péče v sociálním a zdravotnickém zařízení, nelze ho brát jako snahu o nalezení „vítěze“, protože ta by nevyhnutelně vedla k výsledku, že péče mezi těmito dvěma systémy je nesrovnatelná. Mohu se pouze snažit zachytit a popsat potřeby a prožitky seniorů s kognitivní poruchou v jednotlivých zařízeních a tyto situace poté porovnávat mezi sebou s cílem zjistit, zda nastavené systémy vyhovují i těm, kterých je často tak obtížné se ptát.



# TEORETICKÁ ČÁST

## 1. STÁŘÍ

Stáří chápu jako závěrečnou kapitolu života, kterou by měl člověk prožít v klidu a být obklopen láskou svých nejbližších, neměl by litovat toho, co v životě nestihl a čeho už se nedočká, ale zhodnotit svůj život občasnými pohledy zpět bez toho, aby ulpíval na minulosti.

Chápu také, že neexistují ideální přístupy ke stárnutí a že rady těch, kteří této vývojové fáze ještě nedosáhli, jsou často a mnohdy oprávněně vnímány jako iluzorní. Proto si již nechávám své postřehy raději stranou a budu se v dalších podkapitolách soustředit na stáří jako na poslední fázi ontogeneze a na kvalitu života, která je stářím ovlivněna.

### 1.1. Definice stáří z hlediska ontogeneze a sociologie

Stáří se řadí do pozdních stadií ontogeneze jako poslední vývojová etapa završující život osobnostně, duševně, spirituálně (Blatný 2016).

Není tak jednoduché vymezit z věkového hlediska stáří a začátek procesu stárnutí, který k němu vede. Blatný (tamtéž) popisuje stáří jako pozdní fázi životního cyklu počínající 65. rokem. Vágnerová (2007) rozděluje stáří na dvě období: *rané stáří* trvající od 60 do 75 let a období *pravého stáří* počínající 76. rokem života.

V raném stáří je podle Eriksona (2002, in Vágnerová, 2007) hlavním úkolem jedince dosáhnout integrity v pojetí vlastního života. Rozumím tomu tak, že v počátcích konečné fáze svého života bychom měli najít uspořádání ve svých chaotických myšlenkách týkajících se vlastních prožitých vzpomínek a smířit se s vlastní existencí, která začíná směřovat ke konci. Podle Vágnerové (tamtéž) totiž starý člověk potřebuje svůj život zhodnotit pozitivně a najít v něm vlastní smysl, aby přijal konec. S tím souvisí i přijetí vlastních chyb, kterých se v minulosti dopustil, a přijetí zodpovědnosti za své dřívější činy. Myslím, že to ale neznamená trávit své konečné období probíráním vlastní minulosti, znamená to přijmout ji za neměnnou část svého života a soustředit se na pokojné prožití současnosti.

Období pravého stáří je rozděleno na *životní fázi pravého stáří* (od 75 do 80 let) a na období tzv. *čtvrtého věku*, kdy je naživu pouze polovina původní generace seniora. Toto období je spojeno s narůstajícími fyzickými i mentálními poruchami spolu se sociálními problémy a zvýšenými nároky na adaptaci do společnosti (tamtéž).

Základní fáze lidského života (nitroděložní vývoj, dětství, dospělost a stáří) mají své charakteristické rysy, které se dají zjevně popsat a charakterizovat, avšak právě tyto stereotypizace jednotlivých životních fází mohou být často zneužitelné (Čeledová, Kalvach, 2016), nejvíce zranitelné je v tomto ohledu období stárnutí a stáří. Myslím, že každý z nás někdy automaticky označil některého člověka jako „starce“ na základě jeho vzhledu či podle nás typického chování. Přitom nelze s přesností označit hranici mezi stářím a dospělostí, podobně jako u ostatních přechodů životních fází. Stereotypy, především těmi negativními, se zabývá americká psycholožka Bernice Neugartenová (1974, in Blatný, 2016). Poukazuje např. na rozdíly mezi seniory „mladými“, tedy od 55 do 74 let a „starými“, od 75 let výš. Upozorňuje na důležité aspekty ovlivňující charakter seniorů, na socioekonomický status, zdravotní stav či etnicitu. Čeledová a Kalvach (2016) k tomu dodávají, že v definici stárnutí

nelze brát v úvahu pouze biologická fakta, ale také sebepojetí a společenské vnímání. Ne nadarmo se říká, že člověk je starý tak, jak se sám starý cítí. Proti stereotypům v oblasti gerontologie tak vznikla oblast *diferenciální gerontologie* (Blatný, 2016).

Blatný (tamtéž) popisuje stáří neboli *pozdní dospělost* jako nezaměnitelnou individuální zkušenost, kterou ovlivňují vnitřní a vnější faktory. Obsahuje změny, které se týkají všech aspektů člověka, tyto změny se týkají nejen vzhledu a tělesných funkcí, ale i vnitřního vnímání sama sebe. Člověk se v této fázi musí vyrovnávat s mnohými nepříznivými událostmi a situacemi, připouští si, že ho v jeho okolí opouští jeho blízcí a že i jeho vlastní odchod je součástí života.

Jsem si jistá, že pro mnohé je stáří symbolem životní zkušenosti a moudrosti. Tento symbol je většině lidí prakticky podsouván již od malička, prvním impulzem pro vznik tohoto vědomí je, myslím, výchova. Dětem je od malička vštěpováno, že k dědečkovi a babičce je potřeba se chovat s úctou a poslouchat je. Prarodiče také často plní funkci životního rádce, který doplňuje rodiče svými letitými zkušenostmi a poskytuje dětem odlišný pohled na svět.

## 1.2 Kvalita života v důchodovém věku

### 1.2.1 Definice kvality života

Kvalitou života se začala společnost zabývat pomocí různých vědních disciplín v první polovině 20. století, kdy předmětem kvality byla především materiální stránka života. Později se počala vnímat kvalita života z více subjektivního hlediska a soustředila se i na individuální potřeby jedinců (Šubrt a kol., 2008).

Je velmi složité stručně vysvětlit tuto definici s celou její komplexností, protože se jedná o existenciální pojem dotýkající se života každého živého jedince a jeho sebepojetí. Podle Šubrt (2008) zkoumá materiální, psychologické, sociální a duchovní podmínky pro zdravý a šťastný život člověka, kvalita života se pak odvíjí od jakési rovnováhy tělesného zdraví, duševního štěstí a vnitřní spokojenosti.

Významnou roli v kvalitě života hraje víra a náboženství. Zejména v historii lidé brali víru jako tu nejdůležitější hodnotu a podřizovali jí ostatní potřeby – duševní i materiální. I v současné době je u některých lidí náboženství na prvním místě, co se týče kvality života i všedního dne. Víra v Boha jim dává naději v porozumění vlastnímu životu a je jejich každodenní potřebou (tamtéž).

Kvalita života se dá rozdělit do dvou oblastí, do sociálně politického kontextu a zdravotního a psychologického kontextu. Toto rozdělení se ujalo v poválečném období, nyní ho popisují Tomeš a Šámalová (2017) takto:

- Sociálně politický kontext: v této oblasti je kvalita života chápána s jednostranným důrazem na ekonomický růst. Tento kontext byl v kurzu hlavně v minulosti, kdy zejména v Americe v 70. letech 20. století byl ekonomický růst a hodnotné materiální statky znamením „dobrého“ života. Tento pohled na kvalitu života se týká populace jako takové a je zaměřen především na objektivní ukazatele.
- Zdravotní a psychologický kontext: ještě v první polovině 20. století se kvalita života chápala jako objektivní kritérium a jako protiklad kvantity života (tzn. délky života, kde bylo u rozhodování se nad invazivní a konzervativní léčbou bráno v úvahu, nakolik bude po léčbě zachována soběstačnost pacienta). V 80. letech byla kvalita

života sledována a stala se předmětem sociálních věd, kdy byl dán důraz na subjektivní pocity jedince (škály, dotazníky). Od 90. let se na kvalitu života jedince hledělo jako na důležitý aspekt při posuzování zdravotního a psychosociálního stavu.

### 1.2.2 Problematika stáří vzhledem ke kvalitě života

Jak jsem již zmínila v předchozí kapitole, stáří a obecně stárnutí s sebou nese změny, které mohou nepříznivě ovlivňovat psychickou stránku člověka podobně jako tu fyzickou. Proměňují se i jednotlivé dimenze kvality života, které se v této době začínají modifikovat spolu se stupněm soběstačnosti. Jako stále důležitější se jeví funkční stav, jehož kvalita byla v předchozích fázích života brána jako samozřejmost. S věkem např. klesá význam přičítaný práci a tuto pozici nahrazuje důležitost zdraví (Tomeš, Šámalová, 2017).

Abych vyšla z toho zjevného, začnu tím, že stáří s sebou nese nevyhnutelné fyzické změny. Tyto změny probíhají vlivem genetických, exogenních a mnoha dalších faktorů u každého jedince jinak, nastupují u některých dříve a zjevněji a u některých později (Vágnerová, 2007). Tělesné změny ve stáří s sebou nesou i zhoršení aktivity v osobním i pracovním životě.

S tím souvisí další možný problém zasahující do kvality života. Podle Čeledové a Kalvacha (2016) patří starší osoby k nejvíce ohroženým na trhu práce, a to z mnoha faktorů, jedním z nich je nedostatečná adaptabilita na měnící se podmínky (v důsledku měnící se ekonomiky, ale také nedostatečné adaptability na měnící se vlastní výkonnost). Dodávají k tomu, že předčasný odchod do důchodu je pro ně často jedinou možností, jak si zachovat důstojnost. Podle Vágnerové (2007) tato změna, která je spojena se ztrátou profesní role, narušuje dosavadní rovnováhu v životě spojenou i s neodmyslitelným pocitem společenské prestiže, které se seniorům vlivem změny nedostává.

Ve stáří se také začínají častěji objevovat různé typy chronických onemocnění, které jsou ovlivněny nepříznivými vlivy stárnutí a prodělanými nemocemi ovlivňujícími současné somatické funkce. Výsledkem sumace těchto vlivů je polymorbidita (Vágnerová, 2007). Pokud zařazujeme zdraví na první místo v definici kvalitního života, je jisté, že nemocnost zvyšující se vlivem stárnutí tuto kvalitu rapidně snižuje.

Vágnerová (tamtéž) také upozorňuje na důležitost vlastního přístupu k nemoci a subjektivním potížím ve stáří. Pro takové jedince je důležitá akceptace těchto potíží a snaha o přizpůsobení se jim. Přehnaná zaměřenost na své tělo a neustálé řešení svých vlastních problémů může výrazně zkomplikovat sociální postavení seniora. Vyhrocením toho může být i sociální vyloučení, které je pro stárnoucího člověka stále se zvyšujícím rizikem. Sociální vyloučení je definováno jako „proces, během kterého jsou jednotlivci vytěšňováni na okraj společnosti a je jim ztížen či zcela omezen přístup ke zdrojům a příležitostem, které jsou běžně dostupné ostatním členům společnosti“ (Čeledová, Kalvach, 2016 s. 87).

Stáří je nositelem i četných psychických změn a funkcí, které jsou podmíněné biologicky nebo psychosociálně (Vágnerová, 2007). Zatímco některé biologické změny spojené se stářím jsou očekávatelné a normální (např. celkové zpomalení, zhoršení krátkodobé paměti či snížení frustrační tolerance), jiné mohou být patologicky chorobné a mohou vést až k zásadním změnám osobnosti, např. k Alzheimerově chorobě (tamtéž).

Změny kognitivních funkcí s nastupujícím stářím se projevují ve funkcích sloužících k zaznamenávání a zpracovávání informací (tamtéž). Tyto změny mají tedy negativní dopad na kvalitu života zejména v tom smyslu, že úbytek kognitivních funkcí zvyšuje závislost na druhé osobě, což zároveň nepříznivě ovlivňuje jedincův psychický stav a tím i jeho sociální status.

Kvalita života je ve stáří ovlivněna mnoha dalšími faktory a vlivy, stáří s sebou nese velké množství změn, z nichž jen některé jsem zmínila v této kapitole. Je to období, kdy nás opouští naši blízcí a my nevíme, kam odcházejí. Víme jen, že kráčíme po stejné cestě a nevyhnutelně se blížíme k jejímu konci. Svět je jiný než za našeho dětství, lidé se jinak oblékají a jinak mluví, naše těla vypadají jinak a nemáme nad nimi kontrolu. Zbývá nám jen se těmto změnám přizpůsobit a příliš se jich nebát a čekat, co dalšího život přinese

## 2. KOGNITIVNÍ STAV SENIORŮ

V následujících podkapitolách nejprve krátce definuji, co jsou kognitivní funkce a k čemu slouží, poté přejdu k jejich poruchám, které se vlivem stárnutí nejčastěji projevují.

V další části se budu věnovat demencím a jejich nejčastějším příčinám, kde se také zmíním o jejich nejčastějších formách. Konec této kapitoly je věnován psychosociálním důsledkům kognitivních poruch.

### 2.1 Definice a poruchy kognitivních funkcí

Kognitivní neboli poznávací funkce slouží v rámci psychických procesů k rozpoznávání, pamatování si a učení. Zahrnují také schopnost přizpůsobování se vnějším podmínkám prostředí. Do kognitivních funkcí patří také expresivní funkce, jako je řeč, psaní, kreslení a gestikulace (Raboch, Pavlovský, 2008). Stručně by se dalo říct, že „kognitivní funkce jsou produktem centrální nervové soustavy, jejichž působením poznáváme věci a jevy svého prostředí, nebo si je uvědomujeme“ (Georgi, Höschl, Vidicová, 2014, str. 117).

K jejich poruchám dochází často vlivem dědičných dispozic spojených s dosaženou úrovní jednotlivých dovedností a schopností, osobnostních vlastností a s vnějšími vlivy (Vágnerová, 2008). Zhoršující se kognitivní funkce v počínajícím stáří se mohou projevovat nejprve v mírné formě a být tak normálním jevem, který se nemusí rozvinout v patologickou poruchu.

V období pravého stáří proces zpomalování pokračuje a kognitivní funkce se zhoršují zejména při procesu zapamatování, ukládání a obnovování informací. Příjem důležitých vjemů se tak zužuje, k čemuž přispívá i zhoršování zrakových a sluchových funkcí, které ovlivňují orientaci v prostoru i schopnost vnímání společenských interakcí (tamtéž).

Nejvíce charakterizující poruchou kognitivních funkcí ve stáří je zhoršování paměti. Tu můžeme rozdělit na krátkodobou, pracovní a dlouhodobou.

- Pracovní paměť nám umožňuje dočasně si ukládat informace nutné pro komplexní kognitivní úlohy, jako učení či porozumění jazyku.
- Dlouhodobá paměť má za funkci ukládání vzpomínek a prožitků (epizodická paměť), vybavování si naučených fakt či rutin (sémantická paměť) a naučených schopností, jako je např. jízda na kole (proceduální paměť).
- Krátkodobá paměť nám umožňuje krátkodobě uchovávat informace, které chceme v krátké době použít, a právě tato paměť je ve stáří nejvíce ohrožena (Georgi, Höschl, Vidicová, 2014).

Podle Vágnerové (2008) může porucha krátkodobé paměti dosáhnout takové úrovně, že bude výrazně zatěžovat až znemožňovat uchování aktuálních informací a jejich další zpracování.

O závažném kognitivním deficitu se také můžeme dočíst jako o *mentální retardaci*, který je vrozený či perinatálně vzniklý, nebo jako o *syndromu demence*, kterým označujeme deficit vzniklý v průběhu života (Čeledová, Kalvach, 2016).

## 2.2 Syndrom demence

„Demence je skupina duševních poruch, jejichž nejzákladnější charakteristický rys je získaný a podstatný úbytek kognitivních funkcí, zejména paměti a intelektu. Výsledkem je celková degradace duševních činností postiženého, ubývající schopnosti běžných denních aktivit, nakonec ztráta schopnosti samostatné existence“ (Jirák, 1999, s. 8, in Georgi, Höschl, Vidicová, 2014, s. 104).

Vágnerová (2014) popisuje demenci jako stav, kdy jsou u jedince narušeny kognitivní funkce, což se projevuje ve všech oblastech života a dochází k celkové degradaci osobnosti. Na rozdíl od mentální retardace jde o ztrátu již rozvinutých intelektových schopností v průběhu života, podle Jiráka (1999, in Vágnerová, 2014) se dá považovat za průkazné ztráta rozumových schopností o 20 %.

Demence se řadí mezi tzv. organická mozková onemocnění, která různým způsobem poškozují mozkovou tkáň. Toto postižení má vliv nejen na kvalitu života nemocného, ale také na kvalitu života celé jeho rodiny a toho, kdo o něj pečuje (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol., 2007). Podle Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (in Raboch, Pavlovský a kol., 2012) jsou pro diagnózu demencí podstatné tyto projevy:

- porucha paměti

a alespoň jedna nebo více poruch kognitivních funkcí:

- afázie – porucha schopnosti tvořit řeč
- apraxie – neschopnost vykonávat naučené motorické aktivity při zachování motorických funkcí
- agnózie – porucha schopnosti identifikace předmětů při zachování sensorických funkcí
- porucha řídicích funkcí (abstrakce, plánování, organizace)

### 2.2.1 Příčiny

Syndrom demence má několik příčin, podle kterých se druhy demencí rozdělují:

- Atroficko-degenerativní demence nebo také jen degenerativní demence, jsou způsobené degenerativním onemocněním mozku, které má příčinu v zániku mozkových buněk a synapsí (tzn. spojení mezi nimi) (Vágnerová, 2014). Patří mezi ně např. Alzheimerova choroba, frontotemporální demence či Binswangerova nemoc (Čeledová, Kalvach, 2016), z nichž některé si podrobněji popíšeme v nadcházejících podkapitolách.
- Vaskulární demence mají příčinu v omezení či zástavě průtoku krve v mozkových cévách, což vede k postižení mozkové tkáně (Čeledová, Kalvach, 2016). Tento druh demence většinou vzniká náhle a má kolísavý průběh. Psychické funkce nebývají postiženy ve stejné míře a často dochází ke zlepšení a opětovnému zhoršení stavu. Osobnost jedince zároveň není narušená ve stejném rozsahu, jako je tomu u degenerativních demencí (Vágnerová, 2014). Úbytek kognitivních funkcí je často nerovnoměrný, Vágnerová (tamtéž) upozorňuje na to, že výkyvy těchto změn mohou být matoucí jak pro postiženého, tak pro jeho okolí,

kterému nemusí být jasné, do jaké míry je tento člověk skutečně postižen. Myslím, že v tomto období je potřeba pozvednout komunikaci na jinou úroveň a dát postiženému najevo, že změny, kterými prochází a z kterých je tak zmatený, nejsou přítěží pro jeho okolí, a povzbudit ho, aby se k nim sám snažil vyjádřit.

Je třeba mít na paměti, že osobnost jedince se nemusí zásadně měnit a emoční rozlady mohou být projevem reakce na vlastní chorobu (tamtéž).

- Sekundární demence jsou vyvolané jinými příčinami, které způsobují poškození CNS (centrální nervové soustavy), např. vlivem infekčních chorob, poúrazových stavů či následkem otrav (tamtéž).

Příčiny demencí se liší podle toho, jakým jejím typem jedinec trpí. Nejčastější příčiny jsem podrobněji rozepsala níže, dříve bych ale ráda zmínila některé rizikové faktory, které k výskytu demence přispívají.

Je známo, že toto postižení postihuje spíše starší populaci. Před 60. rokem se vyskytuje poměrně vzácně, kdy je většinou zapříčiňují různé úrazy (Vágnerová, 2014).

Některé studie ukazují na to, že rizikovým pohlavím pro častější výskyt demencí jsou více ženy než muži, konkrétně se v tomto případě jedná o onemocnění Alzheimerovou chorobou. Podle některých studií jsou muži naopak více ohroženi demencí cévního původu (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol., 2007).

Jak je již zmíněno v úvodu, demence vzniká na základě poškození centrální nervové soustavy. K takovému poškození mohou přispět genetické dispozice, které mohou být primární příčinou demence (Vágnerová, 2014). Holmerová a Jarolímová (2007) k tomu dodávají, že pokud se demence vyskytne před 60. rokem, jedná se často o dědičně podmíněné onemocnění.

„Blízcí příbuzní (děti, sourozenci) lidí s Alzheimerovou chorobou mají tři- až čtyřikrát větší pravděpodobnost tohoto onemocnění než lidé bez této zátěže“ (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol., 2007, s. 12).

Mezi rizikové faktory pro vznik demence se také řadí nejdiskutovanější abúzy v dnešní společnosti, kterými jsou kouření a alkohol. Kuřáci mají vyšší riziko kardiovaskulárních onemocnění a podle některých studií i vyšší riziko vzniku demence. Lidé, kteří holdují většímu množství alkoholu, mají toto riziko také vyšší, a to kvůli přímému toxickému působení alkoholu a zároveň i kvůli častému nedostatku živin a vitamínů, který se vyskytuje u těžkých pijáků (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol., 2007).

## 2.2.2 Průběh

Průběh demence by se dal rozdělit do tří fází: rané (lehká demence), mezifáze (středně těžká demence) a pozdější fáze (těžká demence). Projevy nemoci v těchto fázích jsou zmíněny v následujících kapitolách, dalo by se říci, že projevy jsou tím hlubší, čím pozdější fázi nemocný prochází (Raboch, Pavlovský a kol., 2012).

První stadium si většinou žádá mírnější poruchy krátkodobé paměti, například při vybavování si některých slov. Objevují se občasná výkyvy v orientaci v místě a čase a nemocní začínají mít problémy s porozuměním např. u složitějších příběhů. Obtížněji řeší situace a problémy, které se následně stydí přiznat. Upínají se na stereotypní zvyky a rituály, jejichž zvládnutí zůstává většinou zachováno. Nemocný není závislý na druhé osobě, ale potřebuje občasnou kontrolu a pomoc (Vágnerová, 2014). Myslím, že toto stadium je období,

kdy by se měl nemocný za podpory rodiny připravovat na další progresi nemoci, psychicky i materiálně. Domnívám se, že v tomto období není vhodná doba např. na rekonstrukce bytu či domu, prostředí by mělo zůstat tak, jak je na ně postižený zvyklý. Blízký okruh nemocného by měl být pro něj oporou v době, kdy se začnou objevovat první příznaky, a dávat mu najevo, že jejich přístup k němu se nezměnil.

Ve druhém stadiu, nazývaném také jako střední demence, se začínají objevovat hlubší známky poruchy paměti a dezorientace. Nemocný začíná mít problémy v porozumění základním věcem a vztahům, má problémy ve verbální komunikaci, která je většinou omezena na základní výrazy. Postižený nezvládá sebeobsluhu a péči o vlastní osobu, ztrácí soudnost a začíná se u něj objevovat inkontinence (Vágnerová, 2014). Nemocný se stává nesoběstačným v péči o vlastní osobu a potřebuje trvalý dohled pečující osoby. V této fázi člověk často hledá slova a opětovně je zapomíná, čehož si začíná všimnat vzdálenější okolí i on sám, také proto je tato fáze tak těžká na přijetí reality. Pro pečující se doporučuje mluvení s nemocným v krátkých a srozumitelných větách, také dodržovat pevnou dobu jídla a usínání (Ehrenfreugther a kol., 2013).

Ve třetí fázi těžké demence je nemocný zcela dezorientován místem, časem a osobou. Komunikace s takovým pacientem je velmi ztížená, až skoro nemožná, protože nemocný již většinou není schopen verbálně komunikovat a rozumět (Vágnerová, 2014). Je zcela odkázán na péči pečující osoby, v těchto případech je většinou rodinně navrhována ústavní péče. Myslím, že pro rodinu v této fázi bývá nejtěžší moment, kdy je už jejich blízký nepoznává a často odmítá jejich pomoc.

Nemocný může mít někdy i sklony k agresivitě či verbálním útokům na své pečující, což bývá dáno pocitem ztracenosti a zmatenosti. Podle Ehrenfreugtherové (a kol., 2013) jsou tyto stavy dány ubývajícím mozkovou tkání nemocného a často se řeší psychofarmaky (zejména v domech s pečovatelskou službou). Těmto pacientům by ale většinou stačil osobnější přístup, aby měl pacient možnost pochopit, že je mu rozuměno a že je vnímán.

Vágnerová (2014) popisuje ještě čtvrté stadium – terminální. Nemocný v tomto stadiu je již upoutaný na lůžko, není schopen žádné aktivity a je odkázán na celkovou ošetrovatelskou péči.

### **2.3 Alzheimerova choroba a jiné formy demence**

Alzheimerova choroba se řadí do progresivních neurodegenerativních onemocnění, které se projevují atrofií (ochabnutím) mozkové kůry a subkortikálních oblastí, což má za následek úbytek neuronů a jejich synapsí (Vágnerová, 2014).

Tato choroba je nejčastějším typem a příčinou demence a poruchy kognitivních funkcí. Byla popsána v prvním desetiletí dvacátého století Aloisem Alzheimerem, podle něhož dostala pojmenování. V této době byly její příznaky řešeny hlavně u mladších lidí, u těch starších byly často přisuzovány k normálnímu projevu stáří a označovány jako „skleróza.“ Tento mýtus byl však vyvrácen a v současnosti se ví, že se nejedná o normální příznak stáří (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol., 2007). Alzheimerova choroba se rozvíjí pomalu a plynule, přičemž příznaky se projevují zprvu nenápadně, je proto obtížné ji včas diagnostikovat. Progrese si většinou začíná jako první všimnout blízké okolí jedince, což se většinou děje mezi 2. a 4. rokem od počátku onemocnění (Vágnerová, 2014).

Výrazným symptomem, který většinou zprvu na toto onemocnění upozorní, je progredující porucha paměti. „Nemocní zapomínají vypnout vařič, zavřít vodu, nepamatují si, zda jedli apod. Neustále hledají běžné věci, jako jsou klíče nebo brýle, což zvyšuje jejich pocit



nejistoty, někdy mají tendenci své výpadky paměti nahrazovat konfabulacemi. Například starší pacientka odpověděla na dotaz sociální pracovnice, co měla k obědu, že jedla ovocné knedlíky. Její odpověď byla formálně přiměřená, ale nesprávná.“ (tamtéž, s. 256)

Porucha paměti vede nejen k nejistotě v běžných věcech, ale i ke ztrátě orientace v čase i prostoru. Nemocní se často nevyznají v prostředí, které důvěrně znají, neví, kam které dveře vedou. Neuvědomují si, kolik je hodin a která je denní doba, a mají potřebu se na to ptát několikrát denně (Vágnerová, 2014).

Ztráta orientace v prostoru a čase může být později i přítěží pro okolí nemocného. Sama nemám zkušenosti s péčí o blízkou osobu, např. z rodinného kruhu, která by trpěla Alzheimerovou chorobou, ale často se s takovými jedinci setkávám při své práci v nemocnici. Naše oddělení často hospitalizuje seniory s mírnou poruchou kognitivních funkcí, dodnes si vzpomínám na starší pacientku, která se během jedné mé noční služby několikrát přišla na sesternu zeptat, kdy bude oběd nebo kdy už za ní přijde manžel. Pokaždé, když jsem jí vysvětlila, že je hluboká noc a že na jídlo i návštěvy si bude muset počkat do dne, přišlo z její strany obrovské zklamání, kdy si nejspíš uvědomila, že je mystifikována sama sebou. Komunikace s takovými jedinci je velmi obtížná a je třeba uvědomit si některé její zásady, o kterých se rozeptáš v posledních kapitolách.

Alzheimerova choroba se diagnostikuje na základě několika kritérií (in Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol., 2007).

#### V klinickém vyšetření

- je přítomen syndrom demence prokázaný na základě testů a psychologických vyšetření prokazujících poškození kognitivních funkcí (například nejvíce rozšířená škála MMSE)
- není přítomno jiné onemocnění, které by syndrom demence mohlo způsobit (vaskulární demence)
- CT nebo NMR mozku prokazují určitý úbytek mozkové hmoty (avšak i v případě negativního výsledku se může jednat o počáteční fázi demence).

Holmerová a Jarolímová (tamtéž) také upozorňují na to, že důležitým faktorem pro správnou diagnostiku je to, v jak časně fázi je toto onemocnění diagnostikováno. Včasná diagnóza je základním a nezbytným předpokladem pro zahájení účinné terapie, aby byl co nejdéle zachován uspokojivý funkční stav nemocného.

V období počátků projevů Alzheimerovy choroby hraje velkou roli blízké okolí nemocného, které si příznaků může všimnout dříve než samotný jejich nositel. Domnívám se, že reakce okolí na možné příznaky této choroby může být ve včasné diagnostice rozhodující. A čeho si může okolí všimnout? Pozorného čtenáře jistě na základě předchozích kapitol napadne, že nejvýraznějším projevem této choroby je zhoršená paměť. Ve stáří je ale velmi těžké na první pohled rozlišit, zda se jedná o zapomnětlivost stáří přirozenou, nebo o demenci.

Zpozornět je třeba v případech, kdy se zapomnětlivost prohlubuje a když se čím dál tím více stává, že si jedinec na věc nemůže vzpomenout ani při dlouhém a opakovaném přemýšlení. Po takovém zjištění je dobré navštívit praktického lékaře či odborníka, který pacienta vyšetří a otestuje jeho kognitivní výkony. Pokud by se v testech projevila nějaká kognitivní porucha a příznaky by trvaly déle než 6 měsíců, následovalo by vyšetření neurologem (Ehrenfreughter a kol., 2014).

Současná doba zatím nenabízí žádný druh farmakologické léčby, který by mohl Alzheimerovu chorobu úplně vyléčit, jsou však k dispozici léky, které mohou průběh nemoci

zpomalit a zmírnit její možné projevy, které se liší v jednotlivých fázích nemoci. V počáteční fázi onemocnění je například možné zmírnit projevy deprese a úzkosti, které chorobu často provází, či poruchy spánku. V pozdější fázi je to zejména neklid či poruchy chování (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol., 2007).

### 2.3.1 Demence s Lewyho tělísky

Tato forma demence se uvádí jako jedna z nejčastějších příčin demence (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2007), Raboch a Pavlovský (2012) k tomu doplňují, že se jedná o druhou nejčastější demenci neurodegenerativního původu.

Onemocnění nejčastěji nastupuje ve věku 50–80 let, podle Rabocha a Pavlovského (2012) jím trpí nejčastěji muži ve věku nad 75 let.

Projevy jsou podobné těm u Alzheimerovy choroby, lidé s tímto onemocněním často trpí dezorientací v prostoru, ale jejich paměť může být po dlouhou dobu dobře zachována. U nemocného je výrazně zasaženo centrum pozornosti, pacienti často trpí poruchami chůze a hypertonickým-hypokinetickým syndromem, což způsobuje časté pády (tamtéž). U nemocných se také často objevuje parkinsonský syndrom, který zahrnuje ztuhlost, třes, pomalou chůzi a setřelou mimiku (Holmerová, Jarolímová, 2007).

Lidé s DLT také často trpí na halucinace, divoké sny a neklidný spánek, navíc jsou velmi citliví na účinek klasických neuroleptik, která mohou výrazně zhoršit stav nemocného (tamtéž). Raboch a Pavlovský k tomu doplňují, že antipsychotika u postižených touto chorobou zvyšují pravděpodobnost pádů, a jsou tak nebezpečnými pro léčbu.

DLT se léčí farmakoterapií podobným způsobem jako u Alzheimerovy choroby, z dlouhodobého hlediska se však jedná o progresivní chorobu končící smrtí (Raboch, Pavlovský, 2012).

### 2.3.2 Frontotemporální degenerace

Skupinu onemocnění, která se také nazývá *frontotemporální lobární demence*, charakterizuje postižení frontálních a temporálních laloků mozku, kde jsou uložena centra ovládající chování, emoce a řečové funkce (Holmerová, Jarolímová, 2007).

Na rozdíl od některých dalších typů demencí frontotemporální degenerace nezačíná poruchou kognitivních funkcí, ale poruchami chování. Výrazná je změna osobnosti projevující se chováním, které nemocnému nikdy nebylo vlastní. „Objevuje se např. společenská odbržděnost, nespolečenské projevy, plané žertování, stereotypní projevy (stále opakují jednu anekdotu), hyperoralita (zkoumají ústy, co se běžně zkoumá hmatem, někdy nadměrně jedí či konzumují nepoživatelné substance), jsou impulzivní“ (Raboch, Pavlovský, 2012, str. 178). Holmerová a Jarolímová (2007) k tomu doplňují, že nemocní také často trpí poruchami sexuálního chování, které je často nepřiměřené a nevhodné. Také mají sklon k agresivitě a sobeckosti, které dříve pro pacienta nebyly obvyklé.

Tato skupina onemocnění zahrnuje několik typů, např. *sémantická demence – plynulá (fluentní) progresivní afázie*, kde je výrazná porucha řeči, která je však plynulá, na rozdíl od *progresivní nonfluentní afázie*, která se projevuje poruchou řeči, jež je neplynulá (Raboch, Pavlovský, 2012).

Nejstarším onemocněním řadícím se do této skupiny je **Pickova choroba**, byla pojmenována koncem devatenáctého století na pražské lékařské fakultě profesorem A.

Pickem. Vyskytuje se zpravidla ve věku 40–60 let, a protože se její příznaky často zaměňují s Alzheimerovou chorobou, nebývá často správně diagnostikována. Pacienti si často stěžují na zhoršenou paměť a deprese (Holmerová, Jarolímová, 2007).

Domnívám se, že toto onemocnění musí být zvláště obtížné pro rodinu, která musí přihlížet tomu, jak se osobnost nemocného mění, navíc velmi často neortodoxním způsobem. Zvláště v počátku nemoci si okolí může myslet, že nevhodné chování si jedinec volí schválně a snaží se provokovat.

Pro diagnostiku FTD existuje řada testů, například škála Frontotemporal Behavioural Scale (FBS), která se skládá ze čtyř částí mapujících typické časné příznaky v chování a emocích:

(in Holmerová, Jarolímová, 2007 s. 47)

- Ztráta sebekontroly – extrémní upovídanost, změny v jídelních zvyklostech, nezdravý vztah k alkoholu, ztráta schopnosti kontrolovat své chování, nedostatek společenského taktu, roztěkanost, popudlivost.
- Zanedbávání péče sama o sebe – zanedbávání osobní hygieny, nedbalost v oblékání.
- Sebestředné chování – přehlížení okolí, neschopnost naslouchat, nedostatek empatie.
- Emoční poruchy – střídání smutku a extrémní rozjařenosti, nepředvídatelné změny emocionality vedoucí až k agresivitě.

V pozdějších fázích se začíná přidávat obraz demence, který převáží nad osobnostními příznaky. Pacient se v terminálních stadiích stává zcela nesoběstačným a je závislý na péči druhé osoby. Na tento druh demence neexistuje farmakologická léčba, lze pouze tlumit některé symptomy a poruchy chování (tamtéž).

## 2.4 Psychosociální důsledky kognitivních poruch

Důsledkem kognitivní poruchy se senior stává čím dál tím více závislým na pečující osobě a okolí, což s sebou nese nejen psychickou zátěž pro seniora, ale i pro jeho okolí. Myslím, že není hanbou si přiznat, že se jedná o životní změnu, která je nechtěná a neplánovaná. Již při projevech prvních příznaků je ale třeba se nemoci postavit čelem a spíše než s ní bojovat, zkusit ji přijmout a akceptovat jako součást životního plánu, ať už se jedná o demenci diagnostikovanou vlastní osobě, nebo komukoli blízkému.

Důsledky se promítají do mnoha oblastí života, v kapitolách níže jsem sepsala, jaký dopad mají kognitivní poruchy na jedince a na pečující osobu.

### 2.4.1 Z pohledu nemocného

Není lehké se vžít do pocitů člověka, který žije v permanentním pocitu nejistoty a strachu, po jehož zdroji stále tápe a nedokáže si jej vysvětlit jinak, než že selhal nad životem. Každým dnem si pamatuje méně a méně věcí, které do té doby znal a ani nad nimi nepřemýšlel, protože byly zautomatizované. To, že bereme svůj zdravý úsudek jako samozřejmost jen prohlubuje pocit prázdnoty, který nastane, když o něj přijdeme.

Nelze se potom divit, že demence jsou často provázeny *depresemi*, zejména ty vaskulárního typu. Nemocný se vlivem depresí přestává zajímat o to, co měl dříve rád, je smutný, apatický. Řešení depresí směřuje k více způsobům, farmakologická léčba je v

současné době na vysoké úrovni a existují antidepresiva, která mají při správně zvoleném typu a dávkování minimální vedlejší účinky a dokážou výrazně zlepšit kvalitu života (Holmerová, Jarolímová, 2007).

Existují ale i jiné způsoby, kterými lze deprese u demenčních pacientů zmírnit, například se doporučuje zkvalitnění aktivního života, zařazení pohybových cvičení (např. tance) do denního programu a zajištění dostatku podnětů a činností podle individuální potřeby nemocného (např. muzikoterapie), také se doporučuje vytvoření pravidelného denního režimu (tamtéž).

Jak jsme si již řekli, nejvýraznějším prvkem demence, se kterým se nemocní nejhůře vyrovnávají, je ztráta paměti. Nemocní si nemohou vzpomenout na jednotlivá slova a nepamatují si, proč začali větu, kterou nejsou schopni dokončit. Se zhoršením paměti také souvisí dezorientace v místě a později i v osobě, kdy nemocní přestanou poznávat lidi ze svého okolí (Zgola, 2003), což jistě vede k velké frustraci. Poruchy paměti také mohou nemocného ohrožovat na jeho životě, často se stává, že senior s demencí zapomene puštěný vařič či žehličku, a způsobí tím škodu v bytě nebo si tím přivodí úraz (Ehrenfreughter a kol., 2014). To většinou vede ke ztrátě sebejistoty a senior se začne upínat na věci, o kterých ví, že je „nezkazit“. Přestane se tak cvičit v běžných úkonech a stává se tak závislejším na druhé osobě, což ho samotného také usvědčuje v tom, že je k ničemu (tamtéž).

Člověk s kognitivní poruchou postupem času poznává, že již není schopen vést s lidmi konverzaci tak, jak byl zvyklý, a začne se stranit kolektivu a styku s lidmi. Začíná si všimnout, že nezvládá každodenní povinnosti, a stydí se za to. Často se stává, že má tendenci tyto neúspěchy skrývat či se jim vyhýbat, to zahrnuje i vyhýbání se obtížnějším konverzacím, což si rodinní příslušníci často vykládají nezájmem a lhostejností k jim samým. Psychologicky jsou tyto situace vnímány jako *potlačovací reakce*. Zapírání vlastních nedostatků umožňuje postiženým dále se domnívat, že mají situaci pod kontrolou, v jejich očích to situaci odlehčí a oni se necítí tak emočně zranitelní (Ehrenfreughter a kol., 2014).

## 2.4.2 Z pohledu pečujícího

Péče o osobu s demencí je spojena s někdy až extrémním stresem, kterým si denně pečující prochází, ať už se jedná o rodinného příslušníka či profesionálního pečovatele. Psychická zátěž je podle mnohých pečujících daleko náročnější než ta fyzická (Georgi, Höschl, Vidicová, 2014).

Z vlastní zkušenosti musím podotknout, že nejhorším pocitem v komplexu myšlenek, který se pečujícím denně utváří v hlavě, je pocit marnosti, který se občas dostavuje a může působit velmi demotivačně. Tento pocit pramení z vědomí, že není v našich silách celkovou situaci zlepšit a že i přes veškerou snahu se stav pacienta nezmění. Pečující si může být vědom, že když bude dodržovat zásady péče, komunikace a terapie, bude se psychika nemocného zlepšovat a tím i jeho stav, ale některé situace, kdy nemocný dělá více kroků vzad než dopředu, mohou pečujícího frustrovat.

Akceptovat proměnu osobnosti svého blízkého a zhoršování jeho stavu je pro pečujícího velkou zkouškou, kdy musí sobě i nemocnému dokázat, že jeho vztah se k němu na základě nemoci nezměnil. Někteří z okolí nemocného mohou mít na začátku tendenci jeho příznaky popírat nebo je přisuzovat únavě vyplývající ze somatického onemocnění. Potvrzení diagnózy pak může vyvolávat různé obranné reakce, mezi ty může patřit nejen lítost a soucit, ale i nechuť a odpor, za které se potom cítí vinni. Nesou osobně, když se u nemocných objevuje egocentrické chování a obviňování okolí, a nejsou schopni připustit si, že se jedná o

reakce nemocí ovlivněné a že jsou vůlí neovladatelné. Některé tyto pocity mohou vyústit až v odmítání situace a v dobrovolné vzdání se své angažovanosti, např. nemocného umístí do ústavní péče (Vágnerová, 2014).

Myslím, že v dlouhodobé péči o osobu s demencí by měl pro každého přijít okamžik, kdy si pečující přizná, že sám potřebuje pomoc. Mnoho pečujících však nemá dostatečné informace o možnostech pomoci nebo má zábrany pomoc přijmout. To může souviset s bagatelizováním problémů, které se v péči čím dál tím více objevují, např. když nemocný nechává stále častěji zapnuté spotřebiče a jeho pečující stále přesvědčuje sám sebe, že má situaci pod kontrolou, např. mu nemocný slíbí, že to už nikdy neudělá.

„Rodinní příslušníci se často snaží péči věnovat převážnou většinu času, a to často na úkor svých zálib a vlastních zájmů. Jako by oni sami byli méně důležití než pacient“ (Holmerová, Jarolímová a kol., 2007, s. 64). Celkové vyčerpání v péči o druhou osobu je však devastující nejen pro osobu pečující, ale i pro nemocného, který onu péči potřebuje.

Toto vyčerpání může přejít v tzv. *syndrom vyhoření*. Ehrenfreuchterová (a kol., 2014) upozorňuje na varovné signály, které nasvědčují přepracování a jsou předzvěstí tohoto syndromu. Mezi tyto signály patří například to, že myšlenky pečujícího se točí jen kolem demence a člověka, o kterého pečuje. Nedokáže se sám uvolnit ani ve volných chvílích, do postele chodí k smrti unavený, ale přesto má problémy s nespavostí. Ztrácí svůj osobní život, má konflikty v práci a nemá čas na přátele. Tyto skutečnosti navíc provází permanentní pocit napětí a našťvanosti na celý svět, pocit nepochopení a vnitřní prázdnoty.

Existuje několik druhů pomoci, kterých může pečující využít, aby u něj přepracovanost v syndrom vyhoření nevyústila. Prvním krokem může být požádání o pomoc příbuzných či známých. Rodina by měla být v těchto chvílích tou největší oporou. Ti mohou pomoci už jen tím, že nemocnému budou vytvářet příjemné prostředí lidí, které dobře zná, a tím zlepší celkovou atmosféru v domácnosti. Navíc mohou být nápomocní v běžných úkonech v péči o domácnost, např. v pomoci s nakupováním a vařením, mohou také strávit s nemocným nějakou chvíli, např. ho vzít na procházku, aby měl pečující chvíle času pro sebe. Tyto drobné pomoci někdy stačí k tomu, aby se pečující necítil ve svém poslání tak sám a cítil podporu těch nejbližších.

Pokud jsou rodinné zdroje omezené, či příbuzní a přátelé nemají dostatek času na výpomoc, může se pečující obrátit na pomoc dobrovolníků, kteří tuto roli mohou zastoupit. Pro pečující také existují různé organizace, které nabízí možnost využití různých podpůrných skupin (Ehrenfreuchter a kol., 2014). Vágnerová (2014) k tomu doplňuje, že jako pomoc rodinám existují různé typy pečovatelských služeb a denních stacionářů, které nabízí možnost udržení pacienta v rodinném prostředí. Pokud již péče v domácnosti není možná, lze nemocného v posledních fázích demence umístit do specializovaného ústavu, léčebny pro dlouhodobě nemocné či gerontopsychiatrického oddělení. Ústavní péči sociální i zdravotní se budu více věnovat v poslední kapitole této práce.

### 3. ZÁKLADNÍ POTŘEBY SENIORŮ S KOGNITIVNÍ PORUCHOU

Kapitola je věnována základním potřebám, z nichž některé z nich se mění postupem životního cyklu či mění své pozice v hierarchii potřeb v důsledku stárnutí.

#### 3.1 Maslowova pyramida potřeb

Soubor potřeb lze hierarchicky uspořádat do několika „pater“. Právě o to se pokusil představitel humanistické psychologie Abraham Maslow, který byl přesvědčen, že lidé se na svět již rodí s určitými potřebami, které postupem života naplňují a rozšiřují je (Koukolík, 2018).

Sestavil posloupnost, kterou dnes známe jako Maslowovu pyramidu potřeb. Její základnu tvoří *fyziologické potřeby*, které potřebujeme pro přežití a samotnou existenci, patří do ní vzduch, potrava, spánek, vylučování a sexuální interakce. Do druhého stupně pyramidy patří *pocit bezpečí*, které zahrnuje bezpečí tělesné, jistota zdraví a rodina. Třetí úroveň obsahuje *pocit sounáležitosti*, lásku a přátelství. Čtvrtou *úcta*, sebeúcta a respekt druhých lidí a jeho opětování. Nejvyšší úroveň tvoří pojmy *sebeaktualizace, sebepojetí, morálka a řešení problémů* (Maslow, 1971 in Koukolík, 2018).

Koukolík (tamtéž) však také upozorňuje na to, že lidské potřeby nejsou nutně vždy hierarchizované, lidé, kteří jsou pod tlakem, se často vzdávají vrchních úrovní potřeb ve prospěch hodnot na nižších úrovních. Také podle něj není vždy nutné dosáhnout všech nižších úrovní, aby se člověk dostal k těm vyšším, v tomto ohledu například zmiňuje rozdíl mezi lidmi, kteří si více zakládají na intelektuálním vývoji, a lidmi upřednostňujícími rozvoj citových vazeb.

Myslím, že ve stáří by tyto potřeby měly být naplněny ve všech bodech, ač se prostředky k jejich naplnění často zužují. Problém ale vidím především v naplňování potřeb u seniorů s kognitivními poruchami, u kterých lze jejich potřeby rozeznávat nesehnadno. Zgola (2003) upozorňuje na to, že nedostatečné rozlišování těchto potřeb může vést k frustraci seniora.

#### 3.2 Identifikace potřeb

Naplnění základních potřeb seniora s demencí je velmi důležité pro jeho osobní růst, ač se může zdát, že nemocný již žádného růstu není schopen. Správné zajištění těchto potřeb však může vést ke spokojenosti na obou stranách, pečovatele i nemocného.

##### 3.2.1 Fyziologické potřeby

Pokud začneme postupovat od prvních pater Maslowovy pyramidy, měli bychom se pozastavit již u jejího základního kamene, který zobrazuje fyziologické potřeby výše zmíněné. Tyto potřeby spadají pod přímou kontrolu člověka (Zgola, 2003). Sami si rozhodujeme, co budeme jíst a kdy, kdy půjdeme spát a jak dlouhou dobu spánku věnujeme, abychom byli dostatečně odpočatí. Sami rozhodujeme o své sexualitě a prostředcích, které pro ni chceme využívat.

Seniori s kognitivními poruchami, zvláště v pozdních fázích demence, ztrácí kontrolu i

nad těmito potřebami a jsou závislí na osobě, která jim je pomůže zajišťovat (tamtéž). Myslím, že je vhodné, aby si pečující zjistil, jak byl senior zvyklý tyto potřeby zajišťovat po celý svůj dosavadní život.

### **3.2.2 Potřeba bezpečí**

Potřeba bezpečí hraje ve stáří velkou roli, zvláště tehdy, kdy je senior odkázán na pomoc druhých. Zgola (2003) upřesňuje, že člověk, který se nevyzná ve svém známém prostředí a neodkáže v paměti udržet potřebné informace pro orientaci v prostoru, je velmi zranitelný. Velmi důležitá je tedy volba prostředí, ve kterém nemocný tráví svůj čas. Bezpečné prostředí je pro něj takové, ve kterém nenalézá nic neočekávaného, a kde všechno, co potřebuje, je viditelné a jasně dostupné. Podle Zgoly (tamtéž) bezpečí také znamená mít příležitost vyjádřit své schopnosti, šikovnost, tvořivost a talent v prostředí, které je tomu nakloněno, a bez rizika selhání.

### **3.2.3 Potřeba sounáležitosti**

Pro seniora trpícího kognitivními poruchami je důležitá potřeba náklonnosti a intimity, se kterou je často spojeno mnoho problémů. Dementní člověk má často potřebu fyzického kontaktu, který se mu nemusí dostávat v takové míře, aby byl spokojen. Když se tato potřeba spojí s osobnostní změnou, kdy nemocný ztrácí své sociální návyky a má snížené sebehodnocení, vede to často ke společensky zátěžovým situacím, které jsou spojeny s pocitem trapnosti ze stran okolí a pečovatele. Vágnerová (2014) upozorňuje na to, že s demencí jsou často spojeny změny v chování a osobnosti, které se mohou projevit v odbrždění některých pudových složek, zejména v sexualitě. Zgola (2003) k tomu dodává, že některé tyto projevy jsou pouhou snahou o dosažení prostého lidského kontaktu. Pečující osoba a blízké okolí by tak mělo nemocnému nabízet častý fyzický nesexuální kontakt, aby mu tak dali příležitost k vzájemnému vyjádření vřelosti.

### **3.2.4 Potřeba úcty a respektu**

Od potřeby fyzického kontaktu s blízkým okolím přejdeme k potřebě sociálního začlenění. Demence vede ke ztrátě sociálních rolí, se kterou je nevyhnutelně spojená změna společenského postavení nemocného ve společnosti, která se také projevuje změnou vzájemných vztahů a hierarchií v rodině (Vágnerová, 2014). Vysvětlují si to tak, že v rodině má každý její člen svou roli a svou funkci. Představuji si rodinu, kde je muž ve věku šedesáti let hlavou a živitelem rodiny s nejvyšším peněžním příjmem, navíc zastává i roli rádce rodiny, je manželem, otcem a dědečkem. Po diagnóze Alzheimerovy choroby a v jejích pozdějších fázích si musí jednotliví členové všechny tyto role pomyslně rozdělit, může se i stát, že jejich převzetí padne na hlavu jednoho člena, např. manželky. Okolí muže, zejména pak jeho manželka, si prochází zátěžovými situacemi obnášejícími proměnu rolí a často ztrátu té původní.

Naopak z pohledu nemocného to může vyvolat pocit vyčlenění a vědomí odlišnosti. To může zapříčinit i boj o integritu spojený se zakrýváním a odmítáním diagnózy (Zgola, 2003). Důležité je tedy snažit se o to, aby nemocný neměl pocit, že se přístup jeho okolí na základě diagnózy k němu změnil, jeho blízcí by se ho měli snažit zapojovat do denního programu a komunikovat s ním jako se stejně váženou osobou, jakou pro ně byl před onemocněním.

### 3.2.5 Potřeba sebeaktualizace a kontroly

Myslím, že potřeba kontroly a moci nad svým vlastním tělem patří mezi nejzákladnější práva lidské osoby. Nikdo by neměl dělat člověku to, co mu je nepříjemné, na co není zvyklý a co by si sám nepřál.

Ve své práci v nemocnici často bývám svědkem agresivity ze stran pacientů s demencí, kteří doslova bojují se sestrami a ošetřovatelkami za právo rozhodnout se sami, kdy půjdou do koupelny, kdy se nají a co si oblečou na sebe. V nemocnici je přesně dané, kdy mají sestry čas na ranní hygienu pacientů a kdy vozí obědy a večeře. Personál většinou nemá prostředky k tomu, aby akceptoval pacientovy prosté návyky, jako např. koupat se večer a ne ráno, jíst u televize či si dát po obědě kávu. Kontrola nad těmito situacemi však přijde pacientům zcela normální a vymáhají si ji často slovní či fyzickou agresivitou, která nevede k domluvě. Alespoň v domácí péči by měl pečující dbát na přání nemocného a nechat ho zasahovat do péče nad jeho osobou, respektovat jeho přání, co si chce vzít ráno na sebe, a pokud je to nerelevantní (např. chce si vzít na procházku v zimním období pouze župan a spodní prádlo), snažit se s ním domluvit a vysvětlit mu okolnosti, proč je lepší jiná varianta.

„Velká část vzdorovitého chování, které pozorujeme u osob s narušenou kognitivní funkcí, je vlastně výrazem jejich potřeby mít věci pod kontrolou“ (Zgola, 2003, str. 71).



## 4. KOMUNIKACE SE SENIORY S KOGNITIVNÍ PORUCHOU

Komunikace je základ pro vzájemné pochopení, pro získání důvěry, pro zjišťování informací nutných k poznání člověka. Správná komunikace založená na vyvážených zásadách je podle mého názoru klíčem pro poznání druhého člověka i s jeho pocity, touhami a obavami. Nevhodně zvolené prostředky ke komunikaci mohou naopak člověka uzavřít či poškodit.

Tato kapitola je věnována zásadám správné komunikace se seniory, kteří trpí některými druhy demence. Zmiňuji zde také komunikační bariéry, které mohou nastat důsledkem špatně nastavených pravidel pro komunikaci.

### 4.1 Zásady komunikace se seniorem s kognitivní poruchou

Senior postižený některým typem demence prochází obdobím, které je pro něj plné změn, a jsem si jistá, že velmi záleží na tom, aby kvalita jeho života byla co nejvíce podobná standardům, na které byl doposud zvyklý. Podle mého názoru je pro zachování kvality života velmi důležité, aby vztahy s jeho blízkými byly zachovány, protože správná komunikace je v mezilidských vztazích stěžejní.

Pro komunikaci s člověkem, který má vyšší kognitivní deficit, existují zásady správné komunikace, jež mohou pomoci ke vzájemnému pochopení nemocných a o ně pečujících. Pro správné nastavení komunikace je důležité, aby pečující znal povahu komunikační bariéry, kterou může demence vyvolat. Je třeba si uvědomit, že komunikace neznamená pouhou výměnu slov, ale naladění se na stejnou strunu, což znamená vyvolat v sobě navzájem pocit bezpečí, jistoty a vzájemné důvěry (Zgola, 2003).

Existují různá univerzální pravidla konverzace, která se dají zohlednit při nastavování správných zásad pro komunikaci. Některé z nich si zmíníme zde (in Ehrenfreuchterová a kol. 2014, s. 78–79):

- V každé větě zmiňujeme jen jednu informaci – používání jednoduchých krátkých vět s jasným sdělením či otázkou.
- Opakování jmen – osobních i ukazovacích zájmen. Pomáhá v lepší orientaci ve větách.
- Vyhýbáme se náhlé změně tématu – lepší je v klidu jedno téma uzavřít a dát dotyčnému prostor ho vstřebat. Až potom načít téma nové.
- Dbáme na oční kontakt a mimiku – může podpořit obsah, který sdělujeme. Pomáhá k tomu sedět nebo stát přímo naproti dotyčnému.
- Ignorujeme chyby, kterých se nemocný dopouští – neopravujeme ho, mohli bychom ho zbavit odvahy.
- Aktivně nasloucháme – dáváme najevo, že posloucháme. Po skončení věty či myšlenky můžeme větu zopakovat vlastními slovy, aby dotyčný věděl, že jsme informaci pochopili.

Zgola (2003) to shrnuje tak, že osoba s kognitivní poruchou vnímá všechny aspekty komunikace zcela bezprostředně. Zjednodušeně to lze vnímat tak, že z našeho sdělení plyne, jak se po něm bude dotyčná osoba cítit. Jestliže pak sdělení budí dojem, že je osoba milována a respektována, bude se tak pravděpodobně i cítit. Opačný dojem může naopak dotyčného uzavřít do sebe či v něm vzbudit obranné až agresivní reakce plynoucí z nepochopení obou stran.

Myslím, že důležitým aspektem v komunikaci, u které chceme, aby vedla k pozitivním

závěrům, je neverbální prvek. V předchozích kapitolách jsme si několikrát zmínili, že verbální projev často dementním lidem „utíká mezi prsty“ a ne vždy rozumí tomu, co jim chce druhá osoba sdělit. Podpoření onoho sdělení neverbálními prvky, jako je dotek, úsměv nebo pohyby rukou, vnímá nemocný jako gesto podpory a pomáhá mu v porozumění obsahu.

## 4.2 Komunikační bariéry

Na základě častých situací, kdy dochází k nepochopení mezi stranami, vznikají komunikační bariéry, které ztěžují další snahy o komunikaci. Na základě čeho tyto bariéry v obecné komunikaci se seniory vznikají, popsali Čeledová a Holčík (2018) a rozdělili je na interní a externí.

- Interní bariéry se odvíjí ze schopností a dovedností jedince. Bere se zde v úvahu jeho zdravotní stav, osobnost a schopnost zvládat situace. Tyto bariéry mohou plynout z obav z neúspěchu, strachu nebo zlosti. Mohou se objevit v situacích, ve kterých se dotyčný cítí nejistý, není ve fyzické pohodě či není na rozhovor připravený, např. při rozhovoru s lékařem.
- Externí bariéry vyplývají z vnějších faktorů, jako je např. hluk nebo jiné rušivé podněty, např. přítomnost jiné osoby při konverzaci, vizuální rozptýlení nebo také zahlcení informacemi, které není jedinec schopen najednou pochopit.

Lidé s kognitivním deficitem daleko hůře snášejí různé omyly a opomenutí v komunikaci než lidé na normální kognitivní úrovni. Pro člověka s demencí je velmi těžké pochopit některé abstraktní myšlenky, nedokáže vnímat souvislosti mezi jednotlivými střípky v obsahu sdělení, některé nejasnosti ho matou (Zgola, 2003). Čeledová a Holčík (2018) také upozorňují na některé chyby a omyly v komunikaci, kterých se okolí často dopouští, a způsobuje tím nejistotu a nedůvěru ze strany nemocného. Některé popisují v bodech:

- Nedostatek podpory, která se může projevovat i neverbálně, např. očním kontaktem.
- Autoritativní přístup k nemocnému (despekt).
- Rychlé kladení otázek, na které senior nestačí reagovat.
- Moralizování a bezdůvodná kritika reakcí nemocného.
- Impulsivní doplňování toho, co chce pacient říct.
- Přerušování řeči nemocného, když se snaží něco sdělit.
- Neodpovídání na dotazy, ignorace jeho verbálních i neverbálních projevů.
- Vnucování svého názoru.

Abychom našli cestu ke správné komunikaci se seniorem s demencí, nestačí se pouze řídit univerzálními zásadami a pravidly správné konverzace. Myslím, že problémem, u kterého většina omylů v komunikaci začíná, jsou stereotypy a vrozené vzorce chování, kterými se podvědomě řídíme. Pro mnoho z nás je například těžké se vyrovnat s lítostí a soucitem, který v nás nemocný probouzí. Nemyslím si, že soucit je nehybnou překážkou v přístupu k nemocným, často nám ale zabraňuje v přímočaré komunikaci, ve které by se měl nemocný vždy cítit jako respektovaný a uznávaný člověk. Charakter komunikačních bariér se odvíjí také od toho, ve kterém stadiu demence se nemocný nachází. Je důležité vědět, v jaké fázi nemocný je, abychom podle toho nastavili nejvhodnější způsob komunikace a těmto bariérám

se pokud možno vyhnuli. Čeledová a Holčík (2018) popisují způsob komunikace ve třech stádiích demence:

Nemocný v prvním stadiu demence má zachovány verbální dovednosti, má však v souvislosti s poruchou krátkodobé paměti problém s některými významy slov. V této fázi je zvláště důležité, aby nemocný cítil podporu ze strany toho, kdo s ním komunikuje. Také se osvědčují různé techniky tréninku paměti.

Ve střední fázi demence je ještě více zhoršeno chápání jednotlivých slov. Nemocný nedokáže rozlišovat abstraktní pojmy, souvisle hovořit a vnímat rozdíly v minulosti a přítomnosti. Komunikaci je vhodné vést tak, aby nevyžadovala složité odpovědi. Později už nemocný přestává aktivně reagovat. V těžkém stadiu demence nemocný již ztrácí schopnost verbálně komunikovat, komunikace se tedy odehrává v neverbální rovině.

## 5. DOMÁCÍ A ÚSTAVNÍ PÉČE

Jak již bylo řečeno v předchozích kapitolách, senior s demencí se postupem jednotlivých stadií nemoci stává čím dál tím více nesoběstačným a závislým na druhé osobě.

V současné době je nabízeno mnoho možností podpory péče o postižené demencí, zvláště pro ty v pozdějších a terminálních stádiích. Senior postižený demencí tak může svůj život prožít v domácím prostředí nebo se může dostat do péče ústavní, která se dělí na zdravotní a sociální. V následujících podkapitolách si všechny tři druhy péče charakterizujeme a zmíníme i rizika, která s sebou nesou. Krátkou část věnuji i speciální ústavní péči – hospicům a paliativní péči.

### 5.1 Domácí péče

Mnoho rodinných příslušníků se rozhodne pečovat o svého blízkého s demencí v domácím prostředí. Podle Holmerové (2003, in Georgi, Höschl, Vidicová, 2014) je nejvíce seniorů s demencí v péči rodinných příslušníků, což činí až 80 % lidí postižených Alzheimerovou chorobou v domácí péči. Velikou výhodou, která z tohoto rozhodnutí pro nemocného plyne, vidím v několika bodech. Nemocný není vytržen ze svého známého prostředí, mnohem lépe se tedy adaptuje na změny kognitivních funkcí, které mu demence přináší. Nemusí si zvykat na úplně nový denní režim, který je v ústavní péči většinou nastaven podle harmonogramu instituce a v němž na individuální potřeby není dostatek času ani prostoru. Tu největší výhodou ale vidím v tom, že v domácím prostředí je nemocný nejčastěji obklopen lidmi, které již zná z minulosti a ke kterým má pozitivní vztah. Jeho blízcí, kteří o něj pečují, navíc nemocného dobře znají a znají i jeho způsob komunikace a vyjadřování, což jim může pomoci v rozlišení jeho potřeb v době, kdy jeho vyjadřovací schopnosti budou vlivem pozdních fází nemoci narušené.

Péče o nemocného s demencí je však velmi psychicky a fyzicky náročná a rodinní příslušníci, kteří o něj pečují, se většinou neobejdou bez pomoci odborníků ošetrovatelské péče. Ehrenfreuchter (a kol., 2014) zmiňuje, že kolikrát pomůže i krátkodobá péče nabízená terénními pracovníky či pomocníky v domácnosti. V této souvislosti také upozorňuje na různá spektra možností, která pečující může využít, aby mohl zajišťovat kvalitu péče o nemocného co nejdéle a bez rizik vyčerpání. Patří mezi ně (in Ehrenfreuchter a kol., 2014, s. 153):

- donášky teplého jídla
- pomoc v domácnosti
- ambulantní a terénní pečovatelská služba (pomoc s osobní hygienou, zajištění stravování), domácí ošetrovatelská péče (zdravotnické úkony prováděné v domácnosti kvalifikovanou sestrou)
- odlehčovací neboli respitní služba (přechodná péče po dobu, kdy není pečující osoba schopná se o nemocného starat)

Vágnerová (2014) doplňuje, že v možnostech pomoci pečujícím rodinným příslušníkům existuje např. možnost denního stacionáře. V tomto druhu denní péče může nemocný strávit určitou denní dobu podle toho, jak to pečujícím a nemocnému vyhovuje, a jsou mu tam zajištěny všechny fyziologické potřeby a ošetrovatelská péče.

Účinnou pomocí se také zdají být kurzy pro pečující, které jsou pořádány různými

centry pro poruchy paměti. Jako průvodce můžou sloužit i knížky a brožury, které se tématem domácí péče o seniory s kognitivními poruchami zabývají (Ehrenfreughter a kol., 2014).

### 5.1.1 Úprava domácnosti

Aby se nemocný cítil doma jistě a pohodlně a nehrozilo mu žádné nebezpečí úrazu způsobené dezorientací v prostoru a nevhodně rozmístěnými věcmi, je dáno mnoho zásad a doporučení, jak domácnost zařídit.

V prvé řadě je třeba myslet na to, že seniorovi s demencí nebezpečí hrozí i v domácím prostředí, které dobře zná. Nebezpečné mohou být například pády, které jsou způsobené dezorientací v prostoru. Pozor je třeba si dávat také na elektrické a plynové spotřebiče, které nemocní často zapomínají vypnout. Problémem také často bývají vodovodní kohoutky, které, když je nemocný opomene uzavřít, mohou způsobit vytopení domácnosti. Nebezpečné může být i nastavení horké vody, jež může seniora opařit, někdy proto bývá nutností pořízení termostatických vodovodních baterií, které reagují na teplotu vody (Ehrenfreughter a kol., 2014).

Důležité pro bezpečí nemocného je i to, aby měl dotyčný možnost kdykoli si zavolat pomoc – buď někoho z rodiny a pečujících, nebo krizového pracovníka. Možností je několik, některé telefony mají v dnešní době krizové tlačítko, pomocí kterého si senioři mohou v nouzových stavech zavolat pomoc. Existují i formy náramků na ruce, které toto krizové tlačítko obsahují.<sup>1</sup> Minimálně je vhodné vybavit seniora přehledným jednoduchým telefonem s velkými tlačítky, který nabízí možnost zavolat rodinnému příslušníkovi pomocí stisku jediného tlačítka (Ehrenfreughter a kol., 2014).

Podle Prokopové (2019) je domov pro nemocného tím více příjemný, čím více je pro něj srozumitelný. Je třeba mu usnadnit orientaci, protože ta dodá nemocnému tolik důležitou sebedůvěru. Proto by se měl pečující zamyslet nad tím, jak eliminovat co nejvíce zbytečných podnětů, které si nemocný musí zapamatovat. Dobré je také předměty, které postižený nejčastěji používá, umístit do na první pohled viditelných a dostupných míst a nepoužívané předměty a přístroje odstranit z jeho dohledu. Prokopová (tamtéž) dále poukazuje na zbytečné dekorace, které pro nemocného nemají hlubší význam (myslím, že není třeba odstraňovat fotografie nebo např. suvenýry z výletů, které mohou seniorovi pomáhat si udržovat vzpomínky na minulost).

## 5.2 Sociální péče ústavní (pobytová)

Ještě, než se budeme věnovat ústavní péči se sociálním zaměřením, vnímám jako nezbytnost krátce si definovat pojem sociální péče jako takové a charakterizovat si základní příbuzné pojmy.

Pod pojmem sociální péče se dá představit mnohé, může za to především časté nejednotné definování tohoto pojmu, které se občas zaměňuje s pojmy příbuznými, jako jsou např. sociální pomoc, sociální služby a služby sociální péče. Abychom se v pojmech lépe orientovali, jednotlivě si je krátce charakterizujeme podle Vojtíška (2018, s. 29–30):

---

<sup>1</sup> Takovou možnost nabízí např. organizace Život 90 na pomoc seniorům.

Zdroj: Život 90 <https://www.zivot90.cz/cs/asistence/tisnova-pece>

- Sociální pomoc: spadá pod sociální ochranu obyvatelstva. Pod soustavu sociální pomoci spadají dávky pro osoby se zdravotním postižením, systém hmotné nouze a sociální služby. O nároku na ni rozhoduje soud nebo úřad. Čeledová a Kalvach (2016) doplňují, že kromě dávek pro osoby se zdravotním postižením pojem zahrnuje také průkaz osoby se zdravotním postižením (náleží osobě starší 1 roku s tělesným, duševním nebo smyslovým postižením dlouhodobého charakteru a nepříznivého zdravotního stavu) a sociální služby, zejména příspěvek na péči, který je určen k pokrytí zvýšených nákladů vyvolaných zajištěním potřeby péče o závislou osobu.
- Sociální služby: v legislativě jsou definovány jako činnost či soubor činností zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění či prevence sociálního vyloučení. Jsou určeny jedinci, kterému poskytování hmotných dávek nepokryje jeho potřeby.
- Služby sociální péče: služby, jejichž objednatelem je zároveň příjemce podpory a péče. O službách rozhoduje primárně klient. Čeledová a Kalvach (2016) k tomu dodávají, že služby sociální péče pomáhají osobám k zajištění jejich soběstačnosti a ke zlepšení kvality života.
- Sociální událost: chápe se jako životní situace jednotlivců, které vyžadují širší společenskou podporu k jejímu řešení (tamtéž).

Nyní už k sociální péči pobytové. Podle Čeledové a Kalvacha (2016) je péče v pobytových zařízeních hrazena občany spolu s výdaji za stravu a ubytování s tou podmínkou, že po uhrazení těchto složek musí starším občanům zůstat alespoň 15 % z jejich pravidelných příjmů. Pobytové sociální služby nabízí starším občanům jednodenní, týdenní i dlouhodobé možnosti pobytu v zařízeních sociálních služeb (tamtéž).

Tyto služby jsou nabízeny všem seniorům, kteří potřebují dopomoc či asistenci druhé osoby při péči o vlastní osobu a uspokojování svých potřeb. Existují také organizace, které se specializují přímo na seniory s poruchami kognitivních funkcí a různými druhy demence<sup>2</sup>, tyto služby se běžně nazývají *domovy se zvláštním režimem* (Tomeš, Šámalová, 2017).

Čeledová a Kalvach (2016, s. 74–75) konkrétně zmiňují další služby, které jsou v různých zařízeních seniorům nabízeny. Patří mezi ně např.:

*Centra denních služeb*, která poskytují pomoc starším občanům při naplnění základních fyziologických potřeb, jako jsou osobní hygiena, zajištění stravy, aktivizace a kontakt se společenským prostředím.

*Denní stacionáře* fungují na principu krátkodobého denního pobytu pro starší občany, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc druhé pečující osoby. Druhou variantou jsou tzv. *týdenní stacionáře*, které zřizují pobyt pro starší seniory v pracovních dnech. Myslím, že systém denních i týdenních stacionářů hraje významnou roli v rodinách, které se rozhodnou

---

<sup>2</sup> Mezi tyto organizace patří např. Domov Alzheimer se sídly v Praze, Karviné a Mostě, který nabízí možnost denního stacionáře i ubytovacích služeb přímo pro seniory trpící demencí (Zdroj: Domov Alzheimer <http://www.domovalzheimer.cz>).

Domov pro seniory Elišky Purkyňové nabízí v rámci svých služeb ubytování pro seniory trpící demencí na oddělení se zvláštním režimem (Zdroj: Domov pro seniory E, Purkyňové <https://www.dsepurkynove.cz/ozr.html>).

pro domácí péči o svého blízkého. Jak již bylo zmíněno v předchozích kapitolách, domácí péče je pro pečujícího často psychicky i fyzicky vyčerpávající a úleva v podobě denní péče, kdy se pečující může soustředit pouze na sebe a na své potřeby, pro něj může znamenat záchranu před celkovým vyčerpáním.

*Domovy pro osoby se zdravotním postižením* jsou určeny pro starší občany podle druhu a stupně postižení. Poskytují pobytovou službu, stravu, pomoc při celkové hygieně a v péči o vlastní osobu.

*Domovy pro seniory* jsou určeny pro seniory, kteří mají sníženou soběstačnost v důsledku vysokého věku, a potřebují tak pomoc druhé osoby při péči o vlastní osobu, při osobní hygieně a aktivizaci.

*Chráněné bydlení* poskytuje seniorům ubytování a pomoc při zajištění chodu domácnosti, případně stravu a aktivizaci.

Poslední tři body pobytových služeb zahrnují dlouhodobý pobyt v zařízeních, v nichž je postaráno o základní potřeby seniorů, kteří potřebují v péči o vlastní osobu pomoc druhé osoby. Podle stupně kognitivní poruchy a náročnosti na péči o seniora je nutné zvolit takový druh ústavní péče, který zahrne všechny jeho potřeby. Je třeba brát v úvahu, že některé běžné domovy pro seniory zcela odmítají starší osoby trpící demencí, zvláště v pozdějších stádiích nemoci, protože nedokážou splnit požadavky, které péče o něj zahrnuje, v tomto případě je vhodné hledat domov pro seniory se zvláštním režimem (Ehrenfreuchter a kol., 2013).

### 5.3 Zdravotní péče ústavní (lůžková)

Dříve, než se budu věnovat zdravotní lůžkové péči jako takové, zmíním se krátce o dalších formách, které zdravotní péče nabízí. Podle Čevely (a kol., 2015) má zdravotní péče tyto formy:

- ambulantní péče – zdravotní péče, při níž se nevyžaduje hospitalizace pacienta. Dělí se na primární (za účelem preventivní, diagnostické a léčebné péče, součástí oboru všeobecného praktického lékařství) a specializovanou (v rámci jednotlivých oborů zdravotní péče)
- jednodenní péče
- zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí
- lůžková péče

Lůžková péče je poskytována osobám, kterým nelze léčbu poskytnout ambulantně, a je tedy nezbytná hospitalizace pacienta. Péče je hrazena z veřejného zdravotního pojištění, osobám ve starobním či invalidním důchodu platí zdravotní pojištění stát (Čeledová, Kalvach, 2016).

Lůžková péče je zajišťována několika způsoby podle typu lůžkového oddělení. Prvním z typů je *akutní lůžková péče intenzivní*, která je poskytována pacientům v případě náhlého selhání nebo náhlého ohrožení základních životních funkcí (Čevela a kol., 2015).

*Akutní lůžková péče standardní* je poskytována pacientovi s náhlým onemocněním nebo náhlým zhoršením chronické nemoci, které vážně ohrožuje jeho zdraví, ale bezprostředně nevede k selhávání životních funkcí (tamtéž). Čeledová a Kalvach (2016) ještě dodávají, že standardní lůžková péče je poskytována např. za účelem provedení zdravotních

výkonů, které nelze provést ambulantně (operace apod.). Dodávají, že v rámci standardní lůžkové péče je také poskytována léčebná rehabilitace.

*Následná lůžková péče* se poskytuje pacientům, u kterých byla již stanovena základní diagnóza a došlo ke stabilizaci zdravotního stavu. Pacient tedy není v riziku náhlého zhoršení, ale jeho zdravotní stav vyžaduje doléčení nebo poskytnutí léčebné rehabilitační péče (Čeledová, Kalvach, 2016).

*Dlouhodobá lůžková péče* je poskytována pacientům, jejichž aktuální stav nevede k výraznému zlepšení vlivem léčebné péče a zároveň se neobejde bez intenzivní ošetrovatelské péče (Čevela a kol., 2015).

Čeledová a Kalvach (2016) ještě zmiňují tzv. *jednodenní zdravotní péči*, kdy je pacientovi poskytnut pobyt na lůžku na dobu kratší než 24 hodin. Tento druh péče se nabízí např. po výkonech, po kterých je nutné sledovat životní funkce a stav pacienta, ale které nevyžadují hospitalizaci, když se nedostaví žádné komplikace.

## 5.4 Hospic a paliativní péče

Umírání je životní fází, se kterou je velice obtížné se smířit. Každý člověk si zaslouží zemřít důstojně, ať už doma, nebo v ústavním zařízení. Myslím, že je přáním každého z nás, aby naši blízcí, a nakonec i my sami, prožili svou smrt bez bolesti, v úctě a obklopeni láskou svých bližních.

Právě to je posláním paliativní péče. Podle Čeledové a Kalvacha (2016) je jejím cílem tlumení obtíží a zkvalitňování života před očekávanou smrtí. Matoušek (2003, in Tomeš, Dragomirecká a kol., 2015, s. 12) ji definuje jako „formu komplexní péče založené na paliativním lékařství zohledňující psychické, vztahové a duchovní potřeby pacienta, navíc klade důraz na kvalitu života pacienta a zohledňuje i péči o jeho blízké“.

Čeledová a Kalvach (2016) ale upozorňují na to, že cílem není pouhý důraz na odstranění bolesti všemi dostupnými prostředky (podávání velkých dávek opiátů s cílem pacienta „uspat“), léčba nenavozuje smrt ani ji neurychluje (eutanázie), ale ani se ji naopak nesnaží drastickou léčbou odvrátit či oddálit.

Rozlišujeme obecnou a speciální paliativní péči. Speciální paliativní péče, na rozdíl od té obecné, jejímž cílem je zmírnit bolest, má i sociální náboj – snaží se zachovat pacientovu důstojnost a poskytnout podporu jeho rodině. Do té speciální se řadí např. již zmíněné hospice nebo domácí paliativní péče (tzv. domácí hospic) (Tomeš, Dragomirecká a kol., 2015).

Myslím, že tento druh péče by měla nabízet všechna zdravotní a sociální ústavní zařízení všem pacientům s prognózou blízké smrti, jejichž stav není možné terapeuticky zvrátit.

Podle Čeledové a Kalvacha se na paliativní péči zaměřují především specializované hospice. Aby byla péče v tomto duchu komplexní a ucelená, musí být pacientovi trvale dostupná lékařská péče (tzv. specializovaný paliativce). Hospic je tedy zařízení se zavedenou speciální paliativní péčí, která na rozdíl od obdobných nemocničních zařízení nabízí i výraznou sociální pomoc rodině, což podstatně zvyšuje kvalitu života nejen pacienta v terminálním stavu, ale i jeho blízkých a pečujících (Tomeš, Dragomirecká a kol., 2015).



# VÝZKUMNÁ ČÁST

## 6. Předmět, cíl výzkumu a základní výzkumné otázky

### 6.1 Předmět výzkumu

Předmětem výzkumu je studium vybraných aspektů kvality péče o seniory s demencí v různých typech institucionální péče.

### 6.2 Cíl výzkumu

Cílem je zhodnocení a porovnání některých aspektů kvality péče o seniory s různými typy kognitivního deficitu ve dvou typech institucionální péče – ve zdravotnickém a sociálním zařízení, pomocí strukturovaného rozhovoru vedeného přímo s pacienty a klienty obou zařízení. Výzkum bude zaměřen na péči věnovanou pacientům a klientům s kognitivní poruchou zjišťovanou pomocí orientačního dotazníku Mini Mental State Exam.

Primární cíle jsem si vytyčila v jednotlivých bodech:

**Cíl č. 1:** Stanovení výzkumného vzorku a určení stupně kognitivního deficitu u jednotlivých členů skupiny z řad pacientů/klientů.

**Cíl č. 2:** Vyhledání institucí pro porovnání a provedení výzkumu.

**Cíl č. 3:** Konstrukce otázek strukturovaných rozhovorů pro získání potřebných informací k sestavení výzkumu.

**Cíl č. 4:** Provedení výzkumu; získání informací od výzkumného vzorku, jejich vyhodnocení a následné porovnání výsledků

**Cíl č. 5:** Provedení závěru z výzkumu

### 6.3 Výzkumné otázky

1. Je v nemocničním zařízení kladen menší důraz na individualitu pacienta než v sociálním zařízení?
2. Uzpůsobuje se v sociálním a zdravotnickém zařízení péče o pacienty úrovni kognitivního deficitu?
3. Mají klienti sociálního zařízení více prostoru k seberealizaci než pacienti zdravotnického zařízení (společenská místnost, volnočasové aktivity apod.)?

4. Jsou pokoje, ve kterých klienti a pacienti spí a tráví svůj čas, lépe vybavené v sociálním zařízení než ve zdravotnickém?
5. Jsou návštěvní hodiny v obou typech zařízení vyhrazeny po dostatečně dlouhou dobu ve prospěch klientů a pacientů?

## **7. Metodika a organizace výzkumu**

### **7.1 Metodika výzkumu**

Pro získání potřebných informací k výzkumu jsem se rozhodla pro metodu kvalitativního strukturovaného (řízeného) rozhovoru, který budu provádět s hospitalizovanými seniory trpícími kognitivní poruchou a různými druhy demence.

Rozhovory budou prováděny ve dvou skupinách respondentů. První skupinu budou tvořit senioři s demencí, kteří jsou hospitalizováni v nemocničním zařízení. Druhá skupina bude složena ze stejného počtu seniorů se stejným či podobným stupněm demence, kteří jsou hospitalizováni v sociálním zařízení.

Ve prospěch objektivity získaných informací o oddělení či instituci jsem se rozhodla, že v obou zařízeních povedu kromě rozhovorů s klienty také rozhovor se zástupcem ošetrojícího personálu zařízení, abych získala informace o oddělení, které by mi klienti nemohli podat, a navíc abych tak validizovala odpovědi pacientů/klientů.

#### **7.1.1 Strukturovaný rozhovor s pacienty a klienty institucionální péče**

První strukturovaný rozhovor bude určen pro výzkumný vzorek z řad pacientů a klientů vybraných ve dvou institucích – ve zdravotnickém a sociálním zařízení. Otázky v něm budou sestavené tak, aby jim pacienti i klienti správně porozuměli a dokázali na ně odpovědět.

Před tím, než budu provádět rozhovor, určím u jednotlivých respondentů stupeň jejich kognitivního deficitu pomocí dotazníku **Mini mental state exam** (MMSE), abych mohla úroveň mentality jednotlivých respondentů brát v úvahu při vlastním rozhovoru a aby bylo potvrzeno, že respondenti mají prokázaný vyšší stupeň kognitivní poruchy a jsou tak vhodnými respondenty pro tento výzkum.

#### **7.1.2 Strukturovaný rozhovor se zástupci ošetrovatelského personálu**

Důležitým zdrojem informací o kvalitě péče pro mě budou zdravotní sestry, ošetrovatelé či sociální pracovníci, kteří mi zodpoví otázky týkající se kontaktu s pacienty, vybavení oddělení a jeho organizace. Některé otázky budou tematicky totožné s těmi, které budu pokládat pacientům či klientům, a budu porovnávat, zda se odpovědi shodují či nikoli. Rozhovor bude proveden s personálem, který pracuje v přímém styku s pacienty či klienty.

### **7.2 Organizace výzkumu**

Rozhovory s pacienty a klienty budu provádět ve dvou institucích, v jedné se sociálním zaměřením a v druhé se zdravotním. Konkrétně jsem pro tuto část výzkumu vybrala tyto

instituce:

- zdravotnické zařízení: **Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, II. interní oddělení oddělení A**  
Škrobárova 1150/50, 10034, Praha 10
- sociální zařízení: **Domov pro seniory Elišky Purkyňové, úsek Oddělení se zvláštním režimem a Domov pro seniory**  
Cvičebná 2447/9, 169 00 Praha 6

## 8. Respondenti

Ve vybraných institucích jsem vybrala dvacet pacientů a dvacet klientů, kteří splňovali tyto podmínky:

- důchodový věk nad 65 let
- hospitalizace v konkrétním zdravotnickém či sociálním zařízení
- stupeň kognitivního deficitu dle MMSE 11-23 (lehká a středně těžká mentální porucha)
- ochota ke spolupráci

V tabulce níže je vypsán počet mužů a žen, kteří se výzkumu účastnili, a rozmezí jejich věku.

Tab. č. 1

	E. Purkyňové		FNKV	
	Počet	Věk	Počet	věk
<b>Muži</b>	4	74–88	8	75–85
<b>Ženy</b>	16	75–91	12	72–95

Výzkum byl tedy proveden celkem se 40 respondenty.

### 8.1. Mini mental state exam

Dotazník MMSE jsem prováděla z několika důvodů, první je bezpochyby ten, že jelikož je výzkum zaměřen na hospitalizované seniory s kognitivním deficitem, potřebovala jsem u jednotlivých respondentů určit, zda vůbec a do jaké míry tímto deficitem trpí. U některých pacientů či klientů tato podmínka nelze určit pouhým odhadem, zvláště když je deficit v bodové škále od 21 do 23 bodů, tedy v pásmu lehké kognitivní poruchy.

Je více způsobů, jak stupeň kognitivní poruchy určit, rozhodla jsem se však, že pro tuto práci použiji dotazník MMSE, protože ač je hrubě orientační a stručný, spolehlivě dokáže určit, kdo je vhodným respondentem pro účel tohoto výzkumu, navíc je časově nenáročný.

Tato metoda spadá pod neuropsychologickou diagnostiku, která představuje určení kognitivních (poznávacích), emočních a behaviorálních následků mozkové funkce (Raboch,

Pavlovský 2012, str. 83). Obsahuje celkem 30 otázek a úkolů, za každou správně zodpovězenou otázku či splněný úkol dostane tázaný jeden bod. Škála výsledných bodů se pak hodnotí takto:

- 0–10 bodů těžká kognitivní porucha
- **11–20 bodů středně těžká kognitivní porucha**
- **21–23 bodů lehká kognitivní porucha**
- 24–30 bodů pásmo normálu

Pro účely své práce jsem potřebovala hospitalizované jedince, kteří trpí kognitivní poruchou a zároveň jsou schopni se mnou zúčastněně vést rozhovor. Proto jsem rozhovor zahájila pouze s klienty a pacienty, kteří se vešli do škály 11–23 bodů.

V tabulce níže je zapsáno, kolik pacientů a klientů z obou zařízení spadalo do konkrétního pásma lehké nebo středně těžké kognitivní poruchy.

Tab. č. 2

MMSE:	E. Purkyňové		FNKV	
	21–23 Lehká kogn.porucha	11–20 Středně těžká kogn. porucha	21–23 Lehká kogn.porucha	11–20 Středně těžká kogn. porucha
muži	3	1	6	2
ženy	9	7	8	4
<b>Celkem:</b>	<b>12</b>	<b>8</b>	<b>14</b>	<b>6</b>

Z tabulky vyplývá, že v sociálním zařízení (E. Purkyňové) jsem zaznamenala celkem 12 respondentů (60 % z celkového počtu respondentů ze sociálního zařízení) s nižším nebo vyšším kognitivním deficitem, u zbývajících (40 %) klientů se podle testu MMSE prokázala středně těžká kognitivní porucha.

Ve zdravotnickém zařízení do škály lehké kognitivní poruchy spadá celkem 14 respondentů (70 %), středně těžkou kognitivní poruchu jsem zaznamenala u šesti pacientů z celkového počtu respondentů zdravotnického zařízení (30 %).

## 9. Popis institucí

### 9.1 Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, interní oddělení

Rozlehlý areál Vinohradské nemocnice se nachází v Praze 10 v blízkosti metra Želivského. Nemocnice zde byla vybudována v roce 1902, tvořily ji dva interní, jeden chirurgický a jeden infekční pavilon a pár dalších budov pro administrativní účely a dezinfekci. V té době to byla nejmodernější nemocnice na českém území (web FNKV, Historie)<sup>3</sup>.

Vlivem druhé světové války, po které nemocnice procházela finanční krizí, se ji vinohradské a žižkovské zastupitelstvo rozhodlo předat státní správě, ze soukromé nemocnice se tak v roce 1921 stala první státní nemocnice (tamtéž).

V současné době většina pavilonů v areálu nemocnice nese atmosféru 60. let, kdy byl areál dokončován k podobě, kterou známe dnes. Některé budovy navenek působí zastaralým až zanedbaným dojmem, bohužel, i v některých interiérech nemocnice, jako například v pavilonu oddělení II. interní kliniky, může člověka zaskočit starší vybavení pokojů pacientů či lékařských a sesterských pracoven.

Nemocnice však není známá pro své nedokonalosti, naopak je vyhlášena pro svou kvalitu odborné zdravotní péče např. v oboru traumatologie, ve které vyniká zejména pro léčbu těžce popálených pacientů<sup>4</sup> (web FNKV, Vize naší nemocnice).

Oddělení II. interny se nachází v pavilonu S spolu s interní ambulancí, metabolickou jednotkou intenzivní péče, kardiologickým interním oddělením a množstvím vyšetřoven, chirurgických a endoskopických sálů a rentgenových a sonografických pracovišť.

Interní neboli vnitřní lékařství se zabývá onemocněními vnitřních orgánů, která vyžadují konzervativní, tedy nechirurgická řešení a léčbu (Šafránková, Nejedlá 2006, s. 13). Podobory interního lékařství jsou tedy např. endokrinologie, nefrologie, gastroenterologie či diabetologie. Velkou část tohoto oboru tvoří také gerontologie, tedy věda zabývající se problematikou stáří. Šafránková (2006) také zdůrazňuje, že ač onemocnění vnitřních orgánů může postihnout jakéhokoli člověka v jakémkoli věku, dnešními nejčastějšími pacienty interních oddělení jsou právě senioři, je tedy nutné k jejich onemocněním přistupovat s ohledem na jejich specifické příznaky a potřeby (tamtéž). Tuto myšlenku mohu ze své praxe na interním oddělení potvrdit, absolutní většinu zde tvoří pacienti s věkem vyšším než 55 let.

I proto jsem si toto oddělení vybrala, tušila jsem, že zde najdu vhodné respondenty pro svůj výzkum. Samozřejmě mi k rozhodnutí pomohl i fakt, že na oddělení II. interní kliniky již dva roky pracuji, měla jsem tedy ulehčený přístup k pacientům a k vedení oddělení, které jsem předem požádala o souhlas.

Sběr dat v tomto případě probíhal během mých služeb v listopadu 2019, kdy jsem ve volných chvílích chodila za pacienty a dělala s nimi rozhovory, proto se mi špatně odhaduje, kolik času jsem sběrem dat strávila. Mnoho z pacientů, snad kvůli svému zdravotnímu stavu, mi rozhovor odmítlo, proto mi shánění respondentů na tomto pracovišti trvalo déle, než jsem si původně myslela.

Nicméně pro mě bylo příjemným zážitkem, že jsem se svými pacienty strávila čas trochu jiným způsobem, než jsem byla z práce zvyklá, a dalo mi to možnost se na mnohé z nich dívat jinýma očima, jako bychom se spolu lépe poznali.

3 Zdroj: <https://www.fnkv.cz/historie.php> (Historie, nedatováno)

4 Zdroj: <https://www.fnkv.cz/vize-nasi-nemocnice.php> (Vize naší nemocnice, nedatováno)

## 9.2 Domov pro seniory Elišky Purkyňové

Domov pro seniory se nachází v městské části Prahy 6 v Břevnově. Zaměřuje se na sociální služby seniorům, kteří se stali nesoběstačnými v péči o vlastní osobu a jsou tak závislí na pomoci druhých. Vedení domova považuje za důležité, aby se prostředí a režim domova co nejvíce podobal opravdovému domovu a aby jeho obyvatelé měli pocit bezpečí a zaopatřenosti.

Domov pro seniory nabízí tři pásma služeb.

Odlehčovací služba funguje na principu dočasné ubytovací péče, o klienty je normálně pečováno v jejich domácím prostředí a pečující se o ně dočasně nemůže postarat.

Úsek Domova pro seniory je určen seniorům, kteří jsou závislí na podpoře druhé osoby při běžných činnostech péče o vlastní osobu.

Domov také nabízí tzv. Oddělení se zvláštním režimem, kde jsou hospitalizováni senioři, kteří nezvládají péči o vlastní osobu v domácím prostředí ani za podpory rodiny, např. z důvodu vyššího stupně stařecké demence. Většina rozhovorů byla provedena se seniory na tomto oddělení<sup>5</sup> (web DS E. Purkyňové).

Historie domova sahá až do roku 1922, kdy byl v pražských Dejvicích v ulici Thákurova, jako nezisková družstevně charitativní organizace, zřízen Útulný domov osamělým ženám. Zakladatelé domova byli přitom přední osobnosti prvorepublikové kultury, Eliška Purkyňová spolu s Eliškou Krásnohorskou a Popelkou Biliánovou za podpory tehdejšího premiéra Dr. Kramáře.

V roce 1951 byl domov pro osamělé ženy Národním výborem změněn na Domov důchodců, původním obyvatelkám bylo uznáno právo na dožití v domově. Domov pro seniory sídlil v těchto prostorech až do roku 2013, nyní je přesunut do nové budovy v Břevnově v ulici Cvičebná (tamtéž).

V domově Elišky Purkyňové jsem strávila dva necelé dny (21. a 22. 11. 2019) a byl to pro mě krásný zážitek. Vedení domova ke mně bylo velmi vstřícné, dovolilo mi pohybovat se po celém domově a mluvit se všemi klienty, kteří o to sami stáli. Sestry mi nejdříve pomohly najít vhodné adepty k rozhovoru, tedy seniory, kteří měli kognitivní deficit, například trpěli některým druhem demence a zároveň byli schopni a hlavně ochotni se mnou komunikovat. Se všemi mě seznámily, abych se mohla domluvit, kdy za klienty přijdu. Absolutní většina respondentů brala můj výzkum jako možnost si popovídat a strávit pár chvil s někým, kdo se o ně zajímá. Někteří na mě čekali s připraveným občerstvením a kávou, kterou jsem už na konci prvního dne musela odmítnout, abych vůbec večer dokázala usnout.

Délka rozhovoru byla u všech klientů jiná. Někteří byli struční, odpovídali v krátkých větách a musela jsem se jich na spoustu věcí doptávat. Někteří klienti byli upovídaní a rozhovor si doslova užívali. Na každou otázku se rozmluvili a otevřeně a upřímně odpovídali na vše, co mě zajímalo. Nejvíce času jsem strávila u pětadevadesátileté paní, která mě po ukončení rozhovoru, který byl díky jejím širokým odpovědím i tak velmi dlouhý, velmi naléhavě prosila, abych si vymýšlela další a další otázky, na které by mohla odpovídat. Rozhovor tak trval déle než hodinu a půl a byl krásným a veselým ukončením mého posledního dne v domově.

---

<sup>5</sup> Zdroj: <https://www.dsepurkynove.cz/domov.html>

## 10. Vyhodnocení

Vyhodnocení tohoto výzkumu se zakládá na porovnání výsledků jednotlivých otázek rozhovoru mezi zdravotnickým zařízením (FNKV) a sociálním zařízením (Elišky Purkyňové).

Aby bylo možno validizovat odpovědi klientů a pacientů a přiblížit reálnou situaci v obou institucích, ke každé otázce rozhovoru je přidáno také vyhodnocení rozhovorů s ošetřujícími personálem a výsledky jsou mezi sebou porovnány.

Tento postup umožňuje udělat si lepší představu o tom, na co klienti a pacienti v rozhovorech reagují a lze si o reálné situaci vytvořit vlastní obrázek. Porovnání odpovědí personálu a klientů může být pak velmi zajímavé.

## 10.1 Otázka rozhovoru č. 1

### • 10.1.1 Pro personál:

- a) Jak jsou v této instituci strukturované pokoje z hlediska počtu pacientů/klientů?
  - b) Jaká je standardní vybavenost pokojů?
- 

Nejprve zaměřuji na to, jak pokoje pro klienty hodnotil ošetřující personál. Mým předpokladem bylo, že pacienti zdravotnického zařízení budou se svým pokojem mnohem méně spokojeni než klienti sociálního zařízení, což se bude odvíjet jednak od počtu hospitalizovaných v pokoji a jednak od jeho vybavení.

#### a) Struktura pokojů z hlediska počtu klientů/pacientů:

- E. Purkyňové: Podle odpovědi personálu v sociálním zařízení E. Purkyňové je většina pokojů dvoulůžkových, osm jich je jednolůžkových a čtyři pokoje jsou čtyřlůžkové.
- FNKV: Podle odpovědi zdravotní sestry ve FNKV jsou kromě tří nadstandardních jednolůžkových pokojů všechny pokoje třílůžkové (celkem 8 třílůžkových pokojů a tři jednolůžkové).

V sociálním zařízení je více lůžek na oddělení než ve zdravotnickém, i s přihlédnutím k tomuto nepoměru však lze říct, že z hlediska počtu jednolůžkových a dvoulůžkových pokojů, které bývají pacienti a klienty preferovány, vede k větší spokojenosti stav lůžek sociálního zařízení.

#### b) Standardní vybavenost pokojů:

- E. Purkyňové: V sociálním zařízení E. Purkyňové je každý pokoj vybaven nočním stolem, skříní, stolem a židlí, lednicí a většina pokojů i televizí. Každý pokoj má vlastní sociální zařízení.
- FNKV: Ve zdravotnickém zařízení je vybavení pokojů rozlišeno podle toho, zda je pokoj standardní nebo nadstandardní. V nadstandardním, tedy jednolůžkovým pokoji, který je pacientům přidělován za poplatek, je k dispozici televize, telefon, lednice, noční stůl, stůl s židlí a vlastní sprcha a toaleta. V normálním, tedy standardním pokoji, který je zpravidla třílůžkový, je k dispozici pouze stůl s židlí a noční stůl. Dvě společné koupelny a dva záchody náleží pacientům celého oddělení.

Co se týče základního zařízení, jsou na tom obě zařízení podobně. Velkou výhodou v domově E. Purkyňové vidím v sociálním zařízení, které je součástí každého pokoje. Nejen, že to podle mě podporuje soukromí jednotlivců, ale přispívá to také k lepší orientaci lidí s kognitivní poruchou. Podle Prokopové je zvláště pro seniory s demencí obtížné se orientovat na místech, které velmi dobře neznají. V důsledku nemoci pro ně může být těžké rozlišit, kam které dveře vedou, a mohou si plést jednotlivé místnosti (Prokopová 2019). I proto je lepší mít



toaletu umístěnou v blízkosti pokoje než na druhé straně oddělení.

Další výhodu vidím v umístění televize na většině pokojů. Především pro hospitalizované, kteří mají omezenou schopnost pohybu, je podle mě důležité, aby měli co nejvíce možností rozptýlení přímo ve svém pokoji, kde leží a tráví celý den. Ve zdravotnickém zařízení FNKV je televize součástí pouze nadstandardního pokoje, který většinou využívají pacienti, kteří nemají omezené finanční prostředky a mohou si dovolit si za nadstandardní vybavení připlatit, což se většinou netýká ležících pacientů v důchodovém věku či pobírajících invalidní důchod.

- **10.1.2 Pro pacienty a klienty:**

Jak se vám líbí pokoj, ve kterém spíte a trávíte čas?

---

Tuto otázku rozhovoru jsem zařadila hned na úvod pohovoru, protože není nutné se nad ní příliš dlouho zamýšlet, není vtíravá a z odpovědí na ni si již lze udělat představu, jak je klient či pacient s pobytem v příslušném zařízení spokojený.

Podle Prokopové (2019) je zejména pro lidi se začínající či pokročilou demencí vhodné a příjemné prostředí základem k naplnění jejich potřeb a jejich spokojenosti, obzvlášť důležité je navíc místo, kde spí a ve kterém tráví své osobní chvíle.

### **Vyhodnocení v E. Purkyňové**

Mým předpokladem bylo, že klienti domova budou se svým pokojem velmi spokojeni a nebude jim zde více méně nic chybět. Už u prvních rozhovorů se ale ukázalo, že můj předpoklad neodpovídá skutečnosti.

Nejvíce stížností bylo na velikost a uspořádání pokoje. Celkem pět respondentů si postěžovalo, že nemají dostatek místa na své osobní věci a že s pokojem proto nejsou spokojeni. Dalších pět respondentů také nebylo spokojeno s velikostí pokoje, ale vyvažovala to jiná pozitiva, třeba vlastní televize či terasa.

Jako zvláštní se může jevit, že se celkem čtyři respondenti shodli, že v pokoji postrádají dostatek soukromí, ač tři z nich vlastnili samostatný pokoj. Když jsem se jich doptávala, jak se tento nedostatek soukromí projevuje, uvedli, že za nimi stále někdo chodí, např. sestřičky či návštěvy.

Další velké minus někteří přisuzovali tomu, že nemají vlastní pokoj, tento důvod ke své nespokojenosti uvedly celkem 3 osoby.

Z celkem dvaceti respondentů se našel pouze jediný, který byl s pokojem zcela spokojený.

Důvody k nespokojenosti, které se opakovaly, jsou sepsány v tabulce 3 a vyčísleny v procentech. Nejzajímavější odpovědi jsou vypsány pod tabulku níže spolu s odpověďmi, které byly svou originalitou výjimečné. V tabulce jsou označeny jako *Jiné důvody*.

Většina z těch, kteří důvody k nespokojenosti uvedli, však na konci své kritiky přiznala, že pokoj má i svá pozitiva. Jaká byla tedy celková spokojenost s pokoji klientů, je vyznačeno v grafu na konci vyhodnocení 1. otázky.

Tab. č. 3

Důvod	Počet respondentů	%
Nedostatek místa	10	50%
Dělení se o pokoj	3	15%
Nedostatek soukromí	4	20%
Jiné důvody	2	10%
Žádné důvody k nespokojenosti	1	5%

Muž 83 let: „Je to překážkový pokoj. Denně tu o něco zakopávám, o skříň, gramofon soused, židle...“

Žena 76 let: „Řeknu to takhle: je to pokoj pro jednoho a jsme tu dvě. Ale jde to, mám tu postel, televizi a spoustu činností, co můžu dělat.“

Žena 80 let: „Slečno, já nemám právo si stěžovat. Nikdo za mnou nechodí, jsem tu sama, nic neplatím, starají se tu o mě. To víte, že bych chtěla hezčí pokoj, ale to už je jen chamtivost.“

Žena 89 let: „Já jsem ráda, že mi dovolili mít tu svoje květiny, to nevím, co bych dělala. A kdyby spolubydlící tak hrozně v noci nechrápala, byla bych spokojená“

### Vyhodnocení ve FNKV

V případě interního oddělení ve FNKV jsem si nedělala velké iluze o spokojenosti pacientů s jejich pokoji, protože ze své praxe vím, že i mimo tento výzkum si mi pacienti na pokoje stěžovali.

Nejvíce pacientů si stěžovalo na absenci televize. Mnoho z pacientů tohoto oddělení je ležících bez možnosti takřka jakéhokoliv pohybu a televize by pro ně mohla být alespoň částečnou náplní dlouhého dne. Na začátku vyhodnocení této otázky se čtenář může z odpovědi zdravotnického personálu dozvědět, že televize je součástí pouze tří jednolůžkových pokojů, zbytek třílůžkových pokojů ji k dispozici nemá (viz vyhodnocení rozhovorů s ošetřujícím personálem).

Na rozdíl od respondentů E. Purkyňové, kde mi na otázku všichni odpověděli, mi velká část pacientů tohoto oddělení odvětila, že se o pokoj nezajímají a ani o něm nikdy nepřemýšleli. Odpověď tohoto druhu je u pacientů pochopitelná vzhledem k jejich zdravotnímu stavu, je však za těchto okolností nejasné, zda pro svůj zdravotní stav nechtěli dlouho odůvodňovat svou nespokojenost, nebo zda jim pokoj pro účely uzdravení stačí, tedy s ním jsou zcela spokojeni, a nechtěli to už jen dál rozvíjet. Mimo tuto možnost interpretace totiž nikdo jiný neodpověděl, že s pokojem je zcela spokojený.

Z tabulky č. 4 vyplývá, že většina respondentů zvolila právě tuto odpověď. Zbytek odpovědí, které se odlišují, jsou uvedeny níže pod tabulku.

Tab. č. 4

Důvod	Počet respondentů	%
Absence televize	8	40%
Nepřemýšlím nad tím	9	45%
Jiné důvody	3	15%

Muž 87 let: „Televize, ta mi tady fakt chybí. Abych se alespoň mohl koukat na zprávy večer, jinak tady celý den ležím a nemůžu nic.“

Žena 73 let: „Mně je to jedno, ale kdybych si mohla vybrat, tak bych mohla mít postel u okna.“

Žena 82 let: „Mně by to tu nezlepšilo nic, chtěla bych domů.“

Žena 90 let: „Dávají mi nějaký prášky, abych tu byla spokojená, takže nemůžu nic říct.“

### Porovnání

Pro porovnání výsledků spokojenosti klientů a pacientů z obou zařízení jsem vytvořila škálu spokojenosti na základě opakujících se odpovědí všech respondentů. Škála obsahuje tyto body: *moc se mi líbí – je zde co zlepšovat – je mi to jedno – vůbec se mi nelíbí.*

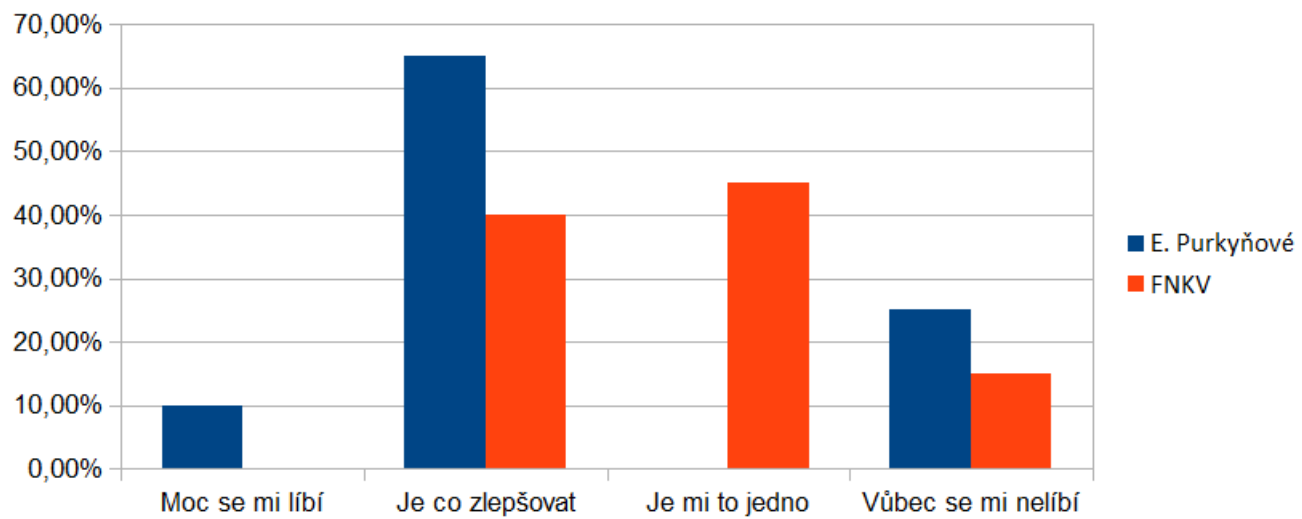
Z grafu níže vyplývá, že stoprocentní spokojenost s pokojem v sociálním zařízení vyjádřilo 10 % dotazovaných, ve zdravotním zařízení se takto nevyjádřil ani jeden respondent.

Částečně spokojených bylo v sociálním zařízení více než 60 %, zatímco ve FNKV jich bylo pouze 40 %. Tito respondenti byli se svými pokoji spokojeni, měli výhrady pouze k některým věcem, nebo by některé věci zlepšili či změnili.

Nejvyšší počet neutrálních odpovědí má zdravotnické zařízení, oproti E. Purkyňové, které nemá ani jednu. Překvapivě však má E. Purkyňové větší počet zcela nespokojených klientů s pokojem než zdravotnické zařízení.

V zařízení E. Purkyňové tedy ve spokojenosti se svými pokoji převládá počet spokojených klientů nad nespokojenými. U pacientů FNKV se méně střídají extrémní spokojen – nespokojen a dalo by se říci, že u nich převládá spíše neutrální názor, což mi připadá pochopitelné vzhledem k jejich primární diagnóze, se kterou se na oddělení léčí a se kterou mají největší starosti.

Graf č.1



## 10.2. Otázka rozhovoru č. 2

### • 10.2.1 Pro personál: \_

Jak často probíhá kontakt s pacienty/klienty?

---

Tuto otázku rozhovoru jsem zařadila z jasného důvodu; kontakt s pacienty či klienty by měl být samozřejmě co nejčastější. Pro pečující personál by měl být kontakt s nimi dokonce prioritou. Ze zkušenosti z práce v nemocnici ve funkci nelékařského zdravotního personálu však vím, že když se nedostatek personálu na směně skloubí s nutností rozsáhlé administrativní činnosti, děje se tak většinou na úkor přímé péče o pacienty.

Konkrétně na interním oddělení musí sestra vykonávat mnoho funkcí najednou, jak píše Šafránková (2006), sestra pacientům poskytuje komplexní základní ošetrovatelskou péči včetně polohování ležících pacientů, péče o inkontinentní pacienty a k tomu vykonává odbornou činnost. Interní obory v ošetrovatelství jistě nejsou příliš atraktivní vyhlídkou, možná i proto bývá na těchto odděleních ošetrovatelského personálu nedostatek.

Mým předpokladem bylo, že v sociálním zařízení mají na klienty mnohem více času, protože ač je v domově seniorů také zahrnuta základní zdravotní péče, jeho primární funkce je sociální péče.

Dále je uvedeno, jak na tuto otázku odpověděly zástupkyně zdravotnického personálu jednotlivých zařízení:

- E. Purkyňová: „Hodně se to odvíjí od toho, zda je pacient soběstačný, nebo ležící. Když to shrnu, tak všechny pacienty obejdeme ráno u hygien, pak se jim rozdává snídaně s ranními léky, pak je oběd s léky, po něm je také obejdeme a zkontrolujeme ležícím pleny a napolohujeme je. Pak je zase večere s léky a pak se střídá na noční službu. Ta je obejde asi třikrát za noc a zkontroluje. Jinak mají všichni **k dispozici zvonky**, kterými si nás mohou kdykoli přivolat.“
- FNKV: „Mnohokrát za den. Ráno je snídaně, pak rozdáme léky a infuze. Pak jedeme s hygienou a prádlem a do toho děláme převazy a polohujeme, to nám všechno trvá tak hodinu a půl, někdy i více. Pak je až oběd s léky a po obědě, okolo 14.00, je znovu obcházíme s infuzemi a hygienou. Další kolečko s infuzemi a hygienou je až v 18:00, mezi tím je kontrolují ošetrovatelky a sanitáři. Pak přichází noční služba, ta ve 20:00 rozdává infuze, Pak je znovu ve 22:00 obcházíme s dalšími infuzemi, léky a polohujeme ležáky. Další infuze bývají o půlnoci a pak v 6:00 ráno, kdy se zase jede s hygienou a infuzemi a polohuje se. Pak je předání denní službě. **Zvonky mají všichni u sebe.**“

Obě odpovědi se prakticky shodují, z obou vyplývá, že personál pacienty a klienty pravidelně kontroluje 8–10krát denně. Mimo to mají všichni z pacientů k dispozici elektrické zvonky, pomocí kterých si kdykoli mohou zazvonit na sestru.

V tomto případě je ale více, než kolikrát denně probíhá pravidelný kontakt, důležité to, jak je onen kontakt kvalitní a zda sestry mají dostatek času a ochoty vyhovět všem potřebám pacientů a klientů. Abychom získali co nejautentičtější odpověď na tuto otázku, je pro nás mnohem důležitější, jak na toto téma reagují přímo pacienti a klienti.

Otázka rozhovoru pro ně je rozdělena na dvě části. První část se ptá na to, jak často kontakt probíhá, je tedy stejná jako pro ošetrovatelský personál.

Druhá část se týká toho, zda sestry vždy vyhoví jejich potřebám a jak reagují na to, když pacient či klient něco potřebuje a pomocí zvonku je přivolá.

- **10.2.2 Pro pacienty a klienty:**

- a) Jak často za Vámi chodí sestry a personál?**

---

#### **Vyhodnocení v E. Purkyňové:**

Absolutní většina respondentů byla s tím, jak často probíhá kontakt klienta se sestrou či někým z ošetrovatelského personálu, zcela spokojená. Některým se ihned rozzářily oči a byla radost sledovat, jak s vděkem hovoří o sestřích, které se o ně tak vzorně starají.

Jen dva respondenti si téměř shodně postěžovali, že za nimi sestry chodí jen tehdy, když přinesou jídlo či léky, a moc nereagují na zvonek. Tito muži ale sdíleli oba stejný pokoj a je možné, že jeden z nich odposlechl onu odpověď od druhého.

Další dva respondenti uvedli, že s kontaktem se sestrami nejsou spokojeni, ani jeden z nich však nebyl příliš ochoten sdělit, proč tento názor zastává.

Opakující se odpovědi jsou i s procentuálním zastoupením uvedeny v tabulce č. 5. Některé zajímavé odpovědi jsou uvedeny pod tabulkou.

Tab. č. 5

<b>Odpověď</b>	<b>Počet respondentů</b>	<b>%</b>
Často, mnohokrát za den	16	80 %
Občas, několikrát za den	2	10 %
Málokdy	2	10 %

Žena 84 let: „Nemohu říct půl slova! Jsou to naše zlatíčka. Občas přijdou jen proto, aby se zeptaly, zda něco nepotřebujeme.“

Žena 79 let: „Jsem naprosto spokojená. Dělalí, co můžou, holky naše.“

Muž 88 let: „Oni přijdou, když mám mít léky a tak. Radši je moc nezdržuju, abych neměl třeba problémy.“

#### **Vyhodnocení ve FNKV:**

Na vyhodnocení v tomto případě jsem byla velmi zvědavá, protože mým předpokladem, který se zakládal na vlastní zkušenosti z práce na tomto oddělení, bylo, že pacienti s četností kontrol jejich potřeb nebudou příliš spokojeni. Výsledek, ač se může zdát ne příliš valný, dopadl nad mé očekávání. Většina odpovědí byla neutrálních, často se opakovaly věty typu: „Občas přijdou, když něco potřebují ony, občas, když zazvoním...“

Negativních odpovědí však bylo více než těch zcela pozitivních. Že je sestry navštěvují mnohokrát za den, uvedli jen čtyři z respondentů. Odpověď, že chodí nedostatečně často, padla celkem od sedmi respondentů.

V tomto případě se výsledek zdá být v rozporu s odpověďmi personálu tohoto oddělení. Když se podíváme na porovnání odpovědí personálu z obou zařízení, je zřejmé, že jsou na tom obě zařízení, co se týče četnosti kontrol pacientů, velmi podobně.

Z mého pohledu tento rozpor lze vysvětlit tím, že pacienti se zdravotním problémem, se kterým se na oddělení léčí, mají větší potřebu kontaktu s personálem než klienti sociálního zařízení. Může jim pak připadat, že personál nevěnuje dost času jejich potřebám, i když jsou kontroly dostatečně časté.

Podle mých zkušeností na tomto oddělení je ale také možné, že ač ošetřující personál dodržuje všechny pravidelné návštěvy u pacientů, které jsou charakterizovány ve výpovědi personálu výše, probíhají tyto kontroly velmi rychle, aby se stihl nabitý harmonogram celé služby, a potřeby pacientů tak nejsou zcela naplněny. Takové situace jsou bohužel na úkor spokojenosti pacientů a stávat by se neměly.

Výsledky jsou uvedeny v tabulce č. 6.

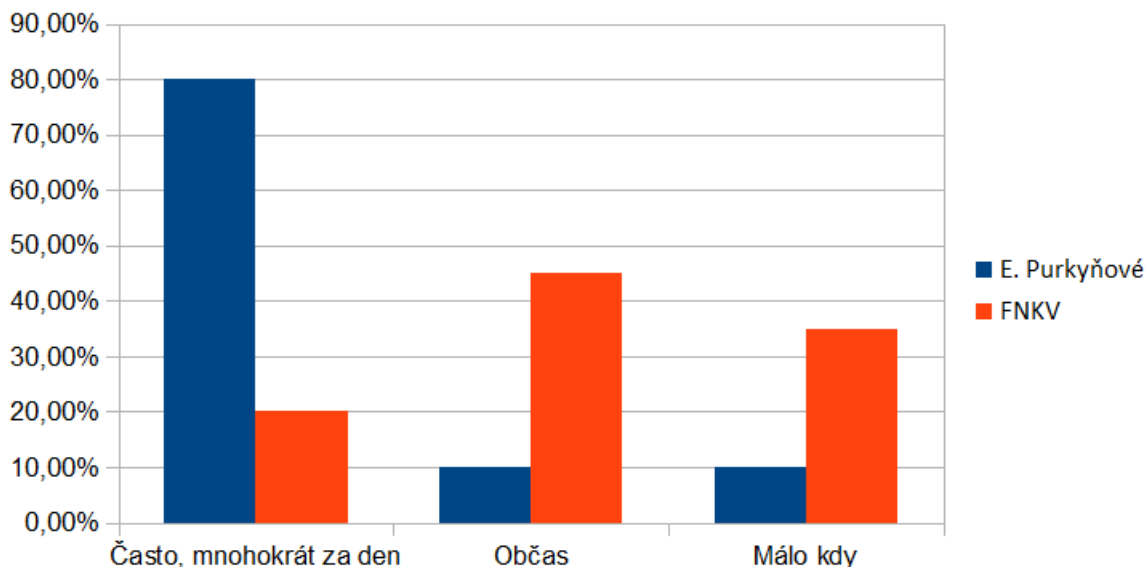
tab. č. 6

Odpověď	Počet respondentů	%
Často, mnohokrát za den	4	20 %
Občas, několikrát za den	9	45 %
Málokdy	7	35 %

#### Porovnání

Z výsledků je zřejmé, že spokojenější s tím, jak často je jim umožňován kontakt se sestrou, jsou klienti sociálního zařízení. Z grafu číslo dvě jasně plyne, že největší spokojenost vyjádřili klienti sociálního zařízení, celkem 80 % se vyjádřilo na tuto otázku kladně, zatímco z pacientů zdravotnického zařízení vyjádřilo absolutní spokojenost pouze 20 % respondentů.

Graf č.2



**b) Když si na sestru zazvoníte a přivoláte si ji, přijde vždy, aby vyhověla Vaším potřebám? Přijde většinou hned, nebo musíte čekat?**

Již z výsledků první části otázky je zřejmé, jak jsou klienti a pacienti s kontaktem s personálem spokojeni. Zajímavé může být i vyhodnocení, jak jednotliví senioři reagovali na konkrétní otázku, zda je personál ochotný vyhovět jejich potřebám, když požádají a sestru si přivolají pomocí zvonku.

Z opakujících se odpovědí všech respondentů obou oddělení jsem vytvořila škálu čtyř nejčastějších odpovědí:

*vždy přijdou, někdy ani nemusím zvonit – když zazvoním a mají čas, přijdou – někdy musím zvonit opakovaně, aby někdo přišel – často musím dlouho čekat, aby někdo přišel*

Výsledky jsou zaznamenány do grafu. Lze z něj vyčíst, že zcela pozitivních odpovědí má nejvíce domov E. Purkyňové, maximální spokojenost vyjádřilo 40 % dotazovaných, zatímco v nemocničním oddělení pouze 10 %. Tito respondenti většinou shodně uvedli, že na personál nemusí ani zvonit, protože chodí tak často, že to není potřeba, a když už zazvoní, tak sestry ochotně a rychle přijdou. Některé takové odpovědi vypadaly takto:

Žena 75 let – z E. Purkyňové: „Na sestry zásadně nezvoním, vždy přijdou samy a ptají se, jestli něco nepotřebuju.“

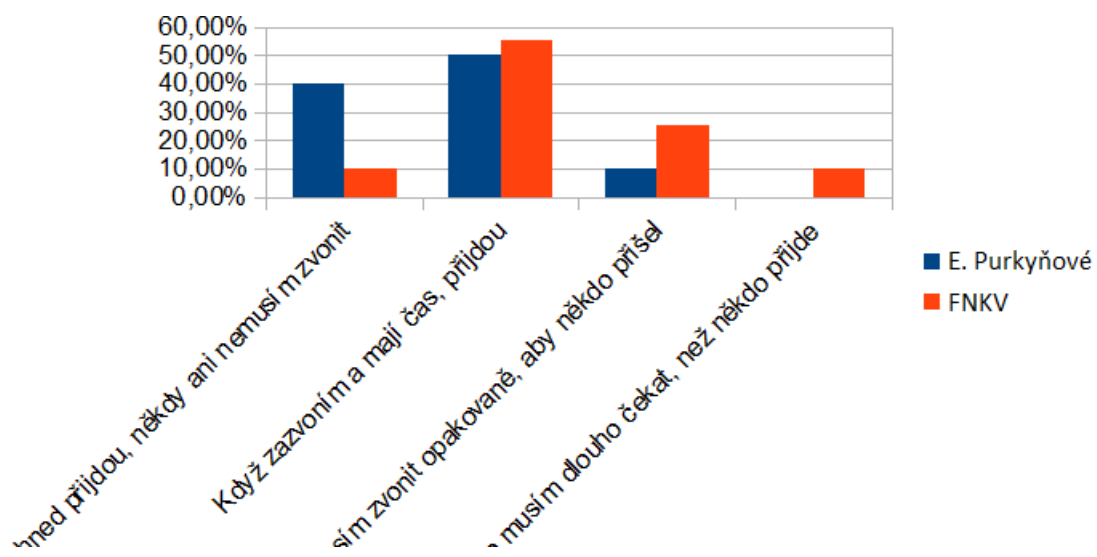
Muž 83 let – z E. Purkyňové: „Já snad ani zvonit nemusím, chodí sem pořád někdo. Ale když zazvoním, přijdou.“

Žena 90 let - z FNKV: „Já na ně moc nezvoním, ale když něco potřebuju, tak hned přiběhnou.“

Druhý stupeň spokojenosti, který vyjadřoval, že sestry přijdou na zavolání, když mají čas, lze chápat tak, že sestry v těchto případech byly ochotné přijít a vyslyšet přání pacienta či klienta, když na to měly čas. Celkově byli tito respondenti v této oblasti spokojeni. Nejvíce odpovědí tohoto typu zaznělo od pacientů zdravotnického zařízení, odpověděla takto více než polovina respondentů. Z domova pro seniory takto odpovědělo 50 % z nich. Částečně negativní odpověď, kdy respondenti uvedli, že někdy musí zvonit opakovaně, aby někdo přišel, jsem slyšela nejvíce od pacientů zdravotnického zařízení, odpovědělo tak přes 20 % z nich. Zcela negativní odpověď vyjádřili pouze dva respondenti ze zdravotnického zařízení. Jejich reakce na tuto otázku byla ta, že často musí dlouho čekat, než na jejich volání někdo odpoví. "



Graf č. 3



## 10.3 Otázka rozhovoru č. 3

### • 10.3.1 Pro personál:

a) Jak probíhá první kontakt sestry s pacientem/klientem a následná edukace při příjmu na toto pracoviště?

b) Liší se tato komunikace u osob s kognitivním deficitem, nebo u lidí, u kterých máte důvodné podezření, že pacient/klient takovou poruchou trpí?

---

Myslím, že u prvního kontaktu pacienta s personálem je velmi důležité, aby byl tento krok pro pacienta co nejméně náročný a stresující. Nové prostředí může být pro seniora s kognitivní poruchou stresující a nemusí si na ně dobře zvykat.

Pro takové seznámení s novým prostředím je potřeba dostatek času a klidu, velmi důležité jsou také zásady pro komunikaci s takovým pacientem.

Důležité je mluvit vždy pomalu a zřetelně, ať už je třeba s pacientem probírat cokoli. Především lidé postižení demencí potřebují dostatek času, aby dokázali slovům přiřadit jejich význam a správně je pochopit (Ehrenfreughter a kol., 2014). Je také stěžejní uvědomit si, že pro pacienta s kognitivní poruchou může být obtížné vstřebávat více informací najednou, zvláště v jedné chaotické a rychlé větě. Důležitý je tedy dostatek času na sdělení potřebných informací. Také by mohlo pomoci osvojit si pravidlo, které uvádí sdělovat v každé větě pouze jednu informaci a vyhýbat se dlouhým souvětím a komplikovaným větám. Otázky pokládat co nejjednodušeji a dát tázanému dostatek času na promyšlení odpovědi (tamtéž).

Věřím, že od správné komunikace v průběhu hospitalizace s pacientem a i při jeho přijímání na oddělení se odvíjí celková spokojenost a sociální komfort pacienta. Je v zájmu veškerého personálu, aby byl pacient dobře informován o tom, proč je hospitalizovaný a co se s ním bude dít v rámci hodin či dnů, a nezáleží na tom, jaký je stav jeho kognitivních funkcí. Je důležité, aby bylo zvláště pacientovi či klientovi s demencí ukázáno oddělení, kde může najít toalety, sprchy, kde se nachází pracovní sester.

Otázka pro personál je zaměřena na to, jak probíhá kontakt s pacientem, který byl právě hospitalizován, a zda se komunikace nějakým způsobem liší, když pacient trpí některým druhem kognitivní poruchy, např. Alzheimerovou chorobou či jiným druhem demence.

Dále jsou uvedeny odpovědi ošetřujícího personálu konkrétních sociálních a zdravotnických zařízení:

- E. Purkyňové: „Nejdříve je s novým klientem seznámen sociální pracovník. Ten mu ukáže oddělení, udělá sociální anamnézu s rodinou, vyplní s ním dotazník o tom, co má a co nemá rád, na co je zvyklý. Pak přichází na oddělení, kde se mu určí klíčový pracovník, který má na starosti okolo deseti klientů, kteří se mu nemění. (...) **Když přijmeme klienta s kognitivním deficitem, třeba s demencí nebo Alzheimerem, kontakt s ním se neliší, ke všem se chováme stejně. Liší se samozřejmě komunikace s ním, dáváme mu na všechno více času.**“
- FNKV: „Pacienti k nám přichází přes ambulanci, kde je přijme **ambulantní lékař a udělá jim základní anamnézu, včetně toho, zda trpí třeba demencí** a podobně. Na oddělení jsme na to pak připravení. Sestra, která ho na oddělení přijme, s ním udělá tzv. ošetřovatelskou anamnézu, tedy s ním vyplní formulář, kde jsou **informace o tom,**

**jak je na tom s orientací, soběstačností a kognitivním vnímáním.** Ten papír je pak v chorobopisu a všechny sestry k němu mají přístup a mohou se k němu chovat podle toho. Liší se to víceméně v tom, že **pacientovi s demencí dáváme více času na pochopení věci a třeba ho doprovodíme na toaletu či do sprchy,** Když je takových pacientů ale na oddělení většina a na směně jsou dvě sestry a jeden sanitář, je to potom těžké.“

Z odpovědí je patrné, že každé zařízení má jiný systém přijímání nových pacientů a klientů. Výhodu u příjmu nového klienta do domova E. Purkyňové vidím v tom, že každému klientovi je na začátku hospitalizace určen klíčový sociální pracovník, který se stará o jeho potřeby a komunikuje s ním. Klient může mít tedy jistotu, že se o jeho zájmy a potřeby někdo stará a zajímá se o ně, aby podle nich mohl upravit například jeho denní harmonogram, doporučit mu denní činnosti a poskytnout mu poradenství v individuálních věcech.

Je však nutno poznamenat, že v sociálním zařízení zpravidla klienti tráví delší dobu než pacienti hospitalizovaní v nemocnici a že systém přijímání nových pacientů, který zmiňovala zástupkyně personálu zdravotnického zařízení, je pro účely hospitalizace dostačující.

### • 10.3.2 Pro pacienty a klienty:

Řekl Vám někdo, proč jste tady? Jak jste vnímal/a Váš první příchod sem?

---

Aby byla otázka rozhovoru pro pacienty a klienty srozumitelná a aby z ní bylo možno vyvodit výsledek, který vychází z kvality komunikace mezi personálem a pacienty, rozhodla jsem se ji položit touto formou. Pacient či klient by měl znát informaci, proč je hospitalizován a jak se tento stav bude dále vyvíjet, a tato informace by mu měla být sdělena jasně srozumitelnou formou.

V této otázce jsem se respondenty snažila vést k tomu, aby mi neodpovídali na obě otázky zvlášť, ale aby se spíše zamysleli nad tím, jak probíhala komunikace mezi nimi a personálem, když do zařízení byli přijati a jaké z toho měli pocity. Často jsem se jich doptávala na otázky typu: *Mluvil/a s Vámi hodně lidí? Rozuměl/a jste všemu, co Vám říkali? Ukázal Vám někdo pokoj a oddělení? Jaké to pro Vás bylo?*

Je zřejmé, že pro respondenty to byla obtížná otázka, a ne všichni byli ochotni na ni odpovědět. Většina z nich se rozmluvila o tom, co pro ně znamenalo opustit svůj domov a známé prostředí a co jim tento přesun nejvíce zpříjemnilo.

### Vyhodnocení v E. Purkyňové

Většina klientů ze sociálního zařízení mě ujistila, že v komunikaci s personálem nebyly žádné nejasnosti, protože byli s příchodem smířeni a někdy ten nápad přišel i sám od nich. Jejich reakce byly téměř shodné. Některé z nich vypadaly takto:

Žena 76 let: „Hned se mě ujali, všechno mi vysvětlili, byli prostě vzorní.“

Muž 83 let: „Mě nemuseli nic vysvětlovat, nejsem blbej. Ale musím říct, že se ke mně chovali hezky.“

Žena 91 let: „Tady to šlape jako švýcarský hodinky, bylo u mě několik lidí a všichni se chovali opravdu dobře.“

Někteří z respondentů se také rozprávěli o tom, jaké pro ně bylo změnit prostředí a rozloučit se s domovem, na který byli léta zvyklí. Z těchto odpovědí však i přes obtížnost náročné situace plyne jisté smíření a pochopení.

Žena 78 let: „Bylo pro mě smutné opustit byt. Ale po smrti manžela už to pro mě bylo doma těžké, spoustu věcí už jsem nevládala tak jako dřív. Sem jsem šla dobrovolně, syn mi to tu našel a teď jsem tady, jsem za to ráda. Mám tu všechno, jídlo, postel, svoje věci, syn za mnou chodí. Je to tak lepší.“

Muž 77 let: „Já jsem sem přišel z nemocnice. Doma jsem si zlomil nohu, ležel jsem dlouho v nemocnici a tam mi pak řekli, že už se nemůžu vrátit domů. Mně se vlastně ulevilo, nevím, jak bych to tam s vozíkem zvládl. Tady si všude dojedu, jsem úplně soběstačnej. To mi vyhovuje.“

Většina klientů sociálního zařízení svůj pobyt zde brala vyrovnaně a o důvodu měla celkem jasnou představu. Velká část respondentů mi odpověděla, že je zde dobrovolně. Nejčastější odpovědi na otázku, zda byli klienti obeznámeni s důvodem svého pobytu zde, jsou uvedeny v tabulce č. 7. Vyplývá z ní, že největší část klientů je toho názoru, že v domově jsou dobrovolně nebo z důvodu, že už to doma sami nemohli zvládnout. Odpověď, že neví, proč jsou zde, nebo si na situaci kolem příjmu na oddělení nevzpomínají, vyjádřili pouze dva z nich.

Nejvíce se mi vtiskla do paměti věta osmdesátileté paní, která mi smířeně odpověděla:

„Protože už sama nestíhám to, jak život rychle běží.“

Tab. č. 7

<b>odpověď</b>	<b>Počet klientů</b>	<b>%</b>
Dobrovolně	7	35 %
Protože jsem to nevládal/a sám/sama	7	35 %
Protože se o sebe nepostarám sám/sama	4	20 %
Nevím/nepamatuji si	2	10 %

### **Vyhodnocení ve FNKV**

Pacienti oddělení nebyli v této otázce rozhovoru příliš výřeční a více se o tématu rozhovořilo jen několik málo z nich. K tomu, jak probíhal příjem na oddělení, jsem přiměla rozprávět se pouze tři respondenty.

První respondent vyjádřil, že si sice na změnu prostředí těžko zvyká, ale považuje ji, vzhledem ke svému zdravotnímu stavu, za nutnou.

Druhý respondent byl méně výřečný, ale z jeho výpovědi lze chápat, že s pobytem zde se ještě zcela nesmířil a že ač byl s komunikací s personálem při příjmu spokojen, pobyt zde mu to nezpříjemnilo.

Muž 75 let: „Mám prý zničené ledviny, ale nechtějí mě operovat, jsem na to moc starý. Tak proto jsem tady. Asi bych byl raději doma než tady, ale zdraví je přednější, tak počkám, jak to dopadne. Všichni jsou tu moc hodný, i když je vidět, že mají často fofry.“

Muž 85 let: „No, je to hrozný bejt tady. Většina sester je hodná, ale jde o to, že bych radši byl doma. (...) Já byl přijat v noci, takže se tu se mnou nikdo moc nebavil, ale ráno za mnou přišel doktor a řekl, že jsem měl špatnou krev a že tady musím chvíli bejt, tak jsem tu a čekám.“

Výpovědi prvních dvou se shodují v tom, že změna prostředí byla tak náhlá, že v tu dobu ani neměli moc času si uvědomit, co se děje.

Na špatnou komunikaci při příjmu si postěžoval pouze jeden respondent, na otázku, jestli mu někdo při příjmu vysvětlil, proč je zde a jak svůj příchod vnímal, odpověděl takto:

Muž 72 let: „No, na to vzpomínám tedy nerad. Šel jsem si jenom nakoupit do obchodu, když jsem se vracel s plnou taškou domů, tak jsem sebou asi nějak seknul, nebo co. Byl jsem asi chvíli mimo, protože jsem se probudil až v nemocnici tady, ale na jiném oddělení.<sup>6</sup>

Nikdo se mnou nemluvil, pořád okolo mě lítali doktoři a sestry a nikdo na mě neměl čas. Nechtěli mi ani podat telefon, abych zavolal dceři. Pak mě beze slova převezli sem, co jsem teď. Tady se mnou taky nikdo nemluvil, až asi druhý den mi řekli, co se stalo. To nebylo příjemný. Tady jsou sestry hodný, ale tohle bylo hrozný.“

Bohužel se domnívám, že postup, který popsal poslední respondent, není ojedinělý. Lze se jen těžko vžít do situace seniora, kterému se z běžného dne stane z minuty na minutu rozmazaný film. Na ambulanci měl být po probuzení ihned informován lékařem, který ho přijal, o tom, o čem se domnívá, že se mu stalo, a sdělit mu předpokládaný budoucí průběh situace.

Také měl být lékařem či sestrou ujištěn, že jeho příbuzným poskytnou zprávu o něm. Protože pacient žádal o podání svého mobilu, dalo se jistě předpokládat, že v něm má uložená potřebná čísla na své blízké, a už samotná informace, že pacientovi v ambulanci nechtěli telefon podat, je nepatřičná.

Samozřejmě se dá těžko odhadovat, jak situace ve skutečnosti probíhala, je ale zřejmé, že na pacienta zapůsobila traumatickým dojmem, což ukazuje na neefektivní formu komunikace mezi personálem a pacientem.

Zbytek pacientů byl s komunikací při příjmu na oddělení spokojen. Někteří si na to, jak se na oddělení dostali, nemohli vzpomenout, nemohla jsem tedy zaznamenat jejich odpověď. Když jsem se jich ptala na důvod, proč si myslí, že jsou tady, získala jsem několik typů odpovědí, které jsou uvedeny v tabulce č. 8.

Někteří mi řekli konkrétní diagnózu, se kterou se na oddělení léčí, například tato pacientka:

---

<sup>6</sup> Pacient zde nejspíše popisuje centrální příjem interních klinik, odkud byl přijat na II. interní kliniku.

Žena 89 let: „Mám chudokrevnost, dávají mi tu transfuze a čekají, jestli se mi nezlepší krevní obraz.“

Když jsem se zkusila doptat, zda si vzpomíná na situaci, kdy ji na oddělení přijali, řekla, že si na to nepamatuje.

Odpovědi pacientů, kteří mi sdělili konkrétní diagnózu, jsem shrnula do první možnosti odpovědi v tabulce: *Konkrétní diagnóza*

Tab. č. 8

<b>odpověď</b>	<b>Počet odpovědí</b>	<b>%</b>
Konkrétní diagnóza	5	25%
Nezvládal/a jsem to doma	6	30%
Jsem nemocný/nemocná	3	15%
Nevím/nepamatuji si	6	30%

### **Porovnání**

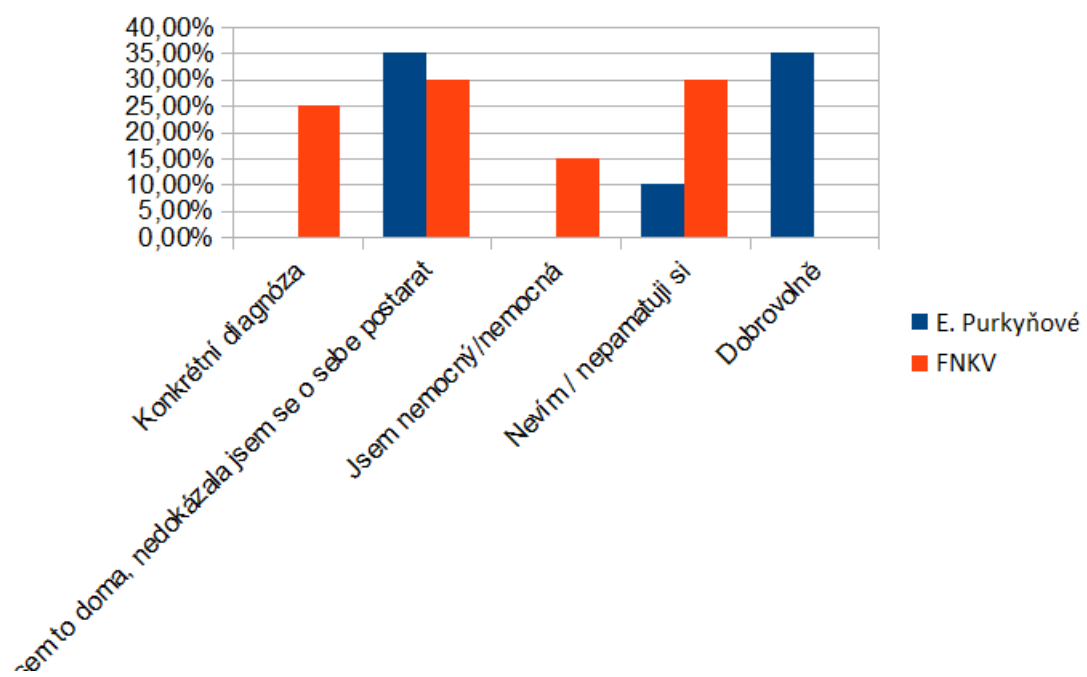
Porovnat odpovědi respondentů z jednotlivých zařízení nebylo v tomto případě jednoduché, protože otázka rozhovoru byla velmi otevřená, navíc mnoho respondentů na ni nechtělo nebo nemohlo odpovědět, ať už z důvodů, že o tom mluvit nechtěli, nebo že si na situaci kolem svého příjmu na oddělení nemohli vzpomenout.

Srovnáním výše uvedených tabulek s nejčastějšími důvody hospitalizace, jak se o nich pacienti a klienti domnívají, je zřejmé, že některé odpovědi respondentů v jednotlivých zařízeních jsou si velmi podobné. Velmi často jsem například slyšela odpověď, že to pacient či klient nemohl doma zvládnout sám, nebo se o sebe sám nedokázal postarat. V grafu si čtenář může dohledat, že takovou odpověď zvolilo v sociálním zařízení přes 50 % klientů, ve zdravotnickém zařízení jich bylo 30 %.

V obou zařízeních se našli i respondenti, kteří na otázku nechtěli odpovědět. Byla pro ně buď moc složitá, nebo si na to, jak se na toto oddělení dostali, vůbec nevzpomínali. Dalším důvodem pro tuto reakci by mohlo být i to, že respondenti na tuto otázku zkrátka nechtěli odpovídat. Buď jim mohlo připadat příliš osobní mluvit o své diagnóze, či se na hovor v tu chvíli necítili. Odpovědi tohoto typu zaznělo o 5 % více ve zdravotnickém zařízení, z toho by se dalo vyvodit, že klienti sociálního zařízení jsou o své diagnóze lépe informovaní než pacienti nemocničního zařízení. Tento závěr však nemusí mít pravdivý základ, důvod lepší informovanosti klientů E. Purkyňové se může odvíjet od mnoha faktorů, například je potřeba přihlídnout k průměru škály MMSE na jednotlivých odděleních. Senior s nižším škálovým ohodnocením dle MMSE, tedy s vyšším stupněm kognitivního deficitu, může diagnózu, o které mohl být informován, zapomenout, nebo ji při informování vůbec nevstřebat.

Další odpovědi se různily podle typu zařízení.

Graf č.4



## 10.4 Otázka rozhovoru č. 4

### • 10.4.1 Pro personál:

Jak na tomto oddělení probíhají návštěvní hodiny?

---

Cílem této otázky rozhovoru bylo, aby personál sdělil, jak jsou návštěvní hodiny ohraničené časově a zda toto ohraničení platí pro všechny stejně. Ptala jsem se také, zda mohou mít někteří klienti či pacienti výjimku a návštěvy za nimi mohou, po individuální domluvě, chodit i v jinou než ve vytyčenou návštěvní dobu.

Pro seniory s kognitivními poruchami je častý kontakt s jejich blízkými stěžejní. Jsem toho názoru, že pro nemocného, který je navíc nucen změnit známé domácí prostředí a přesunout se na místo, které nezná, je zvláště důležité, aby mu byl tento kontakt umožněn. Podle Ehrenfreughterové (a kol., 2014) se člověk trpící demencí stále více uzavírá do vlastního světa a s postupující nemocí má stále horší kontakt s realitou všedního dne. Úkolem rodinných příslušníků je proto důležité trávit s nemocným čas, aby se dokázali vcítit se do jeho světa. Domnívám se také, že častý kontakt s blíznými působí navíc motivačně a tím i terapeuticky.

Záměrně jsem se také doptávala, zda je v případě časově pevně daných návštěvních hodin možnost je individuálně upravit např. vzhledem k závažné diagnóze pacienta či klienta, stupně kognitivní poruchy nebo závažnosti psychického či fyzického stavu, např. když je pacient v tzv. paliativní péči.

Výpovědi jsou formou přímé citace vypsány níže:

- E. Purkyňové: „Návštěvy máme **od rána do 19 hod.** To už je po večeri a střídají se služby. Klienti ani příbuzní si výjimky moc nežadají, ale **kdyby ta situace nastala, je možné to zařídit.** Samozřejmě nejlépe u klientů, kteří mají svůj pokoj, aby nerušili ostatní.“
- FNKV: „Návštěvy jsou dané každý den **od 15 do 18 hodin.** Snažíme se, aby to návštěvníci dodržovali, ale **po dohodě jsme vždy ochotni jim návštěvu povolit kdykoli přes den,** ještě se nestalo, že bychom někoho po šesté hodině večer vyhnali. Nesmí ale rušit ostatní pacienty a narušovat harmonogram práce. Není například vhodné chodit ráno, protože probíhají hygieny a lékařské vizity.“

Podle výpovědí personálu je patrné, že domov E. Purkyňové má delší vymezenou dobu pro návštěvy. Předpokládám, že vzhledem k tomu, že je tato doba dostatečně dlouhá, návštěvníci nepotřebují domlouvat si individuální podmínky pro návštěvu svých blízkých.

V nemocničním zařízení je pro návštěvní hodiny vytyčena na mnohem kratší dobu, je ale zřejmé, že je oddělení velmi tolerantní k výjimečným návštěvám mimo tuto dobu.



## • 10.4.2 Pro pacienty a klienty:

Jak často za Vámi chodí návštěvy? Je to pro Vás dostatečné?

---

Záměrem bylo otázku rozhovoru podat tak, aby z odpovědí na ni bylo patrné, zda jsou klienti či pacienti s četností návštěv spokojeni či nikoli. Uvědomuji si ale, že spokojenost se nemusí odvíjet od správnosti nastavení návštěvních hodin, nýbrž od individuální potřeby kontaktu nemocného s jeho blízkými a také naopak, zda návštěvníci těchto hodin využívají a jak často.

V rozhovorech jsem se setkala i s respondenty, za kterými nikdo nechodí, návštěvní hodiny by pak mohly trvat třeba celý den a ke spokojenosti seniorů by to nepřispělo. Potěšilo mě však, že z výpovědí některých respondentů jsem se dověděla, že často využívají služeb dobrovolníků, kteří za nimi i pravidelně chodí a tráví s nimi čas. Těchto služeb např. využívá osmdesátiletá paní z domova E. Purkyňové, která odpověděla takto:

„Z rodiny za mnou nikdo nechodí, ale jednou týdně přijde dobrovolnice a klidně půl dne hrajeme stolovky. Tady to se mnou nikdo jiný nehraje, protože se mě už bojí.“

### Vyhodnocení v E. Purkyňové

Z odpovědí respondentů sociálního zařízení by se dalo říct, že většina klientů je s četností návštěv spokojená. Velké množství odpovědí se zakládalo na tom, že je nejčastěji navštěvují členové rodiny a jejich blízcí a děje se tak většinou pravidelně. Některé odpovědi tohoto typu vypadaly takto:

Žena 76 let: „Za mnou chodí pravidelně syn, asi dvakrát do týdne se tady zastaví po práci.“

Muž 77 let: „Děti mě navštěvují často, takže si nemůžu stěžovat. Někdy přijedou i s vnuky a vezmou mě třeba na oběd nebo na procházku.“

Muž 83 let: „Samozřejmě, že za mnou jezdí děti. Já se o ně také staral, když mě potřebovali, teď potřebuju já je. Naštěstí mám hodné děti.“

Z některých dalších odpovědí plynulo, že návštěvy za nimi jezdí, ale ne tak často, jak by si přáli. Takové odpovědi jsem ohodnotila jako z části pozitivní.

Žena 82 let: „Někdy přijede dcera s jejím manželem, jezdí často o svátcích a na Vánoce si mě berou domů, to je fajn. Ale že by přijeli někdy jindy, to se moc nestává.“

Muž 88 let: „Tak já tu mám všechno, starají se o mě, takže vlastně od rodiny nic nepotřebuju. Oni to vědí, takže přijedou tak jednou do měsíce. (...) Samozřejmě, že bych je rád viděl častěji, ale jak říkám, vlastně nic nepotřebuju.“

V rozhovorech v sociálním zařízení jsem se setkala pouze s jednou respondentkou, která odpověděla, že návštěvy za ní takřka nikdy nechodí.

Žena 73 let: „Mám dceru, ale ta má už svůj život v zahraničí. Přijede tak jednou do roka. Nikoho dalšího už nemám. Ale mně to nevadí, mám tu všechno, co potřebuju.“

Ze získaných informací jsem vytvořila škálu těchto opakujících se odpovědí, viz tabulka č. 9:

Tab. č. 9

<b>odpověď</b>	<b>počet odpovědí</b>	<b>%</b>
Chodí často a pravidelně	11	55 %
Chodí občas	6	30 %
Nikdy, nebo velmi málo	1	5 %
Chodí za mnou hlavně dobrovolníci	2	10 %

### Vyhodnocení ve FNKV

V nemocničním zařízení II. interní kliniky jsou návštěvní hodiny, podle odpovědí ošetřujícího personálu výše, stanoveny na dobu od 15 do 18 hodin. Mým předpokladem bylo, že pacienti s vytyčenou návštěvní dobou nebudou spokojeni a bude pro ně příliš krátká na to, aby si blízké patřičně užili a aby na ně měli návštěvníci v tuto dobu čas. Z odpovědi personálu výše se však čtenář může dozvědět, že tyto hodiny nejsou pevně dané a po individuální domluvě je možné návštěvy uskutečnit prakticky kdykoli.

Pacientů jsem se záměrně neptala, v kolik hodin za nimi návštěvy nejvíce chodí (kvůli zjištění, zda individuálních úprav návštěvních hodin využívají často), protože většina respondentů měla problém zařadit si věci do časových souvislostí vzhledem ke stupni kognitivního deficitu. Ptala jsem se ale na to, jak jsou s četností návštěv spokojeni.

Oproti E. Purkyňové, kde dva respondenti uvedli nejčastější návštěvy z řad dobrovolníků, ve zdravotnickém zařízení tuto možnost nezmínil nikdo. Ze své praxe na tomto oddělení vím, že oddělení služeb dobrovolníků příliš nevyužívá.

Absolutní většina respondentů uvedla, že s návštěvami je zde velmi spokojená. Nejvíce mě potěšily odpovědi vypadající takto:

Žena 72 let: „Chodí, často. Skoro každý den je u mě dcera a někdy vezme i vnuky. To je pro mě nejhezčí část dne.“

Žena 90 let: „Chodí za mnou pořád synové na střídačku, chodili za mnou i do domova a teď ještě víc. Jsou to hodní kluci.“

Že návštěvy chodí jen občas, uvedl pouze jeden respondent:

Muž 80 let: „Občas mi sem přijde pečovatelka z domova, přinese mi nějaké věci a tak. Jinak nikdo, manželka je taky nemocná a děti jsme neměli.“

Do negativních odpovědí ve smyslu, že pacienti žádné návštěvy nemají, by se daly zařadit pouze dvě odpovědi respondentů:

Muž 85 let: „Nechodí, ale to nevádí. Na smrt budeme taky jednou sami.“

Žena 80 let: „Ne, návštěvy žádné nemám.“

Výsledek vyhodnocení pro zdravotnické zařízení je uveden v tabulce č. 10:

Tab. č. 10

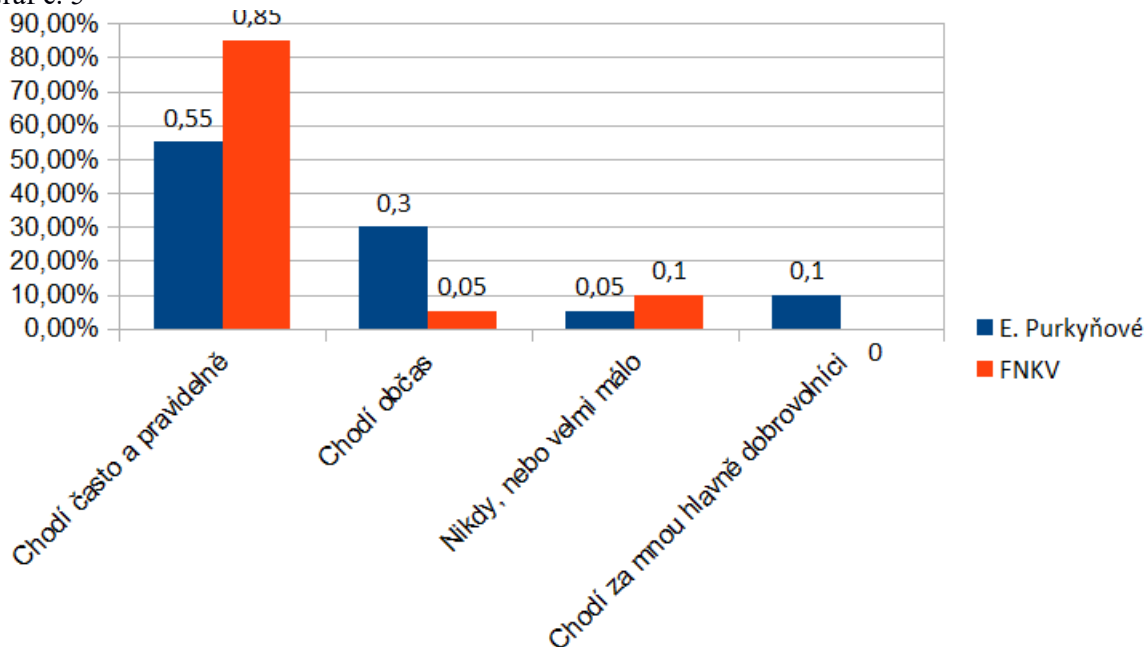
odpověď	počet odpovědí	%
Chodí často a pravidelně	17	85 %
Chodí občas	1	5 %
Nikdy, nebo velmi málo	2	10 %

### Porovnání

V grafu níže je znázorněno porovnání odpovědí mezi dvěma zařízeními. Musím konstatovat, že výsledek této otázky mě příjemně překvapil v případě zdravotnického zařízení, ve kterém byl největší počet spokojených odpovědí.

Lze uvažovat nad důvody, proč je výsledek u pacientů zdravotnického oddělení značně pozitivní. Domnívám se, že za pacienty chodí návštěvy tak často primárně z toho důvodu, že pobyt v nemocnici je nestálý a mnohem více nestabilní než pobyt v sociálním zařízení. Do domova seniorů či pečovatelského systému se senior dostane většinou stabilní a zdravotně zaopatřený a s potřebou sociálního zabezpečení, zatímco psychický a tělesný stav pacientů v nemocničním zařízení je mnohem více ohrožený. Toto vědomí může rodinu motivovat k častějším návštěvám a potřebě zajistit blízkému co největší komfort.

Graf č. 5



## 10.5 Otázka rozhovoru č. 5

### • 10.5.1 Pro personál:

Mají pacienti/klienti možnost trávit svůj čas i jinde, než je jejich pokoj?

---

Věřím, že prostředí, ve kterém senioři s demencí či jiným typem kognitivní poruchy tráví svůj volný čas, přispívá k jejich tělesnému a hlavně duševnímu blahobytu. Příjemné prostředí, kde klienti a pacienti tráví většinu svého času, pomáhá zajistit pocit bezpečí, jak emocionálního, tak i fyzického. Pomáhá správně reflektovat identitu jedince a pomáhat mu v sebevědomí a nabízet mu tak příležitosti ke smysluplným činnostem a do jisté míry i k nezávislosti na pečujících (Zgola 2003).

Má otázka na personál mířila na to, zda klienti a pacienti mají na konkrétním oddělení možnost trávit svůj volný čas kdekoli jinde, než je pokoj, ve kterém spí. Vypytávala jsem se např. na společenské místnosti či jídelnu nebo i na různé činnosti či programy, které jsou případně nabízeny.

- E. Purkyňové: „Klienti mají k dispozici velkou společenskou místnost s terasou, jídelnu, knihovnu a zahradu. Dvakrát denně také chodí na aktivitu, kterou si vyberou, například malování nebo cvičení. Klienti na lůžku, co jsou při vědomí, mají vyšší počet návštěv sociálních pracovníků, kteří je aktivizují nebo jim dělají společnost.“
- FNKV: „Na tomto oddělení bohužel nemáme společenskou místnost, ani jídelnu, protože není, kde ji udělat. Chodící pacienti chodí občas ven, za budovou je hezký parčík, ale musí se včas vracet pro léky, které dostávají třeba šestkrát denně, takže tam nemohou trávit delší dobu. Je nám jasné, že někteří pacienti, zvláště ti, kteří zde musí být dlouho, by takovou místnost ocenili, snažíme se o tom domluvat s vedením nemocnice.“

Z výpovědi personálu sociálního zařízení je patrné, že oddělení je pro volný čas klientů velmi dobře zařízeno. I ze své návštěvy zde mohu potvrdit, že společenské místnosti jsou velmi příjemně zařízené a vytváří klidnou atmosféru, většina rozhovorů také probíhala na těchto místech.

Je samozřejmé, že v sociálním zařízení bude k dispozici více možností nabízených aktivit než v nemocnici. Brala jsem v úvahu primární funkci nemocničního oddělení, kde jsou senioři hospitalizováni ze zdravotních důvodů, zatímco v domově seniorů je nezbytné, aby prostředí, ve kterém dlouhodobě klienti tráví svůj čas, bylo příjemné a co nejvíce se přibližovalo tomu domácímu.

- **10.5.2 Pro pacienty a klienty:**

Trávíte svůj volný čas i jinde než ve Vašem pokoji?

### Vyhodnocení v E. Purkyňové

Klienti na tuto otázku rozhovoru odpovídali velmi pestře, což lze považovat za dobrý výsledek. Odpovědi byly různé, každý uvedl to, co ho nejvíce na oddělení baví dělat a kde nejčastěji tráví svůj čas. Nejvíce klientů odpovědělo, že svůj čas tráví nejraději ve společenské místnosti, kde ostatně probíhala i většina našich rozhovorů. Není divu, že se na tomto místě klientům tolik líbí, místnost se podobá většímu obývacímu pokoji, je zde velký stůl, televize, velká křesla a gauč na odpočinek a vše je laděno do pastelových barev, které navozují příjemnou atmosféru.

Žena 76 let: „Nejvíc jsem asi tady (společenská místnost), občas chodím do knihovny.“

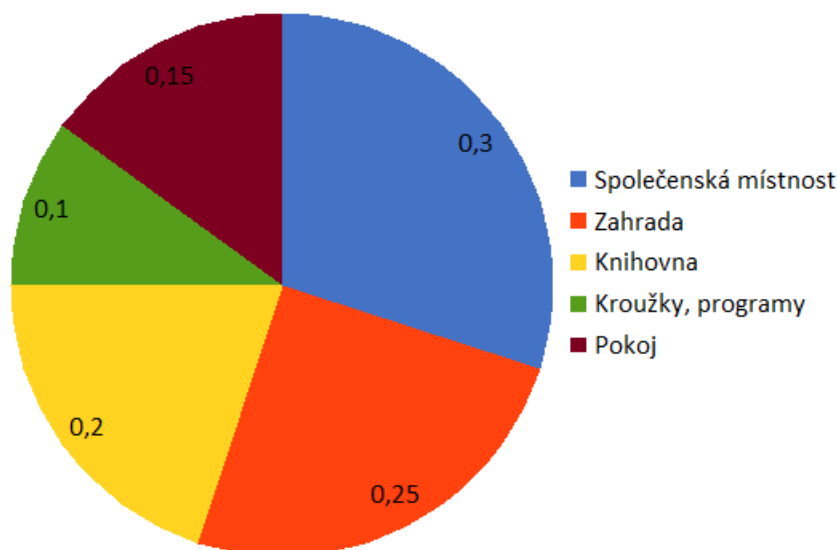
Muž 77 let: „Tady je to asi nejpříjemnější, scházím se tu s ostatními, nebo jen tak koukám na televizi.“

Dalších pár klientů uvedlo jako nejoblíbenější místo zahradu před budovou domova. Další možnosti, kde trávit čas, viděli respondenti v různých programech a cvičeních, jen několik z nich uvedlo, že jsou nejraději na pokojích, kde mají soukromí.

Žena 83 let: „Já se snažím co nejvíce vypadnout, jsou tu různé kroužky, chodím často cvičit a na procházky ven.“

Žena 78 let: „Nejlepší na tomhle ústavu je, že tu mám pořád co dělat. Takže chodím cvičit, s rodinou chodím ven nebo na zahradu a hodně se nám věnují sestřičky.“  
Všechny odpovědi jsou graficky zobrazeny v grafu 6.

Graf č. 6



## Vyhodnocení ve FNKV

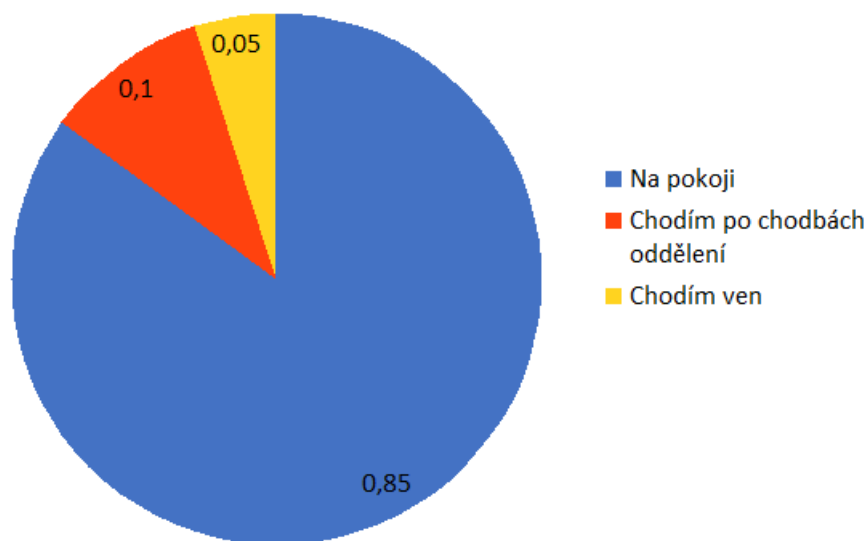
Vyhodnocení této otázky rozhovoru lze předpokládat, protože sama dobře vím, že není mnoho možností, kde na tomto oddělení trávit čas. Podle očekávání většina pacientů odpověděla, že svůj čas tráví celý den na pokoji, ve kterém spí. Je ale třeba podotknout, že někteří z těch, kteří takto odpověděli, byli pohybově omezení na pomoc druhé osoby, nebo byli pro svůj zdravotní stav upoutáni na lůžko. Pouze tři z dvaceti respondentů uvedli, že pokud mohou, jsou nejčastěji mimo pokoj. Všechny tři odpovědi jsou uvedeny níže a zobrazeny v grafu č. 7:

Muž 80 let: „Jezdím ven před pavilon si zakouřit a někdy tam jen tak koukám na sanitky, ale sestry to nevidí rády.“<sup>7</sup>

Muž 80 let: „Procházím se po chodbě, abych nemusel být na pokoji.“

Žena 80 let: „Když přijdou děti, jdeme ven se projít, někdy jsem na chodbě u okna a čtu si.“

Graf č. 7



## Porovnání

Jelikož odpovědi respondentů byly v každé instituci jiné, nebylo by efektivní výsledky mezi sebou graficky porovnávat. Z výsledků je ale zřejmé, že sociální zařízení je pro volný čas svých klientů mnohem lépe a pestřeji uzpůsobené než interní oddělení v nemocnici FNKV.

Netvrdím, že by nemocnice měla poskytovat pacientům stejný sociální komfort jako některé domovy pro seniory. Jak jsem již zmínila výše, beru v úvahu, že oddělení je zařízení primárně pro účel zdravotní péče a nemůže navíc pacientům zajišťovat činnosti a programy,

---

<sup>7</sup> Pacient se pohyboval pomocí invalidního vozíku. Dle doplnění sestry měl od personálu i od rodiny zakázáno opouštět oddělení, protože se již několikrát stalo, že zabloudil cestou zpátky na oddělení, na zákazy však příliš nedbal.

které pod tuto péči nespádají. Ze své zkušenosti s tímto oddělením a jeho pacienty ale musím podotknout, že pro mnoho pacientů je nepříjemné trávit celý den na jednom pokoji s dalšími třemi pacienty, na stejném místě provádět ranní a večerní hygienu, jíst, odpočívat, rehabilitovat a spát. Myslím, že by mělo být v zájmu nemocnice, aby tyto místnosti pro pacienty vyhradila, pokud je to jen trochu možné.

## 10.6 Otázka rozhovoru č. 6

### • 10.6.1 Pro personál:

Co myslíte, že by prospělo tomuto oddělení a celkové spokojenosti klientů/pacientů?

---

Cílem poslední otázky bylo, aby mi zástupkyně personálu sdělily, co by podle nich mohlo oddělení pomoci, případně co jim na oddělení vadí. Také mě zajímal jejich názor na to, co si myslí, že by mohlo pomoci ke spokojenosti klientů a pacientů.

Myslím si, že v péči o druhé je sebereflexe důležitým aspektem ke spokojenosti na obou stranách, ať už se jedná o sebereflexi k vlastní osobě nebo k instituci, kterou zastupuje.

Podívejme se, jak na tuto otázku odpovídaly zástupkyně obou institucí:

- E, Purkyňové: „Myslím, že by klientům rozhodně prospělo, kdyby jejich pokoje byly prostornější. Týká se to jednolůžkových i dvoulůžkových pokojů. Myslím, že jsou dobře vybavené, ale chybí tam prostor pro individualitu, už se tam nevejde nic navíc a klienti si pokoje nemohou upravit dle svého. Odvíjí se od toho spousta dalších věcí, v případě vícelůžkových pokojů chybí klientům dostatek soukromí, jejich spolubydlíci jim nemusí ve všem sednout a nemohou dodržovat své rituály a zvyky, např. někdo rád spí při otevřeném okně, druhý to nesnese nebo v noci chrápe. Bylo by vhodnější, kdyby každý klient měl svůj pokoj, kde by mohl využít prostor podle svého uvážení a měl dostatek místa pro své individuální potřeby.“
- FNKV: „Hlavní problém tohoto oddělení je podle mého nedostatek personálu. V počtu, kolik nás normálně bývá na směně, nedokážeme tu péči udělat stoprocentní. Přes den musíme lidi vozit na vyšetření, několikrát denně ředíme a podáváme intravenózní (nitrožilní), subkutánní (podkožní) a perorální léky, převazujeme rány. Většina pacientů je zde ležící a mnohdy dezorientovaná. Je velmi těžké tady stíhat ošetrovatelskou a zdravotní celodenní péči ve třech lidech, jako jsme tady třeba dneska. Je to pak bohužel na úkor pacientů. Samozřejmě by tady bylo potřeba také zmodernizovat to oddělení, vymalovat, vyměnit okna, zařídit pro pacienty nějakou společenskou místnost nebo jídelnu. Je tu hodně much, ale pořád se snažíme, aby z pacientů nikdo zdravotně nestrádal a to se nám, myslím, daří zatím dobře.“

Z odpovědi personálu sociálního zařízení je zřejmé, že největší problém vidí v samotných pokojích klientů. Sama jsem si všimla, že pokoje opravdu nejsou tolik prostorné, aby v nich měl každý klient prostor pro své soukromí. Ač jsou pokoje vybavené velmi hezkým a moderním nábytkem, postele ve dvoulůžkových pokojích jsou velmi blízko sebe, což samo o sobě působí velmi neintimním dojmem.

Zdravotnické zařízení vidí svůj největší problém v nedostatku personálu na směně. Ze své zkušenosti mohu potvrdit, že oddělení druhé interní kliniky je velmi náročné na psychiku a fyzickou práci. Odvíjí se to od velkého počtu ležících pacientů vyžadujících celkovou ošetrovatelskou a navíc odbornou zdravotní péči, která by měla být srovnatelná s jakýmkoli jiným standardním oddělením. Z těchto důvodů jsou interní oddělení nemocnic pro zdravotnický personál neatraktivní, takže sestry jsou zde přetížené, což se odráží i na kvalitě péče o pacienty.



## • 10.6.2 Pro pacienty/klienty:

Co by Vám nejvíce zpříjemnilo pobyt tady?

Závěrečné otázka rozhovoru má za cíl, aby se respondenti zamysleli, co by se jim ještě na pobytu v jejich zařízení líbilo a co by jim ho zpříjemnilo. Myslím, že většinu respondentů otázka zaskočila v tom smyslu, že ani nevěděli, co odpovědět. Někteří se zadívali vzhůru a jako by se zasnili nad svými tajnými přáními. Po takovémto zamyšlení občas padaly odpovědi typu: *abych byla zdravá..., aby mě to už přestalo bolet..., abych zas mohl odjet k nám na ves...*

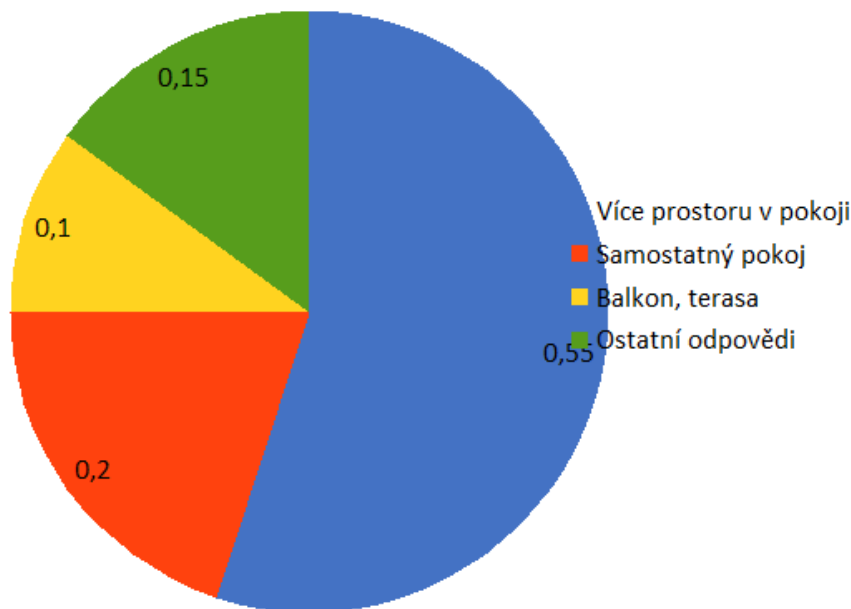
Respondenty jsem se poté snažila vést k tomu, aby mi odpovídali na to, co konkrétně by se mohlo na oddělení, jejich pokoji nebo nastaveném režimu změnit.

### Vyhodnocení v E. Purkyňové

Většina klientů mi podala téměř shodné odpovědi, týkaly se především více prostoru v pokojích. Druhá nejčastější odpověď se také týkala pokojů, mnoho z klientů by si přálo mít pokoj vlastní, obojí tedy potvrzuje výpověď personálu v domově.

Jiné výtky či přání prakticky nepadly, objevilo se však několik odpovědí, které by se daly označit ve smyslu zjišťování kvality péče v zařízení za nerelevantní. Rozhodla jsem je přesto uvést níže pod grafem č. 8, který ukazuje poměr relevantních odpovědí a návrhů na zlepšení.

Graf č. 8



*Ostatní odpovědi:*

Žena 78 let: „Jsme tu samé ženské, chtělo by to tu více chlapů.“

Muž 83 let: „Mně by se líbilo, kdybych tu být nemusel. Vyrůstal jsem na venkově, chtěl bych

tam taky umřít. Ale jinak bych tu nic neměnil.“

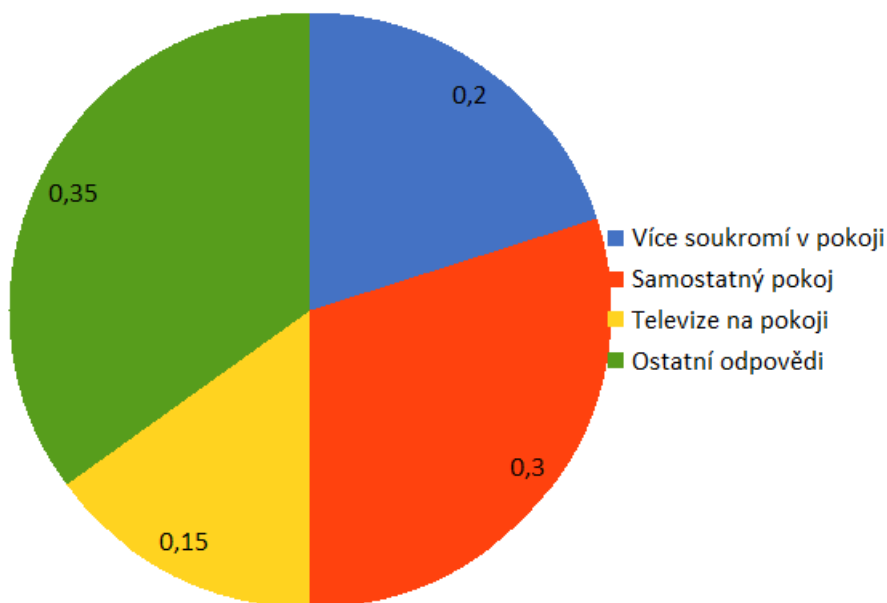
Žena 75 let: „Já jsem tady hrozně spokojená, vlastně mi nic nechybí. Ani tu nikomu nevadí, že furt něco zapomínám, tady se s tím počítá!“

### Vyhodnocení FNKV

Respondenty FNKV bylo velmi těžké směřovat ke konkrétním odpovědím, co by rádi na oddělení zlepšili a co by jim pobyt zde zpříjemnilo. Většina odpovědí se týkala zlepšení jejich zdravotního stavu či přemístění na jiné místo.

Po doptání, co by se jim líbilo konkrétně na tomto oddělení změnit, mi odpovídali, že by měli rádi více soukromí či vlastní pokoj. Pár odpovědí také zahrnovalo přání mít na pokoji televizi. Konkrétní poměr je vyjádřen níže v grafu č. 9 a ostatní odpovědi jsou uvedeny pod ním:

Graf č. 9



*Ostatní odpovědi:*

Žena 67 let: „Kdybych mohla jít domů.“

Muž 78 let: „Abych už nemusel snášet tyhle bolesti. Ale na tohle jste se asi neptala, vidíte?“<sup>8</sup>

Žena 86 let: „Nejdůležitější je, abych byla už zdravá a co nejdříve mohla zase chodit.“

---

<sup>8</sup> Tuto otázku pacient nechtěl dále rozebírat. Dodal pouze, že mu nezáleží na tom, jak to zde vypadá.

## Porovnání

Za nejzajímavější na vyhodnocení této otázky považuji rozdíly v přáních a výrocích pacientů a klientů zdravotnického a sociálního zařízení. Zatímco klienti domova E. Purkyňové častěji zmiňovali nespokojenost např. s velikostí pokoje či jeho obsazením, od pacientů druhé interní kliniky jsem častěji slychala spíše přání ohledně jejich zdravotního stavu než ohledně jakýchkoli materiálních tužeb.

V sociálním zařízení bylo celkem **85 %** respondentů, kteří se vyjádřili ohledně materiálního zlepšení jejich pokoje či zařízení. Zbytek se vyjádřil buď neurčitě, nechtěl na otázku přímo odpovědět nebo byl s pobytem zcela spokojen.

Ve zdravotnickém zařízení se vyjádřilo celkem **65 %** respondentů ohledně nějakého materiálního vylepšení, např. televize na pokoji či více soukromí.

Z vyhodnocení poslední otázky rozhovoru je patrné, že pacientům, kteří se léčí z nemoci ovlivňující jejich psychický stav a způsobující bolesti či minimálně fyzický diskomfort, záleží méně na materiálních potřebách než klientům sociálního zařízení, kteří jsou ve většině zdravotně stabilizováni.

## **Analýza výzkumných otázek a závěry z výzkumu**

### **1. Je v nemocničním zařízení kladen menší důraz na individualitu pacienta než v sociálním zařízení?**

Cílem výzkumné otázky je zjistit míru individuálního přístupu pracovníků k pacientům či klientům. To zahrnuje, zda pracovníci mají dostatek času věnovat se individuálním potřebám každého seniora a zda k vyslyšení jeho specifických přání mají dostatečné prostředky.

Z výsledků výzkumu vyplývá, že personál dbá na individuální potřeby pacientů a klientů a poskytuje jim kvalitní péči, jakou potřebují.

Dále bylo zjišťováno, zda personál za pacienty či klienty přijde vždy, když jej respondent zavolá, a je ochoten vyhovět jeho potřebám. Výsledky jsou lepší pro sociální zařízení, kde negativní odpověď neměl ani jeden respondent. U nemocničního zařízení podobně odpovědělo 10 % respondentů a dalších 25 % uvedlo, že často musí opakovaně zvonit, aby za nimi někdo přišel.

### **2. Uzpůsobuje se v sociálním a zdravotnickém zařízení péče o pacienty úrovni kognitivního deficitu?**

Výzkumná otázka zjišťuje stupně kognitivního deficitu respondentů a zda se komunikace s lidmi s kognitivním deficitem nějakým způsobem uzpůsobuje jejich omezením a zda se tím liší i péče o ně. Výzkumná otázka byla rozložena do několika otázek rozhovoru: První část otázky rozhovoru č. 3 se ptala na to, jak probíhá první kontakt sestry s pacientem při příjmu na konkrétní pracoviště, a druhá část otázky rozhovoru č. 3 na to, jak se tato komunikace liší u osob, u kterých je podezření na kognitivní poruchu či je u nich tato porucha prokázána.

Z výsledků vyplývá rozdíl v odpovědích personálu proti odpovědím klientů či pacientů. Výpovědi personálu obou zařízení byly značně podobné v průběhu příjmu nového pacienta či klienta do zařízení. Z odpovědí klientů a pacientů zařízení, i přes obtížnost vyhodnocení této otevřené otázky, lze konstatovat, že v sociálním zařízení je výsledek ve větší míře pozitivní a spokojenost klientů s komunikací personálu při jejich příchodu je zjevná. V nemocničním zařízení je zcela pozitivních odpovědí méně a našly se i takové výpovědi, které vyjadřovaly velkou nespokojenost s komunikací personálu při příjmu.

### **3. Mají klienti sociálního zařízení více prostoru k seberealizaci než pacienti zdravotnického zařízení (společenská místnost, volnočasové aktivity apod.)?**

Výsledky výzkumné otázky ukazují, že jak personál, tak pacienti či klienti vnímají možnosti prostoru pro seberealizaci v obou zařízeních shodně. Z výpovědí personálu obou zařízení vyplynulo, že sociální zařízení klientům nabízí více možností k trávení volného času než zdravotnické zařízení a i výsledek vyhodnocení otázky pro pacienty a klienty potvrdil výpovědi personálu. Tento výsledek není vzhledem k jinému primárnímu určení každého zařízení překvapující.

#### **4. Jsou pokoje, ve kterých klienti a pacienti spí a tráví svůj čas, lépe vybavené v sociálním zařízení než ve zdravotnickém?**

Tato výzkumná otázka byla zjišťována otázkou rozhovoru č. 1. Sociální zařízení má podle výpovědi personálu pokoje zjevně lépe vybavené než zdravotnické zařízení. To má srovnatelně se sociálním zařízením vybavené pouze tři nadstandardní pokoje, zatímco zbytek pokojů má pouze základní vybavení. Z výpovědí klientů a pacientů však vyplývá, že v sociálním zařízení je o 10 % více nespokojených klientů s pokojem než ve zdravotnickém zařízení.

Z objektivního hlediska (vyplývajícího z výčtu výbavy pokojů v jednotlivých zařízeních) však lze konstatovat, že pokoje sociálního zařízení jsou lépe vybavené než pokoje zdravotnického zařízení.

#### **5. Jsou návštěvní hodiny v obou typech zařízení vyhrazeny po dostatečně dlouhou dobu ve prospěch klientů a pacientů?**

Výzkumná otázka porovnávala časové vyhrazení návštěvních hodin v obou zařízeních a vnímání jejich dostatečnosti personálem a pacienty či klienty. Výsledkem výzkumné otázky je, že ačkoliv se formálně časové ohraničení návštěvních hodin liší a ve zdravotnickém zařízení je objektivně mnohem restriktivnější, personál v obou typech zařízení vychází individuálním potřebám pacientů či klientů a jejich návštěv ve velké míře vstříc i za meze formálního stanovení návštěvních hodin. To potvrzují i odpovědi respondentů, kteří jsou velkou většinou s tím, jak návštěvní hodiny probíhají, zcela spokojeni.

Cílem výzkumu a práce bylo nastínit reálnou situaci současné péče o seniory s kognitivním deficitem v zařízeních sociální a zdravotní péče a popsat a porovnat některé aspekty této péče. Naopak cílem nebylo určit, které zařízení se o své pacienty či klienty stará lépe či kvalitněji a vytyčit si jasného „vítěze“.

Považuji však za vhodné uvést, že můj předpoklad většího komfortu a kvalitnější péče byl od začátku spojen se zařízením Domova Elišky Purkyňové. Tento předpoklad se zakládal na osobní zkušenosti s prací na oddělení II. interní kliniky ve FNKV a dvoudenní návštěvě v Domově Elišky Purkyňové. Už během jednotlivých rozhovorů s respondenty bylo zjevné, že v sociálním zařízení mají pracovníci na klienty dostatek času a prostředků k tomu, aby uspokojovali jejich specifické potřeby dané chorobou, např. trénink paměti, hry podporující motorické funkce a kognitivní vnímání. Provádění výzkumu ve zdravotnickém zařízení FNKV bylo celé provázáno účelem nemocnice – stabilizace primární diagnózy a stavu pacienta a následné zajištění další péče – domácí nebo ústavní. Otázka, kterou jsem si kladla, byla, zda je tento účel nemocnice dostatečným ospravedlněním pro nedostatek času a prostředků pro uspokojování specifických potřeb pacientů s demencí při dlouhodobé hospitalizaci.

Proto jsem musela tuto myšlenku potvrdit či vyvrátit na základě výzkumu, v rámci kterého jsem se ptala přímo pacientů a klientů obou druhů zařízení na otázky týkající se péče o jejich osobu.

Jednou z několika dalších otázek, které mě v rámci psaní této práce permanentně zaměstnávaly, byla míra individuálního přístupu pracovníků k pacientům či klientům. Zda pracovníci mají dostatek času věnovat se individuálním potřebám každého seniora a zda k vyslyšení jeho specifických přání mají dostatečné prostředky (např. dementní pacient trpící

častým nucením na stoličce potřebuje několikrát za den doprovázet s chodítkem na WC, protože se ještě nevyzná v neznámém prostředí – v nemocničním zařízení nebývá kvůli nabitému harmonogramu dostatek času a personál není schopen této žádosti vždy vyhovět).

Individuální přístup k pacientům či klientům v zařízení se podle mého názoru projevuje tak, že personál dbá na jejich individuální potřeby a poskytuje jim kvalitní péči, jakou potřebují. V praxi to může znamenat např. vyhovění individuálním žádostem pacientů a klientů a poskytnutí dostatek času na vyslyšení jejich proseb.

Z práce vyplývá, že současná reálná ústavní péče o seniory trpící kognitivním deficitem, ať už se jedná o péči ve zdravotnickém či sociálním zařízení, je v mnohém odlišná od toho, co o ní můžeme slyšet a vídat v médiích či co se o ní učíme ve školách. Existuje mnoho příruček, učebnic a publikací, které obsahují různé návody a pravidla správné péče a komunikace o takto postižené jedince, ale to, jak takový kontakt probíhá v reálné situaci, se nikde nedočteme, ač se mnoho takových knih snaží situace popisovat co možná nejděleji.

Se svými dosavadními zkušenostmi si mohu dovolit pouze omezeně hodnotit dvě fungující instituce, na kterých je tento výzkum položen. Nemohu je podrobovat kritice za nedokonalosti, které i vlivem tohoto výzkumu mohly vyplout na povrch. Tato práce může jen ukázat na to, jak taková přímá péče o jedince s daným postižením reálně vypadá, a zároveň upozornit, že nevhodná péče se dotýká nejvíce těch, ke kterým je směřována. Úkolem veřejnosti (a to nejen té odborné) je šířit myšlenku důstojné péče, práva na důstojné stáří a úcty k životu nevyjímaje období stáří.

## Závěr

Cílem teoretické části bylo podrobněji poukázat na problematiku stáří a fyziologických a patologických změn, které jsou s ním spjaty. Stáří je podle mého názoru životní kapitola, do které mnoho lidí nevidí a ani vidět nechce, protože jim nepřipadá tolik zajímavá jako období na začátku a uprostřed života. Mým cílem nebylo rozebírat nemoci a stáří, které jsou s ním často spjaty, ale upozornit na problematiku, která je pro veřejnost tak nepopulární a o které se, kromě odborných publikací, tak málo píše.

První kapitola teoretické části je věnována stáří a jeho zařazení do ontogenetického vývoje, v rámci subkapitol se dále věnuji kvalitě života, která je stářím ovlivněna. Druhá a nejdelší kapitola teoretické části se zabývá kognitivními funkcemi a jeho poruchami, které se ve stáří často vyskytují. Konkrétněji se v ní věnuji syndromu demence a jejím nejčastějším příčinám, jako je Alzheimerova choroba či frontotemporální degenerace. V dalších subkapitolách se věnuji psychosociálním důsledkům demence z hlediska nemocného a pečujícího.

Ve třetí kapitole se zabývám životními potřebami, které v důsledku stáří a nemoci často mění své pozice v hierarchii potřeb, či se zcela proměňují.

Čtvrtá kapitola je věnována zásadám komunikace, které jsou důležité pro základ důvěry a vztahu mezi nemocným a pečujícím.

V poslední kapitole teoretické části charakterizují ústavní péči sociální a zdravotní, kde se také zmiňují o paliativní a hospicové péči.

Výzkumná část představuje kvalitativní výzkum, který je založený na strukturovaných rozhovorech provedených ve dvou typech ústavních zařízení s cílem zaznamenání některých aspektů kvality péče z pohledu hospitalizovaných seniorů s kognitivním deficitem. Tyto rozhovory jsou v jednotlivých zařízeních vyhodnocovány, aby mohly být následně porovnávány mezi sebou. Primární cíle, které jsem si na začátku praktické části určila, jsem, myslím, splnila. Před provedením výzkumu jsem si nejprve určila výzkumný vzorek, se kterým jsem samotný výzkum chtěla provést. Výzkumným vzorkem se pro potřeby této práce měly stát osoby v důchodovém věku, které prokazatelně trpí kognitivní poruchou a které jsou hospitalizovány v konkrétním ústavním zařízení. Dále jsem si určila, že tato zařízení budou Domov pro seniory Elišky Purkyňové (oddělení se zvláštním režimem a domov pro seniory) a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady (oddělení A II. interní kliniky).

V rámci třetího cíle jsem zkonstruovala otázky strukturovaných rozhovorů pro ošetřující personál a klienty a klienty, rozhovory jsem následně provedla s dvaceti klienty sociálního zařízení a s dvaceti pacienty zdravotnického zařízení. K tomu jsem provedla další strukturovaný rozhovor se zástupci ošetřujícího personálu v sociálním i zdravotnickém zařízení. Výsledky rozhovorů jsem následně v rámci každé otázky vyhodnotila a následně mezi sebou porovnávala. Zhodnocení výsledků celého výzkumu se nachází v předchozí kapitole.

Domnívám se, že stanovené cíle se mi podařilo naplnit. Ač nedoufám v revoluční výsledky ve změně myšlení veřejnosti dané náhlým rozšířením této práce do světa, přála bych si alespoň, aby práce přispěla k lepšímu pochopení toho, co kognitivní poruchy u seniorů znamenají jak pro pečujícího, tak pro nemocného. Považovala jsem za důležité zaznamenat myšlenky a názory seniorů trpících demencí a byla bych ráda, kdyby se s nimi mohli seznámit i lidé, kteří se s tímto typem nemoci dosud neměli možnost setkat.

Sama jsem se před psaním této práce obávala toho, zda pro tento výzkum najdu takové respondenty, kteří mi budou rozumět a budou se mnou chtít mluvit. Měla jsem obavy z toho,

že jim nebudu schopna položit otázky tak, aby jim správně porozuměli, protože se jedná o jiný druh komunikace, než na jaký jsem zvyklá z práce (některé otázky se zaměřují na soukromí jedinců a na jejich rodinu, bála jsem se, aby jim osobní otázky nebyly od cizího člověka nepříjemné).

Při rozhovorech jsem se ale přesvědčila o tom, že se nejedná o nemohoucí osoby, ze kterých už mluví pouze jejich nemoc a které dávno svou osobnost vlivem nemoci ztratili. Byla to pro mě obohacující zkušenost, díky které jsem dosáhla hlubšího uvědomění, že práce pečujícího je výjimečná a krásná a že ač je často provázena smutnými událostmi, stavy vyčerpání a častým nepochopením, je potřeba ji dělat s láskou a respektem k těm, co ji tolik potřebují.



## Seznam použitých informačních zdrojů

BLATNÝ, Marek. 2016. *Psychologie celoživotního vývoje*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-3462-3.

ČEVELA, Rostislav a kol., 2015. *Sociální a posudkové lékařství*. Praha: Karolinum. ISBN: 978-80-246-2938-4

ČELEDOVÁ, Libuše, KALVACH, Zdeněk, ČEVELA, Rostislav. 2016 *Úvod do gerontologie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-3404-3.

ČELEDOVÁ, Libuše, HOLČÍK, Jan a kol. 2017. *Nové kapitoly ze sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví*. Praha: Karolinum, ISBN: 978-80-246-3819-5.

EHRENFREUGHTER, Clauida, FALLERT-MÜLLER, Angelika a kol., 2014. *Když se paměť vytrácí--: život s Alzheimerovou chorobou a jinými typy demence z pohledu pacientů i pečujících*. Přeložil Emílie HARANTOVÁ, přeložil Pavel DANKO. Praha: Tarsago Česká republika s.r.o. ISBN 978-80-7406-248-3.

EYSENCK, Michael W., 2008. *Kognitivní psychologie*. Praha: Academia. ISBN: 978-80-200-1559-4.

GEORGI, Hana, HÖSCHL, Cyril, VIDOVIČOVÁ, Lucie. 2014, *Gerontologie: současné otázky z pohledu biomedicíny a společenských věd*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2628-4.

HOLMEROVÁ, Iva, JAROLÍMOVÁ, Eva, SUCHÁ, Jitka a kol. 2007. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: Gerontologické centrum, ISBN: 978-80-254-0177-4.

KOUKOLÍK, František. 2018. *Mocenská posedlost*, Praha: Karolinum, ISBN: 978-80-246-3939-0.

PACOVSKÝ, Vladimír. 1990. *O stárnutí a stáří*. Praha: Avicenum. ISBN 80-201-0076-8.

PROKOPOVÁ, Anežka, 2019. *Jak upravit domov člověka s demencí. Příručka pro pečující*. Praha: Česká alzheimerovská společnost, o.p.s 2019, ISBN: 978-86541-62-4

RABOCH. Jiří, PAVLOVSKÝ, Pavel a kol., 2012. *Psychiatrie*. Praha: Universita Karlova, Karolinum ISBN: 978-80-245-2712-0

RABOCH Jiří, PAVLOVSKÝ Pavel, 2008. *Klinická psychiatrie v denní praxi*. Praha: Galén

ŠAFRÁNKOVÁ, Alena, NEJEDLÁ, Marie 2006. *Interní ošetřovatelství*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1148-6.

ŠUBRT, Jiří a kol. 2008. *Soudobá sociologie III: Diagnózy soudobých společností*. Praha:

Karolinum. ISBN: 978-80-246-148-6.

TOMEŠ, Igor, DRAGOMIRECKÁ, Eva, SEDLÁROVÁ, Katarina a kol., 2015. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Praha: Karolinum. ISBN: 978-80-246-2941-4

TOMEŠ, Igor, ŠÁMALOVÁ, Kateřina, 2017. *Sociální souvislosti aktivního stáří*. Praha: Karolinum. ISBN: 978-80-246-3612-2.

VÁGNEROVÁ, Marie. 2014. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál. ISBN: 978-80-262-0696-5.

VÁGNEROVÁ, Marie. 2007. *Vývojová psychologie II: Dospělost a stáří*. Praha: Karolinum. ISBN: 978-80-246-1318-5.

VOJTÍŠEK, Petr. 2018. *Princip solidarity ve financování služeb sociální péče*. Praha: Karolinum. ISBN: 978-80-246-3736-5

ZGOLA, Jitka M. 2003. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0183-9.

*Fakultní nemocnice Královské Vinohrady*, web (<https://www.fnkv.cz>)

*Domov pro seniory Elišky Purkyňové*, web (<https://www.dsepurkynove.cz>)

*Domov Alzheimer*, web (<http://www.domovalzheimer.cz>)

## Seznam příloh, tabulek a grafů

### Přílohy

Příloha č. 1 – Řízený rozhovor s pacienty a klienty institucí, str. 76

Příloha č. 2 – Řízený rozhovor s ošetřujícím personálem, str. 78

Příloha č. 3. - Škála Mini Mental state exam, str. 80

### Tabulky

Tab. č. 1 – počet a věk respondentů z obou zařízení, str. 35

Tab. č. 2 – hodnoty MMSE u respondentů z obou zařízení, str. 36

Tab. č. 3 – otázka č. 1: důvody k nespokojenosti s pokojem v E. Purkyňové, str. 42

Tab. č. 4 – otázka č. 1: důvody k nespokojenosti s pokojem ve FNKV, str. 44

Tab. č. 5 – otázka č. 2: četnost kontrol ošetřujícího personálu v E. Purkyňové, str. 46

Tab. č. 6 – otázka č. 2: četnost kontrol ošetřujícího personálu ve FNKV, str. 47

Tab. č. 7 – otázka č. 3: důvody pobytu v zařízení podle respondentů v E. Purkyňové, str. 52

Tab. č. 8 – otázka č. 3: důvody pobytu v zařízení podle respondentů ve FNKV, str. 54

Tab. č. 9 – otázka č. 4: četnost návštěv v E. Purkyňové, str. 58

Tab. č. 10 – otázka č. 4: četnost návštěv ve FNKV, str. 59

### Grafy

Graf č.1 – otázka č. 1: porovnání výsledků vyhodnocení z obou zařízení, str. 44

Graf č.2 – otázka č. 2 a): porovnání výsledků vyhodnocení z obou zařízení, str. 47

Graf č.3 – otázka č. 2 b): porovnání výsledků vyhodnocení z obou zařízení, str. 49

Graf č.4 – otázka č. 3: porovnání výsledků vyhodnocení z obou zařízení, str. 55

Graf č.5 – otázka č. 4: porovnání výsledků vyhodnocení z obou zařízení, str. 59

Graf č.6 – otázka č. 5: nejčastější místa pro trávení volného času v E. Purkyňové, str. 61

Graf č.7 – otázka č. 5: nejčastější místa pro trávení volného času ve FNKV, str. 62

Graf č. 8 – otázka č. 6: přání vedoucí ke zpříjemnění pobytu v zařízení – E. Purkyňové, str. 65

Graf č. 9 – otázka č. 6: přání vedoucí ke zpříjemnění pobytu v zařízení – FNKV, str. 66

## Řízený rozhovor

s pacienty/klienty zařízení

Nemocnice/oddělení:

Název bakalářské práce: **Kvalita péče o seniory s kognitivní poruchou při hospitalizaci**

**Klára Hurníková**

HTF UK, Sociální pedagogika, III. ročník

Věk:

Pohlaví: muž/žena

Vzdělání:

Před hospitalizací klient/ka bydlel/a:

*sám/sama, s rodinou, s manželkou/manželou, ze zdravotnického zařízení, ze sociálního zařízení*

Stupeň kognitivní poruchy, diagnóza:

---

1. Jak se Vám líbí pokoj, ve kterém spíte a trávíte čas?

*Co byste si tu ještě přál/a mít? Např. televizi, rádio, květiny...*

.....  
.....  
.....  
.....

2. a) Jak často za Vámi chodí sestřičky, ošetřovatelky a ostatní personál?

*Mnohokrát za den – málo kdy – jen, když je zavolám – jen, když přinesou jídlo (snídani, oběd, večeři)*

.....  
.....  
.....

b) Když si na sestru zazvoníte a přivoláte si ji, přijde vždy, aby vyhověla Vaším potřebám?

Přijde většinou hned, nebo musíte čekat?

*Přijdou za Vámi sestřičky, když si je zavoláte (zazvoníte na zvonek, přivoláte je)?*

.....  
.....  
.....

3. Řekl Vám někdo, proč jste tady? Jak jste vnímal/a Váš první příchod sem?

*Vysvětlil Vám někdo, proč jste zrovna na tomto místě a ne doma, nebo v místě, odkud jste přišel?*

.....  
.....  
.....  
.....

4. Jak často za Vámi chodí návštěvy? Je to pro vás dostatečné?

.....  
.....  
.....  
.....

5. Trávíte svůj volný čas i jinde, než ve Vašem pokoji?

*Máte k dispozici například společenskou místnost, pokoj, kde se můžete setkávat s ostatními pacienty/klienty či sledovat televizi?*

.....  
.....  
.....  
.....

6. Co by se Vám ještě líbilo a zpríjemnilo Vám to pobyt tady?

*Co by Vám tady udělalo radost? Co byste si tady ještě přál, aby se Vám tu líbilo?*

.....  
.....  
.....  
.....

## Řízený rozhovor

s ošetřujícím personálem

Nemocnice/oddělení hospitalizace:

Název bakalářské práce: **Kvalita péče o seniory s kognitivní poruchou při hospitalizaci**

**Klára Hurníková**

HTF UK, Sociální pedagogika, III.ročník

---

1. a) Jak jsou v této instituci strukturované pokoje z hlediska počtu pacientů/klientů?

---

---

---

---

---

b) Jaká je standartní vybavenost pokojů pro pacienty/klienty?

*Např. je součástí pokoje televize? Má každý pokoj své sociální zařízení, či jen umyvadlo, zrcadlo?*

---

---

---

2. Jak často probíhá kontakt s pacienty/klienty?

*Kontrolujete a navštěvujete pacienty/klienty i u jiných příležitostí, než je rozdávání léků, jídla, či u příležitosti ranní a večerní hygieny?*

---

---

---

---

3. a) Jak probíhá první kontakt sestry s pacientem/klientem a následná edukace při příjmu na toto pracoviště?

*Provedete je po oddělení, aby získali lepší orientaci? Vysvětlíte jim, jak si zavolat na sestru či ošetrovatelský personál a kde je případně najdou? Vyplňujete s nimi nějaké speciální dokumentace?*

---

---

---

---

---

b) Liší se tato komunikace u osob s kognitivní poruchou, nebo u lidí, u kterých máte důvodné

podezření, že pacient/klient takovou poruchou trpí?

---

---

---

---

4. Jak zde probíhají návštěvní hodiny?

*Jak jsou ohraničené časově? Platí pro všechny stejně? Mají někteří pacienti výjimku a návštěvy za nimi mohou chodit i v jinou než ve vytyčenou návštěvní dobu?*

---

---

---

---

5. Mají pacienti/klienti možnost trávit svůj čas i jinde, než je jejich pokoj?

*Mají pro tento volný čas k dispozici např. společenskou místnost či jídelnu? Jak je tato místnost vybavená?*

---

---

---

---

---

6. Co myslíte, že by prospělo tomuto oddělení a celkové spokojenosti klientů/pacientů?

---


---

---

---

---

## Test kognitivních funkcí-Mini Mental State Exam (MMSE)

Oblast hodnocení:	Max. skóre:
<p><b>1. Orientace:</b>                      Položte nemocnému 10 otázek.                      Za každou správnou odpověď započítejte 1 bod.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Který je teď rok?</li> <li>- Které je roční období?</li> <li>- Můžete mi říci dnešní datum?</li> <li>- Který je den v týdnu?</li> <li>- Který je teď měsíc?</li> <li>- Ve kterém jsme státě?</li> <li>- Ve které jsme zemi?</li> <li>- Ve kterém jsme městě?</li> <li>- Jak se jmenuje tato nemocnice?(toto oddělení?,tato ordinace?)</li> <li>- Ve kterém jsme poschodí?(pokoji?)</li> </ul>	<p>1 1 1 1 1 1 1 1 1 1</p>
<p><b>2. Paměť:</b>                      Vyšetřující jmenuje 3 libovolné předměty (nejlépe z pokoje pacienta- například židle, okno, tužka) a vyzve pacienta, aby je opakoval. Za každou správnou odpověď je dán 1 bod</p>	3
<p><b>3. Pozornost a počítání:</b>                      Nemocný je vyzván, aby odečítal 7 od čísla 100, a to 5 krát po sobě.                      Za každou správnou odpověď je 1 bod.</p>	5
<p><b>4. Krátkodobá paměť (=výbavnost):</b>                      Úkol zopakovat 3 dříve jmenovaných předmětů (viz bod 2.)</p>	3
<p><b>5. Řeč, komunikace a konstrukční schopnosti:</b>                      (správná odpověď nebo splnění úkolů = 1 bod)                      Ukažte nemocnému dva předměty (př. tužka, hodinky) a vyzvěte ho aby je pojmenoval.                      Vyzvěte nemocného, aby po vás opakoval:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Žádná ale</li> <li>- Jestliže</li> <li>- Kdyby</li> </ul> <p>Dejte nemocnému třístupňový příkaz:                      „Vezměte papír do pravé ruky, přeložte ho na půl a položte jej na podlahu.“                      Dejte nemocnému přečíst papír s nápisem „Zavřete oči“.                      Vyzvěte nemocného, aby napsal smysluplnou větu (obsahující podmět a přísudek), která dává smysl)                      Vyzvěte nemocného, aby na zvláštní papír nakreslil obrazec podle předlohy.                      1 bod jsou-li zachovány všechny úhly a protnutí vytváří čtyřúhelník.</p>	<p>2 1 3 1 1 1</p>
	
<p><b>Hodnocení:</b>                      00 – 10 bodů těžká kognitivní porucha                      11 – 20 bodů středně těžká kognitivní porucha                      21 – 23 bodů lehká kognitivní porucha                      24 – 30 bodů pásmo normálu</p>	



